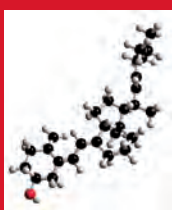
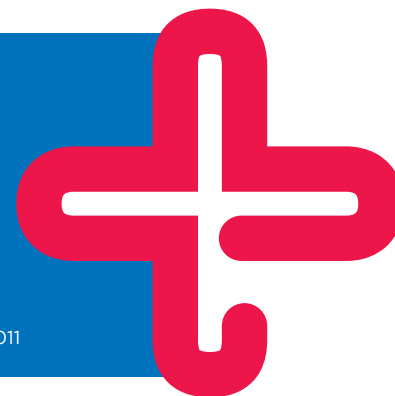


# ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



CENA 28 Kč  
PŘEDPLATNÉ 23 Kč  
15/2011 ročník 60

Toto číslo vyšlo 25. 7. 2011



## REPORTÁŽ

Vitamin D opět středem zájmu vědců i lékařů – na začátku 21. století zažívá svou renesanci.

STRANA 18



## PŘEDSTAVUJEME

Mgr. Ditu Svobodovou, náměstkyni VFN pro nelékařská zdravotnická povolání a kvalitu.

STRANA 30



## Z HISTORIE

Dominique-Jean Larrey – napínavý životní příběh šéfhirurga Napoleonovy armády a zakladatele akutní medicíny.

STRANA 24



**Miroslav Zámečník:**  
Čím dříve začneme využívat eHealth, tím lépe.

Foto: archiv MF

## 10 kroků k udržitelnému financování systému

Národní ekonomická rada vlády (NERV) navrhla sadu opatření, která by měla pomoci zajistit udržitelné financování českého zdravotnictví. Některé z návrhů korespondují s již započatými reformními kroky ministerstva, jiné budou vyžadovat více času.

Podle NERVu se naše zdravotnictví v uplynulých 20 letech výrazně zlepšilo a v mezinárodním srovnání, včetně indexu Světového ekonomického fóra 2011, dosáhlo solidních výsledků za relativně příznivých nákladových podmínek.

Pracovní skupina NERV pro zdravotnictví však ve své zprávě o strategii mezinárodní konkurenceschopnosti ČR upozorňuje především na možné problémy zdravotnictví, k nimž by v budoucnu mohlo dojít vzhledem k demogra-

fickému vývoji, který je dle dostupných ekonometrických studií hlavním vysvětlujícím faktorem budoucího růstu nákladů.

NERV uvádí i další faktory, jež činí financování současného systému zdravotnictví neudržitelným. Ty souvisejí především s medicínským pokrokem – vstupem nových a často velmi nákladných moderních technologií, farmaceutických preparátů a léčebných postupů. Nelze zapomínat ani na rostoucí nároky pacientů a snahu o postupné vyrovnání se západo-

evropským zemím v oblasti pracovních podmínek a finančního ohodnocení zdravotníků.

### Důvody neefektivity

Expertní pracovní skupiny NERV vedení Miroslavem Zámečníkem identifikovali problematické a dlouhodobě neřešené oblasti českého zdravotnictví, které činí současný systém neefektivním, a navrhli pro ně 10 základních opatření.

(pokračování na straně 2)

## Malá reforma zdravotnictví narazila v senátu na odpor

Horní komora parlamentu minulý týden začala projednávat první část vládní reformy, kterou se mění zákon o veřejném zdravotním pojištění. Reforma narazí na kritiku všech nevládních stran, komunisté dokonce nově avizovali podání ústavní stížnosti.

Přestože v době uzávěrky tohoto vydání ZDN ještě nebylo jasné, jak senát v případě „malé reformy zdravotnictví“ rozhodl, je nanejvýš pravděpodobné, že ji nakonec odmítl. Všechny nevládní strany

zastoupené v horní komoře parlamentu se k reformě staví odmítavě. Senátní veto první části reformy už schválil i výbor pro zdravotnictví a sociální politiku a ústavněprávní výbor.

Senátoři opoziční ČSSD, kteří mají v horní komoře většinu, dlouhodobě kritizují dělení péče na standardní a nadstandardní. Senátoři se stejně jako opoziční poslanci

(pokračování na straně 2)

# 10 kroků k udržitelnému financování systému

(pokračování ze strany 1)

Dlouhodobé problémy podle nich spočívají:

- v nízkém využití informačních technologií,
- v nevhodných úhradových mechanismech nemotivujících poskytovatele péče na výsledku léčby a její hospodárnosti,
- v nedostatku konkurence mezi zdravotními pojišťovnami orientovanými na hospodárný nákup zdravotní péče pro pojištěnce,
- ve slabé definici rozsahu hrazené péče a odpovědnosti občanů za vlastní zdraví i respektování léčebného procesu.

## Top 10 opatření pro zdravotnictví

Pro uvedené problematické oblasti rada navrhla následujících 10 základních opatření. Některá z nich jsou již zakomponována do aktuálně schvalovaných reforem ministra zdravotnictví Leoše Hegera (TOP 09), další budou vyžadovat více času, přesahujícího délku jednoho volebního období:

- lékové seznamy a elektronické aukce,
- elektronická preskripce,
- kategorizace zdravotnických prostředků,
- hodnocení přínosu přípravků/prostředků vzhledem k nákladům,

- prospektivní úhrady DRG u akutní lůžkové péče,
- eHealth,
- další vrstvy přerozdělení,
- alternativní zdravotní plány,
- měkký *gatekeeping*,
- sjednocení právního základu pro fungování zdravotních pojišťoven a zvýšení odpovědnosti členů statutárních orgánů – jeden zákon pro všechny zdravotní pojišťovny.

## Masivní podpora eHealth

Podle Miroslava Zámečnicka je nutné co nejdříve přejít na systém elektronického sdílení zdravotních záznamů pacientů. Ekono-

mové tvrdí, že v eHealth se skrývá obrovský potenciál úspor. „Odstraní se duplicitu. Například ve francouzském zdravotnictví jsou úspory u laboratorních vyšetření odhadovány nejméně na 7 procent,“ poznamenal Zámečnick. Tento bod doporučení souvisí i s elektronickými aukcemi a elektronickou proskripcí. Podle Leoše Hegera se však dosud objevovaly problémy s ochranou osobních údajů. „Zřejmě bude nutné podpořit v této oblasti zavedení motivačních prvků pro pacienty,“ komentoval opatření ministr.

## Chronici by byli osvobozeni od placení

Na základě doporučení expertů pracovní skupiny NERV by chroničtí pacienti měli být částečně osvobozeni od placení regulačních poplatků, a to v případě, že vstoupí do zvláštního programu, který se zavazuje plnit. NERV počítá s tím, že by chroničtí pacienti byli povinni platit regulační poplatky v nemocnici jen po dobu 30 dnů. „Nemá smysl zatěžovat chronicky nemocného, který čerpá hodně péče,“ souhlasí ministr Heger.

Flip Kút Citores

## Ministerstvo zdravotnictví napadá Českou televizi kvůli Diag Human

„Zásadně protestuji proti tomu, jakým způsobem Česká televize informuje o kauze Diag Human,“ vzkázal ministr zdravotnictví Leoš Heger řediteli ČT Jiřímu Janečkovi.

„Ministerstvo zdravotnictví odmítá nedávnou kampaň k takzvané kauze Diag Human vedenou některými redaktory pořadu ‚Reportéři ČT‘. Ti zcela nekvalifikovaně a výhradně na základě laických domněnek a spekulací podali divákům nepravdivé a zavádějící informace. V této souvislosti lituji skutečnosti, že veřejnoprávní televize podkopává pozici státu v tomto sporu a že práce jejich redaktorů postrádá základní atributy profesionální novinářské práce,“ zlobí se Leoš Heger. Ministr se opírá o právní rozbor právníka Tomáše Sokola. „Stát v kauze Diag Human nejednal v rozporu se zákonem, pokud odmítl prověřovat majetkovou strukturu offshorových společností, a stejně tak nepochybil, pokud nenamítal podjatost rozhodců – docenta Kindla a pana Kužela,“ uvádí advokát. Právě tyto zkušenosti ‚Reportéři ČT‘ zpochybňovali.



Jiří Janeček. | Foto: archiv MF

dia v souvislosti s volbou nového ředitele ČT.

„Z dopisu vyplývá představa, že ministerstvo se pokouší z kauzy udělat expertní téma, k němuž se mohou vyjadřovat jen lidé, jež za experty považuje samo ministerstvo,“ dodali novináři v reakci na fakt, že MZ žádá, aby ČT v rámci vyvážené diskuse předložila státu odborné stanovisko konkrétního odborníka. Ten má říci, v čem podle něj stát pochybil a co měl udělat jinak. V případě, že televize takové stanovisko nepředloží, ministerstvo žádá od ČT omluvu.

Novináři si ovšem stojí na svém. „Nesprávné postupy ministerských expertů již v minulosti způsobily státu rozsáhlé škody,“ uzavírají Vondráček s Wollnerem. (klu)

## Malá reforma zdravotnictví narazila v senátu na odpor

(pokračování ze strany 1)

obávají rozdělení společnosti a snížení dostupnosti péče pro středně- a nízkopříjmové skupiny obyvatelstva.

### Ministr Heger: Standard se nesníží

Ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) reformu před senátory hájil s tím, že v žádném případě nejde o rozdělení péče na tu pro bohaté a pro chudé. „Navržená

úprava je pro pojištěnce naopak pozitivní,“ snažil se přesvědčit zákonodárce Heger. Senátoři z ČSSD však nesouhlasí. „Největší jistotou pacienta bude, že po reformách bude platit jako mourovatý. Sníží se kvalita a dostupnost péče pro většinu občanů,“ prohlásil například senátor Vladimír Dryml.

Podle senátora Jana Žaloudíka je norma v rozporu s ústavou a navíc prý „míchá nesouvisející témata“. Hlavním terčem kritiky

se opět staly nejasnosti okolo určování standardů a nadstandardů. Podle senátorů není jasné, kdo a podle jakých kritérií bude nadstandarty určovat.

### Komunisté chtějí podat ústavní stížnost

V případě, že se vládě nakonec podaří reformu zdravotnictví prosadit, je i KSČM připravena podat stížnost u Ústavního soudu, minulý čtvrtek to oznámil předseda KSČM Vojtěch Filip. Podle komunistů je reforma v rozporu s Listinou základních práv a svobod. Stížnost přijde na řadu poté, co norma projde legislativním procesem. Podle komunistů není protiústavní jen obsah reformy, ale i procedura projednávání, kterou se prý vládní poslanci snaží zkracovat „za každou cenu“. Argumentace komunistů se v podstatě neliší od námitek, jež dlouhodobě vznášá i ČSSD. KSČM považuje za problematický rozpor mezi normou a zmíněnou ústavní listinou. Podle Ústavy je zdravotní péče bezplatná na základě zdravotního pojištění. „Tento krok vede ke zrušení ústavou zaručených práv a v tom případě mají občané právo na odpor,“ prohlásil Filip. (fkc, ČTK)



Senát Parlamentu ČR. | Foto: Wikimedia

# Mluví NERV. Poslouchá někdo?

Návrhy své vlastní expertní skupiny k penzijní reformě vláda hrozivě překroutila. Dopadne zdravotnictví stejně?

Národní ekonomická rada vlády přišla se svými doporučeními pro zdravotnictví. Je to inspirativní čtení obsahující řadu dobrých, i když nijak oslnivě nových nápadů. Většina myšlenek, jež jsou v závěrečné zprávě zdravotnické skupiny NERVu obsaženy, už se ve veřejném prostoru v nějaké formě objevila.

Úhrn doporučení včetně žebříčku „Top 10 opatření“ však představuje ucelený soubor návrhů, jež by mohly české zdravotnictví posunout kupředu. Ovšem po zkušenostech s dosavadním úsilím vládní skupiny elitních ekonomů

je třeba dodat: Pokud by vláda měla potřebu svým expertům pečlivě naslouchat.

## Nadějně vyhlídky, nebo ticho po pěšině?

Jistou nadějí vyvolává fakt, že některá opatření, jež skupina ekonomů kolem Miroslava Zámečnicka navrhuje, se již na ministerstvu zdravotnictví v nějaké formě chystají. To je případ sjednocení právního prostředí pro všechny zdravotní pojišťovny, generických preskripcí či posilování prvků eHealth. Také o zavedení plateb nemocnicím podle systému DRG

se na ministerstvu několikrát mluvilo, i když v poslední době je kolem tohoto opatření, jež by nahradilo prapodivný systém paušálních plateb, spíše ticho. Novinkou je naopak návrh NERVu zavést zvláštní programy pro chronicky nemocné a ulehčit jim tak kromě jiného i v platbách regulačních poplatků, jež v jejich případech mohou překročit sociálně únosnou mez.

Důraz NERVu na eHealth je jistě také chvályhodný, nicméně po zkušenostech s centrálním elektronickým úložištěm receptů, tedy projektem, který po miliono-

vých nákladech hned v zárodku radikálně okleštil Úřad pro ochranu osobních údajů, je na místě spíše zdrženlivost. Elektronizace zdravotnictví je lákavou myšlenkou, jenže skloubit ji s platným právním řádem zjevně není

žádná legrace. Zdravotnické údaje patří k nejcitlivějším a jakýkoli jejich dálkový přenos a umožnění dálkového přístupu představují velká rizika.

## Depresivní práce

Hlavním úskalím nápadů expertní skupiny je však přístup, s nímž vláda k doporučením svého poradního orgánu až dosud přistupovala. Jistě se můžeme utěšovat tím, že u doporučení pro zdravotnictví se vláda zachová odlišně než třeba v případě penzijní reformy. Ale zkušenosti mluví jinak.

Připomeňme, že penzijní experti NERVu vládě doporučili financovat reformu důchodů kromě jiného sjednocením sazeb daně z pří-



Martin Čaban

dané hodnoty na 19 procentech. Toto politicky, ale i ekonomicky nevděčné opatření mělo být podle představa NERVu kompenzováno snížením ceny práce o 5 procent. I tak by pořád vznikl poštář umožňující přechod

na třípířkový důchodový systém s povinným *opt-outem*.

A jak se k doporučení nakonec postavila vláda? *Opt-out* bude nepovinný, takže kromě pár nadšenců nebude nikoho zajímat. DPH se přesto radikálně zvýší, i když nakonec asi ne na 19, nýbrž na 17,5%. Inu, každá koruna se hodí a cena práce samozřejmě neklesne ani o fous.

Pokud vláda tímto způsobem přistoupí k navrženým opatřením pro zdravotnictví, nelze vůbec předvídat, co se z velmi gramotného návrhu NERVu vyvine. Zato se potvrdí, že není depresivnější práce než být členem expertního poradního orgánu vlády, která nechce naslouchat.

## Platby za atestace se výrazně sníží

Minulý týden vláda schválila návrh ministra zdravotnictví Leoše Hegera (TOP 09), kterým se snižují platby lékařů, stomatologů a farmaceutů za atestační zkoušky. Změna vládního nařízení č. 184/2009 Sb. zavádí i nižší poplatky za zkoušky k vydání osvědčení pro sestry.

Za atestace lékaři a ostatní zdravotníci platí již dva roky. Cílem zavedení plateb za tyto zkoušky bylo zvýšení odpovědnosti a motivace zdravotnických pracovníků v oblasti jejich odborného růstu. Argumentováno bylo také tím, že poplatky jsou běžné i u jiných oborů a že absolvování zkoušek má přímý pozitivní dopad na výši platů a vede k lepšímu uplatnění na pracovním trhu.

Zavedení poplatků za atestace i jejich výši kritizovala lékařská i nelékařská zdravotnická veřejnost. Ministr Heger přijal připomínky odborné veřejnosti, jež se dotýkaly neopodstatněné výše poplatků za atestace, které jsou v případě zdravotníků podmínkou pro výkon jejich povolání. Přestože změna systému vzdělávání byla i jedním z požadavků lékařů při protestní akci „Děkujeme, odcházíme“,

nařízení platné od 1. srpna bylo podle Hegera připravováno již dlouho a nesouvisí s ní. „Navrhovaná výše úhrad je kompromisem po jednáních s odbornými společnostmi a lékařskými komorami,“ uvedl Heger v připomínkovém řízení k návrhu změny nařízení vlády.

## Repetenti sáhnou hlouběji do kapsy

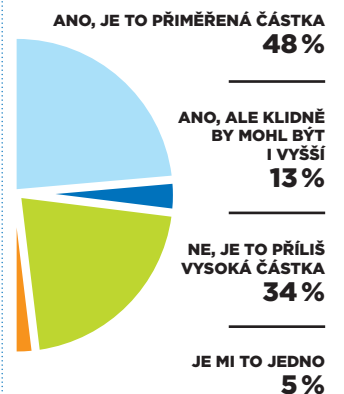
Složením atestační zkoušky lékaři získávají právo pracovat samostatně bez odborného dohledu a zlepšují se jim i platové podmínky. Zkoušky se dělí na praktickou a teoretickou část. Podle původní úpravy lékaři platili za první pokus celkem 3500 Kč, a to 2000 Kč za teoretickou a 1500 Kč za praktickou část zkoušky. Výrazně uspoří ti, jimž se podaří složit zkoušky hned napoprvé. Od 1. srpna se bude za první pokus platit pouze 250 Kč za teoretickou a 250 Kč za praktickou část zkoušky.

Repetenti si díky vládnímu kompromisu taktéž polepší, ale vzhledem ke stále nepřilíhajícímu uspokojivým platovým podmínkám zejména mladých lékařů se při přípravě na atestace rozhodně vyplatí více se soustředit již na první pokus. První opakování atestačních zkoušek přijde lékaře na 3500 Kč (původně 5000), druhé pak na 5000 Kč (původně 7000). Celkově tak lékaři za složení jedné atestační zkoušky mohou zaplatit 500–9000 Kč (původně 3500–15 500).

Zkouška k vydání osvědčení se taktéž dělí na část teoretickou a praktickou. Za první pokus se bude platit 1000 Kč (dříve 2000), z toho 500 za teoretickou a 500 za praktickou část. V případě prvního opakování se celková úhrada zvyšuje na 3000 Kč (dříve 4000) a platba za druhé opakování stoupne na 5000 Kč (dříve 6000). Rozpětí výdajů na vydání osvědčení se tedy z původních 2000–12 000 Kč snížilo na 1000–9000. V případě, že školenec již zaplatil

## GRAF ZDN

**SOUHLASÍTE SE ZVÝŠENÍM POPLATKU ZA POBYT V NEMOCNICI ZE 60 NA 100 Kč ZA DEN?**



HLASOVALO 62 UŽIVATELŮ.  
(ZDROJ: WWW.ZDN.CZ)

úhradu podle původně platného vládního nařízení, ale samotnou zkoušku bude vykonávat až po nabytí účinnosti nové úpravy, mu podle nového nařízení má být finanční rozdíl v poplatcích vyrovnán bez zbytečného odkladu.



Ilustrační foto: Shutterstock

# Lékárnici: Protestujeme proti snahám médií zpochybnit naši odbornost

Grémium majitelů lékáren se ohrazuje proti „bulvární a zkreslené“ interpretaci výsledků testu znalostí lékových interakcí, který 8. července zveřejnil deník Dnes. Osočování lékárníků a farmaceutických asistentů v médiích odmítají i představitelé České lékárnické komory.



Aleš Krebs

Článek s titulkem „Test: Lékárnici prodají i smrtící kombinace léků“ nezustal bez odezvy. Otevřeným dopisem, který deník odmítl zveřejnit, na něj reagoval předseda představenstva Grémia majitelů lékáren (GML) Marek Hampel, jenž upozorňuje na řadu nepřesností a zavádějící informace, které farmaceuty poškozují v očích veřejnosti.

Redaktoři deníku navštívili v roli zákazníků deset vybraných lékáren a snažili se nakupovat kombi-

nace vzájemně špatně působících léků. Byly vybrány tři modelové situace, kdy si redaktoři vyžádali léky s různě nebezpečnými interakcemi. Ve dvou případech se jednalo o „učebnicové“ příklady, na které by měl farmaceut okamžitě reagovat, v jednom šlo o chyták. Pro test byly vybrány tři nevhodné kombinace léků: Imodium/živočišné uhlí, Paralen/Panadol a Warfarin/Ibuprofen.

## Přehnaně katastrofická interpretace

Právě posledně zmíněná kombinace Warfarinu s Ibuprofenem byla deníkem interpretována jako smrtící. Přestože danou kombinací byla ochotna vydat pouze jedna z testovaných lékáren, stal se tento případ pro článek stěžejním. Kombinaci zmíněných přípravků deník popsal jako potenciálně smrtelnou, neboť významně zvyšuje riziko vnitřního krvácení.

Podle Hampela je uváděná kontraindikace z odborného hlediska spor-

ná. Rizika, která deník zmiňuje, by prý mohla nastat pouze při dlouhodobém užívání obou léků. Při společném jednorázovém či nárazovém užití těchto přípravků prý k ohrožení života pacienta v žádném případě nedochází.

## Média zneužívají svou moc

Ve snaze dodat redakčnímu článku váhu deník Dnes uvedl, že na testu spolupracoval i s Českou lékárnickou komorou (ČLnK), ta však spolupráci zpochybňuje. Komora vydala prohlášení, v němž uvádí, že v rozhovoru s redaktorem jen navrhla dva okruhy potenciálních otázek a odpovědí. Podle mluvčího ČLnK Aleše Krebse, kterým se redakce deníku zaštiťuje, komora (přes příslib redakce) nedostala před provedením testu od redaktorů k autorizaci finální znění otázek a odpovědí ani jakékoli jiné další části textu. Žádným způsobem se prý nepodílela ani na provádění testu a vyhodnocování výsledků v konkrétních lékárnách.

„Česká lékárnická komora neomlouvá odborná pochybení zaměstnanců lékáren. Nemůže však přehlížet, že její členové i jejich kolegové jsou neprávem osočováni v médiích. Média mají příliš velkou moc na to, aby si mohla dovolit podávat zkreslené a zavádějící informace; bez ohledu na to, zda se jedná o výkon jednotlivých povolání v lékárně, či o jakoukoli jinou lidskou činnost,“ dodal Krebs.

## Erudice personálu lékáren

Deník rovněž varoval před nedostačnou odbornou výbavou personálu lékáren. Podle autorky článku by si pacienti měli dát pozor na to, komu v lékárně naslouchají. V textu uvádí, že za přepážkou s volně prodejnými léky stojí pouze „prodavači s maturitou“, bez potřebného farmaceutického vzdělání.

ČLnK toto prohlášení považuje za zcela zbytečné a „naprosto mimo realitu“. Co se týče nároků na vzdělání farmaceutických

asistentů a laborantů a na jejich zodpovědnost, je zde podle Krebse analogie například se sestrami. Informace o tom, že vykonávat povolání farmaceutického asistenta může „kdokoli se střední školou“, se podle něj nezakládá na pravdě a je vůči farmaceutickým asistentům urážlivá.

## Asistenti postupovali správně

Marek Hampel v této souvislosti dodává, že farmaceutičtí asistenti se při testu zachovali správně, protože udělali přesně to, co měli – poradili se s přítomnými farmaceuty. „Právě proto, že farmaceutičtí asistenti nemají speciální farmaceutické vzdělání, je zákon limituje při výdeji léků na lékařský předpis. Stejně tak asistenti konzultují dotazy pacientů na léčebné působení jednotlivých léků, jejich případné kontraindikace a vedlejší účinky s vysokoškolsky vzdělanými lékárníky, eventuálně pacienty na tyto odborníky v lékárnách přímo odkazují,“ uvádí nedorozumění na pravou míru Hampel.

Deník se později za zmíněnou interpretaci farmaceutických asistentů omluvil. **Filip Kút Citores**

## Řetězec lékáren varoval před zánikem cenové konkurence

Řetězec lékáren Dr. Max vydal tiskové prohlášení, v němž varuje před dopady „malé reformy zdravotnictví“ na cenovou konkurenci mezi lékárnami. Na prohlášení ostře zareagovalo Grémium majitelů lékáren (GML), argumenty řetězce zpochybnila i Česká lékárnická komora (ČLnK).

Řetězec lékáren Dr. Max kritizuje fakt, že novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, zapovídá poskytování slev a bonusů na léky vydávané na recept a současně hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Řetězec, který má propracovaný věrnostní systém bonusů a slev, upozorňuje, že hrozí naprostý zánik cenové konkurence.

„Slevy platí lékárny z vlastního příjmu a jsou pevnou součástí našich služeb,“ stěžuje si generální

ředitel společnosti Pavel Vajskebr, který nechápe, proč nový zákon zamezuje poskytování těchto slev. Podle něj je scestná i argumentace se zneužíváním regulačních poplatků, neboť zkušenosti z Česka i okolních zemí prý dokazují, že slevy a bonusy neovlivňují spotřebu léků. „Pozměňující návrh byl předložen bez jakékoli veřejné diskuse a na zakázku Grémia majitelů lékáren, jež dlouhodobě usiluje o omezení konkurence mezi lékárnami,“ dodává Vajskebr.

## Hampel: Konkurence zůstává zachována

Členové GML se ostře ohradili proti způsobu, jakým lékárnická síť Dr. Max „malou reformu“ interpretovala. Grémium tvrdí, že řetězec zneužívá pacienty ve snaze zastavit reformu zdravotnictví, a rovněž připomíná, že vládní novela zákona č. 48/1997 Sb. zakazuje pouze poskytování slev a bonusů u léků na předpis, jež jsou současně hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

„Vládní novela plně zachovává možnost cenové konkurence mezi lékárnami při prodeji léků, které jsou sice na recept, ale nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, dále při prodeji volně prodejných léků bez receptu a stejně tak při prodeji doplňkového sortimentu z nabídky lékáren. Žádný zánik konkurenčního prostředí na lékárněnském trhu v ČR tedy rozhodně nehrozí,“ pokračuje předseda GML Marek Hampel s tím, že občané, kteří si platí zdravotní pojištění, by také měli mít stejné podmínky při výdeji léků, jež jsou u tohoto pojištění hrazeny.

„Lékařenský řetězec Dr. Max se svými posledními, účelovými prohlášeními podle mého názoru připojuje ke skupině odpůrců současné reformy zdravotnictví. Její realizace se totiž dotkne i jeho obchodních zájmů. Mluví-li zástupci řetězce o cenové výhodnosti pro pacienty, doporučují jim plošné snížení cen ve svých lékárnách pro všechny pacienty. Proti takové filantropii by zákon o veřejném zdravotním pojištění samozřejmě nic nenamítal,“ myslí si Hampel.

nách pro všechny pacienty. Proti takové filantropii by zákon o veřejném zdravotním pojištění samozřejmě nic nenamítal,“ myslí si Hampel.

## ČLnK: Pacienti chtějí stejné doplatky

Jednotlivé části prohlášení řetězce Dr. Max zpochybnila i lékárnická komora. Podle mluvčího ČLnK Aleše Krebse pacienti dlouhodobě podporují systém stejných doplateků, což lze doložit výsledky řady průzkumů, které byly provedeny na celém území ČR.

Řetězcem zveřejněné příklady finančního dopadu nové úpravy na jeho klienty jsou podle Krebse značně zavádějící a nerealistické. „Kalkulace možného dopadu na pacienta bohužel neodpovídá realitě, neboť předpokládá, že pacient využívá léky předepsané na čtvrt roku za jediný měsíc,“ uzavírá Krebs.

# Brněnský souboj o pohotovostní služby

Lékařům Úrazové nemocnice v Brně (ÚN) se nelíbí, jak Fakultní nemocnice Brno (FNB) a Fakultní nemocnice u sv. Anny (FNUSA) přistupují k pacientům, kteří potřebují ošetření v noci či o víkendu.

Lékaři z Úrazové nemocnice si prostřednictvím otevřeného dopisu stěžují na postup FNB, která od 1. června uzavírá v noci a o víkendu své brány. Pacienty, kteří do FNB přijdou na pohotovost, posílají do ÚN, v jejímž areálu je zřízena lékařská služba první pomoci (LSPP). S tím ale zdejší lékaři nesouhlasí a považují takové jednání za bezprecedentní a protizákonné.

## Zahlcené ambulance

Lékaři ÚN ve svém dopise uvádě-

jí, že pacienti s úrazy neohrožujícími život zvolí místo ošetření od internisty či praktika z pohotovosti raději rovnou chirurgickou nebo traumatologickou ambulanci ÚN. „Pohotovost je nezávislá na provozu chirurgické a traumatologické části nemocnice. Slouží zde smluvní lékaři, jejichž specializací je většinou interna nebo praktické lékařství. Z toho také vyplývá spektrum pacientů, které je LSPP schopná ošetřit,“ podotýkají lékaři ÚN s tím, že ambulan-

ce jsou v poslední době zahlceny chirurgickými a traumatologickými pacienty odeslanými z brněnských fakultních nemocnic.

„Dle našeho názoru je naprosto nepřijatelné, aby pacient s akutním úrazem, byť by se nejednalo o stav bezprostředně ohrožující život, byl odeslán z vrátnice fakultní nemocnice do jiného zdravotnického zařízení, aniž by byl řádně vyšetřen a ošetřen. Máme zdokumentovány desítky případů odmítnutých pacientů, kteří vyža-

dovali akutní ošetření,“ tvrdí lékaři a poukazují na zákonnou povinnost každého zdravotnického zařízení poskytnout akutní péči.

## Objednávkový systém

FN Brno se však brání slovy své mluvčí Anny Mrázové a tvrdí, že pacienty neodmítají. Ty, kteří na vyšetření trvají, prý dovnitř vpustí. Proti nařčením se ohrazuje i Fakultní nemocnice u sv. Anny a požaduje omluvu. „Vstupu do Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně nejsou uzavřeny a přístup ke zdravotní péči je zajištěn po dobu 24 hodin, každý den v týdnu. Příchozí pacienti jsou vždy, i v rámci pohotovostních služeb, vyšetřeni a ošetřeni na příslušných specializovaných ambulancích, ať už jsou jejich potíže akutní či neakutní,“ říká mluvčí nemocnice Šárka Urbánková. Brněnské fakultní nemocnice řeší problém poskytování ambulantní péče déle. Od podzimu loňské-

ho roku obě zavedly jednotný objednávkový systém. „Do našich ambulancí přichází také desítky neobjednaných pacientů a pacientů s akutním onemocněním. Tito pacienti budou ošetřováni dle závažnosti zdravotního stavu podle transparentního systému stanovení priority ošetření. Priority ošetření určuje zdravotník – lékař či sestra příslušné ambulance. Pacienti jsou rozděleni do čtyř skupin: pacient určený k okamžitému ošetření, pacient v akutním stavu vyžadujícím vyšetření či ošetření do 1 hodiny od registrace v ambulanci, ostatní pacienti a pacienti řádně objednaní k vyšetření či ošetření,“ doplňuje Urbánková. U pacientů, kteří nevyžadují akutní ošetření nebo nejsou objednaní ke specializovanému vyšetření, nemocnice garantuje vyšetření a ošetření nejpozději do 5 hodin od registrace v ambulantní evidenci.

Petra Klusáková

# Senátoři požadují výběrová řízení všech ředitelů nemocnic řízených MZ

Skupina senátorů, kteří působí jako právníci a lékaři, prostřednictvím dopisu upozornila ministra zdravotnictví Leoše Hegera na nezákonný stav, kdy ředitelé přímo řízených nemocnic po delším čase svého působení neprocházejí výběrovým řízením.

„Přes opakované upozornění na porušování platných právních předpisů někteří ředitelé Vámi přímo řízených nemocnic a ústavů vykonávají již nepříjemně dlouhou dobu významné a odpovědné ředitelské funkce bez řádného výběrového řízení. Obracíme se na Vás tímto se žádostí, respektive výzvou, abyste tento nezákonný stav napravil u všech ředitelů

všech Vámi přímo řízených organizací tak, aby všichni prošli standardním výběrovým řízením, neboť tento stav je v příkrém rozporu s platnou vyhláškou ministerstva zdravotnictví č. 247/1993 Sb., o výběrovém řízení na vedoucí funkce ve zdravotnických organizacích a zařízeních v působnosti Ministerstva zdravotnictví ČR. Náprava je plně ve Vaší kompetenci a my

chceme věřit, že tento protiprávní stav co nejdříve změníte,“ vyzývají šéfa resortu zdravotnictví senátoři Miroslav Antl, Jiří Dienstbier, Vladimír Dryml, Miloš Janeček, Pavel Lebeda, Jiřina Rippelová, Radek Sušil, Pavel Trpák a Jan Žaloudík.

## Výběrová řízení v rámci protikorupčního úsilí

Nerespektování platné vyhlášky

by podle skupiny senátorů mohlo být považováno za „výkon pravomoci způsobem odporujícím jinému právnímu předpisu nebo nesplněním povinnosti vyplývající z pravomoci člena vlády jako úřední osoby“.

V této souvislosti senátoři přivítali vydání příkazu ministra k protikorupční strategii MZ pro přímo řízené organizace. „Jsme přesvědčeni, že dalším krokem by mělo být také Vaše rozhodnutí o nařízení výběrových řízení. Předpo-

kládáme, že v oznámeném protikorupčním snažení se zvýšeným dohledem MZ nad výběrovými řízeními v nemocnicích máte na mysli nejen výběr zařízení a služeb, ale také řádný výběr ředitelů státních nemocnic,“ položili řečnickou otázku senátoři.

Podle signatářů dopisu by bylo obtížné spolupracovat na nové reformě, pokud by byly dále tolerovány nestandardní postupy a nebyla respektována platná legislativa.

(klu)

# Úmrtí pacienta v Liberci prověřuje policie a SÚKL

Smrt staršího pacienta, který na začátku července zemřel v Krajské nemocnici Liberec, vyšetřuje policie jako usmrcení z nedbalosti. Nemocnici nyní kontroluje také Státní úřad pro kontrolu léčiv (SÚKL).

Šedesátiletý muž se 22. června podrobil operaci tříselné břišní kýly, během které došlo k zástavě srdce. „Komplikace byla na ARO Krajské nemocnice Liberec zvládnuta tak, že nedošlo k trvalému poškození pacienta,“ uvedl primář ARO Dušan Morman. „Pacient byl postupně přeložen na standardní oddělení komunikující, spolupracující, chodící a schopen sebeobsluhy,“ dodal lékař. V sobotu 9. července však muž náhle zemřel na embolii.

„Policie zahájila úkony trestního řízení pro podezření ze spáchání pře-

činu usmrcení z nedbalosti,“ řekla mluvčí liberecké policie Ludmila Knopová. Konkrétního podezřelého zatím policie nemá. SÚKL a výrobce narkotizačního přístroje mezitím došli k závěru, že personál pravděpodobně adekvátně neprovedl speciální heparinový filtr v přístroji. Kvůli jeho nedostatečné průchodnosti nastala u pacienta dechová zástava.

Ředitel nemocnice Zdeněk Konrád se k situaci zatím nevyjádřil. Dokud rozhodnutí nebude pravomocné, nechce výsledky kontroly komentovat ani SÚKL.

(ČTK, klu)

# Na dokončení klatovské nemocnice bude vyhlášena soutěž

Plzeňský kraj vyhlásí v nejbližších dnech veřejnou soutěž na dodávku zbylých přístrojů, nábytku a dokončení vnitřních stavebních úprav nové budovy Klatovské nemocnice. Půjde o kontrakt za 300 až 400 milionů korun.

Nově postavené zdravotnické zařízení za maximálně 1,4 miliardy korun by se mělo veřejnosti zkušebně otevřít již letos v prosinci, nejpozději v lednu příštího roku, uvedl hejtman kraje Milan Chovanec (ČSSD). „Soutěž budeme vyhlášovat novým způsobem. Soudní znalci z ČVUT, kteří

už nám pomáhali s výběrem dodavatele prvního balíku velkých přístrojů, nám do 14 dnů poskytnou posudky a navrhnou nabídkové ceny obvyklé v místě a čase. Poté bychom celkovou cenu ještě o 5 procent snížili a dali ji jako cenu limitní. To je cesta jak zakázku nepředat,“ dodal

hejtman. Soutěž vyhlásí Centrální nákup Plzeňského kraje spolu s externím partnerem. „Nemohli jsme to celé nechat jen na naší příspěvkové organizaci. Jde o velkou soutěž, u níž partner ponese pojištění pro případ rizika,“ uzavřel Chovanec.

(ČTK, klu)

## ROZHOVOR

# Povinné očkovací látky by měly nově hradit pojišťovny

Změny, které se v novele zákona o veřejném zdravotním pojištění dotknou systému očkování, okomentovala předsedkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP a místopředsedkyně České vakcinologické společnosti ČLS JEP MUDr. Hana Cabrnová.

## Jaké zásadní změny ve financování vakcín novela přináší?

V novele zákona se objevil návrh na změnu financování očkovacích látek pro povinné očkování. Nově by je měly hradit zdravotní pojišťovny, ale stát by si měl ponechat některé rozhodující pravomoci, jako je definice složení a kombinace používaných očkovacích látek či stanovení dopředu požadovaného objemu vakcín, které je třeba objednat. Uvažovaná změna by se neměla dotknout očkujících lékařů, neměl by se změnit způsob dodávek očkovacích látek do ordinací – lékaři by si je neměli nakupovat, ale očkovací látky pro povinné očkování by měly být bezplatně dostupné tak, jako je to nyní.

## Co by pro lékaře a pacienty znamenala varianta, kdy by povinnost očkování převzala očkovací centra?

Takovou alternativu rozhodně odmítáme a ani jsem neslyšela, že by o ní někdo reálně uvažoval. Z odborného hlediska by to byla naprosto nežádoucí změna systému. Dítě má očkovat registrující lékař, pediatr, který svého pacienta

zná a nejlépe rozhodne o termínu a vhodnosti konkrétního očkování. U povinných očkování také průběžně hlídá termíny dalších aplikací a případně je upraví, dojde-li k akutnímu onemocnění dítěte. Systém je tak nastaven i z hlediska úhrady za aplikace očkovacích látek ve vazbě na registrujícího lékaře. Tedy jakákoli změna by byla komplikovaná a hlavně se domnívám, že o ni nikdo neusiluje.

## Jaké problémy by vyvstaly v případě, že by si lékaři museli vakcíny kupovat sami?

Očkovací látky pro nepovinné očkování si lékaři nakupují běžně, ale pak se platí přímo v ordinaci. Pouze vakcínu proti pneumokokovým nákazám hradí zdravotní pojišťovny. Rozhodně preferujeme systém, kdy jsou očkovací látky dostupné v ordinacích. Jsou ale lékaři, kteří se do přímého nákupu nezapojili, nechtějí nést rizika spojená s nákupem. Pro některé totiž systém ani není výhodný, především proto, že uplatňují daňový paušál. Tyto lékaře pak není možné nutit vakcíny nakupovat.

I pro ostatní lékaře by však nákup vakcín pro povinné očkování



Foto: archiv Hany Cabrnové

znamenal významné komplikace. Předpokládá se, že by to měsíčně znamenalo výdaje ve výši přibližně 50 tisíc korun s rizikem opožďování plateb od zdravotních pojišťoven a s dalšími komplikacemi, jako jsou počty objednaných látek, hlídání expirace či rizika spojená se skladováním. To by v důsledku mohlo ohrozit celý systém povinného očkování, kde je důležité, aby proočkovatost byla i na

dále tak vysoká jako nyní a aby nevznikaly žádné administrativní komplikace, jež by proočkovatost snížily.

**Nedávno jste uvedla, že v novele zákona o veřejném zdravotním pojištění (kde je očkování proti pneumokokům hrazeno v případě, je-li zahájeno mezi třetím až pátým měsícem věku, aby neopozději do sedmého**

měsíce byly aplikovány všechny tři dávky) usilujete o zrušení spodní hranice tří měsíců, což je nákladově neutrální opatření a přitom bude možné případně očkovat dříve. Proč radíte očkovat dříve? A je na to v současné novelizaci pamatováno, nebo se odborná společnost bude muset domluvit se zdravotními pojišťovnami?

Dříve proto, že tuto změnu umožnilo zrušení povinného očkování proti tuberkulóze u novorozenců. Z odborného hlediska je také žádoucí, aby dítě bylo včas očkováno proti invazivním pneumokokovým nákazám, nejlépe již ve dvou měsících věku. Ve většině států se ostatně takto očkuje.

