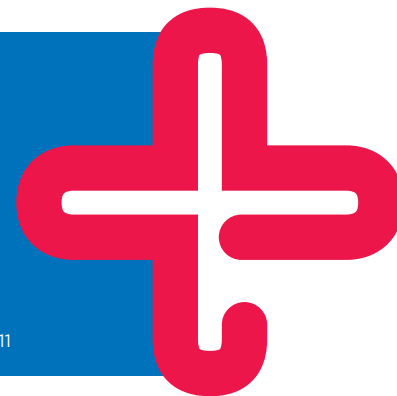


ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



CENA 28 Kč
PŘEDPLATNÉ 23 Kč
19/2011 ročník 60

Toto číslo vyšlo 26. 9. 2011



Z DOMOVA

Začíná odborná příprava legalizace léčby a výzkumu konopí – skupina odborníků vznikla z iniciativy premiéra.

STRANA 5



PŘEDSTAVUJEME

prof. MUDr. Pavla Klenera, DrSc. – onkologa, hematologa a letošního laureáta Ceny J. E. Purkyně.

STRANA 28



NÁZORY

Zdravotnické záchranné služby a nedohoda se zdravotními pojišťovnami: Co bude dál?

STRANA 9



Lékaři vyzývají ministra k plnění memoranda

Sedm měsíců od podepsání „Memoranda o úpravě poměrů ve zdravotnictví“, jímž byla oficiálně smírně ukončena protestní akce „Děkujeme, odcházíme“, přichází Česká lékařská komora s „Kroměřížskou výzvou“, ve které kritizuje dosavadní práci ministra zdravotnictví Leoše Hegera (TOP 09) a nabádá lékaře k obraně svých práv a profesních zájmů.

Sedmiměsíční příměří mezi ministerstvem zdravotnictví a lékaři je ohroženo. Česká lékařská komora (ČLK) minulý týden ostře zkritizovala ministra Hegera, který podle ČLK neplní sliby a závazky vyplývající z memoranda. V textu Kroměřížské výzvy ČLK upozorňuje na nedostatečnou komunikaci ministerstva zdravotnictví s ČLK i ostatními zástupci odborné veřejnosti při svém legis-

lativním, protikorupčním a reformním úsilí, k čemuž se v memorandu mimo jiné zavázala.

Zvýšení platů v roce 2012 je ohroženo

Hlavním, respektive nejvýraznějším bodem protestní akce „Děkujeme, odcházíme“ byly neodpovídající platy lékařů. Lékařský odborový klub a ministerstvo zdravotnictví se v memorandu

dohodly na postupném zvyšování platů lékařů až na úroveň 1,5–3násobku průměrné mzdy v roce 2013, a to v závislosti na dosažené kvalifikaci a při maximálně 8 přesčasových hodinách týdně. Pro rok 2012 bylo dohodnuto navýšení platů lékařů o 10 procentních bodů, růst však měly i platy všech ostatních zdravotníků.

(pokračování na straně 2)

Ministerstvo připravuje spornou vyhlášku

MZ připravuje novou a dlouho očekávanou vyhlášku o minimálním personálním vybavení zdravotnických zařízení. Zdravotníci si od této vyhlášky slibovali jasnější pravidla pro obsazení služeb v jednotlivých zdravotnických zařízeních. První reakce však signalizují spíše velké zklamání.

Prezident České lékařské komory (ČLK) Milan Kubek označil v prohlášení pro ČTK novou normu o minimálním personálním vybavení zdravotnických zařízení dokonce za „návrat do minulého století“. Podle něj vyhláška

popírá nutnost jakéhokoli specializačního vzdělávání.

Komora: Vyhláška ohrozí bezpečnost pacientů

Ministerstvo ve vyhlášce počítá mj. s vytvořením sdružených

lůžkových fondů, což by v praxi mělo umožnit, aby se například o pacienta s interním onemocněním mohl starat chirurg, který by v případě potřeby mohl telefonicky nebo prostřednictvím (pokračování na straně 2)

Vláda zmítaná skandály působí v boji proti korupci tragikomicky. (strana 8)

Lékaři vyzývají ministra k plnění memoranda

(pokračování ze strany 1)

Tento scénář se ovšem v současnosti jeví jako spíše nereálný. Ministerstvo zdravotnictví si ce do nemocnic pošle více peněz než minulý rok, ale ty budou nemocnice muset využít na náklady spojené se zvýšením sazby DPH a na financování špičkových center. S desetiprocentním zvýšením platů lékařů si musí managementy zařízení poradit samy. „To, co zbude po financování center a kompenzaci DPH, bude částka, která se zhruba bude blížit stu procent roku 2010,“ potvrzuje obavy nemocnic ministr zdravotnictví Leoš Heger.

Ředitelům nemocnic tak nyní prozatím zbývají jen dvě varianty řešení. Buď se jednotlivým managementům nemocnic podaří s lékaři vyjednat kompromis a navýšení platů nebude dosahovat slíbených 10 procent, nebo budou očekávání lékařů naplněna za cenu omezení péče.

Lékařské odbory se ale k žádným ústupkům z memoranda nechystají a v případě nedodržení ujednání nevyklučují další protes-

ty. Podle předsedy LOK-SČL Martina Engela by se tentokrát protesty nemusely týkat pouze lékařských odborů. Lepší finanční ohodnocení bylo přislíbeno všem zdravotníkům a i ti by se podle Engela mohli cítit být podvedeni.

ČLK: Vláda prohlubuje ekonomické problémy

Podle ČLK vláda prohlubuje ekonomické problémy zdravotnictví svými chybnými rozhodnutími a (jak je uvedeno v Kroměřížské výzvě) „nezájmem řešit nespravedlnosti na příjmové straně veřejného zdravotního pojištění a neochotou efektivně regulovat ceny a úhrady léků i zdravotnických materiálů a prostředků“.

Podle prezidenta ČLK Milana Kubka ministr Heger nevytvořil podmínky pro to, aby platy ve zdravotnictví mohly růst. „Byl to ministr Heger, nikoli lékaři, kdo dopustil, že kvůli zvýšení dolní sazby DPH vysaje státní rozpočet jen příští rok ze zdravotnictví 4 miliardy korun, a byl to také ministr Heger, kdo vůbec ani nenavrhнул valorizaci plateb pojistného za takzva-

né státní pojištění,“ tvrdí v rozhovoru pro Zdravotnické noviny prezident ČLK Milan Kubek.

Heger: Pro růst platů uděláme všechno

Proti slovům prezidenta ČLK se ministr Heger ohradil. Na rozhodnutí o platbách pro nemocnice má ministr čas ještě do konce roku a podle svých slov udělá vše pro to, aby platy ve zdravotnictví rostly. „Je to zajímavé, já jsem minulý týden jednal s panem předsedou Lékařského odborového klubu Engelem a ten byl docela spokojen, protože jsme si vysvětlili, jaká je situace a že záměry ministerstva zdravotnictví jsou opravdu takové, jak bylo popsáno v memorandu. To znamená, že platy navýšovat budeme a uděláme pro to všechno, co bude v našich silách,“ uvedl minulý úterý Heger pro Českou televizi.

Třetí plochy

Boj proti korupci, zákon o zdravotních službách či ministerská vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení

v cizině, kde slouží ti nejmladší a mají na telefonu zkušeného specialistu,“ řekl Heger pro ČTK.

Voleman: MZ neakceptuje žádné připomínky ČLK

Za největší problém lékařů považují především nově zaváděný princip zaměnitelnosti specializací, který podle Volemana boří dosud pečlivě budovaný systém atestací, jež tímto zcela ztrácejí svůj smysl. ČLK prý vyhlášku rozsáhle připomínkovala a usilovala o to, aby vycházela z komorových doporučení pro udělení certifikátu kvality „Nemocnice 21. století“. Ministerstvo však údajně nepřijalo ani jedinou z navrhovaných změn.

Ministerstvo naopak ve svém odůvodnění návrhu uvádí, že převážná část návrhů a připomínek jednotlivých odborných společností byla do návrhu zapracována. Pouze prý návrhy „některých subjektů“ byly naddimenzované a neodpovídaly finančním možnostem.

(fkc)

Prohlášení Asociace českých a moravských nemocnic

Ministr zdravotnictví se svým podpisem pod memorandy s lékaři a sestrami z února 2011 zavázal, že „průměrný plat lékaře bude v roce 2012 zvýšen o 10%“ a že v tomto roce „bude průměrný plat nelékařů zvýšen úměrně navýšení platu lékařů“. Z vystoupení ministra zdravotnictví Leoše Hegera v pořadu „Události“ na ČT 1 dne 20. září 2011 však vyplývá, že ministerstvo při přípravě úhradové vyhlášky na rok 2012 s navýšením úhrad nemocnicím na platy lékařů a sester nepočítá.

Asociace českých a moravských nemocnic (AČMN) musí důrazně od-

mítnout jakoukoli snahu přenést závazky přijaté státem na nemocnice. Nemocnice jsou již dnes nuceny omezovat péči o pacienty a na jakékoli zvýšení platů lékařů a sester žádné zdroje nemají. AČMN proto musí upozornit, že nedodržení závazků přijatých státem nelze manažersky řešit v jednotlivých nemocnicích a situace nutně povede k sociálnímu konfliktu, který bude znamenat ohrožení poskytování ústavní zdravotní péče na území celé ČR.

Eduard Sohlich
předseda AČMN

zdravotních služeb, to jsou další důvody současné nespokojenosti lékařů. ČLK kritizuje i „platonický boj“ ministerstva proti korupci ve zdravotnictví. Podle Kubka ministerstvo neřeší ani medializované případy předražených zakázek.

„Pokud vím, prakticky všechny kontroly prováděné ministerstvem zdravotnictví končí závěrem, že vše je a bylo v pořádku,“ říká Kubek, podle kterého by se při řešení korupce mělo začít do držováním legislativního procesu, aby se ztížilo „síť zákonů na míru zlodějům a podvodníkům“. Následovat by pak měla důsledná kontrola hospodaření nemocnic a smluvní politiky zdravotních pojišťoven.

V případě zákona o zdravotních službách lékaři na prvním místě kritizují sporný paragraf 121, kterým vzniká všem zdravotnickým zařízením včetně soukromých lékařů povinnost přeregistrace, což ČLK považuje dokonce za neústavní zásah do dříve nabytých práv. Dále lékaři kritizují zavádění „drakonických“ sankcí, které prý pouze zhorší vztahy me-

zi lékaři a pacienty, a fakt, že dle tohoto zákona ČLK nebude smět bez souhlasu pacienta nahlížet do dokumentace, což prý může výrazně ztížit prošetřování stížností pacientů.

„Priority ČLK jsou jiné než MZ“

Lékaři prostřednictvím „Kroměřížské výzvy“ apelují na ministra zdravotnictví Leoše Hegera, aby začal prosazovat zájmy svého resortu a hájil zájmy pacientů. Podle lékařů tak prý dosud nečinil. „Cílem ČLK je vytvoření finančně stabilního zdravotnictví, které bude přátelské pro pacienty a v němž budou pracovat spokojení zdravotníci. Prioritou ČLK je zachování dostupnosti, kvality a bezpečnosti zdravotní péče. ČLK prosazuje transparentnost v nakládání s veřejnými finančními prostředky. Dosavadní činnost ministerstva zdravotnictví pod vedením ministra Hegera svědčí o tom, že jeho priority jsou jiné než priority ČLK,“ uvádějí lékaři ve své výzvě.

Filip Kút Citores

Ministerstvo připravuje spornou vyhlášku

(pokračování ze strany 1)

elektronické pošty konzultovat svůj postup s internistou. „Pokud je ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče poskytována péče ve spojeném lůžkovém fondu chirurgických nebo interních oborů, musí být péče zajišťována lékařem se specializovanou způsobilostí v některém z těchto oborů nebo lékařem se specializovanou způsobilostí, který má společný základní kmen s těmito obory. Musí být zajištěna dostupnost lékaře se specializovanou způsobilostí nebo zvláštní odbornou způsobilostí v oboru péče poskytované pacientovi,“ uvádí se ve vyhlášce.

Lékaři tuto část vyhlášky považují za nebezpečnou benevolenci, která ve svém důsledku může skutečně ohrozit pacienty na životě. „V pra-

xi by to znamenalo, že například o pacientky na gynekologii by se mohl starat oftalmolog s tím, že případně požádá gynekologa o radu e-mailem. To už není legrace, tohle je hazardování s lidskými životy,“ varuje ve své analýze pro Tempus Medicorum místopředseda Lékařského odborového klubu Miloš Voleman.

Heger: Snažíme se být efektivní

Ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) však vyhlášku brání. Podle jeho slov norma směřuje k vyšší efektivitě chodu zdravotních zařízení. „Snažíme se najít vnitřní zdroje v efektivitě chodu zdravotního systému a do toho třeba patří, aby lékaři nesloužili noční služby zbytečně, ale aby to bylo tak jako

Masarykova univerzita má nové vedení

Řízení Masarykovy univerzity (MU) v Brně se od 1. září 2011 ujalo nové vedení v čele s rektorem Mikulášem Bekem.

Bek ve funkci vystřídal Petra Fialu, jemuž 31. srpna 2011 skončilo již druhé funkční období. V polovině září schválil změny ve vedení také akademický senát. „Při zachování počtu šesti prorektorů jsem se rozhodl personálně posílit agendu související s výzkumnou orientací uni-

verzity a řešením ekonomických otázek,“ uvedl nový rektor Bek. Skladba týmu podle jeho slov respektuje zastoupení výzkumných oborů na univerzitě a je adekvátní k náročné situaci, v níž se MU a české vysoké školství nachází.

(klu)

Tvrdý boj za výplatní pásky krásnější

Rok po znovuzrození akce „Děkujeme, odcházíme“ je načase přemýšlet jak dál. Cesta je klikatější, než se z textu memoranda zdá.

V těchto dnech je tomu právě rok od chvíle, kdy začala ostrá fáze akce „Děkujeme, odcházíme“. Přesněji řečeno od chvíle, kdy se naplno projevil angažmá profesionální agentury Ewing PR, kterou Lékařský odborový klub najal, aby je-



Martin Čaban

ho skomírající akci, jež oficiálně začala už v březnu loňského roku, dodala trochu šťávy a lesku. Podařilo se a právě díky tomuto - na odborářské poměry vpravdě osvícenému - kroku jsou dnes výplatní pásky všech nemocničních lékařů o pět až osm tisíc korun hezčí.

Bumerangový efekt

Šéf LOK Martin Engel se mezitím stal profesionálním odborářem, jehož největší starostí je dohlížet na dodržování memoranda, které koncem února celou akci smírně ukončilo.

Výročí výjezdu černobílé sanitky LOK využil k tomu, aby se připomněl a upozornil vládu, že memorandum platí. Vzhledem k tomu, co je v něm napsáno a v jaké situaci se nachází ekonomika i zdravotnictví, se odborářům nelze divit. Je téměř jisté, že o plnění memo-

randa se v příštích měsících svede velký boj.

V dokumentu - pro připomenutí - stojí, že v roce 2012 „bude zajištěn nárůst platů u všech zdravotnických pracovníků“, přičemž konkrétně lékařům memorandum slibuje desítiprocentní nárůst průměrné mzdy, ovšem pouze „s předpokladem zvyšování efektivity zdravotnického systému a v souladu s reformními kroky“. To je pozoruhodná formulace. Tuto větu včlenil do textu zřejmě ministr Leoš Heger jako určitou reklamu na své reformy. Ta se mu nyní ovšem vrátí jako bumerang a posílí spíše vyjednávací pozici odborářů. Pokud by totiž Heger

chtěl lékařům zvýšení mezd upřít, mohl by. Ovšem musel by uznat, že „předpoklad zvyšování efektivity“ jaksi nevyšel a reformní kroky nemají tak blahodárný efekt na finanční situaci ve zdravotnictví, jak si jejich autor myslel. Což by bylo politicky dost nepříjemné na to, aby se Heger skutečně snažil pro doktory peníze najít.

Podraz, nebo selhání?

Jenže ani to hledání nebude lehké. Zdravotní pojišťovny dost možná pošlou do nemocnic jen 95 % letošních peněz a managementy nemocnic mívají i oblíbenější koníčky než přidávat lékařům, *nota bene* teče-li jim finančně do bot. Heger už prohlásil, že memorandum je pro něj závazné a zhruba osm potřebných miliard se jistě najde. Společně se ovšem na protikorupční opatření, jejichž účinnost se zdaleka nemusí projevit nárazovým přílivem peněz do systému, a na zvýšený poplatek za pobyt v nemocnici, který je ovšem kompenzován zrušením poplatku za položku na receptu a jeho nahrazením poplatkem za recept.

Takže úspory a efektivitu bude třeba, minimálně v příštím roce, hledat ještě jinde.

Jde-li o 8 miliard, nabízí se srovnání s resortem dopravy. Požadavek ministra dopravy Pavla Dobeše na 9 miliard ze státního rozpočtu minulý týden málem položil vládu. Nakonec ministr financí kdesi našel miliardy čtyři, což situaci uklidnilo, a rozpočet v kabinetu prošel. Heger by s podobnou taktikou pravděpodobně neuspěl, protože mu jednak chybí věčkařská nestoudnost a jednak Miroslav Kalousek, když jde o výdajovou stranu rozpočtu, nezná bratra, natož stranického kolegu.

Pozice LOK a Martina Engela je proto v této výchozí situaci sice slibná, ale nikoli skálopevná. Odbory by vedle vymáhání nároků měly přijít také s realistickými nápady, kde peníze na vyšší platy ve zdravotnickém systému najít a jak jimi dále zkrášlit lékařské výplatní pásky. Jestliže totiž ministr peníze nesežene, nebude to vnímáno jen jako Hegerův podraz, ale také jako Engelovo selhání.

Inzerce A111011512

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



Dvěma pražským nemocnicím MZ odebere status FN

Fakultní nemocnice Na Bulovce a Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou v Praze přijdou od nového roku o status fakultního zařízení. Ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) tak rozhodl po poradě s ministrem školství Josefem Dobešem (VV). Rozsah péče by měl zůstat zachován.

„MZ odejme nemocnicím status fakultní od 1. ledna 2012. Činnost nemocnic ale zůstane zachována v dosavadním rozsahu, včetně klinik a odborných center,“ uvedl mluvčí MZ Vlastimil Sršeň s tím, že cílem tohoto kroku je posílení role kmenových nemocnic, které jsou vázány na sídla lékařských fakult a mají celkově nejvyšší výukový a výzkumný potenciál.

V hlavním městě jsou tři lékařské fakulty, ale pět fakultních nemocnic. Přípravovaný zákon o univerzitních nemocnicích povoluje přidomek univerzitní jen těm nemocnicím, které jsou navázány na

lékařskou fakultu. Bulovka a Thomayerova nemocnice přitom budou ve specializovaných oborech nadále sloužit i jako výuková pracoviště medikům. Ředitelé nemocnic toto rozhodnutí zatím (kromě obligátního ujištění „zachováme rozsah péče“) komentovat nechtějí, alespoň do té doby, než zjistí, jaké konkrétní změny tento krok jejich zařízením přinese.

Nejdřív „odfakultnění“, pak rozprodání zbytků

Například zástupci Strany zelených (SZ) však varují, že pokud bude odebrán statut fakultní nemoc-

nice směřovat k převodu zařízení na hlavní město Prahu, může dojít k divoké privatizaci a ve výsledku buď k zániku nemocnic, nebo jejich nedostupnosti pro běžné pacienty. „Převod nemocnic na Prahu by kromě kvalitního zajištění celostátně významných pracovišť ještě předpokládalo mnohamilardové investice z rozpočtu města, které nejsou realizovatelné. Činnost těchto pracovišť by byla ohrožena. Jejich svěřeni kraji je navíc vrcholně nesystémovým řešením, které může skončit jejich divokou privatizací,“ obává se předseda odborné sekce SZ pro zdravotní politiku

Antonín Nechvátal, podle nějž je nutné počítat se silnými zájmy privátních subjektů.

„Město již v minulosti ztratilo podivným způsobem majoritu v Pražské teplárenské a problémy opakovaně přinesla také privatizace Pražských vodovodů a kanalizací. V případě nemocnic může dojít k následující posloupnosti: zadlužení, ‚odfakultnění‘, příchod strategického partnera PPP (poskytování veřejných služeb prostřednictvím spolupráce veřejného a soukromého sektoru – pozn. red.) v podobě menšinového vlastníka, nedostatek financí v rozpočtu města, navýšení jmění



Petr Štěpánek. | Foto: Strana zelených

menšinovým vlastníkem, ztráta majority města, zmenšení rozsahu zdravotní péče na lukrativní obory a rozprodej ‚zbytkového‘ majetku. Obě nemocnice se koneckonců nacházejí v lokalitách žádaných pro bydlení,“ popisuje možný scénář vývoje předseda pražské organizace SZ Petr Štěpánek.

Petra Klusáková

Soud udělil podmíněný trest porodní asistentce

Obvodní soud pro Prahu 3 udělil Ivaně Königsmarkové dvouletý podmíněný trest s pětiletou zkušební dobou za těžké ublížení na zdraví z nedbalosti.

Prezidentka Unie porodních asistentek byla navíc potrestána zákazem činnosti na 5 let a soud jí nařídil uhradit zdravotní pojištně 2,7 milionu korun jako náhra-

du výdajů za léčbu. Rozhodnutí zatím není pravomocné, Königsmarková se na místě odvolala. Odsouzená v červenci 2009 vedla komplikovaný domácí porod

– podle obžaloby jí však chybělo oprávnění k tomuto výkonu a navíc neměla vybavení potřebné v případě potíží. Dítě se při porodu začalo dusit a vdechlo zkalenou

plodovou vodu, což podle obžaloby asistentka včas nerozpoznala a adekvátně nezareagovala.

„Chybu jsem neudělala“

Ivana Königsmarková připustila, že nemá platnou registraci, je však přesvědčena, že se během porodu chyby nedopustila. Do chvíle, než se dítě narodilo, podle ní nic nenasvědčovalo tomu, že by mohlo dojít ke komplikacím. U ženy při prohlídkách údajně zaznamenala

pouze vyšší tlak. Po porodu začala asistentka podle svých slov s umělým dýcháním a nechala zavolat ZZS, jež dorazila za několik minut a jejíž lékařce se dítě podařilo rozdychat. Chlapec byl poté odvezen do Ústavu péče o matku a dítě v Podolí. Kvůli nedostatku kyslíku měl vážně poškozený mozek a letos v březnu zemřel. Podle tamních lékařů není jasné, proč se dítě dusilo, vyloučili však vrozenou vadu.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

Péče je omezována skrytě, nadstandardy mají přinést transparentnost

„V Česku bylo dosud jednodušší omezovat dostupnost zdravotní péče skrytě, například prostřednictvím čekacích dob nebo neinformování pacienta o moderním způsobu léčby. Zavedení nadstandardů má tyto skryté limity odbourat.“ Na konferenci Leading Minds Forum pořádané deníkem E15 to řekl Pavel Hroboň z Advance Healthcare Management Institute. Ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) k tomu dodal, že změny omezí dosavadní praxi klientelismu a všimného.



V rámci Leading Minds Forum diskutovali Leoš Heger, Boris Šťastný, Milan Kubek a Pavel Hroboň. | Foto: Anna Vacková E15

„Dosavadní přístup skrytého omezování péče je stále obtížnější díky informovanějším pacientům nebo přeshraničnímu poskytování zdravotnických služeb. Definování nadstandardů je tak cesta k větší transparentnosti v systému zdravotnické péče,“ pokračoval Hroboň. S jeho slovy souhlasili i ministr Heger a předseda sněmovního výboru pro zdravotnictví Boris Šťastný (ODS).

Podle Hegera nadstandardy přivedou do zdravotnictví peníze z dobrovolných příspěvků,

ale také omezí současnou praxi klientelismu a různých forem všimného. Šťastný dodal, že v současnosti se za některé služby, třeba nadstandardní pokoj, příplácí, ale je to de facto nelegální. Podle něj je proto zásadní jasně právně definovat, na jakou základní péči má pacient nárok bezplatně. Ministr Heger zdůraznil, že změny nezhorší dostupnost základní péče. Každý nadstandard „bude mít vždy svého bratříčka, který bude stoprocentně hrazený.“ Parametry nadstandardu pod-

le něj musí být definovány tak, aby lidé, co si nepříplácí, nebyli diskriminováni.

Konference na téma „Zlepší nové standardy zdravotnické péče postavení českých pacientů?“ se konala 20. září v Praze pod záštitou Koalice pro zdraví a za podpory generálního partnera, společnosti Richter Gedeon, a oficiálního partnera, společnosti B. Braun.

Více informací:

<http://konference.e15.cz>

(red)

Začíná odborná příprava legalizace léčby a výzkumu konopí

Z iniciativy premiéra Petra Nečase a předsedkyně poslanecké sněmovny Miroslavy Němcové (oba ODS) minulý týden poprvé zasedala pracovní skupina pro legalizaci léčby a výzkumu konopí. Skupina odborníků se bude do konce roku snažit předložit vládě materiál s konkrétními návrhy.

„Předmětem jednání pracovní skupiny je posoudit, jakým způsobem, komu a za jakých podmínek bude konopí zpřístupněno. Povede se také diskutovat nad legislativními kroky, které by měly zpřístupnit konopí pro léčbu a výzkum v České republice,“ uvedl zastávající člen skupiny a Národní protidrogový koordinátor Jindřich Vobořil s tím, že za koncepčními změnami v legalizaci léčby a výzkumu konopí stojí řada poslanců z různých politických stran, a tudíž se očekává i hladký průběh schvalování legislativních úprav.

V současné době je v ČR registrován jediný lék s obsahem konopí (Sativex), který ale nelze dovážet. Individuální dovoz léku je obtížný, navíc balení vyjde zhruba na 8 tisíc korun, takže jeho dostupnost pro pacienty je velmi náročná. Na evropském trhu přitom existují ještě 3 léčivé přípravky, jejichž cena v 5gramovém balení vyjde zhruba na tisíc korun. „Od zavedení léků s obsahem konopí si slibujeme právě zvýšenou dostupnost pro pacienty, kteří takový lék potřebují,“ říká Tomáš

Zábranský z Centra adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Záleží na vyjádření odborných společností

Jak uvedl vedoucí pracovní skupiny a přednosta Ústavu klinické biochemie a laboratorní diagnostiky 1. LF UK a VFN Tomáš Zima, členové skupiny si rozdělili úkoly a výsledky přednesou na dalším setkání skupiny koncem října. Předseda České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně profesor Jaroslav Blahoš bude nyní po odborných lékařských společnostech požadovat diagnózy, při nichž se bude moci konopí používat. „Máme vytipovaných sedm odborných společností, které o léčbu přípravky s konopím opravdu usilují. Půjde především o diagnózy neurologické, léčbu bolesti, onkologická onemocnění, oftalmologické diagnózy, kožní onemocnění a symptomy spojené s HIV,“ upřesňuje profesor Zima. „V současnosti je efekt extraktu účinných látek z konopí



Ilustrační foto: Shutterstock

vědecky prokázány pouze v jediné indikaci, a to pro zmírnění obtíží spojených se spasticitou u roztroušené sklerózy,“ doplňuje přednosta Neurologické kliniky a Centra klinických neurověd 1. LF UK a VFN v Praze profesor Evžen Růžička.

Na rizika, která by léčba přípravky z marihuany mohly přinášet, však upozorňuje primář mužského oddělení závislostí Psychiatrické léčebny Bohnice Karel Nešpor. „Je otázka, zda dočasné zmírnění symptomu roztroušené skleró-

zy vyváží vyšší postižení kognitivních funkcí, paměti a podobně, které bylo popsáno v případě podávání konopných drog těmto nemocným. Takto lze uvažovat i o většině jiných uváděných indikací marihuany. Je velká otázka, zda lepší chuť k jídlu u nemocného s AIDS vyváží jeho zhoršené sebeovládání během intoxikace THC se všemi možnými důsledky, riziko recidivy závislosti na jiné droze a vyšší riziko respiračních infekcí,“ upozorňuje odborník na závislosti.

Otázek je zatím více než odpovědí

Pokud do poloviny října odborné lékařské společnosti potvrdí, že by v některé z indikací lékaři mohli používat k léčbě svých pacientů konopí, bude skupina pokračovat v přípravě podkladů pro změnu zákonů a vyhlášek, které problematiku upravují. Je třeba vypracovat analýzu legislativy EU a zjistit, kterých zákonných norem by se úprava týkala. Zástupci Státního ústavu pro kontrolu léčiv by pak měli shrnout legislativní změny, které použití léků umožní.

Konkrétní výstupy skupiny tedy zatím známé nejsou. „Ještě například není rozhodnuto, zda se budou léčivé přípravky dovážet, nebo vzniknou kontrolované pěstírny,“ uvádí protidrogový koordinátor Vobořil. Jedno ze stanovisek, na kterém se skupina již nyní shodla, je rozhodnutí nelegalizovat samopěstitelství. „Penicilin si doma také nepěstujete. Samopěstitelství, tak jak funguje například ve Spojených státech, určitě v Česku nechceme. Bude jasné stanovení, odkud a v jaké formě se bude konopí dovážet. Osobně jsem pro jeho dovoz, ne pěstování ve specializovaných pěstírnách. Je totiž obtížné dodržet u něj bezpečnostní a specifické pěstební podmínky,“ tvrdí vedoucí skupiny profesor Zima, který předpokládá, že balíček legislativních opatření by se měl do poslanecké sněmovny dostat do konce letošního roku. Léky s obsahem konopí by se pak v lékárnách mohly objevit v polovině příštího roku. **Petra Klusáková**

Výzkum a léčbu nemůžeme omezit na jeden preparát

Ekonomické, praktické a etické důvody léčby konopím ozřejmuje MUDr. Tomáš Zábranský, Ph.D., z Centra adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Proč se nyní mluví o legalizaci léčby a výzkumu konopí, když lék Sativex už někteří čeští pacienti užívají?

Sativex je dvojsložkový (d-9-THC a CBD), ve Velké Británii hromadně vyráběný léčivý přípravek, který je u nás sice registrován, ale není do Česka dodáván. Potenciální pacienti jsou tak odkázáni na individuální dovozy. Prozatím, za rok od registrace, proběhl jeden jednorázový dovoz dvou balení s koncovou cenou pro pacienta přesahující 25 tisíc korun. Dostupnost přípravku je tedy pro drtivou většinu pacientů – při výrobem udávané průměrné spo-

třebě jednoho balení za 10 dní – limitně blízka nule. Výzkum za posledních cca 10 let proběhl jen ve formě několika výrobcem zadaných klinických studií pro roztroušenou sklerózu, jež byly součástí multicentrických studií probíhajících ve více zemích EU. Výzkum léčebných účinků konopí či léčebných přípravků z konopí, případně izolovaných kanabinoidů na člověka, u nás (vyjma zmíněného Sativexu) neprobíhá a za posledních 20 let ani žádný neproběhl.

Co je tedy úkolem skupiny?

Tito odborníci mají najít systémovo-

vější řešení, jež by pro výzkum a léčbu i pro další zpracování do léčebných přípravků (mastí, výtažků) zpřístupnilo konopí jako takové. Nikoli pouze jeden hromadně vyráběný léčivý přípravek z něj. Důvody jsou ekonomické, právní i povětve praktické, ale také etické – nemůžeme výzkum a léčbu omezit na jeden komerční preparát. Nejen, že je to netržní, také by to omezilo léčebné využití a výzkum účinků asi padesáti kanabinoidů v konopí obsažených (jež v řadě případů podle všeho působí synergicky) pouze na dva.

Takže nakládání s konopím v medicíně je u nás dosud nelegální?

Podle současných zákonných předpisů nelze konopí pro léčbu a výzkum v Česku pěstovat a dále s ním nakládat. Na rozdíl od Rakouska, Švýcarska, Nizozemska, Spojených států, Kanady či Izraele. Kvůli tomu jsou i indikovaní pacienti buď bez léčby, která by jim významně zlepšila kvalitu života, nebo odkázáni na černý trh či nelegální samopěstování. Pracovní skupina má proto navrhnout podmínky, za nichž by byly umožněny co nejbezpečnější medicínské, bezpečnostní i logistické změny současného nakládání s konopím.

ANKETA

www.ZDN.cz

SOUHLASILI BYSTE SE ZRUŠENÍM ZÁKAZU LÉČEBNÉHO VYUŽITÍ KONOPÍ?

76 % ANO

22 % NE

2 % NEVÍM



(klu)

HLASOVALO 106 UŽIVATELŮ ZDN.CZ A FB.

Z DOMOVA

20 let České lékárnické komory

17. září se v pražském Karolinu uskutečnilo slavnostní setkání ke 20. výročí založení České lékárnické komory (ČLnK). Mezi bilancemi, laudacii i státnickými radami, kde že lékárníci nejnáze najdou pomocnou ruku, zaujal věcnou střizlivostí projev prezidenta komory.

Záštitu nad akcí převzal děkan Farmaceutické fakulty Univerzity Karlovy profesor Alexandr Hrabálek, pozvání přijali ministr zdravotnictví Leoš Heger, zástupci ministerstva, zdravotních pojišťoven, poslanci a zahraniční hosté z Německa, Polska a Slovenska.

Česká lékárnická komora se již od svého vzniku podílí na přípravě zdravotnické legislativy a dohledu nad odborným výkonem povolání lékárníka. Je členem Svazu lékárníků Evropské unie (PGEU), který sdružuje čtyřicet členských organizací ze třiceti zemí a je nejvýznamnější lékárnickou organizací v Evropě. Prezident ČLnK Stanislav Havlíček v letošním roce zastává funkci jejího viceprezidenta.

Selektivní sluch úředníků

„Zákon přenesl část odpovědnosti ze státu na komoru, čímž z ní učinil instituci veřejného práva. To vybavilo ČLnK pravomocemi dříve svěřenými státní správě. Stává se institucí s podílem zodpovědnosti za chod části zdravotnictví. Její míra je ovšem od samého počátku poplatná politické situaci a zejména ochotě politické reprezentace naslouchat a realizovat odborná doporučení,“ řekl prezident komory v Karolinu.



Stanislav Havlíček. | Foto: ČLnK

Zřízení profesních komor pro svobodná povolání podle něj vyplývá z racionálního zhodnocení reality a nutnosti zabezpečit dohled nad výkonem těchto povolání bez nároku na státní rozpočet. Jakoukoli jinou variantu předikuje jako méně efektivní i kvalitní. Zda vůbec mít dohled nad výkonem povolání a jak zabezpečit „nezávislost“ úsudku poskytovatele těchto služeb, je podle něj rozhodnutí politické.

„Profesní samospráva je řešení, které je ze známých aplikovatelných možností nejprověřenější. Ani státní dohled na výkon povolání nepatří k neověřeným způsobům, má ovšem několik zásadních vad. Čerpáním financí ze státního rozpočtu

se prodraží. A jeho efektivita závisí na kvalitě dozorujících úředníků,“ uvedl Stanislav Havlíček. Za nehorší možnou volbu pokládá kombinaci obou systémů, kdy „je veřejně deklarována snaha zabezpečit dohled nad výkonem profese prostřednictvím profesní samosprávy a zároveň je patrná snaha omezit disciplinární pravomoc komory a zabezpečit klíčové oblasti řízení prostřednictvím státních, popřípadě krajských úředníků“.

Potenciální „strážci kasy“

Jedním ze způsobů, jak lze efektivní řízení výkonu profese významným způsobem narušit, je zrušení povinného členství v komoře. „To je přesně příkladem polovičatého politického rozhodnutí bez přijetí elementární zodpovědnosti. Je to pouhé alibi v situaci, kdy je kontrolou profese sice pověřena komora, ale vzhledem k absenci pravidel pro postih nečlenů nemá dostatek pravomocí disciplinárně potrestat prokázané porušení pravidel výkonu profese. Omezením pravomocí komor, například zavedením nepovinného členství, stát omezuje svůj kontrolní a řídicí potenciál při dozoru nad výkonem profese a zároveň se zbavuje prověřeného způsobu jak jej zdarma zabezpečit pro

střednictvím profesní samosprávy. Legislativní návrhy na zrušení povinného členství v komorách se za 20 let jejich fungování objevily celkem devětkrát,“ pokračoval prezident ČLnK.

Upozornil i na důležitou součást lékárenské péče – ochranu pacientů před zbytečnou medikací. „Tato

činnost může mít významný pozitivní vliv na financování zdravotnictví a jejímu rozšíření brání jediné. Stačí najít politický konsenzus a způsob jak za nalezené úspory pracovníky lékáren zaplatit. Stát se doposud choval velmi marnotratně, když nevyužíval obrovský potenciál farmaceutů v roli „strážců kasy“. Místo toho byly dokola upravovány parametry systému tak, aby se vyplatilo kasu nestrážít,“ uzavřel.

Jana Jilková

Nový časopis (nejen) pro dermatovenerology

Nový časopis Česká dermatovenerologie začne vydávat Mladá fronta a. s. pro Českou akademii dermatovenerologie.

Česká dermatovenerologie bude vycházet čtyřikrát ročně. Nabídku medicínských periodik doplní o titul zabývající se problematikou kožního lékařství dostatečně do hloubky a zároveň přesahující hranice oboru. Právě dermatologie má totiž mnoho styčných oblastí s dalšími specializacemi. Obsah obohatí přehled aktuálních informací ze zahraničí.

Odbornou úroveň zaručuje redakční rada v čele s prof. MUDr. Janou Hercogovou, CSc. Složení redakční rady je nejen velmi reprezentativní, ale vypovídá nejvíc o širším záběru nového časopisu. Česká dermatovenerologie je oficiálním periodikem České akademie dermatovenerologie, jejíž členové jej budou dostávat zdarma. Další čtenáři si mohou předplatit časopis zajistit prostřednictvím e-mailové adresy predplatne.mf@post.cz, při-

padně na bezplatné telefonní lince 800 300 302.

Nový časopis si jistě najde čtenáře nejen z řad dermatologů, ale nepochybně bude svým obsahem zajímavý i pro internisty, pediatry, onkology, revmatology, diabetology či praktické lékaře, kteří se o své obory zajímají v širších souvislostech. (red)



Inzerce A111014909

U NÁS NAJDETE VŠE POD JEDNOU STŘECHOU PRO VAŠE KONGRESY, KONFERENCE, SLAVNOSTNÍ RECEPCE, VALNÉ HROMADY, OBCHODNÍ JEDNÁNÍ A FIREMNÍ AKCE.

ZÁLEŽÍ NÁM NA VAŠEM ÚSPĚCHU

- konferenční prostory s celkovou kapacitou 5 000 míst
- luxusní ubytování v 930 pokojích různých kategorií
- 5 restaurací s mezinárodní i českou kuchyní, bary, letní terasa
- wellness, bazén, posilovna, tenis, bowling, beauty studio, thajské masáže...
- rozlehlá Japonská zahrada – letní párty až pro 1000 osob



TOP HOTEL
PRAHA
& CONGRESS CENTRE

**TOP HOTEL PRAHA
& CONGRESS CENTRE**
Blažimská 1781/4, 149 00 Praha 4
Tel.: +420 267 284 477
Fax: +420 222 990 850
E-mail: sales@tophotel.cz



Nově otevřeno!

Benada Restaurant nabízí kulinářské zážitky za skvělé ceny.

