



ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

mf
MLADÁ FRONTA

CENA 28 Kč, PŘEDPLATNÉ 23 Kč

ČTRNÁCTIDENÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ A FARMACII

14/2012 Toto číslo vyšlo 16. 7. 2012



POLEMIKA

Digitalizace zdravotnictví
je nutnost.
Ale víme vlastně proč?

STRANA 10



PŘEDSTAVUJEME

MUDr. Jána Lidaje,
primáře Přírodních
léčebných lázní Smrdáky

STRANA 30



Z HISTORIE

Medicína ve vitrínách
(poklady lékařských muzeí
olympijského Londýna)

STRANA 32

Zrušení stropů u zdravotního pojištění prošlo prvním čtením

Poslanecká sněmovna v prvním čtení jednomyslně podpořila návrh novely zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, a přikázala jej k projednání ve výborech. Osud předlohy je však i přesto nejistý.

Smyslem novely je zrušení stropů pro odvody do povinného veřejného zdravotního pojištění, od něhož si předkladatelé z KSČM v čele se Soňou Markovou slíbují posílení principu solidarity a navýšení příjmů do veřejného zdravotního pojištění. Institut maximálního vyměřovacího základu byl do našeho právního řádu zaveden před 5 lety, a to pro odvody jak na zdravotní, tak i na sociální pojištění.

Poprvé byl strop pro odvody do zdravotního pojištění stanoven novelou provedenou zákonem č. 261/2007 Sb. Po kritice a nárůstu deficitu na účtech zdravotních pojišťoven byl zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění opět novelizován (zákon č. 362/2009 Sb.) a hranice, od níž se zdravotní pojištění neplatí, byla výrazně navýšena. Levice ale dlouhodobě požaduje, aby byla horní hranice pro odvody zcela zrušena.

Podle zástupkyně předkladatelů Soni Markové (KSČM) totiž narušuje princip solidarity, protože osoby s vysokými příjmy, které stanovenou hranici překračují, se na tvorbě fondu zdravotního pojištění podílejí nižším procentem než ostatní pojištěnci. Pravou část politického spektra se však Marková snažila oslovit především ekonomickým přínosem novely pro systém financování zdravotní péče.

(pokračování na straně 2)

Většinu volně prodejných léků již pojišťovny nehradí

Zdravotní pojišťovny přestaly dle zákona o veřejném zdravotním pojištění od července platit zhruba 150 přípravků, které dosud byly ve volném prodeji i na recept. Menší zdravotní pojišťovny chtěly některé léky hradit i nadále, VZP ale udělila výjimku pouze třem skupinám.

Kvůli přechodným ustanovením zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, zanikly na konci června výše a podmínky úhrad léčivých přípravků, které mohou být vydávány i bez lékařského předpisu. Úhrady skončily

léčivým přípravkům, pro něž SÚKL nedostal do 1. června 2012 žádost o ponechání úhrady od všech zdravotních pojišťoven. VZP se uvolila nadále hradit tři skupiny volně prodejných léků (multienzymové přípravky, ibuprofen a umělé slzy). Učinila tak ale až poté, co ministerstvo zdravotnictví vydalo prohlášení, ve

kterém pojišťovnu žádalo, ať neblokuje dohodu s ostatními pojišťovnami. Svaz zdravotních pojišťoven ČR (SZP), který sdružuje zaměstnanecké a oborové zdravotní pojišťovny, totiž navrhoval ponechat úhradu u 11 skupin léků o 120 položkách. „Je to v zájmu pacientů, a to především těch, kteří se léčí (pokračování na straně 2)



Milada Emmerová:
Princip solidarity
v oblasti
zdravotnictví je
klíčový ve všech
vyspělých zemích.

Foto: Profimedia



9 771805 235003 14

Zrušení stropů u zdravotního pojištění prošlo prvním čtením

(pokračování ze str. 1)

Stabilizace příjmů pojišťoven

Soňa Marková, jež je současně také členkou správní rady Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), uvedla, že jen VZP přišla od roku 2009 kvůli zastropování pojistného o přibližně 10 miliard korun. Tuto částku prý potvrzují auditem přijaté odhady. „Považuji to za programovou snahu pravicové vládní koalice podkopat příjmy ze solidárních veřejných finančních prostředků a nahradit je penězi ze stále hubenějších kapes pacientů,“ řekla poslankyně.

Podle Markové neobstojí ani argument o podpoře podnikání, neboť většina OSVČ na maximální vyměřovací základ vůbec nedosáhne. „Případnou podporu podnikání těchto osob ze strany státu nespatřujeme ve snížení pojistného na všeobecné zdravotní pojištění, ale stát by měl hledat jiná, efektivnější opatření,“ tvrdí Marková. Podle předkladatelů předloha nemá negativní dopad na státní rozpočet, ani na rozpočty krajů. „Náš návrh příznivě

ovlivní tvorbu fondu zdravotního pojištění a následně i úroveň a zabezpečení zdravotní péče,“ vyjádřila své přesvědčení Marková.

Klíčový princip

S návrhem komunistických poslanců se ztotožňují i sociální demokraté. Poslankyně Milada Emmerová (ČSSD) poznamenala, že princip solidarity v oblasti zdravotnictví je klíčový ve všech vyspělých zemích, přičemž zmínila i právě probíhající reformu zdravotnictví v USA, kde dochází k posílení tohoto principu.

Vzhledem k současné neutěšené situaci v oblasti financování zdravotnictví je Milada Emmerová toho názoru, že s trvalým „odstropováním“ neměli přijít komunisté, nýbrž sama vláda, která prý problematiku financování zdravotní péče řeší nevhodnými kroky, jež povedou pouze k omezení dostupnosti péče.

„Tento návrh podporuji, protože by měl významně zlepšit příjmovou stránku VZP. Stát by měl ale navíc zvýšit i pojistné za své pojištěnce, a pokud nedojde k pozitivním a racionálním změnám

v organizaci zdravotní péče, počítat také s intermitentní finanční injekcí. O tom však nemohou sólově rozhodovat zdravotní pojišťovny,“ uvedla poslankyně Emmerová s narážkou na memoranda o redukci a o optimalizaci lůžkové sítě.

Pojištění nebo daň?

Přestože koaliční poslanci návrh opoziční KSČM v prvním čtení nezamítli a naopak podpořili jeho projednání ve výborech, nejsou přesvědčeni o tom, že by pozitivní trvalého zrušení institutu maximálního vyměřovacího základu pro výši zdravotního pojištění převážila.

„Jsem přesvědčen, že takovýto krok se negativně projeví na konkurenceschopnosti České republiky, nazaměstnanosti, na atraktivitě v segmentech, jako jsou podniky a zaměstnavatelé v oblasti výpočetní techniky, poradenských služeb a podobně,“ konstatoval poslanec Marek Šnajdr (ODS), podle kterého je určitá míra zastropování sociálního a zdravotního pojištění běžná téměř v každém státě.

Užívání termínů zdravotní a sociální pojištění je podle Marka Šnajdra zavádějící, neboť se prý v principu jedná spíše o daň. V tom se shoduje se svým stranickým kolegou Borisem Štátným, který by dokonce rád navrhl, aby se tento termín pro přesnost v zákonech přepsal. Obecně však se současnou podobou „zdravotní daně“ nesouhlasí.

„Mělo by být snahou vlády a konkrétně ministerstva zdravotnictví, aby se tato daň pokud možno co nejdříve změnila na skutečné zdravotní pojištění nebo alespoň byla kombinací nějaké rovné zdravotní daně, která bude zajišťovat solidaritu,“ navrhl poslanec Štátný s tím, že zdravotní pojištění by v budoucnu mělo reflektovat i tzv. vypočitatelnou míru rizika.

„Nedá se to udělat tak, že skutečně nemocný člověk bude automaticky pokutován. To je nesmysl, protože někdo může mít už od narození nějakou zdravotní predispozici nebo indispozici, kterou nemohl žádným způsobem ovlivnit. Ale v případě prevence by tato věc měla být nastavena jako

skutečně reálné pojištění,“ vysvětlil Boris Štátný.

Vláda stropy dočasně zruší

Vláda se k návrhu poslanců KSČM vyslovila negativně. Podle ministra zdravotnictví Leoše Hegeře (TOP 09) je hlavním důvodem, že zrušení maximálního vyměřovacího základu u zdravotního pojištění je již součástí vládního balíku stabilizačních opatření, a to pro léta 2013–2015. „V těchto letech je hospodaření země nejvíce ohroženo, ale po roce 2015 je možné očekávat vyšší přísun peněz ze zdravotního pojištění,“ řekl ministr.

K dočasnému odstranění maximálního vyměřovacího základu prý koalice dospěla i přesto, že mezi členy vlády převládá názor, že současné nastavení limitů zaručuje dostatečnou míru solidarity. „Zastropování, které odpovídá šestinásobku průměrné roční mzdy, znamená, že lidé, kteří jsou dostatečně bohatí a pobírají mzdu okolo 1,8 milionu korun, tak platí do systému zhruba desetkrát více, než je průměrný náklad na průměrného občana ročně,“ vypočetl Leoš Heger, podle něhož je míra solidarity především věcí politického rozhodnutí.

Filip Kút Citores

Většinu volně prodejných léků již pojišťovny nehradí

(pokračování ze str. 1)

s vážnými nemocemi, jako jsou onkologické choroby, cystická fibróza nebo onemocnění slinivky břišní. Proto jsme se již dříve přiklonili k názoru expertů tyto léky hradit i po 30. červnu,“ zdůraznil prezident SZP Jaromír Gajdáček.

Velká balení léků na alergii hradí pojišťovny i nadále, týká se to hlavně antihistaminik. Malá ba-

lení antihistaminik, přípravky na léčbu kašle, bolesti či překyselení žaludku, některá laxativa a léky na kožní problémy již ale hrazeny nebudou. „Problém bude u přípravků s vápníkem, protože pacienti s osteoporózou za ně nemají náhradu a budou si je muset kupovat. Pojišťovny přestanou hradit také promazávací, která pomáhají malým dětem na ekzémy,“ podotkl mluvčí České lékárnické komory Aleš

Krebs. Pacienti podle něj na poslední chvíli skupovali léky do zásoby, protože měli od ošetřujících lékařů recepty na větší množství, než je běžně psaná dávka.

Úspory na prvním místě

Dohoda s VZP o tom, které léky zůstanou hrazeny, ale vázla. Největší pojišťovna již nadále nechce tak velký objem volně prodejných léků hradit. „Úhrady z veřejného zdravotního pojištění u léčivých

přípravků pro nemocné s cystickou fibrózou, pro děti trpící bolestmi a pro pacienty se syndromem suchých očí budou zachovány. V ostatních oblastech bude pojišťovna šetřit finanční prostředky v objemu 200 milionů korun za léky, které si každý může sám koupit v lékárně. Navíc se VZP podařilo dojednat snížení ceny některých preparátů na polovinu, což se v bilanci pojišťovny rovněž projeví pozitivně,“ uvedl mluvčí VZP Jiří Rod s tím, že až SÚKL tyto léky schválí, bude pojišťovna požadovat ještě obnovu úhrady u některých dalších přípravků.

Pacienti, zavolejte ombudsmana

Ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) od nově platné legislativy očekává, že se vyřazením levných léků z veřejných peněz dosáhne roční úhrady až 400 milionů korun. Situace podle něj pacienty nijak neohroží, protože si prý většinou kupují volně prodejné léky sami.

Senátorka a viceprezidentka Svazu pacientů Alena Gajdůšková (ČSSD) však vidí celý problém opačně. „Ministerstvo tvrdí, že jeho opatření neomezují přístup ke zdravotní péči, praxe ale vypadá jinak. Lidé mají mimo to, co odvádějí na zdravotním pojištění, zaplatit další půl miliardy korun podnikatelům ve zdravotnictví,“ uvedla senátorka Gajdůšková s tím, že pacienti mají volně prodejné léky bez úhrady bojkotovat a požadovat z dané skupiny plně hrazený přípravek.

Pokud takový lék nedostanou, mají se obrátit na patientského ombudsmana. V Česku působí čtyři – Marcel Chládek, Milada Emmerová, Alena Gajdůšková a Josef Tancoš (všichni ČSSD). Iniciativa se nabádáním pacientů snaží vymoci ústavní právo každého pacienta na bezplatnou zdravotní péči z veřejného pojištění, tedy že v každé skupině léků musí být jeden plně hrazený přípravek.

Petra Klusáková

Mnichovo Hradiště má stanici záchranné služby

Nová výjezdová stanice záchranné služby ve Středočeském kraji byla otevřena v Mnichově Hradišti. Její sídlo je strategicky umístěno u rychlostní silnice R10.

Jedná se o 38. výjezdové stanoviště ve středních Čechách. Na Mladoboleslavsku předtím působily jen tři posádky záchranářů se sídlem v Mladé Boleslavi. V celém

kraji nyní vyjíždí na 40 jednotek rychlé zdravotnické pomoci a přibližně stejný počet jednotek rychlé lékařské pomoci. Kraj na provoz záchranných služeb ročně vydává

kolem 400 milionů korun. V rámci středních Čech operují i dvě vodní záchranné služby, které ale mají jiné provozovatele – Asociaci samaritánů ČR. (iso, ČTK)

Nebojte se žádat o léky bez doplatků

Pacientská ombudsmanka a viceprezidentka Svazu pacientů ČR senátorka **Alena Gajdůšková** vyzývá pacienty, aby se domáhali svých zákonných práv.

Jak má pacient postupovat, aby nemusel doplácet za léky, a o co konkrétně si má požádat u svého lékaře?

Pokud je pacient v situaci, kdy nechce nebo nemůže na léky doplácet, měl by lékaře požádat, aby mu na jeho potíže předepsal lék bez doplatku. Podle vyjádření ministerstva v každé lékové skupině takový lék je. Měl by tedy existovat lék bez doplatku na každou nemoc a pacienti na něj mají zákonné právo. Doporučujeme jim proto, aby po svých ošetřujících lékařích požadovali předepisování takových léků, na které již nemusejí doplácet, a v praxi tak trvali na dodržení ústavního principu práva na bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného zdravotního pojištění.

Vyzýváte k bojkotu léků. Co má ovšem pacient dělat, pokud mu lékař odmítne takový lék napsat?

Pacient by se měl ptát, proč mu lékař odmítá napsat lék bez doplatku. Pokud si lékař jen myslí, že lék s doplatkem pro něj bude lepší, pak je na rozhodnutí pacienta, čemu dá přednost. A pokud lékař řekne, že takový lék neexistuje, pak by pacient určitě měl dát vědět Svazu pacientů ČR nebo by se měl se svým požadavkem obrátit přímo na ministerstvo zdravotnictví. My se budeme snažit dosáhnout toho, aby byl lék bez doplatku na určitou diagnózu zařazen. To je také smyslem naší výzvy. Protože u nás mají všichni lidé zdravotní pojištění, pak také každý musí mít v souladu s Ústavou ČR přístup k odpovídající léčbě.

Může se pak pacient spolehnout na to, že po něm lékárna nebude chtít žádné platby?

Lékař by měl mít přesnou informaci o tom, na které léky se doplácí a na které ne, a lékárnou by

tato ustanovení měly respektovat. Ale zase – pokud se tak neděje, měli by nás na to lidé upozornit.

Jaké jsou povinnosti lékařů v tomto případě?

Lékař má povinnost informovat pacienta o možnostech, které v léčbě – a tedy i volbě léků – má tak, aby se pacient mohl rozhodnout na základě odpovídajících informací.

Na co má pacient nárok v lékárně?

Vůči lékárně se asi v případě předepsaného léku nedá mluvit o žádném nároku. Snad jen o tom, že pokud jej lékárna nemá na skladě, měla by ho objednat. Problém je, když příslušný lék není ani v centrálních skladech. Kvalifikovaní lékárníci umí většinou doporučit náhradní lék. V případě pacientů, kteří užívají více léků, bych ale doporučovala znovu se poradit s léka-

řem. Ne všechny preparáty se spolu dobře snášejí.

Co mají udělat pacienti, kteří nejsou s postupem lékaře nebo lékárnou spokojeni?

Pokud mají špatné zkušenosti nebo dostanou informaci, že na jejich nemoc plně hrazený lék není, nechť tuto skutečnost sdělí svému pacientskému ombudsmanovi (na adresu patientsky.ombudsman@pacienti.cz) nebo přímo na Svaz pacientů ČR (na adresu poradna.leky@pacienti.cz). Poskytnou nám tak cenné informace a pomohou s argumenty pro cestu k nápravě.

S čím může pacientský ombudsman občanům pomoci?

Pacientský ombudsman je zde proto, aby vrátil důvěru mezi pacienty a zdravotníky. Jeho úkolem je zajištění kvalitní komunikace v systému pacient – lékař. Zejména tam, kde mají nemocní pocit, že jsou

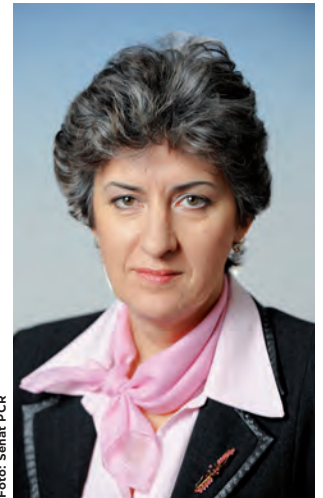


Foto: Senát PCR

nějakým způsobem poškozování, že se nemohou dovolat, zkrátka že je nikdo neposlouchá a nikdo s nimi jejich situaci neřeší. Jeho úkolem je hledat řešení a daný případ s lékaři projednat. Seznam pacientských ombudsmanů je k nalezení na stránkách Svazu pacientů ČR: www.pacienti.cz

Jana Vichová

Českým narkomanům hrozí nákaza antraxem

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti je silně znepokojeno výskytem antraxu v německém příhraničním Řezně a upozorňuje na možná rizika výskytu antraxu v Česku.

„Německý institut Roberta Kocha vydal zprávu, že v sousedním příhraničním Řezně byla v krátkém čase již podruhé zjištěna bakterie antraxu u člověka s nitrožilním užíváním drog. Tento člověk byl hospitalizován s horečkami a otokem v místě vpichu, jeho krev byla pozitivně testována na *Bacillus anthracis*. Stav

pacienta je nyní stabilizován, případ je předán německé policii k přešetření. Začátkem června však v úplně totožném případě pacient po několika hodinách hospitalizace zemřel,“ sdělil naší redakci národní protidrogový koordinátor Jindřich Vobořil.

„Tyto případy navazují na výskyt antraxu u injekčních uživatelů

drog ve Skotsku, Anglii a Německu v letech 2010 a 2012. Celkem 47 případů bylo ze Skotska, z toho 13 smrtelných, 5 případů z Anglie a 3 případy ze sousedního Německa,“ dodal koordinátor.

V ČR zatím nákaza zjištěna nebyla

Antrax je bakteriální infekce

způsobená bakteriemi *Bacillus anthracis*. Spory antraxu jsou velmi odolné a mohou přežívat v prostředí po mnoho let. Existují tři formy lidského onemocnění podle způsobu nákazy: kožní, plicní a střevní.

„Toto onemocnění je spojeno nejčastěji s bakteriální kontaminací heroínu vyrobeného ve střední

Asii, především v Afghánistánu, a proto jsou zvláště ohroženi uživatelé této látky. V tuto chvíli nebyl v Česku diagnostikován žádný případ, nicméně onemocnění se pravidelně objevuje u našich nejbližších sousedů, a proto je nutné v případě příznaků vyhledat lékařskou pomoc,“ upozornil Jindřich Vobořil. (klu)

Inzerce A121008971



Lázně Františkovo Lázně a. s.

vypisuje výběrové řízení na pozici:

VEDOUcí LÉKAŘ a SEKUNDÁRNÍ LÉKAŘ
Oddělení lázeňské léčebně rehabilitační péče

NABÍDKA:

- zájem o velké lázeňské společnosti
- zajímavé finanční ohodnocení formou smluvního platu
- profesní růst s intenzivním dalším vzděláváním
- ubytování
- další zaměstnanecké výhody (jazykové kurzy zdarma, penzijní připojištění, stravné,...)

Přihlášku do výběrového řízení doloženou strukturovaným životopisem s přehledem dosavadní praxe, doklady o dosaženém vzdělání, platným rejstříkem trestů a čestným prohlášením uchazeče, že proti němu není vedeno trestní stíhání, zasílejte na adresu: **Lázně Františkovo Lázně a.s., Personální oddělení, Jiráskova 3/23, 351 01 Františkovo Lázně;** BLIŽŠÍ INFORMACE PODÁ ŘEDITEL LÉČEBNÉ PÉČE: **MUDr. Robert Michalič** tel. 739 247 874, e-mail: robert.michalic@frantiskovylazne.cz

POŽADAVKY na pozici VEDOUcí lékař:

- specializovaná způsobilost v oboru Rehabilitační a fyzikální medicína dle zákona č. 95/2004 Sb., navazující na základní atestaci či společný kmen přednostně v oboru vnitřní lékařství, neurologie, všeobecného lékařství či ortopedie
- praxe – 10 let ve zdravotnictví, z toho minimálně 3 roky praxe v oboru specializované způsobilosti RFM
- jazykové dovednosti – německý a ruský jazyk
- dobré organizační a manažerské schopnosti

POŽADAVKY na pozici SEKUNDÁRNÍ lékař:

- absolvent LF/společný kmen přednostně v oboru vnitřní lékařství, neurologie, všeobecného lékařství či ortopedie
- jazykové dovednosti – německý a ruský jazyk (základy)

VZP: Hradíme více operací katarakty než vyspělé země

Všeobecná zdravotní pojišťovna se důrazně ohrazuje proti tvrzení, že odmítá hradit operace šedého zákalu. V Česku se dle srovnání se světem operuje více než ve vyspělých zemích, pojišťovna si také stojí za tím, že u neakutních operací lze čekací dobu na operaci prodloužit.

„Pokud porovnáme počty provedených operací v ČR se zahraničím, pak je naprosto zřejmé, že počet operací katarakty u nás značně přesahuje počty operací provedených ve vyspělých zemích. Jen VZP hradí každoročně

okolo 70 tisíc operací katarakty, přitom dle odborných standardů by při počtu cca 6,2 milionu pojištěnců VZP byl podle porovnání přijatelný již počet 18 600 operací katarakty za rok, v případě operací obou očí dvojnásobek toho-

to počtu,“ říká mluvčí Všeobecné zdravotní pojišťovny Jiří Rod a cituje standardy České společnosti refrakční a kataraktové chirurgie ČLS JEP (ČSRKCH): „Pro zásadní omezení podílu katarakty mezi příčinami slepoty v dané geografické oblasti je potřeba provést v jednom kalendářním roce nejméně 3 tisíce operací na 1 milion obyvatel. Tento počet je dosažen a překročen pouze ekonomicky vyspělými zeměmi světa.“

Mluvčí dále připomněl, že operace katarakty jsou převážně výkonem plánovaným, nikoli akutním. Proto se doba objednání pacienta k tomuto výkonu může pohybovat i v řádu několika měsíců a rozhodnutí je na ošetřujícím lékaři, který nejlépe vyhodnotí naléhavost výkonu. Naprosto jiný postup se pochopitelně uplatňuje v případě akutního stavu pacienta.

Individuální regulace cen

VZP uzavřela pro rok 2012 s poskytovateli zdravotních služeb úhradové dodatky ke smlouvě

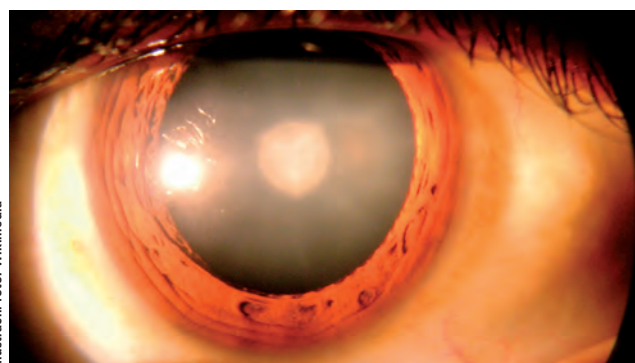
na operace katarakty tak, že jednotlivým pracovištím byl pro 1. pololetí letošního roku stanoven maximální finanční objem. „Celkově VZP vydá na operace katarakty ve 2. pololetí 2012 stejný finanční objem jako v 1. pololetí 2012. Na základě vyhodnocení kritérií kvality budou stanoveny finanční objemy s cílem preferovat nejkvalitnější pracoviště. Samozřejmě s ohledem na dostupnost péče pro pojištěnce. Zároveň byly stanoveny minimální počty případů, které v rámci poskytnutého finančního obje-

mu musí zdravotnické zařízení provést,“ doplňuje mluvčí Rod a zdůrazňuje, že byly stanoveny minimální počty případů, nikoli maximální. Každé pracoviště má dle jeho slov možnost regulovat cenu výkonu i cenu nitrooční čočky individuálně. Podle VZP tak vzniká možnost provést větší počet operací katarakty. O tomto postupu pojišťovna informovala všechna pracoviště počátkem roku 2012 a v tomto smyslu jim byly rovněž předloženy dodatky ke smlouvě.

Hodnocení operací

V současné době jsou analyzovány výstupy pro hodnocení kvality a efektivity jednotlivých pracovišť a pojišťovna v nejbližších dnech tyto výsledky zveřejní. Hodnocení kvality operací katarakty bylo připraveno ve spolupráci s odborníky a s kritérii byli seznámeni zástupci odborných společností, konkrétně ČSRKCH i České oftalmologické společnosti ČLS JEP.

Petra Klusáková



Ilustrační foto: Wikimedia

Ministerstvo zdravotnictví chystá další nadstandardy

MZ připravuje další ekonomicky náročné varianty poskytované péče, platit začnou počátkem příštího roku. Ministr zdravotnictví Leoš Heger tak dal najevo, že nebude čekat, jak dopadne stížnost, kterou kvůli nadstandardům podali k Ústavnímu soudu sociální demokraté.

„Nyní jsme v etapě přípravy, kdy oslovujeme odborné společnosti, aby nám zaslaly své návrhy, a koncem prosince očekáváme první výstupy z jednání,“ sdělil naší redakci mluvčí MZ Vlastimil Sršeň. Jak dále nastíní, v současné době je ustavována skupina, kde budou návrhy odborných společností nebo zástupců segmentů na další varianty ekonomicky náročnější péče projednávány. Pokud se sku-

pina na konkrétním nadstandardu shodne, postoupí jej dál. Pracovní skupina k „Seznamu výkonů s bodovými hodnotami“ pak zjistí, jestli lze ekonomicky náročnější výkon z technického hlediska do seznamu zařadit. Zda půjde o 70 nadstandardních výkonů, jak sdělil Hospodářským novinám náměstek MZ Petr Nosek, však Vlastimil Sršeň nepotvrdil. „V žádném případě se nejed-

ná o přesné finální číslo. Určitě se dá předpokládat, že návrhy se budou týkat hlavně materiálově náročných výkonů, například v ortopedii. Předběžně jsme již v minulém období zaznamenali, že jsou připravovány obdobné nadstandardy i v gynekologii či urologii. Skutečnost odhalí až vlastní předložené materiály,“ uzavřel mluvčí MZ.

(klu)

Kraj Vysočina

Kraj Vysočina ve spolupráci se Spojenou akreditační komisí, o. p. s., Johnson & Johnson s. r. o., Project HOPE – Česká republika, o. p. s., a Českou asociací sester, o. s., vyhlašují 5. ročník celostátní soutěže „Bezpečná nemocnice“

Celostátní soutěž s názvem „Bezpečná nemocnice“ je určena pro lůžková zdravotnická zařízení, která mají sídlo na území naší republiky. Vyhlášení soutěže bude uveřejněno ve Zdravotnických novinách, na webových stránkách Kraje Vysočina a na webových stránkách všech spolupracujících subjektů. Do soutěže jsou přijímány jak projekty již realizované, tak i projektové záměry.

Projekty je možno přihlásit do následujících sekcí:

SEKCE 1: Technicko-provozní oblast
SEKCE 2: Ošetrovatelsko-medicínská oblast
Termín pro podávání projektů: 1. 7. 2012 – 31. 10. 2012
Adresa pro podávání projektů: Krajský úřad Kraje Vysočina, odbor zdravotnictví, Žižkova 57, Jihlava 587 33

Kontaktní osoba: Ing. Soňa Měrtlová
Označení projektů: Zalepená obálka s označením: „NEOTVÍRAT – soutěž Bezpečná nemocnice“
Označení sekce:
1. Název projektu
2. Označení sekce, do které je projekt přihlašován
3. Název předkladatele
4. Sídlo a adresa předkladatele
5. Kontaktní osoba (jméno a příjmení, telefon, mail)
6. IČ předkladatele
7. Abstrakt (stručný výtah projektu)

Kritéria pro hodnocení projektu

- Kvalita projektu zaměřeného na oblast bezpečí zdravotní péče
 - přínos pro zvyšování kvality a bezpečí
 - finanční efektivita vztahovaná k míře přínosu pro zvýšení kvality a bezpečí
- Projekt obsahuje:
 - analýzu stávajícího stavu
 - zdůvodnění intervence řešené projektem
 - popis řešení
 - vyhodnocení účinnosti řešení (hodnoceno věcně zdůvodnění i písemná prezentace projektu)
- Využitelnost projektu v jiných zařízeních
Projekt bude zaslán ve dvojitým písemném vyhotovení a dále v elektronické verzi na adresu mertlova.s@kr-vysocina.cz.

Projekty budou předloženy hodnotící komisí, která určí jejich pořadí na základě bodového ohodnocení jednotlivých kritérií.

Vítězné projekty budou odměněny cenou hejtmana Kraje Vysočina. Společnost Johnson & Johnson s. r. o., ocení projekt s nejvyšším hodnocením poroty v každé ze sekcí mimořádnou finanční cenou ve výši 100 tisíc Kč určených na odborné vzdělávání.

Vítězné projekty budou prezentovány na 6. ročníku celostátní konference „Dny bezpečí“ v lednu 2013.



MZ nemá dotace pod kontrolou

Ministerstvo zdravotnictví má nepořádek v systému udílení grantů a dotací. Vyplývá to ze zprávy Nejvyššího kontrolního úřadu (NKÚ).

Podle NKÚ ministerstvo výrazně překračuje termíny, do kdy má o dotacích rozhodnout. MZ se hájí tím, že to tak dělají všichni.

Cílem kontrolní akce NKÚ bylo prověřit poskytování, čerpání a užití státních peněz určených na vybrané programy. Úřad zkoumal, jak resort zdravotnictví nakládá s finančními prostředky státu v letech 2010 a 2011, přičemž se zaměřil na dva konkrétní zdravotnické programy – Program grantové podpory (PGP) a Program vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením (PVP).

Oba jmenované programy mají podle zprávy NKÚ za cíl zlepšit podmínky a kvalitu života zdravotně postižených a chronicky nemocných pacientů. Dotace měly být poskytovány na konkrétní projekty neziskových organiza-

cí, pro něž jsou právě dotace významným zdrojem příjmů a často rozhodují o jejich bytí a nebytí. Zdravotnictví přitom patří mezi hlavní oblasti státní dotační politiky vůči neziskovým organizacím a programy PGP a PVP jsou součástí Národního plánu vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením pro roky 2010–2014, který před dvěma lety schválila vláda na základě podpisu mezinárodní úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením.

Mnohaměsíční zpoždění

V některých případech však neziskové organizace čekaly na své peníze až téměř o půl roku déle, než bylo nezbytně nutné. „Například v roce 2011 některé neziskovky na peníze čekaly až do červen-

ce, přestože o výši dotací mělo být – podle harmonogramu ministerstva – rozhodnuto nejpozději v únoru,“ uvádí zpráva NKÚ.

Nejen MZ, ale i všechny ostatní ústřední orgány státní správy by se při poskytování dotací měly řídit zásadami vlády pro poskytování dotací ze státního rozpočtu. Výsledek šetření NKÚ však ukazuje, že MZ se jich ani zdaleka nedrželo. Tyto zásady určují kromě časového harmonogramu schvalování a udělování dotací a systému kontroly i způsob vyplácení. Dotace by se podle pravidel měly vydávat jednorázově, maximálně ve dvou splátkách.

„V kontrolním vzorku 15 rozhodnutí o poskytnutí neinvestiční dotace byl u všech překročen stanovený termín pro jejich vydání,“ zjistila kontrola.

Nedostatečná kontrola

Ministerstvo prý také „naprosto podcenilo“ kontrolu dotovaných projektů. Ve zmíněných programech se mezi lety 2010 a 2011 jednalo o více než 500 projektů a MZ podle zjištění NKÚ prověřilo využívání peněz jen u dvou z nich, což představuje jen 0,5 % z celkového objemu dotací. NKÚ také upozorňuje na skutečnost, že v tomto případě se resort dopustil porušení zákona. V obou kontrolovaných programech přitom v letech 2010 a 2011 bylo rozděleno 164 milionů korun, a někteří příjemci si dokonce ani nevedli účetnictví.

Ministerstvo se hájí

Ministerstvo na zveřejnění výsledků kontroly a především jejich vyznění reagovalo rychle

a ostře. Podle náměstka ministra zdravotnictví pro zdravotní péči Ferdinanda Poláka mají uvedené nedostatky charakter formálních pochybení, která ovšem neovlivňují transparentnost přidělování a efektivitu čerpání dotací.

V případě nedodržování termínů pro udělování dotací se ministerstvo hájí tím, že to není jen problém resortu zdravotnictví, ale všech ministerstev, která pracují s dotacemi pro neziskové organizace. Procesu výběru vhodných projektů a následnému uvolnění financí totiž musí předcházet schválení státního rozpočtu.

„Tento termín determinuje i další postupné kroky jednotlivých ministerstev. Případné další zdržení při poskytování dotací bylo způsobeno tím, že žadatelé v termínech nesplnili podmínky pro poskytnutí dotace,“ odůvodňuje současného stavu náměstek Polák.

Filip Kút Citores

Inzerce A121005844

NEZTRÁCÍME ČAS
ZKOUMÁNÍM,
PŮJČUJEME.

*artesa
www.artesa.cz

S úvěrem Artesa toho dokážete mnohem víc!

IKEM dovybavil kardiocentrum

Institut klinické a experimentální medicíny (IKEM) doplnil a obnovil vybavení kardiocentra třinácti přístroji v hodnotě 31,7 milionu korun.

„Oproti plánované ceně IKEM ušetřil v tendrech 10,9 milionu,“ řekl náměstek pro ekonomiku a provoz Michal Stiborek. Přibližně 64 % částky šlo z peněz Evropské unie, zbytek zaplatil IKEM. „Objem péče by mohl stoupnout o čtvrtinu, pokud ji zdravotní pojišťovny zaplatí,“ dodal. „Pořízení nových přístrojů a softwaru je jednoznačně dobrou zprávou pro pacienty. Nahrazením starých přístrojů se zlepšila kvalita péče. Dovybavením stoupne

kapacita zdravotnických výkonů a efektivita kardiocentra,“ vysvětlil náměstek pro léčebně preventivní péči Michael Želízko.

Lze léčit těžší postižení

IKEM nyní pořídil například nový *bed-side* echokardiograf, který dovoluje vyšetření nemocného na lůžku, dále speciální přístroj pro dialýzu, který umožní nahradit funkci ledvin přímo na jednotce intenzivní péče, nebo přístroj pro řízenou hypotermii,

kdy se díky ochlazení pacienta zamezí poškození jeho mozku. Institut doplnil také vybavení pro mechanickou srdeční podporu, díky které se nemocní se selháním srdce mohou dočkat se transplantace.

„Pro pacienty je to jednoznačně zlepšení,“ řekl přednosta Kardiocentra IKEM Jan Pirk. Jako příklad uvedl nový rentgen, který umožní přesnější diagnostiku. „Budeme moci léčit pacienty s těžším postižením, protože budeme přesně vědět, do čeho jdeme,“ uzavřel profesor Pirk.



(op, ČTK) Michal Stiborek a Michael Želízko. | Foto: IKEM

Bulovka nemá na nájem nového pavilonu

Praha dokončuje přestavbu velkého pavilonu v areálu Nemocnice Na Bulovce za 300 milionů korun. Nemocníci ale chybí finance.

Hlavnímu městu se ani po řadě jednání zatím nepodařilo dohodnout s vedením Bulovky podmínky pronájmu. Nemocnice, kterou přímo řídí ministerstvo zdravotnictví, je dlouhodobě ztrátová. Nemá peníze na vybavení pavilonu ani na pronájem.

Hlavní město je majitelem téměř třetí čtvrtiny majetku nemocnice. Vlastní i přestavěný pavilon a pozemek pod ním. Původně se předpokládalo, že správu pavilonu převzeme nemocnice, chybí jí totiž prostory pro provoz centrálních laboratoří. „Nemocnice ale nemá peníze, aby mohla platit nájem,“ řekl pro ČTK náměstek primátora hl. m. Prahy Ivan Kabický (ODS). Nájemné by prý mělo činit zhruba osm milionů korun. Praha chce navíc změnit i stávající nájemní smlouvu na ostatní nemovitosti.

Navýšení symbolického poplatku

„Dostali jsme v těchto dnech od magistrátu návrh nové smlouvy, která zcela zásadním způsobem navyšuje nájemné,“ řekl ředitel nemocnice Petr Zajíc. Podle něj jde o několikanásobné navýšení stávajícího symbolického poplatku. Nemocnice tak „drastické“ zvýšení není schopna zaplatit. Bulovka návrh smlouvy postoupila ministerstvu zdravotnictví. Ke zkolaudování budovy je třeba ještě zhruba 30 milionů korun. Další desítky milionů bude nutné vynaložit na technické vybavení. Kdo je zaplatí, ovšem není jasné. „Věřím, že Nemocnice Na Bulovce přijde s konečným řešením. Že požádá ministerstvo, nebo najde vlastní prostředky,“ řekl radní Kabický.

Šťastný: Pohrobek po minulém vedení

„Je třeba si uvědomit, že Bulovka se dostává do ztráty a na účtu ministerstva zdravotnictví není na investice nic,“ řekl k tématu poslanec Boris Šťastný (ODS). Pavilon označil za pohrobka, který Praze zbyl po minulém vedení. „Chci apelovat, abychom nikdy neposílali už ani korunu do majetku, který není náš,“ uvedl Boris Šťastný. „Je to naprosto nesystémové a nekonceptní,“ dodal. Podle původních plánů měla být v pavilonu umístěna mikrobiologie, parazitologie, hematologie a další odborná pracoviště. Do jiných prostor, které se Bulovce uvolní stěhováním do nového pavilonu, by se měl přestěhovat Drop-in, kterému končí nájem v centru Prahy. (op, ČTK)

Kralupy nad Vltavou prodávají budovu nemocnice

Vedení Kralup nad Vltavou připravuje prodej komplexu místní nemocnice s poliklinikou, městu chybějí finance na jeho údržbu. Zastupitelé chtějí utržit nejméně 40 milionů korun. Zdravotní služby v objektu přitom poskytuje soukromá firma.

„Budovu prodáváme i s nájmem, který ji má pronajatu do roku 2020,“ uvedla referentka městského úřadu Lenka Moravcová. Nový vlastník musí při výběrovém řízení splnit několik kritérií. Mimo jiné bude muset do provozu nemovitosti vložit 10 milionů korun během 7 let. Firma také musí městu zachovat předkupní právo na nemovitost. Prodat ji může

za částku, za kterou budovu koupila, s ohledem na možné zhodnocení objektu za 15 let. Kupující se zároveň zavazuje k převzetí veškerých smluv spojených s provozem nemocnice a lékařské služby první pomoci. Nemocnice v současné době poskytuje ambulantní zdravotní péči a provozuje také 132 lůžek pro dlouhodobě nemocné. (iso, ČTK)

ÚOHS se nelíbí proces rekonstrukce znojemské nemocnice

Kontroloři Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS) pozastavili nejnovější etapu rekonstrukce Nemocnice Znojmo, uvedl to deník Dnes.

Průběh rekonstrukce za zhruba dvě miliardy korun čelí i kritice opozice. Ta poukazuje na podivné praktiky při výběrovém řízení. Nemocnice ani zástupci kraje zatím neuvdělí jméno vybrané firmy. Kritikům se nelíbí ani údajně příliš velké pojetí modernizace nemocnice. Podzimní etapa prací by podle deníku Dnes měla stát 480 milionů korun.

