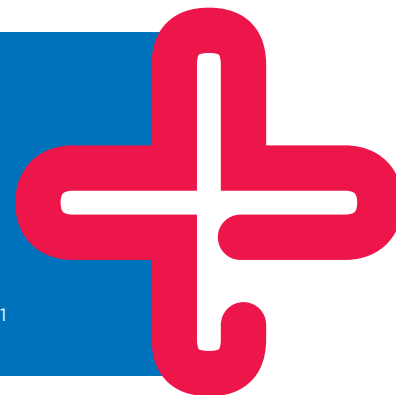


# ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



CENA 28 Kč  
PŘEDPLATNÉ 23 Kč  
23/2011 ročník 60

Toto číslo vyšlo 21. 11. 2011  
V tomto čísle LL 8



## TÉMA ČÍSLA

Kolik orgánů ohlásíš,  
tolikrát jsi dárcovským  
konzultantem  
– pohled na transplantační  
problematiku

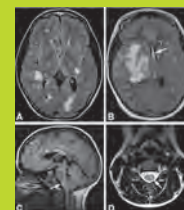
STRANA 16



## PŘEDSTAVUJEME

prof. MUDr. Jiřího Kramla,  
DrSc., emeritního přednostu  
Ústavu lékařské biochemie  
1. LF UK.

STRANA 28



## NEUROLOGIE

Historický průřez léčbou  
roztroušené sklerózy  
za posledních 15 let

STRANA 24



Je zde snaha oslabit  
pozici České asociace  
sester napadáním  
mojí osoby. (strana 6)

## Úhradová vyhláška zohlední obsah memoranda

Ministerstvo zdravotnictví představilo základní obrysy a principy, z nichž by měla vycházet úhradová vyhláška pro rok 2012. Vyhláška má zohlednit jak požadavky memoranda, tak zvýšení daně z přidané hodnoty.

Úhrady pro jednotlivé segmenty budou příští rok většinou stagnovat nebo klesat. Výjimkou má být segment nemocniční péče, který by měl zaznamenat mírný růst. Objem financí, které do systému poputují, je limitován 5% nárůstem, neboť odhad celkových příjmů do zdravotnického systému (za podmínky udržení jejich dosaavadního růstu) činí 226 miliard korun, což je právě zhruba o 5% více než v letošním roce. Referenčním obdobím nákladové složky byl při

přípravě úhradové vyhlášky rok 2010, kdy celkové náklady dosáhly 215 miliard korun. Výpadky v příjmech, resp. nárůst nákladů, má být kromě koncepčních změn kompenzován i přesunem části zůstatků na účtech zdravotních pojišťoven do systému a převodem 95% zajišťovacího fondu.

### Heger: Děláme maximum

„Objem úhrad v jednotlivých segmentech by se neměl výrazně propočně lišit vůči roku 2011. I přes

nedohodu v rámci dohodovacího řízení si myslím, že se nám podařilo udělat naprosté maximum možného v současné ekonomické situaci,“ uvedl ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09), který navíc ocenil všechny pracovníky ve zdravotnictví, kteří se i v současné ekonomické realitě podíleli na udržení relativně dobrého stavu našeho zdravotnictví.

„Výše finančních prostředků pro rok 2012 je v současné ekonomické (pokračování na straně 2)

## Omezení lázeňské péče se odkládá

Ministr zdravotnictví minulý týden jednal se zástupci lázeňského segmentu o dalším osudu lázeňské péče v České republice. Výsledkem setkání je, že plánované omezení lázeňské péče, které mělo platit již od ledna, se nyní posouvá na jaro. Lázně potřebují čas na adaptaci.

Ministerstvo ustoupilo argumentům provozovatelů lázní a některých regionálních podnikatelů poskytujících pacientům služby a souhlasilo s odložením platnosti novely indikačního seznamu o půl roku.

„Během té doby se bude o změnách ještě jednat a věříme, že v konečném důsledku nebudou tak drastické. To ostatně pan ministr na jednání deklaroval – přítomné zástupce ujistil, že lázně nechce li-

kvidovat a trvá na původně oznámeném rozsahu omezení úhrad na lázeňskou péči, a to o 15 procent, respektive 0,5 miliardy. Propočít Svazu léčebných lázní ČR, který byl zpracován aplikací stávající rozpracované podoby vyhlášky o indikačním seznamu na strukturu pacientů z roku 2010, ale dospěl k zásadně jinému výsledku, a to k omezení o téměř 1,5 miliard Kč. Ministerstvo tento propočít proto přislíbilo ověřit a následně případně re-

vidovat rozsah navržených změn,“ uvádí ve svém vyjádření Svaz léčebných lázní ČR (SLL).

Jednání se za segment lázní zúčastnili prezident SLL Eduard Bláha, viceprezident SLL Martin Plachý a hejtman Karlovarského kraje a poslanec Josef Novotný.

### Vyhláška by se dotkla nejlukrativnějších hostů

Lázně navštěvují tři skupiny pacientů. (pokračování na straně 2)

# Úhradová vyhláška zohlední obsah memoranda

(pokračování ze strany 1)

situaci obrovským úspěchem poskytovatelů, zdravotníků, pojišťoven i ministerstva. Abychom stabilitu pojistnému systému udrželi, je i nadále nezbytné, aby se všichni chovali maximálně šetrně,“ dodal Hegerův náměstek pro ekonomiku a zdravotní pojištění Petr Nosek. Hlavní novinkou úhradové vyhlášky pro rok 2012 má být platba za případový paušál, tj. klasifikační systém DRG. V jeho rámci je zdravot-

nickému zařízení hrazena péče za každého léčeného pacienta. Klasifikační systém je založen na definování skupin s klinicky a nákladově shodnými případy. Tento princip podle ministerstva vytváří tlak na efektivní poskytování zdravotní péče. Nastavení parametrů DRG by podle ministra mělo umožnit naplnění mzdových požadavků, resp. deklarovaného zvýšení platů o 6,25 % s výhledem dorovnání do 10 % v průběhu příštího roku.

Ministerstvo však uvádí, že bude záležet na situaci každého konkrétního zdravotnického zařízení. Objem peněz, které přijdou do konkrétního zdravotnického zařízení, se při využití DRG řídí hlavně počtem jeho pacientů. Zjednodušeně řečeno: Kam nepřijdou pacienti, tam přijde menší objem peněz. „Jsem přesvědčen, že zavedení systému DRG povede ke zlepšení zdravotní péče pro pacienty a ke spravedlivějšímu odměňování poskyto-

vatelů. Peníze musí jít za pacientem – zdravotnický systém zde není proto, aby uměle udržoval zaměstnanost, ale aby poskytoval

účinně a s přihlédnutím k nákladové efektivitě zdravotní péči občanům ČR,“ zdůraznil Leoš Heger.

Filip Kút Citores

## Principy úhrad pro rok 2012

### Hlavní cíle:

- Do úhrad akutní lůžkové péče zavést platby za případový paušál (klasifikační systém DRG):
  - Princip: zdravotnickému zařízení hrazena péče za každého léčeného pacienta v definovaném rozpětí.
  - „Peníze jdou za pacientem“.

### • Ponechat úhrady tzv. „centrových léků“ ve výši roku 2011:

- S motivací pro ZZ i ZP, vstoupit v této oblasti do jednání o nových smluvních vztazích, přinášejících vyšší efektivitu – např. kontrakty sdílení rizika (*risk-sharing contracts*).

### • Zavést princip individuálních kontraktů v oblastech, kde je žádoucí zkrátit čekací dobu na výkon:

- Totální endoprotézy kyčle, kolene apod.

### • Vytvořit tlak na cenu materiálu:

- TEP, kardiovertery, kardiostimulátory apod.

- Dát impuls k případnému nasmulování jiného organizačního uspořádání, které je efektivnější a přináší pacientům větší užitek:
  - např. jednodenní chirurgie ve vybraných oblastech (výkony na oční čočce, laparoskopická cholecystektomie, laparoskopické operace zevních kýl, operace varixů, konizace a kyretáž atd.).

- Vyčleněná péče, která je pro rok 2012 obtížně hraditelná přes DRG, s jiným způsobem úhrady
  - Dlouhodobým cílem kultivace DRG systému je tuto skupinu co nejvíce zúžit.
  - Touto formou bude v roce 2012 hrazeno v průměru 10–15% péče.

- Aplikovat na ambulantní péči v lůžkových zdravotnických zařízeních zcela identické principy jako v ambulancích mimo nemocnice.

- Dlouhodobým cílem kultivace DRG systému je tuto skupinu co nejvíce zúžit.
- Touto formou bude v roce 2012 hrazeno v průměru 10–15% péče.

- Aplikovat na ambulantní péči v lůžkových zdravotnických zařízeních zcela identické principy jako v ambulancích mimo nemocnice.

(Zdroj: MZČR)

## Úhrady ve srovnání s rokem 2011

- Praktičtí lékaři – stagnace.
- Ambulantní specializovaná péče – v celkovém objemu stagnace, mírné změny ve struktuře, předpokládaný nárůst 2013.
- Gynekologická péče – stagnace.
- Laboratorní a radiodiagnostická péče – stagnace, mírná deprese
- Domácí zdravotní péče, fyzioterapie – stagnace.

- ZZS, doprava, LSPP – stagnace.
- Stomatologická péče – v celkovém objemu stagnace, aplikace strukturální dohody o systematické výkonů.
- Lázeňská péče a ozdravovny – minimální parametry úhrad jako v roce 2011.
- Nemocnice – zavedení DRG, úhrada „centrových léků“, stagnace,

ce, zavedení individuálních kontraktů ve vhodných oblastech, pro ambulantní péči v rámci nemocnic aplikace stejných mechanismů jako pro jinou ambulantní péči, navýšení úhrad realizováno prostřednictvím navýšení „základní sazby DRG“.

(Zdroj: MZČR)

## Heger představil další fázi zdravotnické reformy

České zdravotnictví má za sebou zatím třetinu reformy, zbytek už se chystá. Oznámil to ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09). V dalších fázích dojde ke změnám zdravotních pojišťoven, transformaci fakulturních nemocnic na univerzitní, rušení částí akutních lůžek a úpravě dlouhodobé péče.

Sněmovnou nyní po několikadenních vleklých obstrukcích prošla jedna z částí reformy. Její zákony dostane k podpisu prezident. Norma o veřejném zdravotním pojištění umožňuje zavedení standardu a nadstandardu, za který by si pacient připlácel. Další zákony se týkají zdravotních služeb, specifických služeb a záchranné služby. Připraveny jsou i novely týkající se vzdělávání lékařů.

### Zákon o univerzitních nemocnicích

- Přeměna fakulturních nemocnic na univerzitní, jež budou neziskové.
- Stát na univerzitní nemocnice převede majetek.
- Nemocnice bude mít smlouvu s lékařskou fakultou, bude poskytovat léčbu i vzdělávání.
- Za nemocnici odpovídá management a správní rada, kterou tvoří zástupci státu, vysokých škol, krajů a Prahy.
- Ředitel nejméně ministr, ale správní rada.
- Nemocnici je možné zrušit jen zákonem.

### Zákon o dlouhodobé péči

- Týká se asi 150 tisíc pacientů.
- Normu připravuje ministerstvo práce ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví.
- Zkombinování zdravotních a sociálních služeb.
- Vyjasnění financování péče ze zdravotního pojištění a sociálního systému, lepší využití nyníjších 30 miliard nákladů.
- Posílení domácí péče a služeb v terénu.
- Stanovení pravidel a kvality péče v pobytových zařízeních pro dlouhodobé pacienty.

### Zákon o zdravotních pojišťovnách

- Nahradí nyníjší dva zákony o všeobecné zdravotní pojišťovně a o oborových pojišťovnách.
- Sjednotí podmínky fungování veřejné pojišťovny a zaměstnaneckých, všechny budou neziskové.
- Management a správní rady budou mít odpovědnost za chod pojišťovny a budou ručit i majetkem.

- Pojišťovny budou odpovídat za podobu zdravotnické sítě v České republice.
- Pojišťovny budou moci zakládat dceřiné akciové společnosti, které nabídnou připojištění (například pro nadstandard).
- Pohled nad neziskovými pojišťovnami bude mít ministerstvo zdravotnictví.

### Rušení lůžek

- V Česku připadá na osobu průměrně 5,2 akutního lůžka, v zemích OECD v průměru 3,8 lůžka.
- Obložnost lůžek v ČR je asi 72 procent, v zahraničí kolem 80 procent.
- Na rušení se dohodlo ministerstvo se zdravotními pojišťovnami a kraji v memorandu.
- Do konce příštího roku zdravotnickým zařízením vyprší rámcové smlouvy s pojišťovnami, nové se uzavřou na méně lůžek.
- Ve fakulturních nemocnicích se seškrtná 1500 lůžek.

(ČTK, Itc)

## Omezení lázeňské péče se odkládá

(pokračování ze strany 1)

První z nich jsou samoplátci, druhá skupina pacientů dostává příspěvek. Třetí a nejnákladnější skupinu hostů tvoří pacienti, jejichž stav vyžaduje komplexní lázeňskou péči a kterým dosud léčbu, ubytování i stravu hradí pojišťovna. Podle lékařů specializujících se na lázeňskou péči by se uvažovaná vyhláška nejvíce dotkla právě této skupiny pacientů. Přitom některá zařízení jsou na „komplexních pacientech“ přímo závislá, a aplikace nových pravidel by je tedy mohla existenčně ohrozit. To však není případ pravděpodobně nejznámějšího českého lázeňského města (Karlovy Vary), neboť zdejší lázeňská zařízení jsou živa především ze zahraniční klientely.

### Širší dopad

Ekonomický dopad vyhlášky by se mohl rozšířit i na další firmy, neboť jich je v daných regionech mnoho navázáno přímo na poskytování lázeňské péče. Následky by podle provozovatelů lázní mohly být znát i na ukazatelích zaměstnanosti. Navíc lázeňská zařízení prý často zaměstnávají i lidi s nízkou kvalifikací, kteří se na trhu práce hůře prosazují. Důsledkem by podle kritiků mohla být komercializace lázeňství, což by sice mohlo vést k rozšíření tzv. wellness služeb, ale zároveň by to ohrozilo existenci klasického lázeňství, které má v České republice tradici a vysokou kvalitu.

Filip Kút Citores

# Slib je víc než ekonomika

Slib má být splněn. Škoda, že už i toto pravidlo v české politice koroduje.

Už při jarním podpisu memoranda, které ukončilo akci „Děkujeme, odcházíme“, bylo zřejmé, že situace, kdy se lékaři a ministr zdravotnictví dostanou do dalšího klinče, je jen otázkou



Martin Čaban

Proto i závěr tohoto (stejně jako loňského) roku bude ve znamení protestů a horečných vyjednávání.

A netřeba být Sybilou, aby bylo jasné, že konec roku příštího bude neméně dramatický. Memorandum, jež zamezilo chystanému hromadnému odchodu, zajistilo i tři roky konfliktů mezi lékaři a vládou. A také tři roky zajímavého experimentu, v němž lze sledovat, jak politická elita při-

stupuje k plnění slibů a odboráři k jejich vymáhání.

## Ani holub na střeše

Výsledek dosavadního pozorování je nevalný. „S předpokladem zvyšování efektivity zdra-

voznického systému a v souladu s reformními kroky bude průměrný plat lékaře v roce 2012 zvýšen o 10 %“, píše se v memorandu. Povinností odborů je samozřejmě snažit se vytlouci z dohody co nejvíce, tudíž slova „v roce 2012“ interpretují jako „od 1. 1. 2012“. Ministr na takové zvýšení nemá nebo nechce hledat peníze, proto se poněkud nedůstojně kroutí a nabízí lékařům 6,25 % od ledna a 3,75 % od července za předpokla-

du, že na tom zdravotnictví bude dobře.

Ta nabídka je nepřijatelná především proto, že jde o porušení slibu. Každému už dnes musí být jasné, že ve druhé polovině roku 2012, roku, v němž se globální ekonomika bude třást před návratem recese a ta česká bude v nejlepším případě popolézat vzhůru o desetinky procenta, na tom zdravotnictví dobře nebude. Slib 3,75 % tak není ani holubem na střeše. Kdyby ministr Heger vystoupil a omluvil se, že na 10 % nemá, ale na 6,25 % ano, byla by to mnohem důstojnější vyjednávací pozice.

Slib, jakkoli byl snad neprozřetelný, je-li dán, má být splněn. Kdyby v české politice fungovalo toto prosté pravidlo, bylo by lépe. Leoš Heger by proto měl najít přijatel-



ilustrační foto: Shutterstock

ný výklad vágní formulace a lékařům přidat skutečně o 10 %, ať si třeba od pololetí.

## Každý svůj díl nákladů

Jistě, Leoš Heger bude nucen nést politické náklady toho, že jeho sliby byly velmi velkorysé. Po zvýšení platů v příštím roce se v memorandu píše ještě o platech ve výši 1,5-3násobku průměrné mzdy,

tentokrát už zcela konkrétně „nejpozději od 1. 1. 2013“. Koncem příštího roku se tak doktoři ozvou znovu a peněz bude stejně málo jako teď. Bude Heger ochoten se na to dobře připravit, nebo bude opět hledat kličky? I zbytečně velkorysé a z dnešního pohledu možná hloupé sliby by měly zůstat svaté. Budou-li se porušovat i takto sjednané a podepsané dohody (složitě dojednané memorandum není vágní slogan na billboardu), nezbude už vůbec žádný základ, na němž by bylo možné stavět jakoukoli důvěru v politiku.

Také odboráři ponosou svůj díl nákladů. Za to, že nedokáží ukázat velkorysost tváří v tvář ekonomické realitě (prý to dělali posledních dvacet let); za to, že budou na část veřejnosti působit jako vyděrači, kteří nemají nikdy dost; za to, že všechny mzdy budou stagnovat či klesat, jen ty lékařské navzdory krizi porostou. To vše jim může být a bude, právem či neprávem, vytýkáno. Ale síla slibu by měla stát výš. Ano, i nad ekonomickou realitou.

Inzerce A111011516

## Kam pro výhodný úvěr?

Úvěr Artesa je nejjednodušší cestou k získání dotace z evropských fondů

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

**\* artesa**

INVESTUJTE VÝHODNĚ A S GARANCÍ

Artesa, spořitelní družstvo  
tel.: 221 015 108

uver@artesa.cz  
www.artesa.cz



# Školní prevenci užívání drog chybí standardy i finance

V České republice zcela chybí jednotný rámec pro aplikaci efektivních programů školské primární prevence, který by snižoval užívání návykových látek a další formy rizikového chování u dětí a mladistvých.

Školy se v současnosti samy na základě nedostatečných informací a pravidel rozhodují, jakým způsobem realizovat tzv. minimální preventivní program. Často při tom adekvátně nevyužívají již tak omezené zdroje, vynakládáné kvůli tomuto stavu na neefektivní a nekvalitní programy. Neefektivní prevence se tak v ČR podílí na neustálém vzestupu užívání nelegálních drog.

## Léčba na špičce, prevence v troskách

V České republice funguje od 90. let systém vyvážené drogové politiky, primární prevence je ale od počátku na okraji zájmu. V letech 2007 až 2009 na ni bylo ze státního rozpočtu a rozpočtů krajů a obcí vydáváno v průměru 50 milionů korun ročně, tedy jen necelá desetina všech prostředků na drogovou politiku. „Právě kvůli nedostatečné prevenci patří Česká republika k zemím, kde mají dospívající nejvíce zkušenosti s kokopnými drogami nebo nadměrným pitím alkoholu,“ tvrdí národní protidrogový koordinátor Jindřich Vobořil.

Paradoxně se ale ČR v oblasti snižování škod z pozdějšího užívání návykových látek dlouhodobě řadí k nejúspěšnějším. „Česká republika má díky své drogové politice v mezinárodních statistikách nejnižší počty uživatelů drog s infekčním onemocněním, jako je HIV nebo žloutenka typu C. Na



Ilustrace foto: Shutterstock

rozdíl od prevence samotného užívání návykových látek je terciární prevence založena na systémech výzkumem podložených programů. Na prevenci užívání drog se ale zapomíná,“ hodnotí drogovou politiku hlavní hygienik a náměstek ministra zdravotnictví MUDr. Michael Vít.

## Slabinou je meziresortní spolupráce

„Stále odsouvané a bagatelizované téma užívání alkoholu a tabáku jasně ukazuje slabá místa současného nekonceptního přístupu a slabé spolupráce. Nízký rozpočet na prevenci se následně projeví ve zvýšených nákladech na léčbu, ať už se jedná o léčbu závislosti nebo přidružených onemocnění. Problémem je, že zodpovědnost za prevenci nese především

resort školství, zatímco pozdější náklady se projevují v resortu zdravotnictví a dalších,“ říká děkan 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy profesor Tomáš Zima. Jeho slova potvrzuje také ředitelka Všeobecné fakultní nemocnice v Praze Dana Jurásková. „Vím, že v oblasti primární prevence je ve školách velký deficit, který je dán mimo jiné nedostatečnou spoluprací resortů zdravotnictví a školství.“

## Nekvalitní preventivní programy

Na slabinu školské prevence nyní upozornil odborný program mezinárodní konference „Primární prevence rizikového chování“. „Dosud žádný z oficiálních dokumentů, jež se zabývají řešením školské primární prevence, nevy-

cházel dostatečně z vědecky ověřených poznatků a nenavrholo konkrétní řešení na základě toho, co je výzkumně a praxí skutečně ověřeno. Podle naší analýzy to jsou dovednosti dětí v oblasti sebeřízení (*self-management*), sociální dovednosti (*social skills*) nebo specifické dovednosti vázané přímo na daný typ rizikového chování, například užívání legálních i nelegálních návykových látek,“ uvádí vedoucí Centra adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze Michal Miovský.

„Problémem dosavadních programů a strategických dokumentů je jejich vágnost. Podpořeny mohou být programy typu drogového vlaku, u kterých efektivnost nikdy nikdo neprokázal a které jsou několikanásobně dražší než ověřená a efektivní práce s dětmi a mladistvými,“ říká docent Miovský.

V rámci projektu VYNSPI, který má za cíl vychovávat pedagogické pracovníky v oblasti primární prevence, navrhl s týmem odborníků 90hodinový program pro základní školy, ve kterém je pevně stanoven poměr hodin věnovaný různým typům rizikového chování, a doplnkově také soubor pravidel pro školy jak zajistit bezpečné prostředí.

## Vznikají nové standardy

Problémem kromě neexistujících standardů zůstávají finance. Školy nedostávají na prevenci užívání návykových látek zvláštní prostředky. „Problematika primární prevence je naší prioritou, ministerstvo školství má ale v této oblasti omezené zdroje. Proto se v současnosti snažíme maximálně využívat prostředky z Evropských strukturálních fondů (ESF), jako je tomu například u projektu VYNSPI. Odborníci z celé ČR se v něm nyní podílejí na návrhu systémového řešení

Prevenci, tedy intervenci určenu k zamezení či snížení výskytu, šíření a škodlivých účinků užívání alkoholu a nealkoholových drog, WHO rozlišuje na:

- **Primární** – předcházení užití u osob, kteří dosud s drogou nejsou v kontaktu (obvykle zjednodušována na termín „prevence“) – zpravidla školní prevence.

- **Sekundární** – předcházení vzniku a rozvoje závislosti u osob, které již drogu užívají, obvykle používána jako synonymum pro poradenství a léčbu.

- **Terciární** – předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog, a to hlavně opatření zaměřená především na snížení přenosu infekčních nemocí při nitrožilním užívání drog, souborně zvaná *harm reduction*.

formou doporučených jednotných standardů i příkladů dobré praxe. Otázka je, jak si poradíme po skončení tohoto zdroje financí,“ konstatoval ministr školství Josef Dobeš.

Školská prevence je financována také v rámci systému drogové politiky, který má na starosti Rada vlády pro koordinaci drogové politiky. Do systému putují prostředky na úrovni ministerstev, krajů a obcí. Jednorázovými škrty v drogové politice zde ovšem každoročně zaniká několik neziskových organizací, které školám primární prevenci nabízejí. Preventivní programy si navíc školy platí samy, a protože neexistují povinné standardy, volí zpravidla tu nejlevnější variantu, což může být program nevhodný nebo vůbec žádný.

Petra Klusáková

# Za poslední měsíc užily marihuanu statisíce Čechů

Z výroční zprávy Evropské agentury pro drogy a drogové závislosti vyplývá, že nejrozšířenější nelegální drogou v ČR je marihuana, i když v posledních letech už počty uživatelů příliš nerostou. Alespoň jednou týdně ale v posledním měsíci užilo konopné látky 360 tisíc obyvatel ČR.

„Aktuálním problémem jsou nové syntetické drogy nepodléhající kontrole, které představují vý-

zvu pro celou evropskou drogovou politiku,“ říká vedoucí Národního monitorovacího střediska pro

drogy a drogové závislosti Viktor Mravčík. Podle zprávy jsou v Evropě – a platí to i pro Česko – vel-

kým rizikem infekce spojené s injekčním užíváním drog. Vysoké riziko je zejména v českých věznicích, kde podle studie užívá injekčně drogy desetina až čtvrtina vězňů, v běžné populaci jen 0,5 %. Zasažení populace českých narkomanů virem HIV je malé, nedosahuje ani 1 %.

Největším problémem Evropy je heroin, který způsobuje nejzávažnější zdravotní a sociální škody. Pro Česko jej však představuje pervitin, který se v poslední době začal vyvážet i do Německa.

Opiáty, mezi něž se řadí i heroin, v Česku užívá do 0,2 % lidí, v Evropě 0,5 %. Dvě třetiny problémových uživatelů drog berou pervitin.

Počty problémových uživatelů drog v Evropě podle zprávy mírně klesají, v Česku mírně rostou, loni jich u nás podle odhadu bylo 39 200. „V léčbě vidíme pokles počtu injekčních uživatelů, ale odhadované počty problémových uživatelů se v posledních letech spíše zvyšují,“ uvedl Mravčík.

(klu)

# Hejtmani: Rušení lůžek přinese lobbyismus, klientelismus a korupci

Tak formulovali své obavy v dopise, který počátkem listopadu společně zaslali ministru zdravotnictví Leoši Hegerovi za Asociaci krajů ČR její předseda a hejtman jihomoravského kraje Michal Hašek (ČSSD) a předseda Asociace krajských nemocnic a hejtman kraje Vysočina Jiří Běhounek.

Podepsání Memoranda zdravotních pojišťoven o restrukturalizaci a redukci lůžkového fondu je podle hejtmanů bezprecedentním zásahem do systému veřejného zdravotnictví ČR a v historii nemá od roku 1991 obdoby. Domnívají se, že nejde o úspory jako spíš o ekonomické zájmy pojišťoven, které *de facto* nemají majitele a jejich management je svrchovaným a téměř neomezeným správcem finančních prostředků v systému veřejného zdravotnictví.

## Odvolání slibovaných změn?

Memorandum, které s pojišťovna-  
mi uzavřel náměstek pro zdravotní pojištění Petr Nosek, nese podle hejtmanů znaky kartelové dohody

mezi pojišťovnami. „Jelikož se jedná, dle našeho názoru, o porušení právních předpisů v oblasti hospodářské soutěže, oznamujeme Vám, že se v předmětné věci obrátíme na Úřad pro ochranu hospodářské soutěže s žádostí o prošetření,“ sdělují dopisem ministru Hegerovi. Nařčení resortu zdravotnictví a pojišťoven z kartelové dohody není novinkou. Rušení 10 tisíc lůžek už dříve kritizovala Asociace českých a moravských nemocnic (ACMN). „Ministerstvo a osm zdravotních pojišťoven se nemohou domluvit, že budou hromadně vypovídat smlouvy stovkám partnerů – je to kartel jak hrom,“ uvedl před časem právník ACMN Stanislav Fiala. I on zvažoval podání návrhu na přešetření u ÚOHS.

Zástupci krajů nesouhlasí s tím, že by se uzavřením memoranda pod rouškou redukce lůžkové péče vyřešily problémy ve zdravotnictví. „Pane ministře, sám dobře víte, že úhrady od pojišťoven nejsou na počet lůžek nijak fixovány. Obáváme se, že toto memorandum naopak připravuje půdu pro odvolání Vámi slibovaných změn v úhradách zdravotní péče. Slíbil jste, že systém úhrad nebude zvýhodňovat státem vlastněné fakultní nemocnice,“ píše se dále v dokumentu.

## Změny musí přijít odjinud

Problémem českého zdravotnictví není podle hejtmanů počet akutních lůžek, jenž lze řešit na úrovni manažerských kompetencí v rám-

ci jednotlivých nemocnic, ale experimenty a nekonceptní kroky ministerstva, donedávna zejména náměstka Marka Šnajdra a nyní náměstka Petra Noska. Hlavní problémy, se kterými by se resort měl vypořádat především, jsou neprůhledný systém úhrad, který MZ opakovaně podporuje úhradovými vyhláškami, a minimální možnost státní kontroly výkonu pojišťoven. Zde hejtmani odkazují především na kauzu IZIP. Krajským politikům také vadí vytváření duálního systému, který zvýhodňuje fakultní nemocnice, neefektivní systém ambulantní péče v mnohých oborech či nepřehledný a zcela absurdní systém vytváření souběhu několika úvazků lékařů. Podle hejtmanů je

také zbytečné, aby v ČR působilo osm zdravotních pojišťoven ve chvíli, kdy se právě podpisem memoranda potvrzuje, že plně postačuje pojišťovna jedna, protože ministerstvo v rámci svého jednání fakticky koordinuje jejich smluvní vztahy.

## O úspory nejde

„Jsme v situaci, kdy bez jakékoli analýzy a bez projednání s kraji je na úrovni ministerstva podepsán dokument, který přerozděluje lůžkovou péči a otevírá obrovský prostor pro lobbyismus, klientelismus a korupci v nejšířším možném měřítku. Budou to jen zaměstnanci pojišťoven, kteří dle své libovůle budou mít v rukou osud nejenom nemocnic, ale i občanů v jejich spádové působnosti,“ obávají se hejtmani Hašek a Běhounek. Provedení taktu řízené restrukturalizace sítě zdravotnických zařízení a fakticky rušení celých oddělení a nemocnic v situaci, kdy není znám systém úhrad pro rok 2012 (natož pro rok 2013), podle nich nemůže být motivováno žádnými úsporami.

Petra Klusáková

## Nový web srovnává čekací lhůty na operace

Internetový portál [www.cekacidoby.cz](http://www.cekacidoby.cz) nabízí možnost porovnat stejné operace ve fakultních nemocnicích a dalších organizacích, které řídí ministerstvo zdravotnictví.

„Jde o první službu svého druhu na českém webu a reaguje na radikální změny, které v českém zdravotnictví vede reformní ruka ministra Leoše Hegera. Zatímco dosud byly čekací doby tajné, nyní je může znát každý a podle toho se také rozhodnout, kam vyrazí. Čekací doby na jednotlivé výkony totiž s ohledem na polohu nemocnice nevytvářejí o kvalitě. Všechny

nemocnice, jež nyní začaly zveřejňovat data, jsou totiž fakultní, což znamená, že jsou medicínsky srovnatelné. Rozdíl je však v tom, že na každém pracovišti upřednostňují jiný typ výkonů a jiný naopak odsouvají tak, aby vyšly s rozpočtem, který jim nastavují zdravotní pojišťovny,“ říká manažer projektu Tomáš Haškovec, který zároveň zdůraznil, že projekt nefinancují

nemocnice ani zdravotní pojišťovny nebo profesní sdružení zdravotníků. Zveřejněná data tedy nejsou nikým ovlivněna. Projekt je navíc hrazen z komerčních zdrojů, které se zdravotnictvím nesouvějí. Ministr zdravotnictví požádal fakultní nemocnice, Institut klinické a experimentální medicíny, Nemocnici Na Homolce a brněnský Masarykův onkologický

ústav, aby čekací lhůty zveřejnily k 1. listopadu. Informace o časových údajích mají sloužit jako protikorupční krok, který by měl zamezit úplatkům vztahujícím se k urychlení čekací doby na operaci.

## Dva měsíce i dva roky

Webová stránka přehledně srovnává jednotlivé zákroky, které si uživatel jednoduše zvolí. Ten zde najde i souhrnné informace o všech čekacích dobách vybrané nemocnice. Přehled lze zadat v rámci kraje či celé ČR. „Na stejnou operaci ve srovnatelné nemocnici lze čekat několikanásobně delší dobu. Záleží, kam se pacient vydá. Příkladem je výměna kyčelního klou-

bu. Tu v Praze, jmenovitě Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, udělají do 2 měsíců, naopak v Ostravě si pacient počká 2,5 roku,“ podotýká Haškovec. Nemocnice v textu k seznamům čekacích dob upozorňují, že jsou orientační, délka může být ovlivněna různými faktory, například množstvím akutních a neodkladných operací a diagnostických výkonů, které mají absolutní přednost. Seznamy čekacích dob budou na webu průběžně aktualizovány. S příchodem platby v režimu DRG se budou nemocnice v tomto ohledu snažit přizpůsobit požadavkům zvenčí, protože zdravotní pojišťovny budou prostředky směřovat za pacientem. (kl)

Inzerce A111018325

  
**MEDICAL  
SERVICES**

Napsali jste knihu?  
My vám ji vydáme!

Profesionální partner pro vydávání zdravotnické literatury

Kontaktujte nás e-mailem: [obchod.MS@mf.cz](mailto:obchod.MS@mf.cz)



## ROZHOVOR / Z DOMOVA

# Síla sester je v historii ČR nebývalá

Česká asociace sester (ČAS) se ani tentokrát k protestům Zdravotnické trojky nepřipojila. Její vedení však uvažuje o tom, že by iniciovalo vznik nové komory nelékařů. Na povinném členství v komoře netrývá, pravidla by ale měla být pro všechny stejná. V rozhovoru pro Zdravotnické noviny to uvedla bývalá ministryně, ředitelka VFN a prezidentka ČAS Mgr. Dana Jurásková, PhD., MBA.

**Česká asociace sester není jedinou z významných organizací sdružujících zdravotníky, která se nepřipojila k současným aktivitám tzv. Zdravotnické trojky. Z počátku roku se ČAS vymezila především proti formě akce „Děkujeme, odcházíme“. Jak hodnotíte právě probíhající kampaň odborářů?**

ČAS akceptuje aktivity tzv. Zdravotnické trojky a velmi vítá měkkou formu protestů, která nebude zneklidňovat a žádným způsobem ohrožovat pacienty. Důvody, proč jsou protesty vedeny, vycházejí z memoranda podepsaného ministrem zdravotnictví s LOK a ČLK.

**Často se poukazuje na nekompatibilitu vaší funkce prezidentky profesní organizace a ředitelky fakultní nemocnice, stejně tak i na vaši politickou příslušnost. Jak těžké je pro vás souběžné vykonávání těchto**



Foto: Leoš Chodura

**rolí? Vnímáte některou z nich jako prioritní?**

Vím, že je zde snaha oslabit pozici České asociace sester napadáním mé osoby. Síla sester je v historii ČR nyní nebývalá, a proto to chápu. Nicméně rozhodnutí o posto-

jích a aktivitách ČAS není závislé na mé osobě. Stejně jako minulou sobotu v Poděbradech při řešení klíčových problémů rozhoduje prezidium ČAS a jeden z nejvyšších orgánů ČAS – Sněm předsedů a předsedů sekcí a regionů.

**Ve své poslední tiskové zprávě jste oznámili zahájení příprav na vytvoření nové komory nelékařů. Podobné návrhy zde byly již v minulosti, přesto jsou nelékaři dosud bez komory. Jaké argumenty pro vytvoření nové komory převládly?**

Nejsilnějším argumentem pro vznik Komory nelékařů je zákonem zakotvení kompetencí komory směrem ke správě v ní sdružených povolání. To, že je v současné době nelékařům umožněno spolupracovat se státní správou a samosprávou, je nutno legalizovat. Občanská sdružení odborných společností nelékařů nemají žádné nástroje na kultivaci a řešení

konkrétních problémů spojených s kvalitně a eticky poskytovanými službami nelékařů.

**V posledních letech bylo možné zaznamenat snahy o zrušení povinného členství u stávajících komor. Mělo by podle vás být členství v komorách nadále povinné? Jakou formu členství považujete za vhodnou v rámci nové komory nelékařů?**

ČAS netrvá na povinném členství v komoře. Podle našeho názoru jsou důležité kompetence a povinnosti komory.

**Usilovali byste o novelu stávajícího zákona o komorách (č. 220/1991 Sb.), nebo raději o zbrusu nový zákon?**

Obě varianty jsou možné. O co však jistě usilovat budeme, je, aby pravidla pro fungování komory nelékařů a ostatních komor sdružujících zdravotníky byla totožná.

## Česká asociace sester happeningy Z3 nepodpoří

Sněm předsedkyň a předsedů sekcí a regionů ČAS se minulou sobotu v Poděbradech usnesl, že nepodpoří právě probíhající happeningové akce za dodržení memorandem stvrzeného slibu o navýšení platů zdravotníků v roce 2012 o 10%.

Akce pořádá uskupení Z3, které sdružuje lékařské a zdravotnické odbory a profesní unii zdravotnických pracovníků. Česká asociace sester (ČAS) před časem deklarovala, že svou podporu happeningům zvládne. Při jednáních této profesní organizace však nakonec převládla postoj, jehož hlavní zastávkyní je prezidentka ČAS Dana Jurásková (ODS). Podle ní nejde ČAS primárně o 10% navýšení platů, které bylo sjednáno v memorandu mezi Lékařským odborovým klubem (LOK) a ministerstvem zdravotnictví.

„My jsme vždy trvali na tom, že chceme, aby se mzdy zvyšovaly všem zdravotnickým pracovníkům, to je náš princip,“ uvedla minulou sobotu na briefingu v Poděbradech prezidentka ČAS a dodala, že si nedovede představit, že by se na principu nátlaku požadovalo zvýšení mezd zdravot-

níků pravidelně každý rok. „Za Českou asociaci sester bychom to těžko akceptovali,“ doplnila Dana Jurásková.

### Voleman: Sdílime princip Juráskové

Přesně to však podle místopředsedy LOK Miloše Volemana v memorandu stojí. „V memorandu se mluví o tom, že chceme, aby došlo k navýšení platů všech nemocničních zaměstnanců,“ řekl ČTK Voleman. Dodal, že ho stanovisko ČAS nijak nepřekvapuje. „Paní Jurásková už dávno nezastupuje skutečné sestry, které dělají skutečnou práci u pacientů,“ řekl. Šéf LOK Martin Engel v České televizi prohlásil, že na další postup odborů nebude mít stanovisko ČAS vliv. „Asociace dala zelenou přesvědčení, že podepsané dokumenty se nemusejí plnit,“ prohlásil Engel.

Z počátku roku, kdy vrcholila jednání mezi ministerstvem zdravotnictví a LOK, se ČAS vymezila proti formě akce „Děkujeme, odcházíme“ a akci lékařů nepodpořila. Za to si, především Dana Jurásková, vysloužila vlnu kritiky ze strany nelékařů, a to nejen těch, kteří nejsou členy ČAS.

### ČAS plánuje vznik komory nelékařů

Na sněmu členové České asociace sester odsouhlasili také vznik přípravného výboru, který má mandát začít jednat se všemi odbornými lékařskými společnostmi na vzniku komory nelékařů. „Naše představa je, že by tato komora měla vzniknout ze zákona. Je otázkou, zda bude řešena jedním komorovým zákonem, nebo samostatně,“ uvedla Dana Jurásková.

**V jakém časovém horizontu by mohla uvažovaná komora nelékařů vzniknout? Jak tento zájem hodnotí vaši členové?**

Termín je poměrně obtížné naplánotovat, jsme totiž na samém začátku. Naši členové si komoru přejí a Česká asociace sester se o to již jednou pokoušela, byla však zásadně jiná společenská i politická situace.

**Co by měla nová komora nelékařů přinést?**

Společná organizace nelékařů zajišťující přístup všech odborností k informacím a tím pádem budou mít možnost ovlivňovat svými stanovisky zdravotnickou realitu. Získá legislativní nástroje jak skutečně ovlivňovat kvalitu poskytované péče a etické chování nelékařů. V neposlední řadě bude mít stejná práva i povinnosti jako ostatní komory, tedy komory lékařů, farmaceutů a stomatologů.

Filip Kút Čitores

## ANKETA

www.ZDN.cz

**UVÍTALI BYSTE VZNIK NOVÉ KOMORY NELEKAŘŮ?**

26 %  
NE

70 %  
ANO

4 %  
NEVÍM



OD 14. DO 16. LISTOPADU  
HLASOVALO 60 UŽIVATELŮ  
WWW.ZDN.CZ  
A WWW.FACEBOOK.COM/FB.ZDN

## Z diskuse na www.ZDN.cz

### Jaké to překvapení

Útoků na autonomii profesních samospráv a nezávislých lékařských asociací se dopouští vlády v řadě zemí. Někde na to jdou poměrně primitivně hrubou silou, kterou např. Hugo Chavez ve Venezuele lékařskou asociací zakázal. Jinde používají metody sofistickovanější:

- Infiltrace organizací členy či sympatizanty vládních politických stran či přímo změny jejich stanov tak, aby část vedení jmenoval stát.

- Podpora či přímo zakládání konkurenčních organizací, které státní moc podporuje finančně nebo

prostřednictvím převodu kompetencí či preferencí v jednáních. To vše často doplněno o dehonestáční kampaně vůči nezávislým zdravotnickým organizacím s pomocí provládnutého tisku...

Problém útoků na nezávislé profesní lékařské samosprávy vnímá například WMA (World Medical Association) jako závažné ohrožení autonomie lékařů v jejich rozhodování, která je nezbytným předpokladem bezpečnosti pacientů.

