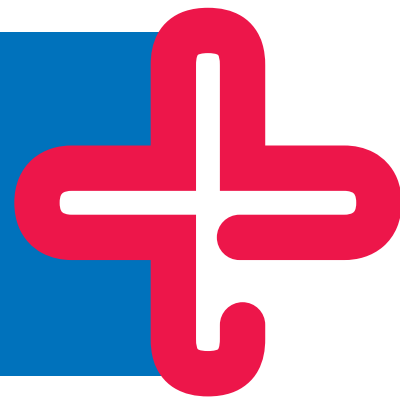


ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



CENA 28 Kč
PŘEDPLATNÉ 23 Kč
22/2011 ročník 60

Toto číslo vyšlo 7. 11. 2011



ODBORNÉ AKCE
XXIV. kongres ČLS JEP
– gynekologie v pediatrii
a dospívání

STRANA 12



PŘEDSTAVUJEME
MUDr. Bohumila Skálu, Ph.D.,
praktického lékaře
z Lanškrouna
a člena výboru SVL ČLS JEP.

STRANA 26



ZE ZAHRANIČÍ
Začalo oddlužování
slovenských nemocnic,
lékaři pokračují
v protestech

STRANA 8

ZP vypoví smlouvy všem nemocnicím

Zdravotní pojišťovny se v rámci restrukturalizace lůžkového fondu shodly na tom, že do konce roku 2011 vypoví všem zdravotnickým zařízením lůžkové péče smlouvy. Cíl je jasný – redukce lůžek o 10 tisíc.

Všechny smlouvy musí být vypovězeny ještě tento rok, aby nedošlo k jejich automatické prodloužení a zbyl dostatek času na vyjednávání smluv nových. Smlouvy, jejichž platnost má vypršet až k 31. prosinci 2012, budou vypovězeny ve veřejném zájmu (podle § 17 odst. 3, zákona č. 48/1997 Sb.) k 1. lednu 2013.

Tento postup byl minulé pondělí stvrzen společným memorandem ministerstva zdravotnictví se zdravotními pojišťovnami. „Cílem je, aby se maximum péče poskytovalo v režimu ambulantní nebo jednodenní chirurgické péče,“ sdělil ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny Pavel Horák. Z uspořené peníze, které by tento postup měl přinést, by podle Horáka nemocnice mohly financovat vyšší platy

zdravotníků a náklady spojené s ekonomickou krizí.

Na změně sítě lůžkových zařízení se shodly všechny pojišťovny. Šéf Svazu zdravotních pojišťoven Jaromír Gajdáček potvrdil, že zaměstnanecké pojišťovny se k tomuto kroku připojují a zřejmě už počátkem prosince začnou výpovědi smluv podávat. „Není záměr likvidovat péči či šikanovat nemocnice,“ zdůraznil Gajdáček.

Podle Pavla Vepřeka, který působí jako poradce ministra zdravotnictví Leoše Hegera (TOP 09), je zde příliš akutních lůžek, která pacienti nepotřebují. „Daleko více potřebujeme rozvíjet oblast rehabilitace, následné péče. Je třeba se o lidi postarat ve chvíli, kdy akutní lékař skončí svoji práci. V tom je velká slabina českého zdravot-

nictví, že rehabilitační služby bezprostředně nenavazují na akutní péči. To znamená, že chceme, aby péče byla poskytována v nějakém sledu a s určitou komplexností,“ uvedl Vepřek pro Český rozhlas 6.

Platit se bude jen za diagnózu

Příští rok se má změnit i způsob plateb nemocnicím. Pojišťovny již nebudou platit paušálně, ale pouze za diagnózu. To má nemocnice motivovat ke zkracování doby pobytu pacienta v zařízení, tedy k efektivnímu léčení. Přesun části péče do ambulancí a systém jednodenní chirurgie pak má umožnit plánovanou redukci lůžkového fondu.

(pokračování na straně 2)



Jaromír Gajdáček:
Není záměr likvidovat
péči či šikanovat
nemocnice.

Foto: Jaroslav Tábek

Inzerce A111005925

110 let zkušenosti
v originálním výzkumu
vývoji a výrobě léků

Farmaceutická společnost
s globální působností

Kvalitní terapie po generace
od roku 1901

Moderní
léčba ve více
než 100 zemích

110. výročí založení společnosti



RICHTER GEDEON
110 let tradice

ZP vypoví smlouvy všem nemocnicím

(pokračování ze strany 1)

Nahrazení paušálních plateb platbami za diagnózu však mezi poskytovateli vzbuzuje obavy. Žádné zařízení totiž nemůže předem vědět, s jakými platbami lze předem počítat, a odhadnout případný výpadek v příjmech.

Malé nemocnice v ohrožení

Největší obavy z dohody mezi mi-

nisterstvem a zdravotními pojišťovkami mají především malé nemocnice. Některým zařízením totiž hrozí i zánik, což se ale netýká velkých nemocnic s proslulými vysoce specializovanými centry.

„Dohoda o hromadném vypovídání smluv všem nemocnicím je nebyvalým zásahem do hospodářské soutěže. Buďte ke zvážení, zda se neobrátíte na Úřad pro ochranu hospodářské soutěže, aby posou-

dil, jestli samo memorandum a postup na jeho základě nepředstavují kartelovou dohodu, a takové jednání případně zakázal,“ uvádí ve svém prohlášení Asociace českých a moravských nemocnic (AČMN).

V úterý 8. listopadu svolává AČMN mimořádné zasedání, na němž chce projednat svůj další postup. Ve stejný den chce jednat i se zástupci Zdravotnické trojky (LOK-SČL, OSZSP a POUZP) a minist-

rem zdravotnictví, po němž bude žádat vysvětlení, proč se jeho úřad účastnil na dohodě pojišťoven, kterou asociace považuje za kartelovou.

AČMN: Nic se neušetří

Podle názoru AČMN rušením lůžek ani celých oddělení k úsporám nedojde, neboť nemocnice nejsou placeny podle jejich počtu.

„Ani zrušením celých menších nemocnic se neušetří nic. Běžnou péči poskytují menší a střední nemocnice levněji. Jejich péči budou muset nahradit velké nemocnice, samozřejmě s daleko vyšší reží, danou jejich vybavením. Rušení malých nemocnic může péči jen prodražit,“ soudí asociace.

Asociace se nedomnívá, že by v ČR byl lůžek nadbytek. Dokázat se to snaží na příkladu Rakouska. „V Rakousku je to 6 lůžek na tisíc obyvatel, v Česku jen 5,5 lůžka na tisíc obyvatel. Malých a levných nemocnic do 200 lůžek je tam 167, u nás jen 95. Malé nemocnice tam poskytují 62 % péče, u nás jen 16 %. Naproti tomu v Rakousku jsou 3 fakultní nemocnice a u nás 11. Potřebujeme rušit nemocnice a péči koncentrovat do těch nejdražších?“ ptají se zástupci AČMN.

(Plné znění „Memoranda zdravotních pojišťoven o restrukturalizaci a redukcí lůžkového fondu – nemocničních lůžek“ naleznete na www.ZDN.cz.)

Filip Kút Citores

Zdravotníci hrozí novými protesty

Lékařský odborový klub – svaz českých lékařů (LOK-SČL), Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR (OSZSP) a Profesní a odborová unie zdravotnických pracovníků (POUZP) se spojily a v obavách z nesplnění únorového memoranda, které mělo zaručit růst platů ve zdravotnictví o 10 %, ustavily krizový štáb „Zdravotnické trojky“ (Z3).

Sjednocení zdravotníci apelují na ministra zdravotnictví Leoše Hegera, aby dal jasné záruky, že únorové memorandum není pouze „bezcenným cárem papíru“. Učinit tak měl do 5. listopadu. „Jestliže nám pan ministr neodpoví do 5. listopadu 2011 nebo jeho odpověď nebude jednoznačná, zahájíme protestní akce,“ pohrozil předseda LOK Martin Engel.

Zdravotnická trojka o sobě dala poprvé vědět 21. října, kdy před ministerstvem zdravotnictví vystavila figurínu Doktora Exoda odpočítávajícího čas, který ministroví zbývá na splnění jeho závazků z memoranda.

Vlámávání se do otevřených dveří?

Akci ministerstvo ústy svého mluvčího Vlastimila Sršně označilo za „vlámávání se do otevřených dveří“, neboť ministr si je prý svých závazků vědom a peníze na platy zajistí. „Pokládám to za věc, kterou jsme slíbili a také ji dodržíme,“ řekl novinářům ministr. V současnosti se podle Hegera připravuje úhradová vyhláška, která by měla počítat s navýšením financí na platy pro přímo řízené nemocnice. Přerozdělení peněz však bude v kompetenci ředitelů nemocnic, což je hlavním zdrojem obav zdravotníků.

„Otevřené dveře vypadají jinak. Zaměstnanci nemocnic jsou tímto vývojem skutečně zneklidnění. Do toho ještě padají výroky některých ředitelů, například paní Juráskové z VFN, která se už nechala slyšet, aniž zná úhradovou vyhlášku, že rozhodně na platech nepřidá. Pan ředitel Ludvík z Motola mluvil v podobném duchu a to jsou jenom dva vzorky z organizací přímo řízených panem ministrem,“ vysvětlil obavy zdravotníků Engel.

Ministr připomněl, že v memorandu se mluví o navýšení o 10 % v roce 2012, tedy ne explicitně od 1. ledna 2012. I kdyby tedy lékaři a sestry od ledna dostali méně procent, v průběhu roku se procenta dorovnájí. „Budeme rádi, když se to obejde bez pouličních událostí a výhrůžek ze strany odborů,“ poznamenal Leoš Heger.

Podporu protestům zvažuje i ČAS

Vývojem situace jsou znepokojeni i sestry a další zdravotničtí pracovníci. „Sestry ani ostatní zdravotnický personál nechtěly vyhrocovat už tak napjatou situaci při protestu lékařů a netrvaly na zvýšení mzdových prostředků v letošním roce. Spokojily se s příslibem navýšení platů v roce 2012. Naše krajské organizace se jednoznačně usnesly, že budeme trvat na splnění závazků plynoucích z memoranda k 1. lednu 2012. Pokud Česká republika tyto závazky nesplní, ministr i vláda se pro nás stanou nelegitimními a budeme žádat jejich odstoupení. Pokud pan ministr do 5. listopadu 2011 nedá jasné garance k plnění memoranda, máme od členů naší organizace mandát k jakékoli protestní akci,“ vysvětlila Dagmar Žitníková (OSZSP).

Česká asociace sester (ČAS) do krizového štábu zdravotníků nevstoupila. Neúčastnila se ani jarních

lékařských protestů, dokonce se proti formě akce „Děkujeme, odcházíme“ vymezila a s ministrem zdravotnictví podepsala vlastní „memorandum“ o navýšování platů. Asi i proto mnohé zdravotníky překvapilo, že právě ČAS ústy své prezidentky Dany Juráskové avizovala možnou podporu protestním akcím, které chystá Z3.

„Akceptujeme aktivity, které teď odborové organizace směřují na ministerstvo a jsou cíleny na obě profesní skupiny, na lékaře i nelékaře, tedy rovněž sestry. Na sněmu předsedkyně 11. listopadu v Poďbradech budeme další postup zvažovat,“ řekla Jurásková.

Slibem nezarmoutíš?

Pokud jde o navýšení platů ve zdravotnictví v příštím roce o 10 %, je většina zdravotníků spíše skeptická. Jak vyplývá i z dosavadních výsledků ankety Zdravotnických novin, většina respondentů nevěří, že ministr Heger bude schopen potřebné finance zajistit. Předseda Profesní a odborové unie zdravotnických pracovníků Tomáš Válek uvádí, že stále častěji zaznávají hlasy jejích členů, které se ptají: Jakým způsobem česká vláda dostojí svým závazkům vyplývajícím z memoranda, ke kterým se letos v únoru zavázal svým podpisem ministr zdravotnictví, tedy zástupce české vlády. „Sest-

řičky se ptají, z jakých zdrojů bude slíbené navýšení platů financováno. A nejsou to jen sestřičky, ale i porodní asistentky, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, zdravotničtí záchranáři, ošetřovatelé, sanitáři, řidiči vozidel zdravotnické záchranné služby, kteří se domáhají odpovědi na otázku: Buďte nám tedy přidáno, nebo zazněla opět jen prázdná slova ve smyslu „slibem nezarmoutíš“? Profesní a odborové unie zdravotnických pracovníků trvá na dodržení závazků vyplývajících z memoranda, zastává tak stejný názor jako ostatní zdravotnické organizace a chce znát jasné garance plnění do 5. listopadu 2011,“ sdělil Válek.

Engel: Máme mnohem větší sílu než loni

Podobu případných protestů Zdravotnická trojka zatím blíže nespecifikovala. Podle jejích představitelů, kteří prý mají od svých členů mandát k jakýmkoli formám protestu, však rozhodně budou slyšet. Ze začátku by se podle Martina Engela mělo jednat pouze o nenátlakové akce, které nijak neohroží dostupnost péče – nemělo by jít o žádné hromadné akce. Ještě v prosinci však protesty mohou vygradovat.

„Nechce se mi věřit, že vrcholný představitel České republiky něco slíbí, stvrdí to svým podpisem a za pár měsíců se tváří, že dohoda nemusí platit,“ podivil se Engel. „Je velice důležité, že to už neříkám jen já za lékaře, ale že se k nám přidaly sestry a další zdravotníci. Když to bude nutné, opřeme se o novou kampaň, za kterou bude stát daleko větší síla, než jaká podpořila ‚Děkujeme, odcházíme‘,“ varoval předseda LOK-SČL. Filip Kút Citores

ANKETA

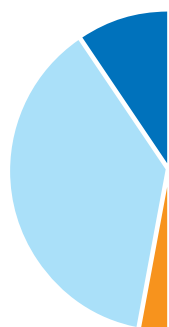
www.ZDN.cz

POVEDE REDUKCE LŮŽKOVÉHO FONDU A PREFERENCE AMBULANTNÍ PÉČE A JEDNODENNÍ CHIRURGIE K CELKOVÝM ÚSPORÁM?

22 %
ANO

73 %
NE

5 %
NEVÍM



DO 3. LISTOPADU HLASOVALO 100 UŽIVATELŮ WWW.ZDN.CZ A WWW.FACEBOOK.COM/FB.ZDN

Pojišťovny na hraně: odvaha, nebo hloupost?

Na potřebě redukce nemocničních lůžek panuje shoda. Na způsobu provedení nikoli. Pojišťovny se rozhodly pro radikální řez.

Radikální řez může být účinnou léčbou i velkým průšvihem. Výsledek je těžké odhadnout předem. A jde-li o tak citlivé téma, jako je omezování počtu nemocničních lůžek, vstupuje navíc do hry dlouhá řada neznámých, jež šanci odhadnout důsledky dál zamlžují. Přesto se zdravotní pojišťovny rozhodly, že k potřebě restrukturalizovat nemocniční síť se po více než deseti letech opatrnosti postaví metodou radikálního řezu. Obvykle se tomu říká odvaha. Přinejmenším do doby, než se ukáže, že ra-



Martin Čaban

dikalismus byl špatnou volbou a jeho výsledkem jsou jen potíže.

V jednotě je síla

Zdravotní pojišťovny se rozhodly, že během letošního a příštího roku zruší deset tisíc nemocničních lůžek. Je to zhruba stejný počet, jaký se dosud podařilo zrušit za dvanáct let, co se o potřebě racionalizace nemocniční sítě mluví. Technicky si to pojišťovny představují tak, že ke konci letošního roku koordinovaně vypovědí smlouvy všem nemocnicím a během příštího ro-

ku, kdy poběží výpovědní lhůta, s nimi dojednávají smlouvy nové, „očistěné“ od nadbytečných lůžek. Ty začnou platit se začátkem roku 2013.

Řečí o redukcí a racionalizaci nemocniční sítě už se nadělalo dost, takže kdyby šlo jen o další výkřik, nebylo by zapotřebí dělat kolem toho rozruch. Co je ovšem po dvanácti letech nové, je memorandum, které podepsaly všechny české zdravotní pojišťovny a v němž slibují koordinovat svůj postup při rušení smluv. Dosavadní pokusy o redukcí lůžek vesměs ztroskotaly právě na neochotě pojišťoven, které jediné mají k rozumné redukcí sílu i po-

třebné informace, spojit síly. To se nyní, zdá se, mění.

Kraje si oddychnou

Překážek na cestě k efektivní nemocniční síti přesto leží dost a dost. Jedna z nich může být politická. Nezapomínejme, že téměř přesně za rok, v době vrcholu jednání o nových smlouvách, budou krajské (a senátní) volby. Jak moc budou stávající hejtmani ochotni přihlížet, jak jim v kraji mizí nemocniční lůžka či celé špitály? Dokáže krajská opozice odolat populistickému vábení a nevyužít tohoto tématu v kampani?

Je ovšem pravda, že současná politická konstelace plánu pojišťoven přeje. Jeho kořeny jsou sice na pravicovém (spořivém) ministerstvu zdravotnictví, ale úbytek lůžek má podporu také u většiny levicových hejtmanů v čele s šéf-hejtmanem Michalem Haškem. Rozpočty krajů jako zřizovatelů spousty nemocnic si v případě zefektivnění lůžkové péče také oddychnou. Proto je šance, že pravice a levice se nebudou moci

rušením nemocnic mlátit po hlavě tak snadno.

Nevyjasněná kritéria

Druhou překážkou je pochopitelný odpor nemocnic, především těch menších, jimž hrozí radikální redukce, restrukturalizace, nebo dokonce zánik. Nejen Asociace českých a moravských nemocnic už oznámila, že se obrátí na Úřad pro ochranu hospodářské soutěže. Je samozřejmě otázkou, kolik toho má český prostor zdravotního pojištění společného s hospodářskou soutěží. Přesto se při pohledu na memorandum osmi pojišťoven dere na jazyk slovo „kartel“.

Třetí překážkou jsou dosud nevyjasněná kritéria, podle nichž má k redukcí lůžek dojít. Při tak radikálním kroku, k jakému se nyní pojišťovny odhodlaly, by bylo lepší je znát předem. Stanou-li se pro zachování, či zrušení lůžka rozhodujícím kritériem dejme tomu známosti, přijde samozřejmě celá snaha o racionalizaci lůžkové péče vníveč.

Interce A111011515

Artesa navyšuje úrokové sazby!

Všechny vklady ze zákona pojištěny až do výše 100 000 eur

S platností od 01. 06. 2011

Proč Artesa?

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

až
4,0 %
p.a.



Artesa, spořitelní družstvo
www.artesa.cz

Politických vězňů 21
110 00 Praha 1

volejte zdarma
800 128 836


INVESTUJTE VÝHODNĚ A S GARANCÍ

Farmafirmy zprůhledňují sponzorství lékařů na kongresech

Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) spustila internetový portál, který napomůže nejen snazší orientaci ve vztazích mezi lékaři a farmaceutickým průmyslem, ale jak zdůraznili jeho autoři, prospěje celkové kultivaci etického prostředí českého zdravotnictví.

Na internetovém portálu na adrese www.lekarskekongresy.cz lze kromě termínu a místa konání kongresu, názvu pořádající společnosti či webových stránek kongresu nalézt také jméno firmy, která může lékaři tuto akci sponzorovat. „Účast lékařů na světových odborných kongresech je žádoucí. Lékaři nesmí být izolováni od nejnovějších informací a vědeckých poznatků. A sponzorství je zde legitimní reklamní nástroj. Firma lékařů hraje letenku na kongres, registrační poplatek, ubytování a stravu v běžném rozsahu,“ představil databázi světových lékařských kongresů předseda Etické komise AIFP Patrik Kastner. Databáze ovšem neobsahuje jmenný seznam lékařů, kteří se s danou firmou na kongres vydají. To je podle Kastnera zatím v rozporu s českou legislativou, především zákonnou ochranou osobních údajů. Na otázku ZDN, kdy a v jaké formě lze jmenný seznam lékařů v databázi očekávat, Kastner uvedl, že až v případě, že budou tyto informace upraveny zákonem.

Transparentní spolupráce není problém

Seznamy sponzorovaných lékařů, kteří jsou v podobné databázi uvedeni, zatím existují pouze v USA. Daleko běžnější ozřejm-

ní spolupráce lékařů s farmaceutickými společnostmi probíhá formou tzv. *disclaimeru*, kdy lékař na začátku přednášky jasně a zřetelně uvede, se kterou firmou na výzkumu, hodnocení atd. pracoval. „Být maximálně otevřený znamená přínos nejen pro kolegy, ale i pro pacienty. Každý pacient by měl vědět, s kým jeho lékař spolupracuje a jaké léky mu předepisuje. Stejně tak by mělo být zřejmé, který lékař působí v poradních orgánech té které farmaceutické firmy,“ říká přednosta 3. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze Štěpán Svačina a navrhuje, aby byla účast na kongresu podmíněna právě zapsáním do databáze. Na dotaz ZDN, zda by sám osobně své jméno k firmě přiřadil, profesor Svačina odpověděl kladně: „Ano, nemám s tím problém.“

Sebekontrola pomocí etického kodexu

Pouze jasnou a průhlednou deklarací spolupráce lze dle asociace alespoň částečně zamezit korupci. Proto se například farmaceutické společnosti sdružené pod AIFP navzájem samy kontrolují prostřednictvím vlastního etického kodexu. „Očekáváme, že dodržování etického kodexu AIFP začne být standardem i pro společnosti mimo asociaci a přispěje ke zlepše-

ní a kultivaci chování a právního prostředí v oblasti etiky na celém českém farmaceutickém trhu,“ říká předsedkyně pracovní skupiny AIFP pro oblast etiky Beata Hauser. Její pracovní skupina v současnosti pořádá také školení lékařů jednotlivých odborností v rámci ČLS JEP, v jarním semestru začnou probíhat školení na farmaceutických fakultách. Právě u školení studentů lékařských a farmaceutických fakult spatřuje Beata Hauser prostor pro zlepšení budoucí situace. „Studenti musí znát jasný rozdíl mezi tím, co je a co není etické. Pokud je v etice vztahu s farmaceutickými firmami lékař dostatečně edukovaný, zmenšuje se korupční prostor na minimum,“ dodává. AIFP také aktualizovala brožuru o spolupráci mezi lékaři a farmafirmami. Na řadě typických situací, ve kterých může lékař při kontaktu s firmou zaváhat, je zde ukázáno korektní řešení této situace i její zasazení do rámce etického kodexu AIFP.

Turistika ne, jde o vzdělávání

Některé farmaceutické společnosti však mají podle asociace v oblasti etického chování stále velké rezervy. V poslední době došlo k řadě odhalení, díky nimž vyšlo najevo, že firmy pořádaly kongresy v tu-

risticky atraktivních přímořských zemích (Egypt, Seychely) či luxusních sportovních areálech. „Firmy, které kromě světového kongresu pořádají i lokální kongresy v atraktivních destinacích, kde je evidentní podpora lokální turistiky, se chovají rizikově. Naštěstí takových kongresů rapidně ubývá. Navíc lékaři, kteří potřebují nové informace z oboru, na ně nejezdí,“ komentuje profesor Svačina tzv. kongresovou turistiku. Riziko podle něj přináší také evropské kongresy, které jsou často výrazně vědecké a často zaměřeny na jeden konkrétní problém. Vysoce odborné informace se pak lékařovy práce vůbec netýkají a riziko turistiky se tím zvětšuje. „Oproti evropským kongresům, které jsou většinou velmi užce zaměřené, nabízejí americké kongresy pro lékaře velký přínos, co se nových vědeckých poznatků a informací týče. Největší význam mají pro nejmladší lékaře, kteří by si takový kongres nemohli sami dovolit, dále pro mladé vědecké pracovníky, doktorandy a zaměstnance výzkumných a vědeckých pracovišť. Pro ty je kongres stimulační. Méně přínosné jsou pro lékaře z nemocnic a ambulantních praxí. Není už také důvod účastnit se kongresu pro získání lékařských kreditů, které nyní v ČR nemají

žádný význam,“ podotýká Štěpán Svačina.

Check-in a Check-out do 24 hodin

Pravidla jak kongresové turistice zabránit jsou podle Beaty Hauser z AIFP jednoduchá. „Ministerstvo zdravotnictví by mělo stanovit základní pravidla. Pomohlo by například pravidlo, podle kterého mohou lékaři na kongres dorazit maximálně 24 hodin před jeho zahájením a odjet do 24 hodin od jeho ukončení. Také by pomohlo pravidlo, že v rámci kongresů nebudou placeny pronájmy automobilů, sportovních areálů a podobně. Mnohé zásady by farmafirmy mohly převzít z etického kodexu. Sponzorování či organizování činností spojených s turistickou či sportovní aktivitou je pro společnosti sdružené v AIFP během odborného kongresu zakázáno. Podle kodexu také není povoleno sponzorovat účast manželky či organizování činností spojených s turistickou či sportovní aktivitou je pro společnosti sdružené v AIFP během odborného kongresu zakázáno. Podle kodexu také není povoleno sponzorovat účast manželky, manželu či jiných rodinných příslušníků – lékař si za tyto osoby hraje výlohy sám a je vůbec nutné zvážit, zda je účast těchto osob na odborném kongresu vhodná,“ uvádí příklady dobré kongresové praxe Beata Hauser. Lékařské kongresy jsou podle odborníků nedílnou součástí lékařské edukace a jsou nutné pro udržení úrovně české lékařské vědy. Zpřísnění pravidel, ať už vzejdou ze samoregulace farmaceutických firem, nebo z ministerstva, by mělo vést ke snaze o čistý farmaceutický štít.

Petra Klusáková

Příklady z praxe – jak se zachovat v konkrétních situacích

Situace 1: Jsem lékař a účastník jsem se medicínského kongresu v Berlíně. Přednášející často zahajovali své prezentace tím, že měli na úvodním snímku seznam farmaceutických firem, se kterými v uplynulé době spolupracovali. Je to nějaký trend či pravidlo v jiných státech, nebo už to platí i v Česku?

Jak se zachovat: Pravidlo tzv. *disclaimeru* (deklarace střetu zájmů) platí již i pro členské společnosti AIFP. Firmy jsou povinné zavazovat své smluvní partnery, zdravotnické odborníky, k tomu, aby

formou *disclaimeru* zveřejnili při další odborné činnosti svou spolupráci s farmaceutickou společností. Pokud tedy lékaři poskytující poradenské služby prezentují dalším stranám stanoviska nebo výsledky, které se týkají medicínské oblasti poskytovaného poradenství, měli by současně tyto závazky oznámit, aby se zabezpečila transparentnost vůči všem stranám. Takové oznámení může proběhnout písemnou formou, pokud se jedná o článek v odborném časopise či o úvodní snímek přednášky, nebo zřetelným ústním prohlášením, pokud není písemná forma možná či vhodná.

Situace 2: Můj dlouholetý přítel ambulantní specialista mi řekl, že její farmaceutické firmy pravidelně zásobují vzorky svých léků, a to v poměrně vysokém množství, přestože přípravky byly uvedeny na trh již před mnoha lety. Za jakých podmínek smí firma odborníkovi vzorek poskytnout? Splňuje v tomto případě vzorkování svůj účel? Odborník se přece za tak dlouhou dobu již musel seznámit s vlastnostmi daného léku.

Jak se zachovat: Poskytování bezplatných vzorků léků upravuje zákon o re-

gulaci reklamy a blíže reguluje dozorový orgán (SÚKL). Vzorky léků mohou být lékařům poskytnuty pouze výjimečně, a to v omezeném počtu nejvýše pro jeden kalendářní rok, přičemž každý vzorek musí odpovídat nejmenšímu balení léku uvedenému na trh a musí být označen nápisem „neprodejný vzorek“ nebo „bezplatný vzorek“. Vzorky lze poskytovat pouze na písemnou žádost lékaře, který je oprávněn daný lék předepisovat. Žádost musí být řádně podepsaná a datovaná.

Co říká etický kodex AIFP: Etický kodex AIFP jde v oblasti poskytování bez-

platných vzorků nad rámec zákona a regulace dozorového orgánu. Od roku 2012 zavádí zpřísnění pravidel týkajících se „vzorkování“. Poskytování vzorků bude omezeno na 4 balení konkrétního léku jednomu lékaři za kalendářní rok. Navíc také bude platit pravidlo, že členská společnost AIFP nesmí vzorkovat lék po uplynutí 2 let od uvedení daného přípravku na trh. Výjimkou je registrace nové indikace léku. V takovém případě poběží lhůta 2 let znovu od jeho uvedení s rozšířenou indikací na trh.

(Zdroj: Brožura „Spolupráce mezi lékaři a farmaceutickým průmyslem“)

Specializační vzdělávání lékařů bylo převedeno na lékařské fakulty

Univerzita Karlova v Praze, Univerzita Palackého v Olomouci a Masarykova univerzita v Brně uzavřely s Ministerstvem zdravotnictví ČR smlouvy, které řeší převod specializačního vzdělávání lékařů z Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) na univerzity a také vzájemné vztahy těchto institucí.

Na základě těchto smluv dochází k převodu vzdělávání lékařů a zubních lékařů v základních oborech specializačního vzdělávání na univerzity, tedy na sedm lékařských fakult. Od 1. ledna 2012 budou zařazování do specializačního vzdělávání, zápočet odborné praxe absolvované v jiném oboru specializace a atestační zkoušky zajišťovat jednotlivé lékařské fakulty.

„Velkým vzorem nám byl systém velkých akreditovaných pracovišť – univerzitních nemocnic s několika desítkami rezidentů – v USA, kde se celoroční intenzivní vzdělávání velmi urychluje. Toto uspořádání ministerstvo vložilo do zákona v roce 2004. Zpočátku ale chyběly prostředky, které pak sehnal bývalý ministr zdravotnictví Tomáš Julínek. Brzdil nás také velký počet specializačních oborů, vážla admi-

nistrativa na rezidenční programy. Nyní část vzdělávání přesunujeme na lékařské fakulty, které začnou tyto programy administrovat tak, jak je to běžné ve světě,“ podpořil centralizaci specializačního vzdělávání do velkých pracovišť ministr zdravotnictví Leoš Heger a označil ji za zlomový okamžik ve vzdělávání lékařů.

Co zůstává nezměněno

Pro zvládnutí decentralizace vznikne koordinační pomocná skupina, složená za zástupců lékařských fakult, která bude spolupracovat s akreditačními komisemi odborníků na tvorbě vzdělávacích programů a řešit vydávání atestačních termínů, místa konání zkoušek apod.

Specializační vzdělávání v oborech všeobecné praktické lékařství,

praktické lékařství pro děti a dorost, vzdělávání farmaceutů, certifikované kurzy a zápočet odborné praxe absolvované v zahraničí a v rámci doktorského studijního programu bude společně s MZ nadále zajišťovat IPVZ. Nezměněno zůstává také vydávání certifikátů o získání zvláštní odborné způsobilosti v nástavbových oborech.

Jak to bude konkrétně

Žádost o zařazení do specializačního vzdělávání bude lékař nově podávat na jím vybranou lékařskou fakultu. Ta bude na základě podané žádosti administrovat nejen zařazení do specializovaného vzdělávání, ale i možné změny. Do kompetence lékařských fakult přechází také vydávání certifikátů o absolvování základního kmene specializačního vzdělává-



ni. „Písemnou přihlášku k atestační zkoušce ve vybraném termínu lékař zašle 90 dní před jejím termínem. Lhůta slouží fakultě k posouzení oprávněnosti všech požadavků. Termíny zkoušek stanoví MZ na návrh zmíněné koordinační rady,“ uvedl náměstek MZ pro zdravotní péči Vítězslav Vavroušek a dodal, že vydání diplomu o získání specializované způsobilosti v základním oboru zůstane v kompetenci MZ. Zachován je i systém dotačního programu rezidenčních míst,

který podporuje absolventy lékařských fakult při získávání potřebné atestace. „V letošním roce realizujeme již třetí cyklus dotačního programu. Pro nelékařské obory bylo vypísáno celkem 981 rezidenčních míst, pro lékařské obory 150 míst pro všeobecné praktické lékařství a 30 míst pro praktické lékařství pro děti a dorost,“ dodává ministr Heger.

Převod fakultních nemocnic na univerzitní

MZ v posledních letech spolupracuje s vysokými školami také na tvorbě věcného záměru zákona o univerzitních nemocnicích. Jak uvedl náměstek MZ pro legislativu a právo Martin Plíšek, vláda se zavázala, že k transformaci na univerzitní nemocnice dojde ještě v tomto volebním období. Hlavním důvodem převodu je nevyhovující právní forma příspěvkových organizací – univerzitní nemocnice budou mít status neziskové organizace, na jejich řízení se bude podílet stát společně s vysokými školami, svého zástupce zde bude mít také kraj.

„Téma univerzitních nemocnic je pro nás velmi důležité. Převzetí systému atestačního vzdělávání chápeme jako předstupeň nebo jeden z kroků, který k převodu na univerzitní nemocnice povede. Informace o přípravách tohoto zákona jsou z mého pohledu značně slibné,“ podotkl rektor Univerzity Karlovy profesor Václav Hampl. Univerzitní nemocnice by měly vzniknout v roce 2014.

Petra Klusáková

Fakultní nemocnice v prvním pololetí hospodařily v kladných číslech

Výnosy nemocnic a dalších organizací řízených MZ v letošním pololetí převýšily o tři čtvrtě miliardy své náklady. Resort si pochvaluje především aktivní využívání a následnou kontrolu elektronických aukcí a chystá další kroky k zefektivnění hospodaření nemocnic.

Jedná se například o další posílení instituce elektronických aukcí, snižování tzv. materiálových nákladů či realizace centrálních nákupů, které jsou již nyní využívány v pilotním projektu nákupu silové elektřiny. „Podařilo se nám přes negativní dopad jednorázového navýšení platů lékařů udržet hospodaření fakultních nemocnic v černých číslech. Pomohly k tomu významné úspory v nákladech v řádu desítek procent, které by nebyly možné bez větší transparentnosti výběrových řízení a maximálního tlaku na nabízené ceny,“ uvedl ministr zdravotnictví Leoš Heger. Největší část nákladů fakultních nemocnic tvoří prá-

vě platy. V nemocnicích řízených ministerstvem činily náklady na platy za první pololetí celkem 11 a půl miliardy korun.


Kroky k vyšší efektivitě a úsporám

K zefektivnění hospodaření přímo řízených organizací MZ připravilo návrh novely zákona o regulaci reklamy. Ta rozšiřuje regulaci reklamy na humánní léčivé přípravky i o průzkumy trhu a neinterventní peregistrační studie. Dále zakazuje soutěže, loterie nebo „hry“, kterými lze ovlivnit předepisování či výdej léků. Lékař nesmí zaměnit lék pacientovi a farmaceut nesmí doporučit pacientovi

lék, pokud by tak činil v důsledku reklamního lobbingu. „Novela také výrazně omezuje sponzorování kongresové turistiky. Pokud tyto podmínky nebudou dodržovány, chystají se v novele řádově zvýšené sankce,“ uvedl náměstek MZ pro legislativu a právo Martin Plíšek. Dalším realizovaným projektem vedoucím k úsporám je „Národní informační systém sledování nákladů na nákup zdravotnické techniky, speciálního zdravotnického materiálu a léků“, který bude účinným nástrojem pro sledování efektivity nákupních procesů. Fungovat začne již v příštím roce.

(klu)

Inzerce A11016755



Děkan Lékařské fakulty Univerzity Palackého
v Olomouci a ředitel Fakultní nemocnice
Olomouc vyhlašují výběrové řízení na obsazení

**5 ŠKOLÍCÍCH MÍST NA ORTODONTICKÉM
ODDĚLENÍ KLINIKY ZUBNÍHO LÉKAŘSTVÍ, PRO
PŘÍPRAVU KE SPECIALIZACI V OBORU ORTODONCIE**

Požadavky:

- VŠ vzdělání lékařského směru
- minimálně 1 rok praxe v zubním lékařství
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb. v platném znění

Školící místa budou spojena s úvazkem pro Fakultní nemocnici Olomouc v rozsahu 0,5 na dobu určitou tří let – nejdéle do složení specializační zkoušky.

Termín nástupu dle dohody.

K písemné žádosti je třeba doložit:

- fotokopie dokladů o dosažení kvalifikaci
- profesní životopis
- fotokopii výpisu z rejstříku trestů

Písemné přihlášky do výběrového řízení je třeba doručit na Oddělení pro řízení a rozvoj lidských zdrojů FNOL, I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc nebo e-mail: jirina.prikrylova@fnol.cz, nejpozději do 4 týdnů po zveřejnění ve Zdravotnických novinách a časopise LKS České stomatologické komory.

Z DOMOVA

Ambulantní specialisté odmítají IZIP a gate-keeping

Sdružení ambulantních specialistů (SAS) na nedávném sjezdu ostře formulovalo své požadavky a výzvy vůči MZ a VZP. Lékaři kritizovali IZIP, gate-keeping, navrhovanou změnu ve financování komplementu či zvýšení poplatků za členství v ČLK.

„Sjezd žádá ministra zdravotnictví, aby i v úhradách ambulantních specialistů bylo zohledněno plánované navýšení DPH a růst nákladů na platy zaměstnanců. Jiný postup, respektive stagnaci nebo snížení příjmů ambulancí bude sjezd považovat za jednání v rozporu s článkem 2 a 3 Memoranda uzavřeného mezi MZ a Koalicí soukromých lékařů dne 30. 8. 2011. V době, kdy v systému veřejného zdravotního pojištění chybí prostředky, považuje sjezd SAS za

zbytečné plýtvání investovat tyto peníze do projektů, jako je IZIP, AKORD a MAX,“ uvádí se v usnesení sjezdu.

Právě IZIP považuje sjezd SAS za nepoužitelný systém a odmítá myšlenku ospravedlnění jeho existence jako nástroje pro odhalení podvodně vykazovaných a duplicitních výkonů. „Prohlašujeme, že VZP již dnes má dostatečné softwarové vybavení umožňující tato jednání detekovat a řešit,“ píše představitel SAS, kteří žádají

všechny kompetentní orgány ČR, aby v prosazování forem e-health respektovaly pravidlo, že elektronizace má být pomocníkem v komunikaci mezi zdravotníky, nikoli prostředkem ke shromažďování dat.

Ohodnocení za práci navíc

Sjezd odmítá jakoukoli formu i částečného *gate-keepingu* (kdy se pacient nemůže obrátit přímo na specialistu či nemocnici). Žádá,

aby vztahy mezi obory a skupinami zdravotnických zařízení byly postaveny na vzájemné spolupráci a respektování typu vzdělání, aby nedocházelo ke zbytečnému administrativnímu obtěžování pacientů, nárůstu jejich finanční zátěže či snížení kvality a dostupnosti zdravotní péče.

Po VZP ambulantní specialisté žádají, aby pojišťovna začala v jednáních o úhradách a regulacích respektovat úhradovými vyhláškami stanovenou lhůtu 120 dnů

po ukončení období pro vzájemné vypořádání mezi VZP a zdravotnickými zařízeními. SAS vyzývá všechny své členy, aby se odvolali proti uplatnění regulačních srážek od zdravotních pojišťoven vždy, pokud takovou srážku považují za nespravedlivou, a vždy, pokud ze strany zdravotní pojišťovny nebylo provedeno řádné zdůvodnění regulační srážky anebo není respektována lhůta 120 dnů po ukončení období pro vzájemné finanční vypořádání.

SAS také důrazně odmítá návrh Svazu zdravotních pojišťoven přesunout financování komplementu na zdravotnická zařízení. Této případně zásadní změně financování komplementu musí předcházet jednání se všemi zainteresovanými, změna musí být připravena v dostatečném časovém předstihu a ambulantním specialistům musí být za práci navíc zajištěno přiměřené navýšení finančního ohodnocení.

Petra Klusáková

Lékaři podpořili legalizaci marihuany

Odborné lékařské společnosti ČLS JEP oznámily pracovní skupině pro legalizaci konopí řadu diagnóz, u kterých chtějí používat přípravky z marihuany. Pěstovat se bude i u nás.

„Naším úkolem bylo nalézt indikace, v nichž lze konopí použít. Celkem devět odborných lékařských společností zveřejnilo indikace, kde by lékaři marihuanové přípravky využili k symptomatické léčbě. Jde například o léčbu neuropatické bolesti u spastických stavů, onkologické chronické bolesti, následné stavy po encefalitidách, wasting syndrom a polyneuropatie u pacientů s HIV/AIDS, glaukom a další,“ uveřejnil odborné stanovisko lékařských společností předseda pracovní skupiny a děkan 1. LF UK v Praze Tomáš Zima.

Konopí budou moci pěstovat i české firmy

Pracovní skupina se po minulém setkání shodla, že pro léčeb-

né a výzkumné účely legislativně upraví nejen dovoz, ale i místní pěstování marihuany soukromými subjekty. „Legislativní úprava umožní obojí. Proto se bude muset změnit zákon o návykových látkách, který dosud pěstování konopí na našem území zakazoval,“ doplnil profesor Zima s tím, že pěstování marihuany umožní také zástupci ministerstva vnitra či Národní protidrogové centrály.

Samozřejmostí je zajištění bezpečnosti a významné postihy za její nedodržení. Není zatím jasné, kdo bude firmám k pěstování marihuany vydávat licenci. Pravděpodobně to bude ministerstvo zdravotnictví nebo bude zřízen samostatný orgán.

Kdo povede registr pacientů?