Odborník na veřejné zakázky, kterého deník oslovil, uvedl, že je podivné také sloučení výběrového řízení na stavební práce a dodavatele přístrojů. Okruh firem, jež splňují podmínky, se tak významně zúžil. Mluvčí ÚOHS uvedl, že úřad zakázal nemocnici uzavřít smlouvu s výhercem zakázky. Vedení kraje v čele s Michalem Haškem (ČSSD) si ovšem za zakázku i nadále stojí. (ČTK, Iso)

Vysočina: Do krajských nemocnic se lze objednat přes internet

Možnost elektronického objednání pacientů do specializovaných ambulancí nabízejí již všechny nemocnice zřizované Krajem Vysočina.

Elektronický rezervační systém byl poprvé spuštěn loni v červnu v jihlavské nemocnici. Letos se do systému zapojily i nemocnice v Pelhřimově, Havlíčkově Brodě, Třebíči a Novém Městě na Moravě.

„Elektronický rezervační systém mají v Česku i některé další nemocnice, ale nemám informace, že by

některý jiný kraj zapojil do podobného systému všechna jím zřizovaná zařízení,“ uvedl Václav Jáchym z krajského odboru informatiky. Systém podle něj zatím využívá cca 5200 uživatelů.

V kontaktním centru si pacient vyvede osobní čtyřmístný kód, kterým se přihlásí na webové stránce

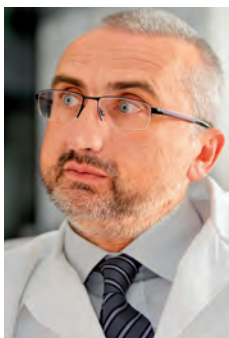
rezervací (www.eAmbulance.cz), zvolí si zdravotnické zařízení a vybere konkrétního lékaře. Systém pak pacientovi nabídne volné termíny. Pacient může lékaře současně informovat o svých konkrétních zdravotních potížích. Potvrzení rezervace obdrží prostřednictvím e-mailu nebo SMS. (iso, ČTK)

Nemocnice Česká Lípa je za minulý rok **v rekordní ztrátě**

Ztrátu přes 43 milionu korun vykázalo hospodaření Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa. Důvodem červených čísel je podle generálního ředitele Petra Chmátala snížení úhrad od pojišťoven a navýšení mezd.

Meziročně nemocnici klesly zisky o 5 %. Ještě předloni přitom vykazovala zisky o desítky milionů vyšší. Úhrady od pojišťoven se však loni snížily o 29 milionů korun, naopak mzdové náklady nemocnice o 11 milionů narostly.

Budova nemocnice je navíc ve velmi špatném stavu. „Geometrickou řadou rostou náklady na údržbu a likvidaci havárií a blížíme se okamžiku, kdy může kvůli technickému stavu budov hrozit omezení zdravotní péče nebo úplné uzavření nemocnice,“ varuje ředitel Chmátal. Náklady na opravy havarijního



Petr Chmátal. | Foto: Leoš Chodura

stavu se v posledních 5 letech několikanásobně zvýšily a jen v loňském roce vyšly nemocnici na 8 milionů korun.

Se ztrátou bez úvěru

Podle slov generálního ředitele je nutné do oprav budov v budoucnu investovat nejméně 350 milionů korun. Před dvěma lety nemocnice obdržela dotaci na zateplení a výměnu oken. Z evropských fondů se podařilo získat cca třetinu potřebné částky, tedy 42,5 milionu korun. Spolufinancování projektu však stále není dořešeno, protože nemocnice se ztrátou

vým hospodařením nemůže získat úvěr bez záruky kraje, který je i jejím vlastníkem. Krajské zastupitelstvo o věci rozhodne pravděpodobně koncem prázdnin. Pokud zastupitelé odmítnou záruku poskytnout, může nemocnice o dotace přijít.

Českolipská nemocnice loni snížila počet akutních lůžek na 500 a vybudovala nové oddělení dlouhodobé ošetrovatelské péče. Modernizováno bylo také pracoviště mamografu. Dotace ve výši téměř 50 milionů korun nemocnice získala i na vybavení iktového centra neurologie a digitalizační rentgenů. Připravuje se rovněž rekonstrukce kotelný, páteřních rozvodů a výměníků za 36 milionů korun, na kterou by měly evropské fondy přispět 17 milionů.

(ISO, ČTK)

Pardubický kraj se dohodl s pojišťovnami

Pojišťovny uzavřou smlouvy na příští rok se všemi nemocnicemi akutní péče, jejichž provozovatelem je Pardubický kraj. Největší problémy s hospodařením má Orlickoústecká nemocnice – potvrdila to analýza, kterou si kraj nechal zpracovat.

„Využili jsme nové struktury orgánů nemocnic a jednali se zdravotními pojišťovnami společně. Dohoda s pojišťovnami o uzavření smluv se všemi pěti nemocnicemi je jednoznačným signálem, že spekulace o zániku některé z nemocnic se nezakládají na pravdě a všechna zařízení zůstávají nedílnou součástí krajského zdravotnictví,“ uvedl krajský radní pro zdravotnictví Martin Netolický. Dodal také, že o konkrétní podobě smluv se bude dále jednat v průběhu srpna.

Analýza: Efektivní a přesto ve ztrátě

Kraj nechal zpracovat externí analýzu, která potvrdila předpoklad, že v největších problémech se nachází Orlickoústecká

nemocnice. „Dle klinicko-ekonomických profilů (takzvaných KEPů) nemocnic vykazuje řadu parametrů, jež jsou z hlediska efektivity nejlepší. Na druhé straně se tato nemocnice propadá do každoroční ztráty, kterou není schopna sama řešit. Obdobné problémy má také Pardubická krajská nemocnice. V jejím případě však existuje prostor pro dílčí úspory. V Orlickoústecké nemocnici takový prostor není,“ uvedl radní. Ostatní nemocnice se podle analýzy nevyvíjejí nadprůměrně.

Kde ušetřit?


Nemocnice Pardubického kraje mají v celorepublikovém měřítku nejméně akutních lůžek, přesto budou nutná další úspor-


ná opatření. Zásadní rozhodnutí potom čekají na samosprávu, která vzejde z podzimních krajských voleb.

Kraj chystá koncepční změny ve strategii řízení nemocnic a zaměřil se i na úzkou spolupráci mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními, která je podle Martina Netolického podmínkou zachování jejich existence. Úspory vidí představitelé kraje také v pokračování sjednocování nákupů léčiv a zdravotnického materiálu a v práci Koordinační a řídicí skupiny nemocnic. Ta se zabývá kvalitou zdravotní péče, pracuje na sjednocení zdravotnické dokumentace v jednotlivých zařízeních a věnuje se také přípravě nemocnic na akreditační řízení.

(ISO, Klu)

Žít aktivně každý den





GILENYA®
fingolimod


NADĚJI MĚNÍ V REALITU

Zkrácená informace GILENYA 0,5 mg tvrdé tablety

Složení: Jedna tvrdá tableta obsahuje 0,5 mg fingolimodu (ve formě hydrochloridu). **Indikace:** Přípravek GILENYA je indikován v monoterapii jako léčba modifikující průběh onemocnění (DMT, disease modifying therapy) u vysoce aktivní relabující/remitentní 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/remitentní formou roztroušené sklerózy definovanou 2 nebo více těžkými relapsy během jednoho roku a s 1 nebo více padolními enhancujícími lézi na NMR mozku nebo s významným zvýšením výskytu T2 lézí ve srovnání s předchozím vyšetřením MMR. **Dávkování:** Doporučená dávka je jedna 0,5 mg tableta podávaná perorálně jednou denně. Přípravek GILENYA může být užíván s jídlem nebo nalačno. **Kontraindikace:** Známý syndrom imunodeficiency. 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). Závažná aktivní infekce, aktivní chronická infekce (hepatitida, tuberkulóza). Známé aktivní maligní onemocnění, s výjimkou pacientů s kožním bazocelulárním karcinómem. 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 přechodnému 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 <0,2x10⁹/l, je třeba léčbu až do zotavení přerušit. Zahájení léčby u pacientů se závažnou aktivní infekcí je třeba odložit až do jejího vyřešení. Pacienti bez anamnézy plyných 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 zvýžit vakcinaci. Makulární edém byl hlášen u 0,4 % pacientů léčených fingolimodem 0,5 mg. Po 3 – 4 měsících od zahájení léčby se doporučuje oční 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., 6., 9. a 12. měsíci terapie a pravidelně poté. Při opakovaném průkazu hodnot jaterních transamináz nad 5násobek ULN by měla být přerušena terapie přípravkem GILENYA. Pokud přechází pacienti z léčby interferonem nebo glatiramerem acetátem na přípravek GILENYA, washout perioda není nutná, vezmeme-li v úvahu, že jakékoli účinky těchto léků (tj. cytopenie) na imunitu byly vyřešeny. Při převedení pacientů z natalizumabu na přípravek GILENYA je zapotřebí opatrnosti, protože kvůli dlouhému poločasů natalizumabu mohou dojít až 2 – 3 měsíce následně po přerušení léčby natalizumabem k současné expozici, a tím k současným účinkům na imunitu, pokud by léčba přípravkem GILENYA byla zahájena okamžitě. Při převedení z jiných imunosupresivních terapií musí být při zahájení léčby přípravkem GILENYA zvažena doba trvání zabráněno aditivním supresivním účinkům na imunitu. Pokud je rozhodnuto ukončit léčbu, je nutno dodržet 6-týdenní interval bez terapie, aby mohlo (podle poločasů fingolimodu) dojít k jeho vyloučení z oběhu. Použití imunosupresiv krátko po ukončení léčby přípravkem GILENYA může vést k aditivnímu účinku na imunitní systém a proto je na místě opatrnost. **Interakce:** Antineoplastická, imunosupresivní nebo imunomodulační léčba by neměla být současně s přípravkem GILENYA podávána vzhledem k riziku aditivních účinků na imunitní systém. Opatrnost je nutná v případě, že pacient přechází z dlouhodobě působící léčby s účinky 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 infekcí a je třeba se mu vyhnout. Měla by být zvažena potenciální rizika a přínosy zahájení léčby fingolimodem u pacientů, kteří jsou již léčeni látkami snižujícími srdeční frekvenci. Je třeba dbát opatrnosti u léků, které mohou inhibovat CYP3A4 (inhibitory proteáz, azolová antimykotika, některé makrolidy jako například klaritromycin nebo telitromycin). **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 na kojenné děti 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, závrat, parestezie, migréna, rozmazané vidění, bolest oka, bradykardie, atrieventrikulární 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:** Uchovávat při teplotě nad 30°C. Uchovávat v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Dostupné lékové formy/velikosti balení:** PVC/PVDC/Al blistry v balení obsahujícím 7 nebo 28 tvrdých tabletek nebo vícenásobná balení obsahující 84 (3 balení po 28) tvrdých tabletek. PVC/PVDC/Al perforované jednodávkové blistry v balení obsahujícím 7×1 tvrdou tabletku. **Poznámka:** Dříve než lék předpíšete, přečtěte si pečlivě úplnou informaci o přípravku. **Reg. č.:** EU/1/11/677/001 D05. **Datum registrace:** 17.03.2011. **Datum poslední revize textu SPC:** 12/2011. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novartis Europharm Limited, Horsham, RH12 5AB, Velká Británie.

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

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



08.003/001/2012

Legalizaci konopí pozastavil výbor pro zdravotnictví

Další fáze legislativního schvalování novely zákona o léčivech, která by umožnila legalizaci léčebného konopí, zbrzdil poslanec a předseda sněmovního výboru pro zdravotnictví Boris Šťastný.

Poslanecký návrh zákona o léčivech č. 378/2007 Sb., který by umožnil legalizaci léčebného konopí, jeho dovoz ze zahraničí, licencované pěstování v ČR a předepisování závažně nemocným pacientům, byl schválen v prvním čtení počátkem června. Poslanci jej poté postoupili Výboru pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR, který jej však přes prázdniny „poslal k ledu“.

Bez souladu s lékovou politikou

Předseda výboru Boris Šťastný (ODS) návrh odmítá, protože podle něj prolamuje zákon o léčivech. „Aktuální legislativní návrh legalizace konopí je špatný, protože znamená flagrantní prů-

lom do lékového zákona a principu, na kterém stavíme naši lékovou politiku. Ten totiž říká, že se účinnou látku (v tomto případě THC) snažíme v rámci procesu schvalování dostat do systému tak, že legalizujeme její užívání převodem do nějaké lékové formy. Návrh na legalizaci konopí tento princip obchází,“ prohlásil Boris Šťastný na schůzi poslanecké sněmovny počátkem června. Poslanec se obává i nedostatečné kontroly při distribuci konopí z lékáren pacientům a nedostatečné dostupnosti konopí, pokud jej nebudou hradit zdravotní pojišťovny. Vadí mu také nejednoznačné postavení Státního úřadu pro kontrolu léčiv (SÚKL) jako orgánu, který by stát v souladu s mezinárodními úmluva-

mi OSN o drogách stanovil jako dohlázeitele.

Amatérské pěstování bez záruky

Na legalizaci léčebného konopí už ale netrpělivě čeká řada pacientů, kteří si pro úlevu od bolesti zatím pěstují konopí ilegálně. Konopí s obsahem THC na své obtíže běžně užívají například pacienti s roztroušenou sklerózou. „Udržovací léčba mi již nezabírala. Na noční spastické bolestivé stavy v nohou používám konopnou masť a konopnou sušinu si dávám i do jídla,“ říká jeden z nich.

Kromě bolesti, které jim nemoc přináší, musí tito pacienti řešit i obavy z trestního postihu. „Při pěstování pro svou léčbu vystavu-

ji riziku konfliktu s policií sebe i celou svou rodinu. Ale nic jiného mi už nezabírá,“ dodává pacient, který trpí roztroušenou sklerózou již 26 let.

Nemocní by možnost legálního nákupu konopí v certifikované kvalitě uvítali. Jejich počínání při jeho vlastní produkci je velmi amatérské, nelze například předem odhadnout, jaký obsah THC bude rostlina obsahovat. Navíc někteří pacienti již nejsou pro závažnost své choroby fyzicky schopni konopí sami pěstovat a jsou odkázáni na jeho nákup od jiného pacienta, přičemž prodejem marihuany se riziko postihu ze strany policie ještě zvyšuje.

Kolik za gram?

Pacienti také vyjadřují obavy, že pro ně léčebné konopí bude příliš drahé. Navrhovatelé nové legislativní úpravy prozatím počítají s dvouletou lhůtou, po kterou se bude konopí dovážet ze zahraničí (pravděpodobně z Nizozemska). Cena za jeden gram zahraniční marihuany nepřesáhne maximální výši 200 korun. Důvodem by se měl omezit jen na nezbytně dlouhou dobu, než v Česku vzniknou certifikované pěstírny. České konopí by poté mělo vycházet levněji. Pro pacienty je únosná hranice kolem 80 korun za gram účinné látky. Podobnou cenu – 3 eura (75 korun) za gram – platí například pacienti v Izraeli.

Předseda Izraelské asociace pro léčebné konopí Gil Luxenburg je v konopném programu v Izraeli již od roku 2003. Konopí mu pomáhá na zažívací problémy při Crohnově chorobě. „Při konzumaci konopí mi rozhodně nejde o jeho vedlejší účinky, ale o zamezení bolesti. THC inhaluji sušené, účinek nastupuje do tří minut,“ popisuje aplikaci Gil Luxenburg.

Úkol pro české lékaře

V izraelském prostředí působí také český propagátor výzkumu konopí profesor Lumír Hanuš, který v nedávném rozhovoru pro Český rozhlas zdůraznil, že „pokud návrh projde legislativním procesem, bude v českém prostředí potřeba posílit povědomí lékařů o tom, v jakých případech mají konopí předepisovat. Půjde hlavně o případy, kdy již pacientům nezabírá klasická léčba nebo konopí zabírá lépe než standardní léčebné postupy,“ uvedl objevitel vnitřního kanabinoidu (endokanabinoidu), který již řadu let působí na Hebrejské univerzitě v Jeruzalémě.

Situace je v tomto ohledu podobná jako u opia. Například poskytovatelé paliativní péče dlouho upozorňovali na fakt, že praktičtí lékaři málo předepisují opiáty, neboť se bojí, že u těchto pacientů vyvolají závislost. „Rizika konopí jsou stejná jako u jiných léků, může mít vedlejší účinky, může být zneužito. Ale myslím, že zneužití konopí určeného pro léčebné účely bude minimální,“ uvedl Lumír Hanuš, který účinky látek v něm obsažených zkoumá v klinickém prostředí od 70. let. O návrhu zákona o léčivech, který zlegalizuje konopí pro léčebné a vědecké účely, rozhodne výbor pro zdravotnictví poslanecké sněmovny na podzim.

Petra Klusáková

Nabízíme pronájem
v Praze 2, blízko nám. I. P. Pavlova,
ul. Wenzigova 7

Prostory 2 x 115 m²
za účelem zřízení zdravotnického pracoviště
(ordinace).

Prostředí starobylého, udržovaného domu
s recepcí, výtahem, klimatizací.
Hlavní chodba s vchody do místností.
Parkování zajištěno.

Tel.: 777 205 519



ilustrační foto: Shutterstock



MEDIPOS P&P[®]

společnost s ručením omezeným

675 52 Lipník 44 (okr. Třebíč), tel: 568 858 989, fax: 568 858 985



VOLEJTE ZDARMA 800 136 136

objednávky a zákaznický servis

medipos@medipos.cz

pomuckyPROzdravi@medipos.cz



ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ
LÉKAŘSKÉ PRAXE

ŠIROKÁ VEŘEJNOST

KOMPLEXNÍ ZÁSBOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH PRAXÍ

- 1.500 položek s dodáním do max. 48 hodin
- dalších 3.000 položek do 5-ti dnů
- objednávky telefonicky, faxem, e-mailem a na eshopu www.medipos.cz
- poradenství, hledání vhodných alternativních produktů

eShop www.medipos.cz

ZDRAVOTNICKÝ MATERIÁL, POMŮCKY PRO INKONTINENCI, KOMPENZAČNÍ POMŮCKY, DROBNÁ ZDRAVOTNICKÁ TECHNIKA...

- široký sortiment zdravotnického materiálu, kompenzačních a rehabilitačních pomůcek s možností dodání „až do domu“
- možnost ověření výše úhrady a max. doplatku na výrobky, které lze předepsat lékařem na poukaz, vč. informací o kódech pro preskripci PZT
- dostupnost pomůcky si můžete ověřit na portále www.pomuckyPROzdravi.cz v sekci „mám poukaz od lékaře“
- v kamenných prodejnách si můžete pomůcku vyzvednout, vyzkoušet i zakoupit (akceptujeme i platební karty)
- vzorky inko pomůcek na vyzkoušení a určení velikosti ZDARMA - volejte 800 136 136 nebo vyplňte formulář na webu

Infoportál + eShop: www.pomuckyPROzdravi.cz

Prodejny a výdejny zdravotnických prostředků **pomůcky PRO zdraví**

Třebíč, 674 01, Bráfova 45, tel.: 568 848 580, GSM: 773 836 505, e-mail: zp.brafova@medipos.cz

Praha 3, 130 00, Vinohradská 156, tel.: 284 812 105, GSM: 606 718 989, e-mail: zp.vinohradska@medipos.cz



PRODUKTOVÉ PORADENSTVÍ • Možnost rozvozu ZDARMA po celé ČR • INFO O ÚHRADÁCH

POLEMIKA

Digitalizace zdravotnictví je nutnost. Ale víme vlastně proč?

O nutnosti digitalizovat české zdravotnictví se v odborných lékařských kruzích i na nejrůznějších fórech diskutuje již více než deset let. V posledních týdnech téma nabývá na naléhavosti, a to nejen v souvislosti s propíraným projektem IZIP.

Jestliže se ještě před deseti lety u nás hovořilo o tom, zda eHealth ano, či ne, v současné době již o nutnosti digitalizace českého zdravotnictví pochybuje málokdo. Informační technologie a nová média vstupují do našeho života tak razantně, že Facebook propojil v sociální síti již miliardu lidí. Pokud by se jednalo o stát, rázem by se stal třetí nejlidnatější zemí světa. Podobně Twitter a YouTube rozšiřují do světa nové informace rychleji než jakákoli zpravodajská agentura. A konečně dr. Google se stal nejnavštěvovanějším lékařem na světě.

Ve světle těchto skutečností proto dnes už nikoho nepřekvapí, že i pacienti, jejich ošetřovatelé a profesionální zdravotničtí pracovníci používají stále častěji online nástroje ve snaze poskytovat kvalitní a efektivní zdravotní péči. Polovina lékařů čerpá informace z Wikipedie, jen 16 % jich ovšem vyhledává odborný kanál British Medical Journal. Přes 80 % pacientů si podle průzkumu neziskové organizace České zdravotnické fórum přeje komunikovat s lékařem prostřednictvím internetu.

Medicína druhé generace

Během poslední dekády rozvoje virtuálního světa se ukazuje jako velice důležité, že lidé začínají weby používat a chápat novým způsobem – mluvíme o tom, že se vývoj posunul z webu 1. generace do webu 2. generace (web 2.0), kdy je obsah vytvářen jednotlivými uživateli on-line nástrojů a platformou nejen pro sociální síťování. Implikaci těchto trendů v oblasti medicíny popsal poprvé v roce 2008 Günther Eisenbach v konceptu Medicíny 2.0, někdy též označované termínem Zdraví 2.0. V tomto prostředí je eHealth nástrojem komunikace mezi lékařem a pacientem, kteří sdílejí osobní zdravotní údaje pacienta, tak jak už to dnes umí elektronická zdravotní knížka, která tento světový trend v Česku reprezentuje. Jako jeden z jejích spokojených uživatelů mohu

řici, že po technologické a informační stránce funguje stejně dobře jako podobné aplikace kdekoli na světě.

Usnadnění administrativy, nebo bezpečnější péče?

Pro mě jako potenciálního pacienta je podstatné, zda obsahuje důležité informace z mojí zdravotní historie. Argument, že elektronické zdravotní knížky nejsou v klinické praxi použitelné, neobsahují-li důležité údaje všech či alespoň většiny potenciálních pacientů, je pochopitelný z pohledu poskytovatele péče, který tak realizuje větší úsporu nákladů na administraci péče. Pak si ale musíme položit otázku, zda digitální zdravotnictví potřebujeme pro usnadnění administrativy, nebo jeho nástroje chceme primárně používat pro bezpečnější a kvalitnější péči s vyšší mírou compliance konkrétního pacienta. Ve druhém případě není důležité, kolik pacientů si svůj digitální zdravotní účet nechalo zřídit a kolik informací tam má, ale zda lékař respektuje autonomii daného pacienta a jeho rozhodnutí data o svém zdravotním stavu elektronicky sdílet se všemi poskytovateli péče, kteří jsou do daného multidisciplinárního řešení nemoci zapojeni přímo či zprostředkovaně.

Více informací pro pacienta

To, co řada mých kolegů v klinické praxi zatím příliš často nepozoruje, je narůstající intenzita procesu apomediace, který velmi rychle bourá po tisíciletí neměnou praxi, kdy nejvíc správných a aktuálních informací o tom jak pacienta uzdravit má lékař. Apomediace je proces, který převrací informační nerovnováhu ve vztahu lékař – pacient ve prospěch pacienta a jeho pečovatelských lidí. Díky prostředí Zdraví 2.0 se jakýkoli pacient kdekoli na světě může propojit s lékařem (nebo jiným odborníkem specializovaným na daný problém), s jiným pacientem či jeho pečovatelem a načerpat nové znalosti a vědo-

mosti, třeba i z jiného socio-kulturního okruhu. Tak se stáváme svědky například toho, že Evropan trpící bolestmi zad využívá znalostí donedávna limitovaných na území několika komunit v jihovýchodní Asii.

Díky apomediaci se z pacientů stávají experti na vlastní omezení. Potvrzují to i lékaři v dětské medicíně, podle nichž rodiče začínají hrát aktivní roli, a to zejména v těžkých případech chronických a školní medicínou zatím neléčitelných nemocí a syndromů svých dětí. Tak například u Duchenneovy svalové dystrofie (DMD), což je nevyléčitelná porucha svalového aparátu, kdy se takto nemocné dítě dožívá většinou puberty, maximálně pak rané dospělosti, rodiče nechtějí jen pasivně přihlížet a čekat. A tak jsou lékaři konfrontováni s tím, že nikoli oni, ale rodiče se stávají nejlepším zdrojem aktuálních informací o vývoji této diagnózy, o níž se zajímají do takového vertikálního detailu, jaký si ošetřující lékař nemůže dovolit, protože si musí celoživotně udržovat horizontální přehled o novinkách v rámci své oborové specializace.

Izraelský systém

Cesta digitalizace zdravotnictví není jednoduchá, o čemž svědčí příklad zdravotní pojišťovny Maccabbi v Izraeli. Tam od 80. a 90. let 20. století probíhá projekt digitalizace procesů na klinikách, u lékařů, v laboratořích a klinickém komplementu za přímého vedení zdravotní pojišťovny, která v digitalizaci poskytované péče spatřuje významnou konkurenční výhodu na izraelském trhu zdravotního pojištění. Již od počátku projektu si management Maccabbi uvědomuje, že díky nástrojům eHealth má nejen možnost nabízet pojištěncům efektivnější využití finančních prostředků, které na solidární zdravotní pojištění odvádějí, ale především schopnost zajistit u vlastních i smluv-



MUDr. Pavel Kubů
Intel Czech Tradings
manažer pro oblast
zdravotnictví
ve střední
a jihovýchodní Evropě

ních poskytovatelů péči kvalitnější a bezpečnější pro konkrétního pojištěnce. Maccabbi začala realizovat strategii eHealth v roce 1983 a trvalo dlouhých 27 let, než se dopracovala k tomu, že se aplikace eHealth začaly používat jako flexibilní nástroje pro koordinaci péče podle potřeb konkrétních pacientů

a zdravotní data se dala společně s pacienty do pohybu v rámci celého procesu poskytování zdravotní péče.

Situace v Česku je taková, že i ve třináctém roce implementace systému eHealth čelíme několika problémům. Ve zjištěné debatě, která se v současnosti vede kolem IZIP, se vytrácí hlavní nedostatek implementace eHealth – totiž že v Česku chybí jednoznačné definování toho, kdo bude vůdčí silou při prosazování eHealth. Nemusí to být nutně ministerstvo zdravotnictví, ačkoli je nasnadě, že musí hrát významnou roli. Mohou to být například zdravotnické fondy, v České republice se o to snaží VZP, v posledních letech i další pojišťovny, což by mohl být pozitivní trend, budou-li jejich správní rady schopny tento dlouhý a složitý proces úspěšně dotáhnout k dalšímu

vývojovému stupni moderního zdravotnictví, kterým je poskytování péče podle individuálních potřeb pacienta, koordinované nástroji eHealth.

Jak pokračovat dál v Česku?

Prvním krokem v naší situaci by mělo být ustavení platformy, která povede ke komplexní diskusi o digitalizaci zdravotnictví. A to v takovém duchu, abychom se od aktuálních sporů JAK digitalizovat vrátili o krok zpět a hledali shodu mezi jednotlivými aktéry ve zdravotnictví v základní otázce, PROČ vůbec chceme zdravotnictví digitalizovat? Odpověď na tuto otázku musíme nalézt v expertních skupinách, které se organizaci, managementu a legislativě ve zdravotnictví dlouhodobě věnují, tak jako ji na začátku procesu digitalizace zdravotnictví museli nalézt a shodnout se na ní ve všech zemích, které jsou v implementaci digitálních nástrojů pro bezpečnější, kvalitnější a efektivnější zdravotní péči několik let či desetiletí před vývojem v Česku.

Jak ukazují zkušenosti ze zemí implementujících eHealth a potvrzuje to i aktuální situace v ČR, žádné politické rozhodnutí v otázce JAK nenahradí širokou společenskou shodu v otázce PROČ digitalizovat zdravotnictví. Dříve či později se v rámci změn v politickém cyklu stane Achillovou patou sebelepšího v mezidobě implementovaného informačního systému.



ilustrační foto: Shutterstock

Trnitá cesta k metropolitní nemocnici

Převádět ze státu na město organizaci s rozpočtem 2 miliardy nemůže být žádná hurá akce. Bohužel se o tak zásadních krocích momentálně dozvídáme spíše z aktuálních výtisků novin, než že by s námi někdo konzultoval a projednával možné kroky.

Když jsem loni zvláště ve výběrovém řízení na ředitele Fakultní nemocnice Na Bulovce, byly přede mnou dva úkoly: připravit nemocnici na proces defakultnění a také postupně realizovat a spolupodílet se na procesu převodu Bulovky na městskou nebo tzv. metropolitní nemocnici.

Nebрал jsem přívlastek městská jako něco pejorativního, domnívám se, že je lepší být špičkovou a jedinou metropolitní nemocnicí než opomíjenou fakultní. Stejně tak jsem tento krok chápal i jako snahu, aby se zracionalizovalo fungování pražského nemocničního zdravotnictví. V tomto duchu jsem vše také prezentoval lékařům, zdravotnickému personálu a dalším zaměstnancům. A pokud dnes mohu hodnotit, přijali to všichni, žádný úprk odborníků se nekonal. Kolegyně a kolegové pochopili, že silný zřízovatel jim může dát stejné zájmy pro jejich práci jako stát.

Dlouhý, ale logický proces

Odfakultnění proběhlo zcela bez problému a přesně podle předpokladů – Bulovce si z názvu pojem „fakultní“, ale na její faktické fungování to vliv nemělo. Zachována zůstala i spolupráce s lékařskými fakultami, které o ni samy projevily zájem, tím pádem pokračuje i výuka mediků. Souběžně s odfakultněním byl velmi aktuálním tématem právě převod na metropolitní nemocnici. O všem, co by tento proces znamenal, jak by vlastně mohl probíhat a jaký by to mělo dopad na nemocnici, jsme několikrát diskutovali se zaměstnanci nemocnice. Samotný proces změny zřízovatele přišel lékařům a zájemcům osobně vysvětlovat i předseda Výboru pro zdravotnictví PSP ČR Boris Šťastný.



MUDr. Petr Zajíc, MBA
ředitel Nemocnice
Na Bulovce

Vše se zdálo být poměrně jasné a srozumitelné, i když procesně jsme byli vlastně na začátku – souhlas městské rady, poté zastupitelstva, pak audit v nemocnici, k tomu zvláštní zákon o převodu na město a nakonec opět souhlas pražských zastu-

pitelů. Na první pohled sice dlouhý proces, nicméně zcela logický. Převádět ze státu na město organizaci s rozpočtem 2 miliardy nemůže být žádná hurá akce.

B + B neboli Bulovka a Bohnice

Všechno se změnilo ve chvíli, kdy na stůl přišla verze o sloučení čtyř pražských nemocnic. Bohužel když říkám „na stůl“, nemyslím tím nový projekt konzultovaný s řediteli oněch čtyř nemocnic, ale aktuální výtisky novin, se kterých jsem se o tomto plánu

dozvěděl nejen já, ale i moji kolegové na Bulovce a v ostatních nemocnicích. Jediný postoj, který k tomu bylo možné zaujmout, bylo vyčkat, až nás někdo osloví. Samozřejmě jsme se zúčastnili projednávání této verze ve sněmovně, kam poslancům přišli vysvětlit plán ministr zdravotnictví a pražský primátor. Že to neskončilo shodou, víme všichni.

Od té doby se verze konsorcia

čtyř pražských nemocnic několikrát modifikovala, opět z médií jsem se dozvěděl o jejím rozšíření o IKEM, abych si opět v novinách přečetl návrh na zúžení této varianty na sloučení Nemocnice Na Bulovce s Psychiatrickou léčebnou Bohnice. Jak symbolické.

Jediné a to nejlepší, co můžeme v tuto chvíli pro pacienty naší nemocnice udělat, je pokračovat v práci. Dále zefektivňovat vnitřní procesy, připravovat se na akreditaci, vyjednávat s pojišťovnamy co nejpříznivější podmínky, řešit a připravovat se na plánované omezování lůžkového fondu a k tomu a především samozřejmě efektivně a účinně léčit lidi. A není jich málo. Takzvaná spádová oblast pro naši nemocnici čítá zhruba 300 tisíc potenciálních pacientů, a to už je velká výzva.



Foto: Leoš Chodura

Stát nevěří doktorům, sám však odmítá být zodpovědný

Novela zákona o regulaci reklamy, kterou na konci června přijala vláda, je ukázkou jejího pokrytectví a sázky na maximální mediální efekt. To se podle všeho povedlo – někdy to vypadá, že média souhlasí s mýtem, že farmaceutické firmy nedělají nic jiného než opulentní kongresy v exotických zemích, platí lékařům za marketingové studie a zároveň je korumpují jejich obchodní zástupci.

Do této mediální reality teď přichází „hodně“ ministerstvo zdravotnictví, které všechno vyřeší: kongresy omezí či zakáže, studie jakbysmet a obchodní zástupci nebudou mít k lékařům přístup, aby je nemohli korumpovat. Za porušení pak firmám nasází pokuty až do výše 15 milionů korun. Vyřešeno, s korupcí ve zdravotnictví jsme zatočili, kasá se ministerstvo.



Dr. Emil Zörner
výkonný ředitel České asociace
farmaceutických firem (ČAFF)

Jiná realita

Vraťme se, prosím, do skutečné reality. Ta je absolutně odlišná. Již dvacet let fungují etické kodexy farmaceutických asociací a firem, které nepřipouští jakékoli neetické jednání. Firmy tyto kodexy

v drtivé většině případů dodržují. To je prostě fakt. Mimochoodem, Státní ústav pro kontrolu léčiv dosud nikoho nepokutoval ani do výše stávajících nižších li-

mitů, proč tedy ministerstvo zavádí vyšší?

Místa konání kongresů ve skutečnosti neurčují firmy, ale odborné lékařské společnosti. O místě konání rozhodují možnosti ubytování a vybavení všemi náležitostmi pro konání konference. Pokud ministerstvo zdravotnictví kritizuje existenci kongresů, kritizuje tím i odborníky, špičky ve svém oboru, kteří jezdí po celém světě zcela automaticky – a je to dobře, neboť bez výměny poznatků prostě nemůžeme mít moderní lékař-

skou péči na evropské či světové úrovni.

Informace není korupce

Podobným způsobem kulhá snaha ministerstva omezit činnost obchodních zástupců. Tito lidé doktory informují, nikoli korumpují. Nejsou to žádní podomní prodejci, ale obvykle lidé s patřičným zdravotnickým vzděláním, kteří informují o nových léčích, jejich interakcích a kontraindikacích či o nových metodách léčby, jež farmaceutické firmy přinášejí na trh. Stejně důležitá je

informace o minimálních doplatecích pro pacienta. Je to snad něco špatného? A když lékař nebudou informovat obchodní zástupci firm, kdo tedy? Výměna informací funguje i opačným směrem – lékaři se zástupci firem sdílí své zkušenosti s jejich léky a tyto poznatky pak obohacují databáze společností.

Stát na postgraduální vzdělávání lékařů nedává prakticky ani korunu. Opravdu jako pacienti chceme, aby se lékaři již dále nevzdělávali? Je třeba si uvědomit, že na trh míří rok co rok stovky nových léků, které pomáhají pacientům. Informace o novinkách jsou tedy pro nás všechny životně důležité.

Novela zákona o regulaci reklamy se dotkla věcí, které jsou příliš vážné a v dlouhodobé perspektivě ovlivňují i zdraví pacientů. Návrh z dílny ministerstva zdravotnictví nelze hodnotit jinak než jako snahu uhrát především několik mediálních bodů. S veškerou úctou vůči roli médií, zde to pacientům opravdu nepomůže.

Slovensko: Lékaři s pojišťovnou našli kompromis

Po několikadenním intenzivním vyjednávání se slovenští ambulantní lékaři dohodli se Všeobecnou zdravotnou poisťovňou (VŠZP) na nových smlouvách. Jádrem sporu byla především výše kapitačních plateb za pacienta.

Smlouvy s VŠZP končily lékařům k 30. červnu letošního roku, řada z nich ale odmítala podepsat nové, protože byli nespokojeni s vyšší kapitační platby za pacienta. Někteří dokonce deklarovali, že pojištěnci VŠZP si budou muset od července část péče v jejich ordinacích hradit sami.

Po sérii jednání nakonec pojišťovny nabídly ambulantním lékařům kompromisní navýšení plateb o 8 % (původní návrh pojišťovny zněl 6,5 %) a rovněž navýšení bodu za preventivní prohlídky jak u praktických lékařů pro dospělé, tak i pro děti a dorost (z 0,028 na 0,031 eura).

Nové smlouvy budou platit jeden kalendářní rok, ceny pak budou platné do konce letošního roku – do té doby by se obě strany měly dohodnout na cenách pro rok příští.

„Lékaři, kteří byli do 30. června smluvními lékaři VŠZP, se jimi znovu stávají a vracejí se do zaběhnutého režimu. Pacient přestává platit za léky a vyšetření,“ prohlásil po skončení jednání prezident Slovenskej lekárskej komory (SLK) Marian Kollár.

Hrozba plateb za péči

Právě prohlášení SLK a některých dalších organizací sdružujících ambulantní lékaře (Zdravita, o. z., či), že si pacienti-klienti největší slovenské pojišťovny budou muset od 6. července sami platit za některá vyšetření a léky, vyvolalo na Slovensku vlnu nevole. Lékařům bylo vyčítáno, že si nemocné berou jako rukojmí, ministryně zdravotnictví Zuzana Zvolenská i zástupci VŠZP vyzvali pacienty, aby za vyšetření v žádném případě neplatili. Pokud by tak učinili, peníze od své pojišťovny by zpět nedostali, ačkoli jim lékaři tento postup doporučili. Současná slovenská legislativa totiž pokladenský systém nedovoluje.

„Máte právo na bezplatnou péči, prosím, neplatte u svých lékařů,“ vzkázala Zuzana Zvolenská nemocným a upozornila, že požadavky lékařů jsou nad ekonomické možnosti pojišťovny. VŠZP zase deklarovala, že léka-

řům uhradí všechna vyšetření, jež její klienti podstoupí, navzdory nepodepsaným smlouvám. Podobný příslib učinila i směrem k lékárnám, kam by lidé přinesli recept s poznámkou, že nemocný platí celý předepsaný lék.

Marian Kollár spekulace o vydírání pacientů odmítl. „Lidé se nemusí bát, že by došlo k ohrožení jejich života či zdraví. Všichni lékaři nastoupí do práce. Na druhou stranu nás netěší, že budeme muset vystavovat účty za poskytnutá vyšetření,“ uvedl prezident SLK.

Méně nemocných

Nakonec však k protestní akci nedošlo, lékaři se 4. července dohodli s VŠZP na kompromisu. Přesto mnozí z nich mezi 2. a 4. červencem zaznamenali v čekárnách ordinací mnohem méně pacientů než obvykle. Lidé měli strach, že zdravotníci nedodrží slib, že první týden za ošetření vybírat peníze nebudou, a oni tak budou muset péči zaplatit.

„Máme podstatně méně pacientů, nejspíš se o našem protestu dověděli. U nás se však za vyšetření neplatí,“ citoval deník Sme košickou praktickou lékařku pro dospělé Evu Vargovú. „Podle pokynů komory ovšem na recepty uvádím, že nejsem smluvní partner Všeobecné zdravotní pojišťovny. Zatím se ale z lékařů nevrátil jediný pacient s tím, že by musel za léky platit v hotovosti,“ dodala lékařka, která rozhodnutí komory nepřistoupit na původní návrh VŠZP podporovala. „Žijeme na hraně, musíme se nějak bránit,“ odůvodnila svůj postoj Eva Vargová.

Méně zákazníků měly ve zmíněných třech dnech i lékárny, ačkoli většina provozovatelů po pacientech úhradu plné ceny léčiva nepožadovala. „Na některých receptech je sice uvedeno, že lékař není smluvním partnerem pojišťovny a pacient by si měl cenu hradit v plné výši, ale léky vydáváme bez doplatků na základě příslibu pojišťovny, že je i v takovém případě proplatí,“ popsala deníku situaci lékárnice Katarína Hužvárová z Košic.