Příjemná restaurace osloví hosty přátelskou atmosférou a vysokou úrovní gastronomie. V nabídce naleznete místní speciality i kulinářské zážitky z gastronomického kalendáře, tematicky zaměřené na řadu specialit ze sezónních surovin. Pozornosti neuniknou ani ti nejmenší, kteří se mohou těšit na speciální dětské menu včetně nekuřáckého prostředí.

Benada Restaurant

■ Praha 1 ■ Praha 2 ■ Praha 9 ■ Ostrava ■ Liberec ■ Ústí nad Labem

www.benadarestaurant.cz

ROZHOVOR

Nejvíce ohrožení jsou v současnosti soukromí lékaři

Sedm měsíců uplynulo od podepsání memoranda, kterým oficiálně skončila největší protestní akce lékařů v historii naší země. Na úroveň plnění ministerských slibů a spolupráce MZ s odbornou veřejností jsme se zeptali prezidenta České lékařské komory MUDr. Milana Kubka.

Reformní balíky prošly sněmovnou, bylo přehlasováno senátní veto zákona o veřejném zdravotním pojištění. Jak hodnotíte dosavadní spolupráci ministerstva a ČLK při přípravě reformem?

Ministr Heger se v memorandu zavázal, že bude na reformě zdravotnictví spolupracovat s Lékařským odborovým klubem i Českou lékařskou komorou. Tento slib však neplní. Připomínky komory v drtivé většině nejsou akceptovány a často vůbec nedojde k jejich vypořádání. Tvorbu a přijímání zákonů ostatně provází strašlivý chaos. Ministerstvo zdravotnictví předkládá vládě jiné návrhy zákonů, než které jsme měli možnost připomínkovat. Během projednávání v poslanecké sněmovně jsou pak i vládou schválené zákony dodatečně zásadním způsobem měněny cestou komplexních pozměňovacích návrhů, které po domluvě s ministrem Hegerem podávají poslanci koaličních stran. A to vše jen proto, aby následně byly podávány další pozměňovací návrhy k těmto pozměňovacím návrhům. Nakonec se v tom nevyznají ani samotní zákonodárci, kteří často vůbec netuší, o čem vlastně hlasují. Dobrým příkladem takového obcházení pravidel demokratického legislativního procesu byly návrhy poslance Šnajdra, kterými byl bez jakékoli diskuse za souhlasu ministra Hegera změněn několik let diskutovaný zákon o zdravotních službách.

Jedním z nejvíce kritizovaných bodů zákona o zdravotních službách byl § 121, podle kterého budou muset všichni provozovatelé zdravotnických služeb žádat o novou registraci. Podle ministerstva by přitom tento proces měl zabrat přibližně 15 minut a lékaři na něj budou mít tři roky.

Těch 15 minut nemůžete brát vážně. To je jen další z řady nesmyslů, které hlásá ministerský mluvčí Sršeň. Skutečnost je taková, že pokud nedokážeme zákon změnit, budou zdravotnická zařízení včetně soukromých lékařů moci poskytovat služby na základě stávajících registrací pouze po dobu



Foto: Leoš Chodura

36 měsíců od nabytí účinnosti zákona. Pokud mají zájem o další existenci, musejí do 9 měsíců od nabytí účinnosti zákona požádat správní orgán, tedy krajský úřad, o povolení činnosti, přičemž tato žádost musí doplnit o řadu potvrzení. Jen namátkou jmenujme doklady o odborné a zdravotní způsobilosti zdravotníků, výpis z rejstříku trestů, provozní řád schválený hygienickou službou, souhlas s technickým a věcným vybavením, nájemní smlouvy... Příslušná část zákona představuje tři stránky textu. A těch 36 měsíců, to je doba, po kterou mohou krajští úředníci udržovat lékaře v existenční nejistotě.

Avšak ještě mnohem důležitější je odpověď na otázku, proč vlastně Šnajdr s Hegerem současné registrace soukromým lékařům ruší. Pokud bychom uvěřili jejich vlastnímu zdůvodňování, pak by nešlo o nic jiného než o obłudnou byrokratickou šikanu, která připraví o čas a o peníze dvacet tisíc soukromých lékařů i nemocnice. Skutečný záměr je však zřejmě jiný. Je to snaha o likvidaci části soukromých lékařů, aby jejich místo mohly bezplatně zaplnit zdravotnické řetězce.

Hlavním bodem protestní akce „Děkujeme, odcházíme“ byly neodpovídající platy. Jsou už dnes podle vás platy lékařů adekvátní?

Přestože v drtivé většině nemocnic došlo ke zvýšení platů lékařů v souladu s podepsaným memo-

randem, zůstává ohodnocení kvalifikované práce lékařů i ostatních zdravotníků tragické. Dokud se platy lékařů za základní pracovní dobu, tedy bez přesčasů, nedostanou na úroveň obvyklou ve vyspělých státech, tedy na požadovaný 1,5–3násobek průměrné mzdy v závislosti na dosažené kvalifikaci, bude nespokojenost lékařů oprávněná. Další zvyšování platů lékařů je tedy naprosto nezbytné. V opačném případě nebude mít za pár let naše pacienty kdo léčit. Ostatně sehnat kvalifikovaného lékaře je problém již dnes.

V memorandu je uvedeno, že více peněz musí jít ruku v ruce s reformou a vyšší efektivitou. Jak jsou podle vás tyto podmínky plněny?

Máte pravdu. Pan ministr Heger opravdu nevytvořil podmínky pro zvýšení platů. Za neschopnost ministra a vlády však my lékaři neneseme žádnou odpovědnost. Není naší chybou, že neproběhla restrukturalizace lůžkového fondu, že neexistuje zákon upravující transparentním způsobem tvorbu cen a úhrad léků i zdravotnického materiálu, není naší chybou, že neexistují standardy, že nebylo vytvořeno připojištění... Byl to ministr Heger, nikoli lékaři, kdo dopustil, že kvůli zvýšení dolní sazby DPH státní rozpočet jen příští rok vysaje ze zdravotnictví 4 miliardy korun, a byl to také ministr Heger, kdo vůbec ani ne navrhl valorizaci plateb pojistného za takzvané státní pojištění. Lékaři i ostatní zdravotníci mají právo požadovat po vládě splnění závazku zvýšit od 1. ledna 2012 platy lékařů o 10 procent a zároveň valorizovat platy ostatních zdravotníků.

Spolupracuje ČLK v této oblasti například s Českou asociací sester?

Českou asociaci sester vede ředitelka pražské Všeobecné fakultní nemocnice a bývalá ministryně zdravotnictví paní Jurásková. Myslíte, že pod tímto vedením bude asociace bránit zdravotní sestry proti nápadům ministra Hegera nebo poslance Šnajdra, který ři-

dil ministerstvo zdravotnictví právě v době, kdy paní Jurásková seděla v křesle ministra? Asi ne, ale pochopitelně záleží pouze na sestřích, jaké vedení si volí. Pokud však pro ně někdo něco udělá, pak to asi nebude asociace, ale spíše Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče, se kterým podle mých informací spolupracuje Lékařský odborový klub.

Lékaři protestovali také proti způsobu, jakým je ve zdravotnictví nakládáno s veřejnými penězi (chaos, předražené zakázky...). Změnilo se v této oblasti něco k lepšímu?

K lepšímu se bohužel nezměnilo nic. Boj s korupcí v podání vlády, kterou samu o sobě zmítají skandály a podezření z korupce, působí tragikomicky. A ani ministr Heger nemá zájem nebo odvalu řešit byt třeba jen ty případy předražených zakázek a korupce, které byly dokumentovány ve sdělovacích prostředcích. Pokud vím, prakticky všechny kontroly prováděné ministerstvem zdravotnictví končí závěrem, že vše je a bylo v pořádku.

Přesto ministerstvo existenci korupce ve zdravotnictví nepopírá. Jaké systémové změny by tedy podle vás vedly k zaručenému omezení korupce ve zdravotnictví?

Nejsem sice odborník ani na korupci, ani na její potírání, přesto mne něco napadá. Začal bych dodržováním pravidel legislativního procesu, aby se ztížila tvorba právních norem šitých na míru zlodějům a podvodníkům. Nezbytnou je samozřejmě důsledná kontrola hospodaření nemocnic a pojišťoven. Kontrola smluvní politiky zdravotních pojišťoven a zveřejňování výše úhrady jednotlivým zdravotnickým zařízením za identické výkony. Zveřejňování cen nákupů zboží a služeb nemocnicemi v jednotkových cenách. Přijetí zvláštního zákona upravujícího tvorbu maximálních cen a úhrad léků a zdravotnických materiálů z veřejného zdravotního pojištění. Vytvoření katalogu obvyklých cen zdravotnických přístrojů...

Akce „Děkujeme, odcházíme“ varovala před odchodem lékařů do ciziny. Je tato hrozba stále aktuální?

Akce skončila úspěchem, hromadný odchod lékařů z nemocnic byl v dané chvíli zažehnán a exodus do ciziny se alespoň na čas zpomalil. Bohužel jsme v současnosti opět svědky postupného nárůstu počtu kolegů, kteří hledají a nalézají uplatnění v zahraničí, neboť ztratili víru v to, že se poměry v této zemi v dohledné době zlepší. Jen do konce srpna požádalo Českou lékařskou komoru o dokumenty potřebné pro práci v zahraničí 380 lékařů s praxí a 130 čerstvých absolventů lékařských fakult. Díky rozvoji medicíny a kvůli stárnutí populace totiž roste potřeba lékařů ve všech vyspělých státech a bohatší země se nerozpakují řešit své vlastní problémy nákupem odborníků v těch zemích, které si tak jako Česká republika vzdělaných lidí neváží.

Největší protestní akce lékařů v naší historii skončila před sedmi měsíci podpisem memoranda. Nyní přicházíte s Kroměřížskou výzvou, ve které lékaře nabádáte k „obraně svých profesních zájmů“. Zní to jako předzvěst „Děkujeme, odcházíme II“...

Česká lékařská komora byla a je i nadále připravena spolupracovat při nápravě poměrů ve zdravotnictví. Naším cílem je vytvoření finančně stabilního zdravotnictví, které bude přátelské pro pacienty a v němž budou pracovat spokojení zdravotníci. Prioritou ČLK je zachování dostupnosti, kvality a bezpečnosti zdravotní péče. ČLK prosazuje transparentnost v nakládání s veřejnými finančními prostředky. Dosavadní činnost ministerstva zdravotnictví pod vedením ministra Hegera svědčí o tom, že jeho priority jsou bohužel jiné než priority ČLK. Proto pana ministra vyzýváme, aby už konečně začal plnit své povinnosti, prosazoval zájmy svěřeného resortu a aby hájil práva jak pacientů, tak i zdravotníků. Zároveň varujeme lékaře, aby nepodceňovali hrozící nebezpečí a byli připraveni bránit svá práva a oprávněné profesní zájmy. Nejvíce ohrožení jsou v současnosti soukromí lékaři a záleží pouze na nich, zda případně jak dlouho ze sebe nechají dělat hlupáky. Kolegové z nemocnic uze svoji sílu v rámci akce „Děkujeme, odcházíme“ prokázali. Současné útoky ze strany politiků jsou však takové povahy, že by jim měl čelit jednotně celý lékařský stav.

Zdravotnické záchranné služby a nedohoda se zdravotními pojišťovnamí: **Co bude dál?**

V minulém týdnu proběhla médii zpráva o nedohodě zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení ze segmentu nemocniční péče v přípravné fázi dohodovacího řízení o ceně bodu na rok 2012. Bez povšimnutí přitom zůstává stejná nedohoda pro segment zdravotnické záchranné služby.



MUDr. Marek Slabý. | Foto: 7/Marek Podhora

Dovolují si tvrdit, že pro záchranné služby je tento krok skutečně nepochopitelný a jeho dopady skličující. Tímto aktem zdravotních pojišťoven byla uzavřena poslední možná cesta k alespoň částečné nápravě dlouhodobého podfinancování zdravotnických záchranných služeb zdravotními pojišťovnamí za tichého souhlasu MZ ČR s tím, že chybějící finance do systému dodají kraje, neboť právě ty jsou zřizovateli záchranných služeb.

Výkony regulovat nemůžeme

Proč používám tak silná slova? Záchranné služby pracují v systému výkonové úhrady, neboť pokus o paušální úhrady v tomto segmentu skončil naprostým fiaskem a několik let trvajících soudy ZP a ZS. U lůžkových zařízení ZP zcela bez problémů uznávají, že existuje doba, kdy pacient právě v dané chvíli není ošetřován, ale je uložen na lůžku, k čemuž je zapotřebí, aby byl personál i nadále na oddělení a byl za to placen; je také třeba hradit energie, stravu, pohonné hmoty, léky atd. a samozřejmě dochází k úhradě v závislosti na závažnosti onemocnění a typu lůžkové péče.

Ne tak u zdravotnické záchranné služby. Zde je hrazen striktně výkon od chvíle přijetí výzvy operátorem do chvíle, kdy je ukončen výjezd příjezdem posádky na základnu. Po zbývajících částech dne vlastně záchranka v systému neexistuje, zaměstnanci by neměli být placeni, energie čerpány, technika obnovována, nájem bychom měli též platit pouze po dobu výkonu práce. Práce operačního střediska, přijetí výzvy operátorem, nákladné vybavení a školení operátorů dokonce nejsou hrazeny vůbec, respektive jsou údajně zahrnuty v platbě za dopravní výkon, o krizové připravenosti v rámci úkolů v IZS nemluvě. Vzhledem k tomu, že ZS je služba, která je založena na stejném principu jako hasiči (tedy čekání na práci a okamžitý výjezd na základě tísňové výzvy občana nebo jiné složky IZS), nejsme schopni svoji péči nijak regulovat, zvyšovat či snižovat počty výkonů podle aktuální finanční situace nebo provádět pouze výkony pro nás výhodné, jak tomu lze do určité míry učinit v jiných zdravotnických zařízeních. Kvůli této situaci samozřejmě dochází k tomu, že se záchranné služby často ocitají ve velmi těžké finanční situaci.

Záchranka jako horký brambor

MZ ČR do systému přednemocniční péče dlouhodobě odmítá uvolnit jakékoli prostředky, a to i v situaci, kdy ministr zdravotnictví memorandem garantuje lékařům záchranných služeb navýšení platů, MZ ČR vydá platovou tabulku, jež má dopady v řádech až desítek milionů korun nebo dojde podobným aktem k plošnému navýšení platů nelékařského zdravotního personálu s obdobnými dopady. Zdravotní pojišťovny při jednání o úpravě bodového ohodnocení výkonu, respektive výše úhrady za bod odmítají akceptovat jakékoli navýšení platů, růst cen pohonných hmot, energií, léčiv, nájmů atd., takže úhrada stagnuje na úrovni roku 2007, přestože náklady vzrostly v řádu desítek milionů korun. Kraje, jež většinu nákladů na financování záchraneč nesou jako jejich zřizovatelé, a to v řádu stovek milionů korun, což je mnohem více než na provoz mnohdy mnohem větších lůžkových zařízení, musí toto vše dohradit, neboť v současné situaci budou těžko sni-

žovat počty posádek či výjezdových stanovišť (osobní náklady tvoří až 85 % všech nákladů ZS). Je jasné, že za této situace jeví stále menší ochotu suplovat úhrady zdravotních pojišťoven i naprostý nezáměr ministerstva zdravotnictví přidat se na financování ZS. Výsledkem tedy vlastně je, že všichni ti, kdo by tuto občánům nabízenou a státem prý garantovanou službu měli zajišťovat, se jí vlastně chtějí zbavit. Projednávaný zákon o ZS pak tuto situaci bohužel řeší jen v náznaku a fixuje i do budoucna.

Chce nás vůbec někdo?

A tak se jako každý rok, kdy jsou – dle mého oprávněné – nároky zdravotnických záchranných služeb smeteny ze stolu ministerstvem zdravotnictví, zdravotními pojišťovnamí a částečně i kraji (kterým nezbývá než záplatovat nejhorší deficity), ptám: Chce nás vůbec někdo? Potřebuje nás stát? Není našich 700 tisíc výjezdů za rok jen virtuální realita, která plní internetové servery a televizní zpravodajství od rána do večera dalšími zprávami? A jako každý rok se vydám na další a další jednání, kde se dozvím, že finance nejsou a záchranka tvoří jen 1,2 promile zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, tak co chceme.

Nechceme nic víc, než abychom mohli v jakémkoli počasí a na jakémkoli místě republiky ošetřovat zdevastované oběti dopravních nehod, občany postižené zástavou oběhu a selháním životních funkcí, oběti různých katastrof a nemocí a včas je dopravili do zdravotnického zařízení, kde je definitivně ošetří. Prosím však ty, kdo nás řídí, zřizují (a v tísni se námi rádi zaštiťují) a mají nás

ze zákona financovat, aby si uvědomili, že benzín už nestojí dvě koruny padesát, Škoda 1203 už se nevyrobí, že podle zákoníku práce náleží zaměstnanci za práci adekvátní odměna, a že když cokoli vyrábím za 100 korun, neprodám to za 50, a pokud ano, tak jen do doby, než zkrachují.

MUDr. Marek Slabý, předseda
Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR

Ambulantní specialisté: Sedm let bez dohody

Jak dopadla jednání ambulantních specialistů a pojišťoven o výši úhrad na příští rok?

Jednání o úhradách na rok 2012 v segmentu ambulantních specialistů skončila již sedmý rok nedohodou. O našich příjmech v příštím roce bude tedy opět rozhodovat MZ. Všechny zdravotní pojišťovny nám navrhly zcela nepřijatelné podmínky, z nichž nechtěly nijak ustoupit:

- Všeobecná zdravotní pojišťovna 95% úhrad roku 2010 s možným dalším krácením dle jejího zdravotně pojistného plánu.

- Svaz zdravotních pojišťoven ČR také úhrady nižší než v roce 2011 (změna úhradového vzorce, nižší degrese, nižší „malý“ počet pojištěnců atd.).

Svaz zdravotních pojišťoven navíc navrhl, aby byla úhrada námi indukovaných komplementárních vyšetření námi také přímo hrazena, jenže bez přiměřeného finančního navýšení našich úhrad od zdravotních pojišťoven. V současné době pracujeme na podrobné analýze této myšlenky.

MUDr. Zoran Jojko, předseda
Sdružení ambulantních specialistů ČR

Komplexní zásobování ordinací
zdravotnickým materiálem

 www.medipos.cz

objednávky a informace  **800 136 136**

MEDIPOS P&P, s.r.o. 675 52 Lipník 44, Tel.: 568 858 989
Fax: 568 858 985, e-mail: medipos@medipos.cz

Hejtmani krajů o přeregistraci zdravotnických zařízení

Počátkem září poslanecká sněmovna schválila zákon o zdravotních službách včetně pozměňovacího návrhu paragrafu 121, na jehož základě se budou muset všechna zdravotnická zařízení během tří let přeregistrovat. Ministr zdravotnictví Leoš Heger k návrhu ve sněmovně mimo jiné řekl, že při jeho prosazování ministerstvo „podlehlo velmi výraznému tlaku krajů“. Zeptali jsme se proto přímo představitelů několika krajů, jaké důvody je vedly k prosazování povinnosti přeregistrace lékařů.

MUDr. Jiří Běhounek
hejtman kraje Vysočina, předseda
Asociace krajských nemocnic



Nevím, zda mám být potěšen, že ministr zdravotnictví v této situaci hovoří o podlehnutí výraznému tlaku krajů, což není

v této době běžné, ale pokud hovoříme o kultivaci právního řádu a změně zákona č. 20/1966 Sb., nemůže dále pokračovat současná praxe, kdy kraje mají odpovědnost za registraci, LSPP a další činnosti a nemají v rukou vůbec žádné prostředky, respektive oporu v právních normách, jak tyto služby zajistit. Žádné zdravotnické zařízení (bez ohledu na právní formu), které má registraci v pořádku, se nemá čeho obávat. Kraje si při podávání pozměňovacích návrhů byly vědomy, že jde o proces administrativně náročnější, proto doporučily tříleté přechodné období. Bez naprosto jasného přehledu (předpokládám, že v budoucnu centrálního) o poskytovatelích všech typů zdravotní péče nelze uvažovat o tvorbě jakékoli smysluplné sítě.

Ing. Martin Tesařík
hejtman Olomouckého kraje



Návrh zákona o zdravotních službách byl – před jeho předložením do vlády a následně do parlamentu – kraji opakova-

ně připomínkovan, připomínky byly projednány také na zasedání komise Rady Asociace krajů ČR pro zdravotnictví. Takzvaná přeregistrace lékařů v návrhu zákona v té podobě, ve které byl podán do poslanecké sněmovny, nebyla zahrnuta. „Přeregistrace“ vzešla z pozměňovacích návrhů ve sněmovně. Je otázkou, co ministr zdravotnictví Heger k návrhu ve



sněmovně skutečně řekl a zda jeho sdělení nebyla pochopena nesprávně či zkreslena.

Každopádně na jaře 2011 se na žádost MZ ČR odbor zdravotnictví Krajského úřadu Olomouckého kraje k povinnosti přeregistrace lékařů vyjádřil v tom smyslu, že přeregistrace by sice byla přínosná a považujeme ji za pozitivní, ale přinesla by také určitou administrativu jak pro lékaře, tak pro úřady. Přínosná by byla ve smyslu kontroly již existujících zdravotnických zařízení. Některá zařízení například existují pouze „na papíře“, ale krajské úřady nemají za stávající situace možnost je zrušit. Odbor zdravotnictví se ministru dále vyjádřil, že fyzické i právnické osoby, které chtějí nadále poskytovat zdravotní péči (podle nového zákona zdravotní služby), by měly mít povinnost si k poskytování těchto služeb opatřit oprávnění. Také komise Rady AKČR pro zdravotnictví podpořila „přeregistraci“, byť krajům přinese práci navíc.

Na druhé straně však náš úřad ministerstvu sdělil, že pokud by pouze „přeregistrace“ měla bránit přijetí nové úpravy „registrací“, dovedl by si odbor zdravotnictví představit i situaci, kdy by se dosavadní rozhodnutí o registraci automaticky považovala za rozhodnutí o oprávnění dle nového zákona o zdravotních službách. Olomoucký kraj neprosazoval „přeregistraci“ kategoricky a nevyvíjel tlak na ministerstvo

zdravotnictví, aby „přeregistrace“ byla do nového zákona o zdravotních službách prosazena.

Ing. Hana Příleská
radní Zlínského kraje
pro oblast zdravotnictví



V rámci připomínkování návrhu zákona o zdravotních službách se Zlínský kraj přiklonil k povinné přeregistraci stávajících

provozovatelů nestátních zdravotnických zařízení (NZZ) z těchto důvodů:

- Nejednotnost a různá úroveň registrací NZZ vydaných v období od roku 1992 do roku 2001, způsobená nedokonalostí zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v NZZ, kde celý proces poskytování zdravotní péče privátním sektorem upravuje 18 paragrafů této právní normy, navíc při současné absenci jakéhokoli metodického vedení ze strany tehdejšího ministerstva zdravotnictví. V důsledku této skutečnosti byly předchozími orgány příslušnými k registraci (tj. bývalými okresními úřady) registrovány například jednotlivé léčebné metody (nikoli obory poskytované péče, tak jak vyžaduje zákon) nebo byl rozsah poskytované péče omežován nestandardně stupněm získané atestace atd.

- Názvy oborů poskytované zdra-



resortu zdravotnictví Libereckého kraje jde především o to, že je třeba získat aktualizovaný a k určitému datu synchronizo-

vaný přehled o nestátních zdravotnických zařízeních v našem kraji. Toto samozřejmě představuje další administrativní zátěž, zejména při aktivním přístupu a pomoci dotčeným zařízením. S racionálně provedenou přeregistrací souhlasíme, nicméně žádný nátlak jsme v tomto smyslu na ministerstvo zdravotnictví nevyvíjeli.

Mgr. Magdalena Hanáčková
tisková mluvčí Ústeckého kraje

Ústecký kraj s návrhem zákona souhlasil, nedá se ovšem říci, že by na něj vyloženě tlačil. Souhlas jsme dali především z toho důvodu, že některé lékařské registrace už jsou hodně staré a nesplňují např. v dokladovaných přílohách podmínky, jaké platí dnes. Navíc se tím zamezí problémům s „černými dušemi“.

Bc. Milan Chovanec
hejtman Plzeňského kraje



Registrace NZZ probíhají od roku 1992 dle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních,

v platném znění, kde byly registračními orgány nejdříve okresní úřady, od roku 2003 potom krajské úřady. Od roku 1992 se stejně jako všechny oblasti vyvíjela i legislativa v oblasti zdravotnictví. V roce 1992 dokládala zdravotnická zařízení jiné doklady, respektive jiné doklady byly dostačující pro splnění registračních podmínek. Dále nebyl stanoven význam pojmu druh a rozsah poskytované zdravotní péče, takže se v tomto bodě zpočátku neobjevovaly pouze obory, ale i činnosti, které lékaři požadovali uvést do rozhodnutí o registraci.

Samotná přeregistrace bude sice náročným procesem, při němž budou kladeny velmi vysoké nároky na registrační orgány, výsledkem však bude přehledný, aktuální a vypovídající systém, který bude v souladu se současnou legislativou. Budou zrevizovány obory a třeba i zrušeny ty registrace NZZ,

Mgr. Stanislav Eichler
hejtman Libereckého kraje

Potřebu přeregistrace nestátních zdravotnických zařízení nelze chápat jako určitý tlak, který by měl zejména z pohledu zdravotních pojišťoven přispět k dalšímu snížení jejich nákladů. Z pohledu

kteří již nejsou aktivní, ovšem dosud nebyla možnost jejich zrušení. Bude narovnan stav v registraci NZZ, jež jsou registračním orgánem brány jako „v tuto chvíli dostatečné“ z toho důvodu, že byly nabyty v dobré víře (v některých současných registracích NZZ nejsou doloženy dostatečné doklady o vzdělání). Budou odstraněny případy, kdy lékaři provozují svou praxi na jiných místech, než mají uvedeno v rozhodnutích o registraci NZZ, protože nové místo nevedli. Bude narovnána evidence v personální otázce, protože lékaři zaměstnávají kolegy, které nejen že nenahlásili jako změnu personálního vybavení, ale v některých případech tito kolegové ani nesplňují potřebné vzdělání.



Mgr. Radko Martínek
hejtman Pardubického kraje

Pardubický kraj neprosazoval povinnost přeregistrace lékařů, ale shodla se na ní Asociace krajů ČR. Kolegové z asociace se obávali, že personální, věcné a technické vybavení dosud registrovaných provozovatelů nestátních zdravotnických zařízení nemu-

selo být v minulosti vyžadováno vždy v dostatečném rozsahu. Je ovšem třeba dobře rozlišovat. Kraje toto řešení, tedy „povinnou přeregistraci lékařů“, v meziresortním připomínkovém řízení sice navrhovaly, ale do vládního návrhu zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování neprosadily. Tato změna byla prosazena teprve během projednávání v poslanecké sněmovně, a to jako pozměňovací návrh podaný poslancem za ODS Markem Šnajdrem. Prvoplánové zdůvodňování tohoto řešení „podlehnutím velmi výraznému tlaku krajů“ je tedy vhodné brát s velkou rezervou. O skutečné motivaci předkladatele zatím úspěšného poslaneckého pozměňovacího návrhu totiž vůbec nic nevyovídá.

Pokud jde o záměr předkladatele poslaneckého pozměňovacího návrhu Marka Šnajdra, jeho motivací určitě nebylo „podlehnutí tlaku krajů“, ale nejspíše ani zamýšlená restrukturalizace akutních lůžek. Ve finále může jít o divokou priva-

tizaci malých, středních a některých krajských nemocnic českými a moravskými „oligarchy“, která by nastala poté, co jejichjich dosavadní provozovatelé při přeregistraci pro nedostatek finančních prostředků nebudou schopni splnit ani doložit náročné požadavky jak na personální, tak na věcné a technické vybavení. To vše při „rozvírajících se nůžkách“ mezi ministrem slíbeným, ale finančně nepokrytým dalším zvýšením mezd a platů lékařů a sester a o zvýšenou DPH zdraženými léčivými, zdravotnickými prostředky a potravinami na straně jedné a klesajícími nebo nezvýšenými úhradami za lůžkovou nemocniční péči od zdravotních pojištětoven v roce 2012 na straně druhé. Závěrem několik fakt. Například v éře okresních úřadů jako registračních míst v období 15. 4. 1992 až 31. 12. 2002 mohl být uplatňován rozdílný přístup a odlišná náročnost na vybavení zdravotnických zařízení. Určité pochybnosti u krajů vzbuzuje také vydávání souhlasů profesními komorami v období 15. 4. 1992 až do 17. 4. 2004 jakož i důslednost, s jakou bylo tehdy minimální vybavení

Tento souhlas, který je základním předpokladem registrace, je teprve od 18. 4. 2004 vydáván krajskými úřady, a to po důkladném místním šetření; u věcného a technického vybavení lékáren a výdejen zdravotnických prostředků je pak od tohoto data vydáván Státním ústavem pro kontrolu léčiv.

MUDr. David Rath
hejtman Středočeského kraje,
státní ministr zdravotnictví



Ministr zdravotnictví Leoš Heger a předseda správní rady VZP Marek Šnajdr šíří informace o tom, že povinná přeregistrace všech lékařů byla vládní koalici odsouhlasena na základě žádosti krajů. Je s podivem, že se vládní politici, kteří pro kraje neudělali nikdy nic dobrého, najednou zaštiťují jejich přáními. Jasně jsem definoval stanovisko ČSSD, že tato přeregistrace je zbytečnou buzerací lékařů, která je bude stát peníze a zbytečnou byrokracií navíc, což je opět odvede od

pacientů. Jako klíčovou část reformy ČSSD ve zdravotnictví vidím právě opak – tj. snižování byrokracie, které jsou zdravotníci stále více vystavováni. Současně jako hejtman Středočeského kraje jednoznačně říkám, že kraj nic takového nechce, a celý proces přeregistrace považují za nesmyslný. O této věci jsem hovořil i s předsedou Asociace krajů ČR a hejtmánem Jihomoravského kraje Michalem Haškem a hejtmánem Karlovarského kraje Josefem Novotným – ani jeden z nich nic takového nechce, a nikomu není známa situace, kdy by o podobné věci jednala některá rada kraje, zastupitelstva krajů či asociace krajů. Z toho jasně vyplývá, že ministr Heger a pan Šnajdr se snaží vinu za svůj nesmyslný návrh shodit na někoho jiného. Tato snaha je ovšem falešná a nepřijatelná. Na závěr zdůrazňuji, že za kraje může vystupovat pouze hejtman a vůli kraje smí projevit rada kraje nebo zastupitelstvo. Jistě je možné, že některý z mnoha tisíc krajských úředníků v republice mohl projevit názor odlišný, ale ten není oprávněn mluvit za krajské samosprávy.

(eta)

102 602 Kč DLUŽÍ BANCE KAŽDÝ ČECH

➤ 15 MINUT PRO EKONOMIKU & BYZNYS

WWW.E15.CZ



zdroj: ČNB, VI/2011

NÁZORY

Srpnové překvapení – „přeregistrace“

Nepříjemným překvapením posledních srpnových dnů pro nás byl fakt, že do přechodných ustanovení zákona o zdravotních službách byl vrácen § 121, tj. povinnost všech stávajících ZZ nově se zaregistrovat.

V případě soukromých ambulančních to znamená do devíti měsíců od nabytí účinnosti zákona (tj. nejspíše do konce září 2012) požádat příslušný krajský úřad o novou registraci. Pokud tak neučiní, bude jejich činnost ukonče-



MUDr. Zorjan Jojko
předseda SAS ČR

na koncem 36. měsíce od nabytí účinnosti zákona, tedy nejspíše k 1. 1. 2015.

Poslanecká sněmovna schválila návrh zákona o zdravotních službách v týdnu od 5. 9. 2011. Dokument musí ještě projednat senát a zabývat se jím bude také prezident. Vzhledem k míře vládní většiny právě ve sněmovně se však obecně nepředpokládá, že by se návrh mohl jakkoli významně změnit.

Příliš iniciativní poslanci

Nejsem schopen zpětně se dopočítat, kolik možná až desítek hodin jsme od roku 2007 strávili jednáním se zástupci MZ ČR všech úrovní, včetně všech ministrů (počínaje Tomášem Julínkem a konče Leošem Hegerem) o tom, že toto ustanovení je zbytečné, obtěžující a pro zdravotnická zařízení i potenciálně ohrožující a že jde o nepřípustný zásah do již dříve nabytých práv. Vždy jsme zdůrazňovali, že právě toto ustanovení je jedno z nej-

větších zel obsažených v zákoně. Až do konce srpna jsme byli přesvědčeni, že jsme v jednáních úspěšní, protože všichni nám postupně dali za pravdu (včetně bývalého náměstka MZ Marka Šnajdra, který dle našich informací příslušný po-

změňovací návrh podal), takže ve vládní, řádně projednané a připomínkové verzi již požadavek na přeregistraci nebyl.

To však bohužel kvůli jedné poslancek iniciativě již neplatí. Každý z nás, ať už ve své ambulanci pracuje jakkoli dlouho, tedy bude muset mezi 1. lednem a 30. zářím 2012 žádat u krajského úřadu o novou registraci svého zdravotnického zařízení.

Žádost bude muset obsahovat požadavky § 18 zákona, tj.:

a) Jde-li o fyzickou osobu:

- Identifikaci žadatele (jméno, příjmení – současně i rodné, datum narození, rodné číslo, adresu trvalého či jiného pobytu).
- Formu a obory zdravotní péče, adresu, kde sídlí ambulance.
- Datum, od kdy je péče poskytována.

b) Jde-li o právnickou osobu:

- Název, adresu sídla, IČO, DIČ.

- Identifikaci statutárních i odborných zástupců žadatele (jméno, příjmení – současně i rodné, datum narození, rodné číslo, adresu trvalého či jiného pobytu).
- Formu a obory zdravotní péče, adresu, kde sídlí ambulance.
- Datum, od kdy je péče poskytována.

K této žádosti musí být přiloženo:

- a) Jde-li o fyzickou osobu:
- Doklady o způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání její, případně jejího odborného zástupce, nemá-li je sama (v takovém případě je třeba dodat i písemný doklad o souhlasu odborného zástupce s výkonem této funkce).
- Doklad o její bezúhonnosti (výpis z evidence rejstříku trestů), případně bezúhonnosti jejího odborného zástupce.
- Seznam zdravotnických a jiných odborných pracovníků – jména a příjmení. U lékařů způsobilých k samostatnému výkonu zdravotnického povolání také jméno oboru této způsobilosti a rozpis jejich týdenní pracovní doby. U vedoucích pracovníků jejich zařazení. U ostatních zdravotnických pracovníků se uvede jejich počet a členění dle odborné způsobilosti.
- Prohlášení, že zdravotnické zařízení je pro daný typ služeb technicky i věcně vybaveno dle zákona o zdravotních službách.
- Rozhodnutí o schválení provozního řádu ZZ vydané orgánem ochrany veřejného zdraví a tento provozní řád.
- Doklad, z něhož vyplývá oprávnění žadatele užívat prostory ambulance k poskytování zdravotnických služeb (nájemní smlouva nebo jiné potvrzení majitele nemovitosti).
- Prohlášení, že u žadatele není žádná z překážek pro udělení oprávnění uvedených v § 17, písm. a) až c) zákona (tj. nebylo odňato oprávnění poskytovat zdravotní služby) a i písm. d) a e) tohoto paragrafu, tedy že není soudem ani jinak rozhodnuto o insolvenční žadatele.
- Povolení podle atomového zákona vydané Státním ústavem pro jadernou bezpečnost, jde-li o pracoviště, kde může dojít k ozáření.
- Je-li stanoven odborný zástupce, musí jít o osobu způsobilou k samostatnému výkonu příslušného zdravotnického povolání, způsobilou k právním úkonům, bezúhonnou, s trvalým pobytem v ČR. Odborný zástupce smí tuto funkci vykonávat jen vůči jednomu zdravotnickému zařízení v rozsahu nezbytném pro poskytování příslušných zdravotních služeb. Odborný zástupce musí všechny tyto údaje písemně potvrdit v prohlášení.
- Pokud jde o případ poskytování zdravotních služeb uvnitř jiného

zdravotnického zařízení, musí žadatel doložit doklad o oprávnění využívat věcné a technické, případně i personální vybavení tohoto ZZ.

b) Jde-li o právnickou osobu, pak je třeba přiložit doklady stejné jako výše v bodu a) a navíc dále:

- Výpis z obchodního rejstříku ne starší než 3 měsíce.
- Doklady o bezúhonnosti (výpisy z evidence rejstříku trestů) statutárních zástupců.

Závěrem výčtu bych rád ještě poznamenal:

- Výše uvedený přehled je tvořen pro již fungující ambulance (má zdravotnická zařízení) fyzických či právnických osob (s. r. o.), které mají trvalý pobyt, resp. sídlo na území ČR. § 18 zákona řeší i jiné situace, v takovém případě je třeba jej pečlivě prostudovat celý.
- Z 99 % jde o údaje a dokumenty, které krajské úřady již dávno mají, nebo o vlastní prohlášení žadatele.
- Ke všem dokumentům bude jistě nutné přiložit finance na správní poplatky (nejspíše 1000 Kč).

Ztracený čas

Během všech výše popsaných jednání jsme se snažili, aby tato „přeregistrace“ nebyla nutná a aby byla nahrazena například jen doplněním chybějících dokladů a údajů s minimalizací administrativní zátěže pro zdravotnická zařízení. Současná podoba § 121 bohužel ukazuje, že čas strávený na jednáních k této věci byl nejspíše zcela ztracený. Vládní koalice při tvorbě tohoto zákona názor odborné veřejnosti nakonec ignoruje.

Inzerce A111014395

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@bbaun.com

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

Mediálním partnerem je časopis Sestra

ÚČAST
ZDARMA*

Témata, termíny a místa konání v roce 2011

- **Role nelékařských povolání v léčbě pacientů s onkologickým onemocněním**
5. 10. 2011, Mladá Boleslav
3. 11. 2011, Hradec Králové
2. 12. 2011, Brno
7. 12. 2011, Liberec
- **Možnosti nelékařských profesí v péči o pacienty s kardiovaskulárním onemocněním**
27. 9. 2011, Náchod
4. 10. 2011, Jihlava
11. 10. 2011, Zlín
26. 10. 2011, Most
16. 11. 2011, Znojmo
30. 11. 2011, Ostrava
- **Cerebrovaskulární onemocnění jako výzva pro nelékařská povolání**
20. 10. 2011, Pardubice
1. 11. 2011, Přerov
23. 11. 2011, Tábor
14. 12. 2011, Kolin

Vzdělávací akce zahrnuje konferenci a dva odpolední semináře



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

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

AMBULANTNÍ SPECIALISTA

Půvab cesty lokálkou

„Větší možnost někoho skutečně vyslechnout tu, na rozdíl od nemocnice, je. Nemohu ‚divoce‘ léčit antiarytmiky, nemohu dělat invazivní zákroky, ale svůj půvab i tahle medicína rozhodně má,“ říká o své ambulantní kardiologické praxi **MUDr. Miroslav Lomíček**.

Václavka na Cibulkách, to zní jako menu trpaslíka gurmata. Václavka však není jen dřevokazná houba, ale i seriózní název zavedeného zdravotnického zařízení poblíž usedlosti Cibulka v pražských Košířích. Ambulantní lékařská praxe, které Václavka sdružuje, poskytují primární péči praktického lékaře i specializovaných podoborů interní medicíny. Kardiolog Miroslav Lomíček tu ordinuje každé úterý, ostatní dny v týdnu se věnuje vydávání knížek v nakladatelství Grada, kde je šéfredaktorem zdravotnické redakce.