U nás byla definována úhrada vakcíny ve vazbě na aplikaci od třetího měsíce. V případě novely tohoto ustanovení zákona je tedy žádoucí ponechat jen horní hranici pro úhradu ze zdravotního pojištění, tedy že dítě má dostat tři dávky nejpozději do sedmého měsíce, a definovat možnost pozdější úhrady jen na odůvodněné posunutí ze zdravotních důvodů. Novelizaci zákona o veřejném zdravotním pojištění v tomto smyslu doporučila i Národní imunizační komise ČR a doufáme, že v poslanecké sněmovně bude přijata.

## Dotýká se novela financování dalších plošných očkování, třeba proti rakovině děložního čípku u dívek nebo proti rotavirům u malých dětí?

V dosud předložených návrzích zatím žádné další změny financování plošného očkování nejsou.

Petra Klusáková

## Lékaři: Na plnění memoranda nejsou v resortu finanční rezervy

Zástupci řady klíčových zdravotnických profesních sdružení přijali společné prohlášení, ve kterém poukazují mimo jiné na problémy plynoucí z aktuálního záměru vlády vložit do resortu zdravotnictví pro příští rok stejný objem prostředků jako letos. Upozorňují navíc, že stát si z nich kvůli zvýšení sazby DPH vezme zpět větší část než dosud.

Představitelé Sdružení ambulantních specialistů ČR, České lékařské komory, Sdružení klinických psychologů ČR, Asociace klinických logopedů, Sdružení ambulantních ortopedů či Lékařského odborového klubu – Svazu českých lékařů (LOK-SČL) a dalších organizací požadují zvýšení úhrady z veřejného zdravotního pojištění za zdravotní péči provedenou v roce 2012. Jednak kvůli dlouhodobě podhodnoceným režijním ná-

kładům zdravotnických zařízení, dále kvůli zvýšení snížené sazby DPH v následujícím roce a rovněž kvůli nutnosti zvýšit platy zdravotníků v souladu s memorandem schváleným vládou ČR.

### Ohrožené memorandum

Právě dodržení memoranda, které vzešlo z vyjednávání ministra Leoše Hegera s LOK-SČL a Českou asociací sester na konci akce „Děkujeme, odcházíme“, se ambulantním

specialistům zdá být ohroženo. „Pokud ministerstvo zdravotnictví nezíská finanční zdroje navíc a bude přitom chtít plnit závěry memoranda, hrozí reálné nebezpečí, že bude mít tendenci vzít peníze z jiných segmentů. Jenže to by v dotčených segmentech vedlo k ohrožení kvality a dostupnosti zdravotní péče, neboť nikde nejsou žádné rezervy, jež by dovolovaly snižovat úhrady,“ řekl Zdravotnickým novinám předseda

Sdružení ambulantních specialistů ČR Zorjan Jojko s tím, že má-li být soukromý sektor schopen konkurence na trhu práce, nelze navyšovat odměny izolovaně jen jedné skupině zdravotníků.

### Platby státu se nezvyšují

Dalším trnem v oku zdravotníků jsou nedostatečné platby státu do systému veřejného zdravotního pojištění. Požadují proto zvýšení paušální platby za tzv. státní po-

jištění (důchodce, děti či nezaměstnané) ze současných 723 Kč měsíčně minimálně o 10 %, tedy přibližně o částku, kterou by stát mohl z resortu zdravotnictví získat prostřednictvím zvýšení DPH. Podle platné legislativy by však vláda musela o výši platby za státní pojištění rozhodnout do konce června, což se nestalo.

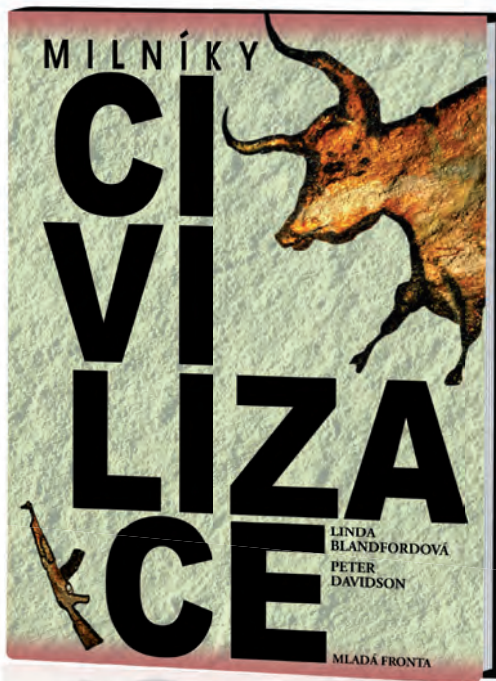
„Bohužel nemáme žádné zprávy o tom, že by vláda o dané věci vůbec chtěla jednat, natož že by tyto body projednala. Vadí nám to nejen v souvislosti se zmíněnými memorandy, ale hlavně v souvislosti s plánovaným navýšením DPH, neboť vláda tím vlastně zavíná ještě větší finanční deficit v českém zdravotnictví, než jaký máme dnes. Do systému dá totiž maximálně stejné peníze, kvůli navýšení DPH si ovšem vezme zpět větší část než dosud,“ uzavřel Jojko. (kdu)

# Předplatte si ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

## Předplatné na rok + výjimečná kniha

### Milníky civilizace

Tato kniha uvádí více než 25 nejvýznamnějších milníků v historii civilizace, od domestikace zvířat po pojem nuly, od prvního záměru veřejné prospěšné stavby po bakteriologii, od vývoje rituálů po myšlenku muzea. Diskutabilní a často překvapivý výběr vyzývá čtenáře, aby se zamysleli nad samotnou podstatou termínu „civilizace“.



**Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 7. 8. 2011.  
Předplatné na rok pouze za 590 Kč**



**Předplatte si bezpečně e-mailem**

na e-mailovou schránku **predplatne.mf@cpost.cz**, uveďte své **jméno** a **doručovací adresu**. Do předmětu napište kód **ZDN 0711**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách **www.mf.cz**



**Volejte zdarma 800 300 302**

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZDN 0711**



**Pošlete SMS na číslo 900 09 06**

ve tvaru **ZDN ABO jméno, příjmení, adresa, lekárska specializace** předplatitele. Cena SMS je 6 Kč včetně DPH. Službu provozuje goNET s. r. o. Technicky zajišťuje MobilBonus s. r. o. Help line 777 717 535 po-pá 9.00-17.00.

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Všeobecné dodací podmínky naleznete na [www.mf.cz](http://www.mf.cz). Svoji objednávkou dává předplatitel společnosti Mladá fronta a. s. souhlas se zpracováním poskytnutých údajů k jejím marketingovým účelům a prohlašuje, že se seznámil s poučením o ochraně osobních údajů uveřejněným na [www.mf.cz](http://www.mf.cz). Poskytnutí údajů je dobrovolné. Upozorňujeme předplatitele na práva poskytovatele údajů vyplývající ze zákona č. 101/2000 Sb.

# Kdo má zájem o reformu systému a financování zdravotní péče?

Reforma systému a financování zdravotní péče se týká všech. Všichni jsme nebo budeme uživateli zdravotní péče. Většina z nás jsou její plátcí a někteří i jejími poskytovateli. Téměř všichni říkají, že reforma je nutná, ale zdá se, že nikdo ji nechce. Řada lidí tvrdí, že zdraví je jejich nejcennější majetek, ale starost o něj by nejraději předali někomu jinému.

Ve zdravotnictví platí stejná ekonomická pravidla jako v jiném podnikání, tj. nelze utratit více peněz, než lidé odvedou na zdravotní daně. Pokud se spotřebuje více, naskytá se otázka, kdo doplatí zbytek. Může to být sám pacient nebo „stát“ ze státního rozpočtu, tj. zase plátce daně. Při stávajícím systému organizace a financování zdravotní péče je zdravotnictví schopno spotřebovat celý rozpočet. Provoz zdravotnických soustav po celém světě je stále nákladnější a odčerpává stále vyšší procento hrubého domácího produktu. Důvodů pro to je několik – zavádění nových, moderních, nicméně stále nákladnějších diagnostických a léčebných postupů a vyšší než průměrný růst platů zdravotníků, zejména lékařů.

## Výdaje nezadržitelně stoupají

Již dlouho se mluví o nutnosti reformy zdravotnictví. Od návrhů na reformu systému se očekává, že budou racionálně, věcně a nezávisle řešit nedostatky a nabídnou neustrannou, objektivní, či dokonce vědeckou alternativu. Málokdo se bohužel zamýšlí nad tím, proč zdravotnictví funguje špatně prakticky všude na světě a proč se reformy často míjejí účinkem; proč se ještě nikde na světě taková reforma nepovedla a neslouží jako záporný příklad ostatním; a proč žádný z českých ministrů nikdy neprosadil nic účinného. Pro pozitivní analýzu veřejného zdravotnictví je obzvláště vhodné aplikovat nástroje teorie veřejné volby – tedy prozkoumat zájmy jednotlivých skupin a možnosti jejich prosazení. V posledních deseti letech výdaje na zdravotnictví ve všech vyspělých zemích rostou rychleji než domácí ekonomika. V členských zemích OECD růst výdajů na zdravotnictví činil v průměru přes 4 % ročně. V Česku výdaje na zdravotní péči stouply ze 147 miliard (v roce 2000) na 265 miliard (v roce 2008), jak uvádí nová publikace Českého statistického úřadu (ČSÚ). Výdaje

je domácností vzrostly téměř trojnásobně, výdaje zdravotních pojišťoven až o 70 %.

## Plytvání prostředky

Zvyšovat zdravotní pojištění v Česku příliš nelze. Odvody na zdravotním pojištění u nás činí 13,5 % z hrubé mzdy zaměstnance (9 % odvádí zaměstnavatel a 4,5 % zaměstnanec). Zdravotní pojištění je poměrně vysoké, prostor pro zvyšování odvodů tedy není velký. Velmi vysoké je zdravotní pojištění v Německu (14,9 %) a na Slovensku (14,0 %). Ve většině vyspělých zemí je však zdravotní pojištění nižší než v Česku (např. v Rakousku 7,5 %, v Polsku 9 %). Na jednoho obyvatele ČR připadá průměrně 13 návštěv u lékaře za rok, tj. více než jedna návštěva měsíčně (zdroj: OECD Health Data). Důsledkem je plytvání s prostředky veřejného zdravotního pojištění a následná finanční nerovnováha systému. Takto vysoká frekvence kontaktů má nepříznivý dopad i na samotný způsob poskytování zdravotní péče (lékař má na vyšetření pacienta jen velmi krátký čas).

Výdaje domácností za zdraví stouply z necelých 14 miliard v roce 2000 na více než 41 miliard v roce 2008. Z toho jen vydání domácností za léky celkově stoupla ze 7,881 miliard na 20,556 miliardy korun. Z plateb domácností za zdravotní péči šlo téměř 45 % na léčiva, skoro 27 % na ambulantní péči a necelých 14 % na zdravotnické prostředky. Na prevenci domácnosti vydaly jen 2 % peněz na zdraví. Za regulační poplatky domácnosti v roce 2008 vydaly celkem 5,57 miliardy korun, z toho za poplatky za recept 2,4 miliardy, za návštěvu u lékaře 1,8 miliardy, za hospitalizaci 1,17 miliardy a za pohotovost 178 milionů korun. Regulační poplatky přinesly celkovou úsporu 10 miliard korun, která se investovala do dříve omezeně dostupné a nákladné péče vážně nemocných.



MVDr. Jan Kulheim

## Ministerstvo pro léčení nemocných

Vysoké sociální a zdravotní pojištění placené zaměstnavatelem v Česku znamená, že zvýšení hrubé mzdy o 1000 Kč ve svém důsledku znamená o 1340 Kč vyšší mzdové náklady. Větší nárůst mzdových nákladů při zvýšení hrubé mzdy zaměstnance mají firmy pouze v Brazílii, Francii a Itálii.

Na prevenci nemocí vynakládáme v České republice pouhý zlomek celkových nákladů na zdravotní péči, většinu prostředků spolýká léčba nemocí a jejich komplikací. Celých 60 % všech nemocí je přitom způsobeno sedmi rizikovými faktory, které se navzájem negativně ovlivňují a lze je velmi dobře ovlivnit preventivními opatřeními. Jedná se o nadváhu a obezitu, kouření, nadměrný příjem alkoholu, nezdravé dietní návyky, vysoký cholesterol v krvi, vysoký krevní tlak a nedostatek pohybu.

Ministerstvo zdravotnictví se zabývá zejména organizací léčby nemocných. Na „aktivní tvorbě zdraví populace“ se podílí málo. Jeho název je proto matoucí. Bylo by přesnější, pokud by se jmenovalo ministerstvo pro léčení nemocných. Prevence je výrazně podhodnocována a slabě podporována, což vede k situaci, kdy je 90 % prostředků na zdravotní péči vynakládáno na léčbu a odstraňování komplikací, ke kterým by při efektivní prevenci nikdy nemuselo dojít. Česko je „na špičce“ ve výskytu nemocí srdce a cév, některých nádorů atd.

V nemocnicích se zdraví nevytváří ani nekupuje. Tam se většinou léčí nemocní – ti zpravidla nemocnými zůstávají a berou prášky. Zdraví se ovšem zlepšuje pouze změnou životního stylu populace. Pro to, aby lidé byli zdraví a nemuseli se léčit, se nedělá téměř nic.

## Proč je nutná reforma systému

**A. Populace stárne**, přičemž výdaje na zdravotní zabezpečení

starších lidí jsou řádově vyšší než výdaje na osobu ve středním věku. Toto je ještě kombinováno stále rostoucí finanční náročností nových léků a léčebných postupů. Od listopadové revoluce se průměrný věk prodloužil o několik let, to však vyvolalo rostoucí finanční nároky. Jinými slovy, náklady na lékařskou péči rostou exponenciálně a rychleji než příjmy do systému. Toto se ovlivnit nedá.

**B. Neefektivita současného systému** se ovšem změnit dá. Ve zdravotnictví totiž funguje velmi pokřivený a netržní systém, který přímo pobízí k plytvání. Neefektivita je způsobena těmito faktory:

**a) Asymetrické informace.** Pacient obvykle příliš dobře nerozumí danému lékařskému problému, a je proto odkázán pouze na lékaře. Není schopen zjistit, zda ho lékař vyšetřuje, aby „nasbíral body“, zda jsou různá lékařská vyšetření účelná, či nikoli. Pokud jsou příjmy lékařů odvozeny od počtu úkonů, mnozí toho zneužívají, aniž by pacient mohl cokoli ovlivnit. V praxi se stává, že náklady na léčbu stejné nemoci se stejnou závažností jsou v jednom zdravotnickém zařízení až několikanásobně vyšší než ve druhém. V přeregulovaném a prolobbovaném zdravotnictví nemají zdravotní pojišťovny dostatečné pravomoci, aby mohly kontrolovat lékaře, a ti by se takové kontrole přirozeně bránili.

**b) Zájem lékařské a farmaceutické lobby**, která má prospěch z co největšího utrácení. Pokud by se vláda přesto rozhodla k razantním opatřením, lékařská lobby může vždy použít řady účinných prostředků, pomocí nichž se umí bránit. Především může rozpoutat mediální kampaň, v níž bude hrozit nedostatečnou zdravotní péčí, jednoduše „strašit lidi“. Tento problém bude ještě zvýrazněn tím, že většina obyvatel bude považovat lékaře za odborníky, kteří přece musí vědět, co je pro zdravotnictví správné. Farmaceutická lobby má největší zájem na maximální spotřebě léků. Pokud by zdravotní pojišťovny měly ta-



Ilustrace: Shutterstock

kové pravomoci, jaké by správně mít měly, tedy určovat, které léky se budou proplácet a které nikoli, nikdy a za žádných okolností by neproplácely dražší léky, pokud by byly k dispozici levnější. Plytvání je způsobeno státními zásahy, respektive regulacemi ministerstva zdravotnictví.

**c) Státním nemocnicím chybí pobídky**, aby se jejich vedení chovalo efektivně. Potom záleží jen na konkrétních podmínkách, zda se nemocnice topí v dlužích, nebo ne. Státní vlastnictví je neefektivní samo o sobě a o tom, zda se dá reformovat, či ne, jsme se přesvědčili nejen u nás za čtyřicet let komunismu, ale i při reformách socialismu v Polsku, Maďarsku a Jugoslávii v 80. letech a také na příkladu znárodněných podniků ve Velké Británii a Francii. Bude tedy nutné zprivatizovat nemocnice, jež se budou nadále živit poskytováním služeb buď za přímo hrazenou úplatu, nebo především ze systému zdravotního pojištění.

**d) Postavení zdravotních pojišťoven.** Státní regulace brání zdravotním pojišťovnám efektivně vykonávat svoji funkci. Jediné soukromé zdravotní pojišťovny, které jsou schopny kontrolovat finanční toky ve zdravotnictví, zároveň mají na takové efektivní kontrole zájem. Například MZ je sice teoreticky schopno finanční toky kontrolovat, avšak nachází se příliš pod vlivem zájmových skupin a vždy pod ním také bude.

## Siločáry zájmových skupin

Stav zdravotní soustavy je výslednicí tlaků a zájmů (přání) základních skupin, tedy těch, které služby konzumují, které je poskytují, které je financují a které o nich rozhodují. Hlavními zájmovými



skupinami jsou lékaři, odbory, komory a sdružení, farmaceutické společnosti, vládní byrokracie (ministerstvo zdravotnictví), zdravotní pojišťovny, politici a konečně pacienti (daňoví poplatníci). Každá z těchto skupin má své přirozené zájmy, které se promítají do celého systému. Kdo má zájem na dobrém zdravotním stavu populace? Farmaceutické firmy, lékaři, stát, lidé samotní? Zdá se, že nikdo. Při rostoucí specializaci oborů je racionální rozumně koordinovat rostoucí počet nabízených služeb i rostoucí objem jejich potřeb.

**1. Lékařská lobby** nemá zájem na efektivitě systému z hlediska hospodárnosti. Lidé věří lékařům více než politikům, neboť zdravotníci přece zdravotnictví rozumějí nejlépe a politici jsou navíc nepopulární. Zdravotníci mohou vyhrožovat nejen stávkou – paradoxně mohou velmi dobře strašit veřejnost kolapsem systému lékařské péče v případě prosazení reformy. Kdo by pak chtěl reformu, po které se veřejná péče zhroutí? Zde tedy leží hlavní problém reformy – lékařská lobby se svými partikulárními zájmy. Každý reformátor byl, je a bude postaven před otázku, do jaké míry se střetnout s tímto mocným protivníkem a do jaké míry mu ustoupit.

**2. Farmaceutická lobby** má podobné zájmy jako lékaři, tj. co nejvyšší ceny své práce a k tomu co nejvíce výkonů a co největší spotřeba léčiv. Na rozdíl od lékařů však nemá své komory ani vlivné odbory, zato však má více pe-

něž na lobbistické tlaky. Politik, který začne opravdovou reformu, tedy musí počítat s opozicí i z této strany.

**3. Byrokracie na ministerstvu** rovněž může svému ministrovu bránit v reformě. Cílem úředníků je vedle platu také moc, rozsah kompetencí a potažmo přerozdělovaných financí. Proč by úředníci měli podporovat vznik komerčních pojišťoven? Nelze se pak divit, že většina dosavadních koncepcí počítala s omezením role zdravotních pojišťoven ve prospěch moci úřadů. Otázka, proč existující úřady, včetně ministerstva zdravotnictví, fungují špatně a proč by to tentokrát mělo být jinak, zodpovězena není. Jisté však je, že koncepce předkládané byrokracií nemožou být nestranné. Opravdová reforma tedy musí vycházet z neutrálních zdrojů.

**4. Zdravotní pojišťovny** mají stát na straně svých klientů, respektive pacientů. Protože však nemají ani takové členské a mediální zázemí jako lékaři, ani finanční zázemí jako farmaceutické společnosti, je jejich síla malá, takže jsou stále více zatlačovány do pozadí, přestože se jedná o stěžejní systémotvorný prvek.

**5. Politici.** Jelikož je jejich volební horizont krátkodobý (rozhodně kratší než doba, kdy se projeví negativní účinky ne-reformy), raději řešení odkládají. Navíc je na straně voličů velká informační neznalost, a tak jsou ovlivněni hlavně krátkodobými efekty reformních opatření. Při úvahách o reformě zdravotnictví přirozeně nesmíme

zapomenout na princip politicko-ekonomického cyklu, který říká, že razantní změny lze učinit jen po volbách. Tehdy je totiž vláda nejsilnější a zájmové skupiny nejslabší. Podmínkou dobré reformy by tak měla být její připravenost již před volbami.

**6. Pacienty a daňové poplatníky** můžeme sloučit v jednu skupinu, jejímž hlavním rysem je neorganizovanost a racionální neznalost. Zcela v souladu s teorií veřejné volby tak má deset milionů lidí minimální vliv ve srovnání s malou, ale dobře organizovanou skupinou lékařů a farmaceutických firem. Současná doba je však přesto výjimkou z pravidla, neboť mnoho lidí problémy zdravotnictví vnímá a budou případná negativa reformy chápat.

### Nevyužitá šance?

Prakticky veškeré problémy sektoru jsou způsobeny existencí zájmových skupin, a každá skutečná koncepce reformy proto musí být sepsována především s ohledem na ně. Kvalitu a upřímnost reformy podstatně ovlivňuje to, kdo ji píše – zda lékaři, úředníci či nezávislý vnější subjekt.

Hlavním důvodem pro rostoucí náklady na zdravotnictví je neudržitelný růst na straně nabídky i poptávky. Na straně nabídky vývoj nových lékařských technologií, přístrojů a léků rozšiřuje možnosti léčby. Nové možnosti léčby však s sebou často nesou vyšší náklady. Na straně poptávky se zvyšují potřeby a náklady na léčení průměrného jedince především

proto, že populace stárne a přibývá chronických onemocnění.

Ministr Heger dostal neočekávanou, zato však o to mimořádnější šanci konečně s molochem českého zdravotnictví provést něco smysluplného. To, o čem jeho předchůdci jen planě diskutovali a prováděli různá nesystémová opatření, mohl elegantně, za vydatné pomoci LOK a ČLK, vyřešit ve prospěch těch, kterých se to nejvíce týká, tedy pacientů. Pokud by chtěl zavádět reformu z vlastního rozhodnutí, měl by problém. Vyhodit 3800 lékařů není tak snadné. Mediální ryk by ho rozcupoval a donutil k rezignaci. Mohl být prvním ministrem vlády, který v tomto smyslu skutečně něco učinil, měl k tomu ideální podmínky. Hlavně podporu veřejnosti, navzdory mediálnímu humbuku, jak budou umírat novorozeňata a s nimi i mladé matky, jak se nebude operovat, protože nejsou anesteziologové, jak se omezí péče...

Co bylo příčinou toho, že Leoš Heger ustoupil LOKu, tlakům z vlády, parlamentu, ze strany hejtmanů či farmaceutických firem?

### Závěrem

**Zdravotní péče je neefektivní, protože:**

- I když se diagnostika a léčba nemocí zlepšuje, v posledních letech stále stoupá výskyt tzv. civilizačních chorob. V řadě z nich se čeští pacienti drží na „špici“.
- Trvale stoupá výskyt dlouhodobých a chronických nemocí, zejména onkologických. Tím na-

růstá počet nemocných, které je třeba léčit, často pomocí finančně velmi náročné terapie.

• Velká část populace není v dobrém zdravotním stavu. Většina lidí nad 50 let užívá nějaké léky, které kromě toho, že nevedou k vyléčení, mají i řadu nepříznivých účinků.

• Unitární veřejné pojištění nemá schopnost ovlivnit životní styl veškerých sociálních skupin, jež zastřešuje.

• Systém nemotivuje lidi k péči o své zdraví. Mnozí jsou přesvědčeni, že jejich vlastní zdraví není jejich starost, ale starost jiných.

• Systém „zdravotní péče“ a přístup poskytovatelů této péče je zaměřený na léčbu nemocných. Je to pouze řešení stávajícího stavu.

Jakákoli reforma, která není zaměřena na změnu životního stylu, je neúčinná. Taková reforma nemůže vést ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Zásadní chybou řady koncepcí, jež doposud byly předkládány, bylo, že ignorovaly důležitost „determinant zdraví“, tedy faktorů, které ovlivňují zdravotní stav obyvatelstva. Prevence je podhodnocována a slabě podporována. Nejvíce své zdraví ovlivňujeme svým vlastním životním stylem. Celkově životní styl určuje naše zdraví (dlouhodobě a v průměru) z 80%! Cesta ke zdraví tak nevede pouze přes „přilévání“ peněz do zdravotnických služeb, ale vyžaduje účast celé společnosti, všech odvětví, všech úrovní veřejné správy, na zlepšení zdraví populace.

Inzerce A111009282

GENERÁLNÍ PARTNER  UVÁDÍ

## LETNÍ SHAKESPEAROVSKÉ SLAVNOSTI 2011

| 18. 7. – 20. 8. |  
Praha | Brno | Ostrava

# JINDŘICH IV.

v inscenaci Lucie Bělohradské hrají: Jan Dolanský, Ladislav Mrkvička, Norbert Lichý, Martin Preiss, Martin Písařík, Zdeňka Žádníková / Klára Melišková a další

[www.shakespeare.cz](http://www.shakespeare.cz) | [www.ticketportal.cz](http://www.ticketportal.cz)



# Nemocnost nelze naplánovat jako výrobu cviček u Bati

Manželé **Emílie** a **Václav Šupíkovi** pracují v ambulancím sektoru řadu let. Paní doktorka provozuje pneumologickou ordinaci, její manžel sonografickou. Vedle působení v Rakovníku dojíždějí společně ještě do ambulančí v Novém Strašecí.

## Byl váš současný obor vaše první volba? Proč?

**Emílie:** Pro pneumologii jsem se rozhodla koncem studia medicíny, tedy asi před 40 lety. Tenkrát to nebyl široký obor a práce v ambulanci, kterou jsem chtěla dělat, se dala dobře organizovat.

**Václav:** Samozřejmě, že ne. Když jsem v roce 1973 začínal, po sonografii u nás ještě nebylo ani potuchy. První ultrazvuk jsem zařizoval v roce 1985 jako primář RDC oddělení nemocnice v Mělníku. Bylo to neuvěřitelné čtyřtýdenní ježdění po republice včetně Slovenska a shánění 27 razítek, jež byla k povolení dovozu přístroje z Ameriky nutná. A protože ultrazvuk od firmy Hewlett Packard, který jsme si vybrali, již byl s Dopplerovským módem, bylo potřebné zvláštní povolení od vlády USA. Kuriózní bylo, že když přístroj přišel ve Vídni na letišti, právě tam došlo k přepadení a střelilo se...

Ultrazvuk v pořádku dorazil do mělnické nemocnice a ještě tentýž den jsem na něm vyšetřoval. Asi za 3 týdny však náhle přijela ředitelka jedné pražské nemocnice, že přístroj není využit, nepracuje se na něm a že si ho odveze do Prahy. Byla značně překvapena, že je v provozu, a ani rudá klopka jí nepomohla přístroj nám zabavit. Mělnické OV KSC tenkrát mělo klopku rudější a mohlo se oprít o provoz přístroje. Po měsíci se na přístroj přijel podívat smluvní lékař firmy HP z USA. Když zjistil, že vyšetřují denně přes 20 pacientů, prohlásil, že mi zaroste sonda do ruky.

## Jaká vyšetření, testy a zákroky provádíte ve vaší ordinaci? Specializujete se na některý konkrétní problém ve vašem oboru více?

**Emílie:** Nyní mám ambulanci s přiměřenou spádovou oblastí, ale daleko od lůžkového zázemí, takže neprovádím žádná invazivní vyšetření, dělám převážně cílenou pneumologickou diagnostiku, spirometrie, rentgenologická vyšetření. Zajišťuji rovněž potřebná vyšetření v rámci kalmetizace



Foto: archiv MUDr. Václava Šupíka

a kontrolu tuberkulózy. Od zrušení plošného očkování proti TBC s úhradou zdravotních pojišťoven ubylo práce pro kalmetizaci. Dle mého názoru to ovšem není dobré rozhodnutí, protože pokud se tuberkulóza vyskytuje u dospělých, bude i u dětí. Je to jen otázka krátké budoucnosti. S názorem o škodlivosti tohoto očkování nesouhlasím, díky němu výrazně ubylo TBC onemocnění u dětí i dospělých.

Za svou čtyřicetiletou praxi bych počet drobných komplikací po očkování za rok mohla spočítat na prstech jedné ruky. Komplikace nastaly až se zavedením očkování dětí hexavakcínou, tedy pokud dětský lékař pospíchal s naočkováním této vakcíny, aniž by bylo dobře zhojeno očkování proti TBC. Toho se chopilo pár lidí s ambicemi prosadit jiné očkování na úkor očkování proti TBC. A zbytek dokonalá média. Zatím mi však nikdo nevysvětlil, jaký je rozdíl mezi dítětem zemřelým například

na pneumokokovou infekci a dítětem zemřelým na TBC.

**Václav:** Provádím běžná vyšetření v celém rozsahu patřící do ambulancí sféry, tedy diagnostiku zažívacího a močového traktu, žláz, očních bulbů. Sleduji svalové a kloubové choroby, onemocnění podkoží a podobně. Nelze říci, že bych se úzce specializoval. Provádím běžnou ambulancí skiaografickou praxi, UZ a kostní denzitometrii. Dříve jsem prováděl i punkce různých ložisek. Protože však není dobrá návaznost na histologické a cytologické testy a výsledky z těchto vyšetření přicházely i po týdnech, je naprosto bezpředmětné punkce provádět. Daleko vhodnější jsou tam, kde histologii provedou *statim* a nevzniká tak neomluvitelné zdržení u závažných onemocnění.

## Jaké problémy nejčastěji trápí vaše pacienty?

**Emílie:** Do ordinace často přijdou pacienti i s mimoplicními problé-

my, někdy se potřebují jen vypovídat. Skutečně nejčastěji si vyslechneme stížnosti na doplatky v lékárnách. Pokud jde o TBC, vyskytuje se stále, ale je jí méně, než když jsem v oboru začínala.

**Václav:** Mé pacienty trápí hlavně zdravotní problémy spojené se zažíváním či močovým ústrojím. Ve velkém množství přicházejí i s onemocněním štítné žlázy, což patrně souvisí také s katastrofou v Černobylu, ale nelze to hodnověrně doložit. Dále mají cévní problémy, bolesti páteře a kloubů, a to zvláště po zimě, kdy vyrazí na zahrádky a jsou obecně více tělesně aktivní. Na našem pracovišti neobjednáváme, rentgenem i ultrazvukem vyšetříme každého, kdo přijde. Samozřejmě někdy je pacientů mnoho a musí si chvíli počkat, jindy, zvláště v létě, je volněji.

## Lze ve vaší specializaci některým onemocněním účinně preventivně předcházet?

**Emílie:** Tuberkulóza je léčitelné onemocnění, léčba jenom trvá déle než u běžného zápalu plic. Problémů s těmito nemocnými máme minimálně, vyléčit se chtějí všichni. Pamatuji dobu s velkým přílivem cizinců, zejména z Vietnamu a Kuby, kde byla TBC častá, ale vše jsme vyléčili! Dříve byl v tomto ohledu skutečně kladen větší důraz i na prevenci – pracovníkům z ciziny se po příchodu do Československa prováděly snímky plic, tak jako našim občanům, a mnoho onemocnění se zachytilo včas. Nyní se nestačíme divit, kolik cizinců u nás může pracovat a pobývat bez základních preventivních vyšetření.

Předcházet se dá řadě onemocnění. U těch přenosných, v našem případě TBC, je třeba adekvátních zákonů, jenže naše názory a zkušenosti nikoho nezajímají. Naši ordinaci nejvíce plní pacienti s chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN), kterou si nejčastěji způsobují kuřáci. Tady by prevence byla velmi prospěšná, ale narkomanovi, kuřákovi, můžete následky nikotinu vysvětlovat donekonečna! Převážně tedy léčíme lidi, kteří si onemocnění takzvané vykouřili, nebo jim píšeme léky, aby mohli kouřit dál, když mají obtíže a kouření se nemíní vzdát. To je podle mého názoru právní problém. S léky, ani těmi drahými, problémy nejsou, jen se musí hlídat limity pojišťoven.

## Jak se vám daří spolupracovat s pojišťovnami? Máte problémy s úhradou některých zákroků?

**Emílie:** S limity od zdravotních pojišťoven problém máme. Jenže pacienty to nezajímá. Ti mají většinou pocit, že mají nárok na všechno, a nějaký argument o pokutách od zdravotních pojišťoven jim nic neříká. A já si zase nemyslím, že bych na pacienty měla doplácet. Takže v tomto ohledu mě práce hodně unavuje a neodpovídá mým představám, když jsem do oboru nastupovala.

**Václav:** Je to neustálé dohadování, telefonování, mailování. Pojišťovny a hlavně ministerstvo, které vydává úhradové vyhlášky, předpokládají, že nemocnost lze naplánovat jako výrobu cviček u Bati. Víry a bakterie jsou však jiného názoru a nad snahami MZ zatím vyhrávají. Úhradová vyhláška, která stanoví, že můžete vyšetřit určitý počet pacientů za plnou úhradu, zatímco za ty, kteří jsou navíc, nám zdravotní pojišťovna zaplatí jen třetinu ceny, je vrchol vykořisťování. S přestupy pacientů mezi zdravotními

## AMBULANTNÍ SPECIALISTÉ

pojišťovny se u ambulantních specialistů nepočítá. Pak tedy pacienti léčíme ze svého.

Jiné je to u praktických lékařů. Ti dostanou od zdravotní pojišťovny kapitaci na počet pacientů, který je u nich zrovna z té které pojišťovny registrován. Máme zde tedy rozdílný přístup k poskytovatelům lékařské péče. Již od doby premiéra Špidly se politická garnitura i pojišťovny snaží ekonomicky zlikvidovat ambulantní specialisty a přejít na systém praktický lékař -> nemocnice. Prý je to levnější. Nikde se to ovšem neosvědčilo. V zemích, kde tento systém funguje, je potom praktický lékař zaměřený třeba na diabetes a podobně. Tyto země následně zoufale shánějí specialisty. U nás jsme ale stále nepoučitelní.

**Působíte v ordinacích v Rakovníku a v Novém Strašecí. Jaký je váš běžný pracovní den?**

**Václav:** Mimo uvedení pracoviště do provozu je nutná přímo pedantská péče o přístroje jak rentgenové, tak sonograf i počítačovou techniku. Běžnou údržbu přístrojů včetně pravidelného

čištění a kalibrace si provádím sám. Veškeré opravy prováděné technikem si samozřejmě musím platit ze svého. Jak socialismus naučil člověka dělat vše, kapitalismus to potvrdil. Jako perličku uvedu poznámku jednoho technika přes lékařské přístroje: „Kdyby bylo více takových jako vy, tak se neuzíváme.“

Po skončení pracovní doby musím opět provádět údržbu a čištění přístrojů. Pak následuje rozsáhlá administrativní činnost pro pojišťovnu, Státní úřad pro jadernou bezpečnost (SÚJB), statistiky a další „nezbytnosti“, kterých je rok od roku stále více a navíc je samozřejmě musím zaplatit. Například každoroční měření dlouhodobé stability rentgenových přístrojů pro SÚJB.

Dále si páni úředníci vymysleli každoroční měření „technické zdatnosti rtg přístrojů“. Je to prakticky totéž, co musím dodat SÚJB, ale i za toto měření platím dalších 8 až 10 tisíc korun. V novele zákona o zdravotních službách chce MZ zavést další kontrolu, klinický audit, za který budeme opět platit nějaké firmě. Při jednání na MZ za Topolánkovy vlá-

dy jsme to připomínkovali a sdělili jsme, že radiodiagnostici jsou schopni si tyto audity provádět navzájem. Vzápětí bylo znění návrhu změněno tak, že z možnosti provádět audity byli vyloučeni právě vlastníci rentgenologických pracovišť. Finance jsou takto opět směřovány mimo zdravotnictví. A současný návrh ministerstva je pouze opsaný zmíněný předchozí návrh, navíc bez zapracovaných připomínek, kterých jsme tenkrát na MZ dosáhli.

**Emílie:** Kdybych musela platit nájem z ordinace a neměla vedle na RDG pracovišti spolupracujícího manžela-rentgenologa, určitě bych se dostala do mínusu a ordinaci mohla zavít. Užívala bych si „zaslouženého odpočinku“ a každý měsíc vyhlížela pošťáka s mým podprůměrným starobním důchodem.

**Je přístrojové vybavení vaší ambulance srovnatelné s vybavením nemocnic?**

**Václav:** Samozřejmě je a musí být. Můj přístroj je schopen triplexního záznamu, rozsah vysílaného vlnění je od 2,5 do 12 MHz, tedy celá potřebná škála i na vy-

šetření podkoží. U současného přístroje již nemám sondu k intrakavitálnímu vyšetření, tedy do tělních dutin. Potřebnost v běžné praxi je malá a pořízení sondy se nevyplatí, není zde návratnost investice.

**Jak často musí lékař během praxe ve vašem oboru přístroje v ordinaci měnit?**

**Václav:** Lékařská technika se vyvíjí velmi rychle. U ultrazvukových přístrojů je nutno obnovit techniku nejpozději po čtyřech letech. Pak je přístroj schopen obstát. Samozřejmě si na sebe musí vydělat a ještě vytvořit nějaký provozní zisk. A to přesto, že úhrady od pojišťoven jsou oproti západním zemím směšné. Přitom ale kupujeme přístroje za běžnou cenu jako na Západě.

**Existují v sonografii nové postupy, které jsou zatím českým pacientům nedostupné?**

**Václav:** Méně dostupná jsou úzce specializovaná vyšetření jako například jícnová či echokardiografická a podobné speciality. Zcela nedostupné postupy jsem ovšem nezaznamenal.

**Máte zkušenosti s nekorektním jednáním nebo tlakem farmaceutických firem?**

**Emílie:** Farmaceutické firmy mi problémy nečiní, nedám se! **Václav:** Takovou zkušenost nemám.

**Jste členem Sdružení ambulantních specialistů, jaká je zde vaše funkce a co obnáší?**

**Václav:** Jsem členem rady sdružení. Každý měsíc máme celostátní radu, kde si rozdělujeme úkoly. Je fakt, že větší možnost různých schůzek s Koalicí soukromých lékařů, politiky i vedením pojišťoven mají ti členové rady, kteří jsou z Prahy nebo jejichž pracoviště disponují větším počtem lékařů. Já jsem na pracovišti sám a prioritou je pro mě ošetřování pacientů.

**Cítíte profesní podporu i od České lékařské komory?**

**Emílie:** Nějaká pomoc ze strany ČLK se v poslední době rýsuje, jinak ji ambulantní specialisté zatím moc nezajímali.

**Václav:** Dosud mizivou. Doufám, že se to do budoucna změní.

Petra Klusáková

Inzerce A111009749

## Artesa navyšuje úrokové sazby!

Všechny vklady ze zákona pojištěny až do výše 100 000 eur

S platností od 01. 06. 2011

### Proč Artesa?

- \* vklady pojištěny u Fondu pojištění vkladů dle zákona o bankách
- \* internetové bankovníctví
- \* jsme moderní spořitelní družstvo s historií od roku 1999

až  
4,0 %  
p.a.



Artesa, spořitelní družstvo  
[www.artesa.cz](http://www.artesa.cz)

Politických vězňů 21  
110 00 Praha 1

volejte zdarma  
800 128 836

 **artesa**  
INVESTUJTE VÝHODNĚ A S GARANCÍ

# Americké lékařské fakulty zjišťují i „lidský“ potenciál uchazečů

Některé americké lékařské fakulty se rozhodly přijímat uchazeče nejen na základě dosavadních studijních výsledků a odborných znalostí, ale také podle jejich komunikačních schopností a umění řešit eticky náročné otázky.

Zájemci o studium musejí projít několika pohovory, při nichž jim zkoušející předkládají různé lidsky a eticky složité situace, s nimiž se jako lékaři mohou v praxi setkat. Ve Spojených státech se tento trend začíná pomalu rozmáhat – pohovory praktikuje přinejmenším osm lékařských fakult, v Kanadě dokonce třináct. Zastánci této podoby přijímacích zkoušek si od nich slibují, že se jim podaří odhalit, zda je budoucí lékař schopen empatické komunikace s pacienty a kolegy.