Rozbíhají se jednání na příští rok

Dohodu mezi zástupci lékařů a VŠZP přivítaly obě strany. „Dnešní dohoda pro pacienty znamená, že poskytování zdravotní péče bude fungovat ve standardním režimu,“ komentovala závěr jednání mluvčí pojišťovny Dana Gašparíková. „Kompromis je v této podobě oboustranně výhodný,“ potvrdil prezident Asociace súkromných lekárov Ladislav Pásztor. „Už jsme nechtěli celou věc dále vyostřovat,“ dodal. Klad-

ně dohodu hodnotilo i ministerstvo zdravotnictví. „Doufám, že přinese spokojenější lékaře, kteří po navýšení plateb budou mít možnost řádně plnit své závazky vyplývající ze zákona,“ uvedla ministryně Zvolenská. Kapitační platby za pacienty ve věku 19 až 40 let se zvýšily o 17 centů na 1,89 eura, zvedla se hodnota bodu za preventivní prohlídky. Aby byla ambulance praktického lékaře pro dospělé rentabilní, potřebuje při takovýchto platbách asi 1700 po-

jištěnců, praktický lékař pro děti a dorost pak přibližně 1200 klientů VŠZP. Ambulantním specialistům ovšem dohoda přisuzuje navýšení pouze o 5 %.

O platbách na příští rok se začne jednat ještě v průběhu měsíce. Lékaři se netají tím, že budou požadovat další navýšení kapitačních plateb. Podle Ladislava Pásztora v současnosti dostává ambulance praktických lékařů pro dospělé v průměru 2400 eur měsíčně, lékařům pro děti a dorost pojišťovna platí asi 2700 eur. Aby lékaři mohli pokrýt náklady spojené s navýšením platů sester a lékařů, měsíční příjem ordinací by se měl pohybovat mezi 3400 a 3900 eur.

(Zdroj: Sme, Pravda)

Květa Havlová

Fico: Zvažujeme odkoupení soukromých pojišťoven

Slovenská vláda podle slov premiéra Roberta Fica chystá návrh na odkoupení soukromých zdravotních pojišťoven a vznik jediné státní instituce, jež by zdravotní péči o pacienty financovala.



Robert Fico. | Foto: vlada.cz

Důvodem je podle předsedy vlády skutečnost, že soukromé pojišťovny utrácejí na provoz peníze vybrané v rámci povinných odvodů. „My hledáme 50 milionů eur pro sestry a lékaře a někdo, kdo je majitelem soukromé zdravotní pojišťovny, si z veřejných financí odkrojí 30, 40 nebo 50 milionů eur,“ prohlásil Robert Fico.

Opozice: Nemáme dostatek financí

Odkoupení slovenských soukro-

mých zdravotních pojišťoven by mohlo stát přijít na stovky milionů eur. Prostředky by podle premiéra vláda získala prodejem svých akcií v podnicích, na jejichž chod nemá vliv. „Chceme se zdravotními pojišťovnami jednat o tom, jak by mohla transakce proběhnout a jakou hodnotu tyto pojišťovny mají,“ doplnil premiér.

Zatímco pojišťovna Union, v níž je pojištěno na 400 tisíc Slováků, návrh okamžitě odmítla, Dóvera

s 1,4 milionu klientů (respektive její vlastník – finanční skupina Penta) vyjádřila ochotu s vládou jednat. Opozice se záměrem kabinetu nesouhlasí, její představitelé upozorňují, že na sloučení pojišťoven země nemá dostatek finančních prostředků. „Fico sliboval, že dá do zdravotnictví více peněz pro lékaře a sestry, ale zdá se, že více peněz dostanou asi jen utajení sponzoři Smeru a majitelé pojišťoven,“ prohlásil v reakci na úvahy o odkupu soukromých pojišťoven bývalý ministr zdravotnictví Ivan Uhliarík a podotkl, že jejich zisk nestačí ani na pokrytí rekonstrukce jedné nemocnice.

Současný záměr Roberta Fica není jediným krokem, jež slovenští sociální demokraté v otázce soukromých zdravotních pojišťoven podnikli. První Ficova vláda zakázala zdravotním pojišťovnám vytváření zisku a jeho rozdělení mezi akcionáře, toto opatření následně zrušil ústavní soud. Slovenské soukromé zdravotní pojišťovny loni hospodářily se ziskem ve výši zhruba 19 milionů eur.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

Německo mírní vášně po rozsudku proti obřízce

Vlnu nevole ze strany náboženských organizací vzbudilo rozhodnutí německého soudu týkající se obřízek. Jak ovšem upozorňuje jeden z právníků, nejedná se o zákaz tohoto výkonu, jak mylně informovala některá média.

Diskusi otevřel rozsudek soudu v Kolíně nad Rýnem, jenž rozhodl, že obřízka provedená u muslimského chlapce, který po zákroku upadl do vážného stavu, byla provedena v rozporu s německou legislativou.

Ministr zahraničí: Tradice musíme respektovat

Operace, již z náboženských důvodů podstupují malí chlapci židov-

ského či muslimského vyznání, by se podle profesora práva na Pašovské univerzitě Holma Putzkeho a kolínského soudu měla odsunout až do doby, kdy bude dítě natolik vyspělé, aby o provedení zákroku mohlo samo svobodně rozhodnout. Právě Holm Putzke byl jedním z odborníků, na základě jehož analýz soud rozhodl.

Proti rozsudku se okamžitě ohradily židovské, muslimské, ka-

tolické i protestantské organizace, jež ho označily za vážné narušení svobody náboženského vyznání. Na jejich podporu vystoupil dokonce i německý ministr zahraničních věcí Guido Westerwelle, když prohlásil, že náboženské tradice musejí být

v moderní společnosti respektovány a povoleny.

„Chápu, že rozsudek popudil řadu lidí po celém světě. Ovšem jsem přesvědčený, že kdyby si tyto lidé rozhodnutí soudu pořádně přečetli, neměli by k rozčílením důvod,“ uvedl Holm Putzke

v rozhovoru pro agenturu Reuters. „Nikdo nechce obřízky u židů či muslimů zakázat. Jen by o zákroku měli rozhodovat ti, kteří jej podstupují,“ upozorňuje právník.

V rozporu s Hippokratem

V Německu žijí v současnosti přibližně 4 miliony muslimů a 120 tisíc židů. Zatímco v judaistické tradici podstupují chlapci obřízku 8 dní po porodu, u muslimské kultuře termín operace závisí na rodinné či regionální tradici. Kolínský soud v případě 4letého chlapce rozhodl, že dítě nebylo dost staré na to, aby mohlo o „nevratném zákroku na svém těle“ samo rozhodnout, a jeho rodiče měli s operací počkat na dobu, kdy bude starší. Žádná věková hranice nebyla stanovena.

Holm Putzke již před pěti lety upozorňoval v článku uveřejněném v jednom z německých lékařských časopisů na skutečnost, že řada tamních lékařů obřízky z náboženských důvodů provádí jen velmi nerada, mnozí z nich pak takový zákrok zcela odmítají. „Setkávám se s názorem, že je to v rozporu s Hippokratovu přísahou,“ uvádí odborník.

Lékař, jenž řešil těžké pooperační krvácení u zmíněného 4letého chlapce, nahlásil případ policii, která následně vznesla obvinění proti osobě, jež zákrok provedla. Kolínský soud dospěl k rozhodnutí na základě řady medicínských i právních analýz, upozorňuje Holm Putzke. Rozsudek, který je platný pouze v kolínském regionu, by měl podle něho „vyslat signál“ ostatním institucím.

ilustrační foto: Shutterstock

(Zdroj: Reuters)

Květa Havlová

Krátce ze zahraničí

• Odborníci Světové zdravotnické organizace (WHO) začali společně se svými **kambodžskými** kolegy vyšetřovat příčinu dosud neznámé nemoci, již od dubna tohoto roku podleho více než 60 dětí mladších 7 let. Většina jich byla hospitalizována v nemocnicích v hlavním městě Phnompenh a severokambodžském Siem Reapu s vysokými horečkami a příznaky encefalitidy nebo respiračního onemocnění, případně obou. Téměř všechny zemřely do 24 hodin od přijetí do zdravotnického zařízení na náhlé selhání dýchacího systému.

„Příčinu nemoci v současnosti neznáme, je předmětem šetření,“ píše se v prohlášení WHO. „Organizace úzce spolupracuje s kambodžským ministerstvem zdravotnictví a dalšími partnery. Zajišťujeme především technickou podporu pro epidemiologický výzkum.“ Podle prvních výsledků zkoumání nemoci by jejím původcem mohl být enterovirus 71, který byl nalezen ve většině vzorků odebraných pacientům.

• **Americký** Úřad pro kontrolu léků a potravin (FDA) schválil „domácí“ test na odhalení viru HIV ze slin. Test by se měl na pulty lékáren dostat během několika měsíců a jeho cena by neměla přesáhnout 60 dolarů. Podle vládních statistik žije ve Spojených státech amerických 1,2 milionu HIV-pozitivních, 20 % nakažených však o svém stavu neví. FDA upozorňuje, že test není 100% spolehlivý – ve studiích odhalil HIV v 92 % případů, u nega-

tivního výsledku byla jeho přesnost 99%. Úřad proto nabádá, aby lidé vždy požádali svého lékaře o další vyšetření.

• **Kubánské** úřady potvrdily výskyt cholery v jihovýchodní části země, jeden případ se údajně objevil i v hlavním městě Havaně. Nemoc si zatím vyžádala 3 lidské životy, počet nakažených se pohybuje okolo 60. Podle ministerstva zdravotnictví je situace pod kontrolou. Ačkoli byla cholera na Kubě prakticky vymýcena po roce 1959, tamní lékaři a sestry mají s její léčbou řadu zkušeností – mnoho z nich pomáhalo při epidemii nemoci na Haiti v roce 2010.

• Téměř 900 případů nákazy virem A/H1N1 zaznamenaly **bolivjské** úřady v posledních měsících. Tzv. prasečí chřipka si v zemi vyžádala 11 obětí. Tamní ministerstvo zdravotnictví ujišťuje, že situace je pod kontrolou a o epidemii se nejedná. Přesto uvažuje o plošném očkování.

• Policie a armáda se od počátku června snaží pomáhat při zvládnutí horečky **dengue** na **Srí Lance**. Jen letos se totiž v zemi nakazilo touto nemocí asi 15 tisíc obyvatel, 74 jí podleho. Vojáci a policisté se mají zaměřit především na likvidaci lůžnišť komárů *Aedes aegypti*, kteří horečku přenášejí. Podle údajů WHO si nemoc na celém světě každoročně vyžádá téměř 20 tisíc lidských životů, nakazí se jí až 100 milionů lidí.

(Zdroje: BBC, Reuters, ČTK)

(kha)



Turecká vláda údajně nechce znemožnit potraty

Turecký ministr zdravotnictví Recep Akdağ v reakci na protesty proti zakazu interrupcí vyvolané prohlášeními některými členy vlády ubezpečil, že kabinet se umělé přerušování těhotenství zakázat nechystá.

Vláda se údajně pouze chystá dát zákroku „jasnější právní rámec“.

„Nechceme ženám ztížit přístup k potratům ani jim v podstatu nepřítel. To, oč nám jde, je udržet reprodukční zdraví občanů,“ uvedl Recep Akdağ s tím, že je nutné, aby lidé přestali v umělém přerušování těho-

tenství vidět nástroj plánovaného rodičovství.

Recep Akdağ však rovněž kritizoval kampaň, již v Turecku po ohlášení legislativních úprav spustily některé organizace, především pak její heslo „mé tělo, mé rozhodnutí“. „Potratem dojde k usmrcení živé bytosti, jež se jen těžko dá označit jako ‚mo-

je tělo‘. Ženy, které budou chtít umělé přerušování těhotenství podstoupit, tuto možnost dostanou, musí však být dodržena jistá opatření. Chceme snížit počet provedených potratů v zemi, ale nikoli zákrok zakázat nebo podporovat ilegální interrupce,“ uzavřel ministr.

(Zdroj: Hürriyet Daily News)

(kha)

Privátní pojištění v Německu

V Německu existují principiálně dva druhy zdravotního pojištění. Prvním je neziskové pojištění ze zákona, v němž je pojištěna většina německého obyvatelstva. Souběžně s tímto obecně známým typem pojištění zde funguje i privátní zdravotní pojištění.

Privátní zdravotní pojištění (*private Krankenversicherung*, PKV, dále jen PZP) není neziskové, pracuje na soukromoprávní bázi s cílem dosáhnout určitého zisku z nákladů, které se vydávají na léčení nemocí, úrazů a zdravotních preventivních opatření. V roce 2010 mělo tzv. plné privátní pojištění (*Krankenvollversicherung*) 8,9 milionu Němců, což představuje 11 % obyvatelstva. Výdaje na tento typ pojištění činily přibližně 33 miliard eur.

Privátní zdravotní pojištění je ovládáno několika velkými společnostmi (těmi největšími jsou Debeka, DKV, Axa, Allianz Private, Signal Iduna, Central, Versicherungskammer Bayern, Continentale, HUK-Coburg, Barmenia). Tyto zdravotní pojišťovny – spolu s dalšími menšími – mezi sebou soupeří o „platícího klienta“.

Ústavy jsou sdruženy ve svazu privátních pojišťoven (*PKV-Verband*). V roce 2011 v něm bylo 43 subjektů, z toho 19 spolků pro vzájemné pojištění a 24 akciových pojišťovacích společností.

Základní typy PZP

Základní typy PZP jsou v principu tři. Je to stoprocentní nebo také plné pojištění (*Vollversicherung*), které pokrývá všechny náklady na léčení, minimálně však klasické ambulantní a nemocniční léčení. Dále existuje pojištění částečné (*Teilversicherung*), jež přebírá jen část nákladů. Část nákladů nese – respektive „doronává“ – někdo jiný. Typicky je to zaměstnavatel pojištěnce, což je v Německu nejčastější v případě úředníků. Sjednat lze i privátní připojištění (*private Zusatzversicherung*). Činí tak lidé, kteří mají zcela „normální“ pojištění ze zákona a prostřednictvím PZP si „dopojišťují“ další zdravotní či s nemocí spojená finanční rizika, jako je pojištění v cizině nebo pobírání nemocenských dávek v případě hospitalizace (*Krankenhaustagegeld*) či dávky pro případ „marodění doma“ (*Krankentagegeld*) a některá další rizika.

Pro úplnost je třeba dodat, že tu existuje ještě jedna skupina lidí, kteří mohou žádat o příplatek/připojištění ze strany PZP. Jsou to „umělci na volné noze“ jako například skladatelé, spisovatelé,

publicisté a žurnalisté. Pro ty je určeno tzv. pojištění umělců (*Künstlersozialversicherung*). To pak vyžaduje měsíční příspěvky nepřekračující tarify srovnatelné se zákonným pojištěním lidí v zaměstnaneckém poměru. Předpisy definují poměrně přesně, kdo má na tento typ pojištění/připojištění nárok.

Vstup do privátního a návrat do zákonného pojištění

Privátní ZP se při přijetí žadatele dívají na věk, pohlaví, zdravotní stav, povolání a pravidelný příjem. Při zjištění určitých nemocí nebo pravděpodobnosti rizika možného pozdějšího onemocnění (*Krankheitsrisiko*) mají možnost žadatele odmítnout nebo zatížit tzv. rizikovým příplatkem (*Risikozuschlag*). Hlavní podmínkou pro přijetí je určitý měsíční příjem, jenž musí překročit výdělečný limit, který se pro každý rok stanovuje extra. Pro rok 2012 je tento limit stanoven na 4237 eur měsíčně. Kdo vydělává tolik nebo více, má nárok na ZPZ. Nemusí se jednat jen o osoby samostatně výdělečně činné, umělce či řemeslníky, ale mohou to být i lidé v zaměstnaneckém poměru, jejichž příjem dosáhne stanoveného limitu.

Důvodem požádat o obnovení zdravotního pojištění ze zákona (ZPZ) jsou v naprosté většině případy finanční potíže pojištěnce. Když pojištěncovy příjmy „spadnou“ pod stanovený limit nebo jsou tak nízké, že měsíční platba na ZPZ ohrožuje jeho existenci, pak je možný návrat „do lůna“ zákonného pojištění. Ovšem pouze do věku 55 let. V případě, že je pojištěnec starší, je tento krok možný jen tehdy, je-li veden jako nezaměstnaný.

Kritéria pro výši příspěvků

Platbám u privátních pojišťoven se na rozdíl od zdravotního pojištění ze zákona neříká příspěvky (*Versicherungsbeiträge*), ale prémie (*Versicherungsprämien*). Výše příspěvků u ZPZ je závislá na příjmu pojištěnce, výše prémie/tarifů u ZPZ je (později) na výši příjmu nezávislá (*einkommensunabhängig*). Výše měsíčních prémie se pak u nově zaregistrovaného zájemce o PZP řídí, respekti-

ve „nastaví“ podle následujících kritérií:

• **Pohlaví pojištěnce.** V době vzniku těchto řádků je pojištění žen stále ještě dražší než mužů. Vychází se z očekávané delší doby života a vyšších zdravotních rizik, jako je těhotenství či komplikované porody apod. Od 21. 12. 2012 mají PZP nabízet lidem počáteční/vstupní tarif na pohlaví nezávislý (*Unisex-Tarif*), ale později se smí i nadále kalkulovat rozdílně.

• **Věk pojištěnce.** Čím je starší, tím vyšší tarif platí.

• **Povolání.** Zaměstnanci ve veřejnoprávním sektoru mívají úlevy, naopak některé profese jsou zatíženy „rizikovými příplatky“.

• **Zdravotní stav žadatele.** Jde o velmi významné kritérium. Žadatel musí doložit svůj aktuální zdravotní stav, případnou dlouhodobou medikaci, předchorobí a hlavně existenci chronických chorob. Pokud se zdravotních problémů sejde více, mohou PZP tarif zvýšit o zdravotní rizikové příplatky vyjadřované většinou v procentech z „normálního“ tarifu. Německé PZP mají možnost vyloučit konkrétní chronickou chorobu z úhrad, a je-li žadatel značně nemocen, mají legální možnost takového člověka odmítnout zaregistrovat. Odmítnout nemohou novorozence v období 2 měsíců po porodu.

Standardní i individuální tarify

Pojišťovny nabízejí širokou paletu různých tarifů. Dohodnout lze naprosto individuální tarify, v nabídce jsou i jakési tarify ve formě „standardních kombinací“. Mluví se o kompaktních tarifech (*Kompakttarif*). Ty pak zahrnují pojištění/hrazení smluvně definovaných kombinací stomatologických a nemocničních výkonů, které v případě potřeby nemohou být následně individuálně upravovány, měněny či doplňovány. Potom existuje ještě možnost takzvané spoluúčasti. Klient si může dohodnout, že „prvních 700 eur“ si zaplatí sám a privátní pojišťovna převezme vše, co tuto smluvně dohodnutou sumu přesáhne. Měsíční prémie jsou pak o něco nižší. Spoluúčast se může vztáhnout i na jediný vybraný typ

léčby (*leistungsartbezogene Selbstbeteiligung*), a to tak, že klient se zaváže sám platit 10 % výdajů za léky nebo 15 % výdajů na brýle apod. Spoluúčast tedy může být domluvena jako numericky absolutní konkrétní suma nebo poměrná/procentuální část z odpovídajícího „normálního“ tarifu. Krátce a stručně: S privátní zdravotní pojišťovnou lze domluvit různé druhy spoluúčasti buď na „kompletní terapii“, nebo na vybraných jednotlivých výkonech či pomůckách. Spoluúčast zákonitě snižuje měsíční prémie a zlevňuje pojištění.

ní možné stability příspěvků (*Beitragsstabilität*). Jinými slovy, PZP z běžných příspěvků klienta „dávají stranou něco na stáří“ a svým způsobem člověku spoří. Když ovšem starší privátně pojištěný klient z nějakého důvodu změnil pojišťovnu, tyto „úspory“ jeho původní pojišťovna zadržuje. Jejich převedení jinam není možné.

Tyto informace ohledně privátních pojišťoven jsou v Německu všeobecně známé, občas se téma probírá ve veřejnoprávních médiích. Lidem se doporučuje dbát na volbu privátní zdravotní po-

Co vše je pojistitelné u německých privátních pojišťoven

V zásadě je pojistitelné (*versicherbar*) následující:

- jednolůžkový nebo dvoulůžkový pokoj během hospitalizace,
- volba či výběr kliniky,
- svobodná volba lékaře, ambulantního i v nemocnici,
- hrazení všech medikamentů,

- hrazení i těch nejkvalitnějších zubních náhrad/protéz,
- hrazení čelistní chirurgie, brýlí, kontaktních čoček,
- hrazení psychoterapie, fyzioterapie a masáží,
- hrazení alternativních léčebných metod.

Zdražování příspěvků – bolestné téma

Německé PZP svým klientům měsíční prémie více či méně průběžně zvyšují. Odůvodňují to faktory, jako je pokrok v medicíně, zvyšující se náklady na pojištění pro „stále vyspělejší“ medicínu, změny na kapitálových trzích, odliv klientů, změny rámcových daňových okolností, zásahy zákonodárců do zdravotnictví apod. Hlavním důvodem zvyšování prémie je stárnutí klienta přinášející vyšší náklady na léčbu. Prémie u PZP s věkem rostou skutečně razantně. Kolem padesátky mohou dosáhnout násobku toho, co klient začal platit v 25 letech.

Podle střízlivých propočtů PZP zvyšují prémie až o 6 % ročně. Německý institut pro hospodářský výzkum (DIW) propočítal, že člověk, který ve 30 letech začal s 300 eury měsíčně, by v 65 letech musel platit skoro 2200 eur měsíčně. Podle statistiky zaplatili privátní pojištěnci v roce 2008 o 49 % vyšší měsíční prémie ve srovnání s rokem 1997.

Aby nedocházelo k neúnosnému navyšování prémie, musí PZP ze zákona průběžně tvořit finanční rezervy na stáří (*Alterungsrückstellungen*). Jde o zajištění maximál-

jišťovny a nenechat se (v mládí) nalákat na nápadně nízký vstupní tarif. Ten bývá zpravidla tendenčně „podhodnocen“ právě za účelem získání co největšího množství mladých a v tomto věku většinou zdravých klientů. Privátní pojišťovny jim po poměrně krátké době tarify značně zvednou. V Německu se v té souvislosti běžně mluví o explozi tarifů (*Tariff Feuerwerk*). Tu lze očekávat hlavně u privátních pojišťoven registrovaných jako akciová společnost. Pojišťovny s právní formou „spolek vzájemného pojištění“ (*Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit*) jsou v tomto ohledu o něco „lidštější“.

Přestup z PZP do ZPZ obtížný až nemožný

V obecných doporučeních pro volbu PZP se zdůrazňuje, že nejdůležitějším kritériem z hlediska vstupujícího klienta by měla být zřejmá příspěvková stabilita toho kterého pojišťovacího ústavu. Na internetu existují portály zabývající se srovnáváním (historie) tarifních podmínek privátních pojišťoven. Jde mimo jiné i o to, že při neočekávaně vzniklém vážném zdravotním problému může dojít k výpadku příjmů

ZE ZAHRANIČÍ PLUS

nemocného člověka a k potížím s placením (často neúměrně) stoupajících prémie. Přechod k jiné privátní pojišťovně je pro prokazatelně dlouhodobě nemocného člověka finančně neúnosný nebo zcela nemožný. Privátní ústavy mají možnost chronicky nemocného odmítnout. Totální odmítnutí chronicky nemocných je však od 1. ledna 2009 zákonem omezeno.

Povinnost nabídky sociálně přijatelného tarifu

PZP jsou nově povinny nabídnout lidem i pojištění za takzvaný „základní tarif“ (*Basistarif*). Měsíční příspěvky pak musí přibližně odpovídat výši průměrného nejvyššího příspěvku pojištění ze zákona. Pro rok 2012 se jedná o 592,88 eur měsíčně. Nárok mají lidé od 65 let za předpokladu, že předchozích 10 let byli souvisle klienty některé privátní zdravotní pojišťovny. Má to ale jeden háček. PZP za klienty na základním tarifu hradí lékařům/zdravotníkům velmi málo a ti se je v konečném důsledku snaží odmítnat.

Nejvyšší spolkový soud však rozhodl, že privátní zdravotní pojišťovny musí zdravotníkům platit – lidově řečeno – přijatelně vysoké úhrady i za staré a nemocné klienty na základním tarifu. Klienty na základním tarifu nesmí pojišťovací ústavy vypovědět, od nynějška je tu zákonem stanovená povinnost je přijmout a smlouvu udržet (*Kontrahierungszwang*). A to i v případě, že klient (už) není schopen platit příspěvky. V takovém případě mají privátní zdravotní pojišťovny možnost vymáhání plateb „zmrazit“. Privátní pojišťovna pak ale za klienta hradí lékařům jen výkony spojené s nezbytnou péčí (*Notversorgung*), jako jsou akutní nemoci/bolestivé stavy, těhotenství a mateřství.

Zpětné proplácení příspěvků

Pro vrácení peněz klientům PZP existují principiálně dva hlavní důvody. Privátní zdravotní pojišťovny vrací část příspěvků lidem, kteří nějakou individuálně definovanou dobu privátní pojištění nepotřebovali. Zpětné proplácení příspěvků (*Beitragsrückerstattung*) až ve výši 6 měsíců může ten který ústav garantovat i smluvně. V tomto případě se mluví o tzv. rabatu za nevyužití plnění pojišťovny (*Leistungsfreiheitsrabatt*).

Pak je tu situace, kdy některé ústavy vracejí příspěvky i spontánně, a sice v případě výrazně pozitivní obchodní bilance s vy-

sokým ziskem a následným „přebýtkem peněz v kasičce“. Část finančních přebytků tak (občas) jde k dobru těch, kteří na vznik přebytků dlouhodobě přispívali.

Ambulantní léčba

Privátně pojištěný člověk při návštěvě u ambulantního lékaře dostane ve dvou či třech vyhotovených účtech za léčbu, z něhož jasně vyplývá, jaká vyšetření podstoupil. Pacient ví, za co jeho privátní pojišťovna platí. Když klient najde v položkách za výkony vážné chyby, může si stěžovat. Lékař pak může být obviněn z podvodu, tedy pokud se provinění prokáže, což nebývá vždy jednoduché. Pacient je povinen ve stanovené lhůtě účet lékaři (ze svého) proplatit. Kopii o platbě pošle své privátní pojišťovně a ta pacientovi sumu zaplacenou léka-

ři pošle zpět na účet. Pacient má možnost dát lékaři písemné svolení, aby účty posílal přímo privátní pojišťovně a ta aby lékařovi platila rovnou. Tak se vyhne nutnosti sáhnout na vlastní peníze. Platby v hotovosti, šekem nebo kartou nejsou v Německu (na rozdíl od některých jiných zemí) povoleny.

Co se týče receptů, privátní pacient je vyžaduje ve dvou vyhotoveních. Jeden exemplář zůstane lékárníkovi, druhý opatří razítkem, jímž stvrdí vydání léků. Ten jej spolu s účtem od lékaře pošle své soukromé pojišťovně. Privátním pojištěncům se na privátní recepty píše vše, tedy například i paracetamol, kyselinu acetylsalicylovou či kapky do nosu. PZP – na rozdíl od zákonných ZP – zpětně proplácí skoro vše, včetně volně prodej-

ných léků. Z logiky věci pak mimo jiné vyplývá, že ambulantní lékaři disponují nejméně dvěma druhy receptů. V první řadě se jedná o recepty pro pojištěnce ze zákona. Tyto předtisky jsou jednotné a plošně stejné. Soukromý recept (*Privatrezept*) je opatřen hlavíčkou lékaře a od „státního“ se může značně lišit (*viz obr.*). Někteří lékaři jsou při grafické stylizaci svých privátních receptů značně nápadití.

A ještě je tu jeden nezanedbatelný bod. Tím je občasné „vstřícnější brání na řadu“ privátně pojištěných lidí. To lze čas od času objektivně prokázat u lékařů, kteří dávají pevné termíny a berou lidi podle objednávkového diáře. Když se v ordinaci objeví „privát“, má nemalou šanci, že přijde na řadu takřka ihned. Není to povolené, ale ví se o tom

a je to mlčky tolerované. Občas do takových praxí zavítá investigativní žurnalista, vydává se za „priváta“ a skrytou kamerou nafilmuje přednostní ošetřování. Média pak referují o „dvoukolejné medicíně“ (*Zwei-Klassen-Medizin*).

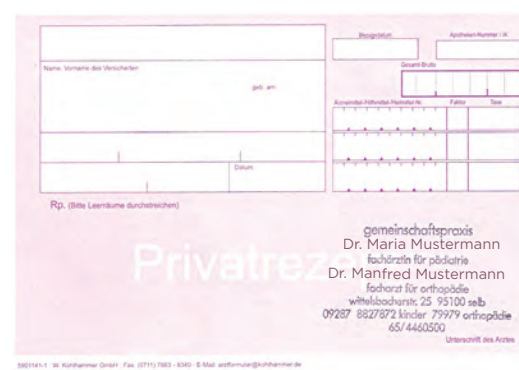
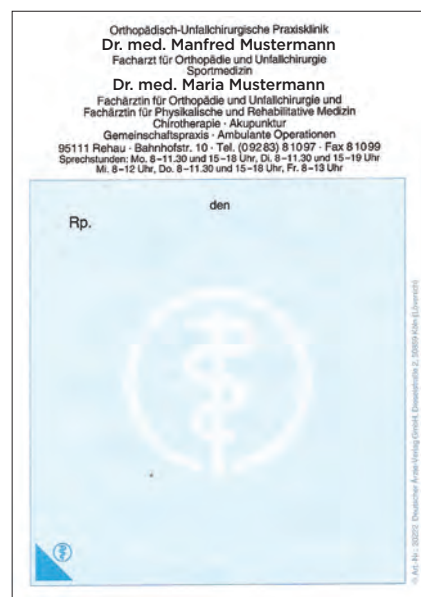
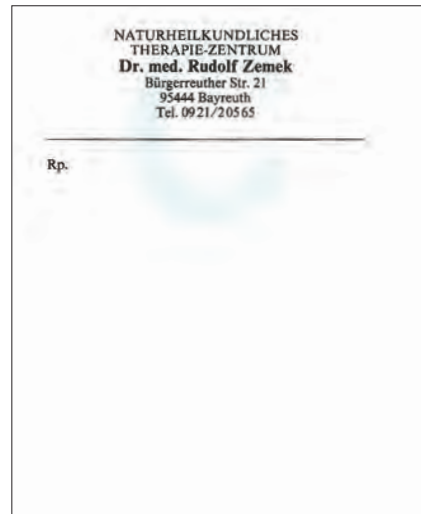
Německým lékařům se ohledně jejich sklonu preferovat „priváty“ nelze až tak moc divit, neboť za ně dostanou od jejich pojišťovny téměř dvojnásobek sumy co za pojištěnce ze zákona. I zde platí úsloví, že peníze jsou vždy až na prvním místě, nebo známější klasické (a v němčině se rýmující) pořekadlo, že „peníze vládnou světem“ (*Geld regiert die Welt*).

Léčba v nemocnici

Nejen ambulantní specialisté, kteří pracují s objednávkovým kalendářem, mají tendenci brát „priváty“ na řadu přednostně. V nemocnicích je to skoro pravidlem. Typicky při objednávání na plánované operace. Zjednodušeně lze říci, že privátní pojištěnci jdou na řadu jako první prakticky bez čekání s tím, že pořadník pro ně *de facto* neplatí. Po nich přicházejí na řadu pojištěnci ze zákona, kteří mají privátní připojištění, teprve po nich jdou standardně zákonně pojištění a až nakonec nezaměstnaní, kteří na plánované výkony čekají nejdéle.

Lidé mající u PZP tzv. plné pojištění a platící patřičně vysoké měsíční prémie mají při hospitalizaci nárok na pobyt v jednolůžkovém pokoji a na léčbu šéfem oddělení (*Chefarztbehandlung*). Privátní pojištěnci, kteří se spokojí s dvoulůžkovým pokojem a s léčením od běžných lékařů, platí o poznání výhodnější měsíční tarif. Delší hospitalizace mohou být značně nákladné, a tak nemocnice posílají účty k proplacení přímo privátní pojišťovně. K tomuto postupu musí pacient zařízení zplnomocnit.

Stran úhrad za privátní pojištěnce platí, že nemocnice a potažmo i vybraní nemocniční lékaři za ně dostanou více než za pojištěnce ze zákona. Ambulantní lékař, jenž za privátního pacienta obdrží úhradu od jeho pojišťovny, si ji nechá a zdaní ji spolu s ostatními příjmy. Úhrady za hospitalizované klienty PZP převádí na vedení nemocnice. To si platbu/úhradu ponechá celou v případě, že privátní pojištěnec nebyl léčen šéfem oddělení. Pokud ano, dostane dotyčný šéflékař za léčbu privátního pojištěnce od vedení nemocnice separátní doplatek. Privátně pojištěných Němců je jen 11 %, takže



Recept vpravo nahoře je předtisk zákonných zdravotních pojišťoven. Píší se na něj tři položky formou obchodního názvu léku. Na označení účinnou látkou lékárníci reagují vydáním toho, co mají na skladě. Pro počet balení se užívá zavedená zkratka OP (*Originalpackungen*), např. „2 OP“. Ostatní recepty jsou ukázkami předtisků receptů „privátních“. Na ně může lékař napsat prakticky jakýkoli lék a v libovolném počtu balení. Je na privátní pojišťovně, co z toho pacientovi zpětně proplatí. „Design“ předtisků privátních receptů je zcela na tvořivosti lékařů, kterým patří.

ZE ZAHRANIČÍ PLUS

výrazně vyšší úhradu lze očekávat zhruba za každého desátého pacienta. To není tak mnoho a o aktuálním počtu „privátů“ se v nemocnici dobře ví.

Hrazení za hospitalizované privátní pojištěnce probíhá na základě systému DRG (*diagnosis related groups*). Pro pořádek lze ještě dodat, že komu na penězích nezáleží, může si s nemocnicí domluvit jakékoli léčení za jakoukoli, směrem nahoru neomezenou sumu.

Hlídané a zdaněné peníze

Je jasné, že šéflékař (*Chefarzt*) se o privátního pacienta nemůže starat úplně sám. Asistuje mu vybraný kolega, který za pomoc při péči také dostane finanční příplatek. Pro nutnost vyplácet „pomocníkům“ občas nějaký příplatek zakládají šéflékaři extra konto, z něj pak jejich kolegové dostávají zaplacenou jednou za rok, zpravidla koncem listopadu, před Vánoci. V německých nemocnicích se tomuto způsobu (pře)rozdělování plateb za privátní říká *pool-system*.

Vzhledem k tomu, že peníze od privátních pojišťoven běží přes konta vedení nemocnice, je zajištěno, že všechny finance jsou „hlídané“ a jaksepatří zdaněny. Pohyby nezdaněných „černých peněz“ jsou značně ztíženy. Zvykem je, že privátní pacienti

před propuštěním přispějí střednímu zdravotnickému personálu nějakou bankovkou do prasátka na kávu. Toto „kolektivní spropitné“ pak bývají jediné peníze, které „tečou“ mimo fiskus, pokud lze pohyb několika desítek eur v prasátku označit jako peněžní tok.

Pojištění dětí u PZP

Finančně dobře zajištění rodiče mohou privátně pojistit i své děti. Nemusí to být u stejné pojišťovny, u níž jsou pojištěni oni sami. V Německu jsou PZP, které pojišťují i jednotlivé děti s vědomím, že jejich rodiče jsou u konkurence. Registrace dětí je stejně jako u dospělých podmíněna vstupní zdravotní prohlídkou. Ta odpadá jen u novorozenců nahlášených k pojištění do 2 měsíců od porodu.

PZP a alternativní a přírodní léčby

Velkorysé hrazení alternativních způsobů léčby je jedním z bodů, kterým se PZP dost podstatně liší od ZPZ. Je to jedna z cest, jimiž PZP úspěšně lákají klienty do svých řad. Například Barmenia na svých webových stránkách hlásá: „Nabízíme pojištění všech zvláštních léčebných směrů uvedených v Hufelandově seznamu výkonů (*Hufeland-Leistungsverzeichnis*) a v sazebníku pro léčitele, ja-

ko jsou elektroakupunktura podle Volla, kineziologie či tradiční čínská medicína...“ Dodatečně lze u nás připojistit i homeopatii a druhý (alternativně-medicínský) názor od léčitele...“

Na stránkách pojišťovny DKV lze číst: „Pojištění terapie u léčitele je u nás možné... Můžete si zvolit pojištění jednotlivých metod na principu stavebnice... Víme, že existuje mnoho lidí, u nichž školská medicína (*Schulmedizin*) selhala a teprve užití alternativní medicíny je vyléčilo. Přírodní léčby a obecně alternativy ke školské medicíně vás mohou v extrémním případě osvobodit od letitého trápení...“

I zákonná zdravotní pojišťovna DAK na svých internetových stránkách nabízí v rámci tarifu „DAK plus 2“ úhradu ve výši 500 eur ročně za alternativní léčbu z rukou certifikovaného léčitele a za různé prostředky přírodní terapie jako takové.

Závazné ceníky

Toky peněz v německém zdravotnictví jsou řízeny poměrně přesně definovanými pravidly. Každá hlavní oblast, kde ve zdravotnictví peníze mění majitele, má svůj katalog výkonů (*Leistungskatalog*) nebo také seznam/přehled poplatků (*Gebührenordnung*). Význam těchto podkladů nespočívá jen v informaci, kolik peněz



Ilustrace: foto: Shutterstock

může zdravotník/poskytovatel za výkon uvedený v katalogu požadovat od objednatele, pacienta či klienta. Smysl seznamů tkví i v tom, že v nich uvedené výkony (ať již standardní nebo alternativní medicíny) se považují za „uznané“. Zjednodušeně lze říci, že vše, co v nich není uvedeno, se nejen nehradí, ale považuje se za „nesprávné“.

Zubní lékaři se řídí vlastním přehledem (*Gebührenordnung für Zahnärzte, GOZ*). Pro ZPZ – a tedy pro naprostou většinu německého obyvatelstva – je závazný jednotný přehled cen za definované výkony (*Einheitlicher Bewertungsmaßstab, EBK*). Pro PZP platí seznam pro lékaře (*Gebührenordnung für Ärzte, GOÄ*). O tomto sazebníku se lze v oficiálních podkladech dočíst, že „aprobovaný lékař v Německu nesmí za jím poskytnuté výkony požadovat libovolné ceny, nýbrž je nucen řídit se profesním právem a výkladem práva sociálního a výkony účtovat (výhradně) podle GOÄ“.

PZP se musí řídit tímto přehledem „cen“ za výkony. Ceny uvedené v přehledu ovšem nejsou pevné, mohou se podle daného schématu (*Steigerungssatz*) „stupňovitě“ zvyšovat. Vysvětlení principu zmíněného schématu by přesáhlo rámec tohoto pojednání.

Aby to nebylo tak jednoduché, pro výpočty, respektive pro nastavení privátních tarifů, je tu ješ-

tě jakési „vnitropodnikové“ účetní pravidlo (*Kalkulationsverordnung, KalV*), jímž se PZP musí řídit. Privátní pojišťovny se v jeho rámci musí snažit odhadnout demografický, finanční a hospodářský vývoj na zhruba 50 let dopředu. To je předpokládána doba pojištění klienta u PZP. Že tu zákonitě dochází k chybným odhadům, je nasnadě.

Boj o klienta

Boj o klienta je – podobně jako u jiných výdělečných činností – i v tomto oboru velmi intenzivní. Privátní pojišťovny, jakožto komerční ziskové organizace, nejsou v reklamní činnosti nijak omezeny. Na internetu se objevují pozměněné, aktualizované nabídky nových tarifů, slev, spoluúčasti a podobně. Vyznat se v „džungli tarifů“ není pro laika jednoduché.

Lepšímu porozumění přispívají televizní investigativní či naučné pořady a srovnávací internetové portály, které upozorňují na skutečné slevy zrovna jako na „tarifní pasti“. Zveřejňováno bývá i pořadí několika cenově a klientsky nejpriznivějších pojišťoven, jež se průběžně aktualizuje.

Vybrat si správnou privátní pojišťovnu a správný tarif je velmi důležité. Špatný výběr může být pro klienta či pro časem dlouhodobě nemocného staršího pacienta značně nepříznivý, někdy až fatální.

