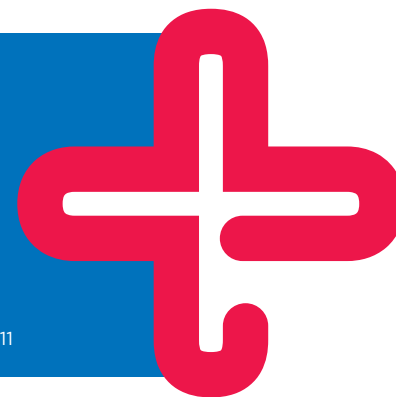


ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



CENA 28 Kč
PŘEDPLATNÉ 23 Kč
16/2011 ročník 60

Toto číslo vyšlo 8. 8. 2011



REPORTÁŽ

Neurochirurgická klinika 1. LF UK a ÚVN provozuje unikátní multifunkční sál s intraoperační magnetickou rezonancí.

STRANA 12



PŘEDSTAVUJEME

prof. MUDr. Jiřího Pokorného, DrSc., nestora české anesteziologie, resuscitace a urgentní medicíny.

STRANA 28



Z HISTORIE

Z dějin světové a české nefrologie – jako klinický obor byla ustavena po 2. světové válce, její kořeny však sahají mnohem hlouběji.

STRANA 20

Povolání lékaře u nás stále nejprestižnější

Centrum pro výzkum veřejného mínění provedlo po čtyřech letech šetření, ve kterém zkoumalo prestiž vybraných povolání u české veřejnosti. Z výsledků vyplývá, že nejvíce si Češi váží lékařů, druhé místo obsadili vědci a pomyslný bronz patří zdravotním sestřím.

Pokud měl někdo obavy, že akce „Děkujeme, odcházíme“ negativně ovlivní náhled veřejnosti na lékařský stav, může být klidný. Centrum pro výzkum veřejného mínění (CVVM) zveřejnilo výsledky šetření, kterým u 26 vybraných povolání zjišťovalo, jak vysoce si jich česká veřejnost cení. Lékaři stále pevně stojí na vrcholu žebříčku a oproti minulému šetření v roce 2007 ztratili

pouze 0,7 bodu. Na rozdíl od předchozích šetření bylo na seznam nově zařazeno i povolání zdravotní sestry, které se při svém debutu objevilo hned mezi třemi nejvíce ceněnými profesemi u nás.

Pořadí na opačném konci žebříčku symbolizuje v podstatě nepřetržitě a stupňující se napětí na naší politické scéně. Propad prestiže zaznamenala prakticky všech-

na povolání, která jsou s politikou nějakým způsobem spjata. Na posledním 26. místě se tak poprvé octli poslanci, kteří zde vystřídali „dlouho neporazitelné“ uklízečky. Úpadek prestiže politiků je však patrný zejména u ministrů, kteří spadli rovnou o sedm míst a obsadili tak 24. pozici. V této souvislosti stojí za zmínku také nelichotivé 20. místo novinářů, (pokračování na straně 2)

Převodu Bulovky na Prahu brání ekonomika nemocnice

Hlavní město Praha by rádo převzalo Fakultní nemocnici Na Bulovce pod svou správou. Než se tak ovšem stane, bude třeba vyřešit její špatnou finanční situaci. Bulovka se v současnosti potýká se stamilionovými závazky a navíc její zanedbaný areál vyžaduje další miliardové investice.

Fakultní nemocnice Na Bulovce se již delší dobu potýká finančními problémy, kromě jejích nespacených závazků ve výši cca 450 milionů ji trápí i všeobecná zanedbanost na straně investic. Ministerstvo však pro příští rok neplánuje vložit do FN Na Bulovce ani korunu, což značně kom-

plikuje plány hlavního města Prahy, které by v budoucnu chtělo vytvořit z Bulovky metropolitní nemocnici pod kuratelou magistrátu.

Podle pražského primátora Bohuslava Svobody by zanedbaný areál Bulovky vyžadoval několikamiliardovou investici, kterou si

však v současnosti město nemůže dovolit. Rozhodnutí o převzetí nemocnice se tak podle něj odhaluje. „Všechno je to věcí dalšího jednání, protože Bulovka a její řešení je otázka, která má v sobě velký ekonomický aspekt. Prostředky, o které byla nemocnice (pokračování na straně 2)



Michal Sojka (ČLK):
Finanční ohodnocení lékařů neodpovídá vysoké prestiži jejich povolání.

Foto: Leoš Chodura

Povolání lékaře u nás stále nejprestižnější

(pokračování na strany 1) na které se tito „strážci demokracie“ propadli ze 12. pozice.

Znalosti jsou nejdůležitější

Ze závěrů průzkumu CVVM vyplývá, že v českém prostředí je na rozdíl od mezinárodního standardu poměrně nízká prestiž povolání spojených s rozhodovacími pravomocemi a vysokými příjmy a naopak za vysoce prestižní jsou považována povolání sice s relativně nízkým finančním ohodnocením, ale vysokou mírou odpovědnosti a prospěšnosti pro společnost. CVVM proto zkoumalo i okolnosti, na základě nichž veřejnost určuje prestiž jednotlivých povolání. Ukázalo se, že nejvíce si respondenti cení znalostí, které daná profese vyžaduje, a to bez ohledu na to, jakého stupně vzdělání sa-

mi dosáhli. Druhým a třetím nejvýznamnějším faktorem určujícím význam daného povolání je podle respondentů zodpovědnost a význam pro společnost.

Zdravotní bratry lidé neznají

Je pohlaví určující i pro prestiž jednotlivých povolání? I to byla jedna z oblastí, na niž tentokrát CVVM zaměřilo svou pozornost. Z výsledků šetření vyplynulo, že pohlaví prestiž jednotlivých povolání nijak výrazně neovlivňuje. Lékaři a lékařky dosáhli přibližně stejného počtu bodů. Jednu z výjimek tvoří zdravotní bratři, na které si veřejnost pravděpodobně ještě nezvykla. Buď je pacienti v praxi zaměňují za lékaře, nebo naopak méně kvalifikovaný zdravotnický personál. Zdravotní bratři tak ve výsledku získali

o deset bodů méně než sestry, což by je – jakožto pomyslnou samostatnou skupinu – posouvalo přibližně na 6. pozici v žebříčku.

Za zmínku stojí také vyšší prestiž poslankyň oproti jejich mužským protějškům. I v tomto případě poslankyň získaly o 10 bodů více. „Vyšší prestiž poslankyň možná plyne z konkrétních zkušeností, například se současným vedením sněmovny,“ uvedl analytik CVVM Milan Tuček.

Lékaři výsledky průzkumu relativizují

Podle prvních zaznamenaných reakcí mezi lékaři v souvislosti s výsledky průzkumu prestiže povolání nepanuje žádné zvláštní nadšení. V internetových diskusích své vynikající postavení v žebříčku spíše relativizují – převažuje u nich názor, který by bylo možno shrnout slovy „za prestiž si chléb nekoupíš“ – a stěžují si na nesoulad mezi prestiží svého povolání a finančním ohodnocením. Další významný a opakující se argument, bagatelizující vynikající výsledek této profesní skupiny, je spjat s budoucím navyšováním spoluúčasti pacientů a chystanými finančními sankcemi, na které lékaři již dříve reagovali obavami, že si na nich pacienti budou vybíjet zlost za dražší zdravotnictví. „Lidé si nejvíce váží lékařů, pokud je léčí, ale nechtějí od nich peníze. Jakkmile lékaři za svoji práci peníze chtějí, okamžitě se v žebříčku propadají mezi abso-

lutní spodinu,“ uvedl kupříkladu jeden z diskutujících na webu ZDN.cz.

Profesní organizace výsledky vítají

Česká lékařská komora i Česká asociace sester přivítaly výsledky výzkumu s mnohem větším nadšením než samotní zdravotníci. „V hodnocení prestiže se lékaři dlouhodobě umísťují na prvních místech. Samozřejmě, že takovéto umístění ČLK těší, zejména po akci ‚Děkujeme, odcházíme‘, kdy byla prestiž lékařů veřejně zpochybňována či byla vyslovována obava z jejího poklesu. Jak je z průzkumu patrné, prestiž lékařů neklesla. To je velmi pozitivní fakt. Pokud tento výsledek některých kolegů v diskusích relativizují, jde možná o jejich pocit, že vysoké prestiží neodpovídá jejich finanční ohodnocení. Nepoměr mezi prestiží a finančním ohodnocením je bohužel fakt, který tomtuto jinak pozitivnímu výsledku dává poněkud trpkou příchut,“ uvedl pro Zdravotnické noviny vedoucí tiskového oddělení ČLK Michal Sojka.

Na výsledkem průzkumu CVVM je spokojena i Česká asociace sester (ČAS). Podle mluvčí ČAS Ireny Kouřilové se ukázalo, že prestiž povolání sestry veřejnost zajímá a pacienti, i ti potenciální, uznávají fyzickou a psychickou tíhu sesterského povolání. Nemělo by se však podle ní zapomínat ani na další nelékařské profese, jež se podílejí

Metodika výzkumu

Výzkum byl proveden formou osobního rozhovoru a standardizovaného dotazníku. Účastnilo se jej 1006 občanů České republiky starších 15 let. Všem respondentům byl předložen seznam 26 profesí s následující instrukcí: „Na seznamu jsou uvedena některá povolání. Vyberte povolání, jehož si vážíte nejvíce, a ohodnoťte jej 99 body. Poté vyberte takové, jehož si vážíte nejméně, a obodujte jej číslem 01. Poté postupujte odshora dolu a všem zbývajícím přiřadte body od 02 do 98 podle osobního uvážení.“

Na první místo respondenti nejčastěji řadili lékaře, ti obdrželi 99 bodů od 42% dotázaných. Naopak poslední poslanci byli ze všech profesí nejčastěji řazeni na samé dno žebříčku, pouhý 1 bod jim přiřadilo 20% respondentů.

na zdravotní a ošetrovatelské péči o pacienty a jsou nedílnou součástí týmu. „Důvodem pro třetí pozici v žebříčku prestiže povolání je zcela jistě to, jak se sestry v posledních letech prezentují a jak se chovají k pacientům i samy k sobě. Vzdělávají se, snaží se bojovat o své ‚místo na slunci‘. Můžeme vycházet i z faktu, že od roku 2004 se o sestřích mnohem více mluví a veřejnosti se ukazuje jejich práce, znalosti a erudovanost,“ uzavřela Irena Kouřilová.

Filip Kút Citores

Deset nejprestižnějších povolání

1. Lékař	(průměr 89,1)
2. Vědec	(průměr 75,4)
3. Zdravotní sestra	(průměr 73,9)
4. Učitel na vysoké škole	(průměr 72,4)
5. Učitel na základní škole	(průměr 70,3)
6. Projektant	(průměr 61,7)
7. Soudce	(průměr 61,0)
8. Programátor	(průměr 60,8)
9. Soukromý zemědělec	(průměr 60,3)
10. Účetní	(průměr 54,1)

Největší „propadák“ od roku 2007: novinář (-8 příček), ministr (-7 příček), profesionální sportovec (-6 příček).

Převodu Bulovky na Prahu brání ekonomika nemocnice

(pokračování na strany 1) podfinancována, jsou veliké,“ poznamenal pro ČTK Svoboda.

Pomoci by mohl soukromý kapitál

Dlouhodobým zastáncem myšlenky převodu Bulovky na Prahu je i poslanec za ODS Boris Šťastný, který je současně šéfem magistrálního zdravotního výboru. Podle něj by se problém mohl vyřešit vstupem soukromého kapitálu prostřednictvím PPP projektu. Soukromník, který by se nyní odhodlal do nemocnice investo-

vat, by později ze zařízení dostával zisk. V současnosti je v Praze pět fakultních nemocnic, což je podle ministra zdravotnictví Leoše Hegeře (TOP 09) pro milionovou Prahu příliš. Ministerstvo proto připravilo plán na redukci počtu fakultních nemocnic v Praze. Tento status by měla ztratit právě FN Na Bulovce a dále Thomayerova nemocnice – stanou se z nich běžná zdravotnická zařízení. Podle pražského radního Petra Hulínského (ČSSD) je vznik metropolitní nemocnice nezbytný,

neboť je to prý jediný způsob jak Pražanům zajistit kvalitní a efektivní zdravotní péči. „Bulovka bezpochyby patří k nejdůležitějším zdravotnickým zařízením v Praze, svoje služby však neposkytuje pouze Pražanům, ale vzhledem k problémům jiných nemocnic také občanům oblasti Praha-východ. Počet jejich pacientů se navíc ještě zvýšil, když bylo ke konci června uzavřeno zdravotnické zařízení ve Vysočanech. Tím význam nemocnice ještě vzrostl,“ uvedl pro tiskovou agenturu Mediafax Hulínský, který je dle

svých slov připraven vznik pražské metropolitní nemocnice podporovat i přesto, že se nedomnívá, že by bylo v nejbližší době možné získat potřebné miliardy na nutné investice do areálu FN Na Bulovce.

Praha chce získat vliv na zdravotnictví

Na magistrátu už se o převodu Bulovky mluví řadu let. Radním vadí, že nemají možnost ovlivňovat pražské zdravotnictví, protože město nevlastní žádné velké zdravotnické zařízení, a to přesto, že v případě Bulovky vlastní řadu jejích budov a do jejich údržby investuje ročně desítky až stovky milionů. Další miliony, které za normálních okolností dodává do rozpočtu nemocnice minister-

stvo, by po převodu muselo platit město. Praha patří mezi bohaté metropole, ale investice ve výši 2-4 miliard korun, které by nemocnice podle primátora vyžadovala, není v jejích současných možnostech. Zájem města o převzetí Bulovky přesto trvá. „Pokud ovšem nebude vyřešena ekonomická situace zařízení, třeba i v nějakém dlouhodobějším horizontu, město v současné situaci nemůže říct: Ano, jsme schopni to převzít a vzít celé na sebe,“ dodal primátor Svoboda. Ministerstvo potvrdí převod Bulovky na město jen v případě, že Praha zajistí stabilizaci nemocnice a její další rozvoj. Pokud si ji město nepřevzme, stane se z ní běžná nemocnice v majetku státu, jen nebude fakultní. (fkc)

Lékárny podle metru? Proč?

Ministr na jedné straně vpuští do zdravotnictví trh, na druhé by ho chtěl vyhánět.

Myšlenkové pochody ministra zdravotnictví Leoše Hegera není vždy snadné pochopit. Usednuv ve vládě za pravicovou a halasně reformní TOP 09 vydobyl si v prvních měsících svého působení nejdříve pověst váhavce, ba i levicového elementu ve straně, jíž svými radikálními hesly o fiskálním asketismu vévodí ministr financí Miroslav Kalousek. Pak ovšem Heger během akce „Děkujeme, odcházíme“ prokázal nemalou dáv-

ku diplomatického talentu a navíc se i přes zdržení, jež mu protestující lékaři způsobili, stal největším vládním reformním bourákem. Připomeňme, že první fáze jeho reformy už se stihla z levicového senátu vrátit do sněmovny, kde bude znovu schválena, druhou fázi poslanci propustili do dalších čtení a třetí fáze už je ve stadiu dost konkrétního návrhu, který by prý měl do závěrečné fáze legislativního procesu, tedy schva-

lování v parlamentu, vlétnout před Vánoce. Takovou reformní bilanci se nemůže pochlibit žádný jiný ministr Nečasovy vlády.

Ministr na vitzitce

Ačkoli se Hegera stále drží pověst levicového ministra v pravicové vládě, jednou z vůdčích, ačkoli málokdy otevřeně přiznávaných myšlenek je-



Martin Čaban

ho reformy je alespoň dílčí uvolnění tržních sil uvnitř zdravotnictví. Legalizace plateb za nadstandard, posílení klientké role pacienta, lékové aukce, rozšíření pole pro konkurenční boj mezi zdravotními pojišťov-

namí. To vše jsou opatření, která – jakkoli i ona podléhají regulacím a dohledu – mají za cíl povolit uzdu tržním principům. Takže přese všechny pochyby lze dnes říci, že pravicová a reformní vláda si může druhdy vysmívaného Hegera s klidem vytisknout na vitzitky. Nebo ne?

Téměř bez výhrad to platilo zhruba do konce července. Pak ovšem ministr z nepochopitelných důvodů přišel s nápadem na regulaci lékáren. Připadá mu, že v Praze je jich moc, zatímco na venkově málo. Tam, kde lékárna vznikne, prý také vzniká tlak na spotřebu léků, lékárníci jsou spřaženi s lékaři a zdravotní pojišťovny tak v důsledku vydávají zbytečně mnoho peněz za předepsané léky. Má-li ministerstvo zdravotnictví sku-

tečně takové informace, bylo by logické, pokud by se rozhodlo proti podobné praxi zakročit, ať na základě obchodního práva nebo jiných právních nástrojů.

Exotická myšlenka

Jenže ono ne. Místo toho přichází Heger s nápadem, že určí minimální povinný geografický rozestup mezi jednotlivými lékárnami a v Praze bude vůbec zakázáno jakoukoli novou apatyku otevřít. Že se takový nápad zrodí v lékárnické komoře, v níž je zřejmě za ideál považován obraz „osobního“ lékárníka zhruba z konce 19. století a slovo řetězec je považováno za sprosté, lze pochopit. Těžko tu zřejmě vysvětlovat, že nebude-li zákazník spokojen se službou hypermarketové lékárny, nebude do ní chodit a navštíví „tradiční“ lékárnu na rohu. Kde se ale podobné ambice berou u reformního ministra, to se chápe těžko. Ve srovnání s jinými kroky ministerstva to pak vypadá, že Heger na jedné straně trh do zdravotnictví vpuští a na straně druhé ho zase vyhání, když vytyčuje perimetry, v nichž je povoleno podnikat.

Na rozdíl od reformních návrhů není exotická myšlenka úředníků s metrem, kteří určují, kde je lékárna prospěšná a kde už nikoli, dosud vtělena do zákona, takže Hegerově *image* zatím nestihla příliš ublížit. Mělo by u toho zůstat.

Nové vedení Bulovky slibuje ekonomickou stabilizaci

Prvního srpna byl do funkce ředitele FN Na Bulovce uveden Petr Zajíc. Úkol zní jasně – ekonomická stabilizace nemocnice za každou cenu.

Bulovka patří do skupiny nemocnic, které se dlouhodobě potýkají se špatným hospodařením a již v minulosti musela být oddlužována. Areál nemocnice přitom vyžaduje investice v řádech miliard korun. Takové množství peněz nemůže v době krize a všeobecných úspor uvolnit ani ministerstvo zdravotnictví, ani Magistrát hlavního města Prahy, který má o Bulovku eminentní zájem jakožto o budoucí metropolitní nemocnici.

Zajíc ve funkci nahrazuje Kateřinu Toběrnou, která byla odvolána 1. dubna. Podle ministerstva se jí sice podařilo nemocnici částečně stabilizovat, ale její působení na postu ředitelky bylo provázeno řadou nestandardních kroků, které prý nepříspěly ke „klidu v nemocnici“.

Dermatolog a současný předseda Sdružení ambulantních dermatologů ČR Petr Zajíc, který dříve působil ve funkci náměstka pro léčebnou péči v Městské nemocnici Ostrava, chce pokračovat v aplikaci stabilizačních opatření, rozvoji kvalitní zdravotní péče a podpoře vzdělávání zdravotníků. Úspěch může vystavět i na zkušenostech, které získal při svém působení v zahraničí, například v New Yorku, Minnesotě, Tel Avivu, Káhiře či ve Vídni.

„Důvěry, kterou mám od zřizovatele nemocnice, si velmi vážím a funkci ředitele přijímám s velkou pokorou, která odpovídá historii, velikosti a tradici tohoto špičkového zdravotnického zařízení,“ řekl po svém uvedení do funkce Zajíc.

(fkc)



ilustrační foto: Shutterstock

Spor v péči o pacienty vyššího věku

Krajská pobočka VZP v Liberci zaslala svým smluvním lékařům dopis, ve kterém varuje před trendem překračování nákladů na léčbu u starších pacientů s polymorbiditami. Rada Sdružení ambulantních specialistů (SAS) vyzývá své členy, aby neomezovali péči u těchto pacientů a nadále postupovali *lege artis*.

„Liberecká pobočka VZP vlastně ambulantní specialisty v dopise žádá, aby omezovali péči o své pacienty, zvláště staršího věku a s polymorbiditami,“ upozorňuje sdružení.

VZP hrozí zintenzivněním revizí

VZP argumentuje tím, že lékaři zvyšují čerpání zdrojů ze zdravotního pojištění kvůli nepatřičným indikacím v oblastech fyziatrie a rehabilitační péče. „Měkké

techniky rehabilitační péče jsou indikovány kvůli potížím vzniklým zanedbáváním péče pacienta o vlastní osobu, nedostatkem pohybu, nadváhou a nesprávným životním a pracovním stylem. Bolestivé stavy pak způsobují tlak pacientů na vysokou preskripci analgetik, nesteroidních antirevmatik a podobně,“ uvádí ředitel odboru zdravotní péče liberecké VZP Ivan Týče. Podobně si VZP stěžuje na vysokou preskripci domácí péče či dopravní zdravotní

služby, které suplují sociální péči. Na závěr ředitel Týče uvádí, že pokud lékaři své náklady nepřestanou zvyšovat, pojišťovna „výrazně zintenzivní a zpřísní revizní činnost“.

Ambulantní specialisté takový postup považují za snahu VZP přesunout odpovědnost ve financování zdravotní péče na lékaře a zásadně ji odmítají. Pojišťovně Rada SAS doporučila, aby tyto problémy řešila zlepšením komunikace se svými klienty.

(klu)

Nemocnice Kyjov má kvůli podvodům s léky nový software

Počítačový program umožní v kyjovské nemocnici sledovat pohyb léků, zdravotnického materiálu i recepty. Software má zabránit hlavně případům zneužití lékových receptů.

Pozorní pacienti

Zavedením nového kontrolního systému management nemocnice reaguje na nedávné odhalení případu, kdy dva externí lékaři údajně předepisovali falešné recepty na jména pacientů, kteří napsané léky nikdy neužívali. Na pravděpodobnou manipulaci s léky upozornila jedna z pacientek, která při kontrole svého přehledu pojištění zjistila, že lékaři na její jméno vykážali léky, které nikdy neužívala.

Pochybnosti o hospodárnosti zazněly také z úst ředitelova náměstka Jindřicha Plevy. „Nemocnice v prvním kvartálu roku 2010 utratila za léky a zdravotnický materiál 17 milionů korun. Letos to bylo za stejnou část roku 21 milionů korun. Proč vznikl čtyřmiliónový nárůst při stejných výkonech? Asi nejspíš nekázní lidí, nikdo to nehlídá, nenastavuje limity,“ řekl Pleva v květnu. Kyjovská nemocnice pak všechny pojišťovny požádala o prověření evidence.

Obvinění lékaři z pohotovosti

Z machinací jsou nyní podezřelí dva lékaři, kteří pracovali na pohotovosti ve Veselí nad Moravou. „Ukázalo se, že bez vědomí pacientů předepisovali na jejich jména a na recepty nemocnice drahé léky, především antibiotika,“ uvedl ředitel nemocnice Josef Pejchl. Zda léčiva vyzvedávali z lékáren a dál s nimi obchodovali samotní lékaři, nebo byli do údajných podvodů zapojeni také lékárníci, nyní pro-

věřuje policie. Nemocnice s lékaři ukončila spolupráci a hrozí jim obvinění z podvodu.

Jak bude software fungovat?

Program umožní zavést plně digitální objednávkový systém ve skladech zdravotnického materiálu. Informace bude předávat ekonomickému softwaru, s nímž pracují nemocniční manažeři. „Budeme mít přesný přehled o vydaných receptech a léčích,“ vysvětlil ře-



Ilustrace: foto: asipdoctor.com

ditel Pejchl. Nový systém již podle něj funguje na prvních odděleních – plicním, ortopedickém, urologickém, ušním, nosním, krčním, anesteziologii a resuscitaci. Na dalších pracovištích se bude zavádět.

(klu, ČTK)

Z dluhů pomůže karlovarské nemocnici nový ředitel

Karlovarská krajská nemocnice bude mít od září nové vedení. Odstupujícího krizového manažera Zdeňka Horáka nahradí bývalý ředitel Krajské nemocnice Liberec Luděk Nečesaný. Jde již o pátou změnu na ředitelském postu za poslední čtyři roky. Lékařské odbory považují tak časté střídání za nekonceptní.

Z vedení Karlovarské nemocnice, která se dlouhodobě pohybuje v červených číslech, odstoupí na přání nově příchozího ředitele většina krajských politiků, nahradit je mají odborníci. Nečesaný si na podzim přivede bývalé kolegy z liberecké nemocnice, kterou sice podle karlovarských politiků dokázal finančně vyrovnat, přesto z jejího vedení na jaře letošního roku odešel. Neshody měl právě s politiky libereckého kraje. Komplikovaný byl i samotný odchod Nečesaného. Současné vedení li-

berecké nemocnice a tamní odbory bývalému řediteli vyčítají hlavně třímiliónové odstupné, které si odsud odnesl.

Stále bez koncepce

Odházející generální ředitel podle svých slov předává nemocnici s dobrým pocitem, že splnil zadání vedení kraje. To po něm požadovalo ztrátu nižší než předloňských 53 milionů, tomu Horák loni s dluhem 29,5 milionu dostal. Příznivě se podle něj vyvíjí i letošní rok, kdy nemocnice uza-

vřela pololetí se ztrátou 11,7 milionu. Loni v pololetí to bylo minus 25 milionů.

V karlovarské nemocnici si od nového vedení slibují zvládnutí rok běžících tendrů na nákup magnetické rezonance a postelí, úspěšnou dostavbu budovy centrálního příjmu a především vyrovnání celkového hospodaření nemocnice. Přesto však zdejší lékařské odbory ústy svého předsedy Martina Beránka zatím stále postrádají koncepci do budoucna.

(klu)

V Olomouci čelí ředitel FN obvinění kvůli veřejným zakázkám

„Policisté navrhli obžalovat ředitele Fakultní nemocnice Olomouc Radomíra Maráčka. Je obviněn ze tří trestných činů kvůli veřejným zakázkám,“ řekl mluvčí Útvaru pro odhalování korupce a finanční kriminality Roman Skřepek.

Ředitel olomoucké nemocnice byl obviněn z trestných činů porušování závazných pravidel hospodářského styku, pletich při veřejné soutěži a veřejné dražbě a porušování povinnosti při správě cizího majetku. Policisté, kteří trestní stíhání zahájili letos v únoru, poslali koncem července krajskému státnímu zástupci návrh na podání obžaloby. Rozhodnutí podle státního zástupce padne do 30 dnů.

FN zatím řídí statutární zástupce

Podle policie ředitel uzavíral pro nemocnici nevýhodné smlouvy na pronájem automobilů. U zakázek za desítky milionů korun nezveřej-

nil výzvy k podání nabídek s tím, že jde o modernizaci, přičemž policie zjistila, že šlo o nákup nových přístrojů. Ředitel údajně obešel zákon i při uzavírání smluv na audity a poradenství. Škoda, kterou tyto aktivity způsobily, dosáhla zhruba deseti milionů korun. Pokud se obvinění prokáže, hrozí mu až osm let vězení.

Nemocnici v současnosti řídí statutární zástupce. „Na běžný chod zařízení tento stav žádný vliv nemá. Situace je však samozřejmě nepříjemná. Věříme, že to pro ředitele Maráčka i pro fakultní nemocnici skončí dobře,“ uvedl mluvčí FN Olomouc Egon Havrant.

(klu, ČTK)

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 zkusobně 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 návrhovou 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)

Média se snaží vyvolat v pacientech nedůvěru v lékárníky

O limitech konkurenčního boje mezi lékárnami, mediálním zpochybňování odborné kompetence farmaceutů a úskalích elektronických aukcí i generické preskripce jsme hovořili s předsedou představenstva Grémia majitelů lékáren **Mgr. Markem Hampelem**.

Rozruch nedávno vzbudil útok lékárenského řetězce Dr. Max na takzvanou malou reformu zdravotnictví, respektive na pasáž týkající se zákazu poskytování slev a bonusů u hrazených léků, která podle nich zamezuje konkurenci mezi lékárnami. Vy jste se proti této interpretaci ohradili. Proč?

Jsem totiž přesvědčen, že konkurence mezi lékárnami by měla fungovat v jiném sortimentu, než jsou léky na lékařský předpis, tedy hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Do tohoto systému přispíváme jako občané ze zákona všichni stejným dílem, proto bychom z něj měli za stejných podmínek také všichni čerpat. Pacienti, kteří z nejrůznějších důvodů nemohou navštívit lékárnou, jež právě poskytuje slevy na léky na předpis, jsou takovým systémem znevýhodněni. Představte si pacienta, který žije na malém městě, kde existuje jedna, maximálně dvě lékárny. Aby našel lékárnou, jež poskytuje slevy, musel by objíždět kdovíkolik okolních měst. To je pro naprostou většinu pacientů nepřijatelné.

Navíc se v oblasti léčiv jedná o veřejné prostředky, jejichž vynakládání je regulováno několikrát způsobem: na úrovni ministerstva zdravotnictví stanovením maximální obchodní přírážky u ceny léků, na úrovni Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) stanovením výše úhrady léků z veřejného zdravotního pojištění, na úrovni výrobních firem a zdravotních pojišťoven stanovením dohodnuté nejvyšší prodejní ceny léků a v neposlední řadě na úrovni SÚKL stanovením maximální ceny léků. Proto je možné a žádoucí problematiku konkurence v oblasti léků na předpis řešit na úrovni regulátorů a ne na úrovni zdravotnického zařízení.

Tvrdíte, že pacienti preferují raději jednoduchost systému, kdy nemusejí „obíhat lékárny s receptem a hledat nejvýhodnější cenu“. Lidé ale současně mají hluboko do kapsy a obvykle vy-

užívají jakékoli možnosti úspor. Kde tedy berete tu jistotu?

Z mnohaletých a dennodenních zkušeností při výdeji léků za tárou. K obíhání lékáren jsou pacienti systémem donuceni. Říkám ještě jednou, konkurovat by si lékárny měly kvalitou svých odborných a dalších služeb, případně v cenách doplňkového sortimentu. Ne ale ve výši doplatků při výdeji léků na předpis, tedy hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

Viceprezident Svazu pacientů ČR Josef Mrázek vydal za svaz prohlášení, prostřednictvím kterého se připojuje ke kritice řetězce Dr. Max a tvrdí, že zakazování slev a výhod poskytovaných za použití prostředků, „do kterých pojišťovně nic není“, je v rozporu s naším právním řádem. Jak si vysvětlujete tuto diskrepanci mezi výsledky průzkumů a postojem Svazu pacientů ČR?

Tomu také nerozumím. Očekával bych, že Svaz pacientů ČR bude hájit zájmy všech pacientů v naší zemi a ne jen těch, kteří mají bonusovou kartičku řetězce Dr. Max.

Grémium majitelů lékáren reagovalo i na zveřejněné výsledky testu lékáren deníku Dnes. Kritizovali jste především senzacechtivost textu, který mohl vyvést pacienty a snížit jejich důvěru v profesionalitu lékárníků. Zaznamenali jste v této souvislosti nějaké změny přístupu pacientů při výdeji léků?

Ne, nic takového jsme ani já, ani kolegové lékárníci (pokud vím) zatím nezaznamenali. Předpokládám, že veřejnost se už naučila brát „senzační zprávy z novin“ s rezervou.

Příjmy z DPH by neměly jít jen na důchodovou reformu
Národní ekonomická rada vlády představila doporučení změny systému zdravotnictví, která by

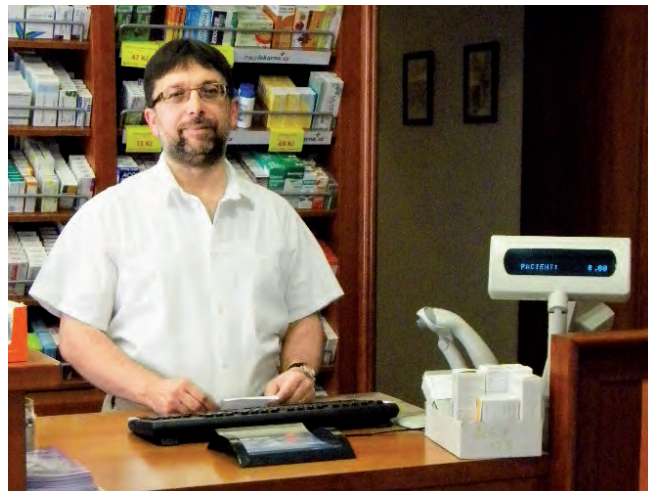


Foto: archiv Mgr. Marka Hampele

měla zajistit udržitelné financování našeho zdravotnictví. Změny se samozřejmě dotknou i léků u lékáren – elektronická preskripce, generická preskripce, kategorizace výkonů lékárníka a tak dále. Jak byste tyto návrhy okomentoval z pozice majitele lékárníky?

Pokud vím, připravované změny budou tak široké, že vyjádřit se k nim v rozsahu tohoto rozhovoru prakticky není možné, na to bychom potřebovali jedno celé číslo vašich novin. Snad jen poznámka ke kategorizaci výkonů lékárníků: Tento systém se v žádné zemi, kde se jej pokusili realizovat, nestal výrazným zdrojem příjmů lékáren a představuje maximálně 3-5 procent z nich. Ekonomika lékáren na něm nemůže být postavena.

Jak hodnotíte aktuálně schválené změny DPH, tedy sníženou 14procentní sazbu a budoucí sjednocení sazby na 17,5 procenta?

Lékárny jsou plátcí DPH a vybranou daň odvedou státu. Pro provozovatele lékáren je v této souvislosti důležité, že byla přijata novela zákona číslo 48/1997, o veřejném zdravotním pojištění. Ta totiž tuto záležitost řeší pomocí takzvané jádrové úhrady, která pacientům zaručuje vždy alespoň jeden plně hrazený lék v každé skupině.

Za nutné dále považuji prosadit, aby alespoň zvýšené příjmy státu z DPH u léčiv nešly jen na reformu důchodů, ale aby byly zvýšeny například platby za státní pojištění tak, aby byly kompenzovány zvýšené výdaje zdravotních pojišťoven. Tím pádem nebudou vytvářeny zbytečné výjimky v systému a přitom bude zajištěno, že daňový výnos z léčiv bude vrácen do fondů zdravotního pojištění.

O změnách se málo diskutuje

Jak byste hodnotil dosavadní reformní počínání ministra zdravotnictví Leoše Hegera?

Z pohledu provozovatelů lékáren bylo přijetí novely zákona o veřejném zdravotním pojištění v červnu letošního roku krokem správným směrem. Pokud bude legislativní proces dokončen, vyřeší se touto novelou řada problémů, které provozovatele trápily doslova léta: problém zpětné platnosti seznamu hrazených léčiv, zavedení „jádrové“ úhrady, tedy možnost administrativního zásahu bez vyvolání několika tisíc správních řízení o stanovení úhrady léčiv například změnou sazby DPH, zpřesnění a zpřísnění pokut za nekalé soutěžní praktiky na lékárenském trhu, zajištění přístupu zdravotních pojišťoven do Centrálního

úložiště elektronických receptů pro kontrolní činnost nebo zjednodušení a zpřehlednění cenotvorby léků.

Co v současné době nejvíce trápí majitele lékáren?

Stále zůstávají z pohledu provozovatelů lékáren nedořešené podmínky realizace elektronických aukcí. Podle našich zkušeností musejí být aukce doprovázeny centrální evidencí v Česku skutečně vydaných léčiv. Jinak totiž hrozí, že léky s cenami vysoutěženými v naší zemi ve skutečnosti skončí po reexportu v cizině. Přesně to se totiž stalo i v jiných zemích. Stejně tak bychom považovali za ukvapené a v konečných důsledcích poškozující obor lékárenství, kdyby zde měl být zaveden systém odměňování lékáren založený na takzvaných výkonech lékárenské péče. Jediná země v EU, která tento systém zavedla, je dnes Belgie. Odhodlala se k tomuto experimentu po několikaletých diskusích v rámci lékárenské veřejnosti, provozovatelů lékáren a politiků. U nás zatím podobná diskuse nejen neprobíhá, ale nebyla ani avizována. Přesto víme, že existují zájmové skupiny, které by co nejrychlejší realizaci výkonného systému uvítaly, pokud možno bez zmíněné široké a důkladné diskuse všech zainteresovaných.

A třetí spornou otázkou v rámci lékárenské péče je pro provozovatele lékáren systém generické preskripce, o jehož zavedení od ledna 2012 ministerstvo zdravotnictví uvažuje. Ani o této otázce neproběhla téměř žádná odborná diskuse. Lékaři se od samého začátku staví ostře proti. Navíc jsme v současné době svědky rozbíhající se mediální kampaně, která má v očích široké veřejnosti zpochybnit odbornou kompetenci nás, lékárníků a lékárenského personálu. Nemusím být žádným mediálním analytikem, abych pochopil, že cílem má být vyvolat v pacientech nedůvěru v lékárníky a vyprovokovat pacienty k tomu, aby se sami postavili proti zavedení systému generické preskripce. Přitom nikdo nemůže zpochybnit fakt, že generická preskripce standardně funguje v řadě evropských zemí, například v Belgii, Španělsku či Velké Británii, a to bez jakéhokoliv zpochybnění a hlavně k plné spokojenosti pacientů. Ručím za to, že čeští lékárníci jsou stejně fundovaní jako kolegové ve zmíněných zemích EU.

Odmítám komerci v medicíně, je nehumánní a asociální

Ambulantní lékař **MUDr. Lubomír Berka, CSc.**, ve své ordinaci pro kardiovaskulární choroby a diabetes v Jindřichově Hradci hodnotí postavení současné kardiologické ambulantní sféry.

Byla kardiologie vaší první volbou?

Ano, byla to moje první volba a zcela jednoznačné zaměření. Nevím přesně proč. Snad to byla fascinace nepřetržitě aktivním systémem podmiňujícím funkci a výkonnost celého organismu. Mnohé parametry jeho funkce byly a jsou snadno dostupné. Mnohé souvislosti se mi však poodhalují jen pozvolna. Po 44 letech praxe a po jistém stupni zvládnutí řady nových metod mne kardiologie zajímá i těší čím dál tím více. Stále bylo a je co se učit a stále se odkrývají nové, dříve nepostřehnuté funkční souvislosti spolupodmiňující například úspěšnost léčby.

Na co konkrétně se ve své ordinaci specializujete?

Zajímají mne všechny neinvazivní metody poskytující co nejpřesnější obraz o funkčním stavu kardiovaskulárního systému v celé jeho proměnlivosti v průběhu dne, noci i celého života. Snažíme se zvládnout jak metody zobrazovací (příkladem je využití ultrazvuku), tak i diagnostiku funkce v přirozených podmínkách vyšetřovaného, jako jsou ambulantní metody hodnocení srdeční činnosti, krevního tlaku a nyní i energetického výdeje. Dovolte poznamenat, že v době mého studia nám na fakultě žádnou z těchto metod nepřednášeli, natožpak aby byla dostupná k rutinnímu využití maloměstským pracovištím.

S jakými problémy nejčastěji přicházejí vaši pacienti?

Jsou to především pocity nevykonnosti, dušnosti, bolestí na hrudi, pocity změněné funkce srdce a cév, a to vše ve dne, v noci, po různé zátěži i v klidu. Část činnosti pracoviště představuje posuzování pacientů co do schopnosti k operacím, k různým úkonům, pro Správu sociálního zabezpečení... V těchto případech pacienti většinou trápí touhu dostat rentu, životní pojistku a podobně. Významná část našich pacientů s chorobami srdce a cév má poru-



Foto: archiv MUDr. Lubomíra Berky

chu metabolismu cukrů nebo již vysloveně rozvinutou cukrovku. Proto jsme v roce 2008 po značně komplikovaných jednáních s pojišťovny a krajským úřadem vytvořili s kolegyněmi diabetologkami - pravděpodobně jako první nestátní zdravotnické zařízení v republice - skupinovou lékařskou praxi zaměřenou na komplexní péči o nemocné s kardiovaskulárními chorobami a diabetem. Tuto změnu jsme promítli i do názvu naší ordinace a v pozměněné formě též do názvu domény naší webové prezentace.