## Devět místností

Pro testy lidských a komunikačních schopností se rozhodla i nejnovější lékařská fakulta v USA – Virginia Tech Carilion School of Medicine (VTC). Uchazeči o studium při přijímacích zkouškách postupně procházeli devíti místnostmi, na jejichž dveřích byl vždy nastíněn konkrétní medicínsko-etický problém. Studenti

měli dvě minuty na to, aby si rozmysleli jeho řešení, a poté vstoupili do místnosti, kde na ně čekal vyučující, s nímž o problému osm minut diskutovali. Poté se přesunuli k dalším dveřím. Konkrétní podobu všech otázek fakulta sice tají, mezi vzorovými se však například objevil dotaz, zda je etické podat pacientovi neschválený alternativní lék, zda by pediatři měli podporovat rodiče, kteří u svého syna požadují provedení obřizky,

nebo zda je správné platit poplatky za návštěvu lékaře.

## Empatie i práce v týmu

Autoři přijímacích pohovorů z VTC se především snažili zjistit, jakým způsobem uchazeči komunikují, jak zvládají své emoce a jak jsou schopni pracovat v týmu. Na otázky totiž neexistuje správná či špatná odpověď, zmíněné modelové situace však dokáží odhalit, jak člověk reaguje, například když



Ilustraci foto: Shutterstock

s ním někdo nesouhlasí, nebo jak je schopen vypořádat se s emocemi, jež mohou z nastíněných okolností plynout. „Snažíme se odhalit studenty, kteří sice „na papíře“ vypadají skvěle, ale neosvojili si žádné „lidské“ či komunikační schopnosti, o nichž si myslíme, že jsou velmi důležité,“ uvádí proděkan pro přijímací řízení a administrativu VTC Stephen Workman.

Systém krátkých rozhovorů v rámci přijímacího řízení na lékařskou fakultu zavedla i Stanfordská univerzita. Podle jejího proděkana Charlese Probera škola vždy kladla důraz na schopnosti zájemců o studium pracovat v kolektivu a komunikovat s pacienty. S novým systémem zkoušek má škola konečně nástroj jak tyto dovednosti odhalit.

## Komunikace jako prevence chybné léčby

Jak připomíná Leora Horwitzová z Yaleovy univerzity, důvody, proč je třeba obecně zvednout úroveň komunikačních schopností lékařů, jsou dobře známé. „Vzpomínám si na jeden případ ze své rezidentury, kdy můj kolega vstoupil do pokoje, kde byl hospitalizován pastor obklopený svou rodinou a několika farníky, a přede všemi prohlásil: „Už víme, co způsobuje vaše problémy – máte pozitivní

test na syfilis.“ Vůbec mu nedošlo, že pacienta i jeho okolí úplně zničí,“ popisuje dr. Horwitzová. Připomíná také, že závada v komunikaci může mít fatální důsledky, jako je nasazení špatné léčby nebo chybně provedený operační výkon. Podle posledních výzkumů si chyby zapříčiněné nedostatečnou komunikací mezi zdravotnickým personálem, ale i mezi zdravotníky a pacienty jen ve Spojených státech vyžádají každoročně 98 tisíc lidských životů.

## Příliš drsní zkoušející

Ačkoli uchazeči o studium medicíny zjišťování těchto dovedností při přijímacích zkouškách chápou, někteří nad tím neskrývají rozpaky. Jedna ze zájemkyň o studium na Virginia Tech Carilion uvedla, že na ni zkoušející byla příliš přísná, takže se pak bála mluvit s ostatními, jiný uchazeč zase označil pohovory za nespravedlivé, neboť nastiňují situace, z nichž některé jsou příliš složité. V loňském roce obdržela VTC 2700 přihlášek ke studiu, 239 uchazečů se dostalo až k pohovorům. Škola však přijímá pouze 42 studentů. Pro pohovory, jež probíhají šest týdnů, fakulta najala na 80 odborníků, a to jak z oblasti medicíny, tak i managementu.

(Zdroj: New York Times)

Květa Havlová

## BMA varuje lékaře před sociálními sítěmi

Britská lékařská asociace (BMA) vyzvala lékaře, aby se svými pacienty nekomunikovali prostřednictvím sociálních sítí, jako je například Facebook nebo Twitter. Mohlo by podle ní dojít k narušení vztahu lékař – pacient.

BMA ve svém prohlášení uvedla, že zdravotníci i studenti medicíny by měli odmítat jakékoli snahy o kontakt ze strany současných, bývalých i potenciálních pacientů na sociálních sítích.

## Etický problém

Předseda etického výboru asociace Tony Calland uvedl, že ačkoli většina zdravotnických profesionálů žádosti o přátelství na Facebooku ze strany pacientů odmítá, existuje skupina lékařů, kteří je přesto akceptují. „To ovšem pro lékaře znamená velmi vážný etický problém. Zdravotník se tak například může o pacientovi dovědět i skutečnosti,

které nikdy neměly být součástí jejich vztahu. Navíc probírat něčí zdravotní stav po internetu je naprosto nepřijatelné,“ říká Tony Calland.

## Směrnice pro sestry

BMA svým varováním napodobuje směrnice, jež před nedávnem vydala profesní organizace sester a porodních asistentek Nursing and Midwifery Council (NMC) a které jasně stanovují, že její členky nesmějí přijímat žádosti o přátelství svých pacientů, uveřejňovat na svých stránkách fotografie nemocných nebo na nich o své práci mluvit. Představitelé organizace již údajně museli ře-

šit několik „incidentů nevhodného užívání Facebooku“.

„Doporučuji všem sestrám a porodním asistentkám, aby byly při používání sociálních sítí velmi opatrné. Pokud totiž poruší některé z pravidel, riskují ztrátu své registrace,“ zdůrazňuje výkonný ředitel NMC Dickon Weir-Hughes. „Jestliže si člověk zvolí za svou profesi ošetřovatelství, je naprosto nepřijatelné, aby o své práci cokoliv uveřejňoval na síti. To, co se vám může zdát jako zajímavý příběh, o který se podělíte s přáteli, se lehce může změnit na problém s velmi vážnými důsledky,“ varuje autor směrnic Andy Jaegar.

(Zdroj: Guardian)

(kha)

## Twitter jako nástroj výzkumu zdravotního stavu obyvatel

Američtí vědci se rozhodli využít sociální síť Twitter, aby zjistili zdravotní stav a povědomí o zdraví jejich uživatelů.

Počítačová odborníci Michael J. Paul a Mark Dredze z Univerzity Johnse Hopkinse se v rámci své studie rozhodli pomocí speciálních filtrů a algoritmů analyzovat údaje o uživatelích blogové služby Twitter – zaměřili se především na to, kdo jsou nemocní, jak o svém stavu referují na svém profilu a jaké rady dostávají.

## Odhalení zdravotních mýtů

Vědci prozkoumali v období od května 2009 do října 2010 na 1,5 milionu tzv. tweetů, které se nějak týkaly zdravotního stavu, a mimo jiné

zjistili, že mnozí uživatelé Twitteru užívají nesprávné léky, v rámci sítě jsou jim diagnostikovány nesprávné onemocnění nebo šíří dezinformace týkající se zdraví. „Tweety nám ukázaly, jaké vážné zdravotní omyly tu přetrvávají,“ uvedl Michael J. Paul a jako příklad uvedl velmi rozšířené užívání antibiotik na chřipku. Za přínosy výzkumu pak autoři považují upozorňování na sezónní trendy ve výskytu alergenů, sdílení lidových receptur na léčebné prostředky či schopnost sledovat prostřednictvím sociální sítě šíření nemoci s využitím místa pobytu uživatelů.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

# Obezitolog: Extrémně obézní děti by stát měl rodičům odebrat

Ostrou debatu vyvolal článek odborníka na obezitu z Dětské nemocnice v Bostonu Davida Ludwiga uveřejněný v Journal of the American Medical Association. Autor v něm totiž tvrdí, že rodiče extrémně obézních dětí by v některých případech měli být zbaveni opatrovnictví.

„Zásah státu by mohl být v případě dětí s život ohrožující obezitou v jejich nejlepším zájmu. V podstatě je to jediná realistická možnost jak ovlivnit jejich chování,“ píše dr. Ludwig společně s právníčkou z Harvardovy univerzity Lindsey Murtaghovou. „Při závažné obezitě dítěte je jeho odebrání rodičům právně obhajitelné, neboť je ohrožen jeho život a rodiče opakovaně selhali při řešení tohoto medicínského problému,“ uvádějí autoři článku. Jak ale zdůrazňují, takto extrémní krok by měl být až posledním řešením a týkal by se pouze velmi omezeného počtu dětí. Pro ilustraci doktor Ludwig popisuje případ 3leté dívky, jež se před lety dostala na jeho kliniku a již v té době vážila 45 kilogramů. Ve 12 letech dosáhla téměř 200 kilogramů a trpěla diabetem, vysokou hladinou cholesterolu, hypertenzí a spánkovou apnoe.

Podle údajů Centra pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) ve Spojených státech trpí obezitou až 17% (asi 12,5 milionu) dětí a dospívajících. Od roku 1980 se jejich počet ztrojnásobil.

## Hororová scéna

Článek v časopise lékařské asociace okamžitě vyvolal bouřlivou odezvu a odpor řady především laických organizací. Někteří odborníci však intervenci státu v určitých případech dětské obezity vidí jako přínosnou. „Média okamžitě začala celou problematiku předkládat jako nějakou hororovou scénu, kdy vládní zmocněnci rozkopávají dveře a odvlékají děti z jejich domovů, ale tohle z textu rozhodně nevyplývá,“ upozorňuje James Zervios z organizace Obesity Action Coalition. „Pokud obezita ohrožuje dítě na životě, může mít takový zásah spíše edukační

charakter, který rodiče i jejich potomky naučí zdravému stravování a pohybu. Rozhodně se nejedná o přístup, který by se aplikoval hojně a plošně,“ doplňuje Zervios.

## Soustředme se na prevenci

Ne všichni odborníci však s návrhem dr. Ludwiga a dr. Murtaghové souhlasí. „Jestliže úřadům dáme moc odebírat děti jejich rodičům na základě obezity, řada z nich velmi rychle skončí v pěstounské péči a vrátit je původní rodině bude poměrně složité. Ačkoli je jednodušší dítě odebrat, měli bychom se zaměřit spíše na účinnější řešení prvotního problému,“ domnívá se dr. David Orentlicher z Indiangské univerzity. Dr. David Katz z Yalovy univerzity považuje článek za „vyvážený a rozumný“, podotýká však, že



Ilustrace: Foto: Shutterstock

neexistuje jediný důkaz, že by stát obezitu odebraného dítěte vyřešil. „Je naprosto nepochybné, že dětská obezita představuje stále závažnější problém. Zaměřit bychom se ovšem měli spíše na je-

jí prevenci. V současnosti se ale musíme soustředit i na její léčbu a myslím si, že by stát měl předložit nějaká účinná řešení situace,“ uzavírá David Katz.

(Zdroj: ABC News)

Květa Havlová

## Curych uzavře několik nemocnic

Všechny švýcarské kantony musejí pro rok 2012 zajistit nové seznamy nemocnic s úředně povoleným provozem tak, aby ústavy poskytovaly vysoce kvalitní péči a zároveň splňovaly určitá kritéria hospodárnosti.

Nemocnice současně musejí přejít na tzv. DRG úhrady (platby za skupiny diagnóz). Všeobecně se očekává, že dojde k redukci nadbytečných akutních nemocnic či alespoň některých jejich oddělení. Například kanton Curych se chystá uzavřít minimálně tři své nemocnice. Vyplývá to ze zprávy, kterou zveřejnili radní Thomas Heiniger a vedoucí plánování ústavní péče Hansjörg Lehmann.

## Podmínkou špičková kvalita

O aktualizovaném curyšském seznamu nemocnic se definitivně rozhodne až ve druhé polovině letošního roku. Kromě vyškrtnutí několika ústavů v něm do-

šlo i k dalším změnám. Některé nemocnice se musely vzdát určitých zdravotních výkonů, protože kantonální úřad se rozhodl vybrané zdravotnické činnosti (druhy léčby) maximálně koncentrovat jen do malého okruhu zdravotnických zařízení. Například dochází ke koncentraci léčby plicních tumorů. Nemocnice, které na úředním seznamu zůstanou, musejí mít kvalitní personál, přístroje v absolutním pořádku, urgentní příjem, vysokou úroveň JIP, systém hlášení faktických či potenciálních chyb v léčbě atd.

Nemocnice, jež jsou nyní zahrnuty do aktualizovaného seznamu úředně povolených zařízení, musely podstoupit i hodnocení

své hospodárnosti. Ověřovalo se, zda se „vejdou“ do DRG úhrad. Jestliže se ukázalo, že nemocnice je „příliš drahá“ (její náklady by DRG platby nepokryly, protože zařízení nemá dostatek pacientů či výkonů nebo není schopno snížit náklady), kanton navrhl její vyškrtnutí ze seznamu. Švýcarská lékařská společnost očekává, že zavedení DRG úhrad naostro od příštího roku „zamává“ daleko větším počtem ústavů. I kdyby se nemocnice jako celek s novým typem financování vypořádaly, objeví se problémy v provozu jejich jednotlivých oddělení a spektrum jejich činností patrně ještě dozná dalších změn.

(Zdroj: www.zh.ch)

(via)

## Austrálie chystá protialkoholní kampaň na etiketách

Lahve tvrdého alkoholu, ale i vína a piva ponesou v Austrálii varovné etikety upozorňující na možná nebezpečí konzumace alkoholu.

Kampaň bude varovat především před nebezpečím nadměrného požívání alkoholu, pití alkoholických nápojů během těhotenství nebo před dosažením dospělosti.

## S dětmi nemíchat

„Slogany uveřejněné na etiketách by především měly přinutit konzumenty, aby se nad svým pitím zamysleli. Měli by lidem pomoci činit rozhodnutí na základě relevantních informací,“ vysvětluje předsedkyně organizace DrinkWise Australia Board Trish Worthová. Právě na tuto organizaci budou etikety na lahvách alkoholických nápojů rovněž odkazovat. „Uvědomujeme si, že samotné varování pomocí sloganů chování konzumentů změnit nemůže. Pro-

to odkazujeme na naše stránky, kde bude probíhat navazující kampaň a lidé na nich získají další potřebné informace,“ doplňuje Trish Worthová. Jako varovná hesla budou použity například následující věty: „Děti a alkohol se nemíchají!“, „Je bezpečnější v těhotenství nepít!“ nebo „Nebližuje pití mně nebo ostatním?“ Organizace DrinkWise si od programu slibuje postupnou změnu pojetí konzumace alkoholických nápojů ve společnosti. „Například aby pití během dospívání nebo nejrůznější alkoholové excesy byly považovány za nepřipustné,“ vysvětluje její předsedkyně. Varovné etikety ponesou přibližně 80% lahvů alkoholických nápojů prodávaných v Austrálii.

(Zdroj: AAP)

(kha)

# Fotodynamická terapie v České republice – pět let zkušeností

Centrum fotonické medicíny (CFM) 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze bylo založeno před pěti lety. Je jediným pracovištěm tohoto typu ve střední Evropě a za krátkou dobu své existence dosáhlo na do té doby nedostupné metody v diagnostice a terapii nádorových onemocnění.

**V** CFM pracují a zkušenosti si předávají lékaři několika odborností – dermatologové, stomatologové, otorinolaryngologové a odborníci na obličejovou a čelistní chirurgii. Za svou práci obdrželi v roce 2008 Cenu ministra zdravotnictví za medicínský výzkum. Vedoucím tohoto centra je doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc.

## Princip fotodynamické terapie

Jedná se o diagnostickou a léčebnou metodu založenou na aplikaci fotosenzitivní látky, která se selektivně hromadí v nádorových buňkách. Takto „označené“ buňky jsou po ozáření světlem určitého spektra kompletně usmrceny. Fotosenzibilizátor (světlocitlivá látka) se aplikuje buď ve formě krému při místním podání, nebo intravenózně.

Pro diagnostiku se používá speciální modré světlo, které odhalí polohu, velikost a tvar nádoru. Léčebně se aplikuje speciální záření, nejčastěji pomocí laserových diod. Na ně lze napojit optická vlákna, která se vpíchem zavedou do postižené tkáně – pro kvalitnější osvětlení a následnou likvidaci nádoru; po různé dlouhé době ozáření (podle typu nádoru) dojde k poškození nádorových buněk a k jejich smrti včetně destrukce cévního systému, který nádorové buňky vyživoval. Tato metoda se s úspěchem zkouší nejen v dermatologii, chirurgii hlavy a krku a ve spolupracujících oborech, ale i při nádorových onemocněních jícnu, hltanu a hrtanu, plic, prsu, jater, močového měchýře, a dokonce i mozku. Prozatím se nejčastěji používá na léčení kožních nádorů a lézí, například na aktinickou keratózu a bazaliomy. Úspěšně se s její pomocí odstraňují virové bradavice nebo vyhlazují jizvy.

## Zejména pro nádory v oblasti hlavy a krku

„Naše pracoviště rozvinulo nejmodernější metody terapie některých nádorových onemocnění, zejména hlavy, krku a kůže. Spolupracujeme jak s českými vysokými školami a Akademii věd ČR, tak s několika světovými univerzitami a pracovišti ve Velké Británii a USA,“ říká docent Šmucler.

V posledních době je na tomto pracovišti centrem zájmu tzv. systémová fotodynamická terapie. Podle Romana Šmuclera jsme jedním z pěti států v Evropě, kde se tento typ terapie využívá. „Jako první jsme u nás zavedli systémovou fotodynamickou terapii v onkologii hlavy a krku. Při ní je pacientovi nitrožilně podána speciální látka Foscan, jejíž koncentrace je po třech dnech v nádorových tkáních vyšší. Po ozáření světlem – plošně nebo vláknem zavedeným do nádoru – dojde jednak k přesnému diagnostikování jeho rozsahu a následně k jeho odstranění; nádor se obvykle odloučí během pár týdnů a případné poranění se zhojí. Tato metoda je alternativou léčby obtížně identifikovatelného nádoru a složitého nebo neřešitelného chirurgického zákroku v případě, že je nádor rozsáhlý, neohraničený a pro chirurga nedostupný. Metoda se osvědčuje i jako paliativní v případech, že celkový zdravotní stav pacienta neumožňuje radikální výkon. V určitých fázích nemoci také výrazně zlepšuje kvalitu života pacienta.“

## Šetrná léčba bazaliomů

Velmi úspěšná je fotodynamická léčba bazaliomů. Jsou to nádory kůže, které mohou ničit velké plochy pokožky a tím značně zkomplikovat život. Dříve se daly léčit pouze klasickými metodami, především chirurgickým vyříznutím s následným vznikem neestetických jizev. Pokud nádor není odstraněn včas, rozrůstá se do rozsáhlých strupovitých ploch, které často krvácejí. Bazaliomy vznikají nejčastěji vlivem slunečního záření.

Topická fotodynamická terapie kožních novotvarů je u nás vyvíjena mnoho let. Jako jeden z prvních na světě s ní začal tým kolem profesora Milana Jirsy spolu s Dermatologickou klinikou 1. LF UK a VFN. Docent Šmucler doplnil fotodynamickou metodu odstraňování těchto velmi nepříjemných nádorů také o léčbu chirurgickými lasery. Při tomto moderním typu léčby rána téměř nekrváčí, výsledek je zřetelný a rychlejší než při chirurgickém zákroku a pacient může prakticky ihned odejít domů. Výhodou je, že nyní již lze léčit bazaliomy takřka libovolné velikosti a zkouší se i léčba dalších novotvarů.

CFM se v celoevropském rámci výrazně zasloužilo o schválení této metody, a to díky významnému podílu na mnoha klinických studiích. Některé z nich se zabývají i včasnou detekcí zhoubných novotvarů. Centrum se významně podílelo na tom, že se laserová terapie stala u některých forem kožní rakoviny léčbou první volby.

## Děti s „ohněm“ léčit co nejdříve

Dalším směrem výzkumu a řešení jsou cévní anomálie u dětí, například s *naevus flammeus*. „Děti s tímto problémem umíme léčit prakticky téměř rovnou z porodnice, ideální doba pro zákrok

je asi šest měsíců věku. Díky tomu lze předejít zbytečným psychickým traumatům, kterým by se děti nevyhly už v mateřské nebo na základní škole,“ vysvětluje Roman Šmucler.

## Používání rollerů nejen v onkologii

Klinický výzkum lékařů přinesl i dobré výsledky v používání tzv. rollerů, a to jak v onkologické léčbě, tak v prevenci stárnutí pleti. Rollery jsou válečky poseťté hroty různého průměru a délky, které rotují po povrchu kůže a vytvářejí v ní drobné otvory. Těmi mohou účinné látky (léky, séra apod.) pronikat pod kůži ošetřenou znečitlivujícím krémem. Léčivé nebo kosmetické přípravky se okamžitě vstřebají a působí přímo tam, kde mají.

Tým vedený MUDr. Janem Lipperem a docentem Romanem Šmuclerem prokázal účinky průniku látek po použití rollerů v unikátním výzkumu: Průnik účinných látek do střední vrstvy kůže byl ověřen fluorescenční diagnostikou a přesně zdokumentován. Nově využívají i frakčních laserů, které vytvoří síť mikrootvorů v kůži v určité šířce a hloubce.

„Současná medicína nyní stojí před otázkou, které látky lze pomocí rollerů do kůže vpravit. Jejich použití je velice jednoduché a levné, přitom jde o vysoce efektivní metodu, jejíž účinky teprve začínáme tušit. A to jak v kosmetologii, tak i v dalších odvětvích medicíny,“ dodává docent Šmucler.

## Výzkum pokračuje

CFM spolupracuje na dalším rozvoji metody frakčních laserů, které léčivým přípravkům umožňují překonat kožní bariéru a dostat do hloubky organismu nejen *agens* pro fotodynamickou terapii, ale v budoucnu i jiné léky. Zkouší se například analgetika nebo inzulin. Tím by mohlo z pohledu pacienta dojít k velkým změnám v aplikaci a účinnosti léků – ubýlo by těch, které je třeba vpravovat injekční formou a jejich působení by se navíc velmi upřesnilo a zlepšilo. CFM nyní zahajuje novou studii ve spolupráci s americkými a evropskými univerzitami (New York, Harvard, Londýn) k ověření a rozpracování metody.



Foto: archiv CFM

## ZAJÍMAVÉ PRACOVÍŠTĚ

**Letošní prezentace v Dallasu**

Výsledky studie byly světové odborné veřejnosti poprvé představeny v dubnu 2011 na kongresu v Dallasu v USA. Docent Šmucler vystoupil rovněž na tiskové konferenci uspořádané při této příležitosti: „Metoda rozšiřuje možnosti léčby fotodynamickou terapií, která je minimálně invazivní (zpravidla jde jen o aplikaci krému a světla) a přitom dosahuje velmi estetických výsledků. Umíme léčit i větší typy novotvarů, takzvané nodulární druhy, které byly až dosud považovány za touto metodou neléčitelné. Naše výsledky v roční studii co do úspěšnosti přesáhly 95 procent u nádorů nodulárních a byly stoprocentně úspěšné při léčení nádorů povrchových. Nadále nelze léčit novotvary invazivní či spinocelulární,“ konstatoval.

Studie byla odbornou veřejností přijata se zájmem a bude publikována v některém z prestižních medicínských časopisů.

**Nový vesmír medicíny?**

„Velkou budoucnost díky našim výzkumům vidím právě ve vy-



Doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc. | Foto: archiv CFM

užívání frakčních laserů a rollerů pro podávání látek transdermálním způsobem,“ doplňuje Roman Šmucler. „Jde o přípravky, které dosud musejí být podávány

ve formě tablet nebo injekcí. Typickou látkou, se kterou ve spolupráci s americkými kolegy experimentujeme, je inzulin. Vytváříme pacientovi mikrootvory v kůži a –

zatím experimentálně – jej přes ni vtíráme. Podobně mohou fungovat i kosmetické látky. Prozatím nejčerstvější novinkou ve stadiu výzkumu je využívání kmenových buněk pacienta, které aplikujeme uvedenými způsoby a snažíme se tak odstraňovat velké jizevnaté rány, například po popáleninách. Možná by toto vstřebávání látek mikrootvory mohlo mít v budoucnu význam třeba v preventivní onkologii nebo i jinde, ale na to bude ještě třeba řady farmakologických studií. Uvedu příklad – musíme zjistit, jak mnoho nebo spíše málo léčivé látky se přes kůži vstřebá. Je to elegantní metoda, ale musíme zjistit a zajistit správné dávkování. Skutečností je, že se v této oblasti otvírá Pandořina skříňka, nově vesmír medicíny...“

**Co brzdí vstup nové metody do širší praxe?**

Centrum fotonické medicíny má v tuto chvíli nedostatek odborníků, ale zároveň velký zájem naučit používání těchto metod lékaře po celé republice. Pořádá proto školení, kterých se paradoxně účastní více stážístů z ciziny než z Česka. „Kosmetických

**Většinu zákroků hradí pojišťovny**

Léčba v pražském CFM je u většiny pacientů hrazena zdravotními pojišťovnami, stoprocentně v případech onemocnění jakýmkoli typem nádoru, který je touto metodou léčitelný. (Dermatologové poskytují i řadu estetických ošetření za úhradu, jež je v mnoha případech nižší než ve většině soukromých zařízení.)

laserových center je u nás více než třeba v sousedním Rakousku, naopak léčebné lasery se u nás tolik nevyužívají. Veškeré školicí akce pořádáme zdarma,“ vyzývá lékaře docent Šmucler. „Nic netajíme. Laserovou medicínu učíme jak mediky, tak lékaře v rámci postgraduálního studia. Naším cílem je zavést tento typ medicíny do běžné praxe.“

Více informací:

[www.fotonicka-medicina.cz](http://www.fotonicka-medicina.cz)

Jana Hrabáková

Inzerce A111012437



S námi  
rostete

Díky nám profesně  
dokáže vyrůst každý



**Sestra**

INZERCE Ing. Lenka Mihulková, Group Sales Manager, tel. 225 276 427, e-mail: [obchod.ms@mf.cz](mailto:obchod.ms@mf.cz)  
PŘEDPLATNÉ tel. 800 300 302, e-mail: [predplatne.mf@cpost.cz](mailto:predplatne.mf@cpost.cz)



## AKTUALITY

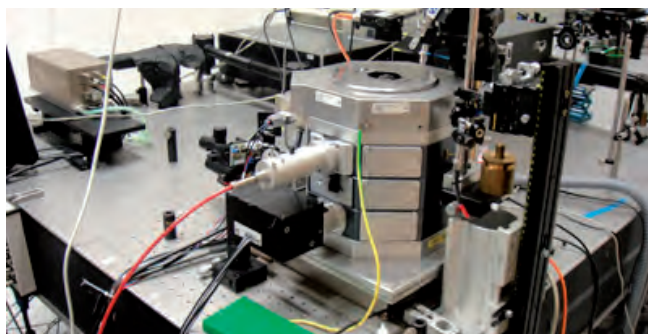
# Nový mikroskop odhaluje molekulární procesy v buňkách

V srpnovém vydání prestižního odborného měsíčníku Nature Methods bude publikován objev českých vědců, o němž proběhla první informace již na začátku července tohoto roku v podobě internetové *on-line* verze článku nazvaného „Dvoufotonová polarizační mikroskopie odkrývá strukturu a funkci proteinů“.

Nový druh optického mikroskopu, vyvinutý badatelským týmem doc. Ing. Josefa Lazara, Ph.D., z Ústavu nanobiologie a strukturní biologie Centra výzkumu globální změny AV ČR v Nových Hradech (ÚNSB) a z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (JU) umožní sledovat v živých buňkách různé pochody, jež dosud nebylo možné vidět. Vyvinutá technologie staví na pokročilém druhu optického, tzv. dvoufotonového mikroskopu, kde je biologický vzorek osvětlován pomocí silného infračerveného laseru způsobem, který umožňuje trojrozměrnou prostorovou lokalizaci fluoreskujících molekul (tj. molekul vyzařujících světlo, pokud jsou samy osvětleny světlem o vhodné vlnové délce).

## Pozorování v živých tkáních

Fluorescentní látky jsou v biologii často využívané k vizualizaci jinak nebarevných biologických molekul. Popsané zlepšení spočí-



Dvoufotonový polarizační mikroskop. | Foto: ÚNSB CVGZ AV ČR

vá v uzpůsobení použitého laserového svazku tak, aby jeho světelné vlny oscilovaly střídavě v různých, přesně definovaných směrech (polarizacích). Takové uzpůsobení umožňuje využít dvoufotonového mikroskopu ke zjišťování nejen toho, kde se fluorescentní molekuly nacházejí, ale i jak jsou orientovány.

„Současný výzkum ukázal, že z informací o orientaci fluorescentních značek připevněných k molekulám

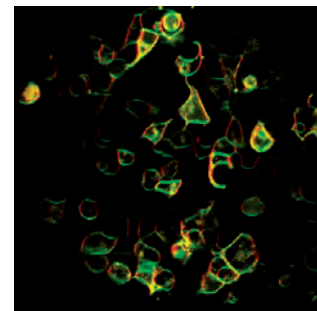
zvolené bílkoviny lze vyvodit údaje o struktuře těchto bílkovinných molekul, a to přímo v živých buňkách a tkáních. A protože se struktura bílkovinných molekul obvykle mění, když tyto molekuly vykonávají v buňkách nějakou činnost, nový mikroskop umožňuje detekovat, zda v buňkách určitý molekulární proces probíhá, či ne. Jeho sledování by pak mělo pomoci například k objevování nových léčiv, jež tento pochod ovlivňují,“

nastihuje praktické využití svého přístroje docent Lazar.

## Výzva nejen pro farmaceutický průmysl

Kromě farmaceutického průmyslu přispěje nový mikroskop také k porozumění fungování buněk a celých organismů. Jako obzvláště zajímavá oblast jeho uplatnění se jeví možnost vidět elektrické signály putující v jednotlivých neuronech v mozku. Uspořádání a aplikace mikroskopu jsou nyní chráněny českým patentem, současně se autoři snaží o patentovou ochranu na mezinárodní úrovni a o komerční uplatnění.

Publikace uvedených výsledků je vyvrcholením desetiletého úsilí jejího hlavního autora Josefa Lazara. Započalo během jeho působení na Kolumbijské univerzitě v USA a pokračovalo v jeho týmu v ÚNSB CVGZ AV ČR a na Jihoče-



Buňky tkáňové kultury produkující fluorescentní protein

ské univerzitě, v Nových Hradech a v Českých Budějovicích. Výzkum finančně podpořily Národní ústava zdraví (NIH USA), McKnightova nadace (USA), Kolumbijská univerzita, Evropská unie, vláda České republiky, Jihočeská univerzita a z vlastních úspor také sám hlavní výzkumný pracovník. Spoluautory výsledků, publikovaných 3. 7. 2011 v *on-line* verzi časopisu Nature Methods, jsou Alexej Bondar (JU), Štěpán Timr (ČVUT) a Stuart Firestein (Kolumbijská univerzita).

(Zdroj: Ústav nanobiologie a strukturní biologie CVGZ AV ČR)

Jaroslava Sládká

## Unikátní metodu odstranění nádorů vyzkoušeli lékaři v Praze a Plzni

Odstraňovat nádory, jež by byly pro své umístění či četnost neoperovatelné, umožňuje nová metoda – ireverzibilní elektroporatizace. Unikátní zážitek provedly 8. července chirurgické týmy Fakultní nemocnice Plzeň a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady.

Zmíněné operace jsou součástí klinického ověřování účinnosti nové metody, v České republice se budou nadále provádět pouze v několika centrech. Speciální přístroj NanoKnife mají nemocnice zapůjčený a výkon je hrazen ze zdravotního pojištění. Metoda se zatím provádí pouze ve Spojených státech, Austrálii, Velké Británii a Německu.

## Šetrnost k okolním tkáním

Ireverzibilní elektroporatizace využívá k ničení nádorových buněk elektrické pulzy o vysokém napě-

tí (až 3000 V), které jsou do nádoru vysílány pomocí elektrod ve tvaru jehel v mikrosekundových intervalech. Pulzy naruší membránu nádorových buněk a tak je zcela zničí.

Na rozdíl od technologií kryoablace nebo radiofrekvenční ablace, používajících ke zničení tumoru tepelnou energii, nedochází při využití ireverzibilní elektroporatizace k poškození struktury a tkání v okolí nádoru. Lékaři díky ní budou moci odstranit i nádor v blízkosti cév vyživujících napadený orgán a v těžko přístupných místech.

Metoda by tak mohla pomoci například nemocným s rakovinou jater, prostaty, plic, ledvin a slinivky břišní, u nichž neexistuje jiná možnost léčby. Sondy se do pacientova těla zavádějí v narkóze (zavádění je kontrolováno pomocí počítačového tomografu nebo ultrazvuku), zákrok trvá přibližně 10 až 15 minut a pacient může odejít domů již po jednom či dvou dnech. Nejlepších výsledků metoda dosahuje při likvidaci tumorů do průměru 2,5 cm, operovat lze ovšem i větší novotvary.

(Zdroj: FNKV, ČTK)

(kha)

## První transplantace obou dolních končetin

Tým španělských chirurgů pod vedením Pedra Cavadase z nemocnice La Fe ve Valencii provedl jako první na světě transplantaci obou dolních končetin.

Pacient, který zůstává v anonymitě, přišel o nohy v oblasti nad kolena během nehody a kvůli stavu končetin pro něj nebylo možné chodit pomocí protéz. Španělské úřady udělily souhlas s transplantací již loni, lékaři však čekali na vhodného dárce.

Chirurg Pedro Cavadas rovněž v roce 2008 provedl ve Španělsku historicky první transplantaci obou horních končetin a o rok později i první transplantaci obličejů. Dle svých slov věří, že by muž mohl začít opět chodit během šesti či sedmi měsíců, ačkoli teprve přibližně za měsíc bude možné s jistotou říci, zda téměř čtrnáctihodinová operace proběhla úspěšně.

(Zdroj: ABS News)

(kha)

## Poprvé v historii transplantován umělý orgán

Mezinárodní chirurgický tým transplantoval ve Švédsku jako první na světě syntetický orgán – průdušnici, již vyrobili vědci v Londýně. Umělá trachea byla pokryta pacientovými kmenovými buňkami.

Měsíc po operaci se šestatřicetiletému nemocnému, který o průdušnici přišel v důsledku rakoviny, daří dobře a byl propuštěn do domácího ošetřování.

Podle italského chirurga Paola Macchiariniho, který průlomovou operaci uskutečnil v Karolinské univerzitě

ni nemocnici vedl, tato transplantace znamená naději pro další nemocné, neboť již nebudou muset čekat na vhodného dárce. „Díky nanotechnologii otevíráme další možnosti pro transplantaci a regenerační medicínu. Syntetickou průdušnici mohou pacienti dostat během několika dnů, transplantace již nezávisí na lidském dárci,“ prohlásil profesor Macchiarini, který je přesvědčen, že by se tato metoda dala použít i pro transplantaci či opravu dalších orgánů.

(Zdroj: BBC)

(kha)



# 48. evropský nefrologický kongres ERA-EDTA 2011 – hotlines

Letošní kongres ERA-EDTA (European Renal Association a European Dialysis and Transplant Association), pořádaný koncem června v Praze, se stal svou rekordní účastí, více než deseti a půl tisíce odborníků zatím největší kongresovou akcí uskutečněnou v ČR. Vrcholem jeho programu byla (vedle plenárních přednášek) i prezentace nových klinických studií ve dvou sekcích (late breaking trials).

## Studie BEAM

### Bardoxolon u pacientů s diabetem 2. typu

Nejvýznamnější studií, jež byla na kongresu představena, je studie BEAM, která se dočkala paralelně s veřejnou prezentací publikace v New England Journal of Medicine. Bardoxolon, látka s protizánětlivými a antioxidačními účinky, zvýšila u pacientů s diabetem 2. typu (DM 2) a chronickým onemocněním ledvin ve stadiu 3b a 4 odhadovanou glomerulární filtraci téměř o 50%. Tento rychle vzniklý a na dávce bardoxolonu závislý účinek přetrvával po celou dobu podávání a částečně ještě i 4 týdny po jeho vysazení.

Tyto výsledky přinesla druhá fáze dvojité zaslepené, multicentrické, placebem kontrolované studie. 227 diabetiků se střední až závažnou formou chronického onemocnění ledvin (eGFR 20 až 45 ml/min / 1,73 m<sup>2</sup>) bylo v jejím rámci rozděleno do čtyř skupin. Po dobu 24 týdnů jim bylo jedenkrát denně podáváno 25, 75 či 150 mg bardoxolonu, nebo placebo. Autoři studie pak u nich kontrolovali změny renálních funkcí po 24 a 52 týdnech. V porovnání se skupinou užívající placebo bylo zjištěno zlepšení funkcí u všech skupin, jimž byl podáván bardoxolon, a tento stav se u pacientů udržel i po 52 týdnech. Pokud výsledky potvrdí i fáze III této studie, bardoxolon bude moci být zařazen mezi preparáty užívané k udržení renálních funkcí u pacientů s chronickým onemocněním ledvin (CKD) a DM 2.

## Studie CONTRATS a TURKISH HDF

### Srovnání hemodiafiltrace a hemodialýzy

Dvě studie představené v rámci kongresu se zaměřily na účinek hemodiafiltrace (HDF = metoda čištění krve založená na principu kombinace difuzního a konvektivního transportu látek polopropustnou membránou) z hlediska snižování morbidity a mortality pacientů. Zatímco první ze studií porovnávala HDF s hemodialýzou využívající



Dialyzační centrum. | Ilustrační foto: smdnh.net

nízkopropustné (low-flux) membrány, druhá srovnávala HDF s hemodialýzou přes membránu s velkými póry.

Prospektivní randomizovaná studie CONTRATS rozdělila 714 pacientů na dvě skupiny – první z nich podstupovala terapii prostřednictvím HDF, druhá pak prostřednictvím hemodialýzy využívající nízkopropustné membrány. Autoři sledovali tyto pacienty po dobu tří let. Výsledky však neukázaly žádné výrazné rozdíly v celkové mortalitě mezi oběma skupinami. Nicméně analýza podskupin ukázala, že u nemocných s objemem substituce přes 20 litrů léčba ve srovnání s nemocnými s nižším objemem substituce výrazně snížila riziko mortality.

Prospektivní randomizovaná studie TURKISH HDF se zaměřila na porovnávání HDF a hemodialýzy přes membránu s velkými póry z hlediska morbidity a mortality pacientů. Zúčastnilo se jí 782 nemocných podstupujících 3x týdně hemodialýzu, kteří byli následně rozděleni do dvou skupin – zatímco jedna pokračovala v terapii, druhá podstoupila HDF. Ani tato studie neshledala žádné významné rozdíly mezi oběma metodami z hlediska mortality či morbidity. Další analýza však ukázala, že pacienti podstupující HDF s objemy substituce vyššími než 17,4 litru měli při léčbě prokazatelně lepší výsled-

ky z hlediska kardiovaskulárních potíží a celkového přežití, a to jak v porovnání se skupinou podstupující HDF s nižšími objemy substitucí, tak i v porovnání se skupinou na hemodialýze.

Závěr je tedy takový, že pro příznivý prognostický efekt HDF je nutný velký vyměněný objem tekutin (více než 17, resp. 20 litrů).

## Studie RAVE

### Rituximab v léčbě

#### ANCA-asociované vaskulitidy

ANCA-asociovaná vaskulitida je systémové zánětlivé onemocnění malých cév, které může být pro pacienty s poškozením srdce či ledvin život ohrožující. Standardní léčba spočívá v podávání kortikosteroidů a cyklofosfamidů nebo azathioprinu. Randomizovaná, dvojitě zaslepená, placebem kontrolovaná a multicentrická studie RAVE se zaměřila na efektivitu a bezpečnost rituximabu v terapii ANCA-asociované vaskulitidy. Výzkumu se zúčastnilo 197 pacientů s tímto onemocněním – jedna skupina užívala rituximab, u druhé pak probíhala standardní léčba (cyklofosfamid nebo azathioprin). Výsledky ukázaly, že u nemocných se závažnou formou ANCA-asociované vaskulitidy bylo pro navození remise a udržení stavu po dobu delší než 18 měsíců podání rituximabu stejně účinné jako konvenční léčba cyklofosfamidem a azathioprinem.