MUDr. Rudolf Zemek

Hlavní rozdíly mezi privátním pojištěním (PZP) a zdravotním pojištěním ze zákona (ZPZ) v Německu

Odlišností je dost, zde jejich orientační výčet:

- Pojištění rodinných příslušníků je u ZPZ zajištěno přes jednoho člena rodiny, jenž je u ZPZ pojištěn. Ostatní rodinní příslušníci jsou pojištěni „přes něj“ a neplatí žádné příspěvky. V rodinách u ZPZ musí všichni rodinní příslušníci včetně dětí platit separátní premii.
- Lidé pojištění u ZPZ mají stejné postavení a nárok na stejný rozsah úhrady léčby.
- Příspěvky na ZPZ se řídí podle příjmu a „ke stáru“, se zvyšující se nemocností pojištěnců a tendencí k jejich nižším příjmům, spíše klesají. Příspěvky (prémie) u ZPZ se řídí podle věku, pohlaví, profese a zdravotního stavu pojištěnce. U mladých zdravých lidí bývají zpočátku o poznání nižší než ty u ZPZ, se stoupajícím věkem se však zvyšují bez ohledu na (případně) nižší až nízký příjem (staršího/penzionovaného) pojištěnce.
- Nápadně nízké „vstupní“ tarify nabízené ze strany ZPZ mladým lidem bývají často prostředkem k jejich

nalákání k registraci. Zanedlouho jim ZPZ původně nízké vstupní tarify radikálně zvýší.

- Pro ZPZ platí příkaz účelnosti a hospodárnosti, úhrady nesmějí překročit „míru nutnosti“. U ZPZ je to obráceně, míra nutného/nezbytného léčení je tu spodní hranicí, od níž začínají úhrady, horní úhradová hranice u PZP prakticky není.
- ZPZ na rozdíl od ZPZ nehradí volně prodejné léky, optické pomůcky a zubní náhrady.
- Lidé pojištění u ZPZ (v době vzniku těchto řádků, červen 2012) platí 10 eur za každou první návštěvu u lékaře nebo na LSPP za čtvrtletí, v obou případech nejvýše 40 eur za rok. Při hospitalizaci platí prvních 28 dní pobytu v nemocnici spoluúčast ve výši 10 eur denně. Klienti PZP tyto poplatky neplatí.
- Klienti PZP nemají na rozdíl těch u ZPZ nárok na příspěvky na nemocné dítě, na mateřskou, nemocenskou ani na pomocnici v domácnosti.
- PZP ve srovnání se ZPZ přispívá méně na rehabilitaci, psychoterapii

a léčebné pomůcky. Klienti PZP se v případě úrazu/nehody musí sami soudit a odškodné sami vyžadovat/vymáhat od pojišťovny protistrany, jež úraz/nehodu zavinila.

- Spory klientů ZPZ s jejich pojišťovnou probíhají u sociálních soudů, řeší se převážně rychle a jsou bezplatné. Spory privátních klientů s jejich PZP probíhají u soudů občanskoprávních, jsou vleklé a pro stěžujícího si pojištěnce drahé.
- Privátní pojištěnci, kteří chtějí změnit pojišťovnu, musejí počítat se značnými finančními ztrátami. Už jen z toho důvodu, že rezervu na stáří, kterou pro ně z jejich přemí, „spořila“ jejich původní PZP, nemohou vzít s sebou do nově zvolené ZPZ. A nejsou-li navíc mladí a zcela zdraví, je přechod k jiné pojišťovně ještě dražší. V německých materiálech na toto téma doslova stojí, že „klienti PZP jsou na svou privátní pojišťovnu *de facto* doživotně vázáni“.
- ZPZ na rozdíl od ZPZ hradí i alternativní a přírodní léčby (*naturheilkundliche Behandlungen*).

Předplatte si MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

Předplatné na rok + mimořádný dárek

Recidivující infekce dýchacích cest a imunomodulácia u dětí

Monografie podává recentní pohled na problematiku opakovaných respiračních infekcí (RIDC) v dětském věku a na možnosti jejich komplexní léčby a prevence. Vedle definice RIDC je na úvod analyzována etiologie těchto onemocnění a popsán diagnostický přístup k dětským pacientům, kteří opakovanými infekcemi trpí. Tato problematika je dána do souvislosti i s fyziologickou, tedy „normální“ nemocností dítěte.



**Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 12. 8. 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 0712 A** (v případě, že jste lékař), nebo **ZDN 0712 B** (v případě, že nejste lékař). 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 0712 A** (v případě, že jste lékař), nebo **ZDN 0712 B** (v případě, že nejste lékař).



Pošlete SMS na číslo 900 09 06

ve tvaru **ZDN ABO jméno, přijmeni, adresa, lekárska specializace** (v případě, že jste lékař) 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 pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné nelze po dobu jednoho roku ode dne provedení objednávky vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky prodlužuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svým písemným oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a.s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávkou předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávkou dále 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 kdykoli 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.

SÚKL představil novelu zákona o reklamě

Na základě semináře, jenž proběhl v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR pod názvem „Opravdu nový zákon o reklamě ovlivní vztah lékař – výrobce léků?“, se ještě jednou vracíme k tomuto tématu. Nad navrhovanou novelou zákona diskutovali zástupci Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) se zástupci České lékařské komory a právníky.

Chystanou **novelu zákona č. 40/1995 Sb., o regulaci reklam,** představily Mgr. Jaroslava Doležalová a MUDr. Klára Kotyžová ze SÚKL. Novela pozměňuje stávající zákon v následujících hlavních oblastech:

Protikorupční opatření

Tato opatření usilují o omezení aktivit pracovníků farmaceutických firem a lékařů tak, aby nedocházelo k účelovému předpisování léčiv. Konkrétně se tyto úpravy zaměřují na setkávání odborníků – vědecké kongresy a jiné odborné akce, dary odborníkům v souvislosti s reklamou na léčivé přípravky, poskytování vzorků léčivých přípravků a navštěvování odborníků reprezentanty firem. „V současnosti jsou odborné akce v zákoně rozdělené na menší akce, pořádané za účelem předepisování léčiv, a vědecké kongresy. V novele se oba typy akcí slučují do jedné skupiny, protože docházelo k výkladovým problémům, co je a co není kongres,“ vysvětlila Mgr. Doležalová.

Co se týče darů odborníkům, ti mají nadále zákaz je přijímat. Nově však platí i zákaz předepisovat na jejich podkladě daný léčivý přípravek. Upřesňují se také pravidla pro rozdávání vzorků léčivých přípravků. „Dosavadní praxe ukázala, že vzorky byly často poskytovány v nepřiměřeném množství a neplnily účel otestování nového léku. Za přiměřené množství se pokládá 5 vzorků/1 rok u léků pro akutní stavy a 5 vzorků/3 měsíce u přípravků pro chronické pacienty. Omezena je také doba poskytování vzorku na dva roky od uvedení léčiva na trh,“ dodala Jaroslava Doležalová.

Posílení ochrany pacienta

S novelou zákona dochází k posílení ochrany pacienta. Jsou stanovena pravidla navštěvování odborníků reprezentanty firem, zakazují se spotřebitelské soutěže na léčivé přípravky a poskytování výhod v souvislosti s výdejem léci-

vých přípravků. SÚKL se nově stává dozorovým orgánem pro reklamu na doplňky stravy.

Reprezentantům firem se zakazuje navštěvovat odborníky v ordinálních hodinách, čímž by pacientům mělo být zajištěno právo na včasné ošetření, bez zbytečného čekání v ordinaci. Novela zákona dále zakazuje spotřebitelské soutěže, neboť podle SÚKL jde o nevhodný způsob reklamy, který může vést k nadužívání léčivého přípravku. „Je třeba si uvědomit že léčivo není potravinou, kterou lze užívat podle uvážení. Také poskytování výhod v souvislosti s výdejem léčiva, jako jsou zákaznické karty či bonusy, již nebude možné, aby nedocházelo k manipulaci se zákazníkem – pacientem,“ konstatovala magistra Doležalová.

SÚKL se na základě zkušeností s nedostatečným dozorem nad reklamou na doplňky stravy (dosud měly tuto povinnost krajské živnostenské úřady) nově stává dozorovým orgánem pro tuto oblast. „Krajské úřady se na nás často obracely s dotazy, neboť jim chybí odborný background pro tento dozor. Bude to pro nás větší administrativní zátěž, ale je to ve prospěch pacientů. Reklama na doplňky stravy je v mnoha případech až nebezpečná. Pacienti totiž často nerozlišují mezi lékem a doplňkem a léčí si pak doplňkem stravy třeba diabetes, což může mít fatální důsledky,“ upozornila zástupkyně SÚKL.

Vyšší sankce

Novela zákona posiluje odrazující účinek sankcí za správné delikty, které zvyšuje trojnásobně. Maximální sankce se stanovuje na 15 milionů (nyní 5 milionů), sankce pro odborníka může činit až 300 tisíc (nyní 100 tisíc). Nově bude možné udílet také sankce za neohlášení odborné akce.

„Pořadatelé budou povinni 10 dnů předem nahlásit na SÚKL konání každé akce a 10 dnů po jejím skončení pak sdělit, co bylo odborníkům poskytnuto. Toto opatření považujeme za zásadní, neboť zajistí větší transparentnost,“ řekla



Jaroslava Doležalová

Jaroslava Doležalová. Přehled akcí a informací o nich bude k dispozici na stránkách SÚKL. Ten je současně povinován tyto akce zveřejňovat, přičemž zákon posiluje jeho pravomoc získávat dané informace od odborníků. Současně se rozšiřuje povinnost pro zadavatele reklamy informovat, co bylo poskytnuto odborníkům.

Úprava výkladových nejasností

Upravují se také části zákona dlouhodobě působící výkladové problémy. Zavádí se pojem pohostinnost, který je přesně definován, zpřesňuje se definice zpracovatele a odborníka, upravuje se speciální definice reklamy na léčivé přípravky. Bude platit, že při sponzorování přes třetí osobu je i tato považována za sponzora. Právníci však v novele zákona vidí i nadále problematické body. Poukázal na ně JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M., ze společnosti D&D Health, s. r. o. Jedná se o následující části zákona (viz příslušné paragrafy):

1. Snaha podrobit regulaci též šíření informací třetími osobami (§ 5 odst. 1)

Zákon definuje, že za reklamu na léčivé přípravky se považují všechny formy informování, průzkumu nebo pobídek, činěné jakoukoli fyzickou nebo právníkou osobou.

Zde je podle JUDr. Dostála problematická neostrá hranice mezi skrytou reklamou ze strany „falešně nezávislých neziskových organizací“ na jedné straně a zcela legitimním šířením informací o možnostech léčby například v rámci diskusních skupin patientských organizací na straně druhé. Nemá-li totiž pacient možnost získávat informace o medicínských alternativách z více zdrojů, stává se závislým na nabídce lékaře, a jeho právo na spoluúčast při rozhodování o léčbě tedy ztrácí praktickou náplň.

2. Neintervenční poregistrační studie jako reklama (§ 5 odst. 1)

Novela zařazuje do definice reklamy též „činnost v oblasti průzkumu trhu konanou za účelem podpory předepisování, prodeje, výdeje nebo spotřeby humánních léčivých přípravků; za takovou činnost se považují i neintervenční poregistrační studie“. Zde podle Ondřeje Dostála dochází k chybné úvaze: Je-li pod zámkou studie prováděna nepovolená reklamní aktivita cílená na lékaře (například vysokými odměnami za činnost v „pseudostudii“), vůbec nejde o neintervenční studii ve smyslu právních předpisů, ale o činnost již v současnosti protiprávní. Naopak pokud jde o skutečnou studii dle platných předpisů, z povahy věci nemůže mít reklamní charakter. Korupce cestou „pseudostudií“ je tedy postižitelná již dnes, novela pouze zbytečně komplikuje provádění legálních neintervenčních poregistračních studií tím, že je označuje za reklamu.

3. Pobídkové programy zdravotních pojišťoven (§ 5 odst. 2)

Novela uvádí, že reklamou nejsou „pobídkové programy zdravotních pojišťoven“ (ZP). „Proč je ale v zákoně toto uvedeno?“ ptá se JUDr. Dostál. „Údajně proto, aby ZP nebyly postižitelné za pozitivní listy. Problém je ale v zákonech o zdravotním pojištění a pojišťovně, kde chybí dostatečné zmocnění pro ZP pozitiv-

ní listy vytvářet, včetně transparentních kritérií a procesních pravidel pro tuto činnost. Pokud by tvorba pozitivních listů byla zakotvena v zákoně jako povinnost ZP, byly by tím bez dalšího vyloučeny z postihu podle zákona o reklamě.“

4. Ordinační doba (§ 5b odst. 3)

Zákon uvádí, že obchodní zástupce nesmí návštěvy u lékaře uskutečňovat v ordinační době. Zde je problém, že ordinační dobu má dle zákona o zdravotních službách poskytovatel (tedy např. nemocnice či ordinace ve formě s. r. o.), a ne zdravotník-zaměstnanec oprávněný předepisovat léčivé přípravky. Zákaz proto dle JUDr. Dostála bude v praxi obtížně aplikovatelný, zejména v případě nemocničních lékařů. Mgr. Libor Štajer z AK KMVS k problematice doplnil: „Tuto legislativní úpravu považují za nesystémovou, neboť lékaře navštěvují i jiní prodejci než farmaceutičtí reprezentanti, přičemž na ně se tento zákaz nevztahuje. Navíc lékař je svéprávná osoba, která si přece může uspořádat ordinační dobu podle potřeb a správní orgán mu nemůže nařizovat, kdy má léčit.“

5. Zákaz předepisování na úkor jiného léčivého přípravku (§ 5b odst. 4)

Tuto část považuje Ondřej Dostál za problematickou z hlediska práva pacienta na péči *lege artis*. Ta nemůže být pacientovi upřena jen proto, že daná léčba byla předmětem nepovolené reklamy, což pacient pochopitelně nezavimil. Nado to může dojít k nežádoucímu omezení terapeutické svobody lékaře.

6. Vzorkování (§ 5b odst. 7)

Novela uvádí, že nelze poskytovat vzorky léčivých přípravků po uplynutí 2 let od jejich uvedení na trh. Ondřej Dostál klade otázku, jak to bude v případě, pokud řízení o ceně a úhradě bylo delší než dva roky, a jak se bude postupovat v případě schválení úhrady u nové indikace léku již dříve uvedeného na trh.

7. Zákaz „bonusů v lékárnách“ (§ 32 odst. 4-6 zákona 48/1997 Sb., § 5 odst. 7) novely

Důvodem regulace tzv. bonusů v lékárnách byl zejména nevyběr regulačních poplatků, aktivně iniciovaný kraji, ale též poskytování různých náhrad, bonusů atd., zejména v prostřední lékárenských řetězců. Ty si sice navenek vypadají jako pozitivní efekt konkurenčního boje,

FARMABYZNYS

příznivý pro peněženku pacienta, jde-li však o bonusy při výdeji léků hrazených z veřejného pojištění, náklady marketingových akcí lékáren nakonec dopadnou na zdravotní pojišťovny – jedná se totiž jednak o odstranění regulační funkce poplatku, jednak o pobídku ke zvýšenému čerpání hrazených léků.

V zákoně č. 48/1997 Sb. dostaly zdravotní pojišťovny „protizbraň“ v podobě pokut za „bonusy“ až do výše 1 milionu korun, novela však tuto pravomoc z uvedeného zákona vylučuje a ponechává postih pouze na SÚKL. Na místě je otázka, zda by možnost obrany neměla být zdravotním pojišťovnám zachována a zda by nebylo lepší pouze upřesnit, co je zakázaný bonus, co je zakázaný nevyběh regulačního poplatku a co je naopak legitimní hospodářská soutěž.

Formy korupce ve zdravotnictví

Přehled forem korupce ve zdravotnictví shrnul viceprezident České lékařské komory MUDr. Zdeněk Mrozek, Ph.D. V úvodu citoval Davida Ondráčka z české pobo-

ky Transparency International, aby nastínil, o jaké finanční částky zdravotnictví v důsledku přichází korupce: „Z průzkumů vyplývá, že zdravotnictví je jedním z nejkorumpovanějších odvětví, hned po ropném a zbrojním průmyslu. Korupce zde spolkně přes 27 miliard ročně. Peníze mizí hned v několika černých dířích – od stavebních prací přes nákupy vybavení nemocnic až po lékovou politiku. Drobnější úplatky kolují i mezi pacienty a lékaři.“

Úplatky na všech úrovních

Korupce ve zdravotnictví se podle viceprezidenta ČLK odehrává na všech úrovních, od politiky po lékaře. Na politické úrovni se jedná o rozhodování na zakázku, případně vhodné načasování rozhodnutí, privatizace a pronájmy pod cenou a investiční politiku. V případě vedení zdravotnických zařízení jde o předražené stavby a rekonstrukce budov, zadávání poradenských služeb (audity, akreditační řízení), outsourcing (úklidové služby, kuchyňské provozy, prádelny, dopravní služby), předražené dodávky (přes fir-



Ondřej Dostál

my ovládané správcem) či vyvádění lukrativních provozů – dialýzy, lékárny, transfuzní stanice. V oblasti veřejného zdravotního pojištění je třeba se zaměřit na neprůhledné smlouvy se zdravotnickými zařízeními, veřejností nekontrolovatelné výše úhrad za stejné plnění, rozdílný přístup pojištěnec při kontrolách plně-

ní smluv či propojení zdravotní pojišťovny se zdravotnickým zařízením.

Na úrovni lékaře – pacient se korupce manifestuje v přednostním ošetření či provedení výkonu, platbách za výkon (materiál) hrazený z pojištění, platbách za výkon prováděný kolegy (anes-tezie, diagnostika) nebo v účelově zkrácených výsledcích vyšetření a posudků. V rovině léků a zdravotnických prostředků pak jde o indikace léků či léčebně-diagnostických postupů a jejich propagaci ze zjištěných pohnutek či například zkracování výsledků studií.

Západní a funkční inspirace

„Spolupráce lékařů s farmaceutickými firmami je žádoucí pro rozvoj medicíny, avšak lékař musí být při svém rozhodování o způsobu léčby nezávislý. Vztahy mezi farmaceutickými firmami a lékaři tedy musejí být transparentní a veřejně kontrolovatelné,“ zdůraznil MUDr. Mrozek.

JUDr. Dostál k téže problematice dodal, že tržní inspirace „západním světem“ vyžaduje „západní“

úroveň protikorupční ochrany. „Americký zákon ‚False claims act‘ například postihuje neoprávněně účtování služeb veřejným fondům, v oblasti zdravotnictví pak účtování zákroků, ke kterým nedošlo, upcoding, účtování úhrad pojišťovnám za léky poskytnuté lékaři zdarma či nepovolené příplatky u lékaře ve veřejných programech. Za přestupky jsou přitom udělovány výrazné sankce, 5,5–11 tisíc dolarů za jeden false claim – to znamená, že vykáže-li lékař neoprávněně stovky položek výkonů či léků, pokutu v této výši dostane za každou z nich; podvodník nadto musí eráru zaplatit trojnásobek způsobené škody. Žalobcem v USA přitom nemusí být veřejná instituce, ale i soukromá osoba, která korupční jednání odhalí, za což má nárok na určitý podíl ze ‚zachráněných peněz‘. Systém je funkční a motivuje k oznamování trestné činnosti, například ‚vydělali‘ 1,3 miliardy dolarů za to, že pomohli státu získat zpět od pachatelů korupce 7,8 miliardy,“ ilustroval Ondřej Dostál.

MUDr. Andrea Skálová

Lékárníci radili řidičům jaké léky před jízdou nebrat

Česká lékárnická společnost (ČLnK) věnovala poslední týden v červnu posílení informovanosti pacientů o vlivu léků na pozornost při řízení. Zhruba čtvrtina lékáren na týden rozšířila své služby o odborné poradenství pro lidi za volantem.

Lékárníci věnovali zvýšenou pozornost pacientům, kteří si koncem června vyzvedávali antihistaminika první generace, Z-hypnotika či benzodiazepiny, tedy léky, které tlumí pozornost, zpomalují reakce či ovlivňují kvalitu vidění. Šlo o přípravky, jež by pacienti neměli brát, než sednou za volant.

Farmaceuti označovali lékovky speciálně vytvořeným piktogramem, který již na krabičkách není povinný. „Přípravky už nejsou piktogramem značeny, což je komplikace hlavně v případě, kdy pacient užívá více léků najednou. Navíc jsou informace v příbalovém letáku drobným písmem pro řadu pacientů špatně čitelné,“ řekl naší redakci mluvčí ČLnK Mgr. Aleš Krebs, Ph.D. Podle jeho slov se lékárníci rozhodli zaměřit osvětu na riziko-

vé léky právě před prázdninami a dovolenými, i když na vliv léků na pozornost při řízení prý upozorňují standardně. Pro laika bývá téměř nemožné zjistit, kterému léku by se měl před řízením vyhnout. Navíc dle ČLnK není příliš známá informace, že po požití některých přípravků by lidé neměli řídit dříve než za deset hodin.

Data o řidičích a lécích chybějí

Pacienti dále dostávali letáky s radami, navíc mohli vyplnit dotazník o míře vlastní informovanosti. Žádný obdobný průzkum zatím v ČR nebyl proveden, a informací o vztahu léků a českých řidičů je tudíž velmi málo. „Potřebujeme od pacientů-řidičů zpětnou vazbu. Když jsme hledali nějaká relevantní data, nenashli jsme jedinou studii, která by

vztah léků omezujících pozornost při řízení popisovala. Společnými silami bychom mohli do budoucna přispět k lepší informovanosti a výraznějšímu označení rizikových léčiv,“ vysvětlil Aleš Krebs. V dotazníku komoru zajímalo, zda je pacient řidičem z povolání, zda jsou řidiči informováni o účincích jimi užívaných léků, zda u nich léky ovlivnily řízení auta a zda vědí jak medikaci přizpůsobit dobu řízení.

Za nejproblematictější jsou v souvislosti s řízením tradičně označovány léky na spaní a proti bolesti, starší typy léků na alergii, psychotropní léčiva a také benzodiazepiny, poněkud v prvních týdnech léčby. U seniorů se paleta rozšiřuje o další léky, například na Parkinsonovu chorobu. Vysoce riziková je kombinace léků s alkoholem. Po užití rizikových léčiv řidiči pomaleji reaguje

na dopravní situace, bývá unavený, malátný, může mít závratě, být ospalý, omdlévat. Koncentrace se zhoršuje, myšlení je zmatané, mohou nastat i halucinace. Řidiči přeceňují své schopnosti a víc riskuje. Léky také mohou zhoršit pohybovou souhru, narušit rovnováhu a způsobit svalovou ztuhlost. Mohou vyvolat agresi, způsobit rozmazané či dvojité vidění, pálení a slzení očí, třes, točení hlavy, křeče nebo pocit na zvracení.

Systém brání interakcím

Nevhodným dopadům lékových interakcí napomohla svým projektem také VZP. V minulých dvou letech ověřovala v pilotním projektu situaci ohledně vztahů různých léků s potenciálně závažnými dopady na zdraví pacientů. V Královéhradec-

kém a Středočeském kraji se soustředili na léky s protizánětlivým účinkem, na cévní a srdeční problémy a warfarin. Po vlastní analýze receptů (vždy pouze od jednoho lékaře) byly výsledky předány zpět daným lékařům a zároveň jim byla nabídnuta odborná edukace formou seminářů, kterých se zúčastnila pětina oslovených.

„Z celkem půl milionu receptů, kde se našly výše uvedené léky, byly identifikovány závažnější stupně lékových interakcí v 16 tisících případech celkem u 10 400 pacientů. Po odborných seminářích v průběhu projektu se v kontrolní analýze receptů provedené u stejných lékařů výrazně snížil počet nemocných s nejzávažnějšími lékovými interakcemi v Královéhradecském kraji o 44 a ve Středočeském o 36 procent,“ uvedl mluvčí VZP Jiří Rod.

Pojišťovna nyní připravuje systém sledování interakcí pro celou ČR. „VZP chce ve spolupráci s klinickými farmaceuty vytvářet klinickofarmaceutické zprávy pro ošetřujícího praktického lékaře či specialistu při propuštění pacienta z nemocnice. Měla by také vzniknout konzultační místa klinické farmacie pro ambulantní lékaře,“ uzavřel mluvčí pojišťovny.

Petra Klusáková

Quo vadis, vzdělávání (ne)lékařů?

I tak lze charakterizovat zaměření 10. výroční konference Aesculap Akademie nazvané „Kam směřuje vzdělávání ve zdravotnictví?“, která se uskutečnila 12. června 2012 v Lékařském domě v Praze.

Záštitu nad akcí převzal předseda České lékařské společnosti JEP prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc., konferenci pak zahájil manažer Aesculap Akademie RNDr. Martin Kalina, Ph.D. Program byl rozdělený do šesti bloků.

Nedostatek školitelů

Úvodní slovo patřilo třem řečníkům. Náměstek pro zdravotní péči MZ ČR MUDr. Ferdinand Polák, Ph.D., se obrátil na všeobecné sestry, když zmínil narůstající počet vysokoškolsky vzdělaných sester, které odmítají výkon svých kompetencí u lůžka pacienta, čímž poukázal na zachování a atraktivnější maturitního oboru zdravotnický asistent. Další dva příspěvky přednesli profesor Jaroslav Blahoš a ředitel společnosti B. Braun Medical PharmDr. Jiří Lukeš, kteří se shodli v názoru, že vzdělávání (ne)lékařů zůstává nadále aktuální záležitostí nejen nejrušnějších vzdělávacích organizací, ale především škol. Následně pokračovaly jednotlivé bloky hodnotící vzdělávání ve zdravotnictví z různých úhlů pohledu.

Za MZ ČR nejprve vystoupila vedoucí oddělení ošetřovatelství a dalších nelékařských povolání a uznávání kvalifikací Mgr. Alena Šmídová, která poukázala na nedostatek sester-školitelů a vyjádřila názor o nutnosti prodloužení vysokoškolského studia

nelékařů, což by mohlo předcházet stížnostem zdravotnických zařízení, která namítají, že studenti nejsou na zdravotnickou praxi řádně připraveni.

Následovala přednáška Mgr. Zbyňka Podhrázského, jenž má na starost stejnou problematiku u lékařů. Nastínil vznik takzvaných funkčních kurzů pro lékaře (podoba certifikovaných kurzů) a nutnost zavést kontrolovaný registr školitelů pro jednotlivá pracoviště ke zvýšení dozoru nad jejich činnostmi.

Chybí motivace i sankce

Blok věnovaný pohledu odborných společností na vzdělávání zdravotníků zahájil Jaroslav Blahoš. Jeho přednáška přítomně provedla vývojem vzdělávání lékařů od dob Jana Evangelisty Purkyně až k současné robotické chirurgii. Zmínovaným hlediskem, na které přednášející kladl důraz, byl aspekt etický a lidský, který by lékaři neměli při léčbě opomíjet. Profesor Blahoš zdůraznil důležitost intimního vztahu lékaře a pacienta a vybídl k výuce efektivní klinické komunikace podle vzoru evropských zemí.

Za Českou asociaci sester vystoupila její prezidentka Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA, která upozornila na opomíjení zákonné ochrany nelékařských pracovníků. Dále apelovala na posílení komunitní péče a upozornila na nevyužití potenciálu nelékař-

ských povolání – lékaři by měli více využívat kompetencí sester, jejich zkušeností, samostatnosti a edukačních dovedností. Ohledně vzdělávání sester zazněl názor, že lze poskytovat kvalitní péči bez dramatického zvyšování vzdělání, specializační vzdělávání vymezit vysokým školám (specializace pro intenzivní péči, psychiatrii, geriatrii a komunitní péči) a ostatní vzdělávání přenechat v rámci certifikovaných kurzů.

Z úst ředitele Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví MUDr. Vladimíra Pavelky zazněla sumarizace vývoje vzdělávání ve zdravotnictví v uplynulých letech v ČR a byly hodnoceny současné projekty na zvyšování a prohlubování znalostí a kvalifikací zdravotníků, podporované Evropskou unií.

Blok zakončil svým vystoupením vedoucí oddělení vzdělávání České lékařské komory PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA, který informoval o současném stavu vzdělávání lékařů v Česku. Na rozdíl od jiných států Evropy u nás systém jejich vzdělávání není zatížen sankcemi a lékaři pak nejsou ke kontinuálnímu vzdělávání dostatečně motivováni. Nastínil tak nutnost změny v motivaci ke vzdělávání – systém kontroly a dohledu, motivace na základě různých benefitů s podporou zaměstnavatelů nebo pojišťoven atd.

Nejednotný systém

Právní aspekt do tématu vnesl JUDr. Petr Šustek, Ph.D., z Centra zdravotnického práva Právnické fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Poukázal na neetické chování a neprofesionální komunikaci profesionálních zdravotníků, což se pak stává jádrem současné vlny stížností nemocných využívajících zdravotnické služby. Vyzval ke změně vzdělávání (ne)lékařů, jež by mělo vycházet z potřeb pacientů, kteří se v našich podmínkách stávají spíše spotřebiteli zdravotní péče. Proto je dle jeho slov nutné, aby vzdělávání sestávalo rovnoměrně z vědeckého základu a z výuky komunikačních dovedností.

V bloku věnovaném pohledu účastníků vysokých škol promluvil nejprve proděkan pro zahraniční styky a vnější vztahy Lékařské fakulty UK v Hradci Králové

prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc. Zhodnotil vzdělávání lékařů v ČR pohledem od minulosti k současnosti a popsal dnešní systém vzdělávání jako nejednotný. Narazil také na problémy vzdělávání a uplatňování mladých lékařů, kdy je potřeba systém vzdělávání stabilizovat a učit takzvanou novou medicínu, v rámci níž je potřebné se zaměřit na etiku a komunikaci.

Druhým řečníkem této sekce byl proděkan pro rozvoj a vnější vztahy a statutární zástupce děkana Fakulty zdravotnických studií ZČU prof. Ing. Josef Kott, DrSc., který ve své přednášce zhodnotil dosavadní činnost FZS ZČU a taktéž zdůraznil význam praktického vyučování, které by mělo v případě výchovy zdravotnických pracovníků činit minimálně 50 %.

Zkušenosti ze zahraničí

V závěrečném bloku vystoupili zahraniční reprezentanti Aesculap Akademie. Německou zástupkyní byla ředitelka mezinárodní Aesculap Akademie (AAK) Felicitas Janssenová, která zhodnotila proskolení všech účastníků kurzů AAK v roce 2011 – počet absolventů dosáhl v celosvětovém měřítku čísla 75 590. V závěru své prezentace vyslovila přání, aby vzdělávání zdravotníků neopomíjelo citlivý přístup k pacientům a zohledňovalo etické aspekty profese.

Dalším zahraničním zástupcem AAK byl Brian Chapman z Velké Británie, který prezentoval průběh kurzů AAK ve Spojeném Království. Následně vystoupila zástupkyně ruské AAK Elena Svetlichnaya, která poukázala na rozdíly ve vzdělávání lékařů a sester. Dotkla se rozdílu zejména v teoretické a praktické části přípravy, kdy jsou na sestry kladeny stále vyšší nároky v oblasti teoretických znalostí, ale výsledné kompetence jsou ve skutečnosti stále výsadou lékařů. Závěr bloku patřil RNDr. Martinu Kalinovi, který zhodnotil dosavadní činnost AAK v České republice a potvrdil potřebu zaplňovat mezery ve vzdělávání zdravotnických pracovníků, na něž poukázali jeho předřečníci.

Úplný závěr konference se nesl v duchu slavnostního předání Ceny Aesculap Akademie za rozvoj vzdělávání ve zdravotnic-

tví, která je udělována ve dvou kategoriích. Vědecká rada AAK tento rok obdarovala svou prestižní cenou v kategorii lékařů prof. MUDr. Karla Cvachovce, CSc., za mimořádné přínosy v oblasti vzdělávání v anesteziologii a resuscitaci, v kategorii nelékařských oborů pak emeritního ředitele a šéfredaktora nakladatelství Medical Tribune Mgr. Jaroslava Hořejšího za celoživotní přínos v oblasti popularizace lékařské vědy.

Něco navíc

10. výroční konference AAK se zúčastnilo několik významných odborníků českého zdravotnictví, kteří svými názory nutili k zamýšlení a diskusi. Ze slov přednášejících bylo patrné, že vzdělávání a připravenost zdravotníků je na velmi vysoké úrovni a navíc je snaha tyto aspekty neustále zlepšovat. Na druhé straně také byly odhaleny značné mezery, které však nemusíme nutně vidět jen jako špatné. Naopak, právě díky nim je možné cestu vzdělání a vzdělávání zdravotníků formovat tak, aby byl výsledek co nejprínosnější pro příjemce zdravotní péče – samotné pacienty. Ani sebelepší studium ovšem nepřipraví na všechny komplikace a neznámé, které je možné zvládat jen pokorným přístupem a zkušenostmi.

Neměli bychom zapomínat právě na tolik zmínovanou etiku a komunikaci s pacientem a nepřestávejme věřit, že „vyprávět si s pacientem, je lepší než technika“, protože zdravotník potřebuje kromě vědy a bystrého mozku něco navíc, aby se medicína stala uměním. To něco je empatie, cit, takt a zkušenost. Bude vždy lepší myslet globálně a zavádět lokální změny, využívat kompetencí kolegů a snažit se o přirozenou dělbou práce, ptát se kdo učí, jakým způsobem a především nakolik je poskytnuté vzdělávání použitelné v praxi. Společným úsilím a moudrým rozhodnutím lze konečně zabránit tomu, aby se o nejvíce nemocné starali nejméně vyškolení a aby si studenti nevybírali školy podle jejich náročnosti či obtížnosti. Možná je to na jednu konferenci velké sousto, i jen snaha pokusit se je však vždy lepší než naprostá nečinnost.

Jaroslav Pekara, Martin Kalina



Ilustrační foto: Shutterstock

Neurochirurgové se setkali v Praze

Ve dnech 11.–15. 6. 2012 se v pražském hotelu Pyramida uskutečnil 7. kongres Středoevropské neurochirurgické společnosti (prezident Eduard Zvěřina) a Kongres neurologických chirurgů USA (prezident Anil Nanda). Praha po 41 letech hostila prestižní výběr světových neurochirurgů.

Neurochirurgové z celého světa jsou organizováni ve **Světové federaci neurochirurgických společností (World Federation of Neurosurgical Societies, WFNS)** se sídlem v Ženevě. Organizace sdružuje národní, nadnárodní a kontinentální organizace z celého světa. V Evropě do ní patří národní společnosti a dvě zcela nezávislé nadnárodní společnosti. Je to **Evropská asociace neurochirurgických společností (EANS)**, která byla založena dokonce v Praze v roce 1971 při příležitosti 4. evropského neurochirurgického kongresu (současným prezidentem je Vladimír Beneš ml.). Další organizací je **Středoevropská neurochirurgická společnost (Central European Neurosurgical Society, CENS)**. Společnost vznikla po pádu komunistického impéria, kdy se ukázalo, že v okupovaných zemích se pro značnou izolaci od světového vývoje neurochirurgie vyvíjela jinak. Společnost vznikla zdola a za podpory prezidenta WFNS M. Samii. Ustavující sympozium CENS proběhlo v Bratislavě 1998 a plným členem WFNS se společnost stala 2000. Není sdružením národních společností, ale je postavena na individuálním členství neurochirurgů ze 6 zakládajících zemí: Česka, Polska, Maďarska, Slovenska, Slovinska a připojilo se i Rakousko. Společnost podporuje úroveň neurochirurgie v uvedených i dalších zemích pořádáním kurzů a každé 2 roky velkého kongresu. Zúčastní se všech mezinárodních akcí WFNS. Celkem uspořádala 6 kongresů: první v roce 1999 ve Vratislavě,

druhý v roce 2002 v Brně, třetí v roce 2004 v Lublani, čtvrtý v roce 2006 v Budapešti, pátý v roce 2008 ve Vídni a šestý v roce 2010 v Pultusku u Varšavy. Prezidenty společnosti jsou vždy na 2 roky volební reprezentanti z pořadající země. Výborem a valným shromážděním byl 18. 12. 2010 zvolen prezidentem CENS Eduard Zvěřina, čestný člen společnosti. Vědeckým sekretářem se stal Martin Sameš. Tím také bylo svěřeno pořádání 7. kongresu CENS v roce 2012 Praze. Za dvanáctileté trvání CENS se ukázalo, že vznik druhé společnosti v Evropě byl oprávněný a úroveň neurochirurgie se v těchto státech přibližuje nejvyššímu stavu.

Nad kongresem převzali záštitu Česká neurochirurgická společnost ČLS JEP, Společnost pro neurovědy ČLS JEP, děkan 1. LF UK Tomáš Zima, děkan 3. LF UK Michal Anděl a primátor Hl. m. Prahy, Bohuslav Svoboda a řada sponzorů. Ministerstvo zdravotnictví ČR se akce nezúčastnilo.

Mezinárodní účast

Kongres lze označit za výjimečný jak v historii CENS, tak v historii české neurochirurgie. Přes řadu mezinárodních neurochirurgických sjezdů po listopadu 1989 a Evropský kongres chirurgie lební baze 2007 se u nás podobný kongres naposledy uskutečnil před 41 lety, v roce 1971. Poprvé byl společným kongresem s americkými neurochirurgy z CNS, vedené A. Nandou. Dva přidružené disekční mezinárodní kurzy, zejména preparace bílé mozkové hmoty, patří

ly k prioritám nejen v ČR, ale i mezinárodně. Kongresu se zúčastnilo 36 pozvaných špičkových neurochirurgů z 26 zemí (vyjma Austrálie z celého světa). Přijel nově zvolený prezident Světové neurochirurgické společnosti (WFNS) Yong-Kwang Tu, 2 předchozí prezidenti, M. Samii (zakládající a čestný člen CENS a čestný člen České neurochirurgické společnosti ČLS JEP) a baron J. Brotchi, dále 9 významných funkcionářů WFNS, např. T. Kawase (Japonsko), B. K. Misra (Indie), I. Sbeih (Jordánsko), A. V. Ciurea (Rumunsko), N. Pamir (Turecko), R. Ramina, J. A. Landeiro, E. Velutini (Brazílie), S. Abdulrauf, M. Ammirati (USA). Kongres se stal zcela výjimečným pro aktivní účast 87letého Mahmuta Gaziho Yasargila s manželkou Dianne. Ten je označován za nejvýznamnějšího neurochirurga druhé poloviny 20. století (za první polovinu je to Harvey Cushing). Před 41 lety se v Praze v roce 1971 účastnil 4. evropského neurochirurgického kongresu, jehož prezidentem byl akademik Zdeněk Kunc. V té době neurochirurgové většinou odmítali použití mikroskopu. Přesto G. Yasargil v Praze zahajoval svoji hvězdnou kariéru a dal klasické neurochirurgii její dnešní mikrochirurgickou podobu. Součástí 7. kongresu CENS a kongresu CNS byly dva praktické mezinárodní výukové kurzy, podporované Komisí chirurgie lební baze WFNS za přítomnosti jejího předsedy M. N. Pamira. Z ČR v ní působí E. Zvěřina a M. Sameš. Kurzy se uskutečnily na Novotného lávce u Karlova mostu pod vedením M. Sameše a P. Vachaty.

1. V pondělí 11. 6. proběhl **mikrochirurgický kurz „Preparace bílé hmoty a mozkových drah“**. Zúčastnilo se jej 26 lékařů, 19 účastníků a 8 přednášejících z 9 zemí. Program: F. Lang (USA) – Insular gliomas, B. Meyer (Německo) – Limbic and paralimbic tumors, R. Bartoš (ČR) – Lateral aspect of hemisphere: anatomy and function, dissection steps, A. Hejcl (ČR) – Medial aspect of hemisphere: anatomy and function, dissection steps, A. Zolal (ČR) – DTI correlation, R. Druga (ČR) – Anatomy of basal ganglia and motor system. K dispozici byl manuál R. Barto-



Zleva: B. K. Misra (sekretář WFNS), E. Zvěřina (prezident CENS), T. Kawase (viceprezident WFNS), Yong-Kwang Tu (prezident WFNS). | Foto: Leoš Chodura

še a kol. – a Medtronic planning station. Účastníky navštívil G. Yasargil, pozdravili jej spontánními ovacemi. Kurz preparace drah v mozku se v ČR uskutečnil vůbec poprvé. Je novou kvalitativní úrovní v neurochirurgii a kopíruje nejpokrokovější mezinárodní trendy v oboru. Nejlepší účastníci kurzu byli odměněni.