Jakou roli hraje v kardiologii prevence?

Teoreticky a akademicky velkou. V praxi však velmi proměnlivou, podle motivace a zájmu dotyčného subjektu. Na základě celoživotních zkušeností a s přihlédnutím k současným celospolečenským poměrům se v našem zdravotnickém zařízení věnujeme především prevenci sekundární, a to jak u kardiaků, tak u diabetiků. O primární prevenci se pokoušíme především u příbuzných našich pacientů a u osob, které mají v příbuzenstvu vážné komplikace kardiovaskulárních

chorob a z tohoto důvodu samy konzultují svůj vlastní zdravotní stav a životní styl.

Zaujalo mě, že provádíte také stanovování biologického věku. Jací pacienti takové vyšetření vyžadují?

Toto vyšetření provádíme již několik let, a to dvěma nezávislými metodami. V prvním případě se jedná o hodnocení stavu tuhosti tepenného systému. Druhá metoda slouží k posouzení potenciálu vůči neovlivnitelného nervového systému. Oba parametry se mění s věkem a oba významně ovlivňují celkový životní styl člověka.

Praxe prokázala, že pro pacienty i pro jejich lékaře je srozumitelným a často též motivujícím údajem vyjádření biologických parametrů (či - chcete-li - aktuálního biologického potenciálu) číslovkou analogickou kalendářnímu věku. Téměř každý ihned pochopí, co asi tento údaj může znamenat právě pro něj. Tato analogie má své určité teoretické problémy. Vyžaduje stanovení norem a interpretační znalosti příčin možné nespolehlivosti výroku. Obojí máme k dispozici a máme doklady o tom, že obě

metody pro praxi našeho typu vyhovují. Zájemců o vyšetření je mnoho. Jejich počet však redukuje zjištění, že vyšetření na vlastní žádost toho času nelze účtovat pojišťovně. Doposud zmíněné metody tvořily součást diagnostického komplexu a prováděli jsme je jen z naší, lékařské indikace - zvláště diabetikům, osobám s vysokým krevním tlakem a po srdečním infarktu.

Jaké jsou současné trendy v ambulantní kardiologii?

Mnoho let jsem byl předsedou Sdružení ambulantních kardiologů ČR a desetiletí také členem výboru České kardiologické společnosti, takže tuto problematiku sleduji nepřetržitě. Existenční prostor medicíny stále více vyplňuje komerce. Je tendence udělat z pacienta, který má zákonné právo na péči o zdraví, klienta, který snad bude mít právo koupit si to, co mu bude nabízeno, za trvale se zvyšující ceny a s pochybnou možností kontroly kvality. Je to nehumánní až asociální přístup a jako takový se dříve či později musí dostat do pozadí. Komerce totiž vědomě počítá s tím, že pacient má jasno ve svých požadavcích, zvláště když mu k tomu „vhodně“ napomáhá reklama. Pacient je pak schopen své požadavky prosazovat i dosti razantně. Málokdy však zná podstatné údaje o skutečných potřebách, které navíc mohou být v průběhu života značně proměnlivé. Cenu těchto údajů však znají obchodníci, a proto jsou bezpečná jen ta patientská data, která nejsou v žádných informačních systémech.

A tak to funguje i v ambulantní kardiologii?

Ano. V posledních letech vzniká dojem, jako by kardiologie byla výhradně oborem, který podle potřeby tu profoukne, tu nahradí srdeční cévu, vymění chlopu, případně zavede srdeční stimulátor či defibrilátor. Pak jednou nebo vícekrát zkontroluje chování materiálu ve vašem těle a vaší povinností je být fit. Nějak v pozadí zůstává fakt, že významná

část nemocných - a někdy mladých - zemře příliš rychle, než se jim dostane oné pomoci. Některá pracoviště „zapomenou“ nemocného informovat, že po zákroku v kardiocentru obtíže sice většinou rychle ustoupí, pacient však není „zdráv“ a základní choroba v skrytu působí dále. Také nemocný s umělou chlopní, kardiostimulátorem či defibrilátorem není „zdráv“, ani když přístroje fungují normálně. Tito nemocní však tvoří jen menší část ambulantních pacientů. Větší část tvoří ti, kteří v kardiocentrech nikdy nebyli a při náležitě péči by je snad ani neměli potřebovat.

O jaké případy jde?

Jde o nemocné, pro jejichž uváděné obtíže neexistuje jednoduché vysvětlení. Stále větší podíl také tvoří ti, co mají z hospitalizace odkaz na ambulantní dovyšetření. V řadě případů léky doporučené při propouštění z nemocnice nevyhovují v domácích, proti nemocnici odlišných podmínkách. Dále je tu intenzivní léčba polymorbidního nemocného v oborech pneumologie, revmatologie či gastroenterologie, která někdy vytváří nepříznivou kardiovaskulární odezvu. Nedostatečná účinnost léčby chorob srdce a cév - kromě tradiční nedostatečné spolupráce nemocného - je často podmíněna tím, že pacient je u lékaře v ordinaci většinou pár minut dopoledne či po poledni. Den však má 24 hodin a v každé z nich je člověk vystaven jiným vlivům. Další mimořádně závažnou a pro systém finančně náročnou skutečností je fakt, že citlivost pacientů na různé péči je až řádově odlišná. Přesto řada léčebných doktrín velí užívat určitou dávku stanovenou ve studiích, provedených však vždy výhradně na zvláště vybraných osobách. Nemocný je tak přece „moderně léčen“, ale důsledky pro něj (přes vynaložené náklady) nemusejí být optimální. Toto všechno jsou zdroje pacientů pro ambulantní kardiologické ordinace. Při tom všem by měl zkušený specialista také umět rozpoznat, kdy je pro nemocného prospěšné jej neléčit anebo mu omezovat počet procedur a podávaných chemikálií.

Je tedy zřejmé, že vedle efektivní a nepochybně život zachraňující léčby správně soustředěné do kardiocenter existuje další druh zdravotní péče, jejíž chloubovou by mělo být, že má předpoklady významně omezovat klientelu vyžadující péči právě těchto specializovaných pracovišť.

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

Všechny metody, které jsme postupně zaváděli, jsme v indikovaných případech prováděli ve smluvním vztahu s pojišťovnami. V minulosti jsme nezaváděli metody přímo placené pacientem.

Ano, v současnosti máme vážné problémy s úhradami zdravotní péče. Jak k nim došlo? Po vytunelování a následném zániku nemocnice v Dačicích v roce 2008 totiž začal pozvolna narůstat tlak vážně nemocných kardiaků a diabetiků na naše zdravotnické zařízení v Jindřichově Hradci. Pojišťovně ani krajskému úřadu se předtím po dva roky nedařilo v uvedeném místě zajistit odbornou péči. Počet a naléhavost případů nám po-

stupně začaly rozvracet objednávací systém. Na naléhání náměstkyne hejtmána, starosty města Dačice a dalších subjektů jsme po absolvování výběrového řízení, po složitých jednáních a částečně i pod dojmem množství slibů na podporu a pomoc otevřeli v roce 2009 v Dačicích detašované pracoviště. Vybavili jsme je rovnocenně s kmenovým pracovištěm a vedle dvou dojíždějících lékařů, dělicích činnost mezi tato dvě 47 km vzdálená pracoviště, tam na plný úvazek pracovala i perspektivní lékařka-diabetoložka. Pacienti jásali, ne tak VZP. V posledních 8 měsících významný objem mého volného času zabírají neustálé analýzy a zdůvodňování nárůstu nákladů. Mimořádnost naší situace s neobvyklou koncentrací nově se přihlašujících, vážně nemocných pacientů s nedostatečným efektem dosa- vadní léčby, většinou bez náležitých klinických i laboratorních kontrol, jedna z pojišťoven prostě nebere v úvahu. „Ne-pečování“ v minulosti sice pro pacienty i politiky bylo nebezpečné, nestálo však bezprostředně skoro žádná peníze. „Ne-péče“, kterou záhy přikryje zem, přijde to-

tiž lacino a na daních se to zas tak moc nepozná, řečeno v duchu dnešní doby.

Existují proti takové situaci nějaké zbraně?

Právní i ekonomičtí konzultanti mi navrhnou řešení sporu prostředky běžnými v této době, neboť připravenou argumentaci na rozdíl od úředníků pojišťovny považují za průkaznou. Další etapa sporu, tentokrát již vedená profesionály, a jeho detailní zveřejnění zřejmě budou nezbytné. Nemocní si totiž chodí pro vyšetření a léčení, ale to u kardiaků a diabetiků opravdu není laciné. A řešit problémy pojišťovny sankcemi lékařů pečujících právě o tuto skupinu nemocných přece nemůže být oprávněné.

Tím však naše problémy nekončí. Pracoviště jsme otevřeli a vybavili podle vynuceného příslibu tak, jak je tomu v Jindřichově Hradci, tedy na venkovské poměry výborně. Drahá technika však není naplno využita. Zajímavá práce, nabídky vysokého platu (viz například www.cedika.cz), byt a přírodní krásy v okolí zřejmě nejsou dostatečným argumentem k obsazení dvou volných lékařských

míst. Při přerušení práce mladé lékařky nebude možné ordinaci udržet, a tak koncem prázdnin zřejmě zanikne. Výhled na nástupce za sebe nyní také nemám, takže nedostatkem problémů netrpím. Jsem však optimista a výsledky snad jsou vidět.

Existuje vůbec ideální přístup?

Ambulantní kardiolog by měl být vzdělán a vybaven tak, aby byl schopen co nejpřesněji posoudit strukturální i funkční stav kardiiovaskulárního systému a jeho vliv na celkový zdravotní stav pacienta od útlého mládí až do pozdního stáří. Posuzování by se mělo dít v podmínkách co nejbližších skutečnému životnímu stylu pacienta. Tedy nejen v umělém prostředí ordinací či klinik, ale také v jeho přirozených životních či pracovních podmínkách. Měl by umět poradit i pomoci nemocnému, u kterého uvedené korekční zákroky ještě nejsou nutné. Měl by umět rozpoznat včas, kdy je opravdu nezbytná nemocniční péče. V případech, kdy invazivní zákroky nejsou možné nebo nejsou dostatečně účinné, by měl vědět, že nemocný není nutně „odepsaný“.

S jistou radostí mohu konstatovat, že v mnoha podobných případech se nám s pacientem podařilo vytvořit nový rovnovážný stav, v němž se dlouhodobě cítí spokojen a navíc se naučil vážit si života. Ani zkušená a dobře vybavená ambulantní kardiologové však nezmohou nic, pokud se pacient nedostaví ke konzultacím včas, nehodlá na své léčbě spolupracovat v potřebném rozsahu a zdravotní pojišťovny se navíc chovají, jako by takovou péči měli kardiologové v ambulancích či kardiocentrech sponzorovat ze svých zdrojů...

Toto by podle mých zkušeností měl být trend ambulantní kardiologie a k takové činnosti jsme postupně přizpůsobili vybavu našeho pracoviště. Pokud se k uvedenému ještě podaří účelně spolupracovat s internisty, praktickými lékaři i zmíněnými kardiocentre a budou k tomu vytvořeny systémové předpoklady, pak z tohoto pohledu nebude nějakou dobou potřebná další reforma zdravotnictví. V takových souvislostech vidím poslání ambulantní kardiologie a k takové činnosti hledám spolupracovníky.

Petra Klusáková

Inzerce A111011436

Kam pro výhodný úvěr?

Úvěr Artesa je nejjednodušší cestou k získání dotace z evropských fondů

- * rychlé zpracování
- * ručení nemovitostí
- * úvěry od 2 miliónů korun

*** artesa**

INVESTUJTE VÝHODNĚ A S GARANCÍ

Artesa, spořitelní družstvo
tel.: 221 015 108

uver@artesa.cz
www.artesa.cz



Slovenské odbory a ministerstvo ve sporu kvůli akciovkám

Slovenský ministr zdravotnictví Ivan Uhliarik odmítá ustoupit nespokojeným lékařům, kteří kvůli podmínkám panujícím v tamním zdravotnictví hrozí podáním výpovědi.

Lékaři upozorňují nejen na své nízké platové ohodnocení, ale požadují rovněž zrealnění plateb zdravotních pojišťoven nebo zastavení transformace nemocnic na akciové společnosti.

Dialog pro dialog

„Odmítám jakékoli vydírání či nátlak ze strany nějaké organizace, která říká, že neustoupí ze svých požadavků,“ prohlásil ministr Uhliarik. Podle lékařských odborů je připraveno podat výpověď asi 3250 zdravotníků. Vzhledem k tomu, že akce, jejímž předsobrazem se stala česká kampaň „Děkujeme, odcházíme“, stále probíhá, zatím není možné říci, kolik lékařů nakonec skutečně své zaměstnání opustí. Zdravotníci na stav v resortu v minulosti již několikrát upozorňovali nejrůznějšími protest-

ními akcemi. „Nechceme vést dialog pro dialog, zatímco druhá strana pokračuje v přípravě transformace. Do jednání vstupujeme s tím, že naše požadavky tvoří jeden komplex. Nemíníme se spokojit se splněním dvou tří požadavků výměnou za tichý souhlas s transformací,“ uvedl předseda Lékařského odborového združení Marian Kollár.

Spor o platy

Právě změna právní formy nemocnic, kterou již schválil parlament a jež by měla proběhnout do konce letošního roku, se stala jedním z hlavních bodů sporu mezi lékaři a ministerstvem zdravotnictví. Ostrou kritiku si Ivan Uhliarik vysloužil, když prohlásil, že lékaři v akciových společnostech vydělávají až o 400 eur měsíčně více než jejich kole-

gové z příspěvkových organizací. „Není pravda, že lékař z akciové společnosti vydělává o 400 eur více, za první čtvrtletí roku 2011 činil rozdíl 20 eur. Ministr navíc klame veřejnost i v případě sester, které mají v akciovkách nižší mzdy než ve fakultních nemocnicích,“ tvrdí předseda Slovenského odborového svazu Anton Szalay, který se opírá o údaje Národního centra zdravotnických informací.

Podle výroků ministra Uhliarika vydělává sestra v transformované nemocnici o 100 eur více než v ostatních zdravotnických zařízeních. Podle odborů ovšem průměrný plat sester v akciovce dosahuje 743 eur a v příspěvkové organizaci 839 eur (tedy o 96 eur více), mzda porodních asistentek je v akciových společnostech nižší dokonce až o 180 eur.

Není to všelék

Na skutečnost, že čísla prezentovaná ministerstvem zdravotnictví se neshodují s realitou, upozornilo Lékařské odborové združení. „Když ministr uveřejnil, že lékaři v akciovkách mají platy vyšší než 2 tisíce eur, měl jsem několik desítek telefonátů od zaměstnanců těchto nemocnic, kteří se ptali, kdo takové platy má, protože jejich jsou o mnoho nižší,“ říká Marián Kollár.

Lékaři nicméně v kritice transformace nemocnic nezůstávají osamoceni – kritizují ji i odborníci z jiných oblastí, včetně ekonomie. „Ministr stále předkládá transformaci nemocnic jako jakýsi všelék, my však jeho názor nesdílíme,“ potvrzuje Anton Szalay. Za pravdu mu dávají i lékaři, kteří již v akciovkách pracují. „Jsou to demagogická tvrzení,

že v současnosti je všechno špatně a že po transformaci bude na jednou vše v pořádku a zvýší se platy. Pracuji jako lékařka v zařízení, které již transformací prošlo, a tak sama vidím, že samotná přeměna není žádný všelék. Dluh nemocnic bude růst i po transformaci, jediné že by ministerstvo mělo připravenou nějakou verzi, která bude fungovat,“ uvedla pro deník Pravda Zuzana Krajňáková.

Ivan Uhliarik však za přeměnu nemocnic i svými výroky o platech zdravotníků stojí. Podle tiskové mluvčí resortu Kataríny Zollerové úřad rovněž vycházel ze statistik Národního centra zdravotnických informací, rozdíl vysvětlila odlišnou metodikou přepočtu údajů. „Data jsou stejná, odbory je však přepočítaly a upravily nám známou metodikou,“ uvedla Zollerová. To ovšem svaz popírá.

(Zdroje: Pravda, ČTK)

Květa Havlová

Důležitá role univerzitní nemocnice v Oslu

Klíčovou roli při záchraně životů obětí výbuchu bomby v norském hlavním městě a následné střelby na ostrově Utøya na konci července sehrála univerzitní nemocnice v Oslu.

Vedení nemocnice, jež patří k největším v celé Skandinávii, bezprostředně po tragédii zveřejnilo informace, podle nichž bylo 22. července do tohoto zařízení převezeno celkem 32 zraněných, z toho 19 osob se nalézalo v kritickém sta-

vu. Šest kriticky nemocných bylo do univerzitní nemocnice přepraveno po explozi bomby v centru Osla a třináct závažně poraněných pacientů bylo transportováno z ostrova Utøya po střelbě pravicového extrémisty. Dvacet osm přípa-

dů si vyžádalo delší léčbu, jeden z postižených, kteří byli dopraveni do univerzitní nemocnice hlavního města, zemřel.

V noci po tragickém pátku navštívil univerzitní nemocnici i norský premiér Jens Stoltenberg, který chtěl osobně podpořit zdravotnický personál pracující s mimořádným nasazením a zároveň spoluprožíval nezměrnou tragédii v životě Norů s rodinnými příslušníky obětí. V nemocnici působilo v inkriminovaných dnech po tragédii rovněž množství dobrovolníků.

Dvacetitisícový kolos

Univerzitní nemocnice v Oslu (UN) sehrává klíčovou úlohu pro celé Norsko i v klidnějších chvílích. V roce 2009 vznikla sloučením tří univerzitních ústavů a v současné době zajišťuje pro celý stát z 50 % vzdělávání zdravotníků, lékařský výzkum i maximum úkolů vyplývajících z urgentní péče a vysoce specializované činnos-

ti v oblasti léčby. Roční rozpočet tohoto mamutího zdravotnického zařízení činí přes 17 miliard norských korun (NOK), v posledním

období se v jejím hospodaření objevil záporný schodek ve výši 97 milionů NOK. Nemocnice působí nejen v Oslu, ale i v dalších čtyřiceti lokalitách, počet jejích zaměstnanců se pohybuje kolem 20 tisíc. S výhledem do roku 2015 je naplánován postupný proces její modernizace a zvyšování kvality péče i efektivity hospodaření.

(Zdroje: UN Oslo, úřad norské vlády) (vla)

Žaloba proti výzkumu kmenových buněk zamítnuta

Žaloba namířená proti financování výzkumu embryonálních kmenových buněk byla zamítnuta. Spojené státy tak mohou i nadále pokračovat v hledání vhodné léčby dosud smrtelných nemocí.

Podle žaloby podané vědci Jamesem Sherleyem a Theresou Deisherovou federální financování výzkumu porušovalo zákon z roku 1996, podle něhož není možné využívat peníze daňových poplatníků na vědecké projekty, při nichž dochází ke zničení lidského embrya.

Předseda federálního soudu ve Washingtonu Royce Lamberth sice minulý rok nařídil zastavení výzkumu, protože byl přesvědčen, že případ má naději na úspěch, koncem čer-

vence však své rozhodnutí změnil. Uvedl, že se cítí být vázán analýzou, již vypracoval letos v dubnu soud vyšší instance a podle níž mohou z federálních zdrojů čerpat společnosti, které pro výzkum používají embrya nevyužitá při umělém oplodnění a jejichž odběr i skládání nejsou placeny ze státních dotací. Právě tato embrya současný výzkum v drtivé většině případů používá.

(Zdroj: Associated Press)

(kha)



Ullevål universitetssykehus, součást UN Oslo. | Foto: Wikimedia

Labouristé a konzervativci se prou kvůli výdajům na NHS

Britský premiér David Cameron čelí obvinění z nedodržení jednoho ze stěžejních předvolebních slibů – garance, že výdaje na zdravotnictví se budou každoročně zvyšovat. Ministerstvo financí však nyní vydalo zprávu, podle níž za první rok Cameronovy vlády tyto výdaje naopak klesly.



David Cameron

Zatímco v posledním roce labouristické vlády činily výdaje na zdravotnictví 102,7 miliardy liber, v prvním roce vlády konzervativců dosáhly 101,9 miliardy.

Opozice: Premiér snižuje financování, ne deficit

„David Cameron tak prokazatelně porušil svůj slib. Sliboval snížení deficitu, nikoli financí pro NHS, ovšem již po roce jeho vlády jasně vidíme pravý opak. Další 2 miliardy liber si vyžádá Came-

ronův záměr reorganizace NHS, přičemž tyto peníze by mohly být vynaloženy mnohem účelněji, například na léčbu pacientů. Navíc nás v příštích letech čeká i další redukce prostředků proudících do NHS,“ komentoval zprávu ministerstva financí stínový ministr zdravotnictví John Healey. Premiér však nařčení labouristů odmítá. „Rád bych vysvětlil, že není pravda, že finanční prostředky určené pro veřejné zdravotnictví snižujeme. Naopak,

zvyšujeme je. Tato vláda na sebe vzala velmi zásadní úkol vzhledem k tomu, že rozpočet NHS představuje jeden z největších balíčků, s nímž se musíme vypořádat a každoročně zvyšovat výdaje na veřejné zdravotnictví více, než roste inflace,“ vysvětloval během interpelací v parlamentu David Cameron.

NHS ve složité situaci

Na stranu labouristické kritiky se však opatrně postavil i Institut pro fiskální studia (IFS), který ve své zprávě konstatuje, že „ačkoli se částka vynaložená na NHS během prvního roku Cameronovy vlády zvýšila, reálné výdaje na veřejné zdravotnictví se ve srovnání s předchozím obdobím snížily nebo byly přinejmenším stejné“. „Ať už se jedná o porušení předvolebního slibu, nebo ne, faktem je, že NHS stále čelí složité finanční situaci,“ podotýká Rowena Crawfordová z IFS.

(Zdroj: Guardian)

(kha)

Svaz pojišťoven dostal pokutu

Pokutu ve výši 24 tisíc eur dostal rakouský svaz pojišťoven od úřadu kontrolujícího veřejné zakázky a hospodářskou soutěž.

Svaz pojišťoven spolu s rakouskou lékařskou komorou totiž pod dohledem státu spustil projekt e-medikace, který má zkvalitnit preskripci a užívání léčiv pacienty tak, že se souhlasem nemocného budou léky on-line sledovat jak lékaři v ordinacích a v nemocnicích, tak i lékární. Tímto způsobem se mají vyloučit chyby a interakce při užívání více druhů léků u jednotlivých pacientů, lépe se vyhodnotí vhodnost přípravků či jejich možné vedlejší účinky atd. Projekt se zaměřuje především na seniory, děti a chronicky nemocné.

Svaz pojišťoven se však podle lékařské komory hned při odstartování projektu dopustil nedopatře-

ní, když uzavřel smlouvy se třemi dodavateli softwaru pro lékařské ordinace, aniž by vypsal výběrové řízení. Úřad, který svazu pokutu udělil, zakázal další instalace softwarového vybavení do ordinací (v květnu však toto nové speciální vybavení pro e-medikaci získalo již kolem 90 ambulantních lékařů). Lékařská komora okamžitě napsala dopis vedení ministerstva zdravotnictví s žádostí, aby projekt e-medikace okamžitě pozastavilo, protože je nezbytné vyhodnotit situaci a další případné právní a finanční dopady na ordinace (smlouvy uzavřené svazem pojišťoven s dodavateli počítačového vybavení totiž byly označeny za protiprávní).

Obavy z e-dokumentace

Podle rétoriky komory se však zdá, že obecně jsou lékaři projektu e-medikace nakloněni, zato však mají velké výhrady k další součásti programu e-health, kterou je zavádění elektronické zdravotní dokumentace pod názvem ELGA. Lékaři se brání myšlence, že by existovala pouze elektronická podoba záznamů o léčbě, a zdůrazňují, že by s tím musel souhlasit zejména sám pacient. Nejvíce však komora kritizuje technickou podobu elektronické dokumentace a tvrdí, že data pacientů nebudou dostatečně chráněna, což by znamenalo porušení jejich ústavních práv.

(Zdroj: Rakouská lékařská komora)

(vla)

Krátce

- **Nigerijští rodiče**, kteří odmítou nechat své potomky očkovat proti dětské obrně během právě započaté kampaně, v níž má být naočkováno 6 milionů dětí, budou čelit trestnímu stíhání. Pokud se prokáže jejich vina, hrozí jim i vězení. Nová legislativa počítá rovněž s postihem pro organizátory očkovacích kampaní, kteří nebudou hlásit případy odmítnutí vakcinace.

obyvatel a zhruba 5500 jich nemoci podleho.

- **Počet obětí cholery v Dominikánské republice**, která se s epidemií potýká od listopadu 2010, stoupl na 87, nakažených je již 13 200. Vyplývá to z údajů tamního ministerstva zdravotnictví. Epidemie nemá tak dramatický průběh jako v sousedním Haiti, kde se od října loňského roku nakažilo cholerou více než 345 tisíc

- **Podle údajů OSN stoupl v Kongu** od ledna počet dětí nakažených spalničkami na více než 115 tisíc. 1145 dětí chorob podleho. Ve snaze zabránit dalšímu šíření spalniček bylo proti nemoci očkováno 3,1 milionu konžských dětí.

- **Enteroviru 71**, který se šíří především nedodržováním základních hygienických návyků, letos ve Vietnamu podleho již 70 lidí a více než 23 tisíc se virem nakažilo. Většina případů byla zařazena u dětí mladších 5 let. Ve srovnání s předchozími obdobími představuje letošní počet infikovaných nebyvale výrazný nárůst.

(kha)

Izraelské zdravotnictví čelí protestům lékařů

Izraelský ministr vnitra Eli Yishai vyzval premiéra Benjamina Netanjahua, aby urychleně vyřešil kritickou situaci ve zdravotnictví. Tamní lékaři jsou totiž již více než 120 dnů ve stávkové pohotovosti.

Ve svém dopise ministr žádá o nápravu současného stavu, neboť prý již není možné „tolerovat rozklad systému zdravotnictví“, a vyzval proto premiéra, aby neprodleně zahájil maraton vyjednávání mezi zástupci vlády a nespokojených lékařů, jehož výsledkem by mělo být okamžitě ukončení stávky.

Podpora ze strany studentů

Všechny izraelské nemocnice se v polovině července zúčastnily jednodenní generální stávky, během níž neprobíhaly žádné plánované operace a provoz ve státních zdravotnických zařízeních byl zajištěn jako o šabatě.

Probíhající protesty nepřímo podporil i soud, který zamítl žádost o vydání soudního nařízení zakazujícího stávku lékařů s odůvodněním, že akce je legální. Protesty, které mají především podobu každodenních demonstrací nebo omezeného režimu v nemocnicích



Eli Yishai. | Foto: Wikimedia

a jimiž lékaři chtějí upozornit na kritické podmínky v izraelském zdra-

votnictví a neodpovídající platové ohodnocení zaměstnanců, podporují i studenti lékařských fakult. Drtivě většina mediků, kteří jsou nyní v 6. ročníku, podepsala petici, v níž se zavazuje, že pokud vláda požadavky lékařů nepřijme, příští rok nenastoupí do nemocnic. To by pro izraelské zdravotnictví znamenalo další citelné oslabení. Jednání mezi zástupci nespokojených zdravotníků a vládními představiteli však zatím k žádným konkrétním výsledkům nevedla.

(Zdroj: Jerusalem Post)

(kha)

Poslední den v Leogane

Poslední díl deníku **MUDr. Tomáše Šebka**, který si psal během své mise na Haiti, popisuje jeho návrat z mise Lékařů bez hranic.

Den 70.

Zabalil si, rozloučit se, odjezd do Port-au-Prince. To byl můj plán na dnešek. Trochu nudný, zdál se mi. Přání je otcem myšlenky a myšlenka průvodcem k realizaci. Tak mi to ten, co řídí moje kroky, ještě trochu zpestřil. Mám poslední den službu. V jednu ráno mi volá místní doktor, že má na *emergency* chlapíka s ránou v podpaždí a že to slušně leje. Takže jdu.

U auta potkávám gynekoložku Hannelore. Volají ji do nemocnice, její pacientka s cholerou začala rodit. Přes den měla kontrakce, které se teď vypustňovaly. Vyrážíme. A zrovna s řidičem, který si tu cestu vyloženě dává. Už jsem s ním párkrát takhle v noci jel a vždycky jsem se držel a nic neřekl. Dneska to nevydržím a vysypu francouzsky větu: „Mistře, šlo by to rychleji? Je to urgentní!“ Šlape na to a já lituju, že jsem něco takového vůbec vypustil. Už nemluví, protože kdybych něco řekl, překousnu si jazyk. Vzadu lítá Hanne a určitě mě za tu netrpělivost moc miluje.

Pacienti na rozloučenou

Vběhnu na *emergency*. Aní tento-

krát mě ten obrázek nepřekvapí. Všichni sedí. V rohu je přikrytý pacient. Sundávám obvaz. V prvním podpaždí je díra na tři prsty délky. Beru rukavici a jeden tam nemilosrdně strkám. Vyndávám hrst sražené krve a původně zastavené krvácení se znovu rozjíždí. Je to tmavá krev a není to tak strašné. Pravděpodobně jen ze svalů. Je to ale na celý prst a kousek hluboké a jde to po kosti. Tep je na ruce plný, tepenné krvácení to není. Rozdávám moudra a dál je chlap v péči místních. Když už jsem tady, jdu se podívat na porod dítěte pacientky s cholerou. Hanne má zřejmě slušně vycované porodní báby, protože ji volají přesně na čas. Já přicházím v momentě, kdy se dítě klube na svět. Hanne ho celé otírá hadrem namočeným v chlorované vodě a sama ho odnáší na neonatologii do boxu. Pediatri tu už týden není.

Zůstávám s porodní bábou, než se porodí placenta. Všechno hladce a žádné krvácení. Tohle bude Hanne asi zajímat. A mě zase, jak vypadá dítě. První minuty prý nijak dobře. Já přicházím v době, kdy je kompletně oživené. Šťastný příběh, *felicitation, madame!*



Foto: archiv Tomáše Šebka

Ambasáda zavírá

Ráno si sbalím krámy. Je toho půlka, co jsem vezl sem. Za chvíli je domeček vybydlený. To byl teda skoro pořád. Kromě vývěsky s mým jménem, české vlajky a nápisu „Ambasáda České republiky v Leogane“. Jinak jsem si ho nijak nepersonalizoval. Tu vývěsku teď sundávám. Na vlajku píšu klasický český pozdrav, který jsem tady všechny učil: „Jak se máš? – Stojí to za hovno.“ Tak trochu v protikladu vůči slušnému francouzskému *Ca va?* anebo anglickému *How are You?*

Sedám do nejstarší Toyoty, co tady máme, a čekám na signál kroužícího ukazováčku, že naše helikoptéra startuje... Je mi dost zle a snažím se nemyslet na to, že odjízďím. Vlastně jediný důvod, proč se teď vracím, je moje nejuž-

ší rodina. Tak to teď cítím. Kdyby jich nebylo, zůstávám a prodlužuju. Takhle jedu domů a ptám se, proč jsou ty životní zkoušky tak složité, a říkám si, že si to příště zjednoduším sezením u televize namísto takových pitomostí, jako je mise s Lékaři bez hranic.

Na sedadle smrti

Přežiju tu cestu domů ve zdraví? To se ptám, když zjistím, že oba naši řidiči si dneska vymysleli závody F1. Nebo mají povely letět jako o závod? Jedeme v konvoji, já sedím ve druhém autě a fakt přemýšlím, kdo vymyslel bezpečnostní pravidlo, že na sedadle smrti vedle řidiče musí sedět někdo z MSF. Protože tu jsme jen já a on, je to na mně.

Normálně cestujeme rychlostí tak kolem 60 až 70 kilometrů za hodinu. Do nemocnice maximálně desítkou. Že bych odvyknu? Valí Toyotu stovkou a já se fakt bojím. „*Dusmo*,“ (pomalu) říkám, „letí nám to až zítra!“ Proti nám Macky, nákladáky jak stodoly. Někdy jedou ve dvojstupu na silnici, která připomíná naše šoustky mezi Zadní Třebaní a Svinařemi. Kromě nich to proti nám valí šílení autobusáci. Na střeše lidí, kteří se musí dusit prachem, se strachem zavřenýma očima. Houby, oni se nebojí, takhle se tu prostě jezdí.

Zvykám si na rytmus řidiče, který nakonec celkem obratně provádí naši Toyotu všemi myšmi dírami, a dělám nějaké fotky tohohle šíleného provozu. Hlavně ten je důvodem, proč jsem tady přes dva měsíce pracoval a spravoval to, co se na silnici rozbilo. Jen bych se teď nerad spravoval sám. Naštěstí před Port-au-Prince

končíme v parádní koloně. Celkově nám cesta trvá přes čtyři hodiny. Na základně z auta doslova vypadnu. *Bon jour... Fuck!*

Zamyšlení číslo 2015

Večer na základně je dlouhý a nekonečný. Nikoho tu neznám a internet nejde. Procházím barák a najdu žebřík na střechu. Je mi jasné, že porušuju pravidla, ale lezu nahoru. Není tu nikdo, koho bych se zeptal, jestli můžu. To na moji omluvu... Ze střechy je ještě lepší výhled než z terasy. Obrovský stanový tábor Port-au-Prince je jako na dlani přede mnou. Svítí ve tmě jako skutečné město. Jsem sám se svými myšlenkami a znovu bilancuju celou tuhle desetitýdenní akci.

OK. Odjel jsem proto, abych pomohl a podal výpověď. To je základní idea Lékařů bez hranic. To první se mi snad povedlo a to druhé jsem si myslel taky, ale klidně přiznám, že pouhý humanitární rozměr moje mise nemá. Odjel jsem například taky proto, abych si na vlastní kůži zkusil trochu extrémní podmínky, o kterých jsem do teď jenom slyšel z vyprávění druhých. A taky jsem chtěl zkusit, co v medicíně znamená skutečně samostatné rozhodování a plná odpovědnost. Chtěl jsem vědět, jestli jsem dobrý doktor. Trochu odvážný, co?

Po 13 letech nepřetržité práce a péče o rodinu jsem chtěl vědět, jestli jsem vybral dobrý směr. Že ANO v rodinné otázce, to jsem si jenom potvrdil. Mám skvělou ženu a patrně dokonalé děti. Takže se logicky nabízí otázka, jestli jsem co platný. Každopádně jsem si uvědomil, že některé moje starosti, obavy a peskování jsou fakt



Foto: archiv Tomáše Šebka

Z MÉHO DENÍKU

zbytečné. Co se týče práce, pokud se to pokusím hodnotit čistě statisticky a co nejvíc objektivně, dařilo se mi tady a to znamená, že se dařilo i mým pacientům. I tady mi rovnice vychází. Jsem nespokojený s podmínkami práce, kterou jako doktor dělám u nás doma. Na řadě je plán jak to změnit. Ještě nevím...

A já sám? Potvrdil jsem si, že lidi jsou na celém světě stejní. A že ani kulturní, ani jiný vlivy je neodliší natolik, aby neměli v podstatě stejný radost a starosti, jaké znám já. Vyzkoušel jsem si i pouhou sobeckou péči o sebe sama a práci bez ohledu na to, jestli na mě doma někdo čeká. Dobrý, umím to. Ale že je to sobecký, jsem si jenom potvrdil. Jenom jsem možná zjistil, že víc času i s ostatními mimo práci a rodinu není špatné. Myšlenkový závěr? Něco za něco. Něco jsem na misi odevzdal a něco jsem si odnesl. Za mě dobrý a za druhou stranu doufám taky. To jsem zase moudřejší...

Den 73.

Dal jsem si budík na 7:30 v domněně, že kolem desáté vyjedeme, když nám to v jednu letí. Naštěstí jsem v 6:00 vzhůru, abych se dozvěděl, že v 7:30 už frčíme ze základny. Na letišti jsme před desátou. Před letištní budovou se mě ujímá pohledná Haitanka a vede nás ke správnému vchodu pro pasažéry Air France. Dokonce mi bere batoh, aby ho položila do prvního bezpečnostního rámu. Když je tam, říká mi francouzsky, abych jí nezapomněl něco dát. Aha, už rozumím té motivaci. Anglicky odpovídám, že nemám ani floka. Zprv jsem zblblej, zadruhé je to pravda a zatřetí je to fakt hloupý způsob jak si říct o prachy. Haiti už jsem něco dal a Tobě, drahá, nic nedlužím. Sorry.

Fasuju letenky a procházím druhým rámem. Ten už je teda důkladný. Tak, že stojím bez bot a ve slípech před statnou celnicí. Po pásu přijedou moje hadry a další propriety, a než si to zase stačím všechno oblíknout, už se v tom hrabe další celník. Celkem oprávněně vyhazuje můj pepřák. Jenomže se mu líbí i můj švýcarsák. A nashle, nožíku. Pak se mu líbí i moje manikurní nůžky a další drobnosti do jeho domácnosti. Celkem nic nenamítám. Kdybych ale nezjistil až doma, že mi vzal moji památeční minci, asi bych mu jednu... Asi bych mu řekl, ať si ji taky nechá, protože jsem posera.

Přistáváme na minutu, ale celkově je let opožděný o to, o co později

jsme odstartovali. Takže navazující let je v háji. Kromě toho nejezdí bus mezi letišti v Orly a Charles de Gaulle na druhý straně Paříže. Je totiž celých deset centimetrů nového sněhu! Další lety se dneska ruší pro nepřízeň počasí. Kolega z MSF Filip si ví rady a mění lístky na letadlo za lístky na vlak, který jede za čtyři hodiny. TGV jsem nikdy nejel. Když to jede 260 kilometrů v hodině, uvnitř sebe já sám jako malej. Navenek ne, nejsem blbej, ne? Mám vlaky rád. V Lyonu přestupujeme. Druhý vlak vypadá jako náš pantfák. Jel dvě a půl hodiny. Zjišťuju to, když se budím v Ženevě. Konečná.

Ženevské odčervení

Odčervení – tak si pro sebe v duchu nazývám *debriefing* v Ženevě, který probíhá celé pondělí 21. prosince. Já osobně se už odčervuju tím víc, čím blíž jsem domovu z původních 8 tisíc kilometrů. Ráno vlezou do budovy MSF v Ženevě a na vrátnici dostanu rozvrh jako ve škole. První „hodinu“ mám se Sebastianem. Ten mě má na starosti po administrativní stránce. Moc nemluvíme. Zkoukne můj kontrakt, zdemolujeme moji identifikační kartu MSF, vystaví mi potvrzení, že jsem byl s Lékaři bez hranic na Haiti, a jsem demobilizovaný. A nazdar. O dvě hodinky později se vítám s Izou. Je to doktorka a má na



Foto: archiv Tomáše Šebka

starosti *emergency program*. Ptá se mě, jaký to bylo. Odpovídám, že super, že lepší jsem nikdy nezažil. Je ráda a zaškrtně si v nějakém poznámkovníku, že jsem dostatečně velký magor na to, abych jel ještě jednou. Odpoledne se setkávám s Elizou. Na to jsem se moc těšil. Ta jediná mi při *briefingu* před odjezdem alespoň trochu zvedala náladu. Byla lidská a rozuměla, jak strašně se bojím. Ptá se mě na osobní pocity, jak jsem to zvládal, jestli nepotřebuju psychologa, kdo mě štvál a naopak koho jsem miloval. Odpovídám pozitivně a jenom pozitivně. Je z toho nervózní a furt se mě ptá, co bylo blbě. Hele, nic. Já byl na Haiti šťastnej jak blecha. Snad jen že rodina byla krapet dál...

Děkujeme si, odcházíme. Předposlední v řadě je Christian. Je to chirurgický referent, vlastně můj nejvyšší medicínský boss. Mám už předem vítr. Přichází. Chladný pozdrav. Fíha, jímá mě hrůza. Odvídá si mě do takové kukaně, bez formalit jde rovnou na věc. Ptá se mě, jak to tam probíhalo, jak dlouho jsem držel ty chudáky s železy v nemocnici... Po chvíli zjišťuju, že má úplně stejný pohled na věc jako já. Dám mu do ruky svůj *report*. Prochází ho, jako bych byl na zkoušce. Tome, tenhle *report* je vzorem pro ostatní, takhle by se to mělo psát... Já, to se mi ulevilo. Poslední v řadě je dáma, která má na starost *pool chirurgů*. Ptá se mě, jak jsem na tom s časem. Zítra letím domů, ale už pozítří bych klid-

ně někam zase jel. Dělá si poznámku: další magor do družstva. Třeba se mi zase ozvou...