Pracovní skupina bude nadále řešit způsob regulované preskripce a vedení registru pacientů, kteří budou léčivé přípravky obsahující marihuanu užívat. „Skupina uvažuje



Ilustrační foto: photoops.com

o kontrolním elektronickém úložišti, vydávání na recept s modrým pruhem i o potenciálních správcích registru. V jednání je také možnost částečného hrazení těchto léků ze zdravotního pojištění,“ říká vedou-

cí pracovní skupiny. Ať už půjde o poslancekou iniciativu nebo vládní návrh zákona, přijetí změn v zákonech o léčivech, návykových látkách a celní službě lze očekávat ve druhé polovině příštího roku. (klu)

Nemocniční kaplani založili oficiální organizaci

Celorepubliková ekumenická Asociace nemocničních kaplanů (ANK) vznikla na podporu vzdělání, osvěty a především posílení snahy zabezpečit kvalitní profesionální duchovní a pastorační péči o nemocné, jejich blízké a zdravotnický personál.

Asociace rozšíří řady spřátelených kaplanských organizací, které působí v oblasti vojenské a vězeňské služby stejně jako ve složkách policie ČR. „Vznik asociace reaguje na situaci, kdy přibývá iniciativ ze strany nemocnic nebo církví zřídit v konkrétním zařízení nemocniční kaplanskou službu. Kaplani pak často vstupují do průkopnické a osamělé služby. Asociace jim nabízí odbornou pomoc a lidskou podporu,“ říká referent Komise pro duchovní péči ve zdravotnických zařízeních

Ekumenické rady církví v ČR a člen zakládajícího výboru ANK Pavel Pokorný.

Duchovní potřeby mají všichni pacienti

Předsedou ANK byl zvolen nemocniční kaplan FN Motol Vítězslav Vurst. „Mnoho lidí si pod pojmem ‚duchovní péče‘ představuje pouze náboženské úkony, jež jsou určeny lidem hlásícím se k nějakým církvím. Duchovní (spirituální) potřeby jsou ovšem mnohem širší a máme

je naprosto všichni. Jedním z poslání ANK je podpora vzdělávání a přípravy duchovních pro tuto práci a šíření osvěty jak ve zdravotnictví, tak v celé společnosti,“ ozřejmuje Vítězslav Vurst.

Nemocniční kaplani na požádání poskytují v nemocnicích, v hospicích a jiných zdravotnických a sociálních zařízeních duchovní, pastorační a náboženskou péči pacientům, jejich blízkým i jejich pečovatelům, zaměstnancům a dobrovolníkům.

(klu)

Komplexní zásobování ordinací zdravotnickým materiálem

 www.medipos.cz

objednávky a informace  VOLÁTE ZDARMA 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

inzerce A110104448

Nepřáli jsme si nic jiného než **klidný podzim**

O politických prioritách ministra zdravotnictví, (ne)jistotách českých zdravotníků, vzniku Zdravotnické trojky a chystaných protestních akcích jsme hovořili s předsedou LOK-SČL MUDr. Martinem Engelem.

V únoru tohoto roku bylo podepsáno Memorandum o úpravě poměrů ve zdravotnictví. Něco již splněno bylo, přesto se zdá, že vše možná začíná nanovo...

Pokud máte na mysli finanční složku k 1. březnu, ta byla v drtivé většině případů splněna. Navýšení platů je ale řešeno trojkrokově. Druhý krok, který je v memorandu řečeno nejméně precizně definován, počítá s navýšením průměrných platů v příštím roce o 10 procent. Třetí krok je pak opět přesně daný. Nejpozději k 1. lednu 2013 má plat lékaře, v závislosti na délce praxe a dosažené kvalifikaci, dosáhnout 1,5-3násobku průměrné mzdy, a to s podmínkou maximálně 8 přesčasových hodin týdně. Mě velice mrzí, že už ten druhý krok se stává konfrontačním. Když sledujete výroky, které vycházejí z ministerstva, můžete vidět jejich nekonzistentnost.

Ministr Heger nikdy neřekl, že zdravotníkům nepřidá, že svému závazku nedostojí. Kde tedy vidíte nekonzistentnost?

Zhruba do poloviny září pan ministr říkal, že splnění tohoto bodu je jeho politickou prioritou a že se tak stane. Postupně se to ale snažil posunout na úroveň jednotlivých nemocnic. Vyjadřoval se v tom smyslu, že tam nějaké peníze přijdou, ale že se možná nedostane na všechny a že bude záležet na rozhodnutí jednotlivých nemocnic, zda peníze dají na provoz, nebo na platy zaměstnanců. To je pro nás ale naprosto nepřijatelné, protože my jsme s žádným ředitelem memorandum nepodepsali. Ředitelé by především měli mít vytvořené podmínky, aby takové navýšení mohli realizovat.

Naznačujete tedy, že se pan ministr snaží zbavit své politické odpovědnosti za zvyšování platů zdravotníků v příštím roce?

Nejen politické, ale asi i lidské. Myslím, že ze strany člověka, který měl doposud kredit, že relativně drží své slovo, je to velice překvapivé a nedůstojné. Bohužel tady je patrný zjevný odklon, což také iniciovalo vznik Zdravotnické trojky, jež v současnosti reprezentuje přibližně 48–50 tisíc zaměstnanců nemocnic.

Ale zaměstnanců nemocnic je mnohem více...

Těch zdravotnických je podle mého soudu nějakých 80 tisíc. My tedy reprezentujeme výrazně nadpoloviční většinu z nich a to se bavíme pouze o členech organizací Zdravotnické trojky. Navýšení platů ovšem očekávají i nečlenové.

V souvislosti s plněním memoranda už nyní budete vystupovat jen jako Zdravotnická trojka – Z3?

Určitě ano! Nevytvořili jsme ji proto, aby si každý šel svou cestou. Je tam definován nárok i pro ostatní zdravotníky a já si myslím, že si ty peníze zaslouží. A že také dají najevo, že je chtějí, a budou trvat na tom, aby se memorandum plnilo.

Před podepsáním memoranda se do opozice vůči akci „Děkujeme, odcházíme“ stavěla bývalá ministryně a současná prezidentka České asociace sester a ředitelka Všeobecné fakultní nemocnice Dana Jurásková. Začaly však probleskovat informace, že by se ČAS možná byla ochotná k případným protestům připojit...

Všimněte si, že paní Jurásková jedná velice účelově. Když jsme byli v únoru s akcí „Děkujeme, odcházíme“ ve finále, najednou se objevil jejich požadavek, že chtějí také přidat. Dana Jurásková za to sklídila nevoli od svých členů, protože to bylo vloženo „hygienické jednání“, a tak se stáhla. Nedávno jako ředitelka Všeobecné fakultní nemocnice vystoupila s výrokiem, že svým lidem nepřidá, a teď, pro změnu jako prezidentka ČAS, říká, že by se možná připojila k protestům Z3.

Coby zástupkyně profesní organizace sester by jistě měla apelovat na to, aby se memorandum splnilo a aby se na její členky také dostalo. Na druhé straně jako ředitelka přímo řízené organizace zase cítí, že čím více bude lidí, kterým se bude muset přidat, tím to bude dražší. To je jednoduchá úvaha. Tady vidíte, kam vede kumulace funkcí, které jsou potom často protichůdné.

A teď k aktuálním událostem. Dnes je 2. listopadu a za dva dny vyprší ultimátum, které jste jakožto Z3 dali ministru Hegerovi...



Foto: Filip Kút Čitores

Nevím, kde je nutné nazývat to ultimátem, zní to dost ostře. My jsme zkrátka dali panu ministrovi 14denní lhůtu. Ke všemu našemu současnému konání nás inspirovala nestálost výroků pana ministra a oslabování jistoty, že bude jednou daný slib také splněn. Kdyby nebylo těch výroků (a my jsme si skutečně nepřáli nic jiného než klidný podzim, splnit memorandum a jet dál), nemuseli bychom zde dnes být.

Jaké vyjádření tedy od pana ministra v pátek očekáváte?

Jedna věc je, co si myslím, že se stane, a druhá, co bych si přál. Přál bych si, aby se zachoval jako chlap a řekl na rovinu, jak to příští rok bude. Od pátečního dne ale žádné vyjádření neočekávám. Pan ministr bude zřejmě pokračovat v roli mrtvého brouka.

Co bude následovat?

Přibližně měsíc budeme pořádát pouze nenátlakové akce. Nebude to o zneklidňování pacientů, nezhorší se dostupnost péče. Pokud to nezabere, budou následovat další kroky, které zveřejníme příští týden.

Nechci v tuto chvíli říkat, že proběhne akce „Děkujeme, odcházíme II“. Nebo že budeme podávat výpovědi dvakrát v jednom roce. Devalvovali bychom tím i to, co už

jsme dokázali. To ovšem neznamená, že nebudeme trvat na tom, aby se memorandum plnilo.

Když jsme u toho plnění. Ministerstvo, ale například i ředitel VZP Pavel Horák v poslední době naznačovali, že sami lékaři mají v plnění své části memoranda určité rezervy...

Je zpochybňována míra naší kooperace s ministerstvem. My jsme ale nemohli kooperovat více než tak, že když jsme například – na 14 dní v době letních prázdnin – dostali návrh na personální vyhlášku, zanalyzovali jsme ji a dali k ní připomínky. Na ty však víceméně není brán zřetel. My jsme přitom nikdy neřekli, že podepíšeme nějaký bíanco šek a že kdykoli z ministerstva vypadne cokoli, budeme na to tleskat a říkat, že je to cesta správným směrem. Z nás přece nikdo nemůže udělat nesvéprávné lidi.

Trvám na tom, že jsme svou stránku memoranda splnili. Zpochybňovat lze cokoli. Já naopak zpochybňuji to, že bychom se stali „významným připomínkovým místem“. Veškerá zásadní rozhodnutí se dozvídáme z televize nebo z novin. S panem ministrem jsem jednal v červenci, srpnu, září i říjnu, takže prakticky kontinuálně. Avšak o tom, že pojišťovny vypoví nemocnicím rámcové smlouvy,

jsem se od něj nikdy nedozvěděl. A to je poměrně zásadní. Nemáme tedy pocit, že jsme důležitým připomínkovým místem, a to se nám skutečně nelíbí.

Takže o tom, že se chystá memorandum mezi ministerstvem a pojišťovnami, jste nevěděli?

Vůbec! Za prvé, slovo memorandem se stává v poslední době běžné jako houska na krámě. Já neznám žádné jiné ministerstvo za posledních 20 let, které by neustále vytvářelo nějaká memoranda. Naše akce byla něco jiného – byla to extrémní situace, která tady do té doby nikdy nenastala. Musela se nějak řešit. A jestli se měla řešit smlouvou, deklarací, či memorandem, to už jsou všechno možná právní aspekty a jen takové řeči. Ale proč se kvůli změně úhrad sepisuje memorandem? To je přece normální činnost. Vyznat se v tolika různých memorandech může být pro veřejnost poměrně obtížné.

Jak tedy hodnotíte snahy o restrukturalizaci lůžkových zdravotnických zařízení a obecně o optimalizaci našeho zdravotnictví?

Vezměme si, že je tady krize, že dojde ke změně plateb a místo paušálních se přejde na platby za diagnózu, do toho přibude zvýšená DPH, vypovězení smluv a smlouvy nové. Jestli má někdo pocit, že právě toto přispívá ke stabilizaci, tak já si naopak myslím, že se tu někdo snaží „bárku“ našeho systému spíše rozkolísat. Nikdo netuší, co přinese každé jednotlivé nemocnici zvýšení DPH, nikdo to zatím nekvantifikoval. Do toho máme stále krizi a nejsme schopni odhadovat, jak se bude vyvíjet ekonomika země. Nebudeme moci počítat se stálými platbami a zařízení neví, jestli si přes DRG přijdou na ty samé peníze nebo jaká bude případná odchylka. Do toho všeho budete žít v nejistotě, že vám končí smluvní vztah.

Takže jestli toto někdo považuje za reformu a směřování k něčemu lepšímu, já zase říkám, že jde spíš o pokus dorazit to, co tam ještě je. Jinak to zkrátka neumím číst. Když do systému naráz promítnete všechny tyto změny, z nichž každá je sama o sobě velmi závažná, a neprovedete-li dostatečnou analýzu dopadů, nemůže to podle mého názoru skončit dobře.

Začalo oddlužování slovenských nemocnic, protesty pokračují

Slovenské státní nemocnice dostaly první finanční výpomoc na oddlužení a mohly tak vyrovnat část závazků vůči zdravotním pojišťovnám či obcím.

Vláda se rozhodla oddlužit veřejné nemocnice kvůli zamýšlené transformaci zařízení na akciové společnosti. Pro tento záměr vyčlenila v rozpočtu 350 milionů eur. V první fázi nemocnice dostaly 87 milionů eur, na počátku listopadu by pak měly splatit dluhy také u věřitelů ze soukromé sféry. Po skončení oddlužení by nemocnice měly začít hospodařit „s čistým kontem“.

Nemocnice: Zadlužování se nezastaví

Někteří odborníci jsou však k plánu vlády skeptičtí. „Pokud nebudou navýšeny platby od zdravotních pojišťoven a nemocnice budou poskytovat péči hluboko pod cenou, budou se zadlužovat i nadále,“ upozorňuje viceprezident Asociace nemocnic Slovenska Peter Ottinger. „Za rozumnější považujeme spíše transformaci na neziskové organizace než na akciovky. Také neziskovka má při dobře nastavených cenách možnost vytvářet zisk, ale je povinná ho odvádět do zvýšení kvality zdravotní péče. To považují za spravedlivé, když už působíme v systému veřejného zdravotního pojištění,

kde každý musí platit odvody,“ dodává.

Právě zastavení transformace nemocnic na akciové společnosti je jedním z požadavků, které vedle dodržování zákoníku práce, dofinancování systému zdravotnictví a lepšího platového ohodnocení prosazují lékaři v rámci kampaně podobné českému „Děkujeme, odcházíme“, v jejímž průběhu podalo hromadné výpovědi na 2400 slovenských lékařů.

Uhliarik: Hazardujete se zdravím dětí

Na napjatou situaci ve zdravotnictví reagoval i ministr Ivan Uhliarik, který obvinil protestující lékaře z vydírání. „Pokud k hromadnému odchodu zdravotníků opravdu dojde, bude situace velmi vážná, přestože v nemocnicích zůstane více než 70 procent lékařů. Mimořádná situace nastane i v dětských nemocnicích, proto chci vyzvat odboráře, aby neohrožovali se zdravím našich dětí a vyjednávali bez rukojmí, podobně jako sestry,“ prohlásil ministr Uhliarik a připomněl, že sestry při jednáních o zlepšení pracovních podmínek a zvýšení mezd „nevydíraly a nezatláčova-

ly druhou stranu do kouta“. „To naprosto odmítám,“ upozornil Ivan Uhliarik a naznačil podobu krizových plánů, jež jeho resort pro případ hromadného odchodu lékařů připravil. Podle jeho slov půjde především o nepopulární opatření, například v podobě slučování oddělení a s tím souvisejícího propouštění nelékařského personálu, ale také o prodloužení čekacích dob na plánované operace.

Nemocnice přijmou nové lékaře

Slovenský ministr zdravotnictví oznámil, že své výpovědi již stáhly dvě stovky lékařů a drtivá většina jejich kolegů deklarovala, že nakonec zaměstnání neopustí a že výpovědi podávali jen ze solidarity. Ivan Uhliarik zdůraznil, že zdravotníci, kteří stáhnou výpovědi do konce října, se budou moci vrátit na své pozice. Jinak se totiž na jimi uvolněná místa začnou přijímat noví zaměstnanci. Na východě Slovenska mají podle jeho slov některá zdravotnická zařízení evidovat i více než 100 žádostí. Ministr také upozornil, že bude-li se muset plánovaná péče provádět v menší míře, nemocnice získá méně peněz od zdravotních pojišťoven. „Na jedné straně lékaři požadují vyšší platy, ale na straně druhé nedovolí, aby je

nemocnice měla z čeho platit,“ konstatuje.

Lékaři čelí nátlaku

Uhliarikova prohlášení však lékaři odmítli. Podle odborů jsou jednotní a odhodlaní v kampani pokračovat. „Nezastaví nás žádné výhrůžky, ani z nejvyšších míst,“ ujistil předseda lékařských odborů v Banskej Bystrici Jozef Baláž. „Navzdory opakovaným snahám ministra zmást lékaře tvrzením, že mnozí již výpovědi stahují, víme, že tomu tak rozhodně není. Naopak, na konci října přibudou další výpovědi lékařů z různých regionů Slovenska,“ je přesvědčen Baláž. Lékaři řady nemocnic jsou podle něho vystaveni tlaku ze strany ředitelů nemocnic, kteří se je snaží přinutit výpovědi stáhnout.

(Zdroj: Pravda)

(kha)

Rakousku hrozí nedostatek praktiků

V příštích deseti letech odejde 50 % rakouských rodinných lékařů do důchodu, varuje prezident tamního Svazu praktických lékařů Christian Eule.

Ten spolu s vedením rakouské lékařské komory vyjednává s ministerstvem zdravotnictví o nové podobě výuky a doškolování budoucích lékařů. Komora i další lékařské organizace jsou přesvědčeny, že Rakousku hrozí nedostatek rodinných lékařů a že stát musí věnovat více pozornosti také kvalitě jejich profesní přípravy. Podle praktiků, kteří se podílejí na doškolování, se nelze smířit ani s poklesem počtu rodinných lékařů, ani s představou, že by kvůli

nedostatečné kvalitě profesní přípravy vznikaly jakési „rychloukašky“, neschopné převzít plnou odpovědnost za zdravotní péči o pacienty.

Potřeba kvalitnějšího vzdělávání


Odborníci na výuku a doškolování v oblasti rodinného lékařství tvrdí, že o 90 % zdravotních problémů se kvalitní rodinný lékař dovede postarat sám a jen 10 % případů musí odeslat ke specialistům. Dostatečnou

kvalitu však podle nich nepředstavují stávající podmínky, kdy zájemci o povolání praktického lékaře postačí dobrovolně absolvovat půlroční speciální přípravu. Experti z univerzit navrhuji, aby budoucí rodinný lékař musel povinně absolvovat alespoň roční přípravu. Rakouská komora není spokojena ani se stávající finanční podporou, kdy stát vydává na vzdělávání v oblasti rodinného lékařství pouze 990 tisíc eur ročně.


(Zdroj: www.aekwien.at)

(via)

Inzerce A111014911



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

ZE ZAHRANIČÍ

Rusko omezuje potraty

Ruský parlament přijal zákon omezující možnost provedení interrupce, odmítl však další zpřísnění legislativy, jež požadovala tamní pravoslavná církev.

Podle ministerstva zdravotnictví patří Rusko k zemím s nejvyšším počtem potratů na světě a tuto skutečnost viní z malého počtu narozených dětí. Plodnost v Rusku dosahuje 1,4 dítěte na ženu, a je tedy výrazně nižší než plodnost, jež je podle demografů nezbytná k zachování populace (2,1 dítěte na ženu).

Nejasnosti ve statistikách
Oficiální údaje ukazují, že každým rokem končí v Rusku umě-

lým přerušením více než milion těhotenství. Podle některých odpůrců potratů však tato statistika zahrnuje jen státní zdravotnická zařízení a nejsou v ní zohledněny potraty na soukromých klinikách. Tito lidé udávají, že počet interrupcí v zemi dosahuje až 6 milionů ročně. Podle nově přijaté legislativy bude žena moci podstoupit potrat pouze do 12. týdne těhotenství. Pokud prokáže, že si dítě nemůže dovolit, je tato doba prodloužena až

do 22. týdne. Zákon rovněž zavádí povinnou lhůtu v délce 2 až 7 dnů mezi žádostí o zákrok a jeho provedením, která má ženě umožnit potrat si rozmyslet. Parlament se nakonec rozhodl nezahrnout do legislativy požadavky pravoslavné církve, jež spočívaly v povinnosti předložit písemný souhlas s interrupcí ze strany manžela či rodičů (v případě nedospělých dívek) a umožňovaly by lékařům odmítnout provedení zákroku.

(Zdroj: AP)

(kha)

Indie zaznamenává první úspěchy v eradikaci obrny

Podle údajů indického ministerstva zdravotnictví se v zemi za posledních 9 měsíců nevyskytl jediný případ dětské obrny.

Indie patří společně s Pákistánem, Afghánistánem a Nigérií k posledním čtyřem zemím světa, kde se obrna vyskytuje endemicky.

Neradujme se předčasně
Skutečnost, že po tak dlouhou dobu nebyl zaznamenán žádný případ této nemoci, dává podle představitelů ministerstva naději na úspěch eradikačního programu, který byl v zemi spuštěn před téměř dvěma desetiletími. „Pomalou se blížíme k cíli, ale zatím se nechceme radovat předčasně,“ prohlásil indický ministr zdravotnictví Ghulam Nabi Azad.

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je možné obrnu považovat za vymýcenou, pokud se v daném státě nevyskytne jediný případ po dobu tří let. „Tento rok znamená pro Indii důležitý předěl. Současná situace je velmi



Ilustrační foto: digitaljournal.com

slibná, avšak to se může snadno změnit,“ varuje zástupkyně WHO v zemi Nata Menabdeová. Ghulam Nabi Azad ubezpečil, že zdravotníci v nejrizikovějších oblastech pokračují v imunizační

kampani u dětí, zvýšená pozornost je pak věnována dětem, které přicházejí ze sousedního Pákistánu, kde se obrna stále vyskytuje.

(Zdroj: USA Today)

(kha)

Haiti: Indická vakcína nadějí proti epidemii cholery

Počet případů cholery může podle Světové zdravotnické organizace (WHO) na konci roku dosáhnout půl milionu.

„Pokud se situace bude vyvíjet i nadále jako dosud, přibude v zemi do konce letošního prosince přibližně 75 tisíc nových případů nákazy cholery, čímž bude překročena hranice 500 tisíc nakažených od počátku epidemie,“ upřesnil mluvčí WHO.

Nedostatková vakcína

Epidemie cholery propukla na Haiti v říjnu loňského roku a počet obětí dosáhl téměř 7 tisíc. Ačkoli se letos v létě množství nově infikovaných významně snížilo, v současnosti na Haiti opět probíhá období dešťů, které situaci znovu zhoršuje. „Vše

nasvědčuje tomu, že se onemocnění stává v regionu endemickým,“ upozorňuje Claire-Lise Chaignatová z programu WHO zaměřeného na boj s cholery. „Zvažujeme, zda na Haiti nezahájit očkování proti nemoci, alespoň u nejzranitelnějších skupin obyvatel. Není však jednoduché rozhodnout, kde začít, protože množství vakcín je značně omezené. Očkovací látka je totiž stále vyráběna v poměrně malém množství,“ dodává. Nadějí podle Chaignatové představuje záměr začít vyrábět vakcíny v Indii.

(Zdroj: AFP)

(kha)

Mogae chce jako prevenci HIV legalizovat homosexualitu

Bývalý botswanský prezident Festus Mogae se hodlá zasadit o dekriminální homosexualitu a prostituce v zemi – chce tak pomoci zastavit šíření viru HIV.

Festus Mogae, který v současnosti vede botswanskou vládní radu pro problematiku HIV/AIDS, je přesvědčen, že není možné propagovat důležitost bezpečného sexu, pokud jsou homosexualita a prostituce nelegální.

Rizikové vězení

Botswana patří k zemím s nejvyšším podílem HIV pozitivních obyvatel – podle oficiálních statistik je nakaženo až 17 % populace. Bývalý prezident se do boje proti šíření infekce pustil ještě během doby, kdy zastával nejvyšší úřad. Botswana se i díky němu stala prvním subsaharským státem, který zajistil obyvatelům s HIV/AIDS zdarma přístup k antiretrovirotikům. Festus Mogae

je však přesvědčen, že vláda nyní musí přijmout další kroky, mezi nimi již zmíněnou dekriminální homosexualitu a prostituce. „Abyste zamezili šíření HIV mezi osobami živícími se prostitucí a jejich klienty, musíte v první řadě dosáhnout toho, že se tito lidé budou sami chránit. Nemyslím si, že v tomto případě může vězení nějak napomoci,“ je přesvědčen Mogae, který navíc prosazuje, aby byly vězňům v nápravných zařízeních k dispozici kondomy. „Řada lidí se nakazí právě během pobytu v nápravném zařízení, proto je důležité se zaměřit i na tuto oblast,“ dodává bývalý botswanský prezident.

(Zdroj: BBC)

(kha)

Inzerce A111017236

Informační materiály pro Vaše pacienty i pro Vás



... a mnohé další si můžete objednat na webu www.letaky-pro-pacienty.cz

Pro více informací prosím volejte na 266 312 707

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

V Japonsku jste stále exotickým cizincem

MUDr. Robin Malina, Ph.D., líčí své zážitky ze šestiletého pobytu na gynekologicko-porodnické klinice v japonském Kóbe. Poznal zde velmi propracovaný systém výuky, přísnou hierarchii na pracovišti, náročné pojetí pracovní doby i svérázný postup vyšetřování gynekologických pacientek.

Po ukončení studia na 1. lékařské fakultě UK jsem nastoupil na gynekologicko-porodnické oddělení Nemocnice Beroun. Vzhledem k chabým znalostem angličtiny, která je v současné době nutná, chcete-li úspěšně ve kterémkoli oboru, jsem odjel na rok studovat jazyk do Austrálie. Po návratu jsem nějakou dobu pracoval jako gynekolog ve Fakultní nemocnici Motol. Práce na tomto špičkovém pracovišti mě pak inspirovala k dalšímu postgraduálnímu studiu.

Do Japonska jsem se dostal právě díky předchozímu pobytu v Austrálii. Austrálie je pro Japonce velmi populární místo, a tak se stalo, že jsem se tam seznámil se svou první manželkou Satomi. Ještě před svatbou, v roce 1999, jsme byli v Japonsku na dovolené a při této příležitosti jsem se zašel podívat na lékařskou fakultu v Kóbe, protože jsem se doslechl, že mají velice zajímavé postgraduální studijní programy. O mé návštěvě se dozvěděl přednosta tamější gynekologicko-porodnické kliniky profesor Maruo. Když byl později na kongresu v Německu, udělal si výlet do Prahy, kontaktoval mě a bě-

hem krátké doby jsem odjel na jeho pracoviště.

Researcherem v Kóbe

V Kóbe jsem působil půl roku jako *researcher* a chodil na jazykovou přípravu, poté jsem absolvoval přijímací zkoušky, byl přijat do Ph.D. programu – našťastí v anglickém jazyce – a získal stipendium firmy Toyota. Postgraduální studenti (zahraničníci nás zde bylo 8) se ve velké míře podílejí na výzkumném programu pracoviště v oblasti klinického a především základního výzkumu. Klinici jsou podle toho hodnoceni a množství publikací, vycházející ze studijních výzkumných programů, je obsáhlé. Moje doktorská práce se týkala exprese Lamininu 5 a matrix metaloproteinů a jejich vztahu ke změnám na děložním čípku. Z pohledu seznámení se s vědeckou praxí v oblasti základního výzkumu to byla nesmírně zajímavá práce.

Klinika, na které jsem působil, spolupracuje se světově nejznámějšími univerzitními pracovišti v USA i Evropě (například s Harvardovou a Oxfordskou univerzitou) a slouží jako superkon-

ziliární pracoviště. Co si vzpomínám, snad jsem tam ani nezažil akutní noční příjem. Tato klinika má pouze minimální spádovou oblast, pacienti jsou přijímáni na doporučení z jiných pracovišť. V žádném případě nesupluje péči ambulantních gynekologů a normálních nemocnic, jako to často vidíme u nás. Pokud přijde pacientka bez doporučení, platí poplatek. Zajímavé také je, že klinika má minimální počet stálého personálu – je to vlastně profesor, dva docenti a vedoucí jednotlivých oddělení. Ostatní jsou na klinice pouze po určité období a jinak působí ve spádové nemocnici.

Závěs brání studiu

Jako postgraduální studenti jsme se kromě výzkumu účastnili i klinické práce, asistovali u operací, ale mělo to pochopitelně rezervy. Už to, že je člověk cizinec, mnoha Japoncům stačí, aby z toho byli dostatečně vyděšeni, natož když je ten cizinec lékař a gynekolog k tomu. Navíc je zde výrazná jazyková bariéra, především v oblasti písma. Japonci používají tři druhy znakových písem – *hiraganu*, *kata-*



Foto: archiv MUDr. Robina Maliny

kanu a *kanji*. Takže jsme nemohli pracovat samostatně.

První gynekologické vyšetření pro mě bylo velkým překvapením. Japonská gynekologická ambulance je vybavena otočným křeslem – žena vejde do kabinky, kde si odloží, sedne si do tohoto křesla, lékař zmáčkne tlačítko, křeslo se otočí a vysune do ordinace směrem k lékaři. Mezi ním a pacientkou je přítom závěs, aby se dotyčná nestyděla, vidíte jen část těla od pasu dolů. Cizinky naopak vždycky říkaly, ať ten závěs sundám...

Tak dlouho, dokud se to nenaučíte

Oproti tomu na japonské klinice nenajdete lékařské pokoje. My, mladí lékaři, jsme měli společnou místnost, každý měl jen pracovní stůl a byla tu k dispozici jedna sedací souprava a kávovar. Další místnost byla určena pro starší lékaře, vlastní pracovnu měl jen přednosta kliniky. I pracovní sester představovala otevřený prostor. Lékař ve službě měl sice k dispozici palandu, v zásadě se ale nepředpokládalo, že byste si šli v noci lehnout.

Tento životní styl je vyčerpávající, Japonci jsou permanentně utahaní. Pracovní doba v podstatě neexistuje, pracuje se tak, jak je potřeba. A bohužel mnoho Japonců popadne největší pracovní aktivita ve chvíli, kdy byste už pomalu šli domů.

Co mě ovšem nadchlo, je propracovaný systém výuky, ať v rámci lékařské fakulty nebo postgraduálních programů. Především ško-

litel nebo vedoucí lékař je hodnocen podle toho, jak úspěšný je student. Je to jeho vizitka. Když studenti neprospívali, věnovali se jim školitelé i mimo pracovní dobu tak dlouho, dokud je to nena učili. Dokud jste mladým lékařem v přípravě, je vám věnována maximální péče a pozornost. Konkurenční boj začíná až po ukončení rezidency.

Titulují vás „mistře“

Společenské postavení lékaře je v Japonsku nesrovnatelně lepší než u nás. Rozhodnutí lékaře je plně respektováno. Japonci se nesoudí. Úcta k lékařskému povolání je nesmírná. Lékaři se neříká „doktor“, ale *sensei*, tedy „mistře“. Tak se kromě lékaře tituluje také pedagog a buddhistický učitel. Japonsko si velmi potrpí na hierarchii, začíná to už v rodině, kde se rozlišuje starší a mladší sourozenec, dokonce se tak běžně oslovují. Pokračuje to ve škole a samozřejmě v pracovním procesu. Často jsem na klinice vídal, že mladší rezident měl hotovou práci, ale protože jeho o rok starší kolega ještě neodešel domů, tak tam čekal, četl si knížku, jen aby nepouští pracoviště dřív.

Ženy mají v japonské společnosti tradičně podřadnější roli, a co se týče kariéry v zaměstnání, jsou ve velké nevýhodě (snad pouze zdravotnictví patří k výjimkám). V Japonsku se pracuje „od nevidím do nevidím“, nebo se alespoň předstírá, že se pracuje – tak, že je člověk na pracovišti přítomen. Pokud má tedy žena



Foto: archiv MUDr. Robina Maliny

ZAHRA NIČNÍ ZKUŠENOST

děti, automaticky ji to z pracovního procesu vyřadí. Nemůže se starat o rodinu a chodit přítom z práce pozdě večer 5 až 6 dní v týdnu. Mnohé soukromé firmy totiž mají šestidenní pracovní týden. Moje manželka chodila domů běžně kolem deváté a její nadřízený, který nezřídka pracoval do půlnoci, dokonce občas přespával v hotelu poblíž firmy, protože se mu nevyplatilo jezdit domů. Pro ženy jsou vyhrazeny méně významné a platově méně výhodné pracovní pozice. Není jednoduché, aby se žena dostala na mužskou pozici. Pokud se jí to podaří, rodina pak většinou znamená konec její kariéry.

Výška 187, teplota 38, vlhkost 90

Pobyt v Japonsku mi zpočátku komplikovaly drobné nepříjemnosti. Nepočítal jsem s tím, že po 14 dnech mě začne bolet za krkem a skončí to až po 6 letech, kdy se vrátím do Evropy. Vzhledem k mým 187 cm výšce jsem se na mnoha místech nemohl pořádně narovnat. Starší budovy jsou tam koncipované maximálně na 185 centimetrů. Knokautoval jsem se hned na první velké vizitě. Při-

šel jsem, pozdravil a najednou, k velkému pobavení všech, jsem ležel profesorovi u nohou. První vizitu jsem tak strávil na sesterně s hvězdičkami před očima.

Problémem byla jazyková bariéra. Člověk zpočátku nic nepřečte, ničemu nerozumí a to vás provází všude. Nemůžete si pořádně nakoupit, protože nevíte, co je na zboží napsáno. Měl jsem v tomto výhodu, že jsem měl za manželku Japonku, ta mi ovšem brzy zakázala cokoli kupovat. A potom doprava. Ne všude máte jízdní řády v angličtině, takže jsem zpočátku občas dojel jinam, než jsem chtěl. Japonci jsou velmi vstřícní a ochotní vám poradit, ale zeptáte-li se tří z nich na cestu, každý vás pošle jinam a jen jeden správně.

Obtížně jsem se adaptoval také na horké a vlhké klima. Japonci jsou na to zvyklí – když je v létě 30 stupňů a 90% vlhkost, lebedí si, jak je hezky, zatímco našinec téměř kolabuje. Třicítka tam ovšem bývá málokdy, spíš se vzduch ohřeje na 38 a pod 30 neklesá ani v noci. V oblasti, kde jsem bydlel, takové horké období přetrvává více než 3 měsíce. Za mého pobytu se navíc kvůli energetické krizi klimatizo-

valo ve veřejných budovách včetně nemocnic na 28 stupňů.

Je libo sushi s řízkem či leštěnou třešeň?

Kdo nemá rád japonskou stravu, ten si užije své. Já ji rád mám, takže jsem nestrádal, spíš strádám tady v Česku. Japonci jedí vedle rýže všechno z moře, od řas po mořské ježky, ale jak jsem zjistil, takové sushi může obsahovat opravdu leccos – jedna stará japonská paní mi ho připravila s párkem a v supermarketu můžete běžně koupit *makí sushi* s vepřovým řízkem. Co se týče masa, Japonci mají speciální odrůdu krav. Hovězí *steak* z takové krásy chutná úplně jinak, než jsme zvyklí, a v restauraci může stát i 10–20 tisíc jenů (tedy kolem 2–4 tisíc korun). Avšak pokud si *steak* koupíte, máte na obalu obrázek krásy, ze které pochází, včetně toho, kde a jak žila, čím byla krmena a kdo s ní komunikoval. Dostává například masáže, aby maso bylo dokonale chutné. Nechybí také fotka chovatele.

Japonci udržují tradici dáreků předávaných v krabičkách. Dárek nesmí zavazovat, takže není vhodné darovat něco s trvalou hodnotou.

Ideální je, když se to dá sníst. Hodnota dáreků je odstupňována podle postavení darujícího a příjemce. Prestižním dárem může být třeba krabička 40 vybraných třešní, která vyjde v přepočtu na 10 tisíc korun. Pěstitel, který je dodává na trh, věnuje těmto plodům mimořádnou péči – má jen několik stromů, každý v samostatném skleníku, štětečkem opylovává květy, flanylkem leští každou třešeň. Měl jsem možnost jednu ochutnat, chutnala jako česká chrupka.

Úroveň bydlení Japonců je také něco, co mě nepřestávalo fascinovat. Tradiční japonský domek, to je nádherna! Ovšem jen na první pohled. Tepelně-izolační vlastnosti má stan asi lepší. Podlahu tvoří *tatami* – rohož z rýžové slámy, spí se na podlaze na futonu, což je něco jako silná příkrývka, pod podlahou profukuje vítr. Když je venku pod nulou a vypne se topení, které má bezpečnostní spínač a každé dvě hodiny automaticky zhasne, teplota se za chvíli vyrovná s venkovním vzduchem. Moderní domy už se podobají našim, ale mnoho Japonců, zvláště na venkově, stále preferuje tradici.

Návrat domů

Japonci mají dost velké předsudky vůči cizincům. Netýká se to tolik Evropanů jako spíš ostatních Asiatů. Byl jsem u toho, když starší japonská dáma řekla korejské sestřičce: „Ty na mě nesahej!“ Šlo přitom o Korejku, která se v Japonsku narodila už ve třetí generaci a paní identifikovala její národnost jen podle jména na visače.

Japonci jsou zvyklí na celoživotní dril, který je provází od útlého věku, a těžko si přivyknou na něco jiného. Stejně to platí pro nás. Po 6 letech strávených v Kóbe jsem se docela těšil domů. V Japonsku si našinec, vzhledem k odlišné kultuře i mentalitě, stále připadá jako exotický cizinec. Navíc jsem rád patriot a mou prioritou byla vždy klinická práce. Po návratu do Česka mi docent Bohuslav Svoboda nabídl místo na Gynekologicko-porodnické klinice 3. LF UK a FN Královské Vinohrady, které jsem rád přijal. V průběhu postgraduálního studia jsem se v Japonsku stihl rozvést i znovu oženit a přivezl si do Prahy svou druhou japonskou manželku, Mayumi. Za pár měsíců se, na stará kolena, stanu otcem.

zapsala Andrea Skálová

Inzerce A111017238



Tato konference se koná pod oficiální záštitou
1. místopředsedy Senátu Parlamentu ČR
MUDr. Přemysla Sobotky

Středoevropská odborná konference
„Efektivní nemocnice 2011“ (6. ročník)
aneb Setkání ředitelů ve zdravotnictví.

29. - 30. 11. 2011
Clarion Congress Hotel Praha-Vysočany

Konference se také zúčastní
1. náměstek ministra zdravotnictví ČR - MUDr. Vladimír Pavelka
náměstek pro zdravotní pojištění – Ing. Petr Nosek
náměstek pro zdravotní péči – MUDr. Vítězslav Vavroušek, MBA
obchodní rada ambasády USA - Stuart Schaag

Hlavní témata konference:

- Finance a nemocnice
- Řízení lidských zdrojů

program a přihláška viz www.nejlepsi-nemocnice.cz

hlavní partner



ELEKTRONICKÁ
ZDRAVOTNÍ KNIŽKA



spolopřítel hlavního partnera



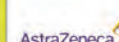
Vítězná nemocnice obdrží od společnosti LINET hi-tech intenzivní nemocniční lůžko a vzdělávání zdravotnického personálu v celkové hodnotě 300 tisíc Kč.

finanční partner



spolopřítel projektu
Přijíždějte pro zdravotní své!

marketingový partner



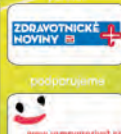
reklamní



odborní partneři



hlavní odborný partner



mediální partneři



organizátoři



XXIV. kongres ČLS JEP

– gynekologie v pediatrii a dospívání

„Dívka není zmenšená žena,“ tak by se dalo shrnout jedno z mott XXIV. kongresu České lékařské společnosti JEP, který se konal 20. října v Brně a nesl podtitul „Úloha gynekologie dětí a dospívajících v ochraně budoucího mateřství“.

Pořadatelé odborné akce byly Česká společnost gynekologie dětí a dospívajících ČLS JEP, Česká pediatrická společnost ČLS JEP, Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP, Česká společnost dorostového lékařství ČLS JEP a sekce gynekologie dětí a dospívajících Slovenské gynekologicko-pôrodnicejkej spoločnosti.

Kongres, na jehož přípravě se vedle české podílela i Slovenská lékařská společnost, zahájil předseda ČLS JEP prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc., který byl (spolu s prof. MUDr. Peterem Krištúfem, CSc.) jedním z prezidentů kongresu.

Amenorea ovlivňuje osteoporózu

Odborný program otevřel zahraniční host kongresu, prezident Evropské asociace gynekologie dětí a dospívajících (EURAPAC) prof. Tamás Csermely z Pécské univerzity v Maďarsku. Ve svém vystoupení, představil nejnovější poznatky o vlivu amenorey v období dospívání na vznik osteoporózy.

Ve věku 16 let má pravidelnou menstruaci s cyklem kratším než 90 dnů přibližně 95 % dívek. Zbýlých 5 % pak nejčastěji vlivem nedostatku estrogenu trpí amenoreou nebo jejich menstruační cyklus trvá déle než 3 měsíce. Ačkoli má řada rodičů i odborníků tendenci tento stav zlehčovat a považovat jej u dívek v tomto věku za „normální“, podle profesora Csermelyho se jedná o patologický stav, respektive symptom, který může mít řadu příčin (patří k nim např. Turnerův syndrom, dysgeneze gonád, onkologické onemocnění, cytostatická léčba, hyperprolaktinémie, ale také mentální anorexie, nadměrná tělesná zátěž a řada dalších) a který je třeba řešit.

