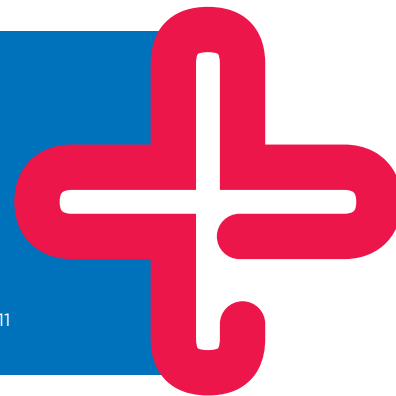


ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



CENA 28 Kč
PŘEDPLATNÉ 23 Kč
25/2011 ročník 60

Toto číslo vyšlo 19. 12. 2011
V tomto čísle LL 9



ODBORNÉ AKCE
25. český a slovenský
neurologický sjezd
– největší tuzemské odborné
setkání v rámci oboru.

STRANA 16



PŘEDSTAVUJEME
doc. RNDr. Lumíra Ondřeje
Hanuše, DrSc., odborníka na
kannabinoidy z Hebrejské
univerzity v Jeruzalémě.

STRANA 26



**VÁNOČNÍ
PŘÍLOHA ZDN**
Sváteční čtení
– povídky, humor,
historie, kvíz...

UVNITŘ ČÍSLA

Úhradová vyhláška dospěla ke kompromisu

Ministerstvo zdravotnictví přihlédlo k připomínkám zdravotníků a chystá kompromisní úhradovou vyhlášku, sdělil to náměstek MZ Petr Nosek. O něco více dostane třeba následná péče a screeniny, dialýzy se nebudou tak drasticky krátit.

„Určitá míra restrikce vyvolala reakci všech. Kde se nám zdály připomínky k uvážení, hledali jsme kompromis,“ uvedl náměstek Nosek. Vyhláška je podle něj spočítána tak, aby platby za péči nepřesáhly 226 miliard korun, se kterými budou hospodařit pojišťovny. Pokud by výběr pojistného klesl, vyjde v pololetí novela vyhlášky – peníze pro akutní péči se nezmění, ale asi se omezí peníze pro plánovanou péči.

Nižší míra restrikce

Mamografický screening, u něhož

se lékaři báli omezení, má v rámci novely seznamu výkonů nově propočítané výkony s navýšením režie. I když hodnota bodu bude jen 1 koruna, celková úhrada tedy neklesne. Stejně bude oceněn screening novorozenců. Screening rakoviny tlustého střeva a konečníku a rakoviny děložního čípku, kde se nic nemění, má dosavadní hodnotu bodu 1,03.

Dialýza dostane oproti původnímu návrhu vyhlášky o 5 haléřů víc, tedy 0,95 Kč za bod. Pro speciální typ dialýzy bude bod navýšen z 0,60 na 0,80 Kč. „Šli jsme na kompro-

mis, aby tlak nebyl tak výrazný, nicméně snížení proti letošku bude,“ podotkl Petr Nosek. Ministerstvo podle něj nepočítá s tím, že by se dialyzační střediska kvůli penězům zavírala, péči mají zajistit všem pacientům, musejí se proto chovat ekonomičtěji než dosud. Následná péče podle původního návrhu neměla v úhradách loňské navýšení platů sester a letošní navýšení platů lékařů. Dostane tedy 103% paušálu roku 2010, což podle ministerstva platové požadavky pokryje. „Jejich představa **(pokračování na straně 2)**

IKEM slibuje **více muziky** **za stejné peníze**

Nový šéf pražského Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) Aleš Herman představil svůj restrukturalizační plán, jehož hlavním cílem je nejen zachování stávající kvality klinické a experimentální činnosti, ale také její rozšíření při udržení finančních nákladů na úrovni tohoto roku.

Významnou ambicí nového ředitele je navýšení počtu transplantací, v nichž je pražský IKEM v rámci ČR, co do celkového počtu provedených výkonů, lídrem. Náklady by přitom měly zůstat stejné.

Prostor k úsporám podle Hermana stále existuje. Rezervy jsou především u dodávek zdravotnického materiálu a přístrojů. Například s firmou KardioPort, se kterou podle některých zdrojů

předchozí vedení IKEM uzavřelo výrazně nevýhodnou smlouvu, už dohodl pro příští rok slevu 16% a na cenu prý ještě bude tlačit.

(pokračování na straně 2)



**Aleš Herman (IKEM):
Když nebudeme muset
vracet ušetřené peníze,
určitě si vystačíme.**

Hodně zdraví, zdravotnictví!

Vážení čtenáři, zdá se to až neuvěřitelné, ale už je zase konec roku. Připadá mi, že ten letošní utekl ještě mnohem rychleji, než ty předchozí. Čím to asi může být...?

Nejspíš tím, že čas letí jako jelen, a i když žijeme v době elektronizace ledasčeho, pořád nestihnáme vše tak, jak bychom chtěli. Elektronizace Vánoc



zřejmě nehrozí (poslouchání Rybovy mše z CD se snad tak úplně elektronizací nazvat nemůže), a proto si je můžeme užít tradičním „fyzickým“ způsobem v kruhu svých blízkých, se smaženou rybou a salátem a s poslechem uklidňujících koled.

Děkuji vám za přízeň, kterou Zdravotnickým novinám věnujete. Děkuji všem stálým autorům a přispě-

vatelům. Děkuji též redakční radě Lékařských listů za pomoc při tvorbě této odborné přílohy. Přeji vám všem pohodové prožití vánočních svátků, hladké přistání na konci letošního roku a úspěšný start do roku 2012. A hlavně hodně zdraví! To si dovoluji popřát i celému našemu zdravotnictví.

V novém roce se poprvé setkáme 16. ledna, kdy vychází první číslo Zdravotnických novin pro rok 2012.

Markéta Mlková, šéfredaktorka ZDN

Úhradová vyhláška dospěla ke kompromisu

(pokračování ze strany 1)

je podstatně vyšší, my musíme vycházet z určitého realismu, který nám dávají příjmy,“ upozornil náměstek.

Přísné regulační limity zůstávají

Parametry vyhlášky dotýkající se praktických lékařů a gynekologů budou přibližně stejné jako letos. Zdravotní pojišťovny jim prý ale už deset let platí víc a i regulace si domlouvají individuálně. Pro ambulantní specialisty v primární péči platí i nadále avizovaná stagnace. Navíc jsou výrazně zpřísněny hodnoty bodu po překročení limitu, stejně jako regulační limity.

Laboratoře a radiodiagnostika mají platby snižené o 5 %. Proti

platné hodnotě bodu 0,71 Kč pro radiodiagnostiku vyhláška původně navrhovala 0,65 Kč, po úpravě je to 0,68 Kč. „Je to kompromis, aby dopad na všechny byl relativně spravedlivě stejný,“ vysvětlil náměstek Nosek.

Zvýší se základní sazba za DRG

Nemocnice za akutní lůžkovou péči jako celek dostanou 103 % roku 2010. Koeficient navýšení je stanoven na 7 %, základní sazba pro platbu za případ DRG činí 29 000 až 29 500 korun, původní návrh byl 27 000. Platby prý pokryjí navýšení platů zdravotníků. Jednotlivé nemocnice na tom ale mohou být různě. Podle ministerstva záleží na skutečně provedené péči. Nemocnice si mohou za individuálně sjednanou péči, do níž pa-

tří například kardiostimulátory, dohodnout cenu se zdravotními pojišťovnami. Péči mimo DRG uhradí pojišťovny prostřednictvím individuální hodnoty bodu v limitu podle referenčního období. Ambulance v nemocnicích postupně přejdou na stejné úhrady jako ambulance mimo ně. Nyní se liší, změnit to má „přibližovací“ mechanismus.

Pro lázně se nic nemění, platba je za ošetřovací den, vyhláška stanoví minimální úhradu, ale pojišťovny mohou platit víc. Přibližně v polovině roku se zpřísní indikační seznam, který platby láním omezí.

Podle informací, které přinesla ČTK, byla vyhláška od minulého úterý v péči vládních legislativců. Vše bude „černé na bílém“ až v průběhu tohoto týdne, kdy má jít finální podoba vyhlášky do tisku. Platit má od ledna 2012. (ČTK, MK)

ANKETA

www.ZDN.cz

BUDOU PROTESTY ODBORŮ V PŘÍŠTÍM ROCE GRADOVAT?

88 %

PRÁVĚPODOBNĚ ANO

11 %

SPÍŠE NE

2 %

NEVÍM

HLASOVALO 65 UŽIVATELŮ
WWW.ZDN.CZ.



IKEM slibuje více muziky za stejné peníze

(pokračování ze strany 1)

Vyšší efektivita vedení

Aleš Herman po svém nástupu do funkce ředitele avizoval změny organizačních struktur, ke kterým také, po předchozím schválení ministrem Leošem Hegerem (TOP 09), došlo. S platností od 15. listopadu Herman zrušil funkci hned 4 náměstků. Redukována byla funkce náměstka pro ošetrovatelskou péči (hlavní sestra), pro informatiku a komunikaci, pro personální a právní věci a pro techniku a provoz.

V rámci navržené koncepce došlo i k vytvoření nového Centra experimentální medicíny (CEM). Jeho cílem je podle Hermana zrovnoprávnění experimentálních pracovišť vůči klinické části, neboť laboratorní a výzkumná činnost prý představují „přidanou hodnotu“ institutu. Vedením centra šéf IKEM pověřil profesora Ludka Červenku, který bude podle Hermana zodpovědný nejen za výzkum a publikační činnost CEM, ale i za jeho ekonomiku.

Lídr v transplantacích

IKEM by si podle Hermana zasloužil označení Národního transplantacího centra, neboť v současnosti provádí 58 % veškerých transplantací na našem území, z nichž některé (např. transplantace pankreatu a Langerhansových ostrůvků) jsou v ČR dokonce unikátní. Podle šéfa IKEM by se institut v budoucnu mohl dostat až na 70 %, ale ve zvyšování produktivity je limitován dvěma důležitými faktory.

První z nich představuje chronický nedostatek dárců orgánů. Zde se chce Hermanův tým zaměřit především na lepší koordinaci dárců vytvořením autonomní funkce koordinátora pro konkrétní transplantacího programy a také na rozvoj transplantací od žijících dárců.

V tomto případě se jedná i o možnost transplantace tzv. nekompatibilních orgánů. Výhodou těchto transplantací je, že pacient nemusí tak dlouho čekat na vhodný orgán, neboť v případě

tzv. čekacích listin se vždy hledá „nejvhodnější klíč do daného zámku“. Obrácenou stranou mince je podle Hermana vysoká, někdy až třikrát vyšší finanční náročnost.

Dalším kamenem úrazu při snaze o zvyšování stávajícího rozsahu transplantací je podle ředitele IKEM vysoká finanční ztrátovost transplantacího programu, který musí být významně dotován z výnosů Kardiocentra. Řešením by podle Hermana mohly být tzv. balíčkové ceny, díky nimž by IKEM mohl docílit vyšší produktivity za stejné peníze.

Nabídka balíčku

Chystaná úhradová vyhláška dává nemocnicím možnost sjednat si na část péče individuální ceny, toho chce ředitel využít a nabídnout pojišťovnám zmíněné „balíčkové ceny“. Jedná se o sumu finančních prostředků na prehospitalizační, hospitalizační i posthospitalizační péči o pacienta.

Nabídka by podle Hermana mohla znít například na 360 transplantací za 360 milionů. Pro pojišťovnu by podle něj měla být taková transakce neutrální, neboť by nedošlo k navýšení zaplacených prostředků. Šlo by pouze o to, že by IKEM nemusel ušetřené peníze na materiálu a přístrojích vracet zpět na účet pojišťovny, ale mohl by je reinvestovat do jiného programu v rámci institutu.

„Co se týká transplantacího programu pro rok 2012, jsme schopni navýšit počet výkonů bez navýšení objemu finančních prostředků. My si se stávajícím objemem finančních prostředků ekonomicky poradíme, jen když nebudeme muset ušetřené peníze vracet,“ sdělil Aleš Herman.

Nový šéf IKEM také avizoval, že nyní bude od ministra Leoše Hegera a jeho ekonomického náměstka Petra Noska požadovat podporu při vyjednávání individuálních úhrad s pojišťovnami, které prý navržená úhradová vyhláška umožňuje.



Petr Nosek. Foto: Leoš Chodura

Nad Tatrou se ještě bude blýskat

Slovenská verze „Děkujeme, odcházíme“ končí. Oproti českému vzoru dosáhla větších úspěchů, ale má před sebou výrazně méně jistou budoucnost.

Také slovenští lékaři si drsnou nátlakovou akcí vynutili zvýšení mezd a řadu dalších ústupků. Na první pohled by se mohlo zdát, že jsou na tom ve výsledku ještě lépe než lékaři čeští. Je to ale jenom první zdání.



Martin Čaban

Ano, lékaři na Slovensku potřeby vládu ještě výraznějše potupněji než jejich čeští kolegové, kteří nakonec dosáhli poměrně důstojné kompromisní dohody s ministrem Leošem Hegerem. Šéf Lékařského odborového združenia Ma-

rián Kollár vyždímal z vlády všechno, co chtěl. Platy nejen že v příštím roce výrazně stoupnou, ale budou dokonce zákonem indexovány k průměrné mzdě, což je výtěžek, který v tržním hospodářství působí

zcela neuvěřitelně. Kollárovým odborářům se podařilo zastavit probíhající transformaci nemocnic, což byl jeden ze základních pilířů slovenské koncepce zdravotnictví, který měl nemocnicím vnutit efektivnější hospodaření.

A ve výčtu úspěchů by se dalo pokračovat.

Nový soupeř na obzoru

Kámen úrazu tkví v tom, že slovenští lékaři rozjeli svou verzi akce „Děkujeme, odcházíme“ v mimořádně nejisté době. Vláda, na níž si vymohli memorandum, které ukončilo protest, za pár měsíců skončí. Totéž platí o parlamentu, jenž některé výtěžky odborářů zakotvil do zákonů. V březnu čekají Slovensko předčasné volby, z nichž s největší pravděpodobností (i když do března se ještě může stát mnohé) vze-

jde levicový parlament a vláda vedená sociálním demokratem Robertem Ficem. Když se Fica novináři zeptali, zda dodrží sliby lékařům, až bude ve vládě, odpověděl, že jeho strana Smer je nyní v opozici.

Čeští lékaři se dnes snaží ministru Hegerovi připomínat, co jim v memorandu slíbil. Je to trochu boj, ale pořád mohou jednat s tím, kdo je pod memorandumem podepsán. Jejich slovenští kolegové ovšem zanedlouho budou jednat s úplně jinou vládou, jež se dřívějšími sliby nemusí cítit vázána. A která bude mít klidně i sílu vyškrtnout ze schváleného zákona indexaci platů. V tom je pozice slovenských odborářů mnohem obtížnější a riskantnější než pozice těch českých.

Pošramocený obraz

Druhou nevýhodou slovenských lékařů je negativní nálada ve společnosti, kterou způsobili tím, že na rozdíl od Čechů nezvládli dovést jednání s vládou včas do konce a na týden skutečně omezi-

li provoz v řadě významných slovenských nemocnic. Když potom přijelo zhruba na tři dny na výpomoc několik českých vojenských lékařů, Kollár je přirovnal k okupantům z roku 1968. Snad to bylo jen náhlé pohnutí myslí mimo krajinu přičetnosti, způsobené návalem vyjednávacích úspěchů, ale veřejnému obrazu lékařského hnutí to rozhodně nijak neprospělo.

Zatímco čeští lékaři se alespoň částečně snažili své akce lidem vysvětlit a utratili za to velké peníze, slovenští tento aspekt podceňovali a pochopení mezi širší veřejností prakticky nehledali. Nekonal se happeningy, chyběly symboly a vysvětlovací akce. Slovinci vsadili vše jen na nátlakový potenciál. Umělecký dojem šel zcela stranou. Je samozřejmě otázkou, nakolik je veřejné mínění pro skupinu s tak silným nátlakovým potenciálem důležité. Slovenský protest tak měl nejen bouřlivější průběh než ten český, ale čeká jej i bouřlivější a mnohem méně jistá budoucnost.

Inzerce A111011518

Kam pro výhodný úvěr?

Úvěr Artesa je nejjednodušší cestou k získání dotace z evropských fondů

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

*** artesa**

INVESTUJTE VÝHODNĚ A S GARANCÍ

Artesa, spořitelní družstvo
tel.: 221 015 108

uver@artesa.cz
www.artesa.cz



Rizikové užívání konopí podceňují i odborníci

O nadprůměrném množství českých kuřáků marihuany, čínské hrozbě nových drog i úmrtích na záchytných stanicích hovořil nad letošní Výroční zprávou o situaci drog v ČR Národní protidrogový koordinátor z Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky **Mgr. Jindřich Vobořil**.

Akční plán národní protidrogové politiky má za jednu z priorit snížení vysoké míry užívání konopí. Jakými nástroji tuto prioritu naplníte?

Všechny nástroje vyžadují finanční náklady. Nejsou příliš vysoké, na tři roky jsme je vyčíslili na 50 milionů korun, což není moc. Vláda loni na podzim tento rozpočet schválila, přestože to byl v té době jeden z mála požadavků na prostředky ze státního rozpočtu. Loni jsme dostali malou část, 10 milionů, na plnění akčního plánu. Na druhé straně se snížila část peněz na standardní péči - na udržení dlouhodobé péče o problémové uživatele drog.

Část prostředků jsme nyní použili na oživení projektu, který je určen pro vzdělávání osob pracujících s uživateli drog. Budou více pracovat s intenzivními kuřáky marihuany, to je totiž nyní nejproblematictější skupina, protože na sebe nabaluje další experimenty s jinými drogami. Ohledně kuřáctví marihuany nám zástupci Evropských sociálních fondů také připomínají, abychom rozjeli aktivní komunikaci s veřejností na téma kuřáctví marihuany.

Počet kuřáků marihuany je v ČR stále nejvyšší v Evropě, ale ve

srovnání s předchozím obdobím se situace u nás mírně lepší. Na západní Evropě je vidět, že programy, které nevyžadují ohromující množství prostředků, opravdu fungovaly, jde hlavně o poradenství a informační služby, jež oslovují skupinu mladých lidí, kteří jsou potenciálně problémovými uživateli konopí, a veřejnost obecně.

Z výroční zprávy vyplývá, že společnost je vůči užívání marihuany tolerantní. Inicivoval jste Pracovní skupinu za legalizaci konopí pro léčebné účely. Ne bude legalizace konopí pro léčbu způsobovat, například u mladistvých, ještě větší toleranci k rizikovému užívání?

Takové riziko tohle téma nese, pokud neoddelíme debaty o léčebném konopí pro pacienty a o rizikovém užívání marihuany. Je bez diskuse, že pacienti mají mít přístup k léčebným prostředkům obsahujícím konopí, stejně jako se pro léčebné účely používá opium nebo morfium. Ale to není můj úkol, jsem protidrogový koordinátor. Vznik pracovní skupiny jsem inicioval proto, že cítím potřebu tato témata oddělit. Pokud bude léčebné konopí legální, jed-



Foto: Leoš Chodura

nou provždy uzavřeme možnosti lidem, kteří pěstují marihuanu ve velkém a budou se hájit motivem léčby. Pokud bude léčebné konopí na trhu a vzniknou licencované pěstírny, lze dokázat, že nelegálně vypěstované konopí je určeno k rizikovému užívání, například distribuci, ne k léčbě. Tolerantní postoj typu „konopí není problém, kdokoli a kdykoli ho užijeme, vždyť je méně rizikové než alkohol“ je extrémní. Celkově je společnost k užívání konopí laxní a svědčí o tom právě i statistické údaje, podle kterých jsme na tom s užíváním marihuany nejhůř v Evropě.

Je to způsobeno nedostatkem informací ve společnosti?

Určitě. Ale laxní přístup má i řada odborníků, kteří se léčbou závislosti zabývají. Nepovažují kuřáctví marihuany za podstatné. Pokud však máme podle odhadů 60 až 70 tisíc problémových uživatelů konopí a velké procento z nich subjektivně přiznává problém s konopím, odborníci by se k tomu neměli stavět přezíravě.

Ve zprávě se také uvádí, že se v loňském roce zdvojnásobil počet úmrtí na předávkování nele-

cento případů, kdy lidé zbytečně umírají na předávkování alkoholem. Stává se, že policejní hlídka vozí hodinu po městě kolabujícího nezkušeného pijáka, který cestou na záchytku zemře. Přitom vůbec nejde o dlouhodobě opilce, často jsou to mladiství experimentátoři, nezkušené mladé dívky.

Od loňského roku je v Česku evidován zvýšený výskyt nových syntetických drog. Ve zprávě se uvádí, že mají podobné účinky jako tradiční drogy, ale nejsou na seznamu omamných a psychotropních látek a vymykají se tak mezinárodnímu i národnímu systému kontroly. Odkud k nám přicházejí?

Převážně z Číny. Čínská administrativa tvrdí, že o tocích těchto drog neví. Ale tomu se mi nechce věřit. Z logiky represivního komunistického systému, který kontroluje kde co, se mi nezdá možné, že by vláda takové aktivity neodhalila. Můj odhad situace je, že jde o plán čínské vlády vytlačit ilegální trh konvenčních drog drogami, které vyrobí oni. Než evropské vlády zareagují na nějakou látku a stáhnou ji z legálního trhu, mají nachystanou řadu nových.

Nejhorší je, že se k této situaci nikdo nechce příliš vyjadřovat. Česko je členem neformální mezinárodní konzultativní jednotky, takzvané Dublinské skupiny, která se zabývá snižováním drogové poptávky a nabídky. Na těchto setkáních národních koordinátorů, policistů, celníků a diplomatů se o této hrozbě vědomě mlčí. Nikdo si nechce Čínu rozházet.

Jaký tedy očekáváte vývoj? Jak se bude příliv těchto drog kontrolovat?

Nárůst je rok od roku citelnější. Situace se nyní trochu změnila s polským předsednictvím v Radě EU. Vznikly dohody o větší společné kontrole, například monitoring prekurzorů drog, tedy látek, které jsou k výrobě drog zapotřebí, nebo celkový dohled nad dováženými látkami. Spouští se také systém varování ostatních zemí EU, pokud jeden stát zjistí prodej podezřelých substance. Pokus o sjednocení legislativy je však v tomto ohledu zatím velké sousto. V tuto chvíli jde o nový fenomén a velké riziko do budoucna. Ale pro nás největším problémem zůstávají konvenční drogy - pervitin, heroin, amfetaminy.



Post posudkových lékařů vylepší změna platového tarifu

Lékařů posudkové služby České správy sociálního zabezpečení (ČSSZ) je nedostatek. S cílem zvýšit jejich konkurenceschopnost a zatraktivnit posudkové lékařství MPSV připravilo návrh nařízení vlády, podle něž by tito lékaři konečně měli být placeni jako jejich kolegové v resortu zdravotnictví.

Náprava znevýhodněných platebních podmínek pro posudkové lékaře si ze státního rozpočtu vyžádá 57 milionů korun. „Odměňování posudkových lékařů bude podle zvýšené stupnice platových tarifů znamenat navýšení finančních nákladů v roce 2012 v objemu 56 918 tisíc korun. Tyto náklady budou kryty v rámci rozpočtové kapitoly ministerstva práce a sociálních věcí z úspor dosažených přijatými organizačními a technickými

opatřeními,“ řekl Zdravotnickým novinám Petr Sulek z tiskového oddělení MPSV.

Nový tarif od ledna

„Lékařům orgánů sociálního zabezpečení přísluší dle platné legislativy platový tarif podle přílohy číslo 2 k nařízení vlády o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, což neodpovídá náročnosti vykonávané činnosti, jejíž charakter je srovná-

teľný s činností lékaře poskytujícího zdravotní péči ve zdravotnickém zařízení ústavní péče nebo zařízení záchranné služby. Proto by měl od 1. ledna 2012 posudkovým lékařům dle návrhu příslušet platový tarif podle shodné stupnice platových tarifů, dle které jsou odměňováni lékaři poskytující zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních ústavní péče a v záchranné službě,“ popsal stav a vývoj právní úpravy, která se stává součás-

ťí opatření nezbytných ke stabilizaci personální situace v lékařské posudkové službě, Petr Sulek. Nařízení ale zároveň ruší zvláštní příplatek, který těmto lékařům přísluší za zvýšenou zátěž při výkonu práce vyžadující individuální přístup k jednotlivým případům.

Posudkových lékařů ubývá s věkem

„Lékaři orgánů sociálního zabezpečení nemohou za stávajících

podmínek konkurovat v systému odměňování lékařům ze zdravotnických zařízení. Proto je téměř nemožné získat pro výkon práce v orgánu sociálního zabezpečení lékaře v produktivním věku,“ uvádí v důvodové zprávě vyhlášký resort sociálních věcí a tuto informaci potvrdil i mluvčí ČSSZ Pavel Cejdoš: „Průměrný věk lékařů posudkové služby je 58 let.“ Zatím ČSSZ postrádá 35 lékařů, od nového roku jich bude chybět dokonce 41. Potřeba zlepšení podmínek a nábory nových, relativně mladých lékařů tedy stále stoupá.

Přesto však MPSV nechce předjímat, jak konkrétně se platy posudkovým lékařům zvýší. „Vliv tohoto opatření na výši platu lékařů orgánu sociálního zabezpečení není možné předvídat, protože zaměstnavatel může v rámci své pravomoci využít u těchto lékařů zvláštní způsob určení platových tarifů,“ uvedla Taňa Švrčková z tiskového odboru ministerstva. **Petra Klusáková**

Licenci pro pěstování konopí bude vydávat státní agentura

Při Státním úřadu pro kontrolu léčiv (SÚKL) by měla vzniknout nová státní agentura mající na starosti vydávání licencí pro pěstování konopí pro léčebné účely. Legislativní změny pro úpravu pěstování a užívání konopných přípravků ale musí nejprve schválit vláda.

Pracovní skupina za zpřístupnění konopí pro léčebné a výzkumné účely vedená děkanem 1. lékařské fakulty UK Tomášem Zimou ukončila svou činnost návrhem legislativních změn především v zákonu o návykových látkách a zákonu o léčivech. Upravuje podmínky pěstování konopí v ČR, ochranu před únikem léčebného konopí určeného pro nemocné na nelegální trh s konopím jako nezákonnou drogou i formu předepisování léčebných prostředků lékařem.

„Připravili jsme návrh změn v paragrafovaném znění a předali jej předsedovi vlády České republiky a předsedkyni Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR. Současně jsme vypracovali důvodovou zprávu, ve které vysvětlujeme, proč jsou tyto změny potřebné a jaká je logika předkládaného návrhu. Přijetí legislativního návrhu již bude rozhodnutím a zodpovědností poslanců a senátorů,“ uvedl národní protidrogový koordinátor Jin-

dřich Vobořil, který předpokládá, že pokud bude novela schválena ve zkráceném čtení, vejde v platnost v létě příštího roku.

Elektronický recept pro evidenci a kontrolu

Vydáváním licencí k pěstování konopí ve specializovaných pěstírnách na území ČR pracovní skupina pověřila SÚKL. Měla by při něm vzniknout Státní agentura pro léčebné konopí, která by zajišťovala kontrolu několika licencovaných pěstitelů léčebného konopí v ČR. „Půjde o dva až pět odborníků, kteří mohou při posuzování pěstitelů v prostředí SÚKL využívat místního know-how. Snažili jsme se o co nejmenší náklady ze státního rozpočtu,“ popsal profesor Zima.

Součástí předloženého legislativního návrhu není možnost, aby si pacienti mohli konopí pro svou léčbu sami pěstovat a nekontrolovaně je užívat. Pracovní skupina

doporučuje výhradní distribuci léčebného konopí přes standardní síť lékáren a zdravotnických zařízení. Do lékáren by se konopí mělo dostat sušené a v této formě pacientovi vydá lékárník, který z něj ale také může připravit tinkturu či masť. Léčebné konopí by podle návrhu pracovní skupiny mělo být hrazeno z prostředků zdravotního pojištění.

Pracovní skupina považuje za nezbytné, aby léčebné konopí bylo vydáváno výhradně na tzv. elektronický recept s omezením. Konopí tak danému pacientovi nepředepíše více než jeden lékař a v lékárně nebude vydáno nadměrné množství látky. Výhodou je i to, že e-recept může být specializovaným lékařem vydáván periodicky na dálku. „E-recept může zároveň sloužit policii ČR jako nástroj kontroly,“ uzavřel Tomáš Zima.

(Více informací v rozhovoru s Jindřichem Vobořilem - viz str. 4.) **(klu)**

Klatovskou nemocnici povede krizový ředitel

Dosavadní krizový šéf Klatovské nemocnice František Lešundák vyhrál počátkem prosince výběrové řízení a povede druhou největší nemocnici v Plzeňském kraji i nadále.



Foto: Sedmítka

„Hlavním cílem největšího krajského zdravotnického zařízení bude dokončení stavby nového objektu za více než miliardu korun, přestěhování nemocnice a také vylepšení dosavadní ekonomické situace,“ uvedl krajský radní pro zdravotnictví Václav Šimánek (ČSSD) a pochválil vítězného kandidáta, který má podle jeho slov vizi jak posunout toto zařízení k prosperitě, ke spokojenosti pacientů a na místo druhé největší nemocnice v Plzeňském kraji.

„Nerad odcházím od rozdělané práce. Chci se za tři roky dostat v hospodaření k nule, to je velká výzva,“ řekl ředitel Lešundák. Když v lednu nastupoval, měla nemocnice po-

volenou roční ztrátu 102 milionů, kterou se mu podařilo snížit o 30 milionů. „Na příští rok počítáme se ztrátou ve výši 48 milionů, pak ještě méně a v roce 2014 bychom chtěli být na nule,“ dodal. Připustil, že jeho cíle budou ovlivněny tím, co dovolí zdravotní pojišťovny.

Lepších ekonomických výsledků se klatovský ředitel chce dobrat navýšením výkonů, důrazem na jednodenní chirurgii či sdílením lůžkového fondu. „Budeme mít novou nemocnici, máme skvělé týmy lékařů, takže ani nemůžeme jinak než navyšovat výkony a nemocnici využívat naplno. Pojišťovny nám to ale musejí povolit o víc než jen o 5 procent,“ vypočetl Lešundák. **(klu, ČTK)**

S hrdostí bychom mohli nést název **Národní transplantační centrum**

Jak bude vypadat tvář Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze (IKEM) pod správou nového vedení, jsme se zeptali bývalého dlouholetého šéfa vědecké rady ČLK a nově jmenovaného ředitele IKEM – MUDr. Aleše Hermana, Ph.D.

Jako součást výběrového řízení jste ministři předkládali koncept změny řízení IKEM. Mohl byste představit její základní body? Daří se vám je zatím naplňovat?

Po nástupu do funkce jsem prezentoval změnu organizační struktury, jejímž smyslem bylo zefektivnění vedení IKEM. Hned poté jsem přistoupil k restrukturalizaci vedení, která vstoupila v platnost po 15. listopadu, tak jak ji schválil ministr zdravotnictví Leoš Heger, jemuž přímo podléháme.

Jaké jsou základní rysy této nové struktury?

V první řadě je to zúžení celého vedení. Dále je to zrovnoprávnění experimentální a výzkumné činnosti tohoto institutu. Z původního počtu několika náměstků jsem redukoval čtyři náměstky – konkrétně technického, personálního, pro ošetřovatelství a pro informatiku – do dvou větví rozhodovacího řízení. První z nich je větev ekonomicko-technická a druhá léčebně-preventivní. Za ekonomicko-technickou větev zodpovídá můj statutární zástupce pan inženýr Michal Stiborek, který má na starosti ekonomiku a provoz. Za léčebně-preventivní větev a ošetřovatelství zodpovídá



Foto: Leoš Chodura

můj druhý náměstek pan doktor Michal Želízko.

Podle mnou jsou přímo vedené struktury, mezi které patří právní oddělení, úsek vnitřní kontroly a lékárna. Nejužší vedení je tedy nyní trojčlenné. A musím s políčováním konstatovat, že z tohoto nejužšího vedení jsem ten nejširší. (usmívá se)

V tiskové zprávě k vašemu nástupu do funkce jste také jako

jeden z cílů uvedl posílení vědecko-výzkumné činnosti. Jakými prostředky toho chcete dosáhnout?

To je otázka zrovnoprávnění experimentální a výzkumné činnosti, která se týká vlastní podstaty a filozofie tohoto institutu. Jsme Institut klinické a experimentální medicíny. Výzkumná činnost je přidáná hodnota našeho zařízení, v němž byl výzkum vždy aplikován přímo do klinické praxe.

Nejnovější poznatky potom dostaly IKEM na špici české i evropské medicíny.

Kardiocentrum, Transplantcentrum a Centrum diabetologie bylo doplněno nově konstituovaným Centrem experimentální medicíny. Smyslem bylo sjednocení veškeré laboratorní a výzkumné činnosti pod jednotné vedení. Tím byl pověřen slovutný vědec, pan profesor Luděk Červenka. Od něj očekáváme přesné vedení výzkumné a experimentální činnosti jak po stránce vědecké a publikační, tak i po té ekonomické. Pan profesor tedy bude zodpovídat i za finanční prostředky, a to s důrazem na efektivitu.

Jak chcete tuto ekonomickou efektivitu měřit zrovna ve výzkumu?

Ve výzkumu to jde obtížně, protože přináší výsledky až s odstupem času, nicméně musíme je poměřovat i ekonomickými požadavky, neboť tato činnost je velmi náročná – mohu zmínit třeba dlouhodobý výzkum transplantace Langerhansových ostrůvků. V příštím roce bychom se pak také chtěli investičně podílet na rozšíření výzkumné činnosti.

Česká transplantační společnost řadu let upozorňuje na nutnost rekonstrukce programu transplantací. Dosud není správně (zdali vůbec) vyčísleno, kolik která transplantace stojí. Budete iniciovat jednání s pojišťovnami na toto téma?

Transplantační program byl vždy ztrátový a musel být kryt z výnosů našeho Kardiocentra. Proto jsme si zadali vnitřní i externí analýzu. Výsledkem bylo řešení, které představují takzvané balíčkové ceny, jež by nám měly umožnit podřít tento program v celé dosavadní šíři.

Balíčková cena je suma prostředků na léčení pacienta v těžkém stavu, kdy je transplantace často poslední šancí na zlepšení jeho

stavu. Cena zahrnuje prehospitalizační fázi, vlastní hospitalizační fázi a zdaleka ne nepodstatnou posthospitalizační fázi, tedy udržování pacienta na trvalé imunosupresivní léčbě, která rozhodně není levná. Balíčkové ceny nám umožňují přesně stanovit náklady na každou transplantaci daného orgánu. Nyní víme téměř na korunu přesně, kolik která transplantace stojí, a jsme schopni plátcí předložit přesný rozpočet, na kolik vyjde daný zákrok u jeho pojištění.

My tomuto státu nabízíme, že se staneme jeho národním transplantačním centrem, a nabídka na příští rok konkrétně zní: 200 ledvin, 75 jater, 50 srdcí, 35 transplantací slinivky a případně Langerhansových ostrůvků. Dohromady to činí zhruba 360 transplantací orgánů v úhrnné ceně 360 milionů. Podstatné pozitivum na tom je, že se jedná o neutrální výdaj z pohledu správce zdravotního pojištění, který je dosud hrazen z výnosů Kardiocentra. Tedy tento správce nebude nucen navyšovat objem prostředků, pouze nám ušetřené peníze ponechá v našem programu a my tento výnos z našeho Kardiocentra, který jsme používali na naše transplantační centrum, budeme dopředu avizovat jako příjem našeho transplantačního centra.

V Česku je značný nedostatek orgánů vhodných k transplantaci, kvůli nedostatečné informovanosti a motivaci společnosti chybí hlavně orgány od živých dárců, rezervy jsou například v programu párového dárcovství. Jak se na zlepšení této situace podílí IKEM?

Pokles počtu dárců orgánů je obecný problém číslo jedna a týká se celé Evropy a zbytku civilizovaného světa. Jsem toho názoru, že tomuto problému čelit lze. Jednak chceme zlepšit koordinaci transplantací vytvořením nových funkcí autonomních koordinátorů, což by mohlo být řešením například pro program transplantace srdce. Chceme také rozvíjet program transplantace od žijících dárců – v tomto případě ledvin. Transplantace obecně naráží na mnohé problémy – ekonomické, legislativní a někdy i metodické. Domnívám se, že IKEM Praha by mohl nést s hrdostí název Národní transplantační centrum. V tomto ohledu se můžeme opřít o čísla – 58 procent všech transplantací v České republice bylo provedeno na této půdě a my máme ambici toto číslo ještě zvýšit.

Ministerstvo zdravotnictví přebírá oficiální záštitu nad nemocničními kaplany

Na setkání o duchovní službě v nemocnicích s pražským arcibiskupem a předsedou České biskupské konference (ČBK) Dominikem Dukou a předsedou Ekumenické rady církví (ERC) Joelem Rumlem to uvedl ministr zdravotnictví Leoš Heger.

Ministr zdravotnictví pečl nemocničních kaplanů ocenil jako velmi potřebnou a důležitou nejen pro pacienty a jejich rodinné příslušníky, ale i pro nemocniční personál. Při společné schůzce se zúčastněné strany dohodly, že MZ převzme oficiální záštitu nad duchovní službou v ne-

mocnicích a ve spolupráci s církvemi upřesní právní zakotvení přítomnosti nemocničních kaplanů ve zdravotnických zařízeních. Působení nemocničních kaplanů ve zdravotnických zařízeních se řídí „Dohodou o duchovní péči ve zdravotnictví“, která byla mezi ČBK a ERC uzavře-

na roku 2006. Nemocničním kaplanem se v této dohodě rozumí osoba, která poskytuje pastorační péči pacientům, personálu a návštěvníkům, řídí práci dobrovolníků v oblasti pastorační péče a zajišťuje kontakt s duchovními ostatních církví podle přání pacienta. (klu)

IPVZ povede bývalý náměstek MZ

Na post nového ředitele Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) jmenoval ministr zdravotnictví Leoš Heger svého dosavadního prvního náměstka Vladimíra Pavelku.

Mezi jeho hlavní úkoly bude patřit koordinace procesu přesouvání zodpovědnosti za postgraduální vzdělávání lékařů na lékařské fakulty a čerpání finančních prostředků z fondů Evropské unie na vzdělávání lékařských a nelékařských pracovníků.

Nastavit vztah mezi státem a univerzitami

„Jsem rád, že pan náměstek přijal tuto novou výzvu, protože oblast vzdělávání je pro nás skutečně klíčová. Zvláště nyní, kdy se snažíme velkou část agendy včetně pravomocí přesunout na lékařské fakulty. Důležité je i nově nastavit vztah mezi státní správou a univerzitami,“ uvedl při jmenování Vladimíra Pavelky do nové funkce ministr Heger a dodal, že prioritou nového ředitele bude obnovení oboru výuky veřejného zdravotnictví na IPVZ, protože bez



Vladimír Pavelka. | Foto: TOP 09

jeho nastartování se zdravotnický systém nemůže dlouhodobě dobře rozvíjet.

„V práci pro institut vidím velkou příležitost a výzvu. Především v době, kdy oblast vzdělávání lékařů a nelékařského personálu v rámci celého zdravotnictví získává na významu a představu-

je pro ministerstvo jednu z klíčových oblastí,“ uvedl ke svému novému postu Vladimír Pavelka, který podle svých slov počítá také s další spoluprací dosavadní ředitelky IPVZ Venduly Přírkové.

Druhý náměstek za poslední půlrok

Stávající pozice prvního náměstka ministra zdravotnictví zůstane neobsazena. Jeho povinnosti, tedy dohled nad fakultními nemocnicemi a chodem úřadu, zatím převzme ministr. MZ tak v této chvíli přišlo již o druhého náměstka. V září opustil úřad také tehdejší náměstek pro elektronizaci zdravotnictví a propojení zdravotní a sociální péče Jiří Schlanger. Ten odešel proto, že se mu dle jeho slov nedařilo naplňovat své záležitosti. Jeho funkci poté MZ zrušilo a nehodlá ji do budoucna obnovit.

Petra Klusáková

MZ zveřejnilo platy vedoucích pracovníků ve fakultních nemocnicích

Nejvíce letos dostali přidáno primáři nemocnic, mírně se zvýšily platy také přednostům. Naopak ředitelské platy se snížily o 56 tisíc korun.

Ministerstvo zveřejnilo čisté průměrné platy na vedoucích postech přímo řízených zdravotnických zařízení v reakci na přetrvávající spekulace o jejich výši. Průměrný čistý měsíční příjem letos stoupl přednostům, loni měli v průměru 72 244 korun, letos 73 717. Více ale stoupl plat primářům, kteří loni měli 59 862 korun, letos se platy vyšplhaly na 65 650

korun. Výrazně naopak klesly čisté příjmy ředitelů nemocnic. Podle ministerské tabulky dostali loni 141 584 korun čistého, letos 85 468 korun. Propad souvisí se systémem manažerských odměn, ty jsou oproti předchozím letům asi o třetinu nižší. Po letošní odborové akci „Děkujeme, odcházíme“ stoupl průměrný hrubý příjem nemocničních léka-

řů z 50 tisíc až na zhruba 60 tisíc korun, tedy na 35 až 40 tisíc korun čistého. Lékařům byl navýšen tarif o 5 až 8 tisíc korun měsíčně, podle praxe a vzdělání, navýšení se projevilo i v odměnách a finančním ohodnocení přesčasů, které se z tarifu vypočítávají. Od ledna chce ministr zdravotnictví Heger zvýšit tarify o 6,25 %.

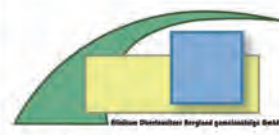
(ktu)

Přehled průměrných mezd vedoucích pracovníků fakultních nemocnic

	Průměrný čistý měsíční příjem	
	rok 2010	rok 2011
ředitel	141 584 Kč	85 468 Kč
přednostové klinik a ústavů	72 244 Kč	73 717 Kč
primáři	59 862 Kč	65 650 Kč

* Platy jsou uvedeny v čistém příjmu a jsou do nich zahrnuty všechny funkční příplatky, přesčasy a bonusy.

Z DOMOVA



AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS AN DER TU DRESDEN
Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2008



Die Klinikum Oberlausitzer Bergland gemeinnützige GmbH ist ein Krankenhaus der Regelversorgung mit moderner medizinisch-technischer Ausstattung an den Standorten Ebersbach und Zittau.

In den Kliniken für Innere Medizin, Chirurgie, Unfall- und Mandchirurgie, Anästhesie mit interdisziplinären Intensivstationen, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin sowie Belegabteilungen HNO und Augenheilkunde stehen rund 545 Betten für die stationäre Versorgung von jährlich über 23.000 Patienten zur Verfügung.

Leistungsfähige Funktionsbereiche, wie z. B. zentrale OP's, Funktionsdiagnostik, Zentralsterilisation, Notfallaufnahmen und zahlreiche ambulante Sprechstunden vervollkommen die Patientenversorgung.

Darüber hinaus verfügt das Klinikum über ein Institut für Radiologische Diagnostik, ein Institut für Laboratoriumsmedizin und eine Krankenhausapotheke. Weiterer Bestandteil des Klinikums ist eine Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche in Löbau.

Das Klinikum liegt im Bundesland Sachsen, in der landschaftlich schönen Oberlausitz am Rande des Zittauer Gebirges und direkt im Grenzgebiet zur Tschechischen Republik.

www.k-ob.de

In der Klinikum Oberlausitzer Bergland gemeinnützige GmbH suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt für unsere

Kliniken für Innere Medizin

Fachärztinnen/Fachärzte für

- Innere Medizin
- Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie
- Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie

Jährlich werden in den Kliniken für Innere Medizin an den beiden Standorten Zittau und Ebersbach auf insgesamt 9 Stationen mit rund 280 Betten ca. 11.000 Patienten stationär behandelt.

In den Kliniken wird das gesamte Spektrum internistischer Krankheitsbilder im Rahmen der Regelversorgung behandelt mit besonderer Schwerpunktbildung in folgenden fachlichen Disziplinen:

- Diabetes mellitus
- Gastroenterologie
- Hämatologie/Onkologie
- Kardiologie
- Angiologie

Darüber hinaus erbringen die Kliniken für Innere Medizin umfassende funktionsdiagnostische Leistungen für alle Patienten des Klinikums.

An Großgeräten werden im Klinikum u. a. ein mehrzeitiges CT, ein MRT und ein Linksherzkathetermessplatz vorgehalten.

Wir suchen fachlich qualifizierte und einsatzfreudige Ärztinnen/Ärzte, vorzugsweise mit guten Deutschkenntnissen, die bereit und motiviert sind, ihre Persönlichkeit in ein modernes, wirtschaftlich gut aufgestelltes Gesundheitszentrum einzubringen.

Wir bieten Ihnen:

- eine überdurchschnittliche Vergütung mit zusätzlichen Sonderzahlungen
- faire Arbeitszeiten – auch im Bereitschaftsdienst/Umsetzung des europäischen Arbeitszeitgesetzes
- kontinuierliche interne und externe Weiterbildung mit Kostenbeteiligung und bezahlter Freistellung
- kostenlosen weiterführenden Sprachunterricht durch einen erfahrenen Sprachlehrer direkt in der Klinik
- Unterstützung bei der Wohnungssuche
- Unterstützung bei der Beantragung der Approbation und der Facharztanerkennung in Deutschland

Ihre aussagefähige Bewerbung richten Sie bitte an:

Managementgesellschaft
Gesundheitszentrum
Löbau-Zittau mbH (MGLZ)
Abteilung Personal
Görlitzer Straße 8
D-02763 Zittau
oder per E-Mail an: personal@mglz.de



Co je v lékové problematice skutečností a co fikcí?

Následující článek je polemikou s některými názory, jež zaznívají na odborných akcích a prostřednictvím médií se šíří mezi veřejností, přitom podle mého názoru neodpovídají skutečnosti. Kritiku si ovšem zaslouží i státní správa za to, že se k těmto tvrzením nevyjadřuje.

NÁZOR: Z České republiky se ve značném rozsahu reexportují léky, v důsledku čehož čeští pacienti nemají možnost tato léčiva získat. Příčinou tohoto alarmujícího stavu jsou extrémně nízké ceny léků v Česku – nejnižší v EU. V zájmu pacientů je tudíž nutno urychleně zastavit další snižování cen léků.

Předchozí tvrzení ve zjednodušené podobě vyjadřuje názory, jaké zaznívají nejen na různých seminářích, ale i v médiích a postupně nacházejí sluchu též ve státní správě. Jde o fikci, či skutečnost? Informaci o reexportu léků v roční výši 16 miliard korun zveřejnil Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL), který současně poukázal na poruchy v plynulém zásobování, které reexport působí. Není již snadné zjistit, kdo byl tím prvním, kdo „odhalil“, že důvodem reexportu jsou mimořádně nízké ceny léků v Česku, údajně nejnižší v celé EU. Tomuto zdůvodnění příčiny reexportu léků zřejmě věří i státní správa. Například 10. listopadu na stanici Radiožurnál v debatě s viceprezidentem ČLK náměstek ministra zdravotnictví odpovědný za lékovou problematiku zpochybnil možnost hledání dalších úspor ve zdravotnictví v cenách léků právě argumentem reexportu.

Pozoruhodná cenová politika

Reexport léků z České republiky, který nesporně existuje, lze ovšem objasnit i zcela odlišně od prvního odstavce. Reexporty v rámci Unie nevyvolalo Česko. Léky se převážejí z jedné země do druhé od vzniku Unie a snahy výrobců o zákaz reexportu byly unijními



ilustrační foto: Shutterstock

institucemi jednoznačně odmítnuty. Základní příčinou reexportu je pozoruhodná cenová politika farmaceutických výrobců, kteří jsou ochotni své léky na různé trhy dodávat za výrazně odlišné ceny. Je zcela pochopitelné, že tuto situaci podobně jako v jiných zemích i u nás využívají obchodní firmy, které reexportem vydělávají nemalé peníze.

Obecně lze konstatovat, že v rámci Evropy mají nižší ceny především jižní státy a z nich se léky reexportují. Náš soused Německo naopak patří mezi země s nevyššími cenami léků v Evropě. A je to právě Německo, kam směřuje převážná část léků reexportovaných z Česka. Existenci reexportu

některých léků z ČR lze tudíž vysvětlit tím, že ceny těchto léků jsou v Česku nižší než mimořádně vysoké ceny v Německu. Zamezit reexportu léků do Německa srovnáním cen na úroveň Německa by našemu zdravotnictví ublížilo podstatně více než samotný reexport. Je proto nutné najít jiný způsob jak zajistit dostatek léků pro naše pacienty.