Tábor pro velký holky a kluky

Už se mi nechce znovu hluboce přemýšlet. Stejně to pořádně neumím. Pokud to mám k něčemu přirovnat, byl to pro mě tábor pro velký holky a kluky. Úžasný zážitek, vysněné prázdniny, splněné sny, velký kus týmové práce, dobrý pocit, nezištná pomoc, přátelství, láska, droga, sportovní výkon, redukční dieta, dobrodružství, strach, legrace, slzy, příběhy, lidi... Hlavně lidi.

Chtěl bych znovu a znovu poděkovat všem, kteří tam se mnou byli. To jim patří můj dík. Nemůžu jmenovitě poděkovat všem pacientům, i když jsem si jejich jména a příběhy zapamatoval daleko líp než u těch domácích. Nemůžu jinak než hromadně poděkovat všem místním zaměstnancům. Nemůžu ani jednotlivě poděkovat všem expatům Lékařů bez hranic. Taky díky doktorům doma, co mi pomohli s gynekologickou přípravou do *district hospital*. Hlavně Pavle, Janě, Daně. A panu primáři taky.

A nakonec: Tyhle zápisky z cest věnuju svým ženě, že mi to umožnila, i když její mise byla daleko těžší než ta moje. A taky svým dětem. Doufám, že to budou ještě větší magoři než já.

(www.medicman.cz)



Foto: archiv Tomáše Šebka

Trendem dnešní neurochirurgie je zvýšit radikalitu a snížit rizika

Neurochirurgická klinika 1. LF UK, IPVZ a ÚVN Praha dnes patří k unikátním certifikovaným pracovištím světové úrovně, jakých u nás není mnoho. Základem jejího úspěchu nejsou jen exkluzivní přístroje, ale i dobrá týmová a prohlubující se mezioborová spolupráce.

Vznik a rozvoj neurochirurgie v naší zemi je úzce spojen s činností dvou pracovišť a působením dvou významných osobností – jsou to Ústřední vojenská nemocnice v Praze-Střešovicích, kde se zakladatelem neurochirurgického pracoviště stal akademik Zdeněk Kunc, a FN Hradec Králové, kde tuto tradici zahájil akademik Rudolf Petr.

Samostatné neurochirurgické oddělení v ÚVN vzniklo vydělením z chirurgie v roce 1956, v roce 1959 se stalo klinikou FVL UK (nyní 1. LF UK) a později zde začala pracovat i subkatedra neurochirurgie ILF, dnes již katedra IPVZ. Dosud zajišťuje oborové atestace a díky svým výsledkům si drží status jednoho z nejlépe vybavených zařízení – materiálově i týmově.

Lidský faktor v medicíně 21. století

Neurochirurgie je v rámci medicíny jistě právem považována za výjimečný obor, který nelze provozovat jako „pouhou zdravotnickou disciplínu“. Proto také platí, že bez vědecko-výzkumných aktivit neurochirurgické pracoviště ztrácí oprávnění ke své existenci. Výzkumný potenciál a především léčebné úspěchy kliniky ovšem nespočívají jen ve špičkovém technickém vybavení, protože ani flexibilní zvládnutí nových technik a postupů nestačí. Podstatou je *science and art of medicine* – vedle vědy, kterou se lze naučit, je to především umění správného výběru léčebné metody pro konkrétního pacienta i talent v podobě intuice.

A ještě je tu něco navíc, jak uvádí v knize „Klinika číslo 1“, vydané k 50. výročí střešovického pracoviště, její dnešní přednostka prof. MUDr. Vladimír Beneš, DrSc., ml.: „Bůh má jméno pokora. Ošetřovatelé odvázejí z našeho sálu pacienty, kteří se vrátí ke své práci a blízkým, ale může mezi nimi být i pacient hemiplegický, afatický, ochrnutý na půlku těla, který už nebude nicemu rozumět a nikdy nepromluví. Není tu jenom ANO, ale někdy i NE...“

Lze tedy říci, že právě zdejší pracovní týmy, ať už pod vedením



Kolejnice umožňují vjezd operačního stolu ze sálu přímo na MRI. | Foto: Leoš Chodura

akademika Kunce, profesorů Ivo Fuska, Eduarda Zvěřiny či současného přednosty, dodávají neurochirurgii v ÚVN ty správné „ingredience“.

Schéma pěti základních oblastí

Neurochirurgie je dnes zřejmě jediným oborem, který se zabývá chirurgií celého těla – snad jen s výjimkou dutiny břišní – a řeší tak veškerá postižení centrálního i periferního nervového systému. Historicky sem patří také degenerativní onemocnění páteře.

„Stále se pohybujeme v pěti velkých oddílech, kterými jsou onkoneurochirurgie (tedy všechny expanzivně se chovající léze), dále cévní či cerebrovaskulární neurochirurgie (což jsou výduť mozkových tepen, arteriální malformace, intracerebrální krvácení a ischemie), traumatologie (zahnující veškerá poranění nervového systému), klinicky největší část pak představuje spinální neurochirurgie (především degenerativní onemocnění páteře, kde se stýkáme s ortopedií) a konečně jsou to funkční nervové poruchy působící chronickou bolest

nebo epilepsie,“ uvádí Vladimír Beneš.

Čtyři roky v nové dimenzi

V únoru 2008 bylo v ÚVN v moderně zrekonstruovaném pavilonu C otevřeno unikátní pracoviště multifunkčního operačního sálu s intraoperační magnetickou rezonancí (MRI) pro zákroky v oblasti neurochirurgie. Tento způsob operace je někdy také nazýván *image-guided surgery* (obrazem ve-

dená operace). Podobná zařízení s třítleslovou rezonancí v době zahájení provozu na střešovickém sále existovala jen na dvou místech ve světě – v Belgii a USA. Jedná se o operační sál spojený kolejnicemi s MRI. Princip spočívá v tom, že ve chvíli, kdy je třeba pacienta během operace vyšetřit, je přerušen běžný ambulantní provoz MRI, otevřou se vrata mezi sálem a rezonancí a po kolejích přejede operační stůl s pacientem. Operovaný je vyšetřen, poté se vrátí na



Prof. MUDr. Vladimír Beneš, DrSc., ml. | Foto: Leoš Chodura

sál a lze pokračovat v operaci podle zcela aktuálních výsledků.

„Je to fascinující zařízení, které opravdu působí jako ze sci-fi literatury,“ říká přednostka jediné kliniky u nás, která má zatím možnost tohoto systému využívat. „Za čtyři roky provozu jsme s jeho pomocí provedli už skoro tisíc výkonů, což je v této chvíli asi nejvíc na světě. Ne všude je totiž provozován jako rutinní nástroj, na naší klinice však ano. Původně byl také určen jen na gliové nádory, ale my ho používáme i u mnoha jiných diagnóz. Zcela excelentní a nenahraditelný je u nádorů hypofýzy. Těch nyní operujeme přes sto za rok a dnes už máme dokumentováno, že se nám podařilo zvýšit radikalitu operací o 20 procent – to znamená, že jeden pacient z pěti je zásluhou tohoto postupu trvale vyléčen. Nemusíme ho ozařovat či provádět další operace, snižuje se frekvence nutných vyšetření. Není tedy myslím nijak nadsazené, když řeknu, že v současné době nejsme těmi, kteří odněkud přebírají zkušenosti, ale těmi, kdo v této oblasti udávají trend. Ostatně měli jsme zde již kolem čtyřiceti návštěv z ciziny.“

Pacienti, kteří nepadají jako operovaní

Každé pracoviště dnes musí vykazovat finanční návratnost drahých zařízení. V případě neurochirurgických zákroků lze ale asi jen těžko zhodnotit přínos operace, kdy se podaří například u pacientů s gliovými nádory spolehlivě odstranit celou patologickou tkáň a zajistit jim tak mnohem delší přežití. „U hypofýz přistupuje další specifikum, které spočívá v tom, že jsme vše začali provádět endoskopicky, což je pro pacienta ještě mnohem šetrnější – ráno jde na sál a odpoledne běhá po oddělení. Není na něm žádná rána, jizva, nikde mu nic nevytéká... vypadá, jako by ani nebyl operován, protože celý zákrok probíhá přes nosní díрку. To je také velmi kvalitní program na úrovni světové špičky,“ doplňuje profesor Beneš.

K využitelnosti zařízení nepochybně přispívá i to, že se na něm vyšetří 15–20 ambulantních pacientů za den. Peroperační diagnostika probíhá dle aktuální potřeby, jednou až dvakrát za den.

ZAJÍMAVÉ PRACOVÍŠTĚ



Letos nově otevřené pokoje pro pooperační péči. | Foto: Leoš Chodura

Hlavní indikace

Nejčastější indikací pro využití sálu s MRI je zmíněná operace hypofýzy a druhou velmi excelentní indikací jsou nízkostupňové mozkové nádory – gliomy. Následuje však řada dalších diagnóz, například cévní léze, míšní nádory nebo míšní kavernomy. „Máme zde například také zvláštní režim v operačním mikroskopu, který zobrazuje cévy, jde *de facto* o intraoperační angiografii. Tím zkontrolujeme kupříkladu správné nasazení svorky při ošetření aneurysmatu. Ihned poté provedeme intraoperační MRI v difúzně vážených obrazech, tedy v režimu, který zobrazí eventuální akutní ischemii. Správné ošetření aneurysmatu je tak jistiště dvakrát a zároveň nemusíme provádět drahou a vcelku rizikovou pooperační angiografii,“ komentuje možnosti využití zařízení prof. Beneš.

Obečně je zařízení přínosné především pro resekce gliových nádorů. „Zbytek nádoru udáme rovnou a můžeme se pro něj ihned vrátit, na rozdíl od situace, kdy je kontrolní rezonance provedena až druhý den. Pokud je zjištěn zbytek nádoru, existují jenom dvě možnosti – buď ho ponechat, nebo přistoupit k další operaci. Zejména u nízkostupňových nádorů je proto diagnostika nesmírně užitečná, protože nádorová tkáň není zrakem dobře odlišitelná od normální mozkové tkáně, takže se často orientujeme hlavně podle MRI. Nyní máme možnost vjet s pacientem do MRI a zachytit zbytek nádoru. Postupujeme podle navigace, která je provedena ve chvíli, kdy už se mozek pohнул a resekční dutina se uzavírá. Je to *on-line* informace, kterou nelze získat jinak,“ dodává přednostka kliniky.

Zařízení je ale velmi cenným pomocníkem i tehdy, pokud chce chirurg naopak část nádoru ponechat – třeba meningiom u staršího člověka, kdy ví, že jej nebude odstraňovat celý, protože by pacienta mohl poškodit, například když se nádor nalézá kolem předních mozkových tepen. „Pak jde o to si zobrazit, jak velké je residuum nádoru. Chirurg si často myslí, že zbytek je již dostatečně ‚malý‘, ale opak může být pravdou. Někdy se tedy ještě vrátíme a nádor o určitou část zmenšíme.“

Elektrofyzilogické monitorování

MRI, která umožňuje zvýšené bezpečí operativy při zvýšení radikality, je navíc vybavena funkčními programy, jež nejen umí zobrazit anatomické struktury, ale umožní i lokalizovat funkční centra a následně rekonstruovat hlavní dráhy, kupříkladu motorickou. Chirurg tak má již před operací k dispozici veškeré nezbytné informace. Během operací ve funkčních oblastech nebo v jejich těsné blízkosti je však ještě možné elektrofyziologicky monitorovat ohrožené funkce.

Dnes již lze velmi spolehlivě sledovat všechny funkce vyjma řeči. Při operacích v oblasti center řeči se monitoruje klinicky – pro vlastní výkon na mozku je pacient probuzen a testován, například pojmenovává obrázky, které mu ukazuje anesteziolog. Na ukončení operace je pak opět uspán.

ALA na vysokostupňové gliomy

Jak už bylo uvedeno, pro operace nízkostupňových gliomů je ideální intraoperační MRI, u vysokostupňových gliomů je na neu-

rochirurgii ÚVN nyní využívána další nová technologie, která těží z vlastností aminolevulové kyseliny (ALA). Pokud se pacientovi podá před výkonem, operatéři si během zákroku v mikroskopu nastaví režim s určitou vlnovou délkou, ve kterém se nádorové buňky rozsvítí červeně. Pak vlastně resekují pouze tuto „rozsvícenou“ oblast. K tomu si nyní ještě mohou vše zobrazit na MRI, takže vidí zcela přesně, zda nádor vyjmuli.

„To ovšem vede k maximálním možným resekcím, které nejsou zrovna vždy nejbezpečnější. Někdy je lepší kousek nádoru ponechat a neublížit než vyndat nádor radikálně a způsobit neurologickou poruchu. Ale to si naštěstí ohlídáme zase jinak – například zmíněným elektrofyziologickým

monitoringem. V onkoneurochirurgii stále zůstává podstatou veškerého snažení bezpečnost – snižovat rizika a zvyšovat radikality,“ vysvětluje profesor Beneš.

Pokroky v léčbě aneurysmat

Příkladem zásadní léčebné změny, k níž došlo zhruba před 10–15 lety, kdy se objevily endovaskulární techniky, je také řešení mozkových výdutí. Znamená to, že aneurysmata se již tak často neoperují, ale vyplní se spirálkami, eventuálně je do mateřské tepny zaveden stent. „Tento postup už u nás dnes víceméně dominuje, takže máme v současnosti 70 procent aneurysmat řešeno endovaskulárně a jen 30 procent operujeme. To zhruba odpovídá tomu, co se provádí v západní a severní Evropě. Ve zbytku východní Evropy je tomu ovšem naopak,“ upřesňuje přednostka neurochirurgie.

Řešení rezistentní epilepsie

Cesta k neurochirurgické operaci epilepsie je poměrně dlouhá. V současnosti je nejprve zkoušeno podávání různých kombinací antiepileptik a teprve když kýžený efekt nepřinese například ani jejich čtyřkombinace, je indikován chirurgický zákrok.

„Je to víceméně jediná oblast, kterou děláme ‚na objednávku‘ – druh i rozsah výkonu si stanoví sami epileptologové a my postupujeme podle jejich pokynů. Jedná se o dosti dlouhý proces – existuje Pražská epileptologická skupina (PES), sdružující všechna univerzitní pracoviště, která se epilepsii věnují, a my v jejím

rámci působíme jako výkonná chirurgická ruka. Zhruba jednou za měsíc probíhá indikační seminář, kde se probere každý pacient. Než se dostane k operaci, uplyne půl roku až rok. Diagnostika je technicky i časově nesmírně náročná. Operací pro epilepsii provádíme ročně celkem asi 30 až 35,“ uvádí k této problematice Vladimír Beneš.

Rozvoj stimulačních technik

K novinkám posledních let na Neurochirurgické klinice 1. LF UK a ÚVN Praha lze zařadit stimulaci při léčbě bolesti, která má na zdejším pracovišti dlouholetou tradici. Po stimulaci v motorické krajině se začíná rozbíhat program míšních stimulatorů. Ročně je jich zde aplikováno kolem dvaceti. V nejbližší době je plánováno rozšířit jejich uplatnění také na léčbu spasticity, sfinkterových poruch a epilepsie.

Pro doplnění obrazu léčebného spektra kliniky lze ještě připomenout rozsáhlý spondylochirurgický program, který zahrnuje mj. takové speciality, jako je řešení průvodních jevů mukopolysacharidózy – vzácné vrozené vady, kde vedle poruchy metabolické vznikají i stenózy páteřního kanálu v krční oblasti. Takto postižených dětí naštěstí není mnoho. Určitou specifickou oblastí jsou též spinální operace revmatologických pacientů. Značnou pozornost klinika dále věnuje problematice normotenzního hydrocefalu, možnostem diagnostické i intervenční neuroradiologie a několika dalším oblastem.

Jaroslava Sladká



Neurochirurgické řešení stenózy hrudní páteře za pomoci operačního mikroskopu. | Foto: Leoš Chodura

AKTUALITY

Odborníci požadují přísnější pravidla pro vytváření **hybridních zvířat**



Ilustrační foto: Shutterstock

Ačkoli Akademie lékařských věd (AMS) nepochybně důležitost a přínos takovýchto výzkumů, zdůrazňuje, že je třeba jejich

přísné kontroly a jasných pravidel. Extrémní příklady, jako je například „stvoření“ mluvčích lidooopů díky implantaci lidských

Britská Akademie lékařských věd požaduje, aby vědecké pokusy, při nichž jsou zvířatům implantovány lidské geny nebo buňky, podléhaly přísnějším pravidlům tak, aby byla zajištěna jejich etická stránka a nedocházelo k vytváření „monster“.

mozkových buněk, sice zatím zůstávají v oblasti science-fiction, podle odborníků však vědci stále posouvají hranice možností experimentů. Například v Číně již byly v rámci lékařských pokusů zavedeny lidské kmenové buňky do kozích embryí, američtí vědci zkoumají vytvoření myši s lidskými mozgovými buňkami.

Citlivá oblast

Členové akademie se domnívají, že podobné, často kontroverzní experimenty potřebují speciální dohled a jasně nastavená pravidla. Užívání částečně geneticky upravených zvířat pro vědecké účely přitom není žádnou novinkou – například myši s lidskou DNA běžně slouží při výzkumu nových léčiv.

Podle profesora genetiky na Cambridgeské univerzitě a člena Akademie lékařských věd Martina Bobrowa, který je hlavním autorem zprávy, by vláda měla ustavit národní expertní panel, jenž by na základě existujících pravidel a regulací výzkumu stanovil přísnější směrnice pro tyto „citlivé oblasti vědy“. Podobně budou podle prof. Bobrowa muset postupovat i ostatní státy, v nichž výzkum probíhá. Britské ministerstvo zdravotnictví zprávu akademie přivítalo a je připraveno její doporučení pečlivě zvážit.

Podpora i obavy veřejnosti

Vědecké pokusy na zvířatech s implantovanými lidskými kmenovými buňkami hrají ne-

nahraditelnou roli například ve výzkumu nových terapeutických možností nebo pochopení mechanismů některých závažných onemocnění. Britská akademie lékařských věd si nechala vypracovat výzkum veřejného mínění, z něhož vyplynulo, že většina lidí tyto výzkumy podporuje. Oslovení však zdůrazňovali, že se musí jednat o vědecky podložené studie zaměřené pouze na zlepšení zdraví lidí, největší obavy u respondentů vzbuzovaly pokusy týkající se mozku, možnosti oplodnění lidského vajíčka zvířecí spermií (a naopak), případně vytvoření lidských vlastností u zvířat (například dát jim možnost řeči nebo lidské rysy v obličeji).

(Zdroj: Reuters)

Květa Havlová

Ke zmenšování mozku při stárnutí dochází jen u lidí

Mozek našich nejbližších zvířecích příbuzných se na rozdíl od lidského nezmenšuje. I to je podle vědců jeden z důvodů, proč šimpanzi netrpí například stařeckou demencí. Dalším důvodem je, že lidé žijí relativně déle.

S přibývajícím věkem se lidský mozek zmenšuje – v 80 letech věku tento orgán ztratí až 15% své původní váhy. U lidí, kteří trpí například Alzheimerovou chorobou, dochází k ještě výraznějšímu zmenšení. Důvodem snižující se váhy mozku je především úbytek mozkové hmoty. Vědcům se podařilo zjistit, že některé části mozku jsou takto postiženy více než jiné – například mozková kůra, která se podílí na procesu myšlení, se zmenšuje podstatněji než mozeček, jenž je zodpovědný za motorické funkce.

Starost o potomky

Ačkoli stárnutí je u každého jedince v podstatě stejným procesem, odborníci zatím zcela neodhalili, proč se při něm mozková hmota ztrácí. Výzkum na šimpanzích

navíc ukázal, že u opic tyto změny mozku s věkem nenastávají. Zdá se tedy, že tento jev je typický pouze pro lidi. To ostatně potvrdil i nejnovější výzkum amerických neurologů, antropologů a primatologů, kteří porovnávali snímky z magnetické rezonance pořízené u více než 80 zdravých lidí ve věku 22 a 88 let se stejným počtem snímků získaných u šimpanzů žijících v zajetí. Výsledky odhalily, že za 5 až 8 milionů let evoluce, které nás od šimpanzů dělí, se lidstvo v procesu stárnutí rapidně odlišilo.

Navíc lidé v porovnání s ostatními primáty žijí mnohem déle. Vedoucí studie, antropolog Chet Sherwood z Univerzity George Washingtona ve Washingtonu DC, se domnívá, že důvodem této dlouhověkosti u lidí je, aby se moh-

li starat o své potomky, případně vnoučata. Zatímco šimpanzi jsou schopni reprodukce v podstatě až do své smrti, významná část lidského života probíhá po ukončení reprodukčního období.

„Tento výzkum nám poskytuje jasný důkaz, že stárnutí u lidí se od ostatních zvířat výrazně liší,“ komentoval výsledky studie neurolog Tom Preuss z Emoryho univerzity v Atlantě. Zdůraznil však, že navzdory rozdílnosti tohoto procesu není důvod nepoužívat zvířata jako modely pro studium procesů a chorob spojených se stárnutím. Odlišnosti naopak podle doktora Preusse mohou přispět k vysvětlení, proč člověk na rozdíl od ostatních primátů trpí nemocemi spojenými s věkem.

(Zdroj: BBC)

(kha)

Otázky svědomí v současné medicíně

Vzrůstající počet mladých lékařů věří, že nemusí vykonávat určité procedury, proti nimž mají etické výhrady nebo které jsou v rozporu s jejich svědomím.

Jak ukázal průzkum mezi 1400 studenty lékařských fakult v Cardiffu, Londýně a Leedsu, nejedná se pouze o potraty, ale také o léčbu alkoholiků a narkomanů, ba dokonce i o péči o příslušníky opačného pohlaví.

Nepříznivé následky

Téměř 50% studentů zastává názor, že budou moci odmítnout spolupráci při určitých zákrocích, pokud jim to jejich svědomí nedovolí. Přibližně 45% studentů odpovědělo „ano“ na otázku: „Myslíte si, že lékaři jsou oprávněni mít námítky proti jakékoli proceduře, s níž nesouhlasí na základě svých morálních nebo náboženských principů?“

Asi 30% účastníků průzkumu bylo nevěřících, 17% křesťanů-protestantů, 11% katolíků a 8% muslimů.

„Vzhledem k tomu, že se počet žádostí o interrupci ve Velké Británii zvyšuje, ale zároveň se podle údajů

ministerstva zdravotnictví snižuje počet lékařů, kteří jsou ochotni tento zákrok provést, může mít takový postoj zdravotníků pro řadu žen velmi nepříznivé následky. Kdyby se všichni studenti participující na našem průzkumu nechali vést svým svědomím a odmítali po dosažení odpovídající kvalifikace provádět jisté úkony, může nastat situace, že pro takové odpůrce nebude v medicíně místo,“ uvedla jedna z autorek průzkumu dr. Sophie Stricklandová.

(Zdroj: Journal of Medical Ethics)

(mš)



Ilustrační foto: Shutterstock

Fampyra – nový pomocník pro pacienty s roztroušenou sklerózou

Společnost Biogen Idec získala v Evropské unii podmíněně schválení přípravku Fampyra – perorálního léku, který významně zlepšuje chůzi u dospělých s roztroušenou sklerózou.

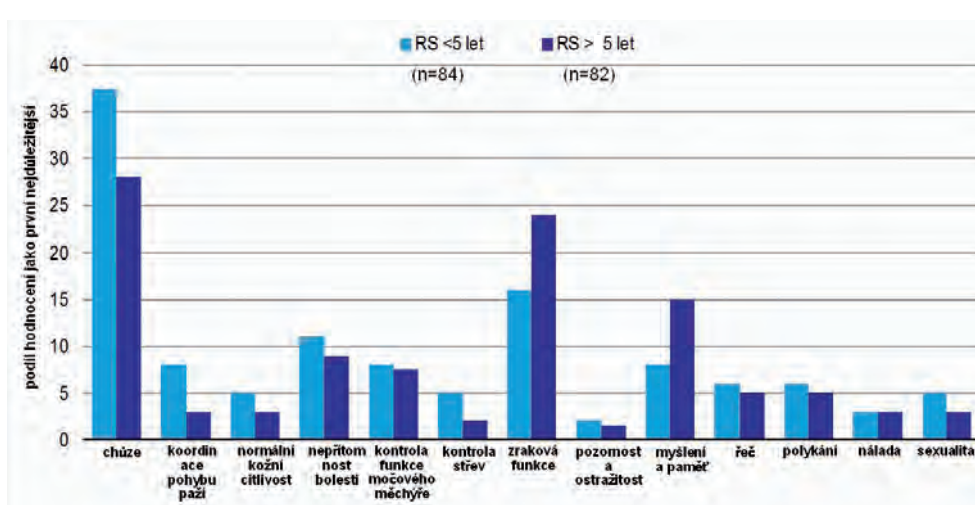
Roztroušená skleróza (RS) je chronické, nepředvídatelné a progresivní onemocnění centrální nervové soustavy (CNS), které způsobuje zánět a destrukci myelinové pochvy – ochranné vrstvy, jež obklopuje nervová vlákna v organismu. Tato destrukce může vést k narušení kognitivních funkcí, tělesnému poškození a únavě. Podle National MS Society postihuje RS přibližně 400 tisíc osob v USA a více než 2,5 milionu v celosvětovém měřítku.

Společnost Biogen Idec na konci července oznámila, že od Evropské komise obdržela podmíněně schválení přípravku Fampyra (tablety fampridinu s prodlouženým uvolňováním), který zlepšuje chůzi u dospělých pacientů s roztroušenou sklerózou a s postižením chůze (hodnocení podle škály *Expanded disability status* [rozšířená stupnice stavu invalidity] 4–7). Fampyra je vůbec prvním lékem, který řeší tuto nenaplněnou medicínskou potřebu, přičemž byla prokázána jeho účinnost u osob se všemi typy RS. Přípravek je možné užívat samostatně nebo v kombinaci s imunomodulační léčbou.

Chůze jako klíčová funkce

„Nyní, kdy přípravek Fampyra schválila Evropská komise, nabízí toto léčivo potenciál, který může reálně změnit situaci tisíců osob v celé Evropě, jež trpí relabujícími a remitujícími nebo i progresivními formami RS,“ sdělil profesor Bernd C. Kieseier z Neurologické kliniky Univerzity Heinricha Heineho v Duesseldorfu. „Funkční poškození, k němuž při RS dochází, staví pacienty před řadu problémů – jedním z fyzicky i emočně nejvíce rušivých aspektů je právě narušení chůze. Do současné doby neexistovala žádná schválená léčba, která by tento problém řešila, přípravek Fampyra by tedy pacientům i lékařům měl poskytnout vítanou novou pomoc.“

Lidé s RS v průběhu svého onemocnění shodně hodnotí chůzi jako nejdůležitější funkci. Narušení chůze přímo souvisí se ztrátou nezávislosti, omezením pracovní schopnosti pacienta a poklesem celkové úrovně příjmu domácnos-



Graf ukazuje, že mobilita je pro pacienty s RS nejdůležitější funkcí.

(Zdroj: Heesen C, et al.: Patient perception of bodily functions in multiple sclerosis: gait and visual function are the most valuable.

Mult Scler 2008; 14: 988–991.)

ti. „Je proto jedním z nejvíce devastujících následků RS a také jedním z příznaků, který u pacientů s RS vyvolává největší obavy. Může mít významný dopad na kvalitu života i na sociální začlenění,“ dodává výkonný viceprezident pro výzkum a vývoj Biogen Idec Douglas E. Williams, Ph.D. „Léčebné možnosti od Biogen Idec jsou prospěšné pacientům na celém světě; Fampyra je již třetím přípravkem v řadě, které naše společnost nabízí v Evropě pro osoby postižené RS. Jsme rádi, že v současnosti můžeme pacientům nabídnout tuto zbrusu novou léčbu k perorálnímu užívání, u níž bylo prokázáno, že zlepšuje schopnost chůze.“

„Na základě studií bylo ukázáno, že dokonce i mírný stupeň narušení chůze může mít na pacienta závažný negativní dopad. Díky schválení přípravku Fampyra v Evropě získávají lidé s RS v Evropské unii přístup k nové léčbě, u níž bylo prokázáno, že zlepšuje schopnost chůze napříč širokým spektrem jejího narušení, od mírné po závažnou úroveň,“ říká Ron Cohen, M.D., prezident společnosti Acorda, která látku vyvinula. „Od zavedení přípravku v USA v roce 2010 bylo toto léčivo předepsáno desítkám tisíc osob s RS. Za účelem jeho zpřístupnění i na dalších trzích ve světě budeme nadále spo-

lečně pracovat s naším partnerem, společností Biogen Idec.“ Fampyra ovlivňuje neurologické funkce tím, že zlepšuje vedení impulzů přes demyelinizované neurony. V klinických hodnoceních došlo u pacientů, kteří na přípravek reagovali, k průměrnému nárůstu rychlosti chůze o 25 procent. Dále bylo prokázáno, že Fampyra vede ke klinicky významnému zlepšení chůze. V Evropě bude k dispozici postupně v jednotlivých státech počínaje Německem v září roku 2011, poté budou následovat další země.

Podmíněně oprávnění

Podmíněně oprávnění k uvedení na trh se uděluje léčivým přípravkům, které vykazují pozitivní hodnocení poměru přínosu a rizika a řeší dosud nenaplněnou medicínskou potřebu, jestliže přínos okamžité dostupnosti pro zdraví veřejnosti převažuje nad rizikem vyplývajícím z toho, že jsou nutná ještě další data. Podmíněně oprávnění k uvedení na trh se obnovuje jednou ročně. Jako součást podmínky podmíněného oprávnění k uvedení přípravku Fampyra na trh Evropská komise doporučuje, aby společnost Biogen Idec provedla další studii, která umožní získat rozšířené poznatky o dlouhodobých přínosech a bezpečnos-

ti preparátu. Tato studie poskytne zejména informace o přínosech léčiva nad rámec jeho účinků na rychlost chůze. Tyto požadavky jsou ve shodě s již plánovanými aktivitami na poli vývoje po schválení léčiva.

O přípravku Fampyra

Fampyra je preparát ve formě tablet s prodlouženým uvolňováním (setrvalým uvolňováním) léčiva fampridinu (4-aminopyridin, 4-AP nebo dalfampridin). Přípravek byl vyvinut s cílem zlepšit chůzi u dospělých pacientů s roztroušenou sklerózou (RS). Při RS vede poškození myelinu k expozici kanálů v membráně axonů, což umožňuje únik draselných iontů; tím se zeslabuje akční potenciál, který nervová vlákna vedou. Na základě studií bylo ukázáno, že fampridin je schopen vedení signálů přes poškozené nervy zrychlovat, což může vést ke zlepšení schopnosti chůze.

Tento preparát s prodlouženým uvolňováním vyvinula a ve Spojených státech obchodně využívá společnost Acorda Therapeutics Inc. pod obchodním názvem Ampyra (dalfampridin); jedná se o 10mg tablety s prodlouženým uvolňováním léčiva. Společnost Biogen Idec na základě licenční smlouvy získala od společnosti Acorda

práva na vývoj a obchodní využití fampridinu na všech trzích mimo USA.

Nejvyšší incidence nežádoucích reakcí, které byly u pacientů s RS identifikovány při placebem kontrolovaných klinických hodnoceních přípravku Fampyra v doporučené dávce, je hlášená pro infekce močových cest (přibližně u 12% pacientů), i když kultivace infekce často neprokázala. Známé nežádoucí reakce na léčivo jsou převážně neurologického charakteru a zahrnují záchvaty, nespavost, úzkost, poruchy rovnováhy, závratě, parestezii, třes, bolest hlavy a astenii. To je v souladu s farmakologickou aktivitou fampridinu.

Přípravek Fampyra byl vyvinut s využitím technologie Elan s názvem Matrix Drug Absorption System (MXDAS) a vyrábí jej společnost Elan.

O společnosti Biogen Idec

Biogen Idec využívá nejnovější vědecké přístupy při objevování, vývoji a výrobě léčebných prostředků pro léčbu závažných onemocnění a jejich uvádění na trh a zaměřuje se především na neurologii, imunologii a hemofilii. Společnost byla založena v roce 1978 a je celosvětově nejstarší nezávislou biotechnologickou firmou. Užitek z jejich předních léčebných prostředků na roztroušenou sklerózu mají pacienti na celém světě; společnost vytváří celkový roční obrát ve výši 4 miliard dolarů.

Informace o označení přípravku, tiskové zprávy a další informace o společnosti jsou k dispozici na internetových stránkách:

www.biogenidec.com

Literatura:

1. Fampyra Summary of Product Characteristics (souhrn údajů o přípravku), červenec 2011.
2. Heesen C et al. Mult Scler 2008; 14: 988–991.
3. Halper J, Perrin Ross A. Int J MS Care 2010; 12: 13–16.
4. Salter A et al. Curr Med Res Opin 2010; 26: 493–500.
5. Goodman A et al. Lancet 2009; 373: 732–738.
6. Goodman A et al. Ann Neurol 2010; 68: 494–502.
7. Hobart J. Presentation at American Academy of Neurology Annual Meeting 2011, Honolulu, Hawaii.

AKTUALITY

WHO: Zakažme krevní testy na TBC

Podle Světové zdravotnické organizace jsou krevní testy určené ke zjištění nákazy tuberkulózou nepřesné a měly by být zakázány.

Jak vyplývá z údajů Světové zdravotnické organizace (WHO), každým rokem jsou ve světě provedeny více než 2 miliony těchto testů. Podle organizace jsou však krevní testy na odhalení tuberkulózy neetické, často vedou k chybné diagnóze a následně i chybné léčbě pacienta. WHO dokonce tvrdí, že diagnostické sety, jež se používají především v rozvojových zemích, ale z nichž většina je vyráběna v Evropě či Severní Americe, ukazují chybné výsledky až v 50 % případů. Ředitel sekce WHO pro boj s tuberkulózou dr. Mario Raviglone proto uvedl, že tyto testy musejí být zakázány.

Neetická praxe

„Krevní testy používané pro diagnózu tuberkulózy jsou nepřesné, nekonzistentní a ohrožují životy pacientů,“ prohlásil doktor Raviglone. Největším problémem je podle něho příliš nízká citlivost některých diagnostických setů, které kvůli ní nedokážou onemocnění u pacienta odhalit. „Podkla-



Ilustrační foto: Shutterstock

dy, které jsme získali během několika posledních měsíců, jasně ukazují, že u každého druhého pacienta dojde při vyšetření pomocí krevních testů k chybnému výsledku. Přitom se nejedná jen o případy, kdy je nemocnému řečeno, že tuberkulózu nemá, ačkoli je nakažený, ale také o opačný jev, kdy testy ukáží, že pacient nemocný je, i když se o tuberkulózu nejedná,“ dodala dr. Karen Weyerová z WHO.

„Falešná negativita znamená, že pacient nedostane odpovídající léčbu, což v mnoha případech končí smrtí, navíc může nemoc dále šířit. Falešná pozitivita má za následek zcela zbytečnou léčbu choroby, již pacient netrpí, zatímco skutečná příčina jeho zdravotních potíží zůstává nadále neodhalena. Proto tvrdíme, že používání setů na krevní testy, jež mají prokázat TBC, je neetické a vyzýváme vlády, aby zvažily jejich zákaz, neboť hrozbu nepředstavuje jen samotná tuberkulóza, ale i tyto neefektivní testy,“ doplnila Karen Weyerová. Podle WHO se diagnostické sady, jež byly vyrobeny v Evropě či Severní Americe, kvůli přísným regulacím v místě svého vzniku používají nesmějí. Rozvojové země však tak silné kontrolní mechanismy nemají. Tuberkulóza si každoročně vyžádá 1,7 milionu lidských životů a je hlavní příčinou úmrtí pacientů s HIV/AIDS.

(Zdroj: BBC)

Květa Havlová

Obřízka výrazně snižuje riziko přenosu HIV

Obřízka snižuje u mužů riziko nakažení virem HIV až o 76 %. Vyplývá to ze závěrů výzkumu, který provedli francouzští vědci v Jihoafrické republice.

Vliv obřízky na snížení pravděpodobnosti infekce HIV naznačily již v minulosti některé klinické testy. Studie představená na konferenci International AIDS Society (IAS) v Římě však tyto závěry potvrdila v praxi.

Nejasné mechanismy

V rámci kampaně nabízelí lékaři na johannesburském předměstí Orange Farm všem mužům starším 15 let bezplatné provedení obřízky (zákony byly financovány prostřednictvím mezinárodních dárců a organizací). Do programu se zapojilo přibližně 20 tisíc mužů, podíl obřízaných tak na předměstí stoupl ze 16 na 50 %. Ve skupině od 15 do 24

let pak zákrok podstoupilo 59 % mužů.

Dr. Bertran Auvert z Versailleské univerzity společně se svými kolegy v roce 2007 analyzovali údaje 1200 mužských obyvatel Orange Farm, o tři roky později se zaměřili na dalších 1200 mužů. Z jejich výzkumu vyplynulo, že u neobřízaných mužů se infekce HIV vyskytuje u 2,86 na 100 osob, zatímco u obřízaných mužů pouze u 0,42 na 100 (podle autorů se mezi oběma skupinami nijak nelišila četnost v užívání kondomů). Statistickými metodami pak došli k závěru, že díky obřízce došlo k 76% snížení rizika nákazy.

Tým dr. Auverta se chce nyní zaměřit na otázku, zda je mužská

obřízka z hlediska redukce pravděpodobnosti nákazy virem HIV přínosná i pro ženy. Zatím není zcela jasné, jakým způsobem obřízka riziko přenosu HIV snižuje. Některé studie nicméně ukázaly, že v předkožce se snáze množí bakterie i viry, jiné se zaměřily na skutečnost, že předkožka obsahuje velké množství buněk infikovaných HIV.

Masivní provádění obřízky v současnosti zvažuje řada afrických států. Například Keňa již během posledních tří let zákrok provedla u 290 tisíc mužů, tanzanská vláda oznámila, že se v příštích pěti letech chystá obřezat minimálně 2,8 milionu mužů.

(Zdroj: Los Angeles Times)

(kha)

Inspirace pro mladé vědce

Začátkem července dostalo 550 mladých výzkumníků příležitost setkat se v německém městě Lindau se 23 držiteli Nobelovy ceny za fyziologii, medicínu a chemii.

Týdenní program zahrnoval přednášky a diskuse. Kromě rozhovorů o výzkumu na telomerách a struktuře ribozomů, oceněném Nobelovou cenou, se hovořilo také o všeobecných tématech. V jedné sekci dostal panel laureátů od mladé výzkumnice otázku jak dosáhnout rovnováhy mezi vědeckou kariérou a rodinným životem. 40 % účastníků v hledišti tvořily ženy, všichni členové panelu byli muži. Ti se shodli v názoru, že problém nemá jednoduché řešení, ale vyjádřili naději, že vzrůstající procento žen v různých vědeckých oborech by mělo v budoucnu tuto otázku usnadnit.

Je to na vás!

Došlo také k diskusi o tom, na jaká témata by se mladé vědecké myšl měly zaměřovat v základním výzkumu. Většina laureátů doporučovala, aby se mladí vědci nechali vést vlastní zvědavostí. Jako názorný příklad

si jeden z nich vybral Mendelův výzkum na hrachu – téma, na něž by se mu téměř jistě nepodařilo získat grant, ale které přesto vedlo k objevu zákonů dědičnosti.