Proč jste otevřel svoji kardiologickou ambulanci právě na Václavce?

Skupina lékařů, která Václavku na začátku 90. let zakládala, dříve pracovala na Interní klinice Fakultní nemocnice Pod Petřínem, jejímž přednostou byl profesor Jaroslav Blahoš. Lékaři, kteří působí tady na Václavce, jsou tedy vesměs odchovanci profesora Blahoše – a já jsem jedním z nich.

Dlouhá léta jste Pod Petřínem vedl jednotku intenzivní péče, máte atestaci 1. a 2. stupně z interny a specializační atestaci z kardiologie, dělal jste konziliáře kardiochirurgie Nemocnice Na Homolce. A teď ambulance jednou týdně... Proč jste z rychlíku přestoupil do lokálky?

Mimořádně mě bavilo jet v rychlíku. Intenzivní medicína se však dá dělat jen na nejvyšší otáčce motoru, nebo vůbec ne, jinak je to cesta do průšvihů. Z expresu jsem přestoupil do lokálky, protože už jsem byl jeho tempem po mnoha letech cestování značně „udrnčán“. Jenom v Nemocnici Na Homolce jsem měl za rok působení odpracováno na intenzivní péči opakovaně až dvě stě čtyřicet přesčasových hodin měsíčně. Proto jsem se plánovitě rozhodl odejít z aktivní medicíny. To bylo v roce 1993. Pracoval jsem pak ve Všeobecné zdravotní pojišťovně na DRG – klasifikačním systému, který spočívá v tom, že se pacienti s podobnou diagnózou a s podobnými náklady na léčbu soustředí do jedné diagnostické skupiny. Bylo to velmi zajímavé. Najednou

jsem se díval na medicínu ze druhé strany „pultu“ a ještě k tomu přes ekonomiku.

Chtěl jsem si ale zachovat kontakt s praktickou medicínou. Právě v té době odešli kolegové z Nemocnice Pod Petřínem a založili si tuto praxi – a já přistoupil do jejich vlaku. Od práce pro VZP jsem přešel do medicínské redakce nakladatelství Grada, ale malý úvazek na kardiologické ambulanci jsem si nechal. Kardiologická ambulance jednou týdně je lokálka, můžete si dovolit jen některé léky, nemáte za sebou nemocnici... Na druhé straně – pacienti si potřebují povídat. Ani já na ně nemám neomezeně času, ale větší možnost na to někoho skutečně vyslechnout, na rozdíl od nemocnice, tady je. Nemohu „divoce“ léčit antiarytmiky, nemohu dělat invazivní zákroky, nicméně svůj půvab i tahle medicína rozhodně má. Když už ale mluvíme o té dopravě. Práce v nakladatelství je hodně velký a pěkně naložený rozjetý vlak, takže já vlastně jedu dvěma spoji...

Má vaše práce v ambulanci zpětnou vazbu na vydávání medicínské literatury? Nosíte si odtud nápady, co by se dalo úspěšně vydat?

Ano, i tenhle přínos ambulance má. Propojení praxe s objevováním námětů funguje. Souvisí to i s udržováním kontaktů s odborným prostředím, sledováním od-

borného tisku a s účastí na různých sympoziích. Pomáhá mi to dívat se na věc ze dvou různých zorných úhlů – z hlediska člověka, který by měl knihu používat, a z hlediska vydavatele. Jakmile se někde něco objeví, hned přemýšlím, jestli je to „špek“, nebo novinka, kterou by ocenila významná cílová skupina čtenářů. V pohledu na chod a ekonomiku nakladatelství mi velmi pomáhá i to, že jsem prošel zdravotnickým managementem.

Je knížka umírající médium? Myslíte si, že už brzy budeme při krtech vašich novinek polévat šampaňským jen čtečky, případně rovnou autory?

Záleží na tom, komu budou ty knihy určeny a na co je budeme používat. Minimálně v nejbližší budoucnosti budou pokračovat velké základní monografie. Znalosti „okrajové“ a mimo hlavní proud se budou hledat stále častěji na internetu. Ale studovat třeba anatomii z elektronického média je pro mnoho lidí nevhodné, mají topicovou paměť. Mluví samozřejmě za generaci, která vyrostla na klasických knihách. Použí „mačka“ či „čudlík“ už asi nevyzkouší, jak příjemně se v nich listuje a že třeba nová kniha i voní. Nebo že na tlusté knize jde i spát. Ale vážně – kdo je odmalička zvyklý „listovat“ jen internetem, tomu to možná bude stačit. Bohužel. Doufám jen,

že se skutečně neblíží doba popsaná v knize Raye Bradburyho „451 stupňů Fahrenheita“.

Zastihnout vás lze spíše v nakladatelství než tady v ordinaci. Co když máte pacienta, který vás potřebuje častěji než jednou týdně?

Já tady nejsem jediný kardiolog, jsme tu dva. Navíc všichni lékaři na Václavce mají atestaci z interny a nějaké další nadstavby – je tu hematolog, gastroenterolog, endokrinolog a také praktický lékař, dochází i neurolog. Například EKG umí vyhodnotit každý internista. Navíc já jsem vždy někde, kde je fax, takže mi v případě potřeby kolegové pošlou křivku a dohodneme se na dalším postupu. Pokud pacient přijde v akutním stavu, vždycky je tu někdo, kdo ví co udělat.

Jaké máte v ordinaci přístrojové vybavení? Musel jste se za něj majitelům Václavky nějak „upsat“?

Upsat jsem se nemusel – krví ani ničím jiným. Máme tu EKG, ultrazvukový přístroj, který lze použít také na echokardiografické vyšetření, a přístroj na 24hodinové monitorování a vyhodnocování krevního tlaku. „Tlakový holter“ pacientovi kdykoli v týdnu nasadí a druhý den sundá sestra. Já pak během nejbližší ordinace vyhodnotím výsledky.

S jakými problémy vaši pacienti přicházejí nejčastěji?

Co může být v ordinaci kardiologa čtenější než hypertenzní choroba, ICHS, arytmie a poruchy tukového metabolismu? Ale zdá se, že už působí osvěta. Přicházejí například čtyřicátníci s tím, že jim mladí příbuzní zemřeli na infarkty a oni se bojí, že je to také postih-

ne. Sem chodí lidé téměř se vším, od těch vyděšených, které „přichlo na prsou“, až po ty, které zachytili praktici a posílají je k nám. Často sem také přicházejí pacienti propuštění z nemocnic například po kardiioinvazivních zákrocích, kteří se mají hlásit u obvodního kardiologa. Pokud vyhodnotíme, že svým vybavením nemůžeme poskytovat péči, kterou stav nebo onemocnění vyžaduje, samozřejmě nemocného předáme do odpovídajícího zařízení.

Máte pro přijetí pacienta do péče i nějaký další limitující faktor?

Ano, v chirurgii se mu říká průchodnost sálu, tady řekneme třeba průchodnost ordinace nebo spíše lékaře. Množství pacientů už bylo takové, že se museli objednávat velmi dlouho dopředu. Více než měsíční objednávací lhůtu u mě pomohlo vyřešit právě přijetí druhého kardiologa. Teď, alespoň zatím, nápor zvládáme.

Vzhledem ke zvyšujícímu se věku lékařů německá lékařská komora vyzývá, aby sami doktoři podstupovali podobné lékařské kontroly jako třeba piloti nebo strojvůdci. Byl byste pro takové prohlídky?

Některé skupiny lékařů jsou opravdu z hlediska stresu rizikovou skupinou. Jistě že by měli nekouřit, být štíhlí, sportovat – a chodit na preventivní prohlídky. U nás ještě poměrně nedávno činilo průměrné dožití chirurga pod padesát let věku. Stres mají zejména některé chirurgické nebo intenzivistické obory obrovský a ve vlastním zájmu by si prohlídky měli dělat, ale oni si riziko asi moc nepřipouštějí. A z pohledu společnosti? Vždy je přítomen i další operátor nebo člen týmu. Možné obecné ohrožení jako u pilota nebo strojvůdce bych tu opravdu nehledal.

Nosíte si domů víc problémů z nakladatelství, nebo z ambulance?

Na nočním stolku mám papírek a za bezesných nocí si na něj píšu, co se ještě kde musí udělat... Ale vážně. Větší objem práce je u mě samozřejmě v nakladatelství, nevýhodou malé praxe ovšem je, že pacientům stejně musíte vytelefonovat vyšetření a zařídit, co je potřeba. Čas na to vynaložený samozřejmě přesahuje skutečnou ordináčnickou dobu. Dále je nutné vyhodnotit priority – co je nutné, co spěchá. A tak někdy i starosti s bytí relativně malým objemem pacientů převažují nad problémy v nakladatelství.



Foto: archiv MUDr. Miroslava Lomíčka

Část Velké Británie změní pravidla dárcovství krve

Anglie, Skotsko a Wales se chystají od listopadu letošního roku zrušit zákon zakazující homosexuálním a bisexuálním mužům darovat krev.

Ministerstva zdravotnictví těchto zemí rozhodla, že krev budou moci dávat i gayové, kteří v posledních 12 měsících neměli sexuální styk s jiným mužem. Rozhodnutí Severního Irsku se očekává v nejbližší době.

Riziko se nemění

Nařízení zakazující homosexuálům darovat krev bylo přijato v 80. letech minulého století a mělo sloužit jako prevence nákazy virem HIV prostřednictvím krevní transfuze. Poradní vládní panel Advisory Committee on the Safety of Blood, Tissues and Organs, složený z odborníků, však kabinetu před časem doporučil, aby byl zákaz zmírněn. Členka panelu prof. Deirdre Kellyová rozhodnutí poradců zdůvodnila tím, že ačkoli bezpečnost krve zůstává i nadále jasnou prioritou, podobné zákazy musejí být „založené na aktu-

álních vědeckých poznatcích“. Ty podle ní ukazují, že současné testy krve určené pro transfuze riziko přenosu HIV významně snižují. Obhájcí zákazu znemožňujícího homosexuálním mužům darovat krev argumentují především skutečností, že po určitou dobu od nákazy není virus v krvi prokazatelný. Profesorka Kellyová je však přesvědčená, že riziko přenosu je i tak minimální. „Výzkumy ukazují, že 12měsíční lhůta od rizikového pohlavního styku de facto znamená totéž co celoživotní zákaz darování krve; ten proto nadále není nutný,“ podotýká.

Pochyby o zvýšení počtu dárců

K podobnému zmírnění pravidel v oblasti dárcovství krve přistoupily nedávno i některé další země. Například v Austrálii, Švédsku či Japonsku platí 12měsíční



lhůta mezi homosexuálním stykem a dárcovstvím, v Jihoafrické republice 6měsíční.

Ředitelka organizace NHS Blood and Transplant, která ve Velké Británii organizuje a spravuje dárcovství krve, dr. Lorna Williamsonová rozhodnutí ministerstva zdravotnictví rovněž přivítala. „Změna pravidel nijak nezvyšuje riziko nákazy virem HIV; pacienti, jejichž stav vyžaduje transfuzi, se nemusejí obávat, že by krev nebyla bezpečná,“ zdůrazňuje doktorka Williamsonová.

Svou spokojenost se zmírněním zákazu darování krve již vyjádřili i zástupci organizací bojujících za práva homosexuálů. „Přesto i nadále zůstává skutečností, že například zdravý homosexuální muž žijící v dlouhodobě monogamním vztahu bude z dárcovství krve vyloučen, na rozdíl od heterosexuála, jenž má nechráněný pohlavní styk s několika partnery,“ upozorňuje výkonný ředitel organizace Stonewall Ben Summerskill. Představitel nadace Terence Higgins Trust Sir Nick Partridge považuje nová pravidla za „nutná, spravedlivá a odůvodněná“. Přesto však pochybuje, že budou mít za následek výrazné zvýšení počtu dárců krve, protože většina gayů je podle něho sexuálně aktivní.

Ilustraci Foto: Shutterstock

(Zdroj: BBC)

Květa Havlová

SVK: Ministr chce zakázat hrazení antikoncepce

Slovenský ministr zdravotnictví Ivan Uhliarik chce v připravovaném zákoně o léčivech zakázat hrazení hormonální antikoncepce ze zdravotního pojištění.

Ani v současnosti není antikoncepce hrazena z veřejných zdrojů – výjimkou jsou případy, kdy žena léky užívá ze zdravotních důvodů (tedy nikoli pouze jako prostředek prevence početí). Tento stav má nyní potvrdit a zpřísnit přímo zákon.

Omezení ženských práv

Nevládní organizace již dlouhodobě upozorňují na skutečnost, že Slovensko nedodrží mezinárodní úmluvy týkající se reprodukčního zdraví. Tvrdí, že místo toho, aby státním ženám ulehčoval přístup k antikoncepci a interrupcím, se jim ho snaží zkomplikovat.

„Antikoncepce není lék nutný k ochraně života,“ vysvětlila iniciativu Ivana Uhliarika mluvčí ministerstva zdravotnictví Katarína Zollerová.

S takovým argumentem ovšem zásadně nesouhlasí organizace na podporu lidských či ženských práv. „Ženy tvoří zhruba polovinu fyzic-

kých osob, respektive klientů zdravotních pojišťoven. Jejich finanční příspěvek na chod veřejného zdravotnictví Slovenska je tedy nenahraditelný. Proč by neměly mít nárok na úhradu léku, který užívají jen ony?“ citoval deník Pravda Šarlotu Pufflerovou z občanského sdružení Občan, demokracia a zodpovednosť. Ta společně se zástupci několika dalších seskupení opakovaně vyzvala poslance národní rady, aby „diskriminační ustanovení ze zákona vypustili a nedovolili omezování práv žen“.

Vládní koalici zatím není v postoj k návrhu zákona jednotná. Ministr Uhliarik se již v minulosti snažil neúspěšně prosadit zákaz provádění interrupcí (pokud k nim neexistují jasné zdravotní důvody) v bratislavské Univerzitní nemocnici, vrátit se nyní chce rovněž k tzv. výhradě svědomí v oblasti potratů.

(Zdroj: Pravda)

(kha)

USA uzavřely registr stíhaných lékařů

Americká vláda se rozhodla zrušit veřejný přístup do národní databáze obsahující údaje o lékařích, kteří čelili nařčení ze zanedbání péče či z ní byli usvědčeni.

Svůj krok kabinet odůvodnil obavami z prozrazení důvěrných informací o lékařích. Databáze s názvem National Practitioners Data Bank byla zřízena Správou zdravotnických zdrojů a služeb (Health Resources and Services Administration, HRSA) již v roce 1986 a ukládají se do ní záznamy o právních sporech, jež byly vedeny proti lékařům.

Podle zákona do ní měly plný přístup pouze zdravotnická zařízení, některé úřady a instituce, jimž bylo uděleno povolení.

Okamžitá reakce na článek

HRSA posléze zřídila ještě další registr, z něhož byly vypuštěny všechny osobní údaje zdravotní-

ků a který byl veřejně zcela přístupný. Jak se však ukázalo, ani taková ochrana dat nebyla dostatečná – reportéři z Kansas City Star se podařilo na základě údajů z databáze a záznamů o soudních přelíchích vystopovat tamního neurochirurga a uveřejnit článek obsahující jeho jméno i podrobnosti o jeho případu.

Správa zdravotnických zdrojů a služeb okamžitě zareagovala zablokováním veřejné části registru. „V tom okamžiku jsme neměli jinou možnost než postupovat podle zákona a databázi uzavřít,“ uvádí k tomu mluvčí HRSA Martin Kramer. „Legislativa totiž mluví jasně – jakékoli informace o lékařích v registru musejí zůstat důvěrnými.“

Proti tomuto kroku se však postavily pacientské organizace i žurnalisté, kteří anonymní, veřejně přístupná data používali jako přehled o četnosti nařčení zdravotníků z pochybení.

„Vypadá to, že se z ničeho nic změnila interpretace naší legislativy,“ komentoval rozhodnutí HRSA Charles Ornstein, prezident Association of Health Care Journalists, jež zastupuje žurnalisty specializující se na zdravotnické zpravodajství a společně s dalšími novinářskými organizacemi zaslala úřadům otevřený protestní dopis. „Pokud se někde stala chyba, pak na straně HRSA, která nedokázala zajistit lékařovu anonymitu,“ uzavírá Ornstein.

(Zdroje: Reuters, New York Times)

(kha)

Záměr zavést veřejné pojištění v JAR budí rozpaky

Jihoafričtí ekonomové se obávají, že zamýšlený projekt veřejného zdravotního pojištění, od něhož si vláda slibuje zlepšení zdravotní péče a který je nejdražším projektem od konce apartheidu, může poslat nejsilnější africkou ekonomiku do hluboké recese.

Podle odhadů vlády si zavedení pojištění do roku 2025 vyžádá 255 miliard randů (asi 575 miliard korun), ekonomové však varují, že částka může být ve výsledku mnohem vyšší. Důvodem je podle nich především nedostatek zdravotnického personálu, nefungující zdravotnická zařízení a nedostatečná

infrastruktura. „Pokud bude veřejné zdravotní pojištění zavedeno za současných ekonomických podmínek, bude to znamenat výrazný propad,“ varuje přední jihoafrický ekonom Kevin Lings. Podobný názor zastává i jeho kolegyně Anne Fruhaufová. „Největší starosti nám dělají celkové

náklady na projekt, zvláště když vezmeme v úvahu rostoucí nedůvěru řady důležitých investorů,“ doplňuje.

Zátěž pro daňové poplatníky

Veřejné zdravotní pojištění má zpřístupnit lékařskou péči všem

obyvatelům Jihoafrické republiky, z nichž většina v současnosti na potřebnou léčbu kvůli vysokým nákladům nedosáhne, a to i přesto, že země vydává v přepočtu na jednoho obyvatele nejvyšší částku na celém kontinentu. Finanční prostředky na pojištění chce stát získávat jed-

nak od zaměstnanců a zaměstnavatelů, jednak z veřejného rozpočtu. Ekonomové očekávají, že do zdravotnictví se budou muset v rozpočtu přesunout i finance původně určené jiným resortům, čímž se zpomalí ekonomický růst. Navíc upozorňují, že pojištění bude v podstatě znamenat další peníze z kapes daňových poplatníků.

„V Jihoafrické republice je příliš mnoho obyvatel závislých na poměrně malé skupině lidí. V podstatě již v současnosti podporuje každý daňový poplatník tři obyvatele a dalšími platbami, které bude pojištění jistě znamenat, se situace ještě výrazně zhorší,“ doplňuje ekonom Mike Schussler.

(Zdroj: Mail & Guardian Online) Květa Havlová

Turecko se snaží vyřešit nedostatek dárců orgánů

Turecké ministerstvo zdravotnictví změnilo systém transplantací orgánů a jejich dárcovství ve snaze zvýšit počet dárců.

Nově se lidé budou moci rozhodnout, zda se jako dárci zapojí do „programu podmíněného souhlasu s dárcovstvím“, „systému výhod pro rodiny dárců“ nebo své údaje poskytnou „bance dárců orgánů“. Ačkoli odborníci vládní snahu přivítali, bude podle nich třeba přijmout i další opatření, aby bylo možné vyřešit kritický nedostatek dárců orgánů, s nímž se Turecko dlouhodobě potýká.

Skeptické hlasy

„Ministerstvo zdravotnictví se sice usilovně snaží získat novým

systémem více orgánů pro transplantace, což je jistě velmi záslužná činnost, ovšem obávám se, že zatím nemůžeme očekávat nějaký strmý nárůst v počtu dárců,“ domnívá se Gökhan Moray z univerzity v Baškentu. Potřebná je podle něho i informační kampaň, do níž by se zapojila nejen vláda, ale také například média nebo neziskové organizace.

Turecko se s nedostatkem orgánů pro transplantace potýká již od roku 1957, kdy byla v zemi provedena první operace tohoto typu. Ačkoli v posledních letech došlo k mírně-

mu nárůstu počtu dárců, v porovnání s ostatními zeměmi Turecko zaostává. Zatímco v roce 1991 zde darovalo orgány 0,9 člověka z milionu (například ve Španělsku v té době připadlo 34 dárců na milion obyvatel), v současnosti jsou to 4 lidé z milionu. Jak dodává Gökhan Moray, závažným problémem jsou v Turecku rovněž nelegální transplantace a obchod s orgány.

Rodina má přednost

Lidé, kteří se přihlásí do „systému výhod pro rodiny dárců“, získají pro sebe a své rodinné příslušníky



Ilustrační foto: Shutterstock

výhodu v podobě okamžité pomoci v případě potřeby transplantace orgánů. V „programu podmíněného souhlasu s dárcovstvím“ má dárců právo určit, že jeho orgány dostanou v případě potřeby nejprve příbuzní. Pokud žádný ze členů rodiny dárců transplantaci nebude potře-

bovat, mohou být orgány použity pro ostatní čekatele na operaci. Poslední možnost, již mohou zájemci o darování svých orgánů zvolit, je souhlas s transplantováním orgánů nepřibuzným pacientům na čekacích listinách.

(Zdroj: Hürriyet Daily News)

(kha)

Krátce ze zahraničí

- **Španělsko** vyzvalo Evropskou unii, aby podpořila zákaz profilů na sociálních sítích, jež propagují poruchy příjmu potravy, zejména anorexii a bulimii. Tamní ministerstvo zdravotnictví se tak rozhodlo poté, co síť Twitter s odkazem na svobodu slova odmítla jeho výzvu k blokování takto zaměřených zpráv. „Tento problém se netýká pouze Španělska, a proto věříme, že se nám podaří získat pro naši snahu dostatečnou podporu,“ odůvodnila výzvu mluvčí ministerstva.

- **Americké** úřady společně se zdravotními pojišťovny, některými

zdravotnickými zařízeními, lékaři, lékárníky a několika patientskými organizacemi chystají kampaň, jejímž cílem je předejít ve Spojených státech v příštích pěti letech 1 milionu případů infarktu či mozkové mrtvice. Program se chce zaměřit především na propagaci prevence vysokého cholesterolu či kouření. Kardiovaskulární choroby si každým rokem v zemi vyžádají více než 800 tisíc lidských životů.

- **Rwandské** ministerstvo zdravotnictví spustilo kampaň, která má přesvědčit tamní mužské obyvatel-

le, aby podstoupili vazektomii, již bude plně hradit stát. Země doufá, že se jí tak podaří zastavit nekontrolovatelný populační růst. Kampaň se ze strany mužů setkává s rozporuplnými reakcemi – zatímco část z nich nabídku přivítala a o zákroku uvažuje, někteří se obávají, že stane-li se něco jejich dětem, již nikdy nebudou moci založit rodinu.

- Již rok měla zdravotnická zařízení v **Sierra Leone** poskytovat zcela zdarma péči těhotným a kojícím ženám. Důvodem byl záměr snížit vysokou mateřskou úmrtnost.

Jak ovšem upozorňuje organizace Amnesty International a potvrzuje řada žen, vládní nařízení se v praxi zatím příliš neprojevovalo. Mnoho nemocnic totiž od žen stále požaduje peníze za ošetření či léky, jinak je odmítají přijmout. Nedá se proto očekávat, že by se mateřská úmrtnost, která v Sierra Leone patří k nejvyšším na světě, jakkoli změnila.

- Nejméně 23 dětí ve věku od 5 do 10 let trpících talasemií se v jedné z nemocnic v **indickém** státě Gudžarát pravděpodobně nakazilo prostřednictvím krevní transfuze virem HIV.

Úřady již zahájily vyšetřování, nemocnice se nařčení brání. Podle vládních údajů žije v Indii přibližně 2,5 milionu obyvatel s HIV/AIDS.

- **Pákistánská** provincie Paňdžáb nezvládá situaci s nárůstem pacientů nemocných horečkou *dengue*. Za poslední dva měsíce překročil počet nakažených 4 tisíce. Nejméně 10 lidí horečce podlehl. Nejpostiženější je s 3,5 tisíci nemocných město Láhaur, jež se dlouhodobě potýká s katastrofálními hygienickými podmínkami.

(Zdroje: Reuters, AFP, BBC)

(kha)

Mastné kyseliny mají vliv na účinek chemoterapie



ilustrační foto: Shutterstock

Vědci z Utrechtské univerzity v Nizozemsku objevili dva typy mastných kyselin, které negativně ovlivňují účinky chemoterapie.

Nizozemský tým se snažil najít odpověď na otázku, proč chemoterapie pomocí cisplatinových preparátů, běžně užívaná u pacientů s rakovinou, po nějaké době často ztrácí na efektivitě. Výzkum ukázal, že za touto skutečností mohou stát dva typy mastných kyselin, jež jsou produkovány kmenovými buňkami v krvi, ale mohou být obsaženy i v rybím oleji.

Pozor na doplňky stravy

Vědci zkoumali účinky těchto mastných kyselin u myši, jež měly podkožní nádory. Za normálních okolností se tumory v průběhu chemoterapie zmenšovaly; pokud však byly pokusným zvířatům aplikovány zmíněné mastné kyseliny, staly se nádory vůči léčbě rezistentními.

Kyseliny, jež autoři studie označili zkratkou PIFA (*platinum-induced fatty acids*), produkují nejen kmenové buňky v krvi pacientů, ale jsou často obsaženy i v doplňcích stravy s rybím olejem či výtažky z některých druhů řas, které mnozí nemocní užívají. „Až dosud převládal názor, že začne-li nádor vykazovat rezistenci vůči chemoterapii, jsou na vině změny v samotných rakovinových buňkách. Jak se ale ukazuje nyní, naše tělo samo tvoří látky, jež jsou natolik silné, že účinek terapie blokuji. Tyto mastné kyseliny se nacházejí i v některých typech rybího oleje, a ačkoli je třeba dalšího výzkumu, již nyní doporučujeme, aby pacienti podstupující chemoterapii doplňky stravy s rybím olejem neužívali,“ uvádí onkolog a vedoucí výzkumu profesor Emile Voest.

(Zdroj: Medical News today)

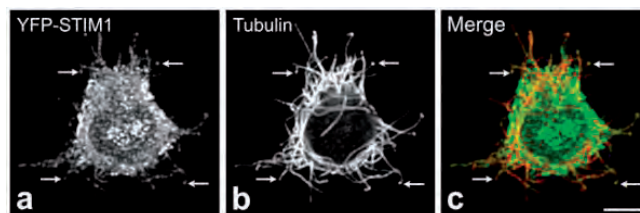
(kha)

Alergie – další krok ke kauzální léčbě

Výzkum badatelů z Ústavu molekulární genetiky AV ČR (ÚMG) přispěl k dalším možnostem v boji s alergiemi a jinými zánětlivými stavy. Ukazuje na nové zásahové místo pro léčbu těchto onemocnění.

Českým vědcům se podařilo prokázat, že aktivace žírných buněk vede k tvorbě doposud nepopsaných mikrotubulárních výběžků, a na molekulární úrovni objasnit, jak vznikají. Klíčovou roli hrají výrazné změny v nitrobuňkové koncentraci vápenatých iontů.

Při alergických reakcích jsou žírné buňky aktivovány alergeny z vnějšího prostředí, které uvolňují řadu zánětlivých látek do okolí buňky. Důležitou roli v těchto dějích zastávají mikrotubuly, miniaturní dynamické trubičky, jež v buňkách vytvářejí část cytoskeletu. Molekulární mechanismy kontrolující změ-



Distribuce fluorescenčně značeného proteinu STIM1 a mikrotubulů u aktivovaných buněk. Barevný panel c) ukazuje spojení a) s b). Lokalizace STIM1 na mikrotubulech je naznačena šipkami (měřítko: 5 μm).

ny v organizaci mikrotubulů během aktivačních dějů byly až dosud neznámé.

Při aktivaci žírných buněk dochází k rychlé tvorbě výběžků, jež obsahují mikrotubuly. Ty jsou tvoře-

ny tubulinovými podjednotkami. Tvorba mikrotubulárních výběžků je závislá na zvýšené nitrobuňkové koncentraci iontů Ca^{2+} , jež je regulována proteinem STIM1.

(Zdroj: AV ČR)

(jass)

Psoriáza a riziko úmrtí na kardiovaskulární choroby

V zářijovém čísle časopisu Journal of Internal Medicine uveřejnili dánská vědci studii, z níž vyplývá, že pacientům trpícím psoriázou, kteří prodělali infarkt, hrozí až o 26 % vyšší pravděpodobnost, že zemřou na kardiovaskulární chorobu nebo znovu prodělají srdeční příhodu či mozkovou mrtvici.



ilustrační foto: Shutterstock

Tým odborníků z kodaňské univerzitní nemocnice sledoval mezi lety 2002 a 2006 téměř 50 tisíc pacientů, které postihl infarkt myokardu. Mezi nemocnými bylo i 462 lidí s psoriázou.

Výsledky studie ukázaly, že pacientům s psoriázou hrozí v porovnání s ostatními až o 26 % vyšší riziko další kardiovaskulární příhody a úmrtí na ni. Jsou rovněž častěji hospitalizováni pro bolest na hrudi a více užívají ACE inhibitory či statiny. „Pokud je nám známo, jedná se o první studii tohoto druhu zaměřenou na nemocné psoriázou, kteří prodělali infarkt myokardu,“ říká kardiolog a vedoucí studie dr. Ole Ahlehoff. „Výsledky jasně ukazují, že je nutné zaměřit se u této skupiny pacientů na sekundární prevenci kardiovaskulárních chorob.“

(Zdroj: Medical News Today)

(kha)

Krátce

- Na 2 miliony žen onemocněly v loňském roce ve světě rakovinou prsu či rakovinou děložního čípku. Nejvyšší nárůst případů těchto onemocnění byl zaznamenán u žen mladších 50 let, žijících v rozvojových zemích. Vyplývá to z výzkumu vycházejícího z údajů 187 států z let 1980 až 2010, který provedla Washingtonská univerzita a jehož výsledky uveřejnil časopis Lancet. Velké rozdíly jsou mezi rozvojovým a rozvinutým světem také v úmrtnosti na zmíněné typy rakoviny. Například ve Velké Británii měla žena v roce 1980 pravděpodobnost 1:32, že zemře na rakovinu prsu, v roce 2010 se tento poměr zlepšil na 1:47. V chudých státech je však zaznamenáván opačný trend. Například ve Rwandě je dnes toto riziko 1:60, zatímco v roce 1980 to bylo 1:97. Na vině je zvýšený nárůst počtu případů onemocnění, nedostatečný screening a léčba.

- Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) se v Evropě každým rokem objeví 81 tisíc nových případů rezistentní formy tuberkulózy. Nejhorší situace panuje v Rusku, Ázerbájdžánu a na Ukrajině. WHO hovoří o „alarmující situaci“, mnoho pacientů totiž nemá přístup k potřebné léčbě. Organizace proto apeluje na představitelů vlád evropských zemí, aby přijali potřebná opatření. „Problém rezistentní tuberkulózy už se přitom netýká pouze rizikových skupin obyvatel, jako jsou migranti, bezdomovci či vězni, nákaze může být vyvolána kdokoli z nás,“ upozorňuje dr. Ogtay Gozalov z evropské kanceláře WHO. „Pokud nedojde ke změně v přístupu vlád, čeká nás velmi dramatická budoucnost,“ varuje.

- Zpráva Evropské asociace pro studium diabetu (EASD) zveřejnila údaje, podle nichž v současnosti trpí ve světě touto nemocí 366 milionů lidí (drtvá většina diabetem 2. typu). Choroba si každou vteřinu vyžádá jeden lidský život, ročně dosahuje počet obětí 4,6 milionu. Přípravky určené k léčbě diabetu dosáhly v loňském roce obratu ve výši 35 miliard dolarů, očekává se, že do roku 2015 by mohl stoupnout až na 48 miliard dolarů ročně.

(Zdroje: BBC, Reuters)

(kha)

Metabolom krevního séra

Při obvyklých biochemických vyšetřeních krve je sledována koncentrace dvaceti nejběžnějších látek. Potenciál pro vyšetření je však mnohonásobně větší. Kanadští lékaři a biochemici vedení Davidem Wishartem z Albertské univerzity v Edmontonu identifikovali v lidské krvi celkem 4229 různých látek.

„Jde o nejuplněnější chemickou charakteristiku krve, jaká kdy byla provedena,“ konstatuje David Wishart. „Navíc známe normální hladiny všech detekovatelných chemikálií. Lékaři teď mohou využít výsledky našich měření jako referenční bod pro monitorování

stávajícího i budoucího zdravotního stavu pacientů. Látky přítomné v krvi jsou jako kanárek v dole a prozrazují nadcházející zdravotní problémy,“ doplnil.

Výsledky analýz jsou zveřejněné ve volně přístupné databázi na stránkách www.serummetabolome.ca.

Zpočátku je budou zřejmě využívat především výzkumné týmy, kterým usnadní interpretaci naměřených hodnot. Do praxe budou podle Wisharta pronikat krevní analýzy cílené na nové molekuly jen pozvolna.

(Zdroj: PLoS ONE)

(jap)



Ilustrační foto: Shutterstock

PSA velocita není spolehlivý ukazatel karcinomu prostaty

Tým vedený Andrewem Vickersem z newyorského Memorial Sloan-Kettering Cancer Center došel k závěru, že samotná vysoká velocita PSA bez dalších indikací není dostatečným důvodem pro biopsii.

Rychlý nárůst koncentrací PSA podle něho není důvodem pro obavu z karcinomu prostaty, pokud jsou samotné hodnoty PSA i nadále nízké a ostatní výsledky klinického vyšetření v normě. Do studie bylo zařazeno 5519 mužů ve věku nad

55 let, kteří byli sledováni po dobu sedmi let. Hladiny PSA se ukázaly jako podstatně spolehlivější parametr pro odhalení karcinomu prostaty než PSA velocita. Hladiny PSA přirozeně kolísají. Rozhodování na základě samotných změn

v koncentraci PSA vede dle výsledků studie k provádění velkého počtu zbytečných biopsií prostaty a nepřispívá k odhalení většího počtu agresivních karcinomů.

(Zdroj: Journal of the National Cancer Institute)

(jap)

Plicní bakteriom pacientů s CHOPN

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) má do roku 2020 patřit do pětice chorob s nejzávažnějšími světovými následky.

Tým amerických lékařů a mikrobiologů vedený Garym Huffnaglem z Michiganské univerzity zkoumal plicní mikrobiom kuřáků. Zaměřil se na kuřáky, kteří zatím netrpí závažnějšími plicními onemocněními, a sledoval také kuřáky trpící

CHOPN. Základ plicního bakteriomu tvoří bakterie rodů *Pseudomonas*, *Streptococcus*, *Prevotella*, *Fusobacterium*, *Haemophilus*, *Veillonella* a *Porphyromonas*. Srovnání se zdravými dobrovolníky odhalilo u pacientů s CHOPN drastickou redukci

v druhovém spektru jejich plicního bakteriomu. Ještě překvapivější byla velká mikroanatomická variabilita bakteriálních komunit i v rámci plicní tkáně jednoho a téhož pacienta s CHOPN.

(Zdroj: PLoS ONE)

(jap)

CTE u sportovců

Sebevražda bývalého hráče amerického fotbalu Davea Dersona ve Spojených státech opět rozvířila bouřlivou diskusi o možné příčinné souvislosti mezi provozováním kontaktních sportů a chronickou traumatickou encefalopatií (CTE).

Poprvé byla CTE odhalena již před 80 lety u profesionálních boxerů. U profesionálních hráčů amerického fotbalu se první indicie rozvoje tohoto onemocnění objevily v roce 2002. Dnes se řada neurologů přiklání k názoru, že k CTE jsou náchylní všichni lidé vystavení opakovaným lehkým traumatům hlavy. Zdaleka nejde jen o boxery nebo hráče amerického fotbalu. V ohrožení jsou i hráči evropské kopané, hokejisté či sportovci provozující bojová umění. Ze stejných důvodů se CTE může rozvinout u profesionálních vojáků, obětí domácího násilí, ale i u milovníků hudby, kteří na koncertech prudce pohazují hlavou.

Prevence má své limity

Nová studie týmu vedeného Ann McKeovou z Bostonské univerzity konstatuje, že od února 2008 do června 2010 zemřelo 321 profesionálních hráčů amerického fotbalu. Posmrtné vyšetření mozku na typické známky CTE, jako je výskyt shluků proteinu tau, bylo možné provést u dvanácti z nich. U všech byla diagnostikována CTE v různém stadiu rozvoje. Lékaři se však shodují, že předejit sportem hlavy v některých sportech nelze, nezabrání jim ani ty nejmodernější přilby.

(Zdroj: Clinical Journal of Sport Medicine) (jap)

Stres pacientek nenarušuje IVF

Rozsáhlá metaanalýza prokázala, že emoční stres pacientek vyvolaný neplodností nebo jinými složitými životními situacemi, nemá zásadní vliv na úspěšnost fertilizace *in vitro* (IVF).

Neplodnost postihuje v ekonomicky vyspělých zemích asi 15 % párů a polovina z nich se rozhodne pro léčbu pomocí asistované reprodukce. Mnoho žen je přitom přesvědčeno, že významným faktorem podléjícím se na jejich neplodnosti je silná emoční zátěž, stres a napětí. Často k tomu přispívají i tradované mýty, že není-li pacientka stresována svou neplodností, pak bez problémů otěhotní.

Tým vedený Jacky Boivinovou z Cardiff Fertility Studies Research Group prověřil výsledky čtrnácti různých studií, ve kterých podstoupilo IVF celkem bezmála 3600 žen. Zároveň pacientky byly vyšetřeny s ohledem na prožívaný strach a úzkost. Výsledky IVF neměly žádnou souvislost s prožívaným stresem a úzkostí.

(Zdroj: BMJ)

(jap)

Genomika odhalila šíření TBC

Ještě nedávno byla sekvenace bakteriálních genomů drahou a komplikovanou záležitostí. Dnes se však informace čerpáné z kompletních genomů patogenních organismů začínají využívat v praxi.

Dramatické zrychlení, zjednodušení a zlevnění genomických studií například dovolilo kanadským lékařům a genetikům rozplést okolnosti vzniku epidemie tuberkulózy v jedné komunitě v Britské Kolumbii. Celkem bylo nakaženo 41 lidí, kteří mezi sebou měli velmi těsné sociální vazby. Genetické vyšetření vzorků *Mycobacterium tuberculosis* pomocí DNA fingerprintingu nepřineslo žádný progres, protože se mezi bakteriemi izolovanými

od jednotlivých pacientů nepodařilo odhalit žádné odlišnosti. Vědci vedení Jennifer Gardyovou z British Columbia Center for Disease Control se proto rozhodli sekvenovat kompletní genom bakterií *M. tuberculosis* izolovaných od jednotlivých pacientů. Srovnání detailních charakteristik genomů bakterií nabídlo řadu vodítek pro určení původce nákazy a pro rekonstrukci šíření nákazy v zasažené komunitě.

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

Sialoendoskopie – metoda, která otevírá nové možnosti při onemocnění slinných žláz

U nás dosud nepříliš známá miniinvazivní metoda, která výrazně rozšířila léčebné metody chirurgických zákroků na slinných žlázách, je v ČR dostupná zatím pouze na třech pracovištích. Nejčastěji je využívána při sialolitíaze pro odstraňování konkrémentů ve střední části vývodního systému, kde bylo dříve jediným řešením odstranění celé slinné žlázy.