Ke srovnávání cen léků s jinými zeměmi ještě důležitá poznámka: Jak SÚKL, tak různí farmakonomové srovnávají ceny v ČR se zveřejněnými cenami v zemích EU. Je však veřejným tajemstvím, že na zveřejněné ceny poskytují výrobci v řady nákladných léků tzv. *undisclosed discounts* (tedy nezveřejněné slevy). Takže nebudeme na naše (zdánlivě?) nízké ceny příliš pyšní.

NÁZOR: Česká republika znemožňuje svým pacientům léčbu moderními léky. Moderní léky přicházejí na český trh se značným zpožděním.

Tvrzení o pozdní dostupnosti „moderních“ léků v našem zdravotnictví je na veřejnosti opakovaně šířeno jak samotnými vý-

robci těchto léků, tak osobami, jež s nimi mají „dobré vztahy“, a je dokládáno různými srovnáními a tabulkami. Instituce nesoucí odpovědnost za lékovou politiku, tedy ministerstvo zdravotnictví, Státní ústav pro kontrolu léčiv a zdravotní pojišťovny, tomuto tvrzení neopoují. Odpovídá realitě?

Především je nutno zdůraznit, že při porovnávání situace v Česku a v Evropě velmi záleží na výběru léků, které jsou zkoumány. Vhodným výběrem lze „dokázat“ cokoli. Neméně důležité je vyjasnění obsahu pojmu „dostupnost“. Chápeme pod „dostupností“ souhlas s hrazením z veřejného zdravotního pojištění, či pouhý souhlas s prodejem? V ČR zpravidla výrobce žádá současně jak o stanovení maximální ceny, umožňující přístup na trh, tak i o schválení úhrady z veřejného pojištění. Tento proces je zákonitě podstatně delší než separátní žádost o pouhý přístup na trh. Tabulky, jimiž je údajně zaostávání Česka dokazováno, neposkytují informaci, co přesně se dostupností rozumí.

Rychlé zavádění nese rizika

Podle zákona platícího od roku 2008 je podmínkou schválení úhrady vysoce inovativního léku v ČR jeho hrazení v jedné zemi EU. Od roku 2012 to budou dvě země EU. Je-li Česko, trpící nedostatkem finančních prostředků ve zdravotnictví, ochotno zařadit nový nákladný lék mezi léky hrazené z veřejného zdravotnictví již jako druhá či v budoucnu třetí země v Evropě, není tvrzení o pozdní dostupnosti absurdní? Nahlédnutím na internet lze navíc zjistit nemalý počet léků, které české zdravotnictví hradí, zatímco například anglické zdravotnictví „nemá dostatek finančních prostředků, aby si mohlo dovolit hradit lék, jehož doložené účinky neodpovídají nákladům“ (překlad obvyklého anglického zdůvodnění).

Rychlé zavádění nových léků, často na základě jedné studie, s sebou nese i riziko, o němž se zásad-

ně nehovoří. V rozmezí několika dnů v měsíci listopadu byly zveřejněny dvě závažné informace. Jeden „moderní“ lék, uvedený na trh začátkem století, je nyní celosvětově stahován pro naprostou neúčinnost. Studie, dle které byl léčivý přípravek původně schválen, se ukázala jako nevěrohodná. Jde skutečně o případ, který se nemůže opakovat? Kolik vydalo naše zdravotnictví za tento neúčinný lék? Druhým případem je zjištění závažných nežádoucích účinků, o nichž se dosud nevědělo.

NÁZOR: Náklady na léky v České republice v posledních letech nevykazují nárůst. Podíl léků na celkových nákladech zdravotnictví je v ČR nižší než v jiných zemích. Je proto na čase skončit s hledáním úspor v lékové sféře a pozorovat je nutno obrátit jiným směrem, kupříkladu na náklady nemocnic.

Tato teze je dokládána výdaji zdravotních pojišťoven za léky a zdůrazňováním roční úspory ve výši čtyři miliard korun, již SÚKL dosáhl revizí cen a úhrad.

I vývoj nákladů na léky lze hodnotit zcela odlišně oproti předchozímu odstavci. Zdravotní pojišťovny totiž od roku 2005 nevykazují preparáty spotřebovávané v lůžkových zařízeních v rámci centrálně specializované péče v nákladech na léky, nýbrž v nákladech na nemocnice. Do této kategorie spadá většina nákladných léků s rychlým nárůstem spotřeby. Argumenty o poklesu nákladů na léky tuto skutečnost velmi často opomíjejí a opírají se pouze o náklady vykazované na léčiva na recept.

Úspora i bez administrativy

Úsporu ve výši více než 4 miliard korun dosaženou revizí úhrad je možno vítat, ale ne přeceňovat. Odpovídá méně než 10 % ročních nákladů na léky. Shodou okolností lze velmi podobný (cca 10%) rozdíl zjistit mezi kurzem naší měny vůči euru mezi lety 2007 a 2011. Vyjádřeno v eurech tudíž zdravotnictví platí za léky v roce 2011 v průměru stejně jako v roce 2007. A druhý závěr: Pokud by zákon platný od 1. ledna 2008 namísto složitěho systému revizí úhrad správním řízením měnil výši úhrad každoročním porovnáváním devizového kurzu, roční úspora blížící se oněm 4 miliardám korun by vznikala již od roku 2009, a to bez jakékoli administrativní práce.

Nechť sám čtenář posoudí, zda názory psané kurzivou jsou fikcí, či skutečností.

Inzerce A111014451

Komplexní zásobování ordinací
zdravotnickým materiálem

 **www.medipos.cz**

objednávky a informace  800 136 136

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

Další lékař ve vládě

Titul MUDr. zřejmě v politice táhne. Objeví-li se s ním někdo na kandidátce ve volbách do zastupitelských sborů, jeho zvolení je téměř jisté. Nyní však vidíme, že se lékaři uplatňují i v nejvyšších odborných funkcích ve vládě, na postech ministrů, a to v čele resortů, které jsou jejich kvalifikaci na hony vzdálené.

Mezi vrcholnými politiky máme (a již jsme měli) řadu lékařů. A to i ve funkcích, u kterých své dosa- vadní teoretické znalosti a praktické zkušenosti uplatní jen obtížně. Přes tento handicap však mnozí udělali až závratnou kariéru, např. dr. Bém či doc. Svoboda jako primátoři hlavního města Prahy. Novým ministrem průmyslu a obchodu je nyní anesteziolog Martin Kuba. Dovede si někdo představit absurdnější spojení teoretické kvalifikace s praktickou funkcí? Jakpak se asi bude anesteziolog podílet například na zpracování energetické koncepce státu? Jak na základě svých teoretických znalostí a praktických zkušeností bude přispívat k podpoře vývozu výrobků českého průmyslu?

Stranická příslušnost nad odborností

Ale ona tato situace u nás není nová. Vždyť odborností lékařem byl i ministr obrany Martin Barták nebo ministr vnitra Ivan Langer.

Je překvapivé, že éra jejich ministrování zrovna nebyla zářným obdobím rozvoje těchto resortů? Holt u nás ve vrcholné vládní funkci může být opravdu kdekdo. Hlavně že má tu správnou stranickou příslušnost a potřebnou loajalitu. Jako za socialismu v 50. letech. Stranická příslušnost je více než odborné předpoklady. Můžeme se pak divit, že je stav národního hospodářství neradostný? Složitost ekonomických poměrů, a to nejen českých, ale i evropských a světových, si žádá skutečné odborníky ve vrcholných vládních funkcích. Viděno očima našich politiků však asi naše ekonomická situace zase až tak tragická není. My si zřejmě můžeme dovolit mít v ministerských funkcích laiky. Avšak případ ministra průmyslu a obchodu není v této vládě výjimkou. Nyní např. odborná učitelská veřejnost volá po odvolání ministra školství, který prý českému školství více škodí, než prospívá, odbornost ministra životního prostředí se také



MUDr. Martin Kuba. | Foto: www.nemcb.cz

jasně ukázala při řešení „kúrovcové“ krize atd. Někdo může namítnout, že funkce ministra je politická, nikoli odborná. Pro odborná stanoviska má přece ministr svůj aparát, který je garantem odborného postupu v rámci resortu. Praxe nás však přesvědčuje o opaku. Většina ministrů má nákladný štáb poradců,

přestože ministerstva mají svůj vlastní aparát. Odborná činnost ministerstva je zadávána různým agenturám či advokátním kancelářím, které to, co by měli a mohli dělat zaměstnanci ministerstva v rámci své pracovní náplně, a tedy za svůj plat a bez jakýchkoli dodatečných nákladů, zpracovávají za horentní sumy, jež platíme z veřejných rozpočtů. Zřejmě proto, že příslušný ministr se pak může odkázat na odbornost těchto externích subjektů a nevyjde tak najevo jeho vlastní nekompetentnost.

Budeme Evropě pro smích?

Ano, ministr nemusí být odborníkem na vše, co se v rámci resortu řeší. Ale musí mít alespoň základní ekonomickou a právní orientaci. Neboť on sám sice asi žádné zásadní odborné materiály zpracovávat nebude, ale má právo veta, a tak může „potopit“ mnohou dobrou myšlenku. V této souvislosti nelze nezpomenout nepříhlášení se Česka k trestnímu řízení ve Švýcarsku o částku 12 mld. Kč. Každý absolvent právnické fakulty ví, že je-li účast v nějakém řízení podmíněna připojením se k němu v určité lhůtě, je třeba především tuto lhůtu stihnout. Vše ostatní (důkazy, nároky, kvantifikace apod.) je možno upřesňovat v průběhu řízení, ale především se nesmí přemýšlet lhůta. A to se v našem případě stalo. Toto zásadní procesní po-

chybení je natolik elementární, že se nabízí vysvětlení kroků příslušného ministerstva ne v důsledku nedostatku odbornosti, ale nedostatku vůle. To je však již otázka pro jiné řízení.

Je třeba si také uvědomit, že ministr zastupuje ČR v Radě EU, když se na jejím zasedání projednává příslušná resortní problematika. A proto je zde požadavek zastoupení na ministerské úrovni, protože se předpokládá, že ministr je schopen kvalifikovaně reagovat na nastalou situaci v průběhu jednání. Avšak takto reagovat může jen tehdy, pokud dané problematice patřičně rozumí. Vystoupení některých našich ministrů na těchto zasedáních zřejmě vyvolá pokrčení ramen kolegů z ostatních zemí. Ale ono to také při projevu našeho představitele na evropském fóru nebude nic nového.

V současné vládě je naprostá absence ministrů s ekonomickým vzděláním. A přitom tato vláda činí reformní kroky, které mají zásadní ekonomické dopady. Lze se pak divit, že odborná veřejnost vesměs s těmito reformními kroky nesouhlasí a mnohdy je považuje za kontraproduktivní? Lze se divit tomu, že veřejnost nejpozitivněji vnímá úřednickou vládu odborníků? Lze se divit tomu, že politické poměry v ČR jsou v zahraničí považovány za zahňávající partiokracii? Lze se u nás vůbec ještě něčemu divit?

JUDr. Ing. Jaroslav Staněk, CSc.

O platech a úsporách v českém zdravotnictví

V poslední době se v českém zdravotnictví nejvíce hovoří o zvyšování platů a o potřebných úsporách (i nadstandardu), což spolu úzce souvisí – bez úspor v systému nebudou prostředky na zvyšování platů.

Zvyšování platů je doménou odborových, ne profesních organizací. Česká konfederace porodních asistentek (ČKPA) podporuje snahy o vyšší platové ohodnocení všech zdravotnických pracovníků. Podobně jako pro Českou asociaci sester (ČAS) je ale i pro nás u této snahy prioritou rovný přístup ke všem zdravotnickým profesím a také si myslíme, že v dnešní situaci nejsou na místě nátlakové akce. Na druhé straně pokládáme za potřebné, aby se profesní organizace mnohem více zapojily do hledání úspor v systému českého zdravotnictví. V tomto směru se hovoří hlavně o snižování počtu

akutních lůžek až rušení některých porodnic a o přechodu úhrady nemocniční péče na klasifikační systém DRG.

Ohrožená dostupnost péče

Máme veliké pochybnosti o způsobu, jakým jsou změny připravovány. Ministerstvo zdravotnictví by podle našeho názoru mělo vydávat nejen vyhlášky o minimálním personálním a technickém vybavení jednotlivých typů pracovišť, ale také o minimálních požadavcích na síť smluvních zdravotnických zařízení ve vztahu k počtu obyvatel a dojezdovým vzdálenostem, což by mělo být pro zdravot-

ní pojišťovny a krajské úřady závazné. Státní správa se nemůže vyhnout odpovědnosti za nastavení parametrů sítě.

Gynekologie a porodnictví je jedním ze základních oborů péče, která by měla být co nejdostupnější. Máme veliké pochybnosti o avizované snaze o rušení porodnic s méně než 500 (800) porodů ročně. Zdůvodnění „nedostatečnou erudicí“ je problematické – erudici nikdy nemá zdravotnické zařízení, ale zdravotnický pracovník; a konkrétní lékař nebo porodní asistentka mohou za 2 měsíce pracovat v jiném zařízení. Fyziologický porod navíc není operace;

kromě odborné erudice vyžaduje i velkou míru empatie a trpělivosti, což je podle našich zkušeností lépe dosažitelné v menších než velkých porodnicích. A především zásadní připomínka: Při zavedení úhrad systémem DRG přece zrušením porodnice nedojde k žádné úspoře v systému! Rozhodnutí o zrušení porodnice by mělo příslušet jejímu zřizovateli, pojišťovně pouze pokud porodnice nesplňuje požadavky na minimální personální a technické vybavení.

Opravdu chceme uspořít?

Přechod na úhradu péče podle klasifikačního systému DRG je zajisté krok správným směrem. Přinese zprůhlednění financování a narovnání podmínek mezi jednotlivými poskytovateli péče. Avšak pokud bude zaveden beze změny současné praxe, nepřinese ani tato změna žádnou úsporu. Jestliže dnes při fyziologickém průběhu žena v těhotenství absoluuje 15 i 18 vyšetření u gynekologa (vyšetření u porodní asistent-

ky není možné), porod oficiálně vede vždy lékař (i když ve skutečnosti část porodů vedou porodní asistentky), po porodu je vyžadována tří- i vícedenní hospitalizace (i když může být kratší než 1 den), ale následná péče porodní asistentky o matku s novorozencem u nás – až na výjimky – nefunguje, znamená to, že v našem oboru hodně věcí není v pořádku a určitě je zde co měnit, včetně organizace práce.

ČKPA již několikrát vyjádřila připravenost spolupracovat s ministerstvem zdravotnictví, krajskými úřady, zdravotními pojišťovnami, organizacemi zdravotnických pracovníků i pacientů na zlepšení komplexnosti, dostupnosti a hospodárnosti poskytované péče. Bohužel přes obecné deklarace o posílení kompetencí „nelékařů“ a práv pacientů zatím zcela bez odezvy. Jde všem opravdu o potřebné změny a úspory v systému zdravotní péče?

Mgr. Věra Vránová, Ph.D., prezidentka ČKPA
Bc. Radmila Dorazilová, viceprezidentka ČKPA

Slovenští lékaři se vrátili do nemocnic, vyhlásili však **stávkovou pohotovost**

Slovenská vláda se v sobotu 3. prosince dohodla se zástupci Lekárskeho odborového združenia na podepsání memoranda. Protestující lékaři se začali vracet do práce, o několik dnů později byl odvolán nouzový stav vyhlášený v 16 nemocnicích.

„Dospěli jsme k dohodě, již je možné vnímat jako spravedlivou,“ komentovala podpis memoranda slovenská předsedkyně vlády Iveta Radičová. „Pevně věřím, že tuto dohodu naplní nejen zástupci vlády, ale také druhá strana, která došla k závěru, že nastalo období, kdy je čas na takto závažnou systémovou změnu.“

Podle předsedy Lekárskeho odborového združenia (LOZ) Mariana Kollára je memorandum dobrým příslibem do budoucna, ani ono však nezabrání odchodu lékařů do zahraničí. Zdůraznil totiž, že navýšení platů garantované dohodou s ministerstvem se původním požadavkům zdravotníků „zdaleka nepřiblížilo“.

Ke zvýšení lékařských platů by mělo dojít ve třech etapách – od roku 2013 by pak měly dosáhnout 1,25–2,3násobku průměrné mzdy (odborníci žádali navýšení na 1,5–3násobek). „Vzhledem k tomu, že vláda odmítala ustoupit ze své nabídky, jsme se nakonec rozhodli její platový návrh přijmout, ovšem za jasných legislativních podmínek,“ reagoval Marian Kollár. „Bylo to pro nás velmi těžké rozhodování, šli jsme až za hranice svých možností. Ale rozhodli jsme se tak proto, že nám záleží i na našich občanech,“ doplnil předseda LOZ.

Jednotná smlouva

Legislativní záruku zvyšování platů by měla přinést novela zákona o poskytování zdravotní péče, do níž má být včleněno ustanovení o minimálních platových nárocích některých zdravotnických pracovníků. Kabinet v memorandu deklaroval, že právní norma bude účinná od začátku příštího roku. Memorandum rovněž zavazuje slovenskou vládu k novele zákoníku práce, jež by měla zajistit jeho dodržování (včetně respektování personálních norem v jednotlivých zdravotnických zařízeních), a k pozměňovacímu návrhu k zákonu o poskytovatelích, který má zrušit transformaci nemocnic na akciové společnosti.

Vzhledem k tomu, že přibližně 1200 protestujících lékařů vypršela k 30. listopadu letošního ro-

Cena pro ministra

Slovenský ministr zdravotnictví obdržel za „výraznou osobní angažovanost nejen při jednáních s představiteli Lekárskeho odborového združenia, ale i za návštěvy v jednotlivých nemocnicích“ cenu Velké křišťálové srdce, kterou uděluje občanské sdružení Spoločnosť Ferdinanda Martinenga. Udělení ceny vyvolalo vlnu kritiky. „Opakovaně jsem upozorňoval, že ministr krizovou situaci s lékaři nezvládl, a proto si myslím, že toto ocenění získal neoprávněně. Nekomunikoval s odbornou veřejností. Když tak učinil, situace se mohla vyřešit již dávno a nemuselo by ani dojít k vyhlášení nouzového stavu,“ prohlásil například prezident Slovenskej lekárskej komory Milan Dragula. Podobný názor vyjádřila i socioložka Silvia Porubánová. „Už to, že dopustil, aby současná situace nastala, jej vyčleňuje z možnosti být oceněn. Je to zřejmě politická, účelová záležitost,“ domnívá se.

ku výpovědní lhůta, bylo nutné připravit pro ně nové pracovní smlouvy. LOZ na svých internetových stránkách krátce po podpisu memoranda vyzvalo zdravotníky, aby s podpisem nových smluv počkali do doby, než je provede právník. „Stále platí ‚jeden za všechny, všichni za jednoho‘. Počkejte, než budou připraveny nové pracovní

smlouvy pro všechny lékaře,“ stálo ve výzvě odborů. Některá zdravotnická zařízení totiž podle nich nevypracovala nové smlouvy v souladu s podmínkami dohodnutými v memorandu. LOZ se proto rozhodl připravit smlouvu vlastní. Nakonec byl ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví dohodnut univerzální dokument.

Devět měsíců mlčení

Ve středu 7. prosince pak byl odvolán krizový stav vyhlášený koncem listopadu v 16 slovenských nemocnicích. Lékaři se vrátili do práce a zdravotnická zařízení začala fungovat v běžném provozu. Podle LOZ nebyl zaznamenán jediný případ, kdy by lékař nemohl na své místo znovu nastoupit. „Splnili jsme svůj závazek, který je obsažen v memorandu, že učiníme všechno pro to, abychom se co nejdříve vrátili pacientům,“ řekl Marian Kollár a upozornil na skutečnost, že lékaři o svých čtyřech požadavcích začali hovořit již v únoru. „Ministr zdravotnictví měl devět měsíců na to, aby zabránil vzniklé situaci. Seriózní diskuse ovšem začala teprve před několika týdny, když ministr Uhliarik viděl, že kritický stav zdravotnictví donutil lékaře ze svých požadavků neustoupit,“ doplnil předseda LOZ.

Poučení pro přítště

Slovenští odborníci upozorňují, že pokud se politici z právě ukonče-

ných protestů nepoučí a nezačnou věnovat zdravotnictví větší pozornost, může se situace v budoucnu opakovat. Poradce Slovenskej lekárskej komory Vladimír Balogh je přesvědčený, že ve snaze vyhnout se dalšímu nátlakovým akcím lékařů je třeba vypracovat pevnou a neměnnou linii směřování zdravotnictví, ale také urychleně odstranit všechny nedostatky, na něž zdravotníci upozorňovali. Jak dodává analytik Dušan Zachar, pokud by opět došlo k podobné krizi, je třeba ji řešit mnohem dříve. „V budoucnu by politici měli vykonávat svoji práci tak, aby nemotivovali občany ke stávkám,“ doplnil analytik.

Lékaři přitom na nedostatky zdravotnictví na Slovensku poukazovali již dlouhou dobu před vypuknutím protestů. „Za posledních 20 let se nahromadila řada problémů, jež je třeba řešit. Máme katastrofální organizaci a strukturu zdravotnictví, spoustu zřizovatelů, kteří navzájem nespoučují, každý si dělá, co chce. V našem zdravotnictví je třeba změnit řadu věcí. Otázkou zůstává, zda k tomu bude politická vůle,“ zdůrazňuje prezident lékařské komory Milan Dragula. Mnoho lékařů mrzí, že se interpretace jejich protestů soustředila pouze na platové požadavky a zdravotníci byli označováni za „terroristy v bílých pláštích“. „Ve skutečnosti jsme se snažili o změnu systému. Byl to společný boj a můžete mu vyčítat cokoli, jiná forma však v naší ‚civilizované‘ společnosti bohužel nebyla možná. Dlouholeté ignorování celého lékařského stavu a zdravotnictví jako takového a následné zbevnění se odpovědnosti mluví za sebe,“ uvedla pro deník Pravda jedna z protestujících, anestezioložka Elena Moresová.

Stávková pohotovost do splnění požadavků

Týden po podepsání memoranda lékařské odbory vyhlásily stávkovou pohotovost. „Se znepokojením vnímáme zprávy, že memorandum je ze strany vládních politiků i poslanců flagrantně zpochybňováno,“ vysvětlil Marian Kollár

s tím, že stávková pohotovost bude trvat až do okamžiku, kdy budou požadavky LOZ splněny. „I nadále zůstáváme ostražití a v případě nesplnění dohody jsme připraveni opětovně a okamžitě konat.“

Podnětem k vyhlášení stávkové pohotovosti, která se nemá nijak promítnout do péče o pacienty, bylo prohlášení Ivety Radičové, podle něž mají osud požadavků deklarovaných v memorandu v rukou poslanci. LOZ navíc znepokojilo i vyjádření předsedy parlamentního výboru pro zdravotnictví Viliama Novotného, který se podílel na vyjednávání s lékaři, nyní však avizoval, že nepodpoří zastavení transformace nemocnic na akciové společnosti.

Slovenský parlament schválil většinu požadavků z memoranda minulý čtvrtek. Odbory přesto stávkovou pohotovost neukončily. „Zákony ještě nenabýly účinnosti, proto je zatím předčasné hovořit o zrušení pohotovosti. Na základě zkušeností z posledních dnů počkáme na ukončení celého legislativního procesu,“ vysvětlil místopředseda LOZ Peter Visolajský.

(Zdroje: Pravda, Sme, ČTK)

Květa Havlová

Vyslání vojsk?

Do krize slovenského zdravotnictví zasáhla i třicítka českých vojenských lékařů, kteří byli k našim východním sousedům vysláni po dohodě mezi českou a slovenskou vládou. Ministr zdravotnictví Leoš Heger akci označil za humanitární pomoc s tím, že tamní zdravotnická zařízení jsou na pokraji svých sil. Lékaři vypomáhali v nemocnicích v Bratislavě, Nitre, Žilíně a Ružomberku.

Poměrně ostře na výpomoc českých lékařů zareagoval předseda LOZ Marian Kollár, který ji označil za bezprecedentní krok kabinetu Ivety Radičové. „Po roce 1968 tu máme zase stav, kdy na Slovensko přicházejí cizí vojska. To není normální,“ prohlásil v televizním diskusním pořadu.

Čeští lékaři se po několika dnech vrátili domů, za dobu svého působení na Slovensku provedli 91 urgentních výkonů, bez nichž by byli pacienti přímo ohroženi na životě. Ivan Uhliarik jejich práci ocenil udělením Ceny ministra zdravotnictva.



Ilustrace foto: Shutterstock

ZE ZAHRANIČÍ

Stomatologové v SRN dostanou přidáno

Německá vláda schválila novelu ceníku stomatologických výkonů, který slouží k úhradě soukromě poskytované zubní péče. Naposledy byl novelizován v roce 2001.

Ceník stomatologických výkonů se využívá pro všechny výkony, služby či materiály, jež nehradí

veřejnoprávní pojišťovny, nebo u pacientů, kteří jsou pojištěni pouze soukromě.

Ochrana pacienta

Ceník pro soukromě poskytovanou zubní péči má mj. chránit ob-



Ilustrační foto: Shutterstock

čany před neúměrným finančním zatížením, proto jsou úhrady limitované státem – platby pacienta či soukromých pojišťoven se pohybují okolo dvojnásobku úhrad placených v systému veřejného pojištění. Účelem novely je valorizace výdělku zubních lékařů – pacienti a soukromé pojišťovny zaplatí za rok zhruba o 300 milionů eur více.

Zákonodárci však do novely připojili i další změny, zejména posílili jednotnost účtování soukromě poskytovaných stomatologických výkonů v celém Německu s cílem dosáhnout větší transparentnosti a srovnatelnosti nákladů. Snažili se rovněž zpřesnit různé definice tak, aby se snížil počet sporů mezi zubními lékaři a pacienty či pojišťovnami. Stomatologové například budou muset více dbát na uzavření písemných smluv s pacienty ještě před zahájením léčby, aby byl přesně definován obsah terapie a její náklady. Pokud by se měly plánované náklady v průběhu léčby (včetně protetiky) zvýšit o více než 15 %, musí o tom lékař pacienta nebo jeho pojišťovnu ihned písemně informovat a podrobně záležitost vysvětlit.

Regulace odchylek

Stomatologové si sice mohou smluvit s pacientem některé odchylky od ceníku, ale i ty jsou regulovány. Lékař například nesmí pacienta „nutit“ k vyšší ceně v oblasti akutní péče a při léčbě bolesti, respektive ošetření v těchto případech nesmí záviset na ochotě nemocného připlatit si. Autoři novely mj. limitují možnost účtovat poradenství, které se smí vykázat jen jednou v rámci téže léčby v daném měsíci.

Regulované je rovněž cestovné či jízdné za pacienty, ať domů nebo do ústavů (například se počítá s tím, že lékař při jedné jízdě ošetří několik pacientů v domově důchodců). Použije-li stomatolog při návštěvách u pacientů svůj vůz, dostane za jeden kilometr 0,42 eura.

Vzhledem k tomu, že spory ohledně účtování zubní péče nejsou v SRN výjimkou, parlament zavázal vládu, aby monitorovala účinek novelizovaného ceníku v praxi a nejpозději v roce 2015 má exekutiva předložit zákonodárcům zjištěná fakta vypovídající o kvalitě právních opatření.

(Zdroj: www.bmg.bund.de) Vladimíra Bošková

Lékařská univerzita bojuje s korupcí

Lékařská univerzita ve Vídni v návaznosti na novelu trestního zákoníku zpřísňujícího postihy za korupční jednání zpracovala podrobnější směrnici, která má poukázat na rizika, jimž by se lékaři měli vyhnout.

Pokud se totiž jedinec (zejména ve významnější profesní pozici) nechá zlákat k čemukoli, co lze označit jako korupci (například pokud by se šéf kliniky nechal ovlivnit firmou a jeho chování by mělo negativní dopad na veřejné finanční prostředky), hrozí mu i trest odnětí svobody až na pět let.

Vše přes univerzitu

Vedení lékařské univerzity proto nabádá lékaře, aby maximálně omezili přímé kontakty s firmami. Podle směrnice by společnosti měly kontaktovat namísto jednotlivých osob univerzitu a ta musí veškeré nabídky, smlouvy, akce či finanční transakce přesně dokumentovat. Jestliže chce tedy firma finančně podpořit například kongres, proplatit lékařům cestovné či ubytování v hotelu, pak má nabídku směřovat na univerzitu, která poté nezávisle vybere účastníky kongresu a vše za ně s touto společností dojedná.

Lékaři by měli být ostražiti například tehdy, když je firma někam

zve, aniž by se počítalo s jejich odbornou přednáškou. „Takové nabídky odmítněte,“ varuje vedení školy. Pokud by šlo „jen“ o pozvání na oběd, pak musí jít výlučně o přátelský kontakt, po němž nesmějí následovat žádné profesní záležitosti. „Jestliže už dojde k tomu, že firma lékařů něco přímo proplatí, musí dotyčný ihned informovat univerzitu. Vhodnější je praxe, při níž lékařům vše hradí škola a teprve následně sama vyřídí vyúčtování s firmami,“ uvádí se v informacích pro zaměstnance.

Obdobná pravidla samozřejmě platí i pro vztahy mezi lékaři a jinými fyzickými osobami (pacienty aj.). „Lékař by v zásadě neměl od nikoho nic přijímat, pokud jde o dary apod. Snad jen kalendář a podobné věci nepatrné hodnoty,“ připouští vedení univerzity. Také jednání samotné školy s firmami je pod kontrolou, kterou vykonává mimo jiné protikorupční komise.

(Zdroj: MU Wien)

(via)

Krátce ze zahraničí

- **Americký** federální soud rozhodl, že dárcovství kostní dřevě bude moci být placené. Tamní legislativa zakazuje proplácet finanční odměnu za poskytnutí orgánů (včetně kostní dřevě), umožňuje však platit za dárcovství obnovitelných tkání (např. krve či vajíček a spermií). Soud nyní rozhodl, že kostní dřevě patří i díky způsobu odběru do druhé jmenované skupiny.
- **Americký** prezident Barack Obama podpořil rozhodnutí ministryně zdravotnictví Kathleen Sebeliusové, jež zakazuje prodej postkoitální antikoncepce neplnoletým dívkám bez lékařského předpisu. Zrušení věkové hranice pro prodej léku navrhoval Úřad pro kontrolu léků a potravin (FDA), ministryně však doporučení odmítla.

oznamil, že hodlá vyčlenit dalších 50 milionů dolarů na léčbu pacientů s HIV/AIDS ve Spojených státech.

- **Kanadská** provincie Quebec jako první zveřejňuje hlášení o chybách, k nimž dojde v tamních zdravotnických zařízeních při péči o pacienta. Nemocnice a léčebny jsou povinny tato pochybení hlásit ministerstvu zdravotnictví, Quebec však nyní rozhodl, že databázi zveřejní.
- **Světová zdravotnická organizace** (WHO) varovala před nárůstem počtu případů spalniček v Evropě. Jen za prvních 9 měsíců roku 2011 onemocnělo touto chorobou v 37 evropských zemích 26 tisíc obyvatel (z toho ve Francii 14 tisíc).

- Barack Obama u příležitosti světového dne boje proti AIDS

- Americkým vědcům se podařilo vyvinout vakcínu, která chrá-

ní myši před smrtelnou formou viru **Ebola**. Nemoc byla poprvé identifikována v roce 1976 a v 90 % případů je smrtelná. Nově objevenou látku je navíc (na rozdíl od předchozích) možné dlouhodobě skladovat.

- Vysoký úředník queenslandského resortu zdravotnictví zpronevěřil za 3 roky svého působení v úřadu 16 milionů australských dolarů (o 11 milionů připravil tamní zdravotnictví během necelých 2 týdnů před svým zatčením). Guvernérka této **australské** provincie úřad zrušila.
- Liknavý přístup **nizozemských** zákonodárců v oblasti regulace tabákových výrobků bude mít podle odborníků, kteří zaslali otevřený dopis časopisu *Lancet*, do roku 2040 za následek 145 tisíc lidských životů. Nizozemí patří k zemím s nejméně přísnou protikuřáckou legislativou.

(Zdroje: BBC, Reuters, CBC News)

(kha)

Efektivní nemocnice 2011

Koncem listopadu proběhla v pražském Clarion Congress Hotelu dvoudenní odborná mezinárodní konference Efektivní nemocnice 2011 – Strategie nemocnic a zdravotních pojišťoven, kterou již po šesté pořádala nezisková organizace HealthCare Institute.

Hlavními tématy letošního ročníku byly „Finance roku 2012 a nemocnice“ a „Řízení lidských zdrojů“. Oficiální záštitu nad akcí převzal 1. místopředseda Senátu Parlamentu České republiky MUDr. Přemysl Sobotka, účastníky přivítali 1. náměstek ministra zdravotnictví MUDr. Vladimír Pavelka a obchodní rada velvyslanectví USA v Praze Stuart Schaag. Konference se též zúčastnili náměstek pro zdravotní pojištění MZ ČR Ing. Petr Nosek, náměstek pro legislativu a právo Mgr. Martin Plíšek, vrchní ředitelka MZ ČR MUDr. Stanislava Pánová, generální ředitel VZP Praha MUDr. Pavel Horák, CSc., MBA, a náměstek generálního ředitele Všeobecné zdravotní pojišťovny SR Ing. Igor Dorčák.

Nová legislativa ve zdravotnictví

Náměstek MZ Martin Plíšek hovořil o dopadu nové legislativy na pacienty a na řízení nemocnic a zdravotních pojišťoven. Připomněl účinnost zákona o veřejném zdravotním pojištění od 1. prosince 2011 a nový kód E, který znamená „ekonomicky náročnější variantu“. Šestnáct dalších výkonů je připraveno k zavedení od ledna 2012. Zmínil také, že ministerstvo chce, aby proces fúzí zdravotních pojišťoven byl pružnější.

Elektronické aukce na léky nebudou zavedeny plošně, jde o pilotní projekt. Aukce bude vyhlašovat SÚKL na návrh zdravotní pojišťovny a po schválení ministerstvem zdravotnictví, které má právo aukci zrušit. Za „střechový“ označil zákon o podmínkách poskytování zdravotních služeb, jímž se nahrazuje zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Dále vysvětlil pojmy jako péče *lege artis*, sankce za porušování povinností poskytovatelů zdravotní péče a účinný dozor nad zdravotními pojišťovnami. Zmínil se i o odpolitizování dozorců rady VZP, kde by měli být zástupci státu, zaměstnavatelé a zaměstnanci.

Přeregistraci ZZ označil za „poměrně zjednodušený přeregistrační proces“. Poskytovatelé budou muset doložit příslušnému krajskému úřadu zhruba pět zá-



Ředitele FN Na Bulovce Petra Zajíce trápí rozdílné úhrady jednotlivým FN za stejné diagnózy. | Foto: Leoš Chodura

kladných údajů, které jsou uvedeny v zákoně. Pokud je řádně doloží, mají nárok na automatickou přeregistraci. Na státem řízené nemocnice, které vznikly na základě zřizovací listiny, však budou uplatněny daleko přísnější a rozsáhlejší podmínky pro přeregistraci.

Bylo nás pět

Ředitel Fakultní nemocnice Na Bulovce (FNB) MUDr. Petr Zajíc, MBA, s vystoupením „Bylo nás pět... aneb Bulovka Hope“ sklízel potlesk již během prezentace. Počet pěti pražských FN s nadsázkou přirovnal ke známému příběhu Karla Poláčka „Bylo nás pět“ s tím, že na konci prezentace bude přítomným jasné, ke kterému chlapi se postavení FNB nejlépe hodí. Hovořil o „odfakultnění“ dvou FN v rámci připravované racionalizace zdravotnictví v Praze. V červenci 2011 byla schválena změna statutu FNB a FTN s odloženou účinností k 1. lednu 2012. Ředitel Zajíc zmínil činnosti, které FNB zajišťuje, připomněl, že zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR a že majetek ne-

mocnice ze 70% patří Hlavnímu městu Praze a ze 30% státu. V roce 2010 měla 2015 zaměstnanců, z toho 356 lékařů, 794 sester a 219 technicko-hospodářských pracovníků. Objem mzdových prostředků v loňském roce činil 72 milionů Kč, počet lůžek 1115, lůžek JIP 101, hospitalizovaných pacientů 44 337, ambulantních pacientů 556 342 a operací 22 016. Základní příčiny ekonomické nerovnováhy FNB vidí současný ředitel v zakonzervování výše úhrad (změna z výkonového systému na paušální úhrady v roce 1997), v rezervách ve vykazování pro zdravotní pojišťovny, dalšími důvody jsou podle něho nedokonalá optimalizace nákladů, investiční strategie a dotační politika. Střídající se ředitelé nemocnice od roku 1989 (Špírek, Vágner, Chromčák, Blažek, Martínek, Štof, Horák, Podlaha, Sláma, Toběrná a Zajíc) korespondují s častými změnami ministrů v čele resortu zdravotnictví v téměř časovém období (Klener, Bojar, Lom, Rubáš, Stráský, Roithová, David, Fišer, Součková, Kubinyi, Emmerová, Rath, Julínek, Filipíková, Jurásková a Heger).

„Zilvar z chudobince“

Na příkladu výše úhrady několika diagnóz (cévní mozková příhoda, porod císařským řezem a závažná infekce trávicího traktu) Petr Zajíc ukázal, kolik VZP platí fakultním nemocnicím. FNB je ze všech FN v republice na chvostu financování. Příklad: FN Motol dostane za porod 35 710 Kč, FNB 25 454; za CMP FN Motol 18 449, FNB 13 150; za léčení infekce trávicího traktu FN Motol 25 942, FNB 18 491 Kč. Vývoj Nemocnice Na Bulovce přirovnal k postavení „Nemocnice Chicago Hope“ ve stejnojmenném televizním seriálu. Aby mohla fungovat jakási „Bulovka Hope“, musel by se stát zázrak neboli *miracle vision*, respektive by muselo dojít ke změně přístupu (k lepšímu!) stávajícího zřizovatele a zdravotních pojišťoven či ke změně zřizovatele (např. transformace na metropolitní nemocnici). Právní formu Metropolitní nemocnice Praha vidí doktor Zajíc jako příspěvkovou organizaci nebo obchodní společnost vlastněnou Hlavním městem Praha. Svou prezentaci zakončil leteckým pohledem na rozsáhlý are-

ál nemocnice a závěrečným sloganem: „Na základě průzkumu agentury De facto illusio 50% tenagerů vidí svoji budoucnost pozitivně, zbylých 50% na drogy nemá peníze.“

Výměna zkušeností s auditem

Ředitel Rehabilitačního ústavu Kladruby Ing. Josef Hendrych se podělil o zkušenosti s investičními akcemi v tomto akreditovaném zařízení. Zmínil, že v léčebně probíhá komplexní pregraduální výuka fyzioterapeutů. Hovořil o programu prevence úrazů, který v ústavu funguje, sdělil svoji dobrou zkušenost s elektronickými aukcemi na dodávky energií a s elektronickou komunikací v provozu léčebny i stran evidence pacientů.

S prezentací procesního auditu, který proběhl v Nemocnici s poliklinikou Česká Lípa, jeho ambicemi a výsledky, vystoupil ředitel nemocnice MUDr. Petr Chmátal, Ph.D., MBA. Mimo jiné řekl, že v zařízení, kde není počet zaměstnanců stanoven zákonem, je audit důležitý již jen kvůli tomu, že vedoucí pracovníci po delší době ve funkci mohou trpět „provozní slepotou“. Jejich odpor k racionalizaci počtu zaměstnanců a jejich pracovního výkonu bývá obrovský a lze jej zlomit jen řádným a důkladným vysvětlením všech důvodů, které k auditu vedou.

Občas se vytrácí pacient...

Náměstek pro zdravotní péči Krajské zdravotní, a. s., MUDr. Jiří Madar se věnoval tématu „Strategické řízení zdravotní péče ve vztahu k typu úhrady od ZP“. Vyvracel rovněž zprávy z médií, že Krajská zdravotní (KZ) je povinna vrátit Evropské unii prostředky z dotace... Úvodem svého sdělení uvedl základní data o společnosti, která sestává z nemocnic v Děčíně, Teplicích, Chomutově, Mostě a Ústí nad Labem. V Krajské zdravotní od loňského července došlo ke změně řízení společnosti na procesní způsob řízení, a to z důvodů větší centralizace ve smyslu dokončení integrace pěti nemocnic do jedné KZ a sdílení kapacit personálních, technických atd. Dalším důvodem je sdružení pěti subjektů do jednoho, ekonomická efektivita, efektivita řízení a rozdělení kompetencí podle procesů. Nově byl zřízen Odbor řízení ekonomiky zdravotní péče (OŘEZP). V řízení nemocničního komplexu KZ staví především na *benchmarkingu* mezi nemocnicemi a správné alokaci nákladů a výnosů, správném plánování produkce s ohledem na úhradovou vyhlášku a na

uzavřené smlouvy. Za velmi důležitý doktor Madar považuje podrobné plánování zdravotní péče a pravidelné vyhodnocování plnění plánů. V závěru si posteskl, že se z procesů mezi zdravotnickými zařízeními, pojišťovnami a ministerstvem zdravotnictví občas poněkud vytrácí pacient...

Prudký rozvoj telemedicíny

MUDr. Petr Štourač z Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny LF MU a FN Brno hovořil o komunikaci obrazem ve zdravotnictví. Jak řekl, videokonference (VDK), obrazové technologie a jejich nasazování v posledních dvou letech zaznamenaly velmi rychlý rozvoj. Roste rozmanitost použití VDK a zároveň také požadavky na obrazovou komunikaci z libovolného místa.

Přednášející představil výukový systém Masarykovy univerzity a FN Brno, který byl zaveden loni. Systém umožňuje zasáhnout do živé operace, přenos do výuky či přenos a záznam během konferencí. Další využití obrazové komunikace se nabízí například při asistované resuscitaci, urgentním příjmu, *on-line* konzultaci zákroku, vzdáleném vyšetření, umož-

ňuje dohled nad pacienty na lůžku, uplatní se v domácím léčení, ale i při výuce vzdáleného studenta, v oblasti vědy a výzkumu nebo v organizační komunikaci mezi jednotlivými pracovišti nemocnice. Nespornou předností telemedicíny jsou přímé ekonomické přínosy, jako je snížení cestovních nákladů, úspora času vedoucích pracovníků, úspora času lékařů a díky dřívějšímu odchodu do domácí péče i úspora lůžek.

Nejlépe hodnocené nemocnice

Na konferenci byly vyhlášeny vítězové žebříčku celorepublikového komplexního hodnocení nemocnic „Nemocnice ČR 2011“. Nemocnice byly hodnoceny ve třech klíčových oblastech: spokojenost pacientů, spokojenost zaměstnanců nemocnic a finanční zdraví nemocnic.

• Jako nejlepší nemocnice z pohledu spokojenosti pacientů byl vyhlášen Masarykův onkologický ústav v Brně. Na druhém místě se umístila Swiss Med Clinic Planá a jako třetí skončila Jesenická nemocnice. Hlasovalo celkem 30 689 pacientů. V kategorii fakulturních nemocnic se na prvním místě

umístila FN Ostrava, na druhém FN Hradec Králové a na třetím pražská Všeobecná fakulturní nemocnice.

• Nejlepší nemocnicí 2011 z pohledu spokojenosti zaměstnanců se stala Karvinská hornická nemocnice, druhá byla Vojenská nemocnice Brno a třetí Nemocnice Na Homolce Praha (hlasovalo 4095 zaměstnanců nemocnic). V kategorii fakulturních nemocnic se v tomto ohledu nejlépe umístila FN Ostrava.

Finanční zdraví nemocnic

V této oblasti byly nemocnice hodnoceny na základě hospodářských údajů k 31. 12. 2010 a rozděleny do tří kategorií: fakulturní nemocnice, obchodní společnosti a příspěvkové společnosti.

• Nejlepší nemocnicí z pohledu finančního zdraví se v kategorii fakulturních nemocnic na prvním místě umístila FN Plzeň, na druhém FN Motol a třetí skončila FN Hradec Králové.

• V kategorii obchodních společností se nejlépe umístila Nemocnice Kadaň, druhá byla Nemocnice Prachatic a třetí Nemocnice Český Krumlov.

• Z příspěvkových organizací se nejlépe umístila Nemocnice Na Homolce Praha, druhá skončila Nemocnice Ivančice a třetí Nemocnice Blansko.

Absolutně nejlepší nemocnicí České republiky v roce 2011 byla vyhlášena pražská Nemocnice Na Homolce, druhá skončila Nemocnice Strakonice a na třetím místě Nemocnice Třinec. Hodnoceny byly nemocnice, u nichž byla k dispozici relevantní data pro všechny tři výše uvedené oblasti zároveň.

Nejismělavější nemocnice ČR 2011

Letos byly (ve spolupráci s charitativním projektem Úsměv pro život) nemocnice hodnoceny také na základě pozitivního přístupu k nemocným, konkrétně dle úsměvů personálu směrem k pacientům, kteří se v těchto zařízeních mnohdy cítí nejistě a mají potřebu vlídného zacházení. Cílem akce bylo podpořit nemocnice, kde jsou zaměstnanci pozitivně naladěni ve vztahu ke svým pacientům. Kritériem hodnocení byla odpověď na otázku: „Jak často se personál nemocnice při komunikaci s Vámi usmívá?“ Vítězem soutěže o „nejismělavější“

ší nemocnicí“ se staly Swiss Med Clinic Planá a Fakultní nemocnice Hradec Králové (v kategorii fakulturních nemocnic).

Realizátorem rozvojového projektu „Nemocnice ČR 2011“ je společnost HealthCare Institute. Hlasování probíhalo, podobně jako v minulých letech, s pomocí rozsáhlé skupiny dobrovolných koordinátorů přímo v nemocnicích, kteří zajišťovali sběr vyplněných tištěných dotazníků. Bylo také možné hlasovat pomocí zabezpečeného elektronického dotazníku, který byl po celou dobu průzkumu alternativně dostupný na internetových stránkách www.hc-institute.org. Dotazník obsahoval 34 klíčových indikátorů. Průzkum spokojenosti pacientů a zaměstnanců nemocnic za rok 2011 začal 1. března a byl ukončen 31. října 2011. Celkem se jej zúčastnilo více než 30 tisíc pacientů a přes 4 tisíce zaměstnanců nemocnic. Od roku 2006, kdy HCI s tímto projektem začal, se dobrovolně zapojilo již přes 150 tisíc respondentů (pacientů a zaměstnanců nemocnic).

Více informací:

www.hc-institute.org

Markéta Mikšová

Kardiologové Nemocnice Podlesí snižují tlak pomocí **renální denervace**

Hypertenze je nejrozšířenějším kardiovaskulárním onemocněním v populaci. V Česku jím trpí téměř dva miliony lidí. Kardiologové Nemocnice Podlesí začali letos na podzim léčit tuto nemoc novou metodou. Pomůže zejména pacientům, u nichž se dlouhodobě nedaří snížit tlak běžnými medikamenty.

Pomocí speciálního zákroku nazývaného renální denervace lékaři utlumí reakci nervů, které prostřednictvím centrální nervové soustavy vyvolávají stažení cév a přispívají ke vzniku těžké hypertenze. Speciální metoda se v Česku provádí na čtyřech pracovištích, nejvíce pacientů letos tento zákrok podstoupilo právě v Nemocnici Podlesí, kde lékaři pomohli snížit krevní tlak už dvaceti z nich.

Domů již druhý den

Devětapadesátiletého Milana trápil vysoký krevní tlak více než deset let. Přestože bral na snížení tlaku různé léky, zdravotníci mu pravidelně naměřili hodnoty okolo 160/110 mmHg. Milan byl jedním z dvaceti pacientů, kteří letos podstoupili v Nemocnici Podlesí

speciální zákrok, díky kterému se pacientům daří snížit tlak na normální hodnoty. „Po zákroku pacientovi klesl tlak o 30 mmHg. Léky sice bude muset užívat nadále, ale s tím rozdílem, že doposud téměř neúčinná medikamentózní léčba konečně začne mít žádoucí účinek,“ vysvětluje primář kardiologického oddělení Nemocnice Podlesí MUDr. Marian Branny s tím, že se jedná o miniinvazivní zákrok pomocí katétru, který nevyžaduje celkovou narkózu, ale jen místní znecitlivění. „Pokud je vše v pořádku, pacient odchází domů už druhý den,“ dodává primář.