## Studie SHARP

### Redukce cholesterolu a progresu CKD

Jak ukázala studie SHARP, redukce LDL cholesterolu (pomocí kombinace ezetimibu a simvastatinu) má za následek významné snížení počtu vážných aterosklerotických příhod u pacientů s chronickým onemocněním ledvin (CKD). Na základě tohoto výsledku vyvstala otázka, zda redukce cholesterolu nemá pozitivní vliv i na progresi onemocnění u pacientů s CKD. Studie SHARP se proto zabývala rovněž touto spojitostí. Její autoři porovnávali výsledky u více než 9 tisíc pacientů – část z nich dostávala kombinaci ezetimibu a simvastatinu, část pak placebo. Ve skupině užívající léky se do „konečné fáze onemocnění ledvin“ dostalo 1057 pacientů (33,9%), ve skupině užívající placebo pak 1084 nemocných (34,6%). Tento rozdíl však není statisticky významný. Podle autorů lze tedy konstatovat, že snižování LDL cholesterolu nemá na zpomalení progresu chronického onemocnění ledvin podstatný vliv.

## Studie MASTERPLAN

### Léčba CKD

#### a kardiovaskulární choroby

Morbidity v důsledku kardiovaskulárních chorob je u pacientů s CKD poměrně vysoká. Většina nemocných nedosáhne konečného stadia renální insuficience, kdy musejí být připojeni na hemodialýzu, ale zemře v některém z předcho-



Dialýza. | Ilustrační foto: rikenresearch.riken.jp

zích stadií. Studie MASTERPLAN se proto zaměřila na otázku, zda přesné dodržování platných léčebných postupů pod dohledem zdravotníka může vést ke snížení rizika kardiovaskulárních chorob u pacientů s CKD.

Její autoři rozdělili 788 dánských nemocných s CKD do dvou skupin. První skupina podstoupila intenzivní léčbu pod odborným dohledem sestry, kontrolní skupina pak pokračovala v dosavadní terapii. U obou byl sledován výskyt infarktu myokardu, mrtvice a smrti v důsledku kardiovaskulární choroby. Zatímco v první skupině se zmíněné faktory vyskytovaly u 20,1 na 1000 osob ročně, v kontrolní skupině pak u 23,2 na 1000 osob ročně. Rozdíl obou hodnot nejsou významné, ačkoli pacienti podstupující zintenzivněnou léčbu měli oproti druhé skupině nižší krevní tlak (132/77 vs. 135/79 mmHg), nižší hladinu LDL cholesterolu (2,39 vs. 2,50 mmol/l) a také nižší obsah bílkoviny v moči (0,65 vs. 0,77 g/den). Navzdory těmto skutečnostem však nebylo možné výrazně snížit riziko kardiovaskulárních chorob u pacientů s CKD.

## Studie OSAKA

### Takrolimus QD

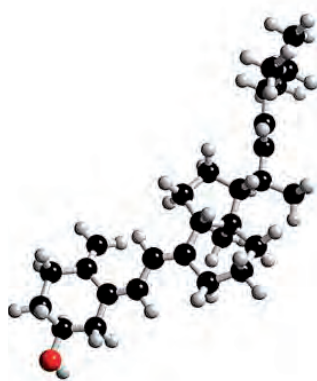
#### vs. takrolimus BID

Imunosupresiv, jež užívají pacienti po transplantaci ledvin, je na trhu široké spektrum. Jedním z nich je i takrolimus (Tac), který je k dostání ve dvou variantách – první z nich uvolňuje aktivní složku okamžitě (Tac BID), druhá pak v prodlouženém režimu (Tac QD). Otevřená studie OSAKA porovnávala účinek těchto preparátů v různých dávkách. 1251 pacientů po transplantaci ledvin bylo rozděleno do 4 skupin, přičemž každá z nich dostávala jinou dávku léků Tac BID a Tac QD. Výsledky ukázaly, že pacienti užívající 0,2 mg/kg/den takrolimu s prodlouženým účinkem dosáhli požadovaných krevních hodnot ve srovnání se skupinou užívající stejnou dávku takrolimu s okamžitým účinkem dříve, a to již několik dní po transplantaci.

V dalším čísle přineseme podrobnější rekapitulaci dění ze 48. kongresu ERA-EDTA v odborném sdělení jeho letošního prezidenta prof. MUDr. Vladimíra Tesaře, DrSc.

# Vitamin D opět středem zájmu vědců i lékařů

Vitamin D zažívá na začátku 21. století svou renesanci. Rostoucí zájem vědců vyvolaly především výsledky rozsáhlých epidemiologických studií, které potvrdily nedostatek vitamínu D v celosvětové populaci vzhledem k zásadní změně životního stylu a k nutnosti ochrany před UV zářením. Alarmující je rostoucí počet případů rachitidy u dětí i ve vyspělých zemích Severní Ameriky a Evropy.



Molekula vitamínu D

Dalšími důvody zájmu o vitamin D jsou výsledky nejnovějších výzkumů dokazující kauzální vztahy mezi zásobením organismu vitamínem D a rozvojem autoimunitních a civilizačních chorob díky jeho imunomodulačním, anti-proliferativním a pro-diferenčním účinkům. Intenzivně je zkoumán především vliv vitamínu D na inzulínovou rezistenci u diabetu a metabolického syndromu, na snížení krevního tlaku, jeho protektivní působení na kardiovaskulární systém a dále pozitivní protinádorové účinky. Poslední studie také potvrdily velice úzkou vazbu mezi vitamínem D v organismu a výskytem roztroušené sklerózy, Parkinsonovy choroby a psoriázy. Současně probíhají studie vlivu vitamínu D u dalších autoimunitních chorob.

## Charakteristika vitamínu D

Vitamin D ve skutečnosti není vitamin, ale steroidní hormon. Má dvě základní neaktivní formy: **vitamin D<sub>2</sub> (ergokalciferol)** z rostlinných zdrojů a **vitamin D<sub>3</sub> (cholecalciferol)** ze živočišných zdrojů (především tučné ryby – losos, makrela, játra a vaječný žloutek). Cholecalciferol je až 4x účinnější než ergokalciferol (biologický účinek 1 µg D<sub>3</sub> odpovídá účinku 4 µg D<sub>2</sub>). Hlavním zdrojem vitamínu D pro člověka je jeho endogenní syntéza.

## Metabolismus a účinky vitamínu D

Člověk si více než 90 % potřebného množství vitamínu D tvoří v kůži. Po expozici kůže slunečnímu záření o vlnové délce 290–315 nm (UVB záření) dojde ke konverzi provitaminu D<sub>3</sub> na previtamin D<sub>3</sub>. Ten spontánně izomerizuje na **vitamin D<sub>3</sub> – cholecalciferol**. Množství vzniklého cholecalciferolu závisí na ozářené ploše, délce a intenzitě expozice UVB, schopnosti průniku záření atmosférou i horními vrstvami epidermálních buněk a na množství substrátu v kůži. V krvi je cholecalciferol transportován do jater, kde probíhá první hydroxylace na **25(OH) vitamin D – kalcidiol**. Kalcidiol je ukazatelem saturace organismu vitamínem D. Tvorba kalcidiolu v játrech je přímo úměrná nabídce provitaminu. Biologický poločas kalcidiolu činí přibližně 2 měsíce, plazmatický 10–21 dní. Hydroxylací kalcidiolu v ledvinách vzniká **1,25(OH)<sub>2</sub> kalciferol – kalcitriol**, aktivní metabolit vitamínu D, který má systémovou úlohu. Vitamin D se proměňuje v „hormon“ D, který je strukturálně i funkčně příbuzný steroidním hormonům. Hladina cirkulujícího kalcitriolu je také měřitelná, dosahuje však řádově nižších hodnot a kolísá v malém rozmezí. Renální syntéza kalcitriolu je přísně regulována v závislosti na hladině plazmatického kalcia prostřednictvím parathormonu (PTH). Pro hydroxylaci 25(OH) vitamínu D na kalcitriol v ledvinách je také třeba dostatek vitamínu C.

Tab. 1 – Kalcitropní účinky kalcitriolu

Účinek na metabolismus vápníku a fosforu	
<b>Tenké střevo</b>	Absorpce Ca a P
<b>Kost</b>	<b>Osteoblasty</b> – syntéza proteinů a mineralizace kostní matrix, tvorba mediátorů osteoklastogeneze <b>Osteoklasty</b> – kostní resorpce
<b>Ledviny</b>	Indukce 24-hydroxylázy Inhibice 1α-hydroxylázy Reabsorpce Ca a P
<b>Příštítná tělíska</b>	Tvorba a sekrece PTH Inhibice proliferace buněk

Kalcitriol má téměř univerzální účinky na lidský organismus, protože exprese receptoru pro vitamin D (VDR) probíhá různou měrou téměř ve všech jaderných lidských buňkách. Všechny buňky s receptorem VDR představují potenciální cíl pro kalcitriol (hormon D) cirkulující v oběhu. Kalcitriol tedy vzniká například v makrofázích, některých typech B a T lymfocytů, ale také v placentě a keratinocytech. Nově objevenými místy tvorby a lokálního působení kalcitriolu jsou vlasové folikuly, ostrůvkové buňky pankreatu, buňky endotelu a hladké svaloviny cévní stěny, lymfatické uzliny, dřevň nadledvin, tlusté střevo, mozek, epitelální buňky prostaty a mléčné žlázy.

## Kalcitropní účinky

Kalcitriol se společně s parathormonem a kalcitoninem podílí na kalcitropní regulaci v rovině systémové, oběhové a buněčné. Jde o složitý, vzájemně propojený mechanismus, dobře probádaný v posledních letech. Dostatek kalcitriolu je v období vývoje nezbytný pro růst kostí do délky. V epifyzárních šterbinách se účastní fáze mineralizace chrupavky a diferenciacie novotvořené kostní tkáně. V období fetálním a kojenčím se jeví jako jeden z nejdůležitějších faktorů nejen úspěšného růstu, ale i predikce budoucí kvality kostí. Kalcitriol je významný i pro celoživotní proces remodelace kostní tkáně sledující dvě základní funkce: obnovu skeletu a homeostá-

zu kalcia. Přehled kalcitropních účinků znázorňuje tabulka 1.

## Extraskelální působení

V posledních letech je věnována velká pozornost mimoskelálnímu účinkům vitamínu D zprostředkovaným jeho receptorem (VDR), který se mimo orgánů zapojených do kalciofosfátové homeostázy nachází i v dalších buňkách. Přehled extraskelálních účinků vitamínu D shrnuje tabulka 2.

## Posila pro imunitní systém

Kalcitriol má významné imunomodulační a imonoregulační účinky. Může zasahovat do imunitního systému na více úrovních

- Inhibuje proliferaci T lymfocytů potlačením G-fáze buněčného cyklu.
- Snižuje tvorbu cytokinů.
- Brání prezentaci antigenu.
- Stimuluje vrozené imunitní odpovědi.
- Indukuje diferenciaci promyeloctů na monocyty a makrofágy.

## Analoga kalcitriolu nadějná při léčbě psoriázy

Psoriáza je chronické, geneticky determinované zánětlivé onemocnění *epidermis* s významnou poru-

chou rovnováhy mezi proliferací a diferenciací keratinocytů. V patogenezi psoriázy hrají významnou roli imunitní mechanismy. Přítomnost VDR v keratinocytech vedla k testování účinku lokálního působení kalcitriolu. Uměle připravený analog, 1α,24(OH)<sub>2</sub>D<sub>3</sub>, tacalcitol, má ještě vyšší afinitu k VDR. Díky této vazbě je inhibována proliferace keratinocytů a vyvolána jejich terminální diferenciacie.

## Vliv na autoimunitní choroby a inzulínovou rezistenci

Zvýšený výskyt **diabetu 1. typu** v Evropě a USA podobně jako narůstající prevalence roztroušené sklerózy a revmatoidní artritidy v zemích vzdálenějších od rovníku vedl k epidemiologickému výzkumu vztahů mezi zeměpisnou polohou, klimatem a autoimunitními chorobami. Opakovaně byla potvrzena souvislost mezi UV zářením, hladinou vitamínu D a výsledky fotoimunologických výzkumů.

Deficit vitamínu D v prvních měsících života po narození a polymorfismu genu pro VDR se zdají být rizikovými faktory vzniku diabetu 1. typu. Vysvětluje se to mechanismem represe cytokinů a ovlivněním funkcí T lymfocytů. Suplementace vitamínu D v intrauterinním období je důležitější než po narození ve vztahu k možnému vzniku nebo prevenci inzulín-dependentního diabetu v rizikových rodinách. Hypotetický vztah vitamínu D k diabetu se z části opírá o přítomnost 1α-hydroxylázy v pankreatických buňkách. Jasnější je vztah kalcitriolu k **diabetu 2. typu**. Hypovitaminóza D je spojena s dysfunkcí beta-buněk pankreatu a s inzulínovou rezis-

Tab. 2 – Extraskelální účinky kalcitriolu

Extraskelální účinky vitamínu D	
<b>Hematopoéza</b>	Diferenciacie nezralých buněk, úprava anemie
<b>Imunitní systém</b>	<b>Monocyty a makrofágy</b> – zlepšení funkce <b>Lymfocyty</b> – imunosupresivní účinek
<b>Kůže</b>	Antiproliferativní a pro-diferenční účinek na keratinocyty, fibroblasty a melanocyty
<b>Kosterní svaly</b>	Antiproliferativní a diferenciacní efekt, úprava svalové slabosti
<b>Srdeční sval</b>	Antiproliferativní a pro-diferenční efekt, ↑ funkce levé komory
<b>RAS</b>	Suprese tvorby reninu
<b>Játra</b>	Regenerace jaterní tkáně
<b>Pankreas</b>	↑ tvorba a sekrece inzulínu, ↓ inzulínové rezistence
<b>Mozek</b>	Regenerace mozkové tkáně, tvorba nervového růstového faktoru
<b>Pohlavní orgány</b>	Antiproliferativní účinek na endometrium, úprava spermatogeneze a funkce Sertolliho buněk

Tab. 3 - Faktory saturace organismu vitamínem D

Vnější faktory	Vnitřní faktory
Zeměpisná šířka	Kožní pigment
Roční období	Věk
Expozice slunečnímu záření (použití ochranných filtrů, smogová vrstva)	Malabsorpce (CF, IBD, celiakie, MA)
Výživa	Aktivační schopnost
	Transplacentární přenos
	VDR - receptorová rovina
	Postreceptorová odpověď

tencí, které se po léčbě zlepšují. Výsledky několika studií zjistily nízkou hladinu kalcidiolu až u 70 % diabetiků 2. typu. Po měsíčním podávání cholekalciferolu se hladina kalcidiolu normalizovala a souběžně došlo ke snížení inzulinové resistance a vzestupu 1. fáze sekrece inzulinu při i. v. glukózovém tolerančním testu. Díky svým komplexním účinkům je deficit vitamínu D řazen i mezi rizikové faktory rozvoje metabolického syndromu. Omezená dostupnost kalcitriolu v prenatálním období může přispívat k nízké porodní hmotnosti a k programování budoucí funkce beta-buněk pankreatu.

Hypovitaminóza D je v současné době jedním z nejvíce studovaných rizikových faktorů zevního prostředí pro roztroušenou sklerózu (RS) a potenciálně nejslibnějším z hlediska nových klinických možností. Výsledky posledních studií by mohly být okamžitě použity v léčbě pacientů s RS, vitamín D má totiž imunomodulační vliv na CNS. V animálních modelech vitamín D jak zabráňuje vzniku autoimunitní encefalomyelitidy, tak i zlepšuje její průběh.

Epidemiologické studie opakovaně potvrdily nedostatek vitamínu D u populace žijící ve vyšší zeměpisné šířce ve vztahu k vyššímu riziku rozvoje RS. Ve většině členských států EU mají pacienti nízké sérové hladiny vitamínu D ve srovnání s mezinárodní doporučenou normou. Výsledky fáze II klinických výzkumů potvrzují nedostatek vitamínu D u pacientů s RS. Z lékařského hlediska by jeho dostatečná suplementace u těchto nemocných byla jistě neurologicky prospěšná. Vitamín

D se tak otevírají nové terapeutické možnosti.

#### Účinky v CNS

Receptory vitamínu D jsou přítomné také v mozku. Kalcitriol je významným induktorem tvorby nervového růstového faktoru, účastní se proliferace, diferenciacce a migrace neuronů. Spolu s tyreoidálními hormony a IGF I tak představuje významný regulační faktor embryogeneze a dalšího fetálního a raně postnatálního vývoje CNS. V průběhu života je pak spojován s detoxikačními účinky v CNS. Podle pozorování na animálních modelech se vitamín D chová mimo jiné i jako neurosteroid s přímým účinkem na buňky CNS. Nedostatek vitamínu D je tak pravděpodobně rizikovým faktorem pro vznik neuropsychiatrických chorob.

#### Působení na svaly a kardiiovaskulární systém

Svalová slabost je závažným dopadem nedostatečné saturace vitamínem D, který může vést až ke ztrátě svalových vláken II. typu a přispívat k atrofií proximálních svalových pletenců. Zvyšuje se riziko pádů, nestability a následných fraktur především u seniorů, více u žen. Normalizace snížené hladiny kalcidiolu signifikantně zvyšuje svalovou sílu a výkon.

Nedostatek vitamínu D omezuje vstřebávání kalcia a přispívá tak ke zvýšení sekrece PTH. Sekundární hyperparatyreóza může být provázána vzestupem krevního tlaku. Suplementace chybějícího vitamínu D přispívá ke snížení krevního tlaku u již existující hypertenze. Kalcitriol je negativním endokrinním regulátorem renin-angioten-

zinového systému (RAS), protože tlumí biosyntézu reninu. Potlačení reninové suprese je nezávislé na faktorech kalciové homeostázy, na volumových a iontových mechanismech a ani zpětnovazebně nesouvisí s hladinou angiotenzinu II. Očekává se, že analoga kalcidiolu s omezeným vlivem na kalciotropní rovnováhu se stanou novou perspektivní skupinou hypotenzivních léčiv. Nízká saturace organismu vitamínem D může být faktorem přispívajícím k patogenezi chronického kongestivního srdečního selhávání.

#### Antionkogenní efekt

Kalcitriol inhibuje buněčný cyklus a tím proliferaci mnoha buněčných typů včetně lymfocytů. Po kontaktu s VDR se v dané buňce utlumí aktivita proteinkináz, proliferací pochody jsou vystřídány diferenciacními a v nádorových buňkách dochází k apoptóze. Byl nalezen významný vztah mezi nedostatečnou expozicí slunečnímu záření a zvýšeným výskytem karcinomu močového měchýře, ledvin, těla děložního, jícnu, žaludku, pankreatu a konečníku. U řady jiných tumorů dostatek vitamínu D zvyšuje šanci na přežívání, např. u kožního melanomu, Hodgkinova lymfomu a karcinomu plic. Ovlivňuje již prekancerózy.

#### Kdo je ohrožen hypovitaminózou D a proč se vrací křivice?

Nedostatek vitamínu D se projevuje jako křivice u rostoucích dětí a osteomalacie u dospělých. V posledních letech se opět setkáváme s výskytem deficitní křivice u dětí v důsledku mnoha faktorů. Nejvíce jsou v naší zeměpisné šířce ohroženy výlučně kojene děti tmavé pleti bez suplementace a děti narozené matkám s deficitem vitamínu D během těhotenství. Nicméně případy křivice jsou hlášeny také u starších dětí. Je důležité si uvědomit, že vitamín D je v prvé řadě produkován v kůži po vystavení ultrafialovému záření a pouze 10 % pochází ze stravy. Změny životního stylu a doporučení směřující ke snížení rizika rakoviny kůže (používání krémů s vysokým ochranným faktorem, ochrana kůže speciál-



Rachitis u 2letého batolete

ními oděvy) mohou zabránit dostatečné tvorbě tohoto vitamínu u většiny dětské populace. Saturaci organismu vitamínem D ovlivňují vnější a vnitřní faktory (viz tab. 3).

#### Rizikové skupiny ohrožené nedostatkem vitamínu D:

- plody in utero,
- těhotné a kojící ženy,
- novorozenci a kojenci,
- rostoucí a vyvíjející se organismus,
- děti s opakovanými infekty a nízkou sideremií,
- vegetariáni a vegani,
- pacienti s malabsorpcí (CF, IBD, celiakie, pankreatická insuficience, po bariatrických výkonech),
- chronické choroby jater a ledvin,
- pacienti dlouhodobě léčení antikonvulzivami a léky ovlivňujícími aktivitu cytochromu P 450,
- senioři, postmenopauzální ženy,
- stavy po CMP s parézami,
- pacienti s dispozicí ke kostním chorobám, opakovanými zlomeninami, osteopenií a osteoporózou,
- kardiaci, hypertonici, diabetici, obézní jedinci,
- pacienti s poruchami kalcium-fosfátového metabolismu – hypoparatyreóza, tetanie,
- lidé vyhýbající se přirozené expozici slunci.



Rachitis u ročního kojence

#### Nové chápání syntézy a funkce vitamínu D

V posledních dvou letech výrazně pokročilo pochopení syntézy a funkce vitamínu D. Tyto nové poznatky a zprávy o novém výskytu křivice si vyžádaly přehodnocení a vytvoření nových doporučení pro suplementaci vitamínu D nejen v kojeneckém věku, ale také u batolat, dětí předškolního i školního věku a adolescentů. Při dostatečné hladině 25(OH) vitamínu D nad > 50 nmol/l (20 ng/ml) se ve střeve vstřebává kolem 30 % vápníku, i když v době rychlého růstu (první rok života; pubertální růstový spurt) může vstřebání vápníku dosáhnout 60–80 %. Při nedostatku vitamínu D se ve střeve vstřebává pouze 10–15 % vápníku a je snížena také celková reabsorpce fosfátu. Klinický projev deficitu vitamínu D, křivice, zahrnuje změny na skeletu nebo bolesti a je spojen s klinickými projevy souvisejícími s hypokalcemií. Toto onemocnění můžeme rozdělit do tří stadií (viz tab. 4).

#### Aktuální doporučení pro prevenci, diagnostiku a terapii deficitu vitamínu D

Tato doporučení byla představena v červnu 2011 na 93. mezinárodním kongresu Endokrinní společnosti v Bostonu a zároveň publikována v posledním čísle prestižního časopisu JCEM. Nová pravidla

Tab. 4 - Biochemické projevy různých fází nedostatku vitamínu D (upraveno dle Kappy et al., 2005)

	Plazma Ca <sup>++</sup>	Plazma PO <sub>4</sub>	ALP	PHT	25(OH)-D	1,25(OH) <sub>2</sub> -D	rtg změny
Časné	N/↓	N/↓	↑	↑	↓	N	Osteopenie
Střední	N/↓	↓	↑↑	↑↑	↓↓	↑	Rachitické změny +
Těžké	↓↓	↓↓	↑↑↑	↑↑↑	↓↓↓	↑/N/↓	Rachitické změny ++

Tab. 5 - Klasifikace stavů vitamínu D v závislosti na hladině 25(OH) vitamínu D

Stav vitamínu D	Hladina 25(OH) vitamínu D v nmol/l	Hladina 25(OH) vitamínu D v ng/ml
Deficience	< 25	< 10
Insuficience	25–50	10–20
Dostatečnost	50–250	20–100
Nadbytek	250–375	100–150
Intoxikace	> 375	> 150

1 nmol/l = 0,4 ng/ml, 1 ng/ml = 2,5 nmol/l

Tab. 6 – Doporučené dávky vitamínu D

Doporučené dávky vitamínu D				
Věk	Celková populace		Riziková populace	
	DDD (IU/den)	Horní limit (IU/den)	DDD (IU/den)	Horní limit (IU/den)
<b>Děti</b>				
0–6 měsíců	600	1000	600–1000	2000
6–12 měsíců	600	1500	600–1000	2000
1–3 roky	600	2500	600–1000	4000
4–8 let	800	3000	600–1000	4000
9–18 let	800	4000	600–1000	4000
<b>Dospělí</b>				
19–70 let	800	3000	600–1000	4000
> 70 let	800	4000	600–1000	4000
<b>Těhotné a kojící</b>				
14–18 let	600–800	4000	600–1000	4000
19–50 let	800–1000	4000	1500–2000	10 000

doporučují zjišťovat deficit vitamínu D u rizikových skupin (viz výše) stanovením hladiny 25(OH) vitamínu D. Deficit vitamínu D je definován jako hladina 25(OH) vitamínu D pod 20 ng/ml 50 nmol/l. Skupina expertů považuje za optimální hladinu kalcidiolu alespoň 30 ng/ml = 75 nmol/l. K dosažení této hodnoty je však nutná různá denní dávka vitamínu D s ohledem na věk

a případné rizikové faktory pro nedostatek vitamínu D. Např. dětem od 1 roku věku se doporučuje minimální denní příjem 600 IU vitamínu D, ale pro udržení optimální hladiny kalcidiolu potřebují kolem 1000 IU vitamínu D na den. Dospělým od 19 do 70 let je doporučena minimální denní dávka 600 IU vitamínu D, ale konstantní hladinu kalcidiolu kolem 30 ng/ml udr-

Tab. 7 – Vitamin D v potravinách

Potravina 100g	Vitamin D (IU)	Potravina 100g	Vitamin D (IU)
<b>Ryby</b>		<b>Mléko a mléčné výrobky</b>	
Úhoř	1 600	Ementál	120
Sleď	920	Gouda	40
Šproty	520	Máslo	40
Losos	480	Šlehačka	40
Sardinka	400	Parmezán	24
Tuňák	240	Hermelín	12
Platýz	120	Tvaroh tučný	8
Makrela	120	Jogurt bílý 3,5%	2,4

ží při příjmu 1500–2000 IU za den. Doporučené dávky vitamínu D přehledně znázorňuje tabulka 6. Ženám doporučujeme užívat běžnou preventivní dávku vitamínu D během celé gravidity. V ženském mléce je vitamínu D málo, a kojení tedy nemůže pokrýt potřebu dítěte. V Česku se doporučuje suplementace plně kojených donošených dětí v dávce 600–1000 IU denně od 2 týdnů věku do 12 měsíců, u dětí narozených na jaře a do 18 měsíců u dětí narozených na podzim. U nedonošených dětí se doporučuje podávat 800–1000 IU vitamínu D denně do 2 let věku. Suplementace umělé živých dětí závisí na

typu formule podle stupně fortifikace. Standardní kojenecké formule většinou obsahují jen 40–60 IU vitamínu D ve 100 ml připraveného mléka, což nepokryje potřeby rostoucího kojence. Proto je nutné doplňovat vitamín D ve stejné dávce 600–1000 IU vitamínu D denně stejně jako u kojených dětí minimálně po celý první rok života. V zimních měsících je vhodné podávat dávku minimálně 600 IU také batolatům a dětem předškolního věku. Starším školním dětem a adolescentům v době pubertálního růstového spurtu se doporučuje množství 800–1000 IU vitamínu D denně při zajištění doporučených

denních dávek vápníku. Děti v 18 měsících života potřebují kolem 600 mg vápníku denně a požadavky rostoucího organismu stoupají s maximem v období puberty, kdy doporučený denní příjem dosahuje 1200–1500 mg kalcia. Suplementace vitamínem D je v podstatě hormonální léčbou a díky svému vysoce komplexnímu účinku na řadu úrovní a systémů lidského organismu se v budoucnu může stát také kauzální a genetickou terapií. Tyto velice nadějně a perspektivní hypotézy musí ještě potvrdit další klinické studie. Nezanedbatelný benefit budoucí terapie vitamínem D představují také poměrně nízké náklady této léčby. Elegantním zdrojem vitamínu D s pohodlným a praktickým dávkováním v kapkách je tradiční Vigantol gtt., 1 kapka obsahuje 666 IU cholekalciferolu (vitamínu D<sub>3</sub>). Vážně se uvažuje o suplementaci některých základních potravin k zajištění dostatečné saturace vitamínem D celé populace. Již dnes jsou v některých zemích fortifikovány vybrané mléčné výrobky, nápoje a pečivo. Obsah vitamínu D ve vybraných potravinách shrnuje tabulka 7.

MUDr. Veronika Cirmanová  
Endokrinologický ústav Praha

## Realita dostupnosti či nedostupnosti cílené léčby v české onkologii

Zajistit, aby cílená léčba byla skutečně cíleně prospěšná správně indikovaným pacientům, je významným úkolem všech osob i institucí zapojených do péče o onkologické pacienty.

Ukázka regionálních rozdílů v počtech léčených pacientů vybranými preparáty			
Léky (indikace)	Počet pacientů se zahájenou léčbou danými preparáty v ČR v roce 2010	Počet pacientů se zahájenou léčbou danými preparáty v roce 2010 – vztaženo na 1000 pacientů v prevalenci dané nemoci	
		Celá ČR	Rozsah mezi regiony ČR (min–max)
Herceptin + Tyverb + Avastin (pokročilý ZN prsu)	203	3,1	0,7–5,4
Herceptin (adjuvantní léčba ZN prsu)	368	5,6	1,4–15,0
Avastin + Erbitux (pokročilý ZN kolorekta)	1070	20,8	10,6–53,7
Tarceva + Alimta + Avastin (pokročilý ZN plic)	796	73,8	59,4–100,9
Sutent + Nexavar + Avastin + Afinitor + Torisel (pokročilý ZN ledviny)	333	17,9	10,4–39,8

Zdroje dat:  
\* počty pacientů léčených preparáty: lékové registry ČOS ČLS JEP ([www.registry.cz](http://www.registry.cz))  
\* prevalence onkologických diagnóz: Národní onkologický registr ČR ([www.svod.cz](http://www.svod.cz))

Cílená léčba onkologických onemocnění je jednou z léčebných strategií postavených na principu personalizované medicíny. O tom, že tento princip bude stále častěji využíván, a že tedy preparátů cílených na konkrétní buněčné struktury a procesy bude přibývat, jistě není pochyb. V současnosti však cílená léčba vzbuzuje i rozporuplné emoce, které sjednocuje obava, zda ji bude možné v České republice v plném rozsahu financovat. Systémové rozhodnutí musí v každé takové kauze učinit politická reprezentace, tuto odpovědnost nelze posouvat na lékaře u lůžka nemocného. Na lékařích ovšem leží odpovědnost za včasné a správné podání léku, dle platných indikačních pravidel. S terapií je také spojena odpovědnost nemocného řádně sledovat a znamenávat data o vývoji nemoci,

o účinku daného preparátu nebo naopak o problémech s ním spojených. Jako každá oblast medicíny má i cílená léčba své silné a slabé stránky, které nelze identifikovat a řešit bez validních dat. Česká onkologická společnost ČLS JEP (ČOS) přistupuje k řízení tohoto segmentu nákladné péče velmi odpovědně a konkrétně přijala tato opatření:  
1. Ustavení auditované sítě komplexních onkologických center, která jedině mohou nákladnou léčbu podávat.  
2. Založení systému klinických registrů (databází), kde je pod garancí Výboru ČOS ČLS JEP sledována ucelená sada údajů o diagnostice pacientů a o výsledcích a bezpečnosti léčby. Ověřením proti exportům dat plátců zdravotní péče bylo doloženo, že tyto databáze jsou reprezentativním zdrojem informací a pokrývá-

jí 90–95% všech takto léčených pacientů.

### Oprávněné obavy

Aby mohl být jakýkoli lék účinný a prospěšný, musí se ovšem k pacientovi včas dostat. Již samotné zpoždění v indikaci je problém, nemluvě o nedostupnosti léčby jako takové. V této oblasti čeká českou onkologii a vedení českého zdravotnictví ještě mnoho práce. Lze totiž doložit, že dostupnost cílené péče není optimální. Na vině je jistě více faktorů – od regionálních problémů přes logistiku pohybu pacientů až po velmi komplikovaný systém povolování a proplácení této léčby. Jedním z důkazů, že dostupnost cílené léčby není v ČR dostatečná, je prosté srovnání jednotlivých regionů z populačního hlediska. Tabulka ukazuje příklady několika onkologických diagnóz, u kterých jsou počty pacientů léčených schválenou cílenou léčbou regionálně velmi rozdílné. A to přesto, že jsou vztaženy k prevalenci daného onemocnění. Obavy z nedostatečné dostupnosti cílené léčby jsou tedy jistě oprávněné, neboť jsou podloženy daty. Data v této kauze poskytují lékaři-onkologové, avšak řešení tohoto problému nesmí zůstat pouze na nich.

prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSC.  
předseda České onkologické společnosti ČLS JEP

# Virus XMVR nevyvolává syndrom chronického vyčerpání

V roce 2009 vzbudila velkou pozornost studie, která v krvi pacientů se syndromem chronického vyčerpání odhalila přítomnost viru XMVR. Stejný virus byl krátce předtím objeven i v nádorových buňkách prostaty.

Nyní tým vedený Gregem Towersem z londýnské University College publikoval výsledky velmi detailních analýz, které spojitost mezi virem XMVR a syndromem chronického vyčerpání vyvracejí. Není tím vyloučen virový původ syndromu, ale virus XMVR se na jeho vzniku nepodílí. Podobně

je tomu i v otázce virového původu karcinomu prostaty.

## Nedostatečná variabilita

Towers prokázal, že sekvence viru XMVR odhalené ve vzorcích pacientů trpících syndromem chronického vyčerpání a vzorcích karcinomu prostaty pocházejí

z myších buněk nebo myší DNA. Virus XMVR patří mezi myší viry a je zabudován do genomu svého přírodního hostitele. Odtud se jeho sekvence dostaly jako laboratorní kontaminace do vzorků pacientů. Jednoznačně o tom svědčí uniformita sekvencí viru XMVR odhalených v testovaných vzor-

cích. Pokud by virus pronikal do organismu pacientů opakovanou infekcí, byly by jeho sekvence neskonale heterogennější.

„Vzorky nasbírané od pacientů z různých koutů světa a v různé době by měly vykazovat mnohem větší variabilitu než vzorky z jedné linie buněk kultivované ve standardních laboratorních podmínkách,“ vysvětluje Towers. „Během infekce a přenosu z člověka na člověka imunitní systém tlačí virus XMVR ke vzniku nových



Ilustraci foto: Wordpress

genetických variant. Infekce je bitva mezi virem a jeho hostitelem a virus XMVR nenese stopy po tom, že by byl přenášen z člověka na člověka.“

(Zdroj: Retrovirology) prof. Ing. Jaroslav Petr, DrSc.

## Odhalený placebo efekt neztrácí na účinku

Placebo efekt se nabízí jako prostředek léčby, ale jeho využití je kontroverzní, protože o něm nelze v plném rozsahu informovat pacienta. Podle některých studií však až polovina amerických lékařů svým pacientům placebo ordinuje.

Nejnovější studie amerických a britských lékařů navíc dokazuje, že placebo neztrácí na účinnosti ani v případech, kdy je pacient o jeho nasazení předem jasně uvědomen.

### Objektivní zlepšení

Tým vedený Tedem Kapchukem z Harvardovy univerzity získal pro studii 80 pacientů trpících syndromem dráždivého tračníku. Polovina pacientů nebyla nijak léčena, druhá polovina byla instruována, aby dvakrát denně

užívala placebo v tabletách. Pacienti byli jasně informováni o tom, že tablety neobsahují žádnou účinnou látku. Zdravotní stav všech pacientů byl monitorován po tři týdny. Na konci sledovaného období uvádělo úlevu od symptomů onemocnění 59% pacientů užívajících placebo a jen 35% pacientů z kontrolní skupiny.

Zlepšení se neomezilo jen na subjektivní pocity pacientů. Také objektivní vyšetření odhalila u skupiny užívající placebo zhruba dvojnásobné zlepše-

ní většiny parametrů. Léčebný efekt „odhaleného“ placebo se blížil efektu neúčinnějších léků.

Sami autoři upozorňují, že omezený rozsah studie nestačí na formulování obecnějších závěrů. Výsledky pokusu však naznačují, že pro placebo efekt nakonec nemusí být klíčové pozitivní myšlení pacienta. Významnou roli může sehrávat i určitý rituál spojený s předepsáním léčebného prostředku a jeho užíváním.

(Zdroj: PLoS ONE)

(jap)

## CFTR a emfyzém

Protein CFTR je dobře znám jako klíčová molekula stojící za vznikem cystické fibrózy. Nejnovější studie týmu vedeného Neerajem Vijem z Johns Hopkins Children's Center odhalila významný podíl proteinu CFTR při vzniku emfyzému.

Je navíc pravděpodobné, že se tento protein podílí i na vzniku dalších plicních onemocnění. Vij a jeho kolegové zjistili, že pacienti s emfyzémem mají na povrchu buněk méně proteinu CFTR. Míra úbytku proteinu koresponduje se závažností poškození plic. Jasný je i mechanismus tohoto poškození. Snížené množství proteinu CFTR má za následek hromadění ceramidu v buňkách. To vyvolává zánět a nárůst

počtu buněk podléhajících buněčné smrti. CFTR se svým vlivem na ukládání ceramidu v buňkách podílí na regulaci zánětlivých procesů. Jak bylo prokázáno vyšetřeními plicní tkáně kuřáků i pokusy na laboratorních myších, má kouření za následek poměrně razantní pokles exprese proteinu CFTR a hromadění ceramidu v buňkách plicní tkáně.

(Zdroj: Journal of Immunology)

(jap)

## Léky v životním prostředí

Léky působí v těle pacienta v drtivé většině případů pozitivně. Bohužel tím jejich aktivity nekončí. Po vyloučení z těla se mnohá z léčiv dostávají do odpadních vod.

Čističky odpadních vod mohou některé látky inaktivovat, ale i tak uniká do životního prostředí řada biologicky aktivních látek. Dopady tohoto farmakologického znečištění zatím nejsou zcela jasné. Rozsah však může být větší, než jsme předpokládali.

### Ibuprofen v čele

Jeden z posledních příkladů „farmakologického znečištění“ přináší série studií španělských vědců. Ti prokázali přítomnost značného množství léků ve vodách protékajících národním parkem Doñana, jenž je jedinečný především svými mokřadními ekosystémy.

Ve vodě byly detekovány protizánětlivé léky, jako je diklofenak, ibuprofen, ketoprofen, napro-

xen a kyselina salicylová. Dále se prokázala přítomnost nervového stimulantia kofeinu, antibiotik sulfametoxazolu a trimethoprimu, regulátorů lipidů gemfibrozilu a kyseliny klofibrové, anti-epileptika karbamazepinu nebo betablokátoru propranololu. Celkem logicky byly ve vodě odhaleny i syntetické hormony, jako je 17 alfa-ethinyloestradiol, užívané v hormonální antikoncepci. Nejvyšší koncentrace byly odhaleny u ibuprofenu. Ročně se dostane do vod protékajících národním parkem Doñana asi 140 kilogramů tohoto léku.

### 60% účinnost čističek

Léky mohou významně ovlivnit fyziologické funkce mnoha vod-

ních živočichů, od bezobratlých až po ryby, a také obratlovce, kteří se vodními bezobratlými nebo rybami živí. Pokusy v kontrolovaných laboratorních podmínkách prokázaly negativní vliv mnoha léků na láčkovce nezmary. Jiné studie odhalily změnu exprese genů v játrech i mozku u lososů vystavených účinku některých léků po dobu pouhých pěti dní.

Řešením této situace není omezení odůvodněné spotřeby léků, ale zdokonalení čistícího procesu odpadních vod, který dnes odstraňuje léky z vody maximálně se 60% účinností. Rozdíly mezi různými typy čističek, režimy jejich provozu i jednotlivými léky jsou přitom obrovské.

(jap)

## Odpověď na antianemika a kardiovaskulární choroby

Pacienti se slabou odezvou na léčbu antianemika čelí zvýšenému riziku kardiovaskulárních onemocnění.

K tomuto závěru došel tým vedený Robertem Totem ze Southwestern Medical Center při Texaské univerzitě ve studii, do které byly zahrnuty zhruba 4 tisíce pacientů s diabetem 2. typu, anemií a sníženou funkcí ledvin.

### Léčba jako riziko

Po léčbě darbepoetinem alfa se hladiny hemoglobinu u mnoha pacientů poměrně rychle normalizovaly. U některých pacientů ale zůstávaly navzdory léčbě nadále snížené. Pacienti se slabou odezvou na léčbu darbepoetinem alfa čelili v následném období významně vyššímu riziku infarktu myokardu, srdečního selhání nebo iktu.

Z výsledků studie přitom není jasné, nakolik se na tomto riziku podílí samotný zdravotní stav pacientů a nakolik je příčinou komplikací podávání darbepoetinu alfa. Vedoucí výzkumu dr. Robert Toto je přesvědčen, že pacienti, u kterých po jednom až dvou měsících léčby darbepoetinem alfa nedojde ke zlepšení, představují rizikovou skupinu. Doporučuje u nich ukončit léčbu tímto přípravkem a volit jiné terapeutické postupy. Mírná anemie podle Tota pro tyto pacienty znamená zřejmě menší riziko, než jaké představuje pokračování v léčbě.