2. V pondělí a úterý 11.–12. 6. se uskutečnil **mikrochirurgický kurz transtemporálního přístupu do lební baze a cévních extrakraniálních bypasů**. Kurzu se zúčastnilo 32 lékařů, 20 účastníků a 12 přednášejících ze 17 zemí. Program: T. Mathiesen – Rationale for cranial base surgery. M. Sameš – Anatomy of the retrolab, translab, transcochlear approaches. P. Vachata – Clinical anatomy of the facial nerve and outcomes of regeneration. T. Kawase – Anterior transpetrosal approach. M. N. Pamir – Surgical treatment of trigeminal schwannomas. I. Sbeih – Cholesterol granulomas of petrous bone. I. N. Kanaan – Skull base epidermoid, minimal vs. maximal exposure. T. Matsushima – Transcondylar approach. E. Zvěřina – Schwannomas of the lower cranial nerves.

ECIC bypass: M. Sameš – ECIC bypass for ischemic stroke and aneurysm Surgery. U. Spetzger – New technology model for vascular neurosurgery. M. Vaverka – Pitfalls with thin ECIC bypass procedure. Kurz byl vybařen firmou Anspach. Byl výjimečný v tom, že vedle anatomických preparátů byla možnost výuky na umělohmotných preparátech lebky, mozku i cév. Preparáty firmy Kezlex přinášejí do praktické operační výuky novou kvalitu. Oba mezinárodní výukové kurzy byly vysílány *on-line*. Připojili se lékaři z Japonska, Číny, Taiwanu, Kore-

je a dalších zemí. Více informací: www.cens.net/events/2012/nsw

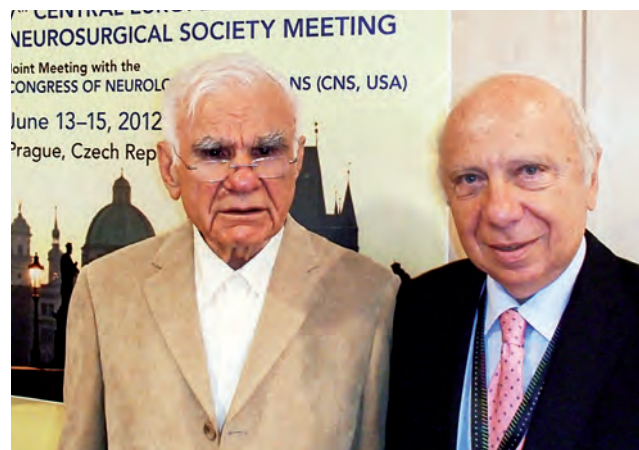
7. CENS+CNS kongres

Kongres byl zahájen českou hudbou a videem krás historické Prahy, úvodní slovo pronesl prezident kongresu profesor Eduard Zvěřina. Vedle tlumočených zdravic, např. od primátora Hl. m. Prahy docenta Bohuslava Svobody, kongres pozdravil předseda České neurochirurgické společnosti ČLS JEP profesor Petr Suchomel. G. Yasargil a M. Samii obdrželi za přispění ke světové naší neurochirurgii medaili a diplom od děkana 3. LF UK profesora Michala Anděla. Obdobné ocenění obdržel T. Kawase a J. Brotchi od děkana 1. LF UK profesora Tomáše Zimy. Z rukou prezidenta CENS dále obdrželi čestné členství CENS M. Samii a A. Nanda, spolupořadatel kongresu za CNS. Za přispění ke vzniku mikroneurochirurgie a chirurgie lební baze obdržel E. Zvěřina diplom od M. Samii, čestného prezidenta WFNS a ředitele INI.

Třídenní program kongresu probíhal v jediném sále hotelu. Účastníci tak mohli participovat na přátelské, ale ostré diskusi, což všichni, nerozptylování sekcemi, hodnotili jako přednost sjezdu. V předsednictvu zasedali vždy zahraniční experti a členové CENS včetně ČR. Jednání probíhala od ranních do večerních hodin i na úkor přestávek. Moderátorem byl vědecký sekretář CENS M. Sameš. Bylo prezentováno 90 přednášek a 27 posterů.

Vědecká část

Kongres byl koncipován tak, aby na přednášky pozvaných odborníků navazovala kratší sdělení, zejména ze země CENS. Sjezd se zabýval nejaktuálnějšími otázkami světové neurochirurgie. Témata zahrnovala:



Zleva: G. Yasargil, J. Brotchi (čestný prezident WFNS). | Foto: Leoš Chodura



Zleva: M. Samii (čestný prezident WFNS), G. Yasargil (neurochirurg druhé poloviny 20. století). | Foto: Leoš Chodura

1. hluboko uložené patologické léze,
2. zkušenosti expertů a filozofické aspekty neurochirurgie (prezidentská část),
3. neurochirurgickou onkologií, zejména gliomů,
4. neurochirurgii epilepsie,
5. spinální problematiku,
6. cévní neurochirurgii,
7. chirurgii lební baze,
8. různé.

Nelze probrat celou projednávanou problematiku. Pro dokreslení uvádíme názvy některých přednášek a komentář.

1. Hluboko uložené patologické léze

Insular gliomas – Meyer B. (Mnichov, Německo). Insular gliomas – Lang F. F. (Houston, USA). How can we improve and save the QOL in brain surgery – Samii M. (Hannover, Německo). Neurosurgical Management of Brainstem Lesions – Florian I. S., Kiss A., Pintea B., Kakucs C., Androni Z. (Cluj, Rumunsko). Ze šesti přednášek a diskuse lze uzavřít, že peroperační vyšetření a nové zobrazovací techniky, traktografie, navigace atd. dovoluují zvětšit radikalitu operací u hluboko uložených lézí. Hranice radikality se posunula, ale problém radikality a komplikací zůstává. M. Samii na celoživotních zkušenostech tisíců operací ukázal, že vedle brilantní techniky je pro kvalitu života rozhodující indikace a etický přístup.

2. Prezidentská část

V sedmi přednáškách zahrnovala zkušenosti expertů a filozofické aspekty neurochirurgie. Předznamenala vysokou úroveň kongresu. Central European and American links with cultural history and poetry – Nanda A. (Shreveport, USA): Přednášející na historickém a obrazově bohatě dokumentovaném pozadí vyzdvihl i úlohu prezidenta Václava Havla pro naše kulturní a odborné vztahy. Reflections on the evolution of neurosurgery – Yasargil G. (Little Rock, USA): Stále aktivní nestor neurochirurgie hodnotil podíl evoluce na vznik naší kultury a neu-

rochirurgie vůbec. Bypass surgery as an option for treating complex and giant intracranial aneurysms – Yong-Kwang Tu: Současný prezident WFNS na technicky vynikající přednášce o řešení nejobtížnějších aneurysmat ukázal, proč je prezidentem oboru. I další přednášky znamenaly vrchol současné neurochirurgie: Mapping of the pyramidal tract by direct electrical stimulation during brain stem surgery – Štěňo J., Timárová G., Štěňová J., Hollý V. (Bratislava, Slovensko). Surgery of cranio-vertebral tumors – Ammirati M. (Columbus, USA). Challenges in the management of Cushing disease – Kanaan I. (Riyadh, Saudská Arábie). When decompressive craniotomy is helpful in traumatic brain injury (TBI) – Jasielski P., Czernicki Z., Andrychowski J., Glowacki M. (Varšava, Polsko).

3. Neurochirurgická onkologie

Na toto téma bylo předneseno 15 přednášek s bohatou diskusí. Až na výjimky se projednávala kontroverzní onkologie mozkových gliomů. Práce ze zemí CENS a ČR zachycovaly nepokrokovější světové trendy. Vyjímáme: The usefulness of 11C-methionine positron emission tomography in the follow up of glioma – Kitada Y., Goto H., Izaki K., Sato S., Saginoya T., Tomura N., Watanabe K. (Korijama, Japonsko). Microsurgery of primary intrinsic brain tumors – Yasargil M. G. (Little Rock, USA). High-Definition Fiber Tractography: Neuroanatomical Validation and Neurosurgical Applications – Fernandez-Miranda J. C. (Pittsburgh, USA). Fighting diffuse low-grade glioma while preserving brain function – Duffau H. (Montpellier, Francie). Intraoperative tractography or subcortical mapping in glioma surgery closed or in primary

cortex and corticospinal tract? Ostřý S., Kramář F., Belšan T., Otáhal J., Beneš V., Netuka D. (Praha, Česko). Lze uzavřít, že funkční a nové zobrazovací metody, traktografie, znamenají v neurochirurgii gliomů revoluci. Přínášejí novou kvalitu a posouvají radikalitu a bezpečnost na vyšší úroveň. Přesto zdaleka nelze říci, že problematika gliomů je vyřešena. Třešínkou na dortu onkologie byla přednáška G. Yasargila, pojednávající o 3003 operovaných gliomech za 45 let.

4. Neurochirurgie epilepsie

Pět přednášek a diskuse ukázaly nezastupitelnou roli neurochirurgie při řešení nejtěžší epilepsie, v psychiatrických indikacích, a také naši mezinárodní úroveň. Viz: Emerging therapies for epilepsy surgery – Sharan A. (Filadelfia, USA). Improvement of mesial temporal resection in epilepsy patients with the aid of intraoperative MRI – Šroubek J., Vojtěch Z., Procházková T., Marečková I., Keller J., Malíková H. (Praha, Česko). Surgery for psychiatric disorders: Past, Present, and the Future – Rezaei A. (Columbus, USA).

5. Spinální neurochirurgie

Z bohaté diskuse a 6 přednášek lze konstatovat, že téma se projednávalo na současné světové úrovni. Novel Imaging Technologies and their Application for Spinal Disorders – Kurpad S. N. (Milwaukee, USA). Intraoperative CT-Guidance to Confirm Decompression Following an Endonasal Approach for the Treatment of Cervicomedullary Compression – Gande A., Tormenti M. J., Koutrousiou M., Paluzzi A., Fernandez-Miranda J. C., Snyderman C. H., Gardner P. A. (Pittsburg, USA).

6. Cévní neurochirurgie

19 přednášek s bohatou diskusí obsáhlo celou současnou vaskulární problematiku včetně uzávěrů cév, aneurysmat, všech druhů malformací a všech technik k jejich řešení. Dokresluje to zlomek citovaných prezentací: Advances in bypass techniques for the treatment of complex aneurysms – Abdulrauf S. I. (St. Louis, USA). Indication for cerebral revascularization, how to interpret COSS observation – Bijlenga P. (Ženeva, Švýcarsko). Quick bypass by fingertip support technique – Csokay A. (Miskolc, Maďarsko). Cerebral revascularization: Indication, surgical techniques and results – Ramina R. (Curitiba, Brazílie). Microsurgery of 100 giant aneurysms – Misra B. K. (Mumbai, Indie). Virtual reality and image augmentation for aneurysm clip-

ping – Bijlenga P. (Ženeva, Švýcarsko). Surgical Treatment of 29 Cases of Brain Stem Cavernous Malformations – Haninec P., Zvěřina E., Houšťava L. (Praha, Česko). Brainstem/Deep Cavernomas: An Evidence Based Management Algorithm – Patel U. J. (Sheffield, United Kingdom). Quality of life in intracranial arterio-venous malformations. An experience of 224 cases – Ciurea A. V., Stoica F., Chefneux A., Nica D. A., Mohan D., Moisa H. (Bukurešť, Rumunsko). Z jednání lze uzavřít, že vedle endovaskulárních technik hraje otevřená cévní neurochirurgie stále významnou roli a její techniky se intenzivně zdokonalují. K léčbě kavernomů radiochirurgicky se sjezd vyslovil odmítavě.

7. Chirurgie lební baze

Tvořila jednu z os kongresu s 21 přednáškami reprezentantů WFNS i zakládajících členů disciplíny. ČR v této oblasti hraje významnou roli. Jednání přibližuje několik přednášek: Anterior transpetrosal approach for petroclival tumors extended into middle fossa. Kawase T. (Tokio, Japonsko). Surgery of jugular foramen tumors – Ramina R. (Curitiba, Brazílie). Extracranial dissection: a new paradigm in vestibular schwannoma surgery – Velluntini E., Stamm A. (Sao Paulo, Brazílie). Endoscopy-assisted microsurgery vs. microsurgery of vestibular schwannoma via a retrosigmoid-transmeatal approach – prospective study – Chovanec M., Zvěřina E., Betka J., Profant O. (Praha, Česko). Single-sided Deafness after Vestibular Schwannoma therapy – possible solutions – Bouček J., Černý L., Vokřál J., Skřivan J. (Praha, Česko). Changing strategies in cavernous sinus meningiomas – Pamir M. N. (Istanbul, Turecko). Petroclival Meningiomas: Trials and Tribulations – Nanda A. (Shreveport, USA). Surgery in and around the sella, endoscopic and traditional approaches – Landeiro J. A. (Rio de Janeiro, Brazílie).

Chirurgie lební baze byla mezinárodně ustavena v roce 1992 v Hannoveru jako interdisciplinární obor, sdružující neurochirurgii, ORL chirurgii, stomatologii, plasty a další. Kongres prokázal, že za dobu 20 let vyvinula techniky, kterými je možné dosáhnout jakéhokoli místa v lební bazi a na spodině mozku s minimálními následky pro operovaného. Využívá k tomu všechny zobrazovací metody, monitorování funkcí a navigační techniky. V různé míře kombinuje mikrochirurgii a endoskopii s velkými i minimálními přístupy.



Zleva: M. Sameš (sekretář CENS), G. Yasargil s prací z roku 1971, E. Zvěřina. | Foto: Leoš Chodura

ODBORNÉ AKCE

8. Různé

Bylo zde předneseno 8 sdělení za předsednictví bývalého prezidenta WFNS J. Brotchiho. Neural stem cells transplant in children for neurodegenerative disorders (Batten's disease) – Selden N. (Portland, USA). The challenge of intramedullary tumor surgery and quality of life. Experience of 472 cases – Brotchi J. (Brusel, Belgie). Program byl závažný pro diskusi o intramedulárních tumorech s převládající radikalitou, o kmenových buňkách a na závěr kongresu o významu stravy a prostředí na vývoj mozku. Doporučení permanentní aktivity (viz 87letý G. Yasargil) a varování před obezitou bylo před obědem přivítáno potleskem.

Společenská část kongresu

Atmosféru kongresu dokreslila i společenská část, kterou tvořila plavba po noční Vltavě na par-

níku s jazzovou kapelou, k čemuž přispěla i osvětlená historická Praha.

Slavnostní gala večer dne 14. 6. se uskutečnil ve Velké klášterní restauraci v areálu Strahovského kláštera. Účastníci se sem prošli z blízkého Orea Hotelu Pyramida večerní procházkou. Vedle pohoštění a muziky zde proběhla velice důležitá část programu 7. kongresu CENS + kongresu CNS. Z rozhodnutí předsednictva CENS bylo sedm předchozích prezidentů oceněno diplomem čestného členství v CENS: J. Šteňo, J. Wroński (*in memoriam*), V. Smrčka, V. Dolenc, I. Nyary, K. Ungersboeck, Z. Czernicki a E. Zvěřina. Účastníci obdrželi pamětní list primátora Hl. m. Prahy. Šéf amerických neurochirurgů A. Nanda obdržel portrét V. Havla od fotografa O. Škáchy. G. Yasargil od prezidenta kongresu obdržel kopii své přednášky, kterou v roce 1971 na 4. evropském



Zleva: A. Nanda (CNS, USA), E. Zvěřina. | Foto: Leoš Chodura

neurochirurgickém kongresu v Praze před 41 lety zahajoval svoji hvězdnou kariéru a dal klasické neurochirurgii (i u nás) její dneš-

ní mikrochirurgickou podobu. Při příležitosti bývalý prezident Světové neurochirurgické společnosti baron J. Brotchi z Belgie kongres

zhodnotil s tím, že po 41 letech se podařilo soustředit do Prahy výjimečné osobnosti Světové neurochirurgické společnosti: nově zvoleného prezidenta, 2 předchozí, 9 jejích funkcionářů a G. Yasargila, nejvýznamnějšího neurochirurga druhé poloviny 20. století. Ocenil, že v současném složitém světě kongres a prostředí Prahy vytvořily skvělou příležitost pro navazování špičkových odborných a přátelských kontaktů mezi neurochirurgy z celého světa.

Během kongresu se uskutečnilo zasedání výboru a plenární zasedání CENS. Podle pravidel organizace se za 2 roky, tedy v roce 2014, 8. kongres CENS uskuteční na Slovensku. Od roku 2013 bude prezidentem J. Šteňo.

Organizačně kongres zajistila společnost BOS, s. r. o. za vedení G. Malé. Více informací naleznete na: www.cens2012.com

prof. MUDr. Eduard Zvěřina, DrSc, FCMA

Akromegalie

– riziko pozdního odhalení

Český den akromegalie, který se uskutečnil 14. června, měl za cíl upozornit na problémy spojené s poruchou tvorby růstového hormonu u dospělých. Diagnostika nemoci je totiž často opožděná a choroba se navíc spojuje s dalšími komplikacemi

Při akromegalii dochází ke zvětšování koncových částí těla a rovněž vnitřních orgánů člověka, příčinou těchto projevů je nezhoubný nádor hypofýzy. Vnějších znaků si ale lidé v denním kontaktu nevšimají a k odhalení nemoci dochází až při jejich velmi výrazných projevech. S problémem akromegalie pak pacienti přicházejí k lékaři mnohdy až po několika letech, kdy si na sobě začnou všimnout neobvyklých změn, jež jsou však nespecifické a mohou se pojít i s jinými chorobami. Nemoc totiž často provází cukrovka, vysoký krevní tlak, kardiovaskulární choroby, střevní polypy, zvětšení štítné žlázy nebo poruchy spánku, v případě akromegalie jsou navíc přítomny obstrukční i centrální apnoe způsobené anatomickými abnormalitami horních cest dýchacích.

V České republice nyní žije zhruba čtyři sta pacientů s akromegalií a jejich léčbou se u nás zabývají čtyři specializovaná centra. Vzhledem k obtížím s diagnostikou se ale odhaduje, že řada pacientů o svém onemocnění neví, a ve skutečnosti tak u nás touto nemocí může trpět až dvojnásobný počet lidí.

Diagnostická úskalí

Akromegalie patří k léčitelným chorobám. „Důležité je nepodceňovat příznaky a začít se léčit včas. Často se stává, že nemoc je odhalena 3 až 5 let od jejich prvních projevů,“ říká o významu včasné diagnostiky MUDr. Helena Šiprová z endokrinologické ambulance II. interní kliniky LF MU a FN u sv. Anny v Brně. Diagnostika akromegalie spočívá v klinických a laboratorních vyšetřeních. Výsledek krevního vzorku

pacienta ukáže na přítomnost zvýšené koncentrace růstového hormonu a inzulinu podobného růstového faktoru I (IGF-I). Při hledání příčiny nadprodukce růstového hormonu se podle Heleny Šiprové nejčastěji potvrdí nezhoubný nádor podvěsku mozkového. Magnetickou rezonancí se zjistí velikost nádoru a přistupuje se k dalším vyšetřením, která odhalí stav jednotlivých orgánů.

Pokud jde o metody léčby, nejdříve se u nemocného přistupuje k neu-

rochirurgické léčbě, kdy se lékaři snaží odstranit nádor na podvěsku mozkovém. Ve více než polovině případů je tato metoda úspěšná. Pokud se nádor nepodaří vyoperovat, přistupuje se k ozařování pomocí Leksellova gama-nože. Metoda je velmi přesná, s minimálním rizikem poškození okolních tkání. Další léčebnou modalitu představuje medikamentózní terapie, během níž se používá několik typů léků, které sekreci růstového hormonu tlumí (např. somatostatin)



MUDr. Helena Šiprová. | Foto: Martin Ježek

nebo blokují jeho biologický účinek. Často je nutné jednotlivé druhy léčby kombinovat.

Komplikovaná léčba

Českého dne akromegalie se v brněnské Fakultní nemocnici u sv. Anny zúčastnil pacient, který prošel typickým cyklem pozdního odhalení nemoci. „Je příkladem toho, jak důležité je na akromegalii včas myslet. Tři roky trpěl bolestmi hlavy, byl vyšetřován na neurologii i jinde, teprve pak byl u něho zjištěn poměrně velký nádor hypofýzy,“ říká k případu doktorka Šiprová. Nádor na podvěsku mozkovém u daného pacienta měl rozměry 5 x 4 x 3 centimetry a z toho vyplývaly komplikované možnosti léčby. „Dvakrát během 14 dnů byl operován, ale podařilo se odebrat jen část nádoru. Vzhledem k tomu, že se adenom nacházel blízko krkavice a důležitých mozkových center, již další operace nepadala v úvahu, přistoupilo se tedy k ozařování s pomocí Leksellova gama-nože,“ říká o průběhu léčby daného pacienta Helena Šiprová.

Ani ozařováním se ale nádor odstranit nepodařilo a u pacienta se projevil další komplikace – rozvoj cukrovky a ochrnutí očního víčka. Následovala proto hormonální léčba – tlumení tvorby růstového hormonu, později se přistoupilo ke kombinované léčbě a pacientovi byl navíc přidáván i blokátor účinků růstového hormonu. Tato terapie trvá do současnosti. Lék, který tlumí sekreci růstového hormonu, pacient dostává jednou za 3 týdny, blokátor musí dostávat denně, to je ale finančně velmi náročné – 30 dávek vyčází zhruba na 100 tisíc korun.

David Daniel

Intranazální kortikosteroidy

– současné indikace a doporučení

Intranazální kortikosteroidy (IKS) byly zavedeny do léčby alergické rýmy před téměř 40 lety a v současnosti je jejich silný protizánětlivý účinek užíván i u dalších sinonazálních onemocnění. Moderní IKS jsou vysoce účinné a přitom bezpečné preparáty, ale i dnes se můžeme setkat s „kortikofobií“ také u odborné veřejnosti.

IKS mají multifaktoriální efekt, který je po průniku do cytoplazmy buněk nosní sliznice iniciován vazbou na cytoplazmatický glukokortikoidní receptor. Během několika hodin dochází k modifikaci genové transkripce a indukci změn syntézy proteinů v buňce.

Nežádoucí účinky jsou zpravidla mírné, lokálního charakteru. Můžeme se setkat s epistaxemi, pocitem dráždění či sucha v nosu, tvorbou krust. U moderních preparátů (momethason, fluticason) je četnost nežádoucích účinků většinou srovnatelná s placebem. Například obdobná incidence epistaxe ve srovnání s placebem může spíše souviset s mechanickým mikrotraumatem sliznice bez ohledu na aplikovanou látku. Rovněž další předsudky jsou u výše zmíněných moderních molekul IKS již prakticky vyvráceny validními studiemi. Byl prokázán nástup účinku již za několik hodin po podání (momethason), nebyl prokázán vliv na zpomalení růstu u dětí (fluticason, momethason) ani na atrofii nosní sliznice při dlouhodobém podávání. Ne-

žádoucí účinky mohou být minimalizovány správným způsobem aplikace, o kterém by měl být pacient vždy poučen.

Riziko systémových nežádoucích účinků je dáno biologickou dostupností jednotlivých IKS, která u moderních preparátů (momethason, fluticason a ciklesonid) nepřesahuje 1%. Je prokázáno, že u těchto IKS ani po několikanásobném překročení léčebné dávky nedochází k ovlivnění hypotalamo-hypofyzární osy.

V České republice jsou v současnosti k dispozici beklomethason dipropionát, budesonid, fluticason propionát, fluticason furoát a momethason furoát. Ciklesonid, další z novější generace IKS, zatím v ČR distribuován není. Některé z těchto preparátů jsou preskripčně vázány na odbornosti ORL, alergologie a TRN.

Současné indikace intranazálních kortikosteroidů:

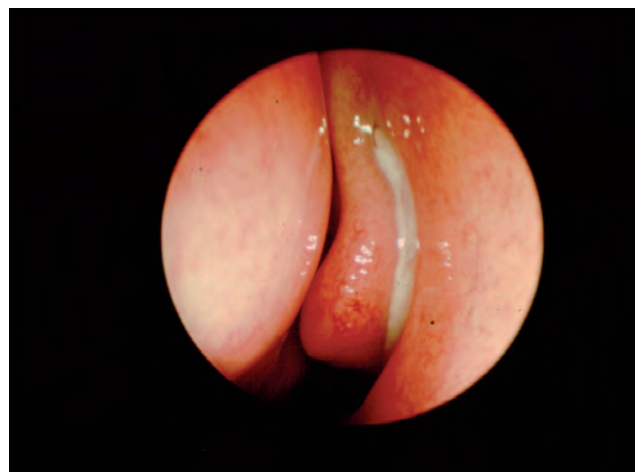
- intermitentní a perzistentní alergická rýma,
- některé nealergické rýmy,
- akutní rinosinusitida,
- chronická rinosinusitida s nosními polypy a bez nich.

Intermitentní a perzistentní alergická rýma

Podle studie ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) jsou intranazální kortikosteroidy nejefektivnější skupinou léčiv v terapii alergické, ale i nealergické rýmy. Intranazálním podáním je dosaženo vysoké koncentrace léčiva v buňkách nosní sliznice se současným minimálním rizikem nežádoucích účinků. IKS ovlivňují nejen veškeré nazální příznaky, ale pozitivně působí i na oční symptomatologii. V případě, že jedním ze symptomů je nosní obstrukce, jsou IKS indikovány v léčbě alergické rýmy jako lék první volby.

Nealergická perzistentní rýma

Existují studie prokazující jistý účinek IKS i u této nehomogenní skupiny rým. Patří sem nealergická rýma s eozinofilií (NARES), medikamentózní rýma i rýma idiopatická (dříve vazomotorická). Placebem kontrolovaných studií samozřejmě není k dispozici tolik jako v případě alergické rýmy. IKS se u těchto rým podíle-



Obr. 1 Akutní rinosinusitida – purulentní sekrece ve středním nosním průchodu vlevo. | Foto: archiv autora

jí zejména na pozitivním ovlivnění rinitických příznaků.

Akutní rinosinusitida

Použití IKS u akutní rinosinusitidy (viz obr. 1) patří mezi novější indikace těchto léčiv. Většina studií potvrzuje pozitivní efekt IKS jako přidané léčby k antibiotiku. V poslední době jsou k dispozici i tři studie potvrzující efekt IKS u akutní rinosinusitidy jako monoterapie ve srovnání s placebem. Metaanalýza z roku 2009, do které bylo zahrnuto celkem 1943 pacientů, jednoznačně podporuje použití IKS jako monoterapie či adjuvantní terapie k antibiotiku (úroveň důkazů 1a). Z této metaanalýzy vyplývá, že silnější efekt je dosažen vyššími dávkami INS. Ani při vyšších dávkách nebyly zaznamenány žádné nežádoucí účinky.

Z literatury vyplývá, že drtivá většina akutních zánětů paranasálních dutin je virového původu a pouze 0,5–2% akutních rinosinusitid je komplikováno bakteriální infekcí. Pozitivní vliv IKS spočívá v redukci otoku sliznice, což vede k uvolnění ostí dutin a zlepšení jejich ventilace a drenáže, čímž dochází ke zmírnění symptomů onemocnění a rychlejšímu zhojení. Účinek IKS u akutní rinosinusitidy není nikterak ovlivněn přítomností atopie u pacienta. Jistě není sporu o tom, že u těžce probíhajících zánětů, či dokonce hrozících komplikací akutních sinusitid je úloha antibiotické léčby nezastupitelná. Na druhé straně však musíme myslet

na zbytečné nadužívání antibiotik u virových zánětů a s tím spojený nárůst prevalence rezistentních kmenů.

Chronická rinosinusitida

Podle doporučení Evropské rinologické společnosti (EPOS), jehož nejnovější verze vyšla na jaře 2012 (Fokkens et al. Rhinology 2012; supp. 23), mluvíme o chronické rinosinusitidě (CRS) tehdy, když příznaky onemocnění trvají déle než 12 týdnů. CRS je velice heterogenní nozologická jednotka, kterou v zásadě rozdělujeme na dvě hlavní skupiny: CRS bez nosních polypů (CRSsNP) a CRS s nosními polypy (CRSwNP). Někdy může být obtížné posuzovat například účinnost jednotlivých léčiv, protože v některých studiích neexistuje jasná hranice mezi oběma základními formami CRS.

V posledních pěti letech byla věnována značná pozornost schopnosti IKS dostat se na místo určení, tedy do oblasti ostí a vlastních paranasálních dutin, což je pro jejich léčebný efekt esenciální. U dosud neoperovaných paranasálních dutin, kdy je navíc přítomný otok v oblasti ostí, je odhadována penetrace roztoku do dutin méně než 2% z aplikovaného objemu. Z těchto důvodů je tedy dobré nahlížet výsledky studií i podle toho, zda jsou IKS aplikovány v již operovaném terénu a jejich dostupnost do oblasti dutin je výkonem facilitována. Kromě toho je v dnešní době patrna snaha odlišovat i účinek u jednotlivých metod aplikace IKS (kapky, spreje) či

Tab. 1 Intranazální kortikosteroidy a chronická rinosinusitida bez nosních polypů dle EPOS 2012

Tvrzení	Úroveň důkazů	Stupeň doporučení
IKS zlepšují symptomy a pacienti udávají výsledky léčby.	1a	A
Operovaní pacienti mají pozitivní efekt IKS ve srovnání s neoperovanými.	2a	B
IKS jsou sdruženy pouze s nezávažnými NÚ.	2a	B
Moderní IKS nemají větší klinický efekt ve srovnání s první generací (ačkoli mají nižší NÚ).	1a	A
Aplikace IKS přímo do dutin přináší vyšší účinek.	1a	A

Tab. 2 Intranazální kortikosteroidy a chronická rinosinusitida s nosními polypy dle EPOS 2012

Tvrzení	Úroveň důkazů	Stupeň doporučení
IKS zlepšují symptomy a pacienti udávají výsledky léčby.	1a	A
Větší efekt IKS po operaci.	1a	A
Užívání IKS zlepšuje objektivní parametry nosního dýchání.	1a	A
IKS jsou sdruženy pouze s nezávažnými nežádoucími účinky (NÚ).	2b	B
Moderní IKS nemají větší klinický efekt ve srovnání s první generací (ačkoli mají nižší NÚ).	1a	A

odlišovat starší molekuly IKS (budesonid, beklomethason) od moderních preparátů tzv. 2. generace (momethason, fluticason, ciklesonid).

CRS bez nosních polypů

Metaanalýza publikovaná v EPOS 2012 (zahrnuje 5 studií z let 2001–2009), hodnotící efekt IKS ve srovnání s placebem u nemocných CRSsNP, prokazuje signifikantní benefit v symptomovém skóre u pacientů léčených IKS.

Podle principů medicíny založené na důkazech (*evidence based medicine, EBM*) jsou doporučení pro použití IKS u CRSsNP (včetně subanalýz pro způsob aplikace, nežádoucí účinky, chirurgický status, srovnání IKS 1. generace a moderních molekul) sumarizována v tab. 1.

CRS s nosními polypy

Pro pacienty s nosními polypy (viz obr. 2) jsou mimo jiné typické rinické symptomy (nosní hyperreaktivita, sekrece). Ve studiích hodnotících účinek IKS je vhodné posuzovat odděleně pozitivní účinek IKS na tyto příznaky a účinek na velikost polypů. Vyděmeleli znovu z EPOS 2012, kde můžeme opět najít veškeré recentní, validní studie týkající se této

problematiky, zpracované formou metaanalýz, můžeme konstatovat signifikantní efekt IKS na symptomy, velikost polypů i na nosní průchodnost. Doporučení podle EBM jsou sumari-zována v tab. 2.

Další indikace

V literatuře lze nalézt i další indikace pro použití IKS, které v České republice příliš rozšířeny nejsou. Patří sem zejména adenoidní vegetace a sekretorická otitida. Byl prokázán vliv IKS na zmenšení hypertrofoických adenoidních vegetací a zmírnění příznaků s nimi spojených.

V našich podmínkách je všeobecně upřednostňováno řešení chirurgické, nicméně například v případech, kdy operace není z různých důvodů možná, může léčba IKS představovat jistou alternativu. Samozřejmostí je u dětí použití bezpečných IKS s nízkou biologickou dostupností. Naopak u sekretorické otitidy validní studie z poslední doby léčebný efekt IKS spíše nepotvrzují.

Výběr správného preparátu

Základními kritérii pro výběr IKS by měly být zejména účinn-

ost a bezpečnost, které vycházejí z klinických studií. Indikující lékař je však v preskripci ovlivňován řadou dalších faktorů, jako je dostupnost v daném regionu, ekonomické aspekty léčby (ze strany lékaře i pacienta), (ne)snášlivost konkrétního léku pacientem, oblíbenost jednotlivých preparátů, vlastní zkušenosti lékaře (které nemusí být shodné s literárními údaji) a v neposlední řadě i tlak farmaceutických společností.

Hodnocení účinnosti a bezpečnosti

Účelem zajímavé studie Schäfer a jeho spolupracovníků (Schäfer et al. *Rhinology* 2011; 49) bylo vyvinout terapeutický index (TIX), který by sumarizoval účinnost a bezpečnost jednotlivých intranazálních kortikosteroidů na základě poznatků vycházejících z EBM a umožnil jejich vzájemné porovnání. Do analýzy bylo zahrnuto celkově 84 studií týkajících se použití IKS u alergické rýmy. Získaná data umožnila analyzovat šest nejčastěji užívaných intranazálních kortikosteroidů: budesonid, beklomethason, fluticason propionát, fluticason furoát, momethason furoát a triamcinolon.



Chronická rinosinusitida s polypy. | Foto: archiv autora

Pro zhodnocení účinnosti byly zvoleny následující parametry: celkové nosní symptomové skóre, celkové oční symptomové skóre a celkové hodnocení účinku. Bezpečnost byla hodnocena rovněž pomocí tří parametrů: epistaxe, dlouhodobý efekt (nejméně 6 měsíců) na sérové hladiny kortisolu a systémové oční vedlejší příznaky (glaukom či zvýšení nitroočního tlaku).

Potřebná data byla ze studií extrahována a statisticky zpracována. TIX byl následně vypočítán jako poměr mezi sumou parametrů účinnosti a sumou vedlejších účinků. Hodnoty TIX > 1 svědčí pro to, že účinnost převažuje nad potenciálními vedlejšími účinky. Výsledky jsou shrnuty v tab. 3.

Nejvyšší účinnost vykázal budesonid, následovaný momethason furoátem a triamcinolonom. Nejpriznivější skóre týkající se vedlejších účinků bylo dosaženo u momethason furoátu a triamcinolonu. TIX rezultující z těchto výsledků svědčí pro vysokou účinnost a nízké potenciální vedlejší efekty u momethason furoátu a triamcinolonu.

Závěr

Závěrem lze rekapitulovat, že současné, moderní IKS (někdy označované jako 2. generace) představují vysoce účinné protizánětlivé preparáty v léčbě sinonazálních onemocnění. Nežádoucí účinky jsou i při dlouhodobém užívání zpravidla pouze lokální, nezávažné a srovnatelné s placebem. Výše uvedené samozřejmě neznamená, že by IKS měly být indikovány bez rozmyslu, „na potkání“. Naopak – některé rýmy lze vyléčit kauzálně, například identifikací vyvolávající příčiny, vysazením medikace apod. Jindy může být užitečná pouze léčba minerálními sprškami. U intermitentní alergické rýmy s lehkými příznaky je indikováno použití pouze antihistaminik (perorálních či lokálních).

Na druhé straně ani IKS nejsou všemocné, a je-li konzervativní léčba vyčerpána a symptomy onemocnění nadále snižují kvalitu života pacientů, může být zvažována i možnost chirurgické léčby.

MUDr. Petr Schalek, Ph.D.

ORL klinika 3. LF UK a FN Královské Vinohrady

Tab. 3 TIX index

Parametr	BDP	BUD	FF	FP	MF	TRIAM
nosní skóre	2	2	0	2	3	1
oční skóre	1	3	1	0	2	2
celkové hodnocení	1	3	0	2	2	2
suma účinnosti	4	8	1	4	7	5
epistaxe	2	2	3	1	1	0
dlouhodobé vedlejší účinky	3	2	0	0	0	0
systémové oční vedlejší účinky	2	0	0	1	0	1
suma vedlejších účinků	7	4	3	2	1	1
TIX	0,57	2	0,33	2	7	5

Pozn.: BDP = beklomethason dipropionát, BUD = budesonid, FF = fluticason furoát, FP = fluticason propionát, MF = momethason furoát, TRIAM = triamcinolon.

Antihistaminika v léčbě alergií

Antihistaminika používaná v alergologii jsou léčiva ze skupiny blokátorů H₁ receptorů. Léky ovlivňují jak časnou, tak pozdní fázi alergické reakce, nejnovější preparáty mají i imunomodulační, protizánětlivé účinky.

Histamin a histaminové receptory

Histamin je biogenní amin obsažený v cytoplazmatických granulech žírných buněk a bazofilních granulocytů. Kromě účasti v alergické reakci řídí sekreci žaludeční kyseliny a je důležitým neuromodulátorem. Je uvolňován z granulek po aktivaci buněk. Po vazbě

na receptory ve tkáních způsobuje bronchokonstrikci, vazodilataci, zvyšuje sekreci hlenu v dýchacích cestách, zvyšuje permeabilitu venu, působením na nociceptivní periferní nervy způsobuje pruritus. Je hemotaktickým faktorem pro eozinofily a neutrofile, umožňuje tedy další přístup záleňlivých buněk z krevního řečiš-

tě do tkání a tím prohlubuje rozvoj alergického zánětu.

Vyplavení histaminu může být iniciováno různými ději. Nejčastěji navázáním alergenu na specifickou protilátku třídy IgE zatopenou na povrchu buněk obsahujících histamin. Uvolnění však mohou způsobit i neimunologické mechanismy,

kdy dochází k degranulaci přímým chemickým působením bez účasti specifických IgE protilátek. Mezi látky s histaminoregulačním účinkem patří např. léčiva (anestetika, antipyretika, analgetika, kontrastní látky, myorelaxancia), bakteriální toxiny, jedy, složky komplementu. Uplatňují se i vnější vlivy, jaký-

mi jsou fyzikální podněty (chlad, vlhko, teplo) a chemické látky v potravinách.

H₁ antihistaminika

H₁ antihistaminika působí jako kompetitivní antagonisté H₁ receptorů, současně stabilizují neaktivní formu receptoru – fungují tedy i jako inverzní agonisté. Důležitou vlastností kvalitních H₁ antihistaminik je vysoká specifita vůči receptoru, vysoká afinita k receptoru (pevná a dlouhodobá vazba).

Nejčastěji jsou indikovány při léčbě i prevenci alergické sezónní i celoroční rýmy, alergické ▶

ALERGOLOGIE

Tab. 1 Účinky zprostředkované stimulací receptorů pro histamin

H ₁ receptory	H ₂ receptory	H ₃ receptory	H ₄ receptory
<ul style="list-style-type: none"> * Zvýšení tonu hladkých svalů (např. bronchy, střeva...) * Uvolnění NO z endotelu (vazodilatace) * Otevření intercelulárních štěrbin mezi buňkami endotelu (zvýšení cévní permeability) * Stimulace senzitivních nervových zakončení (svědění) * Hypersekrece slizničních žláz * CNS – zvýšení bdělosti * Anafylaxe 	<ul style="list-style-type: none"> * Zvýšení sekrece žaludeční šťávy * Pozitivní chronotropní a inotropní účinek 	<ul style="list-style-type: none"> * V CNS inhibice uvolnění histaminu a jiných transmiterů 	<ul style="list-style-type: none"> * Na eozinofilech, leukocytech, v kostní dřeni, v plicích * Regulace imunitního systému

konjunktivitidy, akutní a chronické kopřivky, angioedému, atopického ekzému, alergického exantému, pruritu, migrén, kinetózy. Využívají se jako doplňková léčba u alergické formy *asthma bronchiale*, nezastupitelné místo mají v léčbě anafylaktických reakcí (v kombinaci s adrenalinem). Nejčastěji jsou podávány ve formě tablet buď klasických, nebo orálně dispergovatelných, dále ve formě kapek, roztoku, velmi účinné jsou i topické formy. Podle farmakokinetických a farmakodynamických vlastností je dělíme na dvě skupiny – antihistaminika I. a II. generace.