MUDr. Milan Kubek  
prezident ČLK

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

**Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob.** Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. 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 právo 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](http://www.mf.cz)

# Novorozenecká a perinatální úmrtnost – jsme skutečně nejlepší?

Kdykoli se začne mluvit o možnosti přenesení části péče o těhotné a rodičí ženy v Česku na porodní asistentky, okamžitě se vynoří argument, že naše země má všeobecně nejnižší novorozeneckou a perinatální úmrtnost, a to zcela jednoznačně zásluhou úrovně lékařské péče, a nelze tudíž jakýmkoli způsobem dovolit, aby tato pozice byla ohrožena. Co ale doopravdy říkají čísla?

Čítáme z komentáře doc. MUDr. Aleny Měchurové, CSc., k doporučeným postupům v perinatologii z webových stránek [www.perinatologie.cz](http://www.perinatologie.cz): „Argumentace zahraničními zkušenostmi je lichá – všechny země tolerující domácí porody vykazují horší výsledky perinatální péče než Česká republika, navzdory tomu, že doma probíhají pouze porody, kde je očekáván fyziologický průběh.“ Nechme však nyní stranou argumenty dokládající, že zmiňované přenesení péče není nikterak ohrožující ani pro zdraví matek, ani pro zdraví jejich dětí, a podívejme se na samotný argument „nejnižší úmrtnosti“.

Perinatální úmrtnost (uváděná v jednotkách promile – ‰), tedy počet mrtvorozených a zemřelých do 7. dne po porodu na 1000 živě i mrtvě narozených, je vskutku dobrým indikátorem úrovně perinatální, perinatální a neonatální péče. Ve světovém měřítku. Porovnáváme-li například Nigérii se 72 ‰, Egypt s 37 ‰ a Japonsko s 1,2 ‰, je vliv rozvinuté zdravotní péče na výsledek těhotenství celkem zřejmý. Začneme-li porovnávat průmyslově, zdravotně a hygienicky podobně vyspělé země, od určité úrovně se do v zásadě drobných nuancí v hodnotách perinatální úmrtnosti začnou promítat jiné faktory než kvalita zdravotní péče.

## Rozpory v definicích i hlášeních

V prvé řadě je tu fakt, že každá země si perinatální úmrtnost po-

čítá tak trochu po svém. Většina evropských zemí nyní používá hmotnostní hranici 500 gramů jak pro živé, tak pro mrtvě narozené děti. V ČR se za mrtvě narozené považuje dítě neprojevující známky života a vážící alespoň 1000 gramů. Ročně se tedy v Česku narodí téměř dvě stovky dětí, které podle běžněji užívané definice spadají mezi narozené, podle české definice však mezi potraty.

Další rozpory existují v hlášení mrtvorozenosti. Podle zprávy ÚZIS „Rodička a novorozenec za rok 2009“ chybí v hlášení z porodnic 70 mrtvě narozených, zachycených ve statistikách ČSÚ. Překonáme-li i tyto technické překážky a údaje přepočítáme tak, aby byly srovnatelné s ostatními zeměmi, dostaneme místo uveřejňovaného údaje perinatální úmrtnosti 3,6 ‰ (rok 2009) číslo 5,2. Sousední Rakousko za stejný rok uvádí hodnotu 5,6 ‰, Německo 5,3, Švédsko a Norsko 4,9, Velká Británie 7,6, Nizozemsko 5,7.

Tvrzení, že všechny země „tolerující domácí porody“ mají horší perinatální výsledky než Česká republika, je tak vyvráceno už těmito několika čísly – lepšími výsledky Švédska, srovnatelnými výsledky Německa.

## Odlisný přístup k etickým otázkám

Stejný příběh píší i údaje o novorozenecké úmrtnosti, obvykle definované jako podíl počtu dětí živě narozených, avšak zemřelých



Ilustrační foto: Shutterstock

do 28. dne po porodu na 1000 živě narozených. Česko se se svými 1,6 ‰ za rok 2009 řadí do pestré skupiny evropských zemí: mezi Island (1,0), Lucembursko (1,4), Švédsko, Slovinsko (1,6), Finsko, Norsko, Řecko (2,0), s Dánskem, Německem a Rakouskem v blízkém závěsu (2,3–2,5). V některých z těchto zemí je přítomná nabídka porodních asistentek včetně po-

rodu doma součástí systému (Island, Švédsko, Německo, Dánsko, Rakousko).

V rozdílech mezi tak nízkými čísly už přestávají hrát zásadní roli kvalita, vybavení a schopnosti lékařů, které země (ty jsou od určité úrovně prakticky vyrovnané) a začíná se do nich promítat mimo jiné kulturní přístup k různorodým etickým otázkám:

- rozhodování při záchraně dětí narozených předčasně / poškozených porodem / narozených s vývojovou vadou,
- otázky intenzivnosti a plošnosti genetického screeningu,
- až lehkovážně používání invazivních metod a postoj silně podporující potraty z indikace vývojové vady (v ČR),
- podpora informovaného rozhodování rodičů (v jiných zemích).

## Neznalost, nebo manipulace?

Země, v nichž jsou rodiče a jejich kompetence daleko více podporovány v otázkách perinatální a di-agnostické péče i v rozhodování o způsobu a místě porodu, země považující za samozřejmou péči o dítě a matku jako jednu společnou jednotku v poporodní péči mají po uvážení všech těchto aspektů výsledky perinatální a neonatální úmrtnosti plně srovnatelné s Českem.

Je tedy nezpochybnitelnou skutečností, že země podporující péči porodní asistentky o těhotnou a rodičí a právo výběru místa porodu nemají výsledky jednoznačně horší než Česká republika; zda opačná tvrzení plynou z neznalosti faktů, nebo jsou záměrnou manipulací, již nechme na čtenáři.

Uvedená data, spolu s dalšími argumenty a vědeckými studiemi, tedy ukazují, že rozšíření porodní nabídky a podpora rodičovských kompetencí je možná a v souladu s právními a etickými normami žádoucí, a to bez obav, že by to ovlivnilo čísla, jimiž se tak rádi chlubíme.

## Zdroje:

- [www.perinatologie.cz](http://www.perinatologie.cz)
- [www.lekari.porodnice.cz](http://www.lekari.porodnice.cz)
- [www.who.int](http://www.who.int)
- publikace statistických úřadů jednotlivých zemí

Mgr. Markéta Pavlíková, M.Sc., biostatistika  
Evropské centrum pro medicínskou informatiku, statistiku a epidemiologii

Inzerce A111014548



**KONFERENCE A SEMINÁŘE PRO NELÉKAŘSKÉ OBORY**

Přihlášky a podrobný program konferencí a seminářů na [www.aesculap-akademie.cz](http://www.aesculap-akademie.cz)

+420-271 091 666, [aesculap-akademie.cz@bbraun.com](mailto:aesculap-akademie.cz@bbraun.com)

Témata, termíny a místa konání – 2011/2012

**Role nelékařských povolání v léčbě pacientů s onkologickým onemocněním**  
2. 12. 2011 Brno • 7. 12. 2011 Liberec • 1. 3. 2012 České Budějovice  
15. 3. 2012 Ústí nad Labem • 25. 4. 2012 Frýdek-Místek

**Cerebrovaskulární onemocnění jako výzva pro nelékařská povolání**  
23. 11. 2011 Tábor • 14. 12. 2011 Kolín • 12. 4. 2012 Ústí nad Orlicí • 15. 5. 2012 Znojmo  
17. 5. 2012 Mladá Boleslav • 23. 5. 2012 Karlovy Vary • 5. 6. 2012 Prostějov

**Možnosti nelékařských profesí v péči o pacienty s kardiovaskulárním onemocněním**  
30. 11. 2011 Ostrava • 29. 2. 2012 Brno • 21. 3. 2012 Jičín • 29. 3. 2012 Benešov  
3. 4. 2012 Česká Lípa • 17. 4. 2012 Kroměříž • 7. 6. 2012 Teplice • 14. 6. 2012 Třebíč

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 zdravotníci pracovníci v ČR s výkonem práce mimo území hl. města Prahy.



OPERAČNÍ PROGRAM LIDSKÉ ZDROJE A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME VAŠI BUDOUCNOST [www.esf.cz](http://www.esf.cz)

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](mailto:info@vzdelavani-zdravotniku.cz), [www.vzdelavani-zdravotniku.cz](http://www.vzdelavani-zdravotniku.cz)



# Otevřený dopis – reakce na vystoupení doc. Študenta o robotické chirurgii v Českém rozhlase

## Vážení kolegové,

Český rozhlas 1 – Radiožurnál vysílal dne 26. 10. 2011 v 10 hodin dopoledne rozhovor s přednostou Urologické kliniky LF UP a FN Olomouc a předsedou České společnosti robotické chirurgie ČLS JEP doc. MUDr. Vladimírem Študentem, Ph.D., na téma robotická chirurgie. V rozhovoru se objevily údaje a tvrzení spadající do oblasti onkologie, které jsou zkreslené či nepravdivé. Proto si dovoluji vybrané pasáže rozhovoru komentovat.

*doc. Študent: „Všechny ty robotické výkony – léčí se s nimi rakovina. Rakovina se v 90 procentech vyléčí, to znamená, že ten člověk měl rakovinu, a už ji nemá.“*

Vyléčitelnost rakoviny u dospělých dosahuje v zemích EU přibližně 40–45 %, jak vyplývá z údajů evropského projektu EUROCARE-4 (Francisci S et al. Eur J Cancer 2009; 45: 1067–1079). Kurativní

léčba solidních nádorů je obvykle multimodální a zahrnuje chirurgii, radioterapii a protinádorovou farmakoterapii.

*doc. Študent: „Pokud se rakovina prostaty zachytne včas, to znamená, když jsou nádorové buňky ještě uvnitř prostaty – té předstojné žlázy, nejlepší metodou jak pacienta vyléčit je tuto prostatu celou kompletně chirurgicky odstranit.“*

Redaktorka: „A tam skutečně těch 90 procent platí?“

*doc. Študent: „Pokud se zachytne včas, tak to platí možná i v 95 procentech a možná ještě více. A pro zajímavost, když bychom pacienta ozářili, což je metoda alternativní, buď operace, nebo ozáření, tak to ozáření přijde v České republice na 220 tisíc korun, a za operaci prostaty nám pojišťovna zaplatí 130 tisíc korun. Ozáření je skoro jednou tak dražší než operace a přitom máme data naše i ze Spojených států, kdy je až o 50 procent lepší výsledek při operování, dlouhodobý (10leté, 20leté přežití pacientů), než když jsou pacienti ozářeni.“*

Velmi renomované pracoviště v Detroitu nedávno uveřejnilo výsledky roboticky asistované radikální prostatektomie u 1384 mužů operovaných v letech 2001–2005 (Menon M et al. Eur Urol 2010; 58: 838–846). Pacienti s karcinomem omezeným na žlázu (pT2) dosahovali sletého přežití bez PSA relapsu v 74–97 % v závislosti na histologii (Gleasonovo skóre).

Onkologické výsledky radikální prostatektomie a radioterapie u lokalizovaného karcinomu prostaty jsou srovnatelné, metody se ovšem liší profilem toxicity. Respektovaná americká doporučení pro léčbu rakoviny (NCI verze 7. 10. 2011, NCCN verze 4/2011) uvádějí obě možnosti léčby jako rovnocenné. Informovaný pacient by se měl sám rozhodnout, zda chce být operován, nebo ozařován.

V rozhovoru zmíněná data ze Spojených států o lepším výsledku při operování nejspíše vycházejí z práce Tewariho (Tewari A et al. Urology 2006; 68: 1268–1274), která byla

distribována také během loňského kongresu České urologické společnosti ČLS JEP. Uvedená práce hodnotila pacienty léčené v letech 1980–1997, tedy v době, kdy byly používány konvenční dávky záření. Výsledky současné radioterapie (3D-CRT, IMRT) s eskalací dávky záření nelze srovnávat s radioterapií před 20 lety (Kuban DA et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2011; 79: 1310–1317. Zelefsky MJ et al. Eur Urol 2011 Aug 22 [Epub ahead of print]).

*doc. Študent: „Zlatým standardem v léčbě rakoviny prostaty, která je lokalizovaná jenom na prostatu, je operace. A cena robotické operace činí 130 tisíc ve srovnání s ozářením, které stojí 200 tisíc. A to by mělo být standardem, tak proč dávat jako nadstandard věc, která je méně účinná, to nemá logiku.“*

Standardní léčbou lokalizovaného karcinomu prostaty je radikální prostatektomie nebo radioterapie

(viz komentář v předchozích odstavcích). Standardní metodou kurativní radioterapie karcinomu prostaty není konvenční radioterapie s dávkou do 70 Gy. Standardními metodami léčby jsou moderní techniky radioterapie – 3D-CRT, IMRT, IGRT s dávkou minimálně 75 Gy, permanentní LDR brachyterapie a HDR brachyterapie v kombinaci se zevní radioterapií.

Milí kolegové, hluboce si vážím spolupráce mezi urology a onkology, kterou léta společně budujeme a daří se nám ji rozvíjet. Podporuji vzájemný respekt a férovou argumentaci.

V Pardubicích dne 31. října 2011

prof. MUDr. Karel Odrážka, Ph.D.  
vedoucí katedry radiční onkologie IPVZ  
člen výboru Společnosti radiční onkologie,  
biologie a fyziky ČLS JEP  
1. a 3. LF UK v Praze  
Multiscan, s. r. o., oddělení klinické a radiční  
onkologie Pardubické krajské nemocnice, a. s.

Inzerce A111018385

## JE MNOHO ZPŮSOBŮ, JAK ČÍST DENÍK MLADÁ FRONTA E15

> 15 minut pro ekonomiku & byznys

- > noviny
- > web
- > iPhone
- > iPad
- > Kindle



MLADÁ FRONTA  
**E15**  
www.E15.cz

Available on the iPad  
**App Store**

Stáhněte si zdarma E15.cz pro iPad™ a iPhone™ v aplikaci App Store. Zadejte do vyhledávacího pole text „E15.cz“.

**mf**  
MLADÁ FRONTA

# Transformace slovenských nemocnic zastavena, lékaři stále nespokojeni

Slovenský prezident Ivan Gašparovič a premiérka Iveta Radičová oznámili pozastavení transformace nemocnic na akciové společnosti. Lékaři jsou však i nadále rozhodnuti hromadné výpovědi nestahovat a pokračovat v kampani za splnění svých požadavků.

Lékařské odbory požadují, aby bylo zastavení transformace nemocnic definitivně potvrzeno zákonem. Podle předsedy Lékařského odborového združení (LOZ) Mariána Kollára je garance prezidenta a předsedkyně vlády „vstřícným krokem k naplnění požadavků lékařů“.

## Komplikovaný legislativní stav

„Tento krok velmi napomohl tomu, abychom se mohli v nejbližší budoucnosti nějak dohodnout. Bylo by to velmi dobré východisko k naplnění našich dalších požadavků, aby se lékaři mohli k 1. prosinci vrátit na svá pracoviště,“ doplnil Marián Kollár. O případné transformaci nemocnic podle slovenského prezidenta rozhodne až vláda vzešlá z březnových předčasných voleb. Současný legislativní stav podle něj nedovoluje předložit návrh ministerstva zdravotnictví na jednání vlády, protože exekutiva potřebuje souhlas hlavy státu, který v současnosti nemá. Ministr zdravotnictví Ivan Uhli-

arik na prezidentův krok reagoval prohlášením, v němž uvádí, že zastavení transformace nemocnic bude znamenat prohloubení současného nevyhovujícího stavu zdravotnických zařízení, rozhodnutí Ivana Gašparoviče nicméně zcela respektuje. Oddlužování nemocnic bude podle Uhliarika pokračovat i nadále.

## Uhliarik: Jde jen o platy

Ivan Uhliarik rovněž prohlásil, že nyní očekává, že slovenští lékaři stáhnou své výpovědi. „Nejhlavnější podmínka odborářů je splněna. O platech se dá vyjednávat i bez rukojmí v podobě pacientů,“ uvedl s tím, že současná kampaň lékařských odborů se podle něj týká již pouze platů.

Právě růst platů zdravotníků patří k nejproblematičtějším podmínkám ukončení protestů, ministr totiž potvrdil, že souhlasí s požadavkem na dodržování zákoníku práce a většího objemu financí určených pro zdravotnictví.

„Jsem pro růst platů, ale přiměřeně, s ohledem na současnou



Iveta Radičová. | Foto: Wikimedia

ekonomickou situací na Slovensku,“ řekl Uhliarik. Lékařské odbory požadují základní mzdu ve výši 1250–2400 eur, ministr zdravotnictví ovšem upozorňuje, že s příplatky by se plat vyšplhal na 2–4 tisíce eur. „Takové navýšení by stát ročně přišlo na 200 milionů eur. Odboráři musejí zreál-

nit své požadavky,“ prohlásil Ivan Uhliarik.

## Jednání pokračují

Lékařské odborové združení pokračuje v sériích vyjednávání s premiérkou Radičovou. Obě strany věří, že se jim nakonec povede dohodnout a poskytování zdravot-

ní péče tak na Slovensku nebude ohroženo. „Budeme nadále jednat, věřím, že dosáhneme dohody a zklidnění situace. Jsme připraveni udělat pro dohodu všechno,“ potvrdil Marián Kollár. Iveta Radičová potvrdila, že je v zájmu vlády, aby na současnou situaci nedoplátili pacienti, upozornila však, že nebude odborům slibovat nic, co nemůže splnit.

Podle premiérky mají vláda i lékařské odbory společný cíl – racionalizaci chodu slovenských nemocnic. Ačkoli Radičová není přesvědčena, že by transformace na akciové společnosti vedla k privatizaci a rušení zdravotnických zařízení, rozhodla se vyžádat si vypracování analýzy, jež by potvrdila, že ke zmíněným důsledkům transformace nedojde. Zároveň se s lékaři dohodla, že požádá odborníky, aby se pokusili najít takovou formu fungování nemocnic, jež by zabezpečila racionální a efektivní hospodaření s veřejnými penězi. K požadavku na zvýšení platů Radičová uvedla, že je třeba vzít v úvahu také ostatní pracovníky ve veřejném sektoru. Nicméně dodala, že úspory, které přinese nový zákon o lécích, je možné použít právě na růst platů zdravotníků.

(Zdroj: Pravda, Sme)

Květa Havlová

## Pojistné ve Švýcarsku zdraží

Od příštího roku se ve Švýcarsku zvýší sazby zdravotního pojištění v průměru o 2%, což znamená, že občané budou platit 8 franků měsíčně navíc. Oznámilo to tamní ministerstvo zdravotnictví.

Ve Švýcarsku se sazby pojistného musejí valorizovat každý rok, protože finanční prostředky se nevybírají formou procentní srážky ze mzdy, jako je tomu například v SRN nebo v Rakousku (valorizace probíhá automaticky při růstu mezd bez potřeby měnit procentní výši pojistného), ale jsou stanoveny pevné sazby obdobně jako u daní. Ministerstvo zdravotnictví uvádí, že nárůst výše pojistného plánovaný pro příští rok je nižší než v minulých letech, protože zčásti „zabrala“ různá úsporná opatření (zvýšení podílu generik hrazených pojišťovnami, pokles cen léciv aj.). Na druhé straně ministerstvo přiznává, že určité finanční prostředky navíc si vyžádá zavedení nového systému úhrad

pro nemocnice formou plateb za diagnózy.

## Pojistné podle franšízy

Dvoupromcentní nárůst sazeb pojistného se týká těch pojištěnců, kteří si zvolili tzv. franšízu ve výši 300 CHF za rok (předplátili si svou spoluúcast tak, že během roku už nemusejí platit při čerpání zdravotní péče, dokud nevyčerpají tuto franšízu). Někteří občané si zvolili roční franšízu s vyšší částkou a ti pak platí nižší pojistné.

V jednotlivých kantonech Švýcarska si pojišťovny konkurují rozdílnou výší pojistného. Ministerstvo uvádí, že v jedenácti kantonech se pojistné zvýší o 3–5%, zatímco v sedmi dalších se pojišťovnám

podají jeho sazby naopak snížit o 1–2%. Návrhy pojišťoven na nové sazby pojištění schvaluje příslušný dozorcí úřad, který posuzuje celkovou finanční situaci těchto institucí, ale i vývoj nákladů ve zdravotnictví. Do konce října musejí pojišťovny svým klientům oznámit, jakou sazbu pojištění budou platit v příštím roce. Pojištěnci pak mají právo se během listopadu rozhodnout, zda nepřejdou k jiné pojišťovně, s výhodnější výší pojistného.

Ve Švýcarsku rodiče musejí hradit pojištění i za své děti – pojistné pro děti se má zvýšit v průměru o 1%. Chudším rodinám pomáhají hradit pojistné i spoluúcast kantonální úřady.

(Zdroj: www.admin.ch)

(vla)

## Organizace požaduje odškodnění za cholera

Stovky milionů dolarů požaduje organizace na ochranu lidských práv po OSN za údajné zavlčení cholery na Haiti.

Institut pro spravedlnost a demokracii na Haiti (IJDH), který má základnu v americkém Bostonu, požaduje odškodnění v zastoupení více než 5 tisíců obětí cholery a jejich rodin na Haiti.

## Nejasný původ

Pro rodiny pozůstalých požaduje IJDH po 100 tisících dolarů, pro přeživší pacienty pak 50 tisíc. Hlavním argumentem institutu je, že to byly právě mírové jednotky Organizace spojených národů (OSN) z Nepálu, které onemocněly do této středoa-merické země zanesly. „Cholera vypukla kvůli jasné nedbalosti, lehkovážnosti a lhostejnosti vůči zdraví a životům obyvatel Haiti ze strany jednotek OSN,“ píše se v petici, již IJDH předala zástupcům organizace v New Yorku. Zavlčení ne-

moci do země nepálskými vojáky potvrdila řada studií.

Tiskový mluvčí OSN však přímou odpovědnost ze strany organizace za rozšíření cholery na Haiti odmítl a zdůraznil, že mírové jednotky a další složky OSN usilovně pracovaly na zvládnutí epidemie. Pukl rovněž na fakt, že generální tajemník OSN Pan Ki-mun na jaře letošního roku ustavil panel nezávislých vědců, kteří došli k závěru, že „není možné jednoznačně stanovit, jak se cholera na Haiti dostala“. Proti tomuto tvrzení se ihned postavila řada epidemiologů, včetně francouzského epidemiologa Renauda Piarrouxe, jenž na pojistit cholery a nepálských jednotek OSN upozornil jako první již koncem loňského roku.

(Zdroj: Reuters)

(kha)

# Británie řeší alarmující stav péče o seniory

Britská Pacientská asociace (PA) vydala jakýsi sborník „odstrašujících“ příběhů ukazující úroveň péče o seniory v některých nemocnicích NHS.

Podle asociace představuje 16 pravdivých příběhů zachycujících případy, kdy byli senioři ve zdravotnickém zařízení například ponecháni ve vlastních výkalech, bylo jim odmítnuto podání léků proti bolesti či nedostávali jídlo a pít, pouze špičku ledovce. Britská vláda problém v péči o pacienty-seniory připouští. Spustila proto program neohlášených kontrol nemocnic v rámci Národní zdravotní služby (NHS), jenž má situaci, kterou sami vládní představitelé označují za „alarmující“, vylepšit.

Na nedostatky v péči o starší nemocné od jara upozorňuje rovněž ombudsman pro zdravotnictví

– téměř pětina všech stížností, jež obdrží, se týká právě péče o seniory.

## Změny se chystají

Pacientská asociace dále uvedla, že počet hovorů na jejich linku pomoci dosáhl již letos téměř tisícovky, což je o třetinu více než za celý rok 2010.

Největší nedostatky organizace spatřuje především ve čtyřech aspektech péče – v komunikaci, asistenci při hygieně, ve zvládnutí bolesti a výživě. Požaduje po vládě, aby se právě tyto čtyři oblasti staly prioritou v rámci zlepšování zdravotní péče o seniory. „Není možné ignorovat skutečnost, že některá

zdravotnická zařízení nezajišťují seniorům ani základní péči,“ zdůrazňuje výkonná ředitelka Pacientské asociace Katherine Murphyová. Odpovědnost za současný stav a jeho zlepšení podle ní leží na každém zaměstnanci nemocnic – od ošetřovatelů až po nejvyšší management.

Britské ministerstvo zdravotnictví chystá od roku 2013 řadu opatření, jež by měla péči o seniory v nemocnicích zásadně zlepšit. „Jsem rádi, že Pacientská asociace na problém upozornila. My se jej nyní budeme snažit vyřešit,“ uvedl k tomu tiskový mluvčí úřadu.

(Zdroj: BBC)

Květa Havlová

# Americká protikuřácká kampaň narazila u soudu

Americký federální soud zablokoval nařízení tamní vlády, jež po společnostech vyrábějících tabákové výrobky požadovalo, aby na balení cigaret umísťovaly obrázky varující před následky kouření.

Podle soudce Richarda Leona, který ve sporu rozhodl ve prospěch tabákových firem, vládní nařízení odporuje prvnímu dodatku ústavy, který zaručuje svobodu slova.

že by na svých výrobcích musely vést kampaň, která vyzývá k bojkotu jejich vlastního zboží. Očekává se, že se americká vláda pro-

ti rozhodnutí soudu odvolá. Spor se tím pádem může táhnout i několik let.

(Zdroj: Reuters)

(kha)

## Proti vlastním produktům

Americký Úřad pro kontrolu léků a potravin (FDA) letos v červnu vydal devět nových, obrázkových varování před následky kouření, jež měly začít platit od září příštího roku. Jedná se o první změnu za posledních 25 let – balení cigaret v současnosti obsahují pouze varovný text.

Podle FDA musejí nálepky překrývat horní polovinu krabičky, a to jak na přední, tak zadní straně. Rovněž tištěná reklama musí obsahovat varovné snímky, mezi nimiž je například fotografie plic kuřáka, zkažených zubů či mrtvého těla, o velikosti alespoň 20 % inzerátu.

Pět velkých amerických tabákových společností nařízení FDA napadlo u soudu s argumentem,

ilustrační foto: ibtimes.com



## Mississippi navzdory očekávání odmítlo zákaz potratů

Obyvatelé amerického státu Mississippi odmítli v referendu ústavní dodatek, který definoval oplodněné vajíčko jako lidskou bytost.

Pokud by kontroverzní legislativa byla schválena, znamenalo by to faktický zákaz provádění potratů, a to i v případě znásilnění nebo incestu. Zakázána by byla i postkoitální antikoncepce, navíc by došlo ke ztížení umělého oplodnění, protože by se nemohly používat metody, při nichž dochází ke zničení embryí.

## Nejistý výsledek

V Mississippi, jež je tradičně velmi konzervativním státem, platí v oblasti interrupcí přísné regulace již v současnosti – ženy musejí mimo jiné projít pohovorem a dostávají minimálně 24hodinovou lhůtu, aby si mohly zákrok rozmyslet.

Odpůrci potratů prosadili otázku, zda je oplodněné vajíčko lidskou

bytostí se všemi právy, do referenda poté, co se jim v petici podařilo získat přes 100 tisíc podpisů. Výsledek hlasování zůstal až do sečtení hlasů nejasný – průzkumy dokonce lehce favorizovaly odpůrci interrupcí, na jejichž stranu se přidali i kandidáti na guvernéra, a to jak z řad republikánů, tak demokratů.

Nakonec však 55 % voličů rozhodlo nepřiznat oplodněnému vajíčku status lidské bytosti. Pokud by referendum skončilo opačným výsledkem, znamenalo by podle komentátorů významný milník v otázce zázkazu potratů a pravděpodobně by k podobným hlasováním došlo i v některých dalších státech USA.

(Zdroj: BBC)

(kha)

## Epidemie závislosti na lécích děsí úřady v USA

Závislost na lécích proti bolesti dosáhla v USA podle americké vlády stupně epidemie. Předávkování těmito léky si v zemi vyžádá více životů než předávkování heroinem a kokainem dohromady.

Podle zprávy Centra pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) se za posledních 10 let více než ztrojnásobil počet úmrtí v důsledku předávkování vysoce návykovými léky proti bolesti. V současnosti zemře ve Spojených státech až 40 lidí denně. Jedna z loňských studií pak ukázala, že každý 20. Američan starší 12 let užívá tato léčiva, aniž by k tomu měl vážný zdravotní důvod. Analgetika jsou navíc kvůli svým omamným účinkům hojně užívána i jako tzv. rekreační drogy.

## Kontrola lékařů i pacientů

„Každým dnem začne léky proti bolesti užívat z jiného než zdravotního důvodu téměř 5500 obyvatel,“

upozorňuje Pamela Hydeová z CDC. Významně narostl nejen prodej a výroba těchto léčiv, ale také počet lékařských předpisů na ně. Podle oficiálních údajů bylo loni předepsáno tolik analgetik, že by zajistily měsíční léčbu všem dospělým Američanům. Nejvíce je lékařů píší na Floridě, nejméně v Illinois.

Autoři zprávy zdůrazňují, že je nutné změnit přístup úřadů, především výrazně zpřísnit kontrolu zdravotnických zařízení, jejichž zaměstnanci předepisují neobvykle velké množství léků proti bolesti, ale také zamezit pacientům, aby si analgetika nechávali předepisovat od několika lékařů najednou.

(Zdroj: BBC)

(kha)

Komplexní zásobování ordinací zdravotnickým materiálem

 **eShop** [www.medipos.cz](http://www.medipos.cz)

objednávky a informace  **800** **YOLEJTE 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 A1110 14449

## ZAHRANIČNÍ ZKUŠENOST

# Střípky z Afriky

Jako student 6. ročníku 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy jsem počátkem roku absolvoval měsíční studijní pobyt pro mediky v Keni. V následujícím článku se podělím o „střípky“ svých afrických zážitků a zkušeností.

**T**ak už je to konečně tady. Nastupujeme do letadla směr Keňa. Za chvíli se nám všem splní sen, s nímž řada studentů přichází na lékařskou fakultu – pomáhat v rozvojových zemích. Zkusíme si tu pravou medicínu bez moderních diagnostických přístrojů, v její syrovosti tak, jak se to dělalo kdysi.

Ale abych nepředbíhal, vezmu vše pěkně od začátku. O možnosti vycestovat do Afriky jsme se dozvěděli od našich starších spolužáků, kteří se projektu v Keni sami zúčastnili. Stáž pro mediky, pod vedením odborníků z oddělení tropické medicíny, probíhá dvakrát ročně v keňském Itibu. Nalézá se zde zdravotní středisko pod patronací humanitární organizace ADRA ČR, o které se stará Aleš Bárta. Podmínkou účasti na studijním pobytu je absolvování povinně volitelného předmětu „Tropické nemoci“ a úspěšné projití výběrovým sítím. Zájemců je vždy mnohem více než nabízených míst. Měli jsme to štěstí a 22. ledna naše sedmičlenná skupinka – lékař, zubní lékařka a pět studentů – opustila ruzyňské letiště a zamířila do Nairobi.

### „Muzungové“ jsou v Keni vítáni

V Nairobi na nás už čekal (se svým terénním Land Crusierem – Žanetou) Aleš. Cesta z Nairobi do Itiba zabere něco kolem sedmi hodin. Je to sice jen asi 350 kilometrů, ale po afrických silnicích. K naší „radosti“ se nám podařilo za tmy

přihnout kolo v oblasti, kde před několika lety proběhlo etnické násilí a bylo vypáleno několik vesnic. Není doporučeno tu zastavovat, natož vystupovat z auta. Podle toho se asi řídili ostatní fidiči, kteří kolem nás, snažících se vyměnit poškozené kolo za nové, projížděli v plné rychlosti. Nakonec nám ale přispěchalo na pomoc několik místních a za pár šilinků nám pomohli kolo vyměnit. Už samotná cesta se tak stala dobrodružstvím a do cíle jsme dorazili s několika hodinovým zpožděním.

V Itibu jsme se rychle zabydleli a začali pracovat. Zdravotní středisko se skládá ze všeobecné ambulance, porodnice, laboratoře, chirurgického sálku a zubní ordinace. Rozdělili jsme se na jednotlivá pracoviště a jali se poznávat taje medicíny. Působí tu místní personál. Dva laboranti a dva *medical officers*, tedy něco mezi sestrou a doktorem. Zubní ordinace funguje jen dva měsíce v roce, kdy přijede skupina z Čech. Na všechno dohlíží Aleš, kterému se díky jeho elánu a neskutečné plíli podařilo ve vesnici vybudovat zařízení, za které bychom se nemuseli stydět ani v Evropě. Právě teď je rozestavěn další pavilon, v němž bude jednou plnohodnotný operační sál. Středisko se nachází přímo na hlavním náměstí miniměstečka a je tak v centru dění. Každá návštěva „muzungů“ (bělochů) tady způsobí patriční poprask a zvyšuje návštěvnost nejen pacientů, ale i všemožných zvědavců, ponějvíce dětí.

### Tabuizace AIDS

Náš pracovní den začínal obvykle v devět hodin, kdy přicházeli první pacienti. Oficiální ordinace končily v pět, ale pracovalo se, jak bylo potřeba. Nežřídko do pozdních nočních hodin. Jestli jste slyšeli, že dětem se chce na svět nejraději v časných ranních hodinách, věřte, že je to pravda. Během našeho čtyřtýdenního pobytu jsme pomohli na svět více než dvacítce novorozenců a skoro všichni se začali drát na tento svět po třetí hodině ranní.

Vysoká porodnost a chudoba je jedním z velkých problémů Keni. Jeden stařešina se nám dokonce chlubil, že má dvacet dva synů a osm dcer. Vláda se už našťestí začala problémem zabývat a zaměřila se i na osvětu. A tak si do našeho malého střediska na vysočině v západní Keni přicházejí ženy pro depotní antikoncepci. Zmínil-li jsem jednou problémy Keni, nemůžu vynechat HIV/AIDS. V regionu, kde jsme se nacházeli, jeho výskyt podle odhadů dosahuje asi 15 %, některé zdroje však hovoří o dvojnásobku. Sami jsme také ošetřovali několik pacientů s AIDS a měli i nový záchyt.

Největším problémem v boji s touto chorobou je její tabuizace. Je to stigma, které na vás ulpí do konce života. Pacienti si svůj problém nepřipouštějí, tají ho dokonce i před svou rodinou, kvůli čemuž se onemocnění může rychle šířit dál. Kdo odvahy najde a začne se léčit, může dostávat léky zdarma



Během našeho čtyřtýdenního pobytu jsme pomohli na svět více než dvacítce novorozenců. | Foto: archiv Petra Kohuta

a může si tak prodloužit svůj život i o několik desítek let.

### Velká pětka

Čekali jsme, že v nitru afrického kontinentu se budeme potýkat se zákeřnými tropickými chorobami. Skutečnost však byla trochu jiná. Náplní naší každodenní práce byly běžné choroby, ať už šlo o virózy a záněty dýchacích cest u malých dětí či kardiální problémy starších. Tropické nemoci se tu samozřejmě vyskytují, nejsou však na denním pořádku. Několikrát jsme ve stolicích zachytili střevní parazity způsobující vytrvalé průjemy, ale třeba s malárií jsme se během našeho působení neseťkali ani jednou. I když jsme na ni ve svých diferenciálnědiagnostických úvahách nesměli zapomenat. Z chirurgických výkonů jsme

nejčastěji ošetřovali řezné a sečné rány. Mačeta je tu velmi rozšířeným nástrojem i zbraní a po pár skleničkách „čangy“ (nelegálně páleného domácího alkoholu) se s ní často řeší nejružnější spory. V zubní ordinaci běžela vrtačka od rána do noci. Místní domorodci o svůj chrup příliš nepečují, a tak zavítá-li do zdejším končin zubař, dveře se netrhnou.

Kromě práce jsme podnikli i několik výletů. Bylo to hlavně v neděli, kdy jsme jezdili do okolních měst na týdenní nákup. Zavítali jsme do Kisumu, třetího největšího keňského města ležícího na březích Viktoriina jezera, a do Sotiku, centra výroby čaje. Jeden víkend jsme strávili v národním parku Masai Mara, kde jsme měli to štěstí a viděli během jediného dne snad všechny velké savce. Big five neboli velká pětka, reprezentovaná slonem, nosorožcem, buvollem, lvem a levhartem, je smem každého návštěvníka safari.

Čtyři týdny pobytu utekly jako voda a my se museli pomalu vrátit do reality. Z proslulené Afriky do únorové Prahy. Od práce v ambulanci ke studiu a zkouškám... Je pozdě večer a já jsem myšlenkami zpátky v Africe. Budu-li pokračovat, popíšu dalších dvacet stran. Musím končit. Stále se mi však vrací myšlenky, o kterých jsme se všichni tolikrát v Keni bavili: Afrika je nádherná, určitě se sem vrátíme!

Více informací o projektu: [www.kena.websnadno.cz](http://www.kena.websnadno.cz)



Foto: archiv Petra Kohuta

Foto: archiv Petra Kohuta

# 40 let dialyzační léčby na interním oddělení Strahov

„Co bych si teď nejvíc přál? Abychom mohli poskytovat péči za podmínek, které by zohledňovaly potřebnost našeho dialyzačního střediska s navazujícím lůžkovým zázemím pro pacienty s chronickým selháním ledvin z Prahy a okolí. Úhrada se mění a my nevíme, co nás čeká příští rok. Jistě víme jen to, že peněz bude méně,“ říká primář interního oddělení VFN Strahov **MUDr. Vladimír Polakovič, MBA**.

## Z historie Strahova

Strahovská nemocnice vznikla jako zdravotnické zázemí studentských kolejí, postavených na Strahově v polovině 60. let. Nemocnice byla po několika letech převedena pod tehdejší 2. fakultní nemocnici jako samostatné interní oddělení, orientované na kardiologii. Od roku 1971 se pracoviště pod vedením profesora Alberta Válka začíná profilovat směrem k nefrologii a k vybudování rozsáhlého programu náhrady funkce ledvin.

Kromě důrazu na multidisciplinarnitu týmu tu bylo a nadále je prioritou sledování trendů v dialyzační léčbě a zavádění nových metod. Jde například o kontinuální peritoneální dialýzu (CAPD), již tu začali používat pouhé dva roky po jejím „objevení“ ve Spojených státech, speciální vyšetřovací a monitorovací metody (hodnocení míry převodnění pomocí ultrazvukově stanoveného indexu kolapsibility dolní duté žíly a později pomocí multifrekvenční impedimetrie, kontinuální měření změn krevního objemu během dialýzy), zavedení rutinního sledování kvality cévních přístupů nebo v poslední době zavedení dialyzačních koncentrátů s kyselinou citronovou a první použití dialyzátorů s membránami propouštějícími proteiny v ČR pro léčbu selhání ledvin u nemocných s mnohočetným myelomem. Některé z metod byly vyvinuty v rámci víceletých grantových výzkumných projektů, za dobu existence pracoviště jich tu bylo řešeno devět.

Jako součást fakultní nemocnice pracoviště poskytuje specializované přednášky pro studenty 1. LF UK i studenty technických biomedicínských oborů na ČVUT v pregraduálním i postgraduálním studiu. Prostřednictvím IP-VZ zajišťuje na dialýzu orientované stáže lékařů připravujících se na atestaci z nefrologie. Zajišťovány jsou i přednášky a stáže pro zdravotní sestry. Na Strahově taktéž vznikla řada publikací, které se staly referenčními pří-



MUDr. Vladimír Polakovič, MBA. | Foto: archiv interního oddělení VFN Strahov

ručkami dialyzační léčby u nás, a také několik desítek bakalářských a magisterských diplomových prací.

## Od dispenzarizace po specializované postupy

Interní oddělení Strahov je orientované na komplexní péči o nemocné s chorobami ledvin, od ambulantní dispenzarizace pacientů s počínající renální insuficiencí přes standardní dialyzační léčbu ve všech existujících variantách až po specializované léčebné postupy.

V rámci pracoviště fungují specializovaná centra VFN: Centrum pro léčbu peritoneální dialýzou, Centrum pro komplexní léčbu chronického selhání ledvin, Centrum pro expertizu dialyzační techniky. Zároveň je pracoviště součástí specializovaného Centra pro cévní přístupy pro extrakorporální očišťovací metody. Součástí je i speciální ambulance hojení ran a chronické bolesti a cévní poradna.

„Technické vybavení celého oddělení se za posledních pět let po-

dařilo dostat na vysokou úroveň. Jako detašované pracoviště jsme plně propojeni v nemocničním informačním systému s pracovišti VFN. Vedle základní biochemické a hematologické laboratoře Ústavu klinické biochemie a laboratorní diagnostiky 1. LF UK a VFN komplement pracoviště zahrnuje moderní rtg s digitálním přenosem dat do centrálního úložiště obrazových vyšetření ve VFN, univerzální ultrasonografický vyšetřovací přístroj, počítačové EKG se síťovým rozvodem, vybavení pro cévní dopplerovské vyšetření, holterovské měření krevního tlaku i impedimetrickou analýzu tělesného složení. Hemodialyzační středisko je vybaveno 30 moderními dialyzačními monitory a veškerou potřebnou technikou jsou vybavena i všechna tři lůžková oddělení pracoviště s celkovou kapacitou 50 lůžek. Jinde uváděný nadstandard – dvojlůžkové pokoje s vlastním sociálním zázemím – je u nás standardem,“ říká Vladimír Polakovič.

„Budova však byla postavena před padesáti lety a čas běží. Ne-

můžeme si stěžovat na přístrojové vybavení, to máme díky managementu Všeobecné fakultní nemocnice moderní, ale velmi bychom už potřebovali investovat do stavebních úprav,“ dodává primář.