Je nutné provést testy na hladinu estrogenu v krvi; podle některých studií však tato vyšetření lékaři často neprovádějí a účinná léčba je zahájena se značným zpožděním. Také tento fakt má vliv na vznik osteoporózy v pozdějším věku. Estrogen totiž hraje důležitou roli při utváření mi-

nerální hustoty kostí (*bone mineral density, BMD*), neboť mimo jiné ovlivňuje aktivitu osteoklastů. Dívky trpící amenoreou, a pravděpodobně tedy i nedostatkem estrogenu, však vstupují do dospělosti s nižší minerální hustotou kostí, a proto jsou ohroženy vznikem osteoporózy.

Nejjednodušším řešením je podle profesora Csermelyho léčba v podobě podávání kombinované hormonální antikoncepce s minimálním obsahem 30 mikrogramů estradiolu.

Nejčastější vývojové vady rodidel

V bloku věnovaném problematice vrozených vývojových vad rodidel prof. MUDr. Jan Hořejší, DrSc., z Gynekologicko-pôrodnicejkej kliniky 2. LF UK a FN Motol připomněl patologie, s nimiž se u dívek může setkat pediatr či praktický lékař pro děti a dorost. Nejčastější vadou vaječnicků je dysgeneze, jež může mít řadu příčin, a lékaři by proto u pacientek s touto diagnózou vždy měli provést testy na stanovení karyotypu. Dětský gynekolog se u nich podílí nejen na diagnostice, ale také na hormonální léčbě, s jejíž pomocí je možno napodobit přirozené poměry v pubertě. Je-li u pacientky prokázán chromozom Y, je indikována gonadektomie. V současnosti je díky cílené hormonální léčbě u žen i přes těžkou dysgenezi gonád možné těhotenství (zpravidla in IVF programu).

Další skupinou vrozených vývojových vad pohlavních orgánů u dívek jsou poruchy průchodnosti nebo derivátů Müllerových parametonefrických vývodů. Ty by měly být odhaleny již u novorozenech děveček, operační řešení těchto vad však spadá až do období pohlavního dospívání. Pro správnou volbu operační úpravy poruchy je bezpodmínečnou nutností diferenciální diagnostika konkrétní vady, jež je však možná až na základě tvořící se retence menstruační krve.

Vrozené vady znemožňující pohlavní styk se řeší teprve v období psychosexuální dospělosti pacientky – v této době je totiž žena

již motivována k léčbě, navíc zahájí-li pacientka brzy po operaci pohlavní život, zajistí se trvalý a dobrý výsledek zákroku. U pacientek s obojetným utvářením genitálu je nutné provést úpravu zevního genitálu ještě v batolecím věku.

Hygiena jako prevence synechie vulvae

Jak důležitá je v péči o zdraví vyvíjejících se rodidel role pediatra či praktického lékaře pro děti a dorost, lze podle MUDr. Dany Ondrové z Porodnicko-gynekologické kliniky LF UP a FN Olomouc ilustrovat na příkladu onemocnění *synechia vulvae infantum*, které nepatří mezi vývojové vady, ale vzniká při zanedbání hygieny na neestrogenizovaných rodidlech. Synechie se rozumí nejprve slepení (konglutinace) a později srůst protilehlých sliznic poševního vchodu. Tím dochází ke změně vzhledu rodidel dívek.

Podle topografie lze synechie rozdělit na tři základní typy: *synechia ventralis* (neboli srůst přední, při němž dochází ke spojení malých stydkých pysků; tato synechie je nejzávažnější), *synechia media* (srůst střední část poševního vchodu) a *synechia dorsalis* (srůst zadní, při němž srůstá poševní vchod odzadu různě vysoko, může dokonce

kryt i zevní ústí močové trubice, takže dochází ke změně proudu moči; tento typ synechie je nejčastější). Podkladem srůstu je vazivová cévnatá vrstva, která může být kožovitě pevná, krytá z obou stran dlaždicovým epitelem. Synechie odhalí většinou náhodně matka, případně praktický lékař při kontrole děvečky. Mezi příznaky, které se však nemusejí objevit, patří infekce močových cest nebo kolpitida.

Léčba synechie spočívá v jejich rozrušení. Pokud je onemocnění ve stadiu slepení sliznic, případně došlo k blanitým srůstům, je možno je rozrušit tupě. Silné kožovité srůsty bývají rozrušovány v celkové anestezii termokautezem a rána je ošetřena epitelovou masťou. Velmi dobrých výsledků je podle MUDr. Ondrové dosahováno, je-li rána po rozrušení srůstů ošetřována 100% kyselinou hyaluronovou (ve formě gelu).

Jedinou účinnou prevencí synechie je pečlivá hygiena v oblasti rodidel dívek (není vhodné používat prostředky intimní hygieny pro dospělé ženy – mají kyselou reakci, jež není pro neestrogenizovaná rodidla vhodná), a jak zdůraznila Dana Ondrová, nezbytné je i řádné poučení matky ze strany pediatra či praktického lékaře.

Turnerův syndrom – nutnost systematické péče

Jednou z nejčastějších chromozomálních odchylek u dívek je Turnerův syndrom (TS), jehož incidence se pohybuje okolo 1 : 2000 až 1 : 2500 u živě narozených děveček. V současnosti se počet žen s tímto onemocněním v České republice odhaduje na 2 tisíce a podle doc. MUDr. Jiřiny Zapletalové, Ph.D., z Dětské kliniky LF UP a FN Olomouc je pravděpodobné, že se lékař alespoň jednou za dobu své praxe s pacientkou s TS setká. Lékaři spojují TS především s růstovou poruchou (má ji 100 % takto postižených dívek) a dysgenézí gonád (vyskytuje se u 75 %), ale pacientky mají i řadu dalších obtíží vyžadujících odbornou péči (vrozené vady srdce, velkých cév a urotraktu – 50–60 %; smyslové vady – 50 % je postižen sluch, u 40 % zrak; autoimunitní onemocnění – 20–30 %; poruchy jaterních funkcí – 20–30 %; obezita a další). V péči o nemocné s TS je tedy nutný multidisciplinární přístup včetně pátání po skrytých vadách a přidružených chorobách.

Ke gynekologovi se pacientka dostává poměrně brzy, mimo jiné je u ní nutné navodit pubertu. S ukončením pediatrické péče je důležité předat pacientku do rukou internisty-endokrinologa a dalších specialistů, ale rovněž předat ženě informace o jejím zdravotním stavu, navrhnout další léčebný plán a upozornit ji na rizika přerušování léčby. Velké procento pacientek s TS je však podle docentky Zapletalové v dospělosti sledováno pouze praktickým lékařem a gynekologem a péče o ně je nesystematická. Důvodem může být skutečnost, že lékaři první linie nemají dostatek



Foto: Martin Ježek

informací o systému péče o ženy s TS, odmítání internisty-endokrinologa přijmout nemocnou bez hormonální poruchy, ale také skutečnost, že pacientky zvyklé na organizaci sledování svého zdraví nemají odpovědnost za svůj stav.

Pro ženu s TS představuje riziko gravidita, a to i spontánní. Matěřská úmrtnost pacientek s TS je 100x vyšší než u ostatních žen, 2% z nich umírají během těhotenství na disekci nebo rupturu aorty. Z tohoto důvodu je nutné, aby tyto ženy byly před plánovanou graviditou pečlivě vyšetřeny kardiologem (srdeční vady a arteriální hypertenze jsou často klinicky němé). Jakákoli signifikantní abnormalita je pak kontraindikací těhotenství.

Endometrióza je zjišťována u stále mladších pacientek

Nejmladší dívce, již byla diagnostikována endometrióza, bylo 10,5 roku. Podle přednosti Gynekologicko-porodnické kliniky 3. LF UK a FNKV v Praze doc. MUDr. Eduarda Kučery, CSc., dosahuje v Evropě počet žen trpících endometriózou 15 milionů. Přibývá rovněž žen s infiltrující (hlubokou) formou nemoci.

Diagnostika endometriózy u adolescentním věku bývá spojena s řadou obtíží a není výjimkou, že mezi prvními symptomy (bolest v pánevní oblasti) a stanovením diagnózy uplyne i více než 10 let. Přitom právě endometrióza je nejčastější příčinou bolesti v pánevní oblasti, jež je rezistentní na konzervativní léčbu a má spíše chronický charakter.

Léčba endometriózy u dívek v adolescentním věku musí být komplexní a dlouhodobá. Je při ní nutné brát ohled na fertilitu dívky. Při chirurgické terapii je proto důležité zachovat co nejvíce tkáně potřebné pro plodnost v budoucnu. Podle MUDr. Kučery lékaři často zbytečně přistupují k příliš radikálním zásahům, které mají závažné klinické důsledky v pozdějším věku.

Možnosti léčby dysmenorey

V dalším přednáškovém bloku, který byl zaměřen na zánětlivá onemocnění, upozornil MUDr. Rastislav Sysák, Ph.D., z I. gynekologicko-přodnické kliniky Lékařské fakulty UK a UN Bratislava-Petržalka, že dysmenoreu, tedy pravidelným a bolestivým menstruačním krvácením, trpí 67–78% dívek v adolescentním věku (vrchol incidence nastává okolo 20. roku života, se stoupajícím

věkem a po porodu klesá). K rizikovým faktorům vzniku onemocnění patří pozitivní rodinná anamnéza, brzký nástup *menarche*, stres, obezita, kouření, případně hypermenorea.

Dysmenoreu lze rozdělit na primární (bez asociace s makroskopickou pánevní patologií) a sekundární (je při ní přítomna anatomická či makroskopická patologie). Charakteristická je pro toto onemocnění bolest začínající přibližně rok po *menarche*, jež se objevuje krátce před začátkem krvácení a přetrvává v prvních dnech, má spastický charakter a objevuje se v podbřišku a sakrální oblasti (může vystřelovat do slabín a stehien). Kromě toho dysmenoreu často doprovází únava, nevolnost, bolesti hlavy, či dokonce kolapsové stavy.

Prvním léčebným krokem by měla být úprava životosprávy (nízkotučná dieta, pohyb, vitamíny a minerály – především vitamin E a B, hořčík a zinek); pokud obtíže přetrvávají, jsou v první linii léčby indikována nesteroidní antiflogistika (mají asi 80% úspěšnost) či koxiby (75% úspěšnost), ve druhé pak hormonální antikoncepce (úspěšnost okolo 90%). Z nefarmakologických možností léčby se používá transkutánní elektrická nervová stimulace, ale také například akupunktura, akupresura, případně fyzioterapie. Chirurgická léčba se u adolescentek využívá výjimečně.

Omyly v diagnostice a léčbě vulvovaginitid u dětí

Nejčastějším důvodem návštěvy dětského gynekologa jsou podle MUDr. Miroslava Havlína z ADC Sanatoria v Praze zánětlivá onemocnění zevního genitálu. Při počátečních obtížích však dívku většinou nejprve vyšetřuje pediatr, případně gynekolog bez potřebné orientace v této problematice u dětí, a tak dochází k řadě chyb a omylů.

Hlavní příčinou těchto omylů je podle MUDr. Havlína opomíjení gynekologické etiologie a nerespektování specifík dětského věku – dítě je považováno za „zmenšeného dospělého“ a podle tohoto vzorce je dětská gynekologie jen zmenšenou gynekologií dospělých. Jak přednášející podotkl, stejným způsobem by musela být například pediatrie jen zmenšenou internou. Dětská a dorostová gynekologové se často na straně rodičů dětí, ale i některých zdravotníků setkávají s psychickou blokádu vůči svému oboru, což vede k oddalování návštěvy dívky na specializovaném pracovišti.

Pokud je pacientka vyšetřována gynekologem neerudovaným v dětské gynekologii, často si odnáší negativní zážitky, které se promítají i do budoucna. Všechny výše uvedené skutečnosti stojí za četnými chybami, k nimž v diagnostice a léčbě vulvovaginitid v dětském věku dochází.

Vulvovaginitidy jsou u dívek před pubertou způsobeny řadou faktorů. Patří k nim i moderní, papírové pleny, jimž je připisován nárůst v počtu pacientek s těmito obtížemi od konce 80. let minulého století (zatímco před 20 lety tvořily dívky s vulvovaginitidami okolo 10% klientely dětských gynekologů, dnes je to až 30%). Důvodem je skutečnost, že papírové pleny jsou měněny v dlouhých časových intervalech a děti je navíc nosí do poměrně vysokého věku. K rozvoji zánětlivých onemocnění přispívají také sedací koupele (např. hypermanganové), které v dnešní době, kdy mají mikroorganismy větší schopnost rezistence, pozbývají smyslu (a často navíc vedou k poleptání genitálu). Vliv mají rovněž antimykotické masti, jež jsou automaticky předepisovány i dívkám v hormonálně klidových obdobích (mechanické přenesení postupů gynekologie dospělých), ačkoli se v této době kvasinky v pochvě a na vulvě nevyskytují (v neestrogenizované pochvě se nenachází glykogen a kvasinkám chybí zdroj živin). Dále pak hrají významnou roli antibiotika, která výrazně narušují poševní mikroflóru. Při léčbě vulvovaginitid v dětském věku by celková antibiotika měla být indikována jen výjimečně, onemocnění je třeba řešit hlavně lokálními postupy.

Historickou chybou je podle MUDr. Havlína rozdělení oborů gynekologie a urologie na dvě samostatné specializace. Při zánětlivých onemocněních jsou přitom postiženy oba systémy současně, a proto by měly být současně i vyšetřovány a léčeny. Mezioborová spolupráce je na místě především při dlouhodobých a opakovaných infekcích.

Na adnexitidu u dívek nikdo nemyslí

Adnexitida představuje u dětí a dospívajících dívek závažné onemocnění. Její diagnostika je však velmi složitá, protože etiologie, cesta přenosu infekce i klinický obraz se výrazně odlišují od průběhu zánětu vejcovodů a vaječníků u dospělé ženy. Jak zdůrazňuje MUDr. Hana Kosová, Ph.D., z ADC Sanatoria, zkušený lékař by měl rozpoznat a odlišit bolest v podbřišku způsobenou

náhlou příhodou břišní od bolesti gynekologické, pro niž je charakteristické, že nepřesahuje rovinu *spinae iliaceae anteriores*, nikam se nešíří ani nevystřeluje (výjimečně může vystřelovat do stehien). Zatímco u dospělé ženy se na spjitost bolesti v podbřišku s gynekologickým onemocněním myslí hned, a žena je tak včas diagnostikována i léčena, u dívky je situace odlišná. U dětí adnexitida probíhá nevyrazně, bolesti jsou vzhledem k etiologii lokalizovány spíše od pravého podbřišku (proto jsou děti často nejprve hospitalizovány pro podezření na apendicitidu). Zatímco u dospělých žen bývá diagnostika onemocnění poměrně snadná (zánětlivé markery jsou při laboratorních testech pozitivní), u dětí je laboratorně nevyrazná. Vždy by proto měla být odebrána kultura z děložního hrdla a pochvy. Ultrazvukové vyšetření v akutní fázi adnexitidy nezobrazí patologický nález, pomáhá především v chronickém stadiu. Při diagnostické nejistotě či podezření na absces by lékař podle MUDr. Kosové měl indikovat vyšetření MRI nebo CT.

V dětském období se liší i etiologie onemocnění – zatímco u dospělosti dochází k adnexitidě v souvislosti s pohlavním životem ženy, u dítěte vzniká onemocnění *per continuitatem* ze střev, ascenzi infekce, případně hematologickým přenosem. Adnexitida u dětí a dospívajících bývá velmi často rozpoznána a léčena pozdě, nežádka se lékaři setkávají s chronickým stadiem tohoto onemocnění, které je jen velmi obtížně léčitelné. Nejhorším následkem špatně nebo pozdě léčené adnexitidy je sterilita.

Vzhledem k úzkému vztahu pravostranných adnex a appendixu by měly být gynekologicky vyšetřeny i dívky po apendektomii – při komplikovaném průběhu ihned, při bezproblémovém průběhu do měsíce. Ve studiích bylo prokázáno, že většina apendektomií u dívek je provedena v prvních dvou letech po *menarche* a většina dívek léčících se pro adnexitidu prodělala v minulosti apendicitidu. Jak zdůrazňuje Hana Kosová, dívka s bolestmi v podbřišku by proto měla být vždy vyšetřena gynekologem.

Onkologická a endokrinologická věková specifika

V závěrečných dvou přednáškových blocích se účastníci kongresu seznámili rovněž s problematikou onkologické péče, jejímž základem je časné preventivní očkování proti papillomavi-

Hobby pro každého

Gynekologie dětí a dospívajících má v České republice dlouhou tradici. Zakladatel oboru prof. Rudolf Peter v roce 1940 otevřel v Praze první samostatnou ambulanci dětské gynekologie v Evropě a pravděpodobně i na světě. V roce 1983 byla gynekologie dětí a dospívajících uznána atestačním oborem, o 12 let později oborem základním. V roce 1997 byla založena subkatedra dětské gynekologie, v roce 2009 však obor byl vyloučen ze systému akreditované výuky. Jak poznamenal profesor Jan Hořejší, z dětské gynekologie se tak „stalo hobby, jež může dělat kdokoli bez ohledu na to, zda se v oboru odpovídajícím způsobem vzdělával a erudoval, či nikoli – otevírá se tak prostor pro neobornost, z níž mohou vznikat četné chyby a omyly“. V květnu 2010 byla založena Česká společnost gynekologie dětí a dospívajících ČLS JEP. V současnosti má 130 členů, především z řad pediatrií a gynekologů.

V roce 2008 vznikla Evropská asociace gynekologie dětí a dospívajících (EURAPAC), v níž je sdruženo 19 evropských zemí. Historicky prvním prezidentem této společnosti se stal prof. Jan Hořejší, současný předseda České společnosti gynekologie dětí a dospívajících ČLS JEP.

rům (HPV), a s racionálním užíváním hormonální antikoncepce u adolescentek.

Na kongresu vystoupil také náměstek ministra zdravotnictví Martin Plíšek, který upozornil, že gynekologie dětí a dospívajících tvoří významnou součást komplexní péče o mladou generaci. „V dlouhodobém programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky byl jeden z cílů zaměřen právě na mladé tak, aby bylo zajištěno i jejich reprodukční zdraví. Program řešil také problematiku počtu snižování nechtěných těhotenství dospívajících dívek, zaměřil se na prevenci rizikového chování a zajištění vhodných metod antikoncepce,“ prohlásil Martin Plíšek a poukázal na příznivý vývoj v počtu potratů. Vyzdvihl rovněž důležitost očkování proti HPV – podle jeho slov by tato vakcinace měla být od 1. dubna 2012 hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

15. česko-slovenský psychiatrický sjezd

– hledání cest k moderní psychiatrii

Ve dnech 12.–15. října proběhl v Brně psychiatrický kongres s mezinárodní účastí, jehož hlavními pořadateli byly Psychiatrická společnost ČLS JEP a Česká psychiatrická společnost. Tematickou šíří jednotlivých přednáškových bloků se tato odborná akce snažila pokrýt celou problematiku současné psychiatrie – od biologických podkladů duševní poruch až po zcela praktické otázky péče o psychotické pacienty.

Ve vědeckém programu kongresu byla velká pozornost zaměřena na schizofrenii – kam jsme se dostali po sto letech zápasu s touto diagnózou, dosud obestřenou mnoha otázkami. Tomuto onemocnění byly věnovány i obě plenární přednášky (jež přednesli prezident Mezinárodního neuropsychofarmakologického kolegia CINP prof. Hans-Jürgen Möller a přednosta Psychiatrické kliniky LF UK a FN Hradec Králové prof. Jan Libiger) a jedno samostatné sympozium.

Zajímavá byla i sekce zabývající se organickými poruchami mozku nebo možnostmi léčby problémových oblastí psychotických a afektivních poruch. Jedno ze sympozií se zaměřilo také na psychiatrickou sexuologii, v dalších přednáškových blocích pak byla otevřena témata řešení abstinence syndromu, možných vazeb mezi dietními návyky a duševními chorobami nebo současných přístupů v pedopsychiatrii.

V následujícím přehledu přinášíme podrobnější výstup z několika zajímavých sdělení, z nichž některá se přes svůj vědecko-filozofický základ přesto dotýkají aktuálních otázek klinické praxe.

Schizofrenie – sto let po Bleulerovi

Profesor Jan Libiger se ve své přednášce zamýšlel nad tím, jaká jsou úskalí klasifikačních procesů, při nichž dochází ke slučování nebo naopak vydělování diagnóz a v čem jsou silné a slabé stránky diagnostického konceptu schizofrenie. Připomněl průkopnickou práci, která vyšla v roce 1911 v nakladatelství Franz Deuticke a jejímž autorem byl profesor Eugen Bleuler, o rok mladší vrstevník Kraepelinův a Freudův, ředitel curyšské psychiatrické léčebny v Burghölzli. Jednalo se o první polovinu 4. oddílu speciální části „Příručky psychiatrie“ (Handbuch der Psychiatrie). Svůj příspěvek pro „Handbuch“ nazval „*Dementia praecox* aneb skupina schizofrenií“. Podle prof. Libigera znamenala zlom v nahlížení na diagnózu

„předčasné“ nebo též „juvenilní“ demence a uvedla do psychiatrie pojem, který je součástí její historie sto let.

Schizofrenie sdílela a sdílí osud řady psychiatrických klasifikačních a psychopatologických konceptů. Měnila své ohraničení, byla vymezována prostřednictvím pojmů, které dlouho neměly univerzálně platný odborný obsah a jejich význam se měnil stejně jako význam pojmu schizofrenie. Snaha najít jádro schizofrenní poruchy, které by ospravedlnilo používání pojmu schizofrenie v jednotném čísle, se nadlouho stala náplní psychiatrického výzkumu a trvá dodnes.

Nová kritéria směřují ke zjednodušení pravidel

Jak přednášející dále uvedl, mnozí psychiatři se dnes domnívají, že je třeba pojem zjednodušit a zahrnout schizofrenii pod všeobecné pojmenování psychóza. Jiní chtějí využít dostupné neurovědní poznatky, a tak se objevují návrhy označit ji jako „chronickou dysfunkci ventrálního striata“ nebo „narušenou regulaci významu“ na osách reprezentujících míru afektivních, kognitivních, pozitivních a negativních příznaků. Návrh vymezení diagnózy schizofrenie v DSM-V, plánovaném k vydání v blízké budoucnosti,

současná pravidla zjednodušuje. Hlavní a nezbytné schizofrenní příznaky jsou podle tohoto návrhu Bleulerovy „akcesorní“ příznaky – bludy a halucinace, doplněné o dezorganizovanou mluvu, která zastupuje základní, ale obtížně „operacionalizovatelný“ příznak – poruchu asociací. Návrh nedoporučuje zachování diagnóz základních podtypů schizofrenie. Proč se pojem schizofrenie tak úspěšně uplatnil v klasifikaci, ve výzkumu i v praxi, zůstává podle prof. Libigera otevřenou otázkou. Název i bleulerovské pojetí diagnózy podle něj měly nepochybnou výhodu v tom, že umožnily poměrně značnou volnost v náplni diagnostického konceptu a po sto let nebránily jeho proměnám. Přiřadily tak schizofrenii k robustním a dlouhodobě přetrvávajícím psychiatrickým konceptům s měnlivým obsahem. Význam těchto názvů byl kdysi specificky vztahen k patogenetickým teoriím své doby. Takovými pojmy jsou například melancholie a hysterie, jejichž překvapivě dlouhé přežívání v oboru se chýlí ke konci teprve v posledních letech. Zda takto do budoucna přežije diagnóza schizofrenie, nelze s určitostí říci, ale význam pojmu pro psychiatrii je nepochybný a autor doporučuje věnovat mu pozornost a péči.



Profesorka Eva Češková a docent Oldřich Vinař. | Foto: Leoš Chodura

Porucha časování (nejen) v patogenezi schizofrenie

V přednáškovém bloku věnovaném biologickým podkladům duševních poruch vystoupil doc. MUDr. Oldřich Vinař, DrSc., který na kazuistice pacienta s opožděnou zpětnou sluchovou vazbou (stav, kdy vyšetřovaný slyší svůj hlas se zpožděním 3/4 až 1,5 sekundy, což vede k poruše řeči – dochází ke koktání a prodloužení samohlásek) demonstroval poznatek, podle něhož je porucha řeči u pacientů trpících schizofrenií jiná než u zdravých jedinců. Bez zajímavosti není ani to, že při koktavosti byla zjištěna zvýšená neurotransmise dopaminu a jeho zvýšená koncentrace ve striatu dokumentovaná pomocí PET.

Jádrům celého sdělení byla hypotéza, podle níž jsou všechny centripetální podněty, které docházejí do mozku, do něj „vtělovány“ (tj. teprve slova dávají myšlenkám tvar a „tělo“). Už průběh jediné zvukové vlny vede k tomu, že vodící vlákno se stane silnějším a každé slovo je tímto způsobem vtěleno do mozku, kde je vytvořena struktura – jakési „brýle“, jimiž se díváme na svět. Není zde chaos, protože řád do tohoto procesu vnáší především gramatika a stylistika. Operacionální definice psychiky pak zahrnuje vše, co můžeme popsat slovy nebo jinými znaky. „Nechci říci, že sem nepatří výtvarné umění a hudba, protože i to jsou znaky. Typické je v tomto směru vyjádření jedné malířky, která uvedla, že by nemalovala, kdyby se dovedla vyjádřit slovy,“ podotkl přednášející.

Medicína a lingvistika

Zmíněná hypotéza staví na předpokladu, že jakmile je zde slovo, které se „vtělí“, mozek se změní a tento změněný mozek je znovu přečten. Docent Vinař tedy hovoří o tom, že čteme slovo to, co se děje v našem mozku, ale zároveň také přečteme to, co do něj mezitím přišlo z vnějšího prostředí – a tady dochází k určité časové prodlévání. Víme tak, že zde hraje roli nepř-



MUDr. Michal Maršálek. | Foto: Leoš Chodura

tržitě vnitřní dění zpětnovazebních smyček mezi neverbálním a verbálním mozkem, což podle něj lze nazývat vnitřním monologem – a pokud je vše stabilní, pak „jástvím“. Jak dále uvedl, není to zcela nová myšlenka – už Ivan Petrovič Pavlov vypořádal, že při schizofrenii dochází k poruše spolupráce mezi první a druhou signální soustavou, a také Timothy Crow v roce 1988 hovořil o chybách spojeních mezi označovaným a označujícím, což jsou základní lingvistické pojmy, které zavedl Ferdinand de Saussure.

Jinými slovy – ukazuje se, že poruchy překladu nervové aktivity ve slova (tj. „překladu“ verbálního a neverbálního mozku) jsou příčinou většiny psychických poruch. Karl Jaspers (jako psychiatr) také zmínil fakt, že v organickém dění mozku platí přesná kauzalita a determinismus, zatímco v oblasti psychiky (tedy poté, kdy je vše přeloženo do slov a nemáme už o platnosti určitého tvrzení přesné důkazy) nemůžeme uspořádat experimenty, kde vždy jedna příčina vede k určitému následku. V Jaspersově době se u pacientů na mozku nic nenašlo, a přesto byli nemocní. Kritériem patologie tedy podle něj byla nepochopitelnost toho, co říkají.

Elektronová mikroskopie času

Jak docent Vinař v závěru uvedl, dnes už se nejedná jen o hypotézu a čas pracuje pro to, abychom se jednou dozvěděli více. K dispozici jsou nové, velmi přesné vyšetřovací metody, využívající fluorescence nebo ještě důležitější

elektronové mikroskopie času. Pokud se pomocí těchto přístrojů podaří udelet snímek v nepatrném zlomku vteřiny (jedná se o attosekundy – triliontiny sekundy), lze pozorovat samotný náboj, nebo je dokonce možné vidět překonání zvukové bariéry. Jsou zde laserové přístroje, na nichž je už reálná měřitelnost na hranici rychlosti světla.

„Domnívám se, že jsme na prahu něčeho zcela nového,“ tvrdí autor sdělení. „Jeden neuron ze sta miliard neuronů lidského mozku neznamená nic, jejich spoje všechno. Jedna hláska neznamená skoro nic, ale ze tří desítek hlásek lze vytvořit statisíce slov. Ani jedno slovo neznamená mnoho a jeho význam se mění podle kontextu. Někteří neurofyziologové doufají, že za deset let se podaří zmapovat konektom mozku, tak jako přechtení všech genů umožnilo popis genomu. Velkou část tajemství lidské psychiky snad jednou odhalí srovnání konektomu mozku s kontextem jazyka.“

Cirkadiální rytmy a mýtus o Sisyfovi

S další přednáškou, vztahující se k biologickým podkladům duševních poruch, která se od filozofické úvahy přenesla ke zcela praktickým otázkám, vystoupil primář Psychiatrické léčebny Bohnice MUDr. Michal Maršálek, CSc. Do popředí jím se podle něj dostává problematika cirkadiálních rytmtů, jež se dnes významně propojuje i s psychiatrií.

V úvodu přednášející objasnil základní pojmy (oscilace a rytmicita), které pak uvedl do kontextu životního koloběhu. Oscilace je především podmínkou odlišení jednoho děje od druhého, předvídaní dalšího vývoje i přizpůsobení se situaci. Sledování pravidelnosti pohybu v čase získáme další charakteristiku dění, kterou je rytmicita. Že si klíčového významu oscilace lidstvo bylo vědomo už dávno, demonstroval na starém řeckém mýtu o Sisyfovi pojednávajícím o nejchytřejším z lidí, který přelstil i bohy, svázal Thanata, jenž jej měl odvést do podsvětí, a dokonce se mu i podařilo z podsvětí uprchnout. Když nakonec ve vysokém věku zemřel, byl mu za to stanoven dobře známý věčný trest. Zjevný je podle dr. Maršálka jak ironický podtext trestu, tak nezbytnost jeho stanovení. Nezbytnost, kterou Sisyfos přijal. Smyslem jeho vzpory bylo dosáhnout věčného života. A trest mu přání splnil: valením a padáním balvanu z kopce věčně opakoval prazákladní oscilační pohyb jako princip existence.

Ani bohům nic jiného než stanovení trestu nezbylo. Kdyby se mu podařilo dosáhnout nesmrtelnosti pro všechny, jak to zkusil tím, že odstranil ze světa smrt, zničil by podstatu existence všeho, protože ta je dána teprve nerozlučnou vazbou protikladu bytí a nebytí. Zničil by tak vlastně celý svět, včetně bohů...

Porucha synchronicity vede k patologii

Z medicínského pohledu se rytmizace uplatňuje na všech úrovních činnosti organismu – při regulaci vyplavování neurotransmiterů a neuromodulátorů (serotinu, dopaminu, melatoninu nebo neuropeptidu Y), vyplavování řady hormonů, míře „pálení“ neuronů či míře aktivity buněčného metabolismu, chování a neurologických funkcích, ovlivňování nálady, aktivity, paměti, učení nebo spánku. Proto lze během dne individuálně najít období nejvyšší a nejnižší tělesné i psychické výkonnosti, čilosti, tělesné teploty, krevního tlaku, odolnosti vůči bolesti, sexuální aktivity apod.

Přibývají nálezy svědčící pro to, že narušení těchto synchronizací může vyvolat různé poruchy, z nichž část se týká psychiatrie. Podle autora patří v tomto směru k nejvíce prozkoumaným diagnózám velká deprese, sezónní deprese, mánie a poruchy spánku. Například lidé trpící perzistentní insomnií mají 40x vyšší riziko rozvoje deprese oproti lidem s normosomnií. Americká společnost pro poruchy spánku (ASMF) zjistila při porovnání délky spánku v USA v letech 1998 a 2005, že došlo k významnému poklesu počtu lidí spících více než 8 hodin a nárůstu těch, kteří spí méně než 6 hodin. Autoři studie upozorňují, že dnešní západní společnost se stává chronopatologickou. Přispívá k tomu světelné znečištění, směnný provoz i přesvětlení měst.

Chronofarmakologie na pomoc psychiatrii

Cirkadiální rytmy ovlivňují také reakci na léky. Jak autor přednášky upozornil, především u farmak s poločasem vylučování kratším než 12 hodin může být jejich farmakokinetika i farmakodynamika odlišná podle toho, kdy jsou během dne podány. Například v nočních hodinách dochází ke snížení clearance lithia až o třetinu nebo klesá metabolizace některých látek jaterním cytochromovým systémem P 450 (amisulprid, lithium, patrně i bupropion). Nejvyšší účinnost a nejrychlejší vstřebávání u řady látek nastává v ranních hodinách (barbituráty,

benzodiazepiny, některá analgetika, antiastmatika, kardiotonika, alkohol aj.). Melatonin působí ve tmě. K chronofarmakologii se však dosud v psychiatrii přihlíží jen zřídka, a tato otázka tedy podle Michala Maršálka vyžaduje další systematický výzkum.

Cirkadiální poruchy lze dle doporučení autora ovlivnit komplexním působením na všech úrovních. Vedle farmakoterapie je to i režimový přístup, který zahrnuje změnu vnějších podmínek, jako je přechod na pravidelný rytmus spánku – bdění, odchod ze zaměstnání se směnným provozem, pravidelné stravování apod. Na úrovni centrálních hodin lze zasáhnout spánkovou deprivací (účinnější je totální), fototerapií (nejvhodnější je ráno na 30–90 minut modré světlo o intenzitě 10 tisíc luxů) nebo interpersonální terapií sociálních rytmtů (IPSR). Pokud se týká farmakoterapie, lithium a valproát sodný zpomalují a zpozdíují rytmy, zatímco SSRI urychlují jejich předcházení. Melatonin příznivě ovlivňuje spánek, nevýhodou je ale nevhodná farmakokinetika a mírné spánkové působení. V této souvislosti doktor Maršálek zmínil také agomelatin, působící jako agonista melatoninových receptorů MT1 a MT2, který by měl (jako první antidepressivum) ovlivňovat i synchronizaci narušených cirkadiálních rytmtů u deprese. Akceptování vztahu cirkadiálních rytmtů k psychiatrickým onemocněním podle něj přináší nový komplexní pohled na patofyziologii některých duševních poruch a může být také základem pro hledání nových způsobů jejich léčby.

Sedm kardiálních hříchů z hlediska psychiatrie

Součástí workshopu, ve kterém se tři psychiatrii pokusili popsat základní zdroje negativních emocí, jako jsou agrese a hněv, byly i ilustrativní videozáznamy čerpající z bohaté filmové produkce, zahrnující záběry fackujících se politiků, rozběsněných manželských či mileneckých párů, nezvladatelných adolescentů, narcistických mladíků, páchajících na jevišti „sebevraždu v C-dur“, i paranoidních jedinců, kteří své jednáni považují za přirozený ventil, a tak se nerozpakují přikročit až k fyzické likvidaci subjektu, který jim „stojí v cestě“. Smyslem těchto vystoupení bylo upozornit na jev, který se v diagnostické klasifikaci sice neuvádí, přesto je na něj třeba myslet.

MUDr. Erik Herman z Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN Praha, který se věnoval fenoménu hně-

vu ve vztahu k afektivním poruchám, mj. upozornil na raná traumata, která mohou být náhle spuštna vlivem traumatu aktuálního a lze je interpretovat jako důsledek předchozího emočního zranění. MUDr. Pavel Doubek z téže kliniky, který se zaměřil na hněv ve spojení s psychotickými poruchami, varoval před špatnou interpretací transnozologického syndromu, která vede k tomu, že například pacienti se schizofrenií jsou automaticky pokládáni za nebezpečné násilníky, přestože násilné činy se u nich vyskytují statisticky stejně jako u běžné populace. Podrobněji se také věnoval práci s akutně agitovaným pacientem v nemocničním zařízení, kde jsou omezení na lůžku či terapeutická izolace zpravidla nutné po dobu 2–4 hodin, je třeba monitorovat stav (trvalá observace nebo kontrola po 15 minutách), nastavit vhodnou farmakologickou léčbu a vše pečlivě dokumentovat.

Přednosta Psychiatrické kliniky UP Olomouc prof. MUDr. Ján Praško, CSc., uzavřel workshop vystoupením nazvaným „Hněv jako zdroj dalších nechtostí, ale i potřebná emoce“. Jak uvedl, mezi „spravedlivým a hříšným“ hněvem jedinec často hledá hranici jen obtížně... Stále přitom zůstávají platná Aristotelova slova: „Každý se může rozzlobit – to je snadné. Ale rozhněvat se na správnou osobu, ve správné míře, ve správný čas, správným směrem a správným způsobem – to není v moci každého a není to snadné.“ U depresivních a úzkostných pacientů je to ještě o mnoho těžší. Obecným základem je rovnováha mezi ventilací a kultivací hněvu – tj. naučit se zvládat rizikové situace (identifikovat spouštěče, nacvičit si alternativní reakce). Za velký problém autor sdělení považuje bludný kruh příznaků hněvu a sebepoškození, který demonstroval na několika kazuistikách. Jedná se o maladaptivní zvládnutí primárních emocí, které velmi rychle překročí do polohy sebeobviňování, doprovázeného sebetrestem (např. řezání na stehně, které lze skrýt). Psychofarmakoterapie u takto spouštěných impulzivních reakcí nemá praktický význam.

Co bude s mým dítětem, až tady nebudu?

Jedno z nemedicínsky zaměřených, ale společensky velmi ak-

Heverochova medaile pro MUDr. Josefa Kříže

V rámci slavnostního zahájení kongresu převzal MUDr. Josef Kříž z Dětské PL Opařany u příležitosti významného životního jubilea Heverochovu medaili za dlouholetou práci ve prospěch psychiatrie, kterou mu udělila Psychiatrická společnost ČLS JEP. (red)



tuálních sdělení se zabývalo strachem rodičů z budoucnosti dětí s psychotickým postižením. Duševně nemocné dítě je obvykle svéprávné a z hlediska zákonů by mělo být schopné nést následky svých činů – jejich dosah ovšem zpravidla nedovede posoudit. Budoucnost dítěte se pak stává noční můrou pro jeho rodiče. Je tedy nutné najít rozumnou cestu, která zajistí ochranu těchto pacientů před zneužíváním (např. neefektivní posouzení situace s ekonomickým dopadem, jehož důsledkem může být exekuce či ztráta zděděného bytu) a zároveň jim zachová jejich práva.

Na kongresu vystoupili zástupci Koalice pro zdraví a předkladatelé pilotních projektů Kolumbus a Psychiatrické buňky, tedy sdružení, která se snaží o nalezení legislativní cesty vedoucí k řešení tzv. *diminished ability*, kdy je pacient například schopen přebývat v chráněném bydlení a pracovat pod dohledem určité neziskové organizace. K aktivitám těchto sdružení patří i nepřímá psychopodpora příbuzných takto zdravotně postižených a hledání společných cest k lepšímu pochopení zdravotního handicapu jejich blízkých.

Mezioborový pohled na zhoubné nádory a trombózu

V polovině října proběhla další z odborných akcí pořádaných divizí Medical Services vydavatelství Mladá fronta. V pražském hotelu Clarion se sešlo na 60 lékařů z řad onkologů, internistů, urologů, gynekologů a dalších specializací, aby se vzájemně podělili o své zkušenosti s prevencí a léčbou jedné z nejzávažnějších komplikací onkologických onemocnění – hluboké žilní trombózy (HŽT).

Konference proběhla pod odbornou záštitou doc. MUDr. Petry Tesařové, CSc., z Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze, které vděčíme právě za mezioborové pojetí akce. Již ve svém úvodním slovu kladla důraz na multidisciplinární přístup k pacientovi se zhoubným nádorovým onemocněním: „Onkolog má být dobrým manažerem, který pacienta provází přes všechny zastávky na ostatních odděleních, přes všechny komplikace, které přináší jak samotný nádor, tak onkologická léčba. Některé případy by nemusely končit špatně, pokud bychom dobře a včas zvládli například právě hlubokou žilní trombózu,“ uvedla doc. Tesařová

4–6x vyšší riziko trombózy

Tromboembolická nemoc (TEN) je vážnou a život ohrožující komplikací. U hospitalizovaných pacientů se zhoubným nádorem je druhou nejčastější příčinou smrti a často je diagnostikována až při pitvě. Oproti pacientům bez nádorového onemocnění mají pacienti s karcinomem 4–6x vyšší riziko TEN, která u nich může znamenat nutnost přerušit onkologickou léčbu a ohrožuje je rizikem krvácení při antikoagulační léčbě.

V poslední době došlo ke značnému pokroku v diagnostice TEN, pochopení patofyziologických mechanismů vztahu nádoro-



Profesor Jan Kvasnička upozornil na zvýšené riziko TEN po propuštění pacienta z hospitalizace. | Foto: Pavla Ortová

u a trombózy a také ke zlepšení léčebných možností. Lékaři se shodují v definování rizikových faktorů pro TEN, v přesném nastavení její profylaxe u onkologických pacientů však nemají jasno. Jedním z cílů konference byla snaha o sjednocení přístupu k profylaktickému podávání antikoagulačních preparátů.