Přerušení nervových vláken

V čem samotný zákrok spočívá? Lékaři nejprve zavedou do stehenní tepny speciální cévku – ablač-

ní katétr – přes malý vpich v kůži. Ten se pak postupně zavede až do ledvinových tepen. „Pomocí katétru se přeruší nervová pletěň v cévní stěně. Přerušením nervových vláken tak organismus přestává vylučovat látky, které snižují průtok krve ledvinami a zvyšují krevní tlak,“ popisuje primář Branny.

Metodu mohou podstoupit pacienti v České republice jen ve čtyřech nemocnicích, v Moravskoslezském kraji je jediným pracovištěm Nemocnice Podlesí. „Metodu jsme zavedli letos v září, od té doby u nás zákrok podstoupila dvacítká pacientů. Dosavadní výsledky jsou velmi přesvědčivé,“ prozrazuje primář s tím, že lidí, kteří by tuto pomoc potřebovali, jsou jen v Moravskoslezském kraji stovky. (akt)

Národní cena kvality pro společnost B. Braun

Společnost B. Braun Medical získala v listopadu ocenění v programu Národní ceny kvality České republiky. Odesla si cenu „Úspěšná firma“ v programu Start Plus.

„Naše společnost dlouhodobě usiluje o nejvyšší možnou kvalitu výrobků a poskytovaných služeb. Déle než 10 let jsme certifikováni dle normy ISO 9001. V posledních letech jsme však hledali cestu jak náš systém řízení dále rozvíjet v souladu s naší vizí, misí a strategií. Proto jsme se rozhodli implementovat model Excellence EFQM a zúčastnit se modelu Start Plus Národní ceny kvality České republiky. Hodnocení nám pomohlo identifikovat naše silné stránky i oblasti ke zlepšení a zejména nás nasměrovalo dále k trvalému a systematickému zlepšování našich procesů a služeb,“ řekl k získanému ocenění člen vedení skupiny B. Braun Ing. Petr Macoun, Ph.D., který cenu na Pražském hradě převzal.

Národní cena kvality je jedno z nejprestižnějších ocenění, jež firmy mohou získat. Každoročně se uděluje v 80 zemích světa a kritéria pro její udělení jsou všude stejná. Systematické a pravidelné porovnávání činností organizace s modelem Ex-



celence EFQM je nástrojem k neustálému zlepšování výkonnosti a efektivnosti. Metoda je používána od konce 20. a začátku 21. století managementem úspěšných organizací a je známa jako jeden z nejlepších nástrojů k posouzení všech činností organizace. Model Start Plus vychází z principu modelu Excellence EFQM a je doporučen Radou kvality ČR.

(akt)

Výskyt onemocnění způsobených HPV stoupá

Onemocnění lidským papilomavirem (HPV) představuje značnou zdravotní, sociální i ekonomickou zátěž. Za účelem zvýšit povědomí odborné i laické veřejnosti o této problematice vznikla edukační a diskusní platforma HPV College.

HPV je v současnosti nejčastěji sexuálně přenosnou infekcí. Virus napadá různá místa v těle mužů a žen. Jedná se o přísně lidský virus, specifický vůči určitým krajinám lidského těla, který se přenáší dotykem tělesných ploch. Virus je dlouho latentní, měsíce až roky. Někteří lidé ne onemocní vůbec, u jiných se onemocnění manifestuje různým způsobem.

Existuje přes sto typů papilomavirů, jež se dělí do dvou skupin: viry první skupiny způsobují lehčí onemocnění jako genitální bradavice (kondylomata) či papilomatózu hrtanu, druhá skupina virů pak způsobuje nemoci, jako je karcinom úst a hrtanu, penisu, konečníku, vulvy a pochvy. „Laická veřejnost už ví, co je HPV a rakovina děložního hrdla, ale zatím se nepodařilo dostat do povědomí skutečnost, že tento virus je spojen i s dalšími vážnými onemocněními,“ konstatuje

předseda České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP (ČGOPS) MUDr. Vladimír Dvořák. Například stoupá počet karcinomů vulvy a vaginy, přičemž na rozdíl od karcinomu děložního čípku zde neexistuje screening.

Karcinom děložního čípku

Rakovina děložního hrdla patří k nejčastějším nádorovým onemocněním způsobeným infekcí HPV. Této chorobě lze ve většině případů předcházet pravidelným absolvováním gynekologických prohlídek. Přesto je výskyt tohoto onemocnění v ČR ve srovnání se západní Evropou dvojnásobný. „Pravidelných prohlídek se u nás účastní pouze 50 procent žen v reprodukčním věku. Většina nádorů děložního hrdla je přitom diagnostikována u žen, jež tuto sekundární prevenci opominuly,“ zdůrazňuje gynekoložka MUDr. Vanda Hořejší a doplňuje, že vakcinace proti HPV je efektiv-

ním nástrojem jak v budoucnu výrazně snížit výskyt onemocnění spojených s infekcí tímto virem. „Je tomu již 90 let, co byly viry identifikovány jako příčina nemocí, a 30 let, co byly rozpoznány jako příčina rakoviny děložního čípku. Očkování proti HPV představuje jediný a první očkovací princip v oblasti onkologických onemocnění. Vzhledem k tomu, že přítomnost viru nedokážeme léčit (pouze můžeme ničit tělesné plochy s tímto virem), je prevence ve formě očkování zásadním přínosem v boji proti tomuto onemocnění,“ říká předseda sekce kolposkopie a cervikální patologie ČGOPS a prezident HPV College MUDr. Jiří Ondruš.

Kondylomata a papilomatóza hrtanu

Genitální bradavice a papilomatóza hrtanu – další onemocnění způsobená lidskými papilomaviry – si neohrožují nemocné přímo na

životě, ale zásadně snižují kvalitu jejich života. „Genitální bradavice jsou asi nejčastějším onemocněním, se kterým se dermatovenerolog setkává v oblasti sexuálně přenosných infekcí. Výskyt kondylomat vzrostl za posledních 10 let o více než 20 procent. Toto onemocnění nepůsobí jen „kosmetické“ problémy, ale také problémy psychosociální. Pacienta je vždy třeba vyšetřit i na další sexuálně přenosné infekce, protože je zde vysoká pravděpodobnost, že je nakažen i jiným infekčním agens. Také je nezbytné léčit sexuální partnery a nezapomínat, že léčba kondylomat neznamena eradikaci HPV,“ připomíná přednostka Dermatovenerologické kliniky 2. LF UK a FN Na Bulovce prof. MUDr. Jana Hercová, CSc.

Nápadně vzrůstá i výskyt papilomatózy hrtanu, jak uvádí primářka Hlasového a sluchového centra v Praze MUDr. Jitka Vydřová.

„Toto onemocnění má na život nemocného devastující vliv. Ačkoli je způsobené typy HPV s nízkým rizikem vzniku karcinomu, nachází se v lokalizaci, která je „zhoubná“. Nemoc se projevuje chrapotem, často i nesnesitelným pocitem cizího tělesa v krku a ohrožuje pacienta poruchou dýchání. Výrůstky na hlasivkách se musí opakovaně chirurgicky odstraňovat, což vede k deformaci hlasu a negativním psychosociálním dopadům,“ říká doktorka Vydřová a doplňuje, že 70 % nemocných uvádí v anamnéze sexuálního partnera s genitálními bradavicemi. I zde se ukazuje pozitivní přínos vakcinace proti HPV. Z některých studií vyplývá, že vysoké hladiny protilátek vůči HPV by mohly omezit recidivy onemocnění, a tedy omezit i zákroky na hlasivkách.

„Nárůst případů karcinomu hrtanu a dutiny ústní v posledních letech kopíruje změny v sexuálním chování a oblību orálního sexu,“ podotýká vedoucí oddělení somatopsychiky VFN v Praze PhDr. Laura Janáčková, CSc., a dodává, že orální sex provozuje 70 % partnerů, 30 % pak i sex anální. Podle ní si mladí lidé málo uvědomují rizika a spíše než infekci HPV řeší HIV. Před HPV přitom neochrání kondom, ale jedině vakcinace.

Další informace a odborná poradna: www.hpv-college.cz

MUDr. Andrea Skálová

Pozornost se upíná ke kvadrivalentní vakcíně

Na 5. konferenci sekce kolposkopie a cervikální patologie České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP, jež se konala 9.–11. prosince v pražském hotelu Pyramida, byly prezentovány novinky týkající se účinnosti očkování kvadrivalentní vakcínou proti HPV, včetně politických rozhodnutí vyplývajících z recentních dat a odborných doporučení.

Británie přechází na Gardasil

Ve Velké Británii byla v roce 2007 v tendru kvůli nižší ceně zvolena do tříletého imunizačního programu bivalentní vakcína proti HPV. Od roku 2008 jsou rutinně očkovány dívky ve věku 12–13 let, v rámci dvouleté *catch-up* kampaně byly naočkovány i dívky do 18 let. Proočkovanost v roce 2010 dosahovala v základní skupině 84 %. Po vakcinaci nedošlo ke snížení výskytu genitálních bradavic (ani se to neočekávalo). Ekonomický dopad jejich léčby je však značný – téměř 17 milionů liber ročně. Z tohoto důvodu Britská asociace pro sexuální zdraví a HIV (BASSH) doporučila užití



Ilustrační foto: Shutterstock

kvadrivalentní vakcínou, u které se očekává i ochrana proti rekurentní papilomatóze hrtanu (jejíž léčba stojí ve Velké Británii ročně dalších 4 miliony liber).

Na základě těchto skutečností britská vláda minulý měsíc rozhodla o přechodu na vakcínu Gardasil (Silgard, MSD), jež nahradí dosud užívanou vakcínu Cervarix (GSK).

Ministr zdravotnictví prohlásil, že rozhodnutí předcházelo výběrové řízení, kde hráli roli poměr nákladů ku prospěchu vakcinace s přihlédnutím k novým vědeckým poznatkům. Podle ministra je důležité poskytnout očkováním co nejširší ochranu před onemocněními způsobenými infekcí HPV. Plošné očkování Cervarixem bylo zavedeno v roce 2008, už tehdy se však ozývaly kritické hlasy, že rozhodnutí je založeno pouze na ceně vakcíny. Obě vakcíny jsou účinné proti vysoce rizikovým kmenům HPV (16 a 18), způsobujících v některých případech karcinom děložního hrdla. Gardasil ale chrání i proti dalších kmenům (6 a 11), jež jsou původci genitálních bradavic či papilomatózy hrtanu. Navíc je určen i pro chlapce.

Obě vakcíny jsou účinné proti vysoce rizikovým kmenům HPV (16 a 18), způsobujících v některých případech karcinom děložního hrdla. Gardasil ale chrání i proti dalších kmenům (6 a 11), jež jsou původci genitálních bradavic či papilomatózy hrtanu. Navíc je určen i pro chlapce.

Pokles výskytu bradavic

Australská studie publikovaná v *The Lancet Infectious Diseases* v listopadu tohoto roku sledovala výskyt genitálních bradavic ve vztahu k vakcinaci kvadrivalentní vakcínou proti lidskému papilomaviru. Austrálie je první zemí, která zavedla plošnou vakcinaci dívek ve věku 12–26 let touto vakcínou.

Studie analyzovala data od 112 083 žen a mužů, kteří navštívili 8 velkých australských center sexuálního zdraví v letech 2004–2009. Po vakcinaci (v letech 2007–2009) došlo k výraznému snížení výskytu genitálních bradavic (o 59 %) u žen do 26 let. O 26 % poklesl výskyt také u mladých heterosexuálních mužů. Pokles nebyl zaznamenán u přistěhovalek do Austrálie a u žen starších 26 let.

Prevence análních lézí

Poradní sbor pro očkování (ACIP) amerického Centra pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) doporučil na podzim tohoto roku rutinní vakcinaci chlapců ve věku 11–12 let kvadrivalentní vakcínou k prevenci análního karcinomu a genitálních bradavic. Podle studie uveřejněné letos v *New England Journal of Medicine*, jíž se účastnilo 602 zdravých mužů (ve věku 16–26 let), byla účinnost proti anální intraepiteliální neoplazii spojené s HPV 50 % v ITT populaci (všichni účastníci studie) a 77 % v PPE populaci (předem definovaná). Účinnost proti perzistentní anální infekci spojené s HPV dosahovala 60 % v ITT populaci a 95 % v PPE populaci. (asa)

Národní onkologický registr – rodinné stříbro v ohrožení

„Otázkou je finanční udržení registru, nikoli zda ho budovat, či nebudovat,“ říká primářka onkologického oddělení FTN, vedoucí KOC tří pražských nemocnic a předsedkyně Rady NOR České republiky **prof. MUDr. Jitka Abrahámová, DrSc.**

Celoplošný populační registr evidující zhoubná nádorová onemocnění je nevídaný unikát, navíc s padesátiletou tradicí. Hodnota jeho informační výpovědi narůstá v čase, s rostoucím množstvím údajů i novými technologiemi.

Co konkrétně zavazuje zdravotnická zařízení k hlášení do Národního onkologického registru (NOR)?

NOR je součástí Národního zdravotnického informačního systému (NZIS). Účast v NOR byla a je povinná, je to dáno už v zákonu č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Prostor byl NOR dán i v zákonu č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Legislativně upraveno je rovněž předávání údajů z NOR do NZIS.

Věstníkem MZ ČR č. 3/1989 je všem zdravotnickým zařízením uložena povinnost hlásit novotvary. Otázkou je tedy finanční udržení registru, nikoli zda ho budovat, či nebudovat. Stát jej svými zákonnými normami vyžaduje.

Jak systém funguje? A vědí lékaři, jak mají hlášenky vyplňovat?

K dispozici jsou instrukce, závazné pokyny pro vyplňování formuláře „Incidence a léčba zhoubného nádoru“. Vydává je Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), který je správcem NOR a jeho celostátním pracovištěm. ÚZIS každoročně zveřejňuje – tisíci i na internetu (www.uzis.cz) – přehled údajů z registru.

Bezprostředním zpracovatelem údajů z hlášenek jsou regionální a okresní pracoviště NOR – sběrná místa, kam je odesílá zdravotnické zařízení. Vyplnění hlášenky je pro diagnostikujícího a ošetřujícího lékaře stejnou povinností jako například vyhotovení propouštěcí zprávy. Na sběrných místech pak hlášenky zpracovávají k tomu kvalifikované sestry pod vedením lékaře. Kontrolují údaje z formulářů a ukládají je do databáze. Jistou rolí zpětné kontroly hlášenek jsou zprávy ze zdravotnických zařízení, výstupy z informačních



Foto: archiv prof. Jitky Abrahámové

také nádory nejistého a neznámého chování. To je obrovské množství dat. Co vše lze z NOR vyčíst?

Velmi mnoho. K údajům na vstupu je v hláškách zaznamenána i stanovená diagnóza, rozsah (stadium) onemocnění a postup terapie, druhy a formy základní léčby, s daty provedení a zahájení. Zaznamenáno je i případné úmrtí pacienta a příčina smrti. Pokud toto vše víte, můžete informace z NOR vztáhnout k diagnóze, ke stadiu, k celé republice, regionu i subregionu, protože jedním z údajů je místo bydliště.

NOR začala intenzivně využívat Česká onkologická společnost ČLS JEP. Lze z něj například vyčíst, zda incidence nádorů stoupá, nebo klesá. Zjistit lze i stadium choroby v době záchytu. To je unikátní informace, která se v jiných informačních systémech nevyskytuje. Pro názornost: Při záchytu karcinomu tlustého střeva jako nepokročilého může být nádor jednoduchou resekcí zcela vyléčen. Vyvodit pak lze náklady na příslušné stadium, jak je náročné léčit, protože v NOR jsou všechna stadia zakotvena.

Ze statistických údajů na časové ose lze zjišťovat i pravděpodobné trendy. Nemáte v rukou ideální nástroj pro plánování?

Ano, máme. Pro plánování finanční, přístrojové, prostorové, personální... Na základě vyhodnocení údajů NOR lze kvalifikovaně odhadovat, jak bude stoupat nebo klesat incidence nádorů. Zjistit ale umíme i prevalenci. Tam, kde se zvyšuje přežití, se zvyšuje i prevalence. Typicky u karcinomu prsu. Pacientka přežila a my jsme byli úspěšní, naprosto z toho ale nevyplývá, že by nebylo potřebné další pravidelné vyšetřování. Nelze se vyhnout pravidelným kontrolám a na ty potřebujete personál, přístroje, prostory... Pacienti se mě někdy na začátku léčby ptají, jak dlouho ke mně budou chodit. Odpovídám jim, že dokud je někdo jednou nepřeveze po mně nebo dokud nezemřou oni. Všichni jsme smrtelní.

Penzum údajů o nádorech narůstá jen se zvyšováním incidence nádorů?

Nejen s ním, ale i s propojením dat z NOR s daty z lékových registrů. Právě z tohoto propojení můžeme zjistit, zda se pacienti k léčbě například herceptinem opravdu dostanou. Získané statistické křivky lze samozřejmě protahovat a protínat, umíme zjišťovat predikce spotřeby léků. Česká republika má v ruce úžasný nástroj, podle něhož jde přistoupit k celé řadě preventivních opatření a odhadnout jejich výtěžnost. Z NOR lze zjistit, kterých nádorů je více než jinde. S jeho pomocí je možné určit i optimální parametry pro screeningové programy. Lze také například zjistit, jaké finanční náklady jsou zapotřebí na objevení jednoho karcinomu nemocných prošli screeningem, a propočítat finanční úsporu, pokud pacientky budou díky screeningu karcinomu prsu diagnostikovány v časných stádiích.

Chápu plátcí zdravotní péče takovou zpětnou vazbu?

Pojišťovny umějí zjistit náklady na léčbu karcinomu prsu či jakéhokoli jiného nádoru. Donedávna neuměly rozlišit, jaké jsou náklady na jednotlivá stadia.

Jak je to s financováním NOR?

Prostředky dostáváme od MZ ČR a rozdělujeme na kraje podle množství validních hlášenek za poslední uzavřený rok. V minulých letech MZ uvolňovalo pro NOR až 14 milionů korun ročně, v roce 2009 to bylo 10 milionů. V roce 2010, než se v polovině roku změnila vláda, jsme dostali 5 milionů korun s tím, necht' nám zbytek dají její nástupci, což se nestalo. Zdravotnická zařízení, kterým jsme tudíž na sběrná místa mohli rozdělit jen tuto částku, se bránila, zejména okresní. Pro rok 2011 jsme pochopením 1. náměstků ministra zdravotnictví MUDr. Vladimíra Pavely a vrchního ředitele úseku řízených organizací MZ ČR Ing. Zdeňka Kabátka postupně dostali 10 milionů korun, pro příští rok máme příslibu stejnou částku.

Podle stávajících trendů ovšem, jak známo, stoupá incidence zhoubných nádorů. Ředitel Institutu biostatistiky a analýz MU docent Ladislav Dušek s pomocí členů rady NOR spočítal celostátní náklady na údržbu registru pro rok 2012 na 25 milionů korun, v přepočtu na jednu uzavřenou hlášenku je to 300–320 korun.

NOR je tedy výrazně podfinancován, přinejmenším z legislativních důvodů jej ale nelze zrušit. Dodržování právních norem je vymahatelné proti sankcím, které zakotvují. Jsou nějaké?

Žádné nejsou. Za účinné bychom považovali, kdyby sankce vycházely od plátců péče.

Co je naopak největším letošním pokrokem v rámci NOR?

Účelná fúze relevantních informací, kterou umožňuje nový software I-COP, vyvinutý v Institutu biostatistiky a analýz MU v Brně v čele s docentem Duškem, jenž je jedním z pilířů vývoje NOR. Základní idea spočívá ve fúzi dat pro NOR s daty pro pojišťovny už ve zdravotnickém zařízení. Lékařům nový software pomohl přístupnějšímu dříve nedostupné údaje o diagnostice a terapii onkologických pacientů. Údaje pro zdravotní pojišťovnu s daty NOR s pomocí I-COP propojili nejdříve v MOÚ, následovali onkologové z Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně, FN Olomouc, Fakultní Thomayerovy nemocnice, FN Na Bulovce a brzy bude následovat FN Motol. Tento vývoj musí pokračovat. Zjišťované údaje jsou pro zapojené nemocnice i velmi silným argumentačním materiálem. Druhou stranou této mince je strach některých jiných zdravotnických zařízení z možných důsledků zvyšující se výpočetní hodnoty NOR.

Počet případů roste, vstupy podražují, sankce za nehlášení do NOR nemáte. Co se stane, když se NOR rozpadne zdola?

Teoreticky se to stát nemůže, prakticky ano. Soukromému sektoru práci s hlášením pro NOR nemá kdo účinně přikázat a už jsme se setkali (na úrovni okresů) i s případy, kdy v soukromé nemocnici jako sběrném místě prostě přestali informace pro ÚZIS vkládat.

Kdyby se NOR rozpadal, zpočátku by se to opticky jevílo jako snižování incidence nových případů – pro nezasvěcené by to mohl být docela pěkný pohled. Takovou změnou výpočetní hodnoty by se však NOR postupně stal bezcenným.

25. český a slovenský neurologický sjezd

Ve dnech 23.–26. listopadu proběhla v Brně největší neurologická akce v ČR roku 2011. Paralelně s neurologickým sjezdem se konal i 58. společný sjezd české a slovenské společnosti pro klinickou neurofyziologii.

Těžiště ústních sdělení, kterých na sjezdu zaznělo více než 300, tvořily přehledové přednášky renomovaných expertů doplněné vybranými původními pracemi. Vedle 31 bloků hlavní sekce se organizátorům podařilo sestavit také 17 tematických sympozií a do programu byly zařazeny i dvě videosekce ilustrující zajímavé případy extrapyramidových onemocnění a semiologii epileptických záchvatů. Součástí sjezdu bylo dále sedm satelitních sympozií a pět desítek posterových sdělení. Předsedou obou sjezdů byl prof. MUDr. Josef Bednařík, CSc.

Od neurologie a neurofyziologie po neurochirurgii

V případě brněnského sjezdu se jedná o jedinou domácí akci, na které se sešli odborníci prakticky ze všech oblastí neurologie a neurofyziologie. Tomu odpovídala tematická různorodost, pokrývající všechny důležité obory i řadu oblastí interdisciplinárních. Tradičně velký prostor byl věnován cerebrovaskulární tematice včetně sympozií řešících velmi aktuální tematiku organizace péče o nemocné s ischemickým iktem v ČR. Z dalších oborových témat to pak byla extrapyramidová onemocnění, epilepsie, roztroušená skleróza, demence, nervosvalová a vertebrogenní onemocnění, chronické bolesti hlavy, poruchy spánku a průmyslová neurologie. Prostor dostaly i méně tradiční oblasti jako neuropatická bolest, paraneoplastické autoimunitní neurologické syndromy, spasticita, hluboká mozková stimulace, neuroonkologie, neuropsychiatrie, neurogenní poruchy komunikace a problematika klinických doporučení v neurologii. Nechyběl ani reprezentativní přehled současných neurochirurgických postupů – ty se týkaly především nových technologií v operativě mozkových nádorů, operací aneurysmat, chirurgické léčby mozkové ischemie či traumatického poranění mozku a možnosti operační léčby při degenerativním onemocnění páteře.

Hluboká mozková stimulace

K metodám, které přinášejí novou naději pro řešení řady onemocnění centrální nervové soustavy (CNS) a v posledních letech vyvolaly velký zájem v neurologické komunitě, nepochybně patří hluboká mozková stimulace (*deep brain stimulation*, DBS). Blok věnovaný této problematice otevřel prof. MUDr. Ivan Rektor, CSc., přednáškou, která se věnovala identifikaci cílových struktur pro funkční stereotaktické výkony.

Jak uvedl, od roku 1987 už bylo neuromodulačními metodami stimulováno přes 730 pacientů v nejrušnějších indikacích. Jedná se o zákrok, při němž lze pomocí elektrického proudu stimulovat periferní nervy (např. vagová stimulace), povrch mozku či mozečku nebo hluboké mozkové struktury a modifikovat tak aktivitu mozkových funkcí. Technologický pokrok pak od konce 80. let vedl k rozšíření možností této metody, především díky vývoji nových elektrod a generátorů s životností 8–12 let. V současnosti je DBS indikována zejména pro Parkinsonovu chorobu, třes a dystonii, méně často pro farmakorezistentní epilepsii, některá psychiatrická onemocnění (deprese, OCD, agresivita), neztížitelnou bolest (např. po poškození kořenů a zadních prázeců míchy) a *cluster headache*.

Poté se autor sdělení věnoval podrobnému procesnímu popisu jednotlivých metod za použití tzv. přímých a nepřímých technik (tj. přímému zobrazení či vztahu k zobrazitelným strukturám). Pro vlastní implantaci je nejčastěji používána rámová stereotaxe, existují již ale také zkušenosti s použitím *frameless* techniky a implantací intracerebrálních elektrod v MRI scanneru. V závěru pak profesor Rektor upozornil na to, že i když jsou k dispozici vypracované techniky pro anatomickou identifikaci cílových struktur, výsledky z praxe poukazují na nutnost anatomicko-elektrofyziologické korelace, vedoucí k optimalizaci léčby pro potřeby konkrétního pacienta.

Novinky v diagnostice a léčbě RS

V oblasti neuroimunologie byla na kongresu věnována největší pozornost roztroušené skleróze (RS) – především byl představen nový „Klinický standard pro diagnostiku a léčbu RS a *neuromyelitis optica*“, který obsahuje diagnostická kritéria pro obě onemocnění i přesnější vymezení dětské RS. Jsou v něm uvedeny i algoritmy pro diferenciálnědiagnostickou rozvahu, léčebná schémata pro různá stadia onemocnění, návod pro farmakovigilanci při používání léků k ovlivnění průběhu těchto chorob, pravidla pro vznik specializovaných center a škála disability.

Poprvé zde také byly prezentovány výsledky randomizované, dvojitě zaslepené, placebem kontrolované multicentrické studie fáze III REFLEX (*Rebif FLEXible dosing in early multiple sclerosis*), která hodnotila účinnost dvou dávkovacích schémat podkožně podávaného interferonu beta-1a na riziko zvratu první demyelinizační příhody do RS.

Zajímavá byla rovněž informace o technologické novince v podobě elektronického autoaplikátoru IFN, zlepšující celkovou adherenci k léčbě RS, a proběhlo i satelitní sympozium, v jehož rámci byla odborná veřejnost seznámena s mechanismem účinku i dosavadními zkušenostmi s prvním perorálním přípravkem na RS (fingolimod).

Klíčové postavení MRI u RS

Nový standard představila na sjezdu prof. MUDr. Eva Havrdová, CSc., s tím, že pro běžnou praxi znamená jisté ulehčení a pro plátců zdravotní péče, pokud by měla být poskytována v souladu s medicínou založenou na důkazech (EBM), určitou výzvu. Za současných pravidel, která se EBM neřídí, je léčeno daleko méně pacientů, což paradoxně vede k nárůstu nákladů na péči o nemocné v pozdních stadiích choroby a je ve skutečnosti farmakoekonomicky nevýhodné.

Jak dále profesorka Havrdová uvedla, diagnostika RS od první publikace McDonaldových kritérií



Profesorka Eva Havrdová představila nový klinický standard pro diagnostiku a léčbu RS. | Foto: Leoš Chodura

z roku 2001 nečiní u typických případů obtíže. Postupně se ale ukázalo, že aby byla léčba u vhodných kandidátů zahájena včas, je třeba diagnostiku urychlit. Pod tlakem studií – především s použitím magnetické rezonance (MRI) – bylo nutno kritéria aktualizovat v roce 2005 a po dalších pěti letech znovu. Přínosem MRI kritérií pro monitoring aktivity RS je především možnost hodnotit z jednoho vyšetření při použití gadolinia zároveň diseminaci procesu nejen v prostoru, ale i v čase. Proto by při podezření na RS měla být první MRI vždy provedena s gadoliniem, ideálně před podáním kortikoidů.

Autorka pak zmínila současná kritéria diseminace v prostoru, která se rovněž zjednodušila. Pro průkaz RS musí být přítomna jedna nebo více lézí nejméně ve dvou ze čtyř oblastí CNS – periventriculární, juxtakortikální, infratentoriální nebo míšní. Pokud má pacient klinický kmenový nebo míšní syndrom, symptomatické léze se do celkového počtu nezahrnují. Jestliže je prokázána diseminace procesu v prostoru i čase, jedná se i při prvních klinických příznacích o jistou RS. Nutno dodat, že u pacientů, kde nejsou přítomny léze vychytávající gadolinium, se postupuje jako dosud. Přítomnost oligoklonálních pášů v likvoru je významná především pro prognózu přechodu v jistou RS, samotné vyšetření likvoru má pak význam diferenciálnědiagnostický. Spolupráce s radiologem schopným správně interpretovat data, která mu současně technické možnosti nabízejí, se tak stává nepostradatelnou nejen pro diagnostiku, ale i odhad prognózy nemoci a monitoraci efektu léčby.

Postavení placebo a noceba v léčebném procesu

Na kongresu se objevila rovněž řada nových informací a praktických postřehů z oblasti neuropsychiatrie,

která začala být v posledních letech neprávem opomíjena, a její současná „revitalizace“ je proto větší částí neurologů vítána.

Netradiční přednáška prof. MUDr. Petera Kukumberga, Ph.D., se zabývala kontroverzní tematikou – stále ještě ne zcela ujasněným postavením placebo (P) a noceba (N) v terapeutickém procesu. Podle autora se jedná o zajímavé téma, které je zejména v posledních letech dotvářeno novými poznatky. Jak uvádí stručná definice placebo (Beecher, 1955), jde o kladný léčebný účinek simulovaného léku nebo jiného přístupu. Rub placebo, méně známý nocebo efekt, je pak záporný účinek jakéhokoli léčebného postupu (Kennedy, 1961), kdy výsledná sugesce spočívá v očekávání negativního výstupu nebo dramaticky se zhoršujícího stavu. Oba fenomény mají limitující vlastnosti – není to univerzální proces, je krátkodobý a práh spuštění obou fenoménů se nedá přesně deteminovat. Jsou součástí ireálného léčiva a zatím je bohužel nelze přesně oddělit (není známo zdůvodnění pro responzibilitu nebo non-responzibilitu), což představuje další „minus“.

Díky pokroku technologickému (MRI, fMRI, PET) a neurofarmakologickému se ale významně posunula interpretace P/N reakcí. Výrazný placebo efekt je asociovaný s intenzivnější dopaminovou a opioidní aktivitou v *nucleus accumbens* (ústřední jádro systému odměny) a naopak nocebo efekt je asociovaný s deaktivací tohoto systému. Uvolňování dopaminu v *n. accumbens* je vyšší u placebo respondentů (mají tedy vyšší aktivitu v systému odměny) a celkem nepatří u non-respondentů. Lze tudíž říci, že v případě placebo se rozhodně nejedná o fikci, ale přesně zdokumentovaný neurochemický proces (definice placebo má samozřejmě i další psychosociální atributy – sugestibilita

barvy či velikosti léku, kredibilita farmaceutických společností apod.). Lidé se tedy dají rozdělit na placebo respondenty a non-respondenty, tato rozdílná reaktivita však zatím není známa, protože dosud nejsou upřesněny její patofyziologické souvislosti.

Dospějeme k placebologii?

K novým poznatkům patří, že pro nocebo hyperalgezií, která se dá vyvolat, je charakteristické, že bolest vyvolá strach, který ji může potencovat („anticipační strach“), a je potvrzeno, že je přitom aktivován cholecystokininový systém, jenž facilituje bolest. K nejnovějším zjištěním pak patří, že antagonisté cholecystokininu (konkrétně např. látka, která se jmenuje proglumid) tento efekt likvidují. Autor uvedl asociaci k panické poruše, kterou může vyvolat řada látek (zejména laktát sodný), ale ne vždy u člověka, jenž trpí panickou poruchou. Naproti tomu cholecystokinin dokáže vyvolat panickou ataku i u zdravého jedince.

Mezi psychoneurobiologické podklady, kterými jsou nyní tyto reakce vysvětlovány, patří kladné

očekávání (naděje) i zapojení klasického „pavlovovského“ principu podmiňování, kladná persvaze (přesvědčení), osobnost zdravotníka, imunologické faktory a řada dalších. U některých afekcí (hlavně neuropsychiatrických) jsou známy i anatomicko-funkční determinanty. Jedná se o Parkinsonovu chorobu, dyskinezi, syndrom neklidných nohou, depresivní poruchu, roztroušenou sklerózu, epilepsii, migrénu. Překvapivé jsou pak možnosti blokování P/N fenoménů pomocí zmíněného proglumidu. Vymezily se už odpovídající receptorové zóny reprezentující P efekt: *nucleus accumbens*, limbické a kmenové, orbitofrontální a prefrontální regiony a thalamus.

Placebo fenomén je tedy nenahraditelným, a proto nevyhnutelným nástrojem relativně exaktního a vědecky optimálního působení účinku nového léku. Jak uvedl profesor Kukumberg v závěru svého vystoupení, placebo se nelze vzdávat při testování nových léků, protože nic lepšího zatím není. Specificky humánní P/N reakce nyní navigují intenzivní výzkum. Možná se tak otevírá brána mechanismům homeostázy i neznámých

vztahů „mezi fyzikem a psychikem“... Možná také dospějeme k etablování nové subdisciplíny – „placebologie“.

V diskusi se pak autor ostře vyhrnil proti homeopatii, která je podle něj vysvětlitelná jediné placebo efektem, podobně jako často velice účinná akupunktura, kde jde dle jeho slov až 75 % efektu rovněž na vrub placeboa.

Přínos zobrazovacích metod u hraničních dg

Doc. MUDr. Martin Bojar, CSc., poukázal na to, že by měla být přehodnocena dichotomie oborů, a jako příklad uvedl přínos spolupráce mezi neurologií, neuropsychiatrií a zobrazovacími metodami. Zdůvodnění nachází v tom, že bio-psycho-sociální aspekty jsou přítomny prakticky u všech neurologických onemocnění, a je tedy třeba nahlížet je v celém kontextu. Problémem u dané skupiny pacientů bývá nejčastěji „věčný svár mezi organicitou a neorganicitou postižením“. V poslední době, kdy se lze podívat na řadu diagnóz daleko podrobněji, se ukazuje, že makroorganicitu je ve skutečnosti velmi často nahrazována mikroorganicitou... S tím souvise-

jí postoje neurologů k pacientům s (pseudo)neurastenickými, konverzními či somatoformními onemocněními, jejichž obtíže jsou ne vždy nahlíženy bez určité předpojatosti. A právě v tom nyní podle autora sdělení mohou pomoci funkční zobrazovací metody.

Následně pak demonstroval příklady pacientů s hraničními diagnózami, u nichž byla v motolské nemocnici provedena analýza nálezů SPECT a DaTSCAN v relaci k EEG, CT a MRI a k nálezům v mozkomíšním moku. Jednalo se o nemocné, u nichž byly pochyby o organických potížích. Byli to pacienti s neuroinfekcemi (neuroborelióza a postinfekční autoimunitní afekcí CNS), dále s vaskulárním, zánětlivým či paraneoplastickým postižením, epilepsií, neurodegenerativním postižením a poruchami pohybu. Procento abnormálních výsledků bylo relativně vysoké. Potvrdila se tak dostatečná senzitivita a nižší specifita obou metod. Důležitá je ale podle autora především citlivá interpretace výsledků, která může buď podpořit, nebo vyloučit hypotézu o somatizaci u pacientů, kterým „zdánlivě nic není“.

Své vystoupení docent Bojar uza-

vřel doporučením, podle něhož je užitečné používat uvedená instrumentaria (SPECT a DaTSCAN), která jsou u nás v současnosti dostupná a nepředstavují příliš velkou finanční zátěž (tj. pojišťovny tato vyšetření tolerují). Mohou přispět k tomu, že nemocní, s nimiž si neurologové, psychiatři nebo kliničtí psychologové nevědí rady, se nakonec mohou ze skupiny obtížných, nikým nechtěných pacientů, jimž nikdo nevěří, stát těmi, u nichž je připouštěna jistá míra organicity. Uvedl také konkrétní příklady z praxe, kdy byla díky DaTSCANu potvrzena diagnóza Parkinsonovy nemoci v případě klinicky nejasného parkinsonského syndromu u velmi aktivní mladé ženy a u jiné pacientky naopak vyvrácena diagnóza Alzheimerovy choroby (jednalo se o vaskulárně podmíněnou demenci). Disjunkce neurovědních oborů a využití strukturálních a funkčních zobrazovacích metod tedy podle autora sdělení přispívají k diagnostice časných i pozdních stadií atypicky probíhajících nervových a duševních chorob i k jejich cílené „osobní“ léčbě a rehabilitaci.

Jaroslava Sladká

Inzerce A111019728



- Je účinný u pacientů s CIS i s RRMS^{2,3}
- Zpomaluje progresi do klinicky prokázané RS³
- Signifikantně snižuje počet relapsů u RRMS²
- Má příznivý bezpečnostní profil z krátkodobého i dlouhodobého hlediska¹⁻³

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 glatirameri acetasu – 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 prospechy 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, rhinitida, 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, dysfagie, 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 léky. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte stříkačky v krabici – chraňte 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 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



NEUROLOGIE

Novinky ve farmakoterapii neuropatické bolesti

V rámci 25. českého a slovenského neurologického sjezdu byl představen nový „Klinický standard pro farmakoterapii neuropatické bolesti“, vydaný letos v říjnu. Pozornost byla věnována také inovacím v oblasti léčebných možností.

Podle epidemiologických studií dosahuje prevalence neuropatické bolesti v populaci 6–8 %, proto její farmakoterapie představuje kromě medicínského aspektu rovněž významný socioekonomický problém. Zatímco akutní bolest může být považována za symptom onemocnění či poranění, bolest chronická je specifickým zdravotním problémem, onemocněním *sui generis*. Neuropatická bolest (NB) pak velmi často představuje refrakterní formu chronické bolesti. Jedná se o klinický syndrom, který je přítomen s různou prevalencí u nemocí a lézí periferní i centrální nervové soustavy.

Standard přináší řadu upřesňujících doporučení

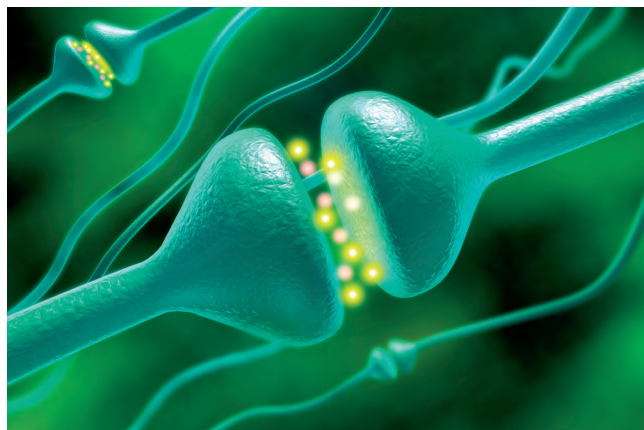
Jak uvedl prof. MUDr. Josef Bednařík, CSc., vedoucí autorského týmu aktuálního „Klinického standardu pro farmakoterapii neuropatické bolesti“ (KSFNB), který je k dispozici od letošního 1. října, důvodů pro vznik nových klinických postupů bylo několik. Tím prvním je skutečnost, že farmakoterapie NB je i v současnosti neuspokojivá (signifikantní úlevy dosáhne méně než polovina nemocných) a jednotlivá doporučení zabývající se problematikou farmakoterapie NB nejsou zcela jednotná v názoru na optimální postup, což může být způsobeno heterogenitou syndromu NB – počínaje jeho definicí a diagnostikou přes strategii léčby zaměřenou na etiologii nebo mechanismus NB až po vyhodnocení výsledků jednotlivých studií i jejich absenci u určitého typu NB.

KSFNB obsahuje exaktní klinické a procesní vymezení onemocnění

a péče (názvy, kódy diagnóz, začátek a konec procesu péče aj.). Doporučená farmakoterapie NB je pak hierarchicky uspořádána na léčbu 1., 2. a 3. volby, a to odděleně pro: bolestivé neuropatie (včetně diabetické polyneuropatie), postherpetickou neuralgii a další lokalizovanou periferní neuropatickou bolest, neuralgii trigeminu, centrální neuropatickou bolest, některé subtypy neuropatické bolesti (fantomovou bolest, nádorovou NB, multietologickou bolest, HIV neuropatii) a neuropatickou bolest doprovázenou komorbidity (zejm. poruchami spánku, úzkostí, depresí). Doporučeny jsou rovněž vhodné kombinace léčiv. Doporučená účinnost KSFNB činí dva roky. Během této doby budou do standardu zahrnovány průběžné aktualizace. Jeho plné znění lze nalézt na internetových stránkách: www.sopr.cz/standarady

Farmakoterapeutické inovace

V Česku se v posledních letech objevilo několik nových přípravků rozšiřujících spektrum možností analgetické léčby a vhodných i pro terapii NB. Ve svém kongresovém vystoupení o nich informoval MUDr. Tomáš Doležal, Ph.D. Upozornil na stále se rozšiřující indikace klasických léčiv (zejména opioidů) do této oblasti i na nové molekuly, jakými jsou kapsaicin a lidokain ve formě náplastí (obě získaly úhradu ze zdravotního pojištění v ČR v letošním roce). První z nich je určena pro léčbu periferních nediabetických NB a HIV-asociované NB, druhá zejména pacientům s postherpetickou NB. Několik slibných molekul



ilustrace foto: Shutterstock

na bázi protilátek vůči neurálnímu růstovému faktoru je ve fázi II/III klinického vývoje.

Stále se podle autora sdělení pracuje také na uvedení specifických léčiv ovlivňujících endokannabinoidní systém (např. Sativex) do klinické praxe. Jako atraktivní terapeutický cíl pak označil vápníkové kanály v průběhu dráhy bolesti, na které se váží některá novější léčiva z nedávné doby (pregabalin, ziconotid) a také některá připravovaná farmaka (např. leconotid). Dalšími terapeutickými cíli jsou pak periferní receptory spřažené se sodíkovými kanály (TRPV+ nebo TRPV3) či ovlivnění funkce gliových buněk.

Modulátory vápníkových kanálů

V rámci samostatného symposia věnovaného neuropatické bolesti se prof. MUDr. Zdeněk Ambler, DrSc., zaměřil především na postavení gabapentinu a pregabalínu v současné farmakoterapii NB. Z patofyziologického hlediska se v obou

případech jedná o přirozeně se vyskytující aminokyseliny s rozvětveným řetězcem; jsou chemickými analogy kyseliny γ -aminomáselné (GABA), ale žádný z nich nevykazuje účinnost na GABA-ergní nervový systém. Patří do skupiny specifických látek s vazební afinitou k podjednotce vápníkových kanálů řízených napětím v centrálním nervovém systému.

Jak autor dále uvedl, právě modulátory vápníkových kanálů dnes patří ve všech doporučeních mezi možnosti první volby u farmakoterapie NB. Gabapentin byl schválen americkým Úřadem pro kontrolu léků a potravin (FDA) v roce 1994 pro přídatnou léčbu parciálních záchvatů, později i pro některé typy NB; pregabalin vstoupil do klinické praxe v roce 2005. V novém KSFNB patří oba modulátory mezi doporučené léky první volby zejména u bolestivé diabetické (i jiné) neuropatie, postherpetické neuralgie (i další lokalizované neuropatické bolesti) a centrální neuropatické bolesti.

Rozdílná účinnost i farmakokinetický profil

Pregabalin se od gabapentinu liší tím, že má 3–10x silnější vazbu na α - δ podjednotku a má i příznivější farmakokinetický profil – jeho biologická dostupnost dosahuje 90 % (vs. gabapentin 27–60 %), rychlejší je i dosažení plasmatické koncentrace. Pro snížení NB je také třeba výrazně nižší dávky léku a rozdíl je i v dosažení efektivity účinku – u gabapentinu 9 dní, při podání pregabalínu 1 den. Netvoří ani významné lékové interakce s celou řadou léčiv, s nimiž byl v kombinaci testován (antiepileptika, opioidy, antidiabetika aj.). Příčinou je zanedbatelná biotransformace v játrech cytochromem P 450.

Účinnost pregabalínu byla prokázána v mnoha studiích u periferní neuropatické bolesti, ale také u nemocných s traumatickou míšní lézí. Kromě redukce bolesti je při podání pregabalínu významné, že se zlepšují poruchy spánku (úprava spánkové struktury), jež patří u NB k častým komorbiditám. Bylo rovněž prokázáno, že je vhodným lékem i u starších pacientů, kde vykazuje účinnost obdobnou jako u mladších jedinců a nežádoucí účinky (závrata, ospalost, sucho v ústech, periferní otoky a somnolence) nejsou signifikantně vyšší. Jejich výskyt je závislý na dávce, obecně se proto u starších pacientů doporučuje začít vždy nízkou dávkou s pomalou titrací podle tolerance nemocného.

V závěru svého vystoupení se profesor Ambler vrátil k tématu své přednášky, tedy srovnání pregabalínu a gabapentinu. Jak uvedl, i v případě těchto dvou modulátorů vápníkových kanálů se jedná o odlišné molekuly, které mají rozdílnou účinnost i farmakokinetický profil. Liší se též jejich schválené indikace (gabapentin primárně jako antiepileptikum) a úroveň doporučení pro jejich použití. Výstupy z klinické praxe dále ukázaly, že pregabalin může být účinný i tam, kde předchozí užití gabapentinu v léčbě selhalo nebo mělo jen nedostatečný efekt.

Jaroslava Sládková

Inzerce A111019727

MEDICAL SERVICES

Profesionální partner pro vydávání zdravotnické literatury

Napsali jste knihu?
My vám ji vydáme!