## Kontinuálně provozovaný rodinný podnik

Rozsáhlý je i ambulantní program a jednou z priorit pracoviště je rozvoj a podpora peritoneální dialýzy (PD), jejíž výhodou je mimo jiné možnost provádět léčbu ve vlastním sociálním prostředí. Na české poměry ji na Strahově hojně používají, ale primář Polakovič připouští i její limity. „Ne pro každého pacienta je tato metoda vhodná. Na PD je asi 20 procent pacientů z našeho chronického dialyzačního programu. Nutná je velká spolupráce pacienta, případně někoho z jeho rodiny. Musí spolehlivě zvládat výměnu roztoků, musí být dostatečně manuálně zručný a také dobře vidět, přitom naši pacienti jsou velmi často diabe-

tici s poškozeným zrakem a musí dodržovat pravidla asepse pro všechny úkony spojené s výměnou roztoků.“

Dialyzovaní pacienti jsou ze značné části lidé starší generace. Problémem pro ně může být horší dostupnost hromadnými dopravními prostředky – Strahov není na metru ani tramvaji. Primář Polakovič však vidí v umístění kliniky i výhody. „Ano, průměrný věk našich pacientů je přes sedmdesát let, ale oni většinou využívají sanitky, a pokud je vozí například příbuzní, mají nárok na příplatek na dopravu. Jistá odlehlost v rámci Prahy je i výhodou – tady není problém s parkováním. Z pohledu pacienta si pracoviště díky své poloze mimo hlavní areál VFN zachovává charakter ‚rodinného podniku‘, kde se o pacienta stará erudovaný personál, který nemocného dlouhodobě zná a poskytuje mu tu nejvhodnější péči, ať už ambulantně či po dobu hospitalizace, vyžaduje-li to jeho zdravotní stav. Máme čtyřicetihodinový kontinuální provoz umožňující přijmout pacienta a napojit jej na hemodialyzační přístroj, kdykoli to jeho zdravotní stav vyžaduje. Lůžko se vždycky najde. A tím, že jsme detašované pracoviště VFN, máme zázemí velké fakultní nemocnice se všemi dalšími odbornostmi,“ říká doktor Polakovič.

## Co se za peníze nekoupí

Tajné přání primáře Polakoviče je úplně samozřejmá věc, která se ale, na rozdíl od ještě modernějšího přístrojového vybavení nebo nové fasády na stavbu, za peníze nekoupí. „Co bych si teď nejvíc přál? Abychom mohli poskytovat péči za podmínek, které by zohledňovaly potřebnost našeho dialyzačního střediska s navazujícím lůžkovým zázemím pro pacienty s chronickým selháním ledvin z Prahy a okolí. Úhrada se mění a nevíme, co nás čeká příští rok. Jistě je jen to, že peněz bude méně,“ říká MUDr. Vladimír Polakovič.

„Příliš se nezabýváme otázkou standardů a nadstandardů. Naši pacienti jsou chronicky nemocní a zpravidla se na ně nevztahují ani regulační poplatky. Nedovedu si představit, že by si někdo chtěl připlácet na nějaký výkon v naší odbornosti. Jsme však schopni nabídnout nadstandard v ubytování či pobyt příbuzných s nemocným. Ale nadstandard v poskytování péče? To se mi nezdá reálné,“ uzavírá primář jednoho z nejmodernějších dialyzačních pracovišť v ČR.

# Transplantace srdce, nebo „umělé srdce“?

Tématem posledního letošního klubového setkání České lékařské akademie byl dosud největší technologický objev léčby srdečních onemocnění – mechanická srdeční podpora. O jejích současných možnostech i dalším vývoji informoval prof. MUDr. Jan Pirk, DrSc., který s ní u nás začal jako první pracovat v roce 2003.

V úvodu své přednášky, která proběhla v Akademickém klubu 1. LF UK, profesor Pirk upozornil na to, že v současných učebnicích kardiologie se o „umělém srdci“ mnoho nedozvíme. Přestože se nejedná o horkou novinku, zkušeností rychle přibývá a průběžně se také pracuje na zdokonalování samotné technologie. Ještě před tím, než se jí autor začal podrobněji věnovat, krátce zmínil historii programu klinických transplantací srdce, jehož zahájení předcházelo více než šedesát let práce v experimentálních laboratořích mnoha zemí světa.

## Doba před cyklosporinem

Základy ke klinickému programu srdečních transplantací byly položeny v polovině 60. let, kdy americký chirurg James D. Hardy (1918–2003) v univerzitní nemocnici v Mississippi odebral srdce od velkého šimpanze (tehdy ještě nebyl vyřešen problém odběru lidského srdce, protože nebyl akceptován koncept mozkové smrti), srdeční štěp však za 90 minut po odpoje-

ní od mimotělního oběhu selhal a pacient zemřel.

3. prosince 1967 pak profesor Christiaan Barnard (1922–2001) uskutečnil dnes už legendární první transplantaci lidského srdce v nemocnici v Groote Schuur v Kapuském Městě. Pacient zemřel 18 dní po úspěšném výkonu na oboustrannou pneumonii v důsledku extenzivní imunosuprese. Pouhé tři dny po Barnardovi transplantoval Adrian Kantrowitz (1918–2008) v Brooklynu dětské srdce. Tato transplantace nebyla tak úspěšná, neboť příjemce žil pouze 6,5 hodiny. Již 2. ledna 1968 provedl Barnard svou druhou transplantaci a ke konci roku 1968 se už realizovalo 102 transplantací v celkem 17 zemích.

## Československé prvenství ve východní Evropě

Jen osm měsíců po Barnardovi se o totéž pokusil na území bývalého Československa profesor Karol Šiška v Bratislavě. Jeho pacientka žila s transplantovaným srdcem pouze pět hodin. Podobně neslavně však



Foto: Leoš Chodura

v té době končila velká část transplantací na celém světě, a program byl proto na několik let přerušen. Zásadní změnu přineslo až v 80. letech zavedení cyklosporinu A do imunosupresivní léčby.

V roce 1984 u nás zahájil program srdečních transplantací tým pražského IKEM, vedený profesorem Kočandrlem, který 31. ledna provedl (spolu s profesory Firtem a Fabiánem) první úspěšnou transplantaci srdce v rámci celého bývalého východního bloku. Pacient (44letý technik) žil 13,5 roku a zemřel na selhání ledvin, vyvolané dlouhodobou farmakologickou zátěží organismu.

Od té doby bylo v IKEM provedeno již více než 800 srdečních transplantací (ročně je to nyní 35–40 zákroků). V roce 1992 se druhým českým centrem provádějícím tyto zákroky stalo Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie v Brně. Tato dvě pracoviště v současnosti plně pokrývají potřeby programu srdečních transplantací u nás.

Česká republika dnes patří k zemím s nejuspěšnějším programem transplantace srdce dokon-

ce v celosvětovém měřítku. V roce 2009 se zařadila na druhé místo na světě počtem 7,6 transplantace srdce na milion obyvatel. Rovněž křivka přežívání našich pacientů je srovnatelná s nejlepšími světovými centry a obě tuzemská pracoviště tak patří k evropské kardiologické špičce. Velmi dobře si vedeme i ve srovnání s americkými klinikami. „Podle všech měření kvality péče jsme měli vždy lepší výsledky než je americký standard,“ dodává prof. Pirk.

## Indikace a kontraindikace transplantace srdce

K hlavním kardiologickým diagnózám, které jsou dnes důvodem transplantace srdce, patří dilatační kardiomyopatie a ischemická choroba srdeční, může se ale jednat i o vrozené chlopenní vady. K výkonu je indikován pacient, který má výraznou symptomatologii (NYHA IV) a hraniční hodnoty spotřeby kyslíku („šedá zóna“ – VO<sub>2</sub> pod 10–12 ml/kg/min), má těžkou poruchu levé komory a ejekční frakci pod 20%. Nemocný netoleruje zátěž, dochází u něj k rozvoji orgánových poruch, hy-

pokalemii a kachexii. Kontraindikací výkonu jsou pak chronické infekce, recentní malignita, fixovaná plicní hypertenze (zde už ale podle Jana Pirka dochází k akceptaci v souvislosti s uplatněním umělého srdce), alkoholová či drogová závislost, psychóza, nadváha o více než 20%, osteoporóza, ale i věk nad 65 let. Jak ale profesor Pirk upozornil, nejedná se o věkovou diskriminaci – příčinou je biologický kalendář, tj. lidé už mívají více komorbidit, k nimž je třeba přihlížet.

U dárce pak musí být potvrzena mozková smrt, nesmí mít kardiiovaskulární onemocnění ani infekci. Ideálními dárci jsou muž do 50 let a žena do 55 let. Příjemce se vybírá podle krevní skupiny, shoda je nezbytná. Česká legislativa vychází z předpokládaného souhlasu k odběru orgánů (tedy potenciální dárce není zapsán do Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkáně a orgánů). Odběrový tým musí svou činnost dokonale koordinovat s transplantačním týmem, protože tolerance srdce k ischemii je nejnižší ze všech odebíraných orgánů (studená ischemie do 4 hodin).

## Kvalita života po výkonu a možné příčiny neúspěchu

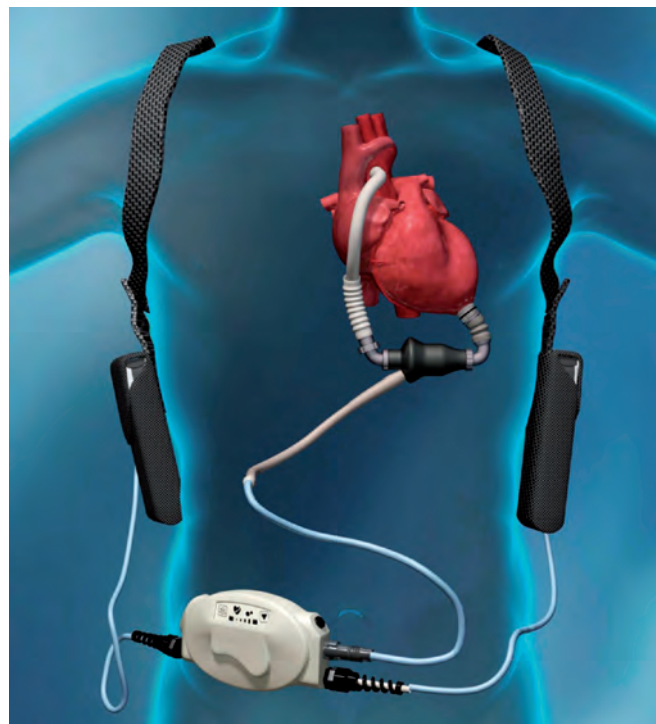
Následně autor přednášky popsal technický postup bikavalní operace. Ta se nyní upřednostňuje, protože lépe zajistí síňovou funkci, má nižší incidenci trikuspidální regurgitace a supraventrikulárních dysrytmií.

Jistě povzbudivým sdělením je, že u 70% nemocných se po výkonu výrazně zlepšila kvalita života a tři čtvrtiny těchto pacientů žijí s novým srdcem déle než deset let (dříve to byla polovina). Jejich jediným omezením je nutnost užívání imunosupresivních léků, docházení na pravidelné biopsie a odběry krve.

Jak prof. Pirk uvedl, hlavními příčinami úmrtí pacientů po transplantaci srdce jsou selhání štěpu, rejekce, infekce, koronární nemoc štěpu (vyskytuje se až u 40% nemocných za tři roky po transplantaci, způsobuje poruchy rytmu a náhlou smrt), dále toxické účinky imunosupresiv či malignity.

## Problém číslo jedna – dožít se nového orgánu

Výsledky přenosů lidského srdce jsou už dnes tedy velmi uspokojivé, dokonce srovnatelné se situací u transplantace ledvin. Základní limitací pro rozšíření počtu transplantací srdce ale zůstává, stejně jako u všech orgánových náhrad, nedostatek dárců. Odhaduje se, že



ilustrace: onlinejacc.org

v Česku umírá ročně osm až deset kandidátů transplantace srdce jen proto, že se pro ně nepodaří včas získat vhodný dárcovský orgán. Nedostatek biologických orgánů pro transplantace je relativní i absolutní. Zatímco v roce 1997 dosáhl IKEM dosud nepřekonané mety – 65 přenosů srdce, v roce 2001 klesl tento počet na polovinu a v roce 2006 to už bylo pouze 34 výkonů. Roli sehrává nepochybně i to, že nastal obrovský pokrok v intenzivní péči a také se neustále zvyšuje věk dárců.

Hledají se proto alternativy jak řešit překlenutí období do získání vhodného dárcovského orgánu. Využití biotechnologií v podobě buněčné terapie se podle profesora Pírka ukázalo být slepou uličkou. Jak uvedl, „jedním z důvodů jsou i zjištění z asi 5 let starých výzkumů, které poukazují na zásadní rozdíl mezi mužským a ženským srdcem – v mužském odumře za hodinu 2,5 tisíce myocytů; pokud jich tedy dodáme 40 tisíc, je to k ničemu...“. Nezdarem skončily i úvahy o xenotransplantacích, protože zvířecí populace je promořena specifickými viry a nikdo dnes neví, co by se stalo, kdyby se prasečí viry dostaly do

člověka (hrozí např. rozvoj pandemie). Další možností je klonování, které ale podle autora zatím zůstává spíše futurologickou vizí.

### Mechanické srdce jako reálný „most“ k transplantaci

Prvním již zdařilým technologickým postupem, díky němuž dnes pacienti s chronickým selháním srdce mají velkou šanci, že se úspěšné transplantace dočkají, je systém mechanické srdeční podpory, nazývaný též „umělé srdce“.

Umělé srdce jako pojem je znám přes 40 let. Poprvé jej coby dlouhodobější náhradu implantovali v roce 1982 lékaři pod vedením Williama DeVriese v americkém Utahu a jmenovalo se po svém designérovi Robertu Jarvikovi – Jarvik 7. Pacient s ním žil 112 dní. Novodobá historie ale přinesla další, vylepšené koncepty. V IKEM použili u urgentního čekatela v terminálním stadiu srdečního selhání biventrikulární parakorporální srdeční náhradu (Thoratec) v roce 2003 – opět jako první ve východní Evropě. Pacientem byl 57letý muž, který 12 let trpěl dilatační kardiomyopatií a jehož klinický stav dosáhl kritické-

ho bodu s odhadovanou prognózou nejvíce několika dnů života. Nečlý týden po operaci se funkce všech orgánů i laboratorní výsledky pacienta vrátily k normálu a on mohl dále čekat na transplantaci. Ta byla provedena 19 dní po aplikaci mechanického srdce, kdy se našel vhodný orgán.

K přednostem tohoto systému, pracujícího na pneumatický pohon (pulzativní tok), patří především to, že brání přepřívání a objemovému přetížení pravé komory. Nevýhodou bylo, že pacienti napojení na toto zařízení museli setrávat v nemocnici, často i několik měsíců. Po zotavení sice mohli opustit lůžko, ale potřebnou výbavu s sebou vláčeli v objemném zavazadle, srovnatelném s pojízdnou nákupní taškou.

### Návrat do života

„Od roku 2007 užíváme modernější přístroj HeartMate II na elektrický pohon (kontinuální tok), jehož podstatou je turbínka, která se točí rychlostí 4,5 tisíc otáček za minutu. Celé zařízení, které nasává krev z levé komory a vrací ji do aorty, je všito v pacientovi – umísťuje se do nadbříšku a ven vychází pou-

ze jeden kabel,“ popisuje Jan Pírk. V těle tak zůstává i oslabené srdce, jehož pravá komora funguje dál. Baterie jsou znovunabíjecí a vydrží asi 6 hodin.

Pacienti už s tímto zařízením nemusejí trávit čas v nemocnici, mohou chodit i do práce a provozovat většinu normálních činností. Pouze nesmějí plavat, mohou se jenom sprchovat. Jsou warfarinizovaní stejně jako lidé s umělou chlopní a mají i stejná rizika (infekce, trombózy). Ke kontrolám na kliniku stačí docházet jednou za několik týdnů a na odběry krve jednou týdně. Nemusejí také užívat žádná imunosupresiva.

Pro okolí člověka s mechanickou náhradou srdce je ale nezbytné vědět, že umělé srdce nebije, protože nestrídá dva tlaky jako srdce lidské, ale udržuje jeden kontinuální tlak. Profesor Pírk popsal případ, kdy pacientka napojená na tento přístroj, upadla do bezvědomí a přivolání záchranářů jí ve snaze o oživení (měla nehmatný pulz) vlastně přivodili smrt.

### Horizont nástupu technických inovací

Mechanická srdeční podpora se

dnes používá nejen jako most k transplantaci, ale také pro získání času při rozhodování co s pacientem dále nebo k zotavení srdce (například po rozsáhlém infarktu). U nemocných s tímto zařízením je také pozorováno navození zlepšené funkce jater a ledvin. Jako trvalá podpora (*destination therapy*) už bylo umělé srdce použito v USA a pacient s ním žil 7 let.

Vzhledem k tomu, že prevalence terminálních fází srdečního selhání trvale stoupá a dárců stále ubývá, bude podle prof. Pírka třeba pokračovat v hledání dalších alternativ transplantace srdce. Už dnes se například uvažuje o tom, zda bude lepší variantou marginální dárcovství, nebo zmíněná mechanická podpora.

Pokračuje také technologické vylepšování stávajících přístrojů (např. magneticky levitující rotor) a pracuje se na ještě dokonalejším modelu, kdy by z pacienta nevedl vůbec žádný kabel a baterie by se dobýjely bezkontaktně přes kůži. Podle kardiochirurgových slov lze další technické inovace očekávat v průběhu pěti až sedmi let.

Jaroslava Sládková

Inzerce A111018179



## společnost synlab czech OTEVÍRÁ V BRNĚ NOVOU MODERNÍ LABORATOŘ pro humánní medicínu

- » Rychlá, spolehlivá a komplexní diagnostika
- » Vysoká úroveň komunikace s lékaři
- » Přínos pro rychlé určení cílené a přesné léčby pacientů

Společnost synlab czech, jedna z největších laboratorních skupin v České republice, otevírá v Brně novou laboratoř poskytující komplexní laboratorní služby v oblasti humánní medicíny. Soustředění širokého spektra nejrůznějších laboratorních vyšetření do jedné laboratoře využívající špičkové moderní technologie přinese především urychlení a zefektivnění celého procesu testování. V podstatě z jedné zkumavky od jednoho pacienta lze v laboratoři provést komplexní spektrum vyšetření. A to bez zbytečné časové prodlevy a nutnosti zatěžovat pacienta řadou odběrů.

BIO-PLUS  
CHAMBON  
IMUMED  
Klinické laboratoře Chomutov  
KLINLAB  
LABOMA  
Medservice

[www.synlab.cz](http://www.synlab.cz)

Členové skupiny synlab czech

# Kolik orgánů ohlásíš, tolikrát jsi dárcovským konzultantem

Největším problémem českých transplantací je nedostatek orgánů. Existuje podezření, že ne všichni lékaři nahlásí vhodné zemřelé dárce spádovému transplantačnímu centru, přestože jim tuto povinnost nařizuje zákon.

Proti evropským zemím chybí také orgány od živých dárců, které k darování nikdo a nic nemotivuje. Nefunkční je navíc celý systém financování transplantací. Počet dárců orgánů zůstává každoročně přibližně stejný, počet čekatelů na nový orgán se ale zvyšuje.

Cesta k efektivnějšímu nakládání s orgány vede přes zdravotnický personál, který má k dárci orgánů nejbližší, tedy lékaře na ARO a JIP. Koordinační středisko transplantací (KST) ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví (MZ) již proškolovalo 20 takzvaných dárcovských konzultantů, dalších 50 projde školením v průběhu několika příštích měsíců. V rámci vzdělávacích kurzů jsou lékaři detailně seznámeni s platnou legislativou a současnou i budoucí praxí. Koordinátoři se podílejí nejen na zvýšení dárcovského potenciálu, ale dbají i na dodržování veškerých zákonných pravidel souvisejících s dárcovstvím.

Dárcovský konzultant je přímo podřízen náměstkovi pro léčebně preventivní péči. V řadě případů totiž musí jít proti zájmům ostatních oborů v nemocnici. Například provádí vyšetření, jež oddálí práci na ostatních vyšetřovacích procesech, nebo pro odběr orgánů zablokuje operační sál,

který nebude k dispozici dalším potřebným pacientům. Tyto činnosti nelze dost dobře koordinovat z KST ani transplantačních center, a proto je činnost koordinátora nezastupitelná.

## Zvýšení odběru orgánů

„Nyní školíme hlavně lékaře z ARO a JIP, zejména z malých nemocnic. Učíme lékaře identifikovat smrt mozku, ke které dojde u intubovaného pacienta s instrumentální náhradou srdeční činnosti. Takových pacientů není mnoho. Jedná se asi o 10 procent z hospitalizovaných na JIP a ARO lůžkách a pouze jeden z nich je vhodný k odběru orgánu,“ popisuje počátek příběhu rozvíjející se transplantace ředitel KST MUDr. Pavel Březovský, MBA, který má za to, že nemocnice povinnost nahlášení smrti mozku kvůli ekonomickým a administrativním překážkám často neplní.

„Jestliže víme, že 1 procento pacientů z ARO a JIP je vhodných pro odběr orgánů a v ČR se odebere pouze 0,4 až 0,5 procenta z těchto pacientů, plyne z toho, že v některých nemocnicích smrt mozku nedidiagnostikují,“ dodává s tím, že pokud by se spolupráce mezi nemocnicemi, transplantačními centry a KST stoprocentně zlepšila, lze střízlivým odhadem předpokládat zvýšení odběru orgánů o 30



„Není úspěch, že u nás na ledvinu pacienti čekají rok, když na čekací listině je pouze 11 procent nemocných,“ říká přednosta Kliniky transplantační chirurgie IKEM MUDr. Jiří Froněk. | Foto: archiv Koalice pro zdraví

až 40%. Kontrolou správné a včasné diagnostiky smrti by mohl být program úspěšně používán například ve Francii, kdy se kontroluje každé úmrtí na ARO jednotlivých nemocnic a vyhodnocují se postupy ve vztahu k odběru orgánů. Nemocnice pak nebudou moci jednoduše ukončit péči o pacienta a jeho orgány vypnutím přístrojů a konstatováním smrti.

## Rychlá smrt mozku

Identifikace smrti mozku je ale poměrně náročný proces. Neurologické příznaky smrti mozku stanovuje neurolog klinickým vyšetřením, prokazuje se instrumentálně podle zákona o darování, odběrech a transplantačních tkání a orgánů vyšetřením průtoků krve mozkiem arteriograficky či scintigraficky. Pokud je možné provést vyšetření na místě, není nutné pacienta převážet na vyšší pracoviště, protože se třeba prvním vyšetřením prokáže, že průtok mozkiem je dostatečný a probíhá další intenzivní léčba. Podle vývoje stavu pacienta, se pak vyšetření opakuje na „vyšším“ praco-

višti. Spádové transplantační centrum rozhodne, zda odběr orgánu neznemožní příčina úmrtí. V řadě diagnóz, jako jsou například konečná stadia nádorových onemocnění, diseminace metastáz či rozdrčení orgánů, transplantace možná není, přesto ani u onkologických pacientů nelze v případě některých diagnóz odběr orgánů jednoznačně vyloučit.

Jestliže na ventilovaném lůžku leží pacient v hlubokém bezvědomí, měl by lékař ohlásit spádovému transplantačnímu centru tento fakt už ve chvíli, kdy Glasgow coma scale (GCS) kleslo na 8, tedy cca 72 hodin před tím, než klesne GCS na 3 body. Pacient by také měl mít po dobu 12 až 24 hodin vysazený tlumící látky, aby nedošlo ke zkrácení neurologického nálezu a chybnému vyhodnocení situace. „Při smrti mozku se situace řídí strašně rychle dopředu. Přestane fungovat vše, co mozek do té doby integroval, a všechno se rozběhne zvlášť. Nastává hypotermie, centralizace oběhu, pacient okamžitě začne ztrácet obrovské množství tekutin, protože přestane fungovat anti-di-

uretický hormon. V tu chvíli u něj musí být někdo, kdo aplikuje léky a reaguje na biochemické změny, musí to být vysoce erudovaní lékaři,“ popisuje MUDr. Březovský. Málokterá menší nemocnice je také schopna zajistit práci dvou neurologů, kteří musí opakovaně pacienta vyšetřit. KST vytvořilo systém modelem, inspirovaným Španělskem, v jehož rámci si transplantační centra na sebe stahují tento typ pacientů, čímž malým nemocnicím odlehčí.

## V Ostravě těží z historické zkušenosti

Druhým nejstarším v ČR je Transplantační centrum ve Fakultní nemocnici Ostrava. Jeho propojení s tamním ARO a JIP komentuje přiměřeně zkušenější anesteziologicko-resuscitační kliniky MUDr. Jan Jahoda: „Díky našim letitým zkušenostem je organizace transplantačního programu pevná a transparentní. Prodláňaná transplantační kauza nás přiměla k pevnému definování praktik. Kromě běžných pravidel v rámci transplantologie máme akreditaci JCI (Joint Commission International) a tím pádem pojmenované řídicí akty, které každý krok definují. V metodice stanovení mozkové smrti máme navíc každý krok popsany skoro doslova.“

V Ostravě procházejí všichni dárci anesteziologicko-resuscitační klinikou. Pokud není místo, přebírá ARO organizaci i na lůžku mimo kliniku. Komunikace s rodinou je zde podle primáře Jahody otevřená a kromě koordinátora s příbuznými komunikuje vedoucí lékař té které lůžkové JIP. V loňském roce bylo ve FN Ostrava 15 dárců, letos 11.

Z Prostějovského ARO byl v loňském roce k odběru orgánů do FN Olomouc transportován pouze jeden pacient. Přesto právě postup prostějovského ARO, které je vzdáleno jen asi 15 km od Fakultní nemocnice Olomouc, může sloužit jako model dobré spolupráce. „Blížkost Fakultní nemocnice Olomouc a přímé směřování těžkých traumatických pacientů z terénu do spádového traumacentra je důvodem, proč je pacientů vhodných k dárcovství orgánů, kteří splňují podmínky donora, velmi málo. Na druhé straně máme dobré vztahy a spolupráci s Klinikou anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny LF UP a FN Olomouc a jejich lékaři koordinující postupy péče o dárce,“ podotýká primář ARO MUDr. Martin Pomajbík, na jehož pracovišti je vyčleněn jeden lékař zodpovědný za tuto koordinaci uvnitř nemocnice i komunikaci s nadřazeným centrem.

## Mezinárodní aktivity Koordinačního střediska transplantací

1) Projekt MODE je založený na přenosu nejlepších praxí v celém procesu, od identifikace dárce po úspěšnou transplantaci. V tomto projektu ČR ostatní členy z EU nejvíce zaujala svým systémem ověřování údajů o dárcích ze zdravotnických registrů, jež má za cíl zvýšit bezpečnost transplantací. Odborníci z Evropské komise dokonce zvažují, že by český systém mohl být závažný i pro ostatní členské země již od roku 2013.

2) V rámci projektu COORENOR ČR vede skupinu organizující vznik internetového portálu pro výměnu

orgánů mezi členskými zeměmi projektu BSA (Black Sea Area).

3) Zástupci Koordinačního střediska transplantací se rovněž účastní projektu BSA (Black Sea Area), kde je posuzována transplantační legislativa a praktická realizace transplantací v zemích oblasti Černého moře. V tomto projektu vystupují zástupci KST současně s Francií a Itálií jako supervizoři a poradci ze země, která má zkušenosti s centrálně řízeným zdravotnictvím a přechodem do tržních podmínek.



## Peníze, nebo ledvinu?

„Obecnou překážkou transplantací je způsob financování intenzivní péče a dárci orgánů v tomto ohledu nejsou výjimkou. Nově se jedná o DRG platbu, která je značně paušalizující a neodráží skutečné náklady. Jako všichni ostatní jsme financování průběžně formou záloh dle ekonomických výsledků v loňském roce, u VZP v předloňském,“ popisuje primář Jahoda.

V tomto případě souhlasí i VZP. „Je pravda, že paušální způsob úhrady v letošním roce nepodporuje odběry ani transplantace orgánů. Situace by se měla zlepšit v roce 2012, kdy jako hlavní způsob úhrady lůžkové péče bude platba za případ,“ říká její mluvčí Jiří Rod.

Primář Pomajbík ale upozorňuje na etické aspekty nakládání s orgány: „Přestože jsme jako každé jiné zdravotnické zařízení pod určitým ekonomickým tlakem se snahou o maximální úsporu, při zachování kvality péče, domníváme se, že participace na programu transplantací péče je natolik důležitá, že indikace nebo kontraindikace pacienta k odběru orgánů jsou pouze medicínské, nikoli ekonomické.“

VZP chce podle slov svého mluvčího odběrovou aktivitu nemocnic podporovat úpravou financování některých výkonů. „Příčina nízké odběrové aktivity není hlavně finanční, ale spíše tkví v neochotě zajistit odběr po organizační stránce. Z tohoto důvodu bude hrazena z pojištění i činnost transplantčních koordinátorů, kteří mají pomoci při zajištění odběrů,“ dodává Jiří Rod.

## Nepřijaté kódy do seznamu výkonů

Předsedkyně České transplantční společnosti a vedoucí lékařka Oddělení odběru orgánů a transplantčních databází IKEM MUDr. Eva Pokorná, CSc., říká, že hlavním limitem oboru je nedostatek orgánů. I ji však trápí dlouhodobě nefunkční bodový systém. „Odborná transplantční společnost

pojišťovněm několikrát navrhovala kódy do seznamu výkonů, ty ale nebyly nikdy přijaty. Některé kódy v sazebníku doposud vůbec nejsou. Zdravotní pojišťovny nehradí zákroky v případech ABO inkompatibility nebo administrativní koordinaci transplantace, která v řadě případů trvá desítky hodin práce koordinátorů. V sazebníku výkonů má transplantace ledviny určeno 6000 bodů, což představuje asi 5 tisíc korun, a to je směšně málo. Jde nyní o to jasně definovat výkony. Transplantace má pozitivní ekonomický efekt, navíc ji nelze nadužívat – je kontrolovatelná, dokumentovatelná. Jde o jasnou ekonomickou úsporu,“ podtrhuje MUDr. Pokorná.

Nyní se každá transplantace nekonceptně financuje podle individuálních smluv s pojišťovnami, například náklady na transplantaci srdce jsou částečně hrazeny z Kardioprogramu. Řešení nabízí podle Evy Pokorné tzv. transplantční balíček, který by zahrnoval vyčíslení práce, administrativy, sálu i převozu pacienta. Například transplantace plic zde byla vyčíslena na 2 miliony korun.

## Před a po transplantaci – nesrovnatelné náklady

Úspory, které transplantace přináší, jsou značné. Jeden pacient, u něhož dárcovský koordinátor úspěšně vytipuje smrt mozku, podle ředitele KST Pavla Březovského přispěje k roční úspoře 300 milionů Kč v nákladech na udržovací léčbu pacientů na čekacích listinách na transplantaci ledvin. Náklady na zdravotní péči pacienta s transplantovanou ledvinou se po pěti letech blíží nule, oproti tomu dialyzovaný pacient přijde pojišťovny na více než milion korun ročně.

„Transplantace ledvin výrazně prodlouží pacientovi život,lepší jeho kvalitu. Život na dialýze není příliš kvalitní, pacient tři dny v týdnu tráví v nemocnici, navíc většinou nemůže pracovat. Po transplantaci je kvalita života diametrálně



**Předsedkyně transplantční společnosti MUDr. Eva Pokorná: „Transplantace je zásadní úspora.“**

Foto: archiv Koalice pro zdraví

odlišná. Většina pacientů se vrací do práce, je ekonomicky aktivní a platí daně,“ vypočítává přednosta Kliniky transplantční chirurgie IKEM MUDr. Jiří Froněk, Ph.D.

## Na čekací listině je málo pacientů

Přes jasné benefity, které pacientovi transplantace nabízí, se nedaří zvrátit trend, kdy přibývá klientů hemodialyzačních center, aniž by se současně zvyšoval počet adeptů na transplantaci na čekací listině. „Když jsem v roce 2006 odcházel z ministerstva zdravotnictví, existovalo u nás 47 hemodialyzačních center, dnes je jich 100. To o něčem svědčí,“ upozorňuje ředitel KST a někdejší ředitel Odboru zdravotní péče MZ Pavel Březovský. „Na dialýzách je asi 6 tisíc pacientů, na čekací listině je přibližně 11 procent z nich. To je enormně nízké číslo. Transplantací je ročně asi 350, čímž vzniká zhruba jednoroční čekání na operaci, což je prezentováno jako úspěch. Já se obávám, že to úspěch není. Pokud by bylo na čekací listině, stejně jako v zemích západní Evropy, pacientů čtyřikrát více, tedy více než 40 procent všech nemocných, dostali bychom se k čekací době 3 až 4 roky, tak jak je to v Evropě,“ upozorňuje navíc přednosta Froněk. Dialýza by podle něj

měla být pacientovi nabídnuta až jako druhá volba po transplantaci, nebo v případech, kdy transplantace není vhodná. Jenže právě více než 60 procent klientů hemodialyzačních středisek tvoří pacienti starší 70 let, jimž jejich komorbidity transplantaci kontraindikuje. Pro intenzivnější umisťování pacientů z hemodialyzačních center na čekací listinu vede podle ředitele Březovského schůdná cesta. „Pro tuto situaci existuje poměrně jednoduché řešení, kterým je společný rozpočet pro transplantace a hemodialýzy. Úsporu si pak mezi sebou mohou rozdělit ještě společně s pojišťovnami,“ doplňuje.

K větší efektivitě se hemodialyzační centra snaží přimět také ministerstvo zdravotnictví. Ředitelka odboru zdravotní péče MZ MUDr. Stanislava Pánová potvrdila, že k úkolům jejího odboru bude v příštím roce patřit také jednání s Asociací dialyzačních středisek a Českou nefrologickou společností. Výsledkem podle ní bude systém finančních odměn pro ta střediska, která dostanou na čekací listiny více pacientů.

## Leptší je orgán od živého dárce

„VZP si je dobře vědoma výhodnosti transplantací, a to samozřejmě hlavně pro další osud a perspektivu daného pacienta, tak i možných finančních úspor. Ty jsou výrazné právě při provedení transplantace ledvin. Proto také VZP aktivně pracovala na tvorbě Národního akčního plánu pro darování orgánů pro léta 2010 až 2015,“ slibuje pojišťovna slovy svého mluvčího Roda transplantologii podporu. Právě v transplantaci orgánů od živých dárců ČR oproti Evropě výrazně zaostává.

Na milion obyvatel je u nás pouze osm živých dárců orgánů. Pro srovnání – například v Chorvatsku, které za podpory vlády a pojišťoven velmi intenzivně pracuje na implementaci Národního akčního plánu pro transplantace, je ročně darováno 30 orgánů (od ži-

vých i mrtvých dárců). Čeští transplantologové viní z nedostatečné podpory veřejnosti k darování orgánů především resort zdravotnictví. Zaostávat v této oblasti je přitom velmi nevýhodné. Transplantace od živých dárců má totiž významně lepší medicínské i ekonomické výsledky než použití orgánů od zemřelých dárců.

## Přežití záleží na orgánu

„Úspěšnost transplantace ze živých dárců se blíží 99 procentům, ze zemřelých dárců 95 procentům. Očekávaná délka přežití pacientů s orgánem od živého dárce je 25 let, u orgánů zemřelých dárců se pohybuje mezi 8 a 12 lety. Umíte si představit, jak důležitou roli hraje u mladého pacient s transplantovanou ledvinou fakt, zda přežije 12 či 25 let. Očekávané přežití po transplantaci a na dialýze je dvojnásobně vyšší,“ podotýká přednosta Froněk a poukazuje na obrovské pole působnosti, kterým je párová výměna orgánů. Ta v ČR nyní prakticky neexistuje. Přitom v případě, že se přijde nechat vyšetřit 100 tisíc potenciálních žijících dárců, pouze 20 procent jich orgán daruje a u dalších 20 procent nelze orgán využít z důvodu inkompatibility – ty je však možné zařadit do evropské čekací listiny. Počet možností jak darování, tak příjmu orgánů se tím výrazně zvýší.

Vůbec neefektivnější je ale podle MUDr. Froňka transplantovat funkční ledvinu ještě před zahájením hemodialýzy. „Výsledky jsou jednoznačně nejlepší. Přitom v ČR vůbec nemáme informace o počtu pacientů, kterým ledviny právě selhávají, jsou ve stadiu 4 a mohli by podstoupit transplantaci ledvin od žijícího dárce před tím, než nastoupí na dialýzu. Měli bychom tyto pacienty aktivně vyhledávat v nefrologických ambulancích,“ uzavírá Jiří Froněk pohledem na jeden z dalších systémových kroků, které by měly do budoucna vést k vyšší efektivitě české transplantologie.

Petra Klusáková

Inzerce A111000596

**Informační materiály pro Vaše pacienty i pro Vás**



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

Pro více informací prosím volejte na 266 312 707

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

## TÉMA ČÍSLA

# Komunikace s rodinou nám lékařům moc nejde

Kromě udržování orgánů v plně funkčním stavu, zvládnutí administrativy, spolupráce s transplantačním centrem a Koordinačním střediskem transplantací (KST) je úkolem dárcovského konzultanta také komunikace s rodinou zemřelého pacienta.

Dárcovský konzultant si během školení vštěpuje zásady správné komunikace s rodinou prostřednictvím komplexu postupů, zvaného *family approach*, který byl vypracován ve spolupráci s psychology. Přestože je u nás uzákoněn status předběžného souhlasu s darováním orgánů, lékaři s rodinou potenciálního zemřelého dárce komunikují vždy. „Nemůžeme riskovat diskreditaci trans-

plantačního programu proto, že se nezeptáme rodiny. Neformulujeme to ale jako otázku, zda orgán dovolí darovat, spíš jako jakousi formu vděku za to, že odběr rodina umožní,“ říká ředitel KST Pavel Březovský. S nesouhlasem rodiny u nás velký problém není. Tzv. *family refusal* u nás činí 5–10 %, například v Německu nesouhlasí s odběrem orgánů polovina pozůstalých.

## Část pro rodinu, část pro sebe

Kromě základního výcviku mohou lékaři projít kurzem oznamování špatné zprávy, který dvakrát ročně organizuje v IKEM MUDr. Eva Pokorná ve spolupráci s psycholožkou PhDr. Blankou Čepickou a psychiatrem MUDr. Janem Čermákem. Třídenního intenzivního tréninku komunikačních a praktických dovedností sdělování ne-

příjemných zpráv se zúčastňuje 18 lékařů, větší počet není možné do kurzu zařadit právě proto, aby mohl být co nejvíce praktický a intenzivní.

„První kurz je věnován právě sdělování nepříznivých zpráv, vysvětlují se, diskutují, nacvičují praktické věci, postupy při sdělování, reakce příbuzných. Intenzivisté jsou také ubezpečeni, že sdělit negativní zprávu je vždy těžké. Nemusí to být vždy provedeno výborně, ale důležité je, že to zvládnou dobře, sami se při tom budou cítit jistí a nebudou mít z komunikace obavy. Druhé pokračování kurzu, většinou s odstupem půl až jednoho roku od kurzu prvního, se soustředí víc na samotné zdravotníky – v jeho rámci se učí sami vyrovnávat se stresem a pečovat i o sebe,“ vysvětluje MUDr. Pokorná.

## Při třech příjmech dárce indikovat nestačí

Co je pro tedy pro zdravotníky

nejtěžší? „Sdělování negativních zpráv je vždycky náročné. My lékaři to ještě příliš neumíme. Je to pro nás těžké a nepříjemné. Jsme vytížení. Tam, kde dříve pracovali tři, nyní pracuje jen jeden, to samé v průběhu služeb. Pravdou je, že když má lékař na oddělení příjem tří pacientů, o které se musí starat a musí je zajistit, tak indikovat dárce prostě absolutně nemůže, to objektivně nejde. Celý proces potvrzení smrti mozku, indikace dárce a organizace odběru orgánů trvá cca 12 hodin,“ poodkrývá nepřijemnou skutečnost lékařka, která ale jednoznačně považuje komunikaci lékaře s rodinou za povinnost. „Snažíme se, aby se lékaři naučili cítit při sdělování těchto zpráv co nejlépe, nebalí se toho a nebyl to pro ně stres. Musí si odnést i něco navíc pro sebe, protože sdělování negativní informace budou používat v celé své praxi i životě pořad,“ dodává MUDr. Pokorná.

(klu)

# Společná evropská listina pro nás není výhodná

Do evropského kontextu zasazuje českou transplantologii ředitel Koordinačního střediska transplantací MUDr. Pavel Březovský.

## Jak jsou lékaři v zahraničí motivováni k nahlásování možných dárců orgánů?

Ve Španělsku a Chorvatsku mají lékaři za nalezení pacienta přidáno 20 procent platu. Počet nahlášených se tam enormně zvyšuje. U nás to takhle dělat nelze, protože povinnost nahlásit potenciálního dárce transplantačnímu středisku vyplývá ze zákona. Zároveň ale neexistuje žádná praktická sankce za jeho nedodržení. Vypnout přístroje a nahlásit smrt bez dalších postupů směrem k transplantaci je velmi jednoduché.

## Pomohla by nám v tomto ohledu například účast v Eurotransplantu?

Eurotransplant vznikl jako nezisková organizace chirurgů, kteří se mezi sebou domluvili, že budou sdílet čekací listiny a orgány mezi jednotlivými státy. Není to něco, co organizuje a zřizuje Evropa. Ano, jsou tam určité výhody. Objem lidí, kteří jsou spolu dohodnuti o vzájemné výměně orgánů, je poměrně velký. Nyní se připojilo i Chorvatsko, Slovinsko a Maďarsko. V zemích se po-

všechně zvýšily odběry orgánů, zkvalitnil se proces odběru, zároveň ale systém funguje na základě určité finanční motivace. Členské země platí za přihlášení a udržení zavedeného systému. U nás je zápis do čekací listiny zdarma, v Eurotransplantu stojí 460 eur (asi 11 tisíc korun), dále se ročně platí za místo na listině. Příspěvek se pak rozdělí podle toho, jakým způsobem jednotlivé členské státy participují na odběrech a transplantaci neboli aplikaci odběrů. Každá země si musí spočítat, jestli je pro ně tento systém výhodný.