Profylaxe u mnohočetného myelomu

Konferenci zahájil doc. MUDr. Ivan Špička, CSc., z 1. interní kliniky – kliniky hematologie 1. LF UK a VFN Praha svým příspěvkem o trombofilních stavech u pacientů s mnohočetným myelomem. „U těchto pacientů je dlouhodobě doporučováno profylaktické podání léků s antikoagulačním/antiagregačním účinkem. Jak lenalidomid, tak thalidomid především v kombinaci s vysokodávkovaným dexamethasonem a erythropoetinem způsobuje zvýšené riziko žilní trombózy. Naproti tomu tento efekt nebyl pozorován u borteozomibu.“

Na vzniku trombózy u mnohočetného myelomu se podílí několik mechanismů – tvorba prokoagulačních protilátek, mechanické poškození endotelu paraproteinem, exprese tkáňového faktoru a dále nežádoucí účinky protinádorové léčby. Vyšší riziko se ukázalo při kombinované léčbě než při monoterapii lenalidomidem. „U rizikových osob se proto snažíme vyhnout vysokodávkovému dexamethasonu a užívání erythropoetinu. V léčbě lenalidomidem s dexamethasonem pokračujeme pouze v případech, že je stabilizována úroveň antikoagulace. Profylaxi užíváme po celou dobu trvání léčby. Podle Palumba rozdělujeme pacienty do dvou skupin – ti s běžným rizikem dostávají profylaxi ASA 100 mg, která je u nich dostatečná. Pacientům s vysokým rizikem dáváme nízkomolekulární hepariny (LMWH) alespoň první 4 cykly léčby, pak mohou být převedeni na profylaxi aspirinem,“ upřesnil docent Špička a závěrem dodal, že některé postupy nejsou v souladu s SPC.

Kontroverze v onkogynologii

Venózní tromboembolismus je relativně častou a závažnou komplikací léčby žen s gynekologickými nádory. Nejen že zvyšuje morbiditu, ale také snižuje kvalitu jejich života. Kontroverzi prodloužené profylaxe u těchto pacientek více přiblížil přednosta Gynekologicko-porodnické kliniky 2. LF UK a FN Motol prof. MUDr. Lukáš Rob, CSc. Optimální délka

profylaxe při primární i sekundární chirurgické léčbě podle něj činí 10 dní. Prodlouženou profylaxi si zaslouží pacientky s rizikovými faktory, v závislosti na jejich počtu a pořadí. Zůstává však stále otázkou, jak dlouho má tato profylaxe trvat. Z pohledu svého oboru se profesor Rob obává trombózy u pacientek po lymfadenektomiích a v souvislosti s chemoterapií. U ovariálních tumorů často dochází ke komplikacím již během první linie léčby.

„Při prodloužené profylaxi bychom naopak předpokládali krvácení, ačkoli Bottarova metaanalýza prokázala benefit prodloužené profylaxe bez zvýšení krvácivých komplikací. Vzhledem k tomu, že 40 procent případů trombotických komplikací se vyskytuje po více než 21 dnech od zákroku, dává profylaxe prodloužená na 1 měsíc smysl, musí se však vždy zvážit individuální riziko a je zapotřebí více studií,“ uzavřel profesor Rob.

Slepice, nebo vejce?

Spojení mezi malignitou a trombózou si poprvé všiml francouzský lékař Armand Trousseau v 19. století, sám totiž trpěl karcinomem žaludku a diagnostikoval si trombózu. U mnoha pacientů nebylo a dosud není jasné, co bylo dříve – zda nádor, nebo trombóza; doc. Tesařová to přirovnala k dilematu „slepice – vejce“.

Od Trousseauových dob samozřejmě známe lépe patofyziologické mechanismy, jimiž jsou aktivovány určité cytokiny, destičky a koagulační faktory. Velmi podrobně o nich hovořil prof. MUDr. Zdeněk Krška, CSc., z 1. chirurgické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze ve svém sdělení na téma „Problematika TEN v chirurgických oborech se zaměřením na onkochirurgii“. Účastníky doslova ohromil svými znalostmi na úrovni molekulární biologie a citacemi autorů nejrůznějších studií z této oblasti. Zajímavý byl například Linenbergerův objev antiangiogenního efektu heparinu s možností jeho uplatnění u nádorů, kde je angiogeneze významným prvkem, nebo Smorenburgova práce o možné antiproliferativní aktivitě heparinu *in vitro*. Proč tento efekt funguje na buněčných kulturách nebo na myších, ale nebyl prokázán klinicky? „Myším se podávají nejprve látky způsobující nádor a poměrně brzy na to se podá heparin – jsou to uměle navozené podmínky. Ve většině studií navíc byly použity velmi vysoké dávky heparinu,“ vysvětlil profesor Krška a po Vossenově genovém polymorfismu se již soustředil na klinickou část.



Prof. Zdeněk Krška. | Foto: Pavla Ortová



Doc. Petra Tesařová. | Foto: Pavla Ortová

Podceňovaná aplikace nízkomolekulárních heparinů

Profylaxe nízkomolekulárními hepariny je podle slov přednášejícího podceňována, neboť 60 % onkologických pacientů, kteří umírají v důsledku HŽT, tedy plicní embolie, má pouze lokalizovanou formu karcinomu nebo nádor bez vzdálených metastáz. Podle Khorany a Ambruse je venózní tromboembolismus (VTE) druhou nejčastější příčinou smrti hospitalizovaných i ambulantních onkologických pacientů. Khorana také udává, že VTE se vyskytuje mnohem častěji u pacientů s vysokou expresí TF v resekatu než s malou expresí (26,3 versus 4,5 %).

Profesor Krška zaměřil svou pozornost rovněž na srovnání warfarinace s heparinizací. Použití warfarinu je podle něj limitováno u pacientů s poruchami ledvin, krvácením a interakcemi s chemoterapií (např. s fluorouracilem). K interakci dochází také při užívání herbálních léků a nutričních obsahujících vitamín K. „Zvláště onkologičtí pacienti často chodí k léčitelům,“ dodal přednášející. „Lépe předvídatelnou farmakokinetiku a větší biologickou dostupnost mají nízkomolekulární hepariny. Jedinou nevýhodou je ovšem cena. Schválení úhrady prodloužené profylaxe pojišťovnou trvalo dva roky,“ posteskl si.

Odborné společnosti doporučují po operaci prodlouženou profylaxi na 4 týdny; tam, kde je predispozice k trombofilním stavům, pak ještě déle. „Všechny studie prokázaly pozitivní efekt prodloužené profylaxe u pacientů léčených thalidomidem, dexamethasonem a dalšími trombofilními léky. Heparinizace při chemoterapii jako takové naopak u většiny ambulantních pacientů postrá-

dá smysl. Užíváme ji, pokud se jedná o pacienta s rizikovými faktory,“ vysvětlil přednášející. Svě sdělení zakončil tématem rizika versus benefity laparoskopických operací.

Khoranovými výzkumy se zabývala také prezentace as. MUDr. Michaele Matouškové z Urocentra Praha, přednesená docentkou Tesařovou. V tomto sdělení představila prediktivní skórovací systém podle Khorany, v němž urologické tumory (stejně jako již zmiňované gynekologické) zaujímají střední míru rizika. Za nejrizikovější se pokládá pankreas, žludek a ovarium. Naopak jsou nádory, kde se s trombózou setkáváme skutečně zřídka. U menších výkonů na zevním genitálu není profylaxe nutná, u každého výkonu, který trvá déle než 30 minut, ji podáváme minimálně na 10 dní. U pacientů s rizikovými faktory a podstupujících velkou břišní či pánevní operaci profylaxi prodlužujeme.

Rezervy v prevenci a léčbě TEN

Vedoucí lékař Trombotického centra VFN v Praze prof. MUDr. Jan Kvasnička, DrSc., rozvinul problematiku *guidelines* u profylaktického podávání nízkomolekulárního heparinu, na jejichž nedostatečnost upozornil již profesor Krška. Zásady profylaxe prof. Kvasnička shrnul do osmi bodů, jež vycházejí z doporučení Americké společnosti pro klinickou onkologii (ASCO), Evropské onkologické společnosti (ESMO), National Comprehensive Cancer Network (NCCN) a dalších odborných společností. Co je však třeba ještě v budoucnu řešit při prodloužení profylaxe HŽT u osob s nádorovými chorobami? „Zatím je profylaxe TEN u onkologických pacientů prováděna většinou jen



Předsedající profesori Václav Monhart a František Köbel. | Foto: Pavla Ortová

po dobu hospitalizace. V ambulantní praxi je podle ASCO, NCCN a ESMO doporučována profylaxe pouze při léčbě vysoce trombogenními léky – thalidomidem či lenalidomidem. „Řada onkologicky nemocných má ovšem zvýšené riziko TEN i po propuštění z hospitalizace. Je tedy třeba uvažovat o prodloužení primární profylaxe. Efektivita již byla prokázána ve studii PROTECHT u pacientů léčených pro karcinomy plic, gastrointestinálního traktu, prsu a ovarií. Benefit z této profylaxe tedy měli nemocní jen s určitými nádory, což znamená, že ji nebudeme zavádět rutinně všem ambulantním onkologickým pacientům. Čekáme ještě na výsledky nejnovější studie ONKO-SAVE, ve které nemocní dostávají heparin v jedné denní dávce. Oproti placebo se zatím snížila incidence TEN, aniž by se zvýšil výskyt krvácení. Uvidíme, jak pacienti dopadnou

z hlediska přežití,“ uvedl profesor Kvasnička.

Dotaz z publika „Kdy se má podávání profylaxe ukončit například u paraplegického pacienta, kterého tím akorát udržujeme naživu, aby nedostal plicní embolii?“ vyvolal zájem až rozpaky přítomných. Profesor Kvasnička doporučil převedení na warfarin.

Vztah TEN k příčině úmrtí

MUDr. Marek Grega z Ústavu patologie a molekulární medicíny 2. LF UK a FN Motol prezentoval výsledky své studie, v níž zkoumal vztah tromboembolických komplikací u pacientů s nádorovým onemocněním k příčině úmrtí. Vycházel z konečného souboru 392 onkologických pacientů s nálezem jakékoli formy TEN. Ve 37,5 % případů se jednalo o bezprostřední příčinu smrti. Na prvním místě (43,6 %) bylo úmrtí na nádorovou kachexii a generalizaci, naopak

menší podíl měly arytmie, sepse, krvácení a další příčiny.

„Nejvyšší riziko tromboembolických komplikací bylo u pacientů do 14 dnů po operaci. Zkoumali jsme riziko jen smrtelných tromboembolických příhod, nikoli všech,“ zdůraznil Marek Grega. Ve své studii se dále zabýval pacienti, kteří dostávali chemoterapii. Setkával se však s problémem, že tato léčba nebyla vždy zaznamenána v pitevním protokolu, proto byl nález jen omezeně reprezentativní. Stejně nedostatkem měl výzkum pacientů s centrálním žilním katétrelem.

Zajímavé bylo porovnání výskytu smrtelné TEN v pitevních nálezech s jejím předpokladem, uvedeným ošetřujícím lékařem na průvodním listu k pitvě. U 61,4 % pacientů lékaři odhadli správnou příčinu úmrtí. „Těch necelých 40 procent lékařů vyslovilo suspekci na bronchopneumonii, nádorovou kachexii a další možné příčiny úmrtí. Neznámená to však, že by zpochybnili výskyt trombózy, stále mluvíme o trombóze jako o příčině smrti,“ uzavřel MUDr. Grega. Jeho sdělení sklídilo velké uznání.

Závěrem konference docentka Tesařová poděkovala všem přednášejícím, pořadatelům a předsedajícím – prof. MUDr. Václavu Monhartovi, CSc., a prof. MUDr. Františku Köbelovi, DrSc. „Onkologové to nemají lehké. 50 procent pacientů neumíme vyléčit a za těch 50 procent, které vyléčíme, mají zásluhu většinou chirurgické obory. Přesto má onkologický obor smysl, protože pečujeme především o kvalitu života svých pacientů, která je pro ně v paliativním stadiu důležitá,“ uzavřela Petra Tesařová.

MUDr. Martina Pumřlová

Inzerce A111000458

Kde se snoubí elegance s užitkem

Nová generace hydromasážních van společnosti BTL zdravotnická technika, a. s., už na první pohled nenechá nikoho na pochybách, kterým směrem se ubírá moderní hydroterapie.

V celotělových vanách typu Litea, Sandea a Wellnea se přirozeně snoubí jejich rehabilitační vodoléčebné parametry s nadčasovým moderním designem, což tyto vany předurčuje pro použití jak v lázních, nemocnicích a rehabilitačních pracovištích, tak i *wellness* centrech.

Vany byly navrženy a konstruovány se zvláštním důrazem na ekonomiku provozu, což se projevu-

je v nízké spotřebě vody i energie. Dalšími přednostmi jsou vysoká spolehlivost a dlouhá životnost. Všechny komponenty byly podrobeny dlouhému a důkladnému testování v laboratorních podmínkách i v provozu.

To nejlepší z balneologie

Pracoviště, které si vany zakoupí, má jistotu, že poskytuje svým klientům to nejlepší z oblasti součas-

né balneologie. V této souvislosti je rozhodně vhodné zmínit některé z parametrů, které z van Litea, Sandea a Wellnea dělají špičky ve svém oboru. V první řadě je to barevný dotykový displej, který umožňuje jednoduše zvolit požadovaný program, modré LED osvětlení pláště vany, až 266 vodních trysek s možností přivzdušnění, 122 vzduchových trysek a až 8 masážních zón. Na první pohled zaujme ergono-



mický design. Možnost chromoterapie udělá z koupele kouzelný zážitek, který u typu Wellnea podtrhuje i možnost poslechu hudby z vestavěných reproduktorů. Kou-

pel v takové vaně je opravdovým požitekem pro všechny smysly.

Podrobnější informace: www.btl.cz

XIX. brněnské dny praktického lékařství

– tentokrát ve znamení onkologie

Lékařská fakulta Masarykovy univerzity v Brně ve spolupráci se Společností všeobecného lékařství ČLS JEP (SVL) a Sdružením praktických lékařů uspořádala na konci září kongres na téma „Praktický lékař a onkologická onemocnění“.

Důvodem proč se praktičtí lékaři po devíti letech vrátili k onkologické tematice, je skutečnost, že se dnes nemocní s nádory mohou v průběhu léčby daleko častěji dostávat do domácího prostředí, a to právě díky součinnosti svého praktického lékaře. Jak v úvodní části zdůraznila koordinátorka konference a přednostka Kliniky interní, geriatrie a praktického lékařství LF MU a FN Brno prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, CSc., onkologická problematika se postupně začíná promítat do kompetencí praktika daleko dříve, a to v podobě cílených preventivních prohlídek a dispenzarizací. Na významu nabývá i to, že stoupá možnost detekovat, jaký typ nádoru a s jakou pravděpodobností se může vyvinout u členů určité rodiny. Smyslem celé akce tedy bylo přinést praktikům co nejvíce adekvátních informací, díky kterým mohou ve své běžné praxi sehrát jednu z nejvýznamnějších rolí při zastavení vzestupného trendu incidence i mortality na zhoubné novotvary v Česku. V současnosti u nás nejvíce pacientů podléhá onemocněním tlustého střeva, na druhém místě je to průdušnice a průdušky, další místo zaujímá karcinom prsu u žen a prostaty u mužů, pátá příčka v této škále patří tumorům ledvin.

Cesty ke zlepšení časného záchytu malignit

Po představení novinek ve specializační přípravě a podmínkách celoživotního vzdělávání lékařů předsedou SVL doc. MUDr. Svatoplukem Býmou, CSc., se otevřel dvoudenní odborný program. První den byl věnován epidemiologii zhoubných nádorů v české populaci, jejíž sledování je už dnes zcela nepředstavitelné bez existence Národního onkologického registru (NOR), dále možnostem a rezervám v prevenci, objasnění genetických podkladů nádorových onemocnění (5–10% nádorů může mít dědičnou příčinu) i širšímu uplatňování nádorových markerů, které hrají významnou roli v určení prognózy a terapie nádorových chorob (současnou sna-



Docent Svatopluk Býma. | Foto: Jaroslava Sladká



Profesor Jan Žaloudík. | Foto: Jaroslava Sladká

hou je vytipovat vhodná vyšetření v první linii pro co nejvíce malignit). Následující den se pak přednášející v jednotlivých blocích věnovali jednotlivým nejčastějším typům nádorových onemocnění v české populaci – kolorektálnímu karcinomu, karcinomu plic, gynekologickým nádorovým onemocněním, leukemii (hemoblastózám), karcinomu ledvin a prostaty, nádorovým onemocněním kůže. Závěrečná vystoupení byla zaměřena na zhodnocení současných možností terapeutických přístupů včetně paliativní péče (analgetická léčba nádorové bolesti, řešení vedlejších účinků protinádorové terapie, výživa onkologických pa-

cientů, přístupy k terminálně nemocnému v ordinaci praktického lékaře).

Kritický pohled na preventivní onkologické prohlídky

K nejpřínosnějším pro praktické lékaře jistě patřila přednáška prof. MUDr. Jana Žaloudíka, CSc. Jak uvedl hned na začátku, „je to stále dokola – můžeme buď kultivovat, nebo reformovat“. Tato skepse má své opodstatnění, protože mediální obraz onkologie bývá skutečně redukován pouze na otázku dostupnosti nových, často velmi drahých léků. Srovnávat efektivitu hrazení prevence na jedné straně a léčby v pokročilém

stadiu onemocnění na straně druhé, je už opravdu evergreenem a není třeba opakovat známá fakta...

Autor tedy v této souvislosti apeloval na větší aktivitu praktických lékařů – at už jde o aktivní vyhledávání rizikových pacientů nebo nabízení preventivních prohlídek. I zde však podle něj číhá mnoho záležitostí, protože rozsah preventivních vyšetření dle „pohmatu a poklepu“ (vyhláška č. 96/1997 Sb. i její novelizace č. 183/2000 Sb.) se opírá o výkony, které už dnes prakticky ztrácejí smysl (palpace břicha, prsů, digitální vyšetření konečnicku nebo vagíny), jejich výtečnost je minimální a dávno byly překonány zobrazovacími a endoskopickými metodami. Profesor Žaloudík s trochou nadsázky přirovnal takto provozovanou prevenci k „povoznické činnosti“, která vzhledem k zadluženosti společnosti neustále přetrvává a zdá se, jako by se zastavila v minulém století. Jako spolehlivý informační zdroj, na němž se lze dozvědět řadu užitečných informací o vhodné struktuře onkopreventivních prohlídek i věkově specifických onkologických rizicích, doporučil posluchačům internetové stránky www.prevenadenadoru.cz.

Komplexní onkopreventivní prohlídka by dnes podle Jana Žaloudíka měla zahrnovat zejména: posouzení kožních útvarů, laboratorní vyšetření krve a moči, rtg plic (s onkologickou interpretací), FOBT (okultní krvácení), případně kolonoskopii, UZ břicha, u žen pak mamografii, cytologii, u mužů PSA (prostatický specifický antigen). Jak autor sdělení upozornil, v posledních letech se dostávají do popředí zejména otázky kolem „středu člověka“ – znamená to, že narůstá počet malignit v oblasti jater, slinivky, žlučníku a ledvin. Doporučuje tedy včas analyzovat rizika v těchto oblastech, zejména u disponovaných jedinců.

„Onkopreventivní zatemnění“ a jiné nedostatky

Poté, co profesor Žaloudík vyzval

praktické lékaře k systematickému zvaní pacientů na preventivní prohlídky (s tím, že poštovné jistě v ambulantní praxi není limitující položkou), upozornil rovněž na chybu, které se dopouštějí i specialisté: Pokud je pacient veden jako onkologický, opomíjí se u něj další onkoprevence zaměřená na jiné než dosud postižené orgány, přestože je k dalším onkologickým onemocněním biologicky zjevně více disponován. Jak přednášející podotkl, „pod svícem bývá tma a i zde je onkopreventivní zatemnění“.

Za „šťastnou kometu, která občas přelétne nad krajinou“ pak označil nastavení mamografického screeningu v roce 2003, kdy se postupně etablovalo asi šedesát specializovaných jednotek, bylo dosaženo cca 80% záchytu časných stadií a byl tak nastartován trend redukce úmrtnosti na karcinom prsu.

Za podobný „zázrak“ prof. Žaloudík považuje i ustavení NOR se systémem onkologických dat na webu (www.svod.cz), kde registr žije on-line. Bez něj bychom podle jeho slov „nevěděli o české onkologii nic a četli si pouze firemní letáky o stavu onkologie ve vybraném zahraničí“. V další diskusi upozornil právě na rozdíl mezi medicínou v pojetí *evidence based* a *confidence based* – pokud by neexistoval NOR, byli bychom odkázáni na druhou variantu, tedy zdroje přejímané odjinud, z literatury, bez vlastních dat. Pak by nezbývalo, než věřit, že to, co funguje jinde, bude stejně fungovat i u nás...

„Docela chápu nízkou motivaci praktických lékařů věnovat se onkoprevenci systematictější, je-li to činnost neuznaná a nehodnocená na tomto světě. Děkuji těm, kteří přesto vytrvávají a věří ve zhodnocení ve světě příštím. Nepochybně jsou jim vděční ti klienti či pojištěnci, řekněme postaru lidé, kteří zásluhou časné diagnostikovaného nádoru mohou dále žít, pracovat a veselit se sledováním mediálních rozborů permanentní mentální krize našeho vcelku vybaveného solidárního zdravotnictví, které by mohlo být navíc i solidní. A v kontextu tohoto tématu také onkosolidní,“ glosoval profesor Žaloudík na závěr stávající situaci.

Zlomeniny patní kosti

Již po desetiletí představují zlomeniny patní kosti jednu z nejzávažnějších kapitol traumatologie pohybového aparátu. A právě této problematice se v sobotu 8. října 2011 v Anatomickém ústavu 1. LF UK věnovalo 2. česko-saské sympozium.

Akci pořádal Anatomický ústav 1. LF UK ve spolupráci s oddělením ortopedie, traumatologie a rekonstrukční chirurgie ÚVN Praha a Klinikou traumatologie a rekonstrukční chirurgie Lékařské akademie v Drážďanech. Nad akcí převzali záštitu děkan 1. LF UK v Praze prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., a ředitel ÚVN Praha prof. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D.

Více než 130 přítomných lékařů z České a Slovenské republiky pozdravili při slavnostním zahájení děkan 1. LF UK prof. Tomáš Zima, přednosta Anatomického ústavu prof. Miloš Grim a předseda České společnosti pro ortopedii a traumatologii doc. Tomáš Trč. Aktivně byla zastoupena téměř všechna ortopedická a traumatologická pracoviště z Čech

a Moravy, která se věnují operační léčbě zlomenin patní kosti. Hlavním magnetem byla účast prof. Hanse Zwippa a doc. Stefana Rammelta – oba patří mezi přední světové odborníky, kteří se věnují traumatologii a rekonstrukčním operacím nohy. Ve třidvaceti přednesených sděleních byla probírána a prodiskutována veškerá problematika spojená se zlomeninami patní kosti jak u dospělých, tak u dětí a dospívajících, tedy anatomie, diagnostika, zásady konzervativní a operační léčby, jejich výsledky, zlomeniny u diabetiků, komplikace časné a pozdní, včetně jejich řešení.

Přínos drážďanské školy

Zlomeniny patní kosti patří k velmi vážným zraněním pohybového aparátu. Přes všechny možné konzervativní metody byla konzerva-

tivní léčba dislokovaných intraartikulárních zlomenin v minulosti spojena se závažnými následky, které si poté zpravidla vyžádaly rekonstrukční operace. Řada pacientů tak končila s těžkým invalidním postižením. Ojedinelé pokusy o operační léčbu byly spíše neúspěšné a často spojené se závažnými infekčními komplikacemi. Teprve CT zásadním způsobem změnilo diagnostiku těchto zlomenin a umožnilo tak pochopit jejich anatomii. Tím byl položen základ ke stanovení principů operační léčby, tj. otevřené repozice a stabilní vnitřní fixace.

Jedním z průkopníků operační léčby se na konci 80. let minulého století stal i profesor Zwipp, který se také podílel na vývoji speciální dlahy určené k vnitřní fixaci. V České republice začala být operační léčba zlomenin patní kos-



ilustrační foto: blogspot.com

ti věnována větší pozornost až po roce 2000, právě pod vlivem drážďanské školy a především prof. Zwippa. Z této spolupráce profitovala řada domácích pracovišť, jak bylo patrné i z prezentovaných přednášek. Jednotlivá sdělení ukázala, že během posledních 5 let se tato pracoviště zlomeninám patní kosti intenzivně věnovala a dosáhla v ní významného pokroku. Z přednášek prof. Zwippa a doc. Rammelta bylo možné si vytvořit představu, co vše je v současné době možné a kam směřuje současný vývoj v operační léčbě zlomenin patní kosti ve světě. Na sympoziu byly poprvé prezentovány i výsledky používání speciálního hřebu určeného k osteosyntéze zlomenin patní kosti, který

byl vyvinut v rámci spolupráce prof. Zwippa s lékaři z pardubického ortopedického oddělení a firmou Medin. Tento implantát je první svého typu ve světě. Sympozium ukázalo, že i závažné zlomeniny patní kosti, včetně otevřených, lze úspěšně ošetřovat a minimalizovat tak časné i pozdní komplikace. Významně se rozšířily rovněž možnosti rekonstrukční chirurgie při řešení těchto komplikací. To však neznamená, že lze polevit v obezřetnosti při indikaci operační léčby, tj. zhodnocení všech rizik včetně osobnosti pacienta. Přes veškerý pokrok patří zlomeniny patní kosti i nadále mezi nejzávažnější poranění pohybového aparátu.

(mab)

Inzerce A111012338



Mezi nejčastější příznaky klimakteria patří návaly horka a potu, bušení srdce, kolísání krevního tlaku, nervozita, změny nálad, podrážděnost, poruchy spánku, občasná závratě, brnění v končetinách a mohou se vyskytnout i bolesti na hrudi. Později se mohou objevit infekce močových

JAK NA KLIMAKTERIUM?

Klimakterium sice není nemoc, ale neměli bychom jej brát na lehkou váhu.

cest, únik moči, suchost sliznic a kůže, pálení v očích, zvýšená tvorba vrásek, zhoršení zraku, osteoporóza (řidnutí kostí), ateroskleróza, infarkty myokardu a mozkové mrtvice. Ženy v reprodukčním věku před těmito obtížemi chrání estrogény, ale po „přechodu“ tato ochrana mizí.

Ženy, které již prošly obdobím klimakteria, většinou znají vhodné doplňky stravy. Často je to

právě **SARAPIS**, oblíbený preparát se včelími produkty, vitaminy aj.

Doplňek stravy **SARAPIS** je k dostání v lékárnách a je vhodným podpurným prostředkem nejen v období klimakteria.

Podrobnější informace získáte na www.vegall.cz, nebo na bezplatné lince: **800 100 140**, kde můžete získat i kontakty na gynekology, kteří mají v této oblasti dlouholeté zkušenosti.



AKTUALITY

Testování DNA v kriminalistice a medicíně

Britsko-česká konference „Legislativa testování DNA“, na níž kromě českých expertů vystoupilo i sedm špičkových britských odborníků z akademické sféry i z praxe, se uskutečnila 12. října na půdě Parlamentu ČR.

Konference se věnovala dvěma nejdůležitějším oblastem testování DNA, tedy lékařským a forenzním testům a legislativě s nimi spojené. Britští specialisté prezentovali zkušenosti Spojeného království a diskutovali s českými odborníky o připravovaných nových zákonech týkajících se testování DNA v Česku. Diskuse se vedla také o tom, kde by měly ležet hranice testování. Na jedné straně je třeba chránit citlivá data jednotlivců před zneužitím, na straně druhé však nelze zpomalovat vědecký rozvoj, který pomáhá při léčbě mnoha nemocí (v případě lékařského testování DNA) a k odhalení řady pachatelů (v případě forenzního testování DNA).

„Britové jsou pyšní na to, jakou roli dlouhodobě hrají ve výzkumu DNA. Mohu zmínit například výsledky nobelistů Watsona, Cricka a Wilkinse týkající se struktury DNA,“ uvedla britská velvyslankyně v ČR Sian MacLeodová. „Tato konference je vý-

borným příkladem spolupráce českých a britských odborníků vycházející z dohody ministrů obou zemí,“ dodala.

„V České republice chybí zastřešující zákony pro řádné využití testování DNA. Poznatky z této konference mohou při tvorbě takových zákonů pomoci,“ vysvětlila poslankyně Jitka Chalánková, která konferenci zaštiťovala.

Forenzní a lékařské aspekty

Forenzní testování DNA zajišťuje stopy z místa trestného činu a porovnává je s DNA potenciálních pachatelů. Záznamy odsouzených pachatelů jsou v Česku uloženy v databázi DNA, která má nyní kolem 100 tisíc záznamů. Britská databanka DNA má přes 6 milionů vzorků a byla založena jako první vládní databáze svého druhu na světě. Na konferenci se hovořilo o její správě, možnosti odstranění dat a počtu testovaných stop ročně. Došlo i na

praktické aspekty forenzního testování DNA ve Spojeném království, což bylo tématem vystoupení dvou britských forenzních specialistů – Andyho Williamse a Alana Scotta.

Lékařské testování DNA se věnuje řadě analýz, kde DNA přímo odhaluje konkrétní nemoc nebo indikuje možnost vhodné léčby. Například u onkologických onemocnění pomáhá určit citlivost ke konkrétní léčbě. Další velmi častou možností využití je zjišťování zdraví a genetických chorob plodu z plodové vody. O zvýšení většího odborného i laického povědomí možností testování DNA se ve Spojeném království stará The Human Genetics Commission – výsledky činnosti této komise prezentovaly na konferenci Frances Flinterová a Christine Patchová.

Nutnost regulace testování

Konference nabídl rovněž pohled sociologický a regulační. Stuart



Britská velvyslankyně Sian MacLeod a poslankyně Jitka Chalánková.

| Foto: archiv pořadatele

Hogarth z King's College v Londýně se zaměřil na regulování testů DNA s příklady nejlepší praxe OECD a řady zemí světa. Profesořka Barbara Prainsacková představila britský výzkum v oblasti společenských, etických a legislativních dopadů testování DNA. Přehled skotské legislativy poskytl profesor Jim Fraser.

Čeští přednášející představili během konference situaci v legislativě a výzkumu DNA v ČR, a to z pohledu ochrany dat (Igor Němec, Úřad na ochranu osobních údajů), lékařské genetiky (prof. Radim Brdička, Společnost lékařské

genetiky ČLS JEP), testování privátními firmami (Daniel Vaněk, DNA Forenzní servis) či forenzního testování (Pavel Kolář, Kriminologický ústav, doc. Jiří Drábek, Československá společnost pro forenzní genetiku).

Konferenci společně připravily britská Science & Innovation Network, Britské velvyslanectví v Praze, Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky a společnost Forenzní DNA servis.

Prezentace z konference jsou dostupné na webových stránkách www.slg.cz a www.cssfg.cz.

Andrea Skálová

Názory a zkušenosti diabetiků: průzkum TNS AISA

V červnu proběhl v České republice průzkum mezi pacienty s diabetem mellitem, jehož cílem bylo získat nezávislá data týkající se léčby inzulinem a přístupu k léčbě

Průzkum, který provedla společnost TNS AISA, hledal odpovědi na následující otázky: Je k léčbě diabetu využíván inzulin? Jsou pocítovány příznaky hypoglykemie a komplikace diabetu? Přibral léčený inzulinem na váze? Zajímají se diabetici aktivně o nové možnosti léčby? Jsou ochotni připlatit za odpovídající léky?

Průzkumu se účastnilo 267 respondentů, kteří vyplňovali pětiminutový dotazník.

Výsledky průzkumu

- Léčbu inzulinem udává třetina diabetiků.

- Příznaky hypoglykemie pocítují 2/3 diabetiků, více ti s inzulinem (82 %). Příznaky diabetické neuropatie pocítuje třetina diabetiků bez ohledu na to, zda jsou léčeni inzulinem.

- Více než polovina diabetiků léčených inzulinem přibrala od začátku léčby na váze v průměru o 13 kg.

- Polovina diabetiků se lékaře aktivně ptá na možnosti léčby, nejčastěji kladou otázky týkající se diety, inzulinových pump, léčby inzulinem a novinek v léčbě.

- Pacienti s diabetem znají cílové hodnoty léčby (glykemie, krevní tlak, cholesterol, hmotnost).

- Většina pacientů má zájem připlatit si (pro snížení rizika komplikací diabetu) za lepší léky – 50 Kč je přijatelných pro všechny, 100–150 Kč pro každého druhého pacienta, 250 Kč pro každého čtvrtého.

Význam self-monitoringu

Základem léčby diabetu by měla být aktivní spolupráce pacienta s lékařem. Klíčový je *self-monitoring*, tedy pacientem prováděné měření glykemie, kdy je na základě naměřeného výsledku upraven buď léčebný režim (změnou dávky inzulinu), nebo množství konzumovaných sacharidů. K self-mo-

nitingu by mělo patřit i zjišťování přítomnosti acetonu v moči, měření krevního tlaku, tělesné hmotnosti, počítání denní dávky pohybové aktivity a množství sacharidů a kalorií v jídelníčku.

Problém hypoglykemií

Udržování normoglykemie je z dlouhodobého hlediska pro osoby s diabetem důležité jako prevence pozdních komplikací. Hypoglykemie jsou nejčastějším nežádoucím účinkem antidiabetické léčby. Mezi její symptomy patří bušení srdce, třes, hlad, pocení, potíže s koncentrací nebo zmatenost. Pacienti léčení inzulinem mohou prodělat 1–3 hypoglykemie měsíčně. Závažný problém představují hypoglykemie, ke kterým dochází ve spánku. Průzkum odhalil, že pacienti v sedmi dnech, které po hypoglykemiích následovaly, provedli o 5–6 testů hladiny cukru více a 25 % z nich se z důvodu hypoglykemie obrátilo na lékaře. Čtvrtina pacientů užívajících inzulin uvedla snížení dávky po této epizodě.

Skoro každý pátý pacient často nemůže kvůli hypoglykemiím strávit na pracovišti celou pracovní dobu. Časopis *Value in Health* zveřejnil v červenci nový průzkum zaměřený na ztrátu produktivity spojenou s hypoglykemií. Průzkum byl proveden ve Spojených státech, Velké Británii, Německu a Francii u 1404 lidí s diabetem, kteří uvedli, že v předchozím měsíci prodělali hypoglykemií. Z průzkumu vyplynulo, že průměrná ztráta produktivity na pracovišti na osobu za měsíc způsobená noční hypoglykemií činila 14,7 hodiny. To odpovídá odhadované průměrné hodnotě 2294 dolarů ztracené produktivity na osobu za rok.

K lepší kontrole rizik spojených s léčbou diabetu inzulinem mohou pacientům napomoci inzulinová analoga, která mají oproti tradičním humánním inzulinům několik důležitých předností: snižují četnost hypoglykemií a napomáhají lepší kontrole tělesné hmotnosti.

(asa)

Také ve zdravotnictví má rozhodovat kvalita...

...ne to, kdo nemocnici vlastní, říká generální ředitel společnosti AGEL MUDr. Filip Horák, MBA.

Je to přesně rok, co lékaři spustili kampaň „Děkujeme, odcházíme“ a hrozili mohutným odchodem. Přestože odbory nejsou zcela spokojeny s plněním slibů, další protesty zatím nehrozí. Na to, jak tehdy vnímal dosti vyhocenou situaci ve zdravotnictví, i na další otázky jsme se zeptali Filipa Horáka, generálního ředitele skupiny AGEL.

Čeští lékaři před rokem bouchli do stolu a chtěli přidat dlouho slibované peníze. Když žádosti nepomohly, dala pětina doktorů v českých nemocnicích výpověď. Ve vašich nemocnicích však tehdy lékaři výpovědi nepodali...

Nemyslím si, že by se naši lékaři nějak lišili od svých ostatních kolegů. Hlavní důvod, proč nedali výpovědi, byl asi v tom, že jsme tu situaci začali řešit ihned, jak nastala. Již loni na podzim jsme to vyhodnotili jako obrovský potenciální problém a začali jednat se zástupci lékařů o navýšení jejich platů. V závěru roku jsme uzavřeli dohodu, že navýšíme průměrný plat lékaře o 8 procent bez ohledu na to, jak akce dopadne. Lékařům jsme vysvětlili, že pokud dají hromadné výpovědi, poškodí nejvíc svého zaměstnavatele a paradoxně dojde ke zhoršení jejich situace, neboť zdravotní pojišťovny budou nemocnicím krátit úhrady, což se nakonec i potvrdilo.

Jak se vy osobně stavíte ke způsobu protestu, jaký lékaři zvolili?

Přestože jsem také lékař a s některými motivy protestu lze souhlasit, zvolená forma se mi od začátku



Foto: archiv Agel

ku nelíbila. Poslední měsíc, podle mého názoru, akce hraničila s vydíráním a myslím si, že i organizátorům se ulevilo, že nakonec došlo k dohodě. Z mého pohledu manažera odpovědného za chod nemocnic bylo absolutně nepřijatelné, že bychom nebyli schopni pacientům zajistit péči. V tomto ohledu byl pro mě zájem pacienta nadřazen nad třeba oprávněnými požadavky lékařů.

Byl jste ředitelem krajské Nemocnice Třinec, teď naopak sedíte v čele největší české soukromé společnosti poskytující zdravotnickou péči. Porovná-

te-li práci ve veřejném a soukromém zdravotnickém sektoru, v čem spatřujete hlavní rozdíly?

Jednoznačně v motivaci. A tím nemám na mysli jen finanční. Za mého působení v letech 2006 až 2008 nemocnice realizovala roční zisk asi 26 milionů korun. Vybuďovali jsme dětské centrum operační léčby a zavedli iktový program, který v loňském roce vyústil v získání statutu iktového centra. Nicméně kdybychom nevybudovali nic a nemocnice byla v mírné ztrátě, pak by to asi nikomu nevadilo, protože bychom se chovali stejně jako ostatní zařízení.

Nemyslím to jako kritiku, ale ve zdravotnictví to funguje stejně jako v celém hospodářství. Soukromý vlastník většinou řídí podnik efektivněji než stát nebo jiný veřejný subjekt.

Přesto je vstup soukromých subjektů do oblasti zdravotní péče v České republice stále vnímán jako něco nestandardního...

Je to logické a pochopitelné. Podnikání ve zdravotnictví není podnikání jako každé jiné. Protože se týká toho nejcennějšího, co lidé mají, zdraví a života, je to záležitost velmi zodpovědná. Zdravotnictví je navíc jedním z hlavních témat většiny médií, a tak jsme pod neustálou veřejnou kontrolou. My si tuto odpovědnost uvědomujeme a přistupujeme k tomu s pokorou. Příkladem naší odpovědnosti je například i to, že všechna naše zařízení jsou akreditována. Pro informaci – takto akreditovaných zařízení je v Česku pouze 40 z celkových dvou set. Akreditace není samospasitelná, ale tím, že určité procesy v nemocnicích standardizuje, výrazně eliminuje pravděpodobnost, že v průběhu pobytu pacienta ve zdravotnickém zařízení dojde k nějaké nežádoucí události.

Jak se vůbec dá v takové oblasti, jako je zdravotnictví, podnikat? A co názor, že zdraví by prostě nemělo být předmětem podnikání?

Když odmyslíme specifika, která jsem popsal výše, jde o standardní podnikání jako každé jiné. Navíc si většina pacientů neuvědomuje, že 95 procent lékařů je soukromých a možná 70 procent

ambulantní péče u nás také provozují soukromí lékaři. Je logické, že i část lůžkových zařízení je a bude soukromá. Nemocnice by se měly dělit jen na ty kvalitní a nekvalitní, pacient si mnohdy ani neuvědomuje, že je v soukromém zařízení. V našem případě provozujeme i vysoce specializovaná zařízení, která jsou součástí národní sítě superspecializovaných center – jde o kardiocentrum v Třinci-Podlesí a komplexní onkologické centrum v Novém Jičíně, které provozujeme společně s Nemocnicí Nový Jičín. Podobných pracovišť je v Česku jen několik a většinou jsou pouze součástí fakultních nemocnic.

Díky společnosti AGEL mají pacienti v Moravskoslezském kraji možnost volby mezi fakultní nemocnicí a našimi privátními centry. Myslím, že většina z nich si ani neuvědomuje, že jsou léčeni v soukromém zařízení.

Zdravotnictví jde rychle kupředu, s tím souvisejí i špičkové přístroje a další vybavení. Kam u vás letos směřovaly vaše investice?

Letos jsme proinvestovali více než půl miliardy korun. Nedávno jsme otevřeli zcela novou polikliniku v Novém Jičíně. Modernizace celého objektu trvala téměř rok a investice včetně nového přístrojového vybavení nás přišla na více než 100 milionů korun. V bývalé budově Tonaku našly nově své zázemí ambulance onkologie, hematologie a lékařské genetiky včetně denního onkologického centra, které je součástí komplexního onkologického centra. V nové poliklinice je pacientům k dispozici také lékárna a moderní laboratoře společnosti. V objektu nyní pracuje více než 200 zaměstnanců. Rovněž jsme zrekonstruovali angiologický sál ve Vítkovické nemocnici a ve stejné nemocnici v současnosti provádíme opravu fasád a zateplení. Rádi bychom investovali ještě více, ale my si na investice, na rozdíl od ostatních nemocnic, musíme vydělat.

Inzerce A111014547



KONFERENCE A SEMINÁŘE PRO NELÉKAŘSKÉ OBORY

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

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

Témata, termíny a místa konání v roce 2011

Role nelékařských povolání v léčbě pacientů s onkologickým onemocněním
2. 12. 2011 Brno • 7. 12. 2011 Liberec

Cerebrovaskulární onemocnění jako výzva pro nelékařská povolání
23. 11. 2011 Tábor • 14. 12. 2011 Kolín

Možnosti nelékařských profesí v péči o pacienty s kardiovaskulárním onemocněním
16. 11. 2011 Znojmo • 30. 11. 2011 Ostrava

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

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






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

Auto upgradované na vznášedlo

O vývoji v oboru infuzní techniky hovoříme se specialistou na automatické infuzní systémy MUDr. Ing. Miroslavem Fupšem.