Christian de Duve, 93letý charismatický držitel Nobelovy ceny za fyziologii a medicínu z roku 1974, však v přednášce na téma „Budoucnost života“ prezentoval důvody pro výzkum založený na potřebě. Podle jeho názoru je většina problémů, s nimiž lidstvo v současné době zápasí (změny klimatu, přelidnění města, konflikty, znečištěné prostředí či energetická krize), způsobena úspěchem člověka jako druhu, který vedl k přelidnění planety, jejíž zdroje jsou omezené. Jeho závěrečný vzkaz mladým vědcům zněl: „Moje generace – naše generace – to zkažila a je na vás, abyste byli lepší a napravili to. Budoucnost je ve vašich rukou. Hodně zdarů!“

(Zdroj: Lancet)

(mls)



Ilustrační foto: Shutterstock

Indikace bevacizumabu rozšířena i o kombinaci s kapecitabinem

Výsledky fáze III studie RIBBON 1 prokázaly významné zlepšení parametru doby přežití bez progresu u pacientek s metastazujícím karcinomem prsu léčených kombinací bevacizumabu s kapecitabinem ve srovnání s ženami, jimž byl podáván pouze kapecitabin.

Doba přežití bez progresu se u pacientek užívajících kombinaci bevacizumabu s kapecitabinem ve srovnání s pacientkami, jimž byl podáván pouze druhý ze jmenovaných léků, prodloužila o 45 %, medián doby přežití bez progresu nemoci dosahoval 8,6 měsíce (u samotného kapecitabinu činil 5,7 měsíce). U 35,4 % žen byla zaznamenána výrazná redukce nádorové

tkáně, k níž u žen ve skupině se samotným kapecitabinem došlo jen ve 23,6 % případů.

Evropská komise tak na základě výsledků studie RIBBON 1 rozšířila dosavadní indikaci bevacizumabu o jeho kombinaci s kapecitabinem, která poskytne další volbu první linie léčby u pacientek s rakovinou prsu, pro něž nejsou vhodná ostatní chemoterapeutika.

(akt)

Vliv oleje semen borovice korejské na hormony sytosti CCK a GLP-1 a **potlačení chuti k jídlu**

Obezita představuje pro veřejné zdravotnictví významnou výzvu. V posledních letech se objevila řada strategií její léčby. S ohledem na omezení aktuálně dostupných léků se hledají nové přípravky (zejména v oblasti přírodních produktů).

PinnoThin, olej ze semen borovice korejské s vysokým obsahem kyseliny pinolenové, byl předmětem dvou studií, které posuzovaly jeho vliv na hormony sytosti – cholecystokinin a *glucagon-like peptide 1*. Výsledky studií potvrzují, že olej borovicových semen ovlivňuje vzestup uvolňování hormonů sytosti a potlačuje tak chuť k jídlu. Nemá to však žádný vliv na ghrelin, faktor zvyšující pocit hladu. Studie toxicity prokázala, že olej ořechů borovice korejské není toxický, a proto je pro léčbu obezity bezpečný.

Hledání účinné a bezpečné látky

Prevalence obezity a nadváhy rapidně stoupá. Dle Světové zdra-

vatnické organizace (WHO) nadváha postihuje 30–80 % dospělých ve všech zemích evropského regionu. Nadváhou trpí přibližně 20 % dětí a adolescentů, z toho třetina je obezních. To představuje pro veřejné zdravotnictví v Evropě závažnou výzvu. Obezita často souvisí s patogenezi mnoha rozšířených onemocnění, jako jsou *diabetes mellitus*, ischemická choroba srdeční, dislipidemie, artritida, ateroskleróza, některé běžné formy nádorových onemocnění a hypertenze.

V posledních letech byly vyvinuty různé strategie léčby obezity. Ty jsou založeny na různorodých mechanismech: redukce vstřebávání tuků a přívodu energie, zvýšení energetického výdeje, pokles

diferenciace pre-adipocytů či proliferace a modifikace lipogeneze a lipolýzy. K léčbě obezity byly na trhu dva typy léků – jednak orlistat, který redukuje vstřebávání tuků ve střevě prostřednictvím inhibice pankreatické lipázy, druhým je pak sibutramin potlačující chuť k jídlu. Food and Drug Administration (FDA) a European Medicines Agency (EMA) však v loňském roce sibutramin zastavily na základě nepříznivých vedlejších účinků ve studii *Sibutramine Cardiovascular Outcome Trial (SCOUT)*. Proto se výzkum zaměřuje na hledání nových účinných a bezpečných léků proti obezitě. Hlavní úlohu v příjmu potravy hraje cholecystokinin (CCK) a *glucagon-like peptide 1*

(GLP-1), v obou případech se jedná o hormony navozující pocit sytosti. Naopak ghrelin, žaludeční hormon cirkulující v krevním oběhu, je významným faktorem navozujícím pocit hladu.

Nadějně výsledky studií

V souvislosti s uvolňováním CCK a GLP-1 jsou předmětem sledování volné mastné kyseliny. Bylo uveřejněno několik studií sledujících vliv různých typů mastných kyselin. Jejich výsledky prokázaly, že C12 FFA vede k mnohem výraznějšímu efektu než FFA délky řetězce C10 a polynenasycené mastné kyseliny (PUFA) jsou mnohem účinnější v porovnání s mononenasycenými (MUFA) a nasycenými.

Semena jsou obecně bohatá na množství nenasycených mastných kyselin. Jednou z nejzajímavějších PUFA je kyselina pinolenová, která se nachází v semenech borovice korejské. PinnoThin je přirozený olej lisovaný ze semen borovice korejské, který obsahuje 92 % mastných kyselin (64 % PUFA /15 % kyselina pinolenová/, 24 % MUFA). Doposud existují dvě randomizované, dvojitě zaslepené studie týkající se vlivu přípravku PinnoThin na příjem potravy a potlačování chuti k jídlu. Výsledky těchto studií ukazují, že 3g tohoto přípravku zvyšují uvolnění CCK a GLP-1 po dobu 3 hodin. To může vést k poklesu prospektivního příjmu potravy. FFA a TG obsažené v semenech borovice korejské tedy vedou – především u žen s nadváhou – k potlačení chuti k jídlu.

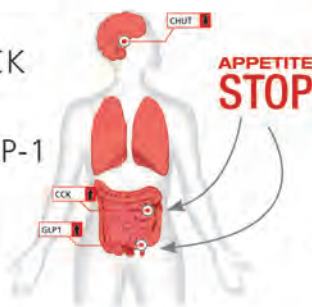
MUDr. František Zámola

INZERCE A111012861

Appetite STOP

doplňek stravy pro aktivní snižování váhy

- obsahuje PinnoThin™, olej ze semen borovice korejské
- zvyšuje vylučování hormonu CCK (cholecystokinin)
- zvyšuje vylučování hormonu GLP-1 (peptid podobný glukagonu)
- pomáhá omezit chuť k jídlu
- navozuje pocit sytosti



CO PROKÁZALY VĚDECKÉ VÝZKUMY?

Výsledky vědeckých výzkumů prokázaly, že po 30 minutách od požití oleje ze semen borovice korejské chuť k jídlu klesá a po dobu asi tří hodin není pociťován hlad.

JAK FUNGUJE APPETITE STOP V LIDSKÉM TĚLE?

Appetite STOP působí jako stimulant vylučování hormonů CCK a GLP-1, které vysílají do mozku signály o nasycení.

Tím snižuje chuť k jídlu, zpomaluje žaludeční vyprazdňování a navozuje pocit sytosti.



HUGHES, G.M., BOYLAND, E.J., WILLIAMS, N.J., MONNEN, L., SCOTT, C., et al.: The effect of Korean pine nut oil (PinnoThin™) on food intake, feeding behaviour and appetite: A double-blind placebo-controlled trial. *Lipids in Health a Disease*, 2008, 7(6)

PASMAN, W.J., HEIMERIKX, J., RUBINGH, C.M., BERG, R., O'SHEA, M., et al.: The effect of Korean pine nut oil on in vitro CCK release, on appetite sensations and on gut hormones in post-menopausal overweight women. *Lipids in Health a Disease*, 2008, 7(10)

energy
+/-
kalkulátor

Spočítejte si svůj příjem a výdej kalorií na našem unikátním softwaru.
Více na www.appetitestop.cz

Výrobce: Krewel Meuselbach GmbH, Krewelstraße 2, D – 53783 Eitorf, SRN

Zastoupení v ČR: Krewel Meuselbach s.r.o., nám. Gen. Kutlvašra 6, 140 00 Praha 4, tel.: 241 405 156, fax: 241 404 181

TRENDY A PERSPEKTIVY MEDICÍNSKÝCH OBORŮ

Kolorektální karcinom

Od začátku 90. let je v České republice výskyt tohoto nádorového onemocnění nejčastější, během posledních 30 let se pak jeho incidence zvýšila dokonce více než trojnásobně. Prognóza nemocných se však naštěstí zlepšuje díky moderním postupům.

Ve vyspělých zemích každý čtvrtý člověk v průběhu svého života onemocní zhoubným nádorem. Zavedením komplexní kombinované léčby (spolu se systémovou chemoterapií) založené na specializované a centralizované péči interdisciplinárního charakteru se však významným způsobem mění léčebné výsledky a prognóza pacientů.

Kolorektální karcinom je zhoubný nádor vycházející z epiteliálních buněk sliznice tlustého střeva. Patří mezi nádory žlázového původu – adenokarcinomy. V posledních letech představuje jeden z nejčastějších zhoubných nádorů trávicího traktu vůbec. Ve všech industrializovaných zemích je úmrtnost na kolorektální karcinom vyšší. Nejčastěji je kolorektální karcinom lokalizován v konečniku (30–60 %), dále v sigmoideu (26–30 %), sestupném tračníku (kolem 8 %), příčném tračníku (13 %), vzestupném tračníku (9 %) a céku (14 %).

Karcinom rekta a tračníku – odlišná léčba

Karcinom konečniku a tračníku vzniká nejčastěji na podkladě maligního zvratu adenomových polypů. Za rizikové faktory pro vznik karcinomu z adenomu (patogeneze *defect fields*: adenom s nízkým maligním potenciálem – adenom s vysokým maligním potenciálem – karcinom) se považuje velikost polypu nad 1 cm a mnohočetný výskyt polypů (vilózní struktura, stupeň dysplazie aj.). Na druhé straně pouze malá část adenomů přechází v karcinom. Kolorektální karcinom se vyskytuje u dlouhotrvajících idiopatických střevních zánětů. V poslední době jsou však již i údaje o vzniku karcinomu ze střevní sliznice *de novo*.

Dědičnost – jednoznačný rizikový faktor

Z hlediska vzniku karcinomu tlustého střeva je důležitá rodinná anamnéza. Ta vypovídá o tom, zda se v rodině objevovaly dědičné choroby nebo takové nemoci, jež byly podmiňovány a spoluurčovány rodinným prostředím. Z hlediska nádorového onemoc-

nění má rodinná anamnéza význam hlavně při odhalení hereditární dispozice ke zhoubnému nádoru. Dědičná nádorová onemocnění představují 2–5 % všech zhoubných nádorů.

Vzdor tomuto poměrně malému výskytu nicméně dědičná nádorová onemocnění zasluhují mimořádnou pozornost, neboť právě na základě rodinné anamnézy lze tyto pacienty (členy rodiny) včas odhalit, dispenzarizovat, cytogeneticky vyšetřit a popřípadě preventivně léčit. Z tohoto důvodu je nutno klást pacientům dotazy i na nádorová onemocnění, která se vyskytla v širším příbuzenstvu – u prarodičů, sourozenců, širšího příbuzenstva ze strany partnera aj.

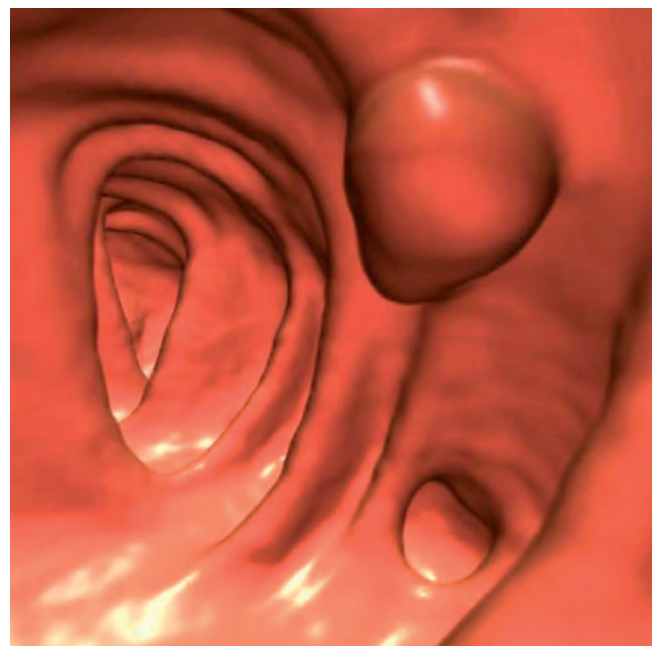
Autozomálně dominantní nádorová onemocnění v gastroenterologii byla podrobně rozebrána v předchozím díle „trendů“ (viz ZDN 15/2011 – „Polypy a polypózy“).

Klinické příznaky a rozvoj karcinomu

Pro kolorektální karcinom je příznačné dlouhotrvající asym-

ptomatické období. Zjištění kolorektálního karcinomu v tomto období vždy znamená lepší prognózu pro pacienty. Karcinom tračníku se projevuje v závislosti na lokalizaci a velikosti. U jednostranné lokalizace nádoru se objevuje spíše změna stereotypu vyprazdňování, zástava vyprazdňování, zvýšená plynatost a kolikovitá bolest. Krvácení je již většinou známkou expanze nádoru do lumen. Pro nádory lokalizované v pravém tračníku je typická únava doprovázená mikrocytární sideropenickou anémií v důsledku chronického okultního krvácení.

Invaze tumoru přes *muscularis mucosae* může způsobovat bolest spolu s dalšími příznaky podle lokalizace. Karcinom konečniku se obvykle projevuje krvácením a někdy i pocitem nedostatečného vyprázdnění. Po určitém časovém odstupu dochází k metastatickému postižení nejčastěji do jater, plic a kostí. U pokročilého nádoru je popisován syndrom tumorózní kachexie, který předsta-



Kolorektální karcinom (3D zobrazení vygenerované počítačem)

vuje komplexní metabolický proces.

Patologicko-histologicky je kolorektální karcinom podle Dukese klasifikován na čtyři stadia: stadium A značí neporůstání nádoru střevní stěnou, stadium B prorůstání střevní stěnou, avšak bez metastáz do uzlin, stadium C popisuje metastázy v regionálních uzlinách a stadium D udává vzdálené orgánové metastázy.

Preventivní možnosti

Vzhledem k velmi nákladné péči o pacienty s nádorovým onemocněním zůstává prvořadým úkolem čelit jejich výskytu. S tím přímo souvisí primární a sekundární prevence (závisí i na občanech) jakož i terciární prevence, která však již patří bezvýhradně do rukou zdravotníků a zdravotnických zařízení.

- Účelem primární prevence je odstraňování či omezování příčin, které se obecně podílejí na vzniku nádorů. Tento druh prevence je založen na znalosti patogenese nádorového onemocnění a na výsledcích léčby právě tak jako na epidemiologických poznatcích. Tím pádem lze objasňovat vztah nádorových onemocnění k zevnímu prostředí. Je již znám vliv řady rizikových činitelů zevního prostředí, které se jednoznačně podílejí na vzniku nádorového bujení. Obecně lze říci, že mezi ně patří kouření, alkohol, styk s ionizujícím nebo slunečním zářením a nepříznivý vliv chemických a biologických kancerogenů. Je znám i vliv výživy, který spočívá v příjmu nadbytku energie spolu s nedostatkem tělesného po-

hybu. Porovnáváním různých dat se odhaduje vliv nutriční na vznik nádorů ze 30–35 %. Mezi jednoznačná rizika patří obezita a nadměrný příjem tuků, jež obsahují vysoký obsah nasycených mastných kyselin. Tím dochází i ke zvýšené tvorbě žlučových kyselin, které za určité situace mohou působit kancerogenně. Zvyšovat riziko kolorektálního karcinomu může rovněž nedostatečný příjem vitamínů (A, D, E), stopových prvků a zejména vlákniny.

- Sekundární prevence spočívá v aktivním vyhledávání asymptomatických jedinců. Sekundární prevencí se docílí včasné odhalení počínajících nádorových onemocnění u pacientů starších 50 let (imunohistochemické či kvantitativní vyšetření stolice, primární screeningová kolonoskopie). Součástí preventivních prohlídek je i systematické vyhledávání pacientů ze skupin ohrožených nádorovým onemocněním (depistáž).
- Terciární prevence spočívá ve sledování pacientů s léčeným nádorovým onemocněním. Jejím úkolem je odhalit včas recidivu či relaps nádorového onemocnění. Prevence se provádí formou dispenzarizace, která lékařům ukládá trvale sledovat všechny pacienty s maligním nebo potenciózně maligním onemocněním (prekancerózy).

Vyšetřovací metody

Vlastní vyšetření při podezření na kolorektální karcinom spočívá ve vyšetření *per rectum*. Jde o první prohlídku při podezření na karcinom rekta nebo tlustého



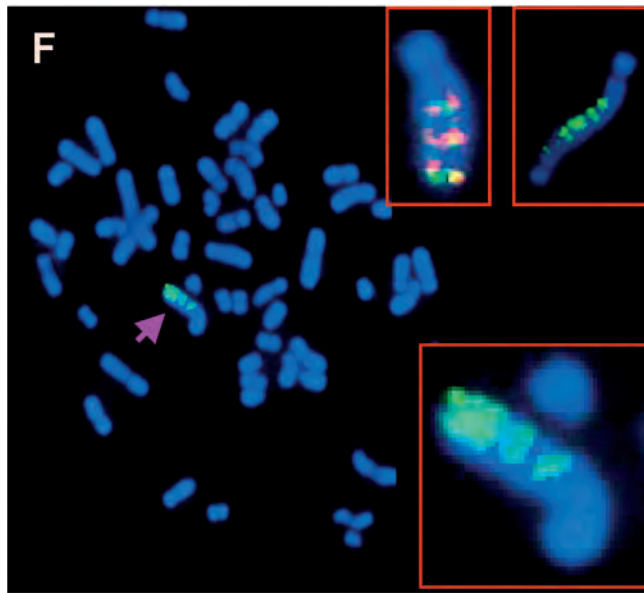
Lynchův syndrom – pacient s DJ adenokarcinomem

střeva při objevu příznaků. Vyšetření vedle možné rezistence v konečniku informuje i o makroskopickém nálezu krve. Udává se, že 30–60 % rektálních karcinomů je hmatných.

Kolonoskopie je metodou první volby, při níž je anatomicky lokalizován nádor, jeho velikost a dostupnost pro přístroj. Důležitá je možnost odebrání biopsických vzorků k bližší histologické verifikaci. Další možností je dvojkontrastní irigografie, která je prováděna tehdy, pokud není možno provést kolonoskopické vyšetření pro stenózu a neprostupnost pro přístroj či obtížné anatomické poměry. Vyšetření je v tomto případě nutno vždy doplnit rektoskopií. Pro strategii a taktiku léčby je důležitý *staging* kolorektálního karcinomu. Kromě vlastního klinického vyšetření se jedná o doplnění o UZ břicha a rtg plic (eventálně CT břicha, endosonografii rekta či další specifická vyšetření).

Nejdůležitější nádorové markery

Karcinomembryonální antigen (CEA) představuje skupinu glykoproteinů s vysokým obsahem



Resenzitizace chemorezistentních buněk rakoviny tlustého střeva

sacharidů. Poprvé byl tento antigen izolován u kolorektálního karcinomu. Jeho stanovení je užitečné zejména z hlediska možnosti relapsu onemocnění včetně metastáz, neboť jeho zvýšený výskyt se objevuje několik měsíců před klinickými projevy. Hodnoty se po úspěšné operační

léčbě normalizují asi do 8 týdnů. Zvýšené hodnoty CEA lze zjistit i u jiných nádorových onemocnění (žaludek, játra, pankreas, plíce, prs, jaterní cirhóza, nespecifické střevní záněty, akutní pankreatitidy, kuřáci). Alfa-1-fetoprotein (AFP) je glykoprotein podobný struktuře

albuminu. Jeho zvýšení v postnatálním období je obrazem patologického procesu. Mírné zvýšení se může objevovat u hepatitid nebo při toxickém poškození jater. Jeho patologické zvýšení svědčí o přítomnosti hepatoblastomu (u dětí), hepatocelulárního a testikulárního karcinomu. AFP je zároveň možno detekovat u kolorektálního, bronchogenního a pankreatického karcinomu.

Rezervy zejména v sekundární prevenci

Praktičtí lékaři a gastroenterologové hrají klíčovou roli v diagnostice kolorektálního karcinomu. Zvláště významnou úlohu mají v prevenci nádorových onemocnění, zejména v sekundární prevenci, jejíž náplní je vyhledávání asymptomatických pacientů, sledování pacientů s prekancerózami, jakož i vyhledávání rizikových skupin pacientů. Právě tato sekundární prevence významnou měrou přispívá ke zvyšování úspěšnosti léčby. Proto je třeba ji výrazně posílit (v roce 2010 bylo provedeno vyšetření pouze u 20,2 % cílové populace). Diagnostický postup je třeba pro-



Ilustrace: foto: Shutterstock

vádět cíleně, urychleně a uváženě. Spočívá v odpovědné indikaci jednotlivých vyšetřovacích metod a v jejich vhodné kombinaci při dodržování pravidla, že postupujeme od jednoduchého vyšetření (neinvazivního) k vyšetřením složitějším.

MUDr. Tomislav Švestka, CSc.

4. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Inzerce A111013025

Deník E15 nyní také v prodeji

15 MINUT PRO
EKONOMIKU & BYZNYS



MLADÁ FRONTA



MLADÁ FRONTA



www.E15.cz

Z dějin světové a české nefrologie

Nefrologie je podobor vnitřního lékařství, který se zabývá diagnostikou a léčbou nemocí ledvin. Jako klinický obor se ustavil po druhé světové válce v souvislosti s rozvojem život zachraňujících metod náhrady funkce ledvin.

Počátky nefrologie jako oboru a první pokusy s dialýzou v 19. století

Počátky mikroskopické anatomie ledvin jsou nerozlučně spojeny se jménem Marcella Malpighiho, který již v roce 1666 popsal ve své knize „De Renibus“ ledvinná klubíčka neboli glomeruly. Pochopení funkce ledvin v první polovině 19. století pak souvisí se jmény Williama Bowmana a německých fyziologů Friedricha von Frehrichse, Carla Ludwiga a Jacoba Henleho. Za zakladatele klinické nefrologie je ale pokládán Richard Bright (1789–1858), který si jako první všiml vztahu mezi patologickým nálezem na ledvinách, albuminurií a hypertrofií levé komory – mnoho let před tím, než Frederick Akhbar Mahomed v roce 1879 popsal zprostředkující roli hypertenze.

K pochopení patologických procesů v ledvinách, které mohou vyústit do selhání ledvin, přispěly již v 19. století i práce vědců českého původu nebo působících v českých zemích. Významný český patolog Carl Rokitansky popsal v roce 1852 jako první ve Vídni nodózní polyarteritidu s postižením ledvin. Přispěl také k popisu Rokitanského (Mayerova-Rokitanského-Küsterova-Hauserova) syndromu, jehož součástí jsou v důsledku anomálního vývoje Müllerova vývodu rovněž kongenitální anomálie vývoje ledvin (např. jejich ageneze).

V roce 1889 ve Všeobecné nemocnici v Praze profesor německé lékařské fakulty Otto Kahler popsal typický případ mnohočetného myelomu s nefrotickou proteinurií. Mnohočetný myelom byl také od té doby často v literatuře nazýván Kahlerovou chorobou. Pamětní článek zveřejněný nedávno k 50. výročí Americké hematologické společnosti pokládá Otto Kahlera vedle Henryho Bence-Jonese a Jana Waldenströma za klíčové osobnosti, které nejvíce přispěly k popisu a pochopení patogeneze tohoto onemocnění.

Pokusy Gregora Mendela v augustiniánském klášteře v Brně v letech 1856–1863 položily základy klinické genetiky. Nejčastějším onemocněním s mendelovskou dědičností jsou autozomálně dominantní polycystické ledviny (u nás příčina chronického selhání ledvin u cca 8% dialyzovaných



Marcello Malpighi



Richard Bright



Carl Freiherr von Rokitansky



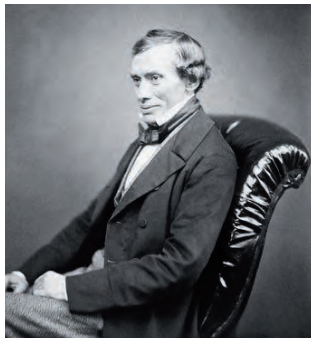
Otto Kahler



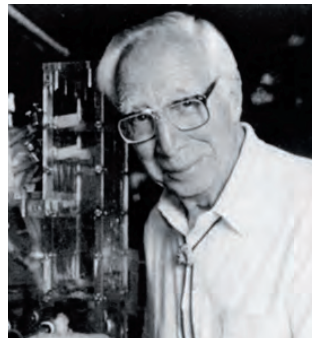
Arthur Biedl



Robert Christison



Thomas Graham



Willem Kolff



Nils Alwall

pacientů). V roce 1922 přispěl ve Všeobecné nemocnici v Praze Arthur Biedl k popisu adipozogenní dystrofie s polydaktylií – Bardetova-Biedlova syndromu. Dnes je známo, že hlavním projevem tohoto onemocnění je cystická onemocnění ledvin a Bardetův-Biedlův syndrom je pokládán za typické onemocnění buněčných řasinek neboli cílů.

Sir Robert Christison (1797–1882) formuloval již v roce 1839 představa, že selhání ledvin (uremie) je způsobeno hromaděním katabolitů, které jsou normálně vylučovány zdravými ledvinami do moči. Popis osmózy (René du Trochet) ve 30. letech 19. století a objev střeňné

bavlny a vývoj kolodia v roce 1845 v Basileji (Carl Friedrich Schönbein) umožnily ve druhé polovině 19. století první pokusy s dialýzou. Za otce dialýzy je pokládán Thomas Graham (1805–1869), který již v roce 1854 zkonstruoval „obručový“ dialyzátor. Graham si ovšem nebyl vědom možného využití dialýzy pro léčbu selhání ledvin – domníval se, že by dialýza bylo možno využít především pro studium složení krevního séra.

Vývoj nefrologie a náhrady funkce ledvin ve 20. století

Vývoj klinické dialýzy ve 20. století by nebyl možný bez zavedení dutých jehel k odběru žil-

který touto metodou léčil první pacienty ve Würzburgu již v roce 1923.

Počátky klinické dialýzy jako široce používané léčebné metody úzce souvisí s Willemem Kolffem (1911–2009), který začal s dialýzou u lidí již v roce 1942 a v září 1945 touto metodou zachránil život první pacientce s akutním selháním ledvin s anurií po léčbě sulfonamidy pro akutní cholecystitidu. K dalším průkopníkům hemodialýzy patřil Nils Alwall (1906–1986), který svého prvního pacienta dialyzoval v Lundu v září 1946, a na americkém kontinentě Gordon Murray (1894–1976), který provedl první hemodialýzu v Torontu v prosinci 1946, a John Merrill (1917–1986), jenž stál také u první úspěšné transplantace ledvin jednovaječnému dvojčeti v Bostonu v prosinci 1954.

Jedním z hlavních problémů hemodialýzy bylo zajištění cévního přístupu. Preparace žil umožňovala jen omezený počet akutních hemodialýz, kanylace velkých žil, jejímž průkopníkem byl i Josef Erben (jako první v roce 1969 použil coby přístup pro dialýzu katétr ve vena subclavia), sice usnadnila léčbu akutního selhání ledvin, ale nepředstavovala ideální řešení pro léčbu chronického selhání ledvin. Teprve zevní arteriovenózní shunt, zavedený začátkem 60. let Beldingem Scribnerem, a zejména radiocefalická arteriovenózní fistule, navržená v roce 1966 Ciminem a Bresciou, umožnily v průběhu 60. let rozvoj náhrady funkce u pacientů s chronickým selháním ledvin. K novému oživení zájmu o peritoneální dialýzu přispělo zavedení kontinuální ambulantní peritoneální dialýzy Popovichem a Moncriefem v polovině 70. let 20. století.

Chronicky dialyzovaní pacienti však měli mnoho obtížně ovlivnitelných problémů, např. těžkou hypertenzi, někdy ovlivnitelnou pouze bilaterální nefrektomií, kostní chorobu a těžkou anémií. Pokrok v léčbě renální kostní choroby umožnil teprve objev syntézy aktivní formy vitamínu D – kalcitriolu – v ledvinách Fraserem a Kodicekem v roce 1970. Eugen Goldwasser zjistil již v roce 1957, že ledviny jsou zdrojem hormonu, který stimuluje erytropoezu, a v roce 1976 tento hormon, nazvaný erythropoetin, poprvé purifikoval. Rekombinovaný erythropoetin pak byl poprvé podán pacientům s chronickým selháním ledvin

Z HISTORIE



Jan Brod

Josephem Eschbachem v Seattlu v prosinci 1985.

Od 60. do 90. let se prevalence hemodialyzovaných pacientů dramaticky zvýšila. Zatímco v 60. letech však byl typickým dialyzovaným pacientem mladý muž nebo žena bez komorbidit, v 90. letech šlo typicky o staršího člověka s řadou dalších nemocí a podstatně horší prognózou. Omezená dostupnost hemodialýzy v České republice tento vývoj bohužel miminálně o 10 let opozdila.

Počátky a rozvoj české nefrologie ve 20. století

Počátky české nefrologie jsou spojeny se Všeobecnou nemocnicí v Praze, kde již v roce 1932 Bohumil Prusík vydal první monografii o Brightově chorobě. Nefrologie byla ve Všeobecné nemocnici od počátku úzce spojena s kardiologií. Není náhodou, že zde již v roce 1930 provedl jako první na světě Otto Klein (1891–1968) 11 srdečních katetrizací s měřením srdečního výdeje na podkladě Fickova principu.



John P. Merrill spolu s dvojčaty Herrickovými (první úspěšný dárc a příjemce ledviny)

Zakladatelem české nefrologie je nepochybně Jan Brod (1912–1985), který nastoupil do Všeobecné nemocnice v roce 1937 jako neplacený volontér a od začátku se věnoval zejména kardiorenálním vztahům a později po svém odchodu do nově vzniklého Ústavu pro choroby oběhu krevního v Krči v roce 1951 také renální hemodynamice u esenciální hypertenze. Vilém Ganz vyvinul v 60. letech v Brodově ústavu katétr k termidilučnému měření srdečního výdeje, který po svém odchodu do Los Angeles zavedl do klinické praxe jako Swanův-Ganzův katétr. První hemodialýza v tehdejší Československu byla provedena v prosinci 1955 ve Všeobecné nemocnici v Praze s využitím Alwallovy ledviny Severinem Daumem a Mirko Chytillem. Praha byla tehdy teprve čtvrtým městem v Evropě, kde byla pro pacienty dostupná akutní dialýza.

První úspěšná transplantace ledvin byla provedena v Bostonu v prosinci 1954, první transplantaci ledvin v tehdejší Českosloven-



Eugene Goldwasser

sku provedli v roce 1961 v Hradci Králové, od roku 1966 se pak začal rozvíjet úspěšný transplantační program v dnešním IKEM v Praze-Krči. Karla Pavlíka, který tehdy dostal ledvinu od své maminky, má dnes ve svém jménu nadace, která přispívá k rozvoji transplantologie v České republice. Další rozvoj klinické dialýzy jako metody léčby akutního i chronického selhání ledvin je spojen mimo jiné se jmény Josefa Erbeny, Alberta Válka a Karla Opatrného. Renální fyziologii a vyšetřovacím metodám ledvin se věnoval další významný český nefrolog Ota Schück.

70. a 80. léta byla bohužel pro českou nefrologii dobou postupného zaostávání za světem, a to jak v technické kvalitě používaných dialyzačních přístrojů, tak zejména v dostupnosti dialyzační péče. Do roku 1989 byla dialýza dostupná jen malému počtu potřebných nemocných, do dialyzačního programu nebyli přijímáni lidé starší 50 let ani pacienti s nemocemi postihujícími další orgány, včet-



Josef Erben v Clevelandu (1966), vlevo v pozadí Willem Kolff

ně např. diabetiků či pacientů po infarktu myokardu. Počet dialyzovaných byl v roce 1989 zhruba 50 na milion obyvatel, tedy hluboko pod průměrem vyspělých zemí (kde tehdy bylo dialyzováno cca 300 na milion obyvatel). Od roku 1989 u nás dialyzační léčba zaznamenala dramatický rozvoj, bylo založeno mnoho nových dialyzačních středisek a postupně bylo dosaženo plné dostupnosti náhrady funkce ledvin. V současné době je v České republice léčeno náhradou funkce ledvin 959 pacientů na milion obyvatel, z toho 582 pacientů na milion obyvatel hemodialýzou (8% z nich peritoneální dialýzou) a 377 pacientů na milion obyvatel žije s transplantovanou ledvinou.

Významné mezinárodní nefrologické kongresy organizované v ČSSR a ČR

Mezinárodní nefrologická společnost byla založena v roce 1960 ve francouzském Evian-les-Bains a díky významnému postavení profesora Broda se již její druhý



Vilém Ganz

kongres v roce 1960 konal v Obecním domě v Praze, za přítomnosti 899 delegátů z celého světa. Profesor Albert Válek byl v roce 1980 prezidentem 17. kongresu Evropské dialyzační a transplantační asociace, který se konal za přítomnosti cca 2 tisíc delegátů v Průmyslovém paláci v Praze.

V letošním roce se nám podařilo na tyto úspěchy navázat. V Kongresovém centru v Praze jsme přivítali více než 8 tisíc registrovaných účastníků (i s vystavovateli cca 10 500 účastníků) 48. kongresu Evropské renální asociace – Evropské dialyzační a transplantační asociace, zatím největšího samostatného kongresu této asociace. Svěření organizace tohoto kongresu českým nefrologům bylo jistě výrazem uznání výsledků, které česká nefrologie v posledních více než 50 letech dosáhla. Nesporný úspěch tohoto mítinku by na druhé straně měl přispět k jejímu dalšímu rozvoji.

prof. MUDr. Vladimír Tesář, DrSc., MBA
Klinika nefrologie I. LF UK a VFN v Praze

Inzerce A111012679



EVROPSKÁ UNIE
EVROPSKÝ FOND PRO REGIONÁLNÍ ROZVOJ
ŠANCE PRO VÁŠ ROZVOJ



Ministerstvo zdravotnictví České republiky vyhlašuje Výzvu k výběru expertních hodnotitelů v rámci Integrovaného operačního programu oblasti intervence 3.2 Služby v oblasti veřejného zdraví Expertní hodnocení se bude týkat posouzení technické specifikace přístrojového vybavení projektů v rámci Integrovaného operačního programu oblasti intervence 3.2 – Služby v oblasti veřejného zdraví.

Expertní hodnotitel vypracuje stanoviska k technickým specifikacím přístrojů a ke stanovení předpokládané hodnoty v rámci zadávacích dokumentací u projektů financovaných z IOP. Stanovisko bude zpracováno zejména s ohledem na nastavení technických parametrů přístrojů v zadávacích dokumentacích případně jiných dokumentech tj. zda tyto parametry nejsou nastaveny diskriminačně a zda jsou postupy příjemce v souladu s pravidly efektivnosti, účelnosti a hospodárnosti.

Ministerstvo zdravotnictví vyhlašuje výzvu k výběru expertů z následujících oblastí:

- pro projekty zaměřené na modernizaci a obnovu přístrojového vybavení pracovišť **traumatologické péče** (traumacentra pro děti a dorost, dospělé a popáleninová centra),
- pro projekty zaměřené na modernizaci a obnovu přístrojového vybavení pracovišť **onkologické péče**,
- pro projekty zaměřené na modernizaci a obnovu přístrojového vybavení pracovišť **kardiovaskulární péče**,
- pro projekty zaměřené na modernizaci a obnovu přístrojového vybavení pracovišť **cerebrovaskulární péče**,
- pro projekty zaměřené na pořízení zdravotní techniky v **oblasti prevence nozokomiálních infekcí** (infekce, které vznikají v souvislosti s poskytováním nemocniční, ambulantní a následné péče – interakce zdravotní péče, zejména se jedná o pořízení přístrojů pro dekontaminaci vzduchu, mycích a dezinfekčních automatů, sterilizátorů, praček a sušiček, sprchových vozíků, matrací, vozíků atd.),
- pro projekty zaměřené na pořízení **rehabilitační techniky**,
- pro projekty zaměřené na **informační systémy a databáze používané v rámci řízení nemocnice i lékařských výkonů** (zejména nemocniční informační systém, ekonomický informační systém, databázový systém, systém pro operační sály atd.).

Všichni zájemci o hodnocení projektů musí být zaregistrováni v databázi hodnotitelů ve fázi realizace pro oblast intervence 3.2 IOP. Z této databáze jsou hodnotitelé na základě profesního zaměření a zkušeností vybráni Odborem evropských fondů ve spolupráci s věcně příslušnými odbory k hodnocení projektů.

Více informací možnosti o zařazení do databáze hodnotitelů naleznete na webovém portálu Ministerstva zdravotnictví www.mzcr.cz v sekci Evropská unie/Evropské fondy/Aktuality.

Tento projekt technické pomoci 6.2 - 2. fáze Ministerstva zdravotnictví je spolufinancován Evropskou unií z Evropského fondu pro regionální rozvoj.

Alexandros III. zvaný Veliký – smrt vládce světa

Bylo mu dvaatřicet a jeho říše se rozprostírala od břehů Jónského moře až po podhůří Himálaje. Právě se vrátil z tažení daleko na východ a spřádal plány na válečnou výpravu na Arabský poloostrov, když po jedné z četných bujarých pitek ulehl s horečkou.

Chtěl se stát „pánem světa“, ale brzy neměl dost sil ani na to, aby vstal z lůžka nebo promluvil. Když si vojáci vynutili defilé před umírajícím velitelem, dokázal je pozdravit už jen přivřením víček. Alexandros III., známější jako Alexandr Veliký, zemřel někdy mezi 10. a 13. červnem roku 323 př. n. l.

Konspirační teorie o otravě

Záznamy Alexandrových současníků, například Kleitharcha, Aristobúla, Alexandrova dvorního historika Kallistena nebo generála Ptolemaia, se dochovaly přinejlepším ve zlomcích. Většina svědectví o životě Alexandra Velikého pochází z prací sepsaných až několik století po jeho smrti. Tito autoři, např. řečtí historici Arrianus z Nikomédie a Plútarchos, však čerpali z prací Alexandrových současníků, jež byly v té době ještě dostupné. Z těchto svědectví z druhé ruky je zřejmé, že Alexandr zemřel na horečnaté onemocnění se záchvaty zimnice. Trpěl silnou žízň, hodně se potil. Při propuknutí horečky pociťoval silné bolesti v zádech, pak jej trápily bolesti břicha. Rychle slábl. Nakonec upadl do deliria a postihla ho flacidní paralýza.

Záhy po smrti Alexandra Velikého se vyvíjely spekulace, podle kterých byl zavražděn. Do podezření z podílu na komplotu proti Alexandrovi upadl i jeho učitel Aristotelés nebo Alexandrův syn Iollas. Arrianus i Plútarchos však možnost otravy nepřipouštěli. Další autoři udávají, že o otravě píše pro úplnost, a sami poukazují na protichůdnost jednotlivých verzí.

Také současná věda teorii o otravě odmítá. Jen málo jeďů vyvolává vysoké horečky a z těch bylo v Alexandrově době k dispozici jen pár. Patřily k nim rostlinné salicyláty narušující termoregulaci, alkaloidy narušující pocení a námelové mykotoxiny, jejichž požití vyvolává subjektivní pocit tepla. Aristotelés měl údajně připravit pro otrávení Alexandra arzenik. Ani arzenik, ani rostlinné jedy však nejsou s to vyvolat výrazné zvýšení teploty po dobu dvou týdnů, a proto většina



Alexandr Veliký zakládá Alexandrii. | Malba: Placido Costanzi (1737)

dnešních lékařů a historiků považuje zprávy o Alexandrově otrávení za dobové fámy. Jejich součástí bylo i tvrzení, podle kterého tělo Alexandra Velikého nevykazovalo ani šest dní po smrti nejmenší známky rozkladu. Jak vidno, konspirační teorie při náhlém úmrtí významné celebrity nejsou vynálezem současných sdělovacích prostředků, ale mají kořeny hluboko v historii.