Antihistaminika I. generace

Chemicky jde o aminy rozpustné v tucích. Dělí se do šesti skupin. Působí kompetitivní inhibicí vazby histaminu na H₁ receptory. Vzhledem ke krátkému biologickému poločas a rychlejšímu uvolňování z vazby na H₁ receptor účinek trvá většinou pouze 4–6 hodin, proto je nutné podání několikrát denně. Snadno pronikají přes hematoencefalickou bariéru, neselektivně mohou ovlivňovat další receptory. To je příčinou interindividuálních vedlejších účinků u pacientů – sedace, ovlivnění reakční schopnosti, někdy i paradoxní excitace a suchosti sliznic.

Indikována jsou především k symptomatické terapii akutních alergických obtíží, preferenčně u stavů, kde je očekáváno krátkodobé podávání. Jsou součástí pohotovostních balíčků (v kombinaci s adrenalinovým autoinjektorem) ke zvládnutí anafylaktické reakce. Sedativního účinku se využívá např. v terapii svědivých dermatóz v dávkování na noc. Existují i v injekční formě – bisuleptin (Dithiaden), k lokální aplikaci pak ve formě gelu – dimetinden (Fenistil).

Antihistaminika II. generace

Mají vyšší selektivitu a pevnější a delší afinitu k H₁ receptorům. Při terapeutických dávkách téměř nepronikají přes hematoencefa-

lickou bariéru, nemají sedativní účinky. Velmi rychle se vstřebávají, do jedné hodiny dosahují plné terapeutické účinnosti. Mají dlouhý poločas eliminace, podávají se jednou denně. Ovlivňují jak časnou, tak pozdní fázi alergické reakce (inhibují transkripční faktory pro řadu prozánětlivých cytosinů, tím zabraňují syntéze a uvolňování mediátorů alergické reakce, snižují expresi adhezivních molekul, brání migraci zánětlivých buněk do místa zánětu), tím vším tlumí rozvoj alergického zánětu. Svým imunomodulačním účinkem mohou preventivně působit i u některých bakteriálních a virových infekcí. U dětí s alergickou genetickou predispozicí mohou snížit riziko vzniku alergického onemocnění.

• **Cetirizin** (Zyrtec, Alerid, Analergin, Cerex, Cetixin, Cetirizin, Reactine, Zodac) je vyráběn ve formě kapek, tablet, sirupu. Vylučuje se močí, proto je u pacientů se sníženou renální funkcí třeba redukovat dávkování. U malých dětí je absorpce pomalejší a eliminace rychlejší, proto je vhodnější podávat jej 2x denně.

• **Loratadin** (Claritine, Flonidan) je vyráběn ve formě tablet, dispergovatelných tablet, sirupu. Dávkování je nutné snížit u pacientů s hepatálním onemocněním. Existuje v kombinaci s pseudoefedrinem (Clarinase repetabs).

• **Fexofenadin** (Ewofex, Fexigra) je vyráběn ve formě tablet. Dávkování je nutné redukovat u pacientů s renálním onemocněním. Neovlivňuje myokardiální draslíkové kanály, a nemá tedy vliv na prodloužení QT intervalu. Terapeutická dávka činí 120 mg 1x denně u sezónní alergické rýmy, 180 mg 1x denně u chronické idiopatické kopřivky. S rostoucí dávkou narůstá léčebný efekt, přičemž navýšení dávek nevedlo k vedlejším účinkům.

Antihistaminika s imunomodulačním účinkem

• **Levocetirizin** (Xyzal, Cezero, Lecivriens, Levocetirizin, Vol-

nostin, Zenaro, Silardex) je vyráběn ve formě tablet či sirupu, má dvojnásobně vyšší antihistaminový účinek než cetirizin, vysokou selektivitu a afinitu k H₁ receptoru. Působí i protizánětlivě – inhibuje expresi adhezivních molekul, inhibuje migraci eozinofilů do místa zánětu. Nutná redukce dávky u pacientů s renální insuficiencí.

• **Desloratadin** (Aerius, Dasselta) je vyráběn ve formě sirupu, dispergovaných tablet (2,5 mg pro děti od 6–11 let a 5 mg od 12 let), ve formě klasických tablet pouze 5 mg od 12 let. Výhodou orálně dispergovaných tablet je rychlé rozpuštění tablet slinami během několika sekund, není nutné zapíjet. Zjednodušuje terapii u pacientů s polykacími problémy. Imunomodulační účinek desloratadinu se projevuje tím, že tlumí produkci leukotrienu LTC₄ a dalších cytosinů i chemokínů, inhibuje expresi adhezivních molekul a HLA-DR antigenů na povrchu epitelových buněk nosní slizni-

ce. Významně ovlivňuje nosní obstrukci. V kombinaci s pseudoefedrinem v preparátu Aerinaze má využití u symptomatické sezónní alergické rýmy s výraznou kongescí. Je určen pro pacienty od 12 let, léčba by neměla trvat déle než 10 dní.

• **Rupatadin** (Tamalis) se vyrábí ve formě tablet. Výjimečný je svým duálním působením – kromě blokády H₁ receptorů blokuje i receptory pro PAF (faktor aktivující destičky) – důležitý mediátor alergické reakce, např. ovlivňuje vaskulární permeabilitu, chemotaxi eozinofilů, ovlivňuje pozdní fázi alergického zánětu. Dávkování 1x denně 10 mg, je určen pacientům od 12 let. Dávky je třeba snížit u pacientů s hepatálním onemocněním. Indikován u všech typů alergické rýmy a chronické idiopatické urtikarie.

• **Bilastin** (Xados) ve formě 20mg tablet. Nové neseedativní antihistaminikum s protizánětlivým, imunomodulačním účinkem. Není v organismu metabolizován a vylučuje se v nezměněné formě. Je indikován k léčbě všech typů alergické rinokonjunktivitidy a chronické kopřivky. U pacientů s renálním poškozením nutná redukce dávky. Je určen pro pacienty od 12 let.

Topická antihistaminika

Antihistaminika podávaná lokálně do nosu nebo očí mají velmi rychlý nástup účinku (do 10 mi-

nut), dávkují se 2–4x denně podle jednotlivých preparátů. Jsou doplňkovou léčbou u orálních přípravků a alternativou nazálních steroidů v případech, kdy jejich použití není vhodné. Koncentrace léku při lokální aplikaci je na sliznici vyšší než při orální léčbě.

• **Azelastin** (Allergodil, Azelastin) – nosní sprej, oční kapky, účinek nastupuje do 10 minut, lze použít i u vazomotorické rýmy. Systémová dostupnost při nosní aplikaci dosahuje zhruba 40%, i tak není potřeba redukovat dávkování u chronických onemocnění ledvin a jater.

• **Levocabastin** (Livostin) – nosní sprej, oční kapky, účinek již do 5 minut, dlouhodobě přetrvává až 16 hodin.

Závěr

Prevalence alergických chorob v posledních desetiletích stále stoupá. Antihistaminika zůstávají lékem prvním volby v terapii alergických onemocnění. V současné době můžeme pacientům nabídnout antihistaminika s minimálními vedlejšími účinky a s výrazným efektem pro potlačení eozinofilního zánětu. Jejich správná indikace, symptomatická i profylaktická, má vliv na snížení symptomů alergických onemocnění a tím zkvalitnění života našich pacientů.

MUDr. Marcela Vorlíčková

Immunia spol. s r. o., Centrum prevence a léčby alergií a poruch imunity, Praha

Tab. 2 Přehled H₁ antihistaminik

I. generace sedativní – systémová	bisulepin	Dithiaden
	dimetinden	Fenistil
	promethazin	Prothazin
	ketotifen	Zaditen, Ketof, Ketotifen
I. generace topická (oční, nosní)	azelastin	Allergodil (nosní) Allergodil (oční) Azelastin (oční)
	levocabastin	Livostin (oční, nosní)
	ketotifen	Zaditen (oční)
	II. generace neseedativní – systémová	cetirizin
loratadin		Claritine, Loratadin, Flonidan
fexofenadin		Ewofex, Fexigra
rupatadin		Tamalis
bilastin		Xados
levocetirizin		Xyzal, Cezero, Lecivriens, Silardex, Levocetirizin, Volnostin, Zenaro
desloratadin		Aerius, Dasselta
Kombinace antihistaminikum + dekongestivum		loratadin + pseudoefedrin
	dexbromfeniramin + pseudoefedrin	Disophrol Repetabs
	desloratadin + pseudoefedrin	Aerinaze

Šance pro české vědce v oblasti biomedicíny

Integrovaná skupina biomedicínských firem Medicem ukazuje, jak lze využít výzkumný potenciál českých lékařů, vyrobit konkrétní zdravotní prostředek a dostat produkt do místní lékařské praxe i na světové trhy.

Společnost, která se vedle samotného výzkumu, vývoje a výroby konkrétního produktu zaměřuje na celosvětový marketing biome-

dicínských preparátů, má jasnou strategii – chce vytvořit prostředí, ve kterém budou ty nejlepší nápady českých vědců a lékařů

vybírány a následně přetvářeny v originální výrobky. Mezioborový tým odborníků, jenž byl sestaven speciálně pro tento projekt, má za úkol vyhledávat, dále vyvíjet a marketingově podporovat produkty, jež obstojí ve srovnání se světovou špičkou ve svých oborech.

„Česká věda je celosvětově na velmi vysoké úrovni. Co zde však doposud chybělo, je profesionální tržní prostředí, jež bude chytré nápady dále rozvíjet a umožní vznik a komercializaci produktů, které úspěšně obstojí ve srovnání s globální konkurencí. Proto jsme si stanovili ambiciózní cíl takové prostředí v České republice vytvořit,“ říká výkonný ředitel společnosti Jan Chalupa.

Po stopách českých geniů

V oblasti výzkumu a vývoje, která u nás má silnou tradici, chce skupina navázat na výsledky českých velikánů, jakými jsou za-

kladatel genetiky Johann Gregor Mendel, fyziolog Jan Evangelista Purkyně nebo vynálezce kontaktních čoček Otto Wichterle. „K tomu nám pomáhá tým specialistů z různých oborů, z nichž nejvýznamnější je Vladimír Stoy, který na začátku své kariéry spolupracoval právě s profesorem Wichterlem,“ dodal ředitel Chalupa.

Právě ředitel výrobní sekce skupiny Medicem Ing. Vladimír Stoy, CSc., stál u zrodu biomedicínských produktů, které Medicem vyrábí ve svých laboratořích v Kamenných Žehrovicích. Již nyní je používají lékaři po celém světě. Jde především o polyfokální akomodační hydrogelovou nitrooční kontaktní čočku, sterilní biologickou matrix pro rychlejší hojení popálenin a bércových vředů nebo hydrogelové dilatátory děložního čípku.

„Hydrogely, tak jak je objevil profesor Wichterle, jsou naší budoucností. Kromě oftalmolo-



Foto: Medicem

gie, dermatologie a gynekologie je v budoucnu chceme využít také pro chirurgii, kde by pevnější formy hydrogelů mohly nahradit šlachy či kosti,“ nastínil inženýr Stoy budoucí směr výzkumu a výroby společnosti.

Půjde zejména o náhrady poškozených orgánů a jejich funkcí, především oka, kostí, kloubů, páteře, kůže a jiných měkkých tkání nebo chrupavky. Potenciálních produktů, které teď čekají na další vývoj, má společnost připraveno přes šedesát. Ty úspěšné se na trhu objeví během příštích čtyř let.

Petra Klusáková



Dilapan – hydrofilní dilatátor děložního hrdla vyrobený z patentovaného hydrogelu. | Foto: Medicem

Lékaři, sestry, dejte formu svému **dobrému nápadu**

Centrum pro výzkum, vývoj, inovace a regionální rozvoj přichází s mezinárodním projektem IntraMed, který zprostředkovává dobré nápady lékařů či sester malým a středně velkým firmám. Tak by bylo možné převést dobrý nápad do praxe.

Cílem je podpořit přenos inovační potřeby, nápadu či zlepšováku z prostředí klinik a nemocnic k malým a středním podnikům, které jsou schopny tyto inovační nápady a myšlenky zrealizovat. Do projektu zatím vstoupily partnerské země střední Evropy. Nyní jsou do něj zváni i čeští zdravotníci a nemocnice.

„Kromě samotné podpory vzniku praktických nápadů mohou zdravotnická zařízení díky projektu změnit chod některých vnitřních procesů. České nemocnice nejsou ve většině případů na inovaci zaměřené. Nefungují zde samostatná oddělení, kte-

rá by se touto problematikou zabývala,“ sdělila redakci vedoucí projektu IntraMed v ČR Adéla Teplíková.

Nápady do databáze

Lékaři či sestry v nemocnicích jsou nositeli mnoha inovativních nápadů odrážejících nedostatky, se kterými se setkávají při své každodenní činnosti. Tyto „zlepšováky“, jak je lze hovořivě nazvat, by jim usnadnily jejich práci, ale bohužel je na trhu zatím nelze koupit. Příjemci dobrých nápadů jsou malé a střední podniky, jež mají dostupné technologie a přijdou s návrhem jak

konkrétní nápad dovést k výrobě prototypu.

„V IntraMedu shromažďujeme inovativní nápady od zdravotníků z nemocnic a vkládáme do Inovační databáze. Jedná se o mezinárodní internetový seznam, vytvořený speciálně pro potřeby projektu (viz webová stránka <http://database.intramed-cz.eu>). Sem se vkládají inovační potřeby a je zde také vedena evidence všech podniků zapojených do projektu. Což například pro českého podnikatele znamená, že může začít spolupracovat s některou z nemocnic na mezinárodní úrovni,“ vysvětluje Adéla Teplíková.

Jak na to šli v Rakousku

Jedním z dlouhodobých a typických organizačních problémů v nemocnicích bývá zajištění bezpečnosti osobních věcí pacientů v průběhu léčby. Personál rakouské nemocnice přišel v projektu IntraMed s inovační potřebou, která se týkala právě ochrany osobních věcí pacientů při pobytu v nemocnici. Součástí této potřeby byl i seznam požadavků, které musí být zajištěny při technologické realizaci. Zástupci malých a středních rakouských podniků pak navrhli řešení – způsob výroby a provedení speciálních boxů, které se přichytí

k lůžku a mohou tak s pacientem cestovat na různá vyšetření. Pacient si jej zároveň může vzít s sebou, ať už se v rámci nemocnice pohybuje kamkoli. Tyto úschovné boxy splňovaly i veškeré hygienické normy a požadavky, jež stanovuje legislativa.

Do programu dosud žádná česká nemocnice své inovace nezařadila, řešitelé IntraMedu jsou zatím v kontaktu pouze s Krajskou nemocnicí Liberec. „Zatím ale nemáme příliš velkou odezvu ani od fakultních nemocnic, kde cítíme velký potenciál. Samozřejmě se nebráníme ani spolupráci s jednotlivými lékaři nebo sestrami, kteří mají při své praxi řadu nápadů jak svou práci vylepšit. V databázi již máme tři české firmy, jež jsou ochotné a schopné přivést do praktické roviny téměř jakýkoli nápad – technologie, výrobky, plány,“ doplňuje Adéla Teplíková s tím, že nemusí jít vždy nutně o velkokapacitní projekty; často se z řad personálu jedná o drobné podněty, které bývají právě pro svůj malý rozměr opomíjené. Petra Klusáková

Palicí do hlavy

Motto: Ti, kdo obec spravují, neměli by ztratit ani na okamžik ze zřetele, že nejsou majiteli obce a že správa obce není poručníkováním těch, kteří obec tvoří.

(Ústavní soud České republiky)

Pod palbou snajpra

Cesta k právnímu státu a skutečné, nikoli deklarativní nezávislosti orgánů činných v trestním řízení bude zřejmě klopotnější, než se mohlo ještě nedávno zdát. Ministr Pospíšil, který se jevil jako jeden z pilířů tohoto procesu, byl v řádu minut bez varování odstřelen ze zálohy. Snajpr Nečas k tomu podal tak směšné vysvětlení, že hraničilo s pohrdáním inteligencí občanů. Na veřejném mínění a voličích mu zjevně nezáleží, ostatně to explicitně prohlásil. Nazvat v tak vážné věci názor renomovaných komentátorů a redaktorů seriálních periodik mediálními plky by normálního politika v normální zemi na místě zabilo. Nezbyl by z něj ani mastný flek. Ve vyšínutém českém Dřevákově to samozřejmě projde jedna malina.

Lež se politikům všude na světě do jisté míry odpouští. Patří to k věci a tak nějak se s tím už předem počítá. Ale ne drzá lež, nestoudnost urážející občany. Dělá si z nás ten pán srandu? To se u voličů nevyplácí. Nápadné bylo zejména vycpávání nedostatečné argumentace hledáním dalších a dalších naprosto vágních a balastních důvodů. To je pro lhaní diagnostické. Spolu s neschopností dívat se posluchačům do očí. A pokud Nečas mluvil pravdu, což lze prakticky vyloučit, pak to dělal tak nešikovně, jako by mu mozek úplně vypověděl službu. Takovým důvodům odvolání populárního ministra, jehož veřejnost vnímá jako rytíře na bílém koni, navíc v době bolestivé reformy státního zastupitelství proti velkému odporu mocných pachatelů z kriminální lobby a těsně před pokusem jmenovat do funkce paní Bradáčovou, neuvěří ani tetka z Karlašovy Řečice. Premiér poté v tom ležně šlapal, což má dobře známý výsledek. Při vymyšlení dodatkových důvodů bleskového odvolání zmínil jakési dlouhodobé nedostatky. Prý toho už na něj bylo moc. Použil úsloví, že *stokrát nic umožilo vola*. Rád souhlasím.

Liga vyděšených

Čili lež, nebo hloupost? Vyberte si. Věru nic lichotivého. Mráz

přichází ze Strakovy a z Hradu. Václav Klaus najednou porušil svou zásadu dělat drahoty jako pana na první diskotéce a exekuci nezdržel ani o minutu. Například obvyklými dotazy, co bude dál a kdo odvolávaného nahradí.

Viděli jsme vzornou koordinaci tanků a letectva. Hlavně aby nedocházelo ke *kriminalizaci poctivých podnikatelů*. Zejména „podnikatelů“ s veřejnými prostředky. Pan prezident dokonce výjimečně projevil cosi jako smysl pro humor. Docela mě po těch letech zaskočil. Netušil jsem, že ho má. S vážnou tváří dal novému ministrovi za úkol *zabránit politizaci resortu*. Což je kameňák roku. *To je směšné, cha-cha-cha, tuze směšné, cha-cha-cha, odpusťte mi, cha-cha-cha, že se směju vám*. To snad ať ho nahradí třeba i Zeman. Ten aspoň nic nepředstírá a ke svému klaunství se hrdě hlásí. Horší už to nebude. Z ostudy kabát – toť vpravdě náš národní osud.

Premiér byl zjevně pod drtivým tlakem frakce kmotrů. V tom pádě měl ovšem raději odejít sám nebo se čestně zastřílet. Je otřesen vidět, co s lidmi dokáže udělat strach. *Appeasement* se však nevyplácí. A není na něj vůbec hezký pohled. *Ekelhaft*, jak říkáme spisovně česky. Nečas tu koná špinavou práci. Předhodil jim jednoho z nejlepších lidí, jaké máme. Měl si včas uvědomit pořekadlo o mouřenínovi. Teď je na řadě on sám. Kmotrovské křídlo ODS se už neskrývá. Ukázalo svou vypracovanou muskulaturu a pro každého politika této strany je to výstraha, již si dobře zapamatuje. Ovšem tím, že se kmotří takto odkopali, přiznali, že jsou dost zoufalí. Je to ale ten druh přiznání, které nezakládá polehčující okolnosti. Zoufalí lidé dělají zoufalé věci. Liga vyděšených. Což se dá vnímat i jako pozitivní prvek.

Politická sebevražda v přímém přenosu

Ve středu 27. června ztratil Petr Nečas svou politickou budoucnost, kdežto Jiřímu Pospíšilovi



MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

se otevřela. Vlastně mu ji otevřel sám Nečas. Co otevřel. Přímou daroval. I ten, kdo pozorně nesleduje politiku a neví přesně, kdo je čeho ministrem, si odnáší dojem, že Pospíšil je vyrovnaný a své věci znalý kladas a sympaták s nad-

hledem, kdežto premiér se muží z ulice může jevit jako nekompetentní a neurotický moula, který neví, co říká, a jemuž nelze věřit, ani kolik je hodin. To je výsledek mediální, webové i pouliční bouře, která následovala. Viděli jsme politickou sebevraždu v přímém přenosu. Byl to nechutný masakr.

Pospíšil je jasným vítězem na body a dobře to ví. Jeho uměřené a věcné vystupování i potutelně vědoucí a spokojený úsměv ve všech televizních debatách onoho osudného dne (a že jich bylo!) je toho svědectvím. Trochu si odpočine a počká si. Jednou bude možná premiérem. Nebylo by to vůbec špatné. Takových lidí nemáme nadbytek.

Nyní jej nahradí jakýsi *no name*, o němž nejsou příliš příznivé reference a který už jednou páně premiérovi důvěru ztratil. Zřejmě však na rozdíl od Pospíšilova případu neklesla až pod bod mrazu. Nevíme však, zda tu fyzik Nečas hovořil o stupnici Celsiově, či Kelvinově. Je ale možná i jiná interpretace: Je to napravený hříšník. A toho má nebe vždycky radši, protože je poslušnější.

Petr Nečas je nepochybně vysoce inteligentní a schopný muž, ale současně svým způsobem omezený. Je to technokrat s klapkami na očích. Nevidí filozofické, historické, psychologické, sociologické ani mezinárodně politické souvislosti a dopady toho, co dělá, respektive nedělá. Vystupuje jako manažer stavící hlavně na exaktních, tj. účetních datech, což je na reformního politika málo. Nemá charisma, nemá *leadership*, neumí to s veřejností. Nemá pro tyhle věci zkratka cit. Dříč bez talentu. Byl by dobrý vedoucí nějakého úřadu, respektive spíš náměstek. Tam by obstál dokonale, taková funkce



Ministr Pospíšil byl v řádu minut bez varování odstřelen ze zálohy. Snajpr Nečas k tomu podal tak směšné vysvětlení, až to hraničilo s pohrdáním inteligencí občanů. | Foto: Eduard Erben/EIS

by byla na míru jeho rozhledu, náтуры a schopností.

Aby toho nebylo dost, vypukla naplno kauza CASA a TOP 09 nevyváženými ústy pana Kalouska rupla u své státní maturity. Během několika dnů nahonil tolik záporných politických bodů, že zřejmě trhl světový rekord a bude zapsán do Guinnessovy knihy. Počínal si jako smyslů zbavený. Že by také strach? Překonal dokonce i výtrysk slabomyslných Nečasových výroků o policejních plukovnících a podplukovnících. A to už je co říci.

Džina do láhve nevrátíš

Přes to všechno se zdá, že protireformní ofenziva reformní vlády (reforma ano, ale jen vocad podcaď) ztroskotá. Síly reakce jsou dnes již v menšině. Golem jednou dostal šém a už si ho nenechá vyrvat. Společenská poptávka je jasná, a kdo půjde proti ní, bude bez milosti smeten. Organizační začaly být činné, protože počet těch, jimž se vrátila odvaha, po delším latentním vývoji náhle překročil nadkritické množství. A řetězovou reakci ani prd nezastavíš. Vystudovaný fyzik by o tom měl něco vědět. A tak kdo ještě včera na pokyn shora ochotně tutlal, dnes o to horlivěji koná.

Skoková změna atmosféry, přechod do jiné kvality, přeskok do jiné hladiny, v tom spočívá krása teorie chaosu, již se řídí náš svět. Činovníci mohou tento princip respektovat, nebo na něj dojet. Račte si vybrat. Brzdíči Rampula a Grygárek si už zvolili. Denně čteme o raziích ve zkorumpovaných úřadech, o obviněních a zatčeních.

Džina zpátky do láhve nenacpeš. Ten džin nyní klade svou klasickou otázku: „Co poroučíš, vznešený sáhibe?“ A vznešený sáhibe, občan, pán a majitel této utrpené země, poroučí: „Vymeť to svinstvo! Nikoho nešetři. Nepřátele se nelekej, na množství nehleď.“ Zcela v duchu výroku sápera Vodičky: „Berte je po řadě, *ýbršvunkem* přes hlavu.“

Země krajností

Vaří se to, vaří. Dobré zprávy se střídají se špatnými. Země krajností. Dočista jako počasí těchto týdnů. Přišel jsem na to, že při takovém tempu je čtení celých článků ztrátou času. Pro účely komentáře dnes docela stačí titulky. Posuďte sami:

Absurdní využití dotací: Evropské miliardy mizely do čokolád, přívěsků a prezervativů. A to ještě nenapsali, že praskají.

Z Česka nenávratně mizí miliardy, podvodů všeho druhu přibývá. Spíše nikoli. Je to zdání, které klame. To, čeho naštěstí přibývá, jsou odhalení.

Poslanci mají o starost víc – usilovně řeší jak se bránit odposlechům. Vskutku politicky moudrá reakce ve zlomové době, kdy těžce nasraný národ ostře sleduje, jak se konečně daří odhalovat politicko-ekonomickou kriminalitu. Marhánska snaha. „Nic není zahaleného, co nebude jednou odhaleno, a nic skrytého, co nebude jednou poznáno.“ (Lukáš 12, 2)

Rath napsal z vazby Právu: Bylo mi od první chvíle jasné, že jsem skončil. Myslí mu to opravdu rychle, jen co je pravda.

ČEZ nad zákonem: Tají, komu dal zakázky za 6,6 miliardy, a ignoruje rozhodnutí soudu. Klasickou Stalinovu mo-

NEJSEM SI JIST

čensky arogantní otázku, kolik že má Vatikán tanků, tu můžeme transformovat na analogický dotaz, kolikpak mají soudy prachů. Aha! Tak at se nevytahují na poctivou firmu, jež nemá dnem i nocí na mysli nic než blaho národa.

Stát daroval ČEZu emisní povolenky za 2,5 miliardy. Jsou to chudáci. Sociky. A tento stát má sociální citění. I když jak ke komu.

Tuhle zemi neřídí premiér, ale ČEZ, říká na tajné nahrávce lobbista. Vrabci na střeše a tak dále. Takové banální informace nemá snad ani smysl nahrávat. Škoda megabajtů.

Organizovaný zločin vzniká ve státní správě, řekl NKÚ. Zase žádné překvapení. Řekněte nám něco nového.

Ropák Stráský dokácel. No jo, ale převzal to schopný náměstek. Národní park? Nedejte se vymáť. V této zemi platí pořekadlo prvních australských osadníků: Co běhá, zastřel, co roste, utni.

Začalo projednávání církevních restitucí, Grebeníček mluvil o morálním bahně. No to je ten pravý! Že ho hanba nefackuje. Zloději hledají nedostatky na okradeném.

Při privatizaci dolů zmizelo 7 miliard. Jenom? Mohlo být hůř. Na české poměry to není velká rána. Spíš podprůměr.

Policie předala obvinění dalšímu exmanažerovi MUS. Jenže prachy jsou v talónu. Nějak jsme propásli lhůtu u švýcarského soudu. Náhoda? Nedbalost? Jiné důvody?

Policijní zásah v dotačním úřadu. Jen do nich. Peníze z Bruselu už si

ce nezachráníme, ale aspoň nebudeme muset být nikomu vděční. Hlavně at se ti lidé objeví před soudem.

Na nákup letounů CASA tlačil Barták, říká svědek v kauze Parkanová. Ale ještě se neprokázalo, co přesně vytlačil.

Kéž by jim ta letadla CASA konečně zlomila vaz. Dejžto Pánbůh!

Letem zdravotnickým světem

Zdravotnické odbory vyzvaly ministra Hegera k rezignaci. Donští kozáci píší tureckému sultánovi.

Nedostupnost péče – největší hrozba našeho zdravotnictví. Nesmysl. Je tomu přesně naopak. Ničivě je nadužívání. Ze strany pacientů i lékařů.

Lobbista Janoušek volal šéfovi VZP a spřátelená firma dostala 91,5 miliónu. Doufejme, že aspoň zdaněných.

Zdravotní pojišťovny našly trik, jak zvýhodnit kamarády. Vsadím se, že to nedalo velkou práci. U nás znehodnotíme cokoli. Chcete DRG? Že ve světě funguje? Tady to umíme obejít. To by tak bylo, aby za stejnou práci dostal každý stejně! Takové socialistické rovnostářství se v našem špatně pochopeném kapitalismu netrpí.

Úřad ministra Hegera poslal do VZP kontrolu. Jen houšť a větší kapky. Kontroluješ a jsi kontrolován. Lovíš a jsi loven.

Vinohradská nemocnice při výměně PIP implantátů nutí ženy vzdát se nároků. I hledme! A že se neoptali nějakého právníka. Nebo aspoň studenta. Poučil by je o nezada-

telnosti některých práv. A o vybraných pojmech z občanského zákoníku: neplatnost smlouvy, nátlak, nápadně nevhodné podmínky, dobré mravy. Pokud někdo nezná cizí slovo „mravy“, at si ho vygoogluje. Na opakování základního učiva tu nemám prostor, to si musí vyřešit učitelé ve školách.

Zapomeňte na „Děkujeme, odcházíme“ – LOK slibuje ještě větší protesty. Šestistě osmdesáté páté vážné varování. Tentokrát už doopravdy. Co asi udělají? Lehnou si na zem a budou kopat nohama?

Dva vraždící schizofrenici – podle lékařů byli neškodní, tak šli domů. Hrozba – schizofreniky nikdo nekontroluje. To bylo donedávna řečí proti psychiatrickým léčebnám. Teď by veřejnost naopak ty pacienty chtěla uvěznit na doživotí. Což je lidsky i medicínsky blbost. A VZP by to pod záminkou „sociálního“ pobytu nezaplátila. Schizofrenici neublíží ani tisícům lidí z těch, které vybijí o sobotních nocích mladí zřetovaní psychopati za volantem. Schizofrenika na ulici nepoznáte. Tyhle vrahy ano. Podle uniformy. Baseballové čepice. Oni v ní snad i souloží.

V novém výúčtování IZIP chybí podle správní rady VZP půl miliardy. Nic se neděje. Zdravotníkům se za péči zaplatí o něco méně a zítra je to zpátky v kabeli.

Zastupitelé zrušili Rathův projekt Krajské nemocnice. Hlavně at řeknou, proč tuhle podvodnou pumpičku na peníze dovolili zřídit. A at se rovnou škrtnou z podzimní kandidátky.

Paroubek chce chystané zákony konzultovat s ČLK a odbory. Případ nulové relevance. Mám na mysli všechny tři jmenované subjekty.

Platforma odmítla rušení nemocnic bez veřejné debaty. To tedy zírám jako Maďar z kukuřice. Ta debata probíhá dvacet let. Sám jsem se vícekrát zúčastnil. Nebo že bych měl hlasy? To, co chybělo, nebylo řečnění, ale činy.

Pacienti si budou muset výrazně připlatit za operace. Server iHNed.cz pořad nepochopil princip dobrovolnosti při využití nadstandardu. Nebo je jejich znalost češtiny hluboko pod již tak dost tragickým průměrem a pletou si sloveso „muset“ se slovesem „moci“. Blbnou tak lidem hlavu a šíří poplašnou zprávu.

Obama vyhrál, Nejvyšší soud podpořil jeho zdravotní reformu. No tohle se opravdu může stát jen ve vyspělé demokracii! My jsme mnohem chytřejší. Od našich „demokratů“ bychom uslyšeli obvyklé kecy o tom, že Ústavní soud nemá být třetí komorou parlamentu, nemá do ničeho mluvit a je třeba mu přistříhnout křídýlka.

Pětka z občanské výchovy

Václav Krása: Ministr bez opory v právním řádu ČR mění legislativu v oblasti zdravotnictví. To je tedy pecka mezi oči. Dokonce na ministra podal trestní oznámení. Skutková podstata činu však zůstává nejasná. Pokusme se zde o malý sémantický rozbor: Legislativa = právní řád. Věta tedy zní, že ministr mění právní řád v rozporu s právním řádem. Solnohrad je hlavní

město Solnohrad. A proč je nutné zvláště podotknout, že jde o ČR? Že by naši ministři mohli škodit ještě v jiných zemích? Pokud by měla organizace, již pan Krása řídí, na mysli nesoulad s Ústavou, pak je to něco jiného. To se však řeší u Ústavního soudu, nikoli u „policijních plukovníků a podplukovníků“.

Pan Krása seděl v parlamentu tak dlouho a nic se nenaučil. Smutné. Ministr nemůže měnit legislativu. Vláda rozhoduje ve sboru a překládá návrhy dvoukomorovému parlamentu. A teprve ten mění legislativu. Tolik látka z občanské výchovy. Navíc tyto změny byly řádně anoncovány v programovém prohlášení vlády, která má důvěru parlamentu. Říkáme jim reforma. Její nutnost plyne z dávno předřazené neúnosnosti dosavadního stavu. Teprve jeho pokračování by zakládalo masivní odpovědnost, i když ne trestní, ale jen politickou.

Hlavním zločinem docenta Hegera je tak zřejmé to, že má jiný názor na reformu zdravotnictví než pan Krása. Na nesouhlas s panem Krásou ovšem trestní zákoník nepamatuje. Chybí odpovídající paragraf. Výraz „Krása“ se tam nevysskytuje. Projel jsem ho vyhledavačem od začátku do konce. A nic. Stejně nic, k jakému povede módní politika absurdních trestních oznámení. Nebo vlastně ne. Nějaký výsledek se přeci jen dostavil. Je jím naše prestižní cena Smrt mozku. Laureátovi srdečně blahopřejeme. A všem příjemné léto i hezkou dovolenou.

Inzerce A121008967

Podívejte se světu ekonomiky do očí! **KDEKOLIV**

MLADÁ FRONTA
E15
mladí paralyzují noviny

TISK - INTERNET - IPHONE - IPAD - KINDLE

mf
MLADÁ FRONTA



Neschovávám se někde v klidu a tichu

Text: Jana Jílková
Foto: archiv MUDr. Jána Lidaje

MUDr. Jána Lidaje, primáře Přírodních léčebných lázní Smrdáky, kdysi přivedla do jeho oboru náhoda. Rozhodně si na to nestěžuje a říká: „S tím, jak jsem do dermatologie pronikal, mě hodně chytila – a dodnes mě drží.“

Jako kluk jste chodíval za tatínkem do práce, byl tehdy laborantem na bratislavské farmaceutické fakultě. Odtud pramení váš vztah k chemii, biologii a – nezlobte se – lektvarům a mastičkám? Zejména to poslední totiž zlé jazyky dermatologům rády přisuzují...

Tehdy jsem přece ještě netušil, že budu dermatolog! Pravda ale je, že mě už na střední škole hodně bavily přírodovědné předměty. Lidé si většinou vybírají povolání, které vidají ve svém okolí, a mají i nějakou představu o výsledcích té činnosti. A o práci lékaře jsem takovou konkrétní představu měl, tušil jsem, co se v téhle profesi asi tak dělá. I proto jsem šel studovat medicínu.

Po promoci jste musel na rok narukovat. Za společného státu bývalo zvykem posílat brance ze Slovenska na vojnu do Čech a naopak, pokud možná co nejdále od domova. Byl to i váš případ?

Posílat kluky z Čech na Slovensko a Slováky do Čech na vojnu, to tak opravdu bývalo. Možná šlo i o dozvuk prvorepublikové snahy vyrobiť československý národ... K tomu jsem zrovna já nebyl vhodný adept, v té době už jsem byl ženatý. Ale poslat mě od manželky pár set kilometrů pryč, to se tehdy patřilo. Vojnu jsem si odkroutil jako vojenský lékař u tankistů v Týně nad Vltavou a pak v Jistebnici. Tam to bylo dokonce PTZD – přísně tajné, zvláště důvěrné! Ten vojenský útvar i jeho tajné raketové zaměření zrušili. Ale bylo to tam skutečně přísné. Téměř nic se nesmělo psát a vše se evidovalo. Takže si po těch letech pamatuji i číslo své pistole, 05866.

V té době, na konci 70. let, se absolventi lékařských fakult snažili dostat především na operativní obory. Proč vaše volba padla na dermatovenerologii?

Ona to tehdy byla spíš záležitost životních okolností než případných úvah nad tím, co by mě asi tak nejvíc zajímalo. S manželkou, dětskou lékařkou, jsme po absolvování medicíny hledali někde společně zaměstnání. Z Bratislavy byla nejbližší možnost, která se nám naskýtila, v nemocnici v Malackách. Já tam nastoupil na kožní oddělení. Ale vůbec si na tu náhodu nestěžuji! S tím, jak jsem do dermatologie pronikal, mě hodně chytila – a dodnes mě drží.

V roce 1989 jste přešel do Přírodních léčebných lázní Smrdáky. Svůj v češtině i ve sloven-

štině ne právě lichotivý název jím vysloužil pach sirovodíku v místních pramenech. Léčilo se tu jimi odjakživa?

Smrdáky jsou známé jako přírodní léčivé lázně už velmi dlouho. Jejich novodobá historie ale začala až v 50. letech, kdy tu byly provedeny výzkumné vrty a rozbor vody. Ono celé Československo bylo známé lázeňstvím. Na vědecké bázi se jím zabývaly výzkumné balneologické ústavy. Postupně se zlepšovaly vyšetřovací, laboratorní i všechny ostatní podmínky. Empiricky zjištěné poznatky ale samozřejmě byly k dispozici už dříve. Sirovodík, který se používá u nás, má vliv na kožní nemoci a má imunologický význam. Toho, že odebráním kyslíku bakteriím je sirovodík účinný i proti infekcím, využívali už vojáci po bitvě u Slavkova, sirnatými prameny si léčili utrpěná zranění.

S jakými potížemi pacienti do vašich lázní nejčastěji přijíždějí a co je ve Smrdákách základem terapie?

Indikace léčebných lázní Smrdáky jsou neinfekční kožní nemoci, ať už lupénka, akné, atopický ekzém či jiné formy ekzémů a také všechny chronické kožní nemoci z povolání. Léčíme rovněž onemocnění pohybového systému. Balneoterapeutická léčba je komplexní. Jde o působení sirovodíkové minerální vody, přírodní helioterapie nebo fototerapie s lokální dermatologickou léčbou, dietou, elektroterapií, masáží, působením léčivého bahna...

Asi není náhoda, že vy sám se prakticky i teoreticky hodně věnujete léčbě lupénky. Jaký je princip působení minerální vody s obsahem sirovodíku na tuto chorobu?

Co se týče právě lupénky, balneoterapie v sirovodíkové minerální vodě dává dobré předpoklady pro úspěšnou léčbu kožních i kloubních projevů psoriázy a dlouhé období bez projevů onemocnění. Protizánětlivé a antiproliferativní účinky sirovodíkové minerální vody při terapii lupénky, ekzémů a dalších dermatóz jsou způsobené vlivem sirovodíku na cytokinové receptory na povrchu buněk. Tyto účinky sirovodíkových minerálních koupelí se tedy vysvětlují nespécifickým vlivem sirovodíku na cytokinové receptory (ve smyslu snížení jejich počtu a změny jejich struktury) na povrchu buněk, přičemž jde na receptorové úrovni o účinky srovnatelné s použitím cyklosporinu, dithranolu nebo UV-B.

PŘEDSTAVUJEME

My při léčbě využíváme také kombinaci fototerapie a balneoterapie, balneofototerapie, s využitím umělých zdrojů UV-B. Zároveň je při použití sirovodíkových koupelí i sekundární preventivní účinek, takže recidiva nemusí vzniknout tak často jako například po odeznění účinku lokálních kortikoidů. Výsledkem komplexní léčby je průměrná doba remise kožního nálezu a kloubních obtíží po léčbě u nás v trvání asi 8 měsíců i déle.

Hovořil jste o biologických účincích síry. Je při balneoterapii lupénky důležitá i jiná minerální látka?

Samozřejmě, zajímavá je v této souvislosti například role magnezia. Tento minerál má důležitou úlohu v metabolismu buňky. U psoriaticků se v šupinkách kůže i v séru zjistil deficit hořčíku, markantní byl u akutních případů v eruptivní fázi. Méně magnezia mají pacienti s lupénkou zhoršující se v létě po insolaci.

Na jak dlouho se k vám jezdí?