Historie sialoendoskopie, se kterou se setkáme především na odděleních ORL, u nás začala před sedmi lety paradoxně na oddělení maxilofaciální chirurgie ve FN Plzeň, kde se stal průkopníkem této metody v Česku MUDr. Lubor Hostička. O pět let později se uvedenou metodou podařilo zavést na ORL klinice 3. LF UK a ÚVN Praha a třetím pracovištěm na našem území, kde je k dispozici, se krátce nato stala FN Ostrava, kde se jí věnuje tým pod vedením doc. MUDr. Pavla Komínka, Ph.D.

O podrobnější informace jsme požádali MUDr. Marka Pláničku a plk. MUDr. Michala Navaru, Ph.D., přednostu ORL kliniky ÚVN, která v současnosti jako jediná na našem území vlastní oba systémy (rigidní i semiflexibilní) používané v sialoendoskopii a snaží se zvyšovat povědomí o této technologii mezi českými lékaři mj. formou pořádání mezinárodních symposií za přítomnosti zkušených odborníků ze zahraničí.

Můžete krátce popsat hlavní přínos sialoendoskopie?

Jedná se o metodu, která nám umožňuje pohled do vývodního systému velkých slinných žláz. Je výsledkem technického pokroku, který dovolil zkonstruovat endoskopické nástroje, jejichž průměr může být až 0,8 mm – endoskopy jsou tedy dostatečně tenké na to, aby pronikly nejen do distálních částí vývodu, ale i dále, do větvené žlázy. Malý průměr endoskopu také umožňuje zavedení nástroje, který pak může sloužit k mikrochirurgickému ošetření i vzdálenějších oblastí.

Tím se nám otevírají zcela nové možnosti pro ošetření slinných žláz, jaké jsme doposud neměli. V „předsialoendoskopické“ době bylo možno zasahovat pouze na nejdálší části – maximálně do vzdálenosti 1 až 2 centimetrů. Další oblasti zůstávaly zcela mimo náš dosah, jedinou přístupovou cestou byla cesta opačná, spočívající v kompletním odstranění slinné žlázy, včetně příslušné lé-



Plk. MUDr. Michal Navara, Ph.D. | Foto: Leoš Chodura

ze – důsledky tohoto zákroku byly pochopitelně jak kosmetické, tak zdravotní.

Pokud si vybereme nějaký modelový zákrok, můžete popsat, jak celý výkon technicky probíhá?

Jako model si můžeme vybrat například sialolitíazu, i když samozřejmě není jedinou indikací; uvedenou metodou lze ošetřovat i jiná onemocnění – stenózy, blokády a další patologické jednotky. Pokud tedy dohlédneme ke konkrémentu, pokoušíme se jej odstranit endoskopicky, pomocí košíčku. Technicky to vypadá tak, že zavedeme endoskop do vývodu slinné žlázy, najdeme konkrément uložený v lumen vývodu a poté jej pomocí košíčku podobně jako při gastrofibroskopii nebo klíšťkami uchopíme a stáhneme za endoskopem přirozeným ústím vývodu velké slinné žlázy do dutiny ústní. Odstranění touto cestou se daří u konkrémentů do průměru asi 3 milimetry, s příznivými anatomickými poměry, které extrakci dovolí. Úspěšných řešení je při správné indikaci 80–90 procent. Závisí také na zručnosti

ze zevního přístupu konkrément uložený ve žláze.

V podstatě to znamená, že naše léčebné metody se rozšířily o střední třetí vývodního systému. Dosud jsme měli možnost zasáhnout jenom v části blízké ústí vývodu nebo na celé slinné žláze. Nyní se naše možnosti rozšířily o střední část, kde jsme schopni zvládnout situaci endoskopicky, tedy miniinvazivně.

Možná není na škodu připomenout patogenézi vzniku konkrémentu a následné klinické příznaky.

Přesná příčina toho, proč u někoho konkrément vznikne a u druhého ne, sice není zcela jednoznačně identifikovaná, v zásadě však teorie o vzniku sialolitu hovoří takto – prvotní bývá zánět, který vyprodukuje hnis, hlen, nějakou patologickou tekutinu a v ní se vysráží vápenité soli, nejčastěji uhličitany, ale mohou to být i organické soli. Ty posléze vytvoří zárodek, který pak slouží jako kondenzační jádro pro srážení dalších molekul, až vznikne konkrément, který začíná být význačný, a dochází ke zduření slinné žlázy.

Základní mechanismus, kterým konkrément působí potíže, je uzavření vývodních cest – obturace, kdy se zaklíní a zabrání odtoku sliny, což způsobí zduření po jídle a může vyvolat také vyšší stupeň postižení – zánět za konkrémentem. Jestliže se slina hromadí, může dojít k infekci a infekce se pak ve žláze šíří a působí zánět slinné žlázy. Kdyby nebylo konkrémentu, nebylo by obstrukce, nebylo by hromadění sliny, nebylo by dalšího zánětu...

Konkrément sám o sobě nevadí – kdyby nebránil odtoku, nemuseli bychom asi žádná řešení hledat, ale v případě, kdy jsou pacienti postižováni opakovanými záněty příušní žlázy z důvodu špatné průchodnosti vývodních cest, každý měsíc mají slinnou žlázu zduřelou, musejí brát antibiotika s prognózou, že dojde za měsíc k recidivě – třeba na dovolené nebo před svatbou... a to vše trvá

několik let, pak jistě usilují o řešení této situace.

Přínosem je uvedený postup asi zejména pro pacienty s obstrukcí v oblasti příušní slinné žlázy, kde existuje riziko postižení lícního nervu...

Ano, pro pacienty s konkrémenty v příušní slinné žláze je to velmi pozitivní změna. Dosavadní praxe byla taková, že konkrémenty zaklíněné v ústí se odstranit daly (a to je stále platné), ale konkrémenty uložené hlouběji byly spíše neřešitelné. Řešitelné by byly pouze totální parotidektomií, kde ovšem lícní nerv značně omezuje indikaci, protože jeho funkce je po takovém zákroku ohrožena. Jak známo, skrze příušní žlázu prochází lícní nerv, který vychází ze spodiny lebeční do zadní plochy žlázy. Uvnitř se dělí na jednotlivé větvičky, které zajišťují pohyblivost obličeje – úsměv, mrkání i zavírání oka, cenění zubů a podobně. Takže u těchto pacientů jsme byli ve slepé uličce. Řada z nich měla chronické potíže, kterých jsme je nedokázali zbavit.

Sialoendoskopie dnes umožňuje odstranění konkrémentů endoskopicky za endoskopem, při průměru 2–3 mm, což dosud nešlo, a poskytuje možnost zevní incize, přímo se zaměřením konkrémentu. Nutno ovšem dodat, že uvedená metoda není použitelná v případech, kdy je příčinou zduření v oblasti příušní žlázy nádor. Zde je operace příušní žlázy s ochranou lícního nervu – tedy konzervativní parotidektomie – nevyhnutelná.

Tímto tedy celý výkon končí?

Výkon není možno takto ukončit, protože by nastala stenóza vývodu s následnými obtížemi v podobě recidivujících zánětů, které měl pacient na začátku. Vývod je nutno v této fázi stentovat – zavádí se stent na dobu několika týdnů tak, aby zůstalo zachováno lumen vývodu. A pacientovi je posléze konkrément odstraněn. Nicméně, jak již bylo řečeno, je to postup, který nám pomáhá řešit dříve neřešitelné pacienty. Navíc totální parotidektomie je výkon čtyřhodinový, se zmíněným rizikem zhoršení funkce lícního nervu.

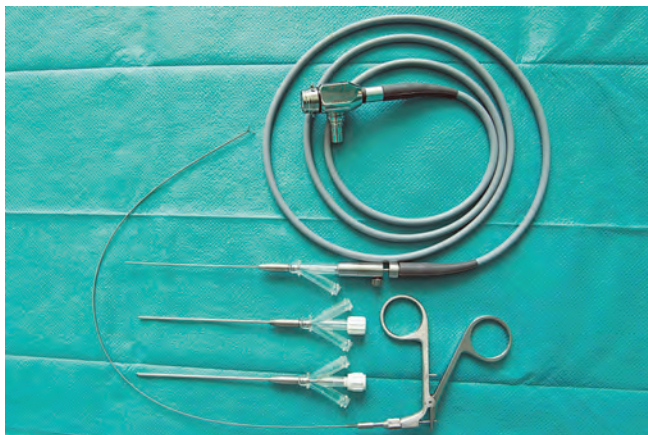
Znamená to, že tam, kde uvedené nástroje nemají, zůstává

ZAJÍMAVÉ PRACOVÍŠTĚ

standardem totální odstranění žlázy?

Ano, stále u nás existují celé oblasti, kde se problematika i nadále řeší neendoskopicky. Nicméně na straně druhé už se vížilo, že některé ORL kliniky, konkrétně například motolská, nám tyto případy posílají. Chápu význam této metody a je respektován i zájem informovaných pacientů. To přispívá k postupné centralizaci na pracovištích, která jsou pro tyto výkony vybavena. Metoda ale zatím není ani mezi lékaři veřejností příliš známá, takže se nedá říci, že bychom byli přehlčeni pacienti z celé republiky.

Snažíme se tuto metodu popularizovat jak publikačně, tak i jejím předváděním na kongresech – v rámci ÚVN už jsme uspořádali pro lékařskou veřejnost dva, které byly věnovány této problematice. Předloni vystupoval jako hostující operatér profesor Nahlieli z Izraele, letos na jaře profesor Zenk z Univerzity Friedricha Alexandra z Erlangenu. Oba odborníci, kteří u nás operovali v přímém přenosu s možností diskuse, jsou ze špičkových pracovišť, jež táhnou vývoj této medicínské aplikace kupředu.



Ukázka rigidního... | Foto: Leoš Chodura

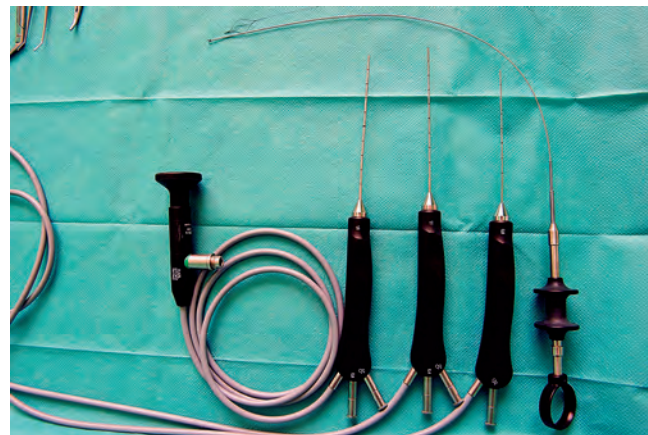
Jaká je tedy na vašem pracovišti v současnosti frekvence těchto výkonů?

Je dána počtem pacientů, kteří jsou sem odesíláni. Zatím by nám kapacita stačila i na víc. Provádíme 2–3 výkony týdně, ale po určité reorganizaci bychom byli schopni zvýšit toto číslo i na 10. Na druhé straně je třeba říci, že v rámci ORL nejde zrovna o nejčastější diagnózu. Onemocnění slinných žláz nevidáme v běžné ORL ambulanci denně, jedná se o pár případů do roka, i když jistě obtíž-

ných... ovšem otorinolaryngolog jejich běžně nevidá desítky ročně. Stovky jich vidíme my, a to právě díky centralizaci.

Zmiňujete průkopnické plzeňské pracoviště, jehož přístrojové vybavení je už však sedm let staré – ve smyslu amortizace, nebo technologického vývoje?

Vybavení se samozřejmě technologicky vyvíjí. Průměry se zmenšují a systémy rozšiřují – dnes už se například používá vedle rigidního i semiflexibilního endoskopu.



... a semiflexibilního endoskopického systému. | Foto: Leoš Chodura

My máme oba, v Ostravě je semiflexibilní, v Plzni vlastní ještě původní rigidní. To všem nijak nesnižuje význam jejich novátorského počínu. Tehdy to byl *up to date* přístroj, který zakoupili jako první. I v rámci čelistní chirurgie byli jediní a ani dnes je ještě nikdo nenásledoval. Důvodem je asi finanční náročnost. Oba systémy stojí kolem sedmi milionů korun.

V čem spočívají rozdíly mezi oběma systémy?

Semiflexibilní dovoluje zahnutí endoskopu v mírném úhlu, takže pronikne o něco dále než rigidní, který vyžaduje narovnání vývodu do daného směru; na druhé straně zase tím, že dosahujete lepšího vyrovnání, je někdy lepší i extrakce konkrementů, protože průchod je rovný a přímý. V oblasti, do které jsme schopni dohlédnout, a naopak v oblasti, ze které jsme schopni konkrement odstranit, se to tedy mírně liší. Ideální je kombinace obou metod.

Jaroslava Slatká

Inzerce A111013210

Multicare – lůžko, které skutečně pomáhá



Snížení reziduální kapacity plic, ventilátorová pneumonie či tvorba proleženin – to jsou nejzávažnější rizika, kterým jsou vystaveni dlouhodobě imobilní pacienti. Těm lze ale účinně předcházet díky unikátnímu lůžku Multicare, které vzniklo spoluprací společnosti LINET s více než 100 lékaři a sestrami.

Multicare nabízí velmi účinné řešení pro prevenci plicních komplikací v podobě unikátní funkce automatické laterální terapie. Jedná se o předem naprogramované cykly, v nichž se celé lůžko střídavě naklání o 30 stupňů na každou stranu. Tím usnadňuje očistné procesy v respiračním ústrojí, a pomáhá tak předcházet onemocněním dýchacích cest.

Multicare rovněž výrazně přispívá k vyššímu pracovnímu komfortu personálu, a to opět díky funkci laterálního náklonu. Dlouhodobé testování prokázalo, že při 15stupňovém náklonu jsou běžné ošetrovatelské úkony, jako je péče spojená s hygienou pacienta, výměna ložního prádla apod. jednodušší, bezpečnější pro pacienta a vyžadují mnohem menší fyzické úsilí.

Lůžko Multicare je vybaveno dostatečně vysokými postranicemi, které pacienta chrání před pádem i v případě použití vysokých antidekubitních matrací. Nebezpečí pádu snižuje i patentovaný systém Mobilift, který pacientovi poskytuje pevnou oporu při vstávání, a pomáhá mu tak doslova postavit se na vlastní nohy.

I přes všechny funkce, které Multicare nabízí, je celková obsluha lůžka jednoduchá a rychlá. Veškeré možnosti nastavení zpřístupňuje operační jednotka MultiBoard s intuitivním rozhraním – ovládací povely jsou zobrazeny pomocí srozumitelných ikon, takže osvojení si obsluhy lůžka je velmi rychlé a není závislé na jazykových znalostech.

Více informací k lůžku Multicare a dalším výrobkům a službám společnosti LINET naleznete na <http://www.multicarebed.com> nebo na <http://www.linnet.cz>.



Onkologická péče v Pardubickém kraji

– ojedinělý model organizace a spolupráce

Radiologické centrum Multiscan, s. r. o., v Pardubicích je spolupracující součástí Komplexního onkologického centra (KOC) FN Hradec Králové. Pracoviště, které z počátku tvořilo samostatné KOC s Pardubickou krajskou nemocnicí, zajišťuje onkologickou péči v celém Pardubickém kraji, a to v plném rozsahu podle standardů a doporučení odborných onkologických společností. Část komplexního onkologického centra, provozovaná společností Multiscan, sdružuje ambulantní onkologická a radioterapeutická pracoviště v celém Pardubickém kraji a lůžková péče pro centrum je zajišťována Pardubickou krajskou nemocnicí (dále PKN). Vedoucím pardubické části komplexního onkologického centra a garantem v oboru radiační onkologie je **doc. MUDr. Jaroslav Vaňásek, CSc.**, jehož jsme požádali o rozhovor.

Jak je uspořádána péče o onkologicky nemocné v Pardubickém kraji?

V Pardubickém kraji je klinická i radiační onkologie organizačně i metodicky pod křídly společnosti Multiscan. Naše centrální část sídlí v Pardubické krajské nemocnici. Zde má Radiologické centrum Multiscan ambulantní část, ozařovny a stacionář pro chemoterapii. Lůžkovou základnou je lůžkové onkologické oddělení Pardubické krajské nemocnice. Základní týmová práce probíhá v Pardubicích. V rámci mezioborové spolupráce kooperujeme především s ostatními odděleními a klinikami Pardubické krajské nemocnice, kde se koncentruje většina onkologicky nemocných pacientů kraje. V bývalých východočeských okresních nemocnicích provozuje Multiscan jako součást KOC ambulance klinické onkologie ve Svitavách, Chrudimí a Ústí nad Orlicí. S těmito ambulancemi má pardubická část KOC společný informační systém včetně objednávkového. Dokumentace z jednoho místa platí i pro ostatní místa naší sítě. Podle potřeby se můžeme propojovat. Naši pacienti jsou ušetřeni tak často běžného opakování stejných vyšetření.

Na okresních pracovištích, která mají velký význam i z hlediska záchytu, provedeme histologické odběry a základní rentgenovou diagnostiku. Rozhodnutí o léčbě potom zpravidla činíme týmově v Pardubicích. Naše ambulance v okresech se pak zabývají zejména ambulantní chemoterapií a dispenzarizací. Tato pracoviště jsou rozmístěna tak, že péče je dobře dostupná ve všech částech našeho kraje. Podstatné na našem systému je, že všechna pracoviště skutečně vytvářejí jednotný organizační a funkční celek. Pardubický kraj je naštěstí bohatě vybaven i pro paliativní péči, je tu nově otevřený hospic v Chrudimí a řada LDN, vstříc nám vy-



Vedoucí pardubické části KOC a garant v oboru radiační onkologie **doc. MUDr. Jaroslav Vaňásek, CSc.** | Foto: Leoš Chodura

cházejí i dvě plicní léčebny v našem kraji.

Obracejí se na vás i pacienti z jiných spádových území a jste na ně připraveni?

Ano, služby poskytujeme i části středočeského regionu při hranicích našeho kraje, ačkoli naše vlastní spádová oblast je v Pardubickém kraji, který má přes 500 tisíc obyvatel. Potenciálními pacienty pro komplexní léčbu, pro radioterapii a pro část biologické léčby, jež je u zhoubných novotvarů striktně vázána na komplexní onkologická centra, je tedy vedle zhruba půl milionu obyvatel Paru-

Pardubic a Pardubické krajské nemocnice, v jejímž areálu sídlíme. Významnější pro ně jsou diagnostické i terapeutické možnosti, kterými jako KOC disponujeme. Navíc onkologickou péči poskytneme bez delší čekací doby nebo kapacitních problémů.

Kolik pacientů nyní máte v databázi?

Ročně míváme asi 1200 nových pacientů na ozaření a zhruba stejné množství na chemoterapii. Své pacienty trvale dispenzarizujeme. Počet pacientů v naší databázi neustále narůstá i s pokračujícím zlepšujícím se přežitím.

V čem spočívá vysoká úroveň onkologické péče na vašem pracovišti?

Faktorů, které k tomu přispívají, je řada. Zmínit musím léčbu zářivým paprskem pomocí techniky IMRT (radioterapie s modulovanou intenzitou svazku), která je nejmodernější radioterapeutickou metodou a začala být na našem pracovišti poskytována jako druhá v České republice. Počet léčených nemocných touto technikou patříme mezi dvě nejvýznamnější centra v rámci republiky. V současné době byl zaveden systém pohybového IMRT – technika Rapid Arc.

Naše pracoviště také bylo prvním v Česku, které zahájilo využití hybridního PET/CT scanneru (pozitronová emisní tomografie se současně provedenou počítačovou tomografií) pro plánování radioterapie. V této oblasti spolupracujeme s PET centrem na Homolce a s Fakultní nemocnicí Hradec Králové. Základem je ale plánování léčby zářením využitím fúze obrazu počítačové tomografie a magnetické rezonance z vlastních přístrojů Radiologického centra Multiscan. Jsme prvním pracovištěm u nás, které tento postup rutinně využívá pro stanovení cílového objemu v léčbě karcinomu prostaty technikou IMRT.

V léčbě gynekologických tumorů pomocí brachyterapie jsme prvním pracovištěm u nás, které rutinně používá plánování rozložení dávky záření ve třech rozměrech na základě zobrazení z vlastního CT simulátoru. V současné době jsme do tohoto postupu, opět jako první v ČR, zařadili také fúzi obrazu z CT a magnetické rezonance. Naše lineární urychlovače jsou vybaveny moderní technologií dovolující kontrolu a bezprostřední úpravu přesnosti zaměření svazku záření pomocí systému IGRT (image guided radiotherapy). Tento systém je založen na využití obrazu získaného pomocí rtg přístroje integrovaného do ozařovače, který dovoluje buď skiagrafičké, nebo CT zobrazení (Cone Beam CT).

Jaké konkrétní benefity nové technologie přináší?

IGRT znamená, že na lineárních urychlovačích byl namontován systém, který dovoluje udělat buď klasické kontrolní snímky, nebo CT zobrazení. Umožňuje CT zobrazení přímo na ozařovacím stole, jež slouží k porovnání nastavení při plánování a v den vlastního ozaření pacienta. To je velký přínos, dříve se zaměřovalo podle značek na kůži. Teď můžeme zaměřovat buď podle skeletu, nebo přímo podle orgánu a zaměření dále korigovat, což významně zvyšuje přesnost ozaření a dovoluje zmenšit bezpečnostní lem. Zdravých tkání je ozařeno méně než při klasickém systému zaměření. U pacientů, kteří jsou rizikováni (buď léčením vysokou dávkou, nebo ozařováním v citlivé oblasti – hlava, krk), používáme IGRT denně, což je ovšem časově náročné pro personál. Při realizaci tohoto procesu je nutná těsná a kvalifikovaná spolupráce radiologických laborantů a lékařů. Zvýšila se tím ale již vysoká vytiženost lékařského personálu.

V loňském roce jsme zahájili léčbu technikou rotačního IMRT, jedná

PUBLIC RELATIONS



Nejmodernější lineární urychlovač Radiologického centra Multiscan v Pardubicích. | Foto: archiv společnosti Multiscan

se o takzvaný Rapid Arc, dovolující provádět techniku IMRT při rotaci ozařovače kolem pacienta. Pohybová terapie zlepšuje kvalitu ozařovacích plánů tím, že umožní lépe pokrýt dávkou záření výsledný cílový objem.

Jak jsem již zmínil, další prioritou je plánování radioterapie na základě PET/CT vyšetření ve spolupráci s Nemocnicí na Homolce v Praze

V čem spočívá největší přínos tohoto postupu?

Tuto metodu používáme především u nádorů hlavy a krku, ale i v jiných lokalizacích. PET/CT přináší další informaci o rozsahu procesu znázorněním metabolicky aktivních nádorových tkání. PET/CT přesněji určuje rozsah nádorového onemocnění ve srovnání s konvenčními rentgenovými metodami. Přesnější znalost rozsahu dovoluje zpřesnit určení cílového objemu pro radioterapii. Jestliže se tedy díky tomuto vyšetření ukáže, že ložisko nádoru je rozsáhlejší, než jsme předpokládali, může

pro pacienta být i svým způsobem život zachraňující. Jindy jsou naopak postižené oblasti menší, pak můžeme ušetřit zdravé tkáně a orgány.

Naší výhodou bylo, že jsme se špičkovým přístrojovým vybavením mohli začít pracovat jako jedni z prvních v republice díky podpoře společnosti Multiscan, jejímž cílem je vybavit svá pracoviště nejmodernějšími technologiemi v rukou kvalifikovaného personálu a tím docílit co nejvyššího standardu léčby.

Kdo všechno k vám posílá pacienty?

Pacienty k nám doporučují všechny obory, které se zabývají diagnostikou a chirurgickou terapií zhoubných novotvarů, to znamená všechny operační obory, ale samozřejmě k nám velmi často přicházejí i pacienti z interních pracovišť. Kooperují s námi tedy prakticky všechny medicínské obory. Přímo z terénu k nám přicházejí pacienti na nenádorovou terapii,



Plánovací počítačová tomografie (CT) Radiologického centra Multiscan v Pardubicích.

| Foto: archiv společnosti Multiscan



Křesla pro aplikaci chemoterapie onkologické ambulance Radiologického centra Multiscan v Pardubicích. | Foto: archiv společnosti Multiscan

například se specifickými diagnózami, jako jsou ostruhy patní, které se stále analgeticky ozařují protizánětlivými dávkami. Bohužel se však setkáváme i s tím, že se dosud vyskytují případy s mediagnostikovanými tumory, které se na naše pracoviště dostanou cestou praktického lékaře v pokročilém stadiu onemocnění. Jedná se většinou o sociální případy, kterým však také poskytujeme adekvátní péči.

Kdo hodně léčí, dobře léčí... Je právě to i větší šance pro včasný záchyt, správnou diagnostiku a terapii?

Ano, je třeba optimálně poskytovat léčbu tam, kde je k dispozici dostatečné technické i personální vybavení. Vytvořením sítě onkologických pracovišť společnosti Multiscan, která jako jeden celek pokrývá Pardubický kraj, můžeme diferencovaně poskytovat péči pro všechny onkologicky nemocné v našem regionu. Pokud bychom naše detašovaná pracoviště posuzovali prvoplánově ekonomicky, rozhodně nejsou zisková, ale dovolují poskytovat jednotnou a moderní onkologickou léčbu co nejbližší pacientovi.

Jak probíhá vaše spolupráce s Českou onkologickou společností ČLS JEP?

Velmi dobře. Společnost nás podporovala již ve fázi, kdy se jednalo o zařazení našeho pracoviště mezi komplexní onkologická centra. Velmi nám pomáhají společností periodicky vydávané metodické pokyny. ČOS s námi rovněž spolupracuje při léčbě pacientů s diagnózami vyžadujícími mezioborovou péči, máme možnost předat je k terapii či konzultaci na úzce specializovaná pracoviště. Velmi se nám osvědčila možnost požádat o *second opinion* jiná špičková pracoviště.

Velkou roli ve vámi poskytované péči určitě hraje i psychologická složka.

Jistě. Jde o život ohrožující onemocnění. Už samo sdělení diagnózy zhoubného onemocnění je pro člověka velmi závažné. Ošetřovaný musí mít i psychologický komfort. Nečekáme, až si sám najde cestu k psychologovi, proto aktivně upozorňujeme psychologa na pacienty, kteří podle našeho názoru potřebují jeho pomoc. Ostatně psycholog se zúčastňuje všech velkých vizit u hospitalizovaných pacientů. Jeho pomoc, včetně konkrétních kontaktů, nabízíme i v rámci ambulancí.

Ale pro většinu pacientů je rozhodující, co jim sdělí lékař, jeho schopnost komunikovat s nemocným a dát mu najevo, že je o něj

kvalitně postaráno. Největší psychologickou podporou je pro pacienta přesvědčení, že je léčen správně. Konzultant pak v rámci *second opinion* potvrdí správnost diagnózy, případně navrhne další možné postupy. Pro pacienta je to užitečné z hlediska dalšího postupu léčby, ale i snížení duševní tenze.

Jaká přání máte do budoucna?

Měli bychom se pokusit udržet nastoupený trend a své činnosti víc rozšiřovat směrem k publikačním a prezentačním aktivitám. Publikujeme i v zahraničí, ale mohli bychom více, protože jsme na základě praxe získali spoustu zajímavého materiálu – jsme již ve fázi, kdy lze vyhodnocovat střednědobé a dlouhodobé zkušenosti s novými technologiemi a toto vyhodnocování už má smysl. Máme výhodu, že jsme začali poměrně brzy, a tudíž můžeme hodnotit s delším intervalem sledování.

Jsem velmi silně personálně vytížen a je pro nás problém získávat lékaře. Onkologů a radio-terapeutů není mnoho a nejsme pro ně úplně atraktivní lokalita. Přece jen Pardubice jsou od Prahy vzdáleny 100 km a lidé ještě nejsou příliš zvyklí se za prací stěhovat, v českých poměrech to zejména pro rodiny není jednoduchá záležitost.

Přáním i trvalým úkolem je podle mého názoru kultivace prostředí, v němž se pohybujeme. Někde se daří onkologická pracoviště zčásti centralizovat, někde se síť rozpadne. Někde vznikne nový subjekt, který se do problematiky pustí, a to je problém, který by se měl řešit centrálně nebo postupně například formou akreditací či krajských odborníků, což sice zřízeno bylo, ale zatím to spíše záženo. Měla by se nastavit celostátní linie, jež by určila jak řešit případy, kdy léčba nevyužívá všech dostupných možností, a jak takovým zařízením vytvořit podmínky pro jejich využití.

Jana Jílková



Budova klinické a radiační onkologie v Pardubické krajské nemocnici.

| Foto: archiv společnosti Multiscan

Neuroendokrinní nádory

– současná situace

Incidence neuroendokrinních nádorů (NET) stoupá, za posledních 20 let nejméně na dvojnásobek, a představuje ročně 2–5 nových případů na 100 000 obyvatel. Příčiny nejsou známy. Největší pokrok nastal v paliativní léčbě.

Neuroendokrinní nádory jsou tumory vycházející z difúzního neuroendokrinního systému, anatomicky neohraničeného orgánu složeného z množství endokrinně aktivních buněk, roztroušených zejména v zažívacím traktu, průduškách, vaječnících i v řadě dalších orgánů včetně nervové soustavy.

Dominují malignity

NET nejsou benigní, jen část z nich, například NET apendixu, jsou nádory hraničně benigní, přesněji řečeno nádory o nejistém chování. Ostatní nádory jsou maligní, i když jejich stupeň malignity je nižší než u „klasických karcinomů“. Podle klasifikace WHO je proto rozlišujeme na neuroendokrinní tumory (první zmíněná skupina) a na neuroendokrinní karcinomy, tedy zhoubné nádory. O jejich biologickém chování rozhoduje mimo histologický obraz i velikost primárního nádoru (nádory do 1 cm vykazují menší riziko metastazování, nádory nad 2 cm se naopak vyznačují vysokým rizikem) a orgán, ze kterého vycházejí.

Stupnici maligního chování u NET zažívacího traktu v klesajícím pořadí lze podle primárního chování rozdělit zhruba takto: NET pankreatu > NET žaludku maligní (rostoucí bez vlivu gastrinu) > NET tenkého střeva > NET žaludku (rostoucí pod vlivem gastrinu) > malé NET rekta > NET apendixu. Poměrně zhoubné jsou plicní neuroendokrinní karcinomy, srovnatelné s NET pankreatu.

Typickými zástupci jsou NET zažívacího traktu. NET tenkého střeva se označuje klasickým starým názvem karcinoid.

Tři čtvrtiny NET jsou endokrinně nefunkční

Nefunkční nádory se manifestují obecnými onkologickými projevy, jako je hubnutí, krvácení ze zažívacího traktu apod. Zbývajících 25 % zahrnuje funkční nádory, tedy jednak vzácné nádory jako gastrinom, inzulinom, VIPom a glukagonom, a zejména NET tenkého střeva, čili klasické karcinoidy, a dále plicní NET.

Karcinoidy se manifestují karcinoidovým syndromem – tzv. flushem,

tz. epizodickým a později permanentním zrudnutím kůže obličejové a trupu, dále pak častými průjmy. Méně často sem patří případy dušnosti při bronchokonstrikci či bušení srdce při arytmií. Karcinoidový syndrom je způsoben nadprodukcí různých neuropeptidů, serotoninu, histaminu apod. Pozdními komplikacemi mohou být srůsty v dutině břišní u metastazujících nádorů a poškození zejména trojicí pé a pulmonální chlopně s následnou nedomykavostí v důsledku působení serotoninu.

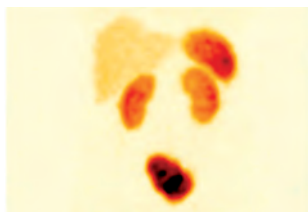
Východiska k léčebné strategii

Diagnostika zahrnuje biochemické potvrzení přítomnosti nádoru, dále jeho lokalizaci zobrazovacími metodami a histologický průkaz z biopsie. Konečně je nutný *staging*, tedy zjištění rozsahu onemocnění. V biochemické části diagnostiky vyšetřujeme ve sbírané moči kyseliny 5-hydroxyindolové jakožto metabolit tryptofanu a serotoninu. Ta bývá značně zvýšena zejména u NET tenkého střeva, tedy karcinoidu. Cenným nádorovým markerem je sérový chromogranin A, což je peptid zvýšený u většiny maligních neuroendokrinních nádorů, tudíž i u endokrinně nefunkčních tumorů. Dále přicházejí ke slovu markery vázané na uvedeně vzácnější formy NET, čili gastrin u gastrinomu, inzulin a C-peptid u inzulinomu, glukagon u glukagonomu atd.

Z lokalizačních metod se mimo endoskopickou vyšetření a zobrazovací metody (ultrazvuk, MRI a CT) používá s výhodou též endosonografické vyšetření k potvrzení NET pankreatu a duodena a rovněž kapslová enteroskopie k vyšetření karcinoidů tenkého střeva.

Nezastupitelné místo v diagnostice a zejména ve stagingu nádoru má izotopové vyšetření zvané octreoscan. To využívá skutečnosti, že NET vytvářejí na povrchu svých buněk ve zvýšeném množství některé somatostatinové receptory. K vyšetření se používá analog hormonu somatostatinu, tzv. octreotid, což je zkrácený peptid o 8 aminokyselinách. Aby bylo možno zobrazit nádor, nese tento peptid izotop indium 111, gama zářič,

jehož záření lze detektovat gamakamerou. Vyšší ložisková akumulace radiofarmaka tedy ukazuje na přítomnost nádoru a jeho metastatických ložisek. Obrázek provedený v Ústavu nukleární medicíny 1. LF UK a VFN v Praze ukazuje octreoscan s velkým nádorem ovaria před operací a po radikálním operačním odstranění.



Karcinoid ovaria před operací.



Karcinoid ovaria po operaci.

Terapeutické postupy – chirurgie a paliativní léčba

Tak jako u jiných zhoubných nádorů je jedinou kurativní metodou radikální, chirurgické odstranění. U malých nádorů lze za radikální výkon považovat endoskopické odstranění.

U ostatních případů jde o paliativní léčbu. Paliativní léčba má u NET dvojitý význam. V prvé řadě tlumí sekreční aktivitu nádoru, potlačuje tedy někdy velmi nepříjemné projevy onemocnění (například četné průjmy s dehydratací) a zlepšuje tak kvalitu života. V menším procentu léčba vede ke zmenšení nádorových ložisek, prodlužuje dobu do progresu nádoru či snižuje riziko poškození srdečních chlopní. Není však dosud jasné, zda prodlužuje přežití. V paliativní léčbě se používají invazivní a neinvazivní léčebné přístupy.

Invazivní léčebné postupy zahrnují například chirurgickou resekci či zmenšení metastatických jaterních ložisek, tzv. chirurgickou cytoredukcí. Vedle toho je možná

embolizace tepen zásobujících jaterní metastázy látkou zvanou lipiodol, v kombinaci s cytostatikem jde o chemoembolizaci. Dále se používá radiofrekvenční ablace s ohřevem a následnou destrukcí nádorové tkáně. Poškození nádoru a jeho zmenšení zmírní i jeho případné klinické projevy, tedy karcinoidový syndrom.

K neinvazivním postupům patří v prvé řadě podávání analog somatostatinu. Ta lze mimo diagnostiku při octreoscanu využít i s léčebným záměrem. Z analog se používá octreotid, lanreotid a nově pasireotid. Léky se aplikují v injekční formě a jsou poměrně dobře snášeny. Tím, že se analoga naváží na zmíněné receptory, spustí kaskádu biologických dějů vedoucích k potlačení endokrinní aktivity s následným zmírněním či vymezením obtíží. U části léčených pacientů dochází ke zmenšení nádorů a zpomalení či dočasnému zastavení jeho růstu. Tumorstatický účinek i u endokrinně nefunkčních nádorů prokázala studie PROMID s octreotidem. Probíhá i obdobná studie CLARINET s lanreotidem.

Další farmakoterapeutické modality

Z dalších léků lze uvést interferon alfa k podkožní aplikaci. Jeho podávání je spojeno s vyšším výskytem vedlejších účinků – únavnosti, někdy depresemi. O skutečném efektu některých autoří pochybují. Jeho účinnost má v brzké době ověřit probíhající klinická studie, prozatím se interferon alfa aplikuje zejména v kombinaci s analogy.

Z novějších léků jde o tzv. inhibitory mTOR (*mammalian target of rapamycin*). Jedná se o složitý enzymatický komplex stojící na ústřední buněčné křížovce – hraje významnou roli v procesu množení buněk,

jejich energetiky a v dalších dějích včetně novotvorby cév a programovaného odumírání buněk (apoptózy). U buněk NET je aktivita komplexu mTOR vystupňovaná, a proto jeho inhibice vede k poškození nádorových buněk. V současné době byly dokončeny dvě větší studie RADIANT-2 a RADIANT-3, které potvrdily efektivitu inhibitoru mTOR, zvaného everolimus, zejména u NET pankreatu.

Z dalších léků jsou zkoušeny antiangiogenetické látky jako inhibitor vaskulárního endotelového faktoru (VEGF) bevacizumab a inhibitory tyrosinových kináz pro VEGF, např. sunitinib, sorafenib a pazopanib. Chemoterapie není u klasických karcinoidů účinná, omezené procento léčebně odpovědí je popisováno u NET pankreatu. Dobrý efekt je v této indikaci nověji popsán u kombinace tomozolomid + kapecitabin. Chemoterapie v různých kombinacích zahrnujících etopozid, cisplatinu a dakarbazin je omezeně efektivní u rychle rostoucích nádorů s vyšší proliferativní aktivitou.

Aktinoterapie zatím velmi nákladná

Externí radioterapie je málo účinná. Perspektivní přístup spočívá v dopravě analogu somatostatinu formou infuze na povrch nádoru (princip jako u octreoscanu), ale navázaným izotopem je beta-zářič, který ozařuje cílené nádorové ložisko a šetří zdravou tkáň. Používá se yttrium 90 nebo častěji lutecium 177. Metoda se nazývá PRRT (peptidová receptorová radionuklidová terapie). Předpokladem účinnosti léčby je dostatečná pozitivita octreoscanu. Metoda je poměrně nákladná a v ČR dosud není dostupná. Za vymezených podmínek lze zajistit léčbu v Německu nebo Nizozemsku.

Jako poslední metodu lze uvést SIRT (*selective internal radiation therapy*) – jde o radioembolizaci nádoru, která spočívá v aplikaci mikrokapslí s navázaným yttriem 90. Mikrokapsle se aplikují do větvi jaterních tepen zásobujících metastatická ložiska. Metoda je rovněž finančně nákladná.

MUDr. Oldřich Louthan
4. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha

Dnešní úroveň poznatků, diagnostické a léčebné možnosti

Neuroendokrinní nádory vycházejí z endokrinních buněk zejména zažívacího traktu a plic. Menší část z nich – karcinoidy – je spojena s endokrinními projevy, typický je takzvaný karcinoidový syndrom. Diagnóza spočívá jednak ve vyšetření příslušných nádorových markerů a jednak v lokalizaci nádoru. Zde hraje významnou úlohu izotopové vyšetření octreoscan. V léčbě je dle možnosti nutné radikální odstranění nádoru, významné místo má paliativní léčba, která v posledních letech zaznamenala výrazný pokrok.

rovných markerů a jednak v lokalizaci nádoru. Zde hraje významnou úlohu izotopové vyšetření octreoscan. V léčbě je dle možnosti nutné radikální odstranění nádoru, významné místo má paliativní léčba, která v posledních letech zaznamenala výrazný pokrok.