Od malárie přes tyfus po obrnu

Fakt, že se Alexandr vrátil z tažení do Indie a pobýval v Babylonu (asi 90 km jižně od dnešního Bagdádu), vyvolává podezření, že mohl onemocnět některou z tamějších infekčních chorob. Dobové zprávy však nehovoří o epidemii mezi obyvateli Babylonu nebo Alexandrovými vojáky, které by bylo možné připsat na vrub chřipce, bubonického moru, leishmanióze nebo hemoragickým horečkám.

V celé oblasti tehdejší Mezopotámie je dodnes hojná malárie, kterou někteří odborníci považují za možnou příčinu Alexandrových smrti. Mnohé příznaky této diagnózy odpovídají, ale průběh horeček neodpovídá ná-

kaze zimničkou *Plasmodium falciparum*, kterou by se Alexandr zřejmě nakazil v Indii.

Podobně je jako příčina smrti Alexandra Velikého zvažován břišní tyfus, pro který jsou typické vysoké horečky a u těžkých případů i delirium. Popisovaná Alexandrova neschopnost pohybovat dolními končetinami by mohla odpovídat vzestupné paralýze, jež se u pacientů s břišním tyfem rovněž vyskytuje. Kruté bolesti břicha, které podle Plútarcha donutily Alexandra k hlasitým výkřikům, mohly podle některých odborníků souviset s perforací střev, k níž někdy u neléčeného břišního tyfu dochází. Je možné, že se původcem břišního tyfu nakazil při plavání v Eufratu. Alexandr byl vyhlášený svou vášní pro koupele a velmi rád plaval. Podle Arriana z Nikomédie Alexandr během svého babylonského pobytu v podstatě nedělal nic jiného, než že střídal státnické povinnosti s bujarými pitkami a plaváním v řece.

Při koupelích v Eufratu se mohl nakazit i dalšími chorobami, například poliomyelitidou, která se šíří vodou znečištěnou výkaly nemocných. Mnohé ze symptomů

Alexandrových chorob by této diagnóze nasvědčovaly. V souvislosti s koupáním v Eufratu připadají do úvahy i invaze některými parazity, například krevničkou *Schistosoma haematobium* nebo patogenními měňavkami *Acanthamoeba* či *Naegleria*, jež jsou s to vyvolat smrtelnou meningoencefalitidu.

Průběh všech onemocnění mohl být silně zkomplikován Alexandrovým alkoholismem a oblibou v těžkých jídlech. Řecký lékař Charambolos Sbarounis dokonce uvažuje o tom, že u Alexandra propukla v důsledku jeho nezřízené životosprávy akutní pankreatitida.

Nová hypotéza

Se zajímavou teorií přišli v roce 2003 američtí lékaři John Marr a Charles Calisher na stránkách časopisu *Emerging Infectious Diseases*. Ty v Plútarchově popisu Alexandrova příjezdu do Babylonu zaujala pasáž, kde se píše, že „když přijel k hradbám města, spatřil početná hejna havranů, kteří létali kolem a navzájem se klobali. Někteří před ním padli na zem mrtví.“

Ve starověku se ptákům věnovala velká pozornost, protože byli pova-

žováni za zvěstovatele vůle bohů. Jak v Řecku, tak i v Mezopotámii se hojně praktikovalo ptakopravectví. Na jedné straně je proto celkem pravděpodobné, že by jakákoli epizoda spojená se změnou chování ptactva nezůstala bez povšimnutí. Na druhé straně ale existuje i reálné riziko, že zmínka o nenormálním chování havranů mohla být doplněna později jako symbolická předzvěst Alexandrova skonu.

Marr a Calisher sázejí na to, že příhoda s havraními má reálné jádro, a spekulují, že Plútarchos mohl zachytit případ umírání ptáků po nákaze flavivirem vyvolávajícím západonilskou horečku. Pěvcí rodu *Corvus*, kam patří i havrani (*Corvus corax*), se řadí k ptačím druhům, které jsou k viru západonilské horečky silně vnímavé. Dnes žijí havrani na Blízkém východě celkem hojně a stejně tak je tam rozšířena i západonilská horečka. Vyskytují se tam i hmyzí přenašeči choroby, např. komáři *Culex theileri* nebo *Aedes aegypti*. Vzhledem k tomu, že Alexandr trávil hodně času pod širým nebem na břehu Eufratu, nabídl komárům bezpočet příležitostí k přenosu viru západonilské horečky. Typické jsou pro ni horečky a encefalitida a tomu symptomy Alexandrova onemocnění odpovídají.

Historie se opakuje

Komplikací této teorie je fakt, že se Alexandr nakazil v květnu a dnes se západonilská horečka vyskytuje v oblasti Bagdádu později. Její sezónní výskyt trvá obvykle od července do září. V červnu jsou případy tohoto onemocnění spíše výjimečné. Nelze však vyloučit, že v Babylonu a jeho okolí panovalo před dvěma tisíciletími teplejší klima. Za těchto podmínek by sezónní nástup západonilské horečky začínal dříve a choroba by se mohla objevit u ptáků a lidí již v květnu.

Podle Marra a Calishera mohl být Babylon v roce 323 př. n. l. svědkem podobného vpádu západonilské horečky s nakaženými tažným ptactvem, jaký zažila Severní Amerika v roce 1999. Také propuknutí západonilské horečky v USA v roce 1999 předcházely úhyny vnímavého ptactva na virovou nákazu. Ty byly podchyceny například v zoologické zahradě v Bronxu. Při svém vpádu do Babylonu v roce 323 př. n. l. mohl virus zahubit část vnímavé místní populace ptactva a v jednotlivých případech vyvolat těžké onemocnění lidí. K těm by patřil i Alexandr Veliký. U dalších nakažených lidí mohl flavivirus vyvolat jen horečnaté onemocnění, z něhož se nemocní bez následků uzdravili.

Arnold Pick – 160. výročí narození velikána české neuropsychiatrie

Česky sice uměl, ale nepříliš dobře. Celý život mluvil německy, přesto je považován za snad jediného světově uznávaného českého neuropsychiatra. Milovník hudby a děl Johanna Wolfganga Goetha profesor Arnold Pick se narodil před 160 lety, 20. července 1851.

Byl výjimečně inteligentní, zásadový, důstojný a kultivovaný, přitom skromný. Popisoval si s mnoha osobnostmi svého oboru, jako byli francouzští neurologové Joseph Jules Dejerine, Fulgence Raymond a Pierre Marie, angličtí neurologové Henry Head a John Hughlings Jackson nebo německý neurolog a internista Adolf von Strümpell. Přátelství ho spojovalo s filozofem Friedrichem Jodlem, fyzikem Ernstem Machem či právníkem Johannem Grafem Gleispachem.

Regály s knihami mu doma sahaly až ke stropu, mnoho svazků se do nich nevešlo a byly složeny v krabicích na podlaze. Pokaždé, když nastoupil dovolenou, dlouhé řady lékařských publikací byly na čas zastíněny spisy Johanna Wolfganga Goetha a skotského spisovatele a historika Thomase Carlyla...

Mezi legendami

Narodil se ve Velkém Meziříčí německy mluvícím židovským rodičům. Gymnázium absolvoval v Jihlavě, kde chodil do školy také o 9 let mladší Gustav Mahler, který rovněž pocházel z rodiny německy mluvících židů. Medicínu vystudoval ve Vídni a již jako student praktikoval na klinice neurologie a psychiatrie u slavného profesora Theodora Hermanna Meynerta. Po absolutoriu v roce

1875 působil šest měsíců na klinice profesora Karla Otto Westphala v Berlíně, kde spolupracoval s o tři roky starším asistentem Karlem Wernickem (ten zemřel předčasně, v roce 1905, na následky úrazu utrpeného při pádu z bicyklu). Do Prahy přišel v roce 1877. Habilitoval se na univerzitě jako docent v oboru psychiatrie a neurologie, tři roky pracoval v Zemském ústavu pro choromyslné v Kateřinské ulici a v letech 1880 až 1886 v nově založené psychiatrické léčebně v Dobřanech, od roku 1882 jako její ředitel. V roce 1886 se vrátil do Prahy, kde byl jmenován řádným profesorem a přednostou německé neuropsychiatrické kliniky.

Chirurg to má snadné

Bylo to krátce po rozdělení Karlovy univerzity na českou a německou část (1882), česká fakulta byla vlastně nově založena. V té době a v téže budově vznikala pod vedením profesora Benjamina Čumpeřlíka první česká neuropsychiatrická klinika.

Odborná spolupráce mezi českou a německou klinikou nebyla intenzivní, což však nevylučovalo osobní přátelství. Češi byli hojně zastoupeni i mezi pacienty německé kliniky. Lékaři na obou klinikách byli převážně bilingvní, i když čeština německých lékařů nebyla vždy perfektní. Tento handicap se týkal i Arnolda Picka. „Chirurg

to má snadné – stačí mu zeptat se pacienta, co ho bolí; neuropsychiatr se však přece jen potřebuje dozvědět více,“ stýskal si.

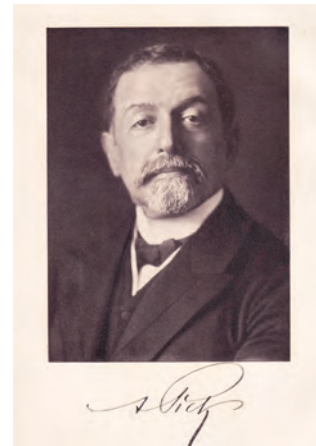
Na německé fakultě vedle něj působila řada vědeckých autorit – například jeho blízký přítel a spolupracovník Otto Kahler (*morbus Kahler* = myelom) nebo experimentální patolog a endokrinolog Arthur Biedl (Laurenceův-Moonův-Bardetův-Biedlův syndrom). Pick vedl ústav velmi moderně, s důrazem na klinickou práci a vědu. V letech 1891 až 1892 působil jako děkan fakulty, dával však přednost klinické práci před akademickými funkcemi. Vychoval mnoho vynikajících neurologů a psychiatrů, kteří pak sdíleli smutný osud německé neuropsychiatrické kliniky – někteří zahynuli v koncentračních táborech, jiní odešli ze země. Pick byl pensionován v roce 1921. Když klinika v roce 1945 zanikla, byl již 21 let po smrti – zemřel 4. dubna 1924 na urosepsi po operaci urolitiázy.

Pickova nemoc

Ve vědecké práci se Arnold Pick pohyboval na pomezí neurologie a psychiatrie. Zajímal se o agnozií, apraxii, poruchy paměti a vědomí, halucinace. Pozornost věnoval fyziologii řeči a jejím poruchám, je autorem řady publikací o agramatismu. S Otto Kahlerem napsali knihu o neuropatologii centrálního nervového systému, v níž po-

psali vstup vláken zadních kořenů do míchy a zadních provazců. Studoval senilní atrofie, např. ve vztahu k afáziím, i lokalizované léze temporálních laloků. Nejvýznamnějším počinem je však popis choro-
by, jež dnes nese jeho jméno.

Původně (1892) se jednalo jen o parazitiku afatického pacienta s poruchami chování, bez mikroskopické studie, název Pickova nemoc byl později zobecněn na demenci s frontotemporální atrofií a nálezem intracelulárních Pickových tělísek (obsahujících tau-protein) a Pickových balonových buněk. Později vznikl termín tauopatie, byla totiž nalezena společná patologie frontotemporální demence a dalších nozologických jednotek, a to intraneuronální a intragliální inkluze obsahující tau-protein (byť s ultrastrukturálními rozdíly mezi některými tauopatiemi). U primárních tauopatií se vedle symptomatiky typické pro každý klinický syndrom nacházejí také společné klinické příznaky, jako jsou kognitivní a behaviorální poruchy, takže někteří autoři mluví o Pickově komplexu. Podle Kertesze Pickův komplex zahrnuje kromě Pickovy nemoci i frontotemporální demenci s parkinsonismem vázanou na chromozom 17, progresivní supranukleární paralýzu, primární progresivní afázií, kortikobazální degeneraci, komplex amyotroffická laterální skle-



róza – demence – parkinsonismus a možná i další nemoci.

Co má společného s uherákem?

Jeden z Pickových následovníků, přednosta Neurologické kliniky Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně prof. Ivan Rektor, ve své knize „Neuroeseje“ končí kapitolu nazvanou „O Pickovi“ následující perličkou: „Pátral jsem po rodném domě Arnolda Picka ve Velkém Meziříčí (stojí na rohu ulic Zámecká a Hornoměstská) a dozvěděl jsem se při tom také něco o jeho rodině. Potěšilo mě, že Arnold nebyl jediný slavný Pick z Velkého Meziříčí. Jeho dědeček Izák měl z druhého manželství čtyři děti. (...) A právě v generaci dědečka Izáka se jeden mladý muž z rodu Picků z Velkého Meziříčí rozhodl k vystěhování. Usadil se v maďarském Szegeđu a založil tam velkouzenářství, které vyrábělo a stále vyrábí velmi úspěšný artikl – Pickův salám, u nás známý pod názvem uherák. Dá se tedy říci, že rodina Picků dala světu dva velikány, byť oba působili ve zcela odlišných rolích. Ponechávám na úvaze vážených čtenářů, který z Picků prospěl lidstvu více.“

Ivana Staňková

Osobnosti české medicíny vážně i nevážně

prof. MUDr. Stanislav Tobiášek
(15. 8. 1874 Litetiny – 27. 11. 1931 Praha)

První profesor ortopedie na české lékařské fakultě. Po maturitě v roce 1894 studoval nejprve na bohoslovecké fakultě, pak přešel na lékařskou, kde promoval v roce 1902. Působil jako externista ve Všeobecné nemocnici, od roku 1903 jako operační elév chirurgické kliniky,

po roce už jako sekundář. V roce 1908 byl na studijním pobytu ve Vídni a v Mnichově, v roce 1909 se habilitoval z ortopedické chirurgie. V roce 1912 se jako dobrovolník účastnil balkánských válek coby šéf vojenské záložní nemocnice v Bělehradě. Po návratu se stal přednostou ortopedického oddělení chirurgické kliniky. V roce 1919 byl jmenován mimořádným profesorem a v roce 1926 se stal přednostou nově zřízené ortopedické

kliniky, jímž byl až do své smrti. Ve své práci se mimo budování kliniky zaměřil hlavně na vývojové anomálie končetin a kostry, velkou pozornost věnoval i konstrukci ortopedických pomůcek.

Byl na něj sám

Bylo to ještě v počátcích ortopedie. Pan Verner, zřízenec, údržbář, zahradník a truhlář ortopedické kliniky profesora Tobiáška v jedné osobě, měl těžký život. Prá-

ce na klinice bylo stále dost, pan profesor byl neúnavný ve vymýšlení různých redresních souprav, extenzí a jiných ortopedických pomůcek, a tak měl pan Verner stále o práci postaráno. Pouze v neděli měl chvíli klidu pro svůj odpočinek.

Ale i v neděli pan profesor občas přišel na kliniku. Rozložil svou majestátní figuru do hlubokého křesla, zapálil si a už to začalo: „Pane Verner, dneska toho moc neuděláme, dneska si budeme jen tak trochu hrát. Nějakou maličkost. Víte, včera večer mne něco napadlo,



tak bychom to mohli zkusit.“ A pan Verner makal, až se z něj kouřilo...

Druhý den si postěžoval asistentovi: „Já se nemůžu, pane asistent, ani hnout. Včera tady byl zase pan profesor a znáte ho – říkal, že si jen trochu vyzkoušíme nějakou maličkost, a já jsem udělal víc než jindy za celý týden. Ve všední den to jde, to má na práci aspoň taky něco jiného, ale takhle jsem tu byl na něj úplně sám. Doufám, že hned tak zase nebudu neděle...“

MUDr. Svatopluk Káš

Rudolf Kalvach – tragický osud jednoho umělce

Rudolf Kalvach žil a tvořil v době těhotné napětím. Době, která si nejasně uvědomovala, že postaru se žít nedá, ale současně lehkomyšlně tančila na palubě. Na horní palubě lodi těsně před katastrofou, která změnila úplně všechno – a velké následky trvají dodnes.

Byl to čas čekání na výbuch, éra mezi *fin de siècle* a sarsjevskými výstřely. Napětí se hromadilo v osudových spodních prodech a moderna porážela staré způsoby vnímání světa. Ve Vídni se tehdy potkali tři muži: Rudolf Kalvach, Egon Schiele a Oskar Kokoschka. Spolu s řadou dalších chtěli změnit výtvarné umění. Kalvach s Kokoschkou byli spolužáci a přátelé, Kokoschka se dokonce některými Kalvachovými díly inspiroval. Schiele zase založil s Kalvachem, Koligem, Wiehelem a Faistauerem *Neukunstgruppe*, která nové výtvarné přístupy programově deklarovala. Všichni postupně překračovali hranici mezi secesí a expresionismem. Někteří pražští soupeřníci této avantgardy, tolik inspirovaní Munchovým zjevením, skončili jako kubisté. Například voják z povolání, hejtmán rakouského námořního dělostřelectva Bohumil Kubišta či sám velký Jan Zrzavý.

Spletité cesty osudu

Jejich životní osudy byly velmi různé. Zasáhla je první světová válka a z ní plynoucí choroby Evropy – nacisté a komunisté. Stejně tak choroby lidské – ducha i těla. Schiele umřel ve 28 letech na španělskou chřipku, která udeřila na konci války a vyžádala si víc obětí než všechny fronty dohromady. Stejný osud s ním sdílel Bohumil Kubišta (34 let), který přežil vznik Československé republiky o pouhý měsíc. Dlouhý život byl naopak dán Zrzavému (86 let) a především Kokoschkovi. Ten unikl před nacisty nejprve do Československa a odtud pak i se svou českou ženou do Anglie. Na poslední chvíli. Pro nacisty byl tvůrcem *entartete Kunst*, zvrhlého umění. Byl na seznamu. Bože, kolik takových seznamů lidí určených k likvidaci ještě bude! Tohle byl teprve začátek. Kokoschka se pro jistotu stal svobodným poddaným Jeho Veličenstva (1946) a zemřel v 94 letech. Nejpozoruhodnější a ne ve všech bodech zcela vyjasněný osud i největší utrpení však potkala Kalvacha.

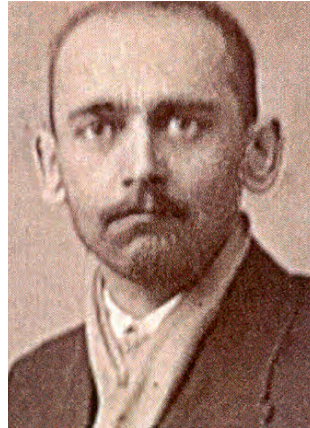
Pestrá koláž doby

Rudolf Kalvach se narodil 22. prosince 1883 ve Vídni v rodině strojuvůdce Petera Kalvacha jako jedno z pěti dětí (sourozenci Max, Anton, Olga a Lia). V tom roce se spolu s ním narodila také spousta jiných lidí. Pestrá koláž doby i nečekané souvislosti. Na svět přišli spisovatelé Jaroslav Hašek, Franz Kafka a Alexej Tolstoj. Módní návrhářka Coco Chanel i filozof José Ortega y Gasset. Německý psychiater a filozof Karl Jaspers i německý generál Johannes Blaskowitz, který v roce 1938 velel anšlusu Rakouska a o rok později obsazení Čech a Moravy. Narodil se ekonom sir John Maynard Keynes a budoucí britský premiér Clement Attlee. A také radikální socialista, který dospěl k fašismu, Benito Mussolini alias *il Duce*.

Aby se jedni mohli narodit, museli jiní zemřít, neboť takový už je odnepaměti světa běh. Toto slzavé údolí opustil jiný malíř, Edouard Manet. Odešel skladatel Richard Wagner, spisovatel Ivan Turgenjev i slavný francouzský neurolog, žák velkého Charcota, Charles Lasègue. A nakonec v londýnské emigraci naposledy vydechl teoretik komunismu Karel Marx, muž, jehož zmatené teorie přinesly tolik jedovatého ovoce v podobě útla-ku, Biafry ducha, zvrstev a hekatomb obětí.

Kaleidoskop svět

V tom roce se stala i řada pozoruhodných událostí. Mnohé spolu vůbec nijak nesouvisely. Kaleidoskop svět. Točí se, bliká, mění barvy i tvary, ale logiku v tom nejdeš. A tak je Alexander Romanov korunován carem veškeré Rusi, kdežto v New Yorku otevírají Brooklynský most a Metropolitní operu. V Indonésii vybuchuje vulkán Krakatoa a z pařížského nádraží Gare de l'Est vyráží na svou první cestu Orient Express. Robert Koch objevuje původce cholery a v městečku Pecos (Texas) se pořádá první rodeo na světě. V Miláně je spuštěna první středoevropská elektrárna, počítáme-li ovšem severní Itálii ještě do střední Evro-



py. Antoni Gaudí začíná v Barceloně stavět katedrálu Sagrada Família a Otto von Bismarck prosazuje v Říšském sněmu první ze svých sociálních zákonů, které inspirovaly ostatní Evropu. První reaguje Rakousko-Uhersko. To právě prožívá svůj sociální, hospodářský a kulturní zlatý věk. *Fin de siècle*. Klidný a spořádaný stát, *felix Austria*. V čele vlády stojí hrabě Eduard von Taaffe, konzervativce vedoucí citlivou sociální a národnostní politiku. Nejúspěšnější politickou stranou je sociální demokracie pod vedením dr. Viktora Adlera. Maďaři se trochu zklidnili, Češi přestali trucovat a vrátili se do Říšské rady i do vlády. Zdálo se, že monarchie má přece jen slušnou naději na dlouhou a spokojenou budoucnost. Černé mraky byly ještě daleko za horizontem. Poklidné císařství žije uzavřeno v idylickém akváriu. Turbulence velkého světa sem doléhají jen velmi tluměně. Bezstarostnost na prahu apokalypsy. Lidé se baví. Kavárny, divadla a opera jsou plné. Metropoli na Dunaji vládne Oskar Nedbal, Franz Lehár, Béla Kálmán a Johann Strauss mladší. Po ulici se procházejí důstojníci se šavlemi a pečlivě nakroucenými kníry. Doprovázejí dámy s klobouky a honzčky.

Quieta non movere

Nad tím vším bdí pedantský úředník, asketický staromilec, jehož duch plně náleží ještě 18. století. Muž s vypjatým smyslem pro tradici a povinnost. Oblečen ve stro-

hě uniformě pilně vyřizuje akta již od časného rána. Spis za spisem. Čím více spisů je vyřizeno, tím lépe se lidu žije. Jen celek mu uniká. Souvislosti. Celý svět jde mimo něj. Zdá se mu příliš novátorský a nesrozumitelný. Tak ho pro jistotu ignoruje. Mezi úředními spisy s jejich pravidelným oběhem podle přesných pravidel se cítí bezpečný. Nevnímá trendy ani spodní proudy. Pro stromy nevidí les. Hlavně nic neměnit. *Quieta non movere*. Sám pro sebe nepotřebuje skoro nic. Mocnářův osobní svět je velmi malý. Rozkládá se mezi prostě zařízenou kanceláří, Bad Ischlem a bábovkou paní Schrattové. Svět se zdá být na první pohled v pořádku. Jeho tektonické pohyby jsou tak rozsáhlé, že ze žabí perspektivy vůbec nejsou patrné. Gigantická centrifuga, která rozdrtila miliony, se roztáčí jen velmi pomalu. Kdo si vůbec všiml, považuje ji jenom za obyčejný kolotoč v Prátru. A zatím v jednom anglickém venkovském sídle ve West Norwoodu došlo k zásadnímu posunu v technickém pokroku, jehož význam v té chvíli nedovedl ještě nikdo docenit. Američan Hiram S. Maxim, vynálezce pastičky na myši, sestrojil strašlivou zbraň také pro-

ti lidem. První zbraň hromadného ničení, která zanedlouho přinese kvalitativní zvrat ve způsobu válčení a tím změni i dějiny světa. Jeho sousedé mohou skoro denně slyšet dlouhé série ran. Pilně tam pracuje prototyp kulometu, který Rusové později doplní vodním chlazením. To aby se při svém usilovném díle nezadřel. Lidé se od této chvíle budou zabíjet strojově. Automaticky. Efektivně. Nic osobního. Tradiční Smrtka s kosou je proti tomu milá stará dáma. Anachronismus z dětských pohádek. Poslali ji do důchodu. Přejde někdo nový, mnohem výkonnější. Bude to jinší sekáč.

Horečná aktivita

V roce 1901 byl Kalvachův otec přeložen do Terstu a s ním se stěhovala celá rodina. Nicméně Rudolf žije hlavně ve Vídni, ve víru uměleckého světa. Pracuje horečně, jako by věděl, že má málo času. A tak se na via Belvedere číslo 25 v Terstu zdržuje jen málo. Vídeň, prožívající svůj zlatý věk, jej zcela pohltila. Bydlí v činžáku nejprve na adrese Hintendorferstrasse 10 a pak v sousední ulici Leysenstrasse 1, v tehdejší 13. okrese. Navštěvuje Wiener Kunstgewerbeschule (dnes Hochschule für angewandte Kunst), produkuje i užité umění pro sdružení *Wiener Werkstätte*. Chrlí řadu grafik, dřevorez, knižních ilustrací, plakátů, reklam, hracích karet, etiket, pohlednic a *ex libris*. S Kalvachovými kartami se hrálo na všech lodích společnosti Austrian Lloyd a procestovaly tak moře i oceány celého světa. Vystavuje spolu s Kokoschkou i samostatně. Ve Vídni, Mnichově, Lipsku, Drážďanech a Kolíně nad Rýnem. Spoluzakládá *Neukunstgruppe*, vyučuje



Fantazie 2

Z HISTORIE

v dělnické čtvrti Ottakring na Volkshochschule a sám při tom dále studuje (průkazně ještě v letech 1911–1912). Měl skvělé profesory, kteří se zajímali o jeho zdraví i v době jeho šílenství a po jeho deportaci do ČSR: Alfred Roller, Felician von Myrbach, Carl Otto Czeschka, Berthold Löffler, Anton rytíř von Kenner, Eduard Leisching (dějiny umění), Friedrich Linke (chemie), Adele von Stark (práce se smaltem).

Co je zajímavé: Řada ze jmenovaných osob měla podobně jako Rudolf Kalvach nějaký vztah k českým zemím: Alfred Roller (narozen v Brně), Carl Otto Czeschka (oba rodiče přišli z Čech, resp. Moravy), Berthold Löffler (narozen v Růžodole, dnes část Liberce), Adele von Stark (narozena v Teplíčkách), Egon Schiele (matka: Marie Soukupová z Českého Krumlova), Anton Kolig (narozen v Novém Jičíně) a Oskar Kokoschka (ze staré pražské rodiny zlatníků).

Zcela jiný talent

Pozoruhodným souběhem událostí na okraj našeho vyprávění je osud jiného Rakušana: Ve stejné době, kdy Kalvach studoval a tvořil, přežíval na ulicích Vídně mezi bezdomovci a lumpenproletariátem osiřelý a frustrovaný mládelec s nenaplněnými uměleckými ambicemi, pro nedostatek talentu odmítnutý školou, na níž Kalvach exceloval. Později se ukázalo, že je nadán úplně jiným talentem. Talentem pro destruktivní demagogii. Jedinou inspirací, již si za léta vídeňského pobytu odnesl, byl vypjatý antisemitismus reprezentovaný kontroverzním vídeňským starostou dr. Karlem Luegerem, jehož jmenování zděšoval několik let sám císař. Blouznivý mladík bez vzdělání a s osobností hluboce narušenou rodinnými traumaty, tu až po okraj nasytil svou duši krajní nenávistí. Do rodného Braunau nad Innem se už nevrátil. Odešel do Mnichova a stal se Němcem. Jmenoval se Adolf Hitler...

Osobní i dobové běsy

Kalvach stihl absolvovat i vojenskou službu jako jednoroční dobrovolník (nejspíše 1904–1905, kdy není doloženo žádné jeho studium) a dosáhl hodnosti Fähnricha v záloze, tedy čekatele na důstojnickou hodnost. Tu ale nikdy neuplatnil a osobně již do války nezasáhl.

V roce 1908 se oženil s Marií Klarovou († 1936), Rakušankou žijící v Terstu. Měli spolu osm dcer (jedna však zemřela v dětství). Syn jedné z nich, pan Giorgio Ubóni, v Terstu dodnes žije a je duchov-



Indisches Märchen (Indická pohádka)

ním i fyzickým správcem Kalvachova uměleckého dědictví.

Řada Kalvachových děl nese rysy charakteristické pro onemocnění schizofrenií (neklid, tíseň, běsy, odcizení, bizarnost), které však byly rovněž součástí dobových životních pocitů. Vždyť to byla i doba Franze Kafky, Sigmunda Freuda či drastických balkánských válek, probíhajících doslova na zadním dvorku monarchie.

V roce 1912 již byla manifestace malířovy schizofrenie nepochybná a naléhavá. Musel proto být 29. května 1912 hospitalizován ve vídeňské psychiatrické léčebně Steinhof (dnes Otto-Wagner-Spital). Tam zůstal až do roku 1915, kdy si ho otec odvezl na reverz. Za pobytu ve Steinhofu snad ještě tvořil, protože některé jeho obrazy jsou datovány v rozmezí let 1910–1913. V roce 1914 je dokonce dosvědčena jeho výstava, již se ovšem mohl jen těžko osobně zúčastnit. Po propuštění přežíval ve válečných i pochmurných poválečných letech způsobem, který dosud není znám. Jen víme, že v roce 1918 vystavoval, především v Německu. Ještě trochu tvořil, ale už to nebylo ono. Známe jen dvě pohlednice Terstu vzniklé někdy po roce 1915 a vánoční a novoroční přání z roku 1918. Jinak tehdy mnoho radosti a povzbuzení asi nenalézal. Pořád tu však byla rodina v Terstu... Zda ta z něj měla radost a jak vůbec snášela jeho nemoc, již dnes není známo. Nicméně v pravidelných odstupu se mu v letech 1916, 1918 a 1920 narodily poslední tři dcery...

Jeho aktivní život definitivně skončil v roce 1921, kdy se musel vrátit do léčebny, aby už nikdy zdravotnické zařízení neopustil. Jeden čas

byl v tak těžkém stavu, že musel být umístěn v klecovém lůžku.

Proces a zámek

A aby nebylo smůly dost, právě ve Steinhofu si s ním ošklivě zahrál úřední šiml. Kalvach měl v dokladech uvedenou domovskou obec Rychnov u Jablonce nad Nisou. Taková věc se dědila automaticky po předcích a rodilý Vídeňák, Rakušan tělem i duší, tuto bagatelní záležitost zřejmě nikdy neřešil. Šlo totiž požádat o domovskou příslušnost kdekoli jinde. Ve Vídni, v Terstu... Jenže kdo mohl tušit, že to bude důležité? Kdo věděl, že se starobylá monarchie rozpadne? Kalvacha to tedy nenapadlo zcela určitě. Stejný zákon z roku 1848 o domovském právu ovšem platil v obou zemích i nadále. A tím bylo určeno občanství ve všech případech, kdy dotyčná osoba nebyla schopna optovat. Tak se Kalvach papírově stal československým občanem a je otázkou, zda novou situaci, jak vystřiženou z Franze Kafky, vůbec dokázal reflektovat. A pak ho odvezli na opačnou světovou stranu. Ne na jih, do Terstu, ale na sever, do Čech, do Kosmonos, podle spádovosti, která je dodnes téměř stejná. Rozhodl o tom místně příslušný vídeňský soud ve 13. okrese. A takových onoho 30. června roku 1926 přivezli hned dvanáct naráz. Všichni s domovskými obcemi v severní a severovýchodní části Sudet.

V Československu je Kalvach zbaven svéprávnosti rozhodnutím pražského soudu dne 22. února 1927. Jako opatrovník se nejprve uvádí Rudolf Kalvach starší, snad strýc. Ten je posléze škrtnut a nahrazen jménem pražského úředníka. Postup, který se dodnes volí u bezprizorných pacientů. Zemřel

snad Rudolf Kalvach starší během soudního řízení? Nevíme...

Kalvachova manželka se ocitla ve velké hmotné nouzi a musela bydlet s dětmi u rodičů. Nejasný je osud tří z Kalvachových dcer, které byly jako nezletilé údajně odvezeny také do Československa, snad podle domovského práva po otci. To se mohlo stát jedině až po smrti matky (1936). V době jejího úmrtí bylo nejmladší dívce 16, dalším pak 18 a 20. Tady však stopa končí a kromě nejisté vzpomínky není čeho se chytit.

Smrt v zapomnění a nový „život“

Oba Kalvachovy chorobopisy byly ve Vídni nalezeny a obsahují klasický popis onemocnění schizofrenií s perakutním začátkem a dosti dramatickým průběhem. Detaily samozřejmě vzhledem k citění rodiny i účelu kunsthistorického bádání nebudou zveřejňovány.

Chorobopis z kosmoského pobytu bohužel k dispozici není. Pracovníkům státního oblastního archivu se jej při vši snaze nepodařilo v kupě nezpracovaného materiálu, shromážděného za zhruba osmdesát let, vypátrat. V tomto archivu se však dochovala alespoň kniha příjmů („Hlavní protokol ošetřovanců“), odkud lze čerpat řadu užitečných informací. Nicméně Kalvachův chorobopis existoval ještě v roce 1970, před transportem ústavních archiválií do Prahy. Tehdy v něm listoval Kalvachův vnuk Giorgio Ubóni, který referuje, že zahlédl výraz *katonischer Zustand*. A opravdu, katatonie byla v minulosti mnohem častější než dnes, aniž je úplně jasné proč. A tak si dovedeme zase o kousek více představit, jak neutěšeně asi vypadal závěr života velkého výtvarníka.

Jeho osud se naplnil 14. března 1932 o čtvrté hodině ranní. Ve 49. roce svého života, z něhož posledních více než 11 let strávil v psychiatrické léčebně, umírá na plicní tuberkulózu. Je velmi pravděpodobně pochován na hřbitově v Kosmonosech. Konečný důkaz se stále ještě hledá.

Rudolf Kalvach však znovu ožije osmdesát let po své fyzické smrti. Na příští rok se připravuje rozsáhlá výstava jeho díla v Leopoldově muzeu ve Vídni. Právě k této příležitosti se rekonstruuje a doplňuje umělcův životopis ze všech dostupných zdrojů i chystá se i doprovodná fotodokumentace v podobě ukázek z prostředí závěru jeho života. Mezi Kosmonosy, Vídni a severní Itálií tak již více než půl roku probíhá čilý ruch, který vydá své ovoce ke konci května 2012. Výstava bude

trvat tři měsíce. A tak kdo bude mít cestu do Vídně, může se podívat na vlastní oči. Je to jen pár kroků od centra. Stačí z náměstí Herdinů před Hofburgem přejít Ringstrasse na jihozápad směrem k Mariahilferstrasse. Nebo linkou metra U2, stanice Museumsquartier.

Obrazy jako okna do duše

Chceme-li ovšem ocenit schizofrenikův obraz, je dobré zhruba vědět, jaké charakteristické črty můžeme očekávat. Člověk vidí především to, o čem ví a co očekává. Jak tedy tyto pacienti malují a které rysy mají při vši diverzitě společné:

Obličejové postav ztrácejí výraz, jsou chladné, jakoby cizí. Portréty žen připomínají slečnu Morgi-
anu ze stejnojmenného Herzova filmu (1972), jak ji v dvojroli nezapomenutelně sehrála Iva Janžurová. Dobrým příkladem je Kalvachova „Hlava medúzy“. Jindy se vidí další známky nekomunikativnosti: prázdňý pohled či zavřené oči, případně oči a někdy i ústa jen naznačená čárkou. Chybí úsměv, vřelost, emoční kontakt. Naopak převažuje tíseň, vyvolávající až mrazení, a ostré barvy, zhruba působící depresivně.

Obrazy postupně nabývají na bizarnosti, divokosti, hrozivosti, mohou obsahovat neexistující příšerná zvířata s vyceněnými zuby a jiné běsy. To je dobře patrné na obraze „Indická pohádka“. Později přibývá inkoherece, rozpadá se kompozice, třští se původní umělcův záměr. Duch vedoucí ruku téká a unikají mu souvislosti. Hlavní téma se rozpadá do vedlejších a nesrozumitelných motivů („Fantazie 1 a 2“). U portrétů se opakovaně vyskytne postupná dekompozice až vytrácení se jedné poloviny obličeje do nesouvisejících obrazců, autor tu přechází z figurální malby do ornamentů. Časté jsou prvky, jimž nemocní říkají „energie“. Mohou mít podobu blesků či zářivých barevných bodů. V pracovním portrétu ženy, jejíž polovina obličeje vykazuje dekompozici až *fading* do geometrických elementů. Nad stejnostranným okem má barevný, ostře svítící bod, k němuž technicky důsledný autor dokonce přivedl vinutý kabel.

Při pozorném zahledění se zdá, že vlastně vidíme do choré duše pacienta, který jako by svou nemoc přímo přenášel na plátno tak, jak ji vnímá svým vnitřním zrakem. Možná je to srozumitelnější vizualizace dysfunkčního mozku než funkční magnetická rezonance (fMRI). V každém případě nesrovnatelně levnější a navíc někdy i terapeutická, je-li správně odborně uchopena.

AFORISMY

Alkohol a alkoholismus **ve světle citátů**

Množství vypitého alkoholu u některých jedinců budí podezření, že věří snad i v posmrtný život. V následujících řádcích uvádím citáty a aforismy z literatury, jež tento zlovyk jednak obhajují, omlouvají, nebo dokonce vychvalují, na druhé straně však i ty, které jej odsuzují.

Jméno alkoholu dali Arabové. Arabské *al kehal* znamená v přibližném překladu „nejušlechtlejší“ nebo „nejjemnější“. Je jistě paradoxem, že tak vzletně pojmenovaný nápoj dokáže pána tvorstva někdy natolik zřítit, že může být k nerozeznání od svých pralesních předků.
(Jiří Noha: *Lékař vypravuje*)

Jako stolní nápoj přichází v úvahu především víno. Voda na stůl vůbec nepatří. (Arnald de Villanova: *Regimen sanitatis salernitatum*, 13. století)

Střídmě je víno lékem, v korbelech jedem zmije, je nepřitelem pro opilce, druhem tomu, kdo mírně pije.
(Avicenna)

Není nápoje nad víno, není jídla nad maso, není potěšení nad ženu!
(Albik z Uničova, pražský arcibiskup; pozn. aut. – od arcibiskupa překvapivě prohlášení)

Čistá voda dělá němým, to dokazují ryby v řece, čisté víno dělá hloupým, důkaz opilci jsou přece, já nechťeje být žádným z obou, vždyz dolévám si víno vodou.
(Johann Wolfgang von Goethe)

Chápu, že v našem drsném podnebí obejít se zcela bez vodky je právě tak těžké, jako například pro obyvatele žhavé Itálie obejít se bez makaronů. Vodka je v mnoha případech prospěšná. Sklenička vypitá před obědem napomáhá trávení, právě tak jako sklenička či dvě vypité ve společnosti přátel jsou pro člověka povzbuzením ducha, činí jej náchylným k přátelství a veselému projevování citů. Spolužití bez vodky je nemyslitelné. (Michail Jevgrafovič Saltykov-Ščedrin: *Tvůrce*)

Whisky – nejspolehlivější prostředek jak zlepšit chuť vody.
(Robert Lembke: *Sebrané definice*)

To je pořád řečí o škodlivosti alkoholu. Když ale člověk čte o epidemiích, jsou většinou z vody.