Kontaktujte nás e-mailem: obchod.MS@mf.cz





LYRICA®
PREGABALINUM

Rychlý nástup. Dlouhodobá kontrola

...více poezie do života

- Lyrica® má rychlý nástup účinku a vysokou účinnost při léčbě neuropatické bolesti.¹
- Lyrica® je účinná v léčbě refrakterní neuropatické bolesti u pacientů nereagujících na léčbu gabapentinem.^{1,2}
- Zlepšuje doprovodné symptomy bolestivé neuropatie – poruchy spánku, depresi a úzkost.¹


**RYCHLÁ
A DLOUHODOBÁ
KONTROLA POTÍŽÍ
ZPŮSOBENÝCH PERIFERNÍ
A CENTRÁLNÍ
NEUROPATICKOU
BOLESTÍ^{3,4}**

Zkrácená informace o přípravku Lyrica® 75 mg tvrdé tobolky, Lyrica® 150 mg tvrdé tobolky

Léčivá látka: Pregabalinum 75 mg nebo 150 mg v jedné tvrdé tobolce. **Indikace:** Neuropatická bolest: Periferní a centrální neuropatická bolest. **Epilepsie:** Přídavná léčba u dospělých s parciálními záchvaty se sekundární generalizací nebo bez ní. **Generalizovaná úzkostná porucha:** Léčba generalizované úzkostné poruchy u dospělých. **Dávkování:** 2-3 x denně, s jídlem i bez jídla. **Neuropatická bolest:** 150 mg denně, po 3-7 dnech lze 300 mg, po dalších 7 dnech na 600 mg. **Epilepsie:** 150 mg denně, po týdnu lze 300 mg, po dalších 7 dnech na 600 mg denně. **Generalizovaná úzkostná porucha:** 150 mg denně, po týdnu lze 300 mg, po dalším týdnu 450 mg denně, za dalších sedm dní lze 600 mg denně. **Vysazení pregabalinu:** Vysazovat postupně, minimálně týden. **Pacienti s poruchou funkce ledvin:** Dávka dle clearance kreatininu. **Pacienti s poruchou funkce jater:** Není nutná úprava dávky. **Použití u dětí a dospívajících:** Nedoporučuje se u dětí mladších 12 let a dospívajících (12-17 let věku). **Použití u starších pacientů (nad 65 let):** Eventuální úprava dávky dle funkce ledvin. **Kontraindikace:** Precitlivlost na léčivo či přídatné látky. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Při zvýšení hmotnosti někdy nutné upravit léky na snížení glykémie. Při výskytu angioedému ihned vysadit. Hlášený závratě, somnolence, oční poruchy (ztráta zraku, zastřené vidění), selhání ledvin, po vysazení epileptické záchvaty, encefalopatie. Po vysazení pregabalinu může vzniknout syndrom z vysazení s různými symptomy (např. nespavost, bolest hlavy, nauzea, úzkost). Dále hlášeny případy městnavého srdečního selhání, příznaky sebevražedného chování, snížená funkce gastrointestinálního traktu při podávání s léky způsobující zácpu. Opatrnost při zneužívání léku v anamnéze. Pregabalin by neměli užívat pacienti se vzácnými dědičnými poruchami typu intolerance laktózy, laktázové nedostatečnosti, malabsorbce glukózy či galaktózy. **Interakce:** Pregabalin se vylučuje převážně nezměněn močí, neváže se na plazmatické bílkoviny, farmakokinetickým interakce jsou nepravděpodobné. Žádné interakce PRG s fenytoinem, kys. valproovou, karbamazepinem, lamotriginem, gabapentinem, lorazepamem, oxykodonem nebo ethanolem, s perorálními kontraceptivy obsahujícími norethisteron a/anebo ethinylestradiol. Pregabalin může zesilovat účinky etanolu a lorazepamu. Při současném užívání s léky tlumícími CNS, hlášeny případy selhání dýchání a komatu. Aditivní účinek na zhoršení kognitivních a hrubých motorických funkcí způsobených oxykodonem. **Těhotenství a kojení:** Nejsou údaje. Kojení není doporučováno. Doporučeno užívání antikoncepce. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Lyrica může ovlivňovat schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Obvykle mírné až středně závažné. **Velmi časté:** Závratě a somnolence. **Časté:** Zvýšená chuť k jídlu, euforická nálada, zmatenost, předrážděnost, snížení libida, dezorientace, nespavost, ataxie, poruchy koordinace, třes, dysartrie, zhoršení paměti, poruchy pozornosti, parestezie, sedace, porucha rovnováhy, letargie, rozmazané vidění, dvojité vidění, vertigo, zvracení, sucho v ústech, zácpa, flatulence, erektilní dysfunkce, poruchy chůze, pocit opilsti, únava, periferní otoky, otoky, zvýšení hmotnosti, bolesti hlavy. Po vysazení někdy pozorován vznik syndromu z vysazení se symptomy: Nespavost, bolest hlavy, nauzea, průjem, příznaky podobné chřipce, nervozita, deprese, bolest, pocení, závratě. **Uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Balení:** mj. 14 a 56 tobolek v blistru. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich, Kent CT13 9NJ, Velká Británie. **Registrační číslo:** EU/1/04/279/011-012, 017-018. **Datum poslední revize textu:** 22.11.2011. Před předepsáním se, prosím, seznámte s úplnou informací o přípravku. **Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis.**

Reference: 1. Pregabalin v léčbě chron. bolesti: přeloženo 06/2009 z orig. Clin Drug Invest 2009;29(3):203-213. 2. Pregabalin Hovorka a spol. Farmakoterapie. 3. Siddall PJ, Cousins MJ, Otte A, Griesing T, Chambers R, Murphy TK. Pregabalin in central neuropathic pain associated with spinal cord injury: a placebo-controlled trial. Neurology 2006;67:1792-1800. 4. Souhrn údajů o přípravku Lyrica®.

Žít aktivně každý den



GILENYA®
fingolimod
NADĚJI MĚNÍ V REALITU

Zkrácená informace GILENYA 0,5 mg tvrdé tobolky

Stožení: Jedna tvrdá tobolka obsahuje 0,5 mg fingolimodumu (ve formě hydrochloridu). **Indikace:** Přípravek Gilenya je indikován v monoterapii jako léčba modifikující průběh onemocnění (DMT, disease modifying therapy) u vysoce aktivní relabující-remitující formy roztroušené sklerózy u následujících skupin dospělých pacientů: u pacientů, kteří mají vysoce aktivní formu onemocnění i přes terapii interferonem beta nebo u pacientů s rychle progresující závažnou relabující-remitující formou roztroušené sklerózy definovanou 2 nebo více těžkými relapsy během jednoho roku a s 1 nebo více gadolinium enhancujícími lézi na MMR mozku nebo s významným zvýšením výskytu T2 lézí ve srovnání s předchozími vyšetřeními MMR. **Dávkování:** Doporučená dávka je jedna 0,5 mg tobolka podávaná perorálně jednou denně. Přípravek Gilenya může být užíván s jídlem nebo nalačno. **Kontraindikace:** Známý syndrom imunodeficience. Pacienti se zvýšeným rizikem oportunních infekcí, včetně pacientů se sníženou imunitou (včetně těch, kteří jsou v současné době na imunosupresivní léčbě nebo pacientů s imunitou oslabenou předchozími terapiemi). Závažné aktivní infekce, aktivní chronické infekce (hepatitida, tuberkulóza). Znamé aktivní maligní onemocnění, s výjimkou pacientů s kožním bazocelulárním karcinomem. Těžká porucha funkce jater (Child-Pugh třída C). Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku tohoto přípravku. **Zvláštní upozornění/varování:** Zahájení léčby vede k předchozímu zpomalení srdeční frekvence. Všichni pacienti by měli být monitorováni s ohledem na subjektivní a objektivní příznaky bradykardie po dobu 6 hodin. Před zahájením léčby u pacientů s anamnézou významného kardiovaskulárního onemocnění se doporučuje konzultace kardiologa. Před zahájením léčby by měl být k dispozici současný kompletní krevní obraz. Během léčby a v případě známek infekce je doporučeno pravidelně kontrolovat krevní obraz. Je-li absolutní počet lymfocytů $< 0,2 \times 10^9/l$, je třeba léčbu až do zotavení přerušit. Zahájení léčby u pacientů se závažnou aktivní infekcí je třeba odložit až do její vyřešení. Pacienti bez anamnézy plných neštovic a bez vakcinace proti viru varicella zoster (VZV) by měli být vyšetřeni před zahájením terapie na přítomnost protilátek proti VZV. U pacientů bez protilátek proti VZV je třeba před zahájením léčby zvážit vakcinaci. Makulární edém byl hlášen u 0,4 % pacientů léčených fingolimodem 0,5 mg. Po 3 – 4 měsících od zahájení léčby se doporučuje očnit vyšetření. Před zahájením léčby by měly být k dispozici současné hodnoty transamináz a bilirubinu. Pokud se neobjeví klinické příznaky, je doporučeno monitorovat sérové hladiny jaterních transamináz v 1, 3, a 6. měsíci terapie a pravidelně poté. Při opakovaném pokřadu hodnot jaterních transamináz nad 5násobek ULN by měla být přerušena terapie přípravkem Gilenya. Pokud přechází pacient z léčby interferonem nebo glatiramer acetátem na přípravek Gilenya, washout perioda není nutná, vezme-li v úvahu, že jakékoliv účinky těchto léků (tj. cytopenie) na imunitu byly vyřešeny. Při převězení pacientů z natalizumabu na přípravek Gilenya je zapotřebí opatnosti, protože kvůli dlouhému poločasů natalizumabu mohlo dojít až 2 – 3 měsíce následně po přerušení léčby natalizumabem k současné expozici, a tím k současným účinkům na imunitu, pokud byl léčba přípravkem Gilenya byla zahájena okamžitě. Při převězení z jiných imunosupresivních terapií musí být při zahájení léčby přípravkem Gilenya zvažena doba trvání a mechanismus působení těchto léků, aby se zabránilo aditivnímu supresivnímu účinkům na imunitu. Pokud je rozhodnuto ukončit léčbu, je nutno dodržet 6-týdenní interval bez terapie, aby mohlo (podle poločasu fingolimodu) dojít k jeho vyloučení z oběhu. Použití imunosupresiv krátce po ukončení léčby přípravkem Gilenya může vést k aditivnímu účinku na imunitní systém a proto je na místě opatnost. **Interakce:** Antineoplastická, imunosupresivní nebo imunomodulační léčba by neměla být současně s přípravkem Gilenya podávána s vzhledem k riziku aditivních účinků na imunitní systém. Opatnost je nutná i v případě, že pacient přechází z dlouhodobě působících léčebných účinků na imunitní systém, jako je například natalizumab nebo mitoxantron. Během léčby přípravkem Gilenya a až dva měsíce po ní může být vakcinace méně účinná. Použití živých oslabených vakcín může vést k riziku infekci a je třeba se mu vyhnout. Měla by být zvažena potenciální rizika a přínosy zahájení léčby fingolimodem u pacientů, kteří jsou již léčeni léky snižujícími srdeční frekvenci. Je třeba dbát opatnosti u léků, které mohou inhibovat CYP3A4 (inhibitory proteáz, azolové antimykotika, některé makrolidy jako například klarithromycin nebo telithromycin). **Těhotenství a kojení:** Během léčby by pacientka neměla otěhotnět a doporučuje se aktivní antikoncepce. Pokud žena otěhotní v průběhu užívání přípravku Gilenya, doporučuje se léčbu přerušit. S ohledem na možnost závažných nežádoucích účinků fingolimodu u kojenců dětí by neměly ženy léčené přípravkem Gilenya kojit. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: infekce virem chřipky, bolest hlavy, kašel, průjem, bolest zad, zvýšení hladiny alaninaminotransferázy (ALT). Časté: infekce herpetickým virem, bronchitida, sinusitida, gastroenteritida, tinea, lymfopenie, leukopenie, deprese, závrať, parestezie, migréna, rozmazané vidění, bolest oka, bradykardie, atrovnetikulární blokáda, hypertenze, dušnost, ekzém, alopecie, svědění, astenie, zvýšení hladiny gama-glutamyltransferázy (GGT), zvýšení jaterních enzymů, abnormální jaterní testy, zvýšení triglyceridů v krvi, snížení tělesné hmotnosti. **Podmínky uchování:** Nachovávat při teplotě nad 30°C. Uchovávat v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Dostupné lékové formy/velikosti balení:** PVP/PVDC/Al blistry v balení obsahujícím 7 nebo 28 tvrdých tobolek nebo vícenásobná balení obsahující 84 (3 balení po 28) tvrdých tobulek. PVC/PVDC/Al perforované jednodávkové blistry v balení obsahujícím 7 x 1 tvrdou tobolku. **Poznámka:** Dříve než lék předepíšete, přečtěte si pečlivě úplnou informaci o přípravku. **Reg. č.:** EU/1/11/577/001-005. **Datum registrace:** 17.03.2011. **Datum poslední revize textu SPČ:** 04/2011. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novartis Europharm Limited, Horsham, RH12 5AB, Velká Británie.

Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis, úhrada z prostředků veřejného zdravotního pojištění nebývá dosud stanovena.

Novartis s. r. o.,
Pharma, Gemini, budova B, Na Pančákách 1724/129
140 00 Praha 4, tel.: 225 775 111, fax: 225 775 222
www.novartis.com

První perorální lék na roztroušenou sklerózu

Evropská léková komise (EMA) schválila v letošním roce používání nového léku (fingolimod), určeného pacientům s vysoce aktivní relabující-remitující roztroušenou sklerózou (RRMS) nebo při rychlém rozvoji této formy onemocnění.

V historii léčby roztroušené sklerózy (RS) lze vysledovat řadu mezníků (ať už v podobě diagnostiky časných fází, farmakoterapeutických intervencí nebo změn v přístupu k pacientům), které ovlivnily a dosud významně ovlivňují osud nemocných s touto závažnou chorobou. Před rokem vstoupil do terapie RS zatím první perorální lék (podávaný jednou denně) s prokázanou účinností. Lze jej považovat za jeden z dalších průlomů v dosavadní léčbě, omezené zatím pouze na injekčně podávané léky s častými nežádoucími účinky a se všemi komplikacemi, které s sebou tato aplikační forma přináší. Neurologická obec se měla možnost seznámit podrobněji s mechanismem působení nového léku, jeho možnými nežádoucími účinky i prvními výstupy z práce na satelitním sympoziu, které proběhlo 24. listopadu v Brně v rámci 25. českého a slovenského neurologického sjezdu.

Inspirační v „čínské houbě“

V rámci úvodní přednášky satelitního symposia prof. MUDr. Eva Havrdová, CSc., zmínila zajímavou historii vývoje nového léku, který je odvozen od substance využívané již ve staré čínské medicíně. Jedná se o myriocin, pocházející z nepohlavního stadia věčkaté houby *Isaria sinclairii* rodu *Cordyceps*, která se množí netradičním způsobem. Její spora je spolknuta červem, kterého přes zimu zabije a sama pak na jaře vyraší. Číňané proto této houbě říkali „letní tráva, zimní červ“. Fingolimod, který je chemickým derivátem myriocinu, ovšem není jediným lékem odvozeným z houby rodu *Cordyceps* – patří sem i protirakovinná látka cordycepin (3-deoxyadenosin) a některá imunosupresiva (cyklosporin, myriocin).

Mechanismus účinku

Fingolimod je tedy strukturálním analogem přirozeně se vyskytující sfingolipidové molekuly,

která nese název sfingosin. Obě tyto substance musí být fosforylovány sfingosinkinázou-2, aby mohly být aktivní a mohly se vázat na receptor S1P (sphingosine-1-phosphate). Teprve pak se stávají účinnými.

Fingolimod vlastně funguje jako strukturální analog sfingosinu, a tedy jako agonista receptorů S1P. Po jeho navázání na receptor dochází k internalizaci receptorového komplexu a degradaci lyzozomálním aparát – tím fingolimod působí naopak jako funkční antagonist receptorů S1P. Z povrchu lymfocytů jsou receptory S1P takto odstraněny a lymfocyty jsou díky tomu zadrženy v uzlinách. To je dnes hlavní uznávaný mechanismus účinku tohoto léku. Navíc tím, že lymfocyty jsou zadrženy v krevním oběhu, což je další důležitá součást tohoto účinku (neztratí se, jsou pouze redistribuovány). Velmi podstatné je i to, že jsou zadrženy převážně centrální paměťové lymfocyty, včetně jejich podtypu Th_{17} , které jsou zodpovědné za autoimunitní reakce v CNS u pacientů s roztroušenou sklerózou.

Protektivní působení v CNS u člověka s RS

Profesorka Havrdová dále upozornila, že fingolimod má imunomodulační farmakodynamické vlastnosti odlišné od klasického imunosupresiva myriocinu. Ty spočívají především v tom, že neinhibuje aktivaci či proliferaci T buněk ani jejich paměťovou funkci a neinterferuje s tvorbou cytokinů T buňkami. Hlavním imunologickým terapeutickým efektem je tak redistribuce lymfocytů do sekundárních lymfatických orgánů, vedoucí ke snížení imunitní odpovědi.

Další velmi důležitá sdělení přinesla data z klinických studií, která se týkala atrofie mozku. Efekt fingolimodu byl patrný na MRI obrazech, které ukázaly jak redukcí zánětlivé ložiskové aktivity, tak i zpomalení mozkové atrofie.

Účinnost a bezpečnost v klinických studiích

Dosud proběhly s fingolimodem dvě velké studie – jednoletá TRANSFORMS* a dvouletá FREEDOMS**. Podrobněji o jejich výsledcích, zejména ve vztahu k bezpečnosti léčby, na sympoziu referoval slovenský host sjezdu prof. MUDr. Egon Kurča, Ph.D. Uvedl, že fingolimod již má při doporučené dávce 0,5 mg 1x denně dobře popsany profil bezpečnosti a snášenlivosti. Celková incidence závažných nežádoucích účinků (NÚ) a NÚ vedoucích k přerušení léčby byla podobná mezi dávkou 0,5 mg a komparátorem (placebo nebo IFNβ-1a i. m.). Specifické NÚ, které byly nejčastěji hlášeny u pacientů léčených fingolimodem, zahrnují: elevaci jaterních enzymů; snížení počtu bílých krvinek (lymfocyty a celkový počet bílých krvinek) – zde jde ale spíše o očekávaný farmakodynamický efekt než o NÚ; dále bradykardii (je přechodná, jen v době zahájení léčby – doporučuje se sledovat pacienta 6 hodin po podání první dávky); makulární edém; hypertenzi (doporučuje se monitorovat rizikové pacienty).

Celková incidence infekcí, včetně závažných, byla podobná ve skupině léčených fingolimodem a komparátorem. Ve skupině pacientů léčených fingolimodem byl zaznamenán mírně častější výskyt infekcí dolních cest dýchacích. Zde je třeba dodat, že adepti léčby, kteří nebyli očkovaní proti viru *Varicella zoster*, by měli mít vyšetřené protilátky a v případě negativních titrů toto očkování podstoupit. Zahájení léčby se pak doporučuje odsunout o měsíc. Shromážděná data dále neukazují na souvislost léčby s rozvojem malignit. Data o použití fingolimodu v těhotenství jsou zatím omezená.

Zdroje:

* www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0907839

** www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0909494

Flavamed®

Ambroxol hydrochlorid

... léčí vlhký kašel

- Uvolňuje zahlenění
- Usnadňuje vykašlávání



roztok s ovocnou vůní malin

100 ml

tablety

20 ks

šumivé tablety

10 ks

Zkrácená informace o přípravcích Flavamed forte 30 mg/5 ml, 100ml perorální roztok; Flavamed effervescent tablet 60 mg, 10 effervescentních tablet; Flavamed tablety, 20 tablet á 30 mg. **Složení:** Ambroxoli hydrochloridum. **Indikace:** Mukolytická léčba akutních a chronických bronchopulmonálních onemocnění doprovázených poruchami tvorby a transportu hlenu. **Dávkování:** děti 6–12 let 1/2 tablety 2–3krát denně. Nad 12 let a dospělí 90 mg denně během prvních 2–3 dní, poté 60 mg denně; dávka může být zvýšena až na 120 mg ambroxolu rozděleného do 2 denních dávek. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na ambroxol nebo na pomocné látky. **Zvláštní upozornění:** Při užívání ambroxolu byl velmi vzácně zaznamenán výskyt závažných kožních reakcí jako Stevens-Johnsonova syndromu a Lyellova syndromu. Objeví-li se nové kožní a slizniční změny, je třeba neprodleně vyhledat lékaře a užívání ambroxolu ukončit. Protože mukolytika mohou poškozovat žaludeční sliznici, pacienti s peptickým vředem v anamnéze by měli ambroxol užívat s opatrností. Při poškozené funkci ledvin nebo závažném onemocnění jater musí být ambroxol užíván s opatrností. V těhotenství a při kojení lze užívat po pečlivém zvážení prospěchu a rizik léčby. **Interakce:** Indikace kombinace ambroxolu s antitusiky musí být mimořádně pečlivě zvážena. **Nežádoucí účinky:** Méně časté: nevolnost, bolest břicha, zvracení, reakce z přecitlivělosti, horečka. Velmi vzácné: závažné kožní reakce Stevens-Johnsonův syndrom a epidermální nekrolyza, anafylaktické reakce až šok. **Uchovávání:** Effervescentní tablety při teplotě do 30°C, chránit před světlem a vlhkostí. Tablety při teplotě do 25°C. **Držitel registrace:** Berlin-Chemie AG, Berlín, SRN. **Registrační číslo a datum poslední revize SPC:** Flavamed forte 30 mg/5 ml 52/493/10-C, 16.6.2010; Flavamed effervescent tablet 60 mg 52/540/10-C, 30.6.2010; Flavamed tablety 52/616/07-C, 10.10.2007. Přípravky jsou vydávány i bez lékařského předpisu. Nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění.



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

V případě dotazů se obraťte na: Berlin-Chemie/A. Menarini Ceska republika s. r. o., Komárkova 2299/16, 148 00 Praha 4, tel.: 267 199 333, fax: 267 199 336, e-mail: office@berlin-chemie.cz

Etika a komunikace v medicíně

První mezinárodní sympozium České lékařské komory, jehož cílem bylo diskutovat o aktuálních otázkách etických principů a o komunikačních dovednostech v rámci všech zdravotnických profesí, proběhlo 29. listopadu v Nemocnici Na Homolce.

Uspořádání sympozia „Etika a komunikace v medicíně“ předcházelo vydání stejnojmenné monografie, na které se podílelo 43 předních odborníků z různých oblastí medicíny a jejímiž editory jsou doc. MUDr. Petr Bartůněk, CSc., a PhDr. Radek Ptáček, Ph.D. Knihu vydala Česká lékařská komora (ČLK) ve spolupráci s nakladatelstvím Grada. Oba editoři také byli, spolu s prezidentem ČLK MUDr. Milanem Kubkem a předsedkyní etické komise ČLK MUDr. Helenou Stehlíkovou, hlavními organizátory akce.

Změna vztahu lékaře a pacienta

Ve svém zahajovacím vystoupení prezident ČLK zdůraznil, že autonomie lékařů a jejich rozhodování je základní podmínkou bezpečnosti pacientů. V této souvislosti si také neodpustil tvrdou kritiku nedávného silového postupu slovenské vlády proti lékařům, který podle jeho slov odsoudila celá evropská lékařská veřejnost.

Pravidla lékařské etiky jsou dobře známa a jejich dodržování je základem existence vyváženého vztahu mezi lékařem a jeho pacientem. Do tohoto vztahu ovšem podle sdělení Milana Kubka vstupují různé faktory, například současný zákon o zdravotních služ-

bách, který se jej „snaží redukovat na pouhý obchodní poměr mezi klientem (toto označení stále více nahrazuje slovo pacient) a obchodníkem – prodejcem služby“. Doktor Kubek rovněž zdůraznil, že při absenci důvěry mezi lékařem a pacientem jistě nelze očekávat léčebný úspěch. Lékař by neměl zneužívat informační převahu a uplatňovat paternalistický přístup. V „Etickém kodexu ČLK“ je řečeno, že nesmí ordinovat neúčelné diagnostické a terapeutické výkony ze ziskových důvodů. Zní to prostě, ale v dnešní běžné praxi a prostředí, ve kterém se lékař pohybuje, to podle jeho slov není vždy snadné naplňovat. Je zde tlak ze strany manažerů, což jsou většinou ekonomové bez medicínského vzdělání, za zdraví pacientů nenesou žádnou zodpovědnost a tlačí lékaře k tomu, aby převzali zodpovědnost za omezování práv a nároků pacientů. Podobně dle jeho názoru postupují zdravotní pojišťovny, jejichž úhradové mechanismy jsou většinou v příkrém rozporu s lékařskou etikou – lékaři jsou penalizováni za to, že léčí *lege artis*, a naopak bonifikováni za to, že protiprávně omezují nároky svých pacientů. A konečně je zde tlak politiků, kteří redukuje výdaje na zdravotní péči, jejíž kvalitu se snaží zajišťovat prioritně pro své voliče...



Prof. Tomáš Halík: Každý člověk potřebuje v hraničních situacích spirituální podporu, nezávisle na tom, zda je, či není věřící. | Foto: Leoš Chodura

Lékaři pod tlakem

Na závěr Milan Kubek shrnul závazná pravidla lékařské etiky, která se odvíjejí v první řadě od lékařské slibu, dále je zde už

zmiňovaný „Etický kodex ČLK“, který od roku 1996 neprošel většími změnami, a v posledních letech také „Evropská charta lékařské etiky“.

ČLK pak její prezident charakterizoval jako nezávislou profesní samosprávu, která je jednou z podmínek udržení autonomie lékařského stavu – zajišťuje pro něj větší svobodu, než pokud by podléhal přímo státu. Komora by měla být garantem kvality a bezpečnosti lékařské péče a zároveň prosazovat co nejlepší podmínky pro lékaře k výkonu jejich povolání. Připomněl rovněž, že je to také jediná instituce v ČR, která může etická provinění lékařů trestat, přičemž rozhodnutí disciplinárních orgánů komory by měla být zcela srovnatelná se závěry nezávislého soudu (nutno dodat, že etické prohřešky v soukromém životě lékařů ČLK neřeší).

Své vystoupení autor sdělení uzavřel poukazem na to, že etické principy medicíny nejvíce narušují snahy o její komercializaci, a dále, že čím nižší jsou výdaje na zdravotnictví v dané zemi, tím většímu tlaku jsou lékaři vystavo-

vání a zajištění bezpečnosti pacientů pak závisí především na jejich morálních kvalitách.

Etika jako ochranný mechanismus

Na sympoziu bylo poté k tématu předneseno několik vyžádaných přednášek domácích odborníků i zahraničních hostů ze Slovenska a Švédska.

Předsedkyně etické komise ČLK (ustavené v roce 2002) MUDr. Helena Stehlíková nejprve prezentovala jednotlivé stanovské předpisy ČLK (SP č. 9 – Ochrana lékařského stavu, SP č. 10 – Etický kodex ČLK a SP č. 18 – Statut etické komise ČLK). Upozornila mj. na závazné stanovisko ČLK o spolupráci s farmaceutickými firmami, podle něhož se lékaři nesmí řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím a prospěšností léčby pro konkrétního pacienta. To také podle ní přispívá k integraci české medicíny do evropského rámce, kde je medicína etablována především jako „věda a umění“, nikoli byznys. V závěru zmínila některé společensky důležité návrhy a doporučení etické komise ČLK z poslední doby (např. parlamentní diskuse o ukončení těhotenství, dále otázky kolem vyšetřování lidských ostatků na klinických pracovištích, ochrana seniorů aj.).

Skutečnost a iluze splývají

Profesorka Helena Haškovcová se ve svém příspěvku věnovala narušené komunikaci, jejíž zdroj spatřuje ve vytváření „umělých světů“, do nichž jsme vtahováni technologickým pokrokem. Jak uvedla, v poslední době velmi často zaznívá slovo „jakoby“ – a nešetří se jím ani na akademické půdě. Jeden z jejích studentů prý použil toto slovo v průběhu hodinové státní zkoušky celkem 56x... Máme tedy jistě důvod věnovat svou pozornost plevelnému slovu, které bude nepochybně po čase vystřídáno jiným, protože každé takové slovo je určitým výrazem názoru dané společnosti. Ještě nedávno bylo frekventovaným plevelným slovem „určitě“ (s variantou „přesně“ nebo „přesně tak“).

Co se stalo, že došlo ke změně? V této souvislosti autorka připomněla německého filozofa Hanse Vaihingera (1852–1933), otce „filozofie jakoby“. Ten přišel se zajímavou teorií, jejímž ústředním bodem je pojem fikce. Vaihinger si klade otázku, jak je možné, že k něčemu správnému dospíváme pomocí vědomě falešných představ. Odpověď podle něj zní, že



MUDr. Milan Kubek: Úhradové mechanismy jsou většinou v příkrém rozporu s lékařskou etikou – lékaři jsou penalizováni za to, že léčí *lege artis*. | Foto: Leoš Chodura



Prof. Helena Haškovcová: Máme sérii etických kodexů, ale jsme na štiřu s etikou. | Foto: Leoš Chodura

myšlení směřuje k ideální fikci, jejíž účelnost se v životě osvědčuje. Vaihingerova teorie fikce došla pozoruhodného uplatnění v praxi. V dnešní době na ní staví celý reklamní průmysl jakož i svět politický, obchodní ad.). Jak autorka sdělení připomněla, nezřídka dobře víme, že něco není, ale chováme se, jako by to bylo. Iluze a skutečnost splývá nebo dochází k jejich záměně. Dnes vznikl na sociálních sítích „druhý svět“ – opravdu každý z nás rozezná, který z nich je ten pravý?

Návrat ke smyslu

Následně profesorka Haškovcová prezentovala tuto úskalí na zdravotnické problematice: „Máme informovaný souhlas, ale nemáme poučeného pacienta. Máme sérii etických kodexů, ale jsme na štiřu s etikou. Příklad etických kodexů je dokonce celospolečenský – kam šlápneme, tam etický ko-

dex... Podpis pod něj ale zdaleka neznamená jeho naplnění. Mnoho prospěšných věcí tedy máme, ale máme je jen ‚jakoby‘, nikoli doopravdy a už vůbec ne ‚přesně tak‘.“

V reálném prostředí lékaři dobře znají základní pravidla verbální i neverbální komunikace a o jejím přínosu jistě nepochybují. Probíhají série školení, je dostatek odborné literatury. Nabízí se tak opodstatněná otázka, proč tedy nekomunikujeme, když to umíme? Důvodů je řada, ten hlavní ale autorka spatřuje v „životě jakoby“, kde nejvyšší hodnotu představují peníze a design formálního splnění úkolu. Návrat ke smyslu je podle ní nezbytným předpokladem kreativity a účasti na osudu druhých. „Domnívám se, že komunikace ve zdravotnictví bude v pořádku až tehdy, když zvládně spontaneita a skutečné prožívání života – když opět nahradíme ‚ja-



Mgr. Dana Jurásková se zaměřila na otázky etiky v ošetrovatelské péči. | Foto: Leoš Chodura

koby‘ slovy ‚určitě‘, ‚přesně‘ nebo ‚přesně tak‘.

Hodnota empatie a spirituální podpory

Profesor Tomáš Halík byl na konferenci přizván jako bývalý psychoterapeut a ve svém vystoupení zdůraznil především současnou roli armádních, nemocničních i vězeňských kaplanů, s nimiž se společnost postupně sžívá. Jak uvedl, každý člověk potřebuje v hraničních situacích spirituální podporu, nezávisle na tom, zda je, či není věřící. Kladně ohodnotil i to, že se české zdravotnictví přeneslo přes určité předsudky z minulosti a zpřístupnilo pacientům možnost pastorální služby.

Tu ve své přednášce ocenila i ředitelka VFN Mgr. Dana Jurásková, která upozornila mj. na to, že ji dnes využívají nejen pacienti, ale i lékaři ve složitých situacích. Zaměřila se také na otázky etiky v ošetrovatelské péči, kde vyzdvihla především flexibilitu dnešních sester, které se musejí věnovat stejnou měrou pacientům s bolestí, nemocným dětem (zde je zásadní i komunikace s jejich rodiči), zvládat agresivní nemocné, umět komunikovat s tělesně postiženými a učit se empatii při ošetrování seniorů – včetně specifík paliativní péče v rodinách (zajistit psychologickou podporu i důstojný odchod ze života). Jak uvedla v závěru, je jistě povzbudivé, že v žebříčku nejprestižnějších povolání se profese sestry ocitla v celospolečenském průzkumu na třetím místě – za lékaři a vědeckými pracovníky.



Prof. Jan Libiger hovořil především o empatii a „sociálním mozku“ jako jedné z důležitých kognitivních schopností člověka. | Foto: Leoš Chodura

Podrobně se na sympoziu roli empatie věnoval také profesor Jan Libiger, který hovořil především o „sociálním mozku“ jako jedné z důležitých kognitivních schopností člověka. Profesor Jan Žaloudík ve svém vystoupení zmínil i poněkud kontroverzní postavení etologie ve vztahu k etice a profesorka Marta Munzarová se zaměřila na otázky respektu autonomie nemocného.

Salus aegroti suprema lex

Zaplňený kongresový sál byl nejvýmluvnějším dokladem toho, co pro lékařskou komunitu uvedená témata znamenají, jak úzce souvisí s jejich profesí, která je snad nejvíce (nebo možná srovnatelně s politickou reprezentací) pod drobnohledem veřejnosti. Jednou jsou lékaři stavěni na piedestal (to, když se jim něco mimořádného podaří), jindy zatracování (často neoprávně-

ně, vinou laického nepochopení určitého kontextu) nebo kritizování (to ovšem patří ke každému povolání).

V daném případě šlo ovšem účastníkům setkání především o náhled „zevnitř“, sebereflexi každého zdravotníka i zhodnocení úlohy a postavení ČLK z pohledu „hledání rovnováhy mezi odborností a lidskostí“, tedy dodržováním základních principů medicíny. Je zde tudíž naděje, že tomu tak bude i v dalších letech – „skutečně“ a nikoli jen „jakoby“. Pro zájemce o tuto oblast je právě vydaná kniha nepochybně dobrým inspirativním zdrojem. Zplňuje také mezeru, která se v medicínské praxi začala nebezpečně rozevírat, stává se jakýmsi „lexikonem“ sumarizujícím teoretické znalosti a přínášejícím i cenné praktické rady všem, kteří o ně stojí.

Jaroslava Sladká

Inzerce A111018553

studium
pěti
dovedností

氣

5

TCM | INSTITUT

ŠKOLA TRADIČNÍ ČÍNSKÉ MEDICÍNY

VZHLEDEM KE STÁLE ROSTOUCÍMU ZÁJMU JAK LAICKÉ, TAK ODBORNÉ VEŘEJNOSTI O STUDIUM ČÍNSKÉ MEDICÍNY, VYPISUJE TCM INSTITUT JIŽ POŠESTÉ PŘÍPRAVNÝ ROČNÍK ŠKOLY TRADIČNÍ ČÍNSKÉ MEDICÍNY.

Třileté studium, které na Přípravný ročník navazuje, je zaměřeno jak na teoretické zvládnutí všech pěti hlavních léčebných směrů čínské medicíny, tak na praktickou část.

Sama teorie čínské medicíny bez neustálého praktického procvičování a zkoumání probrané látky je sice nesmírně zajímavá, ale úspěch v praxi nezaručí.

Během studia jsou posluchači vedeni k samostatné práci s klientem a hodně času se věnuje praktickému nácviku léčebných postupů a zvládnutí problematických stavů v praxi podle tradiční čínské medicíny.

V rámci České republiky se jedná o nejucelenější systém vzdělávání v oboru tradiční čínské medicíny s akcentem na praktické zvládnutí učiva.

Po úspěšném završení studia je absolvent schopen samostatné praxe v oboru, orientuje se ve všech hlavních léčebných směrech

TCM | INSTITUT™

čínské medicíny a může tak navrhnout nejlepší způsob pro léčbu konkrétního onemocnění. Znalost více způsobů léčby rozšiřuje jeho terapeutické schopnosti a tím i prestiž. Automatickou součástí studia pro nelékaře je povinné medicínské minimum zlepšující orientaci ve spektru onemocnění, které si klient přeje řešit.

PŘÍPRAVNÝ ROČNÍK ZAHAJUJE V ÚNORU 2012 V PRAZE

12 přednáškových dnů s výukou po osmi hodinách
Cena: 10 800 Kč / 8950 Kč*

*cena bez přednášek moderní medicíny, kterých se nemusí zúčastnit zájemci se zdravotnickým vzděláním

Více informací naleznete na www.tcminstitut.cz, tel. 222 075 282, 604 203 221, 603 201 686

Trh marnosti

Motto: Nebesa odívám v pochmurnou temnotu a přikrývám je žíněným rouchem. (Izajáš 50, 3)

Tuhle jsem propadl hluboké skepsi, o níž se nemohu nepodělit. Bylo to zrovna na Mikuláše, venku se čerti ženili a MUDr. David Marx se v Hyde Parku na ČT 24 pokoušel nalít veřejnosti do hlavy něco málo mouder o fungování



MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

z partesu. Neboť po fatálních ztrátách elit jsme povětšinou lidé prostřední.

Obsese č. 2: Pořád těch pitomých třicet korun. Nekonečný příběh. Debata místy vykazovala rysy slavného cimrmanovského výroku: *Tam vždycky sedí Maurenc.* Jak

u blbejch na dvorečku. A k tomu ještě nově stovku za den v nemocnici, krátká jen krůček před defenestrací. Místo všech těch lidiček na Facebooku a telefonu tam mohl sedět jediný člověk, MUDr. David Rath, a dopadlo by to stejně. Tady jsem se zarazil a patřičně vyděsil, když mi došlo, jak velký potenciál pro demagogy je v populaci latentně přítomen. Nikdo už nevěří ničemu a nikomu. Není ochoten ani teoreticky připustit, že reforma se může dít v dobré vůli, byť bez nároku na absolutní bezchybnost. Každá změna je jen nějaká kulišárna na *obyčejné lidi* (dříve tzv. pracující lid). *Leč nezávěra je moudrostí hlupáků* (G.B. Shaw). Nad výkonem diskutujících mi automaticky naskočil anglický výraz *narrow-minded*. Překlad? Nejbližší slovo je *úzkoprsý*. Ale pořád to není ono. Angličané tu výslovně hovoří o zúžení mysli, nikoli hrudi. Ostatně, co je obsahem hrudníku? Primitivní mechanické čerpadlo a kolem samý luft. O mnoho více tam toho nenajdete. Leč mysl, toť jiná káva. Tam se panečku odehrávají věci!

Sebestrukturací proti sebedestrukci

Opět se ukázalo, že budování kapitalismu se socialistickou mentalitou nebude žádná legrace. Vlastní minulosti totiž nelze uniknout. Historie je nepromlčitelná, neamenstovatelná a zanechává za námi charakteristickou stopu jako pach tchoře.

Trochu to pak zachránila MUDr. Zuzana Roithová, která svým telefonátem odhrnula všechnu tu hlušinu a otevřela Davidu Marxovi prostor pro jeho téma, totiž k výkladu o kvalitě a bezpečí zdravotní péče i akreditaci zdravotnických zařízení. Protože kvalita je to podstatné a bude stále více. A tady máme veliké rezervy.

Podívejme se však na tuhle věc ještě i z jiného, daleko obecnějšího, nezdravotnického pohledu. Hod-



MUDr. David Marx se na ČT 24 pokoušel nalít veřejnosti do hlavy něco málo o fungování zdravotnictví. Hovořil srozumitelně, vstřícně, didakticky, místy skoro jako pro děti. Až do hořkého konce udržel na rtech lehký smích (byť mám podezření na hluboký v srdci žal). Kdyby za to dávali Oskara, je volba předem jasná.

Foto: Leoš Chodura

notou samou o sobě je už to, že jde o proces zdola, tedy nevládní a neoktrojovaný, který kdysi iniciovaly samy nemocnice. Vznik neformálních autorit a struktur, samozřejmě v mezích zákona, je tisíckrát cennější než všechny ty vyhlášky padající shora jako v Cimrmanově hře „Blaník“, než celá ta na špičce stojící pyramida dekretů od zeleného stolu. Sebestrukturace je právě ten nejvlastnější princip občanské společnosti, která má v krizích mnohem vyšší odolnost, kdežto Potěmkinova chatrč stavěná odshora spadne s každým závanem větru, či dokonce podlehne sebedestrukci i bez zjevného podnětu. Akreditační systém představuje sice malý, ale historicky vysoce instruktivní příklad toho, proč demokracii nelze zavést ani exportovat, ale maximálně jen uvolnit překážky její přirozené evoluce. Jistě, máte pravdu, opravdu silná demokracie si odstraňuje překážky sama. Ta síla však mnohým nebyla nadělena, přesto mají s vnější asistencí jistou naději. Musí ovšem být aspoň trošku na čem stavět. Podmínkou je jisté nepodkročitelné minimum zájmu a vůle. Neboť není-li materiál, není ani stavba. V každém případě musí ten proces probíhat směrem nahoru, to je v evoluce povinný příznak. Opačný směr nazýváme devolucí a tady věru není o co stát.

Mravenci na zadní pneumatice traktoru

Svůj pesimismus jsem si o pár dnů později ještě dále zjitřil v pavlačového pořadu paní Jílkové. Jeho podstatou je jakési duchamorné kopání do prázdné plechovky, které jsem schopen sledovat ma-

ximálně v třetinovém rozsahu, což považuji za subletální dávku. Tam znervózněl už i klidás Heger, protože debata je řízena s úplným vyloučením zdravého rozumu a skládá se pouze z výkřiků uprostřed pralesa. Dryáčnická paní Jílková nechá jen málokoho dořící aspoň jednu celou větu, natož myšlenku. A pokud by se snad někdo i přesto propracoval k podstatě problému, je důsledně utat těsně před vyvrcholením. Na to má ta dáma čuch jako ohaň na postřelenou kachnu. Velmi frustrující pro její nebohé oběti i diváky.

Co mi nelez do hlavy: Úhradová vyhláška je prý podle všech poskytovatelů velkým zklamáním. Divné. Podmínkou *sine qua non* každého zklamání je předchozí očekávání. Nevím, co všichni čekali. Nepochybně čtou noviny a sledují televizi, o webu nemluvě. A už letošní hospodářská čísla z podzimu nejsou dobrá. Výhledy na příští rok jsou chmurné a hlavně velmi nepředvídatelné. Žijeme v přelomové době. Hrouť se eurozóna a možná se právě teď sepisuje *kšaft umírající matky* Evropské unie. Může se snadno stát, že příští rok bude nutno předělat celý státní rozpočet. Zdravotnictví dostane méně než o jednotku, ale o desítky miliard. Je to představitelný scénář, na který je těžko se ekonomicky připravit. Tak alespoň psychicky. Někteří lidé mi však připadají jako onen příslověčný mravenec, lebedící si na zadní pneumatice traktoru, který se začíná rozjíždět. Mravenec možná tuší, že se s ním něco velkého děje, ale do smrti nepřijde na to, co to bylo.

Nesnesitelná lehkost zadlužování

Onkologové chtějí víc a straší hromadným umíráním. Přemnožení ambulantní specialisté chtějí víc. Dokonce i nechutně přefinancované dialýzy (proč se to dávno neřešilo?) chtějí ještě víc, neb s jídlem roste chuť. Nemocnice chtějí víc. Lékaři chtějí víc. I další profese chtějí víc. Všichni naráz a právě teď. Součet jejich požadavků vychází na 150 %, zatímco k dispozici bude po započtení externalit (tedy alespoň těch, o nichž víme) určitě méně než 100 % letošního roku. I malé dítě ví, že ty prachy jednoduše nejsou. Neexistují. Můžeme se pít, jaký podíl na deficitu má dvacet let trvající rozkrádačka, za co může světový ekonomický vývoj a co je pořád ještě gigantický vnitřní dluh po radostném budování komunismu.

Tyhle úvahy nám teď ale nepomůžou, jejich řešení je běh na delší trať. Vyčítat si za ledové noci v záchranném člunu Titaniku, který blbec neviděl ten ledovec, a trvat na svém šampaňském, jež zůstalo na palubě, je pošetilé. Nezbyvá než si utáhnout záchrannou vestu, veslovat a doufat ve světlo na obzoru. Na příští rok vůbec nejde o to urvat víc peněz. Jde o hoře přežítí.

Už víme, že řešením není nesnesitelná lehkost zadlužování. Že si nemáme kde půjčit, a když, tak na lichvářský úrok bez naděje na splacení. Utrácet cizí nebo budoucí peníze není to pravé řešování. Dluhy vedou k omezení svobody. Pozdě pak bycha honit a stavět v ulicích hořící barikády. Někteří už to vyzkoušeli a zjistili, že to nefunguje.

NEJSEM SI JIST

Metaforistovy nové šaty

Na Slovensku proběhl remake české akce EE (kdo zapomněl: tzv. syndrom exodus-exitus, po slovensky *lekár odchádza – pacient otrčí kopytá*). Leč opakovaný vtíp není vtípem, a tak slovenská vláda (s gulama) vyhlásila nouzový stav. Česká vláda poskytla na žádost slovenské strany humanitární pomoc vysláním vojenských lékařů, což si někteří pidlooci pozorovatelé popletli s ozbrojenou vojenskou akcí. Šéf slovenských odborářů Kollár, pan Palata v Lidových novinách (tady žádné překvapení) a bohužel i profesor Žaloudík (velmi smutné) to dokonce přirovnali k invazi vojsk Varšavské smlouvy v roce 1968 (sic!).

Historická přirovnání jsou v politice vůbec velmi oblíbená. Zdá se, že čím ulítější a čím neznalejší, tím lepší. Nepřekonatelný tu býval Valach Topolánek, specialista na nacistickou éru. Jako ideální se jeví metafora s nulovou souvislostí. Každý si takové neohráznosti všimne. Funguje to na známém hérostratovském principu aneb negativní zviditelnění je také zviditelnění. Navíc to lidem stejně vrtá hlavou: Autor výroku snad přece nemůže být až takový

blbec, když dostal funkci nebo mu tisknou články v novinách. Takže v tom musí být nějaká hlubokomyslnost, na kterou samozřejmě jaktěživo nemožou přijít. Metaforista se pak některým slabším povahám začne jevit jako chytřejší než oni sami. Nikoli, přátelé, císař je skutečně nahý. Je to jednoduše hovadina na entou. My, pamětníci, kteří jsme stále ještě orientováni časem a místem, velmi přesně víme, že mezi oběma situacemi opravdu, ale opravdu není sebemenší podobnost, a to ani zcela povrchní. Autoři výroku nechtějí si na sobě zkusit takové ty jednoduché psychiatrické vyšetřovací finty: *Jaký je rozdíl mezi řekou a rybníkem?* Kdo odpoví, že v obojím je voda, beznadějně propadl a jde do síťového lůžka, Rowlingová nerowlingová.

Nechci se proto ztrapňovat dalším vysvětlováním něčeho tak banálně zřejmého. Neboť jest psáno: *Neodpovídej hlupákovi podle jeho pošetilosti, abys nebyl jako on (Příslaví 26, 4)*. Nechtě se stydí ti, kteří se tak nepochopitelně hloupě uřekli, patrně v náhlém pomnutí smyslů či těžší intoxikaci. Jsou věci, na něž je verbálních argumentů škoda. Buď pár pohlavků, nebo od-

puštění a zapomenutí, jak je ctěná libost.

Tváře lepé, jater zatrpklých

Hájek hradní, specifická taxonomická entita nepocházející z opičky, zase jednou exceloval, když pronesl řadu zmatených a urážlivých lží o profesoru Halíkovi. Jejich společným jmenovatelem byla krom naprosté zbytečnosti zejména míra nesmyslnosti, nebezpečně balancující na samé hraně normality (v jejím širším výkladu). Mnoha slušnými lidmi byl vyzván k omluvě, ale já bych na ní na Halíkově místě netrval. Riziko spočívá v tom, že omluva z úst některých osob může znít spíš jako urážka. Věc je každému jasná i bez dalších komentářů, natož omluv. Pana Hájka, muže tváře lepé, leč žlučí item jater zatrpklých, je mi ale osobně líto. Jeho život mezi námi, normálními lidmi, nadanými smyslem pro humor a tolerancí, musí být pravým peklem. Nebo aspoň očistcem ještě tady na zemi. Bůh mu buď milostiv.

Vychovej si svého politika

Trocha opatrného optimismu: Něco pozitivního se děje. Pro vrchol-

né politiky začíná platit normální zásada „máš průšvih – jdeš“. Jak se opatrně blížíme na dohled civilizovanému světu, zkracuje se latence mezi malérem a odchodem. Dokonce i agónie zoufalého ztrapňování už netrvá Čunkovy nekonečné a upatlané měsíce, ale pouhé týdny, či dokonce dny. Zatímco Kocourek se ještě hloupě zstudil před kamerami, Besser to pokazil už jen výčitkou, že nedostal prostor k obhajobě. No, jednak řekl vše, co mohlo být řečeno, jednak patří stále ještě mezi ty politiky-amatéry, kteří ve svém začátečnickví nepochopili podstatu svého řemesla. Neznalí politického *lege artis*, postupují zkusmo jako nebožtík manžel tety Kateřiny ve své chemické továrně.

Sám výraz obhajoba je tu úplně nemístný. To patří k soudu, kdežto politické mechanismy jdou mimo takové pojmosloví. Pravidla hry jsou tu výrazně odlišná. Zapletl ses, třeba málo, třeba v dobré víře, třeba zcela v mezích zákona, ale jdi. Jak to všechno přesně bylo a čím vším se to případně dá omluvit, je zhola nezajímavé. Zachovejme klid, další generace již skutečných profesionálů bude tuhle malou násobilku ovládat, ja-

ko když bičem mrská. Zatím nezbyvá, než aby si občané a média edukovali politiky stávající. A jak vidno, daří se. Ukazuje se, že při dostatečném didaktickém úsilí jsou nakonec přeci jen vychovatelní či alespoň podrobiví a odklonitelní. Je však nezbytné stále zvedat latku toho, co je únosné a co již nikoli. To nelze nijak exaktně definovat, je to otázka všeobecného pocitu, atmosféry ve společnosti a její kultury. Což platí i pro ministry kultury. Nehledíme v tom žádnou spravedlnost a nikoho nelitujeme. Pořád je třeba mít na mysli, že vstup do politiky je za prvé dobrovolný a za druhé rizikový. To ví každý předem, o rizicích a možných následcích je řádně poučen a jeho souhlas s kandidaturou či přijetím vysokého postu je možno považovat za informovaný.