Jak vznikla myšlenka lineárního dávkovače, či to byl nápad?

Lineární dávkovač neboli Perfusor byl jako první uveden na trh společností B. Braun a měl významně pomoci lékařům a samozřejmě i pacientům, protože zautomatizoval podávání léku. Měl jednu nastavenou konstantní rychlost a tou podával lék pacientovi. Dokážete si představit, jaké by to bylo, kdyby tam někdo musel stát a trvale tlačit na píst stříkačky?

Který obor dal k vývoji perfuzorů největší impuls?

Určitě to všechno vycházelo z potřeb intenzivní péče, konkrétně se to týkalo podávání katecholaminů.

Na kterých odděleních se dnes perfuzory používají nejčastěji?

Po šedesáti letech můžeme toto označení trochu posunout - nebudeme se o lineárním dávkovači jako takovém, ačkoli on si to vzhledem ke svému výročí jistě zaslouží, ale o infuzní technice obecně. Ta zahrnuje lineární dávkovače, volumetrické pumpy a z toho ještě vyčleněné enterální pumpy - veškerá tato technika se používá napříč všemi odděleními nemocnice. Od rychlé dopravy pacienta sanitkou či vrtulníkem na urgentní příjem přes operační sály, anesteziologicko-resuscitační oddělení, jednotky intenzivní péče s různými modifikacemi až po následnou péči. Tato zařízení se dnes dají použít i pro pacienty v domácí péči.

Jaký je rozdíl mezi zatím poslední a předešlou generací těchto přístrojů?

V průběhu šedesáti let se pumpy neustále vyvíjely, což je nejlépe vidět na poslední řadě našich přístrojů. Předchozí řadu z konce 90. let tvoří jen standardní dávkovač, který se po celou dobu bude chovat stejně jako při zakoupení, kdežto poslední generace z roku 2004, systém Space, ji sice vývojově následuje, ale připadá mi, že rozdíl mezi nimi je tak velký, jako by je oddělovaly dvě a půl až tři generace. Mohl bych to připodobnit k dopravním prostředkům: Předchozí generace znamená, že si koupíte auto a to už autem zůstane. Kdežto nyní u auta provedete upgrade a přidáte funkci vznášedla - na silnicích sice bude stále vypadat jako auto, ale můžete s ním přejet i řeku či rybník tak, že se přenesete vznášedlem, a dál zase budete pokračovat po silnici.

Poslední generace Space s uvedením nového softwaru nejen že umí podávat infuzi, ale má i další režimy: například pacientem řízenou analgezií (PCA) a totální intravenózní anestezii (TIVA). V současné době také na čtyřech českých klinických pracovištích probíhá studie o řízení glykemie - je to novinka, která je naší specialitou. Tento software můžeme dle přání každoročně zákazníkům přehrát a povýšit jej na novou verzi. Některé tyto upgrady byly zdarma, dnes se již jedná o placenou službu. I ti zákazníci, kteří si koupili přístroje mezi prvními již v roce 2004, dnes mají většinou tu nejnovější verzi softwaru, a nehrozí zde tudíž morální zastaralost přístrojů.

Space tedy úplně nahradil předešlou generaci?

Dá se říci, že ano, přesto nadále máme v portfoliu i starší generaci přístrojů, která v jistých případech může být dostatečnou variantou z pohledu „potřeba (cena) / výkon a spolehlivost“.

Vaše přístroje již dnes mají řadu bezpečnostních prvků - alarmy, předalarmy, tlaková a vzduchová čidla, kapkové senzory. Snížil se výskyt embolií a riziko nežádoucí infuze? Jak to vnímá ošetřující personál?

Jsou to věci, které ošetřující personál za normálních okolností ani nepozná, neboť fungují automaticky. Například když na konci infuze vyjímáte infuzní set z volumetrické pumpy, bude automaticky uzavřen. Pokud byste zapomněla zavřít svorku nahoře na setu, hadička je automaticky zaskřípnutá, takže nemůže dojít k samovolnému podání infuze. U lineárních dávkovačů je to uděláno tak, že píst stříkačky je automaticky držen od okamžiku vložení stříkačky do dávkovače až do jejího vyjmutí a nemůže dojít k jeho posunu. Tím vyloučíme samovolnou infuzi například při nasátí léčiva podtlakem.

Zaujalo mne, že Space může s pacientem absolvovat i vyšetření magnetickou rezonancí. Je to díky dokovacím stanicím?

Ano, speciální dokovací stanice stíní infuzní přístroje oproti magnetickému poli. Běžné přístroje z oddělení lze v počtu až čtyř dávkovačů či pump napojit do této speciální dokovací stanice a mohou se použít na pracovišti magnetické rezonance. Má to tu výhodu, že jednak magnetické pole neovlivní



Foto: archiv B. Braun

chod těchto přístrojů, a ty zase neovlivní kvalitu zobrazení - nedochází k falešně pozitivním či falešně negativním výsledkům. Součástí magnetické rezonance je speciální senzor, jehož funkcí bych vám připodobnil k parkovacímu senzoru v autě. Přibližujete se s dokovací stanicí k prstenci přístroje (gentry), kde je v ose největší magnetické pole. Přístroj si měří jeho intenzitu a v okamžiku, kdy dosáhne maximálně povolených hodnot, alarm zahlásí, že dále již nemůžete, aby se přístroje navzájem neovlivnily.

Má přístroj Space nějakou konkurenci?

Pokud firma, která stála u zrodu průlomového produktu, dále úspěšně pokračuje v jeho vývoji, obvykle stojí v čele. Vezmeme-li v úvahu, jaké funkce přístroj umožňuje, Space konkurenci nemá. Když jsme vystavovali přístroje například na Pragomedice, zažil jsem příhodu s delegací Číňanů, které zajímalo, co všechno Space umí a že prý ho také za-

čnou vyrábět. Sice věřím, že dokáží zkopírovat téměř cokoli, pokud se však budeme dívat jen na cenu bez ohledu na kvalitu, můžeme se časem vrátit do jeskyně a svítit loučemi...

Přístroje dnes můžete monitorovat, můžete je použít na magnetické rezonanci, můžete do nich nahrát software pro pacientem řízenou analgezií, totální intravenózní anestezii a knihovnu léčiv. To jinde nenajdete.

Co je to knihovna léčiv?

Tato aplikace zdaleka neobsahuje jen seznam léků, nahrává se tam dalších patnáct až dvacet informací o každém léčivu - jakou rychlostí lék poběží, v jakých jednotkách, dávkách (je zde možnost nastavení bolusů třeba u antibiotik) a jakou má konkrétní lék prioritu. Praktické využití se projeví, například když lékař píše nečitelně do dekurzu a sestra nastaví infuzi podle špatných čísel. Přístroj jí pak na základě limitů hlásí, že to není v pořádku.

Existují tři skupiny priority alarmů. Přístroj s léky zařazenými do vysoké priority, například katecholaminu, alarmuje každých 8 sekund, u střední priority je to 15 sekund a u nízké priority každých 20 sekund. Pokud se tedy spustí alarmy na dvou přístrojích zároveň, sestra na první poslech pozná, ke kterému přístroji má jít jako k prvnímu.

Nedávno mi jeden lékař říkal, že v Japonsku dávkuje personál infuze na dálku, například z jídelny, když se přes minotebook naloguje na pacienta. Je něco podobného výhledově možné i u nás?

Měnit dávkování lze, ale přístroj se pouze rozbliká a dá najevo, že potřebuje potvrdit změnu. S nadsázkou sestřičkám vždy říkám, že nakonec budou s iPodem na Bahamách, odkud budou nastavovat infuze. Ale vždy se musí obětovat jedna sestřička, která zůstane na oddělení a bude do přístrojů vkládat stříkačky, infuzní sety a potvrzovat to, co ony tam na dálku navolí.

Další velkou výhodou je, že systém může zaznamenávat vše, co se během podání infuze stalo. Otázkou jen zůstává, kdy i zdravotní pojišťovny budou vyžadovat monitoring infuzní léčby se záznamem pro určitá pracoviště (anesteziologicko-resuscitační oddělení, metabolické jednotky, popáleninové jednotky intenzivní péče, kde je náročná infuzní terapie), tak jako to nyní vyžadují u monitorů vitálních funkcí.

Foto: archiv B. Braun

MUDr. Martina Pumřlová



Ohlédnutí za **Medical Fair 2011**

Koncem října proběhl v rámci Týdne zdravotnictví v Brně na zdejší Výstavišti mezinárodní veletrh zdravotnické techniky, rehabilitace a zdraví Medical Fair Brno / Rehaprotex. V rámci akce se konala i řada kreditovaných kongresů a sympozií mezinárodního významu.

V den zahájení veletrhu se uskutečnil tradiční Den zdravotnictví ČR s účastí představitelů všech klíčových segmentů systému zdravot-

ní péče. K nejvýznamnějším událostem patřil XXIV. mezinárodní kongres České lékařské společnosti J. E. Purkyně, tentokrát na téma

„Cynekologie v pediatrii a dospívání“ (podrobnou zprávu naleznete na str. 12 v tomto vydání), a dále třídní VI. mezinárodní kongres miniinva-

zivní a robotické chirurgie spojený s V. interaktivním kongresem hojení ran. K odborným akcím s nejvyšší účastí patřily také II. výroční

konference České společnosti pro sterilizaci Steril.cz, dvou denní konference o elektronizaci zdravotnictví eHealth Days 2011 a kulatý stůl na téma „Sociální reforma – pro a proti“, který uspořádala Národní rada osob se zdravotním postižením. Letos poprvé se uskutečnila Podzimní adiktologická konference, věnovaná problematice závislostí, a prezentace Rady seniorů ČR na téma „Jak se žije seniorům v České republice“.

(eta)



Součástí veletrhu byl tradiční projekt „Pro Váš úsměv“ – největší tuzemská prezentace nevládních neziskových organizací a chráněných dílen spojená s poradenstvím, semináři a pódiovým programem pro návštěvníky. Na snímku ukázka canisterapie pro širokou veřejnost. | Foto: Martin Ježek



Zdravotnické noviny a další časopisy vydavatelského domu Mladá fronta (Postgraduální medicína, Česká dermatovenerologie, Sestra a Moje zdraví) byly mediálními partnery letošního ročníku veletrhu. | Foto: Martin Ježek



V soutěži Medical Fair Brno Award 2011 byly oceněny: diatermický přístroj BTL-6000 Shortwave 400 společnosti BTL zdravotnická technika, inteligentní protézový systém Genium, Otto Bock ČR a Elbee – unikátní čtyřkolka pro potřeby handicapovaných řidičů od firmy ZLKL (na snímku). | Foto: Martin Ježek

Inzerce A111012927

Laterální náklon není výsadou nejdražších lůžek

Ke každodenní péči o pacienta na lůžku neodmyslitelně patří vysoká fyzická zátěž a riziko dlouhodobých zdravotních komplikací, či dokonce zranění ošetřujícího personálu. Celou řadu úkonů přitom lze značně usnadnit díky moderním lůžkům s funkcí laterálního náklonu, která až 10násobně snižuje sílu potřebnou k manipulaci s pacientem.



Možností laterálního náklonu ale disponují především nejvyšší, a tedy nejnákladnější modely lůžek. Výjimkou je český výrobce LINET, který tuto

unikátní funkci nabízí i u cenově dostupnějších lůžek řady Latera – Latera Thema (ošetřovatelská) a Latera Acute (intenzivní péče).

Lůžko Latera Thema je vhodné zejména pro středně a dlouhodobou hospitalizaci imobilních pacientů. Průběžné postranice pro zvýšenou ochranu před pádem, odnímatelná čela a integrované prodloužení ložné plochy předurčují použití tohoto modelu zejména na odděleních jako geriatrické, rehabilitační jednotky, pooperační péče apod. Zde se také nejlépe využijí i jeho preventivní vlastnosti. Možnost nastavit lůžko do polohy „křesla“ pomáhá předcházet plicním komplikacím. Kombinace náklonu, autoregrese zádového dílu a kompatibility postranic s aktivními matracovými systémy zase účinně snižuje riziko vzniku proleženin. Konstrukce s hliníkovými prvky v postranicích a čelech pak podtrhuje kultivovaný vzhled

a navozuje pocit domácího prostředí. Model Latera Acute je určen k hospitalizaci imobilních pacientů na akutních odděleních zdravotnických zařízení. Tríslopcová

konstrukce kromě náklonu ložné plochy umožňuje i nastavení její výšky a také samostatné polohování jejích jednotlivých dílů. Mimo to nabízí perfektní stabilitu, vysokou nosnost a snadnou hygienickou údržbu.

Ovládací jednotka lůžka je vybavena bezpečnostním aktivním tlačítkem, které zjednodušuje samovolné polohování, a tedy i případný úraz. Celková manipulace s lůžkem pak výrazně zjednodušuje páteřní kolečko – díky němu může lůžko snadno zatáčet i ve zúžených místech, a to bez namáhavého nadjíždění či zpětného popojždění.



Únava materiálu

Motto: Nezřízenost se rovná epileptickým záchvatům.

(Aristotelés)

Rok se s rokem sešel a máme tu recidivu absurdní komedie. Začíná to být trochu únavné. Snad z toho nakonec nevznikne tradice. Něco mezi dožínkami a masopustem. *Commedia dell'arte.*

Odboráři v říji

Nastala sezóna hysterie a odboráři jsou zas v říji. Tentokrát jdou tvrdě na věc, s kolty zavěšenými proklatě nížko. Začali rovnou drsnými výhrůzkami a ultimáty. Organizují krizové štáby. Prostě blbnou na kvadrát. Pokud ministr zdravotnictví nevyhoví do 4. listopadu do půlnoci, má se pátého v 00.01 hodin SEČ rozpoutat pravé peklo na zemi. Kdo má ovšem smysl pro styl a symboliku, odložil by to o dva dny, kdy *rudou barvou dneska září sedmička v mém kalendáři*. V každém případě získal ministr vzhledem k přechodu na zimní čas alespoň hodinu navíc. Bude to stačit?

Co chtějí všichni ti lidé? Stručně řečeno, neexistující peníze, respektive peníze budoucí, a to v krajně nevhodnou dobu. Žádají nemožné za jakoukoli cenu. Třeba i za cenu pádu nemocnic, které je živí. Ministr teď ještě nemůže vědět, zda na to pojišťovny budou mít. Spíše ne. Nyní jde o to jak to šetrně sdělit pozůstalým. Sám nemá ani korunu. Mzdy může určovat jen ve svých nemocnicích. I přes složitou a nepřímou cestu k ovlivnění mezd alespoň některých zdravotníků deklaruje v souladu se slavným memorandumem snahu maximálně se přiblížit původně diskutovanému desetiprocentnímu zvýšení. Kdo čte noviny, musí vědět, že víc dělat nemůže.

Takže k čemu ultimátum? Nerozumím. Krom toho se mezi slušnými lidmi ultimáta nedávají. Pamatujme, že poslední ultimátum, které tato země zažila, dostala od Brežněva v Bratislavě v létě 1968. A předtím to byl podzim 1938. Ani bych tyhle historické souvislosti nepřipomínal, kdyby sám dr. Engel nemsylně nehovořil, jako by LOK byl subjektem mezinárodního práva, který údajně uzavřel smlouvu s Českou republikou. Větší šílenost jsem už dlouho neslyšel, a to prosím pracuji v psychiatrické léčebně.

Aurora s prošlým střelivem

Odboráři prý budou žádat demisi ministra či rovnou celé vlády. Bylo by to směšné, kdyby to v dnešní traskavé době nebylo tak riskant-

ní. I mávnutí motýlích křídel a tak dále... Co by asi chtěli místo téhle vlády? Opravdu stupidní. Přemýšleli o tom vůbec? Jeden by řekl, že je to muselo napadnout, kdyby ovšem neznal Paroubka. Čili nemuselo. Nerad se vyjadřuji v zemanovském tónu, ale zde nemožu jinak: Jen beznadějný idiot dnes může chtít rozhoupávat loďku. Krom toho tuhle politickou funkci už mají propachtovánu Věci veřejné a vykonávají ji s nadšením hodným lepší věci. Žádné ministranty k tomu nepotřebují, vystačí si sami.

A co se memoranda týče, málo se mluví o tom, že se jednak od té doby nepředvídatelně změnila vnější podmínky, jednak tu byl i reciproční závazek podpory reformě. Jeho plnění jsme však neviděli ani náznakem. Jednotná fronta odborů a ČLK celou dobu nedělala nic jiného, než vypouštěla jedno torpédo za druhým. Naštěstí jsou to diletanty a vždycky minuli. Co rána, to mimo. A navíc prošlé střelivo. Na Palackého náměstí má jako memento vystřelil z Aurory stát Doktor Exodus. Aby se však učinilo zadost principu vyváženosti, měly by tam být (nebo raději vi-



MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

set?) symbolické figuríny ještě dalších kolegů: Doktor Klokani kapsa, Doktor Vedlejšák, Doktor Exitus a Doktor Poctivej blbec.

Chodí pešek okolo...

Ukazuje se, že z ministerstva ani z pojišťoven odboráři nevydojí ani korunu navíc. Kde nic není, ani čert nebere. Proč?

Zapravě jsme chudá země s hrozným rozpočtovým deficitem, která bezmocně čeká, kdy na ni zvenčí udeří druhá vlna krize, neboť *stráždilo dluhů obchází Evropu*. Nebo odboráři nesledují dění? Či si snad myslí, že jsme nějak imunní? Oč jsme lepší než Řekové, Španělé nebo Portugalci? Kde jsou naše rezervy, zálohy vrchního velitele, blanická vojska? Tisknutelná odpověď „nikde“ bohužel situaci nevystihuje dostatečně zvukomalebně. Zadrugé se hodně krade, přičemž korupce je pouze jiná forma krádeže. Jmenujme jen výběrová řízení, rychlé ambulantní tužky, nadbytečnou iracionální péči jako masový jev anebo korupční peníze farmafirem legalizované platbou za reklamní plochy, konzultační služby a jiné finty. A s jídlem ros-

te chuť, s beztrestností drzost. Pokud si nemocniční lékaři připadají chudí, ať jdou do privátu. Nebo ať si to s těmi kolegy vyřídí. Protože korupce je tasemnice v našich střevech, počítačový virus mazačící operační systém, systém v systému, paralelní svět. A na korupci můžete těžce doplatit. Pokud na ni upozorníte.

Jsem si vědom, že teď dostanu řadu rozhořčených ohlasů. Než však protestující udeří do klávesnice, apeluji na pozorné čtení. Při něm nemůže uniknout, že nikterak nengeneralizují. Nevedu spor o to, zda si nepoctivě či iracionálně počínají všichni. Ani to nevím. K finančnímu kolapsu nebo alespoň řekněme nerovnoměrnému rozdělování statků dokonale stačí, činí-li tak významná část. Což je fakt.

Normalizační morálka nenažraných

Zajímavé je, jak někteří kolegové hájí to, čemu se za starého režimu říkalo „rozkrádačka“. Tak Doktor Etik, šéf ČLK, se vyjádřil k legálním právním klíčkám na pumpování peněz od farmafirem v tom smyslu, že když to není protiprávní, je to v pořádku. Co není zakázáno, je dovoleno. Fantastické. Až tak daleko zašla celá slavná komora a ještě dlouho po výměně tohoto vedení si bude lízat svou hanbu. My ostatní, kteří jsme ještě schopni vnímat alespoň zbytky nějakých morálních kategorií, víme, že mezi tím, co říká trestní zákon, a tím, jak se máme chovat, je velmi široké pole, jež není písemně kodifiko-

váno. Kdo ho však příliš pilně obdělává a sklízí, ten je v normální společnosti předmětem opovržení. Nikdo mu ruku nepodá a u stolu si odsedá. S takovým se baví jen galerka.

Jiný nejmenovaný kolega nedávno na webu zopakoval to, co jsem slyšel už tolikrát a naskakovala mi při tom husí kůže velikosti prosa, když se dobře urodí. Podstatou této teze je etická maxima, že ten, komu nedají, získává právo si to prostě vzít. Mimochodem, napadá mě, že by to mohlo omluvit třeba i znásilnění. Když nechtěla dát... Jako krajní příklad se uvádí morální oprávnění hladového ukrást potraviny. To tedy vskutku sedí. Neznám hladového lékaře. Jen dost nenažraných. Čiší z toho normalizační morálka. Jsme tak křiví, že to už ani nevnímáme. Pocit (relativně) nízkého platového ohodnocení přece neomlouvá korupci. Nebo možná na policii či úřadě, ale v povolání deklarovaném jako z hloubi své podstaty etické? Vlastně ji neomlouvá nikde, jen vysvětluje. Vyládat, že za můj zločin jsou vlastně odpovědní druzí či systém, to je typická výmluva pachatelů. Charakteristický rys nezralých osobností kriminálních sociopatů. Tak oni vidí svět. A proto *páchali, páší a páchati budou*. Mají to v hlavě šejdrem. Což by se lékaři stát nemělo.

Ale již dosti o tom, na tenhle nesmysl jsem vyčerpал až příliš mnoho znaků i s mezerami. Kolem nás se dějí mnohem podstatnější věci. Opravdu existenční. A my sedíme jako žába v hrnci, která si nevšimla, že pod ní zapálili oheň. „Eště furt je to dobrý,“ říká si žába a nevyskočí. Čest její památce. Neboť je to pouhý oboživelník. My, lidé, jsme chytřejší. Snad. Uvidíme. Nechme se překvapit.

Dejte mi dluh a pohnu světem

Řecko, tento průtokový ohříváč peněz, unijní černá díra, nemocný muž na Akropolis, je prý zachráněno. *Hosana!* Je to vítězství naděje nad zkušeností. Řekněme si, jaké je poučení z tohoto krizového vývoje: Když už se zadlužit, tak hodně. Zadlužit se jen trochu je riskantní. Je-li vaše sekera nehořázná, jste vítěz a všichni vám zoubou z ruky. Věitelé trpí úpornou nespavostí a schůzují do noci. Jak pravil již velký Archimédés ze Syrakus, když zkoumal princip páky: Dejte mi pořádný dluh a pohnu světem. Nebo tak nějak.

Podle komentátora řeckého listu *Katimerini se země dostala zcela pod nadvládu bruselských byrokratů a znamená to konec řecké demokracie*. No, v zemi vlády rodinných klanů na



Nastala sezóna hysterie a odboráři jsou zas v říji. Tentokrát jdou tvrdě na věc, začali rovnou drsnými výhrůzkami a ultimáty. Pokud ministr zdravotnictví nevyhoví, má se rozpoutat pravé peklo na zemi. | Foto: Pavla Ortová

NEJSEM SI JIST

byzantský způsob bych tady raději cudně mlčel. Proč ten křik? Ty zlé bohaté země jim nechťejí odpustit dluh celý. Prý jenom půlku. Nehorázně! Zadlužit se je přece demokratické právo. Nárok. Neplácet je také demokratické právo. Podvádět v účtech je další nezadatelné demokratické právo. Kdyby onen řecký komentátor dával ve škole pozor a naučil se něco málo o starověké řecké demokracii, věděl by, že tehdy dlužníci bez milosti upadali do otroctví i s celými rodinami. To byla, panečku, demokracie jako řemen! Chránila věřitele namísto dnešní zvrácené ochrany dlužníků. Tuhle nechápu: Všichni se na ně skládají a oni ještě mektají. Neskládají se totiž dost rychle a ještě u toho mají drzé požadavky. Prý něco o pořádku, šetření a poctivých účtech. Neslychané! I když ruku na srdce: Značná část našich občanů by v takové situaci zaujala naprosto stejný postoj. A ještě by to byla voda na mlýn nacionálních populistů.

Slova hýbou, příklady táhnou

Unijní státníci donutili investory ze soukromého sektoru, aby „dobrovolně“ zaplatili polovinu řeckého

dluhopisového mejdanu. Zdá se, že se finanční svět poučil v Česku, tomto království podnikání na cizí účet. Dobrým příkladem budíže ve Švýcarsku stíhaní a doma vysmátí čeští uhlobaroni. Verba movent, exempla trahunt. Ze strany Bruselu jde v podstatě o formu znárodnění. Znásilnění investoři odpustí Řecku dluhopisy za 100 mld. €, což představuje dva roční české státní rozpočty. V ruce jim za to zůstane hromada bezcenného papíru. U Dia Hromovládneho a všech bohů olympských, to jsou teprve bohatýrské počty! A my se tu hrdlíme o pár šlupek na zdravotnictví. Celková sekera státu, který nic neprodukuje, se tím však snížil jen o třetinu. A kdo začaluje ten zbytek? Jedno je jisté: Řekové to nebudou. Krom toho je to pořád málo. Efekt bude nedostatečný, přičemž záruky ze strany Řecka jsou nulové. Jediné, co je zaručené, je *precedens* pro další skomírající státy. Začnou se stavět do fronty u výdejního okénka. Němečtí daňoví poplatníci se ještě pořádně zapotí. Francouzi se svým pětaticetihodinovým pracovním týdnem to totiž nevytrhnou. Jediné, co umějí vytrhnout, jsou dlažební kostky na barikády.

Götterdämmerung

Další poučení si odnášejí investoři. To je levaká sorta. Horší než zajíc březňák. Kapitál má rychlé nohy a svět je velký. Je to ten klíčový okamžik, kdy se možnost náhle mění v nutnost. Jistě se najdou bezpečnější kraje pro jejich investice, než je mrňavá Evropa... Brazílie, Čína, Malajsie, Indonésie, Indie, Argentina, Chile. Nakonec možná i to nevypočitatelné Rusko. Stačí se jen naučit výt s vlky, přesněji s kremelskou oligarchií. Jako poradce radím bývalého německého kancléře Schödera. Umí metat příslušné kozelce a potřebná prostná cvičení má už natrénovaná. Seizmicky neklidné a vlnami *tsunami* ohrožované země budou proti tekturým pískům Evropy učiněným rájem a ostrovem bezpečí. Ne, Řecko není příčina. Je to jen jeden z příznaků. Přijdou další. A další. Evropa vyčerpala své možnosti, schopnosti a vůli. Není cesta zpět ani ven. Všechna rozhodnutí už mohou být jen špatná nebo krátkodechá. Evropská éra končí, její slunce zapadá. Neodvratně. Její občané už chtějí jen brát. Nejsou ochotni za to cokoli poskytnout. Jenom si užívat. Nemají zájem o svou vlastní budou-

nost. Existuje jen tady a teď. Vztahy uvnitř společnosti se pomalu rozkládají, vazby se rozvolňují. Nikdo nevěří ničemu. Do svého přežití neinvestují ani těch pár kroků k volebním urnám. Připomínají Oblomova nebo únavový syndrom. Je to nevrtný degenerativní proces, který kyvadlo dějin smete do jámy lvové. Vyprchala původní dravost a produktivita. Expanze se změnila ve zrychlující se implozi. Na rozdíl od Říma či staré Číny už není ani dost sil na stavbu zdi. Unie a její eurozóna byla zvážena a shledána lehkou. Investoři balí kufry. Přece si nenechají znárodňovat peníze, aby se jimí futrovali ti, kteří jsou z vlastní viny neúspěšní, kteří nespořili, neinvestovali, neprodukovali, kteří jen žrali, až prožrali zámek i titul. Sbohem a šáteček. Opustíme-li tě, nezahyneš. Opustíme-li tě, zahyneš. *Adieu*, Evropo, ty skanzene historie, pověsti dávných časů. Všechno jednou končí. Poslední zhasne a s pietou tiše zavře dveře, aby nerušil spánek zesnulých. Přichází čas jiných civilizačních okruhů, které za nějakou dobu začnou zákonitě vršit přesně tytéž chyby. Ze poučení z dějin chcete znáti? Tedy

poslyšte: Z dějin se ještě nikdo nikdy nepoučil.

Generace na odpis

Pytláci ve Vietnamu zabili kvůli slabomyslné pověře posledního nosorožce jávského. Na Zemi vyhynul další druh. Řidič v Číně přejel dítě, a aby se vyhnul vysokým nákladům na léčení, pro jistotu na něj ještě nacouval. České ministerstvo obrany nakoupilo za peníze pocházející z práce občanů dárkové předměty pro oficiální delegace. Například příšerné a nepoužitelné cínové vojáčky za 200 005 korun. To duševně nemocní vyrábějí na ergoterapii nesrovnatelně hezčí a hodnotnější předměty. K tomu dvacet stříbrných nožíků na otevírání dopisů, kaširovaných jako parádní kordák, kus bratru za 11 662, celkem 233 240 Kč. To je, panečku, láce. Již od...! No, nekupte to. Zdá se vám, že tyhle tři příhody spolu nijak nesouvisejí? Ale ano, souvisejí. A velmi těsně. Je jim společné omračující pohrdání jakýmkoli civilizačními hodnotami, ať už ekologickými, etickými či materiálními. Zkrátka Východ. Kolik generací musí vymřít, než se mentálně posuneme jinam? Máme dost času? A je to vůbec proveditelné?

Inzerce A111017282

Mladá fronta divize Medical Services představuje

Akutní kardiologie do kapsy

Přehled současných diagnostických a léčebných postupů v akutní kardiologii

Příručka krátce a stručně informuje lékaře o nejčastějších akutních příhodách v kardiologii a na základě současných platných doporučení České kardiologické společnosti uvádí jak co nejlépe postupovat u jednotlivých popsáných akutních stavů. V každé kapitole jsou stručně popsány příznaky onemocnění, jež charakterizují srdeční příhodu, a diferenciálnědiagnostické možnosti i léčebné algoritmy tak, aby se lékař mohl rychle rozhodnout o strategii léčebného zákroku a dalších nezbytných opatřeních jak v rámci přednemocniční péče, tak v nemocničním zařízení.

Autor: prof. MUDr. Jan Vojáček, DrSc., FESC, FACC
Doporučená cena 220 Kč



Bariatrická a metabolická chirurgie

Nové postupy v léčbě obezity a metabolických poruch

První komplexní zpracování problematiky bariatrické a metabolické chirurgie v českém lékařském písemnictví popisuje princip těchto výkonů a jejich účinky, indikace a kontraindikace či výsledky léčby. Závěrem jsou shrnuty nové metody a přístupy v chirurgickém léčení obezity a metabolických onemocnění. Text doplňuje řada názorných obrázků, schémat a tabulek.

Autoři: Prof. MUDr. Martin Fried, CSc., a kol.
Doporučená cena 500 Kč



**MEDICAL
SERVICES**

komplexní informační servis ve zdravotnictví

Mladá fronta a. s. Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Mohřany, tel. 225 275 168, www.medical-services.cz, e-mail: info@mfmsmi.cz

Při objednání na **knihka.cz**
sleva 15%





Jsem rád solitérem, co sám rozhoduje

Andrea Skálová
Foto: Leoš Chodura

Chtěl být psychiatrem, ale stal se vojenským a později praktickým lékařem v Lanškrouně. Nyní **MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.**, člen výboru Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, léčí již třetí generaci pacientů, zajímají jej otázky kolem paliativní medicíny a léčby bolesti, podílí se na tvorbě doporučených postupů. Práce praktika na malém městě mu prý umožnila dělat věci, které by na velké klinice nešly.

Rozhodoval jsem se mezi medicínou a novinářskou. Studoval jsem Akademické gymnázium v Praze, kde jsme měli latinu, řečtinu a výborné kantory, maminka pracovala v Československém rozhlasu... ale hlavně mě bavilo povídat si s lidmi. Když jsem se v roce 1974 rozhodl pro medicínu, hrál v tom roli i fakt, že byla nejméně politická. Mým snem bylo dělat psychiatrii. Při studiu na lékařské fakultě v Praze jsem pracoval jako pomocná vědecká síla na protialkoholním oddělení, spolupracoval s kriminálkou na tématu alkoholových

závislostí a toxikomanie, ale měl jsem incident s vyučujícím politické ekonomie a po druhém ročníku jsem ze školy odešel. A stalo se, že mi bylo nabídnuto pracovat pro Sbor národní bezpečnosti. Ze zdravotních důvodů jsem však neprošel a musel na vojnu. Tam mě oslovily složky vojsk federálního ministerstva vnitra a po roce vojny mi nabídli dodstoupovat medicínu na vojenské lékařské fakultě v Hradci Králové. Po promoci jsem nastoupil jako praktický lékař na útvar vojsk ministerstva vnitra ve Frýdku-Místku, ale po dvou letech jsem odešel do civilu

a v roce 1985 se stal obvodním lékařem v Lanškrouně.

Jak jste prožíval přechod z velkoměsta na „venkov“ spolu s přerodem budoucího psychiatra v obvodáka a vojenského lékaře v civilního?

Psychiatrii jsem dělal jen při škole, kde jsem ji vnímal jako jiný pohled na medicínu a rozšíření, zpestření studia. Věnovali jsme se trestné činnosti pod vlivem alkoholu a drog, jezdili po věznicích, to mi připadalo atraktivní, ale nezažil jsem rutinu psychiatrické práce.

Co se týče civilní praxe, voják si zvykne na to, že se něco nařídí a pak se to dělá. Třeba preventivní prohlídky. Nadřizený o nich rozhodne ve věstníku nebo rozkazem a všichni je absolvují. To v civilu neplatí. Tady v Lanškrouně jsme zaváděli už v roce 1987 prevenci kolorektálního karcinomu a snažili se přimět pacienty, aby si udělali test na okultní krvácení. Nikdo to nechtěl. To mě hrozně rozčilovalo, ale pak jsem si zvykl. A malé, či velké město? Jak říkával můj kamarád, je lepší být první kohout na malém hnojišti než sedmnáctý na velkém.

Někdo by to mohl brát tak, že se zahrabete na malém městě...

Jistě, ale já si to zařídil tak, abych mohl jezdit po konferencích a zůstával v kontaktu s „velkou“ medicínou. Také už jsem měl rodinu a prostředí vyhovovalo dětem. V neposlední řadě myslím, že primární péče se dělá lépe na malém městě než ve velkém. Tady je člověk na mnohá rozhodování sám a to se mi vždycky líbilo. Ve velkém městě je taky větší nabídka zdravotnických zařízení a pacient jde často raději do fakultní nemocnice, protože jsou tam páni profesori. Na malém městě musíte dělat

PŘEDSTAVUJEME

víc věcí, rozvíjet své kompetence. Nemůžete se spoléhat na to, že když teď nevíte, pošlete pacienta přes chodbu, kde je tým lidí, kteří se postarají. Navíc tato ordinace tehdy byla závodní, patřila Východočeským papírnám a ty mi umožnily pořídit si řadu přístrojů, jež ve své době nebyly standardním vybavením ordinace praktického lékaře – EKG, elektrokauter, magnetoterapeutický přístroj... Dělal jsem malou chirurgii, infuzní terapii, chemoterapii, byli jedni z prvních, kdo měli počítačem řízenou ordinaci. Spousta věcí se utvářela na zelené louce.

Tehdy šlo dělat různé specializované výkony, dnes jsou přísnější normy, že?

Obvodní lékaři dříve dělali všechno možné. S medicínským a právním vývojem se věci mění, dnes bych si na spoustu věcí netroufl. Když v současnosti udělám nějaký výkon, třeba malé chirurgie, ale neprovedu ho podle pravidel odborné společnosti a současně nemám materiální a technické zázemí stanovené vyhláškou či odbornými společnostmi, mohu z toho mít problémy. No a také pokud výkon není nasmlouván se zdravotní pojišťovnou, tak ho dělám zadarmo. V 90. letech byl takový boom, že jsme si chtěli koupit do ordinací každý všechno. Ale kolegové emigranti, kteří se sem vraceli z Ameriky, říkali: „No, já mám kartotéku a fonendoskop. EKG? To ne. Přístroj bych musel nechat akreditovat, a když těch EKG natočím jen 5 týdně, posílám raději pacienty na kardiologii.“ U nás se postupně také přechází na tento styl medicíny. Jsme vázáni různými právními předpisy a praktický lékař je tím tlačěn do pozice, že určité zákroky dělat nemůže a nakonec ani nechce.

Jak má praktický lékař vymezen rozsah kompetencí a povinností?

Poslední ministerská vyhláška definuje minimální vybavení ordinace a zdravotní pojišťovny vydaly soubor kódů odpovídajících činnostem, které praktik může vykonávat. U některých výkonů platí, že je lze provádět jen při splnění určitých podmínek. Typickým příkladem z nedávné doby je péče o diabetika 2. typu. Pro některé lékaře je výhodnější takovou péči neposkytovat.

Jak je to v případě akutních stavů? Které výkony jste povinen dělat, které naopak nesmíte?

Mluvíme-li o akutním ohrožení života, vychází se z novely trestního zákona, kde stojí, že každý je

povinen poskytnout první pomoc. Zdravotník má na rozdíl od laika vyšší právní odpovědnost. Musí umět rozpoznat život ohrožující stav a musí umět poskytnout první pomoc. Jde o základní opatření – zástavu krvácení a kardiopulmonální resuscitaci. Nikdo nepředpokládá, že rentgenolog bude fungovat jako záchranář. Nelékař (tedy i zdravotní sestra a samozřejmě každý laik) naproti tomu musí resuscitovat až do příjezdu záchranek. Výjimkou je vyčerpání resuscitujícího nebo jasné stavy, kde je resuscitace zbytečná – třeba když postižený nemá hlavu.

Lékařovy povinnosti jsou pro všechny odbornosti dané – obnovit vitální funkce. Jedině lékař také může konstatovat neúspěšnost resuscitace, tedy smrt pacienta. Výše uvedené platí i pro praktického lékaře. Ten si ale může troufnout na některé výkony rozšířené resuscitace – farmakoterapeutické, kanylaci žíly, intubaci, defibrilaci, ovšem neponese právní důsledky, pokud to neudělá. Na druhé straně záchranářská služba někdy využívá externích lékařů, kteří u ní slouží, a posílá je v případě potřeby, aby zasáhli u svých pacientů. Pokud pacienta znám a vím, že je diabetik, mohu mu píchnout glukózu, mám-li podezření na hypoglykemii. To ale není moje povinnost. Praktický lékař má jen tu výhodu, že může při akutním zhoršení stavu svého pacienta účinněji zasáhnout před příjezdem záchrané služby.

Jakou roli hrají etické otázky kolem resuscitace a umírání v primární praxi?

Samozřejmě, že hrají roli. Třeba takzvané odnětí agresivní léčby například u těžce onkologicky nemocných umírajících starých pacientů je otázkou, která se v posledních letech hodně diskutovala. Sám považuji za důležité (a souvisí to i se vznikem Společnosti paliativní medicíny ČLS JEP), aby se praktici angažovali v tom, co se jsme se již všichni odnaučili, a to je důstojné umírání pacientů doma. Pacient může být v těžkém stavu metastatického rozsevu, kdy už není na místě mu podávat další dávky chemoterapie, ale nesmí mít pocit, že byl odstaven na vedlejší kolej. Tady má praktický lékař jedinečnou roli probrat s pacientem a jeho rodinou prognózu, vysvětlit mu, že další dávka chemoterapie by nepomohla, naopak by stav zhoršila, ale že lze zařadit, aby netrpěl, neměl velké bolesti a prožil zbytek života, byť třeba o 14 dní kratší, doma. Snažím se o to v posledních letech – je to velice náročné, zejména někdy přesvědčit příbuzné, ale měl jsem několik pacientů, kde jsme

to úspěšně zvládli, a mám z toho dobrý pocit.

Vytváří se nějaká struktura péče, například na bázi spolupráce mezi Společností všeobecného lékařství a Společností paliativní medicíny ČLS JEP?

Jistě. V rámci doporučených postupů se v posledních letech otevřela témata jako léčba bolesti, obecná onkologická prevence a obecná paliativní péče. Snažíme se vytvořit určitou platformu, kde praktik bude mít jednu z nezastupitelných rolí, protože pacient u něj vždycky skončí. Jde také o to, aby se lékaři navzájem informovali. Aby praktik věděl, jaké problémy může očekávat při indikované léčbě u konkrétního pacienta, a byl na ně připraven; aby věděl, co může sám udělat, a neposílal pacienta zbytečně do nemocnice. Pacient by neměl putovat mezi akutním lůžkem a lůžkem následné péče jen proto, že má třeba špatně nastavenou léčbu bolesti. Dnes vznikají ambulance paliativní léčby bolesti a je snaha, aby vedle kamenných hospiců existovaly i mobilní hospicové týmy.

Jak by měly mobilní týmy fungovat?