Ve víně je pravda. Číšník ovšem dodá, že tam krom té pravdy bývá také voda. (Miloslav Švandrlík: *Lihogramy*)

Není lepšího prostředku k zamezení alkoholismu než umírněně popíjení vína. Neboť všichni ti, kdož pijí víno denně, necítí potřebu alkoholu. (Jean-Louis Faure)

Člověk může být notorický alkoholik, ale jak to má vědecky zdůvodněno, tak mu to na veřejnosti projde.
(Jiří Verner: *U pokladny stál*)

Víno je mezi nápoji nejušlechtlejší, mezi léky nejchutnější, mezi pokrmů nejprjemnější.
(Plútarchos z Chairóneie)

Víno lze považovat za nejzdravější a nejhygieničtější nápoj.
(Louis Pasteur)

Penicilin lidí léčí, víno je obšťastňuje.
(Alexander Fleming)

Fernet-Branca? To říkají střeva rukulibám. (prof. Vladimír Vondráček)

S tímhle truňkem každou pradelnu budeš mít za trojskou Helenu.
(Johann Wolfgang von Goethe)

Znalost vína a výchova patra mohou být pramenem radosti po celý život.
(Ernest Hemingway)

Víno je věc podivuhodně vyhovující člověku jak zdravému, tak nemocnému, budiž však podáváno ve správné míře podle tělesné stavby jednotlivce. (Hippokratés)

„Pane vrchní, co jste to přinesl v půllitru za krásu? To pivo s parádní pěnou! To není pěna, to je šlehaná smetana, to je chladivý pudink, to není pudink, to je sám parádní gól!“ (Bohumil Hrabal)

Kdokoli chce být hrdinou, ať nasákně pálenkou. (André Maurois: *Mlčení plukovníka Brambla*)

Rum je mléko hrdinů. (Karel Poláček: *Hostinec u kamenného stolu*)

Když Adamovi došlo, že kvůli jablku musel odejít z ráje, začal z jablka pálit calvados, aby s jeho podporou zase do ráje přišel.
(Stanislav Komenda: *Občané a pánové*)

Noe, když si sedal k večeři, řekl své ženě: „Nezáleží na tom, kam až sahá voda, jen když se nám nedostane do vína.“ (Gilbert Keith Chesterton: *Létající hostinec*)

Kocovina je malý trest za velkou opici. Definitivní zúčtování s celým problémem obstarají až malé bílé myšky během *déliria tremens*. Pozoruhodný zvěřinec má na svědo-

mí alkoholu. (Vladislav Havel: *Malý zdravotnický lexikon*)

Odvýkací kúra pomohla. Co teď ale s bílými myškami? (Dieter Höss)

Metamorfóza – do postele jdete s opicí a vstáváte s kocourem.
(Robert Lembke: *Sebrané definice*)

Pítí by se mělo tolerovat jenom těm, kdo dokáží mít zábavnou a zajímavou opici. Nositelé opic nudných a trapných by měli po prvním průkazném pokusu povinně abstinovat.
(Stanislav Komenda: *Laskavé ubližování*)

Ze špatného světa dobré pití neudělá dobrý svět, může z něj však udělat snesitelný svět.
(Stanislav Komenda: *Laskavé ubližování*)

Na mladého člověka, který sedí s kumpány v hospodě, je vyvíjen strašný tlak, aby pil, a to přes míru. Už jen tíha těch průpovědek: „Kdo pil, umřel, kdo nepil, taky!“, „Tělo má jít do hrobu zhuntovaný!“, „Kam bys chodil, doma to znáš!“ Proti těmhle kydům v tu chvíli neplatí žádné racionální argumenty.
(Boris Hybner)

Člověk se může dát na pití, protože má pocit, že selhal. Ale pak se lze ještě víc, protože se dal na pití.
(George Orwell)

Na mindráky, na komplexy pět, šest rumů dát si zkus.

Bude div, když neřekneš si: Teď je ze mě genius!
(Miroslav Švandrlík: *Lihogramy*)

Tvrdit, že alkoholismus přispívá ke genialitě, znamená tvrdit, že více vidí ten, kdo vidí dvojité.
(Imre Forbáth)

Kdo se pře s opilým, vede hovor s nepřítomným. (Pebillius Syrus)

Vypijíš sklenku, a než se naděješ, jsi to ty plus sklenička.
(Anton Pavlovič Čechov)

Lekáme se cholery, přitom alkohol je mnohem větší metla než cholera.
(Honoré de Balzac)

Žádný rozumný člověk si nevylepšuje chuť ani náladu muchomůrkou zelenou nebo arzenikem. U alkoholu, jakkoli je to s podivem, je tomu zřejmě jinak. (Jiří Noha)

Není sporu o tom, že život pijáka je jaksi pestřejší. Život abstinenta je naopak někdy nudnější. Jenže život člověka s rozvinutou alkoholovou závislostí, ten je mučivý a naprosto pustý. (doc. Jaroslav Skála)

Nejčastějším důvodem, proč se pacienti protialkoholické léčebny nevracejí včas z propustky, je alkohol. (Svatopluk Káš)

Opilce se každý štítí, ten má smutné živobytí. Ať jsi pivař nebo vinař, pomůže ti Apolinář.
(František Hrubín: *verše, jež napsal při pobytu v léčebně u Apolináře*)

Bacchus: Šikovný Bůh, kterého si vymysleli Řekové, aby si ospravedlnili opilství. (Ambrose Bierce)

Člověk byl na rozdíl od ostatních tvorů stvořen k obrazu Božímu. Z toho lze usuzovat, že Stvořitel nebyl úplný abstinent.
(Stanislav Komenda: *Laskavé ubližování*)

Blahodárný špiritus stéká po sliznicích. Jako rtuť vzlíná v cévách, sáhne do mozku, stoupá z temene. Několik potácivých buněk šplhá v kameninové lebce. To jsme se zas dneska rozveselili!
(Miroslav Holub: *Já a otevřené dveře*)

Alkohol – šedá eminence v pozadí rozpadu morálních vlastností jednotlivce i jeho rodiny.
(Jaroslav Hovorka: *Cesty za zdravím*)

Láhev je přechodné bydliště vína, trvale se usazuje v játrech.
(Miroslav Huptych)

Zvýšená konzumace myslivecké rozhodně nezaručuje, že konzument potom bude rychleji myslet.
(Svatopluk Káš)

Pítí je nepřítel lidstva. My se ovšem nepřítel nelekáme, na množství nehledíme.
(Stanislav Komenda: *Občané a páni*)

Doufal, že ranní pochod navlhkým vzduchem udělá z jeho alkoholového oběhu oběh krevní.
(Oldřich Daněk, *Žhářky a požárníce*)

Jaký je můj vztah k alkoholu? Samozřejmě dobrý, ale velice špatný k alkoholismu, to je totiž rozdíl. Al-



Ilustraci foto: Shutterstock

kohol ještě z nikoho neudělal frajera, ale naopak frajery demaskoval. Vlastně by na každé láhvi mělo být napsáno: Jsi-li blb, nepij! Jenže v tom je háček. Jak by blb mohl vědět, že je blb. (Miloš Kopecký)

Epitaf alkoholika – výzkumníka Hnusí se mi chlastat jedy, ale je to v zájmu vědy, výzkum žádá oběti. Já to dělám pro děti!
(Jiří Žáček)

Naprostá abstinence, nebo alkoholismus. Je to jako těhotenství. Dovedete si představit ženu, která by byla jen trochu těhotná?
(doc. Jaroslav Skála)

První cesta ze zařízení nápravného vede obvykle do zařízení nálevného. (Jindřich Vobořil)

Je fakt, že alkohol někdy pročištuje hlavu, jenže to vždycky bere i s mozem. (Jarmil Sekera: *Tak pravili a žili*)

Protialkoholní léčebna. Budeš se sem vracet domů. Tady je tvůj útulek, všichni ti rozumějí, nikdo ti nic nevyčítá. Tenhle domov nemusíš budovat, je vybudován. Tady máš své ochránce a advokáty, můžeš být upřímný, nemusíš se omlouvat, hledat vysvětlení. Patříš sem! Pochopil jsi. Léčebna není epizoda, léčebna je osud. Nevymyslíš dokonalejší zařízení, kde se dá tak pohodlně zvracet pro vlastní dobro.
(Ladislav Pečáček: *Dobří holubi se vracejí*)

Denně smlouvali se spolem, jak skončí s alkoholem. No a jak to bylo dál? Nestihli to. Dřív on s nimi skoncoval. (Jarmil Sekera: *Deklamace*)

vybral a sestavil MUDr. Svatopluk Káš

Zhoubný nádor a trombóza – mezioborový pohled

19. 10. 2011 Praha, Clarion Congress Hotel Prague

Pořádá 1. LF UK Praha ve spolupráci
s divizí MEDICAL SERVICES
a odborným časopisem
POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNA.

konference

Odborný garant: doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc.

Předsedající: prof. MUDr. Václav Monhart, CSc., prof. MUDr. František Kölbl, DrSc.

Program:

Změna programu vyhrazena

- 13.30 - 14.00** registrace
14.00 - 14.15 úvod
14.15 - 14.45 **Trombofilní stav u hematologických malignit – patofyziologie, vliv nových léků a současná doporučení pro profylaxi**
– doc. MUDr. Ivan Špička, CSc.
14.45 - 15.15 **Kontroverze v prodloužené profylaxi v onkogynekologii** – prof. MUDr. Lukáš Rob, CSc.
15.15 - 15.45 **Profylaxe žilní trombózy a plicní embolie u urologických a onkologických výkonů** – MUDr. Michaela Matoušková
15.45 - 16.15 přestávka
16.15 - 16.45 **Problematika TEN v chirurgických oborech se zaměřením na onkochirurgii** – prof. MUDr. Zdeněk Krška, CSc.
16.45 - 17.15 **Nízkomolekulární hepariny v prevenci a léčbě tromboembolické nemoci u onkologicky nemocných**
– prof. MUDr. Jan Kvasnička, DrSc.
17.15 - 17.30 **Firemní sympozium GlaxoSmithKline**
17.30 - 19.00 volná diskuse a občerstvení, předávání certifikátů

Vzdělávací akce je pořádána dle stavovského předpisu č. 16 a bude ohodnocena 4 kredity ČLK.

Registrační poplatek: 100 Kč – platba předem, 150 Kč – platba na místě

Přijďte se
seznámit
s novými
poznatky
v oboru.

Registrujte se na www.medical-services.cz

Credit PLUS
Akce bude
ohodnocena kredity

**MEDICAL
SERVICES**

Hlavní partner

gsk
GlaxoSmithKline



**ZDRAVOTNICKÉ
NOVINY**

Postgraduální
medicína

mf
MLADÁ FRONTA



Patologické zatížení oborem

Michaela Svobodová
Foto: Leoš Chodura

Prof. MUDr. Jiří Pokorný, DrSc., stál u zrodu české anesteziologie a resuscitace, zasloužil se i o vznik a rozvoj oboru urgentní medicíny a medicíny katastrof. Pod jeho vedením vyrostlo mnoho kvalitních pracovišť, velmi činný byl také v Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví.

Medicína a zdravotnictví mě bavily již někdy od sedmi let. Byl jsem skautem, udělal jsem si zdravotnické odborné zkoušky a v roce 1938 jsme měli pod Orlíkem skautský tábor, kam přijel vojenský lékař-chirurg, pozdější profesor Jaroslav Lichtenberg. Jeho práce mě hrozně nadchla.

Medicína pak tedy byla jasnou volbou?

Ano. Bohužel moje generace byla postižena uzavřením vysokých škol, takže po válce nastal ohromný tlak hned po znovuotevření fa-

kult. Vypadlo šest ročníků lékařů, zájem byl tedy opravdu enormní. Učitelé se od 1. června 1945 s velkým zaujetím znovu vrhli do práce, otevřel se i letní semestr pro ročníky, které maturovaly do roku 1942, jenže já maturoval v roce 1943. My dostali nabídku zatím někde pomáhat v nemocnicích a zapsat se pak do podzimního ročníku. Tam se nakonec přihlásilo na 2500 studentů. Žádné přijímačky nebyly, kdo měl maturitu, mohl nastoupit. Nával na školy byl neskutečný, a tak nastal problém, co dělat s tolika studenty. Kam je umístit? Vyřešili to šalamounsky, najali Lu-

cernu a my tam přes den chodili na přednášky. Říkalo se nám proto „Lucernový ročník“. Lucerna byla zcela zaplněná, učitelé si pořídili ohromné papírové tabule, na které nám kreslili, a k tomu přednášeli do mikrofonu. Nebyly ani učebnice, takže jsme čmárali poznámky do sešitů.

Teoretické vzdělávání trvalo dva roky, další tři jsme pak měli kliniku. Základ tvořilo šest zkoušek prvního rigoróza, do dalších tří let studia přes ně prošlo jen asi 570 posluchačů. Původní nápor rychle opadl a hodně jsme prořídli, mnoho lidí se totiž zapsalo třeba jen proto,

aby měli levnou tramvajenku. První dva roky fakulta skutečně zápasila s tím, kam všechny studenty umístit. Byli jsme rozděleni podle jmen a každá polovina abecedy měla přidělené auly a profesory. Organizačně to tehdy zvládli úplně skvěle. Měli jsme 70–80 přednáškových hodin týdně, takže jsme od rána do večera běhali po přednáškách. Bylo to velmi zajímavé a dohodružené studium.

Školu jste úspěšně dokončil a vrhl se do práce. Proč jste si za svou první štaci vybral právě Ústřední vojenskou nemocnici?

Protože jsem studoval na vojenské stipendium, ale ne že bych byl nějaký militarista. Po válce, když jsme sháněli praxi, jsem se jako pomocný laborant dostal do laboratoře v Dejvicích a dva roky díky tomu měl určitý plat. Byli jsme čtyři sourozenci a tatínek byl v sociálním postavení lepším, než aby mi bylo přiznáno sociální stipendium. Jediné, co jsem mohl získat, bylo stipendium vojenské. Jenže armáda pak za dobu studia žádala trojnásobnou dobu služby coby voják z povolání. Promyslel jsem to a nakonec souhlasil. Od 1. ledna 1948 tak ze mě byl stipendista.

PŘEDSTAVUJEME

A hned první náhoda: Po promoci jsem byl okamžitě poslán do Ústřední vojenské nemocnice. Ředitel se mě zeptal, co chci dělat – bylo jím to tehdy jedno, protože v každém oddělení někdo chyběl. Bylo tam i pracoviště gynekologie a porodnictví, kam jsem na dva roky šel. To byl tedy můj základní obor.

Pak jste se však začal angažovat v anesteziologii. Jak k tomu došlo, když zde tento obor neměl prakticky žádnou historii?

Bylo to opět ohromné štěstí a náhoda. Jako zakladatel anesteziologického oboru zde pracoval plukovník MUDr. Lev Spinadel. Pocházel z tehdejší Ukrajiny, narodil se v roce 1897 a jako osmiletý kluk již zažil pogrom na Židy v Oděse. Byl rekrutován do Bílé armády, z níž se mu podařilo s bratrem uprchnout přes Besarábii do střední Evropy. Lev zůstal tady, jeho bratr šel do Francie a oba se stali lékaři. Když pak v březnu 1939 přišli Němci, dali na několik týdnů povolení, že kdokoli může odjet. On měl podanou do Francie žádost o vízum a jeho bratr byl tak aktivní, že si na francouzském ministerstvu zahraničí vymohl, aby mu povolili jeho žádost najít. Spinadel se do Francie nakonec na vízum dostal, ale nezůstal tam dlouho, od začátku války se účastnil bojů, po porážce Francie se ocitl ve Velké Británii, kde začal pracovat jako lékař, a vybral si právě anesteziologii. Britové ji sice jako obor uznali až v roce 1948, ale on se jí věnoval a rozvíjel ji už dávno předtím.

Díky schopnostem a aktivitě jeho i dalších našich lékařů byl u nás tento obor uznán již v roce 1954 a zařazen do první specializační vyhlášky. To, co je pro nás nyní samozřejmé, že doktoři musí procházet různými specializačními zkouškami a vzdělávacím procesem, tehdy nebylo. Do té doby se vzdělávali jen pod vedením primářů a až později jim na doporučení školitele byla přiznána odbornost skrz lékařskou komoru. Po válce se však zjistilo, že tento „systém“ nestačí a že je třeba postgraduální vzdělávání zorganizovat lépe. V roce 1953 proto ministerstvo založilo Ústav pro doškolení lékařů, k tomu vznikla nová vyhláška a Spinadelovi se již podařilo anesteziologii prosadit jako samostatnou specializaci.

Proč jste se rozhodl z gynekologie přesešlat na anesteziologii vy sám?

Strávil jsem rok v Brně, kde probíhalo vojenské školení na důstojníky z povolání – mimořádně, vrátit se zpět do Prahy jsem mohl jen

díky tomu, že jsem tu měl v rodinném domku manželku a dceru. To vůbec nebylo automatické. Rozdělování nás do všech vojenských nemocnic, mohl jsem skončit třeba v Košicích. Když jsem pak nastoupil do Střešovic, čekalo mne to známé kolečko. Dostal jsem se na chirurgii, kde mi nabídli, jestli nechci dělat anesteziologii. Sice ještě nešlo o uznání oboru, ale musel jsem něco vzít, abych v Praze mohl zůstat. Dopadlo to tak, že jsem u anesteziologie zůstal.

Tehdy obor teprve vznikl – s jakými problémy jste se museli potýkat?

Například že můj pan primář byl jediný člen učitelského sboru katedry chirurgie Ústavu pro doškolení lékařů, který měl anesteziologii na starost. A protože nebyli lidé, tak nám, ještě s mým kolegou, uložil učit a my museli začít přednášet.

Bylo složité vyjednat, aby anesteziologie byla uznána jako samostatná specializace?

Ano, první reakce byly negativní. Nakonec se ale Spinadel obrátil na náčelníka zdravotnické služby československé armády generála Josefa Škvařila, což byl chirurg z brněnské školy, který si uvědomoval, že rozvoj chirurgie je možný jen s kvalitní anesteziologií. Proto ve vojenské nemocnici nařídil zřídit k 1. 1. 1948 anesteziologické oddělení s jedním primářem a jednou sestrou – bylo to úplně malinké pracoviště, ale bylo prvním svého druhu v Československu.

Kdy a jak se vlastně anestezie začala používat ve světě?

Začalo to 6. října 1846. Anestezii tehdy úspěšně veřejně demonstroval 26letý zubař William Morton při operaci prováděné profesorem chirurgie Johnem Collinsem Warrenem. Tehdy pacient, před zraky lékařů a studentů, toleroval operaci nádoru při úhlu dolní čelisti, nereagoval, po zákroku se probudil a potvrdil, že skutečně nic necítil. A Warren následně pronesl slavnou větu: „Tak toto není humbuk, pánové!“

Zubaři ve Spojených státech se o to snažili, protože se naučili dělat zubní náhrady. Jenže k jejich aplikaci potřebovali vytrhat zkažené zuby a to je při vědomí neskutečně bolestivé. Takže hledali způsoby jak to vyřešit. Byl to vlastně obchodní zájem. Nakonec Morton zkoušel éter. Velmi jednoduše sloučeninu, jejíž páry po vdechování uvedou nemocného do bezvědomí a způsobí naprostou ztrátu pocitu bolesti. Pacient se dostal do stavu bezvědomí, ve kterém tolero-

val operování, ale nebyl ohrožen na životě. Naštěstí mohl anestezii dělat téměř kdokoli, protože její provádění bylo jednoduché a éter pacienta tolik neohrožoval.

Potřeba, aby lidé necítili bolest, byla nesmírná. Například při amputaci pacient neskutečně trpěl. Vůbec se tehdy nevědělo jak lépe zastavit krvácení, takže když amputovali nohu, strčili pahýl do vařícího oleje. Vše za plného vědomí. Dlouhá staletí se rány ošetřovaly vypalováním. Na bojišti ranhojiči ošetřovali raněné tak, že jen zaškrtli ránu, řešením pak byla většinou amputace. Přitom naděje na záchranu při amputaci ve stehně byla minimální. Nejdříve si tedy raněný protrpěl děsnou bolest a pak ještě dostal infekci, tudíž umíral tři týdny s otravou krve, v horečkách a se strašným trápením. Málokdo měl štěstí, že se zahojil. Proto se éter ani nějak rozsáhle netestoval a byl přijat s velkým nadšením. Každý, kdo s ním zkoušel pracovat, nejprve uspal nějaké to zvíře, a když to fungovalo, zkusil to i na sobě.

A jak se vůbec přišlo na to, že éter má takové vlastnosti?

To je až úsměvné. Existuje něco, čemu se říká rajský plyn, oxid dusný. Jednoduchá látka, která byla k dispozici již v první polovině 19. století. Používali ji na poutích, ukázalo se totiž, že když ji lidé vdechují, dostanou se do takového zvláštního stavu. Jeden zubař byl svědkem takového představení, kdy se někdo z přítomných pánů nadýchal rajského plynu, pak se bouchl do holeně, a když se pak „probral“, tvrdil, že nic necítil.

Zkusil to tedy na sobě a pak i na někom jiném. Jenomže účinek oxidu dusného je slabý a nevydrží tak dlouho jako éter. Tento zubař se rozhodl, že objev představí veřejnosti, stalo se mu však to, co se stalo muselo. Operace probíhala v posluchárně, s ohromným publikem, všichni dychtivě čekali, co to udělá. Jenže oxid dusný byl slabý, takže když doktor řízl, pacient zařval a zubař tehdy s ostudou utekl. Proto o půl roku později, když Morton přišel s tajnou látkou, operatér po výkonu pronesl i onu památnou větu, že se nejedná o žádný humbuk.

Takže v souvislosti s éterem nehrozily žádné vážné zdravotní komplikace?

Jediný problém byl v tom, že vdechování par éteru je velmi nepříjemné. Do roka od jeho zavedení přišel chloroform, jehož páry byly příjemnější na vdechování a čtyřikrát účinnější, ale i nebezpečnější. Stalo se, že patnáctiletá dívka zemřela na stole při operaci ná-

sledkem předávkování chloroformem... Zhruba sto let se chirurgové spokojili s tím, že vzhledem k jednoduhosti provádění inhalační celkové anestezie a relativní bezpečnosti éteru jim sestra nebo sálový pomocník pacienta nějak uspí. Za operaci i anestezii měl ale zodpovědnost chirurg.

Kde se najednou vzala potřeba změnit ustálený systém?

Neustále se objevovaly nové způsoby jak dělat anestezii lépe. Spinadel si do Československa přivezl spoustu novinek z Velké Británie. V roce 1956 proběhl první specializační kurz nástavbového oboru anesteziologie, který jsem absolvoval, a již začátkem září mě jmenovali náčelníkem anesteziologického oddělení, to mi bylo 32 let. Jenže po odchodu Spinadela se významní chirurgové nemocnice (Placák, Kunc) domlouvali, co s našim pracovištěm udělají. Chtěli je rozpus-

tit s tím, že si nás rozeberou k sobě. Jenže náčelníci dalších operačních oborů protestovali, protože si zvykli na to, že o anesteziologickou spolupráci žádají anesteziologa a nikoli chirurga. Oddělení bylo zachráněno, bez mé aktivní účasti.

Protože Spinadel pracoval pro doškolení lékařů, byl jsem pověřen přednáškami i já a musel jsem se naučit přednášet. Stal jsem se vedoucím oddělení. Zakrátko přišel z tehdejšího ministerstva národní obrany příkaz, že se v oborech musí zavést výzkum pro vojenské zdravotnictví a abych jej pro náš obor zorganizoval. Tak jsem začal pracovat na postupech anestezie a resuscitace za mimořádných podmínek. Výzkum musel být vojensky orientován, protože mimořádnými podmínkami se tehdy myslela především válka. Organizovali jsme ho na řadě klinických, technických a experimentálních pracovišť v republice.



Představa, že každý lékař umí první pomoc, je bláhová. Na všechny akutní události se dnes volají anesteziologové.

O co přesně šlo?

O nemoc z ozáření, únik toxických chemických látek, hromadný výskyt raněných... zkrátka zabývat se tím, jak by se prováděla anes-

prof. MUDr. Jiří Pokorný, DrSc.

* 21. dubna 1924 v Londýně

Studia medicíny na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze absolvoval v roce 1950. Po promoci pracoval v Ústřední vojenské nemocnici, zprvu na gynekologicko-porodnickém oddělení, od roku 1952 byl zařazen na anesteziologické oddělení. V roce 1956 dosáhl odbornosti v nástavbovém oboru anesteziologie při základním oboru gynekologie a porodnictví, v roce 1959 obhájil kandidátskou dizertační práci na téma „Zavedená hypotenze v anesteziologii“. Habilitován byl v roce 1965. Doktorskou práci na téma „Anesteziologie a resuscitace za mimořádných podmínek“ obhájil v roce 1985. Profesorem anesteziologie a resuscitace byl jmenován v roce 1987, ale tento titul mu byl odebrán podle vysokoškolského zákona z roku 1990. V roce 1992 znovu dosáhl profesury po habilitačním řízení na Masarykově univerzitě v Brně.

V letech 1956–1972 vedl anesteziologické oddělení ÚVN, v letech 1973–1990 Klinikou anesteziologie a resuscitace FN Motol. Obě pracoviště byla klinickými základními subkatedry a katedry anesteziologie a resuscitace ILF. Tato výuková pracoviště vedl od roku 1969 do roku 1990. V letech 1960–1990 vedl též státní výzkumný úkol „Anesteziologie a resuscitace za mimořádných podmínek“, který obsahoval dílčí úkoly klinické, technické a experimentální. V roce 1996 byl jmenován vedoucím subkatedry přednemocniční neodkladné péče a medicíny katastrof IPVZ. Toto pracoviště bylo po zřízení oboru urgentní medicína přeměněno na subkatedru a od roku 2000 na katedru urgentní medicíny a medicíny katastrof, kterou vedl do roku 2003. Jako emeritní profesor s tímto pracovištěm spolupracuje dosud. Je autorem 257 odborných publikací, z toho 11 monografií a kolektivních učebnic oboru anesteziologie a resuscitace i oboru urgentní medicína, jichž je hlavním autorem či pořadatelem. V zahraničí publikoval 36 odborných sdělení.

tezie u pacientů zasažených za válečných podmínek. Bylo to financováno Státní plánovací komisí. Každého půl roku jsme museli podávat zprávy o průběhu prací na výzkumných úkolech. Ale bylo to tajné, protože šlo o vojenský výzkum. My měli štěstí na techniky, inženýr Ondřej Brychta patřil mezi nejlepší ve svém oboru, navíc měl zkušenosti ze zahraničí. Pracoval se svou skupinou v Konstruktě Trenčín, ve vojenském vývojovém a výzkumném zařízení. Měli jsme velké úspěchy. Díky tomuto vývoji vznikly například špičkové plicní ventilátory, které vyráběl a vyvážel národní podnik Chirana. Ale nikdo nevěděl, že původem jsou od nás, to se veřejnost dozvěděla až v 90. letech. Jeden z nich (Chirolog) byl dokonce oceněn zlatou medailí na brněnském veletrhu.

Jako vojenský útvar jste s finančními prostředky patrně problémů neměli...

Za to, že jsme úspěšně pracovali a naše zapojená výzkumná pracoviště vykazovala dobré výsledky, jsme dostávali ročně deset milionů na personál a deset milionů na vybavení. Klinickou základnou oboru pro další vzdělávání a pro celostátní vedení výzkumu bylo naše pracoviště v ÚVN až do roku 1972.

Sledovali jste pozorně, co nového v oboru se děje v zahraničí?

Na tomto místě je docela dobré připomenout, že první jednotka intenzivní péče byla otevřena v Dánsku v roce 1953, vedli ji anesteziologové a vznikla na základě tvrdé práce Bjørna Ibsena v návaznosti na rozsáhlou epidemii dětské obrny v letech 1952–53. Velkou roli pro obor sehrál i profesor Peter Safar, anesteziolog a vedoucí pracovník výzkumu v resuscitaci celosvětového významu. Byli jsme stejně staří a stali se dobrými přáteli. Jeho dědeček, pocházející z východních Čech, byl poslán do Vídně na zkušenou, kde se také oženil a usadil. Petrův otec i matka byli lékaři protinacistického zaměření. Peter prožil hrůzy války při dobývání Vídně. Po skončení války dostudoval medicínu a dělal maximum, aby se odvděčil, že ji přežil. Po dvou letech práce v nemocnici odjel na zkušenou do Ameriky, tam se věnoval oboru anesteziologie a posléze skončil v Pittsburghu, kde vybudoval největší anesteziologické pracoviště na světě. Tak založil celosvětově významné resuscitační výzkumné centrum, které dnes nese jeho jméno. Experimentálně též založil zdravotnickou záchrannou službu, která se starala o pacienty již na místě úrazu. Do té doby sanitka pacienta vždy pou-

ze naložila a odvezla do nemocnice, kde teprve začaly léčebné výkony. Byl to právě on, kdo začal s heslem „stabilizovat a odvézt“ namísto „sebrat a odvézt“. Vycvičil na to nezaměstnané z Pittsburghu a prosadil dnes samozřejmě ošetřování ohrožených pacientů již na místě.

Jakým způsobem se tyto novinky dostávaly do Československa? Kdo je přivezl a jak byly aplikovány?

O to se zasloužil Bořivoj Dvořáček. V roce 1959 byl na anesteziologickém školicím místě WHO v Kodani, kde poznal poskytování resuscitační péče na celosvětově první jednotce intenzivního léčení vedené anesteziologem Bjørnem Ibsenem. Po návratu do Prahy se stal členem výboru naší anesteziologické společnosti a dokázal prosadit rozšíření anesteziologie a resuscitace. Naštěstí měl dost kontaktů, ale ani tak nebylo snadné vše protlačit.

Všichni věděli, že masivní rozšíření oboru bude mimo jiné znamenat hodně se učit a dělat věci, na které do té doby nebyli zvyklí. Ale podařilo se – v roce 1971 byla do novely specializační vyhlášky zařazena anesteziologie rozšířená o resuscitaci a zařazena mezi 20 základních oborů. 1974 pak vyšla čtyři metodická opatření ministerstva zdravotnictví, která měla vliv na přestavbu zdravotnictví v oblasti akutní medicíny. V zákulisí všech jednání byli anesteziologové.

V roce 1968 také proběhl světový kongres v Londýně, všichni jsme dostali povolenky a v té době vznikla při katedře chirurgie Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů (ILF – pokračovatel ÚDL) subkatedra anesteziologie. Měl ji na starosti Hugo Kesler, což byl první docent v našem oboru. Pracoval v Krči při chirurgické základně dnešního IKEMu. V roce 1965 založil první výzkumné resuscitační oddělení u nás, v Nemocnici Na Františku. Dva roky poté už na Kladně vznikl ze zrušeného oddělení pro tuberkulózní rodičky prostor, který věnovali lůžkové části ARO. To byly takové první zárodky lůžkové resuscitace u nás.

Nakonec jste se rozhodl přejít ze Střešovic do Motola. Proč zrovna tam a proč nejprve na dětském oddělení?

Měl jsem dobré kontakty na dětské lékaře. V 50. letech na ministerstvu národní obrany rozhodli, že budeme připravovat na práci vojenských anestetistů lékaře oborů méně důležitých pro válku, jako byli pediatři, zubaři, plicní a podobně. Využili toho, že je podle zákona mohli povolávat na mi-



možná cvičení, a to maximálně na dva měsíce. Začali je tedy povolávat k výcviku do našich nemocnic, kde pod vedením anesteziologů museli pracovat na operačních sálech a učit se aplikovat injekce, léky, které uspávají, naučit se základní anesteziologické péči. Nejprve bylo třeba vycvičit odborné anesteziology pro vojenskou nemocnici. V ní byly vytvořeny anesteziologické kabiny a zanedlouho anesteziologické oddělení. Anesteziologové ve všech vojenských nemocnicích pak začali školit záložní „lékaře s anesteziologickou erudicí“.

V 70. letech se dostavovala dětská část Fakultní nemocnice Motol. Tehdy se stavělo metro a nuselský most. Na Karlově tehdy stála dětská fakultní nemocnice a musela nuselskému mostu ustoupit. Postupně se proto přesunovala nově budované fakultní nemocnice v Motole a tam vznikala nová pracoviště. Dětské lékaře mě znali ze zmíněných cvičení a pozvali mě, abych se zúčastnil výběrového řízení na přednostu anesteziologického pracoviště. Ve vojenské nemocnici tehdy další rozvoj možný nebyl, lůžkovou část anesteziologického oddělení nechtěla.

V Motole se spojovala tři anesteziologická oddělení a za mnou přišli s pozváním. Po dohodě doma jsem výzvu přijal, výběrové řízení vyhrál a nastoupil. Již za dva týdny ministerstvo zdravotnictví přiznalo novému oddělení status kliniky – byla to první klinika oboru v České republice. Vedení kliniky mi pak vydrželo až do konce roku 1990. Tehdy přišel příkaz provést výběrová řízení na všechny vedoucí funkce a já si řekl, že vedení kliniky přenechám mladším. Po mně byl jmenován přednostou kolega z kliniky docent Páchl a po pěti letech pak můj dlouholetý spolupracovník profesor Cvachovec, který pracoviště vede dodnes.

V roce 1973 jste se stal tedy prvním přednostou tohoto pracoviště. Jak vzpomínáte na úplně začátky?

Na anesteziologii ve střešovické nemocnici jsem začínal jen s kolegy Trávníčkem, Počtou a Uhlířovou. Po uznání samostatnosti oboru vojenskými chirurgy jsme v ÚVN skokově dostali deset lékařů a k tomu patřičný počet sester. Když jsem v roce 1990 odcházel z motolské AR kliniky, měli jsme 36 lékařů, nyní jich mají 125 a jsou největším klinickým pracovištěm celé Fakultní nemocnice Motol...

Měli jsme vynikající výsledky, zabývali jsme se například výzkumem elektroanestezie, dnes již pozapomenutým, kdy lze vhodně definovanými elektrickými impulzy ovlivnit mozek tak, že pacient nevnímá bolest ani okolí. Je možno v tom operovat a tento postup neovlivňuje játra, ledviny ani vnitřní prostředí, protože působí jen na mozek. Kolega Jan Pokorný na tom pracoval řadu let, vypracoval tak kvalitní závěrečnou zprávu, kterou předložil jako dizertaci, že jsem ji jako předseda komise pro kandidátské hodnosti v oboru anesteziologie a resuscitace rovnou doporučil k obhajobě před komisí doktorskou. Byl jedním z mála, komu se podařilo obhájit doktorskou vědeckou hodnost bez toho, že by byl kandidátem. Ale ta práce byla skutečně výjimečná.

Proč se tento postup neprosadil více?

Šlo o skutečně progresivní metodu, ve světě tuto linii výzkumu sledovali také, ale víme, že to svým vlivem zarazil farmaceutický průmysl. Najednou by tu byly přístroje, které můžete opakovaně používat k anestezii, navíc šetrné k metabolismu, velice levné a už by zkrátka nebylo třeba tolika látek, které farmaprůmysl vyrábí. Takže tomu prostě zabránili.

PŘEDSTAVUJEME

Dlouho jste rovněž vedl katedru urgentní medicíny a medicíny katastrof. Jak si dnes u nás tento obor vede?

Od konce druhé světové války si veřejnost všímá toho, že stále přibývá informací o katastrofách s hromadným výskytem zasažených či raněných. A jejich počet je také mnohem vyšší – například tsunami, různá zemětřesení, požáry i velké dopravní nehody. Problém pro zdravotnickou službu je, že když se na jednom místě vyskytnou desítky zraněných a postižených, musí rozhodnout jak je obsloužit a dostat do nemocnice. Typickým příkladem byl náraz rychlíku Comenius do spadlého mostu u Studénky. Hromadná nehoda s velmi špatnou dostupností, nakonec pomohly vrtulníky, ale musím říci, že záchranáři svou práci odvedli velmi dobře.

Co je v takových situacích nejdůležitější?

Zejména je nutné rozhodnout, komu pomohu jako prvnímu. Začnu tam, kde se někdo dusí nebo hodně krvácí. Zlomeniny nechám na později, títo pacienti zpravidla nejsou ohroženi na životě. Musí také platit, že se postupuje podle kapacit. Jestliže jsme za normálních okolností přítomni náhlé zástavě krevního oběhu, děláme všechno pro to, abychom člověka zachránili. Jestliže je to ovšem při hromadné nehodě, pak ten, kdo po otevření dýchacích cest spontánně nedýchá, patří do skupiny nezvladatelných stavů. Vedle nám může někdo zevně silně krvácet, takže lékař musí zachránit toho krvácejícího.

Jak jsou na tom dnes lékaři se znalostí poskytování první pomoci?

Ukázalo se jako bláhová představa, že každý lékař umí první pomoc.

Na Bulovce se před dávnými lety stalo, že když dítěti zaskočila lentilka, lékař jej vzal a utíkal s ním přes celý areál na ARO, a než ho tam donesl, dítě se udusilo.

Anesteziolog neustále přichází do kontaktu s pacienty, kterým selhaly základní životní funkce, takže je zvyklý rutinně podávat například léky na ochabnutí svalstva, dělá to denně několikrát, zatímco takový kožař se k tomu nikdy nedostane a selhání základních životních funkcí nikdy neviděl. Na všechny akutní události se pak dnes volají anesteziologové. Do doby, než k pacientovi přijde specialista, však musí být zajištěna první pomoc a my bychom rádi, aby toto uměli opravdu všichni lékaři.

Jestě za socialismu, ministr Prokopec nařídil, že u každé specializační atestace bude otázka z první pomoci. V ILF probíhaly vědecké rady každý měsíc, a jen to vyšlo, kolegové se na mě obrátili, abych jim vytvořil test, na kterém by první pomoc zkoušeli. Příliš velký výsledek z toho nebyl. Když jsem se po odchodu z Motola stýkal s kolegy ze záchrany a pomáhal jim s budováním samostatného oboru urgentní medicíny (dnes katedra urgentní medicíny a medicíny katastrof IPVZ), navrhl jsem, že budeme doktorům dávat dvoudenní kurzy v teorii a nácviku neodkladné resuscitace. Ministerstvo z toho dnes udělalo podmínku, každý musí takovým kurzem projít a prokázat, že to umí. To je vývoj, který reaguje na skutečnost, že některé stavy ohrožení života je možné zvládnout správnou první pomocí. Vidíme tendence rozšířit vzdělávání lékařů. Superspecializace totiž sice na jedné straně vedly k ohromnému pokroku, na straně druhé zúžily vzdělanost a pohotovost a připravenost lékařů na stavy akutního ohrožení života.

Snažíte se tedy tuto určitou základní všestrannost lékařů znovu oživit v rámci kurzů IPVZ?

IPVZ je ohrožený ústav. Před dvěma lety ministerstvo oznámilo, že institut již není příspěvkovou organizací, takže musely být rapidně zvýšeny poplatky za kurzy. Pro mladé je problematické si je zaplatit, tudíž se hledají cesty jak to udělat. Já prožil největší část svého života v centrálně řízeném zdravotnictví a vzhledem k tomu, jak je to náročný resort, si myslím, že masivnější privatizace ve zdravotnictví není šťastná cesta. Najednou nejsou doktoři na lékařskou službu první pomoci, protože to nikdo nechce dělat. Kdyby to bylo náležitě organizované, služby se rozdělí a metodicky se po nich může požadovat, co mají umět a dělat.

Obecně kvalita poskytované péče klesá, zatímco na druhé straně se daří držet špičkové obory na světové úrovni. Například kolem profesora Pirka vzniklo mimořádné kardiologické pracoviště, ale je pravda, že současné zdravotnictví se celkově stává příliš drahé. Doktoři rádi pracují s moderními prostředky, ovšem když nikdo nekontroluje, zda zařízení bude používáno jednou týdně, nebo ve dvou směnách, je to problematické a nákladné. Třeba magnetické rezonance prostě mají být využívány denně; když na nich zdravotníci pracují jednou do týdne, tak s tím ani dělat neumí. Bojovat s takovými nešvary bude nesmírně těžké, ale nyní věřím tomu, že ministr Heger, který má dlouholeté zkušenosti z praxe, to zvládne. Jestli ho tedy politické prostředí neutluče.

Jak dle vás ministr zvládl krizovou situaci okolo protestu lékařů?

Můžete kritizovat jakékoli opatření, ale tehdy reálně hrozilo, že by jako ministr zdravotnictví dopus-

til nebývalou krizi, přestože se nakonec ukázalo, že mnoho lékařů podalo výpověď jen demonstrativně. Za těch dvacet let se nedělo vůbec nic, nyní se nejvyšší představitelé státu poprvé začali vážněji bavit o zdravotnictví. Platy lékařů jsou skutečně hanebné, takto prostě žít nemohou. A jestliže se tím rozjelo i jednání o zdravotnických zákonech, je to jen dobře.

Celý život jste hodně pracoval, při čem si ale nejlépe odpočínáte?