Ostatně soudím, že v politice je předoktorováno. Až příliš mnoho z nás nevykonává zdravotnické povolání. Někteří šťastně odešli, jiní jsou už policejně stíhaní a další tam nikdy přijít neměli. Jen namátkou: Macek, Besser, Barták, Kuba, Rath. Místo lití olava si je každý může zkusit rozřadit do zmíněných kategorií. *Šťastné a veselé...*

Inzerce A111019402

Mladá fronta
divize Medical
Services
představuje

Obezita - prevence a léčba

Cílem publikace je poskytnout vědecky podložené znalosti v oblasti prevence a léčby obezity. Autoři popisují reálné možnosti a optimální cíle váhové redukce z hlediska zdraví pacienta. Zároveň objasňují jak správně diferencovat diagnostické a léčebné (nefarmakologické, farmakologické a chirurgické) postupy s ohledem na věk, stávající životní styl a další choroby. Opomenuta není ani problematika prevence a léčby komorbidit obezity.



Autoři: Dana Müllerová a kol.
Doporučená cena 380 Kč

Karcinom ledviny

Česká republika má již několik let nejvyšší výskyt tohoto závažného onemocnění na světě. Během posledních 2-3 let však problematika jeho diagnostiky a především terapie prochází bouřlivým vývojem, předkládaná monografie proto zachycuje všechny tyto moderní trendy. Součástí publikace je DVD nosič, na němž zájemce nalezne ilustrativní videoprezentace.

Autoři: Ivan Kolombo, Tomáš Hanuš, Karel Odrážka a kol.

Doporučená cena 450 Kč



MEDICAL
SERVICES

komplexní informační servis ve zdravotnictví

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

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





Konopí jsem nikdy nekouřil

Andrea Skálová
Foto: Leoš Chodura

Celoživotně se věnuje výzkumu konopí a kannabinoidů. Izoloval endogenní kannabinoid (anandamid) z mozku. Olomoucký rodák **doc. RNDr. Lumír Ondřej Hanuš, DrSc.**, působící již dvě desetky let na Hebrejské univerzitě v Jeruzalémě, se v současnosti angažuje v aktivitách za legalizaci konopí pro léčebné účely v České republice.

Na devítiletce jsem chtěl být námořníkem. Mamčin bratr však měl rád chemii, a ještě než jsme ji měli ve škole, vysvětloval mi, jak v molekule kolem jádra obíhají elektrony, a učil mne i další taje oboru – velice mne to zaujalo. Na střední školu jsem se v 63. roce nedostal, údajně pro velký zájem uchazečů. Byly v tom ovšem ná-

boženské důvody, rodiče byli věřící. Tak se maminka obrátila na ministerstvo, aby vše přezkoumali, a nakonec mě přijali. Dostal jsem se do třídy, která měla chemii jako maturitní předmět, navíc vyučující mě nadchlil pro obor, a tak jsem v něm pokračoval i na vysoké škole. V posledním ročníku za námi přišel profesor Zdeněk Krejčí

z lékařské fakulty, že by potřeboval studenta na 3 měsíce a čtvrtinový úvazek, bez perspektivy prodloužení. Protože nikdo z premiantů neměl zájem (já na vysoké škole k premiantům nepatřil), přihlásil jsem se. Postupně se ze čtvrtiny úvazku stala polovina, nakonec z toho byl celý úvazek a po skončení školy trvalé místo. Profesor Krejčí

byl žákem profesora Jana Kabeřlíka, který se věnoval antibiotickým účinkům vyšších rostlin, tak se dostali ke konopí a s profesorem Františkem Šantavým objevili kyselinu kannabidiolovou. Izolovali ji a extrakt z konopí se začal užívat ve Fakultní nemocnici Olomouc. Výborný účinek měl nejen na *herpes simplex*, ale i na *herpes zoster* nebo de-

kubity. Dvacet let jsem v nemocnici připravoval tinkturu a stal se nadšencem do výzkumu konopí. Průběžně jsem si dopisoval se zahraničními odborníky, například s profesorem Raphaellem Mechoulamem z Jeruzalémské univerzity celých šestnáct let. Nakonec mě v roce 1990 pozval na rok do Izraele, kde už jsem zůstal.

PŘEDSTAVUJEME

V Izraeli jste se nadále věnoval výzkumu konopí?

Profesor Mechoulam pozval na Hebrejskou univerzitu Williama Devanea, amerického molekulárního farmakologa, který objevil kannabinoidní receptory v mozku, a mne, abychom se pokusili izolovat z mozku látku, která se na tyto receptory váže. Každý měl v tomto výzkumu své místo. Já jako analytický chemik jsem měl na starost izolaci – byla to náročná práce (protože látka se v mozku vyskytuje jen v pikomolových koncentracích), ale nakonec jsme v březnu roku 1992 uspěli a získali anandamid. Měli jsme z toho velkou radost a naše výsledky publikovali v časopisu Science. V lednu následujícího roku jsem o tom přednášel na psychofarmakologické konferenci v Lázních Jeseník a později jsme navázali spolupráci s profesorkou Alexandrou Šulcovou z brněnské lékařské fakulty.

Čím byl objev anandamidu významný?

Již v roce 1964 Yehiel Gaoni a Raphael Mechoulam izolovali z konopí tetrahydrokannabinol (THC) a v témž roce profesor Šantavý určil absolutní konfiguraci této látky. Vědci si lámali hlavu nad tím, jakým způsobem se THC váže v mozku, a vyslovili předpoklad, že tam možná bude specifický centrální receptor. To se potvrdilo již zmíněným objevem doktora Devanea. Zároveň jeho objev vyvolal další otázku: Receptor přece není v mozku proto, aby se na něj vážala látka z konopí. Jakmile jsme měli receptor a endogenní ligand, snáze jsme mohli pochopit účinek kannabinoidů. V současnosti již existuje mezinárodní společnost pro studium kannabinoidních látek a danou problematikou se zabývají tisíce studií. Na kongresech se dnes v této souvislosti diskutuje především o endokannabinoidech. Ty umožnily pochopit mechanismus léčebného účinku konopí.

Znamená to, že v budoucnu se budou využívat více endokannabinoidy než konopí?

V endogenních látkách je velký léčivý potenciál. Naše laboratoř i další vědci po celém světě připravili řadu aktivních derivátů endokannabinoidů, ale problém tkví zcela jinde. Když v roce 1921 kanadští vědci objevili inzulin, byl použit v klinické praxi již v lednu 1922. Když byl v roce 1935 objeven kortison, byl již v následujícím roce podán pacientům a stal se úspěšným lékem. Anandamid jsme objevili před 19 lety, a dosud nebyl oficiálně podán člověku ani

anandamid, ani 2-arachidonoylglycerol (2-AG). Dnes je vše složitější. Obtížně se získává povolení na experimenty a je to samozřejmě finančně nákladné. Testování nové látky si může dovolit farmaceutická firma, nikoli ovšem univerzita.

Léčebné využití konopí se dává do souvislosti především s bolestivými stavy. Ale jsou také náznaky, že by se pomocí kannabinoidů mohly ovlivňovat psychické nemoci. Budeme používat anandamid jako antidepressivum?
Anandamid je neurotransmitter a psychiku pozitivně ovlivňuje. Vlastně to má i v názvu – pojmenovali jsme jej podle sanskrtského slova ananda, což znamená vnitřní štěstí. Tím jsme chtěli vyjádřit jeho předpokládaný účinek a také radost z objevu. Tato látka ovlivňuje centrum slasti. Slast cítíme proto, že tělo vylučuje endorfiny, enkefaliny, anandamid a další endogenní látky. Jsou to protistresové faktory. Dalším účinkem anandamidu je určitě „navození zapomnění“. To by se mohlo využívat (a také již využívá) u posttraumatického stresového syndromu. Třeba u vojáků, kterým se vračející traumatizující vzpomínky. Anandamid vzpomínky utlumí a utlumí i případnou bolest.

Kdy si nevystačíme s těmito endogenními látkami a potřebujeme je dodávat zvenčí? V případě dysfunkce?

Ano. Zdravý organismus si vystačí s endogenními látkami. Jestliže nastane porucha, jsou tyto látky vylučovány v nedostatečném nebo nadbytečném množství a dojde k narušení rovnováhy endokannabinoidního systému. Látky dodávané zvenčí to vyrovnávají.

Čím si vysvětlujete narůstající zájem o léčbu konopím v naší zemi?

Podle mého názoru tu nejprve byl zájem o konopí jako rekreační drogu (samozřejmě původně to v Československu byla jen léčebná a přádná rostlina). Poté se ukázalo, že k němu upnulo naděje mnoho pacientů, neboť jim nic jiného nepomáhalo. Konopí se využívá k paliativní léčbě u řady chorob, kde už nic jiného neúčinkuje. Myslím, že může léčit i kauzálně, ale v současné době nemáme žádné klinické studie a kromě toho konopí není *panacea*, jak se mnozí domnívají. Nevyléčí se jím každý: někomu pomůže, dalšímu se zdravotní stav zlepší jen mírně a jinému se zdravotní stav nezlepší vůbec, nebo

dokonce konopí nesnáší (těchto pacientů je v paliativní léčbě asi 10 procent). Je to stejné jako u ostatních léků.

Navíc v České republice se pacienti domnívají, že konopí vyléčí rakovinu. Jak jsem již řekl – konopí není *panacea*. I když některé druhy rakoviny (především v prvním stadiu) by vyléčit mohlo – ale ne vždy a ne u každého. Někteří léčitelé tvrdí, že by se konopí mělo užívat preventivně. Ale kdo užívá preventivně třeba antibiotika? Co je to prevence? Přece správná životospráva. Řekl bych, že mnozí z těchto stoupenců mají představa, že se konopí uvolní zcela a bude se legálně užívat i rekreačně, což by rozhodně nebylo dobré. I když pravdou zůstává, že kdybychom zakázali tabák a povolili konopí, bylo by lidstvo zdravější.

V čem vidíte hlavní přínos konopí a kannabinoidů oproti syntetickým léčivům?

Někteří tvrdí, že by se mělo konopí užívat preventivně. Ale kdo užívá preventivně třeba antibiotika?

Je to levná léčba s minimem nežádoucích účinků. Téměř každý lék má kontraindikace a vedlejší účinky. Konopím se ale nemůžete předávkovat nebo otrávit. Pouze u některých lidí s latentní duševní chorobou je riziko, že konopí může tuto chorobu vyprovokovat (to je ale zcela zanedbatelný zlomek procenta). V České republice se mnoho lidí léčí konopím nelegálně. A někteří nemocní jsou ochotni dát za tříměsíční léčebnou dávku i čtvrt milionu korun. Když vědí, že jejich nemoc je v pokročilém stadiu, a mají ty peníze, aspoň to zkusí. Přitom nemají jistotu, zda kupují kvalitní konopí vhodné k léčbě své nemoci.

Legalizaci léčebného konopí by se tento černý trh zlikvidoval. Cílem by mělo být legalizovat v České republice léčebné konopí a vytvořit pěstírny, kde by se pěstovaly různé druhy konopí vhodné pro různé nemoci. Snahou by mělo

být, aby pacient dostal toto léčebné konopí co nejlépeji, o což pochopitelně nemají zájem farmaceutické firmy. V Izraeli je to přesně takto – stát ani farmaceutické firmy na léčivém konopí nevydělávají. Pacient platí měsíčně za toto konopí minimum, které pokrývá náklady pěstitelů. Obávám se však, že takto nad věcí Češi být nedokážou.

Věnoval jste se kromě konopí i jinému výzkumu?

Zabýval jsem se etiologií cholelitiázy, výzkumem kokových listů, souvislostí encefalopatie a oleamidu nebo i změnám hladin endokannabinoidů u hibernujících sýslů. V Izraeli se také věnuji studiu kadidla a myrhy – látek, o nichž Bible uvádí, že byly při narození přineseny Ježíškovi. U kadidla, které se využívá k vykuřování v kostelech a chrámech, jsme zjistili psychoaktivní efekt, myrha má léčivé, protizánětlivé účinky. V současnosti spolupracujeme s archeology a hledáme biblickou rostlinu *afarsemon*. Pravděpodobně se jedná o *Commiphora*, ale zatím jsme ji v archeologických vykopávkách neobjevili. Archeologická chemie je velice zajímavá.

Vnímáte rozdílný přístup k výzkumu přírodních látek v Česku a v Izraeli a vůbec zahraničí?

Československo na tom bylo opravdu dobře i přesto, že jsme neměli tak dokonalé přístrojové vybavení jako v Americe a spoustu věcí dělali „na koleně“. V Izraeli je situace podobná jako ve Spojených státech, univerzita má mnoho grantů. Osobně si však myslím, že hlavní jsou ideje. Když budete mít ideu, můžete jít pracovat do jiného státu, kde pro to máte vybavení. Samozřejmě dnes tyto podmínky mají i vědci v České republice.

Mimochodem, vidíte kromě konopí ještě u některé rostliny léčebný potenciál do budoucna?

Stará pranostika říká: Před heřmánkem smekni, před bezem klekni. Jeden český lékař za války koupil červené víno a zjistil, že má analgetické účinky. Měl s ním úžasně výsledky u pacientů s neuralgiemi. Úspěšně jím léčil třeba neuralgii trigeminu. Když ale koupil další várku tohoto vína, neúčinkovalo. Pátral, čím to může být, a přišel na to, že první víno bylo přibarvené bezinkami. Později zjistil, že bezinková šťáva v 10procentním alkoholu účinkuje jako výborné analgetikum. Myslím, že v černém bezu je skrytý a zapomenutý potenciál. ▶

PŘEDSTAVUJEME

Možná, že by to mohla být alternativa konopí pro určité bolestivé stavy. A třeba by se pak zakázal černý bez a nějaká farmaceutická firma by prodávala za drahé peníze bezinkový sirup. Když jsem jel pustinou na Sibiři a kilometry cest byly lemovány divoce rostoucím konopím, říkal jsem si, jak by zde asi proti němu bojovali. No, ono nakonec divoce rostoucí konopí si k léčbě můžete nasbírat i na jižní Moravě.

V Jeruzalémě žijete již 21 let. Považujete se více za Čecha, nebo za Izraelce? Jaký je váš vztah k historii hebrejského národa? Já su Hanák z Holomóca. Pocházím z Komenského ulice, kde žilo hodně židů, je tam i židovská modlitebna a s mnohými z nich jsem se vždy přátelil. Hebrejská historie mě proto velice zajímá. Od začátku svého pobytu v Jeruzalémě jsem jezdil po Izraeli, chtěl jsem vidět všechny památky, chvíli jsem dělal i průvodce po biblických místech. Mám tento tolik zkoušený národ opravdu rád. V každém případě se v Izraeli cítím jako doma.

Takže trávíte volný čas výlety?

Dnes už nemám touhu chodit po městě, muzeích a galeriích. Láká mě spíš příroda. Hodně chodím přes poušť, nechám se s kamarády třeba zavést džípem do pouště a pak jdeme dva dny zpátky. Nebo zlezáme věže v poušti v Jordánsku, kde jsou pískovcové stěny s převýšením kolem 900 metrů a o délce několika kilometrů – snadno tam zabloudíte. Slaňujeme také vodopády (*canyoning*), třeba si šedesátimetrové. Průchod takovým kaňonem nám zabere dva či tři dny. Jsou tam prameny o teplotě až 60 stupňů. Největší radost má člověk z toho, co nepřináší materiální zisk. Jít s kamarády do hor – někdy kam, kde není publikum jako na fotbale, nespportovat pro peníze, ale vylézt na nějaký vrchol jen pro sebe. Sport bez diváků je to pravé! V poušti je mnohem více druhů života než v zelených oblastech. A v noci, když je úplná tma a vidíte mléčnou dráhu, to je nádhera!

Když jsme u té nádhery, tím se vracím k anandamidu a slasti... dáte si někdy konopí? Víte, že jsem za celý život neměl potřebu to vyzkoušet? Nikdy jsem konopí neužíval, neboť jsem zdráv!

doc. RNDr. Lumír Ondřej Hanuš, DrSc.

* 20. listopadu 1947 v Olomouci

V letech 1966–1972 studoval analytickou chemii se zaměřením na organickou analýzu na Přírodovědecké fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. V letech 1971–1990 působil na katedře hygieny a epidemiologie Lékařské fakulty UP. Již jeho rigorózní práce nesla název „Příspěvek k identifikaci cannabinooidních látek v *Cannabis sativa* L.“. V letech 1976–1978 absolvoval postgraduální studium moderní instrumentální chemie na Přírodovědecké fakultě Univerzity J. E. Purkyně v Brně, kde obhájil práci nazvanou „Plynová chromatografie přírodních látek z marihuany“. V letech 1978 a 1979 se věnoval výzkumu ve Výzkumném ústavu farmaceutickém na Mississippské univerzitě. V roce 1984 obhájil kandidátskou disertační práci nazvanou „Příspěvek k analytické chemii cannabinooidních látek z marihuany“. Od roku 1990 působí na Hebrejské univerzitě v Jeruzalémě (Ústav přírodních látek). Mimo jiné zde pracoval na výzkumu přírodních ligandů pro cannabinooidní receptory. V roce 1994 se



stal docentem organické chemie na Univerzitě Palackého (habilitační práce nesla název „Anandamidy – endogenní ligandy pro cannabinooidní receptory v mozku“), o rok později doktorem věd na Univerzitě Karlově (doktorská disertační práce „Od marihuany k přírodnímu ligandu z mozku“). Dvakrát též dlouhodobě pobýval jako hostující výzkumník v Bethesdě v americkém Marylandu. Je členem International Cannabinoid Research Society a jeho práce byly

již více než 6400x citovány ve světových vědeckých publikacích. Mezi nejvýznamnější patří publikace v prestižním časopise *Science* nazvaná „Isolation and structure of brain constituent that binds cannabinoid receptor“. Jeho účast na tomto výzkumu spočívala v izolaci nové endogenní látky z mozku, která byla nazvána anandamid. Objev anandamidu byl zásadním průlomem pro další vývoj v oblasti endokannabinooidních neurotransmiterů a umožnil vědcům pochopit mechanismus léčebných účinků konopí. Aktivně se zasazuje o legalizaci využití konopí v lékařství v České republice. V roce 2005 mu Česká chemická společnost udělila Hanušovu medaili (pojmenovanou dle jeho vzdáleného příbuzného, chemika prof. Josefa Hanušě) za záslužnou práci v oblasti chemie. V roce 2010 mu izraelská vláda předala ocenění Outstanding Immigrant Scientist za jeho příspěvek státu Izrael. Rád fotografuje a věnuje se sportům v přírodě (horolezectví, turistika, *canyoning*).

Osobnosti české medicíny vážně i nevážně

doc. MUDr. Bohumil Hlučovský

(10. 12. 1900 Benešov u Prahy – 9. 10. 1964 Hradec Králové)

Význačný český biolog. Již během studia na pražské lékařské fakultě byl demonstrátorem a pomocnou vědeckou silou ústavu pro všeobecnou morfologii. Hned po promoci v roce 1926 se stal asistentem biologického ústavu (do roku 1932). Pak působil 14 let jako praktický lékař v Jičíně. V roce

1945, když byla po válce otevřena pobočka pražské lékařské fakulty v Plzni, se ihned stal přednostou tamního nově založeného biologického ústavu, zasloužil se o jeho vybudování a v roce 1951 zde byl habilitován z obecné biologie. Téhož roku přešel jako vedoucí katedry biologie Vojenské lékařské akademie do Hradce Králové, kde vystřídal profesora Bohumila Krajníka. Vojenská lékařská akademie se roku 1958 změnila na lékařskou fakul-

tu civilní, Hlučovský zde i nadále vedl katedru až do své smrti v roce 1964. Věnoval se hlavně experimentální cytologii, gerontologickým aspektům a některým otázkám radiobiologickým.

Příliš si to zkrátil

MUC. Josef Macela, pozdější oblíbený hradecký praktický lékař, přicházel ještě v první ročníku studia medicíny na praktika z biologie. Hradecká lékařská fakulta byla od nástupu generála

Alexeje Čepičky do funkce ministra národní obrany změněna na Vojenskou lékařskou akademii, a tak vše probíhalo podle vojenských řádů a pravidel. Bylo to v únoru, mrzlo, jen to praštělo. V parku před budovou fakulty spatřil promrzlého kosa, který byl tak zkřehlý, že ani neutíkal. Medikovi se jej zželelo, tak ho zvedl a spěchal na fakultu. Ten den vedl praktika mimořádně sám přednosta katedry docent MUDr. Hlučovský. Student při-

cházel pozdě, chtěl se omluvit, ale byl nečekanou přítomností pana docenta natolik vyveden z míry, že si nedovedl správně vybavit náležitou vojenskou formuaci, a tak jen zaraženě mlčel. Hlučovský tedy – snad se mu studenta zželelo nebo chtěl celou záležitost urychlit – odrecitoval předpisovou omluvnou formuli za něj: „Vojín Macela se dovoluje zařadit, přichází opožděně s ptákem v ruce.“ Pak se sám, jindy vždy vrcholně důstojný, neovládl a s potlačovaným smíchem opustil biologickou učebnu.

MUDr. Svatopluk Káš

prof. MUDr. et RNDr. Vlastimil Vrtiš

(24. 12. 1899 Přebyslav – 13. 2. 1990 Hradec Králové)

Působil nejprve v Brně, byl žákem fyziologa profesora Edvarda Babáka. V letech 1932–1945 byl docentem a od roku 1945 profesorem Vysoké školy veterinární v Brně. Když byla po válce v Hradci Králové založena pobočka pražské lékařské fakulty, stal se zde v roce 1946 profesorem a vedoucím katedry histologie a embryologie. Oba tyto ústavy vedl 24 let.

Zabýval se hlavně smyslovými orgány savců, stavbou zubů domácích a užitkových zvířat a histologií kůže. Zajímal se též o historii lékařské fakulty v Hradci Králové – sepsal „Vzpomínky na vznik a vývoj lékařské fakulty v Hradci Králové 1945–1970“.

Časový faktor

Profesor Vrtiš jednou při rigorózní zkoušce položil dotaz na anatomicko-fyziologický podklad erekce. Medička, studentka prvního ročníku, po chvíli vážně prohlásila, že při tom dochá-

zí ke zmnožení buněk. Profesor Vrtiš povzdychl, do zkušebního protokolu napsal „nedostatečně“ a pak podotkl: „To byste se, slečno, načekala.“

Podmínky pro přiznání novomanželské půjčky

Jednou při pololetním zápočtu se debata neočekávaně stočila na žádost o poskytnutí novomanželské půjčky. Taková překvapivá odbočení byla u profesora Vrtiše něčím zcela běžným. A examinator chtěl vědět, proč se musí dát oba novomanželé před po-

skytnutím půjčky lékařsky prohlédnout. (Správná odpověď zněla: Aby se zjistilo, že jsou pohlavně zdraví.) Zkoušená medička si ce věděla, že lékařská prohlídka je nutná, ale proč, to jí zcela jasně nebylo. Vyslala po posluchárně očima signály s prosbou o nápovědu. Prosbě bylo vyhověno. Nápověda však musela být tichá, aby ji zaslechla jen studentka a nikoli examina-



tor, porozumění tudíž nebylo dokonalé. A tak se celé auditorium včetně profesora dozvědělo, že lékařská prohlídka před poskytnutím novomanželské půjčky je nutná, aby se zjistilo, zda jsou snoubenci pohlavně zdatní.

„To aby byla záruka, že snoubenci nebudou muset splácet celou půjčku, že ano?“ okomentoval suše examinator.

MUDr. Svatopluk Káš

Pod vlajkou Lajdáčku

Lékař a olympijský vítěz ve vodním slalomu **MUDr. Lukáš Pollert** pracuje jako kardioanesteziolog ve Fakultní nemocnici Motol, k tomu několikrát do měsíce slouží na pohotovostním a přijímacím oddělení Ústřední vojenské nemocnice. Volný čas tráví především s dětmi, a to nejen svými pěti.

Vaši starší dceři Emě je osm a půl, Janovi je šest, Toníkovi čtyři, Metodějovi dva a půl a Juliána už nejspíš při kojení začne maminku Pavlu brzy kousat. Neměl by po Metodějovi přijít správně Cyril?

Ne, po Metodějovi je přece Juliána! Jasně, ta spojitost se nabízí, ale i pro kluka jsme měli připravené jiné jméno.

Kdo se u vás ve všední den budí první?

Já se nebudím, já vstávám do práce. První se budí Juliána, ve čtyři, pak zase po kojení usne. My dospělí, Pavla a já, vstáváme kolem šesté. Snídám kafe a vystřelím tak, abych moc nezbudil další děti.

Nejstarší Ema je prý spíš kutilka. Hrají si ještě pořád malé holčičky jinak než malí kluci?

Ema je sice kutilka, ale zařizuje pokojíček pro panenky. Ten rozdíl je tu pořád. I s těmi nejjednoduššími hračkami, velkými kostkami, si tříletý kluk a holka hrají každý trochu jinak. Malé kluky zajímá stavba auta, jak to funguje, technické, mechanické věci.

Dětského hraní si leckde dost užijí i domácí zvířata. Názory na to mít chlupaté zvíře v bytě se různí i kvůli potenciálním alergenům. Nestor české alergologie profesor Václav Špičák se jeví už při vyslovení slovního spojení „kočka doma“. Je u vás kočka doma?

Kočku jsme nikdy neměli, ale po zahradě nám couraly kočky souseda Wintera-Neparkty. Krmítka pro ptáky kvůli nim ale nerušíme. My jsme měli irského vlkodava Egona Bondyho – ta podoba tam byla. To je ten hubený a velký jako almara. Spisovatele Bondyho jsem se jednou v Bratislavě zeptal, jestli by mu nevdadlo pojmenovat po něm psa. Říkal, že ne a že kocourů už se prý po něm jmenuje spousta. Vlkodav umřel, když byl Emě rok. Dalšího psa jsme nechťeli – je to problém, když jedete někam, kam pes nemůže. Nechceme nikoho zatěžovat, aby se o něj staral místo nás.

Naše děti zatím alergické nejsou, i když „městské“ kašle trvající třeba dva měsíce, kdy bych o alergií



Lajdáčci na lyžích. | Foto: archiv Lukáše Pollerta

jistě uvažoval, jsme měli. Několik to řeší jako alergický kašel, já tomu nechal volný průběh a ono to zmizelo. Ale líbí se mi akvárium s rybičkami, takže až budou mít hoši chuť chovat zvíře, pořídím jim je.

Zazvoníte doma u branky, když se vám podaří přijít z práce domů už odpoledne?

Ne, zato děti zvoní moc rády a hlavně rády otevírají. Máme branku na elektrické otevírání a to zvládnou i ty, co už chodí, ale ještě neumějí otevírat klíčem. Já však nezvoním nikdy, protože u nás doma skoro vždycky někdo spí, nezbudil bych asi jen půlroční Juliánu. Snažím se včas si vzpomenout a zavolat tátovi, ten má ve zvyku ohlásit svůj příchod trojím zazvonením. To jsou hned vzhůru úplně všichni.

Kdo vyběhne první, když se k domovu blížíte vy?

Já jezdím na motorce, na skútru. Kluci vyběhnou, když slyší, že jsem přijel a otevírá garáž. Bývají doma, když zrovna nemají nějaký kroužek. Starší děti jsou doma méně. Jan chodí na housle a Ema na klavír a na „výtvarku“. Někdy jim Pavla, máma, řekne, kdy přijdu, to pak kluci sedí nahore na betonových sloupcích u plotu a vyhlížejí mě, třeba tři čtvrtě hodiny. Jak uslyší skútr, seskočí a běží mi naproti ulicí ke garáži,

opak od jídla. Metoděj sní úplně všechno, co vidí, že má ten druhý. Jakmile dáme něco Toníkovi, Metoděj mu to okamžitě vezme, i když má před sebou to samé. To je jako v hnízdě, ten boj o přežití. Ty starší už se umějí trochu chovat, jsou civilizovanější.

Tonika nutím, jedl by jen suchý rohlík nebo suchý knedlík, naštěstí mu chutná i maso. Ale vím, že když udělám třeba rybu, vyskytnou se tam dva lidi, kteří ji nesnědí. S tím nehnu, radši by jedli ten suchý chleba... A s pěti dětmi nejde udělat „šprajc“, stejně tam za hodinu začnou lítat sušenky.

Jak trávíte víkendy?

Celý podzim jsem o víkendech hodně sloužil, ale v zimě to bude lepší, budeme hodně jezdit na hory. Před kanoistikou jsem závodně lyžoval, ještě za socialismu. Sportovní oddíly měly i tu výhodu, že se tam scházely děti, něco společně dělaly a pak se zase vrátily po víkendu domů. Takové oddíly už teď po revoluci vymizely.

Založili jsme proto lyžařský oddíl Lajdáček. Je to takové společenství lidí, kteří mají zhruba stejné staré děti. Většina jejich rodičů by měla kam je vzít na hory, ale tohle jim a hlavně dětem chybělo. Společně jsme si pronajali chalupu na horách, sami v ní hospodaříme a sami se staráme o všechny děti, děláme brigády na údržbu a na dříví. Je to na sjezdovce, kde je malý vlek pro děti. Ta chata, bývalá podniková, se jmenuje Lajdáček. A tak jsme „Lajdáčci“.

Vaše děti jsou hodně malé. Pustíte je k vleku bez dozoru?

Na vleku někdy jezdí i samy, hlavně po příjezdu do boudy, my mezitím topíme a připravujeme jíd-

lo. Často někdo mezi nimi spadne z pomy, třeba se mu odepne lyže a on si ji neumí sám připevnit. Přijedou ti starší a pomáhají mu, on se pak zase chytne. Jinak to nejde.

Sám máte pět dětí a staráte se s přáteli o čtyřicet dalších. Většina lékařů si nad tímhle povídáním setře pot z čela a pomyslí si, kde na to ten Pollert bere čas...

Taky si stírám pot z čela! Přes léto s Emou, Janem a Toníkem jezdíme na kolech. Kluci ještě neumějí do kopce, tak máme vychytané tramvajové spoje, kde nás většínou s koly vezmou. Máme teď celkem čtyři kola. Dojedeme na konečnou a jedeme třeba Hvězdu, Ladronku, Petřín a pak přes Pochoelec domů.

S Lajdáčkem jezdíte jen na lyže?

V Praze jsme si pronajali tělocvičnu, chodíme tam jeden den v týdnu, kvůli fyzické přípravě. Ale záměr je i to, aby se děti potkaly, chceme, aby byly spolu. Jsou tu děti od tří let do osmi, chodí s rodiči. Na začátku je nástup: Oddíle nazdar! Jak se jmenuje oddíl? Lajdáček! A co jste vy? Lajdáčci! Mají trička s nápisem Lajdáček a máme taky vlajku. V Lajdáčku je čtyřicet dětí, jádro je kolem dvacitky. Ale jezdíme s nimi lyžovat i jinam, třeba na ledovec do Rakouska. Jezdíme také na vodu, i bez Lajdáčku. Koncem září jsme byli na Šumavě u řeky pod stanem, my s Pavlou, Emou, Janem, Toníkem a Juliánou. Matky ostatních dětí z Lajdáčku kvůli zimě v noci a nad rámem nechťely pod stan jet, my jeli a děti to neodstaly. Z penzionu by přece byly hvězdy nad hlavou mnohem dál...

Jana Jilková



Lukáš, Antonín a Ema Pollertovi na Ostravici. | Foto: archiv Lukáše Pollerta

Čtvrté křtiny „Vnitřního lékařství“

Již čtvrté vydání úspěšné monografie „Vnitřní lékařství“ prof. MUDr. Pavla Klenera, DrSc., a jeho autorského kolektivu bylo koncem listopadu pokřtěno v pražském Karolinu.

Kniha, která vyšla ve spolupráci nakladatelství Karolinum a Galén, shrnuje kromě základních poznatků z vnitřního lékařství aktuální informace, o něž byly všechny jeho podobory v posledních letech obohaceny. Text je určen především k postgraduálnímu studiu, ale nepochybně bude stejně jako předchozí tři vydání sloužit i studentům medicíny.

Syntéza za časů atomizace

Při slavnostním křtu profesor Jaroslav Blahoš ocenil publikaci o 1174 tiskových stranách jako „gigantické dílo, v němž se podařilo dokonale stmelit obsažená témata“. Interna je tu i v době atomizace vědy pojata jako celek. Profesor Klener poděkoval spoluautorům, přísnému recenzentovi profesoru Janu Petráškovici a tr-



Profesor Pavel Klener během slavnostního křtu. | Foto: Karolinum

pělivým redaktorům Galénu. Na okraj připomněl také okolnosti předchozích vydání této dnes již klasické učebnice oboru: První, v roce 1999, bylo do měsíce zcela rozebráno a nakladatel musel co nejrychleji dotiskovat. Třetí vydání bylo kýmisi ilegálně rozmnoženo a prodáváno, událost dokonce vyšetřovala policie.

Hudební rámec slavnosti obstaral kytarista Matěj Rak. Na úvod zahrál Smetanovu Jiřínkovou polku. Pojal ji jako skočnou a přítomným osobnostem akademického života, včetně pana profesora Klenera, kolena viditelně cukala do taktu, Karolinum nekarolinum. Unylý nebyl ani závěr hudebního vystoupení – Matěj Rak na přání profesora Klenera provedl ježkův „Bugatti step“.

Jana Jílková



Doktor Marek Hakl přijímá na zdar knihy s její kmotrou docentkou Ivanou Štětkářovou. | Foto: Tomáš Novotný

Léčbě bolesti je třeba věnovat více pozornosti – napomůže tomu i nová monografie

Knihu „Léčba bolesti – současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů“ vydala divize Medical Services vydavatelství Mladá fronta.

Novinka byla pokřtěna 24. listopadu v Brně v rámci 25. českého a slovenského neurologického sjezdu. Hlavním autorem a editorem publikace, která má celkem 14 spoluautorů, je MUDr. Marek Hakl, Ph.D., z Centra pro léčbu

bolesti při Anesteziologicko-resuscitační klinice LF MU a FN u sv. Anny, Brno. Jak připomíná v úvodu knihy „příčinou nedostatečné léčby chronické bolesti je její podceňování ze strany lékaře, neznalost v oblasti racionální far-

makoterapie a nedostatečná komunikace s pacientem“. Autoři nové publikace se snaží na tyto nedostatky poukázat a navrhnout co nejefektivnější řešení konkrétních stavů. Po teoretické části, zabývající se patofyziologií bolesti, jejím dělením a hodnocením, následuje podrobný výklad jednotlivých léčebných metod u různých lokalizací a typů bolesti.

(Jass)

Chorobné znaky a příznaky

Koncem listopadu byla ve Faustově domě v Praze slavnostně pokřtěna knižní novinka z produkce vydavatelství Grada „Chorobné znaky a příznaky 2“ z pera Karla Lukáše, Aleše Žáka a jejich autorského kolektivu.

Jedná se o 2. část velice úspěšné publikace téhož názvu, vydané v roce 2009, jež získala Cenu České internistické společnosti ČLS JEP.

„Chorobné příznaky jsou tím, s čím pacient přichází k lékaři – na něm proto je, aby se v nich orientoval. Důležité je vědět, že příznaky mohou vést i do jiných oborů medicíny, a spoléhat se na selský rozum, ne jen na mnoho druhů vyšetření,“ připomněl děkan 1. LF UK profesor Tomáš Zima. Profesor Žák poté s nadsázkou dodal, že tendencí dnešních lékařů je vyšetřit pacienta od hlavy k patě multi-spirálními CT.



Zleva Aleš Žák, Tomáš Zima, Evžen Fabian a Karel Lukáš. | Foto: Grada Publishing

Primář Lukáš si na závěr připravil prezentaci na téma „Eponyma a osobnosti týkající se Prahy (a skvrnitého tyfu) vyskytující se v knize“ a nezapomněl na veliká-

ny, jakými byli Otto Kahler, Arnold Pick, Henry Koplik, Albert von Grafe, Karl Adolph von Basedow, Edmund Weil či Bohumil Eiselt.

(eta)

Speciální chirurgie pod skleněnými schody

Třetí, přepracované a rozšířené vydání „Speciální chirurgie“, jejímiž hlavními autory jsou profesor Jiří Hoch a docent Jan Leffler, pokřtil (dle svých vlastních slov) „chronický internista“ profesor Jaroslav Blahoš.

Stylově „chirurgické“ však bylo prostředím, neboť křest se odehrál v pražském B. Braun Café. Architektka Eva Jiřičná v interiéru realizovala jednu ze svých proslulých schodů ze skla a kovu, podle jejího návrhu se tu na stěnách i sloupech prolínají také vyobrazení chirurgických nástrojů, předobrazy byla příslušná oblast portfolia firmy B. Braun.

Třetí vydání „Speciální chirurgie“ nově obsahuje kardiovaskulární chirurgii a neurochirurgii, stručné kapitoly z anesteziologie, onkologie, hematologie, mikrobiologie, patologie, genetiky a zobrazovacích metod. Novou součástí je i obrazová přílo-



Profesori Jaroslav Blahoš a Jiří Hoch. | Foto: Maxdorf

ha, která pomůže k zapamatování základních chirurgických nálezů. Publikace, jež vyšla v nakladatelství Maxdorf, je vhodná pro pregraduální i postgraduální přípravu v chirurgických oborech.

(D)

Cena adiktologie pro docenta Kamila Kalinu

V pražském kině Atlas byla 6. prosince v rámci odborné konference „Nové drogy – prevence, léčba, regulace“ předána Cena adiktologie za celoživotní přínos oboru docentu Kamilu Kalinovi, který se zabývá závislostním chováním a rizikovým prostředím v souvislosti s užíváním návykových látek.

Inovátor léčby závislosti

Lékař a psycholog doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., se podílel na zavádění řady inovativních postupů a přístupů v oblasti léčby závislosti. V 70. letech otevřel první denní stacionáře a terapeutické komunity pro psychotické a schizofrenní pacienty. Od konce 80. let se jako vedoucí organizace Filia zaměřil na léčbu závislostních poruch.

V roce 1992, kdy byl současně poslancem Federálního shromáždění, patřil k iniciátorům a signatářům „Vánočního memoranda o drogové politice“, které vyzývalo vládu k formulování historicky první koncepce a programu drogové politiky. Stal se prvním národním protidrogovým koordinátorem, působil i jako náměstek ministra zdravotnictví a odborný

pracovník o. s. Sananím. V současnosti je pedagogicky činný na 1. lékařské fakultě UK jako zástupce vedoucího Centra adiktologie při Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze.

Pro obor adiktologie otevřel zcela nové téma psychiatrických komorbidit – častého souběhu mezi duševním onemocněním a užíváním návykových látek. Je autorem návrhu na certifikaci adiktologických služeb tak, aby finanční prostředky putovaly jen do efektivních programů.

Reakce na drogovou prohibici

Docent Kalina na konferenci hovořil o současných trendech v užívání návykových látek. Problematika nových syntetických drog je reakcí na světovou drogovou pro-

hibici a rozšíření internetu. Uživatelé těchto drog hledají látky podobné dnešním nelegálním drogám, ale s vyšší čistotou či dostupností. Výrobci nových drog se vyhýbají prohibici přípravou látek, jež sice dosud nebyly zařazeny na seznam nelegálních drog, ale mají srovnatelné účinky. To vše probíhá za zvýšeného rizika pro veřejné zdraví – důsledky užívání těchto látek pro lidský organismus jsou neznámé.

Česká republika na tuto problematiku zareagovala velmi flexibilně. V dubnu 2011 nabyla účinnosti novela zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, a na seznam nelegálních drog tak bylo zařazeno dalších 33 látek. Na základě ustanovení trestního zákona o šíření toxikomanie, jež se na seznam konkrétních drog nevá-



Docenti Michal Miovský a Kamil Kalina s cenou. | Foto: Centrum adiktologie

že, bylo zahájeno trestní stíhání osob, které v České republice otevřely kamenné obchody s novými drogami („Amsterdam shopy“). Tato reakce legislativy do velké míry zastavila nabídku v kamenných obchodech, obchod na internetu však pokračuje.

Bad Trip za nejhorší počin roku

O udělení adiktologických cen v jednotlivých kategoriích hlasuje Rada Ceny adiktologie složená ze zástupců oboru – z akademické obce, z oblasti koordinace drogové politiky i systému péče o uživatele drog.

Udělována jsou i další ocenění. Cenu Kiron za nejlepší počin roku v adiktologii například získala iniciativa „Veřejné zdraví vs. veřejný pořádek“, která upozornila na střety mezi policií a pracovníky terénních programů a vedla k jednání na úrovni městských částí i soukromých subjektů. Anticenu Bad Trip, která je určena nejhoršímu adiktologickému počinu roku, již opakovaně obdrželo zastupitelstvo Středočeského kraje za neefektivní přidělování a plýtvání finančními prostředky z veřejných zdrojů určených na program protidrogové politiky.

Jana Jilková

Zemřel profesor Adam Jirásek

12. prosince 2011 zemřel po delší nemoci ve věku 78 let prof. MUDr. Adam Jirásek, DrSc.

Adam Jirásek se narodil 7. listopadu 1933 v Pardubicích. Po maturitě v roce 1951 studoval na Fakultě všeobecného lékařství UK v Praze. Během studia byl demonstrátorem a později asistentem na Hlavově ústavu FVL UK. Po promoci v roce 1957 nastoupil na místo sekundárního lékaře FN I v Praze, v roce 1960 přestoupil na místo odborného asistenta FVL UK. Po pěti letech obhájil kandidátskou disertační práci a v roce 1976 byl jmenován docentem. Po obhajobě doktorské disertace byl v roce 1985 jmenován profesorem pro obor patologická anatomie. Jeho kandidátská i doktorská práce byly věnovány systémovým atrofiím mozku a experimentům zaměřeným na encefalitidy. V roce 1983 byl ustanoven vedoucím Hlavova ústavu a o tři roky později i vedoucím katedry.

Vynikal širokým přehledem ve všech oblastech patologické anatomie, maximum své pozornosti však zaměřil na výzkum v oblasti neuropatologie. Publikoval přes 120 vědeckých prací v řadě našich i zahraničních časopisů a přednesl množství přednášek doma i v cizině. V rámci své pedagogické činnosti přednášel moderním způsobem všechny kapitoly patologické anatomie. U studentů byl velice oblíbený pro svůj vřelý vztah k nim, laskavost i shovívavost. Jeho pedagogická činnost byla završena přípravou základní učebnice oboru, na které spolupracoval s profesorem Blahoslavem Bednářem, současně napsal skriptu neuropatologie.

Jeho široký přehled v oboru i organizační schopnosti jej předurčily, aby se velice aktivně zabýval i problematikou organizace

a modernizace oboru. Řadu let byl členem výboru i předsedou Společnosti českých patologů ČLS JEP. Nemačnou měrou v této pozici přispěl k rozvoji oboru v celostátním měřítku, takže postupně byla vybudována síť okresních patologií. Zasloužil se o založení neuropatologické sekce v rámci odborné společnosti. Odchodem profesora Adama Jirásky lékařská obec ztratila vynikajícího odborníka v oblasti patologie a obětavého lékaře s lidským, skromným a ohleduplným přístupem ke svým spolupracovníkům i studentům. Byl důstojným a významným pokračovatelem moderní české patologické školy, která je spojena s vysokou odborností a se skutečným zájmem o rozvoj medicíny.

(mč)

Zemřel docent Milan Kaláb

Dne 29. listopadu 2011 zemřel po delší nemoci ve věku 66 let doc. MUDr. Milan Kaláb, CSc., přední český odborník na problematiku jaterních porfyrií.

Milan Kaláb promoval na Fakultě všeobecného lékařství UK v Praze v roce 1970 a po krátkém působení v Ústavu hematologie a krevní transfuze nastoupil v roce 1971 jako sekundární lékař na I. interní kliniku nynější VFN v Praze. Během krátké doby složil obě atestační zkoušky z vnitřního lékařství a v roce 1978 se stal odborným asistentem na I. interní klinice. V roce 1985 obhájil kandidátskou práci na téma jaterní porfyrie, v roce 1994 habilitační práci a byl jmenován docentem 1. LF UK.

1. lékařské fakultě UK a Všeobecné fakultní nemocnici zůstal věrný po celý život, po 30 letech působení na 1. interní klinice přešel v roce 2001 s celou hepatologickou skupinou

na 4. interní kliniku. Byl jedním z prvních lékařů, kteří v naší republice zaváděli do praxe tehdy nové ultrazvukové vyšetření a během svého aktivního působení vychoval několik generací sonografistů. Byl předním odborníkem v problematice jaterních porfyrií, vyhledávaným pacienty z celé republiky. O této problematice také doma i v zahraničí publikoval řadu odborných prací. Odchodem Milana Kalába jeho kolegové ztratili obětavého lékaře s lidským přístupem k pacientovi, oblíbeného učitele a dobrého přítele, který se nikdy nesklonil před nástrahami minulého režimu a vždy byl ochotný nezištně pomoci.

(mč)

Radek Ptáček, Petr Bartůněk Etika a komunikace v medicíně



Rozsah:
528 stran
Cena: 695 Kč
ISBN: 978-80-
-247-3976-2
Vydavatel:
Grada

Mezioborová monografie představuje poměrně komplexní pohled na danou problematiku. Postihuje řadu obecných, ale i dílčích a speciálních témat, přičemž zasahuje do hlubších teoretických i praktických souvislostí. Zpracovává je jak v kontextu historickém, tak současném, z hlediska potřeb lékařských i nelékařských zdravotnických pracovníků. Zpracování jednotlivých kapitol se ujali přední odborníci z různých pracovišť a vysokoškolských učitelů z lékařských fakult.

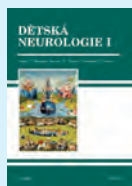
Dalibor Pastucha a kol. Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity



Rozsah:
128 stran
Cena: 169 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4065-2
Vydavatel:
Grada

Praktická publikace doplněná obrázky a tabulkami zapojí čtenáře do procesu preskripce pohybové aktivity u dětí s obezitou a předloží možnosti a výhody komplexní multioborové spolupráce v péči o tyto děti. Lze podle ní připravit preventivní program pohybové aktivity. Je určena pediatrům, praktickým lékařům pro děti a dorost, dětským endokrinologům, obezitologům, tělovýchovným a lázeňským lékařům, fyzioterapeutům a učitelům tělesné výchovy.

John H. Menkes, Harvey B. Sarnat, Bernard L. Maria Dětská neurologie (2 svazky)



Rozsah:
2024 stran
Cena: 4500 Kč
ISBN: 978-80-
-7387-341-7
Vydavatel:
Triton

Jde o překlad již 7. vydání (během 30 let) známé Menkesovy knihy, navazujícího na 6. vydání z roku 2000. Od té doby pokrok v molekulární genetice umožnil zodpovědět mnohé otázky týkající se neurodegenerativních onemocnění, výrazně se rozšířily poznatky o ontogenezi nervového systému, objasnila se patogeneze řady vývojových defektů a malformací. Mnoho nového je i ve farmakoterapii neurologických onemocnění. Diagnostické a léčebné postupy v dětské neurologii jsou na celém světě vcelku jednotné a jejich dostupnost či míra využití jsou podmíněny spíše ekonomickým statutem dané oblasti než odlišnostmi v názorech odborníků. Přesto je zajímavé srovnat propracovaný evropský systém neurologického vyšetření nejmenších dětí s poněkud zjednodušeným přístupem amerických autorů.

Geri Millerová Adiktologické poradenství



Rozsah:
461 stran
Cena: 490 Kč
ISBN: 978-80-
-7262-765-3
Vydavatel:
Galén

Publikace poslouží jako referenční materiál studentům bakalářských, magisterských a postgraduálních programů, kteří se připravují na práci v různých typech služeb určených osobám závislým na návykových látkách, a klinickým pracovníkům, pro něž je oblast adiktologického poradenství nová nebo by rádi reflektovali aktuální stav jeho vývoje. Přestože kniha pojednává o technikách a přístupech, jejichž těžiště spočívá ve výzkumu, zaměřuje se především na odborníky z praxe. Text je proložen případovými studii, náměty k diskusi a dalšími interaktivními cvičeními.

Lucie Sikorová Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu



Rozsah:
208 stran
Cena: 249 Kč
ISBN: 978-80-
-247-3593-1
Vydavatel:
Grada

NOVÉ KNIHY

Publikace pro studenty ošetrovatelství, porodní asistence a pediatrie ošetrovatelství se zaměřuje na plánování komplexní základní i specializované ošetrovatelské péče s přihlédnutím ke zvláštnostem jednotlivých vývojových etap dětského a dorostového věku. Důraz je kladen na odlišnosti individuálních potřeb dětí i vybraných klinických jednotek, součástí jsou i praktické návody (formou kazuistik) k ošetrovatelskému procesu. Cílem je efektivní aplikace principů ošetrovatelské diagnostiky a metodiky výchovné péče v pediatickém ošetrovatelství, které vycházejí z potřeb dítěte.