Paliativní péče se dělí na obecnou a speciální. Tu obecnou, která zahrnuje léčbu bolesti, léčbu některých symptomů a zajištění ošetřovatelské péče, by měl zvládnout praktický lékař. Hospic nebo paliativní ambulance navíc disponují specializovaným týmem, který nastupuje po vyčerpání základní péče. Kromě lékaře je zde psycholog, duchovní... Mobilní hospicový tým pak může docházet k pacientovi domů. Takto pracuje například pražské sdružení Cesta domů. Celá vize mobilního týmu je vázaná na diskusi o finančních a kompetenčních zdrojích a technické realizaci. Například kde bude tento tým vázaný? V paliativní ambulanci, v níž bude sedět dispečer a ten v případě potřeby tým seskupí? Některé hospice nabízejí možnost vysílat vlastní tým, ale je to otázka regionu. U nás je nejbližší hospic v Chrudimi a ten sem jezdit nebude. Vezmeme-li si jako příklad komplexní onkologická centra, tam se uvažovalo o podobných otázkách. Například že by centrum mělo kromě léčebné péče poskytovat konzultaci praktikům. Snaha zde je, ale často je vázaná na osobní vztahy mezi lékaři. Řada onkologických center neposkytuje praktickým lékařům informace o jejich pacientech. To platí zejména pro vyšší typy nemocnic. Pro mě je pak samozřejmě obtížné rozpoznat, že třeba určitý stav je normální reakcí

na probíhající léčbu. Pacient přijde a řekne: „Jezdím na nějaké injekce do Hradce.“ A já zpětně pátřám, jestli mu mohu nasadit antibiotika. Nebo se stane, že v listopadu obdržím zprávu z hematooonkologie, kde byl dotyčný v květnu, v níž se píše, že je zdravý. A on je přitom měsíc po smrti. Ve zprávách také chybí informace o tom, co ví rodina a pacient. Mělo by tam být uvedeno: pacient má to a to onemocnění, zná diagnózu, je informován o léčbě a prognóze. V praxi se však stává, že se stav pacienta zhorší, prognóza je špatná, rodina nic neví a trvá na převozu pacienta do nemocnice. Přitom jde o blízcí se konec a praktik je nedokáže přesvědčit, že to nemá smysl. I to je důvod, proč vytváříme mezioborové doporučené postupy, abychom si tyto problémy vyjasnili a stanovili si kompetence.

Můžete objasnit proces utváření doporučených postupů?

Doporučené postupy se začaly vytvářet kolem roku 2000 s tím, že jich odborné společnosti ČLS JEP připravily asi 200 nebo 300. Řada z nich se týkala všeobecného lékařství, byly proto oponovány praktickými lékaři a v souvislosti s tím „vraceny na zem“. Pro upřesnění – každá odborná společnost má snahu zobecnit si pro sebe určité postupy léčby; jako pomůcku, ne jako závaznou normu. V rámci Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP jsme ale rozhodli, že u každého doporučeného postupu musí figurovat praktik. Tak vznikl projekt Centra pro správu doporučených postupů. Cílem bylo být stanovení kompetencí jednotlivých odborníků, určujících například, která vyšetření udělá praktik a která specialista. Vezmu-li si léčbu bolesti, pak je farmakoterapie plně v rukou praktického lékaře. Ambulance léčby bolesti by měla řešit jen to, co praktik nezvládne. Souvisí to i s objevením se nových nozologických jednotek. Chronická bolest je dnes diagnózou, ale dříve tomu tak nebylo. Kde je nejvíce pacientů s chronickou bolestí? U praktika. Přitom 80 procent této bolesti tvoří bolesti pohybového aparátu. Proč by to neměl řešit právě praktický lékař?

Nicméně mnoho pacientů, jak jste uvedl, jde rovnou do fakultní nemocnice, protože mají pocit, že je tam vyšetří rychle a komplexně.

Ano, když přijedete do nemocnice, že vás bolí záda, udělají vám CT a magnetickou rezonanci, protože je jim to jedno nebo na ambulanci sedí neatestovaný lékař, který si

chce být jist. Můžete dokonce zajít do tří nemocnic, kde vám předepíše troje analgetika a výsledkem bude gastropatie z předávkování nebo lékové interakce. Myslím, že zpoplatnění tohoto volného přístupu, o kterém uvažuje vláda, by bylo přínosem nejen pro pacienta, ale i pro praktika. Když jen sedíte v ordinaci a pacienti přicházejí s požadavky typu „pane doktore, předepište mi diklofenak, on má pan doktor ten a ten volno“, tak vás ta práce nebaví.

Praktik by měl být ten, u kterého se sbíhají informace. On se svým pacientem „žije“, zná jeho prostředí. Já tady pracuju 25 let. Znam už třetí generaci svých pacientů. To je ohromnou výhodou v prevenci. Mně přijde pacient a já vím, že dědeček měl diabetes. Takže vím na co se zaměřit. Mám také dívku, jejíž maminka zemřela v mladém věku na karcinom prsu. Tak jsem ji ▶

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

* 29. srpna 1955 Praha

Medicínu studoval nejprve na FVL UK v Praze, následně na Vojenském lékařském výzkumném a doškolovacím ústavu (VLVDÚ) JEP v Hradci Králové. Ze všeobecného lékařství atestoval v letech 1983 a 1989, doktorandské studium (epidemiologie neinfekčních nemocí – preventivní lékařství) na LF UPV Olomouci ukončil v roce 2003.

V letech 1983–1985 byl vojenským lékařem, poté do roku 1992 lékařem OÚNZ Ústí nad Orlicí, od té doby je soukromým praktickým lékařem v Lanškrouně. Od roku 1989 je školitelem v oboru všeobecného lékařství, od roku 1996 odborným asistentem Ústavu sociálního lékařství LF UK Hradec Králové. Je členem výboru Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, od roku 2004 přednáší v rámci kurzů kontinuálního vzdělávání SVL.

Podílí se na vypracování doporučených postupů pro všeobecné lékaře (mj. v problematice farmakoterapie bolesti, paliativní péče, onkologického screeningu, bolesti hlavy či insomnie), je spoluautorem „Metodických pokynů pro farmakoterapii bolesti“ (2004), spoluautorem a hlavním recenzentem monografie „Onkologie pro praktické lékaře“ (2004) a členem kolektivu autorů monografie „Bolest“ (2006). Působí též jako lékař ZZS Ústí nad Orlicí a je soudním znalcem pro Krajský soud v Hradci Králové.

PŘEDSTAVUJEME

poslal na vyšetření BRCA markeru. Ta kontinuita je důležitá. Naštěstí se nám podařilo vyvrátit představu zdravotní pojišťovny o tom, že bude vypisovat každých 5 let výběrové řízení na praktika.

Na odborných kongresech často z úst různých specialistů zaznívá, že praktický lékař by měl dělat to, to a to. Člověk pak má pocit, že se praktik má věnovat jednomu pacientovi tak půlden.

To je další důvod, proč děláme doporučené postupy. Když „odborná společnost pro bolest palce levé nohy“ řekne, že praktický lékař by se měl každého pacienta zeptat, zda ho nebolí palec levé nohy, je to nesmysl. Je třeba hledat témata, ve kterých se dělají chyby nebo která se opomíjí. To se týká především kardiovaskulárních, metabolických a onkologických chorob. V tom by praktik měl být kovaný. A pochopitelně v diferenciální diagnostice.

Praktikovi náleží symptomatologická diagnóza: vysoká sedimentace nejasné etiologie, teploty, bolesti hlavy. S tím člověk přichází, ne s nemocí. Když přijde do nemocnice s bolestí hlavy, projdete zubní, oční, ORL, neurologii... Praktik se ale zamyslí, řekne si „umím udělat tohle a toto, ale tady už nevím“ a pošle vás cíleně ke specialistovi. Pak samozřejmě záleží, na co si který lékař troufne, co ho baví a čemu rozumí. Já třeba moc neumím EKG, tak raději posílám pacienty na kardiologii. V gastroenterologii leccos udělám sám nebo si troufnu přímo indikovat doplňující vyšetření.

Dnes je také snahou vytvořit cestou Národního referenčního centra a ministerstva zdravotnictví celorepublikové *guidelines*. V rámci týmu pro onkologické *guidelines* jsme



si vzali stávající doporučení a všude objevili větu „praktický lékař by měl...“. My ale říkáme: „Toto tam nedávejte!“ My se budeme věnovat našim kompetencím: screeningovým testům a příznakům. Zeptáme se pacienta, zda nemá krev ve stolici, a jednou za dva roky mu nabídneme test na okultní krvácení. Jistě, on to může odmítnout. Dobrá, napíšu to do karty.

Víte, nejde jen o směrnice. Roli hraje i vztah mezi lékařem a pacientem. 80 procent patientských stížností vychází z toho, že si navzájem nerozumíme nebo se neposloucháme. Před lety jsem měl

pacienta, dávám mu lék na vysoký tlak a říkám: „Berte to dvakrát denně.“ On přijde za měsíc, tlak ještě horší a já se ptám: „Jak jste to bral?“ On na to: „Přesně tak, jak jste říkal, jednou za dva dny...“

To se ale na medicíně neučí...

Jistěže ne, to se naučíte jen v praxi. Ve škole se naučíte internu, neurologii, ale ne syntézu a zdravotnický systém. Proto považuji za důležité, aby se medik a lékař v postgraduální přípravě dozvěděli, jak to vypadá v terénu. Aby se mladý lékař v nemocnici dva měsíce po atestaci neušklíbal nad

tím, že mu vezou pacienta s bolestí na hrudi a jsou to zaražené větry, protože také musí vědět, jaké jsou technické možnosti primární péče. Že praktický lékař nemá v ordinaci laboratoř nebo rentgen, a že když pošle pacienta se zlomeninou a ona tam není, neznamená to, že ten lékař je pitomec. Vždycky vzpomínám s láskou na svého učitele, primáře dětského oddělení v Ústí nad Orlicí, který nám říkal: „Když vám přivezou z pohotovosti dítě a budou tvrdit, že bylo v bezvědomí a křečích, ale ono tady bude vesele hopsat a tleskat ručičkami, prosím vás, věřte jim!“

Čím vás zaujala paliativní medicína a medicína bolesti?

Byla to výzva a nové věci. To mám rád. Trochu sehrála roli náhoda. Při ministerstvu zdravotnictví vznikla pracovní skupina, která měla mapovat léčbu bolesti, navíc se v té době objevily nové lékové formy jako náplasti a retardované působení analgetik. Nastal určitý tlak ze strany algeziologů na nás praktiky, abychom s léčbou bolesti vypomohli. V té době už se zaváděly metody jako neuromodulace nebo morfinové pumpy a vznikl zde prostor pro řešení bolesti v primární praxi včetně předepisování opiátů.

I pro onkologa je úlevou, když k nemocnému domů jezdí praktik. A co se týče praktika, proč by měl svého pacienta, o kterého se staral 30 let, posílat v terminální fázi života jinam? Mezi vámi a pacientem je nastolena důvěra, tak proč jej vystavovat stresu v anonymní nemocnici... i když to samozřejmě někdy jinak nejde.

Uvažujete také o vlastní smrti a možných komplikacích v nemoci a umírání?

Ano, s postupujícím věkem to přichází. Víte, za dobu, co tu pracuji, mám ve sklepech plný archiv lidí, kteří jsou mrtví. Pravda, nejraději bych padl v devadesáti letech z konečně uprostřed válečného pole, ale když už by přišla závažná nemoc, chtěl bych, aby o mě pečoval někdo blízký. Ne aby mě v neznámém špitále šoupli za plenu.

Přinesla vám práce praktika na malém městě uspokojení?

Na medicíně prvního kontaktu mě nejvíc baví, že mám zodpovědnost, kterou jsem dobrovolně přijal. Jsem rád solitérem a vyhovuje mi, že dané rozhodnutí je moje. I když se rád poradím s kolegy. Mám-li být upřímný, kolikrát mě pacienti naštváli a zklamali. Kolikrát jsem měl pocit, že jim dávám víc, než si zaslouží. Jenže pak přijdou situace, kdy víte, že to stojí za to.

Medici, co jsou tu na stáži, někdy mají pocit, že to, co tu vidí, není velká medicína. Já si povídám s babičkou, co dělají kozy a jestli zobou slepice, nedělám tady tu vědeckou medicínu. Nemusím už odebírat rodinou anamnézu jako doktor v nemocnici a ptát se, jaké nemoci měl tatínek. Já to vím, svoje pacienty znám. Víím třeba, že je pacient naštvaný, protože má problémy v práci nebo má hezkou ženu, která mu zahýbá.

Ten stážišta se diví, že se ptám na věci, které zdánlivě nesouvisí s medicínou. Ony však souvisí se zdravím. Bio-psycho-sociální pohled, jak o tom v definici zdraví hovoří WHO, hraje v praxi mnohdy větší roli, než si myslíme. Tohle by si měl mladý doktor odnést ze stáže. Že lidi čekají spíš to, že je budete držet za ruku, než že jim budete vysvětlovat funkci mitochondrií.

Osobnosti české medicíny vážně i nevážně

MUDr. Ivan Hálek
(11. 11. 1872 Praha
– 17. 2. 1945 Modřany)

Český lékař a spisovatel, syn básníka Vítězslava Háška (ten zemřel, když byly Ivanovi 4 roky). Mládí strávil v Krchlebech u Nymburka a v Praze. Promoval v roce 1896 na pražské lékařské fakultě. Během základní vojenské služby se seznámil s Josefem Svatoplukem Macharem, jenž byl jeho přímým vojenským nadřízeným a který jej tehdy seznámil také s T. G. Masarykem. Po kratších pobytech na klinikách a ovlivněn tolstojovským učením odešel krátce po promoci na Slovensko, kde pracoval

v zaoštalé oblasti na Kysuci, působil v Čadci a Žilině. Ze své ordinace se vydával na dlouhé cesty za pacienty, ty nejhudší léčil zadarmo, často i sám zaplatil za léky. Zasloužil se o vznik dětské nemocnice v Bytčici, kde působil v letech 1922–1939 ve funkci primáře.

Byl i politicky činný. Pro svou osvětovou činnost měl za Rakouska-Uherska četné konflikty s maďarskými úřady. Po válce se stal vládním referentem pro veřejné zdravotnictví na Slovensku, byl též poslancem Revolučního národního shromáždění za Slovenskou stranu národnou a rolnickou. Nespokojen s její politikou se ovšem vzdal mandátu a vstoupil

do strany sociálně demokratické, postupně se přikláněl k marxistické filozofii. V roce 1939 byl vládou Slovenského štátu propuštěn a odešel do Čech, kde se usadil v Modřanech. Je autorem črt „Ze zápisníku slovenského lékaře“, které vycházely v realistickém Času (1903–1904).

Rada filozofa

MUDr. Ivan Hálek jednou nalezl v čekárně mladého Kysučana, který právě četl jednu z tam vystavených brožurek – „Kristovu řeč na hoře“. Hálek se s potěšením zeptal: „Líbí se vám to?“ – „Keď už je to čo takého nábožného, to veru ľúbim.“ Lékař mu knížku věnoval a pak se zeptal,

co si přeje, co jej bolí. Chasník nebyl nemocný, ale řekl, že ho jeden Američan zbil, že má na zádech plno modřin a že by potřeboval lékařské vysvědčení. Lékař se jej pokoušel přesvědčit, aby se s tím, co mu ublížil, domluvil po dobrém.

„Ešte čo – s takým jednať, taký oplán.“

„A neodpustíte mu?“

„Aby ma do smrti ubil?“

Tak ho lékař požádal o tu knížku, co mu před chvílí věnoval a co se mu tak líbila, a ukázal mu místo, kde Kristus zapovídá soudy. „Tak co uděláte? Budete se soudit?“

„No pravda. Budem.“

„Tak dobře, ale lékařské vysvědčení stojí dva zlaté.“



Ivan Hálek jako primář v Bytčici

„A nepočkali by ste mi, pán doktorko?“

„Ne, až přinesete dvě zlatky, dostanete to vysvědčení.“

Chasník chvíli mlčel, škrábal se za uchem. Po chvíli řekl: „Tak veďia oni čo? Ježíš pán nekáže sa súdiť. Tak ja predsa len sa s ním pokonám po dobrom.“

MUDr. Svatopluk Kás

Dušičkový kvíz

Potkají se dva patologové na hřbitově: „Taky na vizitě, kolego?“ Lékařská věda nedokáže zvrátit běh času, a tak bude kvíz v „dušičkovém“ čase pojednávat o místech posledního odpočinku člověka.



Hřbitov Père Lachaise. | Foto: Wordpress

1. Kdo není pohřben na vysehradském Slavíně?

- a) Waldemar Matuška
- b) Antonín Dvořák
- c) Jaroslav Ježek

2. Místo posledního spočinutí básníka a písničkáře Karla Kryla se nachází:

- a) v Mnichově
- b) v Mníšku pod Brdy
- c) na Břevnovském hřbitově v Praze

3. V kostele Povýšení sv. Kříže v Doubravnicku u Tišnova, zvaném Mramorový, byla v roce 1867 vybudována v pseudogotickém slohu nákladem 70 tisíc zlatých hrobka hrabat:

- a) Mitrovských
- b) Kinských
- c) Kouniců

4. Na zámku v Třebívlicích dožila svůj život a na místním hřbitově odpočívá:

- a) Magdalena Dobromila Rettigová
- b) Eliška Krásnohorská
- c) Ulrika von Levetzow

5. Výstavná hrobka známého šlechtického rodu v Domaníně u Třeboně

byla v roce 1947 zestátněna na základě zvláštního zákona. Dědička rodu proti tomu podala po letech žalobu, kterou příslušný okresní soud nejprve zamítl. Ústavní soud však vyhověl odvolání s odůvodněním, že zabavení hrobky představovalo porušení práva na ochranu rodinného života. Který šlechtický rod si dal hrobku vybudovat?

- a) Metternichové
- b) Lobkovicové
- c) Schwarzenbergové

6. Na valašském Slavíně v Rožnově pod Radhoštěm nenajdete hrob:

- a) diskaře Ludvíka Daňka
- b) hokejisty Ivana Hlinky
- c) běžce Emila Zátopka

7. Ačkoli německý filozof a revolucionář Karel Marx zasvětil své dílo proletářům, jeho hrob se nachází ve čtvrti prominentů. Je totiž pohřben na londýnském hřbitově:

- a) Highgate
- b) Kensal Green
- c) West Norwood

8. Čím je pro Čechy vysehradský Slavín, tím je pro Francouze pařížský Panthéon. V podzemní kryptě historického objektu v Latinské čtvrti jsou uloženi význační fran-

couzští umělci, myslitelé, vědci a státníci, například Alexandre Dumas starší, Victor Hugo, Jean-Jacques Rousseau, Voltaire – ve směs samí muži. Jako jediná žena zde odpočívá po boku svého životního druha:

- a) Simone de Beauvoirová
- b) George Sandová
- c) Marie Curie-Sklodovská

9. Největší pařížský hřbitov Père Lachaise vznikl z bývalé zahrady pátera Françoise d'Aix de Lachaise, jezuitského kněze a zpovědníka francouzského krále Ludvíka XIV. Nachází se zde zhruba 70 tisíc hrobů a roste asi 5300 stromů. Hřbitov byl v roce 1993 jmenován národní památkou. Založil jej:

- a) Ludvík XVI.
- b) Ludvík XVIII.
- c) Napoleon Bonaparte

10. Mezi pohřbenými na hřbitově Père Lachaise je i hudebník, na jehož smrti mělo podíl zneužívání drog. Je to:

- a) Elvis Presley
- b) Jim Morrison
- c) Sid Vicious

11. Otcem muže, který rovněž sní věčný sen na hřbitově Père Lachaise, byl přední oční a ušní chirurg, matka byla úspěšná spisovatelka. Narodil se 16. října 1854. Vystudoval s výborným prospěchem klasickou filologii a již na univerzitě začal psát verše. Velký vliv na něj měly dekadentní názory, choval se svobodně bez ohledu na konvence a pokryteckou morálku své doby. Výhodný sňatek mu umožnil žít v relativním luxusu, své dva syny miloval (jeden z nich se stal spisovatelem a překladatelem). Dva roky těžkých nucených prací jako trest za homosexualitu mu podlomily zdraví. Zemřel 30. listopadu 1900 v Paříži na meningitidu, vydaje na pohřeb zaplatil jeho dlouholetý intimní přítel lord Alfred. Slavným nebožtíkem je:

- a) Charles Baudelaire
- b) Oscar Wilde
- c) Arthur Rimbaud

12. Na jednom ze slavných pařížských hřbitovů je pochován i vý-

značný nefrolog a imunolog Jean Hamburger (1909–1992). Tento rodák z francouzské metropole spojil svůj profesní život s tamní Neckeovou nemocnicí pro děti a mladistvé, kde v prosinci 1952 provedl první transplantaci ledvin na světě. Pacientem byl 15letý Marius Renard, který úrazem přišel o svou jedinou ledvinu, a dárkyní jeho matka. Transplantovaná ledvina byla funkční ihned po operaci, avšak ztratila funkci 22 dní poté a za dalších 10 dní pacient zemřel na selhání ledvin (dialyzační léčba tehdy neexistovala). Důvodem selhání byla rejekce. Jean Hamburger se podílel i na vývoji první umělé ledviny. V roce 1985 byl jmenován členem Francouzské akademie. Místo posledního odpočinku má na hřbitově:

- a) Montparnasse
- b) Montmartre
- c) Père Lachaise

13. Působivé záběry na nekonečné řady bílých náhrobků v zákrytech na Arlingtonském národním hřbitově při řece Potomac v americkém státu Virginie figurují v řadě filmů – například muzikálu „Vlasy“ od režiséra Miloše Formana nebo dramatu „Zachraňte vojína Ryana“. Spolu s více než 300 tisíci padlými a veterány z amerických válek však na nejslavnějším vojenském hřbitově světa leží i prezidenti USA – John Fitzgerald Kennedy s manželkou Jacqueline a bratrem Robertem nebo William Howard Taft. Pohřeb prvního vojáka se zde konal v květnu:

- a) 1814
- b) 1864
- c) 1917

14. Novověčiči klášter je největší a nejkrásnější z moskevských klášterů. Hřbitov vybudovaný v témž století jako klášter se stal nejprve místem posledního odpočinku moskevské šlechty a duchovenstva, od 19. století jsou tu však pohřbívány také proslulé osobnosti z řad inteligence. Leží tu například spisovatel Nikolaj Vasiljevič Gogol, hudební skladatel Sergej Sergejevič Prokofjev a Dmitrij Dmitrijevič Šostakovič nebo filmový režisér

Z HISTORIE

Jméno jako fast food

K profesorovi Hamburgerovi se váže úsměvná historka z pedagogického působení profesora Tomáše Zimy. Jednou zkoušel z klinické biochemie studentku, která si vylosovala otázku „Funkční vyšetření ledvin“. Během zkoušky se profesor Zima zeptal, jaký test se používá pro vyšetření buněčných elementů v moči. Studentka úspěšně zaimprovizovala při popisu metody, ale název neznala. Examinátor se jí snažil napovědět, že vyšetření se jmenuje po významném francouzském nefrologovi, po němž bylo nazváno jedno z nejprestižnějších nefrologických ocenění. Když se studentka stále „nechtala“, dodal v dobré víře, že podobně se jmenuje jídlo velmi oblíbené a populární u mládeže, načež slečna radostně vyhrkla: „McDonald!“ Méně radostně pak vyslechla, že vyšetření se říká „Hamburgerův sediment“.

Sergej Michajlovič Eizenštejn. Základní kámen chrámového komplexu, zapsaného v roce 2004 na seznam světového kulturního dědictví UNESCO, byl položen:

- a) v 15. století
- b) v 16. století
- c) v 17. století

15. Mladší než Novověčiči hřbitov, ale stejně slavný je Tichvinský hřbitov založený v roce 1823 u chrámu Alexandra Něvského. Odpočívají na něm například spisovatel Fjodor Michajlovič Dostojevskij nebo skladatelé Michail Ivanovič Glinka, Modest Petrovič Musorgskij, Nikolaj Rimskij-Korsakov či klavírista a skladatel Anton Grigorijevič Rubinstein. Ve kterém městě se Tichvinský hřbitov nachází?

- a) v Moskvě
- b) v Novgorodu
- c) v Petrohradě

Ivana Staňková

7a, 8c, 9b, 10b, 11b, 12b, 13b, 14b, 15c, 16b, 17c
Správné odpovědi: 1c, 2c, 3a, 4c, 5c, 6b, 7a, 8c, 9b, 10b, 11b, 12b, 13b, 14b, 15c, 16b, 17c

Osobnosti české medicíny vážně i nevážně

prof. MUDr. Otakar Šmahel, DrSc.

(25. 11. 1913 Benešov – 20. 1. 1978 Praha)

Český lékař, internista, patologický fyziolog a farmakolog, jeden z zakladatelů české klinické farmakologie. V letech 1961–1969 byl

přednostou Výzkumného ústavu experimentální terapie v Praze-Křči, od roku 1964 profesorem lékařské fakulty. V roce 1969, po zahájení tzv. normalizace, byl z politických důvodů zbaven funkce přednosty ústavu, zůstal zde pouze jako vědecký pracovník. Věnoval se klinickému výzkumu

léků, hlavně cytostatik, antibiotik a imunosupresiv. V letech 1952–1971 byl téměř 20 let vedoucím redaktorem Časopisu lékařů českých, který přivedl k nebyvalému rozkvětu. Jeho hlavními díly jsou „Antihistaminika“ (1948), „Všeobecná patologická fyziologie“ (1955), spolu s několika spo-

luautory publikoval též „Knihu o zdraví a nemoci“ (1959).

Ono to přejde

Profesor Šmahel častorazil velmi neortodoxní názory na léčbu některých klinických příznaků, či dokonce chorob, zvláště u svých známých či přátel. Typické byly jeho rady či

spíše doporučení, jež uděloval při léčení takových těch neurčitých chorob svým přátelům.

Tak jej jednou vyhledal kolega a známý internista docent MUDr. Jan Brod s projevy počínajícího virového onemocnění. A tu uslyšel klasickou Šmahelovu radu: „Podívej se, jdi domů, nekuř, choď na procházky a chvílku počkej. Ono to asi přejde.“ A ono to přешlo.

MUDr. Svatopluk Kás

ZE SPOLEČNOSTI

Čtvrtstoletí transplantací kostní dřeně tématem Pražského hematologického dne

Významné výročí si připomněli účastníci Pražského hematologického dne, který se konal 13. října v pražském Karolinu. Diskutovalo se zde nejen o alogenní transplantaci hematopoetických kmenových buněk, ale i na téma metabolismu železa a anemie.

„Ve světě byly první úspěšné transplantací programy zavedeny na přelomu 60. a 70. let minulého století. U nás jsme začali o více než 15 let později. V současné době se již transplantace krevetvorných buněk stala ve vybraných stavech standardně doporučenou metodou, přestože nadále zůstává nesmírně náročným a komplexním zákrokem. Naše výsledky jsou nyní srovnatelné s výsledky na předních světo-

vých pracovištích,“ uvedl v Karolinu ředitel ÚHKT profesor Marek Trněný.

Nejvíce tíží nedostatek hematologických lůžek

Za čtvrtstoletí existence transplantacích programů pro poruchy krevetvorby u nás se Česká republika svou úrovní vyrovnává se západoevropskými zeměmi. „Ročně se u nás provede zhruba pět set transplantací kostní dřeně a kr-

vetvorných buněk. V přepočtu na obyvatele je to zhruba o pětinu méně v porovnání se západní Evropou. Důvodem jsou chybějící hematologická lůžka, jejichž nedostatek nás tíží nejvíce,“ dodal přednosta klinického úseku ÚHKT docent Petr Cetkovský, který na Pražském hematologickém dni představil současnost a budoucnost transplantace kmenových buněk krevetvorby.

(red)

Schizofrenie – knižní novinka pokřtěna

Publikace „Schizofrenie“ s podtitulem „Jak předějit relapsu aneb terapie pro 21. století“ je společným dílem dvou předních odborníků na prevenci, léčbu a vý-

zkum psychotických onemocnění – doc. MUDr. Lucie Bankovské Motlové, Ph.D., a MUDr. Filipa Španiela, Ph.D. (oba ze 3. LF UK a Psychiatrického centra Praha).



Prof. Jan Libiger (druhý zprava) mezi autory publikace doc. Lucíí Bankovskou Motlovou a MUDr. Filipem Španielem, vlevo Mgr. Šárka Mašková z divize Medical Services vydavatelství Mladá fronta. | Foto: Michaela Hrdinová

I přes stálou skepsi, s níž je léčba schizofrenie ještě pořád spojována, autoři neztrácejí víru v to, že opakovaná vzplanutí choroby se podaří potlačit. Jak sami uvádějí, „knižka je určena všem zájemcům o psychotická onemocnění, kteří doufají, že jednoho dne si přečteme statistiku, že lůžkovou péči vyžadovalo pouhých 763 nemocných, protože ostatní pacienti mezitím pilně trénovali a rehabilitovali v denních stacionářích a díky tomu u nich žádný relaps schizofrenie nenastal“.

Křest této knižní novinky z podzimní nabídky vydavatelství Mladá fronta proběhl 15. října v rámci 15. česko-slovenského psychiatrického sjezdu v Brně a byl načasován na den, kdy vystoupil prof. MUDr. Jan Libiger, CSc., s plenární přednáškou nazvanou „Jak rozumíme pojmu schizofrenie sto let po Bleulerovi“. Profesor Libiger také publikaci slavnostně pokřtil.

(jass)

Eva Kodýdková v čele Zentivy

Společnost Sanofi v září jmenovala na pozici generální ředitelky společnosti Zentiva pro Českou republiku Ing. Evu Kodýdkovou, MBA.

Eva Kodýdková v minulosti vedla finanční, obchodní i marketingové oddělení ve společnosti AstraZeneca a řídila také pobočky firmy Novartis na Slovensku, v Rumunsku a v Česku. Před příchodem do Zentivy za-

stávala post generální ředitelky pro Českou republiku ve firmě Baxter. V Zentivě bude zodpovídat především za řízení obchodu a za rozvoj a strategii portfolia Zentivy v ČR. Eva Kodýdková vystudovala geochemii

a hydrogeologii na Univerzitě Karlově v Praze a též na univerzitě v Moskvě, studia MBA absolvovala v Pittsburghu.

(red)



Staré ukazovátko v nové posluchárně

Nově rekonstruovanou posluchárnu v budově Purkyňova ústavu 1. LF UK a VFN na pražském Albertově 3. října slavnostně otevřeli děkan 1. lékařské fakulty UK v Praze prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA, a přednosta Farmakologického ústavu 1. LF UK a VFN doc. MUDr. Ondřej Slanař, Ph.D.

Jak známo, *genia loci* pomáhají udržet i maličkosti, a tak, jak hostům při slavnostním otevření připomněl docent Slanař, ze staré posluchárny zachovali dřevěné ukazovátko. Jinak je tu totiž nově takřka všechno. Byla provedena demontáž veškerého původního vybavení interiéru a povrchových úprav posluchárny, což se týká zejména šikmé podlahy hlediště a původních nevyhovujících lavic pro posluchače. Dispozičně nové uspořádání hlediště zvýšilo kapacitu posluchárny o dvacet míst,

což umožnilo provedení rovné podlahy a přidání jedné řady sedadel. Proběhla rozsáhlá rekonstrukce železobetonové nosné konstrukce nad posluchárnou. Zavěšením nového akustického podhledu, jenž svým tvarovým řešením navazuje na kubistické prvky budovy, se výrazně zlepšila akustika místnosti. Nově byl navržen a instalován také interiér posluchárny, a to včetně nábytku a nezbytné audiovizuální techniky. Opraven a dán do původního stavu bude rovněž vestibul ústavu.

(ID)



Docent Ondřej Slanař v nové posluchárně. | Foto: Leoš Chodura

Pozvánka na sympozium „Etika a komunikace v medicíně“

Česká lékařská komora zve na 1. mezinárodní sympozium ČLK na téma „Etika a komunikace v medicíně“, které se koná 29. listopadu 2011 od 14 do 18 hodin v kongresovém sále Nemocnice Na Homolce v Praze 5.

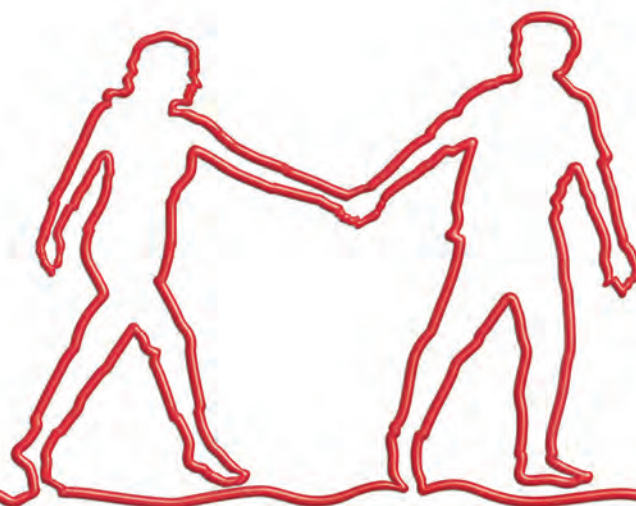
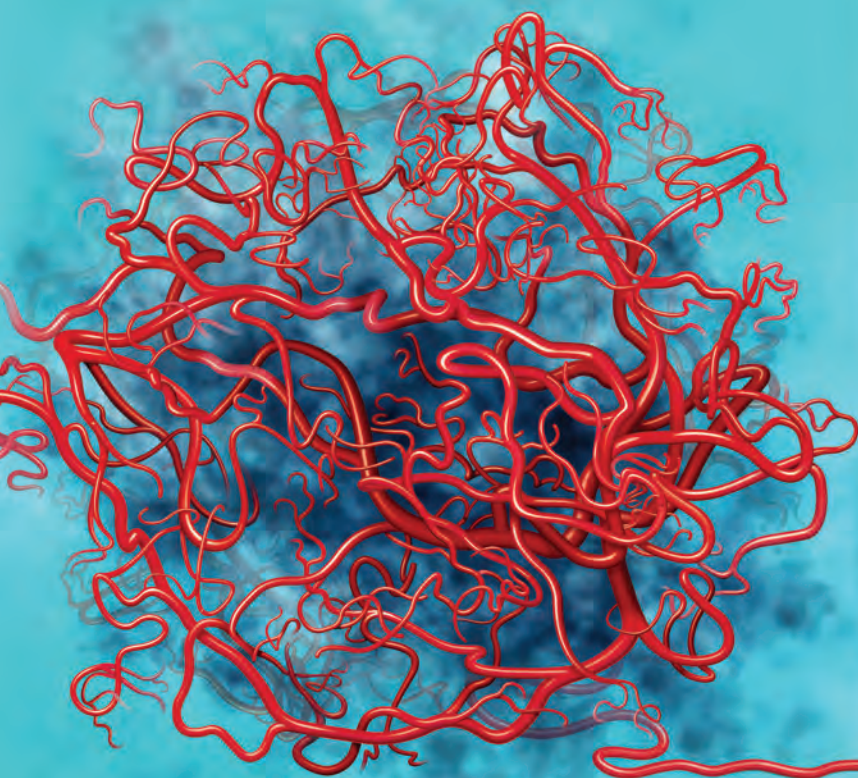
Zazní přednášky prof. Tomáše Halíka, prof. Cyrila Höschla, prof. Helyny Haškovcové, Mgr. Dany Juráskové, doc. Vladimíra Kebzy, prof. Jana Libigera, doc. Dany Linhartové, prof. Marty Munzarové, prof. Jana Žaloudíka, prof. Eleny Kukurové ze Slovenska a prof. Petera G. Fedor-Freyberga a Lili Maas, ArtD., ze Švédska. V rámci sympozia bude představena monografie „Komunikace a etika v medicíně“, kterou vydává Česká lékařská komora ve spolupráci s nakladatelstvím Grada.

Sympozium je pořádáno v souladu se Stavovským předpisem č. 16 a je mimořádně ohodnoceno 10 kredity ČLK. Dále je akreditováno Českou asociací sester, Asociací klinických psychologů a Komorou vysokoškolsky vzdělaných odborných pracovníků ve zdravotnictví ČR.

Kontakty: fax: 257 220 618, e-mail: vzdělavani@clkcr.cz, seminar@clkcr.cz
Více informací a přihláška: www.clkcr.cz

(red)

Kontrolou angiogeneze...



...k prodloužení přežití

AVASTIN JE INDIKOVÁN PRO LÉČBU METASTAZUJÍCÍHO KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU PRVNÍ I DRUHÉ LINIE.

AVASTIN JE OD 1. 3. 2010 HRAZEN Z PROSTŘEDKŮ VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ PRO INDIKACE KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM, KARCINOM PRSU, NSCLC A KARCINOM LEDVINY.

AVASTIN JE MOŽNÉ PODÁVAT V KOMPLEXNÍCH ONKOLOGICKÝCH CENTRECH. JEJICH SÍŤ JE POPSÁNA NA WWW.ONCONET.CZ

AVASTIN[®]
bevacizumab
Leading angiogenesis
inhibition

AVASTIN[®] 25 mg/ml koncentrát pro přípravu infuzního roztoku
– Základní informace o přípravku

Účinná látka: bevacizumabum. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Roche Registration Limited, Velká Británie. **Registrační čísla:** EU/1/04/300/001-002. **Schválené indikace pro použití:** Terapie metastazujícího karcinomu tlustého střeva nebo rektu v kombinaci s chemoterapeutickým režimem obsahujícím fluoropyrimidin. Avastin v kombinaci s paklitaxelem je indikován jako léčba první linie u nemocných s metastazujícím karcinomem prsu. Avastin v kombinaci s kapecitabinem je indikován k první linii léčby nemocných s metastazujícím karcinomem prsu, u kterých se léčba jinou možnou chemoterapií, včetně antracyklinů a taxanů, nepovažuje za vhodnou. Nemocní, kteří byli v posledních 12 měsících léčeni režimem obsahujícím taxan a antracyklin v adjuvantním podání nemají být léčeni kombinací Avastin + kapecitabin. Avastin přidáný k chemoterapeutickému režimu s platinou je indikován k léčbě první linie nemocných s neresekabilním pokročilým, metastatickým nebo rekurentním nemalobuněčným plicním karcinomem jiného histologického typu, než predominantně z dlaždicových buněk. Avastin v kombinaci s interferonem alfa-2a je indikován jako léčba první linie u nemocných s pokročilým a/nebo metastazujícím karcinomem ledviny. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo jakoukoli pomocnou látku přípravku, na látky produkované ovariálními buňkami čínských křečků nebo na jiné rekombinantní lidské nebo humanizované protilátky.

Těhotenství. **Upozornění:** Zvýšená pozornost u pacientů s intraabdominálním zánětlivým procesem (zvýšené riziko vzniku perforace a píštěle GIT), po operaci (možné komplikace při hojení ran), s nekontrolovanou hypertenzí (riziko hypertenzní krize a proteinurie), ve věku nad 65 let (zvýšené riziko vzniku arteriálních tromboembolických příhod), u pacientů s kongenitální hemoragickou diatézou, získanou koagulopatií nebo u pacientů léčených plnou dávkou antikoagulancí k léčbě tromboembolismu před zahájením léčby Avastinem. V případě vzniku tracheoesofageální píštěle nebo jakékoli píštěle 4 stupně trvale ukončit léčbu. Ukončení léčby zvážit v případě vnitřní píštěle mimo oblast GIT. V ojedinělých případech riziko vzniku reakce na infuzi/hypersenzitivní reakce. Nežádoucí účinky (některé z nich se jeví jako závažné) byly hlášeny při užití v neregistrovaném nitroočním podání. **Klinicky významné interakce:** Bevacizumab neovlivňuje u klinicky závažném rozsahu farmakokinetiku 5-fluorouracilu, karboplatiny, paklitaxelu a doxorubicinu. U některých pacientů léčených kombinací bevacizumabu a sunitinib malátu byla hlášena mikroangiopatická hemolytická anemie (MAHA). **Hlavní klinicky významné nežádoucí účinky** (u pacientů léčených jak v monoterapii, tak v kombinaci s chemoterapií): Nejzávažnější pozorované nežádoucí účinky – gastrointestinální perforace, píštěle, hemoragie, arteriální a žilní tromboembolismus, syndrom reverzibilní zadní leukoencefalopatie, proteinurie. Nejčastější nežádoucí účinky – astenie, průjem, dysfonie, nauzea a jinak nespecifikované bolesti. **Dávování a způsob podání** – Obecná doporučení: První dávka

Avastinu by měla být podávána během 90 minut ve formě nitrožilní infuze. Jestliže je první infuze dobře snášena, druhá infuze může být podávána během 60 minut. Jestliže je dobře snášena infuze podávaná během 60 minut, všechny následující infuze mohou být podávány během 30 minut. Nepodávejte jako bolus v nitrožilní injekci nebo bolusovou injekci. Infuze nesmí být podávány nebo míchány s roztoky glukózy. Snížení dávky při výskytu nežádoucích příhod se nedoporučuje. V případě nutnosti musí být léčba buď trvale ukončena nebo dočasně pozastavena. Doporučené dávkování pro jednotlivé diagnózy: Viz platný Souhrn údajů o přípravku. **Dostupná balení přípravku:** 1× 100 mg bevacizumabu ve 4 ml; 1× 400 mg bevacizumabu v 16 ml koncentrátu pro přípravu infuze. **Podmínky uchování:** Uchovávejte v chladničce (2°C–8°C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte injekční lahvičku v krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Datum poslední revize textu:** 27. 7. 2011. **Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění** (pro indikace kolorektální karcinom, karcinom prsu, nemalobuněčný karcinom plic a karcinom ledviny – přesné podmínky úhrady jsou uvedeny na adrese: www.sukl.cz). **Další informace** o přípravku získáte z platného Souhrnu údajů o přípravku Avastin 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) <http://www.ema.europa.eu/>.