3. 11. 2011 Praha
Top Hotel

konference

SESTRA JAKO SPECIALISTA V GERIATRII



Odborný garant: Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D.

Program:

8.00 - 8.45	registrace
8.45 - 9.00	úvodní slovo
9.00 - 9.30	Charakteristika stáří – PhDr. Martina Hasalíková
9.30 - 10.10	Péče o seniora z pohledu ošetřovatelství – Ivana Blahutová
10.10 - 10.40	přestávka
10.40 - 11.40	Moderní pomůcky v péči o seniora – Mgr. Eva Brezíková
11.40 - 12.10	Prevence a léčba diabetických defektů a chronických ran u seniorů – Lea Voráčková
12.10 - 13.10	oběd
13.10 - 13.40	Riziko pádu seniorů – Mgr. Šárka Šlégrová
13.40 - 14.40	Etické aspekty ve vztahu k seniorům a jejich příbuzným v náročných životních situacích – Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D.
14.40 - 15.30	předávání certifikátů

Konference bude ohodnocena dle vyhlášky MZ ČR č. 321/2008 Sb. 4 kredity ČAS.
Registrační poplatek: 400 Kč – platba předem, 500 Kč – platba na místě

Změna programu vyhrazena

Registrujte se na www.medical-services.cz

**MEDICAL
SERVICES**

Hlavní partner



Partneři



Mediální partneři



Credit PLUS
Akce bude
ohodnocena
4 kredity
POUZP a ČAS



Události a komentáře

Motto: Nebojte se vidět to, co vidíte.

(Ronald Reagan)

Konečně padl paragraf Fischerové, zdroj mnohé nepravosti, ha-nebné korupce a černé ekonomiky, z níž se v některých oborech medicíny stala zažitá norma, a příslušní kolegové ji v poslední době dokonce otevřeně



MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

obhájí. Konečné stadium morálního rozkladu. Normalizace korupce. Už to neberou jako korupci, ale *lege artis* vícedrožové financování. Racionalizují si ji jako spravedlivou odměnu, na niž mají nárok. A když jim nedá přes všechny protestní akce stát, tak si svévolně vezmou sami. Což je mentalita zločinců. Sice jsme do toho ještě nezabředli tak hluboko jako v jiných postkomunistických zemích, aby korupce tvořila sám základ fungování zdravotnictví, ale nakročeno máme dost vehementně. Už jsme se ocitli na hodně tenkém ledě a nebezpečně daleko od břehu.

Nosné médium zvláštní formy kapitalismu

Česká politika a část ekonomiky tak ostatně funguje dávno. Korupce je její krví. Prapodstatou bytí politických stran, nosným médiem zvláštní formy kapitalismu, který namísto tržního chování pohodlně prozírání naše daně. Je směšné poslouchat sliby politiků, jak s korupcí zatočí. Jsou to bojovníci s chobotnicí, kteří předstírají lov na hlavonožce, ale nestačí ani na plže a mlže. Kromě mravních otázek vidím i potíž navýsost praktickou, když při absenci alespoň náznaků zdrženlivosti počet příživníků nakonec překročí počet hostitelů. Tohle věděl už Calvera a držel se zpátky. A to byl prosím negramotný mexický bandita. Ta špína tu byla zažraná už dlouho. Po roce 1989 jsme korupci jen pozdvihli na vyšší úroveň. Změnilo se paradigma. Už to neběží po ukoptěné ose „vekslák - zelinář - řezník - vedoucí stavebnin“, ale ve vyšším levelu „politik - státní úředník - orgán činný v trestním řízení - podnikatel - gangster“, jakkoli nejasné mohou být mezi těmito kategoriemi hranice. Jedině v lékařském prostředí, jež se do úmuru ohání svou údajnou specifickou etikou, jsme zůstali na předchozí úrovni. Socialistické, příštípácké, trapné. Oprav-

du velkokorýsý zlodějí už dnes kradou úplně jinak a ohrujují nosy nad malými zlodějíčky, zejména jsou-li tmavší pleti. Sami jsou však tisíckrát horší a nebezpečnější. Nevidím žádný rozdíl mezi korupcí a krádeží.

Bezva finty bezedných klokaních kapes

Takže teď si pacient konečně bude smět legálně připlatit za to, co dosud musel platit ilegálně za současné demoralizace na obou stranách. Bude jasný ceník i zdanění. Civilizovaný pořádek. U nehrzených výkonů a materiálu bude dovoleno uhradit pouze rozdíl, nikoli si to zaplatit komplet celé, jak to sociálně citlivě vydumala paní poslankyně neblahé paměti. Když to nemohu mít já, tak nikdo. Jak české. Ostatně ušlechtilé úmysly vedou zhusta do pekla. Mohlo by to být erbovní heslo (ultra)levice. Nebo raději epita? Jinou a mnohem dražší kapitolou jsou rozkrádačky některých managementů a bizarních střechových organizací skupin nemocnic, kde je polofiktivní, respektive formální akciová společnost podřízena polofiktivní příspěvkové organizací krajů. A jiné finty nenasytných klokaních kapes kamarádů.

Kvůli takovým excesům teď budete muset pořádat výběrová řízení i na rohlíky. A také na toaletní papír, u něhož už nebude hlavním kritériem nedřivost a neprotržitelnost, ale jen cena.

Kdo byl poctivý a měl v tom pořádek, bude jen přetížen a znechucen nepružnou byrokracií. Protože když blbnout, tak pořádně, jak říkávala moje máma, když komentovala dění v reálném socialismu. Kdo si naopak bude chtít z peněz daňových poplatníků koupit za čtyřnásobek normální ceny takového Pandura, bude si nepochybně vědět rady. A absolutně nic se mu nestane, ani když to praskne, což je teprve skutečná tragédie naší veselé doby. Může to udělat znovu a znovu. Recidiva nevádí, vždyť přináší cenné zkušenosti. V nehorším pomůže šikovný státní zástupce, který zastupuje cokoliv kromě státu.

Středověk neskončil?

Záchranáři dopravili matku a údajně fyziologického novorozence z jakýchsi preventivních důvodů násilím do nemocnice, dokonce za asistence zákona neznalé policie. Matka vysoudila odškodné z titulu práva na ochranu osobnosti. Tolik veřejně známá fakta. Rozpoutala se mohutná debata, místy i s rysy hysterie, zobecňující problém daleko za hra-

nicí konkrétní kauzy a zaštitující se mimo jiné i starým Hippokratem. Leitmotivem této bouře byla zarážející neznalost. Podle jednoho z ředitelů záchranky by ale rozhodnutí soudu mohlo mít vážný dopad na práci záchraných služeb v celé republice. V krajním případě by to v podstatě vedlo

k absurdní situaci, kdy bude o převozu do nemocnice rozhodovat pacient (podrženo autorem), nikoli lékař. Pokud by se toto rozhodnutí soudou aplikovalo plošně, vracíme se do středověku. (sic!)

Tady musím upozornit, že ani poslední výzkumy mediévistů existenci ZZS ve středověku neprokázaly. Především je však směr vývoje přesně opačný. Civilizovaným pokrokem je totiž právě to, že je to jediný pacient, kdo rozhoduje. To není absurdní, ale standardní. Začneme si rychle zvykat. Je pět minut po dvanácté. Situace, kdy je lékař oprávněn jednat bez souhlasu pacienta, nebo dokonce proti jeho vůli, jsou zákonem velmi omezeny. Jde o to, zda je pacient v daném okamžiku k rozhodování zdravotně způsobilý. Teprve pokud z povahy svého stavu (porucha vědomí, závažná duševní porucha, těžká demence) způsobilý není, dostává se do režimu neodkladné péče, kdy rozhoduje výlučně lékař. Způsobilost pacienta posuzuje týž lékař, má tudíž při tom dost značnou volnost, ale ze zdokumentovaného popisu zdravotního stavu musí být zřejmé, že posouzení bylo medicínsky obhajitelné. Nezpůsobilost pacienta vzniká pouze z důvodu závažné změny mozkových funkcí a nikoli prostě jen proto, že má jiný názor a jinou vůli než lékař, jemuž se to

nezdá zrovna dvakrát rozumné. Pacienta nelze prohlásit za zdravotně nezpůsobilého jen proto, že je např. ve stresu nebo má bolesti (i takové podivné představy se mezi záchranáři v diskusi objevily). To by byla velká dezinterpretace platné právní úpravy.

První vlaštovky naděje

Neustále klišovitě vzývaný Hippokratés, o němž není doloženo, že by kdy koho násilně ošetřil, s tím nemá pranic společného. Ošetřovat pacienta proti jeho svobodné vůli je jasně a frapantně protiprávní. Není o čem diskutovat. Diagnóza nestojí nad svobodnou vůlí pacienta. Je tomu právě naopak. Lékař už nemá funkci státního úředníka, panského drába ani zdravotní policie. U dítěte je to v případě nesouhlasu rodičů poněkud složitější, ale i zde je předpokladem zásahu reálné bezprostřední ohrožení života či zdraví. Pouhá představa prevence „co kdyby náhodou“ nestačí. Taková jsou základní právní fakta a je dobře se s nimi aspoň trošku seznámit, než někdo začne kritizovat soudce.

K tomu osobní poznámka: Měl jsem tu čest proklínaného soudce Michala Ryšku z Brna poznat. Je expertem na lidskoprávní problematiku, zvláště ve zdravotnictví, a přednáší ji. Náleží k oně pomalu a bolestivě se rodící elitě mladších soudců nepoznemaných normalizací a ultrakonzerzativismem. Tedy k soudcům skutečně nezávislým a odvážným, kteří interpretují právo moderně, jako ve všech těch civilizovaných zemích, které chceme (?) dohonit. Rozhodně nepatří k unaveným rutinním borcům, kteří nenosí svou kůži na trh, ale cítí potřebu krýt se povoláním armády znalců a mít každou kauzu doslovně popsanou v zákoně včetně teček nad „j“, aby byli schopni sepsat formální, avšak mnohdy nespravedlivý rozsudek.

Važme si těchto prvních vlaštovek naděje české justice a pozorně poslouchejme, co nám říkají. Aspoň se něco přiučíme. Protože i mnozí z nás jsou rutinní unavení borci, kteří si generují vlastní zdravotnické právo podle svých představ a potřeb, jako by medicína byla nad zákon. Nesou si v hlavě dávno překonané a dnes již nepoužitelné stereotypy z éry etatismu a paternalismu, jimiž bohužel vahou každodenní praxe infikují mladší kolegy. Pro ty pak malá praktická rada: Nabídnout pacientovi reverz, v němž místo eufemismů o vážných následcích stojí jasně a prostě české slovo *smrt*, dělá doslova zázraky. Nebojte se přímé řeči. A nejen ve zdravotnictví.



Podle jednoho z mnoha prezidentových excesů šéf české diplomacie velmi jemně prohlásil, že Václav Klaus je „někdy docela zábavný provokatér“. | Foto: E15/Eduard Erben

NEJSEM SI JIST

Páni je snědli, volí vypili

Přestože důkladně sleduji dění, naprosto mi unikl důvod k plošné přeregistraci lékařů. Pozorný čtenář si nemohl dávno nevšimnout, že stojím výrazně na straně reformy. V tomhle punktu bych však v její prospěch nedovedl nijak argumentovat, protože zcela tápu. Na první pohled a bez jakýchkoli vysvětlení (naťoť veřejných a dobrých) mi to připadá jako nákladný a buzerativní nesmysl, jímž se zavalí lékaři i úřady. Obojí přestane na nějakou dobu fungovat, termíny bude nutno prodloužit a hladina obecného naštvání zase o něco vzroste. A zbytečně. Že by v tom měly úřady až takový bordel? Ztratily se snad záznamy o tom, kdo, kde a za jakých podmínek je registrován? Povodeň je vzala? Páni je snědli, volí vypili?

A zobecněme to: Proč státní správa takto lehkomyšlně hazarduje s důvěrou občanů, jíž není v této zemi nikdy nazbyt? K čemu tohle systémové znejistění? Kde je solidnost právního státu? Je-li jednou někdo registrován, může to najednou přestat platit? Proč se tedy vůbec registrovat? Potom vzniká logický požadavek, aby

všechny firmy požádaly o nový zápis do obchodního rejstříku. Starý se náhle ruší. Důvody by se určitě našly. Jen letmo mě napadá: Některé z těch firem *de facto* neexistují, jiné jsou jen slupky na podvody, semenišťe zločinu a pumpičky na partajní fondy. Pojďme tedy na věc. Když všichni, tak všichni. Jako výměna stranických legitimací v roce 1970. Nezapomeňme také opět na nové pasy, řidičáky a občanky. A autolékárničky. Už se dlouho neměnily. Každý si nachytá příslušné doklady s kolky a postaví se před vrchností pěkně do pozoru, aby si nemyslel, že si může jen tak pískat v lese. Na obyčejný lid patří přísnost.

Ojetý lidský materiál

Chystá se daleko tvrdší tlak na nezaměstnané. I když jen malá část z nich se v tomto stavu nalézá dobrovolně a lebedí si rozkoši. Sice nemá jít o návrhy typu táborů nucených práce maďarského diktátora Orbána, ale i tak bych viděl problém poněkud komplexněji. Zvyšují-li na jedné straně tlak, musím na straně druhé něco uvolnit. Nabídnout nějakou cestu ven. Zahnat lidi do kouta,

z něhož není úniku, nemá smysl. Než se jim dá nůž na krk, je třeba nejprve narovnat podivnosti českého trhu práce. Rígidní, silně protizaměstnanostní zákoník práce nutí firmy jít do extrémů. Zaměstnavatelé nechtějí přijímat nezuřivé starce nad hroblem (tj. starší než 45 let), mladé bez praxe, ženy v plodném věku, matky s dětmi, zdravotně handicapované a Romy. Toto je diskriminační svět českých podnikatelů a jejich pseudokapitalismus v plenkách. Pokakaných plenkách. Kdo potom zbývá? *Flexibilní mladí muži* mezi 30 a 40 lety. *Mladý a dynamický kolektiv*. Těch však není tolik, aby zemi uživil. A co pak, až překročí čtyřicetku? Vyzvět je jako ojetý lidský odpad na skládku?

K tomu se prodlužuje věk odchodu do důchodu, takže přibude případů, kdy datum penzování bude totožné s údaji na úmrtním listu. Jde o postup sice logický a asi i nutný, přesto ale bude v našich specifických podmínkách reálný výsledek chabý. Přibude jen „nepotřebných“, kteří budou místo starobního důchodu brát invalidní. Nebo živřit na velmi omezené podpoře či

sociálních dávkách. Mnohé firmy se tak jeví jako hloupé, krátkozraké a venkoncelem praštěné pavlačí. Jejich managementy by měly vyrazit do světa na zkušenu a trošku se zcivilizovat. Osprchovat si mozky a postříkat je nějakým voňavým sprejem. A hlavně normálně poznat lidi namísto nóbl manažerských školení o *human resources* aneb (jak se říkalo v lidové armádě) *lidském materiálu*. Ale bůhví jak to nakonec dopadne v tak nestabilní zemi, v níž už sto let nikdo nebral důchod v méně, ve které na něj kdysi přispíval.

Již není větru v mlýnech jeho myslí...

V jednom z mnoha prezidentských excesů zesměšňujících tuto zemi prohlásil šéf české diplomacie velmi jemně, že Václav Klaus je „někdy docela zábavný provokatér“. Projevil tak obratnost aristokrata, který nějakou odlehčující žertovnou poznámkou taktně odvede pozornost a prolomí trapné ticho, jež nastane, když se někdo v lepší společnosti nahlas ubzdí a všichni strnou jako opanení. Budoucí exprezident mu poté nechal vzkázat ús-

ty jakéhosi poskoka, že je smutné, když místo obhajoby své práce hrubě útočí na hlavu státu. Tento styl vyjadřování, který pan Schwarzenberg v poslední době opakovaně vnáší do naší veřejné debaty o vážných věcech, naši již tak chatrnou veřejnou diskusi a politickou kulturu devastuje a ničí. Prezident republiky je přesvědčen, že je třeba vrátit se k věcným argumentům.

To je ohromné. Klause, který sám nikdy nediskutuje, jen zvyšoka káže svá bizarní zjevení, neboť již není větru v mlýnech jeho myslí, totiž nelze kritizovat. Jakékoli, i sebejemnější nepochvalné vyjádření na jeho adresu je rovnou hrubým útokem, přičemž nižší intenzita – útok prostý – tu z povahy věci neexistuje. Každé zamračení na božstvo je rouháním. *Crimen laesae maiestatis*. Urážka majestátu. Neronovi stačilo, že někdo málo freneticky tleskal při přednesu jeho veršovanék. Můj ty Tondo kolenatej! Ještě rok a půl bude nejen devastovat, ale i ničit, ať už vnímá rozdíl ve významu obou *zlých slůvek* jakkoli. Ministr zdravotnictví varuje: Dlouhodobé držení moci může způsobit vážnou duševní poruchu. Střihám metr. Bohužel je stále nemožné dlouhý.

Inzerce A111014993

„Patříme k vám!“ říkají lidé s psychickým onemocněním ve svých obrazech a hrách



Na Karlovarsku bude už za několik dní odstartována ojedinělá destigmatizační kampaň s názvem „Patříme k vám!“ s cílem podpořit sociální i pracovní integraci osob s duševním onemocněním. Dne 5. října bude v Karlových Varech zahájena putovní výstava obrazů od autorů trpících psychickým onemocněním. V den světového dne duševního zdraví (10. října) vystoupí v karlovarském kině Drahomíra soubor pražské Bohnické divadelní společnosti s představením Kabaret Artaud. Od 4. do 17. října bude všem lidem, kteří si již nevědí rady s vlastním trápením či s psychickými problémy svých blízkých, k dispozici bezplatná anonymní telefonní linka 800 225 522. V provozu bude každý den od 16.00 do 20.00 hodin. Se svými

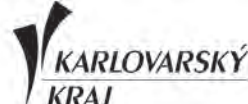
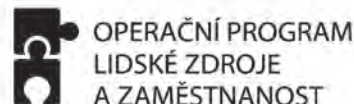
problémy se však lidé mohou od října obracet i na stálou informační a poradenskou linku s číslem 722 204 776. Její potřeba vyplynula z Koncepce péče, jednoho z hlavních výstupů Individuálního projektu „Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje“. Linka vznikla z iniciativy Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví (CRPDZ), je provozována o. s. Res Vitae a je placena dle tarifu volajícího „Divadelní představení a dvouměsíční putovní výstava obrazů městy Karlovy Vary, Cheb a Sokolov je další aktivitou cílenou na odstranění předsudků veřejnosti vůči osobám s duševním onemocněním,“ konstatoval Miloslav Čermák, náměstek hejtmana Karlovarského kraje pro oblast sociálních věcí a dodal: „Náš závazek vybudovat v Karlových Varech první nové sociální služby, které by pomáhaly s opětovným začleněním osob s duševním onemocněním do běžného života ve společnos-

ti, jsme splnili už v létě.“ Nové ambulanci a terénní služby sociální rehabilitace a sociálně terapeutickou dílnu můžete najít v prostorech Hestie a Keramické školy v Karlových Varech (bližší informace o provozu na telefonním čísle 775 582 276). Poskytovatelem služeb je občanské sdružení Fokus Mladá Boleslav, které rozšířilo svou registraci i na Karlovy Vary. V Karlovarském kraji se s psychickým onemocněním léčí přibližně 8392 lidí. Tisíce dalších však své problémy tají, z nejruznějších osobních i profesních důvodů se obávají s nimi někomu přiznat nebo jim nepřikládají váhu. „Existuje předpoklad, že zhruba 17 – 48 procent lidí, kteří pravděpodobně trpí nějakou z duševních poruch, nejsou dosud léčeni. Nejčastějším důvodem je možná stigmatizace, kterou pocítují,“ tvrdí Mgr. Barbora Wenigová, ředitelka CRPDZ, které je hlavním dodavatelem aktivit Individuálního projektu „Rozvoj péče o osoby s du-

ševním onemocněním na území Karlovarského kraje“, v jehož rámci je kampaň realizována. „Prezentace uměleckých vloh může pomoci narovnat často velmi zkreslené představy lidí o životě osob s duševním onemocněním. A pro ty, kdo ještě nenašli odvahu své psychické problémy řešit, může být impulsem k tomu vytočit číslo poradny, která jim poskytne první pomoc. Anonymní telefonická poradna je k tomu určitě vhodnou příležitostí,“ doplnila Barbora Wenigová.

Putovní výstava „Patříme k vám!“:

- 5.–10. října: Krajský úřad Karlovarského kraje, vestibul budovy C
 - 12.–17. října: Galerie Na ochozu, Vřídelní kolonáda, 1. patro, Karlovy Vary;
 - 19.–30. října: Městský úřad Sokolov
 - 1.–14. listopadu: Vestibul radnice města Chebu, nám. Krále Jiřího z Poděbrad 14
- Vstup na všechny akce je zdarma



PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

Nemoci a smrt van Beethovena

„Škoda, škoda – je příliš pozdě.“ Taková prý byla poslední slova hudebního skladatele Ludwiga van Beethovena. Vyřkl je 26. března roku 1827 při pohledu na dvanáct láhví mohučského vína vyrovnaných vedle své smrtelné postele.

Velký hudební skladatel odcházal ze světa s lítostí, že už si tento dar od svého vydavatele neužije. Někteří autoři vložili Beethovenovi do úst vznešenější věty. Podle jedněch prý hluchý skladatel vzdychl: „V nebi zase uslyším.“ Podle jiných promluvil dokonce latinsky: „*Plaudite, amici, comedia finita est.*“ Tato výzva byla celkem běžná v závěru představení italské *commedia dell'arte*. Podle svědků posledních chvil života hudebního génia však Beethovenovi přes rty zcela jistě nepřešla.

Otrava olovem

Beethovenova slabost pro víno je spolehlivě prokázána. Čtyři lékaři, kteří skladatele ošetřovali v posledních dvaceti letech jeho života, se shodovali v tom, že by měl pít vína a dalších alkoholických nápojů výrazně omezit. Beethoven je neposlechl a v roce 1821 u něj propukla žloutenka. Ta sice mohla být virového původu, ale vzhledem k tomu, že pozdější pitva odhalila mikronodulární jaterní cirhózu a tehdy rozšířený virus hepatitidy A cirhózu obvykle nevyvolává, přiklání se lékaři spíše k názoru, že Beethovenovu hepatitidu způsobila nadměrná konzumace alkoholu.

Víno mohlo skladateli poškodit zdraví i jinak. V 18. století bylo celkem běžné, že se do nekvalitních vín přidávaly pro svou sladkou chuť olovnaté soli. Například octan olovnatý byl znám jako *saccharum saturni* nebo také olověný cukr. V první polovině 19. století bylo přidávání olova do vína zakázáno, ale to neznamená, že se obchodníci s vínem

k tomuto nebezpečnému triku neuchylovali. Analýza Beethovenových vlasů odhalila zvýšený obsah olova. Není však jasné, zda se do nich tento prvek nedostal z vnějšího prostředí, například z prostředků na mytí vlasů nebo při přípravě skladatelova těla na pohřeb. Mnohem přesvědčivější důkaz o tom, že Beethoven olovo pozřel, by podaly analýzy kostí. Ty však zatím nebyly provedeny.

V oblasti spekulací tak zůstává i teorie, podle které skladatel zemřel na podání nadměrné dávky olovených solí lékařem Andreasem Wawruchem. Rakouský patolog Christian Reiter se domnívá, že Waruch léčil Beethovena preparáty obsahujícími olovo, nevzal v potaz stav skladatelových jater a naordinoval mu příliš vysokou dávku.

Osudný útěk do Vídně

V létě 1826 neunesl Beethovenův synovec a chráněncův Karl tlak přijímacích zkoušek na univerzitu a pokusil se o sebevraždu. Pro skladatele to byla těžká rána. Navzdory vlastním zdravotním potížím odjel s Karlem ihned po propuštění z nemocnice na statek svého bratra Johanna. Karl se na statku zotavoval a Beethoven tam komponoval. Pobyt však rázně ukončila roztržka mezi bratry. Rozčilený Beethoven se na mlékařském vozíku taženém koňmi neprodlehně vydal do 60 kilometrů vzdálené Vídně. Noc z 1. na 2. prosince 1826 strávil v zájezdním hostinci, kde těžce prochladl. O tři dny později mu doktor Wawruch diagnostikoval zápal plic. K tomuto onemoc-

nění měl skladatel silné dispozice v důsledku náruživého kouření dýmky. Po týdnu se Beethovenovi ulevilo, ale pak jej postihly bolesti břicha, průjem a zvracení. Znovu se u něj projevil žloutenka.

Koncem prosince 1826 Wawruch odebral Beethovenovi abdominální paracentézou *ascites* (asi jedenáct litrů). Paracentézu s odběrem obdobného množství opakoval do konce února 1827 ještě třikrát. To naznačuje těžký zánět pobřišnice, jenž bývá poměrně častý ve finální fázi selhání jater. Zánět mohl vyvolat patogen, který byl původcem pneumonie. Mnozí badatelé považují peritonitidu za bezprostřední příčinu Beethovenovy smrti. V důsledku zánětlivých procesů v břišní dutině došlo u skladatele zřejmě i k pankreatitidě a papilární nekróze ledvin.

Poslední dny

Navzdory vážnému zdravotnímu stavu Beethoven i v posledních dnech života hodně psal, komponoval a přijímal návštěvy. Často se u něj zastavoval například Franz Schubert. Všem bylo jasné, že se skladatelův život chýlí ke konci. Vážnost situace vnímal i sám Beethoven, který 24. března 1827 souhlasil s tím, aby k němu přátelé povolali kněze a dostalo se mu posledního pomazání. O dva dny později upadl do komatu a v pozdních odpoledních hodinách zemřel. Při určení příčin Beethovenovy smrti lékaři vycházejí především z dochované latinské psané pitevné zprávy Andrease Wawrucha, který kromě jiných patologických

změn uvádí nahromadění poměrně značného množství „zakalené a narudlé tekutiny“ v dutině břišní, již zmíněnou mikronodulární jaterní cirhózu a patologické změny na ledvinách odpovídající papilární nekróze. Jako příčinu smrti většina odborníků uvádí selhání jater v důsledku alkoholické cirhózy společně se spontánní bakteriální peritonitidou. Podle některých historiků a lékařů mohla být příčinou Beethovenovy smrti i sarkoidóza, Whippleova choroba nebo systémový *lupus erythematoses*. Tyto názory jsou však zcela menšinové.

Beethovenova hluchota

Od 27 let Beethoven trpěl poruchami sluchu. Trápil jej nepřetržitý tinitus a pronásledoval skladatele tak intenzivně, že vážně uvažoval o sebevraždě. Choroba sice někdy na krátkou dobu polevila, ale pak následovala období, kdy umělec trpěl při jakémkoli silnějším zvuku intenzivními bolestmi v uších i bolestmi hlavy. V roce 1809 pobýval



Jaroslav Petr

Osobnosti české medicíny vážně i nevážně

MUDr. Milan Mixa

(17. 9. 1875 Příbram – 23. 6. 1959 Karlovy Vary)

Vynikající lázeňský lékař v Karlových Varech, kde působil (mimo přestávky za okupace) přes padesát let. Vystudoval pražskou lékařskou fakultu, promoval v roce 1899. Poté pracoval jako externí lékař v zemském ústavu pro chromosomné a v pražské Všeobecné nemocnici, kde se stal asis-

tentem interní kliniky. V roce 1905 nastoupil jako lázeňský lékař do Karlových Varů, kde působil až do obsazení Sudet v roce 1939. Za války pracoval v Praze a Luhačovicích, v květnu 1945 se vrátil do Karlových Varů, kde byl vedoucím lékařem Čs. státních lázní až do své smrti. Před druhou světovou válkou byl považován za nejlepšího českého lékaře v Karlových Varech a měl rozsáhlou klientelu nejen mezi Čechy,

ale i mezi zahraničními lázeňskými pacienty.

Absolvoval mnoho studijních cest (Portugalsko, Srbsko, Bulharsko, Rumunsko, Rusko, Anglie, Turecko, Francie, Německo, Španělsko). Byl autorem četných vědeckých prací z vnitřního lékařství, hlavně o karlovarské léčbě i o místní historii. Při své návštěvě v Rusku v roce 1908 se seznámil s metodami I. P. Pavlova, s nímž pak udržoval vědecké i přátelské styky až

do jeho smrti. Byl společensky velmi aktivní, působil jako jednatel Čs. balneologické a klimatologické společnosti, po roce 1945 byl předsedou karlovarské městské správy a zasloužil se o obnovu světové proslulosti lázní.

Má to i druhou stranu

Před lázeňskou budovou v Karlových Varech postávali dva pacienti středního věku. Zastavil se u nich i šéflékař MUDr. Milan Mixa. „Víte, pane doktore, vzal si mě do léčení sám pan primář S. A nařídil mi, abych úplně přestal pít a podstatně omezil i některá jídla. Poslechl jsem a musím říct, že od té doby, co nepiju, nevím, co jsou

Beethoven ve Vídni obléhané Napoleonem a před hřměním kanonády se musel uchýlit do sklepa, kde si zacpával uši polštářem. I později si v hlučném prostředí ucpával zvukovody smotky bavlny.

V ranných fázích onemocnění využíval faktu, že lebeční kosti vedou zvukové vlny do ucha lépe než vzduch. Při komponování nebo hraní na klavír stiskl mezi zuby hůl, jejíž konec vzepršel o ozvučnou desku klavíru. Po 45. roce života už Beethoven hudbu neslyšel a pro komunikaci s okolím používal „konverzační zápisníky“. Řada otologů se shoduje v názoru, že trpěl otosklerózou. Změny na lebce zjištěné při pitvě jsou podle některých lékařů důkazem Pagetovy choroby. Většina odborníků ale nedává toto onemocnění do souvislosti s Beethovenovou ztrátou sluchu, protože nástup Pagetovy choroby je výrazně časnější než nástup skladatelových sluchových potíží.

Častým předmětem sporu je Beethovenova náklaza syfilidou. Mnozí životopisci uvádějí, že umělec využíval služeb prostitutek, jiní autoři jeho biografii to stejně přesvědčivě odmítají. Jako zdroj informací o Beethovenově syfilidě je někdy uváděn slavný kanadský lékař William Osler (1849–1919), přezdívaný na americkém kontinentě „otec moderní medicíny“ (společně s Williamem Halstedem, Howardem Kellym a Williamem Welchem patřil do „velké čtyřky“ lékařů, jež v Baltimoru založila věhlasnou Johns Hopkins Hospital). V Oslerově pozůstalosti se však navzdory velmi intenzivnímu pátrání žádný důkaz o Beethovenově syfilidě nenašel. Také pitevné zpráva doktora Andrease Wawrucha nezmiňuje ani syfilis, ani příznaky, které by bylo možné připsat typickým projevům choroby v primárním či sekundárním stadiu.

to játra nebo žlučník. Ale bohužel také na druhou stranu nevím, co je to život.“

Symfonie na rozloučenou

Karlovarský patriot Milan Mixa vykládal s oblibou i následující historiku: V Karlových Varech probíhal na Kolonádě lázeňský koncert. Orchester hrál na závěr Haydnovu „Symfonii na rozloučenou“. Před koncertem této skladby jeden hudebník po druhém přestává hrát, odloží svůj nástroj a odejde. Když odcházal asi osmý, podotkl jeden návštěvník ze zahraničí směrem k manželce: „Vidíš, co dělá ta zářná karlovarská voda.“

MUDr. Svatopluk Kláš

Před 145 lety se narodil objevitel přenosu skvrnitého tyfu

Odmítal zbrklé experimenty, jeho pokusům předcházela léta bádání, pozorování a pečlivá formulace hypotéz. Takto trpělivě a zdánlivě prostě uskutečnil objev, který ho vynesl mezi laureáty Nobelovy ceny. Mezi tři hluché laureáty...

Francouzský mikrobiolog profesor **Charles Jules Henri Nicolle** byl skromný, renesanční člověk, který se vedle lékařské a vědecké práce věnoval i filozofii, historii a etice. Jeho úvahy o konfliktu přírody a morálky nebo odpovědnosti lékařů s úspěchem vyšly knižně, napsal i několik fantastických románů. Zázemí špičkových laboratoří a pozornost vědeckého světa v ústavech v Berlíně, New Yorku či Paříži vyměnil za dřinu v ústraní a obtížných podmínkách severní Afriky. Tunis a tamní Pasteurův institut, který vedl od roku 1903 až do své smrti v roce 1936, mu totiž nabízely (vzhledem k jeho vědeckým zájmům) víc – ideální místo ke studiu infekčních chorob včetně brucelózy, záškrtu, leishmaniózy, lepry, malárie, spalniček, tyfu, spály... Ty považoval za své hlavní soupeře, ne řevnivost kolegů z lékařské fakulty a bakteriologické laboratoře při L'école préparatoire de médecine et pharmacie v Rouenu, kde se zabýval mimo jiného výzkumem rakoviny a přípravou antiséra proti záškrtu. Laboratoř vedl osm let, ale jeho snaha prosadit moderní koncepci bakteriologie nepřestala narážet na odpor. Mládí a handicap v podobě ztráty sluchu jej v boji proti zkostratělým názorům ještě více znevýhodňovaly. Ohluchl již na studiích ve věku kolem 20 let a nemohl pak účinně používat stetoskop. Jeho kariéře to výrazně neuškodilo. Nicolleho zásluhy o výzkum infekčních chorob byly později oceněny kromě Nobelovy ceny i členstvím ve Francouzské akademii věd, a jeho tvář se dokonce dostala na poštovní známky.

V otcových stopách

Narodil se 21. září 1866 v Rouenu, starobylé metropoli Normandie. Dostalo se mu klasického vzdělání, zájem o literaturu, dějiny a umění mu pak vydržel celý život. Na přání svého otce Eugena, který pracoval jako lékař v místní nemocnici, však vystudoval medicínu. Po třech letech na lékařské fakultě v Rouenu pokračoval ve studiích v Paříži, lékařský diplom získal v roce 1893. Jako sedmadvacetiletý se vrátil do rodného města. V roce

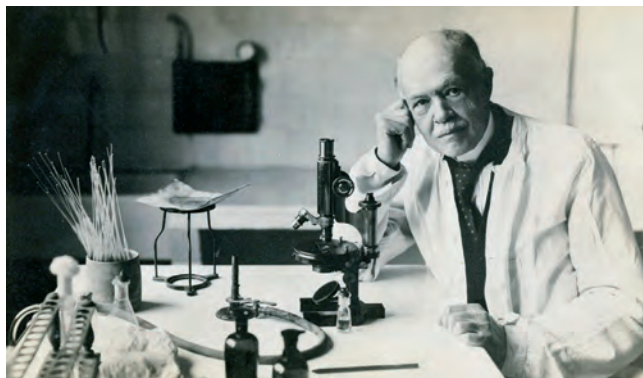
1895 se oženil s Alicí Aviceovou, do roka se jim narodila dcera Marcelle a v roce 1898 syn Pierre. V práci se však necítil spokojený, a když se v roce 1902 uvolnilo místo ředitele Pasteurova institutu v Tunisu, neváhal. Za zmínku stojí fakt, že tato pozice byla původně nabídnuta jeho staršímu bratru Mauriceovi, ten ji ale odmítl. Pasteurův ústav v Tunisu se následně stal pod Charlesovým vedením světoznámým centrem bakteriologického výzkumu a produkce sér a vakcín.

Boj s tyfem

Zvlášť detailně se Charles Nicolle zajímal o skvrnitý tyfus. Považoval jej za největší a zároveň nejvíce přehlížený problém, kterému musel v Africe čelit. Věděl, že jde o epidemickou, silně nakažlivou a v mnoha případech fatální nemoc, znal její příznaky – vysokou horečku, charakteristickou vyrážku a později stupor při zasažení centrálního nervového systému. Věděl i to, že v historii se nemoc zpravidla vyskytla tam, kde spolu žilo mnoho lidí pohromadě v bídě a nevyhovujících hygienických podmínkách, typicky během války ve zdemolovaných armádách nebo zajateckých táborech. Dvě věci však nevěděl – co chorobu způsobuje a jak se přenáší. Právě na způsob přenosu zaměřil své bádání, které trvalo dalších sedm let.

Studijního „materiálu“ měl dostatek. Nemocní přicházeli do Sadikihho nemocnice, sloužící především nemajetným pacientům, tak vyčerpaní, že se často zhroutil na prahu a zemřeli. V Tunisu tehdy umírala na tyfus třetina nakažených. Nicolle vyzoroval, že onemocněli též někteří z pacientů, kteří původně přišli s jinou nemocí, nebo členové zdravotnického personálu, jestliže se v čekárně setkali s nakaženými tyfem. Mezi těmito novými případy se přitom vyskytli lidé, kteří nemocné přímo neošetřovali, ale přišli do kontaktu s jejich obléčením. Naproti tomu vykoupaní pacienti převlečení do nemocničního prádla přestali být rizikem pro ostatní.

Jakmile si to lékař uvědomil a pozorováním ověřil, usoudil, že by hledaným přenašečem tyfu moh-



ly být šatní vši. Za účelem experimentálního ověření této hypotézy požádal Emila Rouxe, svého učitele z pařížského Pasteurova institutu, o pokusné šimpanze. Dostal je a injekčně infikoval krví tyfózního pacienta. Zvíře začalo být febrilní, pak se objevila typická vyrážka... Pokusy na šimpanzích však byly finančně nákladné, a tak Nicolle pokračoval na levnějších makacích. Makaka infikoval již nikoli krví nakaženého pacienta, ale šimpanze. Se stejným výsledkem – makak dostal vysokou horečku, pak na jeho kůži vyrazily tyfózní skvrny. Tak se mu podařilo prokázat, že skvrnitý tyfus přenášejí na člověka šatní vši, a v září 1909 informoval o svém objevu Francouzskou akademií věd. Jeho zpráva ohromila celý vědecký svět a Nicolle se stal doslova přes noc slavným. Pozdější výzkumy upřesnily mechanismus nákazy v tom smyslu, že nemoc se přenáší nikoli kousnutím vši, ale jejími výkaly, které si postižený vtírá do kůže při škrábání svědících kousanců nebo do očí. Nicolleho první setkání s tyfem v Africe přitom mohlo být zároveň jeho posledním. Krátce po příjezdu do Tunisu totiž na poslední chvíli zrušil inspekční cestu do věznic, v níž vypukla tyfová epidemie. Jeho dva kolegové zůstali ve věznicích přes noc, nakazili se a zemřeli...

Neslyšící laureát

„Experimentoval relativně málo a jednoduše, ale pokaždé šlo o výsledek nespočtu hodin úmorné duševní práce, let posuzování a zvažování všech možných variant. Pak šel přímo k jádru věci, bez zbytečných odboček... V případech objevení

vši jako přenašeče skvrnitého tyfu mu k ověření hypotézy stačilo půltuctu rozhodujících pokusů, kterým ovšem předcházela léta pozorování nemocí a její epidemiologie,“ napsal o Nicolleho metodách americký mikrobiolog a historik Hans Zinsser (1878–1940) ve svém díle „Krysy, vši a historie“, které francouzskému kolegovi v úctě věnoval.