To záleží na indikaci. Pobyt u nás bývá měsíční, dříve to bývalo i déle. Obecně tu platí přímá úměra. Čím delší balneoterapie, tím lepší bude výsledek, ale i delší její působení. Doba trvání remise ovšem závisí i na životním režimu pacienta po návratu z lázní. Z dlouhodobého hlediska nám jde o celkové přeladění imunitního systému, přetrvávání zvýšené odolnosti organismu a prevenci recidiv.

Od jedné pojišťovny k nám jezdily ekzematické děti na tři týdny, od druhé na čtyři a od třetí na pět. Sledovali jsme u nich pomocí indexu SCORAD působení terapie a na malém souboru srovnávali výsledky po prvním, druhém a třetím týdnu a zdálo se, že velký rozdíl po čtvrtém a pátém není markantní. Ale děti, které u nás pobýly pět týdnů, se vyléčily kompletně. Když jsme

prim. MUDr. Ján Lidaj

* 22. prosince 1952 v Bratislavě

V roce 1977 absolvoval Lékařskou fakultu Univerzity Komenského v Bratislavě, obor všeobecné lékařství. V letech 1978–1989 pracoval jako dermatovenerolog na kožním oddělení NSP Malacky, v roce 1989 přešel



šil na domácích i zahraničních seminářích a kongresech (Česko, Německo, Velká Británie, Libanon, Rusko). Od roku 1998 pracuje ve výboru Slovenské dermatovenerologické společnosti SLS a je mí-

stopředsedou její fotobiologické sekce. Publikuje v dermatologických časopisech a je autorem několika učebnic a statí ve slovenských dermatologických monografiích.

V současnosti se zabývá především odbornou balneoterapeutickou péčí o pacienty. Také předná-

šil na domácích i zahraničních seminářích a kongresech (Česko, Německo, Velká Británie, Libanon, Rusko). Od roku 1998 pracuje ve výboru Slovenské dermatovenerologické společnosti SLS a je mí-

pacienty vyšetřili za rok, zjistili jsme, že děti, které jsme léčili tři týdny, byly bez potíží průměrně asi 5,4 měsíce, u dětí po čtyřtýdenní léčbě to bylo 6,6 měsíce, po pětítýdenní léčbě 8,1 měsíce a déle. Je tedy vidět, co udělá už týden léčby – pro pacienta, který trpí atopickou dermatitidou, nejen dětského, je velký rozdíl, jestli bude mít klid půl, nebo tři čtvrtě roku.

Dvanáctým rokem jste primářem, ale celkově pracujete jako lékař ve Smrdákách více než dvacet let. Co se za tu dobu zásadně změnilo?

Změnilo se sice hodně, ale to nejpodstatnější, zaměření našich lázní, zůstalo stejné. Smrdáky jsou na západním Slovensku. V roce 1989 byly ve středu republiky, teď jsou na jejím kraji. Česká republika je ale blízko a jsou z ní dobře dostupné. V celém Československu tehdy žilo 10 milionů Čechů a 5 milionů Slováků a pravidlo 2:1 platilo i pro zastoupení léčených pacientů. Tak vysoký podíl už čeští pacienti v našich lázních netvoří, ale léčí se jich u nás stále hodně. Máme smlouvy s českými zdravotními pojišťovnami, pacienti s lupénkou a s ekzémy k nám mohou jezdit na léčení.

Nejen že léčíte pacienty lázní, ale také hodně píšete, přednášíte a předáváte svoje profesní zkušenosti. Vychováváte si už své nástupce?

To je povinnost každého lékaře, jestli to i součást Hippokratova slibu. Přece ani moje generace tu nebude věčně! I mě kdysi tento obor někdo naučil, i my tedy ukazujeme mladým, jak se to dělá. Mě tenhle obor baví, tak své znalosti předávám dál – dělám to rád a snad i úspěšně. Ono ne nadarmo se říká, že jen ten, kdo sám hoří, zapaluje.

Je pravda, že my jsme se v praxi kdysi setkávali se zcela jiným spektrem diagnóz. Když jsem začínal, na kožních odděleních nemocnic nebo v dermatologických ambulancích nebyla lupénka příliš častou diagnózou. Snad nejčastěji to tehdy bývaly bérkové vředy, ale viděli jsme i spoustu jiných onemocnění kůže. Tady v lázních se s tak širokou varietou diagnóz kožní lékař běžně neseťká, například bérkové vředy tu nejsou téměř vůbec. U nás má zhruba polovina pacientů lupénku a druhá polovina ekzém.

Píšete také učebnice, což je činnost, do které se z různých důvodů odborníkům zpravidla moc nechce...

Já píšu velmi rád. Baví mě vymýšlet a psát populární i odborné publikace, těší mě formulovat myšlenky a přemýšlet nad textem i z hlediska jeho sdělnosti. Text, který má něco dát, musí být zajímavý a srozumitelný pro ty, pro něž je určen. S touto představou jsem napsal například i učebnice pro budoucí kosmetičky – dozvědí se z nich vše, co potřebují vědět o kůži. Učebnice je zajímavé psát i proto, že se používají mnoho let, a tak si při jejich tvorbě musíte uvědomit, které informace jsou pomíjivé, co je pouze přechodný jev.

Jak ale zajistit, aby text byl opravdu zajímavý a sdělný?

Mám vlastní metodu testování, jestli to, co jsem napsal, je zajímavé a poutavé. Je to test na mé manželce. Ona chodí brzy ráno do ordinace – a když jí pak čtu večer v devět něco, co není zajímavé a dobře napsané, prostě to nevydrží poslouchat a usne. Ale vážně... Baví mě také hrát si se slovy a dávat jim další významy, hledat nuance. Ve své odbornos-

ti pomáhám mladým kolegům učit se jak psát různá pojednání i články. Je důležité to umět. Problém je třeba i napsat správně abstrakt, aby to nebylo víceméně náhodně vybraných pět vět, ale opravdu poselství a jádro vašeho sdělení.

Psaní odborných textů mě přivedlo také k fotografování, protože potřebuji obrazovou dokumentaci. Po letech až k poloprofi zrcadlovce. K tomu výkonný blesk, teleobjektiv, makroobjektiv, pevné sklo, zpracování fotek, tiskárna. Kvůli psaní, focení i hudbě jsem se také naučil dobře ovládat počítač, obrovsky mi urychluje práci. Skvělý pomocník je to rovněž při vyhledávání informací.

Rád dělám i osvětu přednáškami, a to nejen ve Slovenské dermatovenerologické společnosti, ale i pro pacienty v lázních. Netěší mě schovávat se někde v tichu a klidu.

Odkud na to všechno čerpáte energii?

To, co dělám, jsem si vybral jako svoje povolání. Je to pomoc tisícům pacientů. Myslím, že jejich osud není lehký a někdy je to pro ostatní těžko představitelné. Obecně není příliš v povědomí, že lupénka nejen výrazně zhoršuje kvalitu života, ale může i zkracovat jeho délku. Psoriatický zánět totiž zvyšuje riziko vzniku a rozvoje onemocnění srdce a cév. Těžká a zanedbaná lupén-

ka je proto spojená s vyšším rizikem úmrtí.

Mně velmi pomáhá, že se sám stále učím. Když lékař nějakou dobu nestuduje, možná to nepozná nikdo, ale pokud by jeho vědomosti stagnovaly dlouho, poznají to i pacienti. Chce to učit se a psát. Přednášky i články. Ale že bych nedělal nic jiného? Baví mě i muzika, vyrůstal jsem s Beatles, pokračoval přes Led Zeppelein a Deep Purple až po dnešní hudbu. V klasice jednoznačně vítězí Verdi.

A kde beru energii? Fotografování i hudba jsou sice mými velkými koníčky, ale věnuji se jim, jenom když mám čas a když mě to baví. Spíše bych se zeptal, kde berou chuť a energii zaměstnané ženy na své povinnosti doma a na děti všeho věku. A to se odložit nedá.

Při čem si ještě dobře odpočnete krom hudby a fotografování?

Pobytem na chalupě. A taky rád píšu veselé texty. S těmi našimi blízkými jazyky je to někdy legrace, jakmile se začnou plést dohromady. Když jsem byl na vojně, do ordinace mi přišel pacient s vysokou horečkou. Potřeboval jsem ho nechat odvézt sanitkou do nemocnice a bál se, aby mi v ní neprochladl, kdyby ji poslali nevytopenou rovnou z garáže. Přěekl jsem se a nařídil, aby sanitku poslali vykouřenou...



Čím delší balneoterapie, tím lepší bude výsledek, ale i delší její působení.



Medicína ve vitrínách

(poklady lékařských muzeí olympijského Londýna)

Londýn letos v létě ovládá olympijská atmosféra. Většina návštěvníků města během svého pobytu bezpochyby zamíří na některé z vrcholných sportovních klání. Kdo by se však cítil unaven ruchem přelidněných sportovišť a zatoužil po klidnějším programu, rozhodně se nudit nemusí. Zájemcům o medicínu nabízí metropole nad Temží zvláště pestrý výběr možností – v Londýně má sídlo přes dvacet muzeí z oboru lékařství.

Muzea slavných jmen

První zajímavé muzeum se ukrývá v areálu Nemocnice Panny Marie v londýnském Paddingtonu. Vzniklo z laboratoře, ve které Alexander Fleming roku 1928 po návratu z dovolené našel v Petriho miskách kultury kontaminované zvláštní plísní, hubící bakterie v původním vzorku. Uplynulo ještě třináct let, než se tento objev podařilo přeměnit na penicilin, lék, který bylo možné podávat pacientům a bez něhož si neumíme moderní medicínu představit. Muzeum vypráví životní příběh talentovaného skotského lékaře, jenž medicínu vystudoval jen díky nečekanému dědictví a k bakteriologii se dostal vlastně náhodou, když si jej jako dobrého střelce do svého střeleckého klubu vytipoval profesor Freeman, shodou okolností vedoucí lékař bakteriologické laboratoře. Nebyl to jen penicilin, k jehož vzniku na tomto místě Fleming podstatnou měrou přispěl. Mnoho vojáků Búrských válek například zachránila před sepsí právě Flemingova zjištění ohledně sterilizace nástrojů a ošetřování otevřených ran. Teprve se zpožděním byl doceněn také jeho objev lysozymu, látky schopné odlišit patogenní mikroorganismy od neškodných. Největší atrakcí Flemingova muzea je laboratoř restaurovaná do podoby z roku 1928, která přibližuje nejen práci objevitele penicilinu, ale také metody a pomůcky využívané v bakteriologickém výzkumu v první polovině 20. století.

Jako každá významná metropole se i Londýn může pochlubit řadou slavných osobností. Mezi nejvýznamnější ženy zdejší historie patřila Florence Nightingaleová, ošetřovatelka označovaná ve své době za druhou nejvlivnější ženu viktoriánské Anglie hned po královně. Její osobní muzeum, které se nachází nedaleko centra Londýna ve čtvrti Lambeth, dokumentuje životní dráhu dívky z dobré rodiny, jež se proti vůli svých rodičů

stala ošetřovatelkou, za krymské války zachránila životy tisíců vojáků a navzdory změnila povahu své profese. Nastavila standard péče, který vedl k rapidnímu poklesu úmrtnosti nemocných. Z peněžních darů, které jí jako projevy vděčnosti věnovaly rodiny pacientů, Nightingaleová zřídila první školu pro ošetřovatelky. „Dáma s lucernou“, jak bývala nazývána pro svůj zvyk obcházet v noci s lampou mezi nemocnými, se stala také významnou zdravotní reformátorkou a pomohla vybudovat základy ošetřovatelské profese ve Spojených státech amerických i v mnoha evropských zemích. V muzeu lze vidět jak její osobní věci (včetně proslulé turecké lucerky), tak exponáty, které se vztahují k dějinám ošetřovatelství.

Další z atraktivních expozic se nachází v někdejší nemocnici Normansfield na jihozápadním londýnském předměstí Teddington. Připomíná osobnost Johna Langdona Downa, který zde se svou ženou Mary roku 1868 otevřel soukromý dům pro mentálně postižené pacienty ze zámožných

rodin. Lékař, který si získal světový věhlas popisem onemocnění, dnes po něm nazývaného Downův syndrom, se věnoval péči o handicapované a jejich všestrannému studiu způsobem, jenž se dodnes považuje za revoluční a na svou dobu velmi osvícený. Součástí muzejních sbírek je vedle normansfieldských exponátů také kolekce předmětů a dokumentů z Královského blázince v Earlswoodu, jež dr. Langdon Down řídil až do doby, než si otevřel soukromý útulek. V areálu Normansfieldu nechal vybudovat také divadelní sál, který je dnes přístupný jako ukázkový příklad soukromého viktoriánského divadla. Expozici uzavírá soubor artefaktů Jamese Henryho Pullena, výjimečně talentovaného mentálně handicapovaného výtvarníka přezdívaného „Idiotický učenec“ nebo také „Génius z Earlswoodu“. Jeho neobyčejná díla zaujala dokonce i krále Edwarda VII. natolik, že dal umělci poslat sloní kly jako materiál pro jeho rytiny, a když Pullen zemřel, v deníku Daily Telegraph byl otištěn jeho nekrolog.



Nemocnice Panny Marie – Muzeum Alexandra Fleminga. | Foto: Blogspot

Kdo chce spatřit legendární gauč, na kterém podstupovali psychoanalytické pohovory pacienti Sigmunda Freuda, musí se z centra Londýna vydat na severozápad. Dům v Maresfield Gardens ve čtvrti Hampstead koupili Freudovi v roce 1938, když se jako rodina se židovským původem po anexi Rakouska rozhodli odejít ze země do bezpečí. Sám zakladatel psychoanalýzy sice v londýnském exilu strávil pouze poslední rok svého života, rodině se ale díky jeho renomé podařilo přemístit z domovské Vídně kompletní vybavení domácnosti. V muzeu se dům proměnil roku 1982, po smrti nejmladší Freudovy dcery Anny, která zde bydlela a pokračovala v otcově práci. Bezpochyby

nejzajímavější částí expozice je Freudova pracovna, ukazující zálibu ve starožitnostech, jež si lékař a psycholog vozil z celého světa.

Od kolébky po současnost

Když Lilian Lindsayová, první žena, která ve Spojeném království získala kvalifikaci zubní lékařky, předávala roku 1919 své profesní organizaci pár starých zubních nástrojů, jež do té doby skladovala pod postelí, pravděpodobně netušila, že tím dává podnět k založení muzea svého oboru. Původně bylo určeno ke vzdělávání odborné veřejnosti, již koncem 60. let 20. století se však otevřelo i pro veřejnost. Ukazuje vývoj zubního lékařství od jeho počátků na tržištích až po složité postupy současných vizionářů. Se svými 20 tisíci exponáty je dnes Muzeum Britské dentální asociace v centrální čtvrti Marylebone nejrozsáhlejší sbírkou věnovanou zubnímu lékařství v Británii.

Oborová muzea jsou v Británii velmi populární. Mezi nejstarší patří londýnské Muzeum Britské optické asociace. Instituce založená roku 1901 disponuje nejstarší optickou sbírkou nejen ve Velké Británii, ale pravděpodobně i na celém světě. Vystaveny jsou zde historické brýle, čočky, cvikry, divadelní kukátka i kontaktní čočky, ale také ortoptické pomůcky, optické přístroje, modely očních chorob a knihy věnované problematice oka, očních chorob a vidění až ze 16. století.

Muzeum zaměřené na historii anestezie a resuscitace je sice o půl století mladší, počtem a kvalitou sbír-



Muzeum Hunterian. | Foto: Blogspot

Z HISTORIE

kových předmětů však rozhodně nezaostává a v odborných kruzích je považováno za jednu z nejlepších kolekcí svého druhu vůbec. Jeho základem se stala rozsáhlá sbírka historických přístrojů, kterou Anestezilogická asociace Velké Británie a Irsko roku 1953 věnoval prominentní anglický výrobce anestezilogického zařízení a doyen oboru Arthur Charles King. Sbírkou pokrývají všechny oblasti oboru: samotnou anestezii, resuscitaci, intenzivní péči i léčbu bolesti. Nejstarším exponátem je resuscitační set z roku 1774, dále muzeum vlastní například původní chloroformový inhalátor průkopníka anestezie Johna Snowa z roku 1850, Cloverův kapesní éterový inhalátor z roku 1877, Minnittův aparát z roku 1939 určený ke zvládnutí bolesti při porodu či elektrokardiograf, na který byl roku 1951 při pneumonektomií připojen tehdejší anglický král Jiří VI.

Podivín, co vařil lidi

Jak velký vliv na vývoj lékařské profese může mít jednotlivec, zřetelně ukazuje muzeum Hunterian. Je pojmenováno po svém duchovním otci, skotském chirurgu a patologovi Johnu Hunterovi, jehož sbírky z 18. století tvoří převážnou část expozice. Hunter, který je považován mimo jiné za zakladatele moderní patologie, za svého života shromáždil na 14 tisíc exponátů z řádově 500 rostlinných a živočišných druhů, samozřejmě včetně lidí.

Jen těžko by se určovalo, která lékařská profese jeho sbírkám vlastně vévodí. Hunter se během svého života věnoval případům, jež by z dnešního pohledu spadaly pod oddělené obory – vedle již zmíněné chirurgie a patologie například onkologii, venerologii či neurochirurgii. Hunter byl nejen lékařem, ale také učitelem. Jeho socha dnes vévodí vstupu do londýnské Královské koleje chirurgů, nejstarší a pravděpodobně nejre-



Chelsea Physic Garden. | Foto: Wordpress

spektovanější chirurgické společnosti světa. Hunterovo muzeum také dodnes sídlí v areálu lékařské univerzity na Lincoln's Inn Fields a velmi často slouží nejen pro zábavu, ale i k výuce.

Mezi exponáty, které Hunter shromáždil, lze spatřit třeba kostru dvouapůlmetrového irského obra Charlese Byrna, jehož tělo nejprve za úplatek získal od zřízence a potom vařením ve velkém kotli zbavil masa. Vystavena je i polovina mozku geniálního matematika Charlese Babbage (druhou polovinu vlastní londýnské Muzeum vědy), zubní protéza Winstona Churchilla či konzervované lidské hlavy, orgány a torza. Britská vláda zakoupila sbírku Johna Huntera v roce 1799. Od oněch časů byla rozšířena o další tisíce exponátů obdobného charakteru. Po celou tuto dobu také fascinuje návštěvníky muzea svou syrovostí a podivností.

Bylinky uprostřed města

Chelsea Physic Garden je nejstarší botanickou zahradou Londýna. Také ona patří do pestrého seznamu lékařských muzeí brit-

ského hlavního města. Roku 1673 ji založila Londýnská společnost lékárníků jako prostor pro zkoumání terapeutických možností různých rostlin a k tréninku učedníků v rozpoznávání jednotlivých druhů, jichž tu lze dnes najít na 5 tisíc. Ukryta za vysokou zdí zůstává chráněna před masovou invazí neinformovaných chodců a zachovává si intimní atmosféru.

Pozorný návštěvník zde objeví například nejstarší evropskou skalku, nejsevernější venku rostoucí grapefruitovník světa či nejrozsáhlejší britský plodící olivovník. Některé ze stovky stromů v Chelsea Physic Garden jsou jedinými exempláři svého druhu ve Velké Británii. Zahrada si díky příznivým klimatickým podmínkám, které umožňují přežít i choulostivým rostlinám, vydobyla důležitou postavení místa, kde se ze semen a sazenic rozpěstovávají exotické rostliny, které do Anglie postupně putovaly z kolonií. Prostřednictvím svého tehdejšího majitele, lékaře Hanse Sloana, a hlavního zahradníka Phillipa Millera se Chelsea Physic Garden kdysi stala také centrem odporu proti systému názvosloví rostlin, který ve své době sestavil švédský botanik Carl von Linné.

Knoflíky v peřinkách

Dalším typem lékařských muzeí, na něž lze v Londýně narazit, jsou expozice jednotlivých nemocnic, které připomínají počátky, osobnosti, úspěchy či zajímavé případy těchto institucí. Přestože v mnoha léčebných zařízeních musely historické sbírky uvolnit místo rozšiřující se péči o pacienty, někde přežily do současnosti.

Jednu z takových sbírek nabízí Foundling museum, které vypráví příběh prvního londýnského domova pro opuštěné děti. Před-

stavuje námořního kapitána Thomase Corama, filantropa, který domov roku 1739 zřídil, i příběhy matek, jež v tomto sociálním zařízení viděly jedinou naději na důstojnou budoucnost pro své děti. Od založení do ukončení provozu roku 1954 prošlo nemocnicí Foundling kolem čtvrt milionu malých chovanců.

Mezi nejzajímavější exponáty sbírky, jež zahrnuje jak zdravotní dokumentaci, tak nábytek a věci pro každodenní použití, patří drobné předměty, které matky vsouvaly odkládaným dětem do peřinek nebo připínaly na oblečení. Jednalo se většinou o drobnosti denní potřeby, jako byly mince, žetony či knoflíky. Tyto tzv. *tokens* se zakládaly do složek jednotlivých dětí. Běžnou praxí byla změna jména nově přichozího a při absenci lepších rozpoznávacích metod mohly *tokens* později, kdyby se rodiče finančně zmožili a žádali dítě zpět, sloužit k identifikaci potomka.

Skutečnou kuriozitu z historie britského zdravotnictví lze najít v podkroví kostela sv. Tomáše v blízkosti Londýnského mostu. Na místě, kde v minulosti stávala původní nemocnice sv. Tomáše, dosud existuje tzv. Starý operační sál. Místnost v polokruhovém uspořádání s operačním stolem uprostřed sloužila k provádění lékařských zákroků před publikem, obvykle před studenty. Operovány byly výhradně ženy, nemajetné pacientky, které svou „rolí“ v operačním divadle přijímaly jen proto, že jinak neměly šanci na ošetření od kvalitního lékaře. Zákroky probíhaly bez anestezie, byly velice bolestivé a mnohdy končily tragicky. Podle dobových dokladů byly pláště lékařů nasáklé krví a sběrné nádoby určené k zachytávání krve přetékaly.

Vědomí tradice

S historií humanitární práce seznamuje Muzeum Britského červeného kříže. Ukazuje, jak rozsáhlý a rozmanitý byl soubor aktivit, do nichž se organizace od svého vzniku roku 1870 do současnosti zapojila: od účasti v Búrských a obou světových válkách přes zásluhy u železničních neštěstí, nasazení při záplavách, organizaci dárcovství krve, péči o uprchlíky a boj se španělskou chřipkou až po příležitostný servis na hromadných sportovních a kulturních akcích a výchovu dorostu. Expozice dokumentuje jak lékařskou péči, tak ošetrovatelskou praxi, jaká se používala při domácích misích i v zahraničí. Lékařské vybavení, nosítka, uniformy z celého světa, řády, medaile i fotografie přibližují příběhy velkých válečných konfliktů, humanitárních katastrof i osobních tragédií. Jedním ze vzácných vystavených předmětů je *changí quilt*, rozsáhlá deka zhotovená roku 1942 britskými ženami v internačním táboře v Singapuru. K její výrobě bylo použito metody *patchworku*, sešívání stejně velikých čtverců, z nichž každý zhotovila jedna vězněná žena a označila jej nějakým rozpoznávacím znamením. Pro britské muzeje z věznice Changí, které byly díky po svém dokončení se souhlasem japonského velitelství věnovány, pak sloužily jako aktuální seznam informující o tom, zda jsou jejich životní družky nebo dcery dosud naživu.

Nabídka muzeí, která se v Londýně věnují některému aspektu medicíny či lékařské historie, tímto výčtem ještě nekončí. Řeč nebyla například o známém Britském muzeu či o Muzeu vědy, ač obě tyto instituce pojmají zdraví a lékařství jako důležitou součást svých expozic a věnují jim rozsáhlý prostor. Zmíněno nebylo také Muzeum Řádu sv. Jana, které popisuje cesty mnichů z převorství v Clerkenwellu za šířením víry a jejich lékařskou péči o poutníky do Svaté země. A kdo by hledal, našel by ve městě i další zde nejmenované expozice. Množství a kvalita muzeí s lékařskou tematikou v Londýně jsou téměř neuvěřitelné a potvrzují, že vědomí tradice a historie je pro Brity důležitou součástí medicíny.

Dobrou zprávou pro účastníky olympiády, kteří letos přijdou do Londýna opravdu výhradně za sportem, je, že tato muzea nejsou otevřena jen během sportovního svátku, ale celoročně, takže je lze zhlédnout i při některé z příštích návštěv. A řadu z nich dokonce zdarma.

Martina Řehořová



Foundling museum. | Foto: Wikimedia

KONÍČEK LÉKAŘE

Klimandžáro, charita a vydávání knih

Výstup na Kilimandžáro nepatří k vrcholným horolezeckým výkonům, prý se ale dá považovat za test zdravotního stavu. Ověřil si to i přednosta Anesteziologicko-resuscitační kliniky LF MU a FN u sv. Anny v Brně doc. MUDr. Vladimír Šrámek, Ph.D.

Stihl toho ovšem (nejen) v Africe víc – seznámil se s problémy africké medicíny a o svých cestách napsal knihu, kterou chce spojit s charitativními záměry.

Kde se vzala myšlenka zorganizovat výstup na Kilimandžáro?

Nápad jet do Keni vznikl jednoho dne – v době první cesty tam již pracoval můj synovec Tomáš, který po bakalářských zkouškách z orientálních studií v Londýně působil jako dobrovolník OSN na tehdy ještě fungující české ambasádě. Po roce se tam vrátil a našel si v Keni práci. Naskytla se nám tak možnost poznat to, co cestovky nenabízejí, a tomu se dalo jen těžko odolat.

Koncem roku 2010 jsem odjel s kamarádem ze studií do Keni poprvé a Tomáš nám pomohl zorganizovat základní cesty, které jsme si naplánovali – byly to národní parky, pobřeží Indického oceánu, ale také Kilimandžáro.

Ríká se, že chlap v padesáti má na tuto horu vylézt, aby si ověřil, že nemá ischemickou chorobu srdeční. Prý je to lepší než angiografie a bicyklová ergometrie. My jsme se, pokud jde o věk, zpozdili jen o dva roky. O devět měsíců později jsem se do této africké země vrátil a vzal s sebou syna Jakuba.

Jak vypadal výstup na Kilimandžáro?

Přestože nejde o horolezecký výkon, není to snadné. Z devíti set metrů se během tří dnů bez možnosti aklimatizace vystoupá na vrchol ve výšce 5895 metrů nad mořem. Není to technická věc, s mírnou nadsázkou se dá říct, že v Brně cestou na Špilberk je kopec prudší, na Kilimandžáro ovšem zase chybí kyslík.

V době naší výpravy se tam například začala chystat Martina Navrátilová, kterou pak odvezli s otokem plic, na druhou stranu jsme ale viděli záznam české výpravy, která tam doprovázela

děvče s roztroušenou sklerózou a uspěla. To byla výzva, že přece my, zdraví padesátníci, to musíme zvládnout také.

Co konkrétně toto zvládnutí znamenalo?

Ve výšce nad tři kilometry už byl nedostatek kyslíku cítit, finální výstup pak byl na hranici mých sil. Ze stanoviště ve výšce 4,8 kilometru se vychází před půlnocí, jde se pomalu, točí se hlava, člověku je na zvracení. Ke konci průvodci museli nést i naše malé batůžky.

Sledoval jste svůj výkon i z medicínského hlediska, když mluvíte o zdravotních aspektech?

Průvodci s sebou měli pulzní oxymetr, který zjišťuje saturaci kyslíku v arteriální krvi na prstu. Při výstupu jsem si v jedné fázi naměřil hodnotu 68 procent, běžně se přitom musí pohybovat nad 90 procent. Když se nám to stane na operačním sále, vypukne alarm, že pacient „odchází“.

Na Kilimandžáru mi ale ve výšce 5300 metrů pomohla vzpomínka na mého dědu, který měl těžkou rozedmu plic – poslední roky mu pomáhalo, když dýchal, jako by foukal do dýmky; proti přetlaku, který se vytvoří našpulením rtů. Podobně to dělají i běžci – vzroste tím tlak v dýchacích cestách, zlepší se přechod kyslíku přes alveolokapilární membránu a zvýší se obsah kyslíku v krvi. Učíme to i mediky, a tak jsem to zkusil při výstupu a po chvíli se dostal se saturací nad 80 procent, příznaky odešly a díky tomu jsem výstup přečkal.

Zajímá vás se v Keni i o stav tamní lékařské péče?

Paní velvyslankyně Gita Fuksová nám zajistila návštěvu nemocnice v Nairobi, která je dobře zařízená a dělá se tam jen o něco horší medicína než u nás. To je ale v keňských poměrech samozřejmě exkluzivní věc, všechno je tam placené, tím pádem určité jen pro „horních deset tisíc“. Tam mě tedy nic výjimečného nezažalo, chtěl jsem se podívat do obyčejné africké nemocnice. Navštívil jsem pak zařízení ve vesnici Gatab, která leží v horách nad



Foto: Martin Ježek

jezerem Turkana, odkud pocházel náš samburský průvodce Sam, mimochodem student veterininy. Viděli jsme tam docela pěkně zařízenou nemocnici, která vypadala jako kasárna, měla k dispozici například ultrazvuk nebo rentgen. Tak nějak to asi mohlo vypadat u nás v 50. letech. Nemocnici v Gatabu založila německá misie a původně v ní působil německý lékař. Problém byl v tom, že před dvěma lety odjel a nemocnice začala chádnout.

Jak mohla nemocnice fungovat bez lékaře?

Když jsme Gatab navštívili, vedl nemocnici člověk se vzděláním asi na úrovni našeho sanitáře, byl ale velice šikovný – zvládl třeba kyretáž po špatném potratu, uměl odebrat krevní vzorky a dát virostatika na infekci HIV, provést Vidalovu zkoušku na diagnózu salmonelózy nebo tyfu... Vybavení měl dobré, ale nemocnice fungovala tak na 20 procent oproti stavu, kdy by tam pracoval lékař. Poskytuje se jen bazální péče, za ošetření se sice neplatí, za léky ovšem ano a to je problém. Pro africkou veřejnost to znamená značné omezení dostupnosti. I tak by s lékařem tato nemocnice měla podstatně větší využitelnost.

Nenapadlo vás, že byste jim jako lékař mohli vypomoci?

Jako anesteziolog bych jim sice asi něco platný byl, ale tam je zapotřebí hlavně chirurgie – dříve

do Gatabu létal i vrtulník a přivázel pacienti s chirurgickými diagnózami. Určitě je to však zajímavý tip, kdyby se u nás našel chirurg, který by chtěl strávit nějaký čas v docela příjemném prostředí. Vesnice leží 1500 metrů nad mořem, není tam tedy tropické vedro, domek pro doktora má výhled na jezero Turkana. Mohlo by to být romantické, ale určitě také pěkně tvrdé. Vesnice by se o něj postarala, rozhodně by ovšem nemohl počítat s platem.

Co vás na Keni oslovilo kromě Kilimandžára?

K největším zážitkům patřil den, kdy nás synovec vzal do slumu v Nairobi, kde žije snad milion lidí a je to po Johannesburgu největší slum v Africe. Tomáš si tam za 500 keňských šilinků měsíčně (asi 100 korun) najal bydle. Byl zřejmě jediný bílý obyvatel Kybery. Při pobytu ve slumu jsme museli tak jako on dodržovat bezpečnostní pravidla, viděli jsme ale i ohromné věci – navštívili jsme třeba art studio, kde působilo deset místních malířů. Byla to vlastně parta kluků, kteří tam začali malovat, a bylo zajímavé s nimi prožít den. Talentovaní inteligentní lidé a přitom mají zcela omezené možnosti, žije se tam za dolar na den.

Jedna z našich cest vedla do rezervace Masai Mara. Bylo tam krásně, přestože to připomínalo safari ve Dvoře Králové, jen o hodně větší. Průvodci se tam



Foto: Martin Ježek

ZE SPOLEČNOSTI

svolávají vysílačkou a všichni z okolí se pak třeba sejdou u leoparda na stromě.

Vaše cesta měla i charitativní prvky...

Při několikadenním pobytu v rezervaci Masai Mara jsme se setkali s mladým masajským děvčetem, říkali jsme jí Anička. Zrovna skončila střední školu a chtěla studovat. V Keni se bezplatně ze střední na vysokou dostane jen dvacet nejlepších a ti jsou pak podporováni státem, zbytek si musí studium platit. Masajské dítě ze dvanácti sourozenců nemá šanci. Anička se původně chtěla stát zubačkou, a tak jsem se rozhodl, že pokud sežene tisíc dolarů, druhou polovinu potřebné částky dodám já. Nakonec se rozhodla pro jiné studium, bude zdravotní sestrou. Získá kvalifikaci na úrovni našeho nižšího zdravotnického personálu, ale právě pro africké vesnice je také povolená hodně potřeba. Nyní je ve druhém semestru a studuje v keňském Nakuru.

Ve vesnici Gatab jsme navštívili také místní střední školu, kde její ředitel – mimochodem, jmenoval se Amos – v maturitní tří-

dě vyučoval IT. Studenti věděli o ovládání počítače teoreticky všechno, ale když došlo na praxi, zjistil jsem, že žádný počítač nemají. Už dříve jsem vydal několik knih z cest, a tak vznikla myšlenka na vydání cestopisu a na to, že se z utržených peněz pořídí PC pro učebnu v Gatabu.

Kromě psaní vlastních knih se věnujete i edici Srdeční výdej. O co jde?

S bývalým děkanem Lékařské fakulty Masarykovy univerzity profesorem Janem Žaloudíkem jsem před časem mluvil o tom, jak je lékařská profese přetechnizovaná a jak se vytratily její humanitní rysy. A on podpořil myšlenku na vznik edice Srdeční výdej, kde by vycházely básně lékařů.

Srdeční výdej je edice poezie při nakladatelství Masarykovy univerzity a vznikla v roce 2004. Tehdy se v Brně po zániku nakladatelství Petrov omezily možnosti vydávat poezii. Měl jsem právě napsanou sbírku básní a neměl ji kde vydat. Do edice jsem se pustil napůl z nutnosti a napůl proto, že jsem si chtěl vyzkoušet své organizační schopnosti. V první fázi pak vyšly dvě sbír-

ky – jedna má a druhá od Norberta Holuba.

Kolik lékařů-básníků okolo sebe máte?

V Brně je více lékařů, kteří píšou a vědí o sobě – například Petr Hrbáč, který nedávno vydal krásnou sbírku básní z cest po Japonsku, nebo Robert Fajkus. Dnes má Srdeční výdej webové stránky, přes které nás autoři sami kontaktují. Jako editor čtu texty, konzultuji je s přáteli z okruhu časopisu Weles a hlavně s básníkem Miroslavem Holmanem. Dosud vyšlo 11 knih básní a vydání už není vázáno na lékařskou profesi; jediným kritériem je, aby to byly dobré básně. O tom svědčí třeba fakt, že kolega Marek Fencel byl v roce 2009 nominován na cenu Magnesia Litera.

Srdeční výdej se tak pomalu vyvíjí a myslím, že správným směrem. Daří se to i díky vstřícnosti nakladatelství Masarykovy univerzity. V takové edici se nedají dělat velké promo akce, není čas. Ani s distribucí to není jednoduché, něco zajistí univerzita, knihy má v nabídce i společnost Kosmas, další se prodají přes internet...

David Daniel

Výtěžek „kytičkové“ sbírky

Liga proti rakovině již zná výsledky letošní sbírky a děkuje všem dárcům, kteří 16. května koupí žluté kytičky podpořili její projekty. Sběrka byla navzdory složité celospolečenské situaci opět úspěšná.

Letošní tradiční sbírka „Český den proti rakovině“ se konala již šestnácté. V pokladních vacích dobrovolníků se za jediný den nasbíralo 13 472 020 Kč. Každý dárců dostal kromě kytičky s oranžovou stužkou také tradiční letáček, neboť cílem sbírky není jen shromáždění finančních prostředků, ale také šíření osvěty. Letos se liga zaměřila na nádorová onemocnění ledvin, protože v České republice vzrostl výskyt nádorů ledvin za posledních 35 let téměř na čtyřnásobek. Češi tak vévodí celosvětovým tabulkám incidence tohoto onemocnění. Cílem Ligy v roce 2012 je proto informovat veřejnost o možnostech jak si své ledviny chránit: změnit svůj životní styl, zlepšit pitný režim, konzumovat kvalitní potraviny, nekouřit, předcházet zánětům v organismu, nechat si opravit kariesní chrup, pohybovat se, zhubnout a tím snížit i vysoký tlak, nekombinovat svévolně léky.

Letošní sbírka v řeči čísel:

- téměř 800 tisíc žlutých kytiček s oranžovou stužkou,
- v 930 městech a vesnicích České republiky,
- 5750 pokladních vaků,
- 11 500 dobrovolníků ve žlutých tričkách,
- celkový výtěžek 13 472 020 Kč.

(red)



Foto: archiv Ligy proti rakovině

Inzerce A121009021

TÉMA KONFERENCE

Ženská močová inkontinence jako léčitelný problém
Psychosomatická terapie pánevního dna
Zákonitosti prenatalní a postnatalní terapie pánevního dna
Aktivita a stimulace pánevního dna
Léčebný program
POST NATAL-POWER PLATE v praxi

Koná se dne: od:
26. 10. 2012 **8.15 hodin**

Společenský sál Marjánka,
Bělohorská 35, Praha 6

spojení MHD: stanice tramvaje Marjánka,
č. 22 od metra Malostranská,
č. 25 od metra Hradčanská

přednášející:
MUDr. Roman Chmel,
Jenny Burrell (host z UK),
PhDr. Ingrid Palaščíková Špringrová,
Mgr. Zuzana Bičíková

POWER PLATE.

Discover the Difference

KONFERENCE

Rehabilitace pánevního dna



Registrace a odborný program konferencí na www.medical-services.cz, +420 727 614 434, konferenceMS@mf.cz
Registrační poplatek: platba převodem 300 Kč, platba na místě 350 Kč

Pořadatel:



Organizátor:



Mediální partneři:



Nová Banka biologického materiálu

Druhá banka svého druhu v České republice byla 28. června slavnostně otevřena v Ústavu patologie 1. LF UK a VFN. U příležitosti zahájení jejího provozu se konala vůbec první tisková konference v Hlavově ústavu.

Nově otevřená Banka biologického materiálu (BBM) vznikla jako pracoviště spolupracující na realizaci projektu Biobanking and Biomolecular Resources Research, v rámci budování české části panevropské sítě bank biologického materiálu pro biomedicínský výzkum. Projekt BBMRI_CZ je zaměřen především na shromažďování vzorků pro studium nádorových onemocnění.

Podpísem smlouvy s Masarykovým onkologickým ústavem v Brně ze září 2011 se 1. lékařská fakulta stala součástí BBMRI_CZ. Na základě smlouvy mezi 1. LF UK UK a VFN se do projektu BBM 1. LF UK zapojily gynekologicko-porodnická, urologická, stomatologická, 1. chirurgická, oční, onkologická, radiodiagnostická, dermatovenerologická, 1. a 4. interní klinika. Projekt BBM

1. LF UK je zastřešován přednostou Ústavu lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky prof. MUDr. Tomášem Zimou, DrSc., MBA.

Patolog je první, kdo zná diagnózu

Přednosta Ústavu patologie 1. LF UK a VFN prof. MUDr. Ctibor Povýšil, DrSc., zmínil důležitost osoby patologa. Patolog zná diagnózu jako první, určí prognózu pacienta a navrhne i vhodný léčebný postup.

Tkáňe pacientů budou v bance uchovávány v parách dusíku (-156 °C) a v RNA lateru (-80 °C) na ústavu patologie. V těchto prostorách bude fungovat diagnostická laboratoř a kryosklad pro tkáňové vzorky.

Přednosta Urologické kliniky 1. LF UK a VFN prof. MUDr. To-

máš Hanuš, DrSc., dodal, že jako urolog vidí výhodu této banky například při diagnostice a léčbě karcinomu ledviny, kde je ČR ve výskytu první na světě, a u karcinomu prostaty. Zdůraznil důležitost banky i při diagnostice karcinomu močového měchýře, kdy je třeba zachytit moment, během něhož nádor začne progredovat do hloubky. Zásah v tomto okamžiku může být život zachraňující.



(eta) Hlavův ústav – Ústav patologie 1. LF UK a VFN. | Foto: archiv VFN

Otevřeny rekonstruované prostory Centra asistované reprodukce 1. LF UK a VFN

Na konci června byly slavnostně otevřeny rekonstruované prostory Centra asistované reprodukce Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN. Rozšířena a nově vybavena byla především laboratorní část.