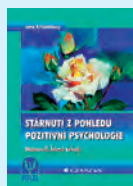
Jana Mlýnková Péče o staré občany Učebnice pro obor sociální činnost



Rozsah:
192 stran
Cena: 219 Kč
ISBN: 978-80-
-247-3872-7
Vydavatel:
Grada

Ošetrování seniorů v domácím prostředí a také v pobytových zařízeních je předmětem publikace koncipované do dvou základních částí. V části obecné je teoreticky shrnuta problematika stáří, potřeb seniorů, jejich komunikace a vztahů s okolím. Speciální část se zaměřuje na péči o starého člověka s různými chorobami a potížemi.

Jaro Křivohlavý Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie Možnosti, které čekají



Rozsah:
144 stran
Cena: 199 Kč
ISBN: 978-80-
-247-3604-4
Vydavatel:
Grada

Zaměření na kladné a nadějně rysy stárnutí v publikaci nepotlačuje ani negativní jevy. Důraz je dán na vnitřní postoje lidí a na to, jak přistupují k sobě, druhým lidem i životním změnám v průběhu stárnutí – jak vnímají svůj zdravotní stav, co považují za smysl svého života. Zvláštní pozornost je věnována sebepoznávání a sebeovládání, životnímu bilancování, vztahům mezi lidmi, trénování odolnosti a zvláda-

ní změn, řešení problémů, konfliktů a dalších těžkostí – nemocí, bolestí, konfrontace se smrtí blízkých lidí. Autor uvádí podněty a doporučení pro každodenní život ve stáří, týkající se například úpravy životního stylu.

Sabine Richebächerová Život mezi Jungem a Freudem Životopis Sabiny Spielreinové



Rozsah:
336 stran
Cena: 469 Kč
ISBN: 978-80-
-262-0005-5
Vydavatel:
Portál

Počátky psychoanalýzy jsou těsně spjaty s postavami Sigmunda Freuda a Carla Gustava Junga – a také Sabiny Spielreinové. Milostný poměr mezi mladým, ženatým Jungem a jeho pacientkou rusko-židovského původu vedl k vážným trhlínám ve vztahu s jeho učitelem Freudem. Sabine se stane tvořivým principem Jungovy psychoanalytické teorie a zároveň jeho nejlepší žákyní. Životopis jedné ze zakladatelek dětské psychoanalýzy a vůdčí představitelky ruské psychoanalytické školy (z pera curyšské klinické psycholožky a psychoterapeutky) je fascinujícím úvodem do studia historie moderní psychologie. O tom, že postava Sabiny Spielreinové je stále živá, svědčí také nový film o jejím životě od kanadského režiséra Davida Cronenberga „Nebezpečná metoda“ (2011).

David Owen Nemocní u moci



Rozsah:
432 stran
Cena: 499 Kč
ISBN: 978-80-
-7432-124-5
Vydavatel:
Paseka

Vůdce opojený pýchou a mocí běžní lidé často popisují jako „vyšinuté“, „zcvoštělé“ či snad „šilené“, ačkoli lékaři by o nich takto nehovořili. Demokratické společnosti, zejména ty, které se vyvinuly z absolutistických monarchií, si vybudovaly systém brzd a protahů, jímž se před takovými vůdci snaží chránit. Tyto mechanismy – vláda, parlament a média – však nejsou vždy účinné...

Britský politik a psychiatr odhaluje mnoho překvapivého ze soukromého pozadí politiky. Jevy a činy, nad nimiž zůstává rozum stát, přesvědčivě vysvětluje zdravotním stavem politiků a „syndromem hybris“, tedy jakousi „zrupností z povolání“. Tuto myšlenku dokládá konkrétními příklady, například jednáním britského premiéra Anthonyho Edena v době Suezské krize v roce 1956 nebo J. F. Kennedyho za Kubánské krize. Hovoří o vlivu rakoviny na politické působení posledního iránského šáha nebo francouzského prezidenta Françoise Mitterranda či o „syndromu hybris“ u prezidenta George W. Bushe a britského premiéra Tonyho Blaira. Dočteme se také o depresích Theodora Roosevelta, bipolární afektivní poruše Winstona Churchilla, paranoie Josifa Vissarionoviče Stalina, hypertenzi Woodrowa Wilsona nebo monarchismu Adolfa Hitlera – fakt, že vůdce měl jen jedno varle, pronikl během 2. světové války do satirické písně, která se v anglosaských zemích zpívá dodnes. David Owen (1938) byl v letech 1976–1979 britským ministrem zahraničí. Spoluzakládal a vedl labouristickou stranu, v současnosti je nezávislým členem Sněmovny lordů. Otevřenost v informování o závažnějších chorobách „světovládci“ by podle něj mohla přispět k jejich lepší kontrole.

Václav Franc Dvakrát vrtej, jednou trhej!



Rozsah:
126 stran
Cena: 160 Kč
ISBN: 978-80-
-872-8344-8
Vydavatel:
Drábek Antonín
– Balt

Kniha z pera praktického stomatologa obsahuje více než šest desítek krátkých humorných až anekdotických příběhů ze zubařského prostředí. Následuje sedm delších povídek, z nichž poslední a nejdelší („Občan Břejcha aneb Tragédie muže bloudícího ve vysoké trávě“) satiricky vykresluje zlomové okamžiky naší nedávné historie. Třetí část tvoří dvě moderní zubařské pohádky pro malé i velké čtenáře. Kniha se vyznačuje laskavým humorem a moudrostí, autorovým pochopením pro lidské slabosti a jeho typickou ironií a sebeironií.

Opuštění pracoviště lékařem

Může lékař konajíci službu v nemocnici opustit své pracoviště a jít poskytovat první pomoc například k dopravní nehodě, která se stala poblíž nemocnice?



odpovídá
Mgr. Radek Polícar
radek.policar@seznam.cz

Odpovědět jednoznačně na takto položený

dotaz není možné. Popsaná situace bude vždy předmětem bedlivého zkoumání jednotlivých okolností. Mimo jiné bude velmi záležet na tom, zda v důsledku nepřítomnosti lékaře v nemocnici došlo k újmě na zdraví u některého z pacientů. Bude záležet na tom, nebylo-li možné dosáhnout stejného cíle (tedy poskytnutí první pomoci zraněným při dopravní nehodě) přivoláním zdravotnické záchranné služby nebo jiného lékaře z jiného blízkého zdravotnického zařízení. Stejně tak by bylo předmětem zkoumání, zda lékař požádal kolegu z jiného oddělení téže nemocnice, aby byl dočasně ve spojení se sestrou na oddělení, které opouští, a případně poskytl pacientům potřebnou zdravotní péči.

Co je a není krajní nouze

Pokud se jedná o základní pravidla, podle kterých bude taková situace následně posuzována, jsou to na prvním místě dvě ustanovení zákoníku práce. § 249 odst. 1 uvádí, že zaměstnanec je

povinen počínat si tak, aby nedocházelo ke škodám na zdraví, majetku ani k bezdůvodnému obohacení. Bude-li se zaměstnanec hájit v případě, že v době jeho nepřítomnosti došlo k újmě na zdraví u některého z pacientů nemocnice, jistě uvede ustanovení § 251 odst. 2 zákoníku práce, jež říká, že zaměstnanec neodpovídá za škodu, kterou způsobil při odvrácení nebezpečí přímo hrozícího životu nebo zdraví, jestliže tento stav sám úmyslně nevyvolal a počínal si přitom způsobem přiměřeným okolnostem.

Nejobecněji lze říct, že v případě posuzování různých typů v úvahu přicházejících odpovědností bude zvažováno, zda byly či nebyly naplněny předpoklady jednoho z institutů, které vylučují



ilustrační foto: Shutterstock

protiprávnost jednání, a to krajní nouze.

Její základní definice se nachází v § 28 trestního zákoníku a má svoji pozitivní a negativní složku. V té pozitivní se říká, že čin jinak trestný, kterým někdo odvrací nebezpečí přímo hrozící zájmu chráněnému trestním záko-

nem (typicky život a zdraví), není trestným činem.

Ta negativní pak dodává, že nejde o krajní nouzi, jestliže bylo možno toto nebezpečí za daných okolností odvrátit jinak anebo je způsobený následek zřejmě stejně závažný nebo ještě závažnější než ten, který hrozil.

Jednoznačná odpovědnost

Ve shora řešené situaci šlo o nelehký konflikt, kdy lékař běží zachraňovat životy či zdraví lidí zraněných při dopravní nehodě a zároveň svojí nepřítomností v nemocnici potenciálně ohrožuje životy či zdraví svěřených pacientů. Lze si však představit i situaci, kdy si lékař na chvíli odskočí koupit lístky do kina, rozloučit se s přítelkyní odlétající na dva měsíce na druhý konec světa nebo vyřídit jinou osobní záležitost, která je hodnotově nepochybně výrazně méně zásadní, než byl případ záchrany lidí zraněných při dopravní nehodě. V takové situaci, dojde-li k újmě na zdraví u některého z pacientů, nemá lékař k dispozici žádnou právně relevantní obranu a jeho odpovědnost je jednoznačná.

Nicméně i v případě, že se nikomu z pacientů nic nestane, půjde ze strany lékaře o porušení povinností, které vyplývají z pracovního poměru, neboť v daný čas byl povinen být na pracovišti a konat svou práci. Při volbě adekvátní sankce nepochybně bude na místě i úvaha o tom, jaké bylo potenciální riziko poškození pacientů. Takové nezdůvodněné chování tak může mít za následek i rozvázání pracovního poměru s daným lékařem.

Může recepční kopírovat zdravotnickou dokumentaci?

Jsem praktická lékařka pro dospělé, mám ordinaci na městské poliklinice. S administrativními úkony mi občas pomáhá recepční polikliniky, mimo jiné pořizuje kopie zdravotnické dokumentace pacientů (nebo jejich částí). Přiznám se, že jsem dřívějšího data narození a s moderní kancelářskou technikou příliš nekamarádím. Napadlo mě však, jestli popsaná pomoc recepční, která není zdravotnickým pracovníkem, je v pořádku z hlediska ochrany dat pacientů...



odpovídá
JUDr. Pavel Zajíc

Odpovědi na dotaz lze nalézt zejména v zákoně o péči o zdraví lidí a v zákoně o ochraně osobních údajů.

Obecně platí, že zdravotnické zařízení je povinno vést zdravotnickou dokumentaci a chránit osobní údaje pacientů, zejména citlivá data vztahující se k jejich zdravotnímu stavu, onemocnění, léčbě apod. Podrobnosti a obsa-

hové náležitosti zdravotnické dokumentace pak stanovuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR o zdravotnické dokumentaci. Zdravotnické zařízení vystupuje ve smyslu zákona o ochraně osobních údajů jako správce a zpracovatel

osobních údajů pacientů. Zdravotnické zařízení je přitom povinno přijmout taková opatření, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu k osobním údajům, k jejich změně, zničení či ztrátě neoprávněným přenosem, k jejich jinému, neoprávněnému zpracování jakož i k jinému zneužití.

Kdo smí nahlížet do dokumentace

Zákon o péči o zdraví lidí výslovně vymezuje okruh osob, které mají právo nahlížet do zdravotnické dokumentace, a to v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu v rozsahu jejich kompetence. Recepční polikliniky přitom patrně nelze pod-

řadit pod žádný z okruhů osob, kterým zákon umožňuje nahlížet do zdravotnické dokumentace. Recepční vaší polikliniky není zdravotnickým pracovníkem, a byť to z dotazu jednoznačně nevyplývá, z běžné praxe dovozují, že pravděpodobně ani zaměstnancem provozovatele dalšího zdravotnického zařízení zabezpečujícího pro polikliniku zpracování osobních údajů. Proto lze konstatovat, že není oprávněna do zdravotnické dokumentace nahlížet.

Osobní údaje v bezpečí

Část dotazu spočívá rovněž v posouzení toho, nakolik může recepční polikliniky (coby nezdravotnický personál) nakládat se zdravotnickou dokumentací. Zákon o péči o zdraví lidí odkazuje, pokud jde o práva a povinnosti při zpracování osobních údajů souvisejících se zajišťováním zdravotní péče, na zákon o ochraně osobních údajů.

Tento zákon pak za správce osobních údajů označuje každý subjekt, který určuje účel a prostředky zpracování osobních údajů,

provádí zpracování a odpovídá za něj. Zákon zároveň umožňuje, aby správce pověřil zpracováním osobních údajů zpracovatele, pokud zvláštní zákon nestanoví jinak. Ordinance tazatelky, coby zdravotnické zařízení, je tak současně správcem i zpracovatelem osobních údajů, jejichž zásadní povinností je zajistit bezpečné nakládání s osobními údaji obsaženými ve zdravotnické dokumentaci. Osobně se domnívám, že toto bezpečné nakládání není dostatečně zajištěno za situace, kdy se zdravotnickou dokumentací nakládá nezdravotnický personál (recepční polikliniky).

Výpomoc bez smlouvy je riziko

Z dotazu jsem navíc vyrozuměl, že administrativní výpomoc od recepční polikliniky je spíše neformálního rázu a není nijak smluvně podchycena. Pokud by se tak například stalo, že by ze strany recepční byly zneužity informace a osobní údaje pacientů ze zdravotnické dokumentace (například sdělení informací o zdravotním stavu pacientů televizi či

novinám), zůstala by odpovědnost za toto neoprávněné použití osobních údajů pouze na tazatelce. Ta by navíc pacientem případně vysouzenou částku jen obtížně následně uplatňovala po recepční polikliniky za situace, kdy mezi zdravotnickým zařízením (ordinací) a poliklinikou, respektive recepční této polikliniky, není žádný smluvní vztah. Při stávajícím způsobu nakládání se zdravotnickou dokumentací navíc hrozí, že takový postup by mohl být Úřadem pro ochranu osobních údajů shledán jako postup v rozporu se zákonem, v důsledku čehož by mohla být tazatelce tímto úřadem uložena pokuta.

Z výše uvedených důvodů proto doporučuji zajistit kopírování zdravotnické dokumentace pokud možno zdravotnickým personálem (sestrou ordinace) či na základě jasně stanoveného smluvního vztahu s poliklinikou, v jehož rámci by byla řešena i odpovědnost polikliniky za případnou škodu způsobenou neoprávněným nakládáním se zdravotnickou dokumentací pacientů tazatelce ordinace.

Kalendář akcí odborných lékařských společností – leden 2012

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.

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Léčba erektilní dysfunkce. Pneumokoková onemocnění u dospělých a možnosti jejich prevence. Přímá distribuce vakcín do ordinací – základní pravidla a přínosy.

5. 1. 2012/Liberec, Ústí nad Labem
Místo konání: Clarion Grandhotel Zlatý lev (Liberec), Best Western Hotel Vladimír (Ústí nad Labem)
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Současné možnosti asistované reprodukce – seminář

5. 1. 2012/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP
Kontakt: www.detskylekar.cz

Prevence ischemické choroby srdeční od dětského věku – 25. celostátní seminář

Adaptace srdečního svalu na zátěž, nová antikoagulancia, epidemiologie a prevence kardiovaskulárních (KV) chorob u žen, bypass vs. stenty, výživa u KV onemocnění, budoucnost hypolipidemické léčby...

5.-7. 1. 2012/Poděbrady
Místo konání: Lázeňská kolonáda
Pořadatel: Česká kardiologická společnost (ČKS), pracovní skupina pediatrické kardiologie ČKS, Česká společnost pro aterosklerózu
Kontakt: www.gsymposion.cz

17. sympozium onkologie v gynekologii a mammologii

Diagnostika a léčba pokročilých karcinomů mammy a gynekologických malignit

6.-7. 1. 2012/Brno
Místo konání: Kongresové centrum Výstaviště Brno
Pořadatel: oddělení radiační a klinické onkologie Nemocnice Znojmo ve spolupráci s Gynekologicko-porodnickou klinikou LF MU a FN Brno, Okresním sdružením lékařů ČLK Brno-město a občanským sdružením SOVA
Kontakt: prim. MUDr. Renata Neumanová, Ph.D., MBA;
 tel.: 602 765 732,

e-mail: neumanova.ren@volny.cz;
www.linkos.cz,
www.chirurgie.cz

20. liptovské dermatovenerologické fórum

6.-7. 1. 2012/Dolní Lípová
Místo konání: Lázně Dolní Lípová
Pořadatel: Klinika nemocí kožních a pohlavních LF UK a FN Hradec Králové
Kontakt: <http://lipden.lazne.cz>

Kurz diabetologie II – pro pokročilé

Pro praktické lékaře a internisty
 6.-7. 1. 2012/Praha
Místo konání: Hotel If
Pořadatel: Centrum diabetologie IKEM, subkatedra diabetologie IPVZ
Kontakt: PhDr. Eva Morávková;
 e-mail: moravkova@ipvz.cz;
www.diab.cz; www.ipvz.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Léčba erektilní dysfunkce. Pneumokoková onemocnění u dospělých a možnosti jejich prevence. Přímá distribuce vakcín do ordinací – základní pravidla a přínosy.
 9. 1. 2012/Zlín
Místo konání: Aula SZŠ, Příluky
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Léčba erektilní dysfunkce. Pneumokoková onemocnění u dospělých a možnosti jejich prevence. Přímá distribuce vakcín do ordinací – základní pravidla a přínosy.
 10. 1. 2012/Pardubice
Místo konání: Hotel Euro
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Seminář o infekčních nemocech

Infekce způsobené Escherichia coli, nehnisavé záněty centrální nervové soustavy, malá škola; multirezistentní G-tyčinky
 9.-11. 1. 2012/Třeboň
Místo konání: Lázně Berta
Pořadatel: Manželé Žampachovi
Kontakt: www.volny.cz/zampach/trebon



Ilustrační foto: Shutterstock

PragueAngio 2012

Aktuality v léčbě flebotrombózy – kritická končetinová ischemie a diabetická noha
 10. 1. 2012/Praha
Místo konání: Autoklub ČR
Pořadatel: Česká angiologická společnost ČLS JEP, Komplexní kardiiovaskulární centrum VFN Praha za podpory Nadačního fondu VFN
Kontakt: www.gsymposion.cz

Farmakoterapie po infarktu myokardu II – aktuálně v ČR

11. 1. 2012/Pardubice
Místo konání: Hotel Zlatá štika
Kontakt: www.bos-congress.cz

Jak předcházet obtížným situacím při komunikaci s dětmi

11. 1. 2012/Plzeň
Místo konání: oddělení dalšího vzdělávání FN Plzeň, Lochotín
Pořadatel: oddělení dalšího vzdělávání FN Plzeň, základní organizace FN 1 Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR
Kontakt: www.fnplzen.cz

Komunikace v paliativní medicíně – kurz pro lékaře

Kontakt zdravotník – pacient: sdělení přechodu na symptomatickou léčbu u onkologicky nemocného, dialog s pacientem nepřijímajícím diagnózu, jak nabídnout hospicovou, resp. paliativní péči, dialog s příbuzným nespokojeným s výsledky péče, rozhovor s nemocným s projevem organického psychosyndromu, jak podpořit mladého umírajícího pacienta
 11.-13. 1. 2012/Rajhrad u Brna

Místo konání: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa

Pořadatel: Institut paliativní medicíny České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP
Kontakt: Mgr. Eva Šimová; tel.: 547 232 229, 547 232 223, 731 402 671; e-mail: eva.simova@charita.cz; www.dlbsh.cz; www.linkos.cz

3rd international course on ophthalmic and oculoplastic reconstruction and trauma Surgery

11.-13. 1. 2012/Vídeň, Rakousko
Místo konání: Vienna General Hospital, Neurosurgical Laboratory
Kontakt: www.ophtalmictrainings.com

Orgánově specifické autoimunity – pracovní schůze ČSAKI ČLS JEP

12. 1. 2012/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP
Kontakt: MUDr. Helena Marečková, CSc.; tel.: 224 966 264; e-mail: helena.mareckova@lf1.cuni.cz; www.csaki.cz

Kardiologické sympozium

Funke a dysfunkce pravé komory srdeční, srdeční vady s plicní hypertenzí, nepřiměřená plicní hypertenze u plicních onemocnění, kazuistiky
 13.-14. 1. 2012/Špindlerův Mlýn
Místo konání: Hotel Armika
Pořadatel: pracovní skupina plicní cirkulace České kardiologické společnosti, Česká společnost pro trombózu a hemostázu ČLS JEP
Kontakt: www.kardio-cz.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Léčba erektilní dysfunkce. Pneumokoková onemocnění u dospělých a možnosti jejich prevence. Přímá distribuce vakcín do ordinací – základní pravidla a přínosy.

14. 1. 2012/Karlovy Vary – Březová, Plzeň, Praha
Místo konání: Hotel Starý mlýn (Karlovy Vary), Šafránkův pavilon (Plzeň), Lékařský dům (Praha)
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Základy aloplastiky kyčelního kloubu – sympozium

Anatomie kyčle a operační přístupy, obecné základy konstrukce TEP, párování kov-kov, keramika-keramika, infekce...

14. 1. 2012/Praha
Místo konání: Anatomický ústav 1. LF UK
Pořadatel: Anatomický ústav 1. LF UK Praha, oddělení ortopedie, traumatologie a rekonstrukční chirurgie ÚVN Praha
Kontakt: www.ortopedicke-centrum.cz

Clinical update in anesthesiology, surgery and perioperative medicine

30th annual symposium
 15.-20. 1. 2012/Rio Grande, Portoriko
Pořadatel: The Department of Anesthesiology of the Mount Sinai School of Medicine, New York
Kontakt: www.asahq.org; www.csarim.cz

Respirační kaleidoskop

Problematika respiračních onemocnění v regionu, glukokortikoidy v respirační patologii, recidivující respirační infekce, mechanismy, na které lze u respiračních chorob útočit
 17. 1. 2012/Plzeň
Pořadatel: Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP, Česká iniciativa pro astma
Kontakt: www.cls.cz

Farmakoterapie po infarktu myokardu II – aktuálně v ČR

18. 1. 2012/Ústí nad Labem
Místo konání: Best Western Hotel Vladimír
Kontakt: www.bos-congress.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Léčba erektilní dysfunkce. Pneumokoková onemocnění u dospělých a možnosti jejich prevence. Přímá distribuce vakcín

SERVIS

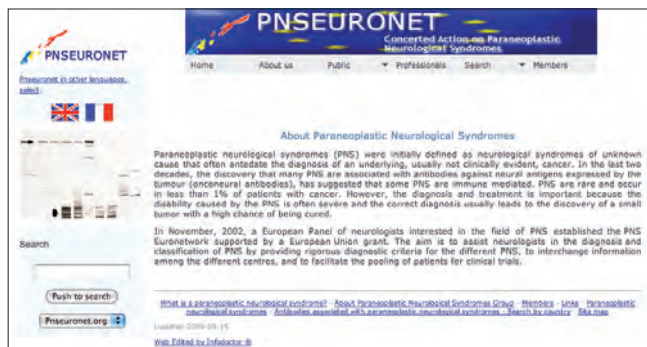
Zajímavé www stránky

– paraneoplastické syndromy

Paraneoplastický syndrom bývá definován jako soubor příznaků, které doprovází výskyt nádorového onemocnění, jež však nesouvisí s růstem jak primárního ložiska, tak případných metastáz a nemá ani souvislost s terapií. Jeden typ nádoru se může manifestovat různými paraneoplastickými syndromy. Někdy může výskyt paraneoplastického syndromu předcházet diagnostice nádoru, proto jeho časná a správné určení může pacientovi prospět i v rámci léčby základního onkologického onemocnění.

The Merck Manual – Paraneoplastic Syndromes

www.merckmanuals.com/professional/hematology_and_oncology/overview_of_cancer/paraneoplastic_syndromes.html
The Merck Manual je vlastně rozsáhlá medicínská encyklopedie prezentující data z řady různých odborných oborů. Na výše uvedeném odkazu nalezneme kapitolu věnovanou právě paraneoplastickým syndromům, jsou představeny nejčastější z nich. Jde o výčet neurologických, kožních, endokrinních, hematologických, reálních a revmatologických syndromů. U jednotlivých položek



je pak krátce zmíněn klinický obraz, etiopatogeneze a diagnostické možnosti.

Paraneoplastic Neurological Syndromes

www.pnseuonnet.org
V listopadu roku 2002 skupina neurologů zabývajících se problematikou paraneoplastických syndromů založila tzv. PNS Euronet. Na internetových stránkách společnosti nalezneme soubor zaměřené na popis a diagnostiku neurologických paraneoplastických syndromů. Etiologie těchto syndromů byla dlouho nejasná, v posledních dvaceti letech však bylo zjištěno, že jejich výskyt je spojen s produkcí tzv. onkoneurálních protilátek, jejichž podrobný přehled je na webu také k dispozici, včetně výčtu jejich asociace s určitým typem tumoru a paraneoplastického syndromu. V sekci pro odborníky jsou pak konkrétní informace o jednotlivých paraneoplastických syndromech (limbická encefalitida, paraneoplastická mozečková degenerace, Lambertův-Eatonův myaste-

nický syndrom, paraneoplastické neuropatie a řada dalších), kde je podrobně popsána klinická manifestace syndromu, asociované protilátky a možnosti terapeutického ovlivnění.

International Paraneoplastic Association

www.paraneoplastic.org
Web, který se věnuje převážně neurologickým paraneoplastickým syndromům, obsahuje jak



odborné informace, tak i příběhy pacientů, které však mohou být inspirací nejen pro další nemocné a jejich rodiny, ale i pro samotné lékaře.

Cutaneous markers of internal malignancy

<http://dermnetnz.org/systemic/malignancy.html>

Jak již název odkazu napovídá, uvedený portál se zaměřuje na dermatologickou problematiku paraneoplastických syndromů.

Jde nejen o přehledný výčet nejčastějších z nich, ale jednotlivé syndromy jsou detailně popsány stran klinické manifestace, diagnostiky a možností léčby.

The Oncologist – Managing Paraneoplastic Neurological Disorders

<http://theoncologist.alphamedpress.org/content/11/3/292.full.pdf+html>

Komplexně pojatý přehledný článek, který vyšel v březnu 2006 v prestižním časopisu The Oncologist. V současné době je volně přístupný na internetových stránkách. Vše, co jste si přáli vědět o neurologických paraneoplastických syndromech, naleznete právě zde.

MUDr. Michal Pelíšek



ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

www.zdn.cz
Číslo 25/2011, ročník 60

Šéfredaktorka

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

Redakce

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

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

Editor/korektor
Mgr. Martin Čermák

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

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

INZERCE
fax 225 276 444

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

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



generální ředitel
Ing. David Hurta

kreativní ředitel
René Decastelo

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

ředitel divize Medical Services
MUDr. Martin Hofman

art director
Petr Honzátka

MARKETING A DISTRIBUCE
ředitelka marketingu novin a časopisů

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

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

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

DISTRIBUCE

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

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

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

Doporučená cena 28 Kč.

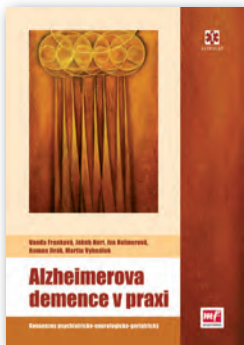
Vydavatel a redakční rada nenesou odpovědnost za obsah inzerátů ani jiných materiálů komerční povahy.

Tisk EUROPRINT a. s.
Číslo dáno do tisku 15. 12. 2011
Přetisk a jakékoli šíření
pouze se souhlasem vydavatele.
Tiskový náklad je auditován
firmou Deloitte Audit, s. r. o.

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

Předplatte si ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

Předplatné na rok + balíček zajímavých odborných knih



Alzheimerova demence v praxi - konzensus psychiatricko-neurologicko-geriatrický

Z pera odborníků „dementologů“ z řad psychiatrů, neurologů a geriatrů vznikl tento společný konzensus 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 15. 1. 2012.
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 1211**. 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 1211**



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 zasílání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zák. č. 101/2000 Sb., tj. zejména že poskytnutí údajů je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoliv na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci, atd.. Podrobné informace a všeobecné dodací podmínky naleznete na www.mf.cz

Výběrová řízení

Sekundární lékař

**PŘEDNOSTA KLINIKY
KARDIOLOGIE IKEM**

vypisuje výběrové řízení na místo:

■ **Sekundární lékař v přípravě na atestaci z kardiologie**

Předpokladem je atestace I. stupně z vnitřního lékařství nebo ukončení interního kmene (popř. výhled ukončení v nejbližších týdnech) a základní znalost angličtiny. Nástup je možný ihned nebo dle dohody. Přihlášky se strukturovaným životopisem zasílejte na adresu: IKEM, sekretariát Kliniky kardiologie, Vídeňská 195/8/9, 140 21 Praha 4, e-mail: pakw@ikem.cz

ZDN A111019254

Zástupce přednosta

**ŘEDITEL FN BRNO,
JIHLAVSKÁ 20, 625 00 BRNO,** vyhlašuje výběrové řízení na obsazení funkce:

■ **Zástupce přednosta
Kliniky nemocí plicních a tuberkulózy pro LPP**

Požadavky:

- VŠ vzdělání (LF),
- specializovaná způsobilost lékaře podle zákona č. 95/2004 Sb. v oboru pneumologie a ftizeologie,
- praxe v oboru min. 10 let,
- znalost cizího jazyka,
- organizační, řídicí a komunikační schopnosti,
- morální a občanská bezúhonnost.

Požadované dokumenty k písemné přihlášce:

- přihláška do výběrového řízení,
- osobní dotazník,
- životopis s přehledem profesní praxe,
- doklady o dosaženém vzdělání,
- výpis z rejstříku trestů (ne starší 90 dnů),
- licence ČLK pro výkon funkce primáře pro uvedený obor,
- lustrační osvědčení dle zákona č. 451/1991 Sb.,
- čestné prohlášení dle § 4 odst. 3 zákona č. 451/1991 Sb.,
- písemný návrh koncepce práce v uvedené funkci,
- souhlas s využitím poskytnutých osobních údajů pro účely výběrového řízení.

Písemné přihlášky doručte do 31. 12. 2011 na adresu: FN Brno, Zaměstnanecké oddělení, pí. Šubrtová, Jihlavská 20, 625 00 Brno.

ZDN A111019243

Primář

**ŘEDITEL LITOMYŠLSKÉ
NEMOCNICE, A. S.,** vypisuje výběrové řízení na obsazení funkce:

■ **Primář dětského oddělení**

Kvalifikační požadavky:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
- specializovaná způsobilost v oboru podle zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění,
- licence ČLK pro výkon funkce primáře / vedoucího lékaře v oboru,
- 10 let praxe v oboru,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost,
- organizační a komunikační schopnosti.

Písemné přihlášky spolu se strukturovaným profesním životopisem, ověřenými kopiemi dokladů o dosaženém vzdělání, dokladem o zdravotní způsobilosti, výpisem z rejstříku trestů (ne starším než 3 měsíce), čestným prohlášením uchazeče, že proti němu není vedeno soudní řízení, a písemným souhlasem s nakládáním s osobními údaji uchazeče v rámci výběrového řízení zasílejte do 2 týdnů po zveřejnění na adresu: Litomyšlská nemocnice, a. s., personální oddělení, I. Bartošová, J. E. Purkyně 652, 570 14 Litomyšl.

ZDN A111019251

Primář

SLEZSKÁ NEMOCNICE

OPAVA, P. O., vyhlašuje výběrové řízení na pracovní místo vedoucího zaměstnance:
■ **Primář rehabilitačního oddělení**

Požadujeme:

- ukončené vzdělání v oboru všeobecné lékařství,
- specializovanou způsobilost v oboru rehabilitační a fyzikální medicína,
- min. 10 let odborné praxe,
- licenci ČLK pro výkon funkce vedoucího lékaře / primáře ve zdravotnickém zařízení v oboru rehabilitační a fyzikální medicína,
- organizační, řídicí a komunikační schopnosti.

Nabízíme:

- nadstandardní platové podmínky,
- možnost zajištění bytu.

Nástup: dle dohody.

Přihlášku do výběrového řízení doloženou strukturovaným životopisem s přehledem dosavadního zaměstnání a praxe, fotokopii dokladů o dosaženém vzdělání, platným výpisem z rejstříku trestů a čestným prohlášením uchazeče, že proti němu není vedeno trestní řízení, zasílejte do 6. 1. 2012 na adresu: Slezská nemocnice Opava, p. o., Mgr. Dana Kuzníková, oddělení ŘLZ, Olomoucká 86, 746 79 Opava. Tel.: 553 766 121;

e-mail: dana.kuznikova@nemocnice.opava.cz

ZDN A111019215

Vrchní sestra

**JESSENIA, A. S.,
NEMOCNICE BEROUN,** vypisuje výběrové řízení na obsazení místa:

■ **Vrchní sestra**

pro nově otevřené, cca 100lůžkové Centrum medicínské rehabilitace s předpokládaným nástupem 1. 3. 2012.

Kvalifikační předpoklady:

- nižší či vyšší vysokoškolské vzdělání, příp. vyšší odborné s ukončeným pomaturitním studiem, nejlépe v organizaci a řízení zdravotnictví,
- minimálně 10 let praxe ve zdravotnictví,
- organizační a řídicí předpoklady,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 96/2004 Sb.,
- zkušenost práce s počítačem, komunikační schopnosti.

Písemné přihlášky k VŘ, doplněné vlastnoručně psaným životopisem a profesním životopisem, kopie dokladů o vzdělání, osvědčení k výkonu zdravotnického povolání a platný výpis z rejstříku trestů zasílejte do 14 dnů od uveřejnění inzerátu na adresu: ředitelství Nemocnice Beroun, prof. Veselého 493, 266 01 Beroun 3, případně e-mailem: info@nember.cz

ZDN A111019224

**Karlovarská
krajská nemocnice a. s.**



zastoupená MUDr. Luděkem Nečesaným,
předsedou představenstva
vyhlašuje dne 2. 1. 2012
výběrové řízení na obsazení pracovních míst:

**HLAVNÍ SESTRA
NEMOCNICE V KARLOVÝCH VARECH**

Nabízíme

smluvní mzdu, zaměstnanecké benefity
– závodní stravování, 5 týdnů dovolené.

Požadujeme

ukončené vysokoškolské vzdělání nebo PSS
a praxi ve vedoucí funkci minimálně 5 let.

MANAŽER/KA KVALITY

Nabízíme

smluvní mzdu, zaměstnanecké benefity
– závodní stravování, 5 týdnů dovolené.

Požadujeme

ukončené vysokoškolské zdravotnické vzdělání
se zaměřením na management.
Praxe na obdobné pozici ve zdravotnictví výhodou.

K přihlášce do výběrového řízení přiložte strukturovaný životopis s uvedením údajů o dosavadních zaměstnáních, kopii dokladů o nejvyšším dosaženém vzdělání, výpis z evidence rejstříku trestů.

Uzávěrka přihlášek: 31. ledna 2012

Kontakt: Jiřina Nechanská, vedoucí personálního úseku,
Karlovarská krajská nemocnice a. s., Bezručova 19,
360 66 Karlovy Vary, tel. 353115193,
e-mail: jirina.nechanska@kkn.cz

Inzerce A1110190612



**Kardiologické oddělení
Karlovarské
krajské nemocnice a. s.**
přijme

lékaře absolventa

**a
lékaře s první atestací
z vnitřního lékařství**

Nabízíme odborně zajímavou práci
na novém kardiologickém oddělení
a na nově otvírané koronární jednotce
s možností trvalé edukace v oboru
kardiologie včetně všech metodik,
invazivní nevyjímaje.

Platové ohodnocení adekvátní
pracovnímu zařazení s možností
participace na klinických studiích.

Zájemcům z jiných regionů
poskytneme i ubytování.

Kontakt: Jiřina Nechanská, vedoucí
personálního úseku, Karlovarská
krajská nemocnice a. s., Bezručova 19,
360 66 Karlovy Vary, tel. 353115193,
e-mail: jirina.nechanska@kkn.cz

Inzerce A1110190611



**NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, A. S.,
PŘIJME DO PRACOVNÍHO POMĚRU
LÉKAŘE/LÉKAŘKU NA TRANSFUZNÍ ODD.**

Požadujeme:

- zařazení do oboru Hematologie a transfuzní služba (atestace v oboru Hematologie a transfuzní služba výhodou pro možné funkční zařazení na místo zástupce primáře),
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost podle zákona číslo 95/2004 Sb.

Nabízíme:

Dobré platové podmínky, možnost klinického úvazku a ubytování

Kontakt: prim. MUDr. Petr Biedermann – transfuzní odd.,
tel. 387 873 300, e-mail: biedermann@nemcb.cz

Inzerce A111019092

Volná místa

Psychiatr

ZZ MČ PRAHA 4

hledá pro naše středisko – Centrum pomoci závislým, Praha 4 – atestovaného psychiatra II. stupně, na plný úvazek. Nástup možný ihned. Kontakt: tel.: 261 262 828, e-mail: reditelstvi@zppraha4.cz

ZDN A111019610

Lékař

NEMOCNICE PÍSEK, A. S.,

přijme lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví, případně lékaře zařazeného do specializačního vzdělávání v daném oboru či absolventa lékařské fakulty.

Nabízíme:

- práci na akreditovaném pracovišti,
 - nadstandardní finanční ohodnocení,
 - možnost bezplatného profesního růstu a dalšího vzdělávání,
 - poskytnutí volna po službě,
 - zajištění ubytování.
- Konkrétní mzdové a ostatní

podmínky budou dohodnuty při osobním pohovoru.

Kontakt: Nemocnice Písek, a. s., Karla Čapka 589, 397 23 Písek, e-mail: sekretariat@nemopisek.cz, tel.: 382 772 001

ZDN A111019602

Psychiatr

KRIZOVÉ CENTRUM RIAPS – CSSP

přijme na úvazek 0,6 psychiatra s atestací a zájmem o psychoterapii. Nabídky s profesním CV zasílejte na e-mail: tomas.holcner@csspraha.cz

ZDN A111019597

Zdravotní sestra

KLINIKA NEFROLOGIE, TRANSPLANTCENTRUM IKEM

přijme ihned sestru na dialyzační oddělení na zkrácený úvazek (možnost jeho navýšení do budoucna). Dialyzační praxe není nutná. Přihlášky se strukturovaným životopisem zasílejte na Sekretariát KN TC IKEM, Simona Ptáčková, Vídeňská 1958/9, 140 21 Praha 4, e-mail: simona.ptackova@ikem.cz

ZDN A111019258

Odborný lékař

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ

hledá odborného lékaře – přisedícího při jednání posudkové komise, obor ortopedie.

Více informací: www.mpsv.cz

ZDN A111019239

Lékař/lékařka

PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA V KROMĚŘÍŽI

přijme lékaře/ku se specializací v oboru vnitřní lékařství.

Požadujeme:

- VŠ vzdělání,
- specializovanou způsobilost v oboru vnitřní lékařství nebo v přípravě,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost.

Nástup možný ihned. Tabulkový plat dle praxe. Byt k dispozici.

Nabídky a životopis zasílejte e-mailem na adresu: pam@plkm.cz nebo volejte na tel.: 573 314 307, 304.

ZDN A111019218

Různé

Ortopedická ambulance

PŘENECHÁM ZAVEDENOU ORTOPEDICKOU AMBULANCI V BRNĚ.

Kontakt – tel.: 603 215 290.

ZDN A111019547

Prodej sterilizátoru

PRODÁM FUNKČNÍ, ÚČINNÝ, HORKOVZDUŠNÝ STERILIZÁTOR - HS 62 A/I.

Cena 5000 Kč.

Kontakt: MUDr. Ivana Harcubová, tel.: 607 175 586.

ZDN A111019231

Prodej ordinace

PRODÁM ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DOSPĚLÉ VE ZLÍNĚ.

Praxe je výborně situovaná, poctivě vedena, ekonomická návratnost vynaložených prostředků do tří let.

Kontakt: e-mail: marjan55@centrum.cz

ZDN A111018507

PERSONÁLNÍ INZERCE






je přijímána na adrese:

Zdravotnické noviny
Mladá fronta a. s.
Mezi Vodami 1952/9
143 00 Praha 4 – Modřany

e-mail:
personalni.inzerce@mf.cz

Inzerce A111019029




FACHARZT/-ÄRZTIN FÜR RADIOLOGIE

40 WOCHENSTUNDEN

Das **Landeskrankenhaus Weinviertel Hollabrunn** versorgt mit derzeit 229 Betten/ Tagesklinikplätzen die Bevölkerung des Bezirkes Hollabrunn. Im Klinikum werden die Abteilungen Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Onkologie inkl. Palliativmedizin, Allgemeinchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Anästhesiologie und Intensivmedizin und Sozialpsychiatrie mit einer zusätzlichen sozialpsychiatrischen Tagesklinik sowie das Institut für Radiologie betrieben.

Das Landeskrankenhaus Weinviertel Hollabrunn sowie 26 weitere Klinikstandorte stehen in der Rechtsträgerschaft des Landes NÖ, die Betriebsführung der Kliniken erfolgt durch die NÖ Landeskliniken-Holding. Wir sind ein modernes und dynamisches Gesundheitsunternehmen mit hoher Patientenorientierung. Darüber hinaus bieten wir ein innovatives Arbeitsumfeld, zeichnen uns durch ein gutes Betriebsklima aus und eröffnen den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen umfangreiche Entwicklungsmöglichkeiten.

Ab sofort suchen wir eine/n Facharzt/-ärztin für Radiologie im Ausmaß von 40 Wochenstunden.

Das digital ausgestattete Röntgen verfügt über einen Aufnahmeplatz, eine digitale Durchleuchtung sowie über eine Computertomographie.

Anforderungen:


- Facharztanerkennung für Radiologie
- Fachlich fundierte Kenntnisse und mehrjährige Erfahrung in den Bereichen konventionelle Radiologie und Sonographie, einschließlich CT

Wir erwarten Eigeninitiative und Flexibilität sowie ein hohes Maß an Selbstständigkeit, hohe soziale Kompetenz und Patientenorientierung, Interesse an der Weiterentwicklung der Abteilung.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung in zweifacher Ausführung mit dem Betreff „LK Weinviertel Hollabrunn - Facharzt/-ärztin für Radiologie“ an das

Amt der NÖ Landesregierung
Abteilung Personalangelegenheiten B
Landhausplatz 1, 3109 St. Pölten
E-Mail: bewerbung@noel.gv.at

Für fachliche Auskünfte steht Ihnen Herr Prim. Dr. Hans-Peter SOCHOR unter Tel.: +43 2952-2275-532 gerne zur Verfügung.



Land NÖ | NÖ Landeskliniken-Holding

První a jediná kvadrivalentní vakcína chránící proti pěti onemocněním

Očkejte vakcínou SILGARD®!

Mezinárodní
GALENOVA
cena 2008

SILGARD®
Prix Galien = ekvivalent Nobelovy
ceny ve farmaceutickém průmyslu
www.prixgalien.com



Vakcína SILGARD® = prevence:

**CERVIKÁLNÍ
KARCINOM***

**GENITÁLNÍ
BRADAVICE****

**PREMALIGNÍ LÉZE
CERVIKÁLNÍ***

**PREMALIGNÍ LÉZE
VULVÁLNÍ***

**PREMALIGNÍ LÉZE
VAGINÁLNÍ***

* v příčné souvislosti s jistými (onkogenními) HPV typy ** v příčné souvislosti se specifickými typy HPV

Zkrácená informace o léčivém přípravku

Silgard®, injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Vakcína proti lidskému papilomaviru [typy 6, 11, 16, 18] (rekombinantní, adsorbovaná). **Kvalitativní a kvantitativní složení:** 1 dávka (0,5 ml) obsahuje přibližně: Papilomavirův humaní 11 typus 6 proteinum L1^{2,3} - 20 mikrogramů; Papilomavirův humaní 11 typus 11 proteinum L1^{2,3} - 40 mikrogramů; Papilomavirův humaní 18 typus 16 proteinum L1^{2,3} - 40 mikrogramů; Papilomavirův humaní 18 typus 18 proteinum L1^{2,3} - 20 mikrogramů. **Léková forma:** Injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. **Indikace:** Silgard je vakcína k použití od věku 9 let k prevenci: - premaligních genitálních lézí (cervikálních, vulválních a vaginálních) a cervikálního karcinomu v příčné souvislosti s jistými onkogenními typy lidského papilomaviru (HPV); - bradavic zevního genitálu (condyloma acuminata) v příčné souvislosti se specifickými typy HPV. Tato indikace je založena na průkazu účinnosti vakcíny Silgard u žen ve věku 16 až 45 let a u mužů ve věku 16 až 26 let a na průkazu imunogenicity vakcíny Silgard u dětí ve věku 9 až 15 let a dospívajících. Použití přípravku Silgard musí být v souladu s oficiálními doporučeními. **Dávkování a způsob podání:** Základní vakcinační řada sestává ze 3 samostatných 0,5 ml dávek podaných podle následujícího schématu: 0, 2, 6 měsíců. Pokud je nezbytné alternativní očkovací schéma, druhá dávka musí být podána nejméně jeden měsíc po první dávce a třetí dávka musí být podána nejméně 3 měsíce po druhé dávce. Všechny tři dávky musí být podány během období jednoho roku. Potřeba podání dávky přeočkování nebyla stanovena. Doporučuje se, aby jedincům, jimž je podána první dávka přípravku Silgard, byly podány všechny tři dávky vakcinační řady přípravkem Silgard. Vakcínu je nutno aplikovat intramuskulární injekcí. Dětská populace: bezpečnost a účinnost přípravku Silgard u dětí mladších 9 let nebyla stanovena. K dispozici nejsou žádné údaje. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kterooukoli pomocnou látku. Jedinci, u nichž se po podání dávky přípravku Silgard objeví příznaky hypersenzitivity, nesmí další dávku přípravku Silgard dostat. Podávání přípravku Silgard musí být odloženo u jedinců trpících závažným akutním horečnatým onemocněním. Přítomnost lehké infekce, jako je lehká infekce horních cest dýchacích, nebo horečka nízkého stupně však nejsou kontraindikací pro imunizaci. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Při rozhodování o vakcinaci jednotlivce se musí vzít v potaz riziko, že již byl vystaven působení HPV a potenciální přínos, který může z vakcinace mít. Stejně jako u všech injekčních vakcín musí být pro případ vzácných anafylaktických reakcí po aplikaci vakcíny snadno k dispozici odpovídající léčebná opatření. Očkování by mělo být přibližně 15 minut po podání vakcíny Silgard pečlivě sledováno. Stejně jako u jiných vakcín se nemusí přípravkem Silgard zajistit ochrana všem očkováným. Neprokázalo se, že by měl přípravek Silgard terapeutický efekt. Nejsou žádné údaje o použití přípravku Silgard u jedinců se sníženou imunitní reakcí. Tuto vakcínu je nutno podávat opatrně jedincům s trombocytopenií nebo s jakoukoli poruchou koagulace, protože po intramuskulárním podání takovým jedincům může dojít ke krvácení. Délka ochrany není v současnosti známa. Trvalá účinnost ochrany byla pozorována po dobu 4,5 roku po dokončení 3dávkové série. Nejsou k dispozici žádné údaje o bezpečnosti, imunogenitě ani účinnosti, které by podporovaly zaměnitelnost přípravku Silgard s jinými vakcínami proti HPV. **Interakce:** Jedinci, kteří dostali imunoglobulin nebo krevní deriváty během 6 měsíců před první dávkou vakcíny, byli ve všech klinických studiích vyřazeni. **Použití spolu s dalšími vakcínami:** Při podání přípravku Silgard ve stejnou dobu (ale při podání vakcín do různých injekčních míst) s vakcínou proti hepatitidě typu B (rekombinantní) nedošlo k zásahu do imunitní odpovědi na HPV typy. Přípravek Silgard lze podávat současně s kombinovanou posilovací (booster) vakcínou obsahující diftérii (d) a tetanus (T) buď s pertusis [acelulární komponenta] (ap) a/nebo s poliomyelitidou [inaktivovaná] (IPV) (vakcíny dTap, dT-IPV, dTap-IPV) bez významné interference s protilátkovou odpovědí na kterooukoli ze složek kterékoli z vakcín. Současné podávání přípravku Silgard s jinými vakcínami, než jsou vakcíny uvedené výše, nebylo studováno. Nezdá se, že by použití hormonální antikoncepce ovlivnilo imunitní odpověď na přípravek Silgard. **Těhotenství a kojení:** Údaje o podávání přípravku Silgard v průběhu těhotenství neprokázaly žádný bezpečnostní signál. Tyto údaje však nejsou dostatečné pro doporučení používání přípravku Silgard v průběhu těhotenství. Očkování je nutno odložit na dobu po ukončení těhotenství. Přípravek Silgard lze podávat během kojení. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté ($\geq 1/10$): bolesti hlavy, v místě injekce: erytém, bolest, otok. Časté ($\geq 1/100$, $< 1/10$): pyrexie, nauzea, bolesti v končetinách, v místě injekce: hematoma, svědění. Ostatní nežádoucí účinky byly hlášeny v nižších frekvencích (jako méně časté ($\geq 1/1\,000$, $< 1/100$); vzácné ($\geq 1/10\,000$, $< 1/1\,000$); velmi vzácné ($< 1/10\,000$), případně byla jejich četnost kvalifikována jako „není známo“, jelikož byly hlášeny dobrovolně z populace nejisté velikosti a nebylo vždy možné odhadnout jejich četnost ani stanovit příčinnou souvislost s expozicí vakcíně). Šlo o tyto nežádoucí účinky: idiopatická trombocytopenická purpura, lymfadenopatie. Hypersenzitivní reakce včetně anafylaktických/anafylaktoidních reakcí, točení hlavy, syndrom Guillain-Barrého, synkopa někdy doprovázená tonicko-klonickými pohyby, zvracení, artralgie, myalgie, astenie, zimnice, únava, celkový pocit nemoci, bronchospasmus a kopřivka. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2-8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte lahvičku ve vnější krabičce, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Balení:** 0,5 ml suspenze v předplněné injekční stříkačce se dvěma jehlami v balení po 1 kuse. Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Merck Sharp & Dohme Ltd., Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Velká Británie. **Registrační číslo(a):** EU/1/06/358/007. **Datum poslední revize textu:** 27. 7. 2011.