## Je takové členství výhodné pro nás?

Společná evropská čekací listina by pro Česko byla nevýhodná. Vnímám náznaky, že úmysl propojit státy tímto způsobem existuje. Můj názor ale je, že bychom měli sdílet pouze čekací listiny speciálních skupin pacientů, kteří jsou například hypersenzitivní vůči krvi či lidským tkáním (tedy pacienti s opakovanými transplantacemi ledvin) nebo pacientů s urgentním selháním jater. V těchto případech by to výhod-

né bylo, protože by přibýlo množství potenciálních vhodných dárců. Ale mám obavy, že kdyby se vytvářela společná čekací listina pro všechny pacienty, nabízela by se tendence nejprve vyrovnat čekací doby. U nás je čekací doba na ledvinu rok, kdežto v Německu tři roky. To by pro Čechy byla velmi nepříjemná situace.

## Čemu se teď na evropské úrovni v KST věnujete?

Společně se zástupci Evropské orgánové koordinační organizace (European Organ Exchange Organization) připravujeme mezinárodní IT portál, který by měl mezi jednotlivými státy umožnit výměnu orgánů urgentního respektive superurgentního pacienta. Pokud nastane situace, že žádný český pacient orgán nevyužije, mohl by jej využít pacient z jiné země. Speciálně se jedná o dětská srdce. Jde o velmi smutná čísla. Asi 97 procent dětských pacientů se transplantace srdce nedočká a umírá na čekací listině. Existuje řada podpůrných aktivit, aby srdce pracovalo, ale věk a velikost dárců jsou tak různě,

že se dárce najde jen málokdy. Výměna takovýchto orgánů by značně přispěla k možnosti najít vhodnou velikost srdce a ke snížení úmrtnosti na čekacích listinách.

## Je v současnosti možné transplantovat český orgán cizinci a naopak?

Samozřejmě, je možné vyvézt a dovézt orgán. Má to ale zákonnou limitaci. To znamená, že pokud je na čekací listině člověk, který by orgán využil v ČR, tak jej nesmíme vyvézt. Odběry orgánů od cizinců není v ČR prakticky možné realizovat. To by se mělo změnit při současné novelizaci zákona č. 285/2002 Sb.

(klu)



Foto: Leoš Chedura

# Virový zánět a „laboratorní nález“ se neléčí antibiotiky

Vědí pediatři, kdy (ne)podat antibiotika a která (ne)zvolit? Umějí rozpoznat virové respirační onemocnění od bakteriálního? Jak mohou omezit šíření antibiotické rezistence? O těchto otázkách diskutovali odborníci z řad pediatrů, mikrobiologů a infektologů na semináři „Podpora uvážlivého používání antibiotik v primární pediatrické péči“, který se konal 25. října v prostorách pražského Národního muzea.

## BCA projekt

Na stejné otázky se zaměřil BCA projekt „Hodnocení a zlepšování kvality preskripce antibiotik v ordinaci dětského lékaře“, který probíhá v letošním roce v České republice a s jehož předběžnými výsledky přítomně seznámil MUDr. Vlastimil Jindrák z oddělení klinické mikrobiologie Nemocnice Na Homolce. Projekt řešený ve spolupráci kanceláře WHO, Ministerstva zdravotnictví ČR, Státního zdravotního ústavu a Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP si klade za cíl nejen eliminovat nadužívání antibiotik u virových infekcí, ale také edukovat pediatry o správném diagnostickém postupu u pacientů s respiračním onemocněním nebo o výběru správného antibiotika v indikovaných případech.

Jak uvedl MUDr. Jindrák, projekt odhalil rozdílné praxe jednotlivých lékařů. „Zaměřili jsme se na dvě skupiny onemocnění: akutní bronchitidu a akutní tonzilofaryngitidu. Zjistili jsme, že někteří pediatři léčí v případě stejných diagnóz kolem 80 procent dětí antibiotiky, jiní indikují antibiotickou léčbu jen v 1-10 procentech. Chtěli bychom, aby na základě vyhodnocení výsledků došlo k racionálnější preskripci. Především aby se zbytečně nenasazovala antibiotika u virových onemocnění a aby se volila spíše antibiotika s úzkým spektrem působení, samozřejmě s ohledem na epidemiologickou situaci, vý-



Ilustraci foto: Shutterstock

sledky vyšetření a doporučení pro antibiotickou léčbu. Potěšující je, že intervence a edukace dětských lékařů se ukazují být efektivním nástrojem – dochází díky nim až k 50procentnímu poklesu preskripce antibiotik.“

## Laryngitidy a bronchitidy

„Antibiotika jsou zázračné léky, je však třeba s nimi šetřit“, zdůraznila doc. MUDr. Vilma Marešová, CSC., z Infekční kliniky 2. LF UK a FN Na Bulovce v Praze. „Respirační onemocnění jsou nejčastějším onemocněním v pediatrické ordinaci. Některé děti prodělají 3-8 i více infekcí za rok. V mnoha případech však jde o virové onemocnění, kde se často nesprávně nasazují antibiotika. Zjistili jsme, že v preskripci antibiotik jsou na prvním místě akutní tonzilitidy, dále laryngitidy a bronchitidy, následují záně-

ty plic a středního ucha. U laryngitid a bronchitid jsou přítomny až v 90 procentech případů původcem viry! Stejně tak v případě angíny, bronchitidy a zánětů plic se může jednat o virovou etiologii, při níž jsou antibiotika neúčinná a zbytečná. Širokospektrá anti-

otika navíc zvyšují riziko superinfekce,“ varuje Vilma Marešová a dodává, že dnes již neplatí doporučení podávat širokospektrá antibiotika, ale naopak ta s úzkým spektrem, s přihlédnutím k nálezu, a případně je v průběhu léčby zaměnit za jiná.

Kromě nesprávné indikace se dělají chyby v dávkování, nevhodných intervalech a délce léčby. Docentka Marešová upozornila i na skutečnost, že výtěry z krku mohou být zavádějící, neboť tak lze zachytit různé bakteriální kmeny běžně osidlující sliznice, jejichž přítomnost neznamena onemocnění. Dále poukázala na problémy spojené s akutní bronchitidou, jejíž klinický obraz často vypadá dramaticky (kašel, teplota), a prohlásila, že mnohdy je třeba především uklidnit rodiče a nepodlehnout jejich nátlaku na předpis antibiotik.

## Angína vs. PFAFA

Jak v případě akutní tonzilofaryngitidy není jednoduché udělat správnou diagnózu, demonstroval na několika kazuistikách praktický dětský lékař MUDr. Jiří Marek a parafrázoval v té souvislosti již v minulosti pronesený výrok docentky Marešové: „Ani po 30 letech praxe nepoznám na první pohled virovou angínu od bakteriální, je to tak padesát na padesát.“ Poukázal na to, že v diferenciálnědiagnostické rozvaze je třeba mít na mysli mimo jiné syndrom PFAFA, který charakterizuje cyklická horečka a přítomnost aftózní stomatitidy / faryngitidy / cervikální adenitidy. „Tento syndrom charakterizovaný horečkou, vysokým CRP a negativním nálezem streptokoka představuje imunitní poruchu, léčí se kortikoidy a ne antibiotiky,“ podotkl Jiří Marek.

Seminář organizovala česká kancelář WHO ve spolupráci s Národním muzeem a realizačním týmem výstavy „Antibiotika – ohrožený poklad lidstva“, kterou mohli návštěvníci muzea shlédnout letos od června do října. Podle slov MUDr. Aleny Šteflové z WHO bude téma racionální preskripce antibiotik v kontextu zvyšující se mikrobiální rezistence řešeno i v rámci nově uzavírané smlouvy o spolupráci mezi ministerstvem zdravotnictví a Evropskou úřadovnou WHO na roky 2012-2013.

Andrea Skálová

## Genetické testy v léčbě karcinomu prostaty

Rutině prováděné genetické testy mohou pomoci ve výběru nevhodnější léčby ca prostaty.

Poruchy v BRCA2 genu znamenají, že pro pacienta by měla být vhodná léčba některým z inhibitorů PARP, jejichž účinnost již byla prokázána v léčbě několika typů karcinomu spojených s mutací BRCA. Vědci z Institutu pro výzkum rakoviny v Londýně studovali geny téměř 2 tisíc mužů s karcinomem prostaty a zjistili, že 1 % pacientů mladších 65 let mělo v době diagnózy poruchu v genu

BRCA2. Šlo hlavně o mladší pacienty s agresivnějšími nádory a jejich prognóza se jevila horší (British Journal of Cancer, Oct 2011).

V současné době probíhají další studie hledající odpověď na otázku, zda jsou BRCA2 mutace opravdu častější u pacientů s agresivními nádory. Jakmile se genetická analýza stane rychlejší a levnější, otevře se cesta k nové léčbě pacientů s karcinomem prosta-

ty. Příbuzná studie 37 tisíc mužů v Severní Americe zjistila, že u pacientů, kteří užívali jako doplněk stravy vitamin E, se riziko karcinomu prostaty zvyšuje o 17 % (Journal of the American Medical Association). Dříve se přítom soudilo, že vitamin E riziko karcinomu snižuje, a i výše zmíněná studie byla původně zaměřena na prokázání této hypotézy.

(mls)

Inzerce A111001716

REHABILITACE | KARDIOLOGIE | SONOGRAFIE | ODBORNÉ AMBULANCE | ESTETICKÁ MEDICÍNA

POSLEDNÍ MOŽNOST POŘÍDIT PŘÍSTROJ S 10% DPH!

### BTL-6000 Lymphastim

- ◇ lymfodrenážní přístroje pro lymfologii, rehabilitaci i kosmetiku
- ◇ široký výběr kvalitních aplikátorů s prodlouženou zárukou!

**ceny přístrojů**  
od 39 000 Kč



### BTL-08 MEW EKG

- ◇ dvanáctikanálové EKG s tiskem na A4
- ◇ spolupracuje s ambulanci programy Medicus a PC Doktor
- ◇ automatické rozměření EKG

**akční cena:**  
35 000 Kč



### DP-50

- ◇ iClear - vyhlazení a zjemnění obrázku
- ◇ 15" TFT monitor
- ◇ intuitivní ovládání
- ◇ 320 GB - harddisk
- ◇ váha 7 kg = snadný přenos

**Cena s konvexní nebo lineární sondou 160.000 Kč**



BTL zdravotnická technika, a.s.  
Šantrochova 16  
162 00 Praha 6  
TEL +420 270 002 411  
FAX +420 235 361 392  
E-MAIL obchod@btl.cz  
www.btl.cz

# XVI. opařanské dny – současná pedopsychiatrie v denní praxi

Dětská psychiatrická léčebna Opařany ve spolupráci se sekci dětské a dorostové psychiatrie Psychiatrické společnosti ČLS JEP a Asociací dětské a dorostové psychiatrie uspořádala koncem září odbornou konferenci dětské a dorostové psychiatrie s mezinárodní účastí. Součástí konference byla prezentace jednotlivých pracovišť, prohlídka léčebny a výstavy rehabilitačně-resocializačního centra.

## Závažnost OCD v dětství a adolescenci

Jedním ze závažných onemocnění dnešní pedopsychiatrie je obsedantně-kompulzivní porucha (OCD). Jedná se o těžké, chronické, handicapující a relativně časté onemocnění, začínající ve více než 70 % případů v dětství a adolescenci. U dětí a adolescentů patří mezi tzv. internalizované poruchy, které jsou mimo jiné charakterizovány subjektivně prožívanou tenzí, nepohodou, úzkostí, pocitem strachu a obavami. Prevalence poruchy se pohybuje kolem 3 %, častěji je popisována u leváků. Existují dva vrcholy objevení se příznaků, jeden v období kolem 12–14 let, druhý ve 20–22 letech.

„Nejčastěji se u OCD objevuje 5 trsů příznaků, které se různě kombinují a přecházejí jeden do druhého,“ uvedla doc. MUDr. Eva Malá, CSc., z Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN Praha. „Jsou to: strach ze znečištění spojený s rituály omývání (53–83 %), patologické pochyby spojené s rituály kontroly (80 %), neodbytné akty nebo myšlenky se sexuální nebo agresivní náplní, symetrie, pořádku, rituály uspořádávání, organizování a primární obsedantní zpomalenost, což je řídká obsedantní porucha naprosto vyřazující pacienta z chodu běžného fungování.“

Dvě třetiny těžkých OCD mají určitý organický podklad, např. porodní trauma, toxické a infekční procesy CNS či úrazy. Uvažuje se také o dysfunkci bazálních ganglií, hypofunkci 5HT<sub>2</sub> receptorů nebo snížení hladiny serotoninu při dopaminové hyperaktivitě.

## Nedostatek dětských KBT terapeutů

Existuje skupina dětí s autoimunitní neuropsychickou poruchou spojenou se streptokokovou infekcí (PANDAS). Jde (podle Sweda) o nový subtyp raného začátku obsedantně-kompulzivní poruchy, který má rychlý nástup a dramatické exacerbace. Prognóza: 10–15 % případů má chronický průběh, 85–

90 % je charakterizováno remisemi. K úspěšnému ovlivnění OCD u dětí a adolescentů vede psychoterapie a farmakoterapie (nejlépe v kombinaci). U kognitivně-behaviorální terapie (KBT) je úspěšnost udávána mezi 60 a 90 %. KBT u dětského pacienta má svá vývojová specifika, zatím je však u nás málo dětských KBT psychologů. Stran farmakoterapie americký Úřad pro kontrolu léků a potravin (FDA) doporučuje pro léčbu OCD clomipramin od 12 let, fluvoxamin od 8 let (schválen v roce 1997) a sertralin již od 6 let věku (schválen v roce 1999).

## Aspergerův syndrom – často pod jinou diagnózou

Aspergerův syndrom (AS) je závažné onemocnění patřící do poruch autistického spektra. Patří mezi vývojové poruchy, je celoživotní a jeho příznaky se postupně objevují již od útlého dětství. Jak upozornila MUDr. Jana Schmidtová z pražské psychiatrické ambulance, navzdory tomu, že rodiče jsou si již v předškolním věku vědomi odchylek ve vývoji dítěte, často uplyne dlouhá doba od vyhledání první odborné pomoci ke stanovení diagnózy AS. Jednotlivé symptomy AS se mění, v různých časových obdobích vývoje dítěte se objevuje určitá symptomatologie typická pro toto období a pak zase vymizí, základní charakteristiky poruchy však současně postupují celým životem pacienta a pervazivně neustále ovlivňují jeho kvalitu.

V předškolním věku je přítomno nejvíce typických autistických symptomů, které jsou pro diagnostiku poruchy klíčové, a zároveň jsou v tomto období změny ve fungování postiženého jedince někdy méně nápadné. Ve školním věku dítěte je tato typická autistická symptomatika již méně nápadná a může tak uniknout pozornosti při klinickém vyšetření psychiatra, a to i tehdy, jsou-li změny ve fungování postiženého jedince nápadné. V některých případech není diagnóza AS stanovena



Foto: archiv DPL Opařany

vůbec a pacient je veden pod jinou diagnózou. Nejkomplikovanější je rozpoznání poruchy v období adolescence a v dospělosti.

## Klíčová je časná diagnostika

Diagnostikování poruchy může být složitější také u předčasně narozených dětí či za přítomnosti komorbidních poruch, jako jsou např. smyslové vady. Jedním z výrazných projevů dětí s AS je problémové chování, někdy spojené s projevy ADHD, které ještě více zesilují jeho problémovost. Pokud není rozpoznána dg. AS, je těmto dětem velmi často nařizována ústavní výchova a jsou odebírány od rodiny (i přes nesouhlas rodičů). V adolescenci jsou děti s AS nezářka řazeny mezi pacienty s poruchami schizofrenního okruhu, jsou dlouhodobě psychiatricky hospitalizovány a léčeny neúčinně vysokými dávkami neuroleptik.

MUDr. Schmidtová zdůraznila, že časná diagnostika AS je velmi důležitá z hlediska dalšího fungování postiženého a jeho rodiny zejména proto, že při brzkém a správném odhalení této poruchy je možné zvolit adekvátní vzdělávací program pro dítě, edukovat rodinu o nemoci a zabránit tak následné traumatizaci dítěte i rodinných příslušníků. Pokud se diagnóza nestanoví včas, častým důsledkem je šikana dítěte vrstevníky, a v některých případech dokonce učitelé. Postižení AS jsou si vědomi odlišnosti od vrstevníků, záro-

ve však velmi obtížně projevují své emoce. Prvním projevem dekompenzace nezřídka bývá těžké regresivní chování, izolované psychotické symptomy, suicidální proklamace a tendence či sebevražedné pokusy.

## Pětina teenagerů má psychické problémy

MUDr. Eva Vaníčková, CSc., ze 3. lékařské fakulty UK prezentovala první českou populační studii zaměřenou na identifikaci vybraných epidemiologických dat záměrného sebepoškození u teenagerovské generace. Pracovní hypotéza studie vycházela z dat školních studií realizovaných opakovaně ve Velké Británii a USA svědčících o stoupajícím trendu zejména záměrného sebepoškození teenagerů a odvodila předpoklad prevalence záměrného sebepoškození u českých teenagerů přes 10 %.

Metodou práce byla realizace epidemiologické deskriptivní studie mezi teenagery formou jejich dobrovolného vyplnění anonymního dotazníku obsahujícího 38 otázek s uzavřenou volbou odpovědí. Sledovaný soubor tvořilo celkem 951 teenagerů, z toho 411 chlapců (43,2 %) a 540 dívek (56,8 %) z celé ČR. Část respondentů v počtu 214 (22,5 %) navštěvovala základní školu, větší část – 737 (77,5 %) – střední školu. Věk teenagerů se pohyboval v pásmu 13–18 let. Analýza výsledků potvrdila pracovní hypotézu. Prevalence záměrného a de-

finici naplňujícího sebepoškození činí 10,9 %.

Záměrně si působí bolest 21,2 % respondentů (více dívek než chlapců). Téměř polovina ze souboru teenagerů, kteří vypověděli, že si způsobují bolest (48 %, statisticky významně více dívek), uvedla osobní zkušenost se záměrným způsobováním si psychické bolesti. 36,9 % uvedlo, že si záměrně působí psychickou i tělesnou bolest, sebepoškození své tělesné integrity referovalo 15,2 % respondentů (signifikantně více chlapců než dívek). Lze tedy konstatovat, že definici záměrného sebepoškození naplňuje chování 52 % respondentů této podskupiny.

Pro praxi je důležité zjištění, že minimálně pětina teenagerů má hluboké psychické problémy, které zvládá pomocí sebepoškození, a každý desátý teenager má osobní zkušenost s jednou z jasně definovaných forem záměrného sebepoškození.

## Nezbytná je změna myšlení

Ředitelka DPL Opařany prim. MUDr. Iva Hodková otevřela téma nezbytnosti moderního a útlé prostředí v dětské psychiatrii v širším kontextu a prezentovala důležitost důstojného, kvalitního, bezpečného prostředí a zájemů na lůžkové dětské psychiatrii. Zdůraznila jeho přímý vliv na pacienty a personál i nepřímý, ale rozhodující vliv na rodiče, odbornou i laickou veřejnost a firemní kulturu samotného zdravotnického zařízení.

Upozornila však, že pouhou větší změnou prostředí a jeho vybavení ještě nelze mluvit o kvalitě a bezpečí. Jedná se o širší souvislosti, včetně zejména vnitřní proměny prostředí, kde neodmyslitelnou roli sehrává změna myšlení od jednotlivce k týmu a k celému systému daného zdravotnického zařízení a interpersonálních vztahů uvnitř a vně instituce.

## Nácvik dovedností

Cvičný byt jako nově vznikající projekt, který chce základní škola při DPL Opařany realizovat společně s opařanskou léčebnou, představil Bc. Kamil Krejčí. Cvičný byt by měl být multifunkčním zařízením. Probihal by zde nácvik péče o domácnost, příprava pokrmů, praní, žehlení, úklid, žáci by se učili hospodařit a rozhodovat o financích. Byt by představoval zájem, kde se žáci mohou vzájemně navštěvovat, přijímat návštěvy, realizovat společenské aktivity a možná i trávit víkendy se svými příbuznými.

# Sestra jako specialista v geriatrii

Pražský Top Hotel přivítal 3. listopadu sestry, které pečují o geriatrické pacienty. Konference „Sestra jako specialista v geriatrii“ pořádaná divizí Medical Services Mladé Fronty a. s. v rámci cyklu „Jeden den pro sestru“ přilákala pozornost sester i z jiných oborů. Hlavním partnerem akce byla firma MUCOS Pharma CZ, s. r. o., a odborně ji garantoval Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D. Ústředním tématem byly etické a morální aspekty v péči o seniory.

„V životě člověka jsou dny všední a dny sváteční. V odborném světě jsou svátečními dny i konference, kde člověk může vystoupit z každodenní reality, která ho někdy ubíjí, a reflektovat svůj vlastní život,“ navodil atmosféru Mgr. Doskočil a s nadhledem přidal citaci z Murphyho zákonů: „Kdo něco umí, ten to dělá, kdo to dělat neumí, ten to učí, a kdo to neumí ani učit, ten to garantuje.“

## Nové společenské trendy

Lidské hodnoty se s časem mění. Zatímco dříve stáří symbolizovalo moudrost a seniory měli ve společnosti vysoké postavení, dnes, ačkoli seniorů přibývá, k nim zaujímáme často negativní postoj. Na konkrétních příkladech to demonstrovala poradkyně pro pečovatele z AD centra a Domova pro seniory Slunečnice na Praze 8 PhDr. Martina Hasalíková: „Babička Boženy Němcové bylo 53 let, když přišla k Panklovým, a vypadala skutečně jako babička. Sedmasedmdesátiletá Joan Collinsová, kterou proslavila role Alexis v seriálu ‚Dynastie‘, díky týmu plastických chirurgů na svůj věk vůbec nevypadá. Jít do důchodu nebylo dříve nic špatného, starší lidé se starali o vnučata, měli svoje chaty a zahrádky a byli spokojení. Žili spíš dovnitř. Dnes ve společnosti panuje úplně jiná nálada, v médiích vidíme reklamy na anti-ageingové technologie krémů proti vráskám, lidé v důchodovém věku marně čekají na svá vnučata nebo se cítí osamělí, protože jejich děti se odstěhovaly do zahraničí. Někteří rodiče si vysloveně nepřejí, aby jim prarodiče zasahovali do výchovy dětí. Převládá trend umísťovat seniory do institucionálních zařízení.“ Postavení sestry v péči o seniory tedy není snadné, ale je nesporně důležité. Klíčová je komunikace se seniorem a podpora jeho sociálních vazeb.

## Stačí trocha laskavosti

Na téma „Péče o seniora z pohledu ošetřovatelství“ hovořila Ivana Blahutová, sestra v domácí péči z Centra sociální a ošetřovatelské pomoci v Praze: „Rozčiluje mě neochota, která je všude, bohužel

i v našich řadách. Pro získání důvěry je potřeba chápat seniora jako partnera. Naslouchání a popovídání lidé ocení kolikrát víc než samotnou rehabilitaci. Pro seniory je důležité, aby byl vnímán jako člověk, který nepatří do starého železa.“

Svou prezentaci zakončila příběhem z vlastní praxe: „Jedna moje pacientka nemohla najít své zuby, tak jsem ji uklidnila, že je najdeme nebo že se dají pořídit zuby nové. Trpělivě jsme hledaly zuby, které se druhý den objevily v odpadňovači na topení. Je zapotřebí sdílet se seniory jejich trápení, dát jim naději a najít řešení.“

## Moderní pomůcky ulehčují život

Moderní pomůcky v péči o seniora představila Mgr. Květoslava Hošková z oddělení geriatrie – LDN Fakultní Thomayerovy nemocnice, která se na svém pracovišti věnuje trénování paměti seniorů. Mluvila o dotykových tabletech a interaktivních tabulích.

„To, že seniory mají mobilní telefon, aby komunikovali s rodinou, už je víceméně běžné. Někdy telefon využívají namísto signalizace, když chtějí zavolat sestru, nebo dokonce lékaře. Dobře jim slouží i tabulky s obrázky, které symbolizují určitou větu, například ‚chci napít‘, ‚chci na WC‘.“ Magistra Hošková posluchačkám doporučila, aby se nebály vyzkoušet si moderní pomůcky v praxi, firmy tuto možnost většinou nabízejí.

## Trénink kognitivních funkcí

Trénink paměti a kognitivních funkcí provádí Květoslava Hošková se svými pacienty pravidelně jako součást jejich pobytu na oddělení. Vrací jim to sebedůvěrou, mohou se v rámci skupiny pochválit, navzájem se poznat, a když se pak potkají na chodbě, mohou snáze navázat kontakt, protože už se odněkud znají.

„Když začínám se skupinou, zeptám se všech, jak si přejí, abych je oslovovala. Je zajímavé, že většina si nechává říkat křestním jménem. Nejprve pokládám otázky vztahující se k ukotvení reality – například kde jsme, jaké je datum, kdo slaví svátek, co bylo v televizních novinách. Na základě výsledků mini-mental testu jsou jim pak podle stupně obtížnosti přiděleny úkoly. V závěru dávám prostor pro sebereflexi, ptám se klientů, co se jim líbilo, jak jim to šlo,“ dodala Mgr. Hošková. Svou prezentaci zakončila videem s jednotlivými druhy cvičení.

## Netlačme starší diabetiky k normoglykemiím

Lea Voráčková z diabetologického centra FN Hradec Králové otevřela téma „Prevence a léčba diabetických defektů a chronických ran u seniorů“.

Průzkumy ukazují, že přibližně 40 % jedinců ve věku 65–75 let a 50 % osob starších 80 let má porušenou glukózovou toleranci nebo diabetes mellitus. Zákonitě je v této skupině také nejvyšší výskyt syndromu diabetické no-

hy a dalších nehojících se ran. V prevenci jsou důležité pravidelné kontroly nohou a správná obuv. Základním předpokladem úspěšného hojení ran u diabetika je kompenzace základní choroby. „Netlačme ale starší diabetiky k normoglykemiím,“ říká Lea Voráčková. Jako uspokojivou horní hranici uvedla glykemie 15 mmol/l po jídle, při snaze o dokonalé křivky hrozí život ohrožující hypoglykemie.

„Léčba chronické rány a syndromu diabetické nohy je finančně velmi náročná. V rámci komplexní léčby proto pacientům doporučujeme i přípravky nebo krytí, které si musí buď plně uhradit, nebo na ně významně přispívat. Úloha sestry při objasnění důvodů a smysluplnosti doporučení takového přípravku je nezastupitelná. Naše zkušenost nám ale ukazuje, že pacienti, kteří se na léčbě finančně podílejí, většinou lépe spolupracují,“ dodala přednášející.

„Příkladem pacientem plně hrazených přípravků, které doporučujeme v rámci komplexní léčby, mohou být léky systémové enzymoterapie. Máme s nimi na ambulanci dlouholeté zkušenosti, působí jako systémová podpora lokální léčby defektu. Pomáhají redukovat chronický otok, který pravidelně doprovází nehojící se rány, a tím zlepšují mikrocirkulaci a žilní i lymfatickou drenáž tkáně, ve které probíhá chronický zánět. Podle zkušeností s ústupem otoků začíná i ústup subjektivních obtíží pacienta a zrychluje se hojení.“

Léčbu diabetických defektů také mohou významně podpořit lymfodrenáže. Dalším pozitivem je, pokud si pacient může uhradit suchou medicínální pedikúru. Je chybné neinformovat pacienta o všem, co by mu mohlo pomoci, proto, že se domníváme, že by to pro něj mohlo být drahé. Finální rozhodnutí je vždy na pacientovi, ale musí mít dostatek informací. Aktivní podíl pacienta na léčbě je jedním ze základních předpokladů úspěšné léčby ran. Pokud starší diabetik sám není takovou spolupráce schopný, je ideální, když se mohou do léčby zapojit jeho nejbližší. Významným pojítkem mezi ambulancí a pacienty, případně

pečujícími rodinami jsou sestry agentur domácí péče.

## Seniory podceňují pády

Mgr. Šárka Šlégrová z Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského se věnovala riziku pádů seniorů v domácích podmínkách. 50 % pádů se odehrává v důsledku nezařezaného koberece, uklouznutí v koupelně nebo kabelů překážejících v cestě. Překvapivé byly výsledky studie o rekonstrukcích bytů po pádu seniora. Pouze 2,5 % lidí si nechalo upravit celý byt, 26 % provedlo jen drobné úpravy (instalace madla v koupelně či odstranění koberečků) a zbytek rodin neprovedl úpravy žádné. Jako důvod lidé uváděli, že bydlí v nájemních bytech a úpravy nejsou povolené. Ze studie vyplynulo, že seniory své pády značně podceňují.

## Zachovat důstojnost člověka i ve stáří

„Hodně lidí tu mluvilo o morálce ve zdravotnictví. Etika je to, co je za tím – proč je něco, co děláme, správné nebo naopak není. Právo je jen minimum morálky, není rovnítko mezi ním a etikou. Když se podíváme na slovo *pomocný*, jeho kořen tvoří slovo *moc*. Sestry, přestože jejich práce vyžaduje značné úsilí za velmi nízký plat, tedy mají něco, co nemá jejich pacient, proto je *nemocný*. Měly by si svou moc uvědomit, ale nezneužívat ji,“ shrnul závěrem Mgr. Doskočil. Uvedl pak některé citace z Hippokratovy přísahy, které už dnes neplatí, a porovnal lékařský paternalismus 19. století s pozdější dehumanizací medicíny. „Dříve mohl lékař pacientovi poskytnout větší blízkost už jen díky tomu, že se využívaly vyšetřovací metody jako poslechl, poklep a pohmat, které jsou dnes nahrazeny přístroji. Pacienti si dehumanizace medicíny také všimli a samozřejmě se začali bránit svými právy. Dehumanizace představuje propast mezi odborným světem lékaře a běžným světem pacienta. Sestra by měla být prostředníkem, advokátkou a tlumočnicí pacienta.“ Důraz je podle jeho slov stále třeba klást také na zachování důstojnosti člověka ve stáří.

Cílem konference „Sestra jako specialista v geriatrii“ nebylo jen prohloubit odborné znalosti z medicíny, fyzioterapie a ošetřovatelství, ale na chvíli se zastavit, uspořádat si vlastní hodnoty bez ohledu na to, jaké jsou nám dnes podsouvány, a říci si, co mohu udělat lépe ve vztahu ke svým pacientům, ke stárnoucím rodičům i k babičce, která právě nastoupila do přeplněné tramvaje.

Martina Pumřilová



Foto: Jan Dvořák

## AKTUALITY

# Unikátní aplikace trifokální čočky v Havlíčkově Brodě

Jako první a jediné v ČR implantovalo oční oddělení Nemocnice Havlíčkův Brod pacientce do oka trifokální čočku. Unikátní operace trvala pouhých patnáct minut.

Trifokální čočka na rozdíl od dříve používaných multifokálních, které korigují pouze vidění na dálku a na čtení, umožní pacientovi vidět na střední vzdálenost, například při používání počítače. Má i řadu dalších výhod.

## Ambulantní zákrok

„Nemocnice v Havlíčkově Brodě byla zařazena do skupiny VIP center v Evropě a jako jediná v Česku

má možnost tuto čočku implantovat,“ zdůrazňuje mluvčí nemocnice Petra Černo. „Operace se provádí ambulantně, při lokálním znecitlivění a po zákroku pacient může jít hned domů,“ dodává primář očního oddělení MUDr. Peter Mojžiš, Ph.D., a popisuje způsob, jakým se operace provádí: „Trifokální čočka se implantuje malým řezem o velikosti 1,8 milimetrů, neindikuje se pooperační astig-

matismus. Čočka je umístěna ve sterilním monobloku, který se zasune do injektoru a může se hned implantovat do oka. Operátor s čočkou vůbec nepřijde do kontaktu, čímž se u pacienta výrazně snižuje riziko infekce.“ Speciální trifokální čočka se vyrábí v Německu. Havlíčkovská nemocnice ji dostala k dispozici jen dvacet párů. Kterým pacientům bude možné čočku aplikovat,

posuzují oční lékaři velmi pečlivě. Pacient musí splňovat určitá kritéria, ale především nesmí trpět vážnými zdravotními problémy.

## ZP čočku zatím nehradí

Trifokální čočku bude pacient používat až do konce života. Důležitý je i fakt, že je, obrazně řečeno, „šitá na míru“ jednomu konkrétnímu pacientovi. A proč si výrobce této moderní oční čočky vybral právě

havlíčkovskou nemocnici? „Důvodem je dlouhodobá spolupráce, oční oddělení nemocnice má vynikající výsledky, vlastní výukové centrum, publikujeme v zahraničí,“ konstatuje primář Mojžiš. Na evropském trhu se trifokální čočka objeví oficiálně až příští rok. Zdravotní pojišťovny ji nehradí, samotnou operaci však pacient neplatí; přibližná cena jedné čočky se pohybuje okolo 20 tisíc korun. Pacienti, kteří trpí krátkozrakostí a chtějí tento zákrok podstoupit, mohou podle mluvčí Nemocnice Havlíčkův Brod navštívit nemocniční oční ambulanci – na doporučení praktického lékaře nebo i samostatně. Specialista jim pak poradí, jaký typ oční operace je pro ně vhodný.

Štěpánka Saadouni

## Alternativní prodloužení telomer u nádorů

Zkracování telomer během mitotických buněčných cyklů slouží jako obranný mechanismus proti nádorovému bujení buněk. Při rychlém buněčném dělení nádorové buňky záhy dosáhnou kritické délky telomer a následně podléhají senescenci a apoptóze.

Buňky zhoubných nádorů většinou aktivují telomerázu, která nedovolí zkrácení telomer při buněčném dělení. Na blokování aktivity telomerázy jsou založeny některé strategie léčby nádorů, jež jsou ověřovány v klinických zkouškách.

Tým vedený Christopherem Heaphym z Univerzity Johnse Hopkinse odhalil u buněk zhoubných nádorů

močového měchýře, děložního hrdla, endometria, jícnu, žlučníku, jater a plic alternativní, na telomeráze nezávislé mechanismy pro prodloužení telomer. Alternativní mechanismus prodloužení telomer nebyl odhalen v žádném ze vzorků benigních nádorů. Stejně tak není tento způsob prodloužení telomer funkční u buněk zdravých tkání. U zhoubných nádorů

se alternativní mechanismy podílí na prodloužení telomer asi ve 4 %. Heaphy a jeho spolupracovníci jako první odhalili alternativní mechanismus prodloužení telomer u meduloblastomů, oligodendrogliomů, meningiomů, schwannomů a dětského multiformního glioblastomu.

(Zdroj: *The American Journal of Pathology*)

(jap)

## Genetický objev na poli maligního melanomu

Evropským vědcům se podařilo nalézt genetickou poruchu, která způsobuje zvýšení rizika melanomu o 30 %.

Jedná se o tři nové faktory podílející se na vzniku tohoto nádoru, jež nejsou vázány na vlastnosti kůže, barvu očí ani neovlivňují tvorbu kožních névů. Jedna z poruch je ve stejné oblasti jako gen zvaný MX2, spojený s narkolepsií. Další je v ATM genu, který kontroluje opravy DNA, a třetí v genu CASP8, ovládajícím šíření buněk. Závěry výzkumu, publikované v *Natu-*

*re Genetics*, pocházejí ze studie 3 tisíc Evropanů s melanomem, na níž spolupracovali vědci z Leedsu a Barcelony. „Víme, že vystavování se UV záření zvyšuje riziko melanomu, ale naše výsledky ukazují, že existují další, nové genetické poruchy, které toto riziko posunou ještě výš,“ uvedl jeden z autorů výzkumu prof. Tim Bishop.

(Zdroj: *Nature Genetics*)

(mls)

# Těsné řízení glykemie s nejmodernější infuzní technikou

Kontinuální monitorace a terapie hyperglykemie u pacientů nejen v akutní péči snižuje morbiditu a mortalitu. Systém SGC navíc minimalizuje riziko život ohrožující hypoglykemie, která jinak představuje hlavní limitující faktor při snaze o tzv. normoglykemii. Kontinuální monitoraci a režimu těsného řízení glykemie se proto v uplynulých letech věnovala mimořádná pozornost.

Randomizované studie (Real Time Monitoring, JRDF) prokázaly, že těsná kontrola glykemie u chirurgických a dětských pacientů, zejména pokud se jedná o komplikace pooperačních stavů, snižuje jejich morbiditu a mortalitu. Byla navržena řada protokolů pro inzulínovou terapii, které vyžadovaly časté měření glykemie a rozhodování o nastavení dávky inzulínu personálem.

„Když jedno měření trvalo 10 minut a opakovalo se po 4 hodinách, zabralo to sestřám dost času, ale hlavně docházelo k chybám,“ popisuje ze své praxe MUDr. Jan Bláha, Ph.D., z Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (KARIM) 1. LF UK a VFN v Praze.

## Přístroj, jenž se dokáže počít

V rámci projektu Evropské unie CLINICIP (*Closed Loop Insulin Infusion in the Critically Ill Patient*) byl vyvinut adaptivní kontrolní algoritmus pro udržování normoglykemie. Tento projekt začal v roce 2004 v několika evropských zemích, zapojila se i KARIM 1. LF UK a VFN. Jedním z jeho cílů bylo využití algoritmu eMPC (*Enhanced Model Predictive Control Algorithm*), který generuje doporučené dávkování inzulínu v určité časovém úseku na základě současných i předešlých naměřených hodnot glykemie a obsahu sacharidů v parenterální i enterální výživě.

Tento algoritmus byl integrován do systému SpaceGlucoseControl (SGC)

vyvinutého společností B. Braun pro podporu rozhodování a spolehlivější kontrolu glykemie. Systém je založen na osvědčené platformě infuzních pump B. Braun Space. Výstupem algoritmu je doporučení, které kvalifikovaný personál JIP musí potvrdit nebo upravit dle svého uvážení. „Přístroj za nás dělá práci, kterou bychom neudělali lépe než on. Dokáže se však počít z předchozích glykemických křivek a lépe odhadnout, jak bude pacient reagovat. Eliminuje chyby, kterých se někdy dopouštíme, například když zapomeneme změnit dávku inzulínu v souvislosti s výživou,“ vysvětluje MUDr. Bláha. Systém SGC byl po skončení projektu schválen pro použití v klinické praxi v rámci EU a získal CE certifikaci.

## Zdokonlení kontroly glykemie

S cílem získat podklady pro další zdokonalení systému SGC naplánovalo oddělení klinického vývoje divize Hospital Care koncernu B. Braun neintervenční klinickou studii pod názvem „Hodnocení kontroly glykemie u pacientů v intenzivní péči s použitím systému SGC“, která navázala na předchozí projekt asi ve dvaceti centrech v celkem devíti evropských zemích.

Česká pracoviště vstoupila do studie v dubnu roku 2011. Jedná se o fakultní nemocnice v Praze-Motole, Plzni a Hradci Králové a VFN v Praze, kde studie probíhá pod vedením zkušených lékařů. V průběhu studie je monitorován celý průběh terapie a řízení kontroly hladin

glykemie přístrojem SGC, případně nežádoucí účinky, stejně tak i užitelský komfort. Při správném použití systému dochází k rychlé a bezpečné stabilizaci hladin glykemie a prodloužení intervalu odběru krevních vzorků pro stanovení hladin glykemie. Toto stanovení v klinické praxi probíhá nejčastěji v laboratorních analyzátoch či glukometrem.

Dalším krokem ke zdokonalení kontroly glykemie u pacientů nejen v intenzivní péči bude jistě celosvětové přijetí *on-line* senzoru pro kontrolu glykemie, který bude umožňovat nejen častější měření, ale bude i komfortní zejména pro pacienty při vědomí a současně bude šetřit krev pacienta a čas sestry. „Celosvětově dle našich informací probíhá testování několika druhů senzorů dle technologie, ale žádný z nich dosud nebyl přijat pro běžnou klinickou praxi,“ podotýká MUDr. František Vojík z divize Hospital Care společnosti B. Braun.

(akt)

# Novinky v léčbě diabetu – linagliptin

Léčba diabetu 2. typu se v posledních letech výrazně mění. Jednou z těchto změn je nástup tzv. inkretinové léčby, kterou představují jednak tzv. DPP-4 inhibitory (gliptiny) a jednak tzv. inkretinová analoga.

Diabetes 2. typu jsme léčili donekdávna zejména dvěma skupinami léků – léky ovlivňujícími citlivost na inzulin a léky ovlivňujícími sekreci inzulinu. Logickou kombinací tak představovala kombinace metforminu s deriváty sulfonylurey. Tato účinná kombinace však přinášela významné riziko hypoglykemie. Dnes se ukázalo, že patogeneze diabetu 2. typu je složitější. Podle nové DeFronzovy koncepce je poruch přítomných u diabetiků 2. typu až 8 (tzv. zlověstný oktet). Takto komplexně na více orgánů a tkání působí přirozené inkretiny trávicího

traktu. Farmakologicky tento efekt navozujeme buď blokadou dipeptidázy-4 a zvýšením endogenní hladiny inkretinů (zejména glukagon like peptidu 1), nebo injekčním podáním tzv. inkretinových analog. V obou skupinách se postupně dostávají na trh další léky. Gliptiny jsou u nás využívány již tři (sitagliptin /Januvia/, vildagliptin /Galvus/, saxagliptin /Onglyza/) a nyní přichází na trh čtvrtý – linagliptin (Trajenta).

**Srdečněcévní protektivita**  
Všechny gliptiny především sti-

mulují sekreci inzulinu bez rizika hypoglykemie. Velmi nadějný je i předpoklad, že by gliptiny mohly mít přímý protektivní efekt na kardiovaskulární systém. Zajímavá metaanalýza 53 studií s gliptiny (Mannucci et al.), jež zahrnuje přes 33 tisíc pacientů, byla prezentována na zářijovém sjezdu Evropské asociace pro studium diabetu (EASD) v Lisabonu. Celkově v gliptinových větvích studií došlo k 30% relativní redukci rizika kardiovaskulární příhody. Krátké studie trvající pod 52 týdnů ukázaly dokonce 37% redukci kardiovaskulárních

příhod vůči placebo či komparátoru. Kardiovaskulární efekt léků je tedy pravděpodobně časný. Zdá se, že tento efekt by mohl podle metaanalýz studií být největší právě po linagliptinu. U všech gliptinů však probíhají několikaleté studie s cílem prokázat kardiovaskulární efekt jako primární cíl. U linagliptinu jde o studii CAROLINA.