V roce 1910 potvrdili Nicolleho objev americký patolog Howard Taylor Ricketts (1871–1910) a Russell Morse Wilder (1885–1959). Brazílský lékař a patolog Henrique da Rocha Lima (1879–1956) identifikoval v roce 1916 původce skvrnitého tyfu (aerobní gramnegativní bakterii) a označil ho *Rickettsia prowazekii* na počest Rickettse a německého zoologa a parazitologa českého původu Stanislava Josepha Mathiase von Prowazeka, kteří oba zemřeli na tyfus při svých bádáních. Na počátku těchto objevů však stála práce Charlese Nicolleho, za niž mu švédská Královská akademie věd v roce 1928 udělila Nobelovu cenu v kategorii fyziologie a medicíny. Pro zajímavost – byl prvním sluchově postiženým nositelem tohoto prestižního ocenění. Dalším se stal v roce 1932 britský fyziolog sir Charles Scott Sherrington, za vysvětlení funkcí neuronů (spolu s Edgarem Douglassem Adrianem), jehož problémy se sluchem však začaly až ve stáří. Třetím neslyšícím laureátem je John Warcup Cornforth, který získal Nobelovu cenu za chemii v roce 1975 (s Vladimírem Prelogem).

Další zásluhy

Ačkoli Charles Nicolle není počítán k objevitelům virů způsobujících

chřipku, jeho příspěvky k výzkumu v této oblasti byly rovněž klíčovými. Opíral se přitom o práci svého mentora z pařížského Pasteurova institutu Emila Rouxe. Když v roce 1918 udeřila smrtící pandemie takzvané španělské chřipky, způsobené virem H1N1, která si během dvou let vyžádala desítky milionů obětí, byl jako jeden z mála vědců na světě připraven ke studiu etiologie této nemoci. Silně pochyboval o dobové teorii, že chřipku způsobují bakterie. Od září 1918 experimentoval na lidských dobrovolnících a opicích s filtrovanými a nefiltrovanými vzorky sputa od nemocných chřipkou a podařilo se mu u některých vyvolat horečnaté onemocnění podobné chřipce. Nicméně nedostatek klinického materiálu a rychlost, s níž se pandemie šířila, mu nedovolily provést velkou kontrolovanou studii. Když však byly o více než deset let později chřipkové viry izolovány a popsány u myši a fretek, byl Nicolle uznán jako ten, kdo učinil první izolaci a tím zásadní krok k nalezení příčiny nemoci.

Kromě prohloubení znalostí o tyfu a chřipce významně přispěl k pochopení etiologie brucelózy, leishmaniózy, spalniček, spály, dobytčího moru, toxoplazmózy, tuberkulózy a trachomatózy. Podařilo se mu vypěstovat prvky *Leishmania donovani* a *Leishmania tropica* na umělých kulturách a dosáhl značných úspěchů v přípravě očkovacích látek proti řadě infekcí, například maltské horečce. Vynoutl vakcínu proti skvrnitému tyfu se mu však nepodařilo. V tomto bodě částečně uspěl v roce 1930 rodák z Přerova Rudolf Weigl, široce použitelnou a bezpečnou očkovací látku ovšem vytvořil až Harald R. Cox v roce 1938, dva roky po Nicolleho smrti. Charles Nicolle zemřel uprostřed práce jako ředitel Pasteurova ústavu v Tunisu a profesor College de France 28. února 1936 ve věku nedožitých 70 let.

Jeho nejvýznamnější objev – rozkrytí mechanismu přenosu skvrnitého tyfu – umožnil jasně odlišit tento typ tyfu od takzvaného endemického tyfu (krysy skvrnivka), vyvolávaného *Rickettsia typhi* a přenášeného na člověka krysími blechami, a vytvořil základ pro preventivní epidemiologická opatření proti této nemoci během obou světových válek.



Půlstoletí s českou hematologií

Markéta Mikšová
Foto: Leoš Chodura

„Nedovedu si představit, že dnes by měl sekundární lékař kliniky na starosti 25 lůžek tak jako před padesáti lety. Při nárůstu administrativy a množství nových specializovaných vyšetření, které se musí zařídit, je to nemyslitelné,“ říká letošní laureát Ceny J. E. Purkyně, onkolog a hematolog prof. MUDr. Pavel Klener, DrSc.

Narodil jste se v Bratislavě, národnosti jste české a Fakultu všeobecného lékařství UK jste absolvoval v Praze. Jak jste se do Prahy dostal?

Rodiče byli po roce 1918 vysláni do Bratislavy, aby tam pomáhali Slovincům. Československá vláda tímto způsobem na počátku společného státu nahrazovala nedostatek kvalifikovaných pracovních sil na Slovensku. Ale po vzniku Slovenského štátu byli velmi brzy propuštěni ze zaměstnání a rodina se musela vrátit zpět do Čech. Přestěhovali jsme se do Prahy a bydleli v Prokopské ulici na Malé Straně. V Bratislavě jsem strávil pouze dva roky.

Pocházíte z české, slovenské, či smíšené rodiny? Vaši rodiče byli také lékaři?

Oba moji rodiče byli Češi a oba byli zaměstnáni ve státní správě. Otec byl ředitelem Krajského úřadu v Bratislavě.

Co vás tedy přivedlo k medicíně? Byla to od začátku jasná volba, nebo jste váhal mezi více obory?

V době středoškolských studií jsem měl zájem o dva rozdílné obory – dějiny umění a chemii. Z čistě praktických důvodů možného budoucího uplatnění jsem se přiklonil k chemii. Od přihlášky na chemicko-technologickou fakultu mě ale odradil syllabus obsahující matematiku, k níž jsem neměl zrovna

vřelý vztah, a tak jsem se rozhodl studovat lékařskou chemii a biochemii na lékařské fakultě. Avšak první kontakt s nemocnými mi ve třetím ročníku mé rozhodnutí změnil. Péče o nemocné dala mému studiu jiný rozměr.

Mé směřování k interně pak patrně ovlivnil i můj starší bratr, v době mých studií již úspěšný internista ve Strakonících, u něhož jsem několikrát trávil část svých prázdnin. Již při studiu jsem se zajímal o místo studentské vědecké síly. Získal jsem jej na II. interní klinice, kde mi její tehdejší přednosta profesor František Herles přidělil jako školitele hematologa Ludvíka Donnera. Tím započala i má budoucí orientace na hematologii,

což byl zřejmě osudový okamžik, který mě k tomuto oboru připoutal na celý život. Možná kdyby profesor Herles tenkrát pověřil mým školením docenta Jaroslava Šetku, byl by ze mě třeba gastroenterolog. Definitivně o mé medicínské budoucnosti rozhodlo až moje stipendium u profesora Jeana Bernarda na hematologické klinice v Paříži v roce 1965.

Který z vašich tehdejších učitelů (ať již na fakultě nebo v klinické praxi) ve vás zanechal největší dojem, jaké zásady a poznatky jste si od nich „odnesl“ do své vlastní praxe?

Obdivoval jsem encyklopedické znalosti medicíny u profesora

Herlese, z hematologických koryfejí jsem nejvíce uctíval profesora Františka Heřmanského, ale zásadní podíl na mém odborném formování i počátcích vědecké práce musím přičíst svému školiteli profesoru Donnerovi. Byl výborný pedagog, náročný na přesné plnění úkolů, které mi zadával. Jeho základním doporučením bylo: „Nejdřív se musíte pořádně naučit řemeslo, teprve pak přichází jemná cítelerská práce!“ Vychovával mě k samostatné vědecké práci a přitom mě nutil k vystupování na odborných hematologických fórech. Jakmile jsem zvládl rutinní metodiky, zadal mi malý samostatný úkol a už v 6. ročníku jsem měl první výsledky. Ještě

PŘEDSTAVUJEME

před promoci mi pak v časopise Sborník lékařský vyšla první práce, za niž jsem v rámci studentské vědecké činnosti získal v celostátním kole první místo.

Jak byste srovnal atmosféru na lékařské fakultě tehdy a nyní, co vše se změnilo? Myslíte, že dnešní medik je hodně odlišný od toho, jací jste byli vy?

Není divu, že se atmosféra na fakultě i způsob studia za těch padesát let změnilo. Dnešní medicíci mají mnoho výhod, které jsme my neměli. Mají k dispozici dokonalejší učební pomůcky, možnost využívat zahraničních stáží v Evropě i v zámoří, jsou jazykově vybaveni, mají přístup na internet. Přesto bych řekl, že se struktura studentů zásadně změnila. Kromě pilných a schopných je tu i mnoho takových, kteří přípravu na lékařské povolání berou velmi nezodpovědně. Za nevýhodu současného systému studia považují mimo jiné i skutečnost, že se medicíci na fakultách seznamují hlavně se špičkovými diagnostickými a léčebnými metodami, ale vlastní lékařské řemeslo ve výuce poněkud ustupuje do pozadí. Pro nás byl velkou školou dlouhodobý pobyt ve venkovských nemocnicích, kde jsme měli příležitost poznat medicínu v celém rozsahu. Dnes má medik například na naší superspecializované klinice příležitost vidět pouze nemocné s maligními lymfomy, ale nemocného s infarktem zde nevidí.

Promoval jste přesně před 50 lety, po promoci jste pracoval jako lékař na chirurgii v Roudnici nad Labem. Jak vzpomínáte na začátky svého působení v praktické medicíně?

Vzpomínám na ně rád. V rámci umístěnkového řízení jsem byl tenkrát přidělen do Severočeského kraje, kde jsem zakotvil na chirurgickém oddělení nemocnice v Roudnici jako sekundář. Byl to paradox, protože jsem měl zájem o internu. Na interně ale v roce 1961 nebylo místo. Dostal jsem na výběr pracovat na gynekologii v Litoměřicích nebo na chirurgii v Roudnici. Řekl jsem si, že pro internu, jejíž myšlenky jsem se nezdával, je znalost chirurgie důležitější než gynekologie. Současně jsem sloužil jako lékař městské pohotovostní služby a zpočátku působil i jako závodní traumatolog v papírnách ve Štětí. Dohromady to byla pestrá, sice tvrdá, ale velice užitečná škola. V Roudnici bylo v té době málo lékařů, takže jsem se už krátce po promoci dostal pod dohledem primáře k jednodušším operacím a ambulance

jsem také musel sloužit samostatně. Brzy jsem se tak stal platným členem týmu. To však neovlivnilo moje snahy vrátit se na pracoviště, kde jsem se jako medik seznamoval se základy interny a hematologie, na II. interní kliniku.

Chirurgie vás tedy nezlákala?

Musím přiznat, že mě chirurgie opravdu zaujala. Bylo to patrně tím, že to byl první obor, do něhož jsem měl příležitost hlouběji proniknout. Získání základní chirurgické erudice jsem považoval za velký přínos pro budoucího internistu. Jako začínající praktik jsem zažil i spoustu až neuvěřitelných příhod. Uchytil jsem se tam velice dobře, ale i tak jsem se stále zabýval myšlenkou na návrat do Prahy.

Následně jste skutečně nastoupil na vytouženou II. interní kliniku v Praze – bylo těžké dostat se zpět do Prahy a na univerzitní pracoviště?

Návrat do Prahy nebyl jednoduchý, usiloval jsem o něj několik měsíců. Konkurzem jsem se dostal jako asistent do Fyziologického ústavu FVL UK. Když se pak uvolnilo místo na II. interně, nastoupil jsem tam jako sekundář, i když to zatím bylo jen na dobu určitou – na jeden rok. Po roce se mi podařilo získat trvalý pracovní poměr, jistě za podpory tehdejšího přednosty profesora Herlese. Nakonec z toho bylo téměř čtvrt století. Začátky ale nebyly vůbec lehké. Na roudnické chirurgii mi dost narostlo sebevědomí, byl jsem tam platným a samostatným lékařem. Na pražské klinice jsem najednou musel konzultovat každý krok a na všechno se ptát.

Tato klinika je spojena se jmény mnoha slavných internistů, působili zde profesori Pelnář, Vančura, Mařatka... Jakou měla atmosféru v době vašeho příchodu?

Atmosféra na klinice se mi jevila jako velice přátelská. Myslím, že dnes by takový kolektiv byl spíše výjimkou. Je zajímavé, že slavná jména internistů se prolínají mezi I. a II. interní klinikou. Asistent Bohumila Eiselta Emerich Maixner z I. interní kliniky se stal prvním přednostou II. interní kliniky, aby se po Eiseltově penzionování vrátil jako přednosta na I. internu. Naopak Josef Thomayer z I. interny převzal vedení II. interny. Jeho asistent Ladislav Syllaba pak byl dalším přednostou I. interny. Netušil jsem, že také já po více než dvacetileté práci na II. interně jednou na 18 let stanu v čele I. interní kliniky.

Ve Všeobecné fakultní nemocnici na Karlově náměstí působil prakticky půlstoletí. Jak se za tu dobu změnil charakter práce nemocničního lékaře, ale i charakter pracovišť samotných?

Ve VFN se za půlstoletí mého působení změnilo mnohé. Nejen ve struktuře, stavebních úpravách a koncepcích, jež se měnily s dvanácti různými řediteli, které jsem zažil, ale i ve způsobu práce. Nedovedu si představit, že dnes by měl sekundární lékař kliniky na starosti 25 lůžek. Při nárůstu administrativy a množství nových specializovaných vyšetření, které se musí zařídit, je to nemyslitelné.

Systematicky se věnujete onkologické problematice, zejména protinádorové chemoterapii, jejímž jste průkopníkem. Za poslední léta došlo k zásadnímu posunu od chemoterapie k cílené léčbě. Jak byste tento překotný vývoj charakterizoval? Je těžké usledovat vývoj a nabídnout pacientům vždy léčbu co nejdříve up to date, když se poznatky mění doslova s každým rokem, či dokonce měsícem?

Můj částečný přesmyk od hematologie k onkologii nastal paradoxně na hematologické klinice profesora Bernarda v Paříži, kde jsem se seznámil se základy moderní chemoterapie. Ta se ve stále větším měřítku začala uplatňovat i u solidních nádorů. Moderní trendy v chemoterapii jsem zaváděl

na domácím pracovišti ihned po svém návratu z Paříže. Začal jsem se touto problematikou zabývat hlouběji, napsal jsem první monografii o protinádorové chemoterapii a stal se častým řečníkem i na onkologických shromážděních. Posléze jsem byl jmenován zástupcem ČSSR v grémiu pro protinádorovou chemoterapii RVHP.

Chemoterapie je přes řadu nevýhod, daných především jejími nežádoucími účinky, stále jednou ze základních a nepostradatelných součástí protinádorové léčby. Její účinnost byla posílena zavedením moderní podpůrné léčby a v neposlední řadě také cílené léčby, u nás nepřesně nazývané biologická léčba. Cílená léčba je spíše jakousi nitrobuňčnou chemoterapií než léčbou biologickou a v kombinaci s chemoterapií se stala významným terapeutickým přínosem některých malignit. Má však svá přesná vymezení a není vhodná pro každého nemocného, což si pacienti často nesprávně vysvětlují neochotou lékaře tuto léčbu indikovat. Nicméně každý měsíc se objevují zprávy o nových cílených léčivech a nepochybně bude trvat řadu let, než se přínos těchto nových látek objektivně posoudí.

Byl jste prvním polistopadovým ministrem zdravotnictví. Jakou nejcennější zkušenost jste si z tohoto postu odnesl? Myslíte si, že řídit resort tehdy a nyní je hodně odlišná záležitost, nebo se každý

ministr potýká víceméně s tím samým?

O funkci ministra jsem neusiloval, ale když jsem byl jmenován, zanechal jsem medicínské praxe a pustil se naplno do práce na ministerstvu, které v té době bylo i ministerstvem sociálních věcí. Ihned se začalo s prací na reformě zdravotnictví a do konce mého

prof. MUDr. Pavel Klener, DrSc.

*** 9. dubna 1937
v Bratislavě**

Po absolvování Fakulty všeobecného lékařství UK v Praze v roce 1961 nastoupil na chirurgické oddělení nemocnice v Roudnici nad Labem. Další roky pracoval jako sekundární lékař, odborný asistent a docent II. interní kliniky v Praze, kde v roce 1988 získal profesuru. Od 70. let se systematicky věnuje onkologické problematice, zejména protinádorové chemoterapii (již v roce 1974 vydal první monografii věnovanou této problematice u nás). V letech 1988–1990 působil jako přednosta Onkologické kliniky FVL UK a VFN, v letech 1990–2007 byl přednostou I. interní kliniky I. LF UK a VFN, zároveň v letech 2002–2007 ředitelem Ústavu hematologie a krevní transfuze. Zastával funkci proděkana I. LF UK pro vědu (1990–1993), mezi lety 1994 a 2006 byl prorektorem UK pro vědu.

V letech 1989–1990 vykonával funkci československého ministra zdravotnictví a sociálních věcí. Dva roky byl také poslancem České národní rady. V letech 1992–1998 zasedal v Radě vlády pro vědu. V roce 2008 neúspěšně kandidoval do Senátu PČR. V letech 1999–2003 byl předsedou České onkologické společnosti ČLS JEP. Je členem České lékařské akademie (ČLA).

Publikoval 19 monografií a kolem tří set odborných sdělení. Za svou vědeckou a organizační činnost obdržel nejrůznější ocenění (Medaile Za zásluhu o stát v oblasti vědy udělená prezidentem republiky, Cena ministra školství za vědu, Zlatá medaile Univerzity Karlovy, Cena rektora UK za nejlepší vědeckou publikaci v roce 2007, Cena primátora Hlavního města Prahy za dlouhodobý rozvoj pražské kongresové turistiky, Medaile AV ČR „De scientia et humanitate optime meritis“ či Cena J. E. Purkyně). Je ženatý a má syna a dceru.



funkčního období byl připraven a vytištěn návrh, k němuž se pochvalně vyjádřili i experti WHO. Skončil ale v koši. V průběhu následujících let byly fragmentovaně realizovány některé v něm uvedené kroky. Nejvíce mě však zarazelo, s jakou lehkostí někteří z mých následovníků rušili dobře fungující systémy, například v preventivní medicíně, a k jakým koncům dospěla reorganizace profesního postgraduálního vzdělávání. Měl jsem zásadu, že pokud nemohu navrhnout něco lepšího, je nesmysl rušit zaběhnutý systém. Nehodlám posuzovat práci svých následovníků, neboť se na ministerstvu zpravidla moc neohráli. Mám však dojem, že od nástupu ministra Fišera řídili ministerstvo spíše první náměstci než samotní ministři.

V letech 2002 až 2007 jste stál v čele Ústavu hematologie a krevní transfuze. Vaše odvolání z funkce tehdejšími ministryni zdravotnictví bylo velkým překvapením. Tušíte, co bylo skutečným důvodem tohoto kroku?

Přiznám se, že mé odvolání bylo překvapením i pro mě. Ústav se úspěšně rozvíjel, hospodaření měl vyrovnané, což potvrdila i následná kontrola Nejvyššího kontrolního úřadu. Podařilo se vybudovat nové moderní ambulance a zajistit finanční prostředky na zařízením komplementu laboratoří. Rozvíjela se vědecká činnost, většina laboratoří získala akreditace a také léčebně-preventivní péče dosáhla skvělé úrovně, o čemž svědčí i udělení mezinárodní akreditace JCI (Joint Commission International). Navrhl jsem plán integrace hematologické péče ÚHKT a 1. interní kliniky 1. LF UK. Nesouhlasil jsem však se sloučením ÚHKT se Všeobecnou fakultní nemocnicí. To bylo interpretováno jako manažerské selhání, neboť jsem nebyl



schopen přesvědčit své spolupracovníky o správnosti rozhodnutí ministra Julínka připojit ústav k VFN. Další sled událostí byl velmi rychlý. Způsob jednání s čelnými představiteli Ministerstva zdravotnictví ČR a posléze i s premiérem Topolánkem se pro mě stal nezapomenutelným negativním zážitkem, neboť tolik arogance, prezírání a neochoty vyslechnout argumenty druhé strany jsem nezažil ani v době totality.

Vychoval jste si velmi schopného nástupce v podobě profesora Marka Trněného, který po vás převzal ústav i kliniku. Ne každému přednostovi se to podaří – máte nějaký recept?

Nemám žádný speciální recept. Snažil jsem se podporovat své mladší spolupracovníky v rozvoji jejich odbornosti i ve vědecké práci. Záleželo hlavně na nich, jak příležitost k dalšímu odbornému růstu využijí. Mnohým jsem navrhl habilitaci, některým i jmenovací řízení. Postupně se okruh možností mého vhodného nástupce zužoval, protože ve funkci vedoucího pracoviště je kromě od-

bornosti zapotřebí i zapálení pro obor, mimořádná píle a schopnost pracovat často bez ohledu na pracovní dobu. Tyto vlastnosti jsem nalezl především u Marka Trněného a jsem rád, že vedení fakulty se s mým návrhem na nového přednostu ztotožnilo.

O to více se věnujete publikační činnosti, z vašich knih se učí lékaři i onkologové v praxi. Které si považujete nejvíce a kterou byste nejtežší napsal?

Nejvíce si cením obsáhlé monografie „Klinická onkologie“, kterou jsem napsal prakticky sám. Pokud jde o úsilí a časovou zátěž, pak bych jmenoval neméně obsáhlou monografii „Vnitřní lékařství“, v níž sice mám vlastní autorství, v níž sice mám vlastní autorství, ale podíl jen desetiprocentní, ale sládit a korigovat příspěvky několika desítek dalších spoluautorů byl mimořádně obtížný a nevděčný úkol. Jsem rád, že toto editorské úsilí nebylo marné a monografie byla okamžitě rozebrána, stejně rychle pak z pultů zmizela i další dvě vydání. V současné době je v tisku již čtvrté, podstatně aktualizované vydání.

Vedle ministerského postu jste dva roky působil též jako poslanec České národní rady, ucházeli jste se o funkci senátora, hovořilo se o vás jako o prezidentském kandidátovi. Nechystáte se znovu do nějaké veřejné funkce?

Jednak mi žádná veřejná funkce nabídnuta nebyla, a i kdyby se tak stalo, patrně bych její přijetí velmi zvažoval. Mé krátké působení v politice a hlavně sledování praktik naší politické scény mě utvrdily v názoru, že veškeré snahy po racionální změně v jakémkoli oboru musí ustoupit do pozadí před neodbornými politickými rozhodnutími stranických sekretariátů.

Letos se vám dostalo pocty v podobě Ceny J. E. Purkyně, nejvyššího ocenění, jež svým členům uděluje Česká lékařská společnost JEP. Co pro vás znamená?

Je to pro mě velká a nečekaná pocta. Když jsem si přečetl jména nositelů tohoto vyznamenání, jsem hrdý, že jsem se do tohoto seznamu také dostal.

Když se ohlédnete za svým velice plodným životem, z čeho máte největší radost? Vzpomenete si naopak i na nějaký moment, kdy byste se chtěl vrátit v čase a učinit jiné rozhodnutí, pokud by to bylo možné?

Mám radost, že se mi podařilo splnit zadání pro správného muže. Postavit dům, zplodit syna a zasadit strom. Dům jsem sice nepostavil, ale nádenické práce na přebudování chalupy jsem zažil tolik jako na stavbě nového domu. Syna jsem zplodil a stromů zasadil několik. Kromě toho jsem formou učebních textů a monografií předával své zkušenosti mladé lékařské generaci. O tom, zda bych měl něco ve svém životě učinit jinak, neuvažuji. Možná, že by odlišná rozhodnutí nebyla o nic přínosnější.

Do čeho byste se ještě nyní rád pustil?

Rád bych se pokusil o napsání monografie o cílené léčbě. Podrobnější informace o této proudu se rozvíjející metodě považuji za velmi potřebnou. Samozřejmě počítám se spoluprací svého syna.

Ve vaší rodině skutečně platí, že jablko nepadá daleko od stromu. Váš syn Pavel je také lékařem a dnes již i spoluautorem vašich publikací. A dcera Veronika?

Mám radost, že můj syn Pavel jde částečně v mých šlépějích. Se zaujetím se věnuje klinické medicíně v oblasti hematologické onkologie, ale také výzkumu na Ústavu patologické fyziologie 1. LF UK. Je nejen spoluautorem několika mých publikací, ale hlavně samostatným autorem řady příspěvků v domácích i zahraničních časopisech.

Dcera Veronika je profesorkou na gymnázium Jana Keplera v Praze, kde vyučuje angličtinu a hudební výchovu. Kromě vzorné péče o své dvě děti se aktivně podílí na organizaci každoročních festivalů akademických sborů „Festa academica“.

Jak si nejlépe odpočínáte?

Na odpočinek mi mnoho času nezbyvá, ale za aktivní odpočinek považuji práci na chalupě, které je neustále dost. Jinak se vždy potěším návštěvou koncertů nebo divadel. Sbíráám také sovy, ale vlastně už nevím proč; někdo mi ji jednou přinesl, pak se to rozkřiklo a začal jsem je dostávat ze všech stran. Když jejich počet dosáhl asi čtyř set, přišlo stěhování, takže jsem byl nucen je trochu zredukovat...

V posledních letech mi pak ještě přibývala radostná funkce dědečka, kterou bych nerad zanedbával, dokud vnoučata nevyrostou natolik, že už je děda nebude zajímat.

Osobnosti české medicíny vážně i nevážně

prof. MUDr. Ludvík Schmid, CSc.

(26. 9. 1910 Praha
– 8. 7. 1992 Praha)

Jeden ze zakladatelů českého tělovýchovného lékařství spolu s profesorem Králem a docentem Hornofem. Původně internista na pražské lékařské fakultě, v roce 1990 se stal profesorem vnitřního lékařství. Při tom se stále více zabýval tělo-

výchovným lékařstvím, úrazy při sportu, zvláště při boxu, od roku 1962 byl i členem lékařské komise Mezinárodní amatérské boxerské asociace. Spolu se Zdeňkem Hornofem napsal díla „Tělesná výchova mládeže očima lékaře“ (1943) a „Cvičte bez úrazu“ (1948), dále byl autorem příručky „První pomoc při sportovních nehodách“ (1951). Druhým jeho velkým zájmem byla historie – „Pražské lékařské diserta-

ce“ (1957), „Irští lékaři v Čechách“ (1968) a historie Krkonoš.

Dobrák pan docent

Ludvík Schmid byl za války nasažen do laboratoře jedné pražské nemocenské pokladny. Zde se mimo jiné vyšetřovaly žaludeční štávy. Tenkrát se to provádělo tak, že pacient přišel ráno nalačno, vypil šálek čaje a snědl jednu žemli. Za půl hodiny mu byla odčerpána ža-

luděční šťáva a lékař, tedy docent Schmid, pak provedl její rozbor. Před vchodem do laboratoře byla velká společná čekárna pro několik oddělení. Jednoho rána sestra Helenka z laboratoře otevřela dveře do čekárny a zavolala: „Pan Novák!“

Zvedl se silný chlap, který si četl sportovní rubriku novin. V laboratoři se posadil na židli a sestra mu nařídila otevřít ústa a vypláznout jazyk. Pacient se zatvářil nechápavě, ale poslechl. A než se nadál, měl v ústech gumovou sondu a sestra ji s rutinou zaváděla do žaludku. Pacient vykullil oči a snažil se něco namítat, ale s tím si na zkušenu sestru nepřišel. Přidržela si

ho kolenem a v okamžiku vyčerpala potřebné množství žaludeční šťávy. A při tom pacientovi vyhubovala, že málo kousal.

Jakmile byla hadička venku, pacient začal nadávat. „Čekám tu na ortopedii na vložky do bot a vy jste mi ze žaludku vytáhla párek, který jsem si koupil za poslední potravinové lístky. A ještě jste mi nadávala, že jsem špatně kousal. Jak k tomu přijdu?“

Přivolavý hluk přilákal docenta Schmidu, který si to nechal vysvětlit, pacienta se mu zželelo, a tak mu jako odškodnění přenechal svou svačinu přinesenou z domova.

MUDr. Svatopluk Káš

Kouření a nikotinismus ve světle citátů

Lékaři proti riziku nikotinismu bojují jednak záplavou výchovné literatury, někteří z nich však nejraději tím, že si při každé příležitosti zapalují jednu od druhé. A aby se necítili provinile, razí heslo: „Kuřák je ten, kdo kouří víc než já.“ O kouření také existuje stejně jako o alkoholismu řada aforismů a citátů.

Tabák božský, vzácný tabák, který daleko předčí všechnu panaceu, všechny hrnce zlata a pravdy filozofů, suverénní lék na všechny choroby. (Robert Burton: *Anatomie melancholie*)

Kouření patří mezi věci, jimiž se člověk liší od zvířete. Teprve kouřením se člověk stává člověkem. (Helmuth von Moltke)

Ať si Aristotelés a všichni filozofové říkají, co chtějí, stejně se nic nevyrovná tabáku. Je vášní slušných lidí; kdo žije bez tabáku, nezaslouhuje, aby žil. (Molière: *Don Juan*)

Milý hochu, kouření patří mezi ta největší potěšení v životě, a jestli se již předem rozhodneš nekouřit, pak tě mohu jen politovat. (Sigmund Freud)

Plaň v šeru, než smrt řekne svoje veto, s tvým ohněm i můj oheň zhasíná, má cigareto! (Jaroslav Vrchlický)

Nevím, proč bych si měl odpírat to drobné blaženství, které načerpám z každé cigarety, zvláště té první po kávě. Ta první cigareta po spánku, ta mě vždycky vrátí rovnou do života. (William Saroyan: *O neumírání*)

Ve zkonejšení je nejsladší kouzlo cigarety, proto je skoro neodlučitelná od nevázaných požitek. Patří k sektu, k hazardní hře a k lásce, k hříchu, poezii a požitkářství. (Paul von Schönthan)

Žena je jenom žena, ale dobré cigáro, to je přece pokouřeníčko. (Rudyard Kipling)

Kouření může být i u žen prospěšné. Když kouří, aspoň chvíli nemluví. (Svatopluk Káš)

Stálo to za to, přestat kouřit, abychom tak mohli vychutnat tu slast začít znovu. (Luisiella Fiumiová: *Jako žena nula*)

Kouření je trvalý předmět sporu mezi různými lékařskými školami. Z lékařského hlediska ještě

není rozhodnuto, zda je úspěšnější kouření na čerstvém vzduchu tatarských sanatorií, nebo v luhačovických lesích. (Vladislav Havel: *Malý zdravotnický lexikon*)

Vášnivý kuřák, který stále všude čte, jak kouření škodí jeho zdraví, ve většině případů přestane – číst. (Winston Churchill)

Již od dob, kdy Kolumbus v roce 1492 spatřil kouřící Indiány a zmínil se o tom ve Španělsku, stále se rozrůstá epidemie, která svým rozsahem nemá mezi ostatními chorobami obdoby. Mor, obrna či neštovice už dávno vyklidily pole, zatímco toto barbarské vdechování kouřové směsi nikotinu, kyslíčnicku uhelnatého, dehtu a dalších škodlivých zplodin se pro mnohé stává neodmyslitelnou součástí moderního života. (Jiří Noha: *Lékař vypravuje*)

Badatelé plující v Kolumbových stopách objevili americké Indiány mírumilovně bafající ze svých dýmek. Zanedlouho žhnuly dýmky po celé Evropě. Tabák nyní způsobuje jen ve Velké Británii ročně na 50 tisíc úmrtí a má na svědomí před 300 tisíc životů Evropanů, kteří se přijeli roztahovat do vonných pralesů, čistých prérí a řek rudokožců. Je to strašná pokuta za narušení jejich soukromí. (Richard Gordon: *Medicínské katastrofy*)

Zvyk odpudivý očím, nenáviděný nosem, škodlivý mozku, nebezpečný plicím, v jeho černém páchnoucím kouři se shromažďují všechny strašné zápachy a bezedné jámy pekla. (Jakub I. Stuart, *anglický král*)

Cigareta je smradlavé seno s ohněm na jednom konci a s bláznem na druhém. (Abraham Lincoln)

Lidé jsou komická stvoření. Když jim řeknete, že ve vesmíru je 8990 457 320 178 hvězd, věří tomu. Ale tisíckrát jim můžete dokazovat, že kouření je nezdravé, stejně klidně hulí dál. (Albert Einstein)

Hlavním důvodem, proč lidé nebudají statistik varujících kuřáky, je, že onemocnět a třeba i umřít

z kouření je možné, zatímco požitky z kouření cigarety je jistý. (Stanislav Komenda: *Laskavé ubližování*)

Cigarety jsou jediným spotřebním zbožím, které jsou používány podle návodu způsobuje smrt. (Zletáku *American Cancer Society*)

Cigareta je nejsmrtonosnější zbraň, jakou kdy člověk vymyslel pro mírové účely.

Rozdíl mezi kuřákem a nekuřákem: Nekuřák umírá mnohem zdravěji.

Tabákové monopoly páchají vědomou vraždou na milionech lidí. Kuřáci jsou jim za voly. (Zdeněk Skácel)

Nebudme příliš kritičtí k tabákovému průmyslu, vždyť koneckonců naši lék proti vysokému věku. (Lloyd Clark)

První cigareta bývá obvykle zdarma, poslední k nezaplacení.

Začínajícím kuřákům dělá kouření někdy potíže. Těm pokročilejším vždycky. (Miroslav Vidner)

Kouření ohlupuje. Způsobuje neschopnost myslet a básnit. Je také jen pro lenochy, kteří mají dlouhou chvíli, třetinu života prospí, třetinu probendí jídlem, pitím a jinými nutnými či zbytečnými věcmi a pak ani nevědí, co si mají počít s tou poslední třetinou. Ačkoli říkají *vita brevis*. (Johann Wolfgang von Goethe)

Nikotin je metabolit. Jeho obhájci říkají živina. Ale jen pro kuřáky. Nekuřák ho nikdy nepostrádá. Ve skutečnosti je to budík, bič, šidítko s krátkodobou platností. (Ota Dub)

Láska je preventivní prostředek proti rakovině plic. Během milostného aktu se nekouří. (Gabriel Laub)

Kuřák je jako malé dítě. I jemu nejvíc chutná to, co mu zakazují.

Kuřáka nejvíc dusí, když si nemůže zapálit.

Každá cigareta má svůj filtr – plice.

Nekuřáci jsou lidé druhé kategorie, odsouzení k tomu, aby žili ve výfukovém kouři druhých. (Oliver Hassenkamp)

Zakázat kouření, to už dnes nejde. Tedy co dělat? Alespoň jedno: Nekamenujte nekuřáky! (Cerd Ehestorf)

Kuřáci jsou mnohem tolerantnější než nekuřáci. Slyšeli jste někdy, že by si stěžovali na nekuřáky? (Svatopluk Káš)

Správný kuřák pro cigaretu i přes plot skočí. Pokud mu to dovolí jeho zdravotní stav.

Jsou lidé, kteří kouří svých posledních čtyřicet cigaret až do konce svého života. (Luisiella Fiumiová: *Jako žena nula*)

Úspěch při odvykání kouření záleží v důsledném dodržování zásady „vše, nebo nic“. Poslední cigareta již byla vykouřena. Předsevzetí, že teprve bude, je na nic. (J. Hlavatý: *Toxikomanie a alkoholismus*)

Nelepší způsob, jak se zbavit návyku kouření je metoda sice razantní, ale účinná. Je třeba vkládat cigaretu do úst obráceným koncem. (Paul Bazin)

Odnaučit se kouřit je snad nejnárodnější věc pod sluncem. Já sám jsem se o to pokusil nejmíň tisíckrát. (Mark Twain)

Plicní lékaři jsou buď fanatickými nekuřáky, dělají vám kázání o všech nebezpečích tabakismu a děsí vás příšernými chorobnými následky kouření. Anebo taky kouří 60 cigaret denně, dělají vám kázání o všech nebezpečích tabakismu a děsí vás příšernými chorobnými následky kouření. Jestliže se však ozve: „Ale vy přece taky kouříte, pane doktore!“, odvětví vám: „To je něco úplně jiného, pane Nilssone, něco úplně jiného!“ (Rickard Fuchs: *Zcela určitě jste marod*)

Některé pracovníky zdravotní výchovy tak znepokojuje problém



Ilustrační foto: Shutterstock

znečišťování ovzduší, že kouří jednu cigaretu za druhou.

Kdyby si ženy uvědomovaly všechny půvaby, jichž se zbavují, když šňupají, a zvláště tu hrůzu, kterou v nás budí všechny ty, které kouří, jak vraští nos, vadnou, jak jim vzrůstá horní ret, nekouřily by nikdy. (B. Bousiron, *francouzský lékař, první polovina 18. stol.*)

Dříve muž dostával ženu, která uměla vařit jako její matka. Dnes dostane nanejvýš ženu, která umí kouřit jako její otec.

Každou vykouřenou cigaretou těhotná žena přímo zvyšuje pravděpodobnost, že porodí mrtvé dítě. (Erich Segal: *Doktoři*)

Mahulena narkomanka Mahuleno, Mahuleno, ty máš doma nahuleno. Dokonce i na dvorku cítím páchnout machorku. Pro dívku se nehodí zamořit pár poschodí. Jen počkej na Radůze, až se vrátí ze schůze. Jako žito budeš bita, nesedneš si pro jelita. Mahuleno, Mahuleno, ten tě přehne přes koleno. (podle Jiřího Žáčka)

Stanovil jsem si jako pravidlo nekouřit nikdy více než jeden doutník současně. (Mark Twain)

Dýmka je symbol muže, jenž touží uchovávat hodnoty, cigareta je symbol zmaru. Dýmka udržuje oheň, proto musí sama trvat. Cigareta nic neudrzuje, proto sama pomíjí. (Illa Hurník: *Muzikální Sherlock*)

Popelník – nádoba, do které dáváme cigaretové nedopalky, není-li v místnosti podlaha. (Julian Tuwim)

Podle délky kuřáckých přestávek se zdá, že máme nejdelší cigarety ve světě.

Kdybych nebyl kouřil a pil, mohl jsem ještě kouřit a pít. (náhrobní nápis)

výbral a sestavil MUDr. Svatopluk Káš

Karate vykřívá i emoční údery

„V rámci tréninků se i pereme. Nacvičujeme koordinaci, předvídání pohybu druhého a provedení obrany a protiútku ještě v době, kdy probíhá útok, čímž můžeme využít sílu útočníka. V duchovní složce hraje roli i vzájemná úcta soupeřů,“ vysvětluje principy bojových umění **MUDr. Zlata Mistolero**vá.

Paní doktorka je členkou Kamikaze, což není klub sebevrahů, ale japonsky „božský vítěz“ a jde o mladoboleslavský oddíl karate. „V civilu“ je primářkou mužského oddělení pro léčbu sexuální deviací a vedoucí sexuologické ambulance PL Kosmonosy.

Laikovi se zdají bojová umění navzájem dost podobná. Jaký je například hlavní rozdíl mezi karate a judem?

Judo je boj nablízko, používají se hody, podrazy, páky, držení a škrtení, ne však kopy a údery. Při karate si naopak zachováte od soupeře odstup a kopy a údery jsou součástí boje.

Prapůvod bojových umění ovšem vychází ze společných principů. Na Okinawě, kolébce karate, bylo v průběhu historie několik období, kdy lidé nesměli vlastnit zbraně. Museli se tedy naučit bránit holými rukama, ze kterých se intenzivním cvičením staly tvrdé zbraně. Využívali však k obraně i běžné pracovní náčiní. Například nunčaku byl malý cep, který používaly ženy, a je proto poměrně humorné, když teď s nunčaku dělají ramena kluci. Je to, jako kdyby předváděli sestavu s válečkem na nudle.