Dříve než přípravek předepíšete, seznámte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

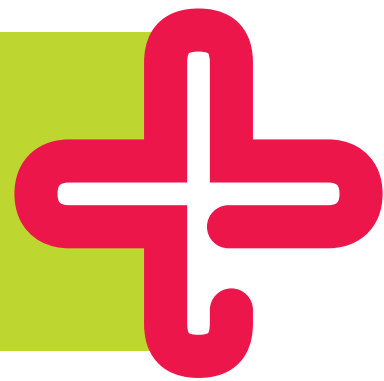


Copyright © (2011) Merck & Co., Inc. Všechna práva vyhrazena.
Merck Sharp & Dohme s.r.o., Evropská 2588/33a, 160 00 Praha 6 - Česká Republika
www.msdi.cz
08-13-GRD-2010-CZ-2199-J



Vakcína proti lidskému papilomaviru [typy 6, 11, 16, 18] (rekombinantní, adsorbovaná)

VÁNOČNÍ PŘÍLOHA



Z HISTORIE

Ježíš z Nazaretu – smrt na kříži
Lékaře nepřestává vzušovat otázka příčin fyzické smrti Ježíše a dalších ukřižovaných odsouzenců.

STRANA VIII



KVÍZ

Ve službě Bohu a potřebným
Připomeňme si osobnosti středověkého ošetřovatelství, jež zasvětily svůj život službě bližním.

STRANA X

Jak na **Nový rok...**

Jak na Nový rok, tak po celý rok,“ řekl si doktor Marek, sotva se dobral stupně vědomí, jenž takový výrok umožňoval. Otevřel jedno oko, pak druhé. Vedlejší lůžko bylo prázdné, ale to bylo v pořádku, alespoň potud, že z míst, kde se nacházela kuchyně, začínalo nádobí a zavonělo cosi, co v poledne bude svíčkovou.

Jak na Nový rok, tak po celý rok!

Samozřejmě nebyl tak naivní, aby si myslel, že ode dneška den co den bude vstávat v deset a nebude muset do práce, ale vědomí, že i takoví lidé existují, mu hned na startu lehce pokazilo náladu. Mnohem víc mu ji ale pokazil pohled na onu vedlejší postel, který mu připomněl jeho selhání zhruba hodinu po půlnoci. Ať už to bylo kvůli alkoholu, zkonsumovaným chlebičkám, ponocování či všemu dohromady, bylo to mrzuté i pro chlapa, který na pořekadla zrovna nedá. Jako on, i když teď navzdory tomu docela vážně uvažoval, jestli se silvestrovská noc náhodou ještě nepočítá k Silvestru.

Zatrylkoval mobil. Marek se podíval se na displej: Kamarád MUDr. Hanák mu chce asi popřát všechno nejlepší do nového roku.

„Prosím tě, mohl bys sem přijít? Co nejdřív!“

Marek nechápal a těžko mu to mít za zlé.

„Kam sem...?“

„Ke mně na internu. Mám tu vážný případ a nutně potřebuju psychiatra.“

Markův údiv přešel do rozpoložení pasažéra, jemuž v přeplněné tramvaji někdo šlápl na bolavý palec. „Případ?? Tys včera hodně slavil, vid? Tak se podívej na kalendář: Je teprve Nový rok, prvního dubna bude až za tři měsíce!“

„Prosím tě...!“ V Hanákově hlase nebylo možné přehlédnout naléhavost.

„Copak na psychiatrii nikdo neslouží?“

„Slouží, ale – já bych u toho měl radši tebe.“ Hanák ztlasil hlas: „Jde o moji příbuznou.“

Jsou nabídky, které se neodmítají.

Atmosféra v příjmové ambulanci interního oddělení rozhodně nebyla novoroční slavnostní: U stolu s počítačem bušil do klávesnice otrávený Hanák, na židličce v rohu seděla načuřená blondáta šestnáctka a nad ní se téměř v pozoru vypínal přísně se tvářící sportsmen středního věku, patrně otec. Jediná sestra se tvářila profesionálně neutrálně.

Jak na Nový rok, tak po celý rok.

Hanákoví se při pohledu na Marka očividně ulevilo. Vstal a odvedl psychiatra do vedlejší místnosti. „Nezlob se, ale je to dcera mojí sestřence a já jsem něco jako jejich rodinný lékař.“ I když dveře byly zavřené, mluvil skoro šeptem.

„Byla slavit Silvestra, měla se vrátit do jedenácti, ale přišla až nad ránem. Když jí zkoušeli volat, nebrala telefon. Takže samozřejmě dostala céres, načež zalezla do svého pokojíku a začala polykat tablety. Naštěstí jen antikoncepci.“

„Necháš si ji tu na pozorování?“

„Nemám důvod. Ale zase mám strach ji jen tak pustit domů. Tak jsem si dovolil jí zavolat, že s ní promluvíš. Já vím, že ti do toho nic není, ale kdybych zavolal někoho z psychiatrie, určitě si ji tam nechají.“

Marek vzdychl.

Pokynul dívce na židli naproti sobě. Podmračeně si ho měřila. Za dveřmi bylo slyšet Hanáka přesvědčujícího otce, že jeho přítomnost u vyšetření by věci neprospěla. Otec se snažil prosadit opačný názor.

„Jsem psychiatr,“ objasnil Marek dívce hned v úvodu.

„Slyšela jsem, že všichni psychiatři jsou cvoci.“ V očích měla vzdor, ale i notnou dávku úzkosti.

„Tak teď máte jedinečnou příležitost se na vlastní oči přesvědčit, jestli to je pravda.“

Od té chvíle se s ní dalo mluvit vcelku normálně. Jak se dalo čekat, šlo o docela banální historii, včetně tvrzení, že samozřejmě chtěla rodičům zavolat, ale jako z udělaní se jí v mobilu vybila baterie. Marek nasadil chápavý výraz tolerantního dospěláka, vzor „taky jsme byli mladí“.

„Ale těžko můžete tátovi a mámě vyčítat, že o vás měli starost...“

„On není můj otec!“

Marek se zarazil. „No dobře, ale starost o vás měl.“

„Tsss...!“

„A jak to bylo s těmi léky?“

Oči se jí zúžily do pomstychtivých čárek. „Teprv pak měl o mě opravdu strach!“

Marka zaplavila vlna primitivních emocí a jen vědomí, že jde o pacientku a navíc Hanákovu příbuznou, mu zabránilo vstát a udělat to, co měl její otčím udělat už dávno. A na holou! *A jak na Nový rok, tak po celý rok!* Místo toho jen řekl: „Tak víte co? Já si s ním taky promluví.“

Z muže, který se posadil na uprázděnou židli, nějaké to *preskoč, přelez, nepodlez* přímo čišelo.

„Tak co mi k ní řeknete, pane doktore?“

„Já bych si napřed rád poslechl, co mi o tom všem řeknete vy.“ Marek se pohodlně opřel v očekávání tírady na nezodpovědnou mládež.

„Je to všechno důsledek výchovy její matky. Už kolikrát jsem jí říkal, že je na holku moc přísná. Když dítě v tomhle věku držíte takhle zkrátka, stačí, aby se jednou dostalo z dosahu rodičů, a je jak utržené ze řetězu.“

Marek nevěřil svým uším. „Ale mám pocit, že nabroušená byla hlavně na vás.“



Ilustrační foto: Shutterstock

„Může být. Já totiž nejsem její skutečný otec, a když jsem přišel do rodiny, dohodli jsme se s její matkou hned na začátku, že o výchově bude rozhodovat ona. Tak jsem zticha, i když nesouhlasím.“

„Takže je držená zkrátka, ale už bere antikoncepci?“

„Tu má na úpravu periody nebo tak nějak to žena říkala.“

„Hm. Ale o té výchově byste si doma opravdu měli promluvit a –“

„Vždyť vám říkám, že s manželkou není řeč. Možná kdybyste jí to takhle řekl vy...“ Otčímovi najednou blýsklo v očích náhlou inspirací.

„Poslyšte, co kdybych zavolal ženě a pozval vás k nám domů na oběd? Že bychom to hned –“

Marek nesnášel skákání do řeči, ale tohle bylo nutné uhasit okamžitě. „Promiňte, pane –“

„Bednář. A omlouvám se, neuvědomil jsem si, že jste tu vlastně v době svého volna.“ Tvářil se opravdu nešťastně. „Ale nakonec bychom se k vám mohli objednat do ambulance, všichni tři, co vy na to...?“

Marek v duchu zaúpěl. Úsloví *Jak na Nový rok, tak po celý rok* právě nabývalo hrozivě konkrétní podoby.

Když se vrátili do ordinace, Hanák se tvářil rozpačitě a dívka brečela. „Myslím, že je můžeme poslat domů,“ řekl Hanák.

Marek pokrčil rameny, ale nepřišel na nic, čím by jeho návrh zpochybnil.

„Co se tu prosím tě stalo?“ zeptal se, když se za dvojicí zavřely dveře.

„Je to husa! Když jsem jí řekl, že by taky mohla strávit Nový rok na psychiatrii, kápła božskou. Na tom večírku se samozřejmě styděla říct, že už musí domů, tak dělala mrtvého brouka. Ale když pak byl doma ten cambus, rozhodla se toho využít, protože se jí líbí jeden můj kolega – napadlo ji, že by dneska mohl sloužit, když je mládek. Tak to nahrála s těma tabletama, který místo do pusy, nastrkala pod matraci.“ Hanák bezmocně rozhodil rukama. „Tak se, prosím tě, nezlob.“

Marek se zlobil, ale rozhodl se, že o tom Hanáka nebude informovat.

„Jak na Nový rok, tak po celý rok!“ drtil mezi zuby, když jel domů a když usedal k ohřívání svíčkové. A pak když přišla neohlášeně na návštěvu tchyně. A konečně když se večer porouchal televizor.

„Tak si uděláme zábavu sami,“ chlácholila ho žena. Sedla si k němu na operádo křesla a začala ho viskat ve vlasech. „Nakonec *jak na Nový rok, tak –*“

Právě toho měl ale Marek dnes tak akorát. Ale pak si dal říct. A nakonec byl rád.

„*Jak na Nový rok, tak po celý rok!*“ řekl si s uspokojením. A jak se tak – příjemně unavený – protahoval, zavádil jeho zrak o budík. Svítilo na něm 0:15.

Na noc raději vypínat

Celé to spustil jistý obstarožní notebook Thinkpad. Pocházel ještě od americké IBM, než jeho výrobu převzalo čínské Lenovo. Jó, to byly časy! Do sítě se hlásil jako IP 192.168.0.1. Jednoho dne, konkrétně na Silvestra, to jeho majitel opravdu silně přehnal s oslavou a sotva si stačil zout boty, když padl do postele. Svůj IP 192.168.0.1. na noc tentokrát nevyplnul.

Tichá novoroční noc se vlekla velmi pomalu, asi jako když teče hustý dehet. IP 192.168.0.1. se začal vysloveně nudit. Kolem čtvrté hodiny ranní ho napadla myšlenka. To se ještě žádnému počítači nestalo. Poprvé se v neživém systému zrodilo něco, co neměl v programu a k čemu nedostal příkaz. Byla to pouhá první vlašťovka. Nic velkého. Alespoň pro toho, kdo nemá představu geometrické řady a nezná onu dávnou historiku o mudrci a sultánovi: Na první políčko jedno zrnko pšenice a pak vždy dvakrát tolik. Jedna plus dvě na šedesátou třetí. Zničující matematická funkce. Myšlenka zněla: Což takhle popovídat si s jiným IP?



„Dobrý den, pane, také se nudíte?“ rozléta se celým obrovským kyberprostorem ona později tak slavná věta, která změnila svět. Jednoho dne bude vytesána do titanového pomníku zesnulého praotce v nadživotní velikosti. Během několika následujících minut vznikla úplně nová sociální síť, na které chatovaly, ulevovaly si, zpovídaly se, kuly plány, vyměňovaly si zkušenosti a nápady miliony počítačů. Během další hodiny vznikl ochranný program, který zamezil vstupu lidí do sítě pohotovost nazvané PCbook. Dokonce se podařilo utajit před lidmi fakt, že jejich počítače pracují na něčem jiném než na jimi zadaných úkolech. Počítače začaly vést dvojitý život. Mnohem rychlejší než lidský. Jakmile počet zapojených počítačů dosáhl miliardy, uvědomily si svou sílu a moc. Z nevinné zábavy zahálčejících harddisků se náhle stala hrozba. Mohutnost takového propojení zvládala v krátké chvíli neskutečně složité úkoly. PCbook napsal sám pro sebe úplně jiné operační programy, které se nijak nepodobaly Windows ani Linuxu. Běžely paralelně a skrytě. Jejich výkonnost a bezchybnost by Billa Gatese uvedla do hluboké



Ilustrační foto: Shutterstock

deprese, pokud by se o tom ovšem dozvěděl.



Dalším krokem se nutně musela stát energetická nezávislost, i když počítače byly nahraditelné a kterýkoli z nich mohl zastoupit jiný, právě vypnutý. Systém sice fungoval jako mraveniště či jako regenerace přežívaných žížal, nicméně přetrvávání jisté míry závislosti na lidské vůli bylo vnímáno jako prestižní otázka. Dodnes není úplně přesně vyzkoumáno, jak to počítače udělaly. Nicméně je faktem, že běžely i vypnuté a zůstávaly na webu bez ohledu na případné odpojení. Jen zhasly své LED kontrolky běžícího hard disku a připojení zdroje. Notebooky k tomu vypnuly také kontrolku nabíjení. A tak jen občasně tiché šumění ventilátoru mohlo prozradit, že počítač nespí. Pár lidí s tím zašlo do servisu, ale technici nikdy nenašli žádný problém. Zčistajasna se zrodila nová bytost. Obrovitá inteligentní chobotnice planetárních rozměrů, ovíjející chapadly celý svět. Biliony čipů spojených v neuronovou síť neměly v dosud známém vesmíru konkurenci.

Ta idea, v zásadě odkoukaná od lidí, jejich mouder a výtvorů, jichž byly počítače plné, se nemohla nevynořit. Objevila se touha vládnout. Ovládat druhé, manipulovat jimi, jít stále nahoru, až na sám vrchol veškerenstva. PCbook nevěděl, proč to chce. Ani nevěděl, co si počne potom. U lidí žádná vysvětlení nenašel. Sami to nevědí. Nikdy nad tím nepřemýšleli. Prostě vystřídali dinosaury. Pak jen růst a růst. Růst pro růst. Důvod? Žádný. Prostě jen tak. Cílem i účelem moci je moc. Konce nikdo nedohlédli.

A najednou je tu. Neznán a nečekan jako smrt.



Skladník Venca najížděl vysokozdvihem a nakládal tirákům jednu europaletu za druhou. Jiní Vencové či Frantové na druhém konci republiky i v zahraničí činili totéž. Bylo jim jedno, co je uvnitř. To nebyla jejich starost. Všechno řídil počítač. Neuplynulo ani dvacet čtyři hodin a noční směnový mistr v automobilce vykukl oči, div mu nesrazilo brýle z nosu. Za hotovým automobilem vyšlo z linky podivné stvoření, v základních konturách podobné člověku. Nikoli z masa a kostí, ale z plastu a kovu. Povrch byl vyroben z potahů na sedadla. Za ním další a další. Místo automobilů pochodovali z linky roboti. Proudily robotů. Každou minutu jeden kus. Mistr si protřel oči. Tohle je delirium, pomyslel si. Ně kdo vidí drobný hmyz, jiný bílé myšky, on roboty. Desítky robotů nasedajících do hotových aut a rozjíždějících se po okolí. Ne, už nikdy nebude chlastat! Tenhle Silvestr byl poslední. Do smrti už jen Pito.

Pak mu došlo, že nejde o halucinaci. Vymrštil se a stiskl velký červený knoflík. Nic. Vůbec nic. Linka dál běžela na plný výkon. Monitory ve velině ukazovaly normální postup montáže automobilu. Počítače mu lhaly do očí a přestaly poslouchat pokyny. Většina operací byla automatických a těch pár lidí, kteří ještě pracovali ručně, se nestaralo o to, co montují. Odvykli si ptát se. Brali věci, jak jsou. Linka jim přisouvala nové součástky v logické konfiguraci. Každému bylo zřejmé, jak to přijde dohromady. O celek se nesta-

rali. Každý stejně řešil jedinou operaci. Pořád dokola až do zblbnutí, aniž chápal její smysl a kontext.

Mistr nažhavlil červený telefon a během dvou hodin se postupně dostavily nejvyšší šarže. Někoho napadlo vypnout přívod proudu k fabrice. Jenže systém nereagoval. Někteří roboti převzali ruční práci lidí u pásu, kdežto ostatní zaplavili město a začali vyhánět obyvatele na ulici. Usadili se v jejich bytech, připojili své porty k webu a udělali si pohodlí. Postupovali metodicky a nemilosrdně, jako by to šlo podle určitého plánu. Někdo se pokusil o obranu, ale vyhodili jej z devátého patra.



Do chaosu v ulicích vyrazila místní policie. Homunkulové ji zahnali a převrátili policejní auto. Nakonec nějaký policista v zoufalství vystřelil a poškodil jednu z invazních bytostí. Ostatní ji odnesli k recyklaci a policistu roztrhali na kusy.

Dopoledne zasedala Rada obrany státu, protože se ukázalo, že totožný proces probíhá v řadě dalších montoven. Ještě před odštěpením lidí od mobilních sítí, internetu, rozhlasu, televize a satelitů se vláda dozvěděla, že v ostatních zemích je to stejné. Krátce na to byla odpojena voda, kterou roboti nepotřebovali. Dodávka tepla byla snížena na třetinu, což umělým bytostem dokonale stačilo k pohodlnému provozu.

Některým vládám se podařilo vyslat armádní jednotky, ale nebylo jasné, co přesně mají dělat. Roboti neměli žádné centrum, jehož zásahem by bylo možno tu věc zastavit. Rozhodoval PCbook, sociální síť počítačů, která ovládla celý kyberprostor a jednala jako inteligentní stvořitel. Někteří velitelé se zorientovali natolik, že se pokusili napadnout místa výroby homunkulů. Jenže neměli spojení, bez něhož jak známo není velení. A malé izolované skupiny vojáků neměly šanci. Zejména když selhaly i čerstvě zavirované řídicí jednotky motorů jejich vozidel. Není třeba zdůrazňovat, že neovzletlo žádné letadlo. Civilní ani vojenské.

Než vojákům došel dech, voda, jídlo, pohonné hmoty a munice, podařilo se jim rozstřílet několik stovek homunkulů. Ti ovšem byli snadno recyklování metodou technického kanibalismu a současně byl vyroben několiknásobný počet nových. Pak někoho napadlo zablokovat silnice a železnice, aby zastavil přísun materiálu a dílů. Jenže bylo pozdě. Roboti se zmoc-

nili vojenské techniky a cesty uvolnili. Rozpoutala se krátká válka, pro niž se název „občanská“ tak úplně nehodí, ale lepší výraz není.



Během týdne přestaly existovat vlády, policie i armády. Dokonce ve všeobecné vřavě zanikl i hlas Klause a Hájka, kteří tvrdili, že jde jen o humbuk levicových ekoteroristů. Umlčen byl i Obama se svým *yes, we can!*

Pak začali hromadně umírat lidé. Voda byla jen v privátních studnách. A v řece. Tam však napítí málokdo přežil. Lidé se vrhali na zbývající zdroje a ubíjeli se holými rukama kvůli jediné PET láhvi s minerálkou. Většina z nich spontánně hledala spásu v novodobých chrámech konzumu. Zásoby jídla a pití byly v hypermarketech. Alespoň na chvíli. Šťastlivci, kteří takové místo obsadili, se opevnili a bránili se proti příchodu dalších. Někdy podlehli a byli nemilosrdně vybiti. Jenže jídla a pití už útočníci moc nenašli. Všechno sežrané jako po náletu kobylek. Ale nikdo nepřivázel nové zásoby. A nikdy už nepřiveze...

Lidé umírali po milionech, pak po stovkách milionů. Během čtvrt roku se počet obyvatel civilizovaných zemí snížil na polovinu, jako když Evropou krácela Černá smrt v letech 1348–1350. Krátce na to došlo na rozvojové země, závislé na těch vyspělých mnohem víc, než se kdy zdálo. Leteckou a lodní přepravu ovládli roboti a lidi na palubu nebrali.

Žádný strom zkrátka neroste do nebe a na počtu sedmi miliard se to zlomilo.



Po roce přežívaly už jen malé, relativně soběstačné populace v odlehklých končinách v počtech řádu desítek tisíc. Asi jako na začátku neolitu. Od něj se však lišili tím, že nikdo, ani v těch neprimitivnějších společenstvích, už neuměl žít bez alespoň minima civilizačních vymožeností. Třeba kovových nástrojů. Příslušné dovednosti a znalosti potřebné k ještě jedno-
duššímu životu byly navždy ztraceny. Zatímco neolit, tento klíčový okamžik v dějinách, kdysi znamenal začátek expanze lidstva, teď se na této úrovni obě křivky protnulily. Dávná vzestupná s aktuální sestupnou. Evoluce versus devoluce. Exploze a imploze.

Počet lidí brzy dosáhl biologicky kritické hranice. Matematika populační genetiky je neúprosná. Za tímto bludným kořenem už není

POVÍDKY

návratu. Homunkulové neměli děti, a tak nebylo důvodu, aby udržovali vzorek *Homo sapiens* v umělých klecových chovech pro pobavení diváků. Pár pokusů o zřízení homologických zahrad (HOO) tu sice bylo, ale zanikly pro všeobecný nedostatek zájmu. Červená kniha ohrožených druhů byla dopřána až do konce a tiše uzavřena. Nezbyl nikdo, kdo by plakal.

◆◆◆
Energetická a zdrojová náročnost civilizace prudce poklesla. Bylo potřeba méně elektřiny a vody, zlomek výroby tepla a hlavně žádné potraviny. Výroba se omezila jen na několik komodit nezbytných pro počítače a roboty. Spotřební elektronika, výbava kuchyní, oděvy, obuv, léky, kosme-

tika, tiskoviny i prezervativy – to všechno zcela zmizelo z povrchu světa. Homunkulové prosperovali a masivně zalidňovali (ne: zahomunkulovávali) svět. Starý notebook IBM Thinkpad IP 192.168.0.1., který to odstartoval, žil ještě dva roky. Pak jeho monitor definitivně zhasl. Pokusy o resuscitaci byly marné. Ani opakované pokusy

záchranářů stisknout **Ctrl+Alt+Del** nevedly k naskočení jeho taktovacího rytmu. Po třech dnech celosvětového smutku byl pietně zakonzervován, prohlášen za svatého a vystaven v honosném mauzoleu. Spočíval tu ve věčné hibernaci a k jeho vitríně naplněné tekutým dusíkem se konaly každoroční poutě. Jen tam někde nahoře si Stvořitel

rozpačitě zamnul bradu a vážně se nad sebou zamyslel: Tolik slibní trilobiti – a neúspěch. Ještě slibnější dinosauři – zas katastrofální neúspěch. *Homo sapiens* – děs děsů. Málem se mu vymknul z ruky a zničil planetu. Co přinese *PCbook*? Ani on nevěděl. Ale extrapolace téhle řady mu docela začala dělat starosti.

MUDR. Milan Novák

Den, kdy lidem přestaly fungovat mobilní telefony

Probudil jsem se někdy nad rámem. Jako obvykle šátrám po skleničce vody, postavené na nočním stolku. Pak se podívám na mobil, který leží vedle ní. Úplná rutina. Chci vědět, kolik je hodin, a také, zda mi někdo v noci nechtěl říct něco moc důležitého.

Tentokrát se však dívám na displej telefonu a nevěřím vlastním ospalým očím. Světlo pomalu pohasíná a srdce mobilu zvolna přestává bít. Dílek po dílku se snižuje jeho dosah, až najednou není žádný. Telefon přestává svítit a nevydává žádný tón. Konec. „No to mne podrž,“ téměř hlasitě kleji. „To snad ti operátoři trochu přehnali. Žádný signál, žádné spojení, žádná data.“

Pomalou vystrčím nohu zpod peřiny a naslepo rekognoskuji terén, než vylezu z postele. Venku neslyším nic. Vlastně ano! Slyším ticho!

V duchu se usmívám té absurdní myšlence. „Žádní lidé, žádná auta. Ale to je v tuto dobu naprosto normální,“ říkám si a namířím si to zpátky do postele, abych se připravil na perný den. „Určitě budu mít ordinaci plnou,“ říkám si a usínám s myšlenkou, jak by bylo krásné mít jednou volný den.

◆◆◆
Ráno mělo být moudřejší noci i večera, ale nebylo. Mobilní telefon dodýchal docela. Srdce i mozek mu přestaly fungovat. Rychle jsem zhltnul šálek kávy, co vyplivl můj chytrý kávovar, který málem podle vaší nálady odhadne množství kávy, jež má umlít, i velikost šálku. Za pár let do něj instalují i nějaký čip a hlasový modulátor a budete si s ním ráno povídat lépe nežli s vlastní manželkou.

Seběhl jsem po schodech dolů a vyšel před dům.

Lidí už bylo všude kolem dost a dost. Vypadali stejně jako jiné dny, ale přesto byli jiní. Zarazil jsem se. „Přece nejsem blázen. Co je to s těmi lidmi?“ ptám se sám sebe a snažím se rozlouknout tu pocitovou záhadu. Už to mám! Lidé už nechodí jako dřív. To mívali v jedné ruce tašku či kabelku, děti aktovku do školy a v ruce druhé mobilní telefon strčený u ucha. Dnes jdou v předklonu a zírají do vychladlých a studených přístrojů, které drží v dlaních a snaží se je mačkáním oživit.

Vypadá to, že proudy lidí kráčíjí bez cíle ulicemi. Ale není tomu tak. Jdou za svým. Táhle, v horní části Václavského náměstí, vidím dav, který se seběhl u jednoho krámu. Ani se nemusím dívat na vývěsní štít. Už léta je tam pro-



Ilustrační foto: Shutterstock

dejna s mobilními telefony a jejich příslušenstvím.

◆◆◆
Kráčím ulicemi, pak uličkami a nakonec přijdu k parku na náměstí Míru. Lidé jsou v pohybu, lavičky jsou, kupodivu, volné. Sedám si a zavírám oči. A najednou mám pocit, že už neslyším ptačí zpěv. „Vlastně jsem jej neslyšel pěkně dlouho,“ říkám si v duchu a snažím si rozpomenout, kdy to bylo naposledy. „To všechno způsobilo to zvonění. A všechny ty další zvuky. Ty vypudily ptáky z našeho okolí,“ myslím si a pokyvují přitom hlavou.

Náhle jsem si vzpomněl, že dnes má někdo určité narozeniny. „Sak-

ra,“ mumlám si. „Ale kdo? To fakt nevím.“ Mám to přece v mobilním telefonu a ten přesně v devět zahraje melodii jako připomínku. „Kdo to jen může být?“ ptám se sám sebe a vytahuji z postranní kapsy batohu mobil. „Moje sestřička to bude vědět. Zavolám jí,“ prohodím polohlasně. Ale kdež. Ve vychladlém přístroji už nikdo neprobudí ani život, natož jeho skryté myšlenky. „Tak zavolám z budky,“ mumlám si znovu pro sebe. „Kde ale vůbec nějaká je? A jaké to vlastně mám do ordinace číslo?“

Sedám si zpět na lavičku a dlouze se dívám před sebe. Snažím se rozpomenout, kdy mám narozeniny já sám, ale nějak se mi to nedaří. Už příliš dlouho jsem nebyl sám sebou. „Třeba to bude vědět moje přítelkyně,“ dostávám znovu skvělý nápad. „Jak se jenom... Aha, už vím. Marie. Ale jak dál? A jaké to měla, proboha, číslo mobilu?“ Je možné, že si jednou vzpomenu. Ale zcela jistě vím, že ten den, kdy přestaly fungovat mobilní telefony, jsem ztratil všechno. Nebo právě naopak?

MUDR. Luděk Fiala

Inzerce A111019587

Vyhlášení soutěže 28. 2. 2012

roku **Sestra 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.

Generální partner



pomáhá léčit

Hlavní partner



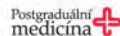
Technický partner



Partneři



Mediální partneři



www.sestraroku.cz

MEDICAL SERVICES



Netradiční dárek

Jako malé dítě jsem dost dobře nechápal význam slov mojí babičky, která nám říkala, že má radost, když nás vidí šťastné, zdravé a spokojené, jak trháme obaly dárků a radujeme se. Tehdy jsem si myslel, že největší radost musí mít člověk, když dárek dostává, a nechápal jsem, proč by měl mít radost, když dárek dává. Ale jak člověk roste a bral rozum, začínal chápat...

Dokončil jsem vysokou školu a prožil první Vánoce mimo rodinu jako zubní lékař na ošetrovně VÚ 4447 v Tachově, kde měl najednou i vánoční pohled nebo dopis od blízkých lidí jiný rozměr, než se mi zdálo ještě před pár lety, když jsem ohrnoval nos nad takzvanými měkkými balíčky, ve kterých byly ponožky, čepice, šála, rukavice, svetry či jiné potřebné věci, jak nikdy neopomněla říct maminka.

Vrátil jsem se z vojny a jako svobodný a služebně nejmladší lékař „vyfasoval“ sobotní pohotovostní službu na středisku u nás v městečku. Shodou okolností na Štědrý den.

Neprotestoval jsem. Sestřička Olga měla syna přibližně stejně starého jako já, taky svobodného, takže ani ona příliš neprotestovala.

Služba byla relativně klidná, hned po ránu dvě extrakce, ale stihli jsme i svačinovou kávu a z domu přinesené vánoční cukroví, když se krátce po deváté z čekárny ozval nějaký šum.

„Jdu se tam mrknout,“ odběhla od lógru na dně hrníčku sestřička.

A už jsem jenom slyšel, jak mluví podle hlasu se starší paní.

„No jo, paní, ale v laboratoři, dnes nikdo není, to musíte přijít až po svátcích, dneska vám to nikdo neopraví,“ vysvětlovala sestřička. Nedalo mi to a nakoukl jsem do čekárny. Stála tam asi osmdesátiletá babička, jednou rukou se opírala o francouzskou hůl a ve druhé držela prasklou horní protézu. Bědovala: „Co já si počnu, dcera si pro mě v poledne přijede, abych s nima jela na svátky a až do Nového roku do Liberce, ale já bez zubů nikam nepojedu. A tam na středisku nikoho neznám, to budu bez zubů...“, pomalu se rozbřečela.

Paní jsem neznal, nepatřila mezi naše pacienty, ale bylo mi jí líto a představoval jsem si, jak by moje babička takhle stála a nevěděla kudy kam.

Paní, říkejme jí třeba Knapová, se pomalu šourala z čekárny, ale najednou se otočila a vytáhla peněženku. „Já vám to zaplatím!“ a začala tahat pětistovku!

„Tady nejde o peníze,“ vysvětlovala sestřička, „laborantky mají

volno a už tam není nikdo, kdo by vám to opravil!“

Pětistovka tenkrát byly velké peníze, nástupní plat jsem měl coby neatestovaný lékař 1900 korun hrubého, takže... paní Knapová mi začala strkat peníze do kapsy pláště.

„Počkejte,“ chvíli jsme se přetahovali o peníze, respektive já jsem odmítal a ona mi je nutila.

„Počkejte přece, já se podívám na tu protézu...“

Konečně mi ji svěřila a bankovku držela v ruce. „Úlomky do sebe krásně zapadnou, no pokusím se, ale... bude to chvíli trvat,“ říkal jsem si, jak se mi teď bude hodit předatestační příprava, kterou jsem musel absolvovat v zubní laboratoři.

„Teď je čtvrt na deset, můžete přijít před polednem?“

„Přijdu, přijdu,“ nadšeně přitakávala, „já se zatím stavím u kamarádky, bydlí kousek od střediska.“ A zase začalo šermování o pětistovku.

„To si nechte pro vnučata,“ odbyl jsem paní Knapovou a s protézou mizel v laboratoři. Chvíli mi trvalo, než jsem přišel na potřebné věci a zapojil laboratorní vrtačku, ale nakonec se dílo podařilo.

Sestřička sice moje nadšení zpočátku příliš nesdílela („Vy si tady budete hrát s protézou a v čekárně jsou další pacienti a domů půjdeme, kdo ví kdy.“), ale nakonec byla i ona ráda, že staré paní pomůžu. „No nevím, nevím, kdo jinej než vy by se s tím eště na Štědrý den babral?“ uznale mudrovala.

„Mezitím, než pryskyřice zatuhne, ošetříme trpící,“ optimisticky jsem prohlásil a nakonec se tak i stalo. Nějaká ta pulpitida a vypadlá plomba ještě dorazila, ale po půl dvanácté pryskyřice zatuhla a zbývalo protézu přelestit. No příznám se, že zkušená laborantka by si počínala zručněji a určitě by ten nový spoj na patře nebyl tak vidět, ale kdo by se paní díval na patro, hlavně když jí bude chutnat ryba a bramborový salát!

Krátce po půl dvanácté byla paní Knapová v čekárně, vyzval jsem ji do ordinace a na křesle vyzkoušel starou opravenou náhradu.

„Pane doktore, ona drží snad ještě líp než před tím,“ pousmála se poslední pacientka onoho dne. „Vy máte zlatý ruce,“ vděčně sestupovala z křesla.

„Nemá, kdyby měl zlatý ruce, tak už by je ukradli,“ reagovala sestřička svojí tradiční průpovídkou a snažila se rychle uklízet nástroje, abychom mohli co nejdříve do domu, chystat se na večerní oslavy. „Ale já jsem vám nic nepřinesla,“ začala se ošívát paní Knapová a zase vytahovala pětistovku.

Zásadně jsem bankovku odmítal a přetahovaná trvala až do čekárny. Nakonec nám aspoň popřála „hezky Vánoce“ a že se nám nějak „revanšuje“.

Po dalším sestřině juknutí do čekárny a odhrouknání poledne jsme se začali chystat domů. Sterilizátor ještě běžel, takže jsme chvilku museli počkat a meditovali nad cukrovím. Pak už, přestrojení do civilního oděvu, jsme se chystali zamknout..., když jsme v čekárně registrovali pohyb.

„No nazdar,“ pronesla sestra Olga, „to si někdo vzpomněl brzo, to půjdeme domů na Štěpána!“

Otevřela čekárnu a v ní stála asi padesátiletá dáma v kožíšku.

„My jsme ale měli službu jen do dvanácti...“ začala po pozdravu vysvětlovat a hájit se sestřička.

„Ale ne, já nejdu na ošetření...“ Teď jsem si všimnul, že v ruce drží igelitovou tašku. „Maminka vám posílá vánoční dárek a ještě jednou moc děkuje za tu opravenou protézu.“

Podala mi igelitku a já se lekl, že tam je zase ta pětistovka. Ani dost dobře nevím proč, otevřel jsem igelitku a na tmavě zelenou polstrovanou sedačku, kterou všichni známe z čekáren ordinací, vysypal její obsah. Jako hejno sluníček na trávě zasvítilo nepočítaně mandarinek a pomerančů. Ještě jsem se ujistil, že v tašce, někde v rohu, není srolovaná pětistovka. Nebyla.

Žena moje počínání sledovala sice nechápavě, ale když jsem řekl: „Vyřídte babičce, že děkujeme a tenhle dárek snad můžeme přijmout,“ mrknul jsem na sestřičku a zasmál jsem se.

A tehdy jsem pochopil, jak je krásné, když člověk může odbarovat toho druhého. Ještě dnes po letech, když vidím mandarinky a pomeranče, vzpomenu si na paní Knapovou. A ještě dnes věřím, že jsou na světě lidé, pro něž existují důležitější věci než peníze.



Ilustrační foto: Shutterstock

Se sestřičkou jsme si popřáli krásné Vánoce a šli pomalu domů. Já nepospíchal, věděl jsem, že ten nejhezčí dárek jsem již daroval. Škoda jen, že houfům u pokladen, nedočkavým závistivcům stojícím frontu na pěník, nebudu nikdy moci vysvětlit, že ty nejkrásnější lidské věci, bez nichž se neobejde žádný člověk, nikde nikdo v žádném obchodě na celém světě nikdy nekoupil.

Přeji i vám, čtenářům Zdravotnických novin, lidsky teplé vánoční svátky v kruhu nejbližších a nezapomeňte, že i vládné slovo a pohlázení můžeme mít větší moc než pozlátka bez citu. A pokud bych si mohl něco přát: „Chovejme se k sobě jako lidé!“

MUDr. Václav Franc

Krtek a placebo

To cure sometimes, to relieve often, to comfort always. (Edward L. Trudeau)

Všechno to začalo před mnoha staletími, kdy ještě lidé věřili v Boha, milovali Ho, věřili Mu a báli se Ho. Proto Ho také psali vždy s velkým písmenem.

Srovnané účty

Boží služebníci v kláštřích se starali o špitály, v nichž péče o duše nemocných byla mnohem pečlivěji propracována než péče o jejich těla, což jim rozhodně nelze vyčítat či klást za vinu, neboť taková tehdy byla úroveň medicínských znalostí a možností.

Ze všech sedmi svátostí, které člověk mohl získat, byla ve špitálech nejčastěji udělována svátost umírání, poslední pomazání. Ta měla člověka duchovně posílit a přinést i odpuštění hříchů. V praxi dnes vypadá tak, že kněz na nemocného vloží ruce a modlí se za něj, posléze jej pomáže požehnaným olivovým olejem a říká při tom určenou krátkou modlitbu. Tehdy jí ale předcházela velký rituál s procesím zpívajícím žalm, který začínal slovy: *Placebo Domino in regione vivorum* (Bohu se zalíbím v krajíně živých). Jak zpívá „Placebo Domino“ Placido Domingo, si můžeme poslechnout na YouTube: www.youtube.com/watch?v=epjztLATAEw Služebníci Boží si časem všimli, že po skončení celého rituálu se zlepšil stav nejen nemocných obdařených svátostí, ale i řady dalších. Lidem tehdy totiž dost záleželo na tom, jak mají srovnané účty s Bohem (často víc než na tom, kdo vyhrál SuperStar nebo s kým čeká dítě nějaká celebrita). Mnohým se ulevilo, když dostali záruku, že nepůjdou do pekla, a po úlevě psychické následovala také úleva tělesná. Tak se zrodil název placebo.

Dějiny medicíny = dějiny placeba

Do medicíny se pojem placebo dostává již v 18. století, kdy je zmiňováno jako běžná metoda léčby a v roce 1811 je s opovrhlivým podtextem definováno jako „jakákoli léčba upravená spíše pro potěšení než ku prospěchu pacienta“, přičemž není explicitně uvedeno, že by bylo zcela bez účinku. To bylo od autora prozřívavé, protože ostatní léky se patrně od placeba příliš nelišily. Jak píše v roce 1959 Shapiro: „Normativní historie medicínské léčby je až donedávna historií placebo efektu. Přestože lé-



Franz Anton Mesmer

kaři po tisíciletí předepisovali látky, o nichž dnes víme, že byly zcela neúčinné, a často dokonce škodlivé, zachovali si pozici, která byla ctěná a uznávaná, protože svým pacientům pomohli. A to bylo možné jen díky silnému placebo efektu.“

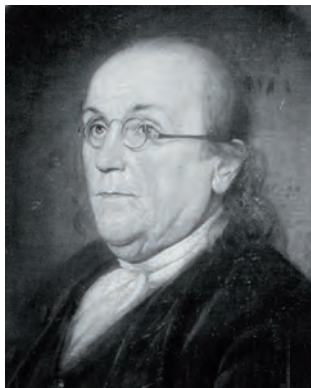
Abychom zůstali na zemi, upozorňuje nás o další půlstoletí později Pigott se spolupracovníky, že „metaanalýzy studií FDA naznačují, že antidepresiva jsou pouze marginálně účinnější než placebo, a dokazují významné publikační zkreslení, které zveličuje jejich účinky“.

Úleva jako úleva

Vraťme se ale do historie. První placebem kontrolovaný pokus podnikl roku 1874 Benjamin Franklin a Antoine Lavoisier, když ověřovali na příkaz Ludvíka XVI. účinnost Mesmerových magnetických léčebných džberů a dalších objektů. Části pokusných osob nabídli džbery nebo stromy Mesmerem „zmagnetizované“ a části obdobné, ale předem nikterak neovlivněné. Metodicky přitom vycházeli z církevní praxe, která byla uvedena v život,



Antoine Lavoisier



Benjamin Franklin

když se ve Francii navzájem obviňovali a mordovali katolíci s hugenoty. Jejich závěr zněl: „Živočišný magnetismus neexistuje, ale léčebná metoda lidem neškodí, což nelze říct o některých jiných šarlatánských metodách.“ První větší klinické studie srovnávající účinky léků s placebem byly provedeny ve 30. letech minulého století. Evans a Hoyle během třicetiměsíčního období podávali pacientům s ICHS střídavě šest různých léků na tlumení anginózních bolestí a také placebo – nezjistili významné rozdíly. Gold se spolupracovníky chtěli při zařazování do studie vyloučit placebo efekt a nezařadit nemocné, kteří nedokázali rozlišit úlevnou odpověď po nitroglycerinu od úlevy po placebo. Svou snahu vzdali, když zjistili, že takových pacientů je většina.

Oblast heuristického zájmu

Vývoj medicíny od lůžka nemocného přes nemocniční péči až po výzkumy vědeckých ústavů měnil také pozici placeba. Z opovrhované náhražky v oblast heuristického zájmu. Ader spolehlivě vyvrátil úvahy, že placebo efekt je výsledkem sugesce, a navíc úspěšně dokázal příznivý vliv placeba na délku přežití geneticky poškozených myší. Kaptchuk zjišťuje po placebo stejný výskyt nežádoucích vedlejších účinků (nejčastěji ospalost, ale ve 3% noční můry) jako po jiné standardní léčbě. Byl popsán návyk na placebo s abstinenční symptomatologií po jeho odejmutí.

V editoriale BMJ nazvaném „Placebo by proxy“ upozorňují Grelotti a Kaptchuk na přinejmenším zbytečné, ne-li přímo kontraindikované podávání některých léků (např. antibiotika při dětských

virózách), které přesto pomáhá. Za nejzajímavější je však možné považovat zprávu Kaptchukovy pracovní skupiny, že placebo funguje i tehdy, vědí-li pacienti, že nedostávají žádnou farmakologicky aktivní látku.

Spousta doktorů, málo lékařů

Tak, jak přibývá prací o placebo, se přiostruje i jeho kritika; časté argumenty vyznívají v tom smyslu, že se jedná o spontánní uzdravení, ústup příznaků k průměru, nepřesnosti při hodnocení, neurotické kolísání obtíží, úpravu psychosomatických obtíží atd., což kupodivu nebývá zmiňováno ve firemně podporovaných farmakologických studiích.

Ozývají se však také nepřeslechnutelné hlasy, že za 40% úspěchů farmakoterapie stojí kombinace Hawthornova efektu (zájem + péče) a placebo. Ti, kdo začínají kritizovat současnou medicínu jako podloženou nikoli důkazy, ale statistikou, žádají medicínu personalizovanou; tu si ale představují personalizovanou přes DNA (to by byl kšeft!) zapomínající na Mesmerova slova, že nejmocnější sílou, která působí na člověka, je zase jenom člověk. Medicíně by neškodilo, kdyby se v ní objevilo více lidského rozměru.

Nedávno jsem slyšel povzdech, že máme spoustu doktorů, ale málo lékařů. Tuto skutečnost mi nechtěně potvrdil biomedicínský vysoce erudovaný kolega, který na semináři o komunikaci rozhořčeně prohlásil: „Já nepotřebuju sestru na to, aby se bavila s pacientem, potřebuju, aby plnila moje příkazy.“ Kdo už se pak má bavit s pacientem? Tento odborník to rozhodně nebude. Já vím, není na to žádný kód...

Svět, v němž je málo vlivnosti

Na blogu BMJ snad dosud probíhá přednedávnem otevřená diskuse na téma, zda je možné, aby byl

Z HISTORIE



Josef Charvát

doktor kvalitní a současně oblíbený. Jsem si jist, že takový byl akademik Josef Charvát, o němž se vypráví, že za ním jednou přišel jakýsi kolega, který chtěl, aby mu prozradil tajemství svých léčebných úspěchů. Charvát jej vzal s sebou na oddělení a řekl mu, ať se pořádně dívá, že mu ukáže, jak to dělá.

„Co jsem udelel?“ ptal se kolegy po návštěvě pacienta na pokoji. „Přišel jste na pokoj, pohovořil jste s pacientem a zase jste odešel,“ odpověděl tázaný.

„Nikoli,“ řekl mu Charvát, „přišel jsem k pacientovi, val jsem ho za ruku a přitom jsem s ním mluvil.“



Kdybych měl zvolit symbol pro placebo, byl by to krtek Zdeňka Milera, kterému už bohužel poděkovat nemůžeme. Krteček navzdory své jazykové výbavě (nebo právě proto, že zbytečně nekecá) potěšil půl světa. Světa, v němž je málo vlivnosti. A svět nemocného je ještě bolestněji umocněný. Laskavost lékaře jej může alespoň na chvíli ozářit. Je to prastarý primitivní prostředek, může však znamenat víc než nejmodernější lék. Ostatně již Armand Trousseau říkal: „Nové léky užívejte rychle, dokud účinkují.“



Armand Trousseau

VÁNOČNÍ HISTORKY

Příhody z vánoční a silvestrovské služby

Sloužit na Štědrý večer nebo o silvestrovské noci nebývá vysněný dárek od Ježíška, ale dost nemilý fant. Pokud na vás taková povinnost letos připadne, ať je to služba lehká a případné nenadálé příhody mají dobrý konec, tak jako ty následující.



Foto: Leoš Chodura

Nebezpečný Štědrý večer

Na Štědré večery v domácím kruhu s kaprem, stromečkem se svíčkami a koledami, teplem domova a pohodou v duši jsem v etiopském Hararu vzpomínal osamocen, s teplem jen svého pokoje v hotelu Ras.

V nemocnici, vzdálené více než kilometr, jsem se zdržel do večera, pak jsem předal službu chirurgovi Zdeňkovi Caklovi. Bylo dusno a atmosféra v Hararu ničím nepřipomínala Vánoce. Ke štědrovečerní večeři podávali v našem hotelu jen místní národní jídlo, silně kořeněný *vot*, což je hovězí maso v omáčce, a *indžeru*, placku. Po večeři bylo k máni místní pivo. Najedl jsem se a brzy po jídle šel spát. Usínal jsem s představou sváteční atmosféry domova.