A měl jste při svém vytížení čas i na rodinné radosti a starosti?

Ženil jsem se za studii, s kolegyní-medičkou – rozuměl jsem chemii a pomáhal s ní jedné spolužačce. To se mi stalo osudným a nako-

nec jsme se vzali. Byli jsme spolu čtyřicet let, měli dvě dcery, bohužel krátce před naším výročím ženou zemřela na zhoubnou nemoc. I v pokročilém věku jsem pak našel druhou skvělou životní partnerku, která mi pomohla prožít toto období kvalitně. Jsem za to velmi rád, v 66 letech si najít a vybrat dobrého partnera je opravdu štěstí.

Jinak mě velmi baví historie. Se ženou rádi cestujeme, pořád někde jezdíme na výlety – česká krajina je nádherná a nikdy se neomrzí. Těší mě také hudba. Především jsem ale patologicky zatížen oborem, takže jím stále žiji, řešeruji a zůstávám v kontaktu s aktivními kolegy. Musím říci, že mám stále plný kalendář.



Osobnosti české medicíny vážně i nevážně

prof. MUDr. Vladimír Slavík (3. 8. 1866 Roudnice nad Labem – 4. 9. 1933 Praha)

Profesor soudního lékařství na pražské lékařské fakultě. Maturoval v Roudnici v roce 1886 a promoval v roce 1891 v Praze. Byl žákem Josefa Reinsberga, již před promoci pracoval jako demonstrátor a pak i asistent ústavu pro soudní lékařství, zde zůstal 42 let. Habilitován byl v roce 1897, v roce 1903 byl jmenován mimořádným a v roce 1908 řádným profesorem. Po od-

chodu Reinsberga do výslužby se stal přednostou ústavu pro soudní lékařství, kterým zůstal až do své smrti. V letech 1910/11 a 1916/17 byl děkanem lékařské fakulty, v letech 1928/29 rektorem Karlovy univerzity. Měl rozsáhlé znalosti ve všech oblastech soudního lékařství, hlavně v kriminalistické diagnostice a soudní psychiatrii. Napsal monografii „Etiologie náhlého úmrtí a jeho soudně lékařská důležitost“ (1902), druhou jeho základní monografií byla „Soudně lékařská diagnostika otrav“ (1909).

Napsal i učebnici „Soudní lékařství pro mediky a právníky“ (1912).

To už jsme dva

Profesor soudního lékařství Vladimír Slavík byl při rigorózních zkouškách nezřídkem velmi ironický a jízlivý. Jednou, to byl již od rána ve zvláště nemilostivé náladě, dal jednomu medikovi poněkud problematickou otázku. Ten si s ní nevěděl moc rady, a tak se dal ze široka do výkladu v naději, že se podle výrazu tváře zkoušejícího trochu chytí a bude moci pokračo-

vat podle jeho reakce. Profesor však zachoval kamennou tvář a nechal studenta vykládat. Když už posluchač mluvil několik minut a váhavě rozvíjel své myšlenky, zeptal se examinátor jízlivě: „Kde jste prosím vás tyhle blbosti četl?“ Medik zpanikařil a v zoufalé snaze něco zachránit vyhrkl: „Ve vaší učebnici, *spectabilis*.“ Profesor Slavík se chytil za hlavu a suše podotkl: „Prokristapána, tak to už jsme dva, co tuhle blbost rozšiřují.“

Není nad soudní

Budoucí profesor foniatrie Miloš Sovák skládal jako medik rigorózní zkoušku ze soudního lékařství u starého pana profesora Slavíka. Byla to jedna z posledních zkoušek

na medicíně, proto není divu, že po těžkých rigorózech z chirurgie, gynekologie a interny již příprava na tuto zkoušku nebyla tak pečlivá. A tak medik Sovák také trochu plaval. Ale byl to chytrý student a dal ze svých znalostí dohromady něco, co vypadalo logicky a snad pravděpodobně.

Slavík jej chvíli poslouchal, pak se zatvářil nevle: „Ukažte mi prosím váš index.“

Sovák ho panu profesorovi podal. Ten v něm zalistoval: „No, máte štěstí, že tu máte skoro samé výtečné. A že je to vaše poslední zkouška. Ale pamatujte si, že ve všem ostatním si můžete básnit, jenom v soudním lékařství nikoli. Tak jděte, máte dostatečnou.“

MUDr. Svatopluk Káš

Anna měla svátek, Svatá Anna narozeniny

Brněnská Fakultní nemocnice u sv. Anny si připomněla 225. výročí otevření krásnou oslavou s bohatým kulturním programem. Účastníci se při této příležitosti seznámili i s nejužšími milníky v dějinách nemocnice, jež předchůdcem byl klášterní špitál a zaopatřovací ústav.

Pražský svatoanenského nemocnice vznikl v Královské zahradě se svrateckým náhonem, v níž roku 1312 Jan Lucemburský založil klášter dominikánek. K němu byl později přistavěn kostel zasvěcený sv. Anně. Během obléhání Švédy (1645) byl klášter vykraden a poničen. Další rána přišla od císaře Josefa II., který jej roku 1782 zrušil. Po roce nařídil zřídit v něm špitál u sv. Anny se dvěma sály, zvlášť pro ženy a muže.

Zaopatření nebylo zdarma

Roku 1786 byl otevřen Císařsko-královský zaopatřovací ústav. Měl šest oddělení – chirurgické, porodnické, nalezinec, sirotčinec a „ústav pomatených“. Pozapomnělo se na infekční choroby, a tak byly v zahradě postupně přistavěny dva dřevěné domky – pro nemocné s černými neštovicemi a se vzteklinou. Již tehdy pacienti na všech odděleních platili za léčení i celé „zaopatření“.

Ve druhé polovině 60. let 19. století byla v areálu bývalého kláštera postavena a otevřena nová nemocnice. Pro nedostatek financí se nejednalo o tehdy moderní koncepci nemocnice pavilonového typu, ale konzervativnější a především levnější výstavbu koridorovou. Kromě 683 lůžek pro pacienty se pamatovalo i na byty pro personál. Současně založený park byl postupně zastavován dalšími budovami.

Zlatá léta meziválečná

Zákonem ze 28. ledna 1919 byla v Brně zřízena druhá česká univerzita – Masarykova, a při všeobecné nemocnici proto byly ustavovány kliniky lékařské fakulty sloužící k výuce budoucích lékařů. Rozvoj klinik a stavební činnost v nemocničním parku neutuchala. V roce 1936 již nemocnice měla 21 pracovišť. Působilo zde 14 profesorů, 76 subalterních lékařů, 26 úředníků, 215 civilních sester, 101 řeholních sester, 6 ošetřovatelů, 28 řemeslníků, 37 zřízenců, 22 zaměstnanců prádelny, 70 myček a 22 zaměstnanců kuchyně. Kromě lékařů a úředníků tak nemocnice zaměstnávala přes 500 osob.

Zpátky ke svaté Anně

V roce 1949 byla zemská nemocnice přejmenována na Krajskou nemocnici v Brně. V lednu 1952 se z ní



Foto: FNUSA

stala Fakultní nemocnice v Brně a fungovala jako součást Krajského ústavu národního zdraví v Brně (FNsP). V 70. a 80. letech bylo nově postaveno ARO, interna, kardiologický pavilon a ambulantní blok I. chirurgické kliniky. Na přelomu 80. a 90. let se FNsP změnila na Fakultní nemocnici u svaté Anny v Brně (FNUSA) a organizačně byla začleněna pod ministerstvo zdravotnictví. V rámci nového generelu byla kompletně zrekonstruována Hansenova budova, kaple sv. Anny, vystavěn nový moderní stravovací provoz a vybudován urgentní příjem.

Špičkové léčebné a výzkumné centrum

Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně se rychle mění v léčebné a výzkumné centrum špičkové evropské úrovně. Její součástí se stalo Mezinárodní centrum klinického výzkumu (International Clinical Research Center, ICRC), které bude mít zásadní vliv na zvyšování kvality lékařské péče, zejména v oblastech léčby kardiovaskulárních a neurologických onemocnění. Zdravotnické zařízení má 30 klinik s téměř 1000 lůžky a pracuje zde na 2500 lidí, čímž nemocnice patří k největším zaměstnavatelům v kraji.

Vzdělávají se zde budoucí lékaři, sestry, biomedicínské inženýry a odborníci dalších profesí.

Svatoanenské odpoledne

Kolem svátku Anny fakultní nemocnice každoročně pořádá neformální setkání všech, kteří k ní mají blízký vztah, a je zároveň poděkováním všem zaměstnancům za jejich obětavou péči o pacienty. I letos se v atriu Hansenovy budovy sešly stovky současných i bývalých zaměstnanců, hostů a příznivců nemocnice. Nadchlo vystoupení hudebníků Jaroslava Svěceného a Karla Máchy, kteří do posledního místa zaplnili svatoanenskou kapli. Jejich koncert otevřel výstavu obrazů Václava Máchy Koláčného. Zpěvačka Gabriela Goldová zapojila do svého vystoupení i děti, které přišly s rodiči. Tanečnice rozparádily publikum orientálním tancem a zumbou a na závěr jej svými historickými rozesmál Arnošt Frauentberg. Celým odpolednem provázela rocková kapela GONG, kterou zaměstnanci „fakultky“ milují nejen proto, že jeden ze členů je šéfem nejmenovaného pracoviště nemocnice. Vydařilo se i počasí, a tak si všichni mohli užít slavnost skutečně naplno.

Jana Jilková

Pražská pětka ve Žlutých lázních

V rámci Evropského roku dobrovolnictví pořádá Pražská nemocniční pětka ve čtvrtek 15. září od 16 do 22 hodin happening ve Žlutých lázních v Praze.

Pražská pětka je pracovní skupina založená zástupci pěti pražských nemocnic (Fakultní nemocnice Motol, Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a Ústřední vojenské nemocnice Praha), v nichž působí dobrovolníci. Akce s heslem

„Pomoc baví, zábava pomáhá“ bude prezentovat dobrovolnické programy těchto nemocnic. Vystoupí kapela The Tap Tap a taneční skupina TiDi-TaDe. Součástí zábavy bude i dražba pěti nejhezčích pomalovaných triček, jejíž výtěžek bude použit na nákup pomůcek pro dobrovolníky. Vstup na akci je volný. (red)

Světový den hepatitid

28. července 2011 si lidé na celém světě v rámci Světového dne hepatitid připomněli nebezpečí a zákeřnost virového zánětu jater typu B a C.

Hepatitidy postihují v celosvětovém měřítku každého dvanáctého člověka, tedy přibližně 500 milionů lidí. V České republice je v posledních letech každoročně diagnostikováno kolem 1500 případů virových hepatitid, z toho asi 1000 nových pacientů se zákeřnou žloutenkou typu C.

Vyhledávat a léčit chronicky nemocné

U injekčních uživatelů drog byl v naší zemi zjištěn stokrát vyšší výskyt žloutenky C v porovnání s běžnou populací. V průměru je infikováno 35 % drogově závislých uživatelů drogy injekční cestou,

u dlouhodobých uživatelů je to dokonce více než 60 %. Konečná fáze hepatitidy C je v současné době nejčastějším důvodem pro transplantaci jater. Hlavním úkolem je proto aktivní vyhledávání a léčba nemocných s chronickými hepatitidami B a C.

Kdokoli má být i sebemenší pochybnost, zda není nakažen hepatitidou, může každý všední den od 8 do 16 hodin zatelefonovat na anonymní bezplatnou linku 800 33 11 22 a poradit se s lékařem-specialistou. Zdrojem informací jsou také webové stránky: www.zloutenka-c.cz

(red)

Pozvánka na kongres

XVIII. kongres České internistické společnosti ČLS JEP, připravený ve spolupráci s dalšími odbornými společnostmi, se koná 25.–28. září 2011 v TOP Hotelu Praha, Blažimská 1781/4, Praha 4.

Prezidentem kongresu je prof. MUDr. Richard Česka, CSc., předsedou organizačního výboru prof. MUDr. Jiří Widimský jr., CSc. Součástí kongresu je také sesterská sekce, která proběhne 27. září.

Tematické okruhy: interna, kardiologie (neinvasivní i invazivní), angiology, ateroskleróza, hypertenze, diabetologie, endokrinologie, gastroenterologie, geriatry a gerontologie,

hematologie, hepatologie, klinická farmakologie, nefrologie, obezitologie, pneumologie, revmatologie, výživa a metabolismus, transplantace, aktuality ve farmakoterapii, aktuální problémy ve vnitřním lékařství a další.

Vzdělávací akce systému celoživotního vzdělávání lékařů je ohodnocena body dle stavovského předpisu ČLK č. 16. Sestry obdrží certifikát s daným počtem kreditů podle para-

grafu 3 vyhlášky MZ ČR č. 423/2004 Sb.

Přihlášky zasílejte e-mailem: registrace@gsymposion.cz, faxem: 222 516 013, poštou: Galén-Symposion, s. r. o., Břežanská 10, 100 00 Praha 10. Potvrzení o přijetí přihlášky obdržíte pouze prostřednictvím e-mailu. Kontakt – tel.: 222 518 535. Více informací: www.gsymposion.cz (red)

Ponožkový rekord na pomoc předčasně narozeným dětem

Vyrostlo vaše dítě z prvních ponožek nebo bačkůrek? Pošlete je Nedoklubku, pomůžete tím vytvořit rekordně dlouhou prádelní šňůru, která chce upozornit na to, že i u nás se stále více dětí rodí předčasně.

Nedoklubko je celorepublikově působící občanské sdružení, které pomáhá předčasně narozeným dětem a jejich rodičům. Těm se snaží zajistit dostatek informací, podpořit je psychicky i emočně, najít jim odborníky a také jiné rodiče s podobnými problémy. O Nedoklubku jsme si povídaly s jeho výkonnou ředitelkou Klárou Csirkovou.

Vaši kluci, dvojčata, se narodili ve 29. týdnu těhotenství. Bylo to před čtyřmi lety v Nemocnici České Budějovice. Co vám v této situaci nejvíc pomohlo a co jste nejvíc postrádala?

My měli ohromné štěstí, že kluci zvládli kritické první týdny nad očekávání dobře. Dodnes věčně vzpomínám na sestřičky a lékaře z oddělení neonatologie i rizikového těhotenství, byli skvělí. Po stránce zdravotní jsem bezmezně důvěřovala týmu zdravotníků, po stránce psychické jsme se držely s ostatními maminkami navzájem. Byly jsme na pokojích po třech, společně s dětmi v inkubátorech. Pomocí se snažil i manžel, rodina a přátelé, ale úplně nejbližší jsou vám v té situaci maminky

okolo vás. S nimi nejvíc sdílíte své strachy a radosti, několik měsíců, dvacet čtyři hodin denně. Vznikají tak ohromně silná přátelství. Nejhorším obdobím z hlediska psychiky bývá prvních několik dní po porodu, kdy je maminka často po císařském řezu umístěna na gynekologické JIP. Tehdy jste v největším šoku, tady by bylo nejvíce zapotřebí psychologa či kontaktní sestřičky. Z provozních důvodů navíc bohužel minimum nemocnic nabízí všem maminkám doprovázet děti po dobu hospitalizace tak, jak je tomu v Budějovicích. Největší strach a pocit bezmoci a nekompetentnosti rodiče zažívají, když jsou odtrženi od svého novorozeného nemocného dítěte a musejí jen docházet.

Většina zdravotníků si uvědomuje, že by se měli věnovat rodičům natolik, aby se mohli zapojit do péče o dítě, a že by to bylo prospěšné pro celé rodiny. Chápu i to, jak výrazně by kontaktní sestra či psycholog mohli ulehčit práci samotným sestřím a lékařům. Bariérou pro zdravotníky i v téhle oblasti teď tvoří hlavně nedostatek peněz. Volat po takové službě musíme my, rodiče.

Pomáháte předčasně narozeným dětem a jejich rodičům už od roku 2002. Tlačí bota nejvíc stále na stejném místě, nebo se problémy těchto dětí a jejich rodičů za tu dobu nějak posunuly?

Stále se zmenšuje počet dětí, které si do života nesou těžké postižení. Stoupá však celkové množství nedonošených dětí, a pokud se nezmění politika ministerstva zdravotnictví, možná se v nejbližších letech dočkáme zhoršení péče v důsledku chybějícího personálu i zdravotnického zázemí. Pozitivní je, že díky internetu se rodiče mohou snadněji seznamovat, získávat informace, podporovat se od prvních dní po porodu a pomáhat si tak.

Ty velké pletené oblečky, čepičky a ponožky jsou vlastně také formou nevyčtené psychologické pomoci. V inkubátoru je teplo, ale dítě je v nich větší a baculatější. Jak je to v neonatologických centrech s psychologickou krizovou intervencí?

Psychologové v některých centrech jsou, případně jsou alespoň součástí týmu několika oddělení, ale to ještě není zárukou toho, že

dokáží pomáhat rodičům tak, jak by bylo zapotřebí. Je rozdíl, jestli má psycholog svou ordinaci zvlášť a na konzultaci k němu pošlou až rodiče, kteří mají nějaký viditelný problém, nebo je psycholog součástí týmu natolik, že je přítomen sdělování prvních informací o dítěti, zúčastňuje se vizit, několikrát denně prochází oddělením a mluví s rodiči. To jsem zatím viděla jenom na jedné neonatologii. Taková služba bezpochyby ušetří řadu trápení, depresí i rozpadů vztahů v mnoha rodinách s předčasně narozenými dětmi.

Která z vašich aktivit zatím měla největší ohlas?

Největší ohlas teď vzbudila petice, kterou jsme iniciovali s cílem zabránit tomu, aby ministerstvo zdravotnictví stanovilo pevnou hranici pro záchranu nedonošených dětí bez ohledu na jednotlivé případy a rozhodnutí lékařů. Sešlo se více než dvacet tisíc podpisů.

Jak je to s „ponožkovou“ akcí? Co je jejím smyslem, jak bude probíhat a jak ji můžeme podpořit? Smyslem „Ponožkového rekordu“ je poshánět mnohde velmi

potřebné oblečky pro nedonošené a nemocné děti a také informovat širokou veřejnost o předčasně narozených dětech, o existenci neonatologických oddělení, o potřebě oblečků, pomůček. Nedokážeme zatím zorganizovat velké akce, při kterých bychom vybírali peníze na tolik potřebné inkubátory a další drahé pomůcky, ale věříme, že i to se nám v budoucnu bude dařit. Snažíme se bořit mýty hlásající, že nedonošené dítě rovná se postižené dítě, a že tudíž věnovat finance do jeho záchranu je pro společnost nevhodné.

Rekord bude uskutečněn 11. 9. v Boskovicích na republikovém setkání předčasně narozených dětí a po jeho skončení budou ponožtičky rozvezeny do nemocnic, ve kterých o ně bude zájem. V Praze je možné odevzdávat ponožky v sídle společnosti Abbott, která se do jejich sběru také zapojila. Předem děkujeme všem, kteří chtějí pomoci a ponožtičky věnují. Je to pro nás vždycky velkým povzbuzením, když se přidávají noví lidé ochotní podpořit dobrou věc.

Více informací:

www.nedoklubko.cz Jana Jilková



Foto: Nedoklubko

Inzerce A111011802

Česká asociace sester ve spolupráci s Fakultní nemocnicí Hradec Králové,
Oddělením ošetřovatelství LF UK Hradec Králové
a Nadací pro rozvoj v oblasti výživy, metabolismu a gerontologie

pořádají

XVII. královéhradecké ošetřovatelské dny

8.–9. 9. 2011

Univerzita Hradec Králové

Problematika a prevence nozokomiálních nákaz v ošetřovatelství
Ošetřovatelská péče v klinických oborech – kazuistiky
Právní problematika v ošetřovatelství
Vzdělávání
Workshop: Ošetřovatelská péče o invazivní vstupy

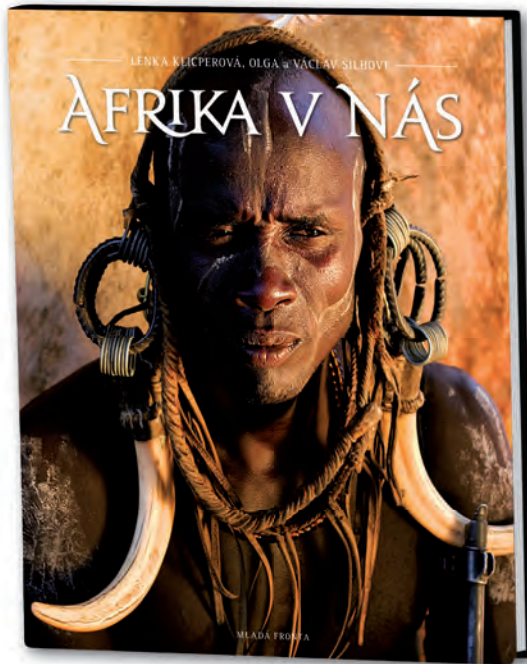


Předplatte si ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

Předplatné na rok + výjimečná kniha v hodnotě 599 Kč

Afrika v nás

Tato unikátní kniha nabízí plastický obraz Afriky 21. století, nechybí v ní ani fascinující divoká příroda ani syrový obraz života současných Afričanů. Velkoryse pojaté snímky doplňují příběhy lidí i zvířat či dramatických okolností, za kterých vznikaly.



**Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 11. 9. 2011.
Předplatné na rok pouze za 590 Kč**



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku předplatne.mf@cpost.cz, uveďte své **jméno** a **doručovací adresu**. Do předmětu napište kód **ZDN 0811**. 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 0811**



Pošlete SMS na číslo 900 09 06

ve tvaru **ZDN ABO jméno, přijmeni, adresa, lekarska 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. 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. Poskytnutí údajů je dobrovolné. Upozorňujeme předplatitele na práva poskytovatele údajů vyplývající ze zákona č. 101/2000 Sb.

Dominik Brůha, Eva Prošková Zdravotnická povolání

Rozsah: 560 stran
Cena: 695 Kč
ISBN: 978-80-7357-661-5
Vydavatel: Wolters Kluwer ČR



Publikace od odborníků v oblasti práva a zdravotnictví přináší komplexně zpracovaný výklad právní regulace výkonu

zdravotnických povolání a specifických otázek zaměstnávání ve zdravotnictví. Zpracovává tyto okruhy: právní rámec postavení zdravotnických pracovníků v ČR, způsobilost k výkonu zdravotnických povolání, zvláštní případy poskytování zdravotní péče (péče v zařízeních sociálních služeb, praktická výuka v přípravě na zdravotnické povolání), základní zásady pracovněprávních vztahů a jejich uplatnění ve zdravotnictví, vznik, změna a skončení pracovních poměrů zdravotnických pracovníků, pracovní doba a doba odpočinku ve zdravotnictví, odměňování zdravotnických pracovníků, prohlubování a zvyšování kvalifikace zdravotnických pracovníků, dovolená a její uplatnění ve vztahu ke zdravotnickým pracovníkům. Výklad je doplněn množstvím příkladů z praxe a rozsáhlým poznámkovým aparátem.

Jaroslav Opavský Bolest v ambulantní praxi

Rozsah: 398 stran
Cena: 695 Kč
ISBN: 978-80-7345-247-6
Vydavatel: Maxdorf



Každý člověk se v životě setká s bolestmi. Někteří z nás měli štěstí, protože jak rychle bolest přišla, tak rychle odezněla

a nepoznamenala ani na těle, ani na duši. Vedle toho však mezi námi žije mnoho těch, kteří bolestmi trpí po dlouhou dobu a jejichž život je omezen spojen s utrpením, jež bolesti přináší. Tito nemocní,

jakmile již nejsou schopni takové bolesti déle snášet, hledají pomoc, aby se jich zbavili nebo je alespoň zmírnili. Vyhledávají proto nejen lékaře a další zdravotnické pracovníky, ale obracují se i mimo oblast zdravotnictví, aby mohli své obtíže sdělit, vysvětlit, čím nejvíce trpí a o co je bolest v životě ochuzuje, a hlavně požádat o pomoc v očekávání, že druhá strana jejich obtíže úspěšně zmírní, nebo dokonce odstraní.

Kniha je psána pro potřeby denní praxe všeobecných praktických lékařů a specialistů, kteří se pravidelně setkávají s pacienty s bolestmi. Má jim pomoci při hledání cest jak nemocným od bolesti ulevit. Seznamuje čtenáře s úspěšnými nebo potenciálně úspěšnými léčebnými postupy, jež byly publikovány našimi a zahraničními autory až do jara roku 2010. Je určena i studentům medicíny a nelékařských zdravotnických oborů.

Jan Bydžovský Předlékařská první pomoc

Rozsah: 120 stran
Cena: 149 Kč
ISBN: 978-80-247-2334-1
Vydavatel: Grada



Každý z nás by ji měl znát, každý z nás ji ve svém životě bude pravděpodobně někdy potřebovat a nikdo nevíme, kdy to bude

– kdy naše znalosti a pohotová reakce zachrání lidský život. S postupy při poskytování předlékařské první pomoci vás proto v přehledné a ucelené příručce, vycházející z nejnovějších poznatků, seznámí publikačně zkušený autor, profesionální záchranář a lékař urgentního příjmu a zdravotnické záchranné služby.

Marcela Hauke Pečovatelská služba a individuální plánování

Praktický průvodce
Rozsah: 136 stran
Cena: 159 Kč
ISBN: 978-80-247-3849-9
Vydavatel: Grada

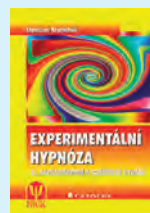
NOVÉ KNIHY



Kniha je určena především zaměstnancům v pečovatelských službách (pečovatelkám, sociálním pracovníkům, metodikům kvality, manažerům), ale i v dalších příbuzných službách (například osobní asistenci). Představuje praktického průvodce, podle nějž je možné individuálně plánovat postup a práci s uživateli péče. Podrobně popisuje standard č. 3 (Jednání se zájemcem), standard č. 4 (Smlouva o poskytování služby) a standard č. 5 (Individuální plánování). Dále v ní čtenář najde způsoby přístupu k jednotlivým skupinám uživatelů, různé formuláře (pro jednání se zájemcem, vzorové smlouvy, pro tvorbu a přehodnocení individuálních plánů), příklady z praxe, manuál klíčového pracovníka, návod na tvorbu individuálního plánu, rady jak vést rozhovor s uživatelem, jak se připravit na inspekce kvality, jak skloubit péči a administrativu. Zmíněny jsou i další standardy související s individuálním plánováním péče.

Stanislav Kratochvíl Experimentální hypnóza

3., aktualizované a rozšířené vydání
Rozsah: 368 stran
Cena: 499 Kč
ISBN: 978-80-247-3628-0
Vydavatel: Grada



Monografie přináší shrnutí současných poznatků o hypnóze na základě vědeckého výzkumu hypnotických jevů v laboratorních podmínkách. Zabývá se zvláštnostmi hypnotického stavu a individuálními schopnostmi jedinců se do něj pohroužit. Charakterizuje projevy hypnózy různé hloubky a uvádí výzkumy jejího vlivu na různé psychologické a fyziologické procesy, mj. na motoriku, vnímání, myšlení, city, bolest a paměť. Uvádí ukázky sugerovaného zapomenutí událostí během hypnózy i neuvědomovaného jednání na základě posthypnotické sugesce. Autor se opírá o důklad-

ně zpracování světové literatury, o výsledky pokusů amerických i evropských vědců i své vlastní experimenty a zkušenosti z kroměřížských výcvikových kurzů hypnózy pro lékaře a klinické psychology.

Oldřich Coufal, Vuk Fait a kol. Chirurgická léčba karcinomu prsu

Rozsah: 416 stran
Cena: 649 Kč
ISBN: 978-80-247-3641-9
Vydavatel: Grada



Autoři z Masarykova onkologického ústavu Brno přinášejí základní, avšak ucelený přehled o moderním přístupu

k chirurgické léčbě nejčastějšího zhoubného nádoru v ženské populaci. Kromě chirurgických aspektů zmiňují základní poznatky z epidemiologie, prevence a diagnostiky, podávají přehled nechirurgických léčebných modalit a upozorňují na některá sporná témata. Celobarevná publikace je doplněna bohatou obrazovou dokumentací.

Jan Krhut Hyperaktivní močový měchýř

2., rozšířené a přepracované vydání
Rozsah: 176 stran
Cena: 595 Kč
ISBN: 978-80-7345-240-7
Vydavatel: Maxdorf



Hyperaktivní močový měchýř je zdravotní problém, kterým podle současných průzkumů trpí asi 16% dospělé evropské populace. Skládá se ze symptomů urgency, frekvence, urgentní inkontinence a zpravidla i nykturie. Trpí jím obě pohlaví, známý je vztah zvyšující se prevalence a přibývajících věku. Teprve v současnosti tento problém přestává být tabu, zejména v souvislosti s no-

vými možnostmi farmakologické léčby. Kniha shrnuje aktuální poznatky o patogenezi, diagnostice a léčbě hyperaktivního měchýře s důrazem na použitelnost v každodenní praxi urologů, gynekologů i praktických lékařů.

Oliver Sacks Probuzení

Příběh o nečekaném probuzení ze spavé nemoci

Rozsah: 464 stran
Cena: 443 Kč
ISBN: 978-80-7438-031-0
Vydavatel: Dybbuk



Neurolog Oliver Sacks přibližuje neobvyklé příběhy dvaceti pacientů dlouhodobě žijících v nemocnici pro chronicky nemocné. Tito lidé přežili pozapomenutou velkou epidemii spavé nemoci, jež ve 20. letech minulého století zasáhla celý svět. Podivuhodné explozivní probuzení ze somnambulního, často absolutně nehybného a na vnějším okolí zcela závislého stavu, ve kterém přežívali několik desetiletí, je umožněno až použitím nového léku, levodopy. Dozvíme se tak podrobně a „z první ruky“ (neboť autor vyznává osobní přístup a setkání s pacienty tváří v tvář), jaký byl jejich život předtím, jak absolutně „zpomalení“ byli a jak se postupně probouzeli, stávali aktivnějšími, doslova „zrychlenějšími“ a vrátili se do života ve světě, který pro ně byl úplně nový a cizí. A také jak se vypořádávali s druhým pólem problému: tiky, nutkáním, patologickou euforií. Osudy jednotlivých pacientů se liší, jak co se týče rodinné situace a věku, kdy je nemoc postihla, tak i anamnézou či reakcí na lék. Neobvyklé a dojemné příběhy, které kniha (ze začátku přijímaná odbornou veřejností kontroverzně, dnes oslavovaná jako lékařská klasika) vypráví, vyšly poprvé v 70. letech. Od té doby inspirovaly vznik televizního dokumentárního filmu, rozhlasové hry, divadelní hry dramatika Harolda Pintera a celovečerního filmu „Čas probuzení“ nominovaného na Oscara v hlavní roli s Robertem De Nirem a Robinem Williamsem.

Kalendář akcí odborných lékařských společností – září 2011

Pořádá-li vaše společnost odbornou konferenci, seminář, přednáškový večer atd., o kterých by profesní kolegové rozhodně měli vědět, zašlete prosím základní informace na e-mail miksova@mf.cz.

Srdeční selhání.

Očkování proti chřipce

Vzdělávací seminář Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

1. 9. 2011/Liberec

Místo konání:

Clarion Grandhotel Zlatý lev

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Kontakt: www.svl.cz

3. mezinárodní kongres úrazové chirurgie a soudního lékařství a 1. konference urgentních příjmů

Komplexní přednemocniční a nemocniční péče u traumat – dutinová poranění, urgentní příjmy, forenzní aspekty v chirurgii

1.–2. 9. 2011/Mikulov

Místo konání: Hotel Galant

Pořadatel: Klinika úrazové chirurgie LF MU a Traumacentrum FN Brno, Ústav soudního lékařství LF MU a FN u sv. Anny Brno

Kontakt:

www.kongres-mikulov.cz

9. valtické kurzy abdominální a gastrointestinální radiologie

CT, MR, UZ, AG, skiografie, skiaskopie a NM v diagnostice postižení jater, pankreatu, sleziny, ledvin, nadledvin, žlučníku, žlučových cest, peritonea, mezenteria a trávicí trubice u dětí i dospělých

1.–4. 9. 2011/Valtice

Pořadatel: sekce abdominální a gastrointestinální radiologie Radiologické společnosti ČLS JEP, Radiologická klinika LF MU a FN Brno, Radiologická klinika LF UP a FN Olomouc, radiologické oddělení Nemocnice Břeclav

Kontakt: Jitka Halouzková;

tel.: 547 193 007;

e-mail: jhalouzкова@fnbrno.cz;

www.crs.cz

Specializační kurz – poranění hrudníku a pánve

Moderní názory na léčbu poranění nitrohrudních orgánů, urgentní postupy u život ohrožujících stavů, klasifikace poranění pánevního kruhu a acetabula, diagnosticko-terapeutické algoritmy při instabilním poranění pánevního kruhu, primární po-



Ilustraci foto: Shutterstock

úrazová endoprotetika u zlomenin acetabula

2. 9. 2011/Brno

Místo konání: Úrazová nemocnice Brno, Ponávka 6

Pořadatel: IPVZ

Kontakt: Jana Hartmanová;

tel.: 261 092 443;

e-mail: hartmanova@ipvz.cz;

www.ipvz.cz

Falk Symposium 178

diverticular disease, a fresh approach to a neglected disease

2.–3. 9. 2011/Kolín nad Rýnem, Německo

Kontakt: www.cgs-cls.cz

Srdeční selhání.

Očkování proti chřipce

Vzdělávací seminář Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

3. 9. 2011/Praha

Místo konání: Lékařský dům

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Kontakt: www.svl.cz

Srdeční selhání.

Očkování proti chřipce

Vzdělávací seminář Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

5. 9. 2011/Zlín

Místo konání: aula Střední zdravotnické školy Příluky

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Kontakt: www.svl.cz

Kurz – novinky v protetice dolní končetiny

Vývoj protézových lůžek u protéz dolní končetiny

5. 9. 2011/Praha

Místo konání:

FN Na Bulovce, Praha 8

Pořadatel: IPVZ

Kontakt: www.ipvz.cz

Specializační kurz v psychiatrii – stavy akutního neklidu

6. 9. 2011/Praha

Místo konání: Psychiatrická léčebna Bohnice, katedra psychiatrie

Pořadatel: IPVZ

Kontakt: Andrea Malá;

tel.: 261 092 442; e-mail:

mala@ipvz.cz; www.ipvz.cz

Atestační kurz pro lékaře – základy lékařské etiky, komunikace, managementu a legislativy

6.–7. 9. 2011/Praha

Místo konání: Hotel ILF

Pořadatel: IPVZ

Kontakt: www.ipvz.cz

ESCMID postgraduate technical workshop

Klinické, diagnostické a terapeutické aspekty oportunních protozoárních infekcí

6.–9. 9. 2011/Barcelona, Španělsko

Pořadatel: European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID)

Kontakt: www.escmid.org

Infekční onemocnění u uživatelů návykových látek

7. 9. 2011/Praha

Místo konání:

Apolinářská 4a, Praha 2

Pořadatel: Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP

Kontakt: <http://snncs.cz>

14. den mladých pneumologů

7. 9. 2011/Vyšné Hágy

Pořadatel:

Česká pneumologická a ftizeologická společnost ČLS JEP

Kontakt: www.pneumologie.cz

Atherosklerosa 2011

Diagnostika, léčba a prevence v dětském i dospělém věku

7.–9. 9. 2011/Praha

Místo konání: Lékařský dům

Pořadatel: Česká společnost klinické biochemie ČLS JEP

Kontakt: RNDr. Eva Tvrzická, CSc.;

tel.: 224 962 500;

e-mail: eva.tvrzicka@lf1.cuni.cz;

www.cskb.cz

Celostátní sjezd Společnosti lékařské genetiky ČLS JEP a 44. výroční cytogenetická konference

Klinická cytogenetika, cytogenetika živočichů a rostlin, molekulární diagnostika, klinická genetik, genomika

7.–9. 9. 2011/Třeboň

Místo konání: Lázně Aurora

Pořadatel: Společnost lékařské genetiky ČLS JEP, cytogenetická sekce Československé biologické společnosti, Laboratoř molekulární biologie a genetiky Nemocnice České Budějovice

Kontakt:

<http://trebon2011.slg.cz>

8. 9. 2011/Praha

Místo konání: Nemocnice Na Homolce

Pořadatel: Česká společnost alergologie a klinické imunologie

Kontakt: www.slg.cz

Laboratorní diagnostika v alergologii a klinické imunologii – pracovní schůze

8. 9. 2011/Praha

Místo konání:

Nemocnice Na Homolce

Pořadatel: Česká společnost alergologie a klinické imunologie

Kontakt: www.slg.cz

Společnost ČLS JEP, Česká imunologická společnost

Kontakt: RNDr. Vlastimil Král, CSc.;

tel.: 477 751 800;

e-mail: vlastimil.kral@zuusti.cz;

www.csaki.cz

3. odborné sympozium Podřipské nemocnice

Miniinvazivní chirurgie, arthroscopie, úhlově stabilní dlahy

8.–9. 9. 2011/Roudnice nad Labem

Pořadatel: chirurgické oddělení Podřipské nemocnice s poliklinikou Roudnice nad Labem

Kontakt: MUDr. Ondřej Krajník;

tel.: 416 858 281;

e-mail: chirurgie@pnsp.cz;

www.chirurgie.cz

17. královéhradecké ošetrovateľské dny

Prevenca nozokomiálnych nákaz, ošetrovateľská péče v klinických oborech – kazuistiky, právní problematika v ošetrovatelství, vzdělávání

8.–9. 9. 2011/Hradec Králové

Místo konání:

Univerzita Hradec Králové

Pořadatel: Česká asociace sester, FN Hradec Králové, oddělení ošetrovatelství LF UK Hradec Králové,

Nadace pro rozvoj v oblasti výživy, metabolismu a gerontologie

Kontakt: www.nucleus.cz

14. česko-slovenský osteologický kongres

Využití zobrazovacích technik v klinické osteologii, genetika metabolických chorob skeletu, FRAX, léčba postmenopauzální osteoporózy, vitamin D, ortopedická chirurgie osteoporotické kosti, kazuistiky

8.–10. 9. 2011/Hradec Králové

Místo konání:

Kongresové centrum Aldis

Pořadatel: Společnost pro metabolická onemocnění skeletu ČLS JEP, Společnost pre osteoporózu a metabolické ochorenia kostí SLS, Česká společnost klinické biochemie ČLS JEP, Ústav klinické biochemie a diagnostiky LF UK a FN Hradec Králové

Kontakt: prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc.;

tel.: 495 833 810;

e-mail: ukbd@fnhk.cz;

prof. MUDr. Milan Bayer, CSc.;

e-mail: bayerm@lfhk.cuni.cz;

www.osteo2011.cz

4. slovensko-český kongres ORL a chirurgie hlavy a krku, 12. dunajský kongres ORL a chirurgie hlavy a krku a 58. kongres SSO SLS

Chirurgie středního ucha, rino-logie, FESS, poruchy sluchu, nádory hlavy a krku

8.–10. 9. 2011/Starý Smokovec

SERVIS

Místo konání:

Grand Hotel Bellevue

Pořadatel: Slovenská spoločnosť pre otorinolaryngológiu a chirurgiu hlavy a krku SLS, Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP, Ústředná vojenská nemocnice SNP – fakultní nemocnice Ružomberok
Kontakt: www.orl2011.sk

9th congress of the European Society of Gynecology

8.-11. 9. 2011/Kodaň, Dánsko

Místo konání:

Tivoli Congress Center

Kontakt: http://seg2011.com**18th international symposium on Hepatitis C virus and related viruses**

8.-12. 9. 2011/Seattle,

Washington, USA

Místo konání: Sheraton Hotel**Kontakt:** www.hcv2011.org;

www.cgs-clc.cz

Krajský dermatovenerologický seminář

9. 9. 2011/Jihlava

Pořadatel: Kožní oddělení Nemocnice Jihlava; Česká dermatovenerologická společnost ČLS JEP**Kontakt:**

MUDr. Zuzana Nevalová;

e-mail: znevalova@atlas.cz;

www.lfhk.cuni.cz/dermat

Biologická léčba IBD 2011

9. 9. 2011/Praha

Místo konání: Palác Lighthouse,

14. patro, zasedací sál ISCARE

Pořadatel: IBD klinické a výzkumné centrum ISCARE, pracovní skupina IBD při České gastroenterologické společnosti ČLS JEP**Kontakt:** prof. MUDr. Milan