ZE SPOLEČNOSTI

Canis – familiaris fidelis 2012

Začátkem října byl pokřtěn kalendář Nadačního fondu Mathilda věnovaný podpoře výcviku vodících psů pro nevidomé, tentokrát pod názvem „Canis – familiaris fidelis 2012“

Hlavní myšlenkou nadace, jíž propůjčila své jméno paní hraběnka Mathilda Nostitzová, je podpora organizací a projektů, které smysluplně pomáhají našim nevidomým spoluobčanům. Spojuje dohromady ty, kteří pomoc potřebují, s těmi, kteří pomáhat mohou a chtějí. V letošním roce již potřetí přispívá svým charitativním projektem, jehož výsledek bude poskytnut na výcvik vodících psů pro nevidomé, také fotograf Antonín Malý. Kalendář na rok 2012, jehož cena činí 500 Kč (částka, která odpovídá nákladům na týden výchovy jed-

noho štěněte budoucího vodícího psa), má název „Canis – familiaris fidelis 2012“, rodinný a společný pes.

Raději než s celebritou

Hlavním motivem kalendáře jsou fotografické portréty vodících psů a známých tváří kulturního a společenského života. Autor se nechal volně inspirovat starými historickými malbami oblíbených psích společníků, které lze vidět ve sbírkách na hradech, zámcích nebo v galeriích. Stejně romantické pozadí krajiny s dramatickými mraky

kalendářových fotografií navozuje atmosféru starých obrazů. S vodícími psy zapoznávali například Její královská výsost vévodkyně z Cornwallu, hraběnka Mathilda Nostitzová, Václav Havel, Dana Zátoková nebo profesor Josef Koutecký. „Být vyfotografován se psem, kterého člověk miluje, je mnohem lepší než nechat se vyfotografovat s nějakou celebritou. Na obrázku jsem se psem našeho syna, ten náš uměl a na nového si netroufám,“ uvedl posledně jmenovaný. „Je to dobrota,“ přitakal dojat a s kouzlem nechtěného své ne-

opakovatelné češtiny Emanuel Ridi, známý kuchař a další z protagonistů psiho kalendáře. Netradiční kalendář je možné za-

koupit na webových stránkách NF Mathilda www.mathilda.cz. Na podporu výcviku vodících psů pro nevidomé můžete přispět i odesláním DMS ve tvaru OKO na číslo 87777.

Výstavu s názvem „Psi a celebrity“ kalendářové tvorby Antonína Malého pro Nadaci Mathilda je možné vidět na Novoměstské radnici v Praze 2, a to do 16. prosince.

Jana Jílková

Výstava unikátních uměleckých snímků kojení

Přitáhnout pozornost k vlivu kojení na veřejné zdraví chce výstava unikátních snímků fotografů a cestovatelů Davida a Miroslava Švejnohových. Fotografie na téma kojení pořizovali napříč několika kontinenty a vidět je můžete nejen v Praze, ale i na dalších místech republiky.



Foto: Národní laktáčnické centrum - Laktáčnická liga

Již popatnácté ČR slaví týden kojení. Ten vyhláší Světová aliance na podporu kojení na celém světě a zapojilo se do něj již 170 zemí. Český týden kojení podporuje společnost Bayer ČR ve spolupráci s Laktáčnickou ligou v ČR uspořádáním fotografické výstavy na téma „Veřejné zdraví začíná kojením“. Unikátní snímky na výstavě, která bude putovat rok po 14 místech v zemi, zdůrazňují význam kojení.

Rok, ale na různých místech

Výstava nyní doputovala do galerie v pražských Emauzích, kde bude k vidění až do 4. listopadu. V témž měsíci budou moci snímky zhlédnout hosté „Naší kavárny“ ve Fakultní Thomayerově nemocnici v Krči. V prosinci výstava zavítá do centra „Kroužky na Vltavě“ v pražském Braníku. Poté bude výstava putovat po dalších deseti místech ČR až do příštího září, tedy dalšího ročníku Českého týdne kojení. (red)



MUDr. JOSEF KOUTECKÝ

Vrtačka na drobné kosti pro vysokou nemocnici

Prezidentka Nadačního fondu Kapka Naděje Vendula Auš Svobodová předala Ústavu chirurgie ruky a plastické chirurgie ve Vysokém nad Jizerou vrtačku pro operace drobných dětských kostí.

„S potěšením jsme využili pomoci Nadačního fondu Kapka naděje, který zhodnotil velký přínos přístroje pro nemocné a poraněné děti a zakoupil nám vrtačku pro operace drobných dětských kostí Electric Pen Drive včetně příslušenství za 410 948 Kč,“ poděkovala zástupcům donátora ředitelka ústavu Ing. Marcela Škodová.

Zpřesní zásah do dětského skeletu

Sestavu, která má funkci vrtačky, pilky a frézky, získala nemocnice od stejného dodavatele jako v minulosti, tedy od pražské firmy Synthes, s. r. o. „Před lety jsme od této společnosti zakoupili vícefunkční přístroj. Jedná se o pohonnou jednotku a přídatné nástroje, kdy můžeme vytvořit drobné pilky, vrtačku s možností automatického posu-

nu nebo jemnou frézku. Díky tomuto nástroji lze výrazně zpřesnit zásah do dětského skeletu. Kvalitní nástroje zároveň šetří živou kostní tkáň, proto se rány lépe hojí. Musíme si také uvědomit drobnost dětských tkání – dvoutleté dítě například vždy operujeme pod zvětšením s pomocí mikroskopu,“ vysvětlila primářka ústavu MUDr. Alena Schmoranzová, která se specializuje na vrožené vady ruky. (red)

„Kouzelný klíč“

i ke vzájemnému porozumění

Byl vyhlášen již VII. ročník literární soutěže pro pacienty a zaměstnance psychiatrických zařízení v České a Slovenské republice „Kouzelný klíč“.

Svá literární díla může přihlásit každý stávající či bývalý klient nebo pracovník léčebny či jiného psychiatrického zařízení z ČR a SR. Soutěžní kategorie jsou zvláště pro pacienty a zaměstnance, žánrem poezie nebo próza, téma je libovolné. Musí být dodrženy rozsah prací – v poezii maximálně 5 básní, v próze maximálně 3 normostrany. Soutěžní díla musejí být napsána v programu MS Word a zaslána e-mailem. Uzávěrka je stanovena na 20. prosince.

Literární práce budou jako vždy anonymně hodnoceny odbornou porotou, v níž zasedají literární kritici a historik, básníci a překladatelé poezie a novináři. Koncem března budou v jedné z psychiatrických léčeben slavnostně vyhlášeni a ocenění vítězové. Na vyhlášení budou pozváni všichni soutěžící. Podmínky soutěže a další informace: tel.: 284 016 400, e-mail: dagmar.zaludova@plbohnice.cz

(red)

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

PRŮBĚH SOUTĚŽE:

Navrhovatel zašle kompletně vyplněnou přihlášku spolu s motivačním 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.

Generální partner



pomáhá léčit.



Mediální partneři



www.sestraroku.cz



Sestra roku 11

Přihláška do soutěže

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?

Marek Hakl a kol. Léčba bolesti

Současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů



Rozsah: 232 stran
Cena: 450 Kč
ISBN: 978-80-204-2473-0
Vydavatel: Mladá fronta, edice Aeskulap

Monografie našich předních specialistů v oboru algeziologie si klade za cíl poskytnout čtenáři přehledně a aktuální informace o problematice především chronické bolesti včetně jejích dopadů na pacienta (fyzických, psychických a sociálních) a zároveň (vzhledem ke vzrůstajícímu počtu pacientů trpících chronickou bolestí) i dopadů na ekonomiku. Autoři mj. apelují na racionální volbu farmakoterapie s obezřetností při volbě volně prodejných přípravků a nepodceňování komunikace s pacientem.

V úvodních kapitolách jsou stručně zmíněny patofyziologie bolesti, její dělení a psychosociální souvislosti chronické bolesti. Samostatné kapitoly jsou pak věnovány metodám léčby bolesti – farmakoterapii, invazivním metodám, psychoterapii chronického algického syndromu a dalším léčebným metodám (např. akupunktura a TENS).

Ve druhé, speciální části publikace se autoři podrobně zabývají léčbou jednotlivých bolestivých syndromů – bolestmi hlavy, zad, komplexním regionálním bolestivým syndromem, bolestmi na hrudi a bolestmi břicha, léčbou bolesti u seniorů, neuropatickou bolestí, léčbou onkologické a průlomové bolesti. Zvláštní kapitola je věnována léčbě akutní bolesti. Text je doplněn obrazovou dokumentací a řadou tabulek.

Alena Šmahelová, Martina Lášticová Diabetologie pro farmaceuty



Rozsah: 172 stran
Cena: 350 Kč
ISBN: 978-80-204-2519-5
Vydavatel: Mladá fronta, edice Aeskulap

Cílem autorek je podat čtenáři-lékárníkovi potřebné informace k tomu, aby byl schopen erudova-

ně a srozumitelně poučit pacienta o jeho nemoci, možnostech léčby i prevenci komplikací a doplnit či upřesnit tak informace, jichž se mu dostalo při návštěvě lékaře.

V první části monografie jsou přehledně popsány diagnóza, klasifikace a klinický obraz diabetu, léčebné možnosti diabetu 1. a 2. typu včetně léčby akutních hyperglykemických stavů, potenciální lékové interakce, pozdní a další komplikace diabetu, nechybí ani kapitoly zabývající se prevencí a perspektivami v léčbě diabetu.

Druhá část knihy je přehledem praktických doporučení v jednotlivých situacích, s nimiž se lékárník může setkat přímo v lékárně. Probrány jsou mj. principy edukace pacienta lékárníkem týkající se selfmonitoringu, inzulínové léčby, potravinových doporučení a dalších témat.

Ministerstvo zdravotnictví ČR Český lékopis 2009

– Doplněk 2011 (tištěná verze)

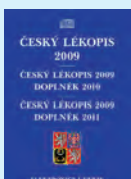


Rozsah: 1552 stran
Cena: 1999 Kč
ISBN: 978-80-247-3785-0
Vydavatel: Grada

Závazná právní norma stanovující požadavky na jakost, postup při přípravě, zkoušení, skladování a dávkování léčiv, podle níž se závazně postupuje od 1. září 2011. Doplněk obsahuje 587 textů, z toho 38 nových a 549 změněných, a přináší rovněž změny v obecném i speciálním oddílu Národní části lékopisu.

Ministerstvo zdravotnictví ČR Český lékopis 2009

Český lékopis 2009 – Doplněk 2011 (elektronická verze na DVD)



Cena: 1999 Kč
ISBN: 859-404-924-018-0
Vydavatel: Grada

Martina Vašáková, Jaroslav Polák, Radoslav Matěj Intersticiální plicní procesy

Od etiopatogeneze přes radiologický obraz k histopatologické diagnóze

NOVÉ KNIHY



Rozsah: 408 stran
Cena: 695 Kč
ISBN: 978-80-7345-251-3
Vydavatel: Maxdorf

Pod pojmem intersticiální plicní procesy se skrývá velmi početná skupina nemocí, které mají společně difúzní postižení plicní tkáně, a tudíž podobný klinický, radiologický a funkční obraz. Kniha pojímá intersticiální plicní procesy ze tří hlavních aspektů, a to klinického, radiologického a histopatologického, a nabízí komplexní přehled o nemocech plicního intersticia.

Georg Herbeck, Jiří Ondruš, Vladimír Dvořák, Alexander Mortakis Atlas kolposkopie



Rozsah: 520 stran
Cena: 2450 Kč
ISBN: 978-80-7345-249-0
Vydavatel: Maxdorf

Atlas je vhodný jak pro přípravu na specializační zkoušky v oboru gynekologie a porodnictví, tak pro každodenní kolposkopickou praxi. Více než 800 obrázků zachycuje a dokumentuje běžné, méně běžné i neobvyklé klinické nálezy.

Tomáš Vidim a kol. Onemocnění viscerálních cév

Diagnostika, chirurgická a endovaskulární léčba



Rozsah: 168 stran
Cena: 495 Kč
ISBN: 978-80-7345-238-4
Vydavatel: Maxdorf

Postižení viscerálních cév je provázáno vysokou morbiditou a ve svých akutních projevech také vysokou mortalitou. Chronická ischemie splanchnických tepen je však dobře léčitelná a při včasné diagnostice lze snížit fatální riziko nepoznaného onemocnění. Viscerální ischemie vyžaduje mezioborovou spolupráci. Týká se to jak diagnostiky, na níž se podílejí gastroentero-

logové, angiologové i další specialisté z oborů interny a chirurgie, tak zejména léčby.

Endovaskulární terapie je již samostatným oborem, cévněchirurgická léčba je v kompetenci cévního chirurga. Kniha uvádí popis operačních přístupů spolu s obrazovou dokumentací, jež by měla být instruktivní pro všechny, kteří v daných oblastech neoperují příliš často.

Ivo Bianchi, Lucie Kotlářová Cytokines

The language of the cells
– 1st part

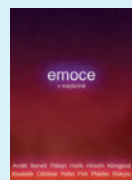


Rozsah: 230 stran
Cena: 1000 Kč
Vydavatel: Edukafarm

Cytokiny v koncentracích tělu vlastních mají medicínské využití v řadě onemocnění. Autoři, internista a klinická farmaceutka, v knize popisují farmakologické a imunologické vlastnosti cytokinů se zaměřením na jejich bezpečnost.

Důraz kladou na vysvětlení, proč je použití cytokinů v běžných farmakologických dávkách limitováno nežádoucími účinky, zatímco ve fyziologických koncentracích přináší terapeutický efekt a vysoký profil bezpečnosti. Uvádějí přitom své zkušenosti i závěry mnoha klinických studií.

Cyril Höschl, Ján Praško, Richard Rokyta (eds.) Emoce v medicíně



Rozsah: 200 stran
Cena: 295 Kč
ISBN: 978-80-86694-99-3
Vydavatel: Academia Medica Pragensis

Emoce představují tajemný a iracionální základ našeho konání i chápání světa. Na celostátním kongresu České lékařské akademie na toto téma v roce 2010 byly proslaveny přednášky dotýkající se emocí v různých oborech medicíny (chirurgie, interna, psychiatrie, perinatální a perinatální medicína, geriatrie...) z rozličných pohledů: očima nemocných, jejich příbuzných, lékařů, zdravotnického personálu i li-

dí z jiných oborů, nechybí ani pohled duchovního.

Jednotliví autoři (vedle editorů profesori Michal Anděl, Vladimír Beneš, Tomáš Halík, Radana Königová, Milan Kvapil, Bohuslav Ošťádal, Pavel Pařko, Jan Pírk, docentka Iva Holmerová, Dana Jurásková, publicista Jefim Fištein a další) upozornují na základní emocionální potřeby člověka, emoce v různých životních rolích. Je vysvětlen i fyziologický podklad emocí a patofyziologické změny. Kniha se vyhýbá příliš specializovaným formulacím a je pojata jako všeobecně srozumitelný, popularizující text.

Sanjay Gupta Moderní medicína a zachráněné životy

Opravdové příběhy o vítězství medicíny nad smrtí



Rozsah: 247 stran
Cena: 260 Kč
ISBN: 978-80-7349-258-8
Vydavatel: Pragma

Když srdce přestane tlouci, není to konec. Existuje „šedá zóna“, oblast nikoho, kde nejsme ani mrtví, ani živí. Co když existuje způsob jak dát umírajícímu trochu víc času, jak posunout hranici mezi životem a smrtí? A právě tuto křehkou hranici autor knihy zkoumá spolu s lidmi, kteří ji překročili.

Ladislav Chrobák Historky z mého života a cest



Rozsah: 104 stran
Cena: 169 Kč
ISBN: 978-80-247-4011-9
Vydavatel: Grada

Autor (internista-hematolog, ale také publicista) uvádí příhody ze svého života a z cest na mezinárodní kongresy a konference. Dozvíme se například, jak v osmé třídě gymnázia přednášel somatologii jako ne-honorovaný suplent, jak ošetřoval nemocného v těžké hypoglykemii v letadle nad oceánem, dělal hasiče v divadle Comédie Française nebo jak jej na letišti v Baku při cestě na hematologický kongres vítali jako vedoucího folklorního souboru ze Sarajeva.

Kalendář akcí odborných lékařských společností – listopad 2011

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

7. dny diagnostické, prediktivní a experimentální onkologie 19. sjezd českých a slovenských patologů 19. sjezd České společnosti histologických laborantů Mezioborový diagnostický seminář české divize IAP

9.-11. 11. 2011/Olomouc

Místo konání: Regionální centrum Olomouc, sál Pegasus

Pořadatelé: sekce diagnostické a prediktivní onkologie České onkologické společnosti ČLS JEP, Ústav molekulární a translační medicíny LF UP a FN Olomouc, Ústav klinické a molekulární patologie LF UP a FN Olomouc, Česká společnost patologů ČLS JEP, Slovenská spoločnosť patológov SLS, oddělení patologie Slezské nemocnice Opava, Nadace pro výzkum rakoviny – Rakovina, věc veřejná

Kontakt: www.linkos.cz

4. kongres anestezie a intenzivní péče za mimořádných podmínek

Míšní trauma, psychosomatické poruchy pracovníků ARIM, triage, nitrohrudní katastrofy, nitrobráňní katastrofy, asfyxie

9.-11. 11. 2011/Praha

Místo konání: Kongresové centrum ÚVN Praha

Pořadatel: oddělení anestezie, resuscitace a intenzivní péče ÚVN
Kontakt: www.uvn.cz

Český kongres o infekčních nemocech

Kazuistiky hepatitid, infekce HIV, antibiotické terapie, intenzivní péče

9.-11. 11. 2011/Mikulov

Místo konání: Hotel Eliška

Pořadatel: Společnost infekčního lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.fileno.cz/sil/

13. konference prenatální diagnostiky

10. 11. 2011/Olomouc

Místo konání: posluchárna Dětské kliniky LF UP a FN Olomouc

Pořadatelé: Společnost lékařské genetiky ČLS JEP, Ústav lékařské genetiky a fetální medicíny LF UP Olomouc, oddělení lékařské genetiky FN Brno

Kontakt: prof. MUDr. Jiří Šantavý, CSc.; tel.: 585 414 906; e-mail: genetika@fnol.cz; RNDr. Alexan-

dra Oltová; tel.: 532 234 718; e-mail: aoltova@fnbrno.cz; www.slg.cz

Onemocnění štítné žlázy

11. odborný celodenní seminář

10. 11. 2011/Praha

Místo konání: Kongresové centrum Nemocnice Na Homolce
Pořadatel: ORL oddělení Nemocnice Na Homolce

Kontakt: www.homolka.cz/orl

Stomatologie, stomatochirurgie – vývoj, péče, úrazy

Symposium pro sestry

10. 11. 2011/Zlín

Kontakt: www.bos-congress.cz

Problematika chemické bezpečnosti na pracovišti

Nová legislativa, hodnocení zdravotních rizik pesticidů a biocidů

10. 11. 2011/Praha

Místo konání: SZÚ, budova č. 11, velká posluchárna
Pořadatel: Státní zdravotní ústav
Kontakt: MUDr. Miroslava Hornychová; tel.: 267 082 625; e-mail: mhornych@szu.cz; www.szu.cz

Seminář mladých chirurgů – naše chyby a omyly

10. 11. 2011/Hradec Králové

Místo konání:

Hotel Tereziánský dvůr

Pořadatel: sekce mladých chirurgů České chirurgické společnosti ČLS JEP

Kontakt: MUDr. Zdeněk Šubrt, Ph.D.; e-mail: mlady.chirurg@post.cz; <http://chirurgie.cz>

Opakovaně nemocný pacient

10. 11. 2011/Praha

Místo konání: Lékařský dům

Pořadatel: Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP
Kontakt: MUDr. Tomáš Kočí; tel.: 487 954 992; e-mail: astmacentrum-cl@seznam.cz; MUDr. Martin Fuchs; tel.: 286 923 150; e-mail: mfuchs@centrum.cz; www.csaki.cz

24. regionální dermatovenerologický seminář

Novinky z výzkumu i klinické dermatovenerologie

10. 11. 2011/Brno

Pořadatelé: OS České lékařské komory Brno-město, Dermatovenerologická klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně



ilustrační foto: Shutterstock

Kontakt:

prof. MUDr. Vladimír Vašků, CSc.; e-mail: vladimir.vasku@fnusa.cz; www.lfhk.cuni.cz/dermat

Medicínsko-právní problematika v soudnělékařské praxi

10.-11. 11. 2011/Praha

Místo konání: Hotel Ilf

Pořadatel: IPVZ

Kontakt: Andrea Malá; tel.: 261 092 442; e-mail: mala@ipvz.cz; www.ipvz.cz

Brněnské neurochirurgické dny

Neuroonkologie, právní odpovědnost ve zdravotnictví

10.-11. 11. 2011/Brno

Místo konání: Velké Bílovice

– seminární hotel Akademie

Pořadatel: Neurochirurgická klinika LF MU a FN Brno

Kontakt: Olga Pazderková; tel.: 532 233 746; e-mail: opazder@fnbrno.cz; Jarmila Bezrouková; tel.: 532 233 753; e-mail: jbezrouk@fnbrno.cz; www.fnbrno.cz/neurochirurgicka-klinika/k1470

Zajímavé případy z praxe

11. 11. 2011/Ostrava

Místo konání: FN Ostrava

Pořadatel:

kožní oddělení FN Ostrava

Kontakt: MUDr. Yveta Vantuchová, Ph.D.; e-mail: yveta.vantuchova@fno.cz; www.lfhk.cuni.cz/dermat

Seminář k 15. výročí založení sekce dětské dermatologie

11. 11. 2011/Praha

Pořadatel: sekce dětské dermatologie České dermatovenerologické společnosti ČLS JEP

Kontakt: prim. MUDr. Hana Bučková, Ph.D.; e-mail: hbuckov@fnbrno.cz; www.lfhk.cuni.cz/dermat

13. brněnské setkání dětských neurologů a pediatrií

Schizofrenie v dětství a adolescence, neurotoxické látky, děti s RS léčené imunomodulačními léky, stimulace nervu vagu v dětství, efekt farmakoterapie u pacientů s epilepsií s juvenilními absencemi, status epilepticus u novorozenců a kojenců, ketogenní dieta, chirurgická léčba pacientů s extratemporální epilepsií, ataxie v dětském věku...

11. 11. 2011/Brno

Místo konání:

Brno-Kohoutovice, hotel Myslivna

Pořadatelé: Společnost dětské neurologie ČLS JEP, Klinika dětské neurologie LF MU a FN Brno

Kontakt: www.mhconsulting.cz

Nejčastější bolestivé stavy a jejich léčení

Bolesti zad, nádorové bolesti, neuralgie...

11. 11. 2011/Praha

Místo konání: Hotel Ilf

Pořadatel: IPVZ

Kontakt: Andrea Malá; tel.: 261 092 442; e-mail: mala@ipvz.cz; www.ipvz.cz

12. konference Tabák a zdraví

11. 11. 2011/Praha

Místo konání: Lékařský dům

Pořadatelé: Pracovní skupina pro prevenci a léčbu závislosti na tabáku ČLS JEP, Centrum pro léčbu závislosti na tabáku 3. interní kliniky 1. LF UK a VFN Praha, Společnost pro léčbu závislosti na tabáku

Kontakt: e-mail: felbrovav@seznam.cz; www.cls.cz

Novinky v pracovním lékařství – kurz

11. 11. 2011/Praha

Místo konání: Hotel Ilf

Pořadatel: IPVZ

Kontakt: PhDr. Eva Morávková; tel.: 261 092 458; e-mail: moravkova@ipvz.cz; www.ipvz.cz

Kazuistiky z oftalmologie

11. 11. 2011/Praha

Místo konání: Lékařský dům, event. Oční klinika 1. LF UK a VFN

Kontakt: MUDr. Michalis Palos, doc. MUDr. Bohdana Kalvodová, CSc.; e-mail: sekrpred.ocnikl@vfn.cz; michalis.palos@post.cz; www.oftalmologie.com

Konference sekce infekčních nemocí v gynekologii a porodnictví ČGSPS ČLS JEP

11.-12. 11. 2011/Praha

Místo konání:

Clarion Congress Hotel

Pořadatelé: sekce infekčních nemocí v gynekologii a porodnictví České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP, venerologická sekce České dermatovenerologické společnosti ČLS JEP
Kontakt: www.infekcepg.cz/2011

Sonografie v ortopedii – mimořádný kurz

11.-12. 2011/Praha

Místo konání: Ortopedická klinika 1. LF UK a FN Na Bulovce

Pořadatelé: IPVZ

Kontakt: Mgr. Eva Chárová; tel.: 261 092 461; e-mail: charova@ipvz.cz; www.ipvz.cz

17. moravskoslezské pediatrické dny

Výšetřování dětí s onemocněním uropoetického traktu, celiakie, význam CRP a dalších markerů zánětu v pediatrii, hodnocení projevů bolesti u dětí, idiopatické střevní záněty, nádory u dospívajících, nové rezistence u patogenů...

11.-12. 11. 2011/Ostrava

Místo konání:

Clarion Congress Hotel

Pořadatelé: Městská nemocnice Ostrava, Česká pediatrická společnost ČLS JEP, Spolek lékařů ČLS JEP v Ostravě, Univerzita T. Bati ve Zlíně
Kontakt: prof. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.; e-mail: jaroslav.slany@mmof.cz; www.pediatrie-ostava.cz; www.cpsjep.cz

13. hradecké pediatrické dny

Hypertenze, výživa ve specifických situacích, pozdní následky onkologických onemocnění, ortodontie, kardiologie...

11.-12. 11. 2011/Hradec Králové

Místo konání:

Univerzita Hradec Králové

Pořadatel: Dětská klinika LF UK a FN Hradec Králové

Kontakt: MUDr. David Neumann; e-mail: neumann@lfhk.cuni.cz; prof. MUDr. Milan Bayer, CSc.; tel.: 495 832 840; e-mail: bayerm@lfhk.cuni.cz; www.cpsjep.cz

Výroční sjezd České kontaktologické spol.

11.–13. 11. 2011/Nymburk
Místo konání: Sportcentrum
Pořadatel: Česká kontaktologická společnost
Kontakt: prim. MUDr. Pavel Rezek, CSc.; e-mail: pavel.rezek@nemocnicekolín.cz; www.oftalmologie.com

2. Zirmův olomoucký diskuzní den

12. 11. 2011/Olomouc
Místo konání: Právnická fakulta UP Olomouc
Kontakt: doc. MUDr. Jiří Řehák, CSc.; prim. MUDr. Klára Marešová, Ph.D.; e-mail: jiri.rehak@fnol.cz; maresovk@fnol.cz; www.oftalmologie.com

Kurz v dětské ORL

12. 11. 2011/Praha
Místo konání: FN Motol
Pořadatel: IPVZ
Kontakt: Milena Keslová; tel.: 261 092 457; e-mail: keslova@ipvz.cz; www.ipvz.cz

1. českomoravský den syndromu fragilního X-chromozomu

12. 11. 2011/Praha
Místo konání: FN Motol
Pořadatel: Centrum hereditárních ataxií FN Motol, Klinika dětské neurologie 2. LF UK a FN Motol, občanské sdružení Fragilní X, Nadační fond Synesis
Kontakt: Ivana Zelenková; tel.: 241 773 244; www.nf-synesis.cz; e-mail: nf-synesis@seznam.cz;

Psychomotorická retardace a rehabilitace – seminář

12. 11. 2011/Praha
Místo konání: Hotel Krystal
Pořadatel: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR Praha a Středočeský region, Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP
Kontakt: www.detskylekar.cz

Speciální práce s pacientem – burn-out syndrom

14. 11. 2011/Praha
Místo konání: ÚVN
Pořadatel: odd. psychologie ÚVN
Kontakt: Mgr. Marie Pěničková; tel.: 725 768 428; www.uvn.cz

Podpůrná léčba v onkologické praxi

14. 11. 2011/Praha

Místo konání: Hotel ILF
Pořadatel: IPVZ
Kontakt: Andrea Malá; tel.: 261 092 442; e-mail: mala@ipvz.cz; www.ipvz.cz

Zdravotnictví ve Střední a Jižní Americe – kurz

14. 11. 2011/Praha
Místo konání: Hotel Ilf
Pořadatel: IPVZ
Kontakt: Andrea Malá; tel.: 261 092 442; e-mail: mala@ipvz.cz; www.ipvz.cz

Stomatologie, stomatochirurgie – vývoj, péče, úrazy

Symposium pro sestry
14. 11. 2011/Ústí nad Labem
Kontakt: www.bos-congress.cz

Ucelený pohled na psychofarmaka

Specializační kurz v psychiatrii
15. 11. 2011/Praha
Místo konání: PL Bohnice, pavilon 7
Pořadatel: IPVZ
Kontakt: Andrea Malá; tel.: 261 092 442; e-mail: mala@ipvz.cz; www.ipvz.cz

32. konference sociální psychiatrie

Zapojení pacienta do léčby a rehabilitace
15.–17. 11. 2011/Chrudim
Místo konání: Hotel Bohemia
Pořadatel: sekce soc. psychiatrie Psychiatrické společnosti ČLS JEP, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Asociace komunitních služeb, Kolumbus a Péče o duševní zdraví
Kontakt: www.psychoterapeuti.cz

Vzdělávací seminář SVL

Léčba chronické zácpy a prevence a léčba respiračních onemocnění v ordinaci praktického lékaře
16. 11. 2011/Jihlava
Místo konání: presbytář Hotelu Gustav Mahler
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Seminář OSPDL ČLS JEP

Novinky v dětské dermatologii, alergie na bílk. kravského mléka
16. 11. 2011/Plzeň
Místo konání: Hotel Astory, Nádražní 26
Pořadatel: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP Západočeského regionu, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost Plzeň-město
Kontakt: www.detskylekar.cz

Doporučené postupy u nejčastějších revmatických onemocnění České společnosti ČLS JEP a EULAR

18. 11. 2011/Praha
Místo konání: IPVZ, Ruská 85
Pořadatel: IPVZ
Kontakt: Jana Hartmanová; tel.: 261 092 443; e-mail: hartmanova@ipvz.cz; www.ipvz.cz

13. beskydské alergologické a imunologické dny

18.–19. 11. 2011/Malenovice
Místo konání: Hotel Petr Bezruč
Pořadatel: Ambulance pro alergologii a klinickou imunologii Příbor, Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP
Kontakt: MUDr. Mořic Jurečka; tel.: 556 724 224; e-mail: moric.jurecka@seznam.cz; www.beskydskedny.cz

Vzdělávací seminář SVL

Léčba chronické zácpy a prevence a léčba respiračních onemocnění v ordinaci praktického lékaře
19. 11. 2011/Olomouc
Místo konání: Aula Právnické fakulty UP Olomouc
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Vzdělávací seminář OSPDL ČLS JEP

19. 11. 2011/Hluboká nad Vltavou
Místo konání: Parkhotel
Pořadatel: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP
Kontakt: www.detskylekar.cz

3. konference výukového portálu Akutne.cz

Intenzivní medicína a resuscitace, bolest, anestezie, DAM (Difficult Airway Management – neočekávaný scénář) – etika a právní aspekty, akutní pneumologie
19. 11. 2011/Brno
Místo konání: kampus Bohunice
Pořadatel: Výukový portál Akutne.cz
Kontakt: www.akutne.cz

Stomatologie, stomatochirurgie – vývoj, péče, úrazy

Symposium pro sestry
21. 11. 2011/České Budějovice
Kontakt: www.bos-congress.cz

Respirační kaleidoskop – seminář

Problémy respiračních onemocnění v regionu, glukokortikoidy v respirační patologii, recidivující resp. infekce, mechanismy, na něž lze u resp. chorob útočit
21. 11. 2011/České Budějovice
Pořadatel: Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP, Česká iniciativa pro astma
Kontakt: doc. MUDr. Vít Petřů, CSc.; tel.: 257 272 017; e-mail: vit.petru@homolka.cz; www.cls.cz

Bioptická diagnostika maligních lymfomů

21.–24. 11. 2011/Praha
Místo konání: Ústav patologie
1. LF UK a VFN Praha
Pořadatel: IPVZ
Kontakt: Mgr. Eva Chárová; tel.: 261 092 461; e-mail: charova@ipvz.cz; www.ipvz.cz

Interna Informans – seminář

Biologická léčba osteoporózy, tepová frekvence jako rizikový faktor, jak zlepšit dlouhodobou compliance nemocných, novinky v antikoagulační léčbě, systémová onemocnění pojiva, moderní léčba diabetu, diferenciální diagnostika bolení břicha
22. 11. 2011/České Budějovice
Místo konání: Hotel Malý pivovar
Pořadatel: Česká internistická společnost ČLS JEP
Kontakt: www.gsymposion.cz

Nové směry v diagnostice a léčbě CHOPN

22. 11. 2011/Praha
Místo konání: FN Na Bulovce
Pořadatel: IPVZ
Kontakt: Milena Keslová; tel.: 261 092 457; e-mail: keslova@ipvz.cz; www.ipvz.cz

PTA kurz

22.–23. 11. 2011/Praha
Místo konání: IKEM
Pořadatel: Česká společnost intervenční radiologie ČLS JEP, Nadace J. Rösche, Základna radiodiagnostiky a intervenční radiologie IKEM
Kontakt: prof. MUDr. Jan Peregrin, CSc.; e-mail: jape@medicon.cz; www.csir.cz

Regionální setkání dermatovenerologů

23. 11. 2011/Hradec Králové
Pořadatel: Klinika nemocí kožních a pohlavních LF UK a FN HK
Kontakt: doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.; e-mail: ettler@fnhk.cz; www.lfhk.cuni.cz/dermat

Skličkový seminář

23. 11. 2011/Praha
Místo konání: FN Na Bulovce
Pořadatel: histopatologická sekce České dermatovenerologické společnosti ČLS JEP
Kontakt: doc. MUDr. Lumír Pock, CSc.; e-mail: lumir.pock@volny.cz; www.lfhk.cuni.cz/dermat

Vzdělávací seminář SVL

Léčba chronické zácpy a prevence a léčba respiračních onemocnění v ordinaci praktického lékaře
23. 11. 2011/České Budějovice
Místo konání: Budova Medipont
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Humánní biomonitoring – seminář

23. 11. 2011/Praha
Místo konání: Státní zdravotní ústav
Pořadatel: SZÚ
Kontakt: prof. MUDr. Milena Černá, DrSc.; e-mail: mcerna@szu.cz; Mgr. Andrea Kršková, Ph.D.; tel.: 267 082 268; e-mail: a.bat@szu.cz; www.szu.cz

19. onkologicko-urologické sympozium

15. mammologické sympozium
Zhoubné nádory varlat, karcinom prostaty, včasný záchyt karcinomu prsu, léčba nepokročilého karcinomu
23.–25. 11. 2011/Praha
Místo konání: Policejní akademie
Pořadatel: Česká společnost komplexní onkologické péče, Česká onkologická společnost ČLS JEP, onkologické oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice, KOC FN Na Bulovce, FTN a VFN, Nadační fond Onkologie pro 21. století
Kontakt: PhDr. Petr Koutný; tel.: 602 660 996; www.onkologie21.cz e-mail: info@onkologie21.cz;

Preparační kurz ORL s mezinárodní účastí

Chirurgie nosu a vedlejších nosních dutin
23.–25. 11. 2011/Brno
Místo konání: Anatomický ústav LF MU
Pořadatel: Edukační centrum praktické anatomie a Anatomický ústav LF MU v Brně
Kontakt: http://otolaryngologie.cz; www.ecpa-cz.com

27. neonatologické dny

23.–25. 11. 2011/Plzeň
Místo konání: Parkhotel
Pořadatel: Neonatologické oddělení FN Plzeň, Česká neonatologická společnost ČLS JEP
Kontakt: www.neodny2011.cz

25. sjezd českých a slovenských neurologů

58. sjezd českých a slovenských klinických neurofyziologů
23.–26. 11. 2011/Brno
Místo konání: Výstaviště Brno, pavilon „E“
Pořadatel: Česká neurologická společnost ČLS JEP, Česká společnost pro klinickou neurofyziologii ČLS JEP, Slovenská neurologická společnost SLS, Slovenská společnost pre klinickú neurofyziológiu SLS, Společnost biomedicínského inženýrství a lékařské informatiky ČLS JEP, Neurologická klinika LF MU a FN Brno, NeuroBrno, a. s.
Kontakt: www.csn2011.cz

Zdravotnický odborník a reklama na léčivé přípravky

Letáky, brožury, plakáty, stojánky, reklamní tužky a jiné materiály či předměty dodávané reprezentanty farmaceutických společností pravidelně vídáme v ordinacích praktických lékařů, čekárnách i lékárnách. Lékaři publikují v odborných periodikách, poskytují on-line rozhovory, přednášejí na vědeckých kongresech. Všechny tyto aktivity mohou být klasifikovány jako reklama na léčivé přípravky.

Plynou z toho pro zdravotnické odborníky nějaká rizika? Jaké zásady musí dodržovat? O tom by měl podat stručný, nikoli však vyčerpávající přehled následující článek.

Vymezení reklamy

Podle zákona o regulaci reklamy (č. 40/1995 Sb.) se reklamou obecně rozumí oznámení, předvedení či jiná prezentace šířená zejména komunikačními médii, mající za cíl podporu podnikatelské činnosti, zejména podporu spotřeby nebo prodeje zboží. Za reklamu na humánní léčivé přípravky pak zákon považuje také všechny informace, přesvědčování nebo pobídky určené k podpoře předepisování, dodávání, prodeje, výdeje nebo spotřeby humánních léčivých přípravků, přičemž obsahuje příkladný výčet jednání, jež se považují za reklamu. Jedná se zejména o:

- Návštěvy obchodních zástupců u osob oprávněných léčitva předepisovat, dodávat nebo vydávat.
- Dodávání vzorků léčiv.
- Podporu předepisování, výdeje a prodeje léčiv pomocí daru, spotřebitelské soutěže a nabídkou nebo příslibem jakéhokoli prospěchu nebo finanční či věcné odměny.
- Sponzorování setkání konaných za účelem podpory předepisování, prodeje, výdeje nebo spotřeby léčiv a navštěvovaných odborníky.
- Sponzorování vědeckých kongresů s účastí odborníků a úhradu nákladů na cestovné a ubytování souvisejících s jejich účastí. Za reklamu na léčivé přípravky však mohou být považována i jiná jednání, pokud splňují shora uvedené definiční znaky.

Pozor na léky na předpis

Na reklamu na léčivé přípravky se vztahují obecné požadavky stanovené zákonem o ochraně spotřebitele (č. 634/1992 Sb.) a obchodním zákoníkem (č. 513/1991 Sb.) jakož i speciální požadavky obsažené v zákoně o regulaci reklamy. Reklama nesmí být klamavou ani agresivní obchodní praktikou. Zakázaná je reklama skrytá. Reklama nesmí být v rozporu s dobrými mravy, zejména nesmí využívat motiv strachu. Srovnávací reklama je přípustná pouze tehdy, je-li zaměřena na zdravotnické odborníky. K reklamě se zároveň vztahuje několik pokynů vydaných Státním ústavem pro kontrolu léčiv (SÚKL), jež sice nemají povahu obecně závazných předpisů, ale napovídají, jaký má tento dozorový orgán názor na některé konkrétní situace.

Obecně můžeme říci, že právní úprava reklamy na léčivé přípravky je založena na těchto základních zásadách:

- Předmětem reklamy může být pouze registrovaný léčivý přípravek.
- Předmětem reklamy zaměřené na širokou veřejnost (tedy každého, kdo není zdravotnickým odborníkem) nesmí být léčivé přípravky, jejichž výdej je vázán pouze na lékařský předpis (výjimkou jsou vakcinační kampaně schválené Ministerstvem zdravotnictví ČR).
- Veškeré informace obsažené v reklamě musí odpovídat údajům

uvedeným v souhrnu údajů (SPC) daného léčivého přípravku.

- Reklama musí podporovat racionální používání léčivého přípravku jeho objektivním představením bez přehánění jeho vlastností.

Jsem lékař, mě se to přece netýká

Právě naopak. Zdravotnický odborník (lékař, lékárník) sice zpravidla ve vztahu k reklamě na léčivé přípravky nevystupuje jako „zadavatel“, který si u jiného subjektu objednal zpracování reklamy (většinou je to farmaceutická společnost z titulu držitele rozhodnutí o registraci či výrobce, popř. distributor), ani jako „zpracovatel“, který reklamu zpracoval. Může se však velmi snadno dostat do role „šířitele“, tedy osoby, která reklamu veřejně šíří. Typicky půjde o případy uveřejňování letáků a jiných reklamních materiálů v prostorách čekárny nebo ordinace lékaře. Dále lze zmínit např. vystoupení lékaře jako přednášejícího na vědeckých kongresech a odborných setkáních, neboť i takováto aktivita může mít charakter reklamy. Proto i zdravotnický odborník musí dodržovat předpisy regulující reklamu na léčiva.

Na co si tedy dát pozor?

Z výše uvedené definice vyplývá, že z pohledu zdravotnického



Mgr. Petr Samec
advokátní kancelář DLA Piper

odborníka jsou reklamou jakékoli informace, přesvědčování nebo pobídky, jež jsou určeny k podpoře předepisování, výdeje nebo spotřeby humánních léčivých přípravků. V praxi se odborník může setkat s nejrůznějšími formami reklamy, přičemž my zde poukážeme na nejdůležitější z nich.