## Extrarenální eliminace

Linagliptin však přináší ještě jednu výhodu. Jde o jediný gliptin, který se eliminuje prakticky výhradně extrarenálně. Dosud v diabetologii

existovalo jen velmi málo léků, které je možno podávat až do nejvyšších stupňů renální insuficience. Pacienti 4. a 5. stupně renálního selhání již byli léčeni prakticky jen inzulinem. Pacienti nižších stupňů renálního selhání byli často léčeni derivátem sulfonylurey glurenormem. Riziko hypoglykemie je u pacientů v renálním selhání obecně vyšší a podání tohoto derivátu sulfonylurey současně s inzulinem riziko ještě více zvyšovalo. Linagliptin, který se – jak bylo uvedeno výše – vůbec neeliminuje renální cestou, je možno podávat ve všech stádiích renálního selhání i u pacientů v dialyzačním programu bez rizika hypoglykemie, což představuje novou zásadní možnost v léčbě diabetu 2. typu.

prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc.  
přednost 3. Interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze

## Důležité informace z klinických studií o linagliptinu prezentovaných na sjezdu EASD

### Dlouhodobá bezpečnost a účinnost DPP-4 inhibitoru linagliptinu:

Cílem této dvouleté studie bylo zhodnotit v dlouhodobém horizontu účinnost a bezpečnostní profil monoterapie, duální terapie (plus metformin nebo v počáteční kombinaci s pioglitazonem) nebo trojitě terapie (plus metformin + sulfonylurea) linagliptinu v léčbě DM2 u pacientů (N = 212), u nichž nebylo dosaženo dostatečné kontroly glykémie stávající terapií.

- Významné snížení HbA<sub>1c</sub> s pomocí linagliptinu po 24 týdnech zaslepené léčby (-0,80%) přetrvávalo po dobu dalších 78 týdnů otevřeného prodloužení studie (změna po dobu dvou let oproti výchozím hodnotám 0-0,80%).
- Léčba linagliptinem byla nadále dobře snášena i během prodlouženého období.
- Celkový výskyt hypoglykemických epizod během prodlouženého období

byl obdobný u jedinců, kteří pokračovali v léčbě linagliptinem (14,60%), a těch, kteří byli převedeni na linagliptin z placeba (13,60%).

• Hypoglykemické příhody byly nejčastější u pacientů užívajících trojitě kombinaci, jejíž součástí byla sulfonylurea.

### Účinnost a bezpečnost různých dávkovacích režimů linagliptinu u dospělých pacientů s neadekvátně kompenzovaným diabetem 2. typu na metforminu:

Cílem této 12týdenní studie (N = 491) bylo zhodnotit bezpečnost a účinnost linagliptinu 5 mg 1x denně a 2,5 mg 2x denně, je-li podáván spolu s metforminem 2x denně (≥ 1500 mg denně).

- Linagliptin 2,5 mg 2x denně a 5 mg 1x denně významně snižuje HbA<sub>1c</sub> (-0,74% a -0,80% vs. placebo, obojí p < 0,0001).

• Účinnost byla srovnatelná u obou režimů podávání linagliptinu.

• Míra nežádoucích účinků (AE) je podobná u linagliptinu 2,5 mg 2x denně, 5 mg 1x denně a placeba (43,0%, 34,8% a 38,6%, v uvedeném pořadí). Většina nežádoucích účinků byla mírně až střední intenzity a minimum z nich bylo ve všech skupinách považováno za vztahující se k medikaci v rámci studie.

### Linagliptin zlepšuje kontrolu glykémie nezávisle na délce diabetu a inzulinové rezistenci:

Cílem této souhrnné analýzy tří randomizovaných, dvojitě zaslepených, placebem kontrolovaných studií fáze III bylo prověřit bezpečnost a účinnost monoterapie linagliptinem, linagliptinu přidaného k metforminu nebo linagliptinu přidaného k metforminu + sulfonylureu u pacientů s diabetem 2. typu (N = 2258).

• Léčba linagliptinem prokázala klinicky významné snížení HbA<sub>1c</sub> o 0,7% u pacientů s DM2 nezávisle na trvání diabetu a míře inzulinové rezistence (IR), celkový výskyt nežádoucích účinků byl srovnatelný s placebem.

• Celkový výskyt hypoglykemických epizod při monoterapii linagliptinem a v kombinaci s metforminem byl velmi nízký (≤ 1,0%).

### Dlouhodobá účinnost a bezpečnost linagliptinu u pacientů s těžkým poškozením ledvin:

Cílem této 52týdenní randomizované, dvojitě zaslepené, placebem kontrolované studie bylo zhodnotit účinnost a bezpečnost linagliptinu u pacientů s diabetem 2. typu a těžkým poškozením ledvin.

• Upravená průměrná změna oproti výchozím hodnotám HbA<sub>1c</sub> v 52. týd-

nu byla -0,72% (95% CI -1,03, -0,41, p < 0,0001).

• Míra výskytu nežádoucích účinků a závažné nežádoucí účinky jsou podobné u linagliptinu (94,1% a 36,8%, v uvedeném pořadí) a PBO (92,3% a 41,5%).

• Funkce ledvin zůstala stabilní po celou dobu studie u obou skupin a počet úmrtí na kardiovaskulární choroby u této vysoce rizikové populace byl podobně nízký (linagliptin, n = 2 [2,9%], PBO, n = 3 [4,6%]).

„Linagliptin se primárně vylučuje nemetabolizovaný žlučí a střevy, a tak zajišťuje spolehlivé snížení HbA<sub>1c</sub> v jedné dávce u všech pacientů s DM2, a to i se zhoršující se funkcí jater nebo ledvin,“ říká emeritní profesor medicíny Birminghamské univerzity Anthony Barnett. „Jedna síla dávky pro všechny pacienty zjednodušuje lékařům proces předepisování léku.“

Inzerce A111018268

## Aliance v diabetologii



Boehringer  
Ingelheim



„Toto je obchodní sdělení“  
ZZTRA015\_091011

# Historický průřez léčbou RS za posledních 15 let

S příchodem biologické léčby do ČR v roce 1996 (interferon beta) bylo po dohodě VZP s Českou neurologickou společností ČLS JEP založeno 7 center pro demyelinizační onemocnění. Některá vznikla v místech, kde již byla dlouhá tradice péče o pacienty s roztroušenou sklerózou (RS).

**E**xistence center pak byla do datečně oficiálně rozpoznána na vydáním Věstníku MZ, podle kterého vzniklo v průběhu let dalších 8 center, aby se zlepšila dopravní dostupnost pro pacienty z celé ČR.

## Pravidla pro biologickou léčbu

Do roku 1996 terapie RS sestávala z léčby atak kortikosteroidy a z kombinované imunoprese. Nebyla založena na klasických klinických studiích, vycházela z empirie, z publikovaných malých souborů pacientů a rostoucího poznání podílu imunitního systému na vývoji choroby. Průkopníkem imunologického původu a tomu odpovídající léčby RS byl u nás prof. MUDr. Pavel Jedlička, DrSc., v jehož databázi sledovaných pacientů bylo účtyhodných dva tisíce nemocných z celého tehdejšího Československa.

Pravidla pro novou biologickou léčbu stanovila opět VZP po dohodě s Českou neurologickou společností. Tato pravidla neodpovídala ani SPC přípravku, ani medicíně založené na důkazech - byla přísnější, aby v našich ekonomických podmínkách vůbec umožnila zahájit léčbu alespoň u těch pacientů, kde byla choroba nejaktivnější. Předpokládalo se, že časem se indikační kritéria přizpůsobí Evropě.

## Investice, která se vyplatí

Program léčby se pozvolna rozšiřoval, takže bylo možno doložit jeho nákladovou efektivitu (během prvních dvou let došlo k poklesu počtu relapsů u léčených pacientů o více než 60 %, počet hospitalizací v důsledku akutních atak nemoci se snížil o 80 %) a až do roku 2006 přibývalo přibližně 18 % pacientů ročně. Poté došlo k rozpadu centrálních nákupů a rozpadu celostátní databáze, od té doby závisí na jednání jednotlivých nemocnic se zdravotními pojišťovnami, kolik nových pacientů může být rozléčeno.

Ekonomické restriktce posledních let nejen že nevedly k rozšíření indikačních kritérií (vyjma možnosti léčit pacienta po první atace - toto

pravidlo se k nám dostalo 3 roky po schválení v EU), ale naopak došlo k situaci, kdy je v Česku stále ještě léčeno daleko méně pacientů než v řadě států EU. Mezitím byla provedena první rozsáhlá výzkumná studie v ČR (COMS - Cost of MS Study) ukazující, že nákladovost stadií plné invalidity je zde třikrát vyšší než investice do nákladné léčby, jejímž cílem je invaliditu oddálit. Řada dalších pacientů by tak mohla z léčby profitovat. A nejvíce ti, u nichž je choroba na začátku.

## Umíme chorobu včas diagnostikovat?

Abyste bylo možno zahájit léčbu pacienta s RS co nejdříve, je třeba, aby choroba byla včas rozpoznána. Od roku 2011 máme čerstvou, již třetí verzi diagnostických kritérií. Poslední verze byla vytvořena právě s ohledem na potřebu rychlé, jednoduché, ale spolehlivé diagnostiky, aby bylo možno včas zahájit léčbu, a to jednak terapii akutní ataky, jednak dlouhodobou, pomocí léků první volby. V současné době je možno pacienta s přicházejícími prvními příznaky (nejčastěji zánět očního nervu, parestezie, poruchy hybnosti, koordinace, poruchy mozkových nervů apod.) neurologicky vyšetřit a odeslat na magnetickou rezonanci (MRI). Pokud se na MRI naleznou alespoň jedna T2 léze minimálně ve dvou ze čtyř typických oblastí (periventrikulární, kmenová, juxtakortikální či míšní) a naleznou se jak léze, jež vychytávají gadolinium (projev porušené krevně-mozkové bariéry), tak léze, které jej nevychytávají, lze příznaky označit za jistou RS, nikoli jen za klinicky izolovaný syndrom, jako tomu bylo donedávna. Je totiž splněn požadavek diseminace lézí v čase i prostoru již na první MRI.

Mozkomíšní mok je doporučeno vyšetřit především k vyloučení jiných diagnóz, ve skutečnosti má ale přítomnost oligoklonálních proužků (v počtu více než dva oproti séru) nezastupitelný prognostický význam i u pacientů, kteří aktuálně nemají gadolinium vychytávající léze. Pravděpodobnost

vývoje v jistou RS u nich významně stoupá. Nová kritéria i doporučení pro diferenciální diagnostiku jsou součástí připravovaných „Standardů pro diagnostiku a léčbu RS a *neuromyelitis optica* v ČR“.

## Víme, co chceme léčit?

Důležité je i samo poznávání patologie nemoci. Tím je samozřejmě podmíněna její účinná léčba. Připomeňme si však nejprve, že roztroušená skleróza (RS), *sclerosis multiplex* (SM), je zánětlivým procesem centrálního nervového systému, na kterém se podílejí autoimunitní děje s neurodegenerativními důsledky. Tyto změny v lidském organismu vedou k významné ztrátě tkáně bílé i šedé hmoty.

Navzdory všem úspěchům ve včasné zásahu proti tomuto onemocnění doposud stále hledáme odpověď na to podstatné. Proč a za jakých okolností RS v lidském těle vzniká. Nevíme ještě dost dobře, proč se - zjednodušeně řečeno - náš imunitní systém postaví náhle proti našim vlastním nervovým buňkám, navíc s vskutku ničivou silou. Kromě zánětlivých infiltrátů dochází také k ničení axonů, nositelů funkce v CNS.

Není ani přesně známo, co tento patologický pochod zahajuje. Samotný proces popsat z velké části umíme: Cestou místně porušené krevně-mozkové bariéry vstupují do mozku na periférii aktivované T lymfocyty, posléze i makrofágy a B lymfocyty, a vytvářejí kolem drobných venul perivaskulární zánětlivé ložiska. Destrukce obalu nervového vlákna (myelinu) vede k aktivaci makrofágů a mikroglií, jež jsou zdrojem kyslíkových i dusíkových radikálů, které poškozují strukturu i metabolismus oligodendrocytů.

V akutním ložisku zánětu dochází k různé míře destrukce axonů. V průběhu choroby se zánět ohraničuje na okraje ložisek za krevně-mozkovou bariérou. Úbytek axonů pokračuje i mimo zánětlivá ložiska a v meningách se vytvářejí struktury podobné sekundárním lymfatickým orgánům, kde přežívají plasmatické buňky. Jejich produkty poškozují mozkovou kůru.

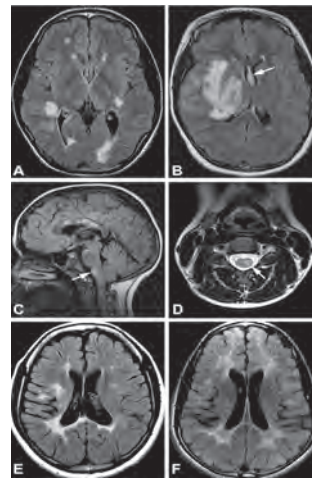


Foto: www.indiatalks.com

## Životně důležitá časná terapie

Informace o úloze jednotlivých složek vzniku nemoci jsou dnes klíčové jak pro pochopení průběhu RS, tak pro další výzkum nových léků k jejímu pozitivnímu ovlivnění. Zatím jsme v tomto smyslu schopni ovlivnit pouze složku časného zánětu, a to za předpokladu, že ještě není uzavřen v kompartmentu CNS za krevně-mozkovou bariérou.

To, co u RS sledujeme v této souvislosti, má i dopady zdravotně-sociální. Máme na mysli naši snahu po co největším oddálení invalidity. To se však dostává pouze v případech, že je léčba zahájena včas, nejlépe po první atace nemoci. Prokazuje to již dlouhá řada klinických studií. Neumíme ovlivnit ztrátu axonů zodpovědnou za pozdní stadia pokročilé invalidity a nemáme žádné neuroprotektivní léky, které by dovedly účinně ovlivnit metabolismus axonu či oligodendrocytu tak, aby tyto buňky dovedly vzdorovat zánětlivému poškození. Tím spíše musí být léčen nově diagnostikovaný pacient od počátku.

## Nemoc mladých žen-kuřaček?

Na tuto provokativní otázku určitě nelze odpovědět jednoznačně ano, ale rozhodně nelze opominout, že onemocnění diagnostikujeme většinou mezi 20. a 40. rokem života, dvakrát častěji u žen. Je nejrozšířenější v mírném podnebném pás-

mu a u populace indoevropského původu. V Česku se dle nových epidemiologických údajů prevalence pohybuje okolo 170 případů na 100 000 obyvatel, incidence kolem 10 případů na 100 000 obyvatel. K rizikovým faktorům patří jednak genetické pozadí (jehož vliv se ale týká mnoha genů pro funkce imunitního systému), dále hormonální změny v organismu včetně reakce na stres, nedostatek vitamínu D, vliv infekcí na imunitní systém (jednoznačný vztah je prokázán s EBV) a kouření.

## Co dělat při prvních příznacích?

Léčebný farmakoterapeutický zásah do zánětlivého děje kortikosteroidy musí být rychlý, tedy musí kopírovat etapu akutního vzplanutí RS. Methylprednisolon v celkové dávce 3-5 g je zlatým standardem. Tato dávka snižuje infiltraci CNS zánětlivými buňkami a umožňuje nástup reparačního procesu po akutním poškození, proto je třeba s léčbou akutní ataky neotálet. Pacienta většinou k této léčbě není třeba hospitalizovat, methylprednisolon lze navíc aplikovat i perorálně.

To samo o sobě však nestačí, stejně nutné je co nejdříve po stanovení diagnózy zahájit dlouhodobou imunomodulační léčbu. Základními léky jsou interferon beta a glatiramer acetát, injekčně podávané látky, jejichž preskripcí a sledování se odehrává v centrech pro demyelinizační onemocnění. Pacient je sledován jak po stránce efektu (efekt v klinických studiích dosahoval v průměru 30 % oproti placebo), tak po stránce tolerability léčby (reakce v místě vpichu, chřipkový syndrom při léčbě interferonem), laboratorních parametrů (jaterní testy a krevní obraz u léčby interferonem) i compliance.

## Eskalace léčby

Pokud léčba není dostatečně účinná, je nutné ji včas eskalovat, tzn. použít léčivý přípravek s větším efektem, bohužel však také s většími riziky. Nejúčinnějším lékem je v současné době natalizumab, monoklonální protilátka proti adhezivním molekulám na povrchu lymfocytů. Ty se po zablokování nemožou dostat do CNS a účastnit se zánětu. Efekt je oproti interferonu beta či glatirameru acetátu dvojnásobný.

Problémem je riziko progresivní multifokální leukoencefalopatie (PML), virového zánětu mozku, který je znám především z oblasti AIDS, léčby malignit a transplantací. JC virus se množí v astrocytech a oligodendrocytech a rozpouští bílou hmotu. U 50 % osob se vyskytuje v normální kostní dřevě či



v ledvinách. Za určitých okolností mutuje a napadá CNS. K mutaci může přispět předchozí léčba imunosupresiv. Ohroženy jsou jen osoby, které virus mají v těle, což lze prokázat přítomností protilátek proti tomuto viru. PML se vyskytuje u osob s přítomností JC viru v těle, s více než dvěma lety léčby natalizumabem a s předchozí imunosupresí v anamnéze s rizikem 1:125, osoby bez přítomnosti JC viru nejsou v podstatě ohroženy vůbec.

Pacient léčený natalizumabem je velmi pečlivě sledován pro možný výskyt příznaků PML, osoby v trojím riziku jsou informovány a je s nimi ve druhém roce rozebírána další možnost léčby. Problémem používání natalizumabu v Česku je pozdní zahajování léčby – tedy otálení při nedostatečném efektu léků první volby. Tím se ztrácí část jeho potenciálu, paradoxně včetně potenciálu farmakoeconomického. Nově byl registrován další lék účinnější než interferon beta, fingolimod, který modulací sfingosin-1-fosfátového receptoru působí zadržování lymfocytů v uzlinách, takže je jim opět bráněno vstoupit do CNS. Dochází k 54% poklesu počtu relapsů. Cenová jednání

v ČR nejsou dokončena. I fingolimod nese větší rizika než léky první volby, proto je v EU registrován jako lék druhé volby, tedy při selhání efektu interferonu beta nebo glatiramer acetátu.

### Od cytostatik se upouští

Dříve se pro eskalaci léčby používala pouze cytostatika, jako je mitoxantron nebo cyklofosfamid. Přestože mitoxantron byl v této indikaci lékem volby schváleným FDA, upouští se od jeho používání v celém světě, protože vedle rizika kardiotoxicity nese i riziko rozvoje s léčbou spojené akutní myeloidní leukemie (1:333 nemocných). V chronické progresi, pro kterou naopak neexistuje žádný mezinárodní konsensus, lze tato cytostatika za přísného sledování pacienta vyzkoušet a pokračovat v léčbě při prokazatelném efektu. Žádná doporučení medicíny založené na důkazech zde neexistují.

### Symptomatická léčba

Symptomatická léčba byla v letošním roce obohacena o dva přípravky, fampridin pro poruchy chůze a kanabinoidy pro spasticitu. Zatím nejsou běžně dostupné pro české pacienty, protože cenová jednání

Název MS centra	Číslo telefonu	Adresa	PŠČ	Město
Neurologická klinika 1. LF UK a VFN	224 961 111	Karlovo náměstí 32	128 08	Praha 2
Neurologická klinika 3. LF UK a FNKV	267 163 480	Šrobárova 50	100 54	Praha 10
Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol	224 436 859	V Úvalu 84	150 18	Praha 5 – Motol
Neurologická klinika IPVZ a FTNSP	261 083 620	Vídeňská 800	140 59	Praha 4 – Krč
Neurologická klinika LF UK a FN Hradec Králové	495 835 251	Sokolovská 581	500 05	Hradec Králové
Neurologická klinika FN Ostrava	597 375 602-3	17. listopadu 1790	708 52	Ostrava
Neurologická klinika LF MU a FN Brno	532 232 503	Jihlavská 20	639 00	Brno – Bohunice
Neurologické oddělení Baťovy nemocnice	577 552 029	Havlíčkovo nábř. 600	762 75	Zlín
Neurologické oddělení KN České Budějovice	387 875 821	Boženy Němcové 54	370 78	České Budějovice
Neurologické oddělení Nemocnice Teplice	417 519 288	Duchcovská 53	418 29	Teplice
Neurologická klinika LF UK a FN Plzeň	377 103 401	Alej Svobody 80	304 60	Plzeň
Neurologická klinika LF UP a FN Olomouc	585 853 437	I. P. Pavlova 13	775 20	Olomouc
Neurologické oddělení KN Pardubice	466 014 732-3	Kyjevská 44	532 03	Pardubice
Neurologická klinika LF MU a FN u sv. Anny	543 182 660	Pekařská 53	656 91	Brno
Krajská nemocnice Jihlava	567 157 475	Vrchlického 59	586 33	Jihlava

také ještě neskončila. Od obou můžeme očekávat zlepšení kvality života nemocných.

### Na RS nelze nikdy ušetřit

Jediné smysluplné šetření prostředky zdravotního pojištění je včasné zahájení léčby u všech nově diagnostikovaných a včasná eskalace léčby při neefektivitě léků první volby. Ztráta práce schopnosti a invalidita je daleko dražší. Jakýkoli

jiný postoj je krátkozraký a z dlouhodobého hlediska nepřijatelný, a to nejen z medicínského a etického, ale i z ekonomického.

Do začátku 90. let byla RS chorobou, jejíž diagnostika se rovnala sdělení osudu a pro oddálení invalidity se dalo udělat jen velmi málo, u většiny pacientů nic. V současné době jde o nejdynamičtější se vyvíjející odvětví neurologie. V klinickém zkoušení je řada dalších lé-

ků včetně určité naděje na podporu remyelinizace. Jsme uprostřed fascinujícího období a byla by škoda stát stranou. Přes všechny překážky se podařilo poskytnout léčbu více než polovině potřebných, i když u mnoha z nich přišla později, než by bylo třeba, aby ukázala celý svůj potenciál.

prof. MUDr. Eva Havrdová, CSc.  
vedoucí MS centra Neurologické kliniky  
1. LF UK a VFN v Praze

Inzerce A111017496



- Je účinný u pacientů s CIS i s RRMS<sup>2,3</sup>
- Zpomaluje progresi do klinicky prokázané RS<sup>3</sup>
- Signifikantně snižuje počet relapsů u RRMS<sup>2</sup>
- Má příznivý bezpečnostní profil z krátkodobého i dlouhodobého hlediska<sup>1-3</sup>

#### COPAXONE®: Zkrácená informace o přípravku

**Složení:** 20 mg glatirameri acetas. **Léková forma:** Injekční roztok, předplněná injekční stříkačka. **Indikace:** První klinická epizoda u pacientů s vysokým rizikem rozvoje klinicky potvrzené roztroušené sklerózy, snížení frekvence relapsů u ambulantních pacientů s RRMS, a alespoň 2 ataky neurologické dysfunkce v průběhu předchozího dvouletého období. **Dávkování:** 20 mg glatiramer acetátu – 1 předplněná injekční stříkačka s.c. 1x denně. U starších osob, a u pacientů s poruchou renálních funkcí nebyl specificky studován. Každý den je nutné měnit místo vpichu – paže, břicho, hýždě, stehno. **Použití v pediatrii:** Adekvátní klinické ani farmakokinetické studie nebyly provedeny. Omezené literární údaje naznačují, že bezpečnostní profil u dospívajících léčených přípravkem Copaxone 20 mg s.c. 1x denně je obdobný jako u dospělých. Nejsou informace o užití Copaxone u dětí do 12 let, proto by přípravek Copaxone neměl být v této věkové skupině použit. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na glatiramer acetát nebo mannitol, u těhotných žen. **Zvláštní upozornění:** Nesmí být podáván i.v. nebo i.m. Je třeba zvýšené opatrnosti u pacientů s kardiologickými problémy v anamnéze. Vzácně se mohou objevit vážné hypersenzitivní reakce. Nejsou důkazy o tom, že by protilátky proti glatiramer-acetátu byly neutralizující. U pacientů s renálními poruchami musí být během léčby přípravkem Copaxone sledovány renální funkce. **Interakce:** Nebyly specificky studovány. Zvýšený výskyt reakcí v místě vpichu u souběžné léčby kortikosteroidy. Fenytoin a/nebo karbamazepin: souběžné použití musí být pečlivě monitorováno. **Kojení:** Údaje o vylučování glatiramer-acetátu, metabolitů nebo protilátek do mat. mléka nejsou dostupné. Musí být zváženy prospekty pro matku proti relativnímu riziku pro dítě. **Nežádoucí účinky:** reakce v místě vpichu- erytém, bolest, zatvrdnutí, pruritus, otok, zánět a hypersenzitivita. Vazodilatace, tlak na hrudi, dušnost, palpitace nebo tachykardie, byla popsána jako bezprostřední postinjekční reakce. **Velmi časté:** Infekce, chřipka, úzkost, deprese, bolest hlavy, vazodilace, dušnost, nevolnost, vyrážka, artralgie, bolest v zádech, astenie, bolest na hrudi, reakce v místě injekce, bolest. **Časté:** Bronchitida, gastroenteritida, herpes simplex, otitis media, rhinitis, absces dásní, vaginální kandidóza, benigní novotvar kůže, novotvar lymfadenopatie, hypersenzitivita, anorexie, přírůstek na váze, nervozita dysgeusie, hypertonie, migréna, poruchy řeči, synkopa, tremor, diplopie, oční poruchy, ušní poruchy, palpitace, tachykardie, kašel, senná rýma, zácpa, zubní kaz, dyspepsie, dyslagie, inkontinence stolice, zvracení, neobvyklé jaterní funkční testy, ekchymóza, nadměrné pocení, svědění, poruchy kůže, kopřivka, nucení na moč, polakisurie, retence moči, zimnice, otok tváře, atrofie v místě injekce, lokální reakce, periferní edém, edém, horečka. Méně časté, vzácně a velmi vzácně nežádoucí účinky – viz SPC. **Předávkování:** Do 80 mg nebyly spojeny s jinými nežádoucími účinky, s dávkami vyššími nejsou zkušenosti. Nesmí být mísen s jinými léčivými. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte stříkačky v krabici – chráňte před světlem. Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C) a chraňte před mrazem. Jedenkrát mohou být uchovávány při pokojové teplotě (15 °C – 25 °C), po dobu až jednoho měsíce. Jestliže nebyly použity a jsou v původním obalu, musí být po této lhůtě vráceny do chladničky. **Balení:** Copaxone 20 mg 7 nebo 28 předplněných inj. stříkaček. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Teva Pharmaceuticals CR s.r.o., Radlická 3185/1c, 15000 Praha 5, Česká republika. **Registrační číslo:** 59/481/06-C. **Datum revize:** 3. 6. 2009

Před předepsáním léku se seznamte se Souhrnem údajů o přípravku. Výdej léku je vázán na lékařský předpis.

Hrazen z prostředků zdravotního pojištění.

**Reference:** 1. Schrempf W & Ziemssen T. 2007 Autoimmunity Reviews; 6:469-475. 2. Comi G et al. The Lancet, published online October 7, 2009. 3. Ford C. Mult Scler Online, first published on January 27, 2010.



ZÁKLADNÍ LÉČBA  
ROZTROUŠENÉ SKLERÓZY



# Slovo tělem učiněno jest

**Motto:** Vše, co řekneš, ať má význam.

(egyptská Kniha mrtvých)

Abychom pochopili dnešní pozoruhodnou dobu, je nezbytné vyjasnit si pojmy a neplést si je s dojmy. Naše vyjadřování trpí stále větší jazykovou nekázní. Kráva, tráva, vždyť je to fuk. Pojďme se však vrátit k základnímu významu slova a přestaňme jimi žonglovat jako ve varieté, jinak si nikdy neporozumíme. K rehabilitaci našich fatických funkcí nejprve několik definic:

## Na pomoc paměti

*Memorandum* (lat. „to, co se má zapamatovat“) je spíše neformální záznam nějaké skutečnosti, jednání nebo stanoviska. *Memorandum* nebo také *aide-mémoire*, „na pomoc paměti“, je písemné zachycení nějakého stavu věcí, úkolů, termínů nebo předběžných a průběžných výsledků jednání, které nemá právní závaznost a často slouží jen pro vnitřní styk v rámci úřadu nebo instituce. V právní praxi znamená psané stanovisko nebo rozbor nějaké záležitosti pro vnitřní potřebu kanceláře či pro klienta. V anglosaském prostředí se jako memorandum často označují předběžné a nezávazné dohody, záměry do budoucna a podobně. V diplomacii se užívá pro významná, i když právně nezávazná společná stanoviska státních představitelů, stručná shrnutí výsledků jednání, která pak slouží jako podklad k dalšímu jednání.

Abych citát z Wikipedie zjednodušil a počeštil: Memorandum je prostě pamatovák. *Smlouvy* představují závazek a upravuje je občanský, resp. obchodní zákoník. V tom prvním je zajímavý pasus: § 37, odst. 2 praví, že právní úkon, jehož předmětem je *plnění nemožné*, je neplatný. Rovněž je smlouva neplatná, pokud ji jeden z účastníků uzavřel v tísní, za nápadně nevýhodných podmínek. Soukromoprávní smlouva vždy váže jen ty, kteří ji uzavřeli. Pokud by memorandum bylo smlouvou, což není, netýkala by se tedy plátců a byla tak oním *plněním nemožným*.

## Snědené pivo a vypitý buček

Vydejme se nyní přímo k pramenům aneb *ad fontes*, jak říkají latínici. To, co bylo v únoru podepsáno, není žádná smlouva a nejedná se o právní úkon. A už určitě nejde o smlouvu div ne mezinárodní, za jakou ji směšně vydává dr. Engel. Jen ta představala! Smlouva mezi LOKem a Českou republikou aneb *královna Alžběta beseduje s traktoristy* (© Vodňanský & Skoumal). V našem případě se jedná o memorandum, tedy cosi jako zápis z jednání, v němž MZ jednostranně deklaruje dobrou vůli vyřešit za splnění jistých objektivně deter-



MUDr. Milan Novák  
neurolog@centrum.cz

minovaných předpokladů finanční požadavky části lékařů. Užívané výrazy jsou „bude iniciovat“, případně „požádá“ a „vyzve kraje a další zřizovatele, aby...“. Nikde tam není a ani nemůže být žádné *spondeo ac polliceor*.

Termín podmíněného naplnění požadavku na 10% zvýšení je definován jako rok 2012. Není tam ani slovo o tom, že všechno bude splněno hned od 1. ledna. To muselo být odborářům jasné, neb jsou nepochybně gramotní. Pokud to nyní interpretují úplně jinak, pak prostě lžou. Čili připomínat ministři sliby a zasílat mu prášky pro posílení paměti není relevantní. Spíše by si sami odboráři měli naordinovat *Ginkgo biloba* a oživit si tento *aide-mémoire*, který mylně považují za posvátný text obsahující všechny články jejich víry, *čtyři artikuly pražské* novodobých husitů. Což byli mimochodem také totálně zaslepení fundamentalisté, lidé jediné myšlenky, *idée fixe*. Odboráři *zdravotnické trojky* by měli spíše napomoci své paměti (fr. *aider leur mémoire*), aby si uvědomili, co je tam vlastně doopravdy napsáno. Aby totiž nepodlehli katarskému myšlení (přání otcem myšlenky, *wishful thinking*), neklamali veřejnost a neblbli hlavu médiím. Natožpak sobě.

Co LOKu zadalo do lopatek jeho větrných mlýnů, to je velmi nešťastná grafická úprava a formace hlavičky memoranda. Nějaký pilný ministerský úředník tu ze setrvačnosti použil běžný vzor pro koncipování smluv, jaký měl v počítači. Náležitě pod sebe uvedl obě „smluvní strany“ se všemi identifikačními formalitami a dílo korunoval podivnou frází, že „uzavírají následující memorandum“. A jsme zpět u celonárodní afázie. Memorandum z definice nelze uzavřít. Lze ho jen zapsat. *Uzavřít memorandum* je sémantický nonsens. V jazyce neexistující idiom. Nelze pít buček ani jíst pivo.

## My užé privýkli

Dlouho se mluví o reformě, redukcí, resp. reprofiliaci lůžek a o racionálním poskytování. To jsou výstižné, ale možná příliš abstraktní pojmy. Pokusím se je naplnit konkrétním obsahem, obalit kosti masem a zalít výživnou omáčkou. Četl jsem totiž nedávno odborný článek, z něhož na mě vyskočila věta jako pecka mezi oči. Neurologové referují kazuistiku pacienta postiženého subarachnoidálním krvácením z komplikovaného zdroje, bravurně neurochirurgicky vyřešeného. V druhé době bylo pro hydrocefalus nutno zavést ventrikuloperitoneální zkrat. Čili žádná legrace. Péče musela stát balík. Pacient přežil bez paretického deficitu (česky: není ochrnutý). Co mě dostalo, byla závěrečná poznámka: „Rehabilituje na spádové interně.“ Koho to hned nezaskočilo, protože *my užé privýkli*, nechť opakuje se mnou ještě jednou a zřetelně: *Neurochirurgicko-neurologický pacient rehabilituje na interně*. Pacient po vyřízení mandlí rehabilituje na spádovém očním.

Kdysi jsem jakožto hlavní lékař samostatného ženíjního praporu potřeboval třetího lapiducha do party, ale nebyly na něj tabulky. Tak jsem ho vedl jako mechanika mostního tanku. Ten v tabulkách byl. Pointa je, že na úrovni praporu nebyl žádný mostní tank. Ani v tabulkách, ani v realu. V armádě se tomuhle triku říkalo *tabulková nekázeň*. Ale pryč od zelených mozků. To jsem se nějak zapletl, vždyť jsem chtěl psát o zdravotnictví.

## Happy end crazy komedie?

Pokročíme dále a pomírně, že spádovost zanikla s komunismem. Není více spádových interen. Aspoň oficiálně. Co je vlastně v reálné praxi náplní oboru interní me-

dicíny? Jaká je, moderně řečeno, kompetence nemocničního internisty? Ví to někdo? Geriatrie? Náhražka LDN? Zastupování oboru rehabilitace? Všeobecné odkladiště ve smyslu jakési *Rest-Medizin*? Či dokonce péče o neurologické pacienty? No jistě. Neurolog nemá lůžka ani čas, protože dělá zčásti práci ortopeda a rehabilitačního lékaře. Zabývá se vším možným, jen vlastní choroby nervové řeší jaksi bokem, když Bůh dá a zbudě čas po ošetření bolavých zad, sakroiliakálních skloubení, kyčlí, krků, epikondylů, ramen, nesmyslů, psychosomatiky a prdůků. *Nihil neurologicum*, to je (jak kdy a jak kde) plus minus třetina jeho denního výkonu.

A jsme u podstaty věci. Farář dělá šafáře a šafář faráře. Krejčí šije boty, švec saka a do práce je autobusem vozi pekař. Odborný lékař substituuje práci praktika (i naopak), sestra zaskakuje za ošetřovatelku a sanitáře, někde i uklízečku. Všichni pak rukou společnou a nerozdílnou substituuji práci úřednice s maturitou (případně i bez). Následná péče supluje akutní a obráceně. A zdravotnictví významně doplňuje sociální kapacity.

Takhle systém prostě nemůže dál fungovat. Konec. Šmytec. Zastavte to, já chci vystoupit. Jde jen o vršení ztrát, neefektivitu, nekvalitu a riziko do obudné pyramidy, která nám padá na hlavu. České zdravotnictví, to je jeden velký porouchaný, hlučný, rezavý, smrdutý a rozviklaný stroj, který destruuje sám sebe jako zblázněně kráčeující rypadlo, překonávající všechny těžební limity a zochraptelého amplionu blábolící cosi o evropské úrovni. Zlatý voči! *Neurologický pacient po závažné neurochirurgické operaci rehabilituje na interně*. Panebože! Pamatujme si to jako heslo, jako excelentní příklad našeho českého bramboračkového Absurdistanu, jako *pars pro toto*, v níž je jedinou větou popsána všechna naše bída i zdůvodnění nevyhnutelnosti reformy. Reforma je, jednoduše řečeno, snaha po ukončení této *crazy* komedie. Normalizace v tom nejlepším slova smyslu.

## Stát nejsme my!

Thriller zvaný „Národní sémantická afázie“ pokračuje. Abych si odpočinul od psaní, vezmu do ruky deník Dnes a hle! Nová darda mezi oči. Na titulní straně palcový titulek: *Česko 2012: Stát si léčí kasu, občane ne platí*. Vidíte tu chybu? Že ne? Asi už jsme v tom namočení příliš dlouho. Titulek znamená, že máme co do činění se dvěma naprosto



Byl to takový poslanecký Halloween. Svátek vydlabaných hlav. Jeden z poslanců byl v rámci sebereflektivně upřímný: Lidé nás mají za blbce. A nemýlil se. V psychiatrii se tomu říká náhled. | Foto: brothersoft.com

## NEJSEM SI JIST

různými subjekty: Zprv je tu nějaký úplně cizí stát, jakési Česko, zřejmě z Marsu spadlé, a má problémy se svou kasou. Pak jsou tu občané, jichž se ten stát a jeho kasa nijak netýká, akorát že to musí (nespravedlivě) zaplatit z vlastní kapsy. No fuj, nutit někoho platit cizí dluhy! Ten stát, to nejsme my, občané. Kdepak. To není naše Česko. A ta kasa, to vůbec není naše občanské prasátko. Ani nápad! Kde se tu sakra ten krám vzal? Odnesto to někdo a dejte nám pokoj. My občané do děravé kasy nějakého cizího státu nic platit nebudeme. Co je nám do něj. Ať si to vyřeší sám. My jen bereme. Ano, to je klasika. Tak vnímá svět mazaný hlupák. Český Wencel ze starých rakouských karikatur. Dokonalá ukázka maločeského, občanský ignorantského postoje. A také řeckého. A italského. A španělského. A francouzského. A... to be continued.

Obdobnou poruchou myšlení a vyjadřování typu *split brain* trpí opozice, když při parlamentním řečnění zaměňuje pojmy *šetření* a *okrádání*. Vychází ze stejného rozpolcení mysli či možná spíše zadní části těla. Stát, ten ať si šetří. Ale nesmí

se tím dotknout občanů. To by bylo okrádání. Stát a občané jsou dvě nesouvisající entity, množiny bez průniku, mimoběžky neprotínající se ani v nekonečnu, bez ohledu na počet černých děr, jež jim stojí v cestě. A nárok je absolutní, to jest realita ho nemůže ovlivnit, budiž jakákoli. Tuhle schizofrenii hlásal a hlásá Marx, Engels, Engel, Sobotka, Filip *et alii*, ať už explicitně či implicitně.

## Svátek vydlabaných hlav

A tím jsme se ocitli přímo v p... parlamentu, jenž připomíná krajinu po bitvě. Byl to takový poslanecký Halloween. Svátek vydlabaných hlav. Jeden z poslanců byl v rámci sebereflexe drsně upřímný: Lidé nás mají za blbce. A nemýlil se. V psychiatrii se tomu říká *náhled*. Je-li přítomen, není prognóza beznadějná. To je asi všechno, co se o tom dá říci pozitivního. Z projevů opozice nebylo zřetelné, co vlastně chce. Jakou nabízí alternativu, jaká má připravena řešení. Ráda by jen shodila vládu, aby zas nevěděla, co si s tím nadělením počít. Mluvili šest dnů a sedmý den odpočívali. Parafrazujeme-li takto knihu

Genesis, pojďme ještě k Izajášovi, který výstižně napsal: *Svíjeli jsme se jako těhotní, a porodili jsme jen vítr.* (Iz 26, 18)

Slyšeli jsme jen slova, slova, pouhá slova. Toč se a vrč, můj kolovrátku. Můj starý primář by řekl *multa loquitur et nihil dicit*, což s oblibou užíval při vizitě u neurotiček, aby nerozuměly. Byl to pravý vodopád slov. Přímo Niagara slov. Slova tlustá i tenká, oblá i hranatá, oranžová i červená. Slova blbá a blbější. Slova do větru vyřčená. Či naopak větry slov. Meteorismus slov. Noční poluce slov. Slova lomozivá, bez jakéhokoliv smyslu řazená. Ohlušující mlácení prázdné slámy, bohapustý abúzus daru řeči, *status epilepticus* s fokusem ve fatické oblasti, úplavice slov řítící se poslaneckou řítí nadzvukovou rychlostí. Slova, jež bez účinku profrčí skrz *meatus acusticus communis*, neb nemají důvod zdržet se uprostřed. Vyprázdňené výkony hlasivek a jiných svěračů. Slova nic nesdělující, množina prázdná. Kecy u pobryndaného hospodského stolu. Slova, která padají jako listy na podzim. Slova nesoucí na rozdíl od bučení krav nuloou informaci. Slova zneuží-

tá jak nezletilá deviantním recidivistou ve špinavém průjezdu. Byly proneseny projevy o méně než ničím. Bezobsažná rétorika použitá jako zbraň hromadného ničění, zamořující veřejný prostor. Věty, kde poměr signál/šum byl extrémně nepříznivý a nepočítatelný, neboť nulu nekonečnem nelze vydělit.

## Nejlepší ze špatných způsobů

Opoziční poslanci káleli slova, zvraceli slova, rochnili se ve verbálních odpadu. Znečistili všechno, i sebe. Dělalí hanbu svým voličům. Přesto na to mají plné demokratické právo. Toto je svobodná země a každý se může znemožnit, jak je mu líbo, a způsobem, jaký uzná za vhodný. Nehorší rány jsou ty, jež si zasadíme sami. Jen houšť a větší kapky. Když ten politický kýč a obstrukční choroba parlamentní pomínuly, chtěl jsem se někde aspoň dočíst, co ti lidé zvláštního ražení chtějí. Ale nezadařilo se. Bylo to řecky... Opoziční poslanci, kteří se v předchozích čteních vyjadřovali jen minimálně, dostali jeden každý 2x 10 minut k rétorickému cvičení.