(Zdroj: New England Journal of Medicine) (jap)

## TRENDY A PERSPEKTIVY MEDICÍNSKÝCH OBORŮ

# Polypy a polypózy

Z prognostického hlediska mají adenomové polypy významný maligní potenciál, neřešené představují až stoprocentní riziko přeměny v karcinom.

**P**olyp v gastrointestinálním traktu je možno definovat jako masu tkáně promínající do lumen střeva. Polypoidní útvary mohou mít svůj původ ve sliznici nebo submukóze. Polypóza je charakterizována výskytem mnohočetných polypů v gastrointestinálním traktu (obvykle více než sto). Histologicky jsou nejčastěji charakteru adenomů – lokální proliferace epitelu sliznice (tubulární, tubulovilózní a vilózní adenomy) nebo hamartomů (abnormální diferenciacie pojivové tkáně, *matrix*).

Polypózní syndromy mohou být hereditární nebo nehereditární: Hereditární je možno rozdělit podle histologické klasifikace polypů na adenomové (FAP a její formy, Gardnerův syndrom, Turcotův syndrom) a hamartomové (Peutzův-Jeghersův syndrom, Juvenilní polypóza, syndrom Cowdenové a další podstatně vzácnější syndromy). Nehereditární polypózní syndromy zahrnují raritní syndrom Cronkhite-Canada a různé nefamiliární polypózy. Hamartomové polypy malignizují jen velmi vzácně. Z klinické-

ho hlediska jsou polypy většinou asymptomatické, v některých případech jsou projevy obecné – enteroragie, pozitivita testu na OK, anemizace nebo bohužel až v pokročilém stavu příznaky malignizace.

### FAP – možná mutace i bez rodinné zátěže

FAP (familiární adenomatózní polypóza) je autozomálně dominantní onemocnění podmíněné vrozenou mutací tumor-supresorového genu APC. Při vyřazení správné funkce APC proteinu dochází v případě FAP ke vzniku

mnohočetných adenomů. Sporadické adenomy vznikají obdobně následnými mutacemi obou alel APC genu v jednotlivých somatických buňkách.

Mutace v části APC genu se projevují jako atenuovaná forma familiární adenomatózní polypózy (aFAP) s opožděným nástupem vzniku menšího množství polypů (< 100). Asi třetina pacientů s klinickou diagnózou aFAP však vykazuje intaktní APC gen a mutace postihuje oblast tzv. MYH genu. Většina nemocných s FAP udává výskyt polypů nebo nádoru tlustého střeva u příbuzných v časném věku, většinou již před 40. rokem života. Výjimkou nejsou ani mutace nové, bez evidentní rodinné zátěže.

Prevalence se odhaduje přibližně na 1 : 10 000. I když je FAP příčinou asi „jen“ 1 % celkového výskytu kolorektálního karcinomu, jedná se o velmi závažnou problematiku. Postižení obou

pohlaví je stejné. Vzhledem k prakticky 100% riziku maligního zvratu některého z adenomů je opomenutá, neléčená FAP prognosticky onemocněním s fatálními důsledky.

V případě FAP se polypóza tlustého střeva objevuje obvykle ve 2. dekádě života. K rozvoji kolorektálního karcinomu dochází velmi brzy, většinou do 40. roku věku, časnější vznik karcinomu ovšem není výjimkou. V případě atenuované formy (aFAP) bývá celý proces opožděn o 10 až 15 let.

FAP ovšem není pouze onemocněním tlustého střeva. Častým nálezem jsou benigní polypy sliznice žaludku tvořené cysticky dilatovanými žlázkami. Ve vysokém procentu se objevují adenomy dvanáctníku a žaludku s maligním potenciálem. Typickou lokalizací je oblast Vaterovy papily. Duodenální adenokarcinom je druhou nejčastější příčinou smrti nemocných s FAP. U nemocných se rovněž setkáváme se zvýšenou fibroprodukcí s možným vznikem intraabdominálních desmoidních tumorů.

### Gardnerův syndrom – chirurgie, či endoskopie?

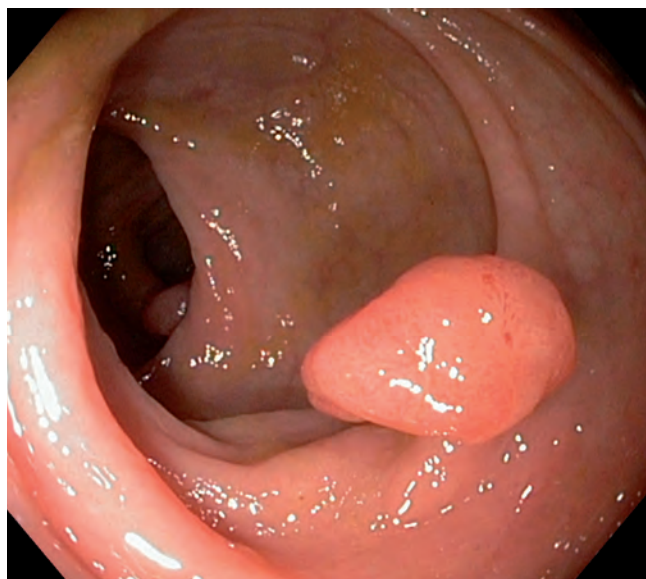
Jedná se o variantu FAP s kombinací polypózy a extraintestinálních příznaků. Typické jsou osteomy, zubní anomálie, epidermoidní cysty, fibromy. V různé míře však lze tyto projevy nalézt téměř u všech nemocných s FAP. V diagnostice je zásadní anamnéza a fyzikální vyšetření, které může odhalit extraintestinální projevy onemocnění.

K diagnóze FAP obvykle vede kolonoskopie. Počet polypů se pohybuje řádově ve stovkách až tisících. Vzhledem k častému postižení duodena je nezbytné vyšetření gastroscopické, nejlépe i s boční optikou (lateroskop), s možností kvalitní přehlednosti oblasti Vaterovy papily. Genetické vyšetření obvykle potvrzuje diagnózu.

V léčbě je zásadní časný záchyt rozvoje polypózy. U geneticky predisponovaných jedinců je doporučena preventivní kolonoskopie každé 1–2 roky od raného věku, po detekci polypů se provádí pravidelná kolonoskopie s polypektomiemi větších polypů. Nejvýznamnější je však včasné preventivní chirurgické řešení. Provádí se subtotalní kolektomie nebo totální proktokolektomie s trvalou ileostomií nebo ileopouchanální anastomózou. I poté je však nezbytné další endoskopické sledování pouče



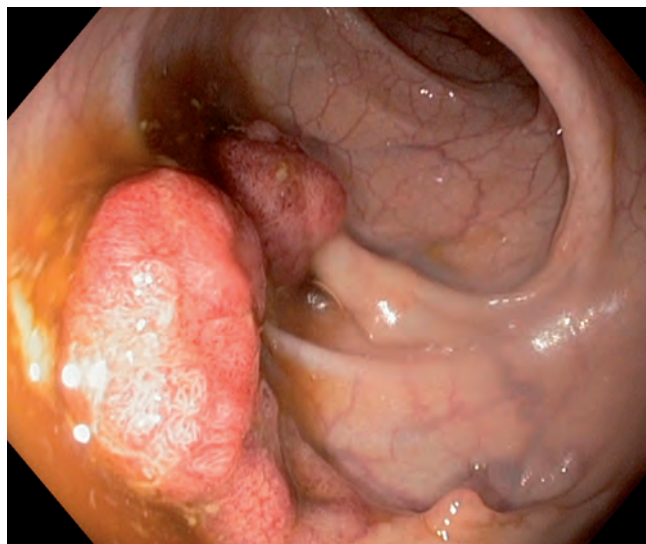
Stopkatý polyp tlustého střeva. | Foto: archiv autora



Přisedlý polyp tlustého střeva. | Foto: archiv autora



Četné drobné přisedlé polypy tračnicku u pacienta s FAP. | Foto: archiv autora



Stopkaté polypy tlustého střeva. | Foto: archiv autora

a rezidua ponechané rektální sliznice. Vzhledem k výskytu gastroduodenálních adenomů je nezbytná i pravidelná gastroduodenoskopická dispenzarizace, nejlépe každé 1–3 roky, podle závažnosti postižení. Léčba těchto proximálních polypózních lézí je však velmi problematická. O vhodnosti endoskopické nebo chirurgické intervence rozhoduje jejich počet, velikost a histologická struktura (Spiegelmanova kritéria).

### MAP polypóza – typické je malé množství polypů

MAP (*MYH Associated Polyposis*) je adenomatózní polypóza tlustého střeva s autozomálně recesivním způsobem přenosu. Je způsobena mutacemi MYH genu, který patří mezi tzv. opravné geny. Mutace MYH genu bývají potvrzeny přibližně u třetiny pacientů s nálezem 15–100 adenomů. Setkat se s tímto typem mutace můžeme i podstatně vzácněji u pacientů s více než 100 polypy, u kterých se nepodařilo prokázat mutaci APC genu.

Klinický obraz je obdobný jako u atenuované formy FAP. Mož-

nost této diagnózy by proto měla být zvažována při nálezu menšího množství adenomových polypů (3–100).

### Peutzův-Jeghersův syndrom – vzácná diagnóza

Peutzův-Jeghersův syndrom je autozomálně dominantní onemocnění způsobené mutací jednoho z tumor-supresorových genů. Onemocnění je velmi vzácné. Syndrom je charakterizován výskytem četnějších hamartomových polypů v průběhu gastrointestinálního traktu spolu s kombinací mukokutánních melaninových pigmentací. Pigmentové skvrny jsou přítomny v typických lokalizacích na bukální sliznici, rtech, nosních křídlech, víčkách, dlaních a v anogenitální oblasti.

Hamartomové polypy jsou různé velikosti a setkáváme se s nimi v průběhu celé trávicí trubice. Komplikací bývají příznaky z obstrukce lumen střeva, intususcepce tenkého střeva, ale i enterografie nebo nejasná chronická anemizace. Malignizace samotných hamartomových polypů je relativně vzácná.

### Juvenilní polypóza – pět a více stopkatých polypů

Juvenilní polypóza je autozomálně dominantní onemocnění charakterizované výskytem polypů s histologickým obrazem „juvenilní“ vazivové tkáně. Nejčastěji bývají stopkatého charakteru. Obvyklou lokalizací je oblast rektosigmatu, vzácněji i jiné části GI traktu. V raritních případech se můžeme setkat s tzv. generalizovanou juvenilní polypózou, která postihuje celý průběh trávicí trubice. K diagnóze je zapotřebí přítomnosti více než pěti polypů juvenilního typu, v případě pozitivní rodinné anamnézy dostačuje nález alespoň jednoho juvenilního polypu.

### Syndrom Cowdenové – hamartomatózní polypóza

Jedná se o autozomálně dominantně dědičné onemocnění s výskytem mnohočetných hamartomů. Syndrom je charakterizován výskytem kožních a slizničních abnormalit, postižením štítné žlázy ve smyslu adenomů a cyst, fibrocystických změn prsů, cyst ovarií, myomů dělohy,

různých neurologických poruch a dalších. Hamartomatózní polypóza trávicí trubice se vyskytuje přibližně u tří čtvrtin případů s dominujícím postižením tlustého střeva. Polypy se však objevují v ostatních částech gastrointestinálního traktu, tedy i v tenkém střevě, žaludku a jícnu.

### Syndrom Cronkhite-Canada – závažný, ale raritní

Syndrom Cronkhite-Canada je velmi vzácný, jeho etiologie nejasná. Uvažuje se o autoimunitní povaze onemocnění, genetická predispozice zatím nebyla zjištěna. V popředí klinického obrazu dominují hyperplastická polypóza postihující sliznice prakticky kterékoli části trávicí trubice, epizodické bolesti břicha, projevy malabsorpce s kachektizací a rozvratem vnitřního prostředí. Dále jsou popisovány polymorfní kožní změny (alopécie, dystrofie nehtů, hyperpigmentace) a neurologické poruchy.

### Diferenciální diagnostika u polypózních syndromů

Při vyšetřování je třeba vždy pa-

matovat i na některé další stavy. Nejčastěji se setkáváme s hyperplastickými polypy. Hyperplastická polypóza je však velmi vzácné onemocnění. Hyperplastické polypy jsou považovány za benigní léze, avšak jisté histologické varianty (pilovité adenomy = *serrated adenoma*) představují určitě riziko maligního zvratu.

V rámci chronických zánětlivých onemocnění v důsledku reparativních slizničních změn se můžeme setkat se zánětlivými polypy. Nejčastěji se vyskytují u idopatických střevních zánětů – ulcerózní kolitidy a Crohnovy choroby s postižením tlustého střeva.

Polypy a polypózní syndromy jsou závažným medicínským problémem. Nejdůležitější je včasný záchyt a kompletní endoskopické odstranění polypů s následným histologickým vyšetřením. V případě polypózních syndromů je nezbytné komplexní řešení s trvalým sledováním v závislosti na stupni maligního potenciálu.

MUDr. Aleš Novotný  
Gastroenterologické centrum  
4. Interní kliniky 1. LF UK a VFN Praha

Inzerce A111012436

Jsme  
napojeni  
na největší kapacity  
z oblasti medicíny

Časopis obsahuje TEST zahrnutý do systému kontinuálního vzdělávání ČLK – 10 kreditních bodů

INZERCE  
e-mail: obchod.ms@mf.cz

PŘEDPLATNÉ  
tel. 800 300 302, e-mail: predplatne.mf@cpost.cz

Postgraduální  
medicína



MLADÁ FRONTA

# Před 245 lety se narodil zakladatel akutní medicíny

Jako šéfchirurg Napoleonovy armády zachránil život tisícům vojáků. O ten svůj málem přišel, když si ho v bitvě u Waterloo 18. června 1815 spletli s Napoleonem a chtěli popravit. Pobočník jednoho z maršálů vítězné strany v něm naštěstí poznal lékaře, který před lety pomohl jeho synovi...

**Z**akladatel akutní medicíny a Napoleonův osobní lékař a přítel **Dominique-Jean Larrey** žil od horké chvíle u Waterloo dalších 27 let. Zemřel v 76 letech v Lyonu po návratu z Alžírsku, kam podnikl inspekční cestu z titulu své odpovědnosti za organizaci zdravotní služby ve francouzské armádě. Příčinou jeho skonu byla paradoxně sněž po zranění dolní končetiny. Paradoxně proto, že právě principy sepsy, asepsy a antisepsy se Larrey snažil rozkrýt. Činil tak intuitivně, při neznalosti působení bakterií. Všiml si však, že rány často převazované se spíše zanítí a představují východisko pro rozvoj septického stavu. Proto volil menší zlo a převazoval jen zřídka.

Jeho jméno se objevuje v anatomickém názvosloví (Larreyova hernie) a je s ním spojena také řada pokrokových chirurgických metod, zejména resekcí a amputačních. Amputace se začaly více využívat na sklonku 16. století. Jejich rozvoj byl umožněn zdokonalováním chirurgických nástrojů a zejména technikou podvazování cév, kterou vyvinul francouzský královský chirurg Ambroise Paré. Proti sepsi však lékaři byli téměř bezmocní, a tak v 17. století přežil amputaci jen každý pátý pacient. Také anestezie v pravém slova smyslu neexistovala, tudíž bylo nutné co nejvíce zkrátit operační dobu a tím minimalizovat traumatický stres. V tomto směru byla Larreyho manuální virtuozita neuvěřitelná. Dokázal amputovat horní končetinu za jedinou minutu. Během bitvy u Borodina (7. září 1812), největšího a nejkrvavějšího střetu napoleonských válek s účástí čtvrt milionu vojáků, v němž utrpěl smrtelné zranění také slavný ruský generál Bagration, provedl 200 amputací horních či



Dominique-Jean Larrey na portrétu od Anne-Louise Girodeta

dolních končetin při do té doby nevídaně nízké, 20–25% úmrtnosti.

## Sirotek, jenž udělal kariéru

„Takový chirurg už se nenarodí,“ složil mu poklonu jeho současník, německý lékař Christoph Wilhelm Hufeland. „Nejlepší chirurg všech dob,“ souhlasil Larreyho následovník Theodor Billroth. Jako člověk byl nenápadný, skromný, žil prostě. Velikánem se stal svou prací, zručností a vztahem k pacientům.

Narodil se 8. července 1766 v městečku Beaudéan v Pyrenejích, kde byl jeho otec měšťanem. Ve 13 letech osiřel a jeho výchovu převzal strýc Alexis, který založil vojenskou nemocnici v Toulouse a pracoval v ní jako šéfchirurg. Larrey k němu nastoupil „do učení“ a pak odešel studovat medicínu do Paříže. Mezi jeho učiteli byl i znamenitý anatom a chirurg Pierre-Joseph Desault. V roce 1787 vstoupil jako chirurg do služeb námořnic-

tvě, jeho první „staci“ byla funkce lodního lékaře na válečné fregatě La Vigilante, plující do Severní Ameriky. Námořnictvo však po roce opustil a stal se sekundářem v Invalidovně, jejíž vznik coby azylového domu pro staré či nemocné vojáky inicioval v roce 1670 Ludvík XIV. Dva roky po jmenování chirurgem 1. třídy (obdobu dnešní atestace) se oženil s malířkou Marií Elisabeth Laville-Lerouxovou. V témž roce (1794) se stal hlavním chirurgem rýnské armády a v roce 1796 profesorem na L'école militaire de santé du Val-de-Grâce v Paříži.

## Ambulance volante

Chápání války jako hybatele pokroku v medicíně (a také ve vývoji nových průmyslových materiálů a technologií) je sice morálně nepřijatelné, faktem však zůstává, že zkušenosti z bojišť Larrey mnohonásobně zúročil ve prospěch svých i budoucích pacientů. V roce 1793 předložil velení francouzské armády projekt *ambulance volante*, tedy „létajících“ nebo přesněji mobilních ambulancí. Tuto myšlenku díky svému rostoucímu vlivu ve francouzské armádě prosadil a tím nejen zásadně ovlivnil vývoj válečné medicíny, ale stal se i zakladatelem oboru akutní medicíny.

Koncept sanitních vozů odvázejících zraněné přímo z bitevní vřavy a bezprostřední lékařské péče postavil na osobních pozorováních, že voják ošetřený brzy po zranění má mnohem větší šanci přežít



Napoleon Bonaparte, jak jej namaloval Louis-Léopold Boilly.

než ten, který je léčen až po mnoha hodinách. Všiml si také, že velká ztráta krve je významné *signum mali ominis*, špatné znamení, a proto kladl důraz na okamžité zastavení krvácení. Za tím účelem navrhl sanitní vůz tažený koněm či mulou, který vyjížděl za raněnými přímo na bojiště. Tam je zdravotnický personál ošetřil a zajistil transport imobilních do lazaretu vybudovaného v těsné blízkosti místa střetu.

Toto pojetí představovalo skutečnou revoluci v historii polní zdravotní služby. Do té doby byly lazarety umístěné v hlubokém zázemí a nechvalně proslulé špatnými léčebnými výsledky, které z velké části souvisely s prodloužením při ošetření. Novinku se podařilo prosadit navzdory vysokému riziku pro ošetřující personál, který v boji nepožíval žádnou ochranu (Červený kříž vznikl až v roce 1863) a byl na tom stejně jako řadoví frontovní vojáci, ne-li hůř. Larreyovy mobilní ambulance našly pokračovatele ve všech moderních armádách včetně americké, jejíž *mobile army surgical hospital* (M.A.S.H.) byly vybudovány na jeho myšlenkách.

## Průkopník kryochirurgie

Larrey také jako jeden z prvních lékařů využíval hlubokého ochla-



„Sanitka“ Napoleonových vojáků

„Sebekrutější operace z rukou lékaře je dobrodíním, je-li možné tímto zákrokem pacienta zachránit. Lékař nemá pamatovat na svou pověst, ale na svou povinnost.“

Dominique-Jean Larrey



## Z HISTORIE

Larreyovy  
létající  
ambulance

Zdravotnický personál mobilního lazaretu čítal 340 osob a byl rozdělen na tři divize. V čele každé stál vrchní chirurg. Jemu podřízeni byli dva chirurgové a pod ně spadalo 12 pomocných chirurgů, z nichž dva byli zároveň lékárníky. Osazenstvo dále tvořili dva důstojníci hospodářské správy, ubytovatel, trubač, 12 ošetřovatelů na koních a 25 pěších. Každý lazaret disponoval 12 lehkými a čtyřmi těžkými vozy s příslušným počtem obsluhujících. Lékaři nosili na bojiště nejnutnější nástroje a léky v malé torbě z marokénu – černohnědé kůže ozdobené tlačným dekorem. K jejich oděvu patřil černý bandalír a pás se šavlí. O soustavné vzdělávání mladých chirurgů pečoval sám Larrey. I na pochodu během tažení byl neustále obklopen skupinou až 50 žáků, které neúnavně školil a poučoval.



Bitva u Waterloo (olej na plátně od Clémenta-Augusta Andrieuxa)

zení tkání k lokálnímu znecitlivění při operacích. Inspiroval se zkušenostmi ze zpackaného tažení do Ruska v roce 1812, kdy Napoleonovu armádu zdecimovaly kruté mrazy – podchlazené, nikoli však omrzlé tkáně byly při operacích částečně anestetizované.

Sílu ruského mrazu měřil armádní šéfchirurg přístrojem ve tvaru hodinek, který nosil zavěšený na knoflíku kabátu. Na něm se 8. prosince ve Vlně údajně objevila hodnota minus 28 stupňů Celsia. Když teploměr sundal a položil na prsa pacientů, měl okamžitě přehled, kdo z nich má horečku – to byla na tehdejší dobu nevídaná věc, pravidelné měření teploty nemocných se začalo praktikovat až o padesát let později. Přístroje a nástroje si Larrey hlídal jako oko v hlavě. Když na kvapném ústupu z Ruska po přechodu řeky Bereziiny některé z nich nedopatřením zůstaly v opuštěném táboře, sám překonal řeku a s nasazením života se pro ně vrátil.

Koncem roku 1812, po návratu z ruského tažení, Larrey vážně onemocněl. Mluvilo se o katarální horečce, později byla diagnóza změněna na tyfus. O ten však pravděpodobně nešlo, neboť již na Nový rok 1813 opustil lůžko.

### Vše pro zmírnění utrpení

Nesoustředil se pouze na válečnou chirurgii, jako chirurg byl všestranný. Prováděl i abdominální zákroky, například kolostomy,

a radikální operací odstranil rakovinou stíženou prsu ženy, která pak žila ještě dvacet let. Profiloval se také coby zručný porodník. K výživě při porušeném polykání užíval pružné sondy a tímto způsobem zachránil při egyptském tažení život pozdějšímu maršálu Joachimovi Muratovi. Tento Casanova francouzské armády, o němž jeho švagr Napoleon prohlásil, že potřebuje ženu stejně jako ostatní muži chleba, utrpěl v bitvě u Abukiru průstřel hrtanu a Larrey ho ošetřoval tak, že zranění nezanechalo stopy ani na jeho hlasu.

Sondu zaváděl nosem za účelem umělé výživy i při tetanu. Těmto nemocným podával značné dávky opia a dosahoval velmi dobrých výsledků. Opium představovalo jediný prostředek k uklidnění a zmírnění bolesti až do roku 1804, kdy německý lékárník Friedrich Sertürner objevil morfium. Z jiných léků používal kafr jako lokální antiseptikum a anestetikum a Hoffmannovy kapky (diethylether) k anestezii. Přítelem alkoholu nebyl, na rozdíl od Napoleona, který ho svým vojákům dopřával v míře vrchovatě.

### Ctili ho i nepřátelé

Přítel nebo nepřítel, všichni raněni trpí stejně. Larrey nedělal žádný rozdíl mezi zraněným „vlastním“ a protivníkovým. Jeho vstřícnost, soucit se zraněnými a obětavost byly proslulé až legendární a získával jimi úctu a respekt vojáků a vo-

jevůdců všech armád i politiků celé Evropy. Osobní kvality a široký věhlas mu prokázaly doslova životně důležitou službu i ve zmíněné prohrané bitvě u belgického městečka Waterloo, kde byl zajat a jako domnělý Napoleon, jehož nápadně připomínal postavou, měl být zastřelen. Byl však poznán pobočníkem maršála pruské armády Blüchera a přijat Blücherem i velitelem anglo-batavské armády polním maršálem Wellingtonem; čestná ochranka ho poté doprovodila do Francie.

Šlo o poslední Napoleonovo tažení. Bývalý císař a vojevůdce umírá v roce 1821 na ostrově Svaté Heleny a Francie prochází ve svém dějinném vývoji obdobím restaurace se znovunastolením vlády Bourbonů – Ludvíka XVIII. a Karla X. Larrey se v té době veřejně neangažuje, ale v roce 1830 vítá revoluci, jež restauraci ukončila. Tehdy už byl čtyři roky vdovcem. V období červencové monarchie (1830–1848) a vlády Ludvíka Filipa Orleánského přijal nabídku armády organizovat zdravotní péči o francouzské vojáky. Velké celoevropské revoluce v roce 1848, která smetla monarchii a nastolila republiku, se už nedožil, zemřel 25. července 1842.

### Nejčestnější člověk, jakého znám

„Je to nejčestnější a nejpoctivější člověk, jakého jsem kdy poznal,“ prohlásil o něm Napoleon, který mu v závěti odkázal 100 tisíc fran-

ků. Larreyho jméno je vyryto na Vítězném oblouku v Paříži, nemocnice ve Val-de-Grâce mu v roce 1850 odhalila sochu a v jeho rodném domě v Beaudéanu je dnes Larreyovo muzeum. Legendárního chirurga připomínají také čtivé, pětiřádkové vlastní paměti „Memoires de chirurgie militaire et campagnes“. Syn Hyppolite (1808–1895) šel v otcových stopách, stal se vojen-

ským lékařem a osobním chirurgem Napoleona III. Místem posledního odpočinku barona Larreyho je pařížský hřbitov Père-Lachaise. Symbolicky, neboť hřbitov založil v roce 1804 na území bývalé zahrady jezuitského kněze a zpovědníka krále Ludvíka XIV. Françoise d'Aix de La Chaise osudový muž Larreyho života – Napoleon Bonaparte.

Ivana Staňková



Napoleonův maršál a švagr Joachim Murat, kterému Larrey zachránil život po průstřelu hrtanu (olej na plátně od Françoise Gérarda).

# Ahmoose Meritamon

## – oběť civilizačních chorob

Historicky nejstarším „pacientem“, u kterého byla prokázána arterioskleróza, je staroegyptská princezna Ahmoose Meritamon, manželka faraona Amenhotepa I. Jak se mohlo stát, že třicetiletá žena, žijící podle našich současných měřítek velmi zdravým životním stylem, trpěla těžkou formou arteriosklerózy?

Staroegyptská princezna Ahmoose Meritamon žila na thébském královském dvoře cca v letech 1580 až 1550 př. n. l. Byla to doba plná dramatických událostí. Princenin otec, faraon Sekenenre, si vysloužil přízvisko *tao* (čili „statečný“), a ve výčtu panovníků 17. dynastie proto figuruje jako Sekenenre Tao.

Egyptu tehdy vládli Hyksosové a Sekenenre udržoval obratnou politiku vůči Thébám určitou nezávislost. Ta ležela v žaludku hyksoskému králi Apopimu, a tak napsal vládci Théb dopis, v němž si mu stěžuje: „Hroši v rybníku u tvého paláce dělají po nocích takový rámus, že nemohu spát.“ To byla zjevně umělá záminka k vyhlášení války, protože Apopiho a Sekenenreův palác dělilo vzdušnou čarou plných 630 kilometrů. Sekenenre ještě nějakou dobu diplomaticky kličkoval, ale nakonec se Apopimu postavil. Výsledek bitvy historické prameny neuvádějí. Egyptský faraon sice v bitvě zahynul, ale Egypťané zřejmě nebyli na hlavu poraženi, protože faraonova mrtvola nepadla do rukou nepřátel. Bitva odstartovala dlouholetou ofenzívu, která byla nakonec završena vyhnáním Hyksosů z Egypta.

### Nejstarší prokázaná ateroskleróza

Nevíme, jak silnému stresu byla královská dcera Ahmoose Meritamon při těchto dějinných zvraťtech vystavena. Představy o tom, že faraonova rodina žila v klidu a pohodě, však nemusí odpovídat skutečnosti. Pokud jde o další faktory princeznina životního stylu, ty považovali lékaři a historici za celkem bezproblémové. Jídelníček starých Egypťanů se dost dobře kryl se současnými nároky na zdravou výživu. Na stole starých Egypťanů bylo hodně ovoce a zeleniny a málo masa, i když se nevyhýbali živočišným tukům. Jedli pšeničný chléb a popíjeli slabé pivo vařené z ječmene. Životní styl obyvatel starého Egypta bychom dnes označili jako „aktivní“. Zdálo by se, že Ahmoose Meritamon mohla

žít bez obav z civilizačních chorob do poměrně vysokého věku.

Přesto královská dcera zemřela, když jí bylo asi třicet. Její mumie byla jednou z padesáti mumii staroegyptských faraonů a významných osob královského dvora nalezených v roce 1881 v komorovém hrobu v thébské nekropoli. Dnes je mumie Ahmoose Meritamon uložena ve sbírkách káhirskeho Egyptského muzea. Nevíme a s jistotou asi ani nikdy nebudeme vědět, co staroegyptskou princeznu připravilo o život. Přesto mohli lékaři u Ahmoose Meritamon potvrdit jednu diagnózu – pokročilou arteriosklerózu. Jde o historicky nejstaršího „pacienta“, u kterého byla arterioskleróza prokázána.

### Kandidátka *by-passu*

V rámci studie pojmenované Horus vědci vyšetřili pomocí počítačové tomografie celkem 52 staro-

egyptských mumii. Zaměřili se na stav jejich cév a pátrali po známkách arteriosklerózy. Jak dokazují výsledky publikované v *Journal of the American College of Cardiology: Cardiovascular Imaging*, překvapivě často uspěli na tepnách končetin. Na rozdíl od plic, žaludku, střev a jater nebylo srdce při balzamování vyjímáno z těla, a tak výzkumníci mohli vyšetřit i princezniny koronární tepny. Našli jasné stopy po pokročilé arterioskleróze u dvou ze tří hlavních tepen.

„Dnes by byla žhavou kandidátkou na srdeční *by-pass*,“ řekl Gregory Thomas z Kalifornské univerzity v Irvinu, který byl jedním z vedoucích celé studie Horus. „Je opravdu překvapivé, jak často jsme na arteriosklerózu narazili. Považujeme ji za nemoc moderní doby, ale ona tu byla již před 3500 roky. Naše nálezy silně zpochybnily před-

stavu o arterioskleróze jako o chorobě moderní doby.“

### Kontroverzní studie

Výsledky studie Horus včetně vyšetření mumie princezny Ahmoose Meritamon tak velmi razantně promluví do sporu, který se rozhořel poté, co Michael Zimmerman z Villanovovy univerzity v Pensylvánii a Rosalie Davidová z Manchesterké univerzity na sklonku roku 2010 publikovali v *Nature Reviews Cancer* silně kontroverzní studii dokazující vzácný výskyt nádorových onemocnění ve starověkém Egyptě. Vyšetřili stovky mumii a narazili na jedinou oběť karcinomu tlustého střeva. Byla jí žena, která žila v oáze Dakhleh před 1600 až 1800 roky. Zimmerman a Davidová tvrdí, že ani v literatuře ze starověkého Egypta či jiných starověkých civilizací nelze nalézt zprávy, které by naznačovaly, že se lidé setkávali s případy nádorových onemocnění častěji. Oba badatelé proto prohlásili nádorová onemocnění za „chorobu moderního věku“, která byla v pravěku i starověku vzácností a rozmohla se až v posledních dvou staletích v důsledku nezdravého životního stylu a znečištěného životního prostředí.

Vědecká veřejnost reagovala na studii Zimmermana a Davidové krajně podrážděně. U mnoha mumii se nedochovaly kanopy (nádobky, v nichž byly uloženy vnitřnosti vyjmuté z těla při balzamování), a nelze tak odhalit nádory, které se v nich mohly vyskytovat. Oponenti také poukazují na fakt, že v pravěku a starověku se lidé jen výjimečně dožívali více než třicet let. Rakovina je chorobou vyššího věku a i dnes je u lidí do třiceti let výjimečná. Studie Horus dokazuje, že tzv. civilizační choroby byly ve starověku rozšířené i u poměrně mladých lidí.

### Tučné sýry, nebo cizopasnici?

A jak se mohlo stát, že třicetiletá žena, žijící podle našich současných měřítek velmi zdravým životním stylem, trpěla tak těžkou

arteriosklerózou? Gregory Thomas a jeho kolegové nabízejí tři vysvětlení. Ahmoose Meritamon mohla mít dědičnou dispozici ke kardiovaskulárním chorobám. Vzhledem k častým příbuzenským sňatkům, kdy si faraoni brali za manželky i své sestry, se nežádoucí vlohy mohly v dědičné informaci faraonské dynastie hromadit. Jako členka královské rodiny nemusela Ahmoose Meritamon jíst to, co jedla většina jejích současníků. Na stole faraonů se mohly mnohem častěji objevovat luxusní potraviny, jako bylo maso, máslo a tučné sýry. Mnoho potravin bylo konzervováno solí a její vysoký příjem kardiovaskulárnímu systému rovněž neprospívá. V neposlední řadě mohly sehrát negativní roli zánětlivé procesy navozené cizopasníky. Nákazy různými parazity byly ve starověkém Egyptě poměrně běžné. A je známo, že jedním z důsledků takových nákaz je i vyšší sklon ke kardiovaskulárním chorobám.

### Nebezpečí z umělých nádrží a kanálů

Problém parazitů ve starověkém Egyptě podtrhly výsledky další studie nedávno publikované v *American Journal of Physical Anthropology*. Tým vedený americkou antropoložkou Amber Campbellovou Hibbsovou z Emoryho univerzity v Atlantě sledoval změny v osídlení nilského údolí a stopy po výskytu intestinální schistosomózy vyvolané cizopasnou motolicí krevničkou střevní (*Schistosoma mansoni*). Tento parazit prodělává část svého vývojového cyklu v těle plžů okružáků z rodu *Biomphalaria*. Ti nacházeli příhodné podmínky k životu v zavodňovacích kanálech a nejrůznějších vodních nádržích. Můžeme si být celkem jisti, že se těmito okružáky hemžil i rybník s hrochy na dvoře faraona Sekenenrea. V lokalitách, které byly pravidelně zaplavovány Nilem a kde nebyly budovány umělé nádrže a zavlažovací kanály, byl výskyt intestinální schistosomózy poměrně nízký. Stopy po přítomnosti cizopasnika – antigeny motolice a protilátky proti těmto antigenům – byly odhaleny u 9 % mumii. V oblastech se závlahami a umělými nádržemi se však intestinální schistosomóza vyskytovala již u 25 % mumii.

Staří Egypťané zřejmě trpěli řadou „moderních“ civilizačních chorob a podobně jako my dokázali změnit své životní prostředí takovým způsobem, že si tím zvýšili rizika dalších závažných onemocnění. Ze zdravotnického hlediska princezna Ahmoose Meritamon nežila v idyllických časech.



# Zdraví a medicína před kamerou

Ve kterých filmech se objevily následující dialogy, hlášky a situace?

1. Lékař od mikroskopu: „To je zajímavé... Normální muž má v mililitru ejakulátu 30 milionů spermií, a vy tři sta.“

Pacient: „Tři sta milionů?“  
Lékař: „Ne, tři sta spermií.“

- a) Román pro muže**  
**b) Kameňák III**  
**c) Grandhotel**

2. „Všechny tři otázky jste zodpověděl, píšu vám výborně.“

„Ehm, pane profesore, v anatomických praktikách něco přerížl...“

„Ale jděte, Sejkoro, to se mu v životě stane ještě mockrát!“

- a) Jak svět přichází o básníky**  
**b) Jak básníci přicházejí o iluze**  
**c) Jak básníkům chutná život**

3. „Doktor mu natočil EKG a – co myslíte?“ – „Měl ho tam.“ – „Neměl!!“

• „Ta nová pacientka si stěžovala na stravu.“ – „A co jste jí řekl?“ – „Že minutky nevedeme.“ – „Pane kolego, v medicíně mohou nastat situace, kdy i minutka může mít léčebný efekt.“

• A od tohoto okamžiku se moji sousedé, spolužáci, učitelé a lás-

ky stali bývalými sousedy, spolužáky, učitelé a láskami. Všichni se přes noc proměnili v pacienty.

• Otorinolaryngologie je komplexní obor. Pacient přijde s bolestí v krku, my se mu podíváme do ucha a z nosu mu vytáhneme polypy.

• Jako obvykle, všichni chtějí dělat chirurgii. Přitom by klidně přišli oko na zadek a ještě by chtěli, aby mrklo.

• „Proč jste přijal tu paní na dvořák? Vy jste od ní něco vzal? Nebo je to vaše známá?“ – „Ne a není to moje známá.“ – „Krucinál, tak čí je to tedy známá?“ – „Nevím, ničím.“ – „Svatá prostoto! Každý je něčí známá!“

- a) Jak básníci přicházejí o iluze**  
**b) Jak básníkům chutná život**  
**c) Konec básníků v Čechách**

4. „Nesu pivo, někdo zavolá ‚plátím‘, já chci otočit hlavu, a nemůžu.“

„Ale celej se otočit můžeš?“

„To jo.“

„Tak co si stěžuješ?“

- a) Slunce, seno, jahody**  
**b) Vesničko má středisková**  
**c) Obecná škola**

5. „Smysl pro rovnováhu je u neslyšících vážně narušen. Každý hluchý člověk upadne, když ho požádáte, aby stál na pravé nebo levé noze.“

- a) Dobrý voják Švejk**  
**b) Černí baroni**  
**c) Hlídač č. 47**

6. „Já jsem mužskej, ale vždycky, když mám dokázat, že ten mužskej jsem, tak už zase – nejsem.“

- a) Ostře sledované vlaky**  
**b) Lásky jedné plavovlásky**  
**c) Sestřičky**

7. Ona: „Potkala jsem moc milou dvojici. Něco jako my, manželé středního věku...“

On: „Jestli jsou jako my, tak nejsou středního věku. Nikdo se nedožije sto padesáti.“

Ona: „No tak jsme na sklonku středního věku.“

On: „Pravda je, že ty jsi stará a já přestárly.“

Ona: „Já jsem šedesátice a ty sedmdesátník.“

On: „Vždyť to říkám, jsme staří.“

\*\*\*

On: „Sbírat jahody? Jen jestli to budu umět...“



Ona: „Jednoduše se sehněš a utrhneš je.“

On: „Měl jsem takový divný pocit, že se mě chceš zbavit.“

- a) Na Zlatém jezeře**  
**b) Lépe pozdě nežli později**  
**c) Babí léto**

8. „Seš nějaká přešlá...“

„Člověče, já mám asi tu... depresi.“

„No, mě už taky všechno sere...“

- a) Nuda v Brně**  
**b) Divoké včely**  
**c) Návrat idiota**

9. „Kdo hraje na první metě?“ – „Spodní prádlo nakupuji výhradně v K-Martu.“ – „Za půl hodiny začíná Lidový soud. Já rozhodně musím vidět Lidový soud.“ – „Osm prstů. Vždycky nám dávájí osm rybích prstů, a tady jsou jen čtyři.“ – „Javorový sirup, ne-

ní tu javorový sirup... Budeme tu sedět bez javorového sirupu a párátek.“

- a) Rain Man**  
**b) Andělé všehomíra**  
**c) Forrest Gump**

10. „To je člověk, to je muž! Vzor počestnosti a mravnosti!“

„A jak se mu to stalo?“

- a) Marečku, podejte mi pero**  
**b) Kantor ideál**  
**c) Mravnost nade vše**

11. „Já děti nikdy nechtl. Vychovávejte je, trpíte, staráte se... Vyroste a vyčtou vám Alzheimer!“

- a) Sólókapr**  
**b) Kolja**  
**c) Slavnosti sněženek**

Ivana Staňková

1c, 2b, 3b, 4b, 5c, 6a, 7a, 8b, 9a, 10c, 11a  
Správné odpovědi:

## Osobnosti české medicíny vážně i nevážně

**prof. MUDr. Karel Popek**  
(2. 7. 1899 Brno – 14. 2. 1971 Brno)

Celá jeho profesionální dráha byla spjata s jeho rodným Brnem. Zde po maturitě nastoupil na nově otevřenou Masarykovu univerzitu, byl jedním z jejích prvních posluchačů a v roce 1926 na ní promoval. Ještě za studii pracoval jako nehonoranovaný asistent na normální anatomii u profesora Otomara Völkeho a pak na klinice pro choroby duševní a nervové u profesora Karla Bělohradského. Zde po promoci zůstal jako honoranovaný asistent. Během let absolvoval mnoho studijních pobytů v Německu, Rakousku a Francii, například u Georgese Guillaína v Paříži či na známé vídeňské psy-



chiatrické klinice Julia Wagnera-Jauregga. Z neurologie a psychiatrie se habilitoval v roce 1936. Na brněnské klinice se mezitím krátce po sobě vystřídal několik

přednostů. Karel Bělohradský zemřel po atentátu psychotika, Hubert Procházka na náhlou srdeční příhodu a Miroslav Křivý byl umučen v koncentračním táboře. Hned po válce došlo k rozdělení kliniky na samostatné psychiatrické a neurologické pracoviště. Přednostou neurologie se stal Karel Popek, jenž byl jmenován profesorem. Z kliniky vybudoval moderní ústav, který vedl 26 let, až do své smrti v roce 1971. Vytvořil vynikající školu, z níž vzešli četní významní neurologové nejen moravští, ale i čeští.