Význam boje se zbraněmi je pro karate v tom, že technika prázdných rukou musí předpokládat i to, že soupeř je ozbrojen. Cvičenec musí ovládat základy techniky zbraní, protože řada sestav představuje právě zneškodnění útočnickovy zbraně. Ale karate je „umění prázdné ruky“.

Ke karate jste se dostala dříve než k medicíně, nebo později?

Mnohem dříve. Jako dítě jsem měla velké problémy s kyčlemi, rodiče mě vodili po doktorech a nemohla jsem moc sportovat. Při tělocviku jsem bývala nemotorná a modlívala se, aby mi na vysvědčení k jedničkám z ostatních předmětů nepřiplula trojka z tělesné výchovy. Samozřejmě jsem chtěla být obratná jako ostatní děti. Bojové sporty se mi vždycky líbily, ale měla jsem pocit, že na to nemám.

V patnácti jsem se zralostí pubertáka usoudila, že už té přehnané péče lékařů o moje klouby bylo dost, s doktorkou končím a teď se zařídím podle svého! V šestnácti



Foto: Leoš Chodura

jsem objevila oddíl karate a zůstala v něm, ačkoli to pro mě byl velký nápor na fyziku. Brala jsem to jako zkoušku, jestli dokážu vydržet, vytrvat, překonat sama sebe. Držela mě i výborná parta lidí a přátelské vztahy v oddíle. Začalo mě to moc bavit. Sedm roků jsem cvičila v Praze, ale před státnicemi jsem všechnu energii vložila do ukončení medicíny. Ke karate jsem se vrátila, až když jsem přišla sem do Mladé Boleslavi, odatestovala a vdala se. Našla jsem oddíl Kamikaze a navázala na svou předchozí sportovní činnost. Bylo to už ale jiné, než když jsem kdysi s karate začínala. Tehdy jsem se hledala, teď jsem navázala už jako dospělý člověk.

Máte malého syna. Jak jde bojové umění spojit s těhotenstvím a mateřstvím?

Těhotenství není žádná patologie, byla jsem zdravotně v pořádku,

mu správně vysvětlí, co má udělat, dá docela razantní ránu.

Je dobré, že je v tomto prostředí a ví, že je normální sportovat. V dnešní době se totiž sport dostává na okraj zájmu dětí. Méně se kultivuje vztah k pohybové aktivitě a mizí možnost se v ní poměřovat. Situaci ve sporu lze řešit i zápasem majícím určitá pravidla. Když se dva kluci perou, nemusí to být projev agrese. Podívejte se na Foglarovy knížky. Kluci se perou, protože jsou kluci a dostat druhého na záda je výraz převahy. Ti dnešní v tom nemají cvik, tak se poměřují kvalitou oblečení a mobilů, v tom ale nejsou principy zdravé soutěživosti. V průběhu vývoje jsme zapomněli plavat a zapomněli jsme se prát. Pochybujeme o sobě a nevěříme ve vlastní schopnosti, ale právě sport buduje vůli a zdravé sebevědomí. Kotata si neublíží, ale poměří se férově.

V oddílu se věnujete i tréninku dětí?

Ano. Na tréninku začínáme všichni dohromady, bez ohledu na věk. Během tréninku se pak rozdělíme na začátečníky a pokročilé. Vedle sebe cvičí dospělí i děti a nikdo tu nevnímá negativně. Vůbec jsou tu moc fajn lidi, výborná parta a vítáme i nové členy.

Je karate zdravý sport?

Víc než sport je karate určitá filozofie. Karate je cesta, po které můžete jít celý život. V dětství a mládí se můžete věnovat jeho sportovní části a třeba i závodit. Později vám pomáhá udržet si zdraví. Cvičíte sestavy, které lze provádět kdykoli a kdekoli. Vedou k udržení pohyb-

livosti kloubů a pohybové harmonii. Při karate se musíte soustředit pouze na to, co děláte, jak se pohybují vaše ruce a nohy a jestli pohyb děláte správně, naprosto se koncentrovat. Je to cvičení, které pracuje s celým tělem. Vede k úžasnému uvolnění a oprostění se od starostí.

V rámci tréninků se i pereme, ale není to zraňující. Je to kombinace obrany a snahy o protiútok. Jde o koordinaci, o vychytání a předvídání pohybu druhého, ale v duchovní složce i o vzájemnou úctu soupeřů. Víte, já někdy odcháším z práce na trénink hrozně unavená. Po tréninku cítím duševní uvolnění, očistění a nad leccos se dokážu lépe povznést.

Bolí to, když cvičíte?

Někdy. Dokonce se mi stalo, že jsem měla zlomený nos. Ale život přece taky bolí. Karate možná trochu víc bolí fyzicky a běžný život psychicky. Karate vychovává k disciplíně a kultivuje k úctě a sebeúctě. Musíte dlouho poslouchat instrukce a dostat se přes pocit, že nároky nezvládnete.

Který pás už si vážete na kimonu? A jakých úspěchů jste již dosáhla?

Žákovské pásy končí hnědým. Já mám černý, to je mistrovský. A má vítězství? Často dělám lékařskou službu na regionálních závodech. Dopoledne bývají na závodech sestavy, těch se zúčastňuji jako soutěžící. Odpoledne probíhají zápasy, kumite, a u toho musí být lékař, takže přebírám tuto roli. Závodů se aktivně účastním pro podporu tréninků a psychiky, protože vystoupit před rozhodčími a zacvičit tak, aby nebyly patrné obavy, je docela obtížné.

Beru to i jako duševní trénink. Mně už nejde o to vyhrávat, ale kultivovat svůj pohyb tak, abych zlepšovala techniku a udržovala si dobrý fyzický i duševní zdravotní stav. Podstatné je pro mě také být vzorem pro syna. To je asi vůbec největší motivace, když něco můžete

Teď je vašemu synovi šest. Už má kimonu?

Ano. Když mu bylo pět, dohodli jsme se, že jakmile si na trénink vezme kimonu, jde se cvičit. Nechá si tepláčky? Tak to si bude jen hrát. Ale on to bere jako otázku osobní cti, a tak se navléká do kimonu. Rád se kočkuje, letos začal chodit i na judo. Dětem je bližší, mají rády chvaty a boj nablízko. Mně víc vyhovuje karate – pokud dobře zkoordinujete pohyb úderu, je to pořádná rána. I syn, pokud se



Foto: Leoš Chodura

KONÍČEK LÉKAŘE

předávat tak blízkému člověku, jako je vlastní dítě.

Jsou spolu karatisté i mimo tréninky a závody?

Začátkem léta jezdíme na soustředění do Jinolic v Českém ráji, tradičně se tam sjíždějí karatisté z celé republiky. Těší nás společně si zacvičit i popovídat. Spojuje nás ale něco, co má možná vyšší smysl než si jen popovídat. Jezdí sem další učitelé, například mistr meče pan Hutovec, který cvičí kendo. Je tu tedy prostor vpustit i další směry.

Až do mistrovského stupně by měl cvičenec kultivovat svůj styl, potom může přibírat prvky ostatních. Na základ jde nabalovat. Ve finále zjistíte, že princip bojových umění je obdobný a že hlavně nejde jen o to bránit se, ale především kultivovat se. Pokud se lidé, kteří cvičí dlouhou dobu, dostanou do konfliktní situace, snaží se nenechat ji vyeskalovat do stadia boje. Svoji roli má i to, že lépe zachováte chladnou hlavu a rozvahu. Strach je v konfliktní situaci přirozená emoce, ale vystupujete-li vyrovnaněji a sebevědoměji, útočník to vycítí. Základním principem je tedy najít způsob jak boji předejít.

Pracujete na uzavřeném pavilonu, navíc cesta sem vede parkem... Musela jste někdy úderu karate použít na svoji obranu?

Ne. V civilním ani profesním životě jsem karate naštěstí nikdy použít nemusela. Snažím se být pozorná a nedostat se do situací, kdy by mi přehnaně hrozilo nebezpečí. V rámci příjmových psychiatrických oddělení jsem se setkala s různými lidmi. I když někteří byli hodně naštvaní a hrozila konfliktní situace, zatím vždy jsme to nějak zvládli.

Já už ale nechodím na karate jen proto, abych se uměla ubránit. Ostatně proti střelné zbraní by mi asi stejně nepomohlo. Bůh prý rozdělil lidi na silnější a slabší, ale Samuel Colt tyhle rozdíl vyrovnal... Nikdy nevíte, co má kdo po kapsách.

Vášim potenciálním útočníkem může být váš vlastní pacient. Prý z vás cítí nejen vlídnost, ale i autoritu, prostě si uvědomují, že si na vás nemohou dovolit...

Ono to asi souvisí i s tím, že jsem se vlastně rozhodla věnovat deviantologii. Snažím se pochopit lidi, kteří udělají něco, co by ani sami od sebe vůbec nečekali... Neobha-



Foto: Leos Chodura

juji je, ale velmi mě zaujaly principy, proč lidé udělají to, s čím do té doby nesouhlasili, proč někdo přepadne a znásilní ženu, zatímco jiného by to ani nenapadlo. Ti lidé mi vyprávějí svoje příběhy a já se snažím spolu s nimi odpovědět na otázky, proč je možné, že se stalo to, co se stalo...

Ke konfliktním situacím tady ale dochází, protože se jedná o dlouhý

proces, než si někdo rychleji a někdo pomaleji připustí nějakou odchylku – že je v něm vůbec něco špatně – a než najde chuť a snahu něco s tím udělat. To je vlastně základ snížení rizika recidivy sexuální trestné činnosti.

Pomáhá vám karate vykrývat i emoční úder?

Ve třiatřiceti letech mi bylo sděleno

podezření na rakovinu plic. Měla jsem doma malé dítě a ta nejistota, jak to dopadne... Karatistická příprava mi pomohla nezamotkat, zanalyzovat situaci a vyrovnat se s ní. Ale nepopírám ani strach a slzy. Za několik měsíců pneumologové udělali závěr, že ten nález na plicích je zřejmě celoživotní záležitost, která vyšla najevo při prvním CT vyšetření v mém životě.

V rámci karate se člověk učí hledat vnitřní harmonii. Karate se stane součástí jeho životní cesty. Víte, ono není moc obtížné dělat rychlé pohyby, ale pomalé a precizované ano. Pomalý pohyb kultivuje i ty rychlé pohyby. Co chcete umět rychle, musíte umět i pomalu. Naučit se pohybu pomalu je mnohdy složitější než ho dělat rychle, všechno je vidět a můžete to pozorovat.

V Japonsku staří lidé cvičí pomalé pohyby v sakurových hájích a to je i moje vize – zachovat si fyzickou pohyblivost a aktivitu do vysokého věku. Ale hlavně mě karate baví a vidím v něm smysl, je součástí mé osobnosti. Bez něj bych psychický nápor v zaměstnání zvládala hůř.

Jana Jilková

Inzerce A111015354

Casopis, který vidí pod povrch

MOJE PSYCHOLOGIE

www.mojepsychologie.cz

69 Kč

říjen 2011

SEX

Jak dlouho trvá, než se sladíte v posteli?

CHOVÁNÍ

Podléháme kouzlu značkových věcí?

VZTAHY

Člověk, nejlepší přítel svého psa?

**HELENA
BONHAM
CARTER**

„Chci lidi šokovat!“

ČASOPIS, KTERÝ
VIDÍ POD POVRCH



ZE SPOLEČNOSTI

Tři novinky ve FTN

Ve Fakultní Thomayerově nemocnici začal plný provoz nové radioterapie, klinika dětské chirurgie a traumatologie má nový urgentní příjem, pediatrická klinika a novorozenecké oddělení dostaly další monitory, které pomáhají dětem ohroženým syndromem náhlého úmrtí novorozenců.

V těchto dnech začal plný provoz nového pracoviště – moderní radioterapie onkologického oddělení FTN. Nemocnice se tak zařadila mezi významná pracoviště radioterapie v České republice a se dvěma lineárními urychlovači a terapeutickým rtg přístrojem je plnohodnotným členem pražského komplexního onkologického centra (KOC).

Při slavnostním zahájení provozu návštěvníky mile překvapil i zdánlivý detail – dostatek denního světla. Ten bývá v radiačních prostorách výjimečný, ale ve zdejším radiačním traktu je všude, kde to je z hlediska radiační ochrany

možné. Při denním světle tak pracuje nejen personál v ovládacích ozařoven, ale dostává se jej i klientům čekajícím na ozaření. O velmi pěkné zařízení nabytkem a výzdobu se postaral Nadační fond onkologie pro 21. století.

Nový urgentní příjem

Další dvě inovace FTN se týkají péče o dětské pacienty. Nový urgentní příjem je komplexem sloužícím k příjmu lehce i těžce nemocných dětí. Jde o standardní součást úrazového centra na Klinice dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a FTN, které je cílovým místem pro záchrannou službu i pro

jiné než spádové oblasti Prahy a okolí a poskytuje komplexní péči dětem s běžnými i nejtěžšími zraněními.

Urgentní příjem umožňuje provádění repozic, ošetření větších ran, šlach i rozsáhlejších úrazů. Součástí je příjmová místnost s možností invazivního zajištění základních životních funkcí. „V komplexu nechybí zákrokový operační sál, dvě resuscitační lůžka, anesteziologická přípravná i sanitární místnosti. V současné době dovybavujeme nové moderní rentgenologické pracoviště,“ prozrazuje přednosta Kliniky dětské chirurgie a traumatolo-

gie 3. LF UK a FTN profesor Petr Havránek.

Prevence SIDS

Ve FTN také v září přibyl přístroj pro boj se syndromem náhlého úmrtí novorozenců (SIDS). Slavnostní předání speciálních monitorů Babysense, které pomáhají dětem ohroženým SIDS, proběhlo na pediatrické klinice a novorozeneckém oddělení.

Mezi symptomy SIDS patří zástava dechu dítěte způsobená poruchou centrální nervové soustavy. Děti jsou zdánlivě zcela zdravé, bez potíží, ale náhle umírají ve spánku. „V Česku zemře na SIDS až třicet dětí ročně. V porodnicích se monitory používají hlavně u dětí se zvýšeným rizikem SIDS a dechových komplikací, nejčastěji u předčasně narozených,“ říká primář novorozeneckého oddělení FTN docent Jan Janota.

Tento syndrom je i dnes pro lékaře málo objasněnou příčinou úmrtí novorozenců a kojenců v prvním roce života. „Vzhledem k dosud ne-

zcela známým příčinám vzniku se SIDS stal celosvětově řešeným problémem. Jedním z možných kroků ochrany novorozenců je kontrola dýchání a pohybu dětí přímo v postýlce,“ popisuje primář pediatrické kliniky FTN MUDr. Vítězslav Dedek. K tomuto účelu slouží monitory, které bezplatně věnuje novorozeneckým a porodnickým oddělením nemocnic v celé republice Nadace Křížovatka. Současně umožňuje maminkám novorozenců dočasné zapůjčení monitorů domů.

Jana Jilková

Pozvánka na konferenci

28. konference České společnosti pro hypertenzi, 20. konference pracovní skupiny preventivní kardiologie České kardiologické společnosti a 16. konference pracovní skupiny srdečního selhání České kardiologické společnosti se uskuteční ve dnech 13.–15. října 2011 v Mikulově.

Místem jednání bude mikulovský zámek, garantem a předsedou organizačního výboru je přednosta 2. interní kliniky LF MU a FN u sv. Anny v Brně prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc. (e-mail: miroslav.soucek@fnusa.cz). Program, registrace a více informací: www.meritis.cz

(red)

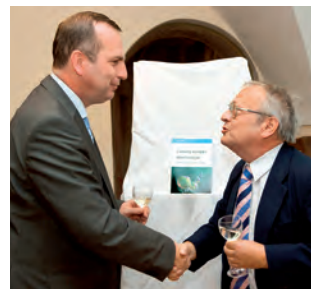
Zářijový křest Grady

V Akademickém klubu 1. LF UK proběhl slavnostní křest novinky medicínské redakce nakladatelství Grada Publishing. Určena je nejen obezitologům.

Po šesti letech se čtenářům dostává do rukou 2., rozšířené a zcela přepracované vydání „Základů klinické obezitologie“. Kniha doc. MUDr. Vojtěcha Hainera, CSc., a kolektivu autorů přináší současný pohled na obezitu jako na komplexní ne-

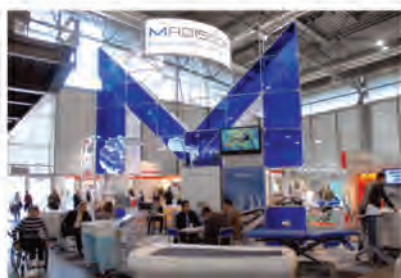
moc charakteru celosvětové epidemie se závažnými zdravotními a sociálně-ekonomickými dopady. Čtenář se seznámí jak s epidemiologií a etiopatogenezi obezity, tak se současnými postupy v diagnostice, léčbě a prevenci obezity.

Celostně pojatá publikace je stěžejní pomůckou nejen pro obezitology, endokrinology, diabetology a bariatrické chirurgy, ale i pro všechny další odborníky, kteří se podílejí na systému komplexní diferencované péče o obézní. (red)



Docent Vojtěch Hainer (vpravo) s děkanem 1. LF UK profesorem Tomášem Zimou. | Foto: Grada Publishing

Inzerce A111015290

**Brno křížovatkou střeoevropského zdravotnictví**

Pod názvem **Týden zdravotnictví v Brně** se na brněnském výstavišti uskuteční Mezinárodní veletrh zdravotnické techniky, rehabilitace a zdraví **MEDICAL FAIR Brno Central Europe / REHAPROTEX společně s řadou odborných kreditovaných kongresů, sympozií a seminářů s mezinárodní účastí.**

Veletržní část „Týden zdravotnictví v Brně“ proběhne od 18. do 21. října. Odborná veřejnost se zde na jediném místě seznámí s produkty dodavatelů firem z tuzemska i zahraničí a získá možnost snadno porovnat jejich nabídku. Totéž platí pro uživatele kompenzačních a rehabilitačních pomůček, pro něž je brněnský veletrh tradičním exkluzivním místem setkání a výběru potřebného sortimentu. I letošní veletrh plní svoji proexportní funkci. S podporou Ministerstva průmyslu a obchodu ČR bude realizována obchodní mise potenciálních partnerů českých společností z Ázerbájdžánu a Kazachstánu.

Veletrh **MEDICAL FAIR BRNO / REHAPROTEX** je jedinečný zejména svou rozsáhlou vzdělávací složkou, pro níž brněnské výstaviště skýtá ideální podmínky. V jeho kongresových sálech proběhnou desítky odborných kongresů a sympozií, seminářů, prezentací a diskusních setkání.

Tisíce odborníků z řad lékařů, sester i managementu zdravotnických zařízení budou jednat o široké škále témat od nejnovějších léčebných postupů až po problematiku elektronizace zdravotnictví a financování zdravotní péče, které jsou zejména v této době středobodem pozornosti odborné i pacientské veřejnosti. Kongresová část „Týden zdravotnictví v Brně“ potrvá od pondělí 17. října až do soboty 22. října.

Zvláštní postavení ve veletržní nabídce zaujímá **REHAPROTEX** jako největší střeoevropská přehlídka kompenzačních, protetických, ortopedických a rehabilitačních pomůček. Její součástí bude tradiční projekt „Pro Váš úsměv 2011“ vyhledávaný lidmi se zdravotním postižením z celé České republiky. Prezentaci nestátních neziskových organizací s humanitárním zaměřením, nadací, občanských sdružení, chráněných dílen a jejich projektů opět doplní Čajovna, Internetovna a prostor pro sportovní vyzít handicapovaných návštěvníků. Program přednášek a workshopů bude mít každý den jiné zaměření: úterní téma „Zdravotnictví“ ve středu vystřídají „Sociální služby“, ve čtvrtek dojde na „Pracovní uplatnění a volnočasové aktivity pro lidi s postižením“ a v pátek na „Seniory“. Problematika seniorů bude zároveň zvýrazněným tématem letošního ročníku veletrhu.

Další informace naleznete na www.medicalfair.cz



Inzerce A111015275

Přihlaste svého kandidáta!

Sestra roku 11



Záštitu nad oceněním převzala Mgr. Dagmar Havlová za Nadaci Dagmar a Václava Havlových VIZE 97

XII. ročník soutěže vyhlášené redakcí odborného časopisu Sestra z vydavatelského domu Mladá fronta a. s.

Dopřejte získat toto prestižní ocenění těm, kteří si jej opravdu zaslouží!

Titul Sestra roku je
udělován ve třech
kategoriích:

- Sestra v nemocniční
a ambulantní péči
- Sestra v sociální péči
- Sestra ve výzkumu
a vzdělávání

Redakce časopisu
Sestra tradičně uděluje
mimořádnou cenu:

- Čestné ocenění
za celoživotní dílo
v ošetrovatelství

Uzávěrka přihlášek nejpozději do 30. 11. 2011

Stručná pravidla soutěže

Soutěž je určena sestřím, porodním asistentkám, sestřím domácí a sociální péče a dalším nelékařským zdravotnickým pracovníkům, kterým se jejich profese stala spíše posláním než pouhým zaměstnáním. Kandidáty navrhují jejich kolegové, nadřízení, lékaři, zástupci odborných společností i pacienti.

PRŮBĚH SOUTĚŽE:

Navrhovatel zašle kompletně vyplněnou přihlášku spolu s motivacním dopisem následujícím způsobem:
– e-mailem na adresu sestraroku@mf.cz
– vložení na www.sestraroku.cz
– v obálce označené heslem „Sestra roku 2011“ na adresu redakce

časopisu Sestra, Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4. Akceptovány jsou pouze přihlášky doručené nejpozději do 30. 11. 2011. Formulář přihlášky do soutěže najdete v titulech Sestra, Zdravotnické noviny, na internetových stránkách www.sestraroku.cz. Též si o něj můžete napsat na e-mail: sestraroku@mf.cz

Soutěž probíhá ve dvou kolech. V prvním kole vybere nezávislá první odborná porota pro každou kategorii tři finalisty. Druhé kolo proběhne na slavnostním galavečeru v únoru 2012 v Praze. Navrhovatelé mají možnost účastnit se tohoto večera spolu s finalisty. V tomto závěrečném kole vybere vítěze druhá odborná porota složená z významných osobností našeho lékařství, ošetrovatelství, zástupců sponzorů, poli-

tické sféry a výherců uplynulých ročníků soutěže Sestra roku.

PODMÍNKY ÚČASTI V SOUTĚŽI:

Soutěžící musí splňovat hlavní kritérium soutěže, kterým je nadstandardní přístup při zvládnání náročných situací, vykonání výjimečného činu v každodenní ošetrovatelské praxi nebo intenzivní činnost směřující ke zkvalitňování vzdělávacího systému apod. Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na www.sestraroku.cz. V případě dotazů pište na adresu sestraroku@mf.cz nebo využijte webové diskusní fórum.

Partneři



Mediální partneři



www.sestraroku.cz



Přihlašuji kandidáta do soutěže
Sestra roku 2011 v kategorii:

- Sestra v nemocniční a ambulantní péči
 Sestra v sociální péči
 Sestra ve výzkumu a vzdělávání

(vybranou kategorii označte křížkem)

Navrhovatel

Jméno a příjmení navrhovatele
Kontaktní adresa, PSČ
E-mail Telefon

Soutěžící

Jméno a příjmení soutěžící(ho)
Kontaktní adresa, PSČ
E-mail Telefon
Obor, ve kterém soutěžící působí
Funkce
Pracoviště (název zařízení včetně oddělení)
.....
Nejvyšší dosažené vzdělání, kvalifikace
Registrovaná sestra: ano ne Počet let ve zdravotnictví
Publikační činnost
Přednášková činnost
Jazykové schopnosti
Zahraniční stáže

Základní informace o soutěži

Popis aktivit kandidáta odpovídajících hlavnímu kritériu soutěže musí být k přihlášce přiložen na zvláštním papíře ve formě motivačního dopisu. Rozsah tohoto sdělení by neměl přesahovat jednu normostranu (tj. 30 řádků).

Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na www.sestraroku.cz. Soutěžící i navrhovatel berou na vědomí, že s nimi mohou být pořizovány fotografické snímky, videozáznamy a rozhovory v rámci dokumentace akce, které mohou být přiměřeně využity organizátorem soutěže pro účely prezentace této akce a reklamu spojenou s ní a dalšími ročníky této akce, a s pořizováním ta-

kových záznamů souhlasí. Navrhovatel má povinnost informovat soutěžícího o jeho nominaci, přičemž soutěžící musí s nominací, údaji uvedenými na přihlášce i pravidly soutěže souhlasit. Bez souhlasu soutěžícího nesmí navrhovatel přihlášku odeslat.

Odesláním přihlášky do soutěže uděluje navrhovatel i soutěžící v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. souhlas se zpracováním zde poskytnutých osobních údajů společností Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany, jakožto správcem a zpracovatelem, za účelem zařazení do databáze správce a dalšího marketingového zpracování, tj. nabízení výrobků a služeb, a za účelem obchodních sdělení prostřednictvím elektronických prostředků podle zákona č. 480/2004 Sb., a to

po dobu deseti let od udělení souhlasu. Souhlas se zpracováním osobních údajů uděluje soutěžící i navrhovatel dobrovolně a mohou jej kdykoli bezplatně na adrese správce odvolat.

Mladá fronta a. s., Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany.

Odesláním přihlášky do soutěže se zavazujeme dodržovat bez výhrad pravidla soutěže.

Kde jste se o soutěži dozvěděli?

Pozvánka na kurz pro sestry

PROJEKT 35, o. s., pořádá pod odbornou záštitou Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN Praha a Masarykova onkologického ústavu Brno kurz pro sestry gynekologických ordinací na téma „Aktivní úloha gynekologické sestry v prevenci a časně diagnostice karcinomu prsu“.

Obsahové zaměření kurzu:

- Úvod do kurzu – informace o PROJEKTU 35.
- Aktivní úloha gynekologické sestry v prevenci a časně diagnostice karcinomu prsu.
- Karcinom prsu mladých žen a hormonální rizika.
- Epidemiologie karcinomu prsu ve věkové skupině mladých žen.
- Indikace mammografických vyšetření, UZ vyšetření a NMR.

- Genetické vyšetření při karcinomu prsu.
- Návod na odběr rodinné anamnézy.

Kurz bude zařazen do kreditního systému vzdělávání ČAS. Účastníci obdrží zdarma studijní materiály. Konferenční poplatek: o Kč. Termíny a místa konání: 21. října nebo 25. listopadu 2011 – Masarykův onkologický ústav Brno

21. listopadu 2011 – Všeobecná fakultní nemocnice Praha (od 9 do 16 hodin)

Přihlášky zasílejte na e-mail: sverakova.marcela@seznam.cz nebo poštou na adresu: Projekt 35, Onkologická klinika 1. LF UK a VFN, U nemocnice 2, 128 08 Praha 2. V přihlášce uveďte: jméno a příjmení, pracoviště, kontaktní adresu a e-mail.

(red)

Perfusor od B. Braun slaví 60 let

Počátky infuzní techniky se pojí se jménem dr. Hesse a rokem 1951, kdy byl ve spolupráci se společností B. Braun vynalezen první lineární dávkovač, který je považován za předchůdce Perfusoru. K tomuto výročí pořádá B. Braun výstavu, jež

ukáže 60letý vývoj infuzní techniky na pravých exemplářích. Výstava bude zpřístupněna nejen odborně, ale i laické veřejnosti v prostorách Café B. Braun (Sokolská 31, Praha 2) od poloviny října do poloviny listopadu.

(red)



Výsledky výběrového řízení Grantový program AVKV 2011

Grantová komise Asociace výrobců klinické výživy (AVKV) vyhodnotila na svém srpnovém zasedání podané žádosti o Grant AVKV 2011.

Účelem vyhlášeného grantu je podpora konkrétních aktivit zaměřených na prokazatelné snížení podvýživy u hospitalizovaných pacientů v ČR s cílem zvýšit celkovou efektivitu léčby, zkrátit dobu hospitalizace a omezit výskyt

zdravotních komplikací s podvýživou spojených. Vítězným se stal projekt s názvem „Význam individualizované nutriční péče v onkologické ambulanci“ podaný Pracovní skupinou nutriční péče v onkologii (PSNPO)

České onkologické společnosti ČLS JEP, zpracovaný MUDr. Petrou Holečkovou a MUDr. Petrem Benešem. Projekt naplňuje cíl zvýšení celkové efektivitu léčby a zkrácení doby hospitalizace i omezení výskytu komplikací s podvýživou

spojených. Nové metody léčby, jak uvádějí i sami žadatelé, umožňují ambulantní péči u pacientů, kteří dříve byli hospitalizováni, a přispívají tak k lepším léčebným výsledkům. Finanční prostředky letošního Grantu AVKV, které nebyly vyčerpany, se přesouvají do příštího roku. AVKV děkuje všem autorům, kteří v letošním ročníku Grantového

programu AVKV neztvrdili, ale z podaných návrhů je zřejmé, že se problematikou podvýživy nemocných pacientů velmi aktivně zabývají a snaží se přispět ke zlepšení současného stavu. Asociace výrobců klinické výživy působí v České i Slovenské republice.

Více informací: www.avkv.cz

(red)

Služby synlab czech, s. r. o., představí prezentační stánek

Největší síť laboratoří v České republice – **synlab czech, s. r. o.** – se již tradičně účastní jako vystavovatel řady odborných kongresů a seminářů.

V říjnu a listopadu 2011 vás rádi přivítáme na našem stánku na následujících akcích, kde vám představíme novinky v oblasti poskytovatelských laboratorních služeb.

6.–7. 10. VIII. kongres praktických lékařů a sester (Praha, hotel Olympik Tristar)

14.–15. 10. Mezinárodní onkologický kongres (Znojmo, Loucký klášter)

21.–22. 10. III. konference Chlamydiová infekce – zákeřný nepřítel (Olomouc, Regionální centrum)

12. 11. 4. konference infekčních nemocí v gynekologii a porodnictví ČGPS ČLS JEP (Praha, Clarion Congress Hotel)

Společnost synlab czech, s. r. o., působí po celé ČR ve 12 laboratořích, ve kterých zajišťuje nejširší nabídku rutinních diagnostických me-

toď v oborech biochemie, hematologie, imunologie, infekční sérologie, bakteriologie, virologie, parazitologie, diagnostiky TBC a molekulární biologie.

Zároveň nadstandardně garantuje komplexní spektrum specifických metod pro diagnostiku v oboru alergologie, imunologie, TBC-diagnostiky, parazitologie, PCR-diagnostiky, genetiky, virologie, bakteriologie, monitorování hladin antibiotik a přípravu autovakcín.

synlab czech dokáže díky využití moderních technologií poskytnout výjimečnou rychlost provedení testování, předat výsledky v elektronické formě a garantovat vysokou kvalitu výsledku vyšetření díky vysoce kvalifikovanému personálu. Jako jedny z mála laboratoří poskytují svým zákazníkům služby 7 dní v týdnu/24 hodin denně. Kvalita laboratorních služeb je kontinuálně podrobo-



Foto: synlab czech, s. r. o.

vána celému spektru akreditačních a certifikačních procesů.

Laboratoře synlab czech jsou držitelé různých certifikátů kvality, např. ISO 9001:2008 či ISO 15189:2007, a zároveň jsou akreditovány s platností v celé EU.

Laboratoř Chambon – nový člen skupiny synlab czech, s. r. o.

Laboratoř Chambon se věnuje následujícím oblastem:

1. Molekulární diagnostika hematologických a hematoonkologických onemocnění.
2. Molekulární diagnostika vzácných genetických syndromů.
3. Molekulární cytogenetika (zaměřená na hematoonkologická onemocnění).
4. Molekulární identifikace patogenů v biologickém materiálu.
5. Vývoj nových molekulárně-diagnostických metod, rozšiřujících diagnostické spektrum laboratoře.



Hlavním cílem laboratoře Chambon je poskytovat jedinečné, vysoce specializované vyšetření pro pacienty s hematologickými a hematoonkologickými chorobami, kriticky nemocné a septicke pacienty a pacienty se vzácnými genetickými syndromy. Laboratoř spolupracuje s řadou významných klinických pracovišť v České republice i v zahraničí a prezentuje své vědecké výsledky, včetně projektů uskutečňovaných v rámci mezinárodní spolupráce, na odborných konferencích a formou mezinárodních publikací.

Těšíme se na Vaši návštěvu! Více informací o laboratořích synlab czech: www.synlab.cz

SERVIS

Pořadatelé: Diabetologické centrum FN Plzeň, Česká diabetologická společnost ČLS JEP
Kontakt: MUDr. Zdeněk Jankovec; e-mail: jankovec@fnplzen.cz; www.diab.cz; http://metabol.lfp.cuni.cz/akce.asp

Obezitologie a bariatrie 2011

Výroční konference České obezitologické společnosti ČLS JEP
 6.-8. 10. 2011/Ostrava
Místo konání: Clarion Congress Hotel
Pořadatelé: Česká obezitologická společnost ČLS JEP, sekce traumatologicko-ortopedická a interní České asociace sester
Kontakt: www.obesitas.cz; www.gsymposium.cz

Specializační kurz v kardiokirurgii

Nejnovější poznatky v oblasti taktických a technických postupů
 7. 10. 2011/Praha
Místo konání: IKEM, subkatedra kardiokardiologické chirurgie
Pořadatel: IPVZ
Kontakt: Jana Hartmanová; tel.: 261 092 443; e-mail: hartmanova@ipvz.cz; www.ipvz.cz

20. moravskoslezské pneumologické dny

Perspektivy v oblasti obstrukčních plicních nemocí, léčebné modalit v pneumoonkologii, respirační infekce a antibiotika, biopsie a biomarkery v pneumologii, bronchologický workshop
 7.-8. 10. 2011/Olomouc
Místo konání: Regionální centrum Olomouc
Pořadatel: Česká pneumologická a ftizeologická společnost ČLS JEP
Kontakt: www.pneumologie.cz

ESGE symposium

Quality in endoscopy: ERCP
 7.-8. 10. 2011/Mnichov, Německo
Pořadatel: European Society for Gastrointestinal Endoscopy (ESGE)
Kontakt: www.quality-in-endoscopy.org

32. konference gynekologů zabývajících se UZ diagnostikou

Dokonalé dítě - nedokonalá očekávání; vědecké, náboženské a legální kontroverze začátku lidského života - přínos UZ technologie; etické rozměry pojmu „plod jako pacient“, screening fetálních anomálií v prvním trimestru
 7.-8. 10. 2011/Praha
Místo konání: Hotel Aquapalace

Pořadatel: Česká společnost pro ultrazvuk v porodnictví a gynekologii ČLS JEP
Kontakt: www.csupg.cz

32. celostátní konference sekce ultrazvukové diagnostiky ČGPS ČLS JEP

Úhradové mechanismy UZ vyšetření v ČR, pravidelná UZ vyšetření během prenatální péče, prenatální péče o vícečetná těhotenství, prenatální péče o těhotenství s intrauterinní růstovou retardací plodu, prenatální péče o těhotenství s rizikem rozvoje hemolytické nemoci plodu
 7.-9. 10. 2011/Brno
Místo konání: Orea hotel Voroněž
Pořadatelé: sekce ultrazvukové diagnostiky České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP, International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynaecology (ISUOG)
Kontakt: www.cgps.cz

21. konference dětských hematologů a onkologů ČR a SR

Leukemie, lymfomy, solidní nádory, neokologická hematologie
 7.-9. 10. 2011/Ústí nad Labem
Místo konání: Clarion Congress Hotel
Pořadatelé: pracovní skupina dětské hematologie ČR - sekce České hematologické společnosti ČLS JEP a České pediatrické společnosti ČLS JEP, sekce pediatrické onkologie České onkologické společnosti ČLS JEP, sekcia detskej hematológie a onkológie Slovenskej pediatrickej spoločnosti SLS, Dětská klinika IPVZ a Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem, Krajská zdravotní, a. s.
Kontakt: http://psdh.lfz.cuni.cz/konference.php; www.bos-congress.cz

12. minisymposium Diabetes a oko

Pořadatelé: Centrum diabetologie IKEM Praha a Oční klinika LF UP a FN Olomouc
Kontakt: doc. MUDr. Jiří Řehák, CSc.; tel.: 606 710 056; e-mail: jiri.rehak@fnol.cz; www.diab.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

8. 10. 2011/Brno
Místo konání: Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

2. česko-saské dny Zlomeniny patní kosti

8. 10. 2011/Praha
Místo konání: Anatomický ústav 1. LF UK
Pořadatel: oddělení ortopedie, traumatologie a rekonstrukční chirurgie ÚVN Praha, Anatomický ústav 1. LF UK v Praze
Kontakt: www.ortopedicke-centrum.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

8. 10. 2011/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Sexuální deviace a sexuální delikvence

Kurz - vyšetřování, psychoterapie, medikamentózní a biologická terapie deviantních jedinců
 8. 10. 2011/Praha
Místo konání: Hotel Ilf
Pořadatel: IPVZ
Kontakt: Alena Vávřová; tel.: 261 092 455; e-mail: vavrova@ipvz.cz; www.ipvz.cz

Vzdělávací seminář OSPDL

8. 10. 2011/Plzeň
Místo konání: Šafránkův pavilon LF UK
Pořadatel: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP
Kontakt: www.detskylekar.cz

2nd digestive endoscopy symposium

8.-9. 10. 2011/Salmiya, Kuvajt
Pořadatel: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE)
Kontakt: www.esge.com/second-digestive-endoscopy-symposium.html

Analytical Cytometry VI

Buněčná analýza napříč obory, technologie, výzkumné aplikace, klinické a diagnostické aplikace, analýza dat + workshop EuroFlow - cytometrická diagnostika v hematologii
 8.-11. 10. 2011/Praha
Místo konání: Hotel DAP
Pořadatel: Česká společnost pro analytickou cytologii, Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP
Kontakt: MUDr. Miroslav Průcha, Ph.D.; e-mail: miroslav.prucha@homolka.cz; www.csac.cz

Hořejšího večer

Přednáškový večer Ústavu klinické biochemie a lékařské diagnostiky 1. LF UK a VFN
 11. 10. 2011/Praha
Místo konání: Lékařský dům

Pořadatel: Spolek lékařů českých č. 125
Kontakt: www.cls.cz

18. Dostálovny dny

Urgentní příjmy, medicína katastrof, soudněznalecká problematika, psychosociální intervence, KPR
 11.-12. 10. 2011/Ostrava
Místo konání: Clarion Congress Hotel
Pořadatel: Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP
Kontakt: www.urgmed.cz

34. den průmyslové neurologie

Vliv chemických a fyzikálních faktorů pracovního a životního prostředí na nervový systém z pohledu hygienického, klinického i experimentálního
 12. 10. 2011/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatelé: Společnost pracovního lékařství ČLS JEP
Kontakt: doc. MUDr. Edvard Ehler, CSc.; tel.: 466 014 701; e-mail: edvard.ehler@nemocnice-pardubice.cz; www.pracovni-lekarstvi.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

12. 10. 2011/Litomyšl
Místo konání: Hotel Zlatá hvězda
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

12. 10. 2011/Jihlava
Místo konání: presbytář hotelu Gustav Mahler
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

21st annual conference of the DGfZ

12.-14. 10. 2011/Bonn, Německo
Pořadatel: Deutsche Gesellschaft für Zytometrie (DGfZ)
Kontakt: www.dgfg.org

2. dny o uchu

12.-14. 10. 2011/Praha
Místo konání: Nemocnice Na Homolce
Kontakt: E-mail: orl@homolka.cz; http://otolaryngologie.cz

57. výroční konference České urologické společnosti ČLS JEP

12.-14. 10. 2011/Praha
Místo konání: Hotel Diplomat
Pořadatel: Česká urologická společnost ČLS JEP
Kontakt: www.nucleus.cz

15. česko-slovenský psychiatrický sjezd

12.-15. 10. 2011/Brno
Místo konání: Hotel Voroněž
Pořadatelé: Psychiatrická společnost ČLS JEP, Česká psychiatrická společnost, o. s., Psychiatrická společnost SLS, Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno
Kontakt: www.csp2011.cz

Pražský hematologický den Klinická a experimentální hematologie

13. 10. 2011/Praha
Místo konání: Karolinum
Pořadatelé: Česká hematologická společnost ČLS JEP, Ústav hematologie a krevní transfuze Praha, VFN Praha, FN Motol Praha, FN Královské Vinohrady Praha
Kontakt: doc. MUDr. Petr Cetkovský, Ph.D.; tel.: 221 977 282; www.hematology.cz

4. český neuroradiologický kongres

Diagnostika a terapie cévních mozkových příhod s návazností na iktová centra - interdisciplinární přístup; pokročilá diagnostika mozkových tumorů
 13.-14. 10. 2011/Ústí nad Labem
Místo konání: Clarion Congress Hotel
Pořadatelé: Radiologická společnost ČLS JEP, Masarykova nemocnice Ústí nad Labem
Kontakt: www.crs.cz; MUDr. Milouš Derner; tel.: 477 113 168; e-mail: milous.derner@mnul.cz

22. celostátní foniatrické dny Evy Sedláčkové a 9. česko-slovenský foniatrický kongres

13.-14. 10. 2011/Plzeň
Místo konání: Kongresové centrum Parkhotelu
Kontakt: http://otolaryngologie.cz

30. kongres pracovního lékařství

Pracovnílékařské služby, bezpečnost nanotechnologií, rizikové faktory práce, nová poškození zdraví z práce, fyziologie a psychologie práce, toxikologie a genetická toxikologie, ošetřovatelství v pracovním lékařství
 13.-14. 10. 2011/Praha
Místo konání: Státní zdravotní ústav v Praze
Pořadatelé: Společnost pracovního lékařství ČLS JEP, Státní zdravotní ústav v Praze, Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK Praha, Klinika pracovního lékařství 1. LF UK a VFN Praha, Klinika pracovního lékařství LF UP a FN Olomouc
Kontakt: MUDr. Beatrice Dlouhá; tel.: 267 082 963; e-mail: kongresPL@szu.cz; www.pracovni-lekarstvi.cz (sta)

PRÁVNÍ PORADNA

Závaznost negativního reversu

Nakolik je pro mě jako pro lékaře závazný nesouhlas pacienta s léčbou? Mám na mysli případy, kdy negativní revers a chce odejít domů, ačkoli mu hrozí závažné zdravotní následky. Mohu ho i přesto léčit?



na dotazy odpovídá
JUDr. Pavel Zajíc

Zákon dále stanovuje výjimky, kdy lze jednak provádět vyšetřovací a léčebné výkony bez souhlasu nemocného a dále kdy lze převzít pacienta (je-li to podle povahy onemocnění třeba) i do ústavní péče. Jedná se o tyto případy:

- jde o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení,
- nemocný jevící známky duševní choroby či intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí,
- vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného není možné vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví,
- pacient je nosičem závažných infekčních onemocnění (HIV, břišního tyfu a paratyfu a virové hepatitidy typu B a C) ve smyslu

§ 53 zákona č. 258/2000, o ochraně veřejného zdraví.