Soudě podle obsahu to bylo nejméně o 2x 9 minut déle, než bylo únosné. Toho času, celkem 1640 minut, ostentativně zneužívali a zesměšňovali tím parlament jako instituci. Atakovali už tak chartrnou důvěru občanů v systém, což je v našich politicky dřevních poměrech zločin skoro hrdelní. Krátkozrakost, která se vymstí všem. Tedy pokud bychom věci domýšleli dále než do pozítří. Přesto mají tu drzost, ba přímo *chucpe*, uvažovat o žalobě u Ústavního soudu, neboť jim prý byl omezen prostor k vyjádření názorů. Tedy kdyby chtěli a mohli nějaké názory vyjádřit. Mám však pocit, že ona omezenost tkvěla v něčem jiném. Nebyla objektivní, leč subjektivní povahy. Bohužel nemáme anglosaský právní institut pohrdání soudem (*contempt of the court*). Jinak by je v Brně vystříhli tak, že by jim stranická pokladnička nestačila. No nic. Po relaxačních dechových cvičeních zaujměte prosím polohu lotosového květu a říkejte uvolněně se mnou: Demokracie je nejlepší ze všech špatných způsobů vládnutí. Demokracie je... Demokracie je... Demokracie...

Inzerce A111017781

# Mladá fronta divize Medical Services představuje

## Hematologické kazuistiky nejen pro hematology

aneb jak nepřehlédnout leukemii v každodenní praxi

Publikace vychází ze zkušeností a každodenních kontaktů autorů s jejich pacienty. Cílem je zdůraznit příznaky krevních nemocí a ukázat jak se od nich lze dostat ke stanovení diagnózy i co všechno tento proces znesnadňuje. Dosud se totiž nezdá stává, že pacienti s krevními nemocemi jsou i při typickém klinickém



obrazu nesprávně léčení řadu měsíců. Mnohé z nich lze přitom při včasném zachytu velmi dobře léčebně ovlivnit, některé dokonce vyléčit zcela.

Autoři: doc. MUDr. Andrea Janíková, Ph.D., prof. MUDr. Michael Doubek, Ph.D.

Doporučená cena 250 Kč

## Léčba bolesti

Současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů

Monografie předních specialistů v oboru algeziologie přináší přehledné a aktuální informace. První část je věnována metodám léčby bolesti (farmakoterapii, invazivním metodám, psychoterapii ad.). Autoři mj. apelují na racionální volbu farmakoterapie a nepodceňování komunikace s pacientem. Ve druhé části publikace je podrobněji



rozvedena léčba jednotlivých bolestivých stavů (bolesti hlavy, zad, kloubů, neuropatické, onkologické ad.).

Autoři: MUDr. Marek Hakl, Ph.D., a kol.

Doporučená cena 450 Kč

AESKULAP



MEDICAL  
SERVICES

komplexní informační servis ve zdravotnictví

Mladá fronta a. s. Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Mokřany, tel. 225 276 166, www.medical-services.cz, e-mail: lmihy@msn.cz

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





## Do výuky jsem pašoval americkou ideologii

Jana Jílková  
Foto: Leoš Chodura

„Nemusím, přesto učím. Baví mě to a nutí mé mozkové buňky ke stálé aktivitě. Udržuji si kontinuitu, přednáším pro české i zahraniční studenty medicíny v českém i anglickém programu. Zkouším a jsem spoluautorem a recenzentem učebních textů. Byl jsem jedním z vedoucích redaktorů překladu standardní americké učebnice biochemie, podle níž se v USA skládají lékařské nostrifikační zkoušky,“ vypočítává alespoň část svých aktivit **prof. MUDr. Jiří Kraml, DrSc.**

**Příjmení Kraml už nezní německy, ale česky také ještě ne. Odkud pochází vaše rodina?**

Příjmení Kraml je rakouské, z okolí Lince. Je to zřejmě „rakouský“ vyslovený Krámer. Snad nějaký „Kramář“ doputoval do šumavských Stachů. Není v Čechách a na Moravě Kramla, který by neměl předky z této části Šumavy. Jsme od Stach, moji rodiče byli z první generace venkovanů usazených v Praze.

Tatínek, soudní podúředník přeložený z Košic do Prahy, si šel vyhlédnout nevěstu domů na Šumavu. Já se narodil už v porodnici na Štvanici, jsem Pražák křtěný Vltavou. Byl

jsem jedináček, učení mi šlo a rodiče si moc přáli, abych se jednou měl lépe než oni, i když bídou jsme doma rozhodně netrpěli, s výjimkou nutných omezení přídělového hospodářství válečných let, které nám pomáhali překonávat příbuzní na venkově. Studoval jsem klasické gymnázium, šly mi jazyky i matematika. Na reálku nebo reálné gymnázium jsem nechtěl, asi bych byl dost zápolil s deskriptivou a rýsováním, ačkoli prostorová představivost mi potíže nedělá, to by se bylo později projevilo při studiu anatomie. Na gymnáziu v Londýnské ulici na pražských Vi-

nohradech jsme měli od primy 8 let latinu, od kvinty i klasickou řečtinu, do kvarty němčinu a od kvinty angličtinu a povinnou ruštinu. Po maturitě jsem tedy byl jazykově poměrně dobře vybaven. V logice věci by byla třeba filozofie či práva, absolventem Londýnské byl například Edvard Beneš, po němž se také naše gymnázium až do svého zrušení v roce 1949 jmenovalo.

**Ale vy jste maturoval právě v roce 1949, po „Vítězném únoru“...**

Ano, a tak mi radili medicínu. Bylo to jistější, praktické a při jejím studiu jsem mohl uplatnit latinu

a řečtinu. Medicínu jsem začal studovat s tím, že ze mě zřejmě bude neurolog nebo psychiatr. Studium mi nedělalo problémy, ani obávaná anatomie. Ale pravdou je, že jsem se i dost učil. Přes první letní prázdniny jsem doháněl mezery v některých předmětech – důsledkem volby klasického gymnázia. Jenomže po prázdninách jsem onemocněl infekční hepatitidou a skoro polovinu třetího semestru jsem strávil v nemocnici, v Krči a pak v Karlových Varech. Týdně mi odebírali krev na jaterní testy a já s napětím sledoval výsledky. Ta čísla mě začala zajímat, podle nich mě pustili či ne-

pustili na vycházky. Ošetřoval mě a do Varů jezdil internista, klinický biochemik a hepatolog Jaroslav Hořejší, který v té době zdolával epidemii infekční hepatitidy v Československu. Profesor Hořejší nás nejen ošetřoval – byl to velmi kultivovaný pán a hrával nám na klavír.

**Byla tahle patálie i k něčemu dobrá?**

Ano. Uzdravil jsem se, pokračoval ve studiu a uvědomil si, že spojení interny a biochemie je velmi důležité, výsledky vyšetření hodně vypovídají o zdraví pacienta. Chtěl jsem vědět, co je za těmi výsledný-

## PŘEDSTAVUJEME

mi číslu. To mě dovedlo k tomu, že jsem se po složení zkoušky z lékařské chemie, po třetím semestru, přihlásil jako volantér k Jaroslavu Hořejšímu do Ústředních laboratoří Fakultní nemocnice I. Ty sídlily v ulici U Nemocnice 5. Profesor Hořejší byl internista z I. interní kliniky profesora Hynka. Už před 2. světovou válkou u nás začal uvádět biochemické metody do vnitřního lékařství a napsal o tom první monografie, které vycházely opakovaně. Během čtyř let u něj jsem prošel všemi tehdy známými klinicko-biochemickými vyšetřovacími metodami, zabýval jsem se polarografií bílkovin ve vztahu k sérovým mukoproteinům jako ukazatelům nádorového procesu a některé metody i zaváděl, například elektroforézu plazmatických bílkovin na papírovém nosiči, což tehdy byla novinka. Před promoci u mne dozrál záměr, abych se věnoval interně z biochemického hlediska. Podstoupil jsem dva aspirantské konkurzy, do Ústavu hematologie a krevní transfuze k profesoru Josefu Libánskému a do Ústavu výživy lidu profesora Josefa Maška. U obou konkurzů jsem uspěl.

#### Jsem ale v roce 1955. Jak jste dopadl s nezbytnou umístěnkou?

Přidělili mě do Chomutova na internu a místně příslušné kádrové oddělení Severočeského kraje na doporučující dopisy od profesora Hořejšího nebralo zřetel. Já proti interně nic neměl, ale byl bych se rád dostal i k laboratoři. Aspirantuře však bránilo i to, že jsem neměl po vojně. Byl jsem totiž poslední ročník, který musel absolvovat dvouletou prezenční základní vojenskou službu. Takže nastaly čtyři roky mého zaměstnání u okresního ústavu národního zdraví, z nichž dva jsem strávil na vojně, většinu té doby jako útvarový lékař.

#### Byli v 50. letech na Chomutovsku ještě nějakí neodsunutí němečtí lékaři? A jak jste si tam vedl vy, čerstvý absolvent?

Němečtí lékaři už tam nebyli. Ale kolegové o dva promoční ročníky starší tam zažili německé řádové sestry. Já byl dokonce dočasně ubytován v jejich bývalém domově, u nemocnice. Hned po válce tam ale začali pracovat jen čeští lékaři. V nemocnici jsem se však někdy setkával se staršími německy mluvícími pacienty.

V Chomutově byla nemocnice s poliklinikou, podle sovětského vzoru. Zrušili tam „starobinec“ a s velkou slávou z něj udělali městské zdravotní středisko. Idea byla, aby se prolínala ambulantní služba s lůžkovou. Sloužil jsem tedy nejen u lůžka, ale i na poliklinice, měl

jsem na starosti depistáž silikotuberkulózy u horníků. Snímkovali jsme a také jsem skiaskopoval na starším rentgenovém přístroji. Jakýsi dozimetr jsme sice měli, ale párkrát jsem dostal pořádnou dávku záření. Vedl jsem taky diabetickou poradnu, v nemocnici vykonával funkci transfuzního lékaře a popisoval EKG pro celý okres. Interni mi vůbec nevadila, ale chtěl jsem se dostat k výzkumné práci v laboratoři, a to aniž bych přišel o kontakt s klinickou praxí.

#### Kdy jste se pak mohl vrátit do Prahy k výzkumné práci?

Koncem vojenské služby jsem vyhrál konkurz na asistentké místo v I. ústavu lékařské chemie FVL UK u profesora Karla Kácla. Severočestí kádrováci mě ale do Prahy nechťeli pustit, ostatně i později, ještě čtvrt roku po nástupu na místo odborného asistenta, mi posílali výhružné dopisy, že mi může být odňat lékařský diplom – měl jsem se prý okamžitě vrátit!

Karel Kácl, od svého mládí národní socialista, byl v té době za svoji politickou stranu, jednu z těch několika „trpěných“ v Národní frontě, v parlamentu a byl předsedou jeho zdravotního výboru. Navzdory jeho interpelaci kádrováci neoblohně trvali na mém návratu, dokud nebudu řádně uvolněn Severočeským krajem. A tak jsem se zase na čas vrátil do Chomutova.

Nakonec profesor Kácl přeje jen dosáhl toho, že mě museli uvolnit – 1. února 1959 jsem nastoupil sem, na I. ústav lékařské chemie FVL UK (nyní Ústav lékařské biochemie 1. LF UK) a od té doby zde pracuji. První atestaci z interny jsem si v roce 1960 udělal až tady.

#### Jak dnes vzpomínáte na svého předchůdce, pana profesora Kácla, řečeného Sylvín?

Kácl, KCl, chlorid draselný, sylvín... Ta přezdívka se vžila v jedné či dvou generacích mediků. Její nositel proti tomu nic neměl. Také svoji sbírku lékařských anekdot vydal pod jménem Sylvín. Profesor Kácl měl poměrně silnou pozici v „obrozené“ socialistické straně, fungující v rámci politické kvaziplurality. Znal se s poslanci na Kladně, nejspíš za 1. republiky chodili jejich voliči s těmi jeho do protestních stávek. Navíc byl aktivní v protifašistickém odboji. Z této i politicky silné pozice poskytl svému ústavu jakousi „politickou záštitu“, měli jsme tu poměrně velkou míru svobody.

Mě pan profesor okamžitě zapřáhl do výuky a rozhodně mě nešetřil, ale měl jsem tu i prostor spolu s kolegou farmaceutem Jaroslavem Prokešem studovat věci vážící se k mé internistické „anamnéze“, k diabetologii. Tehdy se tu začal rodit výzkum problematiky perorálně podávaných antidiabetik. Vzpom-

enout je tu třeba alespoň profesora Richarda Foita a jeho asistentů z pražské pediatrické fakulty, s nimiž jsme navázali spolupráci. K 60. narozeninám profesora Kácla jsem společně s kolegou Prokešem publikoval v Časopisu lékařů českých v roce 1960 práci o stanovení jediného nově zaváděného perorálního antidiabetika v séru.

Naučil jsem se u profesora Hořejšího elektroforézu a začal aplikovat tehdy rovněž novou metodu – imunoelktroforézu – na diabetická séra. Právě její pomocí jsme sledovali protilátky vůči inzulinu s využitím radioaktivně značeného inzulinu. Tyto protilátky byly tenkrát objeveny a publikovány v práci amerických autorů Solomona Bersona a Rosalyn Yalowové z roku 1956. Šlo o to, že diabetici s injekčně aplikovaným non-humánním inzulinem vůči němu vytvářejí protilátky. V jejich séru se totiž vyskytuje bílkovina, která non-humánní (boviní, vepřový či směsný) inzulin váže. Klasičtí imunologové namítali, že žádné takové vazebné protilátky neznají. Nevěřili, že by mohly existovat protilátky proti něčemu, co si tělo vytváří samo. Za novou metodu, která je dokáže prokázat a kliniky využívat ke stanovení hormonu jako antigenu, totiž radioimunoanalýzu (RIA), pak Yalowová v roce 1977 dostala Nobelovu cenu za fyziologii a medicínu.

Naším metodickým přínosem v této problematice bylo, že jsem radioaktivně značený inzulin připravený kolegou Prokešem použil i při imunoelktroforéze, což bylo rovněž předmětem mé kandidátské disertační práce z roku 1965. Vedle specifické vazby na protilátkový gamaglobulin jsme objevili i nespecifickou vazbu na alfa-2 makroglobulin, která na rozdíl od protilátkové vazby rostla s teplotou inkubace a dala se blokovat látkami blokujícími SH-skupiny v bílkovině. Později se ukázalo, že tato bílkovina funguje v lidském organismu jako multifunkční vazebný protein a proteinázový inhibitor v plasmě. Váže cytokiny, ale nedávná publikace pracovníků z Ústavu hematologie a krevní transfuze v Praze ve spolupráci s kanadskými badateli dokazuje, že váže i hepcidin, regulátor transmembránového transportu železa. Někteří autoři soudí, že alfa-2 makroglobulin v komplexu s navázanou bílkovinou působí jako nespecifický „zametač“ (scavenger) vylučovaný příslušnými receptory makrofágů a může tak představovat evolučně jednu z větví vrozeného imunitního systému.

#### Jaké praktické výstupy to mělo pro klinickou praxi?

Ve spolupráci s klinickým pracovníkem profesora Foita z Fakultní nemocnice Pod Petřínem jsme u jednoho nemocného po několik let sledovali hladiny protilátek vůči inzulinu (až 400 jednotek inzulinu vázaného na 1 litr séra), které několiknásobně překračovaly hladinu protilátek u ostatních diabetiků léčených inzulinem (kolem 50 jednotek na litr séra). Bylo to v době, kdy pacienti byli léčeni pouze non-humánním inzulinem, lidský inzulin pro terapii nebyl k dispozici. Tento nemocný musel k překonání inzulinorezistence dostávat až 2740 jednotek inzulinu denně, po zásahu hydrokortisonem však bylo možno tuto dávku snížit na 160 jednotek denně. To nasvědčovalo skutečnosti, že inzulinorezistence byla zřejmě protilátkového původu. Takové případy bývaly zpravidla publikovány a vedly k úspěšné snahy o přípravu lidského inzulinu pro terapii diabetu. Za publikaci o inzulinových protilátkách mi pak byla udělena cena předsednictva Československé lékařské společnosti JEP za rok 1966.

#### Jak jste se v polovině 60. let dostal ke stipendiu na vědeckou práci v Americe?

Na biochemickém kongresu ve Vídni v dubnu 1965 jsem se seznámil s profesorem Henrym Mahlerem (vzdáleným příbuzným ▶



V nově rekonstruované posluchárně ústavu se naši studenti cítí volněji, než tomu bývalo za mých medických let.

**prof. MUDr. Jiří Kraml, DrSc.**

**\* 23. dubna 1930 v Praze**

Fakultu všeobecného lékařství UK absolvoval v roce 1955. Po promoci pracoval nejprve jako sekundář na interním oddělení v Chomutově, od roku 1959 pak působil v I. ústavu lékařské chemie FVL UK, postupně jako odborný asistent, docent a profesor. V roce 1960 atestoval z interny, v roce 1984 z klinické biochemie. V akademickém roce 1965/66 pracoval jako výzkumník na Indianské univerzitě v USA. Docentem lékařské chemie byl jmenován roku 1975, doktorskou hodnost v oblasti biochemie obhájil před komisí ČSAV v roce 1989, profesorem biochemie na UK v Praze byl jmenován roku 1990.

V letech 1990–1998 byl přednostou I. ústavu lékařské chemie a biochemie (nyní Ústavu lékařské biochemie) 1. LF UK, kde se i nadále věnuje především pedagogické a pedagogicko-organizační činnosti. V letech 1978–1997 byl vědeckým sekretářem Československé a později České společnosti pro biochemii a molekulární biologii, jejímž čestným členem je od roku 2000. Jako národní delegát ji zastupoval ve výběrech evropské i mezinárodní organizace biochemických společností. V letech 1992–1993 byl členem hodnotitelské komise Grantové agentury AV ČR, v letech 1993–1999 působil v Grantové agentuře ČR, v letech 1994–1997 též v Akademickém hodnotitelském grémiu AV ČR. Od roku 1993 působil v Národním komitétu ČR pro biochemii a molekulární biologii. Zastupoval Akreditační komisi ČR před National Committee on Foreign Medical Education and Accreditation (NCFMEA) ve Washingtonu v letech 1998 a 1999. Je členem České lékařské akademie, v níž je pověřen oblastí vzdělávání. V roce 2010 mu byla udělena Zlatá pamětní medaile Univerzity Karlovy v Praze. Je autorem více než 80 primárních, převážně experimentálních publikací, které byly citovány více než 600x (SCI). Opmenout nelze třídílnou monografii „Enzymology and its clinical use“.

Je ženatý od roku 1956. Manželka Marie pracovala v ÚHKT v Praze jako biochemička, syn Pavel je internista-lipidolog, docent na 2. interní klinice 3. LF UK a FN Královské Vinohrady, dcera Jana je laborantkou v osteocentru 3. interní kliniky 1. LF UK a VFN.

skladatele Gustava Mahlera a pro židovsko-rakouský původ emigroval před válkou do Ameriky). Přetlumočil jsem mu, dílem do němčiny a dílem do angličtiny, výsledky své kandidátské disertační práce o inzulinových protilátkách a také o imunochemickém výzkumu jednoho enzymu, lidské střevní alkalické fosfatázy, vůči kterému jsme v naší laboratoři připravili precipitační i vazebné králičí protilátky. Za „Ameriku“ vděčím i dalším biochemikovi podobného osudu, někdejšímu profesorovi pražské německé lékařské fakulty Felixi Haurowitzovi, kolegovi profesora Mahlera z Indianské univerzity, kterému jakožto autorovi monografie věnované imunochemii také konvenovalo, že jsem použil imunologických metod ke studiu chemicky definovaných biologicky aktivních látek.

Profesor Mahler mi nabídl jednoroční stipendium, odjel jsem na počátku akademického roku 1965/66. Současně souhlasil s tím, abych použil imunochemických metod ke studiu enzymu, jenž byl výzkumným záměrem jeho laboratoře a který odpovídá za převážnou část spotřeby kyslíku všemi aerobními organismy, totiž cytochromu c oxidázy. Tento enzym jsem izoloval a studoval na modelu kvasinek a práci publikoval v mezinárodním časopisu *Immunochimistry* v roce 1967.

V průběhu svého pobytu v USA jsem v roce 1966 také dvakrát krátce navštívil laboratoř Solomona Bersona a Rosalyn Yalowové v New Yorku. Po několika měsících za mnou přijela manželka se šestiletým synem. Aby mohla vyjet, musela tu nechat naši tehdy půlroční holčičku. Měl jsem tedy v republice kotvu – maminku a malou dcerušku v péči babiček. Stipendium skončilo a já se pokorně vrátil.

**Před vědeckou radou jste se habilitoval v roce 1969, jmenován docentem jste však byl až v roce 1975. Co způsobilo to zpoždění?** Profesor Kácl, který nám v ústavu svou politickou autoritou udržoval ohromné prostředí, mě skutečně habilitoval v roce 1969, habilitační práci jsem předložil po svém návratu z Ameriky. On se v té době aktivně zapojil do obrodného procesu, opět se stal poslancem, tentokrát České národní rady, za socialistickou stranu. Mimo jiné své aktivity se však začal zajímat o případ smrti Jana Masaryka. Naznačil, aniž by přímo jmenoval, od kterého z účastníků Masarykovy pitvy zná okolnosti, že mechanismus, jenž způsobil úmrtí,



neodpovídá sebevraždě. To sdělil veřejně, dokonce i do televize. To samo o sobě stačilo na ukončení jeho vědecké i učitelské kariéry a v roce 1970 byl novým vedením Fakulty všeobecného lékařství UK penzionován jako politicky neúrodný. Jako argument, aby nedělal potíže a odešel sám, mu přehráli jeho vlastní projevy... Osiřelý ústav neměl jediného straníka, vedení ústavu převzal nejstarší docent, také skandálně bezpartijní. Ústav se ocitl v politickém vakuu. Habilitace profesorem Káčlem je jedno z možných vysvětlení, proč potom mé jmenování docentem trvalo šest let. Pak mě tedy v roce 1975 jmenovali, ale docentem bezplatným. Deset let jsem také nemohl vyjet do kapitalistické ciziny.

**Příčinou kádrových potíží bylo jen to, že jste žákem profesora Kácla?**

Vadil i můj pobyt v Americe a to, že jsem se nijak netajil nesouhlasem s vpádem vojsk Varšavské smlouvy. Nebyl jsem také vhodným kandidátem do Večerní univerzity marxismu-leninismu (VUML). V roce 1985 se ovšem děkanem fakulty stal osvícený profesor Vladimír Pacovský a žasl, proč nemáme v galerii přednostů portrét Karla Kácla. Hned jsme jej tam zase vystavili a je tam, v nově rekonstruované posluchárně, dosud.

**Kdy se začalo konečně blýskat na časy, co se týče vašeho vědeckého a pedagogického postupu?**

Profesor Pacovský měl rázně vyzval k podání doktorské práce. Namísto nezbytného absolvování VUML mi děkanát z zoufalství nabídl půlroční politický rychlo-

kurz pro nestraníky, který se konal na rektorátu.

Začal jsem shromažďovat experimentální výsledky a publikace a psal jsem doktorskou (DrSc.) disertační práci, tentokrát o laktáze – enzymu odpovědném za výživu všech savčích mláďat. Ve spolupráci s profesorem Zdeňkem Lojdu z naší fakulty a doktorkou Jiřinou Kolínskou z Fyziologického ústavu AV ČR jsme enzym izolovali a vypracovali specifickou metodu jeho histochemické detekce. Moje doktorská disertace byla z biochemie, týkala se beta-galaktosidáz tenkého střeva a obhajoval jsem ji v ČSAV, v komisi vedené profesorem Josefem Římanem. To bylo v roce 1989, v roce 1990 jsem byl jmenován profesorem a po konkurzu se stal přednostou I. ústavu lékařské chemie FVL UK.

**Jak jste jako vedoucí ústavu vnímal, že vedle sebe pracují a vyučují posluchače téže školy dva ústavy podobného zaměření? Je to dáno historickými faktory, ale přesto – nepůsobilo to jistě potíže v organizaci, koordinaci, administrativě?**

Skutečně je to dáno historicky. Náš ústav existuje od roku 1883 a jeho vznik tehdy souvisel s rozdělením pražské univerzity na českou a německou. Tehdejší „druhý“ ústav totiž patřil pražské německé lékařské fakultě. Od roku 1945, kdy byla německá univerzita v Praze zrušena, tedy na naší fakultě existují ústavy dva. Výhodou je, že je možné využívat výukových prostor zejména pro praktická cvičení na obou pracovištích. Do roku 1990 jsme také měli společné prezidium, vedl jej klinický biochemik profesor Jiří Homolka. Učitelé obou ústavů se

vždy scházeli a scházejí ke společným poradám a seminářům, podílejí se na autorství společných učebnic a stále udržujeme i formálně jednotné *curriculum* a osnovy. Ústavy se liší pouze svým výzkumným zaměřením.

**Kterým směrem jste profiloval ústav za svého „přednostování“? Jaké nejdůležitější změny se na něm po revoluci udály?**

V konkurzu na přednostu ústavu jsem byl jediným kandidátem, možná mi ale ostatní ustoupili ze slušnosti... Zásadní změny se neodehrály. Ústav jsem lehce přejmenoval na I. ústav lékařské chemie a biochemie 1. LF UK (v názvu tedy přibýlo slovo biochemie). Oddělila se toxikologie. Všem učitelům-lékařům jsem tu po svém nástupu do vedení ústavu doporučil docházet na kliniku, což jim umožnilo složit i klinické atestace. A dal jsem najevo, že platit bude pouze zásluhovost, nezajímá mě a zajímat nebude, jakou barvu kdo vyznává či vyznával. Rozhodne jen poctivá práce a výkon, na tom bude od této chvíle záležet. Za svého působení jsem několikrát předsedal komisím pro habilitační a profesorské řízení z lékařské chemie a biochemie, v nichž současní i minulí učitelé obou fakultních ústavů lékařské chemie a biochemie obhajovali své práce a vědeckou a pedagogickou činnost jako noví docenti a profesori našeho oboru. Patří k nim (řazeno chronologicky) kliničtí biochemici Jan Štěpán a Tomáš Zima a lékařští biochemici Aleksi Šedo a Zdeněk Kleibl, ale i zesnulý Jiří Duchoň. Na výzkumnou činnost jsem pro ústav získával první granty. V té době jsem se zároveň stal proděkanem pro pedagogiku v prv-

## PŘEDSTAVUJEME

ních třech ročnících, vybral si mě první porevoluční děkan svobodně zvolený celou akademickou obcí, profesor Jiří Tichý. Zavedli jsme nezávislé anonymní přijímací řízení vyhodnocované počítačem a to je až dosud stále využíváno. V roce 1992 jsem založil anglickou paralelku a na fakultě vznikaly také první bakalářské nelékařské studijní programy, jako je například ošetrovatelství, které tu mělo už za děkanování profesora Pacovského velkou tradici, ale nemělo status samostatného vysokoškolského studijního programu.

### Kde leží těžiště současné výuky lékařské chemie a biochemie?

Těžiště je nesporně v biochemii a molekulární biologii. Ale co jsme zavedli v době mého působení jako přednosty ústavu a proděkana pro výuku navíc, je nový předmět patobiochemie. Vyučuje se v zimním semestru 3. ročníku. A na to v klinických semestrech navazuje klinická biochemie.

### Považujete podobu a objem výuky vašeho předmětu za dostatečné? Nebo vám v ní dnes naopak něco chybí?

Na začátku 90. let jsem (po desítkách let) vrátil lékařskou chemii do prvního ročníku, se zkouškou ze základů lékařské chemie po prvním semestru. A přidal jsem patobiochemii. Už to tak ale není, chemie se v prvním ročníku nevyučuje, lékařská chemie a biochemie začíná ve druhém a v prvním je pouze volitelným předmětem jako základy lékařské chemie, a na doplnění mezer v základních znalostech, ale jsem rád i za to. Mně osobně povinná chemie se zkouškou po prvním semestru schází, doladila by výsledky přijímacího

řízení. Ale hlavně schází většině současných studentů.

Velice mi vadí, že posluchači přicházejí na fakultu se zcela nedostačujícími znalostmi z chemie ze středních škol. Ty ve své většině dosti upadly, výuka přírodovědných předmětů velice poklesla a pravděpodobně není dostatek kvalifikovaných středoškolských učitelů. Navíc se nyní na lékařské fakulty může hlásit uchazeč s jakoukoli maturitou. To znamená i absolventi takových středních škol, kde se chemie vůbec nevyučuje.

Chemii jako nepovinný předmět máme v prvním ročníku i v „anglické paralele“. Jak už jsem zmínil, v roce 1992 jsem jako proděkan zavedl na fakultě právě tuto paralelku. Stalo se tak nezávisle i na ostatních lékařských fakultách a od té doby zajišťujeme pro zahraniční studenty výuku v angličtině. Studium není zdarma, a je tudíž pro fakulty velkým finančním přínosem. Ze zahraničních studentů neplatí za studium ti, kteří se podrobí přijímacímu řízení pro české studenty a zařadí se do stejného pořadníku k přijetí (včetně slovenských studentů). Výuku ovšem mají také v češtině. Studenti ze Slovenska tvoří značnou část našich posluchačů a převažují ti opravdu dobří.

### Jsou dnešní medicíni jiní, než bývala vaše generace?

Jsou zcestovalí a znají cizí jazyky, alespoň mnozí z nich. Jsou sebevědomější, nebojí se. Nezastírají se, že my jsme se na škole báli dost. Jsem s nimi a mezi nimi rád.

### Množství informací, které jste v chemických oborech vstřebával jako medik, i těch, které by

ly aktuální v době vašich vědeckých začátků, je nesrovnatelně s dnešními poznatky a tempem jejich nárůstu. Lze se vůbec ještě orientovat, vybrat pro mediky to nejdůležitější, nezahltit je a přitom nic neopomenout?

Musíme se o to snažit. Kolega Stanislav Štípek zavádí takzvaná Wikiskripta, jež jsou recenzovaná učitelé lékařských fakult, a jsme součástí internetového výukového programu lékařských fakult MEFANET. Na internetu lze vůbec dohledat spoustu věcí. Samozřejmě také fungují konzultace. Pokud má student zájem, jde zvládnout vše. Základem jsou samozřejmě dobré učebnice, ale je stále těžší je aktualizovat.

### I když už dnes ústav nevedete, stále jste na jeho půdě aktivní. Co vás na tom nejvíc těší?

Po odchodu z funkce přednosty ústavu v roce 1998 už formálně učit nemusím, přesto učím. Mě to baví a nutí to ke stále aktivitě mé mozkové buňky. Udržuji si kontinuitu, přednáším pro české i zahraniční studenty medicíny v českém a anglickém programu. Zkouším a jsem spoluautorem či recenzentem učebních textů.

Byl jsem jedním z vedoucích redaktorů překladu standardní americké učebnice biochemie („Harperova biochemie“), podle níž se v USA skládají lékařské nostrifikační zkoušky. Stalo se tak díky iniciativě profesora Vratislava Schreiberera ze 3. interní kliniky naší fakulty, který se zasloužil o získání příslušných práv od amerického vydavatele u této i jiných učebnic lékařského curricula. Originální text je každé tři až čtyři roky zčásti aktualizován a modifikován podle současných poznat-

ků a požadavků. My tuto učebnici poprvé přeložili a vydali v roce 1977 a znovu v roce 1998. Její první český překlad v 70. letech se u autorů některých domácích učebnic nesetkal s pochopením (prý jsem „pašoval americkou ideologii do výuky“). Její druhý český překlad vyšel ve třech vydáních, naposledy roku 2002.

S profesorem Schreiberem jsem mimochodem dlouhodobě spolupracoval nejen na překladu učebnic, ale také výzkumně na problematice vazebných proteinů pro hormony štítné žlázy a později na sledování vlivu glukokortikoidů na indukci enzymů v ontogenezi.

### Pedagogické činnosti se ovšem nevěnujete jen za katedrou...

V postgraduálním studiu vedu obrovskou radu doktorského studijního programu biochemie a patobiochemie. Nesdružuje jen lékaře, ale i inženýry a magistry biochemického vzdělání ze čtyř lékařských fakult UK, tří ústavů AV ČR a výzkumných ústavů MZ v Praze. Pro představu, „studentů“ a jejich školitelů máme zhruba po stovce. Organizují jim program kurzů, státní doktorské zkoušky i obhajoby disertačních prací. Často také funguji jako jejich promotor v Karolinu. V roce 2008 byla provedena reakreditace doktorských studijních programů v biomedicíně, prezenční studium bylo prodlouženo ze tříletého na čtyřleté a v letošním roce proběhla jejich vnitřní evaluace podle pokynů Akreditační komise ČR.

Na starosti mám také část agendy „anglické paralelky“ na 1. LF UK v Praze. V současnosti jsme asi jediná fakulta v ČR, která stále realizuje smlouvu UK v Praze s ministerstvem školství USA, v roce 2010

novelizovanou v systému takzvaných přímých půjček (Direct Loans). Američtí studenti studující na 1. LF UK v Praze podle ní za určitých podmínek mohou dostávat zčásti nevratné půjčky na studium, sponzorované federální vládou USA. Za svého působení v Akreditační komisi České republiky, v její pracovní skupině pro lékařské fakulty, jsem jako její delegát poprvé obhájoval ve Spojených státech srovnatelnost standardů, jimiž je posuzována evaluace a akreditace lékařských programů v ČR a USA, a to před příslušnou federální komisí (NCFMEA) ve Washingtonu, v letech 1998 a 1999. Tuto pozici Česko obhájuje periodicky, po šesti letech, letos tím byl Akreditační komisi ČR pověřen proděkan 1. LF UK profesor Otomar Kittnar, se kterým úzce spolupracuji. Uznání srovnatelnosti standardů umožňuje všem lékařským fakultám v ČR individuálně požádat na ministerstvu školství USA o účast (certifikaci) v programu Direct Loans, pokud o to projeví zájem.

### Pokud si chcete odpočinout od chemie, výuky a fakulty, co vás nejvíc potěší, jaké máte záliby?

Především hudbu. Od mládí jsem hrál na housle a jako školák zpíval i v Kühnově dětském pěveckém sboru. Během studií i později jsem zpíval ve sboru na kůru pražského svatojanského kostela, po léta jsme už za totality uváděli například opus „Stabat mater“ od Antonína Dvořáka. Ten je spolu s Janáčkem a Mahlerem mým nejmilejším skladatelem, ale moc rád mám i barokní skladatele. Oknem své pracovny ostatně vidím na barokní letohrádek Amerika, v němž sídlí Muzeum Antonína Dvořáka.

## Osobnosti české medicíny vážně i nevážně

**prof. MUDr. Jan Florián**  
(24. 11. 1897 Brno  
– 7. 5. 1942 Mauthausen)

Český histolog a embryolog, profesor brněnské lékařské fakulty. Medicínu začal studovat na brněnské lékařské fakultě ihned po jejím otevření v roce 1919, promoval v roce 1925. Po promoci se věnoval histologii a embryologii, byl žákem profesora Františka Karla Studničky. Na počátku 30. let získal stipendium Rockefellerovy nadace a studoval v Londýně u Jamese Petera Hilla. Spolu s ním publikoval různé práce, mimo jiné i velkou embryologickou monografii. V Brně byl habilitován velmi mlád, již v roce

1927. Přechnodně suploval i na Univerzitě Komenského v Bratislavě, kde se stal mimořádným profesorem. Do Brna se vrátil v roce 1936, o rok později již byl jmenován profesorem řádným. Pro školní rok 1939/40 byl zvolen děkanem. Společně s profesorem Zdeňkem Frankenbergerem napsal učebnici embryologie.

17. listopadu 1939 došlo v souvislosti s pražskými demonstracemi při pohřbu medika Jana Opletala k německému zásahu proti českým vysokým školám, a i když se v Brně žádné demonstrace nekonaly, byly



zavřeny rovněž všechny brněnské vysoké školy a jejich objekty obsazeny příslušníky SS. Profesor Florián proti tomu jako jeden z mála vysokoškolských představitelů podal protest. Poté se zapojil do ilegálního hnutí a podporoval rodiny zatčených. Činnost jeho i

jeho kolegů však byla odhalena, byli zatčeni a uvězněni v Kounicových kolejích. 4. února 1942 byli všichni převezeni do koncentračního tábora v Mauthausenu, spolu s poznámkou „Rückkehr unerwünscht“ (návrat nežádoucí). 7. května 1942 byl profesor Florián popraven ve vě-

ku 45 let. Jan Florián byl i literárně činný, psal básně – krátce před zatčením je sestavil do sbírky „Pisně filozofické“, jež ovšem mohla vyjít až po válce.

### Tři otázky

Profesor Florián byl velmi přísný examinator. Dokonce jednou u rigoróza nechal propadnout i svého demonstrátora.

Na začátku zkoušky medik vždy dostal tři mikroskopické preparáty. Musel poznat všechny tři, jinak to byla nedostatečná. Jen výjimečně, byl-li nepoznaný preparát sporný, medik dostal další šanci – tři nové preparáty.

Zkoušku skládal i MUC. Sesulka.

Byl připraven dobře, první dva preparáty poznal hladce, ale u třetího váhal. Mohl to být řez děložním čípkiem s částí vagíny, ale také řez penisem s předkožkou. Nevěděl však typickou arterii profunda penis. Nadhodil zde obě možnosti, ale zkoušející trval na tom, aby se rozhodl. Student se rozhodl pro dělohu a bylo to špatně.

„Když vám řeknu, že je to někdy velmi blízko, řeknete, že jsem sprostý,“ podotkl examinator. Student vysvětloval, že o tom uvažoval, ale že tam nenašel onu arterii. „No samo sebou, to je schválně tak říznuté, jinak by to byla hračka. Ale abyste neřekl, dám vám ještě ty tři další preparáty.“

Ty už MUC. Sesulka poznal a mohl pokračovat i v části teoretické.

MUDr. Svatopluk Káš

# Ocenění za mimořádné zásluhy pro prof. Holého

V rámci Stálé konference Senátu Parlamentu ČR (SP) a Akademie věd ČR se v sídle horní komory konalo setkání významných osobností z oblasti vědy, vzdělávání, průmyslu a politiky. V úvodu semináře AV ČR a SP ČR převzal prof. Antonín Holý Stříbrnou pamětní medaili Senátu za mimořádné zásluhy ve výzkumu a vývoji virostatik.

Smyslem setkání bylo diskutovat o problémech spolupráce mezi akademickou a komerční sférou. Podle memoranda předsedy SP ČR Milana Štěcha a předsedy AV ČR prof. Jiřího Drahoše

musí vzájemná spolupráce v oblastech, kde se mohou setkávat věda, vzdělávání a průmysl, respektovat především tři principy: výzkum prováděný v rámci akademické sféry musí sloužit

rozvoji vědních disciplin bez přímé závislosti na specifických komerčních zájmech, spolupráce akademické a komerční sféry musí vycházet z potřeb společnosti a podstatným nositelem, tvůrcem a realizátorem inovací je pak firemní sféra.

„Spolupráce průmyslu a akademické sféry je velmi komplikovaný problém a každá strana ho logicky vidí jinak. Na dnešní seminář jsme se pokusili pozvat kvalifikované řečníky z průmyslové i z akademické sféry a jednou se bavit věcně. Zúčastnil jsem se totiž již řady akcí tohoto typu, kde si každá strana řekla svoje, ale vzájemně se vůbec neposlouchaly. Seminář pořádáme právě na půdě senátu, jelikož doufáme, že si někteří politici uvědomí, že tato spolupráce není tak jednoduchá, jak by se mohla jevit na první pohled,“ komentoval akci profesor Drahoš.

## Máte-li kapičku štěstí

Předseda senátu Milan Štěch, jenž nad seminářem převzal záštitu, předal stříbrnou pamětní medaili prof. RNDr. Antonínu Holému, DrSc. „Jsem velice rád, že se poda-

návodů jakým způsobem přistupovat i k drobným zlepšením v klinické nebo výzkumné praxi (např. diagnostických nebo terapeutických postupů, ale i jakýchkoli jiných praktických činností) z pohledu duševního vlastnictví, jakým způsobem je dovést do podoby patentu a jak využít následné patenty jako zdroj financování klinické praxe nebo dalšího výzkumu.

Akce je ohodnocena 8 kreditními body. Jednácím jazykem je angličtina. Přihlášku je možné zaslat poštou: Česká lékařská komora, odd. vzdělávání, Lékařská 2, 150 30 Praha 2, e-mailem: [vzdelavani@clkcr.cz](mailto:vzdelavani@clkcr.cz) nebo faxem: +420 257 220 618. Více informací: [www.clkcr.cz](http://www.clkcr.cz) (red)



Foto: Leoš Chodura

## Nová lůžková rehabilitace ve Fakultní nemocnici Na Bulovce

Od začátku října funguje nová lůžková rehabilitace přímo v budově Ortopedické kliniky 1. LF UK a FN Na Bulovce. Hospitalizace je hrazena zdravotní pojišťovnou s možností příplatku za nadstandardní ubytovací služby i některé procedury, poskytované mimo rámec běžné péče.

Slavnostního otevření pracoviště se zúčastnili ministr zdravotnictví a primátor hlavního města Prahy. Očekávána byla návštěva i jednoho z bývalých pacientů kliniky, prezidenta Václava Klause, ale ten se ze zdravotních důvodů (nikoli ortopedického rázu) nakonec nedostavil.

### Přímo na klinice

„K dobrému výsledku operací po-

hybového aparátu je zapotřebí také kvalitní, odborně vedená rehabilitace pod dohledem zkušených lékařů a rehabilitačních pracovníků. Proto je nové a moderní rehabilitační oddělení vybudováno přímo v budově ortopedické kliniky. Výhodou pro pacienta je pobyt v prostředí, které zná, za stálého dohledu lékařů, kteří ho operovali,“ ocenil výhody nového pracoviště ředitel Fakultní nemocni-

ce Na Bulovce MUDr. Petr Zajíc, MBA.