Jeho vlastní vědecká činnost zahrnovala mnoho oblastí neurologie. Založil a řídil vědeckou laboratoř pro výzkum antropozoonóz. Napsal několik kapitol do kolektivní

učebnice „Speciální neurologie“. Již v roce 1934 se podílel rovněž na přípravě protialkoholních zákonů a společně s JUDr. Vladimírem Kubešem vypracovali návrh zákona, který zaváděl krevní zkoušky na alkohol v krvi. Byl zakladatelem Poradny sociálně-zdravotní péče o zdrženlivosti v Brně (předchůdkyně protialkoholních poraděn) a přišel taktéž s novým návrhem systému ústavního léčení alkoholiků. Zasloužil se o péči o mládež a zlepšení péče, výuky a výchovy slabomyslných i mravně narušených dětí. Je považován za zakladatele dětské neurologie v Československu. Měl vynikající paměť, která mu umožňovala bez přípravy diskutovat na jakýchkoli seminářích a odborných fórech.

### Kanderův příznak

Profesor Popek s nadšením vyhledával a sbíral příznaky a syndromy spojené se jménem autora. V neurologii je jich dlouhá řada. A tak se to na klinice vždy

hemžilo jmény slavných lékařů, kteří byli nějak spjatí s určitým příznakem.

Jednou při velké vizitě pan profesor vyšetřoval u jednoho pacienta plantární reflex. Tu jeden z přihlížejících mladých asistentů polohlasem utrousil: „Hele, Kanderův příznak!“

Profesor neřekl nic, ale po několika dnech setrval zahrabán v knihovně, probíral se starými i novými folianty a pátral. Konečně se asi po týdnu zeptal onoho asistenta: „Pane kolego, prosím vás, co je to ten Kanderův příznak? Já to neznám a nikde v literatuře to nemohu najít.“

Asistent zrozpačitěl: „To je tak, pane profesore. U nás v domě bydlí jeden švec, jmenuje se Kander, a ten má často ischias. Když mu vyšetřuji plantární reflex, vždycky se hrozně chcehtá, protože je strašně lechtivý. No tak tomu říkáme Kanderův příznak...“

MUDr. Svatopluk Káš

## LETNÍ POVÍDKA

## O špačcích a lidech



Foto: Wikimédia

**B**ylo ráno. Špaček seděl na pouliční lampě a zpíval si. „Hele, mamí, ptáček,“ vykřikla holčička nadšeně a zastavila se.

„Póóóď, prosim těééé!“ vztekla zareagovala spěchající matka a trhla za malou ruku. Jen dlouhý trénink zabránil luxaci hlavičky kosti vřetenní. Dítě popoběhlo a nevyhnutelně zakoplo.

„Koukej sakra, kam šlapeš!“ ozval se ječák nerudné matky. Dítě sklopilo zrak na zaplivaný chodník a omezilo své spontánní poznávání světa na minimum. Zvídavost se ve světě pragmatismu nevyplácí.

Špaček si líně protáhl jedno křídlo po druhém a pak i obě nohy. Přitom si všiml auta pod sebou.

„A hele,“ řekl si. „Co to vidím? Plešounovo fáro.“ Plešoun byl chlap ze čtvrtého patra, proti němuž špaček vedl soukromou válku. Kdysi seděl u něj na zábradlí balkonu a tak krásně mu zpíval. Dokonce si přivstával a spustil už ve čtyři ráno. Plešoun však vyběhl, mimochodem velmi směšně opeřen (špaček nevěděl, že se to jmenuje pyžamo), a cosi po něm hodil. A trefil. Špaček tak tak vybral pád, schoval se do blízkého křoví a přepočítával si všechny kosti v těle. Naštěstí nic zlomeného. Hlavně ne křídlo. Ale tělo jej bolelo ještě celý týden. Teď přišla jeho chvíle. Nebude to zdaleka poprvé. Ale dnes je konstelace ideální. Červený sporták, který Plešoun pořád leštil a oprašoval, stál zaparkovaný přímo pod lampou. Špaček pošel po trubce o tři kroky doleva. A pak ještě o dva. Věděl, že řidiči

sedí vždycky vlevo. Pak vzal korekci na slabý vánek a lehce se naklonil vpřed. „To je jiné míření než při nutnosti střemhlavého náletu,“ pomyslel si. Včera se docela přežral, a tak byl obsah jeho kloaky vskutku hojný.

Bingo!

Pleskanec sedl přesně do zorného pole řidiče a rozstříkl se přes půlku předního skla.

„Osmnáct jedna,“ pochválil si špaček skóre.

\* \* \*

Špaček už byl starší, zkušený samec. Leccos na světě viděl a poznal. Jmenoval se... no, písmena pro záznam toho zvuku neexistují, takže řekněme něco jako Črr-čík. V překladu z jazyka špačků to znamenalo „Špačíček-pán“. Tohle byl pro něj špatný rok. Poprvé s partnerkou nenašli místo k hnízdění, protože široko daleko poslední strom s dutinou nechal porazit nějaký přemoudrý dendrolog natatý magistrátem. Takže si letos ani neza... Přišlo mu to líto. Viděl okny, že lidé to dělají v jednom kuse, kdežto on kvůli nové šanci musí přežít další zimu.

Pak uviděl tu půlku rohlíku. Čas na snídání. Rozhlédl se po okolí. Kočka nikde. Spustil se klouzavým letem k zemi, když vtom rána jako z děla.

Zase ten ztvrdlý vzduch!

To je teď v jednom kuse. Odpotácel se stranou a ztěžka se vznesl na nejnižší větev nezuživé stromu. Zase měl štěstí. Nic zlomeného, hlavně proboha ne křídlo. Ale hlava ho docela bolela a před očima měl barev-

né hvězdičky. Tohle už dobře znal. Jak byl dokola ráh, věděl, že uprostřed bude ztvrdlý vzduch. To byla základní abeceda, kterou se každý pták naučil hned v mládí. Na větší plochy tvrdého vzduchu lidé lepili siluety dravých ptáků. Tomu se vždycky od srdce nasmál. „Oni si myslí, že jsme snad blbí, nebo co. Vždyť takhle dravec při letu v malé výšce vůbec nevypadá! Tak se jeví, jen když ho máš vysoko nad hlavou.“ Črr-čík si uvědomil, že už celých dvacet vteřin neobhlédl prostor nad sebou, což je standardní interval. Sice má perimetr 300 stupňů, ale těch zbylých sedesát se méně opatrným občas stalo osudným. Rychle chybu napravil, ale nikde nic. OK. Žádný bandita ve vyšší letové hladině.

\* \* \*

Črr-čík vylétl do bezpečnější výšky, až těsně pod vrchol koruny stromu, ale stále krytý proti volné obloze. Na vybranou větev nalétával dvakrát, protože se mu ještě trochu motala hlava. „Jak jsi starší, tak jsi blběj,“ říkal si a tloukl by se do čela, kdyby ho hlava nebolela už tak. Pak si všiml divné věci: Místo ztvrdlého vzduchu nebylo ohraňené žádným rámem, jen listou na sloupku od země. Aha, proto jsem si nevšiml. Lidé pořád vymýšlejí nové věci. Jeden se stále učí a opatrnosti nikdy nezbývá.

V té chvíli u kusu tvrdého vzduchu zastavila dodávka. Vylezl chlap v montérkách a kritické místo polepil, čímž ho zviditelnil. „No proto,“ řekl si špaček. Bylo na čase. Vtom se skřehotavě rozchechtal,

až si rozcuchal peří a málem ztratil rovnováhu. Zas ta modrá obluda! Jakýsi prapodivný kříženec, možná kočopták. Silueta mrzáčka, který by nikdy nemohl letět. Špaček věděl o aerodynamice poměrně dost, o to srdečnější byl jeho smích. Modrý pták, jehož letové vlastnosti se rovnají nule. Ani ze zídky plotu by chudák bez úrazu neseskočil. Natož létat! Ha, ha. Maximálně pro srandu králíkům. Pak teprve Črr-číkovi došlo, co ta paráda znamená. Zase budou volby. „Ale néé,“ zaskučel otráveně a jal se čistit peří (dnes už podešáté) s naléhavým pocitem, že se umazal. Tohle je nesnesitelné.

\* \* \*

Črr-čík se bez dlouhého rozmýšlení nachystal k svému parádnímu číslu. Triku, který kdysi trénoval celé měsíce, než dosáhl dokonalosti, s nímž by mohl vystupovat v cirkuse. Aktivovat kloaku, nabrat správný kurz, zvolit patřičný úhel ostrého odvalu po křídle, přesně na vrcholu obratu odpálit a nastoupat zpátky do bezpečné výšky. Bylo to dílem okamžiku. Velký ptačinec (Črr-čík se včera ale opravdu přežral!) se po plakátu rozplekl ukázkovým způsobem.

Moc se mu však neulevilo. Naopak upadl do trudnomyslnosti. Proč jako blbec kdysi poslouchal toho ukecaného populistu a přidal se k hejnu, které letělo do údajně země zaslíbené, kde se žrádlo válí všude kolem a mana padá sama do huby? Po letech pochopil, že to jsou ukoptěné odpadky těch trapných dvouořčů, kteří mají místo křídel směšné holé pahýly, a nesvedou proto ani tak prazákladní a jednoduchou věc, jakou je létání. „Úplně jako ty hloupé slepice,“ pomyslel si s pohrdáním.

Črr-čík se ani nenadál a zjistil, že vlastně bilancuje svůj život. Život na pár nezuživých stromech a keřích s betonem pod sebou, nad sebou a kolem sebe. Žádné místo k hnízdění, žádný sex. Jenom to žrádlo se nemusí pracně hledat. Váří se všude. Odpadky. Stálo mu to za to? Možná se s věkem mění hodnoty, zauvažoval. A pak si představil ten ráj. Na chvíli se zasnul. Stromy, keře, tráva, okraje lesa, sady a zahrady. Pravda, jeden se trochu nalítá, aby se uživil. Ale na druhé straně žádná překvapení v podobě ztvrdlého vzduchu nebo, nedejbože, voleb. Prostě čistý vzduch i země.

\* \* \*

Črr-čík se rozhodl rychle. Ptáci se pohybují rychle, žijí rychle a stejně se i rozhodují. Změní svůj ži-

vot. Postaví se na vlastní nohy a na stará kolena dožije důstojně. Směr mu byl jasný okamžitě: 15°13'49" nalevo od magnetického pólu, kurz podle Slunce v tuto hodinu a minutu je 284°01'27", nutná korekce na vítr 3° vpravo, vzdálenost 2 dny letu, vydrží-li letět čistého času 5 hodin denně s průměrem 30 km/h. V průsečíku těchto hodnot se nalézal rodný strom. Jeho ptačí mozek dokázal příslušná data z kalkulovat v řádu desítek milisekund.

Odrzil se a opanoval vzdušný prostor. Opojný pocit osvobození byl až k zalknutí. Rytmicky mával křídly a dostával se do tempa. Do tempa dostatečně rychlého, ale takového, které ještě neunaví a je dlouhodobě udržitelné. Čerstvý svěží vzduch hladce a bez odporu klouzal po jeho peří a přetlakem vnikal do nozder. Tenhle pocit měl vždycky rád. Byl ve svém živlu. Všichni ti dvouořčáci a jejich velké nepohyblivé i malé pohyblivé a smradlavé krabice byly hluboko pod ním. Mohl se na ně klidně vy... Což také opakovaně učinil, aby snížil svou letovou hmotnost. A také ze zlomyslnosti, pochopitelně. Ale už mu nestáli za to, aby mířil.

\* \* \*

Po hodině letu se vydal k velkému stromu, aby si odpočinul a lehce pojedl. A ovšem také vyčistil peří. Už ho trochu svědilo. Každý pták stráví třetinu života péčí o peří. Je to makačka, ale jednak je pak teplíčko, jednak mu to dobře létá.

Tady už byly menší domky a malé zahrádky. Všechny úplně stejné, ale pořad lepší než sídliště s paneláky. Vůbec netušil, že se ocitl na mušce vzduchovky. Ani nestihl zaslechnout charakteristické „puff“. Diabolka mu roztrhla hrudník a Črr-čík zamířil do úplně jiného ráje, než jaký si na úchod plánoval. Byl mrtev dřív, než dopadl na zem. Adolescent, na jehož jméno pro krátkost jeho dalšího života nezáleželo, vydal vítězný ryk. Poté odložil zbraň a podíval se na hodinky. Sakra, kluci už čekají! Našlápl svůj moped, otočil rukojeť plynu a vyrázil s kopce dolů na plný céres. Samozřejmě jako správný frajer bez přílby...

Dál už je to jasné. Není prakticky co dodat, neboť příběh zápětí skončil. Sotva několik minut poté. Jedna jedna. Mezi špačky a lidmi bylo vyrovnáno dříve, než Črr-číkovo tělíčko začalo chladnout.

# Narkomanie a zneužívání léků ve světle citátů

Nikdo dnes nechce trpět bolestmi v žaludku ani být sklíčen, proto okamžitě žádáme nejrůznější léky. Lidé chtějí chodit spát v pět hodin ráno, vstávat v osm a vůbec se necítit unaveni. Žít jako dospělí, ale spát jako děti. Sníst kde co a výborně zažívat, kouřit bez omezení a nemít bolesti hlavy ani nechutenství. Moderní žena dnes nosí v kabelce kromě nezbytné rtěnky a pudřenky i pouzdro na pilulky, v němž má svůj uklidňující prostředek...

Tak jako v kulturních dějinách lidstva existovala doba lidí s kroužkovou keramikou, doba lidí popelníkových polí, jednou se naši době bude říkat – pokud nějaké „jednou“ bude – doba lidí pojídacích pilulky.

Předepisování pilulek a léků nahrazuje staré komfortní chování a doplňuje rituální jednání, které utvrzuje vztah mezi lékařem a ošetřovaným. Hodnota předepsaných léků je skoro bezvýznamná. (Desmond Morris: *Nahá opice*)

Touha užívat medicínu je ten největší rozdíl, který odlišuje člověka od opice. (sir William Osler)

Typickým britským podivínstvím je přesvědčení, že láhev medicíny je něco, bez čeho zdravý člověk nemůže existovat.

Prášek slouží jako dobrý džín, když od něj člověk čeká opravdu pomoc v nouzi. Ale když ty dobré džiny citýruješ často a zbytečně i tam, kdy bys to zvládla vůlí, vymknou se ti z komanda a jsou z nich bésici. (Marie Kubátová: *Recept na štěstí*)

Litr čehokoli zamává s kýmkoli, byť by to byla obyčejná voda. (Miloslav Urban: *Breviř úspěšného lékaře*)

Ledaskdo by potřeboval dietu v polyklání prášků.

Pouze dávka zajišťuje, aby se věc nestala jedem. (Paracelsus)

Nemocný nemá tak silnou náaturu, aby zdolal jak nemoc, tak léky. (Molière)

Ještě nikdo nespočítal a ani se nepokusil odhadnout, kolik literárních a jiných cen by mělo být uděleno kávě, čaji, vínu, i koňaku a podobným podněcovatelům umdlévajícího lidského ducha. (Miloslav Urban: *Breviř úspěšného lékaře*)

Některé léky zkouším na nejlevnějším pokusném zvířeti, totiž sám na sobě. (prof. Vladimír Vondráček)

Záplatovaná košile a žaludek plný léků nevydrží dlouho. (*albánské přísloví*)

Podávání léků, jež jsou naprosto neúčinné, není léčba obsolentní; je to pitomost. (prof. Jiří Lenfeld)

Není tak lehké s léky, jak slibuje reklama. (*francouzské úsloví*)

Použití většího množství léků svědčí ne o větší vzdělanosti lékaře, ale o jeho bezmocnosti. (Antonín Rubín: *Etika, součást preventivní léčebné péče*)

Někteří lidé proměňují svou lékárníčku ve výkrmnu.

Ačkoli dnes veškerá populace hlásá, že je dokonale duševně zdravá, přesto denně polyká kvantum psychotropních léků stejně bezmyšlenkovitě, jako si ráno sladí čaj. (Richard Gordon: *Podivuhodné dějiny lékařství*)

Někteří lidé se domnívají, že k jejich takřka ústavním právům patří i to, že si dle vlastní vůle chemicky preparují mozek. (Svatopluk Káš)

Droga je buněčnou rovnicí, která fetáka učí faktům majícím obecnou platnost. Na rozdíl od alkoholu nebo kouření droga není prostředkem k rozšíření radosti ze života.

Droga není rozšoupenutí se, je způsobem života. (William S. Burroughs: *Feták*)

Nechápala jsem, jak se někdo tak vášnivě snaží zmírnit rány osudu. Zdálo se mi, že život je neustálá prohra a že tato překážka z pilulek postavená před naší duší, aby ji odělovala od neštěstí, úzkosti a nudy, je jakýsi bílý prapor, symbol kapitulace, který je a priori pokořující. (Francoise Saganová: *Ztracený profil*)

Oprávněný odpor jedné generace proti tendencím být manipulován končí pozoruhodně před drogami. (Werner Schneyder: *Následky mrtvice*)

Když se po roce fetování ohlédnete zpět, zdá se, jako by tam vůbec nebylo nějaké plynutí času. Vystupují tam pouze období, kdy jste měli absták. (William S. Burroughs: *Feták*)

Za alkoholika, kuřáka či narkomana lékař označuje svého pacienta, který holduje svým vášním více než lékař sám. (Vladislav Havel: *Malý zdravotnický lexikon*)

Bláhoví lidé! Prodat se za pár různých snů! (Zdeněk Janík)

Žijeme ve světě složeném z tabletek, tabletkou řešíme tisíce zápletek. (Jiří Oulík)

Narkomani se odříkají odříkání. (Heinrich Wiesner: *Rub medaile*)

Tak tohle měla být ta dobrodružná báječná cesta životem, plná euforie, o které jsi básnil? To má být všechno? (Radek John: *Memento*)

Společnost bere současně povzbuzující i uklidňující látky a chlubí se, že udržuje vnitřní napětí na stále stejné úrovni. (Werner Schneyder: *Následky mrtvice*)

Léky předepisujeme příliš často a někdy ani nejsou potřebné. Zčásti proto, že se pacienti cítí být oklamáni, když odejdou z ordinace bez léku. A za druhé proto, že napsat recept je nejlépejší způsob jak zaražít pacientovo řečnění, jak ho dostat z ordinace a moci vyšetřit dalšího. (Arthur Hailey: *Lék*)

Kdyby byly všechny léky na světě hoseny do moře, bylo by tím líp pro lidstvo a tím hůř pro ryby. (Oliver Wendell Holmes)

Nemocný věří nejen na zaklínače, ať již profesora nebo laika, on věří i v ty úhledně zabalené věcičky s pestrými nálepkami, jejichž názvy končí na „in“ nebo „an“. (Kurt Tucholsky: *Lékárný*)

Je jednou z předních povinností lékaře vzdělávat lidi, aby nebrali léky. (sir William Osler)

Zneužívání návykových látek je u takzvaných sexuálních pracovníků časté a různé návykové nemoci k prostituci přímo vybízejí. Sex za drogy. (Karel Nešpor)

Sportovní lékaři jsou jako alchymisté. Pokoušejí se proměnit olympijského ducha s pomocí moderní medicíny na zlato. (Gerhard Uhlenbruck: *Člověk a jeho lékař*)

Doping = onemocnění sportovců vyvolané injekční stříkačkou. (Winfried Thomsen: *Model Německo*)

Jediný rozhodující argument, který ve všech časech odrazoval lidi

od pití jedů, není to, že usmrcují, ale že nedobře chutnají. (Friedrich Nietzsche)

Touha či chtíč vzít si drogu proti strachu nikomu strach neodstraní, ale droga se sama stane chťičem. (Gerhard Uhlenbruck: *Člověk a jeho lékař*)

Budivé aminy jsou ve skutečnosti psychologický dynamit. Je příliš mnoho jedinců, pro které se staly berlemi pro každý den. Náš tolik vyznávaný kult prášků vzešel se životního stylu, k němuž patří podávání narkotik, uplatňování chemoterapie na široký rejstřík duševních chorob, jejichž projevy jsou symbolizovány vším možným. Od nervózní ženy v domácnosti až po vězení. (Carson Wade: *Duševní zdraví a výživa*)

Pěstujme si svoje neurózy. Však existují spousty prášků na uklidnění, pan doktor vám je jistě ochotně předepíše. Naše medicína spěje mlovými kroky vpřed, tak proč nevyužít jejich darů. Zvláště když nám to dělá dobře a je to zadarmo! (Jiří Noha: *Lékař vypravuje*)

LSD 25. Tekutina bez barvy a bez zápachu, působí ve velmi malých dávkách. K „odvaze“ stačí 20 miligramů gramu. Jaké má LSD účiny? Rozum ustupuje snění, totožnost se ztrácí v bezbřehém pocitu jednoty, vědomí je zaplavováno básnickými, nelogickými bizarními myšlenkami. Tuto situaci lze přirovnat ke stavu některých primitivů nebo malého dítěte.

Čert nikdy nespí  
Ne že snad nesmí  
Chodí po pekle  
Celou noc vztekle  
Chodí po pekle  
Sem a tam  
Protože tam  
Nemají diazepam  
(Antonín Pokorný: *Peklo*)

Mám úsměvné přání, které jsem zformuloval jako slogan, jímž končíme naše protidrogové besedy: „Neberte drogy, nebo si drogy vezmou vás.“ (Jan Vodňanský)

A nakonec informace přes 2500 let stará, ukazující že stejné problémy měli lidé již ve starověku: Hérodotos uvádí, že Skythové berou semena konopí, zalézají pod plstěné stany a házejí ta semena na rozpálené kameny. Když zrna dopadnou na rozpálené kameny, kouří a vydávají takové výpary, jaké nenalzáme v žádné helénské lázni. Skythové však vyjít rozkoší z těchto výparů. To je jejich lázeň, neboť ve vodě se nekoupou nikdy.

vybral a sestavil MUDr. Svatopluk Káš



ilustraci foto: apilning.com



## Mám ráda, když se život posouvá kupředu

Jana Hrabáková  
Foto: Václav Kříž

Na schůzku jsem přišla dřív než včas, a tak jsem jí zavolala, že už sedím na klandru před jejím pracovištěm, užívám si sluníčka a pohledu do zeleně. Přišla za malou chvilku. Čekala jsem důstojnou paní úctyhodného věku, ale bylo to jinak. Podívejte se nejdřív na fotografii. **Mgr. Dita Svobodová**, náměstkyně VFN pro nelékařská zdravotnická povolání a kvalitu, se ke svému „postu“ dopracovala vlastní inteligencí a cílevědomostí.

### Proč jste se rozhodla pro práci ve zdravotnictví?

Moje cesta byla jednoduchá a začala docela brzy. Narodila jsem se v roce 1979 v Počátkách, dětství jsem měla pohodové, základní školu jsem absolvovala na Vysočině v Kalištích. Kousek odtud ve Studené máme chalupu, kam dodnes ráda jezdím.

Zdravotní sestrou jsem chtěla být asi od sedmi let. Poprvé jsem si to uvědomila na táboře, kde některé děti onemocněly a já si tehdy

řekla, že by mne těšilo starat se o ty, kteří se „nemohou zapojit“ do našich her.

### Ve vašem případě to tedy byla jasná cesta?

O jiné škole než zdravotnické jsem nepřemýšlela. Když jsem končila základní školu, stěhovali jsme se do Jihlavy. Byla to změna a nějakou chvíli trvalo, než jsem se s prostředím města sžila. Na zdravotnické škole mne to ale bavilo. Učitelky jsem tehdy vnímala ja-

ko starší dámy, které ve mně zanechaly přesvědčení, že pečovat o druhé smysl má – tedy v případech, že se vše dělá tak, jak se dělat má. Potom to má svou hodnotu a krásu.

### Chtěla jste rovnou pokračovat na vysoké škole?

Jsem pragmatická, a tak jsem si řekla, že pro mne bude ideální akutní medicína, tedy to, co je v životě rychlé, přesné... Zkrátka to, co má smysl. Chtěla jsem

se proto stát záchranářkou. Přijímací zkoušky na tento obor jsem dělala ve Zlíně, zároveň jsem ale také podala přihlášku na Lékařskou fakultu Univerzity Palackého v Olomouci, obor ošetřovatelství. Probrala jsem to s rodiči a nakonec dala přednost vysoké škole.

### A to už jste definitivně vylétla z rodného hnízda?

Bylo mi 18 a začala jsem bydlet na koleji. Na rodiče jsem byla vždy hodně vázaná, ale tehdy

jsem se osamostatnila. Už natrvalo, i když se s rodiči při důležitých životních krocích vždycky radím a moc si jich vážím. Starat se sama o sebe mě ovšem začalo bavit. Chodila jsem na brigády a samozřejmě na praxi na ARO; záchranářství mě totiž stále drželo. Chtěla jsem však také poznávat nové lidi a země. Ve 2. ročníku jsem proto odjela na prázdniny pracovat do Ameriky. Divím se, že jsem tehdy dokázala rodiče přemluvit.

Neměla jsem sice představu, co přesně budu dělat a kde budu bydlet, ale nakonec jsem v USA strávila čtyři měsíce. Pracovala jsem v Severní Karolíně jako banketní servírka spolu s migranty z jihovýchodní Asie a Afriky. Moje angličtina nebyla na nejlepší úrovni, ale protože jsem nepracovala s žádným Čechem, musela jsem mluvit a mluvit... Po návratu jsem dokončila 3. ročník a do USA se znovu vrátila na další čtyři měsíce.

### Kapitola Olomouc a Amerika pak byla uzavřena, co bylo vaší další životní etapou?

Když jsem studium v Olomouci ukončila, přemýšlela jsem, co dál. Měla jsem pocit, že bych měla hned začít pracovat v oboru. Nastoupila jsem proto do pražského IKEMu na transplantační ARO. Akutní medicína mě bavila. Zanedlouho mne ale zaujala nabídka pracovat pro soukromé zdravotnické zařízení. Přišlo mi totiž dobré zjistit, jaká je kvalita péče v soukromé sféře a co jsou lidé schopni investovat do svého zdraví. Nastoupila jsem tedy na jednu pražskou privátní kliniku, která poskytovala komplexní péči, a do roku 2005 tam pracovala jako vedoucí sestra. Klientela se rekrutovala z různých společenských vrstev – tí, co neměli čas a chtěli ošetřit okamžitě, zahraniční klientela, zdravotničtí turisté; nemíním tím jen zájemce o plastické úpravy, ale třeba i o komplexní péči nebo zubní zákroky. Chodili k nám ale také běžní klienti, lidé ve středním i vyšším věku, kterým na péči připlácely děti.

### Co vás přimělo toto pohodlné místo opustit?

V té době, bylo to v červnu 2005, jsem dokončila magisterské studium na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy, obor učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy. Opět jsem se ocitla v situaci, kdy jsem začala postrádat motivaci a nové podněty. Dala jsem proto výpověď a rozhodla se, že odejdu pracovat do zahraničí.

## PŘEDSTAVUJEME

Zlomovým okamžikem se nakonec ukázaly být státnice. Zřejmě jsem na zkušební komisi zapůsobila, protože předsedkyně komise Dana Jurásková mi přímo během nich nabídla práci. Tehdy pracovala ve Fakultní Thomayerově nemocnici v Krči jako náměstkyně pro nelékařská povolání a také jako přednostka Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK. Nabídla mi, abych k ní šla pracovat jako asistentka pro kvalitu ošetrovatelské péče. A ačkoli jsem odmítla, požádala mne, abych si to nechala tři týdny „uležet“ a případně se ozvala.

### Jak probíhalo vaše rozhodování?

Ocitla jsem se v pozoruhodné situaci. Nejprve jsem nad nabídkou magistry Juráskové téměř nepřemýšlela a spíše rozvažovala, kam odjedu. Pak jsem o ní ale hovořila s rodiči. Tatínek mi poradil, ať se rozhodnu, jak to cítím, ale že si myslí, že je to šance, která se již nemusí opakovat: „Když to zkusíš, neuděláš chybu, odjet můžeš kdykoli později.“ Rozhodla jsem se tedy, že to zkusím.

V té době jsem také již chodila se svým manželem, kterého jsem potkala po návratu z Ameriky. Seznámil nás můj bratr. V roce 2001 jsme spolu začali chodit a jsme spolu již 10 let. Neřekla bych, že jsme měli od začátku ideální podmínky – manžel studoval v Praze a Plzni, a měli jsme tedy volnější vztah. Nějakou dobu jsme spolu bydleli, potom zase ne. V únoru 2007 mě požádal o ruku a 7. července jsme se vzali...

### S jakými úkoly a překážkami jste se musela potýkat na novém pracovišti?

Volala jsem Daně Juráskové, že její nabídku přijímám. Dodnes si pamatuji, že se v telefonu ozvalo: „Jupííí!“ V roce 2005 jsem tedy nastoupila do Fakultní Thomayerovy nemocnice. Starala jsem se o oblast kvality ošetrovatelské péče, a to přímo v úseku nelékařských povolání. Krč mi přirostla k srdci,

byť jsem si musela projít i nepříjemnými situacemi; kvalitu ošetrovatelské péče česká společnost ostře sleduje, zdravotníci ale její hlídání mnohdy nevnímají úplně pozitivně.

Po čase jsem se stala manažerkou kvality. V této pozici jsem se mimo jiné podílela na certifikaci komplementu laboratoří – patologie, molekulární medicíny, biochemie a hematologie. Musela jsem se utkávat i s poměrně velkými problémy, ale měla jsem za sebou i před sebou pracovní činnosti, které mě naplňovaly. Od vedení ošetrovatelské dokumentace až po spolupráci se sestrami a jejich edukaci – akce, semináře, konference, výuka, indikátory kvality, práci s komplementem... Myslím, že jsme s kolegy odvedli kus práce. Stávalo se však také, že někteří z nich vnímali můj vnitřní optimismus negativně – ne každý totiž chtěl přijmout mé představy o vedení a stylu naší práce. V takových situacích vždy sázím na dobrou komunikaci a selský rozum. Je pro mne důležité, aby si lidé vycházeli navzájem vstřícně a uměli se dohodnout.

### Později jste přešla do Všeobecné fakultní nemocnice, vnímáte to jako další krok kupředu?

Vzniklo to tak, že Dana Jurásková po čase odešla do Všeobecné fakultní nemocnice a brzy nato mne oslovila, zda bych nepřijala místo manažerky kvality zde. Vzhledem k tomu, že mám ráda, když se život po určitých letech někam posouvá, jsem souhlasila. V červenci to budou dva roky, co ve VFN pracuji.

Naše nemocnice má dobré základy kvality, byť ještě všechna pracoviště neprošla akreditací. Iniciovala jsem proto opatření směřující k akreditaci v národním systému řízení kvality. Není to ale snadné – ve VFN pracuje na 5 tisíc zaměstnanců, z toho 60 procent nelékařských zdravotnických pracovníků, 20 procent lékařů, zbytek tvoří technicko-provozní personál. VFN má bohatou historii,

jakou se ostatní nemocniční zařízení pochlubit nemohou, a jsme na ni hrdí. Nejdřív jsem se musela se vším a se všemi seznámit, poznat vedení klinik i kliniky samotné, nastavené procesy... Zpočátku to bylo hodně těžké, ale nevzdala jsem to. Samozřejmě musely přijít i kompromisy.

### Jak jste se naučila takhle výborně mluvit?

Důležité bylo, že jsem dostala prostor pro výuku. S prezentací jsem, myslím, problémy nikdy neměla. Možná i proto, že rodiče spolu hodně komunikují. Když se všichni sejdeme, vyprávíme si a stále máme chuť si povídat.

### Co je hlavní náplní vaší práce v současné době?

Loni v srpnu jsem se stala náměstkyní. Stále více si uvědomuji, že nejen pacienti, ale i zaměstnanci naší nemocnice potřebují, abychom o ně pečovali. Svou nynější pozici proto chápu jako roli, v níž se mohu starat nejen o ošetrovatelství, ale především o sestry a ostatní nelékaře. Přála bych si, aby to věděli... Dále přednáším o kvalitě zdravotní péče, a to i soukromým společností, učím ve specializačním studiu – ARO, preoperační péči a dětské sestry kvalitu zdravotní péče. V září loňského roku se nám podařilo část oboru včlenit do týmů, které realizují audity kvality. Důležité bylo, že jsme je společně s kolegy 14 měsíců.

Ve VFN chceme dosáhnout národní akreditace, mezinárodní akreditace naší současnosti prioritou není. Důležité je, aby procesy v rámci nemocnice – od ošetrovatelské péče přes personální problematiku, technicko-provozní záležitosti až po ekonomickou stabilitu – byly nastaveny tak, aby nemocnice fungovala kvalitně a na stabilních základech. Bude to úspěch, ale nikoli konečná fáze. Charakter naší nemocnice je jiný, nelze ji srovnávat s moderními monoblocky. Problém je také v tom, že vzhledem k histo-

rickým okolnostem nevyhovuje v technicko-provozních hlediscích, ať již kvůli charakteru budov, křížení provozů a podobně. Dělat „kvalitu“ je zkrátka snazší v menších nemocnicích.

### Co vás nejprve zaujme při příchodu do jakékoli nemocnice?

Soustředím se samozřejmě na to, jak vstřícný a milý je personál. Když jdu do nemocnice jako pacient, je mi jedno, zda nemocnice má akreditaci, nebo ne. Doufám ale, že mi někdo pomůže a vyřeší moje potíže.

### Co je vaší prioritou v současné době?

Hledám dobrého manažera kvality. Chci totiž svůj čas více věnovat sestrami a ostatním nelékařským profesím, které si to jistě zaslouží.

### Jak vypadá váš běžný pracovní den?

Hekticky!

### Jak trávíte svůj volný čas – máte čas a prostor na zájmy, koníčky?

Volného času nyní mnoho nemám; když nepracuji, tak studuji. Optimismus dobíjím v přírodě, miluji moře a cestování – tomu jsem schopná obětovat hodně. Ráda také jezdím na chalupu do Studené. Každý rok mám v hlavě plán na dovolenou – a nemusí být ani moc vedro. Neopaluju se skoro vůbec, ale mořské prostředí je prostě úžasné. Jezdím také občas na kole, manžel rád chodí, a tak mne přemlouvá k pěším výletům. Jelikož nemáme děti, můžeme si různé aktivity bez problému plánovat i na poslední chvíli.

### Mgr. Dita Svobodová

\* 26. července 1979  
v Počátkách



Po maturitě na střední zdravotnické škole v Jihlavě absolvovala bakalářské studium (ošetrovatelství) na Lékařské fakultě UP v Olomouci a poté magisterské studium (učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy) na 1. lékařské fakultě UK v Praze. V současné době dále studuje na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v rámci doktorandského studia.

V letech 2001–2002 pracovala jako všeobecná sestra na ARO Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze, od roku 2002 na soukromé pražské klinice, v letech 2005–2009 ve Fakultní Thomayerově nemocnici s poliklinikou v Praze jako manažerka kvality a od roku 2009 je náměstkyní pro nelékařská zdravotnická povolání a kvalitu ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. V tomto úseku řídí a koordinuje pracovníky nelékařských zdravotnických profesí, především všeobecné

sestry, porodní asistentky, zdravotní laboranty, nutriční terapeutky, rtg asistenty, farmaceutické asistenty, zdravotně-sociální pracovníky a fyzioterapeuty. Sleduje a vyhodnocuje úroveň poskytované ošetrovatelské péče v nemocnici a současně se zabývá i dalšími činnostmi, které poskytují ostatní nelékařské profese. Je lektorkou České asociace sester, přednáší, aktivně se účastní odborných konferencí, vlastní osvětlení, interní auditor ve zdravotnictví, píše odborné články.

Inzerce A111000593

Informační  
materiály  
pro Vaše  
pacienty  
i pro Vás



... a mnohé další si můžete objednat na webu  
[www.letaky-pro-pacienty.cz](http://www.letaky-pro-pacienty.cz)

Pro více informací prosím  
volejte na 266 312 707

IDS Media CZ s.r.o.  
Kostecká 879/59  
196 00 Praha 9  
office@ids-media.cz

# Hoxha je albánský Novák

„Jednou z nejoblíbenějších knížek v Albánii jsou ‚Osudy dobrého vojáka Švejka‘, byly výborně přeloženy do albánštiny,“ říká **MUDr. Milena Hoxha**, lékařka oddělení Geriatrie – LDN Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou. Na její hodnocení překladu se lze spolehnout – je autorkou prvního česko-albánského slovníku a konverzace.

**L**ékaři byli v Albánii vždy vážená společenská vrstva. Za komunistické totality byli dosti hlídáni, stalinistický režim se vysokoškolsky vzdělaných lidí vůbec velmi bál. Navíc řada albánských lékařů studovala v zahraničí, někteří si odtud přivezli manželky. Ti byli samozřejmě obzvláště v centru pozornosti režimu. Jedním z albánských lékařů, kteří studovali v Praze, byl i otec Mileny Hoxhy.

**Stalinistický režim vládl Albánii od druhé poloviny 40. let, od 60. let byl ještě utužen izolacionismem země. Kdy skončil?**

Komunistické metody v Albánii byly obdobou sovětských za stalinové éry, včetně procesů s lékaři, pak třeba s veterináři nebo agronomy – fingovaná obvinění a tak dále. Trestalo a věznilo se i za projevení názoru. Tato situace trvala čtyřicet roků a skončila až na přelomu 80. a 90. let s pádem komunistického režimu, který nakonec přišel i v Albánii.

**Co se po pádu režimu stalo s tamním systémem zdravotnictví?**

Vývoj je vlastně dost podobný situaci v Česku. Od začátku 90. let, kdy se v Albánii smí podnikat, jde dopředu hlavně soukromý sektor, vedle sebe tedy existuje státní a soukromé zdravotnictví, otevírají se soukromé kliniky a laboratoře. Nyní se v Albánii zdravotnictví rozvíjí.

**Albánie je zemí s velkou emigrací. Odjíždí hodně absolventů al-**



Foto: Leoš Chodura

**bánských lékařských fakult za prací do ciziny?**

Ano, odjíždějí, jsou po celé Evropě a většinou nemají potíže s nostrifikací ani s uplatněním. Jsem v kontaktu s řadou svých kolegů z tiránské lékařské fakulty, kteří z Albánie odešli, a všichni mají, alespoň po Evropě, velmi dobré uplatnění. Teď ale hodně lékařů z Albánie míří také do Kanady, a to přesto, že tam nostrifikovat nemohou a musejí znovu

studovat od začátku celou lékařskou fakultu.