Lukáš, CSc.; tel.: 234 770 299;

e-mail: milan.lukas@email.cz

Víkendový EEG kurz pro pediatriy a dětské kardiologie

9.-11. 9. 2011/

Nové Město na Moravě – Medlov

Místo konání: Hotel Medlov**Pořadatel:** Dětské kardiocentrum a Centrum výzkumu chorob srdce a cév FN Motol Praha, Klinik für Kinderkardiologie – Herzzentrum Lipsko**Kontakt:** www.kardio-cz.cz**9. setkání zájemců o zobrazovací techniky**

10. 9. 2011/Český Krumlov

Pořadatel: Česká oftalmologická společnost ČLS JEP**Kontakt:** MUDr. Petr Výborný,

CSc.; e-mail: petr.vyborny@uvm.cz;

www.oftalmologie.com

CIRSE 2011

10.-14. 9. 2011/Mnichov, Německo

Kontakt: www.cirse.org**17th international meeting of the European Society of Gynaecological Oncology**

11.-14. 9. 2011/Milán, Itálie

Místo konání:

Milan Convention Center

Kontakt: www2.kenes.com/

esgo17/Pages/Home.aspx

International Congress of Endoscopy (ICE) 2011

12.-14. 9. 2011/Los Angeles, USA

Kontakt: www.ice2011.org**47th EASD annual meeting**

12.-16. 9. 2011/Lisabon, Portugalsko

Pořadatel: European Association for the Study of Diabetes**Kontakt:** www.easd.org/

easdwebfiles/annualmeeting/

47thmeeting/2011/index.html

Srdeční selhání. Očkování proti chřipce**Vzdělávací seminář Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP**

13. 9. 2011/Pardubice

Místo konání: Hotel EURO**Pořadatel:** Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP**Kontakt:** www.svl.cz**Cesta v hodnocení různých forem lymfocytů – seminář**

13. 9. 2011/Brno

Místo konání:

FN u sv. Anny, zasedací místnost

oddělení klinické hematologie

Pořadatel: Oddělení klinické hematologie FN u sv. Anny**Kontakt:** Alena Trávníčková;

e-mail: alena.travnickova@fnusa.cz;

www.fnusa.cz

Aktuální legislativa a elektronické aukce ve zdravotnictví

13. 9. 2011/Praha

Pořadatel: Androsa**Kontakt:** www.androsa.cz**ESCCA 2011**

13.-17. 9. 2011/Dublin, Irsko

Pořadatel: European Society for Clinical Cells Analysis (ESCCA), Irish Society for Cytometry**Kontakt:** www.cytometry2011.eu**Srdeční selhání. Očkování proti chřipce****Vzdělávací seminář Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP**

14. 9. 2011/Jihlava

Místo konání: Presbytář Hotelu Gustav Mahler**Pořadatel:** Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP**Kontakt:** www.svl.cz**2. psychoonkologické sympozium****Dítě s nádorem – rodina, vztahy, psychosociální péče**

14. 9. 2011/Praha

Místo konání: FN Motol**Kontakt:** www.linkos.cz**Podpora zdraví na pracovišti ve velkých i malých podnicích – konzultační den**

15. 9. 2011/Praha

Místo konání:

Státní zdravotní ústav, budova

č. 11, velká posluchárna

Pořadatel:

Společnost pracovního lékařství

ČLS JEP, Státní zdravotní ústav

Kontakt: Bc. Michaela Čerťová,

PhDr. Ludmila Kožená;

tel.: 267 082 653;

e-mail: registrnvp@szu.cz;

www.pracovni-lekarstvi.cz

Vedení praxe praktického lékaře pro děti a dorost – specializační kurz**Management soukromé praxe, komunikace se zdravotními pojišťovnami, vedení zdravotnické dokumentace, internet, legislativa, převody lékařských praxí**

15. 9. 2011/Praha

Místo konání: Hotel ILF**Pořadatel:** IPVZ**Kontakt:** Milena Keslová;

tel.: 261 092 457; e-mail:

keslova@ipvz.cz; www.ipvz.cz

Srdeční selhání. Očkování proti chřipce**Vzdělávací seminář Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP**

15. 9. 2011/Ústí nad Labem

Místo konání:

Best Western Hotel Vladimír

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP**Kontakt:** www.svl.cz**36. flebologické dny s mezinárodní účastí****V rámci International congress of the Union Internationale de Phlébologie (European chapter meeting)**

15.-17. 9. 2011/Praha

Místo konání:

Clarion Congress Hotel

Pořadatel: Česká flebologická

společnost ČLS JEP

Kontakt: www.phlebology.cz**48. dny nukleární medicíny**

15.-17. 9. 2011/Hradec Králové

Místo konání:

Univerzita Hradec Králové

Pořadatel:

Česká společnost nukleární medicíny ČLS JEP, oddělení nukleární

medicíny FN Hradec Králové

Kontakt: www.nucleus.cz**5. hematologický den****Trombofilie, vrozené a získané trombofilní stavy, použití LMWH v graviditě, laboratorní stanovení lupus antikoagulans,****vztah lékařů, jejich klientů a rodinných příslušníků, interaktivní kvíz z hemostázy, morfologický kvíz, nové trendy v morfologii****– hodnocení krevních buněk – digitální morfologie**

16. 9. 2011/Plzeň

Místo konání: Reprezentační prostory plzeňského pivovaru**Pořadatel:**

Ústav klinické biochemie a hematologie LF UK a FN Plzeň

Kontakt: Anna Bláhová;

e-mail: blahovaa@fnplzen.cz;

www.cls.cz

8. sympozium o radiční onkologii

16.-17. 9. 2011/Nový Jičín

Místo konání:

Žerotínský zámek

Pořadatel: Komplexní onkologické centrum Nový Jičín**Kontakt:** Ivana Krumpolcová;

tel.: 556 794 192, 602 543 513;

e-mail: ivana.krumpolcova@

radioterapie.cz;

www.linkos.cz

Echodny 2011

16.-17. 9. 2011/Špindlerův Mlýn

Místo konání:

Hotel Harmony Club Bedřichov

Pořadatel: Česká kardiologická

společnost, pracovní skupina

echokardiografie ve spolupráci

s pracovní skupinou nukleární

kardiologie a pracovní skupinou

myokardu a perikardu

Kontakt: www.kardio-cz.cz**19. severočeská imunologická konference****Imunopatologie kardiovaskulárního systému, novinky v alergologii**

16.-17. 9. 2011/Ústí nad Labem

Místo konání:

Clarion Congress Hotel

Pořadatel:

Česká společnost alergologie a klinické

imunologie ČLS JEP, Česká

imunologická společnost, Imunologie, o. p. s., Zdravotní ústav

Ústí nad Labem

Kontakt: MUDr. Dalibor Jílek,

CSc.; tel.: 477 751 801; e-mail:

dalibor.jilek@zuusti.cz;

www.csaki.cz

Setkání primářů

16.-17. 9. 2011/Třešť

Místo konání:

Zámecký hotel Třešť

Pořadatel:

kožní oddělení Nemocnice Jihlava;

Česká dermatovenerologická

společnost ČLS JEP

Kontakt:

prim. MUDr. Štefan Dubáň;

e-mail: dubans@nemji.cz;

www.lfhk.cuni.cz/dermat

Kineziologie pro fyzioterapeuty – 1. část**Obecná kineziologie, anatomické a fyziologické základy pohybu, biomechanika pohybu, koncepty kineziologie, kineziologie páteře, pletenců a končetin, kineziologie komunikace, chůze, běhu, stoje, sedu a lehu, kineziologie a ergonomie, úprava pracovišť a interiérů**

16.-18. 9. 2011/Brno

Místo konání: NCO NZO**Pořadatel:** NCO NZO Brno**Kontakt:** www.nconzo.cz

Ilustrační foto: Shutterstock

PRÁVNÍ PORADNA

Ošetření po ordinačních hodinách



Ilustrace: Shutterstock

V naší kožní ambulanci nemáme zaveden systém objednávání pacientů, pacienti jsou ošetřováni postupně v pořadí, v jakém se dostavili. Ačkoli máme ordinační hodiny rozloženy rovnoměrně v rámci týdne a jednotlivých dnů (tři „kratší“ a dva „dlouhé“ dny), stává se nám, že v „dlouhých“ dnech, kdy máme ordinaci do 18 hodin, přijde nejvíce pacientů půl hodiny před koncem pracovní doby. Pokud se do čekárny dostaví touto dobou třeba deset pacientů, což je běžné, nestihneme je už ošetřit



odpovídá
Mgr. Petra Manyšková

a odkážeme je na jiný den. Samozřejmě se vystavujeme jejich protestům a výhrůžkám, že si budou stěžovat. Mají na to právo, respektive máme my jako zdravotnické zařízení právo neakutní pacienty v tomto případě odmítnout, přesněji řečeno odkázat na jiný termín?

Právo odmítnout ošetření pacienta po ordinačních hodinách obecně upravuje především zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve svém § 11, odst. 1, písmeni b). Ten lékaři

přiznává právo odmítnout ošetření pacienta tehdy, jestliže by jeho přijetím bylo překročeno únosné pracovní zatížení lékaře tak, že by nebyl schopen zajistit kvalitní zdravotní péči. Lékař ale nemůže odmítnout pacienta, jedná-li se o neodkladnou péči, první pomoc či v případě, že pacient není ze zdravotních důvodů schopen návštěvy lékaře.

Respekt a dohoda

Ambulantní lékař poskytuje primární zdravotní péči ve stanovených ordinačních hodinách, které jsou zpravidla stanoveny s ohledem na jeho pracovní vytížení a zároveň s ohledem na rozsah hrazené péče dle smluv se zdravotními pojišťovnami. Je jistě základní povinností lékaře poskytnout příslušné zdravotní ošetření, ale pacient musí zároveň respektovat alespoň základní morální aspekty (fakt, že i lékař může být po ordinačních hodinách unaven a nemůže již poskytnout adekvátní pomoc), ale též pravidla slušnosti. Pro účely ošetření mimo ordinační hodiny je určeno pohotovostní zařízení. Lékař může poskytnout péči pacientovi po ordinačních hodinách i z jiných než výše uvedených důvodů, ale to již vždy záleží na dohodě pacienta a lékaře.

Toto oznámení se učiní do 3 pracovních dnů od narození dítěte. Příslušným k zápisu narození či úmrtí je matriční úřad, v jehož obvodu se fyzická osoba narodila či zemřela. Obdobně se postupuje při úmrtí fyzické osoby. Zápis do knihy úmrtí se provádí zejména na základě listu o prohlídce mrtvého. Úmrtí je matričnímu úřadu povinen ohlásit lékař provádějící prohlídku mrtvého, a to do 3 dnů od úmrtí. Matriční knihy zůstávají po provedení posledního zápisu uloženy u matričního úřadu, a to po dobu 100 let (knihy narození) a po dobu 75 let (knihy úmrtí). Poté jsou předány k archivaci příslušnému státnímu oblastnímu archivu. K dotazu tak uvádím, že v případě narození mrtvého dítěte se o tomto učiní záznam do knihy narození a zároveň se provede zápis o úmrtí dítěte do knihy úmrtí.

Zápis mrtvého dítěte do matriky

V případě, že se narodí mrtvé dítě, co má zapsat do matriky? Jeho narození, nebo smrt?



odpovídá
JUDr. Pavel Zajíc

Problematiku matriky a zápisů do ní podrobně upravuje zákon č. 301/2000 Sb., o matrikách. Matrika je státní evidencí narození, uzavření manželství, vzniku registrovaného partnerství a úmrtí fyzických osob na území České republiky, respektive evidencí těchto událostí v cizině, jde-li o občany České republiky. Jednotlivé matriční úřady vedou knihu narození, knihu

manželství, registrovaného partnerství a knihu úmrtí.

Zapiše se narození i smrt

Zápis do knihy narození se provádí na základě zejména písemného hlášení o narození živého nebo mrtvého dítěte. Narození je přitom matričnímu úřadu povinně oznámit zdravotnické zařízení, v němž byl porod ukončen. Nebyl-li porod ukončen ve zdravotnickém zařízení, oznámí narození lékař, který jako první poskytl při porodu nebo po něm zdravotní péči.

Uznání praxe pro registraci po návratu z rodičovské dovolené

Po maturitě na střední zdravotnické škole jsem rok pracovala na lůžkovém oddělení, pak jsem nastoupila na mateřskou dovolenou. Vzhledem k tomu, že jsem pracovala pouze rok, měla jsem smlouvu na dobu určitou (na rok). Mateřskou mi sice ještě vyplácela nemocnice, ale nevím, jak to teď bude s registrací. Započítává se mi nějaká doba z mateřské nebo rodičovské dovolené jako praxe k registraci? Víím, že musím pracovat 3 roky a mít 40 kreditů, abych registraci získala. Kredity už skoro mám, ale jakou dobu budu muset ještě odpracovat?

odpovídá

Michaela Hofštetrová Knotková
náměstkyně ředitelky NCO NZO
pro úsek regulace nelékařských
zdravotnických povolání a výzkumu

Vzhledem k tomu, že jste získala kvalifikaci na střední zdravotnické škole, musíte nejprve splnit 3 roky výkonu povolání minimálně v rozsahu poloviny stanovené týdenní pracovní doby za celou profesní činnost.

Pro získání osvědčení je dále nutné doložit minimálně 1 rok výkonu povolání v příslušném oboru v rozsahu minimálně poloviny stanovené týdenní pracovní doby nebo 2 roky výkonu povolání v příslušném oboru v rozsahu minimálně pětiny stanovené týdenní pracovní doby za období posledních 6 let od data podání žádosti o vydání/prodloužení osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Tuto dobu výkonu povolání můžete doložit v rámci stanovených 3 let výkonu zdravotnického povolání, ve Vašem případě výkonu činností všeobecné sestry.

Do doby výkonu povolání bude započítána doba mateřské, nikoli rodičovské dovolené, pokud jste během jejího čerpání byla v trvalém pracovním poměru. Jestliže nepřerušíte příspěvek v mateřství vyplácel v ochranné lhůtě zaměstnavatel, nikoli správa sociálního zabezpečení, bude do výkonu povolání započítána doba mateřské dovolené, přestože pracovní poměr byl ukončen před jejím zahájením.

Nárok na studijní volno

Pracuji na JIP, v létě končím bakalářské studium ošetřovatelství (kombinovaná forma). Mohu od zaměstnavatele požadovat placené volno ke studiu? Školu dělám ve vlastním zájmu, zaměstnavatel to pro mě nepožaduje ani s ním nemám uzavřenou smlouvu na zvyšování kvalifikace.



odpovídá
JUDr. Kateřina Davidová

Pokud studujete ve vlastním zájmu, a ne proto, abyste získala předpoklady stanovené právními předpisy nebo požadavky nezbytné pro řádný výkon sjednané v práci, a navíc Vaše studium není v souladu s potřebou zaměstnavatele (tj. za

městnavatele jej po Vás nepožaduje), nemáte bohužel zákonný nárok na volno s náhradou mzdy nebo platu. Účast na takovém studiu se totiž (podle ustanovení § 205 zákoníku práce) nepovažuje za překážku v práci na straně zaměstnance.

Nic však nebrání tomu, abyste svého zaměstnavatele o poskytnutí volna požádala (přitom si rovnou vymezte jeho rozsah) a aby Vám vyhověl. Je také možné, že zaměstnavatel dává svým zaměstnancům studijní volno nad rámec zákonné úpravy, což by bylo upraveno ve vnitřním předpisu Vašeho zaměstnavatele.



Ilustrace: Shutterstock

Zajímavé www stránky

– bolest III (nádorová bolest)

Onkologická onemocnění představují významný medicínský i socioekonomický problém současnosti. Pacient, který trpí nádorovým onemocněním, se musí vyrovnávat mimo jiné s velkým psychickým tlakem. Jedním z nejhorších faktorů, který nádorová onemocnění doprovází, je bolest. Nádorová bolest představuje specifickou kapitolu algeziologie.

Pathophysiology of pain in cancer

http://journals.lww.com/jpho-online/Fulltext/2011/04001/Pathophysiology_of_Pain_in_Cancer.3.aspx

Tento relativně čerstvý článek, jehož autorem je Charles von Gunten z Institute for Palliative Medicine v San Diegu, byl uveřejněn v dubnu 2011 v Journal of Pediatric Hematology/Oncology. Jak již název článku napovídá, jde v něm o problematiku patofyziologie nádorové bolesti, jejíž znalost a racionálně vedená farmakoterapie vede ke kompenzaci bolesti u 70–90% pacientů. Velmi podrobně, ale přitom zajímavě a čtivě pojatý článek definuje nejprve základní charakteristiky nádorové bolesti a její jednotlivé složky. Dále se autor věnuje možnostem screeningu, přesného hodnocení bolesti

a léčebným modalitám s důrazem na opioidní analgetika s výčtem jejich účinnosti, farmakokinetických vlastností, ale i možných vedlejších účinků.

Adult cancer pain

<http://oralcancerfoundation.org/treatment/pdf/pain.pdf>

Text, na který odkazujeme v titulu tohoto odstavce, vychází z dílny americké National Comprehensive Cancer Network a vznikl na základě konsenzu a spolupráce odborníků z řady medicínských společností. Jde o komplexní materiál mapující problematiku nádorové bolesti. V první části je podrobně probírána problematika monitorování bolesti a efektu její terapie. V dalších částech textu se pak autoři věnují jednotlivým aspektům terapeutického postupu, mapují jednotlivá dnes dostupná analgetika, popisují jejich mechanismy účinku, titraci účinné dávky, potenciální vedlejší účinky či principy převádění pacientů mezi jednotlivými preparáty s uvedením ekvivalentních dávek. Velká část textu je věnována i psychoterapii

a dalším doplňkovým postupům v léčbě.

Integrative oncology: Complementary therapies for pain, anxiety, and mood disturbance

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/canjclin.55.2.109/pdf>
Odkazujeme na článek, který byl zveřejněn v roce 2005 pod hlavičkou American Cancer Society v Cancer Journal for Clinicians a následně mnohokrát citován v dalších publikacích. V současné době je již volně přístupný na webu.

V abstraktu článku se uvádí, že u řady pacientů, kteří trpí nádorovou bolestí, je konvenční farmakologická léčba nedostatečně účinná a navíc může přinášet řadu vedlejších účinků, které limitují její použití. Autoři pak dávají čtenářům nahlédnout do spektra doplňkových, alternativních metod léčby bolesti u onkologických pacientů. Jde například o akupunkturu, masáže, meditační metody a další relaxační techniky nebo některé doplňky stravy.



Cancer pain management

www.britishpainsociety.org/book_cancer_pain.pdf

Aktuálně platný souhrnný text o problematice nádorové bolesti od autorů z British Pain Society



ety, který byl publikován v lednu 2010. Je rozdělen do jednotlivých kapitol, jež strukturovaně mapují patofyziologii, diagnostiku a léčbu pacientů s nádorovou bolestí. Jedna z kapitol pojednává o intervenčních algeziologických metodách.

Oncology nursing society

www.ons.org/Publications/Positions/Pain

Portál Oncology Nursing Society se věnuje ošetrovatelské problematice nádorové bolesti. Kromě aktuálních informací zde nalezneme i odkazy na další stránky s podobnou problematikou.

MUDr. Michal Pelíšek



nejen PRO PEDIATRY A DĚTSKÉ SESTRY

7. 10. 2011 Praha, Top Hotel

konference

Sekce lékařů:

Odborný garant: prim. doc. MUDr. Zbyněk Straňák, CSc.

9.00 - 9.45

9.45 - 10.00

10.00 - 10.30

10.30 - 11.00

11.00 - 12.00

12.00 - 12.40

12.40 - 13.30

13.30 - 14.00

14.00 - 14.30

14.30 - 15.00

15.00 - 15.30

registrace

úvodní slovo

Aktuální problematika péče o extrémně nezralé novorozence

- prim. doc. MUDr. Zbyněk Straňák, CSc.

Následná péče o perinatálně ohrožené děti

- doc. MUDr. Petr Zoban, CSc.

oběd

Specifika výživy nejen předčasně narozených dětí - MUDr. Petr Tláškal, CSc.

Aktuální problémy v očkování

- doc. MUDr. Petr Pazdiora, CSc.

přestávka

Infekční nemoci v dětském věku

- MUDr. Hana Roháčová, Ph.D.

Aktuální problémy v dermatologii

- prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA

předávání certifikátů

Sekce sester:

Odborný garant: MUDr. Petr Kašpar

8.00 - 8.45

8.45 - 9.00

9.00 - 9.40

9.40 - 10.10

10.10 - 11.40

11.40 - 12.20

12.20 - 13.20

13.20 - 14.50

14.50 - 15.50

15.50 - 16.30

registrace

úvodní slovo

Vývoj psychomotoriky v postnatálním období

- MUDr. Martina Kašparová

přestávka

Jak včas rozpoznat patologii ve vývoji dítěte

- PhDr. Tereza Nováková, Ph.D.

Biopsychosociální potřeby dítěte

- MUDr. Petr Kašpar

oběd

Riziko vzniku úrazů dětí a vybrané neodkladné stavy - Martina Eliášová

Praktická KPR u novorozence a dítěte*

- Martina Eliášová

předávání certifikátů

* Prvních 60 zájemců, kteří uhradí registrační poplatek předem, bude mít možnost vyzkoušet si KPR prakticky!

Konference bude ohodnocena dle vyhlášky MZ ČR č. 321/2008 Sb. 4 kredity ČAS.

Změna programu vyhrazena

Vzdělávací akce je pořádána dle stavovského předpisu č. 16.

Akce bude ohodnocena 5 kredity ČLK.

Registrační poplatek: 600 Kč - platba předem, 700 Kč - platba na místě

Přijďte se
seznámit
s novými
poznatky
v oboru.

Registrujte se na www.medical-services.cz

**MEDICAL
SERVICES**



**ZDRAVOTNICKÉ
NOVINY**

Credit PLUS

Akce bude
ohodnocena kredity

Postgraduální
medicína

Sestra



Přímý pohled

do českého
zdravotnictví

INZERCE

e-mail: obchod.ms@mf.cz

PŘEDPLATNÉ

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

ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



Přehled událostí ve zdravotnictví za uplynulé dva týdny



Výběrová řízení

Primář/primářka

MĚSTSKÁ NEMOCNICE ČÁSLAV, příspěvková organizace s právní subjektivitou, vyhlašuje výběrové řízení na obsazení funkce:

■ Primář/primářka interního oddělení

Požadujeme: VŠ vzdělání v oboru všeobecné lékařství, specializaci v oboru v souladu se zákonem č. 95/2004 Sb., v platném znění, minimálně 10 let praxe v oboru, manažerské a organizační schopnosti, osobní a profesionální předpoklady pro řízení odborného týmu, fundovanou znalost práce s PC.

K přihlášce je nutno přiložit: stručný životopis s přehledem dosavadní praxe, ověřené fotokopie dokladů o dosaženém vzdělání a kvalifikaci, licenci ČLK k výkonu

funkce vedoucího lékaře – primáře, koncepci organizace práce příslušného oddělení, výpis z rejstříku trestů (ne starší než 3 měsíce), lékařské potvrzení o způsobilosti k výkonu povolání, osvědčení ve smyslu § 4 odst. 1, čestné prohlášení ve smyslu § 4 odst. 3 zák. č. 451/1991 Sb. a souhlas s nakládáním s poskytnutými osobními údaji pro účely tohoto výběrového řízení ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Písemné přihlášky s požadovanými doklady zasílejte na adresu: Městská nemocnice Čáslav, Jeníkovská 348, 286 01 Čáslav, personální oddělení, nejpozději do 2. 9. 2011.

ZDN A111012811

Technik

PŘEDNOSTA KLINIKY KARDIOLOGIE IKEM vypisuje výběrové řízení na místo:

■ Technik pro oddělení neinvazivní kardiologie (echokardiografická laboratoř)

Požadujeme dokončené vysokoškolské studium nelékařského zdravotnického oboru v oblasti biomedicínské/zdravotnické techniky, fyzické a psychické předpoklady, základní znalost anglického jazyka a zájem o problematiku ultrazvuku v kardiologii.

Nabízíme velmi zajímavou práci s vynikající možností odborného růstu. Nástup možný ihned nebo dle dohody.

Přihlášky se strukturovaným životopisem zasílejte na adresu: sekretariát Kliniky kardiologie IKEM, Vídeňská 1958/9, 140 21 Praha 4, e-mail: pakw@ikem.cz

Případné dotazy na e-mail: toma@ikem.cz (MUDr. Tomáš Marek).

ZDN A111012640

Sekundární lékař

PŘEDNOSTA KLINIKY KARDIOLOGIE IKEM vypisuje výběrové řízení na místo:

■ Sekundární lékař v přípravě na atestaci z kardiologie

Předpokladem je atestace I. stupně z vnitřního lékařství nebo ukončení interního kmene (popř. výhled ukončení v nejbližších týdnech) a základní znalost angličtiny.

Nástup možný ihned nebo dle dohody.

Přihlášky se strukturovaným životopisem zasílejte na adresu: sekretariát Kliniky kardiologie IKEM, Vídeňská 1958/9, 140 21 Praha 4, e-mail: pakw@ikem.cz

ZDN A111012643

Volná místa

Zdravotní sestra

DO STOMATOLOGICKÉ ORDINACE NA PRAZE 2 přijmu zdravotní sestru.

Požadují SZŠ s maturitou, pozitivní vztah k práci, aktivitu a chuť se dále vzdělávat. Nabízím práci v mladém dynamickém kolektivu. Kontakt: tel.: 224 253 071.

ZDN 111012940

Lékaři

STŘEDOMORAVSKÁ NEMOCNICE, A. S., přijme do pracovního poměru:

■ Lékaře na chirurgické oddělení Nemocnice Přerov

Požadujeme: vysokoškolské vzdělání v oboru všeobecné lékařství dle zákona č. 95/2004 Sb., vhodné i pro absolventa, praxe ve specializačním oboru chirurgie vítána.

■ Lékaře na anesteziologicko-resuscitační oddělení Nemocnice Šternberk

Požadujeme: vysokoškolské vzdělání v oboru všeobecné lékařství dle zákona č. 95/2004 Sb., praxe v oboru anesteziologie a resuscitace alespoň 4 roky, zařazení do uvedeného specializačního oboru, specializace vítána.

Nabízíme: příjemné pracovní prostředí, možnost dalšího vzdělávání, benefity (úhrada poplatku ČLK, 2 dny pracovního volna přesahující 5 týdnů dovolené, penzijní připojištění, příspěvek na pojištění odpovědnosti).

Kontaktní osoby: Ilona Tylšarová, personalistka, tel.: 582 315 415,

e-mail: ilona.tylsarova@nempv.cz

Pro Nemocnici Přerov: MUDr. Jiří Ševčík, náměstek lékařské ředitelky, e-mail: jiri.sevcik@nempr.cz

Pro Nemocnici Šternberk: MUDr. Marek Polách, náměstek lékařské ředitelky, e-mail: marek.polach@nemstbk.cz

ZDN A111012946

Internista

ZAŘÍZENÍ ZL A ORDINACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE NA PRAZE 8 přijme internistu s kardiologickým zaměřením na úvazek 0,5 -1,0.

Pro mimopražské uchazeče zajistíme ubytování. Zajímavá a pestrá práce, dobré finanční ohodnocení. Tel.: 603 844 709.

ZDN A111012871

Krankenschwester

LUST AUF ARBEIT GRENZNAH IN DEUTSCHLAND?

Wir suchen examinierte Krankenschwester mit Deutschkenntnissen für ambulanten Pflegedienst und für stationäre Pflegeeinrichtung SanitaCura in Vohenstrauß. Vollzeit 40-St. wöchentlich, anfänglich für 2100 € Brutto.

Interesse geweckt? Schicken Sie bitte ihre Bewerbungsunterlagen zu Hd. Frau Duschner, Ambulanter Pflegeverbund in der nördlichen Oberpfalz GmbH, Hauptstraße 7, 927 26 Waidhaus, Tel.: +49 965 281 420-0, fax: +49 965 281 420-1, e-mail: info@pflegeverbund-opf.de, www.pflegeverbund-opf.de.

ZDN A111012787

PARA MEDICAL GmbH

Sie wollen sich neu orientieren, suchen eine neue Herausforderung und Perspektive, und bringen den Willen zur Weiterbildung mit?

Dann finden Sie in der unten stehenden Übersicht durch uns Angebote aus allen medizinischen Disziplinen!

Wir suchen für unsere Kunden in ganz Deutschland folgende Mitarbeiter:

Arzt/Ärztin Innere Medizin (m/w)

Ärztin/Arzt in Weiterbildung Psychiatrie und Psychotherapie

Arzt/Ärztin in Weiterbildung für Orthopädie/Unfallchirurgie

Arzt/Ärztin für Chirurgie

Arzt/Ärztin für Urologie

Assistenzärzte (w./m.) Innere Medizin/Allgemeinmedizin

Assistenzarzt / -ärztin

Anforderungen:

- Abgeschlossenes Medizinstudium
- Fließende Deutschsprachkenntnisse (mindestens Stufe B2)

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung an:

Para Medical GmbH, z.H. Herrn Ralph Homeister

Heinrichstr. 26, D 45964 Gladbeck

Tel.: +49 (0) 2043 - 294728 Fax: +49 (0) 2043 - 294870, mobil: +49 (0) 160 - 97945305, email: info@homeisterworld.de

Inzerce A111012909

Inzerce A111012985



KONFERENCE A SEMINÁŘE PRO NELÉKAŘSKÉ OBORY

Přihlášky a podrobný program konferencí a seminářů na www.aesculap-akademie.cz

+420-271 091 666, aesculap-akademie.cz@bbraun.com

Témata, termíny a místa konání

Role nelékařských povolání v léčbě pacientů s onkologickým onemocněním
16. 9. 2011 Olomouc • 5. 10. 2011 Mladá Boleslav • 3. 11. 2011 Hradec Králové
2. 12. 2011 Brno • 7. 12. 2011 Liberec

Cerebrovaskulární onemocnění jako výzva pro nelékařská povolání
6. 9. 2011 Havířov • 20. 10. 2011 Pardubice • 1. 11. 2011 Přerov • 23. 11. 2011 Tábor
14. 12. 2011 Kolín

Možnosti nelékařských profesí v péči o pacienty s kardiovaskulárním onemocněním
13. 9. 2011 České Budějovice • 21. 9. 2011 Kladno • 23. 9. 2011 Jablonec
27. 9. 2011 Náchod • 4. 10. 2011 Jihlava • 11. 10. 2011 Zlín • 26. 10. 2011 Most
16. 11. 2011 Znojmo • 30. 11. 2011 Ostrava

Pořádá Aesculap Akademie ve spolupráci a pod záštitou České asociace sester v rámci projektu MZ ČR v koordinaci s IPVZ.

Účastnické poplatky jsou při splnění podmínek hrazeny ze zdrojů MZ ČR a ESF EU. Příjemci podpory jsou všichni zdravotníci pracovníci v ČR s výkonem práce mimo území hl. města Prahy.

Prohlubování a zvyšování úrovně odborných znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví se zaměřením na odborné profesní vzdělávání a na vzdělávání v manažerských dovednostech. e-mail: info@vzdelavani-zdravotniku.cz, www.vzdelavani-zdravotniku.cz

PERSONÁLNÍ INZERCE

Radiolog

NZZ v CENTRU PRAHY hledá radiologa pro skiografii a sonografii, na jeden den v týdnu. Dobré platové podmínky. Kontakt: tel.: 777 298 034.

ZDN A111012792

Nachfolger/in - Augenarztpraxis

NACHFOLGER/IN FÜR GUTGEHENDE AUGENARZTPRAXIS (KONSERVATIV) in Vohenstrauß/ Nordbayern/Germany (Grenzgebiet Waidhaus/ Tschechien) für 2012, auch später gesucht, keine finanzielle Beteiligung erforderlich. E-mail: s.willsenach@web.de, tel.: +49 170 835 35 50.

ZDN A111012805

Neurolog

ŮRAZOVÁ NEMOCNICE V BRNĚ přijme:

■ **Neurolog s II. atestací nebo spec. způsobilostí** za standardních podmínek vč. osobního příplatku dle dohody.

Neurologa

na dohodu o pracovní činnosti na zabezpečení příslužeb.

Podrobnosti sdělí náměstek pro LPP MUDr. Filipinský, tel.: 777 233 048.

ZDN A111012701

Interní lékař/lékařka

DO ZAVEDENÉ INTERNÍ AMBULANCE V PLZNI Přijmu interního lékaře/ku.

Nabízím pestrou práci v celé šíři interní odbornosti s větším důrazem na KVA, dobré přístrojové a laboratorní zázemí. Umožňuji další odborné vzdělávání. Nabízím dobré platové podmínky v rámci pravidelné pracovní doby. Požaduji samostatnost a schopnost komunikace s pacienty.

Kontakt: tel.: 774 232 538.

ZDN A111012899

Lékař ORL

NEMOCNICE S POLIKLINIKOU NOVÝ JÍČÍN, P. O., přijme do pracovního poměru lékaře na oddělení ORL.

Požadujeme:

- lékaře absolventa nebo lékaře zařazeného do specializační přípravy v oboru ORL,
- lékaře se specializovanou způsobilostí v daném oboru.

Nabízíme:

- platové podmínky dle dohody,
- ubytování,
- zaměstnanecské výhody,
- nástup možný ihned nebo dle dohody.

Kontakt:

primář MUDr. Robin Zachar, e-mail: robin.zachar@nspnj.cz

ZDN A111012647

Lékař

PŘEDNÍ ČESKÝ DISTRIBUTOR SPECIÁLNÍHO ZDRAVOTNICKÉHO MATERIÁLU MEDIFORM, SPOL. S R. O., přijme lékaře na pozici obchodního reprezentanta pro oblast spodylochirurgie. Místo výkonu práce: Česká a Slovenská republika.

Požadujeme: ukončené lékařské vzdělání se specializací pro chirurgii, ortopedii nebo neurochirurgii. Znalost anglického jazyka na výborné

úrovni, výborné komunikační schopnosti, časovou flexibilitu, řidičský průkaz sk. B.

Nabízíme: práci v perspektivním oboru, výborné platové podmínky, mladý dynamický kolektiv, benefity, služební automobil, notebook, mobilní telefon. Životopisy zasílejte na e-mail: i.pokorna@mediform.cz

ZDN A111012981

Různé

Ordinace - pronájem

POLIKLINIKA V PRAZE 6 NABÍZÍ K PRONÁJMU ORDINACE

lékařům nejlépe těchto odborností: PL, dětský lékař, neurologie, gynekologie, diabetologie, psychiatrie, endokrinologie, kardiologie.

Kontakty: tel.: 220 518 080, e-mail: medical@comitia.cz.

ZDN A111012867

Lékařské praxe - odkup

ODKOUPIME ZA VÝHODNÝCH PODMÍNEK LÉKAŘSKÉ PRAXE RŮZNÝCH ODBORNOSTÍ po celé ČR, zejména v Praze a okolí.

Kontakt: tel.: 775 495 350, e-mail: info@lekari-praha.cz

ZDN A111012864

PERSONÁLNÍ INZERCE



je přijímána na adrese:
Zdravotnické noviny
Mladá fronta a. s.
Mezi Vodami 1952/9
143 00 Praha 4
- Modřany

e-mail:
personalni.inzerce@mf.cz

Inzerce A111012813

Das Institut für Kardioanästhesie sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

Facharzt für Anästhesie (w/m) und einen Assistenzarzt in Weiterbildung (w/m) zum Facharzt für Anästhesie

Das Unternehmen

Das Herzzentrum Dresden Universitätsklinik (ein Haus der Sana Kliniken AG) ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung (190 Planbetten) mit den Kliniken für Herzchirurgie sowie Innere Medizin und Kardiologie und dem Institut für Kardioanästhesie.

Das Institut für Kardioanästhesie (ca. 2.500 Narkosen jährlich) versorgt die Klinik für Herzchirurgie, in der sämtliche Eingriffe am Herzen und den herznahen Gefäßen einschließlich der Behandlung von angeborenen Herzfehlern und der Transplantation thorakaler Organe durchgeführt werden.

Sie erwartet

- ein attraktiver und sicherer Arbeitsplatz in einem Krankenhaus mit modernster Ausstattung und Technologie
- ein kollegiales Arbeitsklima
- für Assistenzärzte in Weiterbildung ein **Vertrag über die gesamte Weiterbildungszeit** (max. 5 Jahre)
- die Möglichkeit, sich in einem jungen Team in die Besonderheiten der Kardioanästhesie einzuarbeiten
- ein interessantes Aufgabenfeld in einem der anspruchsvollsten Bereiche der Anästhesiologie
- die Möglichkeit der berufsbegleitenden Fortbildung „TEE in der Anästhesiologie und Intensivmedizin“
- Unterstützung bei der Akkreditierung nach EACTA, ESC, EAE

- Unterstützung bei der Beantwortung wissenschaftlicher Fragestellungen mit Möglichkeit der Promotion
- ein attraktives Dienstmodell
- Vergütung nach **bundesweitem Konzerttarifvertrag mit dem Marburger Bund**
- betriebliche Altersvorsorge und Jobticket

Teilzeitvarianten sind prinzipiell möglich.

Der Direktor des Instituts besitzt die Weiterbildungsmächtigung für das Fach Anästhesiologie für drei Jahre. Im Rahmen eines Rotationssystems mit Kooperationspartnern in der Stadt Dresden besteht die Möglichkeit der vollständigen Weiterbildung im Fach Anästhesiologie sowie des Erwerbes der „speziellen anästhesiologischen Intensivmedizin“.

Es empfängt Sie eine moderne und fortschrittlich ausgestattete Klinik mit attraktivem, familienfreundlichem Umfeld. Eine langfristige Zusammenarbeit wird angestrebt. Die Bewerbung von Schwerbehinderten ist ausdrücklich erwünscht. Für Rückfragen stehen wir Ihnen unter Telefon +49 351/450-1603 oder +49 351/450-17 10 gerne zur Verfügung.

Ihre Bewerbung (gerne auch per E-Mail) richten Sie bitte an:

Herzzentrum Dresden GmbH Universitätsklinik
an der Technischen Universität Dresden

Institut für Kardioanästhesie | Chefarzt Nikolaus Hartmann
Fetscherstraße 76 | D-01307 Dresden | Telefon +49 351/450-1603
N.Hartmann@herzzentrum-dresden.com | www.herzzentrum-dresden.com



Ein Haus der Sana Kliniken AG

Konec problémům s močovým katetrem!

Unikátní katetrizační péče Uro-Tainer®

**VZORKY
pro pacienty
ZDARMA!**

Objednávejte na
Zelené lince 800 331 131
nebo www.zelenahvezda.cz



Zefektivněte péči o zavedený močový katetr u svých pacientů prostřednictvím unikátního proplachového systému Uro-Tainer®. Jednoduchá aplikace umožňuje použití jak u hospitalizovaných, tak u pacientů v domácím prostředí.

Uro-Tainer® je uzavřeným sterilním proplachovým systémem, který minimalizuje poškození sliznice močového měchýře. Řeší problémy s ucpáváním katetru, odstraňuje krustace a pomáhá předcházet vzniku močových infekcí. Uro-Tainer® je hrazen zdravotními pojišťovnami.

Uro-Tainer® byl úspěšně testován na Urologické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Urologické klinice Fakultní nemocnice Olomouc a Urocentru Praha.

Portfolio katetrizační péče Uro-Tainer® najdete v nabídce Zelené hvězdy na www.zelenahvezda.cz

- Čisticí roztok Uro-Tainer® Suby G efektivně odstraňuje vápenné inkrustace díky svému kyselému pH.
- Uro-Tainer® NaCl svým průtokem mechanicky čistí dutinu katetru zanesenou buněčným detritem nebo hlenem.
- Uro-Tainer® NaCl „M“ pak navíc umožňuje prostřednictvím speciálního vstupu zavést medikaci přímo do močového měchýře.



ZELENÁ HVĚZDA

Váš dodavatel zdravotnických prostředků

součást obchodního řetězce

B | BRAUN