Neléčit proti vůli pacienta

Ohledně dotazu tak uvádím, že pokud není splněna žádná ze zákonem předvídaných situací uvedených v předchozím odstavci, je potřeba respektovat negativní revers pacienta. V souvislosti s negativním reversem velmi doporučuji vyžadovat po pacientovi (odmítá-li léčbu), aby podepsal podrobné prohlášení o tom, že byl o chystané léčbě poučen a takovou léčbu odmítá. Tento negativní revers by pak měl být standardní součástí zdravotnické dokumentace nemocného.

Byť neznám v dotazu zmiňovaný konkrétní případ podrobněji, vzhledem ke všemu výše uvedenému se domnívám, že je potřeba v tomto případě negativní revers respektovat a neléčit pacienta proti jeho vůli.



ilustrační foto: Shutterstock

Odpovědi na veškeré výše uvedené dotazy lze nalézt v ustanoveních zákona o péči o zdraví lidu. Tento zákon stanovuje, že vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí zásadně se souhlasem nemocného nebo lze-li tento souhlas předpokládat. V případě, že nemocný i přes náležitě vysvětlennou potřebnou péči odmítá, vyžádá si o tom ošetřující lékař písemné prohlášení (takzvaný negativní revers).

Varování před HIV a žloutenkou v poučení o operaci

Může být součástí poučení pacienta o zákroku, že při operaci hrozí riziko nákazy HIV a žloutenkou?

Provedení operace je zpravidla vyvrcholením celkového léčebného procesu, na jehož počátku stojí řádné vyšetření pacienta. Před každým vyšetřením jakož i před operací by se pacientovi mělo dostat řádného poučení o chystaném úkonu. Zákon o péči o zdraví lidu přitom výslovně stanovuje, že zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu příslušného zdravotnického povolání informuje pacienta, popřípadě další osoby určené pacientem, o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu jakož i o jeho případných důsledcích, rizicích a alternativách. Jestliže to zdravotní stav nebo povaha onemocnění pacienta vyžadují, je zdravotnický pracovník oprávněn sdělit osobám blízkým pacientovi a členům jeho domácnosti též informace, které



ilustrační foto: Shutterstock

jsou pro ně nezbytné k zajištění péče o tohoto pacienta nebo pro ochranu jejich zdraví. Písemný doklad o poskytnutí poučení pacientovi by přitom měl standardně být součástí zdravotnické dokumentace. S poukazem na výše uvedené zákonné poučo-

vací povinnosti zdravotnických pracovníků nevidím důvod, proč by součástí poučení pacienta o zákroku nemohlo být rovněž upozornění, že při operaci hrozí riziko nákazy virem HIV nebo žloutenkou. Tolik jednoduchá odpověď na jednoduchou otázku.

Poučení nezabavuje odpovědnosti

V podtextu dotazu však zároveň vnímám i podotázku v tom smyslu, zda by se lékař samotným poučením pacienta o riziku hrozící náklady při provedení operace mohl zbavit odpovědnosti za to, že pochybením jeho samého nebo jeho spolupracovníků došlo například při banálním zákroku k nakažení pacienta žloutenkou či virem HIV. K této nevyřešené otázce uvádím, že ani sebelepší a sebelepší poučení pacienta nezabavuje lékaře a ostatní zdravotnický personál odpovědnosti za škodu na zdraví prokazatelně způsobenou jejich zaviněním pacientovi při operaci.

Přítomnost třetí osoby při poskytování zdravotní péče

Jako gynekolog pečující rovněž o nezletilé dívky (včetně mladších 15 let) bych se rád zeptal, zda mohou odmítnout přítomnost třetí osoby, například matky, při poskytování ambulantní péče, pokud ošetřovaná pacientka s matčinou přítomností nesouhlasí. Řečeno natvrdo – jestli mohou matku v takovém případě z ordinace vykázat s poukazem na nějaký paragraf zákona apod.

Dokáží si představit, že situace, kdy si dítě nepřeje přítomnost rodiče nebo třeba učitele, mohou nastat i ve stomatologické ambulanci. Zároveň vím, že praxe přítomnosti rodiče je běžná. Při normálních vztazích mezi rodiči a dětmi to snad může být i ku prospěchu, dítě je při vyšetřování klidnější, ale při často narušených rodinných vazbách je naopak více stresované, což může při poskytování péče představovat překážku...

Respekt k přání nezletilých

Dotaz souvisí se způsobilostí nezletilých osob brát na sebe práva a povinnosti. Obecně dle občanského zákoníku platí, že způsobilost fyzické osoby vlastními právními úkony nabývat práva a brát na

sebe povinnosti (takzvaná způsobilost k právním úkonům) vzniká v plném rozsahu zletilostí. Zletilostí se nabývá dovršením osmnáctého roku života. Nezletilé osoby mají způsobilost jen k takovým úkonům, jež jsou svou povahou přiměřené rozumové a volní vyspělosti odpovídající jejich věku. V praxi to znamená, že například 10leté dítě zpravidla ještě nebude natolik vyspělé, aby rozhodlo o přítomnosti či nepřítomnosti rodičů při lékařském vyšetření. Naopak 14leté dítě již obvykle bude dostatečně vyspělé k tomu, aby si samo určilo, zda souhlasí či nesouhlasí s tím, aby jeho vyšetření byl přítomen rodič. Zákon přitom nerozlišuje, zda se jedná o vyšetření u gynekologa, stomatologa či jiného lékaře.

Nezletilé dítě může rozhodnout o tom, že si nepřeje přítomnost nejen rodičů, ale ani učitele, studentů medicíny na praxi a podobně. Takže v případě, kdy se nezletilá dívka, která je přiměřeně rozumové a volně vyspělá, sama rozhodne, že například nesouhlasí s přítomností rodičů při vyšetření u gynekologa, jsou toto rozhodnutí povinni respektovat jak lékař, tak rodiče. Lékař v takových případech fakticky jen tlu- močí rodičům rozhodnutí dítěte.

Zajímavé www stránky – bolest V

(pooperační bolest a intervenční způsoby léčby bolesti)

Poslední díl našeho miniseriálu o fenoménu bolesti zakončíme výběrem zajímavých zahraničních internetových zdrojů o problematice pooperační bolesti a o intervenčních způsobech terapie bolesti.

Postoperative Pain Management

www.esraeurope.org/PostoperativePainManagement.pdf

Esraeurope.org je webový portál organizace The European Society of Regional Anaesthesia, jež sdružuje anesteziology a další odborníky, kteří se zabývají problematikou regionální anestezie v chirurgických oborech a otázkou bolesti. Jedná se o fórum sledující novinky v daném oboru, podporující výzkum a propagující různé vzdělávací akce. Odkaz nás zavede na publikaci v .pdf formátu, která se komplexně věnuje pooperační bolesti. Jedná se tedy o praktického průvod-

ce terapeutickými postupy v rámci této problematiky. Autoři popisují příslušné patofyziologické procesy, možnosti vhodné monitorace bolesti a věnují se i jednotlivým léčebným možnostem.

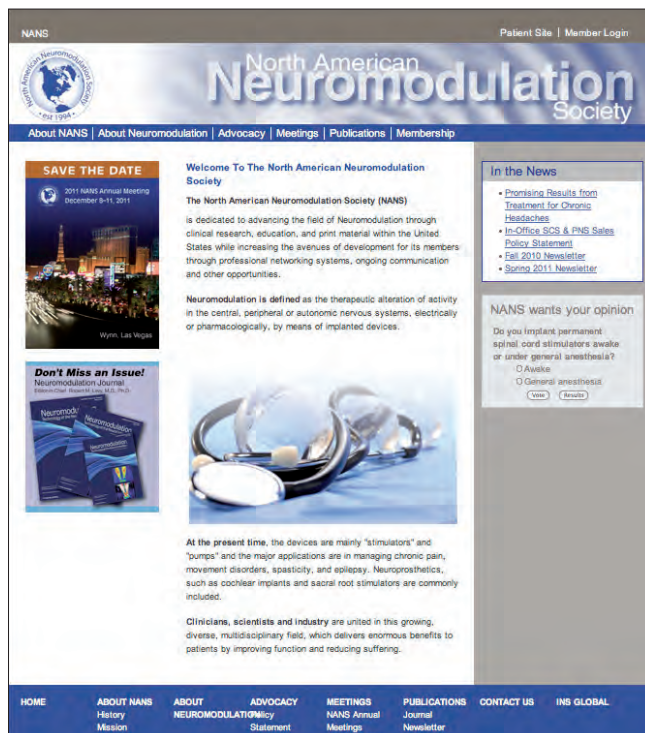
Current Therapy in Pain

http://books.google.com/books?id=iTgy6zMWnK4C&source=gbs_similarbooks

Current Therapy in Pain je název publikace, která je celá volně k dispozici v elektronické podobě na portálu Google Books. Kniha se s využitím multidisciplinárního přístupu komplexně věnuje problematice léčby akutní i chronické bolesti. Velká část odborného textu se zaměřuje na neurochirurgické postupy při zvládnání bolestivých stavů a na představení jednotlivých neuromodulačních a ablačních metod. Autoři podrobně popisují i další intervenční protibolestivé postupy.



o managementu pooperační bolesti, která byla přednesena na 8. mezinárodním kongresu am-

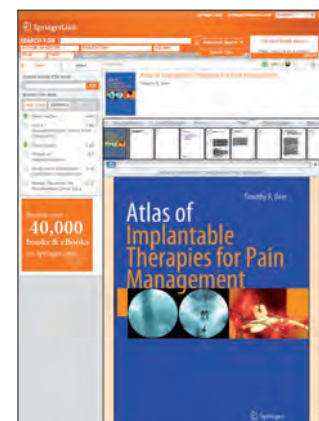


bulantní chirurgie v roce 2009 v australském Brisbane. Kromě již výše uvedených témat z pooperační bolesti se autoři věnují i popisu jednotlivých prediktorů pooperační bolesti a možnostem její prevence.

North American Neuromodulation Society

www.neuromodulation.org
Webové stránky North American Neuromodulation Society, která se zaměřuje na pokroky v oblasti klinického výzkumu,

vzdělávání a propagaci neuromodulačních procedur. Kromě charakteristiky společnosti či pozvánek na odborné akce lze na portálu najít řadu aktuálních informací z oboru v podobě pravidelně aktualizovaných newsletterů či velké množství odkazů na jiné stránky zabývající se danou problematikou.

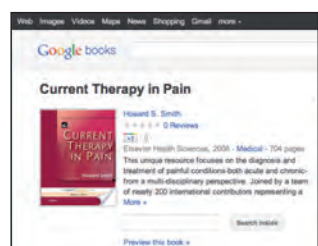
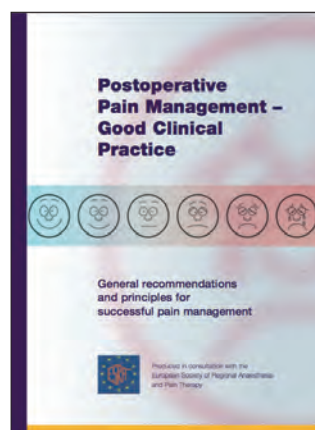


Atlas of Implantable Therapies for Pain Management

www.springerlink.com/content/978-0-387-88567-4#section=837038&page=

Výše uvedený odkaz nás zavede na stránky s volně přístupnou elektronickou verzí publikace Atlas of Implantable Therapies for Pain Management, která se na zhruba 200 stranách věnuje jednotlivým neuromodulačním technikám.

MUDr. Michal Peříšek



Postoperative Pain

www.iaascongress2009.org/files/presentations/sat/1410_Sat_Gupta_o34.pdf

Na tomto odkazu je k dispozici prezentace švédských autorů

Výběrová řízení

Vedoucí lékárný

**ŘEDITELKA NEMOCNICE
BŘECLAV, P. O.,**
vyhlašuje výběrové řízení
na obsazení funkce:
■ **Vedoucí lékárný**

Kvalifikační předpoklady:

- VŠ vzdělání v oboru,
- specializovaná způsobilost v oboru podle zákona č. 95/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů,
- 5 let praxe v oboru,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost,
- organizační, komunikační a řídicí schopnosti.

Součástí přihlášky:

- stručný životopis s údaji o dosažené praxi,
- osobní dotazník,
- ověřené kopie dokladů o dosaženém vzdělání,
- doklad o členství v ČlnK,
- výpis z rejstříku trestů (ne starší než 3 měsíce),
- čestné prohlášení uchazeče, že proti němu není vedeno soudní řízení
- osvědčení podle zákona č. 451/1991 Sb.
- písemný souhlas s nakládáním s osobními údaji uchazeče v rámci výběrového řízení,
- návrh koncepce provozu nemocniční lékárný (v rozsahu do 3 stran).

Písemné přihlášky k výběrovému řízení zasílejte do 2 týdnů od zveřejnění na adresu: Nemocnice Břeclav, p. o., sekretariát ředitele, U Nemocnice 1, 690 74 Břeclav, s označením „Výběrové řízení – vedoucí lékárný“.

ZDN A111015160

Volná místa

Sekundární lékař/lékařka

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE přijme pro Dětskou psychiatrickou kliniku 2. LF UK sekundárního lékaře/ku.

Požadavky: ukončená LF, výhodou specializovaná způsobilost v oboru psychiatrie podle zákona č. 95/2004 Sb. nebo zapsání do specializačního oboru dětská a dorostová psychiatrie před 30. 6. 2009. Pozice je otevřena i pro absolventy. Písemné nabídky s CV zasílejte do 25. 10. 2011 k rukám přednosty Dětské psychiatrické

kliniky 2. LF UK a FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 nebo na e-mail: michael.hrdlicka@lfmotol.cuni.cz
Informace na tel.: 22443 3401.

ZDN A111015148

Psychiatri

DENNÍ PSYCHOTERAPEUTICKÉ SANATORIUM „ONDŘEJOV“, S. R. O., V PRAZE 4 – HODKOVIČKÁCH, KLÁNOVA UL. Č. 300/62, hledá v optimálním případě atestovaného psychiatra na plný (či částečný) úvazek, který má alespoň minimální zkušenost s psychotickými pacienty. Potřebná je schopnost pracovat v multidisciplinárním týmu. Psychoterapeutický výcvik (alespoň započatý) vítán. Podmínky práce v DPS je možno hodnotit jako nadstandardní.

Kontaktujte nás co nejdříve: MUDr. Martin Jarolímek, tel.: 777 937 901, 241 444 825 nebo www.ondrejov.cz

ZDN A111015156

Lékař

OBLASTNÍ NEMOCNICE JIČÍN, A. S., přijme lékaře na chirurgické oddělení v Jičíně.

Požadujeme:

- občanskou a morální bezúhonnost,
- zdravotní způsobilost.

Nabízíme:

- pracoviště s akreditací pro vzdělávání v oboru,
- dobré pracovní a platové podmínky, zaměstnanecké benefity,
- práci v mladém kolektivu,
- možnost ubytování.

Nástup možný ihned. Bližší informace podá primář MUDr. Miroslav Sirový, tel.: 493 582 737 nebo e-mail: miroslav.sirovy@nemjc.cz
Písemné žádosti s profesním životopisem pošlete na personální oddělení nemocnice nebo na e-mail: hana.kalenska@nemjc.cz

ZDN A111015151

Sekundární lékař/lékařka

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE, V ÚVALU 84, 150 06 PRAHA 5, přijme 2 sekundární lékaře/ky pro Klinikou dětské chirurgie 2. LF UK. Přednost mají uchazeči po absolvování základního chirurgického kmene. Jeden úvazek nástup ihned, druhý úvazek od 1. 1. 2012.

Písemné nabídky zasílejte na e-mail: alena.brabcova@lfmotol.cuni.cz
Tel.: 22443 2401.

ZDN A111015143

Více pozic

HORNICKÁ NEMOCNICE S POLIKLINIKOU, SPOL. S R. O., SE SÍDLEM V BÍLINĚ přijme:

■ Internistu pro lůžka následné péče na LDN

Požadujeme vzdělání v oboru. HPP, pracovní úvazek 1.0, mzda dohodou, nástup dohodou.

■ Lékaře, lékařku

Požadujeme vzdělání v základním oboru. HPP, pracovní úvazek 1.0, mzda dohodou, nástup dohodou.

■ Dermatologa

Požadujeme vzdělání v oboru. Pracovní úvazek 0.53, mzda dohodou, nástup dohodou.

■ Sestru – domácí péče

Požadujeme vzdělání v oboru, HPP. Úvazek 1.0, mzda dohodou, nástup dohodou.

■ Rehabilitační pracovnice

Požadujeme vzdělání v oboru, HPP. Úvazek 1.0, mzda dohodou, nástup dohodou.

U všech pozic nabízíme k platu benefity: stravenky, po 1. roce příspěvek na důchodové připojištění.

Kontaktní osoba: Bc. Andrea Nováková, tel.: 417 777 301 e-mail: hnsp-bilina@volny.cz

ZDN A111015138

Zástupce primáře

NEMOCNICE VYŠKOV, P. O., přijme do pracovního poměru zástupce primáře gynekologicko-porodnického oddělení

Požadujeme:

- atestaci z oboru gynekologie a porodnictví,
- licenci pro výkon vedoucího lékaře,
- praxi 10 roků,
- doklady o odborném vzdělání + ověřené kopie diplomů,
- výpis z rejstříku trestů,
- zdravotní způsobilost,
- občanská a morální bezúhonnost,
- znalost práce na PC.

Poskytujeme:

- výhodné platové ohodnocení,
- zapracovaný kolektiv lékařů a zdravotních sester,
- získání výjimečně erudice v laparoskopické operativě,

Předpokládaný nástup: ihned, po vzájemné dohodě.

Písemné přihlášky s doklady dle požadavků zasílejte nejpozději do 14 dnů od uveřejnění na adresu: Nemocnice Vyškov, p. o., Purkyňova 36, 682 01 Vyškov, právní a personální odbor – JUDr. Taťána Menoušková, nebo e-mailem: menouskova@nemvy.cz

Telefonické informace poskytuje primář MUDr. Josef Eim, tel.: 517 315 320.

ZDN A111015135

Lékař/Lékařka

ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ NEMOCNICE KRKONOŠE, S. R. O., VE VRCHLABÍ přijme lékaře/ku.

Požadujeme:

- atestaci II. stupně z interny – nejlépe kardiologa s licenci na echokardiografii

Nabízíme:

- nadprůměrný plat, příjemné pracovní prostředí,
- funkční místo zástupce přednosty int. oddělení,
- bohatou ambulatní činnost,
- byt o výměře 100 m² v den nástupu,
- překrásnou přírodu Krkonoš.

Kontakt: e-mail: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz, tel.: 499 502 304.

ZDN A111015129

Více pozic

ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ NEMOCNICE KRKONOŠE, S. R. O., VE VRCHLABÍ přijme:

■ Primáře na ARO

■ Zástupce primáře na ARO

■ Primáře na dětské oddělení

■ Zástupce primáře na dětské oddělení

■ Větší počet lékařů absolventů na oddělení – ARO, gynekologie, interna

Požadujeme: VŠ, II. atestaci v oboru, případně specializovanou způsobilost, organizační a řídicí schopnosti (pro primariát).

Nabízíme: byt, výhodné finanční ohodnocení. Kontakt: e-mail: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz, tel.: 499 502 304.

ZDN A111014852

Lékař – mikrobiolog

ODBORNÝ LÉČEBNÝ ÚSTAV JEVÍČKO přijme lékaře – mikrobiologa (JVŠ v přípravě na specializaci z mikrobiologie). Kontakt: Ing. Směkalová, tel.: 777 142 209. www.olujevicko.cz – sekce nabídka zaměstnání

ZDN A111014842

Více pozic

REVMATOLOGICKÝ ÚSTAV, PRAHA 2, NA SLUPI 4, přijme pro oddělení klinické biochemie a hematologie:

■ Lékaře/lékařku v oboru klinická biochemie na funkci vedoucího/vedoucí oddělení

Kvalifikační a odborné požadavky dle zákona č. 95/2004 Sb., znalost normy ČSN EN ISO 15189.

■ VŠ odborného pracovníka/ pracovníci v laboratorních metodách, obor klinická biochemie,

Kvalifikační a odborné požadavky dle zákona č. 96/2004 Sb., znalost normy ČSN EN ISO 15189.

Nástup možný ihned, nebo dle dohody. Možnost zkráceného úvazku.

■ Zdravotního laboranta/ laborantku na funkci vedoucí laborantky

■ Zdravotního laboranta/ laborantku

Pracoviště bez pohotovostních služeb, pracovní doba 7.00 – 15.30. Nástup od 1. 1. 2012. Platové zařazení podle platných předpisů pro PO. Sociální výhody, možnost stravování, penzijní připojištění a příspěvek na dovolenou. Pracoviště v centru města.

Přihlášky se strukturovaným životopisem zasílejte na shora uvedenou adresu, případně e-mailem: venc@revma.cz nebo vond@revma.cz
Kontakt: prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc., tel.: 234 075 340, nebo MUDr. Tomáš Vondráček tel.: 234 075 306 (326).

ZDN A111015121

Lékař

ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA OLMOUCKÉHO KRAJE, P. O., přijme do pracovního poměru lékaře pro:

- výjezdová stanoviště ÚO Olomouc,
- výjezdová stanoviště ÚO Přerov.

PERSONÁLNÍ INZERCE

Kvalifikační předpoklady: atestace v základním oboru a licence z urgentní medicíny. Praxe na záchranné službě vítána. Nástup možný ihned. Písemné žádosti včetně profesního životopisu zasílejte na adresu: Zdravotnická záchranná služba OK, p. o., sekretariát ředitele, Aksamitova 8, 772 00 Olomouc.

ZDN A111014831

Lékař

DOMÁCÍ HOSPICE CESTA DOMŮ přijme do svého týmu lékaře na celý nebo poloviční úvazek.

Požadujeme:

- specializační způsobilost nejlépe v oboru paliativní medicíny; v případě jiné specializační způsobilosti zájem o vzdělávání se v tomto oboru,
- ochotu pracovat s lidmi, kteří jsou křehcí a umírají,
- ochotu pracovat v terénu po celém území hl. města Prahy,
- ochotu a schopnost pracovat v týmu.

Nabízíme:

- smysluplnou práci v rodinách umírajících,
- přívětivý kolektiv,
- práci pro zavedenou neziskovou organizaci,
- pružnou pracovní dobu,
- smluvní plat,
- prostor pro osobní i profesní růst, pravidelnou supervizi,
- dovolenou 25 dní za rok, zaměstnanecké výhody,
- nástup možný ihned.

Životopisy a motivační dopisy pošlete na e-mail: info@cestadomu.cz nebo poštou na adresu: Cesta domů, Bubenská 3, Praha 7, 170 00. Vybrané uchazeče oslovíme se žádostí o osobní pohovor.

ZDN A111014834

Lékař/lékařka

NEMOCNICE KYJOV, P. O., přijme lékaře/ku se specializací v oboru neurologie s perspektivou funkčního místa.

Požadujeme:

- VŠ vzdělání,
- specializovanou způsobilost v oboru neurologie,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost.

Nástup k 1. 10. 2011. Byt k dispozici. Přihlášky včetně strukturovaného životopisu zasílejte na adresu: Nemocnice Kyjov, p. o., sekretariát, Strážovská 1247, 697 33 Kyjov.

ZDN A111014826

Více pozic

VELKÉ REHABILITAČNÍ ZAŘÍZENÍ V SAUDSKÉ ARÁBII hledá akutně rehabilitační lékaře, fyzioterapeuty, ergoterapeuty a hippoterapeuty. Více informací vám poskytne MUDr. Jan Farda, tel.: 737 077 247, e-mail: jan.farda@brainhunters.net nebo navštivte naše stránky: www.brainhunters.net

ZDN A111014823

Lékař/lékařka

STÁTNÍ LÉČEBNÉ LÁZNĚ JANSKÉ LÁZNĚ, S. P., přijmou lékaře/lékařku pro léčebnu dospělých v Janských Lázních.

Požadujeme:

- ukončené studium lékařského směru,
- specializaci v oboru RFM, neurologie,
- specializace v oboru vnitřní lékařství výhodou,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost podle zákona č. 95/2004 Sb.

Nabízíme:

- možnost kratšího úvazku,
- smluvní mzdu,
- služební telefon,
- byt do 3 měsíců od nástupu.

Nástup možný ihned, případně dle dohody.

Písemné přihlášky spolu se stručným životopisem se zaměřením na dosavadní

odbornou praxi, fotokopie dokladů o dosažené kvalifikaci (diplom, specializace), fotokopii dokladu o bezúhonnosti a zdravotní způsobilosti nebo čestné prohlášení o trestní bezúhonnosti zasílejte na adresu: Státní léčebné lázně Janské Lázně, s. p., personální ref., 542 25 Janské Lázně, e-mail: cervena@janskkelazne.com

ZDN A111015170

Lékař/lékařka

STÁTNÍ LÉČEBNÉ LÁZNĚ JANSKÉ LÁZNĚ, S. P., přijmou lékaře/lékařku pro dětskou léčebnu v Janských Lázních.

Požadujeme:

- ukončené studium lékařského směru,
- specializaci v oboru RFM, dětské lékařství nebo dětská neurologie nebo odbornou způsobilost s minimální délkou praxe 24 měsíců podle zákona č. 95/2004 Sb. se zájmem o obor RFM,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost podle zákona č. 95/2004 Sb.

Nabízíme:

- možnost kratšího úvazku,
- smluvní mzdu,
- služební telefon,
- byt do 3 měsíců od nástupu.

Nástup možný ihned, případně dle dohody.

Písemné přihlášky spolu se stručným životopisem se zaměřením na dosavadní odbornou praxi, fotokopie dokladů o dosažené kvalifikaci (diplom, specializace), fotokopii dokladu o bezúhonnosti a zdravotní způsobilosti nebo čestné prohlášení o trestní bezúhonnosti zasílejte na adresu: Státní léčebné lázně Janské Lázně, s. p., personální ref., 542 25 Janské Lázně, e-mail: cervena@janskkelazne.com

ZDN A111015175

Rehabilitace

NEMOCNICE NA FRANTIŠKU

přijme: Vedoucího lékaře nelůžkového RHB oddělení se spec. způsob. v oboru fyziatrie, balneologie a léčebná rehabilitace a licencí pro výkon ved. funkce v oboru. Nabízíme dobré platové podmínky, zaměstnanecké výhody, služeb. byt. Nástup možný ihned nebo podle dohody, CV a osob. jednání podmínkou. Kontakt: tel.: 777 363 640, e-mail: svehla@nnfp.cz

Fyzioterapeuty s platnou registrací, praxe v oboru min. 2 roky podmínkou, samostatnost, práce u lůžek i na ambulanci. Dobré plat. podmínky, pro mimopražské možnosti ubytování nebo služeb. byt. Nástup možný ihned nebo podle dohody, CV a osob. jednání podmínkou. Kontakt: tel.: 222 801 232, e-mail: zabova@nnfp.cz.

ZDN A111014818

Lékaři

ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA JIHO-MORAVSKÉHO KRAJE, P. O., NÁM. 28. ŘÍJNA 23, 602 00 BRNO, přijme lékaře pro svá pracoviště v okresech Brno město, Blansko, Břeclav, Hodonín, Vyškov a Znojmo.

Požadujeme:

- VŠ vzdělání – LF, specializace v oboru urgentní medicína nebo anesteziologie a intenzivní medicína, chirurgie, vnitřní lékařství, všeobecné praktické lékařství, dětské lékařství; možné jsou i jiné odbornosti chirurgického a interního zaměření po prokázání odpovídajících schopností k výkonu práce.
- Zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost.
- Uživatelskou znalost práce s PC; znalost AJ nebo NJ výhodou.

Nabízíme: dobré pracovní podmínky, pracovní poměr

na dobu neurčitou, platové zařazení dle vládního nařízení č. 564/2006 Sb. + příplatky. Nástup možný ihned. Přihlášky s životopisem zašlete na adresu organizace nebo e-mailem: info@zszjmk.cz Tel.: 545 113 203.

ZDN A111014247

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 A111012983

Sekundární lékař/lékařka

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE, V ÚVALU 84, 150 06 PRAHA 5 přijme pro 3. chirurgickou kliniku 1. LF UK sekundárního lékaře/ku se zájmem o obor chirurgie. Nabízíme: možnost rychlého odborného růstu, ubytování pro mimopražské.

Písemné nabídky s CV zasílejte na sekretariát 3. chirurgické kliniky 1. LF UK nebo na e-mail: helena.smejkalova@fnmotol.cz Tel.: 22443 8001.

ZDN A111015196

Inzerce A111015349

FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY MÍSTO, KDE MŮŽETE KRÁLOVSKY NAPLNIT SVÉ AMBICE

STAŇTE SE SOUČÁSTÍ VÝJIMEČNÉHO PRACOVNÍHO KOLEKTIVU NA DYNAMICKY SE ROZVÍJÍCÍCH ŠPIČKOVÝCH PRACOVÍŠTÍCH

PŘIJMEME:

LÉKÁŘE - radiologa - mamodiagnostika pro Radiodiagnostickou kliniku

Kvalif. požadavky: – VŠ lékařského směru, specializovaná způsobilost v oboru je vítána

Nabízíme zajímavou práci na odborných pracovištích s možností dalšího profesního růstu, nadstandardní finanční ohodnocení, možnost dalšího vzdělávání, příjemné pracovní prostředí, zařazení do aktivní nemocnice v centru Prahy, pro mimopražské uchazeče možnost přednostního ubytování, zaměstnanecké benefity.

Přihlášky se strukturovaným životopisem zasílejte na adresu: FNKV, pan. Bc. Zdeněk Paštyřák, vedoucí pers. odb., Šrobárova 50, 100 34 Praha 10, e-mail: pasytrak@fnkv.cz, info tel.: 267 162 945

Nástup ihned.

Pro ženy s HER2 pozitivním časným i metastatickým karcinomem prsu je Herceptin® základem péče

1/ Herceptin dává ženám s časným HER2 pozitivním karcinomem prsu nejlepší šance na vyléčení

2/ Herceptin prodlužuje přežití napříč všemi stádii HER2 pozitivního metastatického karcinomu prsu.

3/ Herceptin změnil prognózu žen s HER2 pozitivním karcinomem prsu



Herceptin®
trastuzumab
Precision • Power • Promise

HERCEPTIN® 150 mg Základní informace o přípravku

• **Účinná látka:** trastuzumabum • **Držitel registračního rozhodnutí:** Roche Registration Ltd., Welwyn Garden City, Velká Británie • **Registrační číslo:** EU/1/00/145/001
• **Indikace:** Léčba metastazujícího karcinomu prsu u pacientů, jejichž nádory ve zvýšené míře exprimují HER2 (human epidermal receptor 2): **a)** v monoterapii u pacientů, kteří byli pro své metastazující nádorové onemocnění již léčeni nejméně 2 chemoterapeutickými režimy; **b)** v kombinaci s paklitaxelem k léčbě pacientů, kteří nedostávali předchozí chemoterapii k léčbě metastatického nádorového onemocnění a pro něž léčba antracyklinem není vhodná; **c)** v kombinaci s docetaxelem k léčbě pacientů, kteří nedostávali předchozí chemoterapii k léčbě metastatického nádorového onemocnění; **d)** v kombinaci s inhibitory aromatázy k léčbě postmenopauzálních pacientek s metastatickým karcinomem prsu s pozitivitou hormonálních receptorů, dosud neléčených trastuzumabem. Herceptin je indikován u pacientů s HER2 pozitivním časným karcinomem prsu: **a)** po chirurgickém zákroku, chemoterapii (neoadjuvantní nebo adjuvantní) a radioterapii (pokud je to relevantní); **b)** po adjuvantní chemoterapii s doxorubicinem a cyklofosfamidem v kombinaci s paklitaxelem nebo gastro-esofageálního spojení, kteří dosud nebyli léčeni pro metastazující onemocnění. • **Kontraindikace:** Pacienti se známou přecitlivělostí na trastuzumab, myší proteiny nebo na některou z pomocných látek. Pacienti, kteří z důvodu komplikací spojených s pokročilým onkologickým onemocněním trpí klidovou dušností nebo vyžadují podpurnou kyslíkovou terapii. • **Upozornění:** Stanovení HER2 musí být provedeno ve specializované laboratoři při zajištění dostatečné validace testovacích postupů. Užití samotného Herceptinu je spojeno s určitým rizikem kardiotoxicity, současně podávání přípravku v kombinaci s antracykliny toto riziko zvyšuje. U nemocných, kterým byly antracykliny podávány v minulosti, je riziko kar-

diotoxicity nižší než při současném podávání. Bezpečnost pokračování léčby nebo opětovného zahájení léčby přípravkem u pacientů s projevy kardiotoxicity nebyla prospektivně hodnocena. Nicméně u většiny pacientů, u kterých došlo v pilotních studiích s přípravkem k rozvoji srdečního selhání, se klinický stav zlepšil po podání standardní léčby. U většiny pacientů se srdečními příznaky a prokázaným prospěchem z léčby se pokračovalo v týdenní terapii přípravkem Herceptin bez dalších klinických srdečních příhod. • **Klinicky významné interakce:** Studie lékových interakcí u lidí nebyly s přípravkem Herceptin prováděny. Riziko vzniku interakcí se současně užívanými přípravky proto nemůže být vyloučeno. • **Hlavní klinicky významné nežádoucí účinky** při léčbě Herceptinem v monoterapii nebo v kombinaci s paklitaxelem byly příznaky spojené s podáním infuze (obvykle po první infuzi přípravku) - hlavně horečka a/ nebo třesavka, méně často nauzea, zvracení, bolest, ztuhlost, bolest hlavy, kašel, závratě, vyrážka, astenie, dušnost; zřídka hypotenze, hypertenze, bronchospasmus, tachykardie, dechová tíseň, angioedém; alergické a hypersenzitivní reakce. Některé z těchto reakcí mohou být závažné. Dalšími čtenějšími nežádoucími účinky byly bolesti břicha, astenie, bolest na hrudi, třesavka, horečka, bolest hlavy, nespokojenost, průjem, nauzea, zvracení, artralgie, myalgie, vyrážka, vypadávání vlasů. Byly zaznamenány izolované případy závažných plicních příhod, které v několika případech vedly k úmrtí pacienta. Tyto příhody mohou být součástí reakcí spojených s podáním infuze nebo k jejich výskytu může dojít později po podání přípravku. U nemocných léčených přípravkem Herceptin byly zaznamenány některé projevy srdeční toxicity jako snížení ejekční frakce a příznaky srdečního selhání, např. dušnost, ortopnoe, zvýšený kašel, plicní edém a třetí srdeční ozva. • **Dávkování a způsob podání:** Dle SPC • **Dostupná balení přípravku:** Herceptin 150 mg, prášek pro koncentrát pro přípravu infuzního roztoku v injekční lahvičce. • **Podmínky uchovávání:** Při teplotě 2 °C až 8 °C. Po rekonstituci se sterilní vodou na injekce je rekonstituovaný roztok fyzikálně a chemicky stabilní po dobu 48 hodin při teplotě 2 °C až 8 °C. • **Datum poslední revize textu:** 20. 4. 2011



Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. K léčbě karcinomu prsu je léčivý přípravek hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, o úhradě k léčbě karcinomu žaludku dosud nebylo rozhodnuto. Další informace o přípravku získáte z platného Souhrnu údajů o přípravku Herceptin nebo na adrese: Roche, s.r.o., Dukelských hrdinů 52, 170 00 Praha 7, telefon 220 382 111. Podrobné informace o tomto přípravku jsou uveřejněny na webových stránkách Evropské lékové agentury (EMA) www.emea.europa.eu