**Proč vaše volba padla právě na Prahu?**

Tatínek byl Albánc a po válce přijel studovat medicínu do Prahy. Tady se zamiloval do maminky, pořídili si mě a zůstali spolu celý život. Narodila jsem se v Praze, ale od začátku 60. let jsme žili trvale v Albánii. Rodiče tam odešli, když se Albánie odtrhla od států Varšavské smlouvy a uzavřely se hranice. Nebyla to otázka výběru, vrátit se museli, hlavně tatínek. Já tam vyrostla a vystudovala všeobecné lékařství. Do Prahy jsem se vydala, jak jen to bylo možné z albánské i české strany – hned v listopadu 1989, kdy se tady i tam začaly otevírat hranice. Díky tomu, že jsem se narodila tady, jsem měla československé občanství a přišla jako Češka. Fakultu v Tiraně zakládali lékaři, kteří vystudovali v Praze, i proto se obsah, organizace a systém výuky hodně podobaly. Když jsem pak přišla do Prahy, při nostrifikaci diplomu srovnávali zkoušky, jež jsem absolvovala, a odpovídalo to české-

mu školství včetně postgraduálního, měli jsme obdobný systém atestací.

**Mluvíte perfektní češtinou, byla vaším prvním jazykem?**

Jsem bilingvní. Do Albánie jsem se dostala poprvé ve třech letech, pak jsme trávili léto tam a zimu tady v Československu. Po uzavření hranic už to samozřejmě nešlo, pobývali jsme jen v Albánii. Maminka ale nedopustila, abych se česky nenaučila pořádně, a vzala to z gruntu, ostatně byla učitelka. A tak jsem ve škole měla albánský slabikář a doma mě učila z českého slabikáře.

**Jak se vaší mamince žilo v Albánii za stalinistické totality?**

Maminka měla štěstí, že přišla do rodiny intelektuálů, vysokoškolské vzdělání měl už dědeček. Maminka zvládla vystudovat v Tiraně albánštinu a učila ji. Taky byla moc hodná a vzdělaná ženská, a proto budila velký respekt. Byla cizinka a Albánci mají k cizincům značnou úctu a kontakt s nimi skutečně berou jako příležitost vzájemně se učit. Ale to mluvíme

o normálních lidech. Všichni se velice báli tajné bezpečnosti, ta měla své agenty a konfidenty všude. Maminku jako člověka z „nepřátelské ciziny“ hlídali v rámci „špionománie“. Co byla tady 50. léta, trvalo v Albánii čtyřicet let. Nepřátelé byli kapitalisté, imperialisté, revizionisté... Mezi revizionistické státy patřil po skončení stalinismu též Sovětský svaz a s ním i Československo. Na rozdíl od Rusek nebo třeba Jugoslávek nebyly Češky za albánské totality vězněny, ale velmi bděle sledovány tajnou policií rozhodně byly.

**Jak se Češi a Albánci navzájem vnímají?**

Především odjakživa vnímají mnohem víc Albánci Čechy než naopak a vnímají je pozitivně. Spousta Albánců v Československu vystudovala a nepřestala k němu mít blízký vztah. Češi působili v Albánii již za Rakouska-Uherska. Například v Elbasanu, kde jsem žila, sloužil za první světové války Stanislav Kostka Neumann. Napsal a ilustroval tam krásnou knížku o životě v Albánii. Řada Albánců studovala i v meziválečném Československu, nejen ve 40. a 50. letech. A nešlo pouze o vysokoškoláky, v Československu se učili například i sléváči a hutníci.

Albánci byli jednoznačně proti okupaci Československa v srpnu 1968. Normální Albánci z této události byli zcela upřímně velmi smutní. Politické situace ovšem využíla albánská vláda, pro stalinisty byla okupace Československa dalším důkazem, jak správné bylo odtrhnout se od východního bloku.

Značné povědomí mají i o české kultuře, v Albánii se promítaly slavné filmy ze 60. let. Do albánštiny byl výborně přeložen celý Švejk a je to dodnes jedna z nejoblíbenějších knížek vůbec. Znal a miloval ji každý, kdo musel na vojnu. Dodnes, když albánští turisté přijedou do Prahy, chtějí nejen ke Kalichu, ale i ukázat, kde bylo komisařství v Salmovské a vůbec všechna místa spojená s Josefem Švejkem.

Albánci jsou velmi kosmopolitní a víc než Čechy je zajímá, co se děje i mimo jejich zemi. Jsou také nadšení pro fotbal, znají české reprezentanty.

**Albánština je velmi svébytná, prakticky není příbuzná s jiným moderním evropským jazykem. Jsou na ni Albánci pyšní?**

Albánci jsou všeobecně velmi hrdí na svoji zemi i na svůj jazyk. V poslední době však do albánštiny proniká velké množství výrazů



Foto: Leoš Chodura



## KONÍČEK LÉKAŘE

z angličtiny, albánština je jimi snad ještě zamořenější než čeština, zaměstnanci už jsou v ní pouze *staff*...

Do albánštiny ovšem proniká i spousta slov z dalšího jazyka a tím je italština. Tomuto jevu se přizpůsobuje a zpětně jej i působí denní tisk. Vlivem sledování italské televize každý Albánec rozumí italsky. Itálie je velmi častým cílem emigrace a albánské rodiny se tam alespoň jazykově „potalšťují“. Zvláštní ovšem je, že Albánci žijící na jihu Itálie, v Kalábrii, naopak mluví „staroalbánštinou“, která se v samotné Albánii dávno nepoužívá.

Když přijedu do Albánie, okamžitě slyším, jak lidé prokládají albánštinu italštinou, to je běžné. Vadí mi to. Pokud mluvím česky, tak mluvím česky a nevkládám do toho anglická slova, jestliže nemluví třeba o síti McDonald's. A když albánsky, tak albánsky!

### Znamená vaše příjmení Hoxha něco albánsky?

Hoxha (čte se „hodža“) je dnes v Albánii velmi rozšířené příjmení, asi jako tady Novák. Je to starý výraz tureckého původu a znamená islámského duchovního.

**Jak jste přišla na myšlenku sestavit česko-albánský slovník a jak dlouho vám práce na něm trvala?**

Z albánské jazykové oblasti tady nic takového nebylo. Vždycky jsem cítila, že by tu nějaká podobná příručka měla být, a chtěla jsem ji napsat. Pak za mnou přišla Lendita Jakupi-Gojani, kosovská Albánka, s konkrétním návrhem sepsat pro nakladatelství Leda česko-albánský slovník a konverzaci. Paní Jakupi práci manažovala a organizovala. Výrazy jsem vybírala na základě slovníku spisovné češtiny. S výběrem a zkušenostmi mi pomáhali redaktoři z nakladatelství Leda. Práce trvala asi dva roky.

### Co slovník obsahuje a proč není oboustranný?

Je v něm asi pět tisíc českých slov a výrazů, nejde tedy jen o zaznamenání nejfrekventovanější slovní zásoby. Hesla navíc obsahují gramatické údaje, což při malém kapesním formátu slovníku leckoho překvapí. Uvedli jsme i početná synonyma. Albánských výrazů je tak skoro sedm tisíc. Pamatovalo je rovněž na podstatné odlišnosti ve slovní zásobě sever-



**Bunkr. Těchto nezničitelných relikvů paranoidních obav stalinistů z útočících nepřátel je v Albánii jeden a půl milionu.** | Foto: Shutterstock

ní Albánie a Kosova. Na našem slovníku si nakladatelé ověřili jeho výbornou prodejnost, šel doslova na dračku a celý náklad se velmi rychle vyprodal. Oboustranný slovník přijde na řadu jako další, toto byl jen pilotní projekt. Další, už velký slovník, dělala lingvistka paní Tomková s kolektivem autorů.

Pokud ale máte jen náš slovník, můžete použít pro vyhledání významu albánských slov konver-

zační část. Tematicky je v něm seřazeno asi tisíc pět set konverzačních obrátů, od běžných číslovek přes určování času, měř a vah až po pozdravy, osobní údaje, bydlení a zaměstnání. Zařadili jsme i témata typu Země – příroda, kde se dozvíte dokonce i názvy exotických zvířat a všelijaké další zajímavosti. Možná se pobavíte nad větou „Na balkóně máme roj včel!“, ale to se přece může stát, a nejen v Albánii. I když Albánci

by si s ním spíš věděli rady, mají blíž k přírodě.

### Co bychom se my, Češi, mohli od Albánců ještě naučit?

Především se tak moc nestresovat kvůli zbytečnosti a přestat tvrdit, že na nic není čas. On se nakonec vždycky najde. Ta místní hektičnost je uměle vytvořená. Víím tu, žiji tu už dvacet let. Ale hlavně se lze od Albánců učit dívat na život optimističtěji. Albánci se i v nejhorších podmínkách vždycky uměli radovat, být veselí a nestěžovat si. Tady když i nejbohatšího Čecha potkáte po ránu a zeptáte se ho, jak se má, odpoví vám v lepším případě, že to nestojí za nic. Albánec vždy odpoví, že se má dobře. Umí se radovat i z malých věcí. Stěžoval by si snad jen s jednou nohou v hrobě. A ještě něco: Zdejší muži rádi nechávají odpovědnost za rodinu ženám. V Albánii se otec o své děti vždycky postará. I když byl rozvedený a měl novou rodinu, bude dít, aby všechny jeho děti mohly třeba studovat. Děti nikdy nepřestanou být jeho dětmi. Rodina je v Albánii opravdu moc důležitá.

Jana Jilková

Inzerce A111011728

# Deník E15 nyní také v prodeji

**15 MINUT PRO  
EKONOMIKU & BYZNYS**



MLADÁ FRONTA



MLADÁ FRONTA



www.E15.cz

# „Příběh kapky“ – osud českého vědce Jaroslava Heyrovského

V kontextu oslav Mezinárodního roku chemie 2011 byla prodloužena putovní výstava věnovaná našemu dosud jedinému nositeli Nobelovy ceny za chemii. Její název je odvozen od principu vážení kapky rtuti vykapávajících ze skleněné kapiláry do roztoku, který později vedl k objevu polarografie.

Výstava, která se návštěvníkům snaží přiblížit osobnost Jaroslava Heyrovského (20. 12. 1890 – 27. 3. 1967) nejen jako vědce, který svůj život věnoval chemii a po objevení polarografie vybudoval na Univerzitě Karlově polarografickou školu, ale i jako běžného člověka, dosáhla nečekaně již čtyřleté historie.

## Putovní výstava

Původně se pracovníci Ústavu fyzikální chemie J. Heyrovského AV ČR (ÚFCH JH) rozhodli uspořádat expozici z materiálů, které byly po dlouhá léta uloženy v ústavním archivu, pouze k výročí udělení Nobelovy ceny Jaroslavu Heyrovskému (1959), tedy v roce 2009. První přípravy začaly v roce 2008 a výstava měla svou komorní předpremiéru v rámci „Tydne vědy a techniky“ v prostorách AV ČR na Národní třídě. Pro značný zájem se autorský tým (K. Stejskalová, M. Heyrovský a R. Kalvoda) rozhodl její uspořádání dotáhnout do konce a zpřístupnit ji širšímu publiku, tj. na několika místech. V roce 2009 tak výstava byla postupně instalována v Pardubicích, Brně a Praze, v roce 2010 potom opět v Praze (2x) a v Olomouci. Možnost navštívit některou ze šesti různých expozic si tak nenechalo ujít již přes 6 tisíc návštěvníků.

V roce 2011 je výstava jednou z akcí, kterými se ÚFCH JH zapojuje do oslav Mezinárodního roku chemie 2011. Novými instalacemi byly expozice na SPŠCHG v Ostravě-Zábřehu (květen – červen) a nyní v Muzeu Vysočiny Jihlava (červenec – září). Počet výstav tak dosáhl čísla osm. Autoři výstavy si slíbují, že počet zájemců o přírodní vědy, kteří se s historií, ale i současným výzkumem tohoto akademického pracoviště seznámí prostřednictvím „Příběhu kapky“, zase „o kapku“ vzroste... Výstava je doplněna doprovodným programem s řadou popularizačních přednášek nejen o Jaroslavu Heyrovském a jeho výzkumu v oboru polarografie, ale i o současné vědě a výzkumu v oboru fyzikální chemie, kterou se vědci v ÚFCH JH zabývají.



Švédský král Gustav Adolf VI. předává Nobelovu cenu Jaroslavu Heyrovskému ve Stockholmu dne 10. prosince 1959. | Foto: electrochem.cwru.edu

## Ilustrace výzkumné práce

Výstava je již od července 2009 veřejnosti představována prostřednictvím denně aktualizovaných českých i anglických www stránek ([www.jh-inst.cas.cz/heyrovsky](http://www.jh-inst.cas.cz/heyrovsky)), kde si jejich návštěvník může například spustit videopozvánku či ukázky starých filmů a dočíst se nejen, co je možné vidět, ale i jaký doprovodný program bude moci navštívit.

Výstava má tři části: První část expozice je tvořena sadou deseti plakátů (formát A0 a A1), které návštěvníkovi s využitím fotografií a dokumentů přibližují život a vědeckou práci Jaroslava Heyrovského. Rodinou Heyrovských byly k pořízení kopií zapůjčeny fotografie z rodinného alba, některé z nich dosud nebyly na veřejnosti prezentovány. Řada fotografií, diapositivů a písemných materiálů z archivu ústavu ilustruje výzkumnou práci akademika Heyrovského a jeho týmu. Druhou část expozice tvoří přístroje (vývojová řada 9–10 polarografů), skleněné polarografické nádoby, diapositivy, se kterými polarografisté přednášeli, ukázky knih a publikací o polarografii v různých světových jazycích. Filmy zhotovené v 50. a 60. letech dokumentující Heyrovského výzkum jsou promítány v části expozice ve formě konečných smyčky.

genolog strávil celou válku. I během této pohnuté doby si našel čas na zpracování výsledků anglických měření, které ihned po válce sepsal a předložil na Univerzitě Karlově jako dizertační práci s názvem „O elektroafinitě aluminia“.

## Osudová rigorózní zkouška

Dne 27. června 1918 složil rigorózní zkoušku, kde byl jedním ze zkušejících profesor Bohumil Kučera, který se kandidáta zeptal na elektrokapilaritu rtuti. Mladý Heyrovský byl informován o Kučerově metodě experimentálního zkoumání závislosti povrchového napětí rtuti na potenciálu a také věděl, že tímto způsobem lze dospět ke grafickému vyjádření této závislosti v podobě elektrokapilární paraboly. Profesor Kučera jej ovšem upozornil i na některé další podrobnosti. Ukázal mu, že průběh křivky není zdaleka tak ideální (ve skutečnosti je zkreslen tím, že vytváří tzv. sekundární maximum), a zeptal se svého žáka, co si o tom myslí. Sám Heyrovský líčil tuto paměťhodnou událost s nadsázkou: „Nevěděl jsem o tom nic určitého, ale to mi nemohlo uškodit, protože našťastí ani profesor Kučera, který mě zkoušel,



První polarograf postavený na univerzitě, jenž se stal vzorem pro komerční nástroje. | Foto: electrochem.cwru.edu

nedovedl tento jev vysvětlit.“ Přísný examinator po krátké diskuzi poznamenal, že tuto záhadu by mohl vyřešit jen fyzikální chemik, a vyzval Heyrovského, aby se problémem dále zabýval. Nazítří mu ukázal, jak se sestavuje potřebné zařízení s kapkovou elektrodou a věnoval mu i texty svých dřívějších prací o elektrokapilaritě rtuti. Zkušený pedagog v krátké době postřehl, že má před sebou příštího nadaného badatele.

## Politika – častá komplikace vědy

Jaroslav Heyrovský byl v roce 1926 jmenován prvním řádným profesorem fyzikální chemie na Univerzitě Karlově. Když byly 17. listopadu 1939 uzavřeny české vysoké školy, využil nabídky profesora Böhma z německé části univerzity, což mu umožnilo pokračovat v laboratorní práci. Několik svých studentů tak navíc uchránil od „přeškolení“ v Říši a z této činnosti vzniklo na dvacet publikací propagujících českou vědu na světovém fóru. Přestože byly jeho motivy ryze vědecké, byl po ukončení války obviněn z kolaborace, a dokonce mu byl zakázán vstup na českou univerzitu. Na Heyrovského stranu se tehdy ovšem postavila řada jeho kolegů, studentů, a dokonce i prezident Edvard Beneš. Situace se vyřešila až v roce 1946. V letech 1950–1963 byl jmenován ředitelem Polarografického ústavu ČSAV.

Za své zásluhy byl profesor Heyrovský třikrát navržen na udělení Nobelovy ceny za chemii (1940, 1948, 1958), až ji konečně 10. prosince 1959 ve Stockholmu osobně převzal, a to i přes jistý odpor tehdejšího režimu (komplikoval mu situaci podobně jako Boris Pasternakovi, který byl rok před tím nucen cenu odmítnout). Povolení k cestě mu bylo dáno až těsně před startem letadla do Švédska... Zemřel na Velikonoční pondělí 27. března 1967 ve státním sanatoriu v Praze na Smíchově. Je pochován na Vyšehradě.

*Výstava je jako informační nástroj součástí řešení projektu r. č. 2E08038 poskytovatele MŠMT v programu NPVII – Liáské zdroje, zaměřeného na vzdělávání mládeže a popularizaci výsledků vědy a výzkumu mezi veřejností. Více viz [www.jh-inst.cas.cz/znastroje](http://www.jh-inst.cas.cz/znastroje)*

(Zdroje: AV ČR, Nadační fond Jaroslava Heyrovského, [www.techmania.cz](http://www.techmania.cz))

# Pro ženy ve vědě

Mezinárodní projekt „For Women In Science“ vznikl v roce 1998 a vedle organizace UNESCO se na něm podílí i společnost L'Oréal. Jejich společnou snahou je podpořit ženy působící na poli vědy a ocenit jejich úsilí.



Markéta Tesařová. | Foto: Václav Kríž

V České republice, podobně jako ve více než 60 dalších zemích, se udělují již pátým rokem národní stipendia nazvaná „Pro ženy ve vědě“. Odborná porota každoročně vybírá tři projekty nadějných vědkyň ve věku maximálně 35 let. Jednou z oceněných letos byla Ing. Markéta Tesařová, Ph.D., která pracuje na 1. lékařské fakultě UK v Praze. Do programu se přihlásila s projektem, který se zabývá charakterizací nového proteinu nezbytného pro správné fungování mitochondrií a dostatečnou produkci energie v buňkách.

## Cestou méně snadných řešení

„Mitochondrie jsou buněčné orgány, jejichž hlavní funkcí je přeměna energie uvolněné

z živin do molekuly ATP, formy energie dále využitelné buňkou. Více než 90 procent buněčného ATP je syntetizováno F<sub>1</sub>FO-ATP syntázou v systému oxidativní fosforylace v mitochondriích. Mitochondriální onemocnění jsou způsobena nedostatečnou produkcí ATP mitochondriemi a tvoří heterogenní skupinu chorob, jež se mohou projevit ihned po narození nebo kdykoli později až do dospělosti. Incidence mitochondriálních onemocnění je odhadována na 1 : 4000. Izolovaný deficit F<sub>1</sub>FO-ATP syntázy patří mezi nejčastější mitochondriální choroby s neonatální manifestací. Výsledky projektu by měly přispět k objasnění patogenních mechanismů těchto onemocnění a zlepšit tak péči o pacienty,“ vysvětluje Markéta Tesařová.

## Pozvánka na XIII. sympozium klinické farmacie René Macha

Sekce klinické farmacie České farmaceutické společnosti ČLS JEP Praha a katedra sociální a klinické farmacie Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové pořádají ve dnech 25.–26. 11. 2011 na zámku v Mikulově XIII. sympozium klinické farmacie René Macha. Bude věnované farmakoterapii v pediatrii a infekčním onemocněním.

### Program sympozia:

- Registrace léčiv a off label indikace léčiv pro děti z pohledu EMA (PharmDr. Vlasta Kákošová).
- Screening malnutrice u dětí a možnosti intervenční výživy (MUDr. Pavel Frühauf, CSc.).
- Diferenciální diagnostika a léčba průjmů u dětí se zaměřením na nespecifický střevní zánět (doc. MUDr. Oldřich Pozler, CSc.).
- Alergie v dětském věku – projevy a léčba (MUDr. Ondřej Rybníček, Ph.D.).

- Léčba bolesti u novorozenců (MUDr. Jozef Macko).
- Racionalita používání OTC léčiv a spolupráce s lékárníky z pohledu dětské lékárníky (MUDr. Jarmila Seifertová).
- Volná sdělení.

On-line registrace bude spuštěna 10. srpna 2011. Podrobnosti k programu, organizační pokyny i registraci naleznete na webových stránkách: [www.faf.cuni.cz/conference/Stranky/default.aspx](http://www.faf.cuni.cz/conference/Stranky/default.aspx)

(red)

O soutěži se dozvěděla před čtyřmi lety z letáku a o letošním ročníku z webových stránek. Stipendium pravděpodobně využije na své další vzdělávání – na odborné a praktické kurzy v zahraničí – a také na další

vzdělání své spolupracovnice. „Ženy ve vědě si často vybírají méně atraktivní cesty a méně snadná řešení, což je jejich hlavním přínosem ve vědecké práci,“ míní oceněná.

(jh)

Inzerce A111012507

## Knižní novinky z edice Aeskulap



### Kardiostimulační technika

První původní souborná, aktuální a velmi potřebná publikace věnovaná přístrojům pro řízení srdečního rytmu v českém jazyce, která čtenáři podrobně seznamuje s indikací pro léčbu implantabilními systémy, s aplikací těchto zdravotnických prostředků a jejich terapeutickými i diagnostickými modalitami – od základních principů po nejnovější algoritmy kardiostimulátorů a defibrilátorů.

Autor: Ing. David Korpas, Ph.D.

Doporučená cena 360 Kč



### Dieta a nutriční opatření u chorob ledvin

Monografie podává podrobný přehled patofyziologie a kliniky nefrologických chorob i průvodních metabolických změn, zároveň detailně popisuje možnosti moderní dietologie při ovlivnění těchto onemocnění. Autoři zúročují třicetileté zkušenosti s vyšetřováním, léčbou a výzkumem u nefrologických nemocných v souvislosti s možnostmi léčebných dietologických přístupů.

Autoři: Prof. MUDr. Vladimír Teplý, DrSc., Olga Mengerová

Doporučená cena 420 Kč

MEDICAL SERVICES

komplexní informační servis ve zdravotnictví

\*sleva 15% na [keniha.cz](http://keniha.cz)

## RECENZE

# Léčba diabetu inzulinovou pumpou u dětí krok za krokem

MUDr. David Neumann předkládá čtenářům zasvěcenou publikaci věnovanou léčbě inzulinovou pumpou. Je určena zejména rodičům a sestrám k vedení dětí léčených inzulinovou pumpou, ale současně v ní najdou mnoho důležitých informací i samotní pacienti, tedy starší děti či adolescenti.

**T**ext je zaměřen na praktické otázky, jež si musí položit každý pacient používající inzulinovou pumpu, navíc jeho rámcem přesahuje i dále, a týká se tak mnoha problémů, které přinášejí intenzivní léčba diabetu inzulinem, tedy i v případech, kdy pacient používá inzulinová pera k opakovanému aplikaci inzulinu během dne.

## Aktivní přístup je nenahraditelný

Ve dvanácti kapitolách autor názornou formou přibližuje důležité poznatky i jednotlivá úskalí, přičemž srozumitelným způsobem zasvěcuje čtenáře také do některých odborných problémů. Vysvětluje základní pojmy o sekreci a působení inzulinu, výkyvy glykemií a jejich význam, ketoacidózu a dá-

le se přes osvětlení klasických režimů aplikace inzulinu dostává k podstatě inzulinové pumpy. Ukazuje na její přednosti, současně i zároveň i smysl tohoto způsobu léčby.

Čtenář si uvědomuje, že pumpa je pouhým prostředkem k dosažení lepší kompenzace diabetu a že nemůže nahradit vlastní aktivní přístup pacienta, má-li se dosáhnout požadované kompenzace. Autor proto klade důraz na každodenní vedení deníku, zapisování glykemií při sebekontrolě a zejména pak na vyhodnocování glykemií včetně rozhodování jak dále vést léčbu. Z textu jednoznačně vyplývá, že pacient s inzulinovou pumpou musí nejen zvládnout základní poznatky o diabetu, ale současně musí zaujímat aktivní postoj ke

svému onemocnění a vědět, co má v dané chvíli udělat. Proto je řada stránek věnována rozboru denních i nočních glykemií, co znamená i co je zapotřebí udělat, mají-li se zlepšit.

## Pasti a pastičky

Denní život přináší řadu změn a právě inzulinová pumpa svému nositeli umožňuje, aby se jeho režim stal flexibilnějším, a tedy přizpůsobivějším aktuálním podmínkám. Je však třeba rozumět tomu, jak lze podobné situace řešit, jak reagovat ve dnech bez fyzické aktivity (např. i při nemoci) a naopak co udělat před sportem, aby nedošlo k přílišnému rozkolísání glykemií. Proto jsou velmi důležité i pasáže o nástrahách, záluďnostech a pastech či pastičkách, jež se vy-

skytují v životě diabetika a o nichž má vědět. Pokud se diabetik dostává do pasivity a postupně např. přestává pravidelně provádět kontroly glykemií, cukrovka je „před ním“ a výsledky se postupně zhoršují. Tehdy je třeba posoudit, zda má mít nadále inzulinovou pumpu, neboť podobných výsledků dosáhne i za běžného režimu s klasickou aplikací inzulinu. V takovém případě kapitola o diskvalifikaci poukazuje na okamžik, kdy se pacient musí s inzulinovou pumpou rozloučit. Důležité informace či myšlenky jsou zdůrazněny samostatně mezi textem a zvýrazněny barevně. Čtenář si tak může rychle zopakovat některé poznatky, které při léčbě pumpou potřebuje znát jako abecedu. Zvládnutí uvedených princi-



David Neumann  
Praha, Mladá fronta 2011  
140 stran

pů či zásad by se mělo stát naprostou samozřejmostí pro každého pacienta s mnohaletou perspektivou života s cukrovkou. Zpracování textu je přehledné, autor promítl své zkušenosti z každodenní práce s malými dětmi i dospívajícími do výborné příručky, která by neměla chybět žádnému mladému diabetikovi léčenému inzulinovou pumpou ani těm, kteří s touto léčbou teprve začínají.

prof. MUDr. Jan Škrha, DrSc.  
3. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha

## Steve Sem-Sandberg Chudí v Lodži



Rozsah: 528 stran  
Cena: 469 Kč  
ISBN: 978-80-7432-098-9  
Vydavatel: Paseka

Do malého ghetta v lodžské čtvrti Baluty, které sloužilo ke „konečnému řešení židovské otázky“ v letech 1940–1944, nacisté soustředili na 200 tisíc Židů, z toho 5 tisíc lidí z Čech. Přelidnění, hlad, nemoci, strach, smrt, trýznění nejen ze strany nacistů, ale i židovské správy, taková byla každodenní realita vězňů... Historická fakta, čerpaná z dokumentů, jsou v bestselleru švédského spisovatele a novináře z roku 2009 překlenuta a dotvořena románovou fabulací. Švédští kritici vyzdvihli knihu jako nejlepší domácí román za posledních třicet let a udělili jí Cenu Augusta Strindberga. V současnosti je překládána do více než 20 jazyků.

## John G. Carlsson Testy k „Psychologii“ Atkinsonové a Hilgarda



Rozsah: 312 stran  
Cena: 545 Kč  
ISBN: 978-80-7367-861-6  
Vydavatel: Portál

Cvičebnice je pomůckou ke zvládnutí množství dat ve velké přehledové publikaci „Psychologie“, která je pokládána za jednu za základních učebnic tohoto oboru (česky R. L. Atkinsonová a kol.: „Psychologie“, Portál 2003). Kapitoly cvičebnice odpovídají členění kapitol v „Psychologii“ a obsahují testy, které ověřují znalost témat příslušné kapitoly i jejich pochopení v kontextu dalších poznatků. Každá kapitola zpravidla obsahuje následující testy: Nač se mám zaměřit, než se pustím do čtení, Významné osobnosti, Důležité termíny, Znalosti v kontextu a na závěr dva Vzorové testy, z nichž první může sloužit k ověření cel-

## NOVÉ KNIHY

kových znalostí po předchozím studiu kapitoly v „Psychologii“ a druhý k celkovému ověření znalostí poté, co student po prvním zkušební testu opětne prostudoval některé části učebnice. Cvičebnice doplňuje klíč. Kniha je určena především pro ty, kdo studují či vyučují psychologii a příbuzné obory nebo se připravují na přijímací zkoušky.

## Tomáš Urbánek, Denisa Denglerová, Jan Širůček Psychometrika



Rozsah: 320 stran  
Cena: 439 Kč  
ISBN: 978-80-7367-836-4  
Vydavatel: Portál

V psychologii, ale i pedagogice a dalších příbuzných oborech se často používají výkonové a znalostní testy, osobnostní nebo postojové dotazníky. Tyto metody jsou vytvářeny na základě teorií a postupů vycházejí-

cích z metodologie, statistické analýzy dat a poznatků jednotlivých psychologických oborů a společně tvoří psychologický obor zvaný psychometrika, psychometrie nebo teorie testů. Kniha se zabývá hlavními teoretickými přístupy k měření v psychologii, jakými jsou takzvaná klasická teorie testů, teorie odpovědi na položku, teorie zobecnitelnosti ad. Jsou v ní vysvětleny hlavní principy těchto přístupů, srovnány jejich výhody a nevýhody a popsány praktické postupy, které se používají při konstrukci a ověřování vlastností psychodiagnostických metod.

## Nancy J. Patricková Rozvíjení sociálních dovedností lidí s poruchami autistického spektra

### Tipy a strategie pro každodenní život

Rozsah: 160 stran  
Cena: 215 Kč  
ISBN: 978-80-7367-867-8  
Vydavatel: Portál



Člověk s autismem má problém dobře porozumět tomu, co vidí, slyší a prožívá. Potíže vyplývající z poruchy autistického spektra (PAS) výrazně ovlivňují zvládnání běžných sociálních situací. Nedorozumění vedou ke konfliktům a dezinterpretacím, případně k izolaci člověka s PAS.

Autorka (speciální pedagožka a psycholožka) nabízí typy a strategie pro zvládnání běžných situací, jakými jsou například návštěva lékaře, hledání vhodného zaměstnání, cestování městskou hromadnou dopravou, ale i pro navazování přátelských a důvěrných vztahů. Všechny oblasti sociálního života, jež jsou v knize zmíněny, autorka doplňuje příběhy lidí s autismem; na jejich základě pak nabízí možné scénáře řešení problémů nebo předcházení potíží. V závěru knihy jsou uvedeny skály, s jejichž pomocí se dá odhadnout, do jaké míry člověk s autismem rozumí emocím.

## NOVÉ KNIHY

### Mária Krivošíková Úvod do ergoterapie



Rozsah: 368 stran  
Cena: 399 Kč  
ISBN: 978-80-247-2699-1  
Vydavatel: Grada

Kniha přináší charakteristiku a vymezení oboru, popis aktuálně používaných vyšetřovacích metod a přehled terapeutických prostředků a technik. Definuje schopnosti a dovednosti ergoterapeuta, rozebírá problematiku léčebného procesu a s ním spojené legislativy. Je koncipována jako základní učebnice k výuce ergoterapie v bakalářských studijních programech na VŠ, představuje však vhodný učební text také pro studenty dalších nelékařských oborů i ergoterapeuty v praxi.

### Daniela Stackeová Relaxační techniky ve sportu

Autogenní trénink – dechová cvičení – svalová relaxace



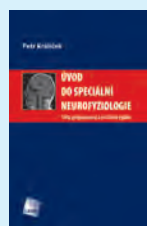
Rozsah: 136 stran  
Cena: 229 Kč  
ISBN: 978-80-247-3646-4  
Vydavatel: Grada

Relaxační techniky představují ve sportovní psychologii jednu z možností cílené autoregulace, tedy způsob jak psychologickou cestou zefektivnit a urychlit regenerační procesy po tréninku nebo vyladit psychiku před výkonem, a to jak v tréninku, tak pro soutěž.

V úvodu publikace jsou vysvětleny základní termíny jako stres, relaxace, regenerace a aktuální psychický stav, následuje pojednání o regulačních a autoregulačních technikách ve sportu a popis jednotlivých relaxačních technik – autogenního tréninku, progresivní svalové relaxace, dechových, uvolňovacích a protahovacích cvičení atd. Součástí jsou návody ke cvikům a jejich vhodné sestavy.

### Petr Králíček Úvod do speciální neurofyziologie

3., přepracované a rozšířené vydání



Rozsah: 235 stran  
Cena: 300 Kč  
ISBN: 978-80-7262-618-2  
Vydavatel: Galén

Učebnice systematicky shrnuje základní teoretické poznatky v oboru speciálních neurověd a integruje je do klinické medicíny. Text je rozdělen do pěti částí. První se věnuje fyziologii smyslů, druhá popisuje fyziologii somatomotorického systému, třetí fyziologii autonomní nervové soustavy, čtvrtá seznamuje s psychofyziologií a závěrečná, nově doplněná část zahrnuje fyziologické základy elektroencefalografie a úvod do epileptogeneze.

### Miroslav Zeman, Zdeněk Krška a kol.

#### Chirurgická propedeutika 3., přepracované a doplněné vydání



Rozsah: 512 stran  
Cena: 549 Kč  
ISBN: 978-80-247-3770-6  
Vydavatel: Grada

Autoři z 1. chirurgické kliniky 1. LF UK a VFN Praha napsali v dobrém slova smyslu učebnicový bestseller, který přináší to, co bývá ve studijních textech shrnuto pod pojem obecná chirurgie. Zabývají se symptomatologií chirurgických onemocnění, první předlékařskou i lékařskou pomocí, pravidly aseptiky a antiseptiky, způsoby místního a celkového znečištění atd.

### Zdeněk Krška a kol.

#### Techniky a technologie v chirurgických oborech

Vybrané kapitoly



Rozsah: 264 stran  
Cena: 399 Kč  
ISBN: 978-80-247-3815-4  
Vydavatel: Grada

Doplněná „Chirurgická propedeutika“ nabízí stručný přehled technických

a technologických metod, technik a postupů používaných v chirurgii. Cílem je umožnit čtenáři rychlou orientaci v technické problematice daného chirurgického oboru a v oborech úzce spolupracujících.

### Jiří Herman, Dalibor Musil a kol. Žilní onemocnění v klinické praxi



Rozsah: 280 stran  
Cena: 545 Kč  
ISBN: 978-80-247-3335-7  
Vydavatel: Grada

Publikace podrobně a systematicky pojednává o onemocnění žil v různých částech těla. Zevrubný teoretický pohled na etiopatogenezi, kliniku, diagnostiku a léčbu je v každé kapitole doplněn a dokreslen bohatou obrazovou dokumentací a četnými kazuistikami. Je popsáno postižení žilního systému hlavy, krku, horních a dolních končetin, dutiny břišní a pánve i hemoroidy. Nechybí rozsáhlá a jindy poněkud opomíjená kapitola o žilních malformacích a hemangiomech.

### Michal Kršek Endokrinologie



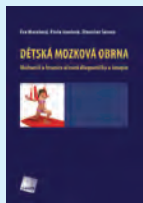
Rozsah: 97 stran  
Cena: 150 Kč  
ISBN: 978-80-7262-687-8  
Vydavatel: Galén

Stručně shrnutí endokrinologické problematiky pro studenty lékařských fakult i všeobecné lékaře prvního kontaktu.

### Eva Marešová, Pavla Joudová, Stanislav Severa

#### Dětská mozková obrna

Možnosti a hranice včasné diagnostiky a terapie



Rozsah: 154 stran  
Cena: 490 Kč  
ISBN: 978-80-7262-703-5  
Vydavatel: Galén

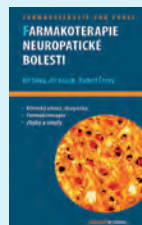
Kniha představuje koncept posturálně motorického programování, navazujícího na Vojtovu metodu a principy vývojové kineziologie. Tento model byl zpracován nejprve ve Švédsku a později i v Česku jako samostatný fyzioterapeutický koncept. Při cvičení v závěsném zařízení se klade důraz na dosažení a udržení polohy těla jako východiska pro další pohyb ve vertikální poloze. Cvičení na rozdíl od reflexní metody obsahuje prvky vědomého učení a v popředí cvičebního procesu je motivace pacienta. Cvičení se tak pro něj stává zábavnějším a lépe jej toleruje.

Monografie má lékařskou diagnostickou část s vlastním pohledem na tento problém a fyzioterapeutickou praktickou část, která je zaměřena zejména na chronické pacienty léčené Vojtovou metodou, u nichž se zlepšování motorických funkcí pozařadilo. Autoři použili závěsné techniky tam, kde gravitace znemožňovala nebo znesnadňovala zamýšlený volný pohyb proti gravitaci. Jak ukazují kazuistiky uvedené v knize, závěsem se podařilo zlepšit podmínky pro usnadnění této funkce.

Nesporný je přínos publikace pro rozvíjející se obor rehabilitace poruch motoriky zvláště v oblasti řídicích pochodů. Cílem je zlepšit výkon nikoli pouze zvyšováním svalové síly, nýbrž a především zkvalitněním svalové souhry a pohybové koordinace – to zvyšuje ekonomiku pohybu a tím i výkonnost při menší svalové síle.

### Jiří Slíva, Jiří Kozák, Rudolf Černý

#### Farmakoterapie neuropatické bolesti



Rozsah: 96 stran  
Cena: 195 Kč  
ISBN: 978-80-7345-242-1  
Vydavatel: Maxdorf

Úspěšná léčba neuropatické bolesti je trvalou snahou a cílem nejen algeziologů, ale i každého praktikujícího lékaře. Zatímco u běžné nociceptivní bolesti si většínou vystačíme s paracetamolem či nesteroidními antiflogistiky, v případě bolesti neuropatické jsme odkázáni na využití opioidů a takzvaných koanalgetik, zejména antikonvulziv či antidepresiv. Pokrok zaznamenaný v posledních letech přinesl do klinické praxe řadu inovativních léčiv, mnohdy i s dosud neznámým mechanismem účinku, které pacientům při-

nášejí výrazné zlepšení kvality každodenního života.

### Naděžda Špatenková a kol. Krizová intervence pro praxi

2., aktualizované a doplněné vydání



Rozsah: 200 stran  
Cena: 299 Kč  
ISBN: 978-80-247-2624-3  
Vydavatel: Grada

Při setkání s lidmi v krizi často nevíme co dělat a říci, bojíme se, abychom neudělali něco nepatřičného, abychom „nešlápli vedle“. Autoři proto identifikují jednotlivé kroky, které lze učinit při poskytování krizové intervence a provázet tak klienta obtížným životním obdobím.

### Jaroslav Geraskov Otčenášek (ed.)

#### Jak muži přišli ke svému údu



Rozsah: 272 stran  
Cena: 241 Kč  
ISBN: 978-80-7438-036-5  
Vydavatel: Dybbuk

Výbor erotických pohádek a legend či žertovných historek pocházejících z území dnešního Bulharska a Makedonie vychází v autentické a necenzurované podobě. Tematický záběr je velmi široký – od zábavného pohledu na stvoření mužských a ženských pohlavních orgánů přes příběhy o prostopášných popech, naivních novomanželkách a záletných manželích až po výměnu mužských a ženských rolí, kdy vrchol komičnosti představují situace, v nichž dochází k choulostivému „setkání“ muže skutečného s mužem přestrojeným za ženu.

Erotické příběhy Balkánu, zachovávané a sbírané po generace, tak mohou sloužit jako jedinečný zdroj pro přesnější a úplnější utváření představ o lidové kultuře předků. Ačkoli erotika a sex patří k základním součástem lidského života, texty samy dříve nemohly být vydávány. Podle oficiálního bulharského pohledu, ještě donedávna zcela ve znamení pokrytectví a zastírání, neodpovídaly schématům o charakteru „lidové kultury“.

## PRÁVNÍ PORADNA

# Poskytování zdravotní péče mimo službu

Je zdravotník povinen poskytovat pomoc v akutních případech, i když je mimo službu? Je to „jen“ jeho občanská povinnost, nebo tato povinnost vyplývá z nějakého zákona?



odpovídá  
JUDr. Pavel Zajíc

Poskytování zdravotní péče je činnost velmi složitá

a riziková. Na zdravotnické pracovníky jsou přitom kladeny čím dál větší nároky, a to jak z hlediska jejich odbornosti, tak morálních kvalit. Zdravotnický pracovník má jako občan stejná práva a povinnosti jako občan pracující v jiném oboru než ve zdra-

vatnictví. V některých oblastech a situacích však společnost klade na zdravotnické pracovníky větší nároky a odpovědnost, než je tomu u občanů pracujících v jiných odvětvích. Tyto zvýšené nároky se přitom týkají jak oblastí etické, tak právní.