Návštěvy reprezentantů

Při návštěvě obchodního zástupce farmaceutické společnosti je třeba mít na paměti, že každá taková návštěva je sama o sobě považována za reklamu. Ze zákona je obchodní zástupce povinen předat lékaři SPC pro daný léčivý přípravek a informaci o způsobu jeho hrazení.

Reklamní materiály

Zdravotnický odborník musí dbát na to, aby jakékoli reklamní materiály distribuované reprezentanty farmaceutických firem (např. letáky, brožury, plakáty, trojzmměrné reklamní předměty), které se týkají léků „na předpis“, nebyly poskytovány přímo pacientům a aby se ani nenacházely ve veřejných prostorách daného zařízení (zejména v ordinacích, čekárnách a lékárnách).

Dárky

a připomínková reklama

Zdravotnický odborník nesmí od farmaceutické firmy vyžadovat a přijmout dar, který není nepatrné hodnoty (podle SÚKL činí úhrnný limit na jednoho odborníka 1500 Kč za rok) a který nemá vztah k jím vykonávané odborné činnosti. Zároveň je třeba upozornit na to, že dar v hodnotě nad 500 Kč podléhá zákonu o daních z příjmů.

Vzorky

Farmaceutické firmy mohou vzorky léčiv poskytovat pouze lékařům, nikoli lékárníkům, a to v omezeném počtu nejvýše pro jeden kalendářní rok. Každý vzorek musí odpovídat nejmenšímu balení daného přípravku na trhu a musí být označen jako „Neprodejný vzorek“ nebo „Bezplatný vzorek“. Vzorky lze poskytovat pouze na základě písemné žádosti lékaře.

Publikace

a veřejná vystoupení

Při jakýchkoli vystoupeních na veřejnosti a publikační činnosti (přednášky na kongresech, tiskové konference, rozhovory, odborné články, televizní reklama apod.) musí mít zdravotnický odborník vždy na paměti zákaz propagace léků „na předpis“ směřované na širokou veřejnost. V takové reklamě zdravotnický odborník nesmí v žádném případě figurovat a doporučovat určitý přípravek. Vůči jiným zdravotnickým odborníkům takové aktivity zakázány nejsou, je však třeba dodržet předepsané obsahové náležitosti reklamy a přípravek prezentovat objektivně a bez přehánění jeho vlastností.

V pořádku jsou výstupy týkající se pouze údajů o lidském zdraví nebo onemocněních, pokud neobsahují žádný odkaz, a to ani nepřímý, na humánní léčivé přípravky, jakož i korespondence nutná k zodpovězení specifických dotazů na konkrétní přípravek a případné doprovodné materiály nereklamní povahy. Ani takové edukační výstupy však nesmí neúměrně zdůrazňovat léčbu onemocnění, pro které je na trhu pouze jeden léčivý přípravek nebo se jedná pouze o přípravky jednoho držitele rozhodnutí o registraci.

Odpovědnost za reklamu

Po obsahové stránce za reklamu odpovídá zásadně zadavatel, v některých případech zpracovatel, popřípadě oba dva společně a nerozdílně. Šířitel odpovídá pouze za způsob šíření reklamy. Co to znamená v praxi? Pokud se vrátíme k již zmíněným reklamním letákům, které jsou šířeny v čekárně či ordinaci lékaře, pak za jejich obsah vždy odpovídá zadavatel (farmaceutická firma, distributor), popřípadě zpracovatel (např. reklamní agentura). Zdravotnický odborník však odpovídá za to, že takové šíření letáků není v rozporu se zákonem o regulaci reklamy. Konkrétně se jedná o to, aby např. lékař pacientům v ordinaci neposkytoval letáky či jiné reklamní materiály na léčivé přípravky, které nejsou „volně prodejné“, nebo aby se takové materiály nevyskytovaly v čekárně či jiných volně přístupných prostorách daného zdravotnického zařízení.

Zdravotnický odborník je povinen poskytnout SÚKL součinnost při šetřeních týkajících se reklamy na léčivé přípravky, zejména je povinen na výzvu sdělit údaje o osobě, která si u něj šíření reklamy objednala.



ilustrační foto: Shutterstock

Obrana před nepravdivými tvrzeními

Jak se mohu bránit, když místní noviny otisknou nepravdivý a zkreslený článek o poskytování stomatologické péče v mé ordinaci? Formulace a informace v článku poškozují a urážejí mě i mé spolupracovníky, na malém městě mi téměř znemožňují další praxi. Omluvu v novinách považuji jen za první krok k nápravě... Jaké další možnosti mám a budu muset nějak dokazovat, že publikované informace nejsou pravdivé?



odpovídá
JUDr. Pavel Zajíc

může se zlobit pouze sám na sebe. Jestliže je ale jeho dobrá pověst poškozována a ohrožována nepravdivými či zkreslenými informacemi v novinách, měl by mít právo se proti takovému postupu bránit. Právní řád k tomu našťástí poskytuje dostatek prostředků.

Právo na odpověď

Podle tiskového zákona v případě, že v tisku bylo uveřejněno sdělení obsahující skutková tvrzení, která se dotýkají cti, důstojnosti nebo soukromí Vás jako fyzické osoby anebo jména a dobré pověsti právnické osoby (společnosti, v jejímž rámci provozujete svou lékařskou praxi), můžete požadovat po vydavateli novin zveřejnění odpovědi. Podmínkou pro uveřejnění odpo-

vědi není jen to, že předmětné tvrzení v novinách se dotklo Vaší cti či důstojnosti, ale rovněž to, aby se jednalo o tvrzení nepravdivé, zkreslující, neúplné nebo nepřesné. Žádost o uveřejnění odpovědi musí být vydavateli novin doručena nejpozději do 30 dnů ode dne uveřejnění nepravdivého sdělení, jinak právo na uveřejnění odpovědi zaniká. Obsah odpovědi si formulujete sám, odpověď se však musí omezit pouze na skutková tvrzení, kterými se zveřejněné tvrzení uvádí na pravou míru nebo se opravdu zkreslující tvrzení doplňuje či zpřesňuje.

Do 15 dnů

Lze určitě doporučit přiložení dokladů či důkazů k prokázání pravdivosti Vašeho tvrzení uvedeného v odpovědi. Vydavatel novin je přítom povinen, na Vaši žádost, odpověď uveřejnit ve lhůtě



ilustrační foto: Shutterstock

8 dnů ode dne doručení Vaší žádosti o uveřejnění odpovědi. Vydavatel je přítom oprávněn odpověď komentovat nebo k ní učinit redakční poznámku.

V případě, že by vydavatel novin neuveřejnil odpověď vůbec nebo by nedodržel zákonem dané podmínky pro uveřejnění dané odpovědi, rozhodne o uveřejnění odpovědi na Váš návrh soud. Návrh k soudu přítom musí být podán do 15 dnů po uplynutí lhůty stanovené pro zveřejnění odpovědi, jinak právo dovolávat se uveřejnění odpovědi zaniká. Výše uvedená pravidla platí jak pro tištěná, tak elektronická média. Obdobná úprava se vztahuje i na nepravdivá či zkreslující tvrzení uvedená

v rozhlasovém nebo televizním vysílání.

Zadostiučinění v penězích

Další možnost jak se bránit nepravdivým či zkreslujícím tvrzením, která zasahují do Vaší cti, důstojnosti nebo soukromí, Vám poskytuje občanský zákoník. Ten stanovuje každé fyzické osobě právo na ochranu osobnosti a současně poskytuje obranu proti zásahům do tohoto práva. Konkrétně se můžete domáhat, aby bylo upuštěno od neoprávněných zásahů do práva na ochranu osobnosti, dále se pak můžete domáhat, aby byly odstraněny následky těchto zásahů a bylo Vám dáno přiměřené zadostiučinění. V případě, že by se přiměřené zadostiučinění nejevilo postačujícím, zejména proto, že byla ve značné míře snížena Vaše důstojnost nebo vážnost ve společnosti, můžete požadovat též náhradu nemajetkové újmy v penězích. Pro úplnost uvádím, že ten, kdo neoprávněným zásahem do práva na ochranu osobnosti způsobí škodu, odpovídá za ni.

Je zřejmé, že právo poskytuje dostatečnou škálu prostředků jak se bránit proti nepravdivým či zkreslujícím tvrzením uvedeným v tisku. Vhodný postup a využití těch správných možností doporučuji konzultovat s advokátem.

Náležitosti oznámení o nedobrovolné hospitalizaci

Jaké náležitosti by mělo obsahovat oznámení o nedobrovolné hospitalizaci, které posílá psychiatrická léčebna soudu? Měly by v něm být podrobně vyličené okolnosti, za nichž byl pacient do léčebny přijat? Kdy psychiatrická léčebna nemusí oznámení posílat?



odpovídá
Mgr. Ivan David

soudu oznámení doručeno. Rovněž je třeba zdůraznit, že oznamovací povinnost se týká všech, kteří byli v ústavu umístěni bez svého písemného souhlasu – tj. nejen těch, kteří aktivně odmítli písemný souhlas udělit, ale i těch, kteří svůj souhlas objektivně nemohli dát pro nepříznivý zdravotní stav, například v důsledku bezvědomí.

Snazší práce soudu

Obsahové náležitosti oznámení právní úprava nikde výslovně nestanoví. Z povahy věci je však zřejmé, že oznámení by především mělo jednoznačně identifikovat hospitalizovanou osobu (přínejmenším by mělo být uvedeno její jméno, příjmení, adresa bydliště a rodné číslo či datum narození). Dále by mělo obsahovat informace o tom, v kolik hodin, resp. minut byla v ústavu omezena osobní svoboda této osoby (tj. kdy začala plynout ona zákonná 24hodinová lhůta pro učinění

oznámení; aby byla lhůta dodržena, je možné učinit oznámení soudu i telefonicky, e-mailem nebo faxem). Dále je vhodné v oznámení uvést důvod nedobrovolné hospitalizace (například že osoba jevící známky duševní choroby ohrožuje sebe nebo své okolí ve smyslu §23, odst. 4, písm. b) zákona o péči o zdraví lidu), ale i s tím související a Vámi zmíněné okolnosti, za nichž byl pacient do ústavu převzat.

V oznámení by konečně měl být označen ústav, v němž je pacient hospitalizován, včetně oddělení, na němž je umístěn, jméno a příjmení ošetřujícího lékaře a vyjádření k tomu, zda bude možno pacienta vyslechnout v následujícím detenčním řízení u soudu. V oznámení by v ideálním případě měly být také označeny blízké osoby, které by o umístěném mohli podat zprávu. Připojena by dále měla být i příslušná lékařská zpráva o stavu umístěného. Pokud oznámení neobsahuje všechny zde zmíněné informace, bude je posléze zjišťovat soud, aby mohl rozhodnout o oprávněnosti nedobrovolné hospitalizace.

Kompenzace za napadení zdravotníka při výkonu povolání

Kamarádka lékařku pokousal (doslova) při poskytování první pomoci v rámci její služby na pohotovosti opilý bezdomovec. Zranění lékařky není vážné a obejde se bez následků. Jakých kompenzací se však může zdravotník obecně domáhat v případech napadení při výkonu povolání? Je mi jasné, že například právo na finanční odškodnění bude v případě člověka bez domova jen hypotetické a těžko vymahatelné...



odpovídá
Mgr. Kateřina Götzová

č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku. V něm je upravena odpovědnost za trestný čin ublížení na zdraví zdravotnickému pracovníkovi při výkonu zdravotnického zaměstnání nebo povolání směřujícího k záchraně života či ochraně zdraví nebo

na jiném, který plnil svoji obdobnou povinnost při ochraně života, zdraví či majetku vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení či funkce nebo uloženou mu podle zákona. V případě, že pachatel bude uznán soudem vinným, hrozí mu trest odnětí svobody na jeden rok až pět let.

V případě, že byla zdravotníkovi způsobena škoda na zdraví, je dále oprávněn domáhat se žalobou podle ustanovení § 420 a násl. zákona č. 40/1964 Sb., občanského zákoníku, náhrady takto způsobené škody.

V případě, že zdravotník byl při výkonu své služby napaden pacientem, je oprávněn podat trestní oznámení pro podezření ze spáchání trestného činu (resp. pokusu o něj, pokud mu nebyla způsobena škoda na zdraví) ublížení na zdraví podle ustanovení § 146 odst. 2 písm. d) zákona

SERVIS

Zajímavé www stránky

– zdravotnický systém v USA

Výhody a slabá místa stávajícího zdravotnického systému Spojených států jsou studovány zájemci z celého světa. Reforma zdravotnického systému je také jedním z nosných témat současné americké administrativy vedené prezidentem Obamou. Pokud se o systém poskytování zdravotní péče v USA zajímáte, možná rádi zavítáte na některý z níže uvedených webů.

White House: Health Reform

www.whitehouse.gov/healthreform

S tímto odkazem se dostanete na oficiální stránky prezidenta USA Baracka Obamy, kde jeho tým průběžně informuje návštěvníky o základních principech zdravotnické reformy, která již započala schválením prvních zákonů v roce 2010. Na stránkách nalezneme aktuální informace o implementaci reformy či snahu o vysvětlení s reformou často asociovaných mýtů.



The Healthcare Blog
<http://thehealthcareblog.com/blog/2008/03/21/a-detailed-analysis-of-barack-obamas-health-care-reform-plan>
 Kliknutím na výše uvedený odkaz se dostáváme na tu část inter-

netového portálu The Healthcare Blog, který se zabývá detailní analýzou Obamova reformního plánu. Krom toho však stránky obsahují řadu článků o problematice zdravotnického systému v USA a mohou tak sloužit jako vhodný průvodce tímto relativně složitým systémem, kde se střetávají zájmy pacientů, poskytovatelů zdravotní péče, státu i pojišťoven.

U. S. Department of Health and Human Services

www.hhs.gov
 Oficiální internetové stránky amerického ministerstva zdravotnictví jsou samozřejmě také důležitým zdrojem informací o oficiální americké zdravotnické politice. Vyjma toho však obsahují i základní informace o specializačním vzdělávání lékařů, přehled dostupných preventivních programů pro veřejnost a odkazy na další servery, jež



poskytují informace o onemocněních, jejich léčbě či očkovaní.

AMSA

www.amsa.org/AMSA/Libraries/Committee_Docs/HealthCare-SystemOverview.sflb.ashx

American Medical Student Association (AMSA) je asi 50 let fungující nezávislé sdružení studentů medicíny. Web obsahuje řadu informací, které mediky mohou zajímat, včetně množství odborných textů týkajících se různých zdravotnických témat. Článek „Overview of the U. S. Health Care System“ je souhrnem bazálních informací o zdravotnickém systému v USA

a může tak být výchozím materiálem pro seznámení s ním.

Centers for Medicare and Medicaid Services

www.cms.gov

Medicare a Medicaid jsou vládní programy, prostřednictvím kterých se stát podílí na spolufinancování zdravotnických služeb. Legislativně byly zřízeny v roce 1965. Medicare pokrývá náklady na zdravotní péči poskytovanou seniorem (nad 65 let věku), Medicaid je pro změnu určen pro sociálně slabší obyvatele. Výše uvedený odkaz nás zavede na portál věnovaný těmto programům.

MUDr. Michal Peříšek



ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

www.zdn.cz
 Číslo 22/2011, ročník 60

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

Redakce
 Filip Kút, DiS (on-line, Z domova)
 tel. 225 276 176, e-mail: kut@mzf.cz
 Petra Klusáková, DiS. (Z domova)
 tel. 225 276 388, e-mail: klusakovamzf.cz
 Květa Havlová, DiS. (Téma, Zahraníčí, Aktuality, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mzf.cz
 PaedDr. Jaroslava Sladká (kongresy, reportáže)
 tel. 225 276 162, e-mail: sladkaj@mzf.cz
 Mgr. Martin Cermák (Představujeme)
 tel. 225 276 436, e-mail: cermak@mzf.cz
 PhDr. Jana Jilková (Ze společnosti, rozhovory)
 tel. 225 276 432, e-mail: jilkovamzf.cz
 MUDr. Andrea Skalová (Lékařské listy)
 tel. 225 276 418, e-mail: skalovamzf.cz

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

Editor/korektor
 Mgr. Martin Cermák

Grafika a technické zpracování
 BcA. Pavla Ortová
 tel. 225 276 455, e-mail: ortovamzf.cz

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

INZERCE
 fax 225 276 444

group sales manager
 Ing. Roman Polma
 225 276 427
 e-mail: obchod.ms@mzf.cz

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



generální ředitel
 Ing. David Hurta

kreativní ředitel
 René Decastelo

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

MARKETING A DISTRIBUCE

ředitelka marketingu novin a časopisů
 Hana Holková
brand manager Ing. Hana Matejíčková
vedoucí výroby a distribuce Soňa Štárhová
manažerka předplatného Zuzana Hrušková,
 tel. 225 276 454, e-mail: hruskova@mzf.cz

Vydává Mladá fronta a. s.,
 sídlo: Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4
 IČ: 49240315, www.mf.cz

adresa redakce: Zdravotnické noviny,
 Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
 sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222
 e-mail: zdn@mzf.cz

DISTRIBUCE
 Předplatné pro Českou republiku využívaje:
 Postservis, Poděbradská 39, 190 00 Praha 9
 tel. 800 300 302, e-mail:
 predplatne.mf@post.cz
www.periodik.cz
 Cena ročního předplatného je 590 Kč.
 Objednávky do zahraničí:
 Mediaservis, s. r. o., záložnické centrum,
 Videnská 995/63, 639 63 Brno
 tel. 532 165 165, e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:
 Mediaprint Kapa Pressegrasso, a. s.,
 oddělení inej formy předtá, P. O. Box 183
 Vajnorská 137, 830 00 Bratislava 3
 tel. +421 244 458 821
 fax +421 244 458 819
 e-mail: predplatne@abompkapa.sk

Smluvní vztah mezi vydavatelem
 a předplatitelem se řídí všeobecnými
 obchodními podmínkami pro předplatitele.
 Předplatné se automaticky prodlužuje.

Doporučená cena 28 Kč.

Vydavatel a redakční rada nenesou
 odpovědnost za obsah inzerátů ani jiných
 materiálů komerční povahy.

Tisk EUROPRINT a. s.
 Číslo dárno do tisku 3. 11. 2011
 Přetisk a jakékoli šíření
 pouze se souhlasem vydavatele.
 Tiskový náklad je auditován
 firmou Deloitte Audit, s. r. o.

© Mladá fronta a. s., 2011
 Evidenční číslo MK ČR: E 15722
 ISSN 0044-1996

Předplatte si ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

Předplatné na rok + balíček zajímavých odborných knih



Alzheimerova demence v praxi - konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický

Z pera odborníků „dementologů“ z řad psychiatrů, neurologů a geriatrů vznikl tento společný konsenzus v diagnostice a léčbě pacientů s Alzheimerovou nemocí. Kniha je psána jako jednoduchý a praktický „návod“ především pro ambulantní psychiatry, neurology a geriatry, ale i pro lékaře dalších oborů, kteří přicházejí do styku se seniory a zajímá je problematika demencí.



Poznejte demenci správně a včas - příručka pro klinickou praxi

Tato velmi praktická příručka pojednávající o diagnostice a terapii demencí je určena především praktickým lékařům, ale též psychiatrům, neurologům, klinickým psychologům, sociálním pracovníkům a dalším odborníkům, kteří se nespécializují na tematiku demencí a přicházejí do styku s pacienty trpícími demencí.

**Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 4. 12. 2011.
Předplatné na rok pouze za 590 Kč**



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku
predplatne.mf@cpost.cz, uveďte
své **jméno** a **doručovací adresu**.
Do předmětu napište kód **ZDN 1111**.
Předplatit si můžete také **on-line**
na našich stránkách **www.mf.cz**



Volejte zdarma 800 300 302

Jednoduše zavolejte
své osobní údaje
a info o požadovaném
předplatném a periodiku.
Uveďte kód **ZDN 1111**



Pošlete SMS na číslo 900 09 06

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

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Svoji objednávkou dává předplatitel souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a.s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zák. č. 101/2000 Sb., tj. zejména že poskytnutí údajů je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoliv na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci, atd.. Podrobné informace a všeobecné dodací podmínky naleznete na www.mf.cz

Falkenstein-Klinik Bad Schandau Sächsische Schweiz/Dresden

Die Falkenstein-Klinik verfügt über 236 Betten und führt Reha-Maßnahmen einschließlich Anschlussheilbehandlungen (AHB) für die Rentenversicherungsträger und für die gesetzlichen und privaten Krankenkassen durch. Schwerpunkt ist die Behandlung von gastroenterologischen, diabetologischen, kardiologischen und onkologischen Erkrankungen.

Gesucht wird für die Abteilung für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen sowie für die kardiologische Abteilung zum nächstmöglichen Zeitpunkt jeweils eine/ein

Stationsärztin/Stationsarzt

Die Falkenstein-Klinik verfügt über ein eigenes Labor, Röntgen, Endoskopie und Ultraschalldiagnostik. Ein Überwachungsraum steht ebenso zur Verfügung wie eine umfangreiche kardiologische Funktionsdiagnostik mit Spiroergometrie, Stressechokardiographie, TTE, TEE, Rechtsherzkatheter, Belastungs-EKG, 24-Stunden-EKG, Herzschrittmacherkontrolle, Langzeitblutdruckmessung sowie Dopplersonographie und Farbduplex-Sonographie. Das Angebot umfasst eine frei zu vereinbarende, über tarifliche Dotierung. Bad Schandau liegt unmittelbar an der tschechischen Grenze, in reizvoller Lage in der Sächsischen Schweiz und ca. 40 km von Dresden entfernt.

Innere Medizin - Kardiologie

Die beiden Chefärzte sind für 1,5 Jahre zur Weiterbildung in der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin sowie Gastroenterologie und für je 1 Jahr in der Kardiologie, Diabetologie und Sozialmedizin ermächtigt. Es erwartet Sie eine interessante und abwechslungsreiche Tätigkeit in einem erfahrenen Team mit einem Facharztanteil von annähernd 70 Prozent.

Nähere Auskünfte erhalten Sie über den Chefarzt der Abteilung für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen, Herrn PD Dr. med. Milovic sowie den Chefarzt der Abteilung für Kardiologie, Herrn Dr. med. Bischoff, unter der Nummer +49 (0) 35022/45-821. Ihre kompletten Bewerbungsunterlagen richten Sie bitte an die

Falkenstein-Klinik – Ostrauer Ring 35 – D-01814 Bad Schandau

Inserce A11010965



Kliniken des Landkreises Freyung-Grafenau gGmbH

Krankenhaus Waldkirchen | 90 Betten

Hauptabteilungen: Chirurgie, Endoprothetik, Innere Medizin mit Palliativ, Anästhesie
Belegabteilung: Chirurgie, Pneumologie

Krankenhaus Freyung | 175 Betten

Hauptabteilungen: Chirurgie, Innere Medizin, Psychosomatik, Anästhesie
Belegabteilungen: GYN/GG, HNO und Augen, Gemeinschaftspraxis Radiologie

Krankenhaus Grafenau | 140 Betten

Hauptabteilungen: Chirurgie, Innere Medizin, Anästhesie
Belegabteilung: Urologie

Krankenpflegeschule | 78 Plätze

Der Landkreis Freyung-Grafenau liegt in einer reizvollen Mittelgebirgslandschaft zwischen der Drei-Flüsse-Stadt Passau und dem Nationalpark Bayerischer Wald. Alle weiterführenden Schulen befinden sich vor Ort. Kindergartenplätze sind kurzfristig verfügbar.

Für unser Krankenhaus in Waldkirchen suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

Leitenden Oberarzt für Allgemein- und Visceralchirurgie (w/m)

Das Krankenhaus Waldkirchen ist ein kleines, aber sehr aktives Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit folgenden Hauptabteilungen: Allgemein- und Viszeralchirurgie (mit Zentrum für Coloproktologie und minimalinvasive Chirurgie) sowie Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Innere Medizin einschließlich Palliativstation und Anästhesie. Eine pneumologische und eine große orthopädische Praxis sind dem Haus angegliedert. Die sehr leistungsfähige chirurgische Abteilung erbringt jährlich ca. 2.250 stationäre und ca. 750 ambulante Operationen.

Unsere Häuser der Regelversorgung haben verschiedene Schwerpunkte und sind zum Verletztenartenverfahren zugelassen. Visceral- und Gefäßchirurgie, Proktologie, Unfallchirurgie und Orthopädie, Kardiologie, Gastroenterologie, Diabetologie sowie Dialyse stehen ebenso zur Verfügung wie neurologische und neurochirurgische Konsiliardienste, Psychosomatik und eine große radiologische Praxis mit CT, MRT und Nuklearmedizin.

Ihr Profil zeichnet sich durch folgende Eigenschaften aus: • Sie sind Allgemein- und Visceralchirurgie mit großer visceralchirurgischer Erfahrung (möglichst Teilgebietsanerkennung) • Aktive Beteiligung an einer weiterhin positiven und expansiven Entwicklung der Abteilung • Sie haben fundierte Kenntnisse des DRG-Systems • Sie sind bereit zur vertrauensvollen Zusammenarbeit mit allen Berufsgruppen

Falls Ihnen diese Position zusagt und Sie das erforderliche Profil mitbringen, haben wir folgendes Angebot für Sie: • Vergütung nach TV-Ärzte, ggf. über tarifliche Leistungen • 10 Tage bezahlter Fortbildungsurlaub und 1.000,- Euro Fortbildungsbudget pro Jahr • Verminderung der administrativen Tätigkeiten durch Einsatz von Codierfachkräften • Notarztdienste als Nebentätigkeit (bei Interesse) • Hohe Lebensqualität in einer wirtschaftlich stabilen Region mit niedriger Arbeitslosigkeit und sehr attraktiven Freizeitmöglichkeiten • Auf Wunsch Mithilfe bei der Wohnraumbeschaffung, Erstattung von Umzugskosten • Sie finden ein freundliches Arbeitsklima, ein eingespieltes Team und ein Krankenhaus, das sich in Bau, Ausstattung und Wirtschaftlichkeit auf modernstem Stand befindet, vor

Für telefonische Auskünfte stehen Ihnen Herr CA Dr. Zitzelsberger (+49 (0) 8581/981-2310) und Herr Personalleiter Brunner (+49 (0) 8551/977-1116) zur Verfügung.

Ihre aussagefähige Bewerbung mit den üblichen Unterlagen richten Sie an die

Kliniken des Landkreises Freyung-Grafenau gGmbH
Personalabteilung • Waldschmidtstr. 6 • D-94078 Freyung
E-Mail: personalabteilung@frg-kliniken.de

www.frg-kliniken.de

Výběrová řízení

Primář/primářka

ŘEDITEL NEMOCNICE

NYMBURK, S. R. O.,
vyhlašuje výběrové řízení
na obsazení funkce:

■ Primář/primářka
gynekologicko-
porodnického oddělení

Požadujeme:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
- specializovanou způsobilost v oboru dle zákona č. 95/2004Sb.,
- licenci ČLK pro výkon funkce vedoucího lékaře / primáře pro uvedený obor,
- organizační a komunikační schopnosti,
- občanskou a morální bezúhonnost.

Nabízíme:

- dobré pracovní podmínky,
- odpovídající finanční ohodnocení formou smluvní mzdy.

Nástup možný:

prosinec 2011, leden 2012.

Strukturovaný životopis

s přehledem odborné praxe zasílejte na personální oddělení, e-mail:

skupnikova.marie@nemnbk.cz

ZDN A11017436

Více pozic

ŘEDITEL ÚRAZOVÉ

NEMOCNICE V BRNĚ

vyhlašuje výběrové řízení
na obsazení funkce
v úvazku 1,0:

- Přednosta odboru traumatologie
- Vedoucí lékař odd. traumatologie a odd. sportovní traumatologie
- Vedoucí lékař odd. ortopedie
- Vedoucí lékař odd. spondylochirurgického
- Vedoucí lékař odd. chirurgie

Požadované kvalifikační předpoklady:

- VŠ, vzdělání lékařského směru,
- splnění spec. způsobilosti k výkonu práce lékaře dle zákona č. 95/2004 v příslušném oboru,
- organizační a řídicí schopnosti, praxe ve ved. funkci vítána,
- 10 let praxe v oboru,
- zájem o vědeckou činnost,
- oprávnění ČLK k výkonu vedoucí funkce.

Inserce A11017352

Marienhause GmbH patří k největším křesťanským zařízením v Německu. V současné době je v našich sociálních zařízeních zaměstnáno kolem 12 000 mužů a žen.

Hledáme



lékařky a lékaře pro Medical-Trainee-Programm

Tento 6-ti měsíční program je určen občanům členských států Evropské unie, kteří chtějí pracovat v našich nemocnicích v Německu.

Cíle:

- plynulá znalost německého jazyka
- mezikulturní integrace do prostředí všedního dne v německých nemocnicích
- získání apobace

Nabízíme:

- pevnou měsíční mzdu
- jazykové kurzy také během pracovní činnosti vedené individuálně lektory Jazykové školy Berlitz
- optimální příprava k jazykové zkoušce na úrovni B2
- rychlé zapojení v nemocnici díky efektivní výuce odborného jazyka
- návazně pracovní místo sekundárního lékaře

Zveme vás na informativní schůzku o našem Medical-Trainee Programm, která se bude konat v pátek 25. listopadu 2011 v 18:00 hodin v Hotelu Maximilian v Praze 1, Haštalská 752/14.

Kvůli omezené kapacitě je nutné se k účasti přihlásit předem.

MARIENHAUS GMBH • Frau Christa Steege
Postfach 12 20 • D-56588 Waldbreitbach/Deutschland
E-Mail: personal@marienhaus-gmbh.de

www.marienhaus-gmbh.de

Inserce A11017097

PERSONÁLNÍ INZERCE

Příhláška k výběrovému řízení musí obsahovat:

- životopis s přehledem profesní praxe vč. publikační činnosti,
- vyplněný osobní dotazník,
- ověřené kopie dokladů o dosaženém vzdělání,
- výpis z rejstříku trestů (ne starší 3 měsíců),
- souhlas s využitím poskytovaných osobních údajů pro účely výběrového řízení,
- návrh koncepce rozvoje oboru v Úrazové nemocnici v Brně.

Termín uzávěrky přihlášek:

do 15 dnů od zveřejnění.

Příhlášky včetně výše požadovaných podkladů zasílejte v obálce označené „Výběrové řízení“ na adresu: Úrazová nemocnice v Brně, os. odd., Ponávka 6, 662 50 Brno, a to do 30. 11. 2011.

ZDN A111017457

Volná místa

Praktický lékař/lékařka

NZZ v PRAZE 7

přijme praktického lékaře/ku pro dospělé do zavedené ambulance, možno i na zkrácený úvazek nebo 2-3 dny v týdnu.

Požadujeme: atestaci z VL nebo interny, samostatná licence není nutná, garance 2 dalších PL. Nástup ihned či dle dohody. Tel.: 283 022 141.

ZDN A111017432

Lékař

ORDINACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DOSPĚLÉ VE ZLÍNĚ hledá lékaře/ku s odbornou způsobilostí, případně v předatestační přípravě.

Bližší informace: e-mailu: 1alde@seznam.cz, tel.: 602 793 130.

ZDN A111017426

Chirurg

PRO CHIRURGICKOU AMBULANCI NA PRAZE 6 hledám lékaře na zkrácený úvazek. Kontakt: e-mail: hladky@chirurgie-hladky.cz, tel.: 724 156 832.

ZDN A111017422

Zdravotní sestra

PRO NESTÁTNÍ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ NA PRAZE 1 ZAMĚŘENÉ NA DERMATOLOGII hledáme sestru s registrací na hlavní pracovní poměr. Požadujeme: střední zdravotnické vzdělání, registraci MZ ČR, praxi v oboru minimálně 10 let, dobré komunikační dovednosti, schopnost orientovat se ve zdravotnické dokumentaci, pracovat na počítači a naučit se nový program. Vaše odpovědi se strukturovaným životopisem zasílejte na adresu: Mgr. Martina Peřinová, e-mail: martina.perinova@androsa.cz, tel.: 602 264 300.

ZDN A111016079

Dermatolog

KOŽNÍ KLINIKA V PRAZE nabízí zaměstnání pro dermatologa, plný úvazek, široké spektrum diagnóz, možnost zaškolení a částečné práce v estetické dermatologii, vhodné i pro lékaře před atestací (potřeba ukončení základního kmenu), zajímavá práce i ohodnocení, příjemné prostředí. Kontakt na tel.: 603 222 123.

ZDN A111017416

Lékaři

NEMOCNICE BLANSKO přijme:

- Lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru rehabilitační a fyzikální medicína na pozici vedoucího lékaře oddělení

- Lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru vnitřní lékařství

Nástup dle dohody. V případě zájmu nás kontaktujte na tel.: 516 838 116 nebo na e-mailu: machacova@nemobk.cz

ZDN A111017255

Vedoucí lékař - Německo

PRO NAŠEHO KLIENTA, NĚMECKOU SOUKROMOU KLINIKU NEDALEKO ČESKÝCH HRANIC, hledáme vedoucího lékaře/ku se specializací kardiologie. Požadujeme praxi v oboru i na vedoucí pozici a komunikativní znalost němčiny. Svou kandidaturu zašlete na adresu: MBV international, s. r. o., K Botiči 1453/6, 101 00 Praha 10, nebo e-mailem: office@mbv-inter.com

ZDN A111017245

Lékař

PRO MOBILNÍ HOSPIC ONDRÁŠEK

Hledáme lékaře na plný, popřípadě částečný úvazek. Podmínky budou probrány při osobní konzultaci. Zájemci volejte na tel.: 724 975 275.

ZDN A111016982

Lékař/Lékařka

LITOMYŠLSKÁ NEMOCNICE, A. S. nabízí pracovní příležitost na pozici lékaře/ky pro dětské oddělení. Uvítáme zájemce se specializovanou

způsobilostí v oboru nebo po absolvování základního kmene – není podmínkou. Nástup možný ihned nebo dle dohody. Bližší informace na e-mailu: ludmila.kopecka@litnem.cz

ZDN A111016978

Lékař

PANOCHOVA NEMOCNICE TURNOV, S. R. O., přijme do pracovního poměru lékaře se specializovanou způsobilostí v gynekologicko-porodnickém oboru na pozici zástupce primáře pro práci na lůžkovém gynekologickém oddělení a gynekologické ambulance.

Kontakt: Ing. Tomáš Sláma – ředitel, tel.: 777 767 884 nebo MUDr. Martin Hrubý – náměstek LPP, tel.: 777 767 880.

ZDN A111016975

Gynekolog

NESTÁTNÍ AMBULANTNÍ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ V PRAZE přijme gynekologa.

Požadujeme: odbornou/specializovanou způsobilost v oboru gynekologie a porodnictví,

- uživatelskou znalost PC,
- klíčový přístup k pacientům,
- aktivní znalost angličtiny vítána, není podmínkou,
- možný i částečný úvazek.

Nabízíme:

- příjemné pracovní prostředí,
- zájemci stabilní nadnárodní společnosti,
- možnost dalšího vzdělávání,
- zajímavé platové ohodnocení,
- mobilní telefon,
- 5 týdnů dovolené,
- další firemní benefity.

Nabídky včetně profesního životopisu zasílejte e-mailem: klara.gottwaldova@medicover.cz

ZDN A111016647

Hledám práci

Všeobecný sanitář

HLEDÁM PRÁCI, NEJLÉPE V NEMOCNICI V KRAJÍCH: HKK, LBK NEBO ULK. S možností ubytování.

Kontakt na e-mailu: marosno@seznam.cz nebo na tel.: 776 622 010.

ZDN A111016971



EKA ERZGEBIRGS-KLINIKUM ANNABERG
nezisková společnost GmbH

hledá od 1. 1. 2012
**PŘÍJEMNOU ANGAŽOVANOU
ODBORNOU LÉKAŘKU/PŘÍJEMNÉHO
ANGAŽOVANÉHO ODBORNÉHO LÉKAŘE**
pro dětskou ordinaci v již zavedené
POLIKLINICE

Jsmo moderní klinika poskytující lékařskou péči pro děti od novorozeneckého věku do 18 let.

V rámci Vašeho dalšího vzdělávání Vám bude umožněna účast na zajímavých odborných seminářích.

Jsmo ochotni pomoci při vyřizování potřebných formalit nutných k uznání odborného vzdělání v Německu. Rádi Vás podpoříme při hledání ubytování a případně při zajištění místa pro dítě v mateřské školce.

Velmi dobré platové podmínky se řídí tarifem Marburger Bund.

MÁTE ZÁJEM?

Pošlete svoje podklady na adresu:
EKA Erzgebirgsklinikum Annaberg gemeinnützige GmbH
Personalwesen, Chemnitz StraÙe 15, 09456 Annaberg-
Buchholz, Německo, tel. +493 733 804 041

PERSONÁLNÍ INZERCE



je přijímána na adrese:

Zdravotnické noviny
Mladá fronta a. s.
Mezi Vodami 1952/9
143 00 Praha 4 – Modřany

e-mail:
personalni.inzerce@mf.cz

Inzerce A111017437

Inzerce A111014495

Inzerce A111013194



BTL zdravotnická technika, a.s.
 Šantrochova 16, 162 00 Praha 6
 TEL 270 002 411 | GSM 777 920 282-5
 E-MAIL obchod@btl.cz | www.btl.cz

PŘÍSTROJE PRO REHABILITACI

BTL-1300 BASIC

- ◇ základní dvojdílné motorové polohovatelné lehátko

- ◇ stabilní konstrukce

běžná cena: 24 900 Kč

akční cena: 19 500 Kč



odpis do 40 000 Kč

BTL-6000 Lymphastim

- ◇ lymfodrenážní přístroj v několika modelových řadách

- ◇ přednastavené programy pro lymfologii, rehabilitaci i kosmetiku

- ◇ široký výběr kvalitních aplikátorů s prodlouženou zárukou!



ceny přístrojů

od 39 000 Kč

ceny aplikátorů
od 4800 Kč



BTL-4000 professional (elektroléčby, ultrazvuky, lasery, magnetoterapie)

- ◇ lehce přenosný přístroj s přehledným grafickým displejem

- ◇ široký výběr přednastavených diagnóz

- ◇ vestavěný akumulátor v základní ceně přístroje

- ◇ vysoká kvalita garantovaná prodlouženou zárukou – 36 měsíců

ceny již od 25 900 Kč



odpis do 40 000 Kč

BTL-6000 SWT TOPLINE

- ◇ přístroj na aplikaci rázové vlny v rehabilitační a ortopedické praxi

- ◇ široká nabídka přednastavených slovních diagnóz

- ◇ ergonomicky tvarovaný aplikátor s odpružením

běžná cena:

369 000 Kč

**akční cena:
275 000 Kč**



BTL-6000 krátkovlnná diatermie 400

- ◇ barevný dotykový displej 5,7"

- ◇ výkon v kontinuálním režimu 200 W, v pulzním režimu 400 W

- ◇ v ceně jsou kapacitní elektrody – 2 ks elektroda 130 mm s ramenem + přípojovací kabely

- ◇ jednoduchá manipulace s rameny a aplikátory

běžná cena:

195 000 Kč

**akční cena:
145 000 Kč**



NOVINKA!

PŘÍSTROJE PRO DIAGNOSTIKU

EKG HOLTER

- ◇ 3 – 12 kanálové záznamy

- ◇ kontinuální náběh 12 – 200 hodin

- ◇ kvalitní zpracování hodnocení

- ◇ automatický závěr

cena od 90 000 Kč



BTL-08 ABPM II

- ◇ 24–51 hodinový ambulantní monitor tlaku krve

- ◇ intuitivní software v češtině

- ◇ postupná deflace pro větší pohodlí pacienta

- ◇ bezhlučný provoz a lehký modul

- ◇ analýza krevního tlaku

- ◇ splňuje normy BHS a AAMI



odpis do 40 000 Kč

akční cena: 35 000 Kč

BTL-08 MEW EKG

- ◇ dvanáctikanálové EKG s tiskem na A4

- ◇ spolupracuje s ambulantními programy Medicus a PC Doktor

- ◇ automatické rozměření EKG

- ◇ v případě nouze možnost použití termotiskárny

akční cena: 35 000 Kč



odpis do 40 000 Kč

BTL-08 MEW ERGO

- ◇ 12-kanálový ergometrický systém

- ◇ komunikace se zátěžovými zařízeními (ergometr, běhátko, NIBP, SpO2)

- ◇ automatické predikce TF a zátěže

- ◇ přehledné zobrazení všech důležitých údajů na monitoru

- ◇ zátěžové profily W/t, W/kg, Ramp



NOVINKA!

DP-50

- ◇ iClear – vyhlazení a zjemnění obrázku

- ◇ automatická optimalizace obrazu

- ◇ 15" TFT monitor

- ◇ intuitivní ovládání

- ◇ 320 GB – harddisk

- ◇ váha 7 kg = snadný přenos

Cena s konvexní nebo lineární sondou 160.000 Kč



M5

- ◇ plně digitální notebookový systém

- ◇ 15" TFT monitor

- ◇ automatická optimalizace obrazu

- ◇ iClear – vyhlazení a zjemnění obrázku

- ◇ váha 6,3 kg = snadný přenos

- ◇ bateriový provoz cca 2 hodiny

Cena s lineární nebo konvexní sondou 320.000 Kč