„Spojením ortopedické kliniky a lůžkové rehabilitace se zkrátí doba léčení pacienta, rychle se obnoví jeho samostatnost a schopnost zvládat nároky, které přináší běžný denní život. To vše přispěje ke zlepšení očekávaných výsledků operace,“ dodal přednosta Ortopedické kliniky 1. LF UK a FN Na Bulovce prof. MUDr. Pavel Dungal,

## Pozvánka na mimořádný kurz ČLK

České lékařská komora vás zve na mimořádný vzdělávací kurz „Získávání zdrojů pro výzkum a klinickou praxi prostřednictvím grantů a patentů“, který se koná 1. prosince 2011 od 9.30 hod. v Lékařském domě, Sokolská 31, Praha 2.

Kurz je rozdělen na dvě části. Základní část podá veškeré informace související se získáváním grantů a patentů z vědeckých i právních hledisek. Doprovodný seminář pak umožní detailnější diskusi i osobní konzultaci konkrétních projektů. Přednášející patří k významným odborníkům v oblasti biomedicínského výzkumu, problematiky duševního vlastnictví v medicíně a získávání prostředků na výzkum a rozvoj klinické praxe.

Kurz je orientován výhradně prakticky na možnosti využívání národních, evropských i světových zdrojů pro financování výzkumů a jeho aplikací v klinické praxi. Podstatnou částí akce budou praktické

řilo skloubit tento seminář s předáním medaile panu profesorovi, který je ideální ilustrací toho, že nelze očekávat nějaký zlom z roku na rok – že si sednete ke stolu, začnete zkoumat a za rok to zpeněžíte. Představy kolegů z průmyslu bývají mnohdy právě takové,“ uvedl ředitel Ústavu organické chemie a biochemie AV ČR (kde Antonín Holý se svým týmem působí) RNDr. Zdeněk Havlas a dodal, že ocenění má význam nejen pro prof. Holého, ale také pro celý ústav a základní výzkum.

„Jsme rádi, že veřejnost začíná

oceňovat, co se dokáže udělat za jeden lidský život, obzvláště máte-li kapičku štěstí, aby se výsledky daly převést i do praktických aplikací. 95 procent nových případů AIDS ve světě je léčeno preparátem pana profesora Holého. To je bezprostřední ukázka toho, že věřit si a pracovat dlouho, mít trpělivost a jít krůček za krůčkem se vyplatí jak pro vědce, tak pro společnost. A společnost by měla důvěřovat tomu, že vědci opravdu ne dělají vědu zbůhdarma, pro nic za nic,“ uzavřel Zdeněk Havlas.

Jana Jílková



Profesor Pavel Dungal mezi ministrem zdravotnictví Leošem Hegerem a ředitelem FN Na Bulovce Petrem Zajícem. | Foto: Leoš Chodura

DrSc. Po propuštění z lůžkové péče se pacient brzy bude schopen vrátit do původního zaměstnání

a zároveň bude mít možnost pokračovat v ambulantní formě rehabilitace.



# Ceny za nejlepší odborné publikace

Počátkem listopadu byly v Rytířském sálu Valdštejnského paláce v Praze slavnostně předány Ceny předsednictva ČLS J. E. Purkyně za nejlepší odborné lékařské knižní publikace za rok 2010.

Slavnostní akt se konal pod záštitou předsedy Senátu Parlamentu ČR Milana Štěcha. „To, čím vy se zabýváte a o co se staráte, je tím nejcenějším, co my, běžní lidé, máme,“ poděkoval Milan Štěch přítomným lékařům v úvodu a vyslovil potěšení nad tím, že se ceny udílejí právě na půdě senátu. „A jste to právě vy, kdo svou celoživotní činností pečujete o prevenci, o naše zdraví i o jeho navrácení. Ocenění hodné je i to, že své poznatky a zkušenosti předáváte dál, ostatním odborníkům a mladším kolegům právě v publikacích, kvůli nimž jsme se dnes sešli,“ dodal předseda horní komory.

V letošním roce byly oceněny tyto práce:

- Interna (Triton) – Richard Češka a kolektiv,
- Hepatologie (Grada Publishing) – Jiří Ehrmann, Petr Hůlek a kolektiv,
- Nová protinádorová léčiva a léčebné strategie v onkologii (Grada Publishing) – Pavel Klener, Pavel Klener jr.

Ceny předávali předseda ČLS JEP prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc., místopředseda společnosti prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc., a její vědecký sekretář prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc.

## Češkova „Interna“ v kontextu historie děl oboru

Profesor Blahoš se ujal slavnostního hodnocení publikace „Interna“. Přednesl, že v řadě souborných knižních publikací jde o zatím poslední souhrnné dílo. Připomněl, že první z nich byla v roce 1885 Eiseltova šestidílná „Odborná pathologie a terapie“, jejíž vznik byl nepochybně ovlivněn jeho učitelem a vzorem, J. E. Purkyně, a jeho předchůdci. Zmínil i české a slovenské publikace, jež následovaly: Maixnerova učebnice vnitřního lékařství určená studentům v 90. letech 19. století, Thomayerova učebnice vnitřního lékařství, která vyšla z jeho první práce s názvem „Úvod do drobné praxe lékařské“, Syllaba „Nauka o poklepu a poslechu“, Pelnářova mnohasvazková „Patologie a terapie nemocí vnitřních“, Netoušková „Učebnice vnitřního lékařství“ v pěti vydáních, Bobkova „Diferenciální diagnostika nemocí vnitřních“, Klenerovo „Vnitřní lékařství“ ve třech vydáních a třídílné „Principy internej medicíny“ autorů Ďuriše, Hulína a Bernadiče.

„Češkova ‚Interna‘ tedy uzavírá řadu těchto publikací, jejichž



Ocenění autoři publikací: zleva Pavel Klener jr., Pavel Klener, Petr Hůlek, Jiří Ehrmann a Richard Češka. | Foto: ČLS JEP

jednotlivci podstatou je holistické pojetí interny, aktualizace vědeckých poznatků a jejich syntéza, potřebná k pokrokům v diagnóze, léčbě, doléčení i prevenci. Je zde kladen důraz rovněž na lékařskou etiku, humánní poslání medicíny a deontologické i komunikační zásady vztahů mezi zdravotníkem a pacientem, což tvoří integrální část praktické medicíny,“ zhodnotil profesor Blahoš a dodal, že dílo je cenné také přiměřenou informací o nových technologických možnostech, které mají lékaři pomoci, ne jej

však zastoupit. Kontakt s pacientem musí zůstat osobní, přímý, nikoli neosobní prostřednictvím počítače; lékař musí zůstat doktorem, nikoli inženýrem medicíny. Závěrem profesor Blahoš pogratuloval autorům ke skvělému pojetí internistické vědy i umění a popřál dílu, aby sloužilo lékařům i studentům k užitečným cílům, aby nemuseli bloudit v detailech a tápat v souvislostech.

## Játra ze všech úhlů

„Mohu si dovolit říci, že interna je královnou medicíny, protože

v sále je málo chirurgů,“ podotkl s nadsázkou profesor Palička. Zdůraznil nezastupitelnou funkci jater v organismu, zmínil, že patologové z jejich stavu poznají, co všechno se za života v organismu dělo, a připomněl i nepříliš slavné místo Čechů v žebříčcích spotřeby alkoholu. „Oceněná ‚Hepatologie‘ postihuje játra ze všech úhlů, protože zasahují do všech procesů v těle. Je to víc než publikace,“ dodal.

## S prstem na tepu doby

Profesor Zima popřál profesoru Klenerovi a jeho synovi doktoru Klenerovi k oceněné publikaci „Nová protinádorová léčiva a léčebné strategie v onkologii“, která shrnuje nejnovější poznatky o zaváděných metodách systémové léčby nádorových onemocnění. Navazuje na „Onkologii“, kterou také napsal profesor Klener.

Prof. Zima uvedl, že dílo se věnuje novým poznatkům, které přináší každodenní výzkumná činnost. „Můžeme říci, že obsahuje poslední citace, jež jsou doopravdy často jen několik měsíců staré. Objevují se stále nové možnosti léčby, a to nejen v oblasti maligních nádorů, a já věřím, že zanedlouho se dozvíme o dalších nových léčebných strategiích v onkologii a medicínských pokrocích směřujících k blahu pacienta.“

Markéta Mikšová

## Vlajková loď medicíny si připomněla 140 let své plavby

1. lékařská fakulta UK a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze si v těchto dnech připomínají 140. výročí vzniku první české lékařské kliniky – dnešní 1. interní kliniky 1. LF UK a VFN.

Interní kliniky byly a do jisté míry stále jsou „vlajkovými loděmi“ medicíny. I proto je založení první české interní kliniky na pražské lékařské fakultě – ještě před jejím rozdělením na českou a německou – pro dějiny naší medicíny datem neobyčejně významným. Její vznik je spojen se jménem profesora Bohumila Eiselta, který v roce 1871 korunoval své úsilí o zavedení výuky lékařství v českém jazyce založením první české lékařské kliniky. V seznamech předná-

šek se v zimním semestru školního roku 1871/72 poprvé objevila jeho přednáška s názvem „Klinika lékařská. Odborná pathologie a terapie“.

## Kolébka nejen internistů

Mezi pokračovatele profesora Eiselta patřily také osobnosti, jakými byli profesori Emerich Maixner, Ladislav Syllaba a další. Z kliniky vyšli významní představitelé řady oborů vnitřního lékařství – kardiologie, nefrologie, plicního či tělovýchov-

ného lékařství a dalších. Proto můžeme I. interní kliniku nazvat nejen kolébkou české interní medicíny, ale i řady oborů, jež se z ní vylčily.

V moderní historii kliniky se profilovaly tři základní obory: Jednak hematologie, jejímiž představiteli byli profesori Hynek, Netoušek, Heřmanský (objevitel Heřmanského-Pudlákova syndromu) a Klener. Mezi základní představitelé hepatogastroenterologie pak patřili zejména profesori Hoenig, Kordač



Přednáší profesor Marek Trněný, mezi posluchači děkan 1. LF UK profesor Tomáš Zima a prorektor UK profesor Jan Škrha. | Foto: 1. LF UK

a Mareček. Z kliniky vyšli také zakladatel moderní nefrologie profesor Schück a její současný představitel profesor Tesař. Po roce 2000 se pracoviště zúžilo na jednooborovou kliniku, která se věnuje hematologii a zejména hematatoonkologii. Pod vede-

ním profesora Marka Trněného je dnes klinika předním centrem v oblasti hematologické onkologie a svým programem a aktivním zapojením do mezinárodní spolupráce reprezentuje uznávanou špičku současné lékařské péče v oboru. (red)

## ZE SPOLEČNOSTI

## Luciferův efekt aneb Střetnutí se zlem

V pražské galerii DOX probíhá netradiční projekt, jenž zahájil autor stejnojmenné knihy, přední americký psycholog Philip Zimbardo, proslavený především tzv. stanfordským vězeňským experimentem, který patří mezi nejznámější a zároveň nejkontroverznější psychologické pokusy všech dob.

Páteřními událostmi, které dávájí Centru současného umění DOX v Praze-Holešovicích jeho tvář, jsou nepochybně velké tematické výstavy (ostatně, především za ně obdržela tato instituce letošní Cenu ministra kultury). Patří k nim i podzimní „Luciferův efekt“, odkrývající sílu moci a zejména její zneužití – ať už v podobě korupce,

působení autorit nebo aktuálních politických kauz.

Ukazuje, jak překvapivě snadno jsme schopni páchat zlo. Jak lehké je přimět člověka k morálnímu selhání, zde potvrzují legendární sociálněpsychologické experimenty, které se uskutečnily na amerických univerzitách v 60. a 70. letech 20. století (Milgramův po-

kus s předstíranými elektrickými šoky, které udělovali za nesprávné odpovědi svým „žákům“ – hercům vylosovaní „učitelé“, a Zimbardův pokus s přidělenými rolemi vězňů a dozorců), jejichž umělecké rekonstrukce v dílech Roda Dickin-sona a Artura Žmijewského tvoří úvodní část výstavy. Jedná se o videoprojekce, které mohou přinést

mnoho užitečného, protože odkaz těchto experimentů zůstává nadále živý, a to nejen pro psychologickou a psychiatrickou obec.

**Zlo je prozkoumáno, hrdinství zatím ne**

Emeritní profesor Stanfordské univerzity Philip Zimbardo (1933) ve svých úvahách pokročil od popisu „Luciferova efektu“ dál – v rámci své pražské návštěvy vystoupil s přednáškou „My Journey from Evil to Heroism“. „Většina lidí v silných situacích, které jsou pro ně zcela nové, zklame, podlehne, podvádí, lže, zraňuje ostatní.

Aby k tomu nedošlo, musíme pochopit, které síly to spouštějí. A za druhé pochopit, kdo jsou ti lidé, kteří odolají. My je považujeme za hrdiny, protože nesklouznou do bahna. Víme toho už hodně o tom, proč a jak se z dobrých lidí stávají zlí. Nevíme ale nic o tom, jak se z obyčejných lidí stávají hrdinové,“ uvedl americký psycholog. Celou přednášku profesora Zimbarda lze nalézt na webu ČT24.

Výstava v DOX, která se zabývá (nejen) proměnou lidí dobrých ve zlé, potrvá do 2. ledna 2012.

(jass)

**„Život na druhou“ na pomoc onkologickým pacientkám**

Charitativní akce, která pomáhá ženám s onkologickým onemocněním – „Život na druhou“, vyvrcholila dražbou šesti fotografií Sary Saudkové, jež zachycují pacientky s jejich dětmi.

Projekt pomáhá onkologickým pacientům vrátit se zpět do života. Fotografie zachytily ženy, jimž se po náročném léčbě podařilo přivést na svět potomka. Sdružení Lymfom Help získalo za dražbu fotografií a historické golfové hole celkem 166,5 tisíc korun a spolu s dalšími výtěžky obdrželo šek na 339 927 Kč. Dražbou fotografií nafocených spe-

ciálně pro projekt „Život na druhou“ byl také symbolicky ukončen 1. ročník benefiční Lymfom Help Golf Tour 2011, díky níž se jí podařilo pro sdružení Lymfom Help získat částku přesahující 150 tisíc korun. Ta bude spolu s výtěžkem z dražby využita na realizaci dalších osvětových projektů, podporu a pomoc pacientům s maligním lymfomem.

(red)

Foto: Sára Saudková

**Zemřel profesor Mojmir Fučík**

Dne 29. října 2011 zesnul ve věku nedožitých 98 let emeritní přednosta IV. interní kliniky FVL UK a VFN v Praze prof. MUDr. Mojmir Fučík.

Mojmir Fučík se narodil 18. prosince 1913 v Časlavicích u Třebíče v rodině řídicího učitele, který mu dal kromě touhy po vzdělání i první základy vzdělání hudebního. Po maturitě v roce 1932 studoval na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně, kde působil jako pomocná studentská síla v Léčebně zhoubných nádorů na Žlutém kopci. Po promoci v roce 1938 zahájil svoji profesní dráhu jako sekundář na interním oddělení nemocnice v Pelhřimově, v roce 1946 pak nastoupil na pražskou IV. interní kliniku vedenou profesorem Bohumilem Prusíkem. Zde se začal věnovat diagnostice a terapii gastrointestinálních onemocnění. Jeho prvním učitelem v tomto oboru byl docent Josef Ma-



šek, pozdější ředitel Ústavu pro výzkum výživy lidu. Poválečné období se na IV. interní klinice i díky Mojmiru Fučíkovi neslo v duchu rozvoje oboru hepatogastroenterologie. Již v roce 1947 prováděl spolu s dr. Tionem jaterní punkce. Fučík sám uskutečnil několik tisíc gastroscopii a pod jeho vedením na klinice postupně vyrostla řada významných gastroenterologů. Specializoval se na onkologii GIT, vředovou nemoc, bílkovinné spektrum žlučových onemocnění, patofyziologii břichní bolesti, ale i na řadu dalších oblastí. V roce 1952 byl habilitován a v roce 1959 jmenován profesorem vnitřního lékařství. Od roku 1957 řídil gastroenterologickou laboratoř, v níž probíhal vý-

zkum fyziologie trávicího traktu, patofyziologie bolesti a etiopatogeneze vředové nemoci. Velmi široce rozvinul spolupráci především s chirurgy a zasloužil se o populární meziklinické demonstrační a indikační semináře s hojnou účastí gastroenterologů a chirurgů. Vedle vedení kliniky v letech 1959–1980 zastával obdivuhodné množství významných odborných a akademických pozic – opakovaně mj. proděkan Fakulty všeobecného lékařství UK a prorektor UK, působil rovněž jako hlavní internista ČSR, předseda Čs. gastroenterologické společnosti ČLS JEP či místopředseda Čs. internistické společnosti ČLS JEP.

Svou pedagogickou činnost korunoval koncepcí nové učebnice „Základní vyšetření ve vnitřním lékařství“. Jako pedagog byl oblíbený nejen pro svou laskavost a často až shovívavost. Néméně laskavý a chápatelý byl ve vztahu k nemocným. Příkladně byly jeho velké vizity, kdy si snadno získával nemocné opravdovým zájmem o jejich problémy a snadno s nimi navazoval kontakt.

Na IV. interní klinice působil do 31. prosince 1988 jako profesor-konzultant. Publikoval přes 100 vědeckých prací a přednesl více než 160 přednášek. Mimo řadu ocenění, která získal během svého působení na klinice, byl odměněn i bronzovou, stříbrnou a pamětní medailí Univerzity Karlovy. Volný čas věnoval od dob středoškolských studií komorní hudbě, kterou aktivně pěstoval prakticky po celý svůj život. Sám výborný violista byl obklopen řadou výtečných hudebníků-amatérů. Jím vedené komorní kvarteto muzicírovalo na IV. interní klinice vždy na Štědrý den při příležitosti vánoční vizity, a tak se pokračovalo – a dosud pokračuje – v tradici kdysi zavedené profesorem Thomayerem. Dalším koníčkem profesora Fučíka bylo malířství 19. století – jeho obdiv k němu vyústil ve znamenitou osobní sbírku, ale především mimořádné znalosti, zvláště českých krajinářů. Profesor Fučík byl důstojným pokračovatelem humanistické pruskovské tradice, se skutečným zájmem o nemocné.

(mč)

**Pozvánka na konferenci**

Občanské sdružení Dílny tvořivosti pořádá odbornou mezioborovou konferenci nazvanou „Současný pohled na komplexní/koordinovanou péči“.

Cílem konference je sdílení mezioborových znalostí a zkušeností v oblasti práce s pacienty po poškození či poranění mozku, zviditelnění problematiky lidí po poranění mozku, prohlubování spolupráce mezi oblastmi zdravotní a sociální péče a rozvíjení možností komplexní péče.

Konference je určena odborníkům z oboru neurologie, psychologie, fyzioterapie, ergoterapie, sestrám, zdravotnickým asistentům a všem, kteří pracují s touto cílovou skupinou. Bude ohodnocena odpovídajícím počtem kreditů u České asociace ergoterapeutů, České asociace sester, Unie fyzioterapeutů ČR, Asociace klinických psychologů ČR a Asociace klinických logopedů.

**Termín a místo konání:** 30. listopadu 2011, 8:30 – 16:00 hod., Americké centrum, Tržiště 13, Praha 1.

**Účastnický poplatek:** 400 Kč (nutné uhradit předem na účet 35-716060 0277/0100, do zprávy pro příjemce napište „konference“). Při registraci účastníků předlozte doklad o zaplacení tohoto poplatku.

Pro účast na semináři je nutné odeslat přihlášku nejpozději do 25. 11. 2011 na adresu: Dílny tvořivosti, o. s., Podskalská 1252/24, 128 00 Praha 2, nebo e-máilem: [dilny\\_tvorivosti@seznam.cz](mailto:dilny_tvorivosti@seznam.cz)

**Kontakt:** Mgr. Pavlína Červená, tel.: 774 372 796.

Podrobnější informace k programu: [www.dilnytvorivosti.cz](http://www.dilnytvorivosti.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 sestřím, porodním asistentkám, sestřím 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](mailto:sestraroku@mf.cz)
- vložení na [www.sestraroku.cz](http://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](http://www.sestraroku.cz). Též si o něj můžete napsat na e-mail: [sestraroku@mf.cz](mailto: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 zvládání 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](http://www.sestraroku.cz). V případě dotazů pište na adresu [sestraroku@mf.cz](mailto:sestraroku@mf.cz) nebo využijte webové diskusní fórum.

Generální partner



pomáhá léčit.



Bayer HealthCare



Hlavní partner



Technický partner



[www.sestraroku.cz](http://www.sestraroku.cz)

MEDICAL SERVICES



# 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 kategorií 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](http://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? .....

## Martin Haluzík Průvodce léčbou diabetu 2. typu pro internisty

Rozsah: 152 stran  
Cena: 290 Kč  
ISBN: 978-80-204-2405-1  
Vydavatel: Mladá fronta,  
edice Aeskulap



Kniha stručnou formou popisuje praktický přístup k léčbě a sledování pacientů s diabetem 2. typu. Zaměřuje se nejen na léčbu vlastního diabetu, ale také na prevenci diabetických komplikací a léčbu nejčastějších přidružených onemocnění, především obezity, arteriální hypertenze a dyslipidemie.

Přehledně je shrnut léčebný algoritmus a jeho cíle, možnosti léčby nefarmakologické i léčby perorálními antidiabetiky a GLP-1 agonisty. Samostatné kapitoly jsou věnovány inzulinoterapii a bariatrické chirurgii u diabetiků 2. typu. Zcela nově je zařazena kapitola, v níž autor upozorňuje na nejdůležitější a často se opakující chybné postupy v léčbě tohoto onemocnění.

V závěru jsou nastíněny perspektivy prevence a léčby diabetu 2. typu.

## Luboš Petruželka, Marko Babjuk a kol. Léčba metastatických nádorů ledvin

Rozsah: 102 stran  
Cena: 490 Kč  
ISBN: 978-80-7262-758-5  
Vydavatel: Galén



V incidenci metastatických nádorů ledvin Česká republika zaujímá nelichotivé první místo na světě. U obyvatel ČR navíc reální karcinom představuje pátou (u mužů) a sedmou (u žen) nejčastější malignitu. Úvodní dvě kapitoly přináší přehled základních epidemiologických údajů a dat z databáze Národního onkologického registru, dále pak stručné repertorium z pohledu patologa.

Kapitola prof. Marko Babjuka se věnuje chirurgické léčbě u metastatických nádorů ledvin. Diskutovány jsou význam nefrektomie a chirurgické léčby metastáz v souvislosti

s novými metodami systémové terapie stejně jako možnosti koordinace jednotlivých terapeutických modalit.

Závěrečná kapitola prof. Luboše Petruželky přináší souborný pohled na nové možnosti systémové léčby karcinomu ledviny, od standardně užívaných cytotoxinů přes cílenou molekulární biologickou léčbu až po stručnou informaci o nových léčbách v klinických studiích.

## Jiří Málek a kol. Praktická anesteziologie (+ DVD)



Rozsah: 192 stran  
Cena: 299 Kč  
ISBN: 978-80-247-3642-6  
Vydavatel: Grada

Publikace poslouží anesteziologům, budoucím anesteziologům a lékařům souvisejících oborů (intenzivisté a chirurgové) jako stručné repertorium či úvod do problematiky. DVD obsahuje 39 didaktických videosekvencí, na něž je v knize odkazováno.

## Ilona Plevová a kol. Ošetrovatelství I



Rozsah: 288 stran  
Cena: 299 Kč  
ISBN: 978-80-247-3557-3  
Vydavatel: Grada

Učebnice určená zejména studentům bakalářského a magisterského programu v oborech všeobecná sestra, porodní asistentka a všeobecné lékařství obsahuje všechna potřebná témata od historie ošetrovatelství až po role sester a jejich profesní organizace.

## Ilona Plevová a kol. Ošetrovatelství II



Rozsah: 224 stran  
Cena: 249 Kč  
ISBN: 978-80-247-3558-0  
Vydavatel: Grada

V učebnici jsou probrána témata jako komunikace, etika, člověk – jeho motivace a potřeby, paliativní péče, transkulturní ošetrovatelství, výchova ke zdraví a další.

## NOVÉ KNIHY

### Radomír Čihák Anatomie 1 3., upravené a doplněné vydání

Rozsah: 552 stran  
Cena: 1590 Kč  
ISBN: 978-80-247-3817-8  
Vydavatel: Grada



První díl učebnice obsahuje poznatky o anatomii celého pohybového aparátu. Téměř třetina textu byla aktualizována

nebo doplněna, zejména co se týká organogeneze, fylogeneze a molekulárněbiologických mechanismů embryonálního vývoje. Byla připojena kapitola o genech a proteinech a původních více než 450 barevných ilustrací akademických malířů Milana Meda a Jiřího Helekalu bylo aktualizováno a doplněno dalšími 50 obrázky. Spojením deskriptivních, funkčních a vývojových aspektů anatomie se autoři snaží naplnit význam pojmu „morfologie“ v jeho původním chápání.

### Naděžda Špatenková, Barbora Bolomská Reminiscenční terapie

Rozsah: 112 stran  
Cena: 200 Kč  
ISBN: 978-80-7262-711-0  
Vydavatel: Galén



Publikace s tematickými fotografiemi Jindřicha Štreita reflektuje nejen teoretické, ale především praktické aspekty metody reminiscence. Jde o speciální metodu práce se seniory, založenou na uznání důležitosti vzpomínání s ohledem na zvyšování (resp. udržení) kvality života. Zahrnuje široké spektrum interaktivních, kreativních a výrazových aktivit, jejichž základem je zájem o minulé životní zkušenosti seniorů, kteří se terapie účastní.

Kniha shrnuje principy, formy a využití reminiscenční terapie také u seniorů se specifickými potřebami (např. u osob s demencí, depresí nebo mentálním postižením). Detailně jsou popsány aktivity, které je možné v rámci reminiscenční terapie využít.

Publikace je určena především pracovníkům pomáhajících profesí pečujícím o osoby vyššího věku v domovech pro seniory, stacionářích,

léčebnách dlouhodobě nemocných, na geriatrických odděleních, jednotkách ošetrovatelské péče, v odborných léčebných ústavech, na gerontopsychiatrických odděleních, ale i v domácím prostředí seniorů.

### Radka Doležalová, Tomáš Pětivlas Kinesiotaping pro sportovce Sportujeme bez bolesti

Rozsah: 96 stran  
Cena: 169 Kč  
ISBN: 978-80-247-3636-5  
Vydavatel: Grada



Neinvasivní metoda lepení barevných pásek (tapů) na kůži přináší nečekaně dobré výsledky při řešení následků sportovních úrazů. Přiložením tapu lze ovlivnit svalové napětí v postiženém místě, a tím redukovat bolest, nastartovat správný pohybový stereotyp a zmírnit tlak na postižený segment. Jednotlivé tahy při lepení tapu jsou demonstrovány na fotografiích, nechybí kazuistika a rozbor principů účinku.

Praktická kniha je určena nejen sportovcům, ale i jejich trenérům a fyzioterapeutům. Kniha obsahuje praktické rady a tipy, které pomohou při řešení problémů s bolestí a zraněními. Kniha je určena pro širokou veřejnost, zejména pro sportovce a jejich trenéry.

### Heidi Skolniková, Andrea Chernusová Výživa pro maximální sportovní výkon Správně načasovaný jídelníček

Rozsah: 240 stran  
Cena: 299 Kč  
ISBN: 978-80-247-3847-5  
Vydavatel: Grada



Nutriční timing, tedy načasování příjmu živin podporující maximalizaci výkonu a energie, je důležitý pro tvorbu svalové tkáně, a tedy pro rozvoj síly, rychlosti a vytrvalosti.

Optimální výběr potravin z hlediska obsahu makroživin i mikroživin zlepšuje funkci imunitního systému, urychluje regeneraci po zátěži a pomáhá předcházet zraněním. Autorky upozorňují na řadu sportovních a často rizikových záležitostí,

oddělují hypotézy a mýty od pravdy a snaží se objasnit některé diskutabilní otázky, například problematiku MCT tuků, funkci karnitinu, roli hormonů a mnohé další. Publikace obsahuje konkrétní rady a tipy, vzorové jídelníčky a stravovací plány, které využijí nejen sportovci provozující silové a rychlostní sporty a vytrvalostní aktivity, ale i ostatní zájemci o zdravou, vyváženou a dietní stravu.

### Helena Gogelová Angličtina pro fyzioterapeuty

Rozsah: 320 stran  
Cena: 359 Kč  
ISBN: 978-80-247-3531-3  
Vydavatel: Grada



Specifická jazyková učebnice se soustředí na rozvoj slovní zásoby, odborné terminologie a schopnosti dorozumět se v praktických situacích. Každá kapitola obsahuje úlohy k procvičení probrané látky.

### Čtírad John, Štěpán Svačina (eds.) O duši medika Jak vzniká lékař

Rozsah: 208 stran  
Cena: 399 Kč  
ISBN: 978-80-7387-513-8  
Vydavatel: Triton



Lékaři a lékařky, zastupující všechny generace v profesním věku a téměř všechny obory medicíny, se ve svých úvahách

pokoušejí postihnout proměny študáckovy duše. Jejich vzpomínky zachycují jak osobní radosti a strasti, tak přelomové události v historii naší země, jak se promítaly do jejich duší a charakterů. Do sborníku přispěli kromě obou editorů profesoři Michal Anděl, Miloš Grim, Josef Koutecký, Jiří Kraml, Jiří Mazánek, Pavel Pařko, Jiří Tichý, Tomáš Zima či Jan Žaloudík, docenti Jindřich Fínek, Jan Payne, docentka Ludmila Hlaváčková, MUDr. Petr Příhoda a dalších 18 autorů.

# Kalendář akcí odborných lékařských společností – listopad/prosinec 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](mailto:miksova@mf.cz).

## Vzdělávací seminář SVL

**Léčba chronické zácpy a prevence a léčba respiračních onemocnění v ordinaci praktického lékaře**

24. 11. 2011/Hradec Králové

**Místo konání:**

Nové Adalbertinum

**Pořadatel:** Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

**Kontakt:** [www.svl.cz](http://www.svl.cz)

## Vzdělávací seminář SVL

**Léčba chronické zácpy a prevence a léčba respiračních onemocnění v ordinaci praktického lékaře**

24. 11. 2011/Ostrava

**Místo konání:** Hotel Imperial

**Pořadatel:** Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

**Kontakt:** [www.svl.cz](http://www.svl.cz)

## Vzdělávací seminář SVL

**Léčba chronické zácpy a prevence a léčba respiračních onemocnění v ordinaci praktického lékaře**

24. 11. 2011/Praha

**Místo konání:** Lékařský dům

**Pořadatel:** Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

**Kontakt:** [www.svl.cz](http://www.svl.cz)

## Moravský kazuistický seminář

24. 11. 2011/Olomouc

**Pořadatel:** Klinika chorob kožních a pohlavních LF UP a FN Olomouc  
**Kontakt:** doc. MUDr. Dagmar Dittrichová, CSc.;

e-mail: [dagmar.dittrichova@fnol.cz](mailto:dagmar.dittrichova@fnol.cz); [www.lfhk.cuni.cz/dermat](http://www.lfhk.cuni.cz/dermat)

## Novinky v korektivní dermatologii

24. 11. 2011/Praha

**Místo konání:** Syllabova posluchárna 3. LF UK

**Pořadatel:**

Společnost korektivní dermatologie a kosmetologie ČLS JEP, Dermatovenereologická klinika 3. LF UK a FN Královské Vinohrady

**Kontakt:** doc. MUDr. Olga Vohradníková, CSc., prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc.; e-mail:

[vohradnikova.olga@seznam.cz](mailto:vohradnikova.olga@seznam.cz); [www.lfhk.cuni.cz/dermat](http://www.lfhk.cuni.cz/dermat)

## Stomatologie, stomatochirurgie – vývoj, péče, úrazy

Symposium pro sestry

24. 11. 2011/Jihlava

**Kontakt:** [www.bos-congress.cz](http://www.bos-congress.cz)

## Konzultační den Centra hygieny životního prostředí

24. 11. 2011/Praha

**Místo konání:** Státní zdravotní ústav, velká posluchárna

**Pořadatel:** Centrum hygieny životního prostředí, Státní zdravotní ústav Praha

**Kontakt:** Marie Mocová; tel.: 267 082 454; e-mail: [imise@szu.cz](mailto:imise@szu.cz); [www.szu.cz](http://www.szu.cz)

## Diabetes mellitus – komplikace a přidružená onemocnění

24.–25. 11. 2011/Zlín

**Pořadatel:**

Česká diabetologická společnost ČLS JEP, Diabetická asociace ČR, Diabetologické centrum IK IPVZ Krajské nemocnice T. Bati Zlín

**Kontakt:** [www.diab.cz](http://www.diab.cz)

## České kardiologické dny

24.–25. 11. 2011/Praha

**Místo konání:**

Clarion Congress Hotel

**Pořadatel:**

Česká kardiologická společnost

**Kontakt:** [www.kardio-cz.cz](http://www.kardio-cz.cz)

## Medicína katastrof – zkušenosti, příprava, praxe

**Hrozby a rizika, omezování následků katastrof, politika a financování, právo a etika při mimořádných událostech, kazuistiky, neodkladná přednemocniční a nemocniční péče...**

24.–25. 11. 2011/Hradec Králové

**Místo konání:** Univerzita Hradec Králové, budova A

**Pořadatel:** Zdravotní a sociální akademie HK, Fakulta vojenského zdravotnictví Univerzity obrany HK, Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje, Oblastní spolek Českého červeného kříže HK, Společnost krizové připravenosti zdravotnictví ČLS JEP, Fakulta informatiky a managementu UHK

**Kontakt:** e-mail: [info@zsa.cz](mailto:info@zsa.cz); [www.zsa.cz](http://www.zsa.cz)

## Setkání lékařů Zlínského kraje – Celostátní kongres

**Tematické okruhy:** kardiologie, diabetologie, neurologie, angio-



ilustrační foto: Shutterstock

logie, hypertenze, alergologie, gastroenterologie, lipidologie, onkologie, antimikrobiální terapie, revmatologie, osteoporóza, geriatricie

24.–25. 11. 2011/Zlín

**Místo konání:**

Kongresové centrum Zlín

**Kontakt:** [www.meritis.cz](http://www.meritis.cz)

## 3. česko-slovenská konference paliativní medicíny

24.–25. 11. 2011/Olomouc

**Místo konání:** Regionální centrum Olomouc, sál Pegasus

**Pořadatel:**

Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, sekcia paliatívnej medicíny Slovenskej spoločnosti pre štúdium a liečbu bolesti SLS

**Kontakt:** [www.linkos.cz](http://www.linkos.cz)

## 15. konference DNA diagnostiky

24.–25. 11. 2011/Praha

**Místo konání:**

Konferenční sál Ústavu molekulární genetiky AV ČR

**Kontakt:**

[www.dnakonference.cz](http://www.dnakonference.cz)

## 7. česko-slovenský kongres dětské intenzivní medicíny a anesteziologie

**Sepse a perioperační péče, seps v intenzivní péči**

24.–25. 11. 2011/Brno

**Místo konání:** Hotel Myslivna

**Pořadatel:**

sekce intenzivní medicíny České pediatrické společnosti ČLS JEP, Klinika dětské anesteziologie a resuscitace LF MU a FN Brno

**Kontakt:** [www.simcps.cz](http://www.simcps.cz)

## Antibiotický kurz pro kliniky

**Komunitní infekce, nozokomiální infekce, rezistence vůči ATB**

24.–26. 11. 2011/Chocerady

**Místo konání:**

Hotel Akademie Naháč

**Pořadatel:** Společnost infekčního lékařství ČLS JEP

**Kontakt:** [www.infekce.cz](http://www.infekce.cz)

## Moravská konference fetomaternální medicíny

**Konzervativní operační výkony v léčbě postpartální hemoragie, UZ vyšetření během prenatální péče, prenatální péče o vícečetná těhotenství, dopplerovské hodnocení průtoku ve fetálních a placentárních cévách, hypoxie plodu – právní aspekty, kadiotografie (kazuistiky), porodnická analgezie a anesteziologie, jak předcházet předčasným porodům**

25. 11. 2011/Olomouc

**Místo konání:** Aula Právnické fakulty UP Olomouc

**Pořadatel:**

Porodnicko-gynekologická klinika LF UP a FN Olomouc, Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP

**Kontakt:** [www.fmm2011.com](http://www.fmm2011.com)

## Štřešovický podzim – konference

**Klinické zkušenosti s léčbou vertebropatií**

25. 11. 2011/Praha

**Místo konání:**

Ústřední vojenská nemocnice Praha, aula, budova CH2

**Pořadatel:** Ústřední vojenská nemocnice Praha

**Kontakt:** [www.uvn.cz](http://www.uvn.cz)

## Syndrom diabetické nohy – mezioborové sympozium

25. 11. 2011/Praha

**Místo konání:**

Autoklub, Opletalova 29

**Pořadatel:** podiatrická sekce České diabetologické společnosti ČLS JEP, Centrum diabetologie IKEM Praha, Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN Praha

**Kontakt:** [www.gsymposion.cz](http://www.gsymposion.cz)

## Pelhřimovské chirurgické dny

**Miniinvasivní chirurgie štítné žlázy – kudy dál?, chirurgie štítné žlázy, traumatologie břicha, páne a femuru**

25. 11. 2011/Pelhřimov

**Pořadatel:** chirurgické oddělení Nemocnice Pelhřimov, Česká chirurgická společnost ČLS JEP

**Kontakt:** MUDr. Karel Křikava; e-mail: [kkrikavaml@hospital-pe.cz](mailto:kkrikavaml@hospital-pe.cz);

Jitka Červená; tel.: 565 355 217; e-mail: [jcervena@hospital-pe.cz](mailto:jcervena@hospital-pe.cz); <http://chirurgie.cz>

## 6. konference Dětská obezita v teorii a praxi

25.–26. 11. 2011/Poděbrady

**Místo konání:** Kongresové centrum Lázeňská kolonáda

**Pořadatel:** Společnost pro výživu, o. s., Lázně Poděbrady, Česká pediatrická společnost ČLS JEP, Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

**Kontakt:** [www.vyzivaspol.cz](http://www.vyzivaspol.cz)

## Lasery v medicíně

25.–26. 11. 2011/Praha

**Místo konání:**

Corinthia Hotel Prague

**Pořadatel:**

Česká společnost pro využití laseru v medicíně, Česká akademie dermatovenerologie, European Medical Laser Association (EMLA)

**Kontakt:**

[www.laseryvmedicine2011.cz](http://www.laseryvmedicine2011.cz)

## 8. plzeňské pracovní dny Společnosti maxillofaciální chirurgie ČLS JEP

25.–26. 11. 2011/Plzeň

**Místo konání:**

Lázeňský hotel U Pramenů

**Pořadatel:**

Stomatologická klinika LF UK a FN Plzeň, Oblastní stomatologická komora v Plzni, Společnost maxillofaciální chirurgie ČLS JEP

**Kontakt:** [www.mfch.cz](http://www.mfch.cz)

## 13. sympozium klinické farmacie Reného Macha „Vinobraní zkušeností“

**Farmakoterapie v pediatrii a infekční onemocnění**

25.–26. 11. 2011/Mikulov

**Místo konání:** Zámek Mikulov

## SERVIS

**Pořadatelé:** sekce klinické farmacie České farmaceutické společnosti ČLS JEP, katedra sociální a klinické farmacie Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové

**Kontakt:** Ludmila Kynkorová; tel.: 495 067 355; e-mail: kynkorova@faf.cuni.cz; www.faf.cuni.cz/konference

### 33. sympozium Ortopedické kliniky 1. LF UK a FN Na Bulovce

**Dětská ortopedie – řešení osobních a délkových deformit končetin, traumatologie – otevřené zlomeniny a komplikace v traumatologii, endoprotetika – kloubní náhrady mimo kyčle a kolena, onkologická ortopedie – atypické tumory kostí, sportovní traumatologie – artroskopie velkých kloubů, sportovní úrazy, chondrální defekty, spondylochirurgie – degenerativní onemocnění krční páteře**

25.–26. 11. 2011/Praha

**Místo konání:** Hotel Ambassador

**Pořadatelé:** Ortopedická klinika 1. LF UK a FN Na Bulovce, Česká společnost pro ortopedii a traumatologii  
**Kontakt:** www.ortopedicke-centrum.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**

29. 11. 2011/Brno

**Místo konání:** Divadlo Reduta  
**Pořadatel:** Česká internistická společnost ČLS JEP  
**Kontakt:** www.gsymposion.cz

### Stomatologie, stomatochirurgie – vývoj, péče, úrazy

**Sympozium pro sestry**

29. 11. 2011/Liberec

**Kontakt:** www.bos-congress.cz

### Jak se stát/nestat závislákem

**Seminář pro pedagogické pracovníky a metodiky prevence**

30. 11. 2011/Praha

**Místo konání:** Státní zdravotní ústav, budova 11  
**Pořadatel:** SZÚ  
**Kontakt:** Bc. Michal Ziegler; tel.: 267 082 608; e-mail: ziegler.michal@szu.cz; www.szu.cz

### Mezinárodní zdravotní rád – kurz

30. 11. 2011/Praha

**Místo konání:** Hotel ILF

**Pořadatel:** IPVZ

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

### Seminář pro dětské lékaře Vakcíny, HPV, rotaviry, léčba alergií, hormonální antikoncepce

30. 11. 2011/Ústí nad Labem

**Místo konání:** Hotel Vladimír

**Pořadatel:** Česká pediatrická společnost ČLS JEP  
**Kontakt:** www.bos-congress.cz

### Vzdělávací seminář SVL

**Léčba chronické zácpy a prevence a léčba respiračních onemocnění v ordinaci praktického lékaře**

30. 11. 2011/Praha

**Místo konání:** Lékařský dům

**Pořadatel:** Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP  
**Kontakt:** www.svl.cz

### Krajský dermatovenerologický seminář

1. 12. 2011/Zlín

**Pořadatel:** dermatovenerologické oddělení Krajské nemocnice T. Bati  
**Kontakt:** prim. MUDr. Jan Šternberský, CSc.; e-mail: sternbersky@bnzlin.cz; www.lfhk.cuni.cz/dermat

### Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

1. 12. 2011/Liberec

**Místo konání:** Clarion Grandhotel Zlatý lev

**Pořadatel:** Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP  
**Kontakt:** www.svl.cz

### Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

1. 12. 2011/Ústí nad Labem

**Místo konání:** Best Western Hotel Vladimír

**Pořadatel:** Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP  
**Kontakt:** www.svl.cz

### Laboratorní vyšetření – seminář

**Indikace, interpretace, technika odběru**

1. 12. 2011/Praha

**Místo konání:** Lékařský dům

**Pořadatel:** Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP  
**Kontakt:** MUDr. Hana Cabrnochová; e-mail: hana@cabrnochova.cz

### 51. otologický den

**K 85. narozeninám prof. Lubomíra Faltýnka. Témata: Převodní ústrojí středního ucha, objektivní metody vyšetře-**

### ní sluchu a screening sluchu novorozenců

1. 12. 2011/Hradec Králové

**Pořadatelé:**

Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku LF UK a FN Hradec Králové, Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku Pardubické krajské nemocnice, Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice, Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP  
**Kontakt:** prof. MUDr. Viktor Chrobok, CSc.; tel.: 495 832 464; e-mail: chrobok@fnhk.cz; http://otolaryngologie.cz/51-otologicky-den-1-12-2011-hradec-kralove

### 6. moravské ortopedické a traumatologické dny

**Kontroverzní výkony, omyly a chyby při výkonech na horní končetině**

1.–2. 12. 2011/Olomouc

**Místo konání:** NH Congress Hotel

**Pořadatelé:** ortopedicko-traumatologické oddělení Nemocnice Přerov, Ortopedická klinika LF UP a FN Olomouc  
**Kontakt:** Yveta Jehlářová; e-mail: yveta.jehlarova@nepr.cz; www.orto-info.eu

### Psychiatrie pro praxi – 8. konference ambulantních psychiatrů

1.–2. 12. 2011/Olomouc

**Místo konání:** Regionální centrum Olomouc  
**Pořadatelé:** Psychiatrická klinika LF UP a FN Olomouc, Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc  
**Kontakt:** www.solen.cz

### 15. kongres o ateroskleróze

1.–3. 12. 2011/Špindlerův Mlýn

**Místo konání:** Hotel Harmony Club

**Pořadatel:** Česká společnost pro aterosklerózu  
**Kontakt:** www.athero.cz

### MEET Congress 2011

1.–3. 12. 2011/Rím, Itálie

**Místo konání:** Crowne Plaza St Peter's Hotel

**Kontakt:** www.meetcongress.com

### Andrologická urologie – kurz

**Anatomie a fyziologie mužského genitálu, sexuální dysfunkce, erektilní dysfunkce, hypogonadismus, Peyronieova choroba, priapismus, mužská neplodnost, onkologická andrologie**

2. 12. 2011/Praha

**Místo konání:** Urologická klinika 1. LF UK a VFN

**Pořadatel:** IPVZ

**Kontakt:** Alena Vávrová; tel.: 261 092 455; e-mail: vavrova@ipvz.cz; www.ipvz.cz

### Trendy v léčení PEC (pes equinovarus congenitus) – kurz

2. 12. 2011/Praha

**Místo konání:** FN Na Bulovce, ortopedická klinika

**Pořadatel:** IPVZ

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

### 34. strakonický seminář

2. 12. 2011/Strakonice

**Kontakt:** MUDr. Jindra Řihová; e-mail: jindra.rihova@post.cz; www.oftalmologie.com

### Moravské gastroenterologické dny

2.–3. 12. 2011/Bořetice

**Místo konání:** Hotel Kraví Hora

**Pořadatel:** Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP  
**Kontakt:** prof. MUDr. Jan Lata, CSc.; e-mail: jlata@fnbrno.cz; www.cgs-cls.cz

### Vzdělávací seminář OSPDL

3. 12. 2011/Hradec Králové

**Místo konání:** Krajský úřad

**Pořadatel:** Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP  
**Kontakt:** www.detskylekar.cz

### Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

3. 12. 2011/Plzeň

**Místo konání:** Šafránkův pavilon  
**Pořadatel:** Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP  
**Kontakt:** www.svl.cz

### Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

3. 12. 2011/Karlovy Vary

**Místo konání:** Březová, hotel Starý mlýn  
**Pořadatel:** Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP  
**Kontakt:** www.svl.cz

### IDF World Diabetes Congress

4.–8. 12. 2011/Dubaj,

Spojené arabské emiráty  
**Pořadatel:** International Diabetes Federation (IDF)  
**Kontakt:** www.worlddiabetescongress.org

### Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

5. 12. 2011/Zlín

**Místo konání:** Střední zdravotnická škola, Příluky  
**Pořadatel:** Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP  
**Kontakt:** www.svl.cz

### Prague Symposium on Congenital Heart Disease

5.–6. 12. 2011/Praha

**Místo konání:** Břevnovský klášter

**Pořadatel:** Česká kardiologická společnost  
**Kontakt:** prof. MUDr. Jan Janoušek, Ph.D.; e-mail: jan.janousek@lfmotol.cuni.cz; www.cksonline.cz

### Krajský dermatovenerologický seminář

6. 12. 2011/Jihlava

**Pořadatel:** dermatovenerologické oddělení Nemocnice Jihlava  
**Kontakt:** www.lfhk.cuni.cz/dermat

### 26. pražský kazuistický seminář

7. 12. 2011/Praha

**Místo konání:** Dermatovenerologická klinika 2. LF UK a FN Na Bulovce  
**Pořadatel:** Dermatovenerologická klinika 2. LF UK a FN Na Bulovce  
**Kontakt:** prof. MUDr. Jana Hercogová, CSc.; e-mail: dermatology@fnb.cz; www.lfhk.cuni.cz/dermat

### Poruchy plodnosti, prevence a léčba – kurz

7. 12. 2011/Praha

**Místo konání:** Kongresové centrum Ústavu pro péči o matku a dítě v Podolí  
**Pořadatel:** IPVZ  
**Kontakt:** Milena Keslová; tel.: 261 092 457; e-mail: keslova@ipvz.cz; www.ipvz.cz

### Biopický sklíčkový seminář

7. 12. 2011/Ostrava

**Místo konání:** Městská nemocnice Ostrava  
**Pořadatel:** Společnost českých patologií ČLS JEP  
**Kontakt:** www.patologie.info

### Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

7. 12. 2011/České Budějovice

**Místo konání:** Budova Medipont  
**Pořadatel:** Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP  
**Kontakt:** www.svl.cz

### Psychologie v paliativní medicíně – kurz Základy komunikace, syndrom vyhoření...

7.–9. 12. 2011/Rajhrad u Brna  
**Místo konání:** Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa  
**Pořadatel:** Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP  
**Kontakt:** Mgr. Eva Šimová; tel.: 547 232 223, 731 402 671; e-mail: eva.simova@charita.cz; www.paliativnimedicina.cz; www.dlbsh.cz (sta)

## PRÁVNÍ PORADNA

# Odmítnutí ošetření z důvodu špatné hygieny pacienta

**Pracuji jako praktická lékařka pro dospělé a denně se setkávám s pacienty, jejichž hygienický stav je neúnosný. Mohu v tomto případě odmítnout ošetření?**



na dotazy odpovídá  
JUDr. Pavel Zajíc

právní odůvodnění výše uvedené odpovědi je pak následující:

Zákon o péči o zdraví lidu umožňuje občanům (s výjimkou osob ve vazbě a ve výkonu trestu odnětí svobody) volbu lékaře. Rovněž zákon o veřejném zdravotním pojištění dává

Stručná a jednoznač-

ná odpověď na Vaši otázku zní, že lékař není oprávněn odmítnout ošetřit pacienta, jehož hygienický stav je neúnosný. Bližší

pojištěnci právo na výběr lékaře a zdravotního zařízení, kteří jsou ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně. Naopak zvo-

lený lékař může dle zákona o veřejném zdravotním pojištění odmítnout přijetí pojištěnce do své péče pouze tehdy, jestliže by jeho přijetím bylo překročeno jeho únosné pracovní zatížení tak, že by nebyl schopen zajistit kvalitní zdravotní péči o tohoto nebo ostatní pojištěnce, které má ve své péči.

Jiná vážná příčina, pro kterou zvolený lékař může odmítnout přijetí pojištěnce, je přílišná vzdálenost místa trvalého nebo přechodného pobytu pojištěn-

ce pro výkon návštěvní služby. Míru únosného pracovního zatížení a závažnost příčiny pro nepřijetí pojištěnce do své péče posuzuje zvolený lékař. Lékař však nemůže odmítnout pojištěnce ze stanoveného spádového území a v případě, kdy se jedná o neoddělanou péči. Každé odmítnutí převzetí pojištěnce do péče přitom musí být lékařem pojištěnci písemně potvrzeno.

## Lékař nemůže říci ne

Z výše uvedeného je zřejmé, že od-

mítnout zdravotní péči pojištěnci lze jen v době, kdy pojištěnec žádá o přijetí do péče konkrétního lékaře. Naopak lékař nemůže odmítnout poskytnout zdravotní péči pojištěnci, kterého již do své péče přijal.

Souhrnně tak lze konstatovat, že právní předpisy prakticky nedávají lékaři právo odmítnout zdravotní péči z jakéhokoli důvodu; lékař musí ošetřit i podnapilého, agresivního či hygienicky zanedbaného pacienta. Osobně považuji tento vztah za zvláštní projev převahy práv pacientů nad lékaři. Svě by o těchto situacích mohli asi dlouho vyprávět lékaři pohotovostní služby nebo posádky rychlé zdravotnické pomoci, kteří jsou nezdůdkna terčem napadení ze strany podnapilých či agresivních pacientů.

## Krádež dopravního prostředku z areálu nemocnice

**Do práce na interním oddělení nemocnice jezdím na kole, které mám - uzamčené - odstavené na stojanech před vchodem do interního pavilonu. Tedy měl jsem... Kolo mi totiž přes noc ukradli. Mám nárok na náhradu škody, když je areál nemocnice uzavřený a vjezd a noční průchod je možný pouze přes vrátnici s nepřetržitou službou?**

Zaměstnavatel přirozeně vyžaduje po zaměstnanci plnění pracovních povinností. K tomu, aby mohl zaměstnanec tyto pracovní výkony podávat, je zaměstnavatel povinen mimo jiné zajistit bezpečnou úschovu svršků a osobních předmětů, které zaměstnanci obvykle

nosí do zaměstnání. Zákoník práce přitom žádným způsobem tyto osobní předměty nespécifikuje, a to ani příkladmo. Předchozí právní úprava, platná do roku 2006, za tyto obvyklé osobní předměty považovala i obvyklé dopravní prostředky, které zaměstnanci používali při cestě do práce a zpět, tedy i bicykl.

Současná právní úprava však tento okruh osobních předmětů nepřevzala a za předměty, které zaměstnanci obvykle nosí do zaměstnání, proto nelze považovat žádný dopravní prostředek, tedy ani motorky či kola zaměstnanců. Zaměstnavatel tak není povinen zajistit odkládání kol zaměstnanců.

## Rozsah odpovědnosti se liší

Zaměstnavatelé však nic nebrání převzít do úschovy i osobní předměty, jež se do práce obvykle nenosí, včetně například bicyklů. Záleží však pouze na rozhodnutí zaměstnavatele, které je většinou podmíněno rovněž jeho možnostmi vytvořit prostor, kde budou tyto věci bezpečně uschovány.

Převzal-li zaměstnavatel osobní předměty, například kola, do zvláštní úschovy, odpovídá za škodu, která zaměstnanci vznikla odcizením, bez omezení. Dokonce i kdyby kolo odcizil jiný zaměstnanec, uhradí zaměstnavatel škodu v plné výši.

Naproti tomu v případě, že by zaměstnavatel nepřevzal kolo do zvláštní úschovy, platí dle aktuální právní úpravy, že kolo není osobní předmět, který zaměstnanci obvykle nosí do zaměstnání, a zaměstnavatel pak odpovídá za škodu způsobenou odcizením jen do částky 10 000 Kč.

## Hlášení škody do 15 dnů

Zda kolo bylo umístěno ve zvláštní úschově zaměstnavatele, nebo nebylo, je třeba posuzovat individuálně, s přihlédnutím k okolnostem každého případu. Oporu pro tvrzení, že zaměstnavatel převzal kolo do zvláštní úschovy, lze hledat například ve vnitropodnikových předpisech (organizační řád, pracovní řád apod.) zaměstnavatele, kde může být zmínka o tom, kde a jakým způsobem zaměstnanci mohou uschovat kolo;

může zde být specifikován i rozsah odpovědnosti zaměstnavatele.

Pro úplnost uvádím, že vláda může (podle ustanovení § 268, odstavce 4 zákoníku práce) svým nařízením valorizovat částku 10 000 Kč, kterou se maximálně hradí škoda na osobních předmětech, jež zaměstnanci do práce obvykle nenosí. Při určení výše škody na jízd-

ním kole se bude vycházet z ceny v době odcizení.

Závěrem upozorňuji, že je zcela nezbytné ohlásit vznik škody (odcizení bicyklu) zaměstnavateli bez zbytečného odkladu, nejspíše do 15 dnů ode dne, kdy se zaměstnanec o škodě dozvěděl. Při nahlášení v této lhůtě zaniká právo na náhradu jakékoli škody.

## Přestávky v práci u dohody o pracovní činnosti

Zaměstnavatel mi nabídl, abych pro něj vedle činnosti v hlavním pracovním poměru vykonávala na dohodu o pracovní činnosti ještě ústavní pohotovostní službu. Pokud kývnu, jak to bude s přestávkami na jídlo a oddech? Budu na ně mít nárok?

Obecně platí, že zaměstnavatel má zajišťovat plnění svých úkolů především zaměstnanci v pracovním poměru. Zaměstnancům v pracovním poměru je zaměstnavatel povinen poskytnout nejdéle po 6 hodinách nepřetržitě práce přestávku na jídlo a oddech v trvání nejméně 30 minut. Zaměstnanci však mohou pro zaměstnavatele vykonávat práci i mimo pracovní poměr, a to v rámci dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr (dohoda o provedení práce /DPP/ a dohoda o pracovní činnosti /DPČ/). Jde o zvláštní pracovní právní vztahy s vlastní právní úpravou.

Pracovní právní vztah založený na DPČ je volnější než v případě pracovního poměru, a proto by i rozvržení pracovní doby patrně bylo spojeno s většími obtížemi. Prá-

vě náročnost kontrol, zda zaměstnanec dodržuje pracovní dobu, je jedním z důvodů, proč zaměstnavatel tuto dohodu se zaměstnancem uzavírá. DPČ je zaměstnavatel povinen uzavřít písemně, jinak je neplatná, přičemž musí být uveden druh sjednané práce, sjednaný rozsah pracovní doby a doba, na kterou se dohoda uzavírá.

## Výjimky ze zákoníku

Na práci konanou na základě DPČ se zpravidla vztahuje úprava platná pro výkon práce v pracovním poměru. To však neplatí mimo jiné pro pracovní dobu a dobu odpočinku. Důvodem, pro který se na DPČ automaticky nevztahuje ustanovení zákoníku práce o přestávkách na jídlo a oddech, je především zvláštní charakter DPČ a dále skutečnost, že pracovní dobu si obvykle rozvrhne sám zaměstnanec podle svých potřeb.

V případě, že by tazatel považoval za důležité zajistit si přestávku na jídlo a oddech i v rámci DPČ, jednoznačně doporučuji výslovně je sjednat v DPČ, kterou bude se zaměstnavatelem uzavírat.



ilustrační foto: Shutterstock



# Zajímavé www stránky

## – chronická renální insuficience

The Renal Association website features a navigation menu with links for 'What we do', 'Education & Training', 'Academic', 'Clinical', and 'About us'. The main content area highlights the 'The Renal Association Conference 2012' held from 12-14 June 2012 at The Sage Gateshead. It includes a calendar for November 2011, a list of events, and a 'Latest news' section with articles such as 'Joint Meeting of the Association of British Clinical Diabetologists and the Renal Association' and 'The Renal Association Conference 2012'.

### The Renal Association

[www.renal.org](http://www.renal.org)

The Renal Association je profesní organizace britských nefrologů, která byla založena v roce 1950 a jejímž hlavním cílem je rozvíjet klinické a výzkumné aspekty nefrologie ve Velké Británii. Webové stránky této organizace jsou bohaté na řadu informací z nefrologie, upozorňují zejména na část webu, která se skrývá pod kapitolou „Clinical“. Ta obsahuje seznam řady doporučených odborných postupů včetně popisů hemodialýzy, postupu při poranění ledviny či přehledu nejčastějších komorbidit u pacientů s chronickým renálním selháním.

### Česká nefrologická společnost

[www.nefrol.cz](http://www.nefrol.cz)

Představujeme-li internetové prezentace některých zahraničních

odborných nefrologických společností, nelze opomenout připomenutí webu České nefrologické společnosti, protože i na něm lze objevit velké množství důležitých informací pro odbornou veřejnost

The website of the Czech Society of Nephrology (Česká nefrologická společnost) features a navigation menu with links for 'HOME PAGE', 'PŘÍHLÁŠKA DO PŘEDPLACENÍ', 'ČLENSKÉ PŘÍSPĚVKY', 'VÝBOR', 'SPOLUPRACOVNÍ PARTNERI', 'ADRESÁŘ-HS', and 'KONTAKT'. The main content area includes 'Aktuality' (News) with articles such as 'Změna v systému postgraduálního vzdělávání – první informace' and 'Nová léčebná doporučení a jejich aplikace v klinické praxi'. It also features a 'PŘÍHLÁŠENÍ UŽIVATELE' (User Registration) section and a 'PŘIPRAVOVANÉ AKCE' (Upcoming Events) section.

– mj. seznam volně přístupných českých doporučených postupů, informace o aktivitách společnosti, stránky registru dialyzovaných pacientů či precizně zpracovanou dialyzační statistiku.

### The Nephron Information Center

<http://nephron.com>

Tato internetová prezentace je mezi nefrology vysoce ceněna pro velké množství informací a odkazů, které obsahuje. Jde jak o odborná, tak i laická sdělení o virtuální dialýze, onemocnění ledvin, dialyzačních jednotkách v USA či aktuální nefrologické informace z celého světa. Část internetových stránek se pak zabývá transplantáční problematikou.

### Dialyse-Online

[www.dialyse-online.de](http://www.dialyse-online.de)

Tyto stránky, jejichž obsah (jak napovídá již samotný název) se věnuje dialyzační problematice, jsou určeny především čtenářům, kteří preferují německý jazyk. Obsahují velmi podrobně zpracovaný přehled dialyzačních center celé Evropy (samozřejmě včetně České

The Dialyse-Online website features a search interface with a search bar and a 'GO' button. Below the search bar is a pie chart with three segments in green, red, and blue. The website also includes a navigation menu and a 'DIALYSE-ONLINE' header.

republiky) s přehledem kontaktních osob, dále odkazy na národní a mezinárodní odborné společnosti, stránky s transplantáční tematikou, řadu videoprezentací (například o peritoneální dialýze), brožur a odborných textů.

### Atlas of Diseases of the Kidney

[www.kidneyatlas.org](http://www.kidneyatlas.org)

Tento web je velmi užitečný těm, kteří hledají odborné informace o fyziologických a patofyziologických poznatcích z nefrologie, klinické symptomatice a epidemiologii jednotlivých renálních onemocnění. Jde vlastně o soubor volně přístupných .pdf prezentací na různá nefrologická témata (onemocnění acidobazické rovnováhy, akutní renální selhání, výživa a metabolismus u renálních chorob, anatomie ledvin, inzulinová rezistence, diabetická nefropatie a řada dalších). Jednotlivé kapitoly obsahují množství tabulek, grafů, histologických nálezu či ukávek zobrazovacích metod a laboratorních testů.

MUDr. Michal Peříšek

The Atlas of Diseases of the Kidney website features a navigation menu with links for 'Table of Contents', 'Simple Search', 'Advanced Search', 'High Resolution Images', 'Chapter Segments', and 'Buy the Books'. The main content area includes a search bar and a 'Table of Contents' section. A diagram of a kidney is visible on the right side of the page.



## The State Institute for Drug Control opens the position of: Head of Marketing Authorisation Branch

The Marketing Authorisation Branch ensures granting of marketing authorisations to all proprietary medicinal products marketed in the Czech Republic. The marketing authorisation procedure includes, in particular, the assessment of provability of quality, safety and efficacy of products, the assessment of indications, contraindications, posology, and classification for supply; the product information evaluation for correctness and completeness, the approval of packaging, evaluation of proposed variations to already marketed medicinal products. Besides the above listed procedures the Marketing Authorisation Branch issues opinions on borderline products and applications for specific therapeutic programmes, clinical trials and also keeps records of non-authorized medicinal products use.

### Position profile:

The Head of Marketing Authorisation Branch is responsible for:

- ✓ ensuring comprehensive activity, organisation and management of the branch
- ✓ organisation of marketing authorisation-related work, design and optimisation of marketing authorisation processes, effective work managements and economic management of the branch
- ✓ identification of development and trends in the regulated area
- ✓ proposals and realisation of measures to meet the tasks of the branch in relation to changes in environment and legislation
- ✓ furthermore, the Head of Marketing Authorisation Branch
- ✓ participates in drafting legal regulations both at national and EU level
- ✓ makes proposals for strategic conceptual plans in the area of authorising medicinal products for marketing
- ✓ actively cooperates with the EU regulatory authorities in the area of marketing authorisations
- ✓ represents the Institute in negotiations with customers and partners

### Qualification requirements + specific skills:

- ✓ university degree, university degree in human medicine, veterinary medicine or pharmacy is an advantage
- ✓ professional experience in regulatory affairs min 6 years, of which at least 2 years in a managerial position
- ✓ international experience in regulatory affairs an advantage
- ✓ fluency in English, knowledge of Czech an advantage
- ✓ communication, presentation and organisational skills
- ✓ strong and highly motivated personality, initiative approach to innovation, result-oriented personality

### To apply for this position, send your:

- ✓ Structured CV
- ✓ Details of previous experience including job descriptions / responsibilities in previous positions
- ✓ Motivation letter giving your reasons for interest in this position and key ideas for branch management, main targets and long-term strategies
- ✓ Signed declaration in writing:

### Declaration of candidate:

I hereby declare that all the information given above is true and complete to the best of my knowledge. I agree with processing of my personal data stated in this questionnaire in SUKL job candidates database. In the case that I am not appointed to this position I agree / don't agree that my data are kept in the candidates database for 12 months. In the case that an employment contract is concluded with me I hereby give consent to inclusion of this questionnaire in my personal file.

You are invited to submit your application until 15th December 2011 at the latest.

### Terms of employment:

- ✓ Date of commencement upon agreement
- ✓ Employment contract by appointment, with 3-months probation period, for a fixed period of one year
- ✓ Competitive remuneration corresponding to high demanding job
- ✓ Employee benefits
- ✓ Opportunity for career growth and professional and managerial training

### Contact:

STATE INSTITUTE FOR DRUG CONTROL / STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV

Ms Janka Krchná, HR Specialist  
Šrobárova 49/48  
100 41 Prague Czech Republic

tel.: +420 272 185 207, e-mail: janka.krchnava@sukl.cz

## Výběrová řízení

### Primář

KRAJSKÁ ZDRAVOTNÍ, A. S.  
- MASARYKOVA NEMOCNICE  
V ÚSTÍ NAD LABEM, O. Z.,

vyhlašuje výběrové řízení  
na obsazení funkce:

■ **Primář Úrazového centra  
s nástupem od 1. 1. 2012.**

Požadujeme:

- VŠ vzdělání – lékařská fakulta,
- specializovanou způsobilost příslušného směru,
- vědeckou hodnost,
- praxi min. 10 let v oboru,
- organizační, komunikační a řídicí schopnosti,
- manažerské dovednosti, počítačovou gramotnost,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost.

Příhlašky s životopisem, přehledem dosavadní praxe, kopií dokladů o vzdělání a výpisem z rejstříku trestů, doplněné stručnou koncepcí rozvoje a řízení oddělení zašlete nejpozději do 2. 12. 2011 na adresu:

Krajská zdravotní, a. s.,  
personální odbor, Bc. Radka Šauerová, Sociální péče 3316/12A,  
400 11 Ústí nad Labem  
- obálku označte VŘ ÚC.

ZDN A11018137

### Primář

ŘEDITEL NEMOCNICE  
MÍLOSRDNÝCH BRATŘÍ, P. O.,  
POLNÍ 3, 639 00 BRNO,  
vypisuje výběrové  
řízení na místo:

■ **Primář oddělení chirurgie**

Požadujeme:

- VŠ lékařského směru,
- specializovanou způsobilost

v oboru chirurgie, nejméně 10 let praxe v oboru, 5 let ve vedoucí funkci, organizační a řídicí schopnosti, licenci ČLK pro výkon vedoucí funkce, zdravotní způsobilost a bezúhonnost podle zákona č. 95/2004 Sb. a negativní osvědčení podle zákona č. 451/1991 Sb.

Písemné přihlašky s požadovanými doklady, strukturovaný životopis a návrh koncepce oddělení zašlete do 9. 12. 2011 na personální oddělení Nemocnice Milosrdných bratří Brno, e-mail: iveta.sikulova@nmbbrno.cz, tel.: 543 165 149.

Kontakt pro informace:  
MUDr. Josef Drbal, ředitel,  
tel.: 543 165 356, 348, 606 754 282,  
e-mail: josef.drbal@nmbbrno.cz  
MUDr. Hana Kvapilová,  
tel.: 543 165 476, e-mail:  
hana.kvapilova@nmbbrno.cz,  
www.nmbbrno.cz.

ZDN A11018133

### Vrchní sestra

ŘEDITEL FAKULTNÍ  
NEMOCNICE V MOTOLE  
vypisuje výběrové řízení  
na obsazení funkce:

■ **Vrchní sestra pro  
radioterapeuticko-  
onkologické oddělení**

Požadujeme:

- SZŠ, VZŠ nebo VŠ, spec. způsobilost v oboru, osvědčení podle zákona č. 96/2004 Sb., 6 let praxe v oboru, organizační, řídicí a komunikační schopnosti.
- K přihlášce je nutné doložit: profesní životopis, doklady o dosaženém vzdělání, výpis z rejstříku trestů.

Příhlašky zasílejte v obálce s označením „výběrové řízení“ do 15. 12. 2011 na sekretariát personální náměstkyně, FN v Motole, V úvalu 84, 150 06 Praha 5.

ZDN A11017841

### Primář/primářka

NEMOCNICE PÍSEK, A. S.,  
vypisuje výběrové  
řízení na pozici:

■ **Primář/ka hematologie  
a transfuzního oddělení**

Požadujeme:

- VŠ vzdělání na lékařské fakultě,
- specializovanou způsobilost v oboru anesteziologie a intenzivní medicína,
- licenci ČLK pro výkon funkce primáře,
- praxi v daném oboru minimálně 10 let,
- organizační, řídicí a komunikační schopnosti,
- samostatnost a spolehlivost, morální a občanskou bezúhonnost.

Nabízíme:

- práci na akreditovaném pracovišti,
- práci s benefity nemocnice, motivační a finanční ohodnocení.

Žádosti se strukturovaným životopisem s přehledem dosavadních praxí, kopiemi dokladů o vzdělání a výpisem z rejstříku trestů zašlete nejpozději do 15. 12. 2011 na adresu: Nemocnice Písek, a. s., Karla Čapka 589, 397 23 Písek. Tel.: 382 772 001.

ZDN A11017846

### Více pozic

ŘEDITELKA PSYCHIATRICKÉ  
LÉČEBNY ŠTERNBERK,  
OLOMOUCKÁ 173,  
vyhlašuje výběrové  
řízení na funkci:

- Vedoucí psycholog
- Primář III. primariátu /odd. 15. A a 3. B/
- Vedoucí biochemické laboratoře
- Vedoucí lékárny

Místo výkonu práce: Psychiatrická léčebna Šternberk, Olomoucká 173. Pracovní poměr: na dobu neurčitou. Předpokládaný nástup: dle dohody.

Podrobnosti na www.plstbk.cz.

ZDN A11017475

### Primář/Primářka

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

- **Primář/ka gynekologicko-  
porodnického oddělení**

Marienhaus 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.

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

## PERSONÁLNÍ INZERCE

Požadujeme:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
- specializovanou způsobilost v oboru dle zákona č. 95/2004 Sb.,
- 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 A111017471

## Volná místa

### Specialista v laboratorních metodách

SPOLEČNOST SOTIO, A. S.,

hledá pro pracoviště v Praze 7

- Holešovicích vysoce

kvalifikované kolegy pro oblast vývoje a výroby produktů moderní buněčné terapie.

Požadujeme:

- VŠ vzdělání, ideálně Ph.D., v oboru farmacie, biologie nebo biochemie,
- praxi v oblasti buněčných kultur, resp. výroby léčiv,
- systematické myšlení, metodický přístup,
- svědomitost, spolehlivost, časovou flexibilitu,
- zdravotní způsobilost,
- bezúhonnost (výpis z rejstříku trestů bez záznamu),
- znalost anglického jazyka.

Nabízíme:

- zajímavé ohodnocení,
  - práci na perspektivním biomedicinském projektu,
  - zcela nové pracoviště vybavené nejmodernějšími technologiemi,
  - přátelský kolektiv,
  - termín nástupu dle dohody.
- Životopisy spolu s motivačním dopisem prosím zasílejte na e-mail: sterbovaj@sotio.com

ZDN A111018321

### Více pozic

NEMOCNICE VYŠKOV, P. O.,

přijme do pracovního poměru:

- Zástupce primáře gynekologicko-porodnického oddělení
- Lékaře/ku ARO, chirurgického oddělení

Požadujeme:

- atestaci z oboru,
- licenci primáře / vedoucího lékaře u GYPO,
- praxi, u GYPO 10 roků,
- doklady o odborném vzdělání + ověřené kopie diplomů,
- výpis z rejstříku trestů,
- zdravotní způsobilost,
- občanskou a morální bezúhonnost,
- znalost práce na PC.

Nabízíme:

- výhodné platové ohodnocení,
  - zapracovaný kolektiv lékařů a sester,
  - získání erudice v oboru.
- Předpokládaný nástup: ihned, po vzájemné dohodě. Písemné přihlášky s doklady dle požadavků zasílejte na adresu: Nemocnice Vyškově, p. o., Purkyňova 36, 682 01 Vyškov, právní a personální odbor, nebo e-mailem na: menouskova@nemvy.cz.

ZDN A111018153

### Sekundární lékař

GERIMED, A. S. - LDN PRČICE

hledá z důvodu rozvoje

■ Sekundárního lékaře (výhledově na pozici zástupce primáře)

se specializovanou způsobilostí v oboru vnitřní lékařství nebo geriatry.

Nabízíme práci pod zkušeným primářem s dlouholetou praxí, příjemné pracovní prostředí s nízkou fluktuací, odborný a kariérový růst, nadstandardní platové ohodnocení, příspěvek na bydlení, firemní stravování a týden dovolené navíc.

V případě zájmu nás kontaktujte na tel.: 317 834 311-2 nebo na e-mailu: taborikova@gerimed.cz

ZDN A111018144

### Lékař/lékařka

ONMB, A. S.,

nabízí náborový příspěvek a nadstandardní mzdové ohodnocení pro lékaře nebo lékaře-absolventa na porodnicko-gynekologické oddělení při uzavření pracovní smlouvy.

Své životopisy zasílejte na adresu: Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a. s., V. Klementa 147, 293 01 Mladá Boleslav, nebo na e-mail: nabor@onmb.cz

ZDN A111018150

### Lékař/lékařka

STÁTNÍ LÉČEBNÉ LÁZNĚ BLUDOV

přijmou do pracovního poměru lékaře/ku - obor pediatrie, příp. jiná specializace.

Nástup leden - únor 2012.

Platové podmínky dohodou.

Kontakt: Jana Dokoupilová, tel.: 602 543 798.

ZDN A111018140

### Radioterapeut

ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ

PLZEŇ DOUBRAVKA, S. R. O.,

hledá lékaře radioterapeuta pro nenádorové ozařování. Možnost buď jako OSVČ se soukromou praxí, nebo jako zaměstnanec s. r. o. Výhodné podmínky, nástup dle dohody.

Kontakt: p. Švajnerová,

tel.: 373 724 291, 776 723 935,

e-mail:

zzplzendoubravka@seznam.cz

ZDN A111017900

### Lékaři/sestry - Švýcarsko

Práce ve Švýcarsku - lékaři

a sestry se znalostí němčiny, mzda 5000-8500 CHF.

Info - tel.: 733 514 523,

e-mail:

r.salkova@connect-eurojobs.com

ZDN A111017891

### Lékař/lékařka

DO ORDINACE VŠEOBECNÉHO

LÉKAŘE PRO DOSPĚLÉ

hledáme lékaře/ku na o,4

(event. o,2) úvazek.

MS kraj, od jara 2012.

Info - tel.: 606 555 453.

ZDN A111017883

### Kardiolog/internista Česká Lípa

SOUKROMÁ KARDIOLOGICKÁ

AMBULANCE V ČESKÉ LÍPĚ

přijme lékaře kardiologa nebo internistu s atestací či v přípravě na částečný úvazek.

Znalost echa výhodou.

Rozsah úvazku dle dohody.

Mzda při plném úvazku

od 60 tisíc Kč.

Tel.: 776 490 949.

ZDN A111017878

### Zdravotní sestra

NZZ AMBULANCE UROLOGIE,

NEUROLOGIE, FYZIOTERAPIE,

DOMÁCÍ PÉČE NA PRAZE 2

přijme zdravotní sestru na

plný či poloviční úvazek.

Nástup ihned,

odborně zaškolíme.

Kontakt: tel.: 608 963 501.

ZDN A111017873

### Internista

LDN - NZZ v ČESKÉ KAMENICI

přijme lékaře internistu

a lékaře s atestací

z všeobecného lékařství

Všeobecně dobré podmínky.

Bližší informace na

tel.: 777 482 190.

ZDN A111017854

### Lékař/lékařka

FAKULTNÍ THOMAYEROVA

NEMOCNICE S POLIKLINIKOU,

VÍDEŇSKÁ 800, 140 59

PRAHA 4 - KRČ,

přijme lékaře/ku

pro nové pracoviště

onkologického oddělení.

Požadujeme:

- odbornou a zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.,
- specializovanou způsobilost v oboru radioterapie nebo klinická onkologie,
- praxe v oboru podmínkou.

Nabízíme:

- zajímavou práci,
  - dobré platové podmínky,
  - možnost celoživotního vzdělávání,
  - zaměstnanecké benefity.
- Nástup dle dohody.

Písemné přihlášky včetně životopisu a dokladů o odborné a zdravotní způsobilosti přijímá sekretariát náměstka ředitele pro personální práci, Vídeňská 800, 140 59 Praha 4 - Krč, případně na e-mail: alena.holikova@ftn.cz.

ZDN A111017666

### Sekundární lékař

KLINIKA ANESTEZIOLOGIE

A RESUSCITACE,

KARDIOCENTRUM IKEM,

přijme sekundárního lékaře

s minimální praxí 3 roky

v oboru A+R. Vítán zájem

o kardiioanestezii a intenzivní

péči, o kardiochirurgické

pacienty, o echokardiografii.

Písemné přihlášky zasílejte

na sekretariát KAR IKEM,

Vídeňská 1958/9, 140 21 Praha 4,

nebo na e-mail: rora@ikem.cz

ZDN A111017659

### Primáři

ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ

NEMOCNICE KRKONOŠE, S. R. O.,

VE VRCHLABÍ

přijme:

■ Primáře na chirurgii

■ Primáře ARO

Požadujeme:

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

Nabízíme:

nadstandardní platové podmínky, byt k dispozici.

Kontakt - tel.: 499 502 304

nebo e-mail:

srnska@nemocnice.vrchlabi.cz

ZDN A111017606

### Radiologický asistent

SVITAVSKÁ NEMOCNICE, A. S.,

přijme radiologického asistenta.

Požadujeme:

odbornou způsobilost dle zákona č. 96/2004 Sb., osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu není podmínkou.

Práce na přístrojích Toshiba a GE (skiografie, CT - přímá digitalizace) a další přístroje s nepřímou digitalizací.

Asistence na operačních sálech.

Požadujeme zajištění

zdravotního dozoru nad

pracovištěm v noci (minimálně

4-5 služeb měsíčně).

Nabízíme:

příjemné pracovní prostředí, podporu dalšího vzdělávání zaměstnavatelem, pracovní smlouvu na dobu neurčitou, práci v akreditovaném zařízení.

Kontakt: Zdislava Slintáková,

vedoucí radiologická asistentka,

tel: 461 569 130 nebo 241,

e-mail: slintakova@nemsy.cz

ZDN A111017466

### Gynekolog

NĚSTÁTNÍ AMBULANTNÍ

ZDRAVOTNICKÉ

ZAŘÍZENÍ V PRAZE

přijme gynekologa

Požadujeme:

- odbornou/specializovanou způsobilost v oboru gynekologie a porodnictví,
- uživatelskou znalost PC,
- klientský přístup k pacientům,
- aktivní znalost angličtiny vítána, není podmínkou,
- možný i částečný úvazek.

Nabízíme:

- příjemné pracovní prostředí,
- zázemí stabilní nadnárodní společnosti,
- možnost dalšího vzdělávání,
- zajímavé platové ohodnocení,
- mobilní telefon,
- 5 týdnů dovolené,
- další firemní benefity.

Nabídky včetně profesního

životopisu zasílejte na e-mail:

klara.gottwaldova@medicover.cz

ZDN A111016648

## Různé

### Prodej praxe

PRODÁM ZAVEDENOU PRAXI

DĚTSKÉHO PRAKTICKÉHO

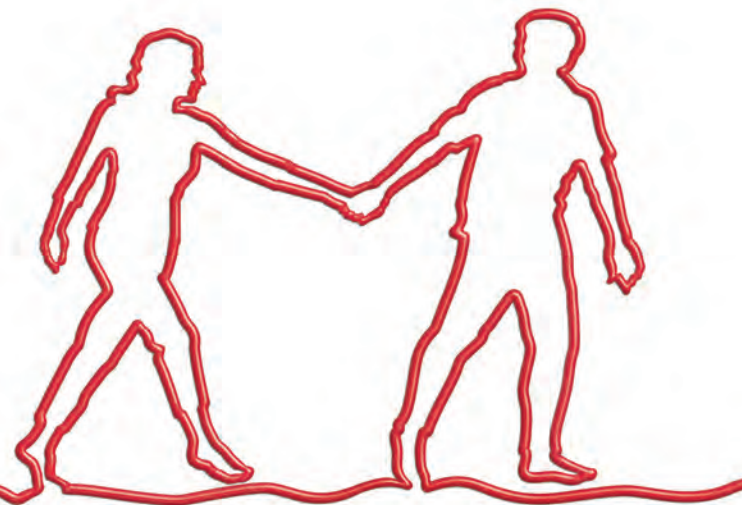
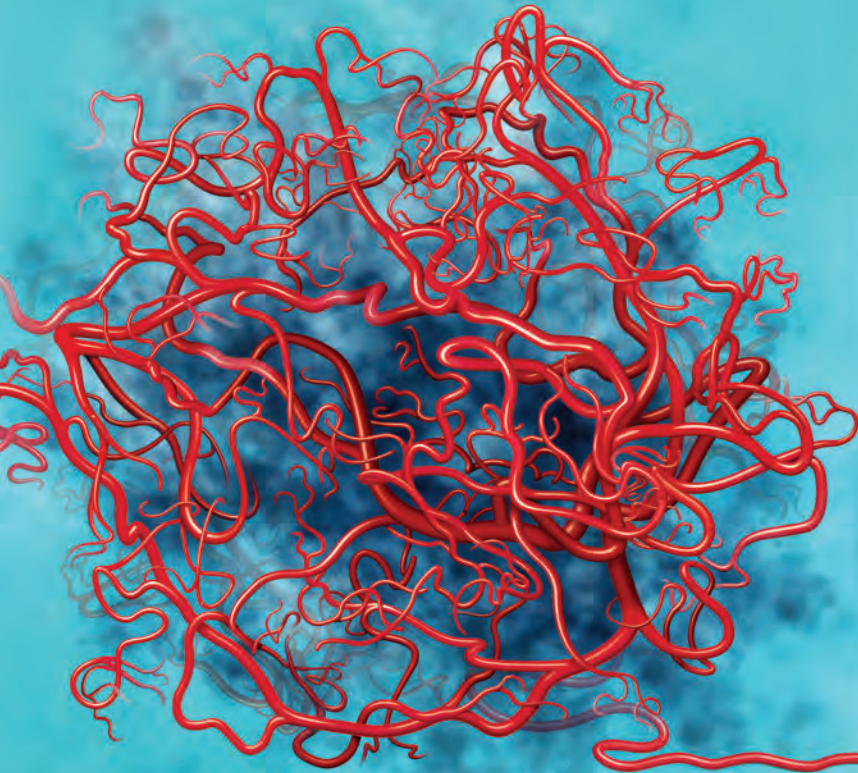
LÉKAŘE, S. R. O. V PRAZE.

Kontakt - tel.: 728 316 743

mezi 19. a 21. hod.

ZDN A111018126

# 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<sup>®</sup>**  
bevacizumab  
Leading angiogenesis  
inhibition

AVASTIN<sup>®</sup> 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 antikoagulancií 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 v klinicky závažném rozsahu farmakokinetiku 5-fluorouracilu, karboplatiny, paklitaxelu a doxorubicinu. U některých pacientů léčených kombinací bevacizumabu a sunitinibu malá 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. **Dávkování 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/>.