### Povinnost plynoucí ze zákona

Poskytování zdravotní péče konkrétně upravuje zákon o péči o zdraví lidu a trestní zákoník. Zákon o péči o zdraví lidu ukládá v § 55 zdravotnickým pracovníkům (tedy nejen lékařům) vykonávat zdravotnické povolání svědomitě, poctivě, s hluboce lidským vztahem k občanům a s vědomím odpovědnosti ke společnosti. Zdravotnický pracovník je přitom povinen mimo jiného neprodleně poskytovat první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen život nebo vážně ohroženo zdraví.

Trestní zákoník v ustanovení § 150 odst. 2 stanovuje důsledky vůči zdravotnickému pracovníkovi, který osobě, jež je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví či vážné-

ilustrace foto: Shutterstock



## Ztráta zdravotnické dokumentace

Jaký postih hrozí zdravotnickému zařízení za ztrátu zdravotnické dokumentace pacienta?



Mgr. Lucie Neubertová

Předně je třeba uvést, že ztráta zdravotnické dokumentace je především zásahem do práva pacienta na ochranu osobních údajů.

### Ochrana dat pod pokutou

Podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, se správně deliktu dopustí ten, kdo při zpracování osobních údajů nepřijme nebo neprovede opatření pro zajištění bezpečnosti tohoto úkonu. V řízení před Úřa-

dem pro ochranu osobních údajů pak může být udělena pokuta až do výše 5 milionů korun. Nutno však dodat, že součástí zdravotnické dokumentace jsou informace, které spadají do kategorie takzvaných citlivých údajů. Takovými údaji jsou podle zákona osobní data vypovídající o národnosti, rasovém nebo etnickém původu, politických postojích, členství v odborových organizacích, náboženství a filozofickém přesvědčení, odsouzení za trestný čin, zdravotním stavu a sexuálním životě a dále genetické informace. „Citlivý“ je také biometrický údaj, který umožňuje

ho onemocnět, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání (typicky se jedná právě o zdravotnického pracovníka) povinen takovou pomoc poskytnout. Zdravotnický pracovník, který neposkytne potřebnou pomoc, je zákonem posuzován a sankcionován přísněji, než pokud se podobného skutku (neposkytnutí pomoci) dopustí jiná osoba. „Potřebná pomoc“ je přitom svým obsahem širší než pojem „poskytnutí první pomoci“.

K dotazu tedy shrnuji, že zdravotnický pracovník je povinen poskytovat potřebnou pomoc v akutních případech, i když je mimo službu. Tato jeho povinnost přitom vyplývá z výše uvedených právních předpisů.

## Kopie snímků z rentgenu a CT pro pacienta?

Je mou povinností vydat pacientovi kopie jeho rentgenových snímků a záznamů z CT vyšetření, pokud si je vyžádá?



odpovídá  
Mgr. Kateřina Götzová

Podle § 67b zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu jsou rentgenové snímky a záznamy z CT vyšetření součástí zdravotnické dokumentace. Pacient má právo na pořízení výpisu, opisů nebo kopií dokumentů vedených o jeho osobě a vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu.

Zákon zdravotnickému zařízení stanovuje lhůtu k pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace, a to 30 dnů od obdržení žádosti

pacienta. Lhůta však neplatí, jde-li o pořízení za účelem zajištění návaznosti zdravotní péče. Zdravotnické zařízení může za tento úkon požadovat úhradu ve výši, která nesmí přesáhnout náklady spojené s pořízením výpisu, opisu či kopie. Každý takový úkon se do zdravotnické dokumentace zaznamenává. V záznamu musí být uvedeno jméno, příjmení a datum narození osoby, na jejíž žádost byl pořízen výpis, opis nebo kopie, dále rozsah, účel a datum pořízení. Záznam podepíše zdravotnický pracovník, který tuto službu poskytne, a oprávněná osoba (v tomto případě pacient).

## Poučení cizince a dítěte o zákroku

Kdo je ve zdravotnickém zařízení zodpovědný za zajištění překladu poučení pro cizince, který neovládá češtinu? Musí být poučen i dětský pacient? A poslední dotaz: Za jakých okolností pacient před zákrokem být poučen nemusí?



odpovídá  
JUDr. Klára Trnková

Dle článku 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně ve spojení s ustanovením § 23 zákona o péči o zdraví lidu je nutné pacienta předem řádně informovat o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, jakož i o jeho důsledcích, alternativách a rizicích. Povinnost poučit pacienta má zdravotnický pracovník způsobit k výkonu příslušného zdravotnického povolání. Tato povinnost platí také ve vztahu k pacientům, kteří neovládají český jazyk. Pacient by v tomto případě měl mít v první řadě možnost sám si zvolit

osobu, která překlad zajistí. Teprve pokud tak neučiní, je zdravotnické zařízení povinno mu překlad zajistit.

### Krajní nouze je výjimka

Dětský pacient, který je schopen si s ohledem

na stupeň svého vývoje vytvořit vlastní názor a posoudit dosah poskytované zdravotní péče a vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, má rovněž právo obdržet potřebné informace. Poučení by v tomto případě mělo odpovídat rozumové a volní vyspělosti odpovídající věku dětského pacienta.

Zákon nestanoví žádné výjimky z povinnosti poskytnout pacientovi poučení o zákroku. Pacient však nemusí být poučen v případě, kdy jde o krajní nouzi a bezodkladný zákrok nezbytný pro záchranu jeho života či zdraví a poučení není proveditelné (například kvůli pacientovu bezvědomí).

# Zajímavé www stránky – bolest II

Níže uvedené výčet nemocí a odkazy na internetové portály, které se jim věnují, vypadá na první pohled zdánlivě nesourodě. Jedná se však o některé specifické nozologické jednotky, které se manifestují převážně intenzivní bolestí hlavy či obličeje, a byť nejsou tak časté, přesto se s nimi v běžné klinické praxi setkáváme, protože významně ovlivňují kvalitu života nemocných.

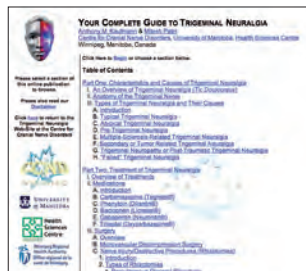
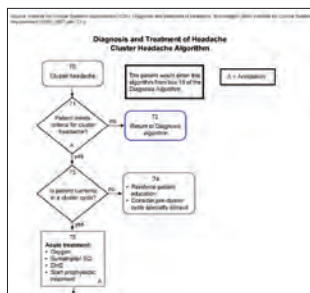
**Cluster headache treatment – laický portál**  
[www.clusterheadachetreatment.org](http://www.clusterheadachetreatment.org)

Velmi kvalitní a podrobný „laický“ portál pojednávající o jednom z méně častých typů primárních bolestí hlavy, pro který se i v našem regionu běžně používá anglický název *cluster headache*. Stránky administruje pacient trpící touto bolestí hlavy, shromážděna jsou zde různá videa se zajímavými kauzistikami či praktickými ukázkami aplikace jedné z možností akutní léčby – oxygenoterapie – a plno dalších rad. Nechybí pochopitelně ani řada článků a odborných textů s touto tematikou.



**Cluster headache – odborné portály**  
[www.clusterheadacheinfo.org](http://www.clusterheadacheinfo.org)  
[www.guideline.gov/algorithm/5845/NGC-5845\\_5.html](http://www.guideline.gov/algorithm/5845/NGC-5845_5.html)

Dva z mnoha odborných portálů, jež se věnují problematice *cluster headache*. Obsahují například diagnostické a terapeutické algoritmy, které usnadní časné odhalení onemocnění a nastavení adekvátní specifické léčby. Naleznete zde také podrobný rozpis diagnostických kritérií podle recentních poznatků klasifikace IHS (*The International Headache Classification*), která musejí být pro stanovení diagnózy *cluster headache* splněna.



**Complete guide to trigeminal neuralgia**  
[www.umanitoba.ca/centres/cranial\\_nerves/trigeminal\\_neuralgia/manuscript](http://www.umanitoba.ca/centres/cranial_nerves/trigeminal_neuralgia/manuscript)

Internetové stránky, jež redakčně zajišťuje skupina neurochirurgů z kanadského Winnipegu, komplexně pojednávají o diagnostice a léčbě jedné z dalších příčin silných bolestí v oblasti hlavy – neuralgii trigeminu, což je nejčastější typ neuralgických bolestí obličeje. Text je rozdělen na jednotlivé kapitoly, které nabízejí detailní přehled primárních i sekundárních příčin neuralgie trigeminu, anatomii trojklaného nervu a samozřejmě jsou podrobně rozebrány terapeutické postupy jak konzervativní, tak neurochirurgické.

**Trigeminal neuralgia and its management**  
[www.sld.cu/galerias/pdf/trigeminalneuralgia.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/trigeminalneuralgia.pdf)

Článek s výše uvedeným názvem byl publikován před deseti lety v časopise *Brain*. Jeho autory jsou britští neurochirurgové, kteří zde prezentují svůj souhrnný pohled na problematiku neuralgie trigeminu. Text je členěn na základní informace o onemocnění, detailně jsou rozebrána diagnostická kritéria zajišťující stanovení adekvátní diagnózy a odlišení této nemoci od



jiných klinicky podobných nozologických jednotek a dále zde nalezneme detailního průvodce terapeutickým algoritmem.



**Short lasting headaches**  
<http://brain.oxfordjournals.org/content/120/1/193.full.pdf>

Starší článek, publikovaný v časopise *Brain* již v roce 1997, má stále svůj aktuální význam, protože velmi přehledně pojednává o problematice některých méně častých typů bolestí hlavy, jako je například *SUNCT (short-lasting unilateral neuralgiform pains with conjunctival injection and tearing, český krátkodobá hemikranická bolest hlavy neuralgiformního charakteru s konjunktivální injekcí a slzením)* a další podobná onemocnění.

MUDr. Michal Pelišek



www.zdn.cz  
 Číslo 15/2011, ročník 60

**Séfredaktorka**  
 Mgr. Markéta Mikšová  
 tel. 225 276 295, e-mail: miksova@mf.cz

**Redakce**  
 Filip Kút, DiS (on-line, Z domova)  
 tel. 225 276 176, e-mail: kut@mf.cz  
 Petra Klusáková, DiS. (Z domova)  
 tel. 225 276 388, e-mail: kluskova@mf.cz  
 Květa Havlová, DiS. (Téma, Zahraničí, Aktuality, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mf.cz  
 PaedDr. Jaroslava Sládková (kongresy, reportáže)  
 tel. 225 276 162, e-mail: sladkova@mf.cz  
 Mgr. Martin Cermák (Představujeme)  
 tel. 225 276 436, e-mail: cermak@mf.cz  
 PhDr. Jana Jilková (Ze společnosti, rozhovory)  
 tel. 225 276 432, e-mail: jilkova@mf.cz  
 MUDr. Andrea Skálová (lékařské listy)  
 tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz

**Stálí spolupracovníci redakce**  
 Leoš Chodura, Mgr. Martin Caban,  
 Bc. Michaela Svobodová, Martin Ježek,  
 prof. Ing. Jaroslav Petr, MUDr. Milan Novák

**Editor/korektor**  
 Mgr. Martin Cermák

**Grafika a technické zpracování**  
 BcA. Pavla Ortová  
 tel. 225 276 455, e-mail: ortova@mf.cz

**Redakční rada Lékařských listů ZDN**  
 prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)  
 prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA  
 prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.  
 MUDr. Ivan David, CSc.  
 prof. MUDr. Markéta Dušková, CSc.  
 doc. MUDr. Petr Hach, CSc.  
 doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.  
 prof. MUDr. Karel Indrák, DrSc.  
 doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.  
 prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA  
 prof. MUDr. Zdeněk Malý, CSc.  
 PharmDr. Radim Petráš  
 prof. Ing. Rudolf Poledník, CSc.  
 prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc.  
 prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.  
 MUDr. Jana Vojtíšková

**INZERCE**  
 fax 225 276 444

**group sales manager**  
 Ing. Lenka Mihulková  
 225 276 427, 225 276 299  
 e-mail: obchod.ms@mf.cz

**personální inzerce**  
 tel. 225 276 299  
 e-mail: personalni.inzerce@mf.cz



**generální ředitel**  
 Ing. David Hurta

**kreativní ředitel**  
 René Decastelo

**VÝROBA**  
 retuš Milan Kubička, Daniel Procházka,  
 Lenka Horáková, Libor Horyna, Michal Žák

**ředitel divize Medical Services**  
 Ing. Petr Němec

**art director**  
 Petr Honzátka

**MARKETING A DISTRIBUCE**  
**ředitelka marketingu novin a časopisů**  
 Hana Holková  
**brand manager** Ing. Hana Matejíčková  
**produktivní marketingu** Ondřej Hynek  
**vedoucí výroby a distribuce** Soňa Starhová  
**manažerka předplatného** Zuzana Hrušková,  
 tel. 225 276 454, e-mail: hruskova@mf.cz

Vydává Mladá fronta, a. s.,  
 sídlo: Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4  
 IČ: 49240315, www.mf.cz

adresa redakce: Zdravotnické noviny,  
 Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,  
 sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222  
 e-mail: zdn@mf.cz

**DISTRIBUCE**  
 Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:  
 Postservis, Poděbradská 39, 190 00 Praha 9  
 tel. 800 300 302, e-mail:  
 predplatne.mf@cpost.cz  
 www.periodik.cz  
 Cena ročního předplatného je 590 Kč.  
 Objednávky do zahraničí:  
 Mediaservis, s. r. o., zákaznické centrum,  
 Videňská 995/63, 639 63 Brno  
 tel. 532 165 165, e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:  
 Mediaprint Kapa Pressegross, a. s.,  
 oddělení inей formy predaja, P. O. Box 183  
 Vajnorska 137, 830 00 Bratislava 3  
 tel. +421 244 458 821  
 fax +421 244 458 819  
 e-mail: predplatne@abompkapa.sk

Smluvní vztah mezi vydavatelem a předplatitelem se řídí všeobecnými obchodními podmínkami pro předplatitele. Předplatné se automaticky prodlužuje.

Doporučená cena 28 Kč / 1 € / 30 Sk

Vydavatel a redakční rada nenesou odpovědnost za obsah inzerátů ani jiných materiálů komerční povahy.

Tisk Europrint, a. s.  
 Číslo dáno do tisku 21. 7. 2011  
 Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele.  
 Tiskový náklad je auditován firmou Deloitte Audit, s. r. o.

© Mladá fronta a. s., 2011  
 Evidenční číslo MK ČR: E 15722  
 ISSN 0044-1996

# SESTRA JAKO SPECIALISTA V GERIATRII

3. 11. 2011 Praha, Top Hotel

# konference

Odborný garant: Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D.

Program:

Změna programu vyhrazena

8.00 - 8.45	registrace
8.45 - 9.00	úvodní slovo
9.00 - 9.30	<b>Charakteristika stáří</b> - PhDr. Martina Hasalíková
9.30 - 10.10	<b>Péče o seniora z pohledu ošetřovatelství</b> - Ivana Blahutová
10.10 - 10.40	přestávka
10.40 - 11.40	<b>Moderní pomůcky v péči o seniora</b> - Mgr. Eva Brezíková
11.40 - 12.10	<b>Prevence a léčba diabetických defektů a chronických ran u seniorů</b> - Lea Voráčková
12.10 - 13.10	oběd
13.10 - 13.40	<b>Riziko pádu seniorů</b> - Mgr. Šárka Šlégrová
13.40 - 14.40	<b>Etické aspekty ve vztahu k seniorům a jejich příbuzným v náročných životních situacích</b> - Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D.
14.40 - 15.30	předávání certifikátů

Konference bude ohodnocena dle vyhlášky MZ ČR č. 321/2008 Sb. 4 kredity ČAS.

**Registrační poplatek:** 400 Kč - platba předem, 500 Kč - platba na místě

Přijďte se  
seznámit  
s novými  
poznatky  
v oboru.

Registrujte se na [www.medical-services.cz](http://www.medical-services.cz)

**Credit PLUS**

Akce bude  
ohodnocena kredity

**MEDICAL  
SERVICES**

Hlavní partner



**ZDRAVOTNICKÉ  
NOVINY**

**Sestra**





# Naše knihy nyní i pro Váš iPad™

čtení  
nejen na  
dovolenou



Stáhněte si aplikaci kniha.cz pro iPad™ v aplikaci App Store.  
Zadejte do vyhledávacího pole text „kniha.cz“.



## Výběrová řízení

### Akademický pracovník

**DĚKAN 2. LÉKAŘSKÉ FAKULTY UK V PRAZE** vypisuje výběrové řízení na dobu určitou na místo:

■ 1 akademický pracovník pro Gynekologicko-porodnickou kliniku 2. LF UK a FN Motol v Praze

Požadavky na uchazeče:

- nejvyšší ukončené vzdělání v oboru,
- aktivní znalost minimálně jednoho světového jazyka,
- perspektiva získání titulu Ph.D.,
- publikační aktivita.

Dále požadujeme předpoklady pro vědeckou a pedagogickou činnost, morální a občanskou bezúhonnost.

Příhlásky spolu s fotokopiemi dokladů o vzdělání, životopisem, přehledem praxe, přehledem vědecké a publikační činnosti a alespoň 2 referencemi přijímá do 30 dnů po zveřejnění výběrového řízení: Děkanát 2. LF UK v Praze, personální oddělení, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 – Motol.

ZDN A111012342

### Akademický pracovník

**DĚKAN 2. LÉKAŘSKÉ FAKULTY UK V PRAZE** vypisuje výběrové řízení na dobu určitou na místa:

■ 1 akademický pracovník – učitel vysoké školy pro Ústav lékařské chemie a biochemie 2. LF UK v Praze

Požadavky na uchazeče:

- VŠ vzdělání přírodovědného biochemického směru,
- vědecký titul Ph.D. nebo CSc.,
- prokazatelná publikační a vědecká činnost,
- dobrá znalost AJ a práce na PC / IT.

■ 1 akademický pracovník – Učitel vysoké školy pro Ústav lékařské chemie a biochemie 2. LF UK v Praze

Požadavky na uchazeče:

- absolvent lékařské fakulty,
- dobrá znalost AJ a PC,
- pedagogické zkušenosti.

Pro oba uchazeče dále požadujeme předpoklady pro vědeckou a pedagogickou činnost, morální a občanskou bezúhonnost.

Příhlásky spolu s fotokopiemi dokladů o vzdělání, životopisem, přehledem praxe, přehledem vědecké a publikační činnosti a alespoň 2 referencemi přijímá do 30 dnů po zveřejnění výběrového řízení: Děkanát 2. LF UK v Praze, personální oddělení, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 – Motol.

ZDN A111012345

### Primář

**ŘEDITEL VSETÍNSKÉ NEMOCNICE, A. S.,** vyhlašuje výběrové řízení na obsazení místa:

■ Primář oddělení neurologie

Požadavky:

- specializovaná způsobilost v oboru,
- licence ČLK pro výkon funkce primáře,
- bezúhonnost a zdravotní způsobilost,
- manažerské a morální předpoklady.

Nabízíme:

- motivující mzdové ohodnocení,
- možnost ubytování,
- penzijní připojištění,
- týden dovolené navíc,
- zvýhodněné stravování,
- pracovní pozici v akreditované a certifikované nemocnici.

Příhláška uchazeče musí obsahovat:

- profesní životopis (strukturovaný),
- představa o způsobu, stylu a formě výkonu funkce (maximálně dvě strany formátu A4).

Příhlášku je nutno dodat na odbor řízení lidských zdrojů do 15. 8. 2011. Termín osobních pohovorů bude uchazečům upřesněn.

ZDN A111012348

## Volná místa

### Sekundární lékař/lékařka

**FAKULTNÍ THOMAYEROVA NEMOCNICE S POLIKLINIKOU,** Vídeňská 800, 140 59 Praha 4 – Krč, přijme sekundárního lékaře/lékařku pro lůžkovou část oddělení revmatologie a rehabilitace.

Požadujeme:

- odbornou a zdravotní způsobilost a trestní

bezúhonnost podle zákona č. 95/2004 Sb.,

- minimálně splnění praxí pro interní kmen.

Nabízíme:

- základní plat dle platných tabulek + osobní příplatek,
- možnost celoživotního vzdělávání,
- dobré pracovní podmínky, příjemný kolektiv,
- zaměstnanecké benefity.

Nástup říjen – prosinec 2011 dle dohody, přednost budou mít lékaři s praxí v oboru.

Kontakt: primářka MUDr. Marie Sedláčková, tel.: 261 082 509, e-mail: marie.sedlackova@ftn.cz

ZDN A111012591

### Lékař – ORL

**OBLASTNÍ NEMOCNICE JIČÍN, A. S.,** Bolzanova 512, 506 43 Jičín, přijme lékaře na oddělení ORL.

Požadavky:

- specializovaná způsobilost v oboru výhodou,
- občanská a morální bezúhonnost,
- zdravotní způsobilost.

Nabízíme:

- pracovníště s akreditací 1. stupně ke vzdělávání v oboru,
  - dobré pracovní a platové podmínky, zaměstnanecké benefity.
- Nástup možný ihned.

Bližší informace podá: primář MUDr. Martin Kracík, tel.: 493 582 321, e-mail: martin.kratick@nemjc.cz

Písemné žádosti s profesním životopisem pošlete na personální oddělení nebo e-mail: hana.kalenska@nemjc.cz

ZDN A111012588

### Mikrobiolog

**NESTÁTNÍ ZDRAVOTNICKÁ LABORATOŘ V PRAZE** přijme mikrobiologa (lékaře i VŠ nelékaře) pro metody molekulární biologie/PCR. Specializovaná způsobilost podmínkou.

Nabízíme zajímavou práci, výborné platové a pracovní podmínky, další vzdělávání v oboru.

V případě zájmu nás kontaktujte emailem na adrese: prijeti@email.cz

ZDN A111012495

### Lékaři – Nizozemsko, Belgie

**PRACOVNÍ UPLATNĚNÍ PRO LÉKAŘE-SPECIALISTY V NIZOZEMSKU A BELGIU.** Více na [www.optima-recruit.cz](http://www.optima-recruit.cz) Tel.: +420 739 571 561 – L. Klusová.

ZDN A111012491

### Sekundární lékař

**PANOCHOVA NEMOCNICE TURNOV** přijme do pracovního poměru sekundárního lékaře na gynekologické oddělení. Nadstandardní platové i pracovní podmínky, možnost zajištění ubytování, nástup možný ihned.

Informace: prim. MUDr. Petr Lidák, tel.: 777 157 264, MUDr. Martin Hrubý – náměstek LPP, tel.: 777 767 880.

ZDN A111012454

### Lékař

**DĚTSKÁ LÁZEŇSKÁ LÉČEBNA LÁZNĚ KYNŽVART** přijme lékaře.

Předpoklady: odborná a zdravotní způsobilost, bezúhonnost. Nástup možný ihned nebo dle domluvy. Služební byt k dispozici. Vhodné i pro pracující důchodce – je možno i na zkrácený pracovní úvazek.

Bližší informace: náměstek pro lékařskou, ošetřovatelskou a lázeňskou péči MUDr. Josef Nebesař, e-mail: nebesar@detskalecebna.cz, tel.: 354 672 120, ústředna: 354 672 111, [www.detskalecebna.cz](http://www.detskalecebna.cz)

ZDN A111012397

### Lékař/Lékařka – pediatr

**FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE** přijme lékaře/ku – pediatra pro Ortopedickou kliniku 2. LF UK.

Náplň práce: zajištění JIP – intermediárních lůžek dětských pacientů po operačních výkonech, případná konzilia dětských pacientů hospitalizovaných na Ortopedické klinice 2. LF UK.

Požadavky: atestace z pediatrie.

Kontakt: Ortopedická klinika 2. LF UK a FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, e-mail: michaela.bezroukova@lfmotol.cuni.cz, tel.: 2243 2801.

ZDN A111012394

### Lékaři

**KARDIA, S. R. O.** – **NESTÁTNÍ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ SE ZAMĚŘENÍM NA PRACOVNÍLÉKAŘSKOU A PREVENTIVNÍ PÉČI** hledá do svého týmu lékaře do ambulancí v Praze a v Kolíně

Požadujeme:

- odbornost pracovní, interní nebo praktické lékařství, příp. hygiena – možno i absolvent,
- ochotu dále se vzdělávat,
- spolehlivost, komunikativnost a vstřícnost.

Nabízíme:

- zajímavé finanční ohodnocení,
- služební automobil,
- odborné zaškolení a vzdělávání.

Kontakt:

Mgr. Zuzana Škrampalová, tel.: 724 535 282, 272 084 463, e-mail: [jobs@kardia.cz](mailto:jobs@kardia.cz)

Poskytnutím svých osobních údajů zahrnutých do životopisu dává odesílatel souhlas k jejich zpracování a uchování v plném rozsahu v personální databázi společnosti Kardia, s. r. o., IČO 49356925, v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., a to na dobu do písemného odvolání tohoto souhlasu.

ZDN A111012306

### Přednášející

**SPOLEČNOST ABC PRVNÍ POMOC, S. R. O.,** hledá pro přednáškovou činnost externí spolupracovníky SŠ, VŠ s výrazně nadprůměrnými prezentačními schopnostmi. Vaše nabídky prosím zasílejte na e-mailovou adresu: [elpim@tiscali.cz](mailto:elpim@tiscali.cz)

ZDN A111012309

### Lékař

**DO ZAVEDENÉ INTERNÍ AMBULANCE V KLDNĚ** přijmu lékaře s atestací, částečný úvazek, nástup dle dohody.

Kontakt: tel.: 605 114 815.

ZDN A111012318

### Sekundární lékař/lékařka

**FAKULTNÍ THOMAYEROVA NEMOCNICE S POLIKLINIKOU,** Vídeňská 800, 140 59 Praha 4 – Krč, přijme sekundárního lékaře/lékařku pro II. interní kliniku.

Požadujeme:

- absolvent lékařské fakulty, atestace z vnitřního lékařství vítána,
- zájem o interní lékařství,
- praxe vítána, není podmínkou.

Nabízíme:

- zajímavou práci,
- možnost celoživotního vzdělávání,
- zaměstnanecké benefity.

Nástup možný od 1. 9. 2011 nebo dle dohody.

Kontakt: primář II. interní kl.  
MUDr. Zdeněk Beneš, CSc.,  
e-mail: zdenek.benes@ftn.cz

ZDN A111012321

## Všeobecné sestry

**FAKULTNÍ THOMAYEROVA NEMOCNICE S POLIKLINIKOU,**  
Víděňská 800, 140 59  
Praha 4 – Krč  
přijme všeobecné sestry do nepřetržitého provozu pro oddělení hrudní chirurgie a urologické oddělení – operační sál.

Požadujeme

- odbornou a zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost podle zákona č. 96/2004 Sb.,
- osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu,
- PSS v INOPS výhodou,
- flexibilitu a chuť učit se novému,
- komunikační dovednosti,
- schopnost pracovat samostatně i v týmu.

Nabízíme:

- podporu dalšího vzdělávání: nabídka seminářů a kurzů Centra pro vzdělávání a vědu FTNSP v areálu nemocnice zdarma,
  - zaměstnanecké benefity: příspěvek na dovolenou, nabídka hlídání dětí o noční službě, vlastní rekreační zařízení, příspěvek na pobyty v táborech pro děti zaměstnanců
  - příspěvek z FKSP na očkování proti chřipce a na masáže,
  - příspěvek na penzijní připojištění nebo soukromé životní pojištění,
  - příspěvky na kulturní akce (společenské večery, divadlo, zájezdy v ČR i cizině), závodní stravování (cena oběda pro zaměstnance je 22 Kč), možnost sportovního využití přímo v areálu nemocnice (aerobic, volejbal, tenis)
  - bezúročně půjčky na bytové účely ve výši 30 000 až 50 000 Kč.
- Nástup dle dohody.

Kontakt:  
Oddělení hrudní chirurgie,  
vrchní sestra Jaroslava Truxová,  
tel.: 261 082 601,  
e-mail: jaroslava.truxova@ftn.cz

Urologické oddělení,  
vrchní sestra Jana Kuběnová,  
tel.: 261 083 165,  
e-mail: jana.kubenova@ftn.cz

ZDN A111012328

## Porodní asistentky

**FAKULTNÍ THOMAYEROVA NEMOCNICE S POLIKLINIKOU,**  
Víděňská 800,  
140 59 Praha 4 – Krč  
přijme porodní asistentky pro gynekologicko-porodnické oddělení a na ambulanci gynekologicko-porodnického odd.

Požadujeme:

- odbornou a zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost podle zákona č. 96/2004 Sb.,
- osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu,
- flexibilitu a chuť učit se novému,
- komunikační dovednosti,
- schopnost pracovat samostatně i v týmu.

Nabízíme:

- podporu dalšího vzdělávání: nabídka seminářů a kurzů Centra pro vzdělávání a vědu FTNSP v areálu nemocnice zdarma,
  - zaměstnanecké benefity: příspěvek na dovolenou, nabídka hlídání dětí o noční službě, vlastní rekreační zařízení, příspěvek na pobyty v táborech pro děti zaměstnanců
  - příspěvek z FKSP na očkování proti chřipce a na masáže,
  - příspěvek na penzijní připojištění nebo soukromé životní pojištění,
  - příspěvky na kulturní akce (společenské večery, divadlo, zájezdy v ČR i cizině), závodní stravování (cena oběda pro zaměstnance je 22 Kč), možnost sportovního využití přímo v areálu nemocnice (aerobic, volejbal, tenis)
  - bezúročně půjčky na bytové účely ve výši 30 000 až 50 000 Kč.
- Nástup dle dohody.

Kontakt:  
vrchní sestra Lenka Cejpková,  
tel.: 261 083 149,  
e-mail: lenka.cejpkova@ftn.cz

ZDN A111012325

## Projektový manažer

**SPOLEČNOST EDUKAFARM, JEŽ SE ZABÝVÁ EDUKACÍ LÉKAŘŮ A FARMACEUTŮ,**  
hledá vhodné kandidáty na pozici:

projektový manažer periodik (s místem trvalého bydliště v Praze nebo blízkém okolí).

Požadujeme:

solidního člověka, který má ambice něco dokázat, má profesionální a hlavně kreativní přístup k organizaci projektů/periodik, ukončené vzdělání na střední nebo vysoké škole, řidičské oprávnění.

Nabízíme:

zajímavou práci v mladém kolektivu, zájemci obvykle u nadnárodní firmy, možnost dalšího profesního růstu, solidní platové podmínky.

Své stručné CV posílejte na e-mail:  
edukafarm@edukafarm.cz

ZDN A111012609

## Lékař

**MEDITERRA, S. R. O., REHABILITAČNÍ KLINIKA MALVAZINKY,**  
U Malvazinky 177/7, Praha 5,  
přijme lékaře s atestací z FBLR, případně lékaře v přípravě na atestaci z FBLR s absolvovaným základním kmenem.  
Nástup možný ihned.

Kontakt: sekretariát, paní Michnáčová, tel.: 251 116 604,  
a MUDr. Barbora Danielová,  
e-mail: danielova@mediterrera.cz

ZDN A111012596

## Lékař

**OBLASTNÍ NEMOCNICE JIČÍN, A. S.,**  
Bolzanova 512, 506 43 Jičín,  
přijme lékaře na radiodiagnostické oddělení.

Požadavky:

- specializovaná způsobilost v oboru podmínkou,
- občanská a morální bezúhonnost,
- zdravotní způsobilost.

Nabízíme:

- dobré pracovní a platové podmínky,
  - práci i na kratší pracovní úvazek, případně pouze služby.
- Nástup možný ihned.

Blížší informace podá primář MUDr. Richard Stojanov, tel.: 493 582 331, e-mail: richard.stojanov@nemjc.cz  
Písemné žádosti s profesním životopisem posílejte na personální oddělení nebo na e-mail: hana.kalenska@nemjc.cz

ZDN A111012585

# PERSONÁLNÍ INZERCE



## Facharzt/-ärztin für Allgemeinchirurgie

bevorzugt mit Erfahrung in der Viszeralchirurgie (Beschäftigungsausmaß 100 %)

Unsere Schwerpunkte liegen in der Bariatrischen Chirurgie (Magenbypass, Gastric Banding, Schlauchmagen), in deren Folgeoperationen (Mammareduktion, Abdominoplastik usw.) sowie in der gesamten laparoskopischen Abdominalchirurgie (Fundoplicatio, Cholecystektomie, Magenteilresektion, Bauchwand- und Leistenhernien, Sigmaresektion u.a.). Darüber hinaus operieren wir das gesamte Spektrum der Coloproktologie, Strumen und Varizen (auch minimal-invasiv).

Die Stadt Hallein mit ca. 20.000 Einwohnern liegt landschaftlich einmalig 15 km südlich von Salzburg und bietet insbesondere mit den umgebenden Bergen beste Sport- und Freizeitmöglichkeiten. Kulturell besteht eine enge Verbindung zu Salzburg.

Wir suchen einen Facharzt für Chirurgie, der nach Möglichkeit laparoskopisch, in der offenen Abdominalchirurgie sowie in der Endoskopie bereits erfahren ist und sich in der bariatrischen Chirurgie weiterbilden möchte.

Wir bieten Ihnen die Mitarbeit in einem jungen und aufgeschlossenen Team mit flachen Hierarchien in einem Krankenhaus, das vollständig neu saniert wurde und über eine hervorragende operative Ausstattung verfügt. Die Bezahlung ist entsprechend der Stellung gut dotiert.



Ihre Bewerbung richten Sie bitte innerhalb von 4 Wochen nach Erscheinen dieser Ausgabe an die  
Halleiner KrankenanstaltenbetriebsgesmbH  
5400 Hallein, Bürgermeisterstraße 34  
Tel: +43(0)6245 799-360  
E-Mail: chirurgie@kh-hallein.at

Inzerce A111012592

Lehrkrankenhaus der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg

SIMPLY CLEVER

ŠKODA



## Lékař závodní preventivní péče



Nestátní zdravotnické zařízení ŠKODA AUTO v Mladé Boleslavi přijme

lékaře/lékařku závodní preventivní péče

Požadujeme: Atestaci v oboru všeobecné lékařství nebo pracovní lékařství, event. v přípravě k atestaci (absolv. zákl. kmen) | Základní znalost anglického nebo německého jazyka

Nabízíme: Záměry nadnárodní prosperující společnosti | Příležitost k seberealizaci | Práci v dynamickém prostředí | Profesní růst | Možnost dalšího vzdělávání | Výborné finanční podmínky | Možnost ubytování | Radu firemních benefitů

Nástup: Možný ihned nebo dle dohody

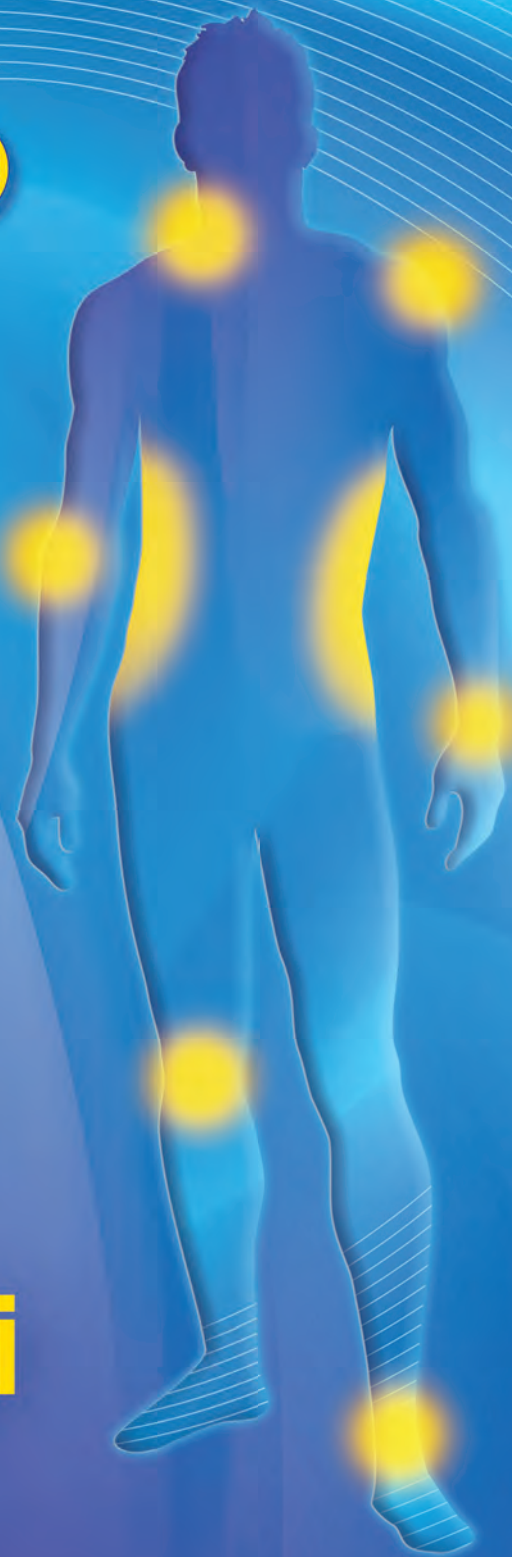
Pro bližší informace kontaktujte doc. MUDr. Miroslav Bartoš, CSc., tel.: 326 817 922, e-mail: miroslav.bartos2j@skoda-auto.cz

Práce ve ŠKODA – životní příležitost

Inzerce A111012578

Inzerce A111012578

# Dolgit®



## Pohyb bez bolesti

[www.dolgit.cz](http://www.dolgit.cz)

[www.snadnypohyb.cz](http://www.snadnypohyb.cz)

### Zkrácené informace o přípravku Dolgit krém a Dolgit gel

**Složení:** Ibuprofenum 5g ve 100g krému nebo gelu. **Indikační skupina:** Nesteroidní antirevmatikum pro místní aplikaci. **Indikace:** Přípravek je určen k zevní lokální léčbě akutních či chronických bolestivých a zánětlivých stavů pohybového ústrojí, dále se používá při ztuhlosti ramene, při bolestech spojených s degenerativním onemocněním kloubů a při povrchových zánětech žil. Dále u poranění pohybového ústrojí při sportu nebo při nehodách jako je kontuze, luxace, distorze. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na ibuprofen, pomocné látky a jiné protizánětlivé látky (nesteroidní antiflogistika-NSAID), které v minulosti vyvolaly záchvaty astmatu, kopřivku nebo rýmu. Přípravek nesmí být použit na porušený kožní povrch (otevřené rány nebo kožní onemocnění), na sliznice a do očí. Během první a druhé třetiny těhotenství a v období kojení lze přípravek použít pouze na doporučení lékaře, v poslední třetině těhotenství se přípravek nepoužívá. Není vhodný k terapii dětí do 14 let. **Nežádoucí účinky:** Přípravek je při použití na kůži obvykle dobře snášen. Po jeho aplikaci se může objevit erytém, pruritus, kopřivka či suchost kůže. **Interakce:** Interakce nejsou při zevní aplikaci známy. Nedoporučuje se současná aplikace jiných lokálně působících látek na stejné místo. **Upozornění:** Pacient by měl vyhledat lékaře, jestliže se příznaky onemocnění do 3 dnů nezlepší, nebo se naopak zhorší, či se vyskytnou nežádoucí účinky nebo nějaké neobvyklé reakce. Bez rady s lékařem není vhodné přípravek užívat déle než 14 dní. **Dávkování a způsob podání:** Obvykle se nanáší 3-4 x denně na postižené místo 4-10cm dlouhý proužek krému (odpovídá 80-200mg ibuprofenu), který se lehce vtírá do kůže. Průnik je možné účinně podpořit použitím iontosféry. **Balení:** 50g, 100g nebo 150g krému, 50g nebo 150g gelu. **Datum poslední revize textu:** Dolgit krém 17. 10. 2007, Dolgit gel 25. 2. 2009. S podrobnějšími informacemi o přípravku se seznamte v SPC. Přípravky lze vydávat i bez lékařského předpisu. Nejsou hrazeny z prostředků zdravotního pojištění. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Dolorgiet Pharmaceuticals, St. Augustin/Bonn, Německo.

**Žádejte ve své lékárně**

Telčská 1 / 140 00 Praha 4 / tel.: 241 013 111 / fax: 241 480 092 / [promed@promed.cz](mailto:promed@promed.cz) / [www.promed.cz](http://www.promed.cz)

**PRO.MED.CS**  
Praha a.s.