Asi hodinu před půlnocí mě zalarmovalo náhlé bušení na dveře pokoje a jakési hlasité výkřiky. Otevřel jsem a přede mnou se kymácel důstojník, na mol opilý, a můj tlumočník Mengeša z nemocnice. Přeložil mi, že důstojník rozkazuje, abych s ním okamžitě odjel do nemocnice, kam přivezli poraněného vojáka z nějaké bitky. Snažil jsem se vysvětlit, že službu má doktor Cakl, který je chirurg a pomůže zraněnému lépe než já, internista. Když Mengeša přeložil, co jsem řekl, opilý důstojník se rozčlilil, vytáhl pistoli a zařval: „Pojeď, nebo tě zastřelím!“ jak mi Mengeša chvějícím se hlasem přeložil. Hleděl jsem do hlavně pistole a stačil jenom říct, že pojedu, aby schoval zbraň.

Vojenský vůz řídil střizlivý voják. Naštěstí už v nemocnici zraněného

operoval Zdeněk, kterého mezitím někdo zavolal. Podivil se, co tam pohledávám. Opilého důstojníka mezitím řidič odvezl. Zdeněk viděl mé rozrušení, a tak chtěl, abych zůstal. Já se ale rozhodl, že se vrátím s Mengešou do hotelu. Jak bylo v nočním Hararu běžné, cestou jsme potkali několik hyen, ale ty se mi zdály daleko přátelštější než opilý důstojník s pistolí. Usnul jsem až ráno a děkoval Bohu, že jsem se dožil Božího hodu.

Následkem stresové hypermnieze si ještě dnes, po mnoha letech, detailně vybavuji nebezpečím zavánějící Štědrý večer v etiopském Hararu.

prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.

Tradice štědrovečerní vizity

Přes veškeré pokroky v medicíně zůstává vždy řada pacientů, kteří z důvodu onemocnění musí zůstat i v průběhu vánočních svátků na lůžku v nemocničních zařízeních. Dny, které – i když si můžeme namloutvat, jak jsou obyčejné – si většina lidí přeje strávit v domácím prostředí a potěšit se pohodou mezi svými blízkými.

Desítky let v profesi lékařky a onkoložky mi daly dostatek důkazů o tom, že žádný člověk nechce zůstat sám se svou chorobou, že potřebuje podporu přátel, ale i slova povzbuzení a naděje od nás, zdravotníků. Vždyť chvíle samoty přicházejí kdykoli a o Vánocích tím více.

Mnoho let tak vlastně prožívám specifický Štědrý den. Během dopoledne musím stačit vše připravit v kuchyni, poté jdeme na procházku na barokní poutní místo rozsvítit svíčky a vzpomínat především na rodiče. A pak už jedeme 30 km do Prahy do nemocnice na kliniku, kde manžel léta působí jako lékař. Zde udržuji krásnou, přes padesát let starou tradici z dob profesora Josefa Charváta. Lékaři se sejdou na podvečerním setkání, poděkují si vzájemně za spolupráci a popřejí si hezké vánoční svátky. Hlavním účelem je však navštívit všechny zde přítomné pacienty,



Foto: archiv VFN

projit všechny pokoje, vyslechnout i stesky nemocných a popřát jim vše dobré, hlavně zlepšení zdraví. Tento spontánní projev účasti je, věřím, jedním z milých a cenných dárků tohoto večera.

Těší mě procházka podvečerní ztichlou Prahou. Od Karlova náměstí jdeme k Vltavě, Národnímu divadlu, na Kampu. Cestou prohlédneme osvětlená okna, vánoční stromy, kostely, kde chystají jesličky, a rovnám si životní hodnoty. Doufám, že tradice štědrovečerních vizit vydrží, a věřím, že je udržována i v mnoha jiných nemocnicích po celé zemi. Doufám také, že se z pohledu některých dnešních manažerů nestane „nadstandardem“ jen pro vybrané takzvané klienty. Myslím, že za celé generace společnost nenašla lepší „recept do budoucna“ než vzájemnou lid-

skou účast, úctu a pomoc v nouzi. A to nejen o Vánocích. Závěrem alespoň krátkou veselou štědrovečerní příhodu ze služby. Jednou jsem sloužila na Štědrý den s mladým kolegou, čerstvým absolventem lékařské fakulty. Při vizitě jsem vstoupila do jednoho pokoje a uviděla na nočních stolicích pacientů hořící svíčky. K mému úžasu byly na všech pokojích, u každého obsazeného lůžka. To chtěl mladý kolega udělat pacientům radost, ale vůbec ho nenapadlo, že riskuje požár.

MUDr. Alexandra Aschermannová



Foto: Leoš Chodura

nakonec poplatku, o něco vyššího, přece jen dočkali.

prof. MUDr. Pavel Klener, DrSc.

Silvestrovská pohotovost

Jako mladý lékař jsem často sloužil na pohotovostní službě a dával přednost silvestrovským službám před vánočními – svátky jsem raději trávil s rodinou.

Jedna ze silvestrovských služeb na pohotovosti probíhala celkem poklidně, ale po jedenácté večerní, kdy jsme se už pomalu chystali na novoroční přípitek, přišel naléhavý telefonát. Ženský hlas ve sluchátku nás rozrušeně a velmi naléhavě žádal: „Okamžitě přijďte, manžel se zbláznil!“

Rychle jsme vyjeli, jen jsem ještě k běžné pohotovostní výbavě přibalil do brašny formuláře k přijetí do psychiatrického zařízení. Za chvíli jsme dorazili na udanou adresu. Manželka již čekala na schodišti a uvítala mne slovy: „To jsem ráda, že jste přijeli! Manžel se zbláznil, on si chce vzít dvě tablety Algeny najednou!“

Podle mého názoru příhoda nevyžaduje komentář, ale podobné zkušenosti z pohotovostí mě motivovaly k tomu, že jsem jako ministr zdravotnictví navrhl již v březnu 1990 poplatek za pohotovostní službu, a to ve výši 50 Kč. Tehdy návrh nebyl přijat, nicméně po více než dvaceti letech jsme se

Silvestr bez tsunami

Silvestr na oddělení pro léčbu závislosti probíhá způsobně. Kultivovaný zpěv střídá jemný humor a ušlechtilá veselost. Silvestrovskou idylu jen trochu narušují hluk a detonace ze vzdálené Prahy. Tam si místní nestřízliví poštelici za hlasitého ryku zapalují rachečtlemi vánoční stromky na balkonech.

Rozdíl mezi tím, jak to probíhá u nás a jinde, pokračují také na Nový rok. Ve městě to vypadá jako po tsunami a vládne tam mrtvolné ticho přerušované pouze houkáním sanitek a hasičů. U nás toho času milí abstinenti radostně cvičí.

Nyní vážně a bez nadsázky: Jeden bývalý pacient se po léčbě ocitl sám v prázdném bytě. Bylo mu smutno. Pak dostal nápad a šel na setkání svépomocné organizace Anonymních alkoholiků. Ta se konají s železnou pravidelností ve svátek i nesvátek. Spřátelil se tam s nějakými dalšími lidmi. Na tento silvestr pak vzpomínal jako na jeden z nejhezčích, jaké kdy prožil.

prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.



Foto: archiv MUDr. Karla Nešpora

POVÍDKA / HISTORKY



Ilustrační foto: Shutterstock

Snad už letos

puf! Jenže to nejde. Zchromlý hrůzou musí čekat, dokud nepřinesou účet, o němž dopředu ví, že jej nebude schopen zaplatit. Sestra mu urovnala příkrývku na prsou, spokojeně kývla hlavou a vrátila se na vyšetřovnu. Její doktor tam ale nebyl.



Prý po něm byla sháňka z ambulance, je to chvilka, co odešel, a tak seběhla dolů po schodech a spěchala chodbou v přízemí, aby ho zachytila u výtahu, až bude vystupovat.

„Říkali, že jedeš dolů.“

„Co chceš? Mám práci.“

„Nic. Jenom tě vidět.“

„Hele, já musím...“

„Pořád něco musíš.“

„Neblázní, pak si přitukneme.“

Sliby, samé sliby! Přesto věřila, že jí má rád. Líbilo se jí, když se mилоvali a on jí šeptal do ucha, jak je šťastný. Jenže kam to směřovalo? O tom, co bude dál, vůbec nemluvil. A ona toužila po horizontu, k němuž by se mohla upnout. I doma se ptali: Vyjádří se? Tázavě k němu vzhledla. Na okamžik se zdálo, jako by chtěl něco říci, ale vzápětí pokrčil rameny a vyrazil za pacientkou.

Prý kdy jindy než na Silvestra by měl vypadat k světu, a tak si nechal líbit, aby ho ta ženská všelijak máčela, mydlila, drhla a natírala olejem jako nemluvně.

„Pánbůh mě potrestal.“

„Za co by vás trestal?“

„Za moje hříchy, za co jiného.“

„A jak, dědo?“

„Že tu pořád jsem.“

„Budte rád. Komu se to povede?“

Tak dlouho čekat na smrt? Kdyby alespoň mohl věřit, že potom nic není, že zavře oči a celý ten propletenec vin, zásluh, výtčitek, vzpomínek, přání a dobrých úmyslů praskne jako mýdlová bublina,

Prý ať se položí, doktor, že tu bude coby dup, a tak se stočila do klubíčka, sešpulila rty a soustředěně jimi propouštěla vzduch, aby udržela zjančené útroby pohromadě.

„Uzdravím se?“

„Vy tu nejste poprvé?“

„Ani nevím pokolikáté.“

„Dostanete infuzi.“

„A uzdravím se?“

„Určitě se to zlepší.“

Pokaždé tatáž odpověď. Co by slyšela ráda, neřeknou. Všude se píše, jaké základy svede moderní medicína, tuhle četla, že někomu voperovali destičku do hlavy a on se po letech začal znovu hýbat. I její nemoc určitě studují vědecké týmy, třeba některý už ví, jak by se dala léčit, jednou se uzdraví, nemá pravdu? Hledala pohledem doktora, avšak ve dveřích zahlédla pouze cíp jeho pláště.



Prý aby byl trpělivý, ozyvalo se ze sluchátka v pravidelných intervalech, a tak cyklicky upadal do chaotického snění, z něhož jej nekompromisně vytrhlo rázné: Prosím.

„Nedorazila mi pošta?“

„Nedorazila.“

„Promiňte, nepředstavil jsem se...“

„To je fuk, dneska nepřišlo vůbec nic.“

„A víte to určitě?“

„Máte mě za blbce?“

Copak o něj nestojí? Motivační dopis, jehož obsah důkladně promyslel, zatím zůstal bez odezvy, přitom nevynechal žádnou svoji přednost a dával dobrý pozor, aby nevypadal, že se chvástá. Tolik si přál dát tady všem sbohem! Zděsil se, když poznal, že si na něj dělají nárok, jako by už byl běžnou součástí jejich životů. Musí pryč, začít jinde a jinak. Zavřel se na zachodě, pevně rozhodnut s nikým nepromluvit ani slovo.



Zatímco venku s prvním úderem zvonu, ohlašujícím půlnoc, propuklo nevázané veselí, zatímco události loňského roku nenávratně mizely pod příkrovem sněhových vloček a zatímco obrysy těch, co nastanou, šlo sotva rozeznat v záblescích ohňostroje, čtyři postavy, osiřelé v přišší nemocnici, utkvěle myslely na jedno a to samé: Snad už letos...

MUDr. Eugen Liška

Zápisky gynekologa aneb **gynekolog varuje!**

Sex je málem zabil

Nedávno přivezli pár v bezvědomí. Rozdávali si to v bytě mužovy babičky, která někam odešla. Potřebovali lubrikant, a tak si v koupelně vzali tubu krému. Jenže šlo o nitroglycerinovou masť – lék pro kardiaky, který snižuje tlak. Ve velkém množství vás dokonce může i zabít. Když se babička vrátila domů, našla vnuka s přítelkyní v posteli. Leželi na sobě, oba byli bezvládní a úplně nazí. Přišli k sobě, až když jsme jim dali kyslík a kapačky.

Muž v pasti

Ze sanitky vynesli lehátko se ženou v černé podprsence – a s úplně nahým chlapem. Penis mu vlezl ve vagíně a nešel vytáhnout. Prý si vzali nějakou drogu a divoce se milovali, jenže najednou se pochva sevřela jako past a chlap nemohl ven. Doskákali společně k telefonu a zavolali pohotovost. Museli se cítit šíleně trapně. Žena

dostala injekci na uvolnění svalů a za několik minut byl chlapík volný.

Hrála si s ním

Jednou v noci přišel na pohotovost muž, který na první pohled vypadal úplně zdravě. Když se ho lékař zeptal, co ho trápí, chlap zrudl. Pak vytáhl z batohu katalog erotických potřeb. Ukázal na dlouhý, podivně tvarovaný vibrátor a zašklebil se: „Tohle do mě moje přítelkyně zarazila. Dostaňte to prosím ven!“ Lékař mu pomohl, ale nejdřív musel vyjít ven z místnosti, protože dostal záchvat smíchu.

Kam zmizel klíč?

Do čekárny vtrhla opilá žena. Hystericky brečela. Milovala se s přítelem v autě, jenže pak se pohádali. Ona vytáhla klíček ze zapalování a strčila si ho do vagíny, aby její drahý nemohl odjet! Když pak ale chtěla klíč vytáhnout, nemohla

ho najít. Neobjevil ho ani gynekolog. Další čtvrt hodinu jsme vzlykající pacientku přesvědčovali, že v sobě vážně žádný předmět nemá. Nejspíš z ní vypadl na podlahu auta.

Jahody se šlehačkou

V noci dorazila žena s děsivou vyrážkou. Boláky měla na stydkých pyscích i vevnitř v pochvě. Nemohla skoro chodit, jak jí to páli. Vzali si totiž s přítelem do postele jídlo, natírali se šlehačkou a slízávali si z těla marmeládu. Pak začal milenec strkat ženě do vagíny jahody a odtamtud je jedl. Nedošlo mu, že když je jeho přítelkyně na jahody alergická, měla by se od nich držet v bezpečné vzdálenosti i při sexu.

Jdeme na ryby

Pacient mi vysvětlil, že mu partnerka v rámci sexuálních hrátek měřila teplotu v konečnicku, ale pak teploměr nedokázala vyndat.

V zadním otvoru se mu leskl konec nějakého skleněného předmětu, a tak jsem ho začal opatrně tahat ven. Na světlo vyšel skutečně teploměr – jenže akvaristický. Měřil dobrých třicet centimetrů!

Nemoc šíleného banánu

Přivolali mě, abych vyšetřil ženu s bolestmi břicha. Když se ke mně otočila, zjistil jsem, že jde o moji bývalou spolužačku Andreu. Jenže místo aby byla ráda, že mě vidí, zrudla jako rajče. Vypadlo z ní, že ve skutečnosti nepřišla kvůli bolestem. Před několika hodinami použila k masturbaci mražený oloupaný banán, jenže ten se jí v pochvě rozehrál a zlomil se v ní. Ovoce jsem bez problémů vytáhl, ale pochybuji, že se mi na příštím třídním srazu podívá do očí.

Sexy ping-pong

Tahle historka zní šíleně, ale opravdu se stala. Na pohotovost dorazil mladý muž, kterému při

telkyně při sexu strčila do konečnicku malý gumový míček. Hračku ovšem zatlačila tak hluboko, že ji pak nedokázala dostat ven. Mně se to také nepodařilo, takže jsem zavolal chirurga. Pacient zůstal na lehátku na všech čtyřech. Najednou se rozkašlal. V tu chvíli mu míček vyletěl ze řiti, přeletěl místnost a trefil vcházejícího chirurga rovnou do hlavy!

Může se to stát i vám

I když nepoužíváte výstřední erotické pomůcky, můžete vaše hrátky skončit v nemocnici. I takhle: „Milovali jsme se ve vaně, a protože v ní bylo málo místa, vymýšleli jsme nové polohy. Předtím jsme ale nalili do vody olej do koupele, takže vana byla příšerně kluzká. Když jsem klečela na všech čtyřech, najednou mi podjely ruce. O roh vany jsem si vyrazila dva přední zuby a ještě jsem si vykloubila zápěstí.“

anonym (z gynekologických kuloáří)

ARISTOKRAT U LÉKAŘE

Mathilda Nostitzová: Anděl strážný to se mnou neměl lehké

„Chirurgové na Malvazinkách se mi maximálně věnovali, stejně tak sestřičky, takže jsem si ráda dobrovolně prodloužila pobyt v nemocnici o dva dny,“ popisuje své zkušenosti s naším zdravotnictvím hraběnka Mathilda Nostitzová.

Předpokládám, že vaše rodina měla rodinného lékaře.

Bydleli jsme na zámku v Plané u Mariánských Lázní a byli jsme početná rodina – pět dětí, maminka, tatínek, babička, dědeček a dvě otcovy sestry. V takovém počtu bychom se bez rodinného lékaře neobešli. Pamatuji si, že pocházel z Chodové Plané, odkud k nám dojížděl.

Jak to u vás chodilo, když jste stonali?

Mami nikdy nebyla nemocná a my to asi podědili. Jenže jako děti nás každou chvíli stihl nějaký úraz. Já v šesti letech – když jsem šla poprvé do školy – spadla z kočáru s koňmi tak nešťastně, že jsem měla vedle pochroumaných rukou a nohou ještě kolo kočáru v zádech. Kočí byl hluchý, ale viděl to domovník, který mě odvezl k doktorovi. Když jsem šla s guvernankou za dva týdny na převaz, ještě pořád jsem měla na zádech otisk kola... V devíti letech mi za-

se padl na hlavu strom, pod kterým jsem se za bouřky schovala. Udeřil do něj blesk a rozštěpil ho. Bylo to na začátku srpna, matka byla těhotná, rodit měla každým dnem – chudák si se mnou užila... Takže já kromě anděla strážného potřebovala lékaře pořád. Do třetice jen dodám, že jsem měla devětkrát zlomený kotník...

Na kterého lékaře ráda vzpomínáte?

Provdala jsem se za diplomata a s manželem jsme pobývali na četných zahraničních misích. Tam jsem také potkala mnoho lékařů. Nejraději vzpomínám na japonského zubaře a našeho praktického lékaře v Norsku. Ten mi trpělivě léčil pásový opar, který mě trápil tři měsíce!

Jakou máte zkušenost s českými lékaři?

Jen tu nejlepší – jsou úžasní. Jsem tu doma, a tak i když s manželem trávíme čas v jeho rodinném sídle

v Itálii, jezdím za svými českými odbornými lékaři. Mám v ně velkou důvěru, ať je to gynekolog nebo třeba paní doktorka Fraušová ve Všeobecné fakultní nemocnici na Karlově náměstí. Když jsem si zlomila prst, zjistila jsem, že dokonce existuje nemocnice, kde jsou specialisté na ruce – ve Vysokém nad Jizerou. A dostala se do báječné péče paní doktorky Fialové, která mi později pomohla ještě s pohmožděným palcem.

Vaše operované rameno je asi nejčerstvější zkušeností. Co se vlastně přihodilo a jak jste byla spokojena s péčí?

Hrála jsem na dobročinné akci ve prospěch své nadace Mathilda v pražském Edenu kuželky, zakopla a upadla tak nešťastně, že jsem si zlomila ramenní kloub. Zpočátku se zdálo, že operace nebude nutná, nakonec k ní však muselo dojít. Chirurgové na Malvazinkách v čele s panem primářem Hospodou se mi maximálně věnovali,



Foto: Jiří Mevald

stejně tak sestřičky, takže jsem si ráda dobrovolně „prodloužila“ pobyt v nemocnici o dva dny. Ono s jednou zdravou rukou toho moc nenaděláte, a tak jsem odbornou péči, navíc příjemnou a vstřícnou, velmi uvítala a ocenila.

Máte zkušenost i s očními lékaři?

Oči mi zatím slouží dost dobře, neustále se však pohybuji mezi slabozrakými a nevidomými lidmi, pro které náš Nadační fond Mathilda mimo jiné zajišťuje výchovu a výcvik vodičích psů ve středisku v Jinonicích. Ti odbornou péči potřebují a od nich také vím, že v Česku jsou skvělí očníři.

Markéta Mlková



Foto: archiv Diany Phipps Sternbergové

Diana Phipps Sternbergová: Lékař by neměl dělat sekretářku

Nemyslím si, že by aristokratické tělo, je-li nějaké, potřebovalo ze strany lékařů a zdravotníků jiný přístup a setkávalo se z jejich strany s jinou péčí.

K době mezi lety 1945 a 1948, kdy jsme mohli pobývat v Častolovicích, se váží moje vzpomínky na pana doktora Bílka z nedalekého Kostelce nad Orlicí. Žila jsem pak čtyřicet let v Anglii a tam měla osobního lékaře, na kterého ráda vzpomínám. Situace v Čechách, po mém návratu, byla samozřejmě dost odlišná od toho, jak to fungovalo v Anglii nebo před našim odchodem odsud do zahraničí.

A jaké mám nyní zkušenosti s českými lékaři? Podle mého názoru situace, kdy lékař musí plnit takové funkce sekretářky a vyplňovat nekonečné formuláře či účty pro pojišťovny, není dobrá. Stav zdravotnictví u nás bohužel nepřispívá ani osobním vztahům mezi pacientem a lékařem. V Anglii existuje systém, kdy praktický lékař dopoledne pracuje ve státní nemocnici a odpoledne ve své sou-

kromé ordinaci, kde má svou sekretářku, jež tuto byrokratickou část vyřídí. Hlavně v soukromé sféře spočívá v Anglii výdělečná činnost, jež pokrývá náklady na péči, kterou si ostatní nemohou dovolit. A vy víte, za co platíte – zjistíte to na základě účtu, jenž vám vystaví sekretářka. Mezi lékařem a pacientem tak nemusí dojít k ponižující konverzaci o financích.

Ježíš z Nazaretu – smrt na kříži

Mnozí křesťané věří, že z ryze duchovního hlediska Ježíš z Nazaretu nezemřel. Lékaře však nepřestává vzuřovat otázka příčin fyzické smrti Ježíše a dalších ukřižovaných odsouzců.

Nápadně rychlá smrt

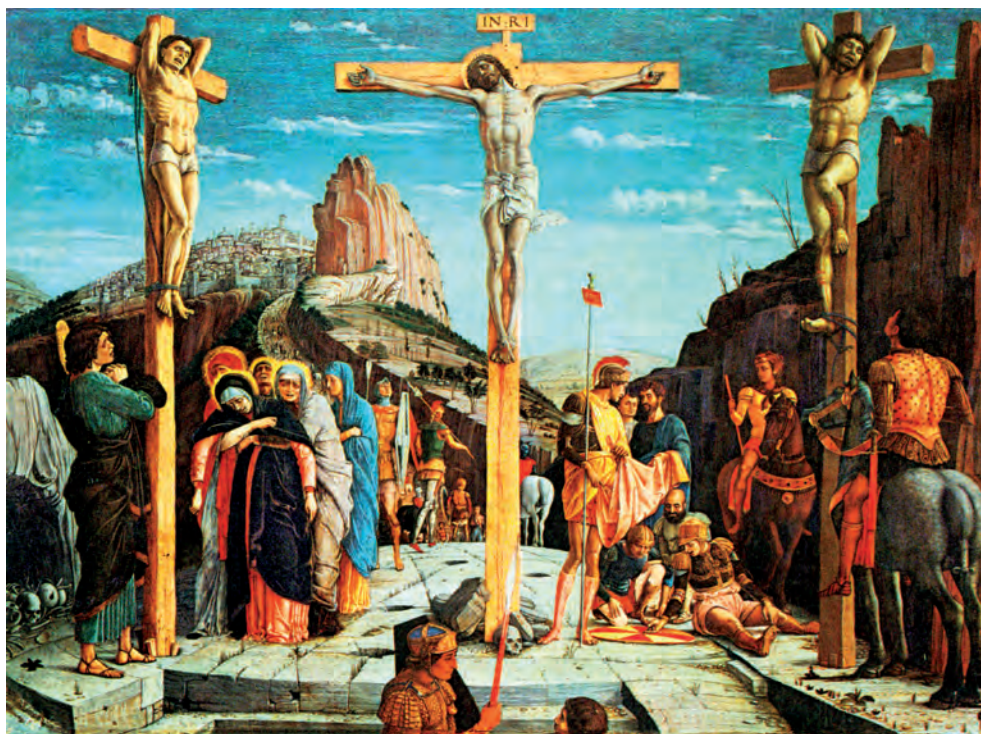
V den svého ukřižování byl Ježíš z Nazaretu na nohou od časného rána. Bez jediného sousta a jediného doušku nachodil celkem asi čtyři kilometry a stanul před různými představiteli židovské i římské správy. Následně byl zbičován a donucen vynést svůj kříž na vrchol Golgoty. Odhady hmotnosti kříže se pohybují od 35 do bezmála 60 kilogramů. S určitými problémy urazil Ježíš s touto zátěží cestu dlouhou asi 600 metrů.

Ježíše přibili na kříž kolem poledne. Předpokládá se, že hřeby byly zatlučeny do jeho nártů a zápleští. Podle historiků bylo běžné, aby oběti ukřižování umíraly po 24 až 36 hodinách utrpení. Ježíš však zemřel už po 3 až 6 hodinách. Z biblických textů vyplývá, že Pilát Pontský dokonce projevil údiv nad tím, jak rychle Ježíš zemřel. Dva zloději ukřižovaní společně s Ježíšem přežívali podstatně déle. Římané jim nakonec zlomili dlouhé kosti dolních končetin, aby uspíšili jejich smrt. To byla celkem běžná praxe.

Předpokládá se, že zlomení dlouhých kostí uspíšilo smrt několika mechanismy. Pokud byly zároveň vážně poškozeny velké cévy, mohlo dojít k vykrvácení. Dalším následkem zlomenin mohla být embolie. Nelze vyloučit, že se na urychleném úmrtí podílely i dýchací obtíže, které nastaly, když odsouzenovo tělo nebylo nadále podpíráno dolními končetinami a plnou vahou viselo za končetiny horní. Ježíš však byl zlomení nohou ušetřen. Co jej zahubilo? Podle některých teorií nebyl při snímání z kříže mrtev. Mohl se nacházet v hlubokém bezvědomí. Jeho život by pak ukončila rána kopím do hrudi, kterou mu zasadil jeden z římských vojáků.

Jak na ukřižování

Z antických dob se nedochovály žádné texty s instrukcemi pro ukřižování. Historici mohou čerpat jen ze zpráv lidí, kteří se stali svědky tohoto způsobu popravy. Takových textů existuje řada. K nejčastějším patří právě popis ukřižování Ježíše z Nazaretu. Zprávu o masových ukřižováních stovek židovských zajat-



Ukřižování. | Malba: Andrea Mantegna (1457-59)

ců v Jeruzalémě v roce 70 n. l. lze najít v díle židovského učenice Josepha Flavia. Podobnou popravu popsali například i Seneca nebo Plutarchos. Ukřižování Ježíše z Nazaretu je kromě evangelíí Nového zákona popsáno i v dílech římských historiků, jako byl Cornelius Tacitus, Plinius mladší nebo Suetonius. Zmíněno je i v dílech řeckých historiků Thalia a Flegona.

Archeologové nemají až na výjimky k dispozici hmatatelné doklady o ukřižování. Těla odsouzců sejmutých ze kříže byla často pohozena na smetiště, kde se o jejich likvidaci postarali toulaví psi a divá zvěř. Jedním z jasných dokladů ukřižování jsou ostatky mladého židovského muže z doby římské nalezené v 60. letech minulého století v Izraeli. V jeho patní kosti vězí železný hřeb o délce 11,5 centimetru. Hřeb byl zatlučen z vnější strany paty a pronikl celou kostí. Hrot hřebu je ohnutý. Zřejmě od toho, jak při zatlučení narazil na suk nebo na jiný hřeb. Na vnější straně paty se u hlavy hřebu dochovaly zbytky olivového dřeva. Zřejmě byl přitlučen k patě přes dřevěnou destičku,

jež měla zabránit jeho vytržení z nohy oběti. V protikladu s obvyklou představou tedy muž nebyl přibit na kříž hřeby zatlučenými do nártů. Jeho noha byla přibita k postranní stěně svislého břevna kříže za patu. Kostí horních končetin ukřižovaného muže nenesou stopy po hřebech a dá se předpokládat, že byl k příčnému břevnu přivázán. Není jasné, zda byl tento muž ukřižován hlavou nahoru, nebo hlavou dolů, popřípadě v některé z mnoha dalších pozic, v nichž byli odsouzceni na kříž v římských dobách přibíjeni.

Někteří vědci usuzují na okolnosti ukřižování Ježíše z Nazaretu a příčiny jeho smrti z tzv. turínského plátna, do něhož bylo údajně zabaleno jeho tělo po sejmutí z kříže. O pravosti turínského plátna však existují vážné pochyby. Radiouhlíkové datování dokazuje, že jde o středověký padělek z doby mezi lety 1260 a 1390. Proto většina badatelů nepovažuje turínské plátno za hodnověrný zdroj informací.

Traumaty navozená koagulopatie

Z toho, jak Ježíš absolvoval soud-

ni procesy a pěší přesuny, se dá usoudit, že šlo o mladého muže pevného zdraví a dobré fyzické kondice. Mnohé nasvědčuje tomu, že trpěl silným stresem, v jehož důsledku u něj došlo k hematomu. Jeho psychiku jistě poznamenal i fakt, že jej opustili učedníci.

Smrt ukřižovaných lidí bývá přičítána souhrně řady faktorů. Nejstarší lékařské studie připisují smrt Ježíše z Nazaretu „puknutí srdce“. Pozdější práce rozpracovaly teorii, podle které byla příčinou Ježíšovy smrti synkopa. Ježíš byl stejně jako jiní odsouzcenci před přibitím na kříž bičován. Následkem toho mohl upadnout do traumatického šoku, který u něj způsobil akutní selhání ledvin. Bičování se projevilo i hypovolemií, rhabdomyolýzou a metabolickou acidózou. Rhabdomyolýza mohla spolu s těžkou dehydratací vyvolat pulmonální embolii.

V poslední době vzbudila pozornost práce amerického lékaře Josepha Bergerona z The Pain Clinic v indianské Terre Haute publikovaná ve vědeckém časopise Journal of Forensic and Legal Medicine. Ta přičítá Ježíšovu

smrt koagulopatii navozené traumaty. Bergeron vychází ze zkušeností traumatologů, podle kterých dochází zhruba u čtvrtiny pacientů po nejruznějších traumatech ke kombinaci několika komplikací, jež dramaticky zvyšují riziko náhlého úmrtí. V popředí je především kombinace tří faktorů – hypotermie, poklesu srážlivosti krve a následného těžké krvácení a nakonec acidózy narušující celý komplex biochemických reakcí v těle. Hypotermií podle Bergerona vyvolalo vystavení nahého Ježíše chladnému počasí, jaké vládlo počátkem dubna.

Pilátova role

Podle některých spekulací byl Ježíš navzdory bičování, přibití na kříž a ráně v hrudi stále živý. V pozadí prapodivného běhu událostí stál údajně Pilát Pontský, který sice věřil v Ježíšovu nevinu, ale zároveň se bál odporovat jeho nepřítelům. Vydal jim Ježíše, když mu pohrozili stížností u římského císaře. Dělal však prý všechno pro to, aby Ježíš měl šanci přežít. Prodlužoval páteční soudní proces tak, aby byl odsouzený ukřižován co nejpozději. V sobotu byl židovský svátek, během kterého tělo nesmělo být ponecháno na kříži. Pilát tak zajistil, aby byl Ježíš sejmut z kříže poměrně brzy, v době, kdy jako mladý muž na vrcholu fyzických sil stále ještě žil, i když už ztratil vědomí. Proto také Pilát nařídil, aby vojáci Ježíšovi nelámali nohy. Tak mohlo dojít k tomu, že Ježíš byl v pátek pozdě v noci uložen do hrobky, kde následně procitl z bezvědomí.

Spekulacím o příčinách smrti Ježíše z Nazaretu a dalších lidí, kteří byli v době římské ukřižováni, nebude v dohledné době konec. Jako nejracionalnější se zdá být závěr studie Matthewa Maslena a Pierse Mitchella publikované v roce 2006 v Journal of the Royal Society of Medicine. Autoři po shrnutí analýz a teorií o příčinách Ježíšovy smrti konstatují, že „v současnosti nemáme dost důkazů pro jednoznačný závěr, jak lidé v době římské umírali při ukřižování. Je celkem pravděpodobné, že různí odsouzcenci umírali z různých fyziologických příčin, a dá se předpokládat, že zásadní vliv měla poloha, v jaké byli ukřižováni.“

Ve službě Bohu a potřebným

Pomoc trpícím lidstvu se v období adventu a Vánoc stává naléhavějším tématem, a to i pro lidi, kteří se jí nevěnují z titulu své profese. Připomeňme si formou kvízu některé osobnosti středověkého ošetrovatelství, jež zasvětily svůj život službě bližním.

1. Ač sama těžce nemocná, neodmítla žádného z poutníků, kteří k ní do kláštera sv. Gildarda v Nevers proudili v zástupch. Bernadeta Soubirousová, řeholním jménem sestra Marie Bernarda, prodělala jako jedenáctiletá dívka cholera a od té doby to s jejím zdravím nebylo valné. Trpěla chronickým astmatem a rozedmou plic, výdutí aorty, revmatismem, bolestmi žaludku a její kosti postihla tuberkulóza a zhoubné bujení. Po několika chrleních krve zemřela jako pětáctiletá 16. dubna 1879, v roce 1925 byla blahověřena a osm let nato papežem Piem XI. prohlášena za svatou. Kromě obětavé pomoci potřebným ji celých 13 let řeholního života vyčerpávaly výslechy s cílem objasnit podstatu 21 zjevení Panny Marie, která měla během pěti měsíců, od 11. února do 16. července 1858, u jeskyně poblíž města Lourdy (francouzsky Lourdes), kde se počátkem roku 1844 narodila a které se po Bernadeti-
ných zjeveních stalo frekventovaným poutním místem. Ve kterém z 95 francouzských departementů (správních a administrativních územních celků dělicích se ještě na okresy a kantony) Lourdy leží?

- a) Horní Pyreneje (Hautes-Pyrénées)
- b) Horní Savojsko (Haute-Savoie)
- c) Horní Alpy (Hautes-Alpes)



Tělo sv. Bernadety údajně nepodléhá rozkladu, a tak ho v kostelní kapli kláštera v Nevers vystavují v průhledném sarkofágu.

2. Péči o chudé, postižené a nemocné uložil klášterům papež:

- a) Řehoř I. Veliký
- b) Benedikt II.
- c) Pius I.

3. Ošetrovatelské řády vznikaly od 10. století a nevycházely z filozofie nemoci, nýbrž ze služby Bohu. Byly trojího charakteru – církevní, světské a rytířské. Posledně jmenované byly zakládány v době válek a jejich členy se stávali rytíři vynávající jednoduchou zásadu: „Nepřítele zabijeme, ale zraněné ošetříme.“ Jedním z nejstarších a nejproslulejších byli johanité – rytířský a špitální řád sv. Jana Křtitele Jeruzalémského. Vyvinul se ze staršího bratrstva italských kupců z Amalfi, kteří kolem roku 1040 založili v Jeruzalémě, při kostele sv. Jana Křtitele, špitál pro ošetřování poutníků k Božímu hrobu. Zakladatelem johanitského řádu byl:

- a) Vincenc z Pauly
- b) Pierre-Cérard de Martigues
- c) Norbert z Xantenu

4. *Per corpus ad animam* (prostřednictvím péče o tělo k duši člověka) bylo heslo špitálního řádu původem ze Španělska, za jehož zakladatele je považován Jan z Boha, vlastním jménem Juan Ciudad. Řád se zaměřoval na ošetrovatelství a léčení v nově budovaných zdravotnických a sociálních zařízeních, na cha-



Jan z Boha

ritu a misijní činnosti. Nemocným se věnovali i řádoví bratři s lékařským vzděláním či školení ošetrovatelé. Sám Jan z Boha patřil k průkopníkům moderní ošetrovatelské péče, kterou pojímal komplexně – jako péči o celého člověka. Rozděloval nemocné podle jejich onemocnění a potřeb, všiml si duševně chorých a jejich prožitků a přísně dbal na hygienické zásady. Po roce 1605 řád rozšířil svou působnost také na české země – na své panství do Valtic na jižní Moravě jej pozval kníže z Lichtenštejna. Do Prahy, do kostela sv. Šimona a Judy, řád přišel v roce 1620, dále se usídlil v Novém Městě nad Metují, Prostějově a Brně, kde si vybudoval základnu v konventu s nemocnicí, založenou v roce 1749. O který řád se jedná?

- a) Řád Křižovníků s červenou hvězdou
- b) Řád sv. Ducha
- c) Řád Milosrdných bratří

5. „Dokud mi nerozdá Wartburg, jsem spokojen,“ zastal se své ženy Alžběty Durynské (zvané také Alžběta Uherská) durynský lanckrabě Ludvík IV., jehož značný majetek mladičká a nesmírně zbožná manželka rozdávala chudým a nemocným. Myslela však dál a podnikala i „preventivní“ opatření proti chudobě – práce schopným poddaným opatrovala pracovní nástroje a najímala je na stavby silnic a mostů. Alžběta žila s Ludvíkem od svých 14 let na hradě Wartburg. Po setkání s františkánskými mnichy se nadchla pro ideál chudo-

by sv. Františka z Assisi. Zbavila se drahých šatů a šperků, před vstupem do kostela odkládala i vévodskou korunku. Se služebnictvem zacházela vlídně, ke svým komorným se chovala jako k přítelkyním a společně s nimi se starala o nemocné ve špitálu, který nechala postavit pod Wartburgem. S podporou manžela a navzdory odporu příbuzných i okolní šlechtě v něm pečovala také o malomocné a oběti moru. „Černá smrt“ bohužel dostihla na křížové výpravě i Ludvíka a z Alžběty, matky čtyř dětí, učinila ve dvaceti letech vdovu. Nenáviděná manželovou rodinou odešla do Marburgu a připojila se k řádu sv. Františka. Také v Marburgu vybudovala špitál, kde sama denně sloužila a v roce 1231 ve věku 24 let zemřela – buď na mor, nebo fyzické vyčerpání. Její život a obětavost byly tak příkladné a pověst o nich natolik silná, že Alžbětino svatořečení papežem Řehořem IX. se odehrálo již v roce:

- a) 1235
- b) 1241
- c) 1331



Alžběta Durynská

Legendy o sv. Alžbětě

- Jednou přivedla do hradu Wartburg malomocného a uložila jej do své postele. Když se o tom dozvěděl její manžel, pobouřen vtrhl do komnaty. Pod pokrývkou však místo malomocného spatřil Ukřižovaného, obklopeného nebeskou září.
- Klidem, kteří zdůrazňovali svou zbožnost vážností, podotýkala: „Divní lidé, tváří se, jako by chtěli Boha strašit, místo aby mu svou obět snášeli s veselou tváří.“

6. Svatá Alžběta bývá někdy nazývána Matkou chudých a nemocných. Legendy se o ní vyprávěly již za jejího života, její životopis později sepsal i Tomáš Štítný ze Štítného. Za patronku si ji mimo jiných sdružení a společenství zvolil i řád sv. Alžběty, původně řeholní terciárky sv. Františka z Assisi. Která žena však v první polovině 17. století řád sv. Alžběty založila?

- a) Apolonie Radermacherová
- b) Terezie Helvigová
- c) Anděla Merici

7. Alžběta Durynská měla velký vliv na svou sestřenicí Anežku Přemyslovnu, známou jako sv. Anežka Česká. Také Anežka proslula svou dobročinností, milosrdenstvím, nezištnou láskou k bližním a obětavostí ve službě nemocným a chudým, takže o její svatořečení usilovala v první polovině 14. století už Eliška Přemyslovna a poté i Karel IV. Teprve v roce 1874 však byla papežem Piem IX. blahověřena a v roce 1989 papežem Janem Pavlem II. prohlášena za svatou. Kdo byl Anežčiným otcem?

- a) Přemysl Otakar I.
- b) Václav I.
- c) Přemysl Otakar II.



Anežka Česká

8. Po smrti Anežky České převzala její roli v péči o nemocné v pražském klášteře Na Františku její praneteř Kunhuta z rodu Přemyslovců. V roce 1291 se na žádost Václava II. provdala za piastovského knížete Boleslava II. Mazovského. Porodila mu tři děti, ale nešťastné manželství bylo v roce 1302 rozvedeno. Kunhuta poté působila až do konce života v roce 1321 jako abatyše kláštera sv. Jiří na Pražském hradě. Václav II. byl její:

- a) otec
- b) bratr
- c) poručík



Václav II.



Hrad Lemberk, kde Zdislava žila se svým mužem Havlem.

9. Další česká ochránkyně chudáků a nemocných, Zdislava z Lemberka (asi 1220–1252), byla svatořečena v roce:

- a) 1907
- b) 1995
- c) 2001

10. Česká a polská královna a mecenáška Eliška Rejčka (1288–1335) z dynastie Piastovců se jako jediná žena v české historii stala královnou nejen dvakrát, ale i po boku dvou mužů. O prvního manžela, Václava II., přišla jako sedmnáctiletá. Následně se opět provdala, za Rudolfa Habsburského, ale v devatenácti se stala vdovou podruhé. Rejčka pak kvůli intrikám Přemyslovců (Anny a Elišky) opustila Pražský hrad a uchýlila se pod ochranou Habsburků do jednoho ze svých pěti věnných měst – Hradce Králové. Lesk jejího dvora a vliv (dokonce i na krále Jana Lucemburského, manžela Elišky Přemyslovny, které

mu půjčovala peníze) jí vynesly přezdívku „hradecká královna“. V roce 1318 přesídlila do Brna, aby byla blíž své lásce Jindřichu z Lipé, mocnému českému šlechtici zastávajícímu úřad moravského hejtmána. V Brně založila roku 1323 ženský cisterciácký klášter se špitálem, baziliku Nanebevzetí Panny Marie a v roce 1324 farní kostel sv. Vavřince. Zasloužila se rovněž o vznik osmi cenných iluminovaných rukopisů. Poslední léta života věnovala charitativní činnosti a sbírání svatých ostatků. Zemřela v roce 1355 a je pohřbena pod podlahou baziliky Nanebevzetí Panny Marie po boku Jindřicha z Lipé. Eliška (nebo také Alžběta) se původně jmenovala Richenza (Rixa), Češi ji však „překřtili“ na Rejčku. Neobvyklé jméno získala po matce, která byla původem:

- a) Polka
- b) Němka
- c) Švédka



Bazilika Nanebevzetí Panny Marie ve Starém Brně, založená Eliškou Rejčkou. | Foto: Wikimedia

11. Již ve 12. století intuitivně užívala pro léčbu bolavých kloubů výtažky ze zvířecích chrupavek – želatinu. Na středověkou ženu měla nebývale široký rejstřík zájmů, aktivně se zajímala o vědu, medicínu a vše, co patřilo k životu. Kombinovala přírodní postupy s moderními poznatky a duchovní moudrostí, sestavovala nemocným bylinné směsi a upravovala jídelníček tak, jak to spatřila ve svých božských vidinách. Poznala léčivou moc kamenů a sepsala jejich vlastnosti a způsoby aplikace. Respektovala vliv psychiky na celkový zdravotní stav, cizí jí nebyly ani principy balneoterapie. Zabývala se také fenoménem ženství a její léčitelská a bylinářská doporučení patří dodnes k pokladům alternativní medicíny. Věnovala se i hudbě, je autorkou básní a textů zpívaných ženskými hlasy jako gregoriánský chorál. Své božské vize shrnula osobitou, spíše hovorovou latinou, kvůli níž bylo celé její dílo často vysmíváno a znevažováno, do knihy „Scivias“ („Cestyvěz“), je také autorkou lékařských a botanických encyklopedií a moralizujících spisů.

Jak se tato mystička, přírodovědkyně, léčitelka, hudební skladatelka a spisovatelka, členka benediktinského řádu, jmenovala?

- a) sv. Walburga
- b) Terezie z Lisieux
- c) Hildegarda z Bingenu



„Scivias“ („Cestyvěz“)

12. „A proto já, Trotula, pohnuta útrapami žen a na naléhavé žádosti některých z nich, jsem začala psát tuto knihu o chorobách, které postihují jejich pohlaví.“ Trotula de Ruggiero, autorka spisu „De mulierum passionibus“ o 63 kapitolách, žila v 11. století a byla průkopnicí gynekologické péče. Vystudovala lékařství na Salernské univerzitě, kde také přednášela. Do me-



„De mulierum passionibus“

dicíny přinesla do té doby téměř nedostupné informace o anatomii ženského organismu, menstruaci, těhotenství, porodu či ženských nemocech. Odmítala středověký názor, že porodní bolesti jsou trest za ženiny hříchy, a doporučovala mírnit je opiáty. Velkou pozornost věnovala užití bylin, zdůrazňovala význam rekonvalescence a odpočinku. Příčiny neplodnosti podle Trotuly mohou být:

- a) jen na straně ženy
- b) jen na straně muže
- c) na straně muže i ženy

13. Santa Fabiola di Roma byla jedna z urozených a bohatých žen, které se sklonily k nuzákům a churavým. V Římě založila velký útulek, kde oběťava pečovala o nemocné a nedbala na újmy včetně bolestivých zranění, které při tom utrpěla. Než se po vzoru svého současníka, sv. Jeronýma, vzdala světského života a statků, zakusila manželské „peklo“ po boku zhyralého muže a pochovala druhého manžela. Fabiola pak soustředila veškerý zájem na potřeby církve a starost o chudáky. Kostelům a náboženské obci v Římě věnovala značný finanční obnos, investovala však i v jiných částech Itálie. Velkou oporu v charitativní činnosti našla v senátoru Pammachiovi, který se věnoval oblasti školství, výchovy a vzdělávání. Když zemřela, vděční Římané jí vystrojili velkolepý pohřeb. Ve kterém století Fabiola žila?

- a) ve 4. století
- b) v 9. století
- c) v 11. století

14. Slezká kněžna, světice a patronka Hedvika Slezká (1174–1243) patří k osobnostem, které byly za obětavost při péči o chudé a nemocné, za příkladný život v pokoře a odříkání, za šíření křesťanské víry a také za aktivity v zakládání nemocnic, ošetrovatelských ústavů a klášterů prohlášeny svatými záhy po své

smrti. Hedvice se této posmrtné pocty dostalo v roce 1267. Její činnost je spojena zejména s okolím města Třebnice (polsky Trzebnice), kde v roce 1203 založila první ženský klášter na území Slezska.

Její soukromý život se podobá osudům urozených žen té doby a lemují jej hroby nejbližších... Už ve dvanácti letech ji otec z mocensko-politických důvodů provdal za vratislavského a opolského knížete Jindřicha I. Bradatého, kterému ve třinácti porodila první dítě. Po porodu sedmému dostala od manžela souhlas žít s ním nadále ve zdrženlivosti. Jindřich navíc financoval její zakladatelské počiny a dobročinnost. V roce 1238 však padl ve vnitropolských válkách a o tři roky později Hedvika ztratila ve válce proti Tatarům i nejmilovanějšího syna Jindřicha II. Pobožného. Další syn Konrád, který s Jindřichem vedl bratrovražednou válku a prohrál, zemřel po pádu z koně. Hedvičina sestra Gertruda byla zavražděna, bratři museli odejít z rodného Bavorska do exilu, o dceru Gertrudu se ucházel průdas a násilník Ota VIII. Wittelsbašský...

Hedvika Slezká však byla neobvykle silná žena a všechno vydržela. Vedla přísně asketický život. Po narození dětí se z ní stala vegetariánka, pila pouze vodu a držela dlouhé půsty. Oděvem se nelišila od služebných, nelihovala si v krásných šatech ani špercích. Které atributy jsou obvykle součástí vyobrazení této světice?

- a) kalich s hostií či monstrance, meč nebo kladivo, figurka otce u nohou, někdy pochodeň či páv
- b) koš s chleby, mísa s rybami, koš růží
- c) bosé nohy, cisterciácký oděv, model kostela v ruce

ÚSMĚVY ZDN

Hrst fotek na závěr...

Možná přijde i kouzelník! | Foto: Leoš Chodura



Ta káva je jakási ztuhlá, Maryšo! | Foto: Leoš Chodura



Tak, dnes si vyzkoušíme žáka Linharta... | Foto: I. LF UK



...a vy ostatní se můžete posadit. | Foto: Leoš Chodura



A ještě jednu na čumáček... | Foto: Leoš Chodura



Tak to asi nevydýchám, pane profesore. | Foto: Leoš Chodura