Centrum asistované reprodukce (CAR) funguje na Gynekologicko-porodnické klinice 1. LF UK a VFN již 19 let. Za dobu existence centra tu bylo léčeno na 9 tisíc pacientek, které byly vyšetřeny či ošetřeny během 132 tisíc návštěv.

V roce 2004 CAR získalo certifikát kvality podle ISO 9001. Průměrná efektivita IVE ET (*in vitro fertilization and embryo transfer*) dosahuje 40–45% na cyklus. V CAR

jsou k dispozici všechny moderní metody léčby neplodnosti.

Rekonstrukce prostor CAR byla zahájena na konci letošního února 2012 a ukončena po 3 měsících. Náklady na rekonstrukci a vybavení pracoviště činily 12 milionů korun. Výsledkem je rozšíření CAR, především laboratorní části, a její vybavení technikou. Součástí nového traktu je i zcela nový operační sál, který bude vy-



Foto: Leoš Chodura

užíván k odběru oocytů, inseminacím a embryotransferům. Nově rekonstruována byla i ambulantní část.

„Naším cílem je kvalitní a dostupná léčba pro všechny, kdo ji potřebují. Díky rekonstrukci budeme moci dále – a ještě lépe – plnit hlavní strategický cíl našeho centra,“ řekl při slavnostním otevření vedoucí Centra asistované reprodukce Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN MUDr. Karel Řežábek, CSc. (D)

Certifikát kvality pro brněnské CKTCH

Prestižní akreditaci získalo na konci června Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie (CKTCH) v Brně. Spojená akreditační komise ČR mu ji udělila na tři roky.

Požadavky akreditační komise

Šetření zástupců komise zkoumalo, zda pracoviště dodržuje všechny principy činnosti a chodu, které jsou obsaženy ve standardech a metodických pokynech. „Mezi příklady toho, co komise zkoumala a kontrolovala, patří dodržování práv pacientů, zajištění kontinuity zdravotní péče mezi jednotlivými odděleními, kde je pacient během pobytu léčen, zajištění dostatečné informovanosti pacientů, bezpečné podávání léčiv, bezpečná identifikace pacienta, prevence rizika pádu, rizika bolesti, vzniku proleženin a zajištění dostatečné nutriční péče,“ objasňuje ředitel centra doc. MUDr. Petr Němec, CSc., MBA. Do procesu se CKTCH přihlásilo dobrovolně. Specifická část norem je vyhrazena i prevenci a kontrole nemocničních nákaz, v jejímž rámci se sleduje používání bariérových technik a dezinfekčních prostředků.

Program centra

CKTCH patří k nejkomplexnějším

pracovištím v ČR v oblasti kardiouchirurgie a kardiologie, provádí se tu komplexní invazivní i neinvazivní diagnostika srdečních onemocnění a široké spektrum srdečních operací pro vrozené a získané srdeční vady u dospělých nemocných, program krátkodobé i dlouhodobé mechanické srdeční podpory s návazností na transplantaci srdce, dále transplantaci jater a ledvin, veškeré koronární a nekoronární intervence (mimo elektrofyziologie) na srdci, kombinovaná chirurgická a intervenční léčba akutních i chronických onemocnění hrudní a břišní aorty, výzkum a klinická aplikace molekulárněgenetických metod v oblasti detekce patogenů, primárních poruch imunity a genetické determinace srdečních vad a aterosklerózy.

Za 20 let existence se v Centru kardiovaskulární a transplantační chirurgie uskutečnilo 27 tisíc srdečních operací a 1700 transplantací orgánů (srdce, jater a ledviny). Ročně se tu provede na 1100 srdečních operací a 100 transplantací. (D)



Ředitelka VFN Mgr. Dana Jurásková a náměstek ministra zdravotnictví MUDr. Ferdinand Polák v nově vybavených prostorách CAR. | Foto: archiv VFN

ZE SPOLEČNOSTI

Dnes pré! **Vstup zdarma**

„Kocour není doma, myši mají pré!“ hlásá jedna z velkoplošných grafik umístěných – na gynekologii... Spolu s dalším novým projektem Nadačního fondu Zdeňky Žádníkové, výtvarnými objekty na téma „vodní svět“ instalovanými na dětské rehabilitaci, teď zpřijemňuje a „polidšťuje“ prostory Fakultní nemocnice Motol.

„Pobyt v nemocnici není příjemný pro dospělého, natož pak pro dětské pacienty. Proto jsme se rozhodli finančně podpořit projekty Nadačního fondu Zdeňky Žádníkové, které si kladou za cíl prostředí zdravotnických zařízení a pobyt v nich zpřijemnit uměním,“ vysvětlil majitel firmy AQUEL Bohemia Petr Beneš.

Díky, půl hodiny jsem se nenudil!

28. června byl nemocnici slavnostně předán projekt mobilních nástěnných instalací pro dospělé s názvem „Příslaví pro potěšení“. Celkem 19 velkoplošných grafik výtvarnice Magdy Veverkové na témata nejznámějších českých přísloví doprovázejí –

rovněž ve formě velkoplošných obrazů – břítece poetické fejetony spisovatele a publicisty Benjamina Kurase.

Instalace umístěné v čekárnách a vstupních prostorech gynekogicko-porodnické kliniky nemocnice v Motole baví nejen pacientky, ale i jejich mužský doprovod. Jeden z budoucích tatínků už tvůr-



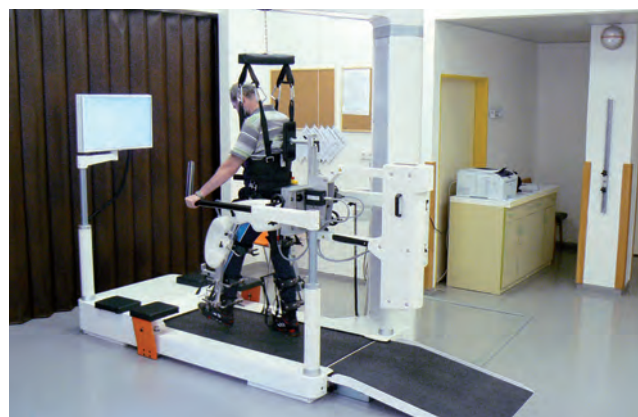
Spisovatel Benjamin Kuras, Zdeňka Žádníková a výtvarnice Magda Veverková při vernisáži „Příslaví pro potěšení“.

Foto: Leoš Chodura

cům stihl gratulovat za to, že se v čekárně ambulance konečně nenudil. Novou a velmi přívětivou

tvář teď v režii výtvarníka Libora Škrálíka získala i motolská klinika dětské rehabilitace.

(red)



Nový přístroj pro vertikalizaci.

Foto: archiv FN HK

V rámci projektu byly pro potřeby akutní rehabilitace pořízeny systémy pro terapii závěsu, terapeutická lehátka, přístroje pro fyzikální terapii, pohybové тренаžery, rotopedy a další přístro-

je patří mezi dnes již běžně využívané technologie v léčebné rehabilitaci.

„Významný je zejména přístroj pro vertikalizaci a robotický rehabilitační přístroj pro lokomoční

Fakultní nemocnice Hradec Králové má nové rehabilitační vybavení

Fakultní nemocnice Hradec Králové pořídila z prostředků Evropské unie moderní přístroje pro akutní rehabilitaci. Jedná se o široký soubor přístrojové techniky, která se zaměřuje na různé typy rehabilitační péče.

trénink. Oba využívají nejmodernější technologie pro efektivní pohybovou terapii. Přístroj pro terapii chůze je vhodný pro pacienty s neurologickým onemocněním nebo po cévní mozkové příhodě, po úrazech páteře a dolních končetin,“ popisuje Mgr. Ondřej Němeček z Rehabilitační kliniky LF UK a FN Hradec Králové.

Pomohl Integrovaný operační program EU

Pořízení těchto moderních přis-

trojů bylo možné díky spolufinancování z evropských fondů projektem „Modernizace rehabilitace ve Fakultní nemocnici Hradec Králové 2“, který uspěl v rámci Integrovaného operač-

ního programu Evropské unie (IOP). IOP poskytli Fakultní nemocnici Hradec Králové finanční prostředky na pořízení dané technologie ve výši 85 % z celkových nákladů 14,9 milionu Kč. (red)

Den otevřených dveří v prachatickém hospici

Zájemci, zvědavci, náhodní kolemjdoucí, příznivci i odpůrci hospice měli na konci června v Hospici sv. Jana N. Neumanna možnost nejen podívat se, co je uvnitř, ale i zúčastnit se akcí, které by v zařízení tohoto typu asi nečekali.

Během celodenní akce mohli návštěvníci absolvovat prohlídku budovy prachatického hospice s výkladem, prohlédnout si výstavu velkoformátových fotografií a projít si zdejší neorenesanční park. Na návštěvu do hospice přišli mladí i staří, zdraví i nemocní. Přišel, respektive přijel na invalidním vozíčku i starší pán, který si

šel obhlédnout místo, kam by byl rád po čase umístěn... Ovšem nejhojněji navštíveno bylo podvečerní divadelní představení pro děti. V doprovodu rodičů a prarodičů v hospicovém parku zhlédly pohádku „O kohoutkovi a slepičce“. Zkrátka na den otevřených dveří přišla řada návštěvníků, kteří by jinak do hospice nezavítali. (red)



Foto: archiv Hospice sv. Jana N. Neumanna

Setkání dětských světů na letišti v Líních

Na tři sta dětí z dětských domovů, rehabilitačních ústavů a léčeben z Plzeňského kraje se těsně před prázdninami zúčastnilo druhého ročníku Setkání dětských světů na letišti v Líních.

Letošní celodenní setkání zdravých a handicapovaných dětí opět dokázalo, že handicap ve skutečnosti vlastně neexistují. Všechny děti bez rozdílu mohly vyzkoušet na-

příklad adrenalinové sporty a nejrušnější volnočasové aktivity. Jeden se dobře učí, druhý rychle běhá. Stejně tak někomu příroda nadělila víc zdraví než jinému. Ale v zá-

sadě jsme všichni stejní, se stejnými přáními a touhami. Proto jsem rád, že Plzeňský kraj opět připravil Setkání dětských světů, při kterém se rozdělily mezi zdravými a handicapovanými stírají, řekl při slavnostním zahájení akce hejtman kraje Milan Chovanec.

Na letišti v Líních si návštěvníci po celý den užívali zábavy, hudby, ale hlavně létání a pohledu na svět z výšky. Aeroklub Plzeň Bory připravil pro děti vyhlídkové lety a tandemové seskoky padákem. Ti, kdo zůstávají raději nohama na pevné zemi, sledovali kousky leteckého akrobata nebo hromadný seskok parašutistů zdola. Atraktivní ukázky připravili členové letecké záchranky. (red)



Foto: archiv Krajského úřadu Plzeňského kraje

Josef Stingl, Miloš Grim, Rastislav Druga Regional Anatomy



Rozsah:
123 stran
Cena: 490 Kč
ISBN: 978-80-
-7262-879-7
(Galén) a 978-
-80-246-2115-9
(Karolinum)

Vydavatel: Galén, Karolinum

Jde o základní učební text pro zahraniční studenty na lékařských fakultách v České republice. Obsahuje topografickou anatomii lidského těla, které je členěno na jednotlivé krajiny podle klinických a praktických potřeb. U každé krajiny je vymezen její rozsah, popsán její reliéf a hmatné útvary a uvedena projekce orgánů. Obsah krajiny je popsán po vrstvách ve vztahu k fasciím a osteofasciálním prostorům a s ohledem na chirurgické přístupy. Uvedena je poloha a vzájemné vztahy orgánů, není však popisována jejich anatomická stavba, která je obsahem dílčích částí základních učebnic oboru.

Součástí učebnice je barevná obrazová dokumentace malířů Ivana Helekal a Jana Kacvinského, doplněná několika obrazy Stanislava Macháčka a snímky CT a MRI z archivu radiodiagnostického oddělení Nemocnice Na Homolce.

Libor Zámečník, Petr Macek Moderní farmakoterapie v urologii Průvodce ošetřujícího lékaře



Rozsah:
172 stran
Cena: 295 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-276-6
Vydavatel:
Maxdorf

Publikace se věnuje šesti hlavním okruhům farmakoterapie v současné urologické praxi: 1. Infekce v urologické praxi (cystitida, pyelonefritida, komplikovaná infekce močových cest, farmakoterapie uroinfekcí v těhotenství a při kojení, uretritida, prostatitida, epididymitida, orchitida, Fournierova gangréna, urosepsy), 2. Karcinom ledviny, 3. Karcinom prostaty, 4. Erektilní dysfunkce, 5. Androgenní deficit u mužů, 6. Mo-

derní farmakoterapie non-neurogenních poruch mikce u mužů. Tak jako u všech titulů edice „Farmakoterapie pro praxi“ jsou těžištěm knihy rady, návody a doporučení pro medikaci v každodenní terénní i nemocniční praxi.

Radek Hart, Miloš Janeček, Ilona Klusáková, Pavel Buček Loketní kloub – ortopedie a traumatologie 2., rozšířené vydání



Rozsah:
560 stran
Cena: 995 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-195-0
Vydavatel:
Maxdorf

Druhé vydání specializované učebnice je opět organizováno do tří částí, z nichž každá obsahuje několik kapitol. V prvních kapitolách všeobecné části je zmíněna anatomie, biomechanika a základní vyšetřovací metody. Následně jsou popsány základní operační přístupy a zásady artroskopie. Ve druhé části, věnované ortopedické problematice, je stručně pojednáno o jednotlivých nemocech dětského věku. Zařazeny jsou i kapitoly týkající se zánětlivých a degenerativních chorob, nádorů a ostatních onemocnění. V úvodu třetí, traumatologické části jsou probrány úrazy dětského věku a po nich poranění lokte u dospělých. Na závěr jsou zařazeny poúrazové stavy – nestabilita, ztuhlost a heterotopické osifikace. Snahou autorů bylo zahrnout do tohoto 2. vydání všechny podstatné nové poznatky a postupy. Všechny kapitoly byly revidovány, a pokud to současný stav vědění vyžadoval, byly doplněny o nejnovější zkušenosti autorů s léčbou onemocnění a ošetřováním poranění loketního kloubu. Zásadně také byla rozšířena obrazová dokumentace, a to tak, aby přínos knihy pro praxi byl co největší.

Učebnice je určena zejména mladým ortopedům, traumatologům a všeobecným chirurgům, je ale vhodná i pro studenty medicíny, které problematika pohybového aparátu zaujala a kteří se již rozhodli se jí po promoci na ortopedických či chirurgických pracovištích dále věnovat. Prostudování některých kapitol lze doporučit i praktickým lékařům, protože právě ti se ve svých ordinacích ja-

NOVÉ KNIHY

ko první setkávají se synovitidami, entezopatiemi, burzitidami a dalšími onemocněními v oblasti loketního kloubu.

Martin Pleva, Petr Ouředníček MRI srdce Praktické využití z pohledu kardiologa



Rozsah:
144 stran
Cena: 299 Kč
ISBN: 978-80-
-247-3931-1
Vydavatel:
Grada

Kardiologové, internisti a lékaři oddělení zobrazovacích metod získají z knihy informace pro využívání zobrazování srdce pomocí magnetické rezonance v běžné klinické praxi. Publikace obsahuje 17 tabulek, 4 schémata, 19 barevných a 130 černobílých fotografií.

Tomáš Fait Antikoncepce Průvodce ošetřujícího lékaře 2. vydání



Rozsah:
126 stran
Cena: 195 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-280-3
Vydavatel:
Maxdorf

Publikace podává přehled o aktuálním stavu problematiky antikoncepce, probírá přirozené metody plánování rodiny, metody bariérové, spermicidy, nitroděložní tělíka, nitroděložní systém s levonorgestrellem, čistě gestagenní a kombinovanou hormonální antikoncepcí a sterilizaci. Speciální kapitoly jsou věnovány užívání antikoncepce u adolescentek, žen perimenopauzálních a žen s interními riziky.

Jiří Slíva, Tomáš Fait a kol. Samoléčba v gynekologii aneb Sama sobě gynekologem

Rozsah: 184 stran
Cena: 245 Kč
ISBN: 978-80-7345-282-7
Vydavatel: Maxdorf



Ženy – kromě přirozené stálosti o vlastní zdraví – mimořádně zajímá všechno, co se týká lidské reprodukce. Na

jedné straně tedy jde o sexualitu, včetně kontracepce, na druhé straně pak o schopnost otěhotnět a donosit dítě. Významnou oblastí jsou rovněž gynekologické infekce či problematika menopauzy a klimakteria a v neposlední řadě také starost o vlastní vzhled.

Informací o různých gynekologických tématech je pro širokou veřejnost v současné době díky internetu spíše nadbytek, problémem je však jejich malá srozumitelnost a často i neobdobnost a nespolehlivost. Hlavní autoři této knihy, farmakolog MUDr. Jiří Slíva a gynekolog a porodník MUDr. Tomáš Fait, s kolektivem spoluautorů připravili přehlednou a srozumitelnou publikaci, která může být laikům spolehlivým průvodcem nekonečným spektrem volně prodejných léčivých přípravků a potravinových doplňků používaných v gynekologii.

Hana Konečná, Danica Slouková, Tonko Mardesić Medicína založená na důvěře

O nebohém pacientovi
v postmoderní době



Rozsah:
155 stran
Cena: 200 Kč
ISBN: 978-80-
-7262-878-0
Vydavatel:
Galén

Moderní odborná lékařská literatura je plná termínů jako holistická medicína, medicína personalizovaná, komplexní, psychosomatická, behaviorální, biografická, na pacienta orientovaná zdravotní péče, narativní medicína, medicína založená na důkazech, bio-psycho-sociální přístup k pacientovi, systémový přístup atd. Autoři v textu této knihy hledají důvody příchodu těchto „nových“ medicín. Publikace se věnuje historickému kontextu, jazykovým pasetem, psychosomatickým teoriím, preventivní medicíně, způsobům poznání a poznávání v kontextu postmoderní filozofie, metodologii výzkumu, stavu současné medicíny. Jako základní a univerzální

vykládací a interpretační princip je v knize využíván příběh (autoři vycházejí z vlastní sbírky čítající přes 1000 příběhů o stonání). Tímto textem se obrací především k budoucím zdravotníkům, zdravotnickým manažerům či pacientům ve snaze ukázat jim oblasti medicíny, o kterých možná nevědí, a nabídnout jim jakousi mapu terénu, v němž se zdravotník a pacient pohybují.

Anna Arnoldová Sociální zabezpečení I



Rozsah:
352 stran
Cena: 399 Kč
ISBN: 978-80-
-247-3724-9
Vydavatel:
Grada

Přehledná publikace pro studenty škol s předmětem Sociální zabezpečení, rozdělená do tří částí a aktuálně postihující obsah sociálního zabezpečení v České republice. V praxi se pojmu sociálního zabezpečení používá v různém pojetí. V užším pojetí zahrnuje zabezpečení ve stáří, při invaliditě a při ztrátě živitele a sociální péči, v širším pojetí také zabezpečení v nemoci, při pracovním úrazu a nemoci z povolání, mateřství a rodičovství, těhotenství a při nezaměstnanosti.

Dagmar Dvořáčková Kvalita života seniorů v domovech pro seniory



Rozsah:
112 stran
Cena: 189 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4138-3
Vydavatel:
Grada

Autorka zdůrazňuje bio-psycho-sociální a spirituální determinanty kvality života seniorů. Zabývá se teoretickými východisky souvisejícími s problematikou stárnutí a stáří, konceptem aktivního stárnutí, potřebami seniorů i možnostmi jejich naplnění. Dále předkládá přehled současného systému sociální péče poskytované seniorům v ČR i konkrétní poznatky z výzkumu kvality života seniorů v domovech pro seniory a doporučení pro praxi, která z těchto výzkumů vyplývají.

Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů

Příručka „Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů“ kolektivu autorů pod vedením docenta Vladimíra Zbořila je ucelenou publikací, která shrnuje aktuálně dostupné informace o této poměrně nové modalitě léčby Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy.

Kniha je unikátní ve svém rozsahu, ale též hloubkou znalostí autora a jeho nadhledem i množstvím prostudované literatury, jež dává v odkazech k dispozici čtenářům, kteří chtějí problematiku dále studovat do větší hloubky.

Detailní rozbor strategie léčby

Vzhledem ke svým zkušenostem autor prochází jednotlivé etapy biologické léčby – od jejího vzniku přes období nekritického přesvědčení o účincích této modalitě až po dnešní rozumný přístup a vymezení indikací. V knize se velmi podrobně zabývá historií biologické léčby a nabízí přehled

jednotlivých molekul (které se užívají nejen v gastroenterologii), jejich názvosloví, mechanismů jejich účinku a hodnocení účinnosti.

Bližší se potom věnuje idiopatickým střevním zánětům, jejich klasifikaci (jak klinické, tak endoskopické) a dále účinnosti biologické terapie na Crohnovu chorobu i ulcerózní kolitidu. Detailně je rozebrána strategie léčby v jednotlivých obdobích nemoci, definice pojmů jako remise, hluboká remise, relaps či komplikace a samozřejmě je předložen návrh léčby v těchto obdobích. Následuje rozbor jednotlivých léků, indikací a kontraindikací jejich

užití, případně komplikací při jejich podávání.

Opora v bohatých zkušenostech

Ve všech těchto kapitolách je zřejmé, že jde o opravdové zkušenosti autora dlouhodobě léčícího pacienty s idiopatickými střevními záněty a nikoli pouze o teoretické znalosti. Podrobně rozebrání účinků biologické léčby jak na idiopatické střevní záněty obecně, tak na Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidy různých lokalizací a biologického chování je doplněno o citaci klinických studií, ze kterých tyto údaje vycházejí, a především o vlastní terapeutické zkušenos-

ti, na jejichž podkladě autor komentuje účinnost léčby a indikaci jejího podání.

Věnuje se též kombinaci biologické léčby s dalšími léky, nepominou ani včasnou indikaci chirurgického řešení a nutriční intervenci. Všimá si rovněž otázek kolem podávání biologické léčby ve specifických situacích (jako je například těhotenství, kojení, dětský věk) a bezpečnosti jejího podání. Dalším tématem jsou mimostřevní lokalizace idiopatických střevních zánětů. Velmi potřebná je i kapitola věnovaná problematice selhání biologické terapie a možnostem jejího ukončení.

V každém případě se jedná o vel-



mi cenný text, který by neměl chybět v knihovně žádného gastroenterologa či lékaře, jenž se setkává s pacienty léčenými biologickou terapií.

doc. MUDr. Pavel Kohout, Ph.D.

II. interní klinika Thomayerovy nemocnice

Inzerce A121008889

Mladá fronta divize Medical Services představuje

Dětská alergologie

Kniha, která doposud na našem trhu chyběla, souhrnně pojednává o problematice alergických onemocnění dětského věku. Její autoři – přední odborníci z českých a moravských pracovišť pediatrie alergologie a klinické imunologie – předkládají čtenáři komplexní a recentní pohled na prevalenci, etiopatogenezi, diagnostiku, léčbu, prevenci i prognózu imunopatologických stavů vzniklých na alergickém podkladě. Ve speciální části se pak podrobně věnují jednotlivým onemocněním – průduškovému astmatu, alergické rýmě, kožním projevům alergie, problematice anafylaxe a potravinové alergie, opakovaným respiračním infekcím, autoimunitním onemocněním, primárním imunodeficitům a dalším.

Autoři:
doc. MUDr. Vít Petřů, CSc.,
a kolektiv

Doporučená cena 850 Kč

Léčba diabetu u pacientů s onemocněním ledvin a jater

Publikace nabízí komplexní pohled na problematiku léčby diabetika s onemocněním ledvin či jater. Zejména v posledním desetiletí došlo v této oblasti k získání řady nových poznatků a rozvoji nových léčebných postupů. Cílem předloženého díla je podat ucelený přehled vybraných informací o výskytu, morfologii, patogenezi, klinickém obrazu, diagnostice, prevenci a terapii onemocnění ledvin a jater u pacientů s diabetem a také podrobné informace o možnostech antidiabetické léčby těchto pacientů, jejíž výběr je kvůli renální či jaterní insuficienci mnohdy významně omezen.

Autoři:
prof. MUDr. Martin Haluzík, DrSc.,
prof. MUDr. Ivan Rychlík, CSc.,
FASN, a kolektiv

Doporučená cena 320 Kč

MEDICAL SERVICES

komplexní informační servis ve zdravotnictví

Mladá fronta a. s. Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany, tel. 225 276 168, e-mail: info@mladafronta.cz, www.medical-services.cz

Při objednání na *knihka.cz* sleva 15%

PRÁVNÍ PORADNA

Návrat do práce po rodičovské dovolené

Skončí mi rodičovská dovolená a ráda bych se vrátila do práce. S touto skutečností jsem zaměstnavatele seznámila již při nástupu na mateřskou – ovšem jen ústně. Nyní jsem se mu ozvala ohledně návratu do práce s dotazem, zda se mnou počítá. Oznámil mi, že pracovní místo je obsazené. Ví, že mi nemusí držet stejné pracovní místo – vyhledala jsem si však, že mi musí nabídnout místo odpovídající pracovní smlouvě a náplni práce, nebo se se



odpovídá
Mgr. Ivan David

mnou musí dohodnout na změně pracovní smlouvy. To já samozřejmě nebudu akceptovat. Musí mi tedy zaměstnavatel dát výpověď a odstoupné? Kdy by mi odstoupné nenáleželo a z jakého důvodu? Ráda bych věděla, jak mám nyní postupovat, protože zaměstnavatel mi sdělil jen to, že místo je obsazené, a tyto další skutečnosti jsem si zjistila až dodatečně. Mám písemně žádat zaměstnavatele o nástup do práce po rodičovské? Jaké další kroky

bych věděla, jak mám nyní postupovat, protože zaměstnavatel mi sdělil jen to, že místo je obsazené, a tyto další skutečnosti jsem si zjistila až dodatečně. Mám písemně žádat zaměstnavatele o nástup do práce po rodičovské? Jaké další kroky

mám podniknout, abych nebyla zkrácena ve svých právech?

Podle ustanovení § 47 zákona č. 262/2006 Sb., zákoníku práce, nastoupí-li zaměstnankyně po skončení mateřské dovolené do práce, je zaměstnavatel povinen zařadit ji na původní práci a pracoviště. Pokud však zaměstnankyně po uplynutí mateřské dovolené (v délce trvání zpravidla 28 týdnů) čerpala též rodičovskou dovolenou (až do 3 let věku dítěte), což, chápu-li to správně, je i případ tazatelky, zaměstnavatel povinnost uvedenou v předchozí větě nemá. Rodičovská dovolená, podobně jako mateřská do-

volená, nicméně představuje tzv. ochrannou dobu, tj. v jejím průběhu zaměstnavatel nemůže dát zaměstnankyni výpověď (s určitými výjimkami). Současně po celou dobu trvání mateřské a navazující rodičovské dovolené trvá původní pracovní smlouva, která je závazná jak pro zaměstnance, tak pro zaměstnavatele.

Jinými slovy: Jakmile se vrátíte z rodičovské dovolené, je zaměstnavatel povinen přidělit Vám práci odpovídající pracovní smlouvě; nemusí přitom jít o zcela identickou práci (a na identickém pracovišti), jakou jste vykonávala před nástupem na mateřskou, respektive rodičovskou dovolenou, musí však druhově odpovídat tomu, co je vymezeno v pracovní smlouvě. To, že zaměstnavatel

tedy mezitím Vaše pracovní místo obsadil jinou osobou, jej nezavazuje povinností přidělit Vám jinou práci v souladu s pracovní smlouvou.

Pokud Vám zaměstnavatel nebude z objektivních důvodů (např. neexistence dalších odpovídajících pracovních míst) schopen práci přidělit, měl by Vám dát výpověď z organizačních důvodů a jí odpovídající odstoupné, na něž máte v takovém případě nárok. Pokud by Vám zaměstnavatel výpověď nedal a současně by Vám nepřidělil žádnou práci, ani byste se s ním nedohodla na změně pracovní smlouvy, jde o překážku na jeho straně a je povinen Vám hradit mzdu ve výši průměrného výdělku až do okamžiku, než tato překážka odpadne.

Ušlý zisk pro nedostavení se pacienta

Poskytuji privátní psychologické poradenství a zajímalo by mě, jestli mohu po klientovi požadovat pokutu, pokud se bez závažného důvodu a omluvy nedostaví v předem dohodnutém termínu. Pokud si na něj blokuji hodinu a dalšího klienta kvůli tomu odmítnu, jedná se z mého pohledu o ušlý zisk...



odpovídá
Mgr. Markéta Kalivodová

pacienta vzniká lékaři či jinému odborníkovi ušlý zisk, který ovšem obecně nelze jednostranně uplatňovat vůči pacientovi formou pokuty. Pro tento případ však zdravotník může sjednat s pacientem písemně dohodu o smluvní pokutě, kterou pak lze požadovat v případě ve smlouvě definované absence pacienta. Podmínkou je tedy předchozí upozornění pacienta na skutečnost, že za neomluvenou absenci bude zdra-

votník účtovat smluvní pokutu, a pacientův výslovný souhlas s touto skutečností.

Pro případ nesjednané smluvní pokuty přísluší zdravotníkovi mimosmluvní nárok na náhradu škody. Nedostavením se v dohodnutém termínu pacient způsobuje zdravotníkovi škodu ve formě ušlého zisku, jehož náhradu může lékař po pacientovi požadovat. Musí však prokázat, že vznik škody pacient skutečně zavinil, a příčinnou souvislost mezi jednáním pacienta a vznikem škody, což může být v praxi často velmi komplikované.

V důsledku neomluvené absence

Přestávky v práci při 12hodinové směně

Jsmo nemocnice typu akciové společnosti. Na všech odděleních jsou vedením nemocnice povoleny půlhodinové přestávky u dvanáctihodinové směny. Dle informací od nemocničního právníka bychom si u šestihodinové směny neměli půlhodinovou pauzu odečítat, přesto s naší vrchní sestrou není domluva a přestávku si jako jediní z nemocnice odečítat musíme; u dvanáctihodinové směny to tedy činí celou jednu hodinu (dvakrát půl hodiny). Chceme se zeptat, zda je v kompetenci vrchní určovat tyto pře-



odpovídá
Mgr. Petra Maryšková

stávky, když vedení nemocnice rozhodlo na jiných odděleních jinak. A jak máme postupovat, aby nám nebyla odírána naše práva?

Poskytování přestávky v práci upravuje obecně § 88 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, který jasně stanoví povinnost zaměstnavatele poskytnout zaměstnanci nejdéle po 6 hodinách nepřetržitě práce přestávku v práci na jídlo a oddech v trvání nejméně 30 minut, přičemž tato doba se do pracovní doby nezapočítává. Dle zákoníku práce se tato doba na oddech

a jídlo započítává do pracovní doby pouze v případě, kdy se jedná o výkon práce, která nemůže být přerušena. Za tyto nepřerušitelné práce se dle současné judikatury považují práce, kde není možné zajistit pracovní přestávky, tj. nelze zajistit vystřídaní zaměstnance v době přestávky, kdy není možné pracoviště opustit či práce přerušit na déle než 15 minut. V praxi jde zejména o pracoviště obsluhované jedním člověkem. Z položeného dotazu není zřejmé, na jakém pracovišti tazatelka práci vykonává, ale usuzuji, že se jedná o běžné zastupitelné pracoviště a poskytnutá doba na oddech a jídlo se tak do pracovní doby nezapočítává.

Právo na rovné zacházení

Zmíněnou povinnost zaměstnavatele poskytnout zaměstnanci přestávku v práci na jídlo a oddech stanoví zákoník práce jako minimální, proto každý zaměstnavatel může poskytnout zaměstnanci jiné, ale pro zaměstnavatele vždy výhodnější rozložení přestávky v práci, rozšířit jejich délku a upravit jejich započítávání. Pracovní doba a přestávky v práci se nejčastěji řeší přímo v pracovní smlouvě nebo interním předpisem, proto tazatelce doporučuji se s těmito předpisy seznámit (pokud existují). Určovat délku a započítávání pracovní doby může pouze zaměstnavatel, přesto vrchní sestru jako vedou-

cí zaměstnanec má v kompetenci stanovovat a ukládat podřízeným pracovníkům úkoly, organizovat, řídit a kontrolovat jejich činnost. I ona však může jednat pouze v rozsahu dovoleném a stanoveném zaměstnavatelem. V případě, že na ostatních odděleních se přestávka v práci do pracovní doby započítává, i když jsou zde stejné pracovní podmínky a není důvod k odlišnému postupu, jedná se dle mého názoru o diskriminaci zaměstnance, protože zaměstnavatel je povinen zajišťovat rovné zacházení se všemi zaměstnanci, pokud jde o jejich pracovní podmínky. S tímto problémem se doporučuji obrátit přímo na zaměstnavatele se stížností na nerovné zacházení a se žádostí na urovnání daného postupu.



Ilustrační foto: Shutterstock

Zajímavé www stránky

– hospicová paliativní péče (2. část)

Dnes budeme pokračovat v minule nastoleném tématu a prohlédneme si několik zahraničních webových stránek s tematikou paliativní a hospicové péče.

European Association for Palliative Care

Evropská asociace pro paliativní péči (EAPC) vznikla v roce 1988 na základě iniciativy 42 zakládajících členů pod vedením profesora Vittoria Ventafriddy. Cílem organizace je hlavně podpora rozvoje paliativní péče v evropských zemích, sdružuje zájemce o paliativní medicínu z řady oborů, podporuje výzkumné práce a pracuje i na společenské úrovni. V současné době má asociace členy z 31 evropských zemí reprezentující skupinu několika tisíc zdravotníků a sociálních pracovníků zabývajících se paliativní péčí. Web, na který odkazujeme, je plný vzdělávacích textů s lékařskou, ošetřovatelskou, psychologickou a sociálněprávní problematikou, velký prostor je věnován i etickým souvislostem.

Harvard Medical School: Center for palliative care

www.hms.harvard.edu/pallcare

Centrum paliativní péče, jež vzniklo při harvardské lékařské fakultě, podporuje zvyšování kvalifikace jednotlivých profesionálů, kteří se zabývají paliativní medicínou. Na fakultě se pořádají vzdělávací kurzy, jejich základní přehled je k dispozici na webových stránkách školy.

Pallipedia

<http://pallipedia.org>
Název Pallipedia záměrně připomíná název světově proslulé internetové encyklopedie. Tento web obsahuje mnoho set hesel, která jsou podrobně popsána encyklopedickým způsobem. Pokud se v odborné literatuře setkáme s pojmem, jemuž přesně nerozumíme, mohou se tyto stránky stát velmi dobrým zdrojem informací.



European Journal of Palliative Care

www.haywardpublishing.co.uk/ejpc_aspx

European Journal of Palliative Care slouží jako podstatný zdroj



informací zejména pro lékaře. Časopis vychází od roku 1994 a vydal již stovky článků, které jsou k dispozici v elektronickém archivu, jenž je přístupný na výše uvedených webových stránkách a je zpoplatněn. Je ale možné využít cenově dostupného krátkodobého přístupu, který umožní získat potřebné informace.

Agrace Hospice Care

www.agracehospicecare.org
Jde o jednu z mnoha neziskových organizací, které se zaměřují na poskytování odborné a konzultační činnosti pro pacienty a jejich rodiny, zdravotníky, dobrovolníky a donátory podporující paliativní péči o vážně nemocné pacienty.

MUDr. Michal Pelíšek



MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

číslo 14/2012

Šéfredaktorka

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

Redakce

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

Stálí spolupracovníci redakce

Leoš Chodura, Mgr. Martin Čaban, Bc. Irena Soukupová, David Daniel, Eva Pavlatová, MUDr. Milan Novák, prof. Ing. Jaroslav Petr, DrSc.

Editor/korektor

Mgr. Martin Čermák

Grafika a technická zpracování

Pavla Jilková
tel. 225 276 455, e-mail: jilkovap@mf.cz

Redakční rada Lékařských listů ZDN

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA
prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.
MUDr. Ivan David, CSc.
doc. MUDr. Petr Hach, CSc.
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.
prof. MUDr. Miloslav Kršiák, DrSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
prof. MUDr. Zdeněk Malý, CSc.
prof. Ing. Rudolf Polešný, CSc.
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
prof. MUDr. Marek Trněný, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková

generální ředitel

Ing. David Hurta

kreativní ředitel

René Decastelo

VÝROBA

retuš Milan Kubíčka, Lenka Horáková, Libor Horyna, Michal Žák

INZERCE

fax 225 276 444

group sales manager

Jiří Pánek
tel. 725 729 879
e-mail: panekj@mf.cz

personální inzerce

Jiřina Hollá
tel. 724 561 805
e-mail: holla@mf.cz



ředitel divize Medical Services

MUDr. Martin Hofman

art director

Petr Honzák

MARKETING

ředitelka marketingu novin a časopisů Hana Holková
brand manager Kristýna Dytrychová

DISTRIBUCE

vedoucí výroby a distribuce Soňa Štarhová
manažerka předplatného Jana Horáková,
tel. 225 276 317, e-mail: horakovaj@mf.cz

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

Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN,
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222,
e-mail: zdn@mf.cz

DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:
Postservis, Poděbradská 39, 190 00 Praha 9
tel. 800 300 302,
e-mail: predplatne.mf@cpost.cz
www.periodik.cz

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@abompkapa.sk

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

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

Tisk EUROPRINT a. s.
Číslo dáno do tisku 12. 7. 2012

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele.

Tištěný náklad je auditován firmou Deloitte Audit, s. r. o.

© Mladá fronta a. s., 2012
Evidenční číslo MK ČR: E 20524
ISSN 1805-2355

Výběrová řízení

Primář/primářka

ŘEDITELKA PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY JIHLAVA

vyhlašuje výběrové řízení
na obsazení funkce:

■ Primář/primářka

Požadavky:

- specializovaná způsobilost v oboru psychiatrie,
- nejméně 10 let odborné praxe,
- organizační a řídicí schopnosti,
- morální a občanská bezúhonnost,
- zdravotní způsobilost.

Písemné přihlášky s profesním životopisem, doklady o vzdělání a výpisem z rejstříku trestů ne starším než 3 měsíce zasílejte do 8. srpna 2012 na adresu: Psychiatrická léčebna Jihlava, Brněnská 54, 586 24 Jihlava.

ZDN A121008904

Akademičtí pracovníci

MGR. VĚRA VRÁNOVÁ, PH.D., POVĚŘENÁ VÝKONEM PRÁVOMOCÍ DĚKANA

FAKULTY ZDRAVOTNICKÝCH VĚD UNIVERZITY PALACKÉHO V OLOMOUCI,

vypisuje výběrové řízení
na obsazení místa
akademického pracovníka:

■ Docentka/docent Ústavu ošetřovatelství

Předpokládaný nástup: 17. září 2012
Požadovaná výše úvazku: 0,2
Počet obsazovaných míst: 1

Kvalifikační požadavky:

- úspěšně ukončená habilitace v oboru ošetřovatelství nebo blízké příbuzném oboru,
- minimálně 5 let pedagogické praxe,
- minimálně 5 let praxe v oboru,
- významná publikační, vědecká a grantová činnost v oboru ošetřovatelství nebo blízké příbuzném oboru,
- aktivní znalost odborného anglického jazyka,
- studijní, pracovní, odborné reference výhodou,
- osobnostní a profesionální předpoklady pro pedagogickou a vědeckou činnost,
- zdravotní způsobilost.

■ Odborná asistentka/odborný asistent bez vědecké hodnosti Ústavu ošetřovatelství

Předpokládaný nástup: 1. října 2012
Požadovaná výše úvazku: 0,4
Počet obsazovaných míst: 1

Kvalifikační požadavky:

- VŠ magisterské vzdělání v oboru ošetřovatelství nebo blízké příbuzném oboru,
- minimálně 3 roky praxe v oblasti chirurgické ošetřovatelství v zařízeních akutní lůžkové péče,
- aktivní znalost odborného anglického jazyka,
- studijní, pracovní, odborné reference výhodou,
- osobnostní a profesionální předpoklady pro pedagogickou a vědeckou činnost,
- zdravotní způsobilost.

■ Asistentka/ asistent Ústavu ošetřovatelství

Předpokládaný nástup: 17. září 2012
Požadovaná výše úvazku: 0,4
Počet obsazovaných míst: 1

Kvalifikační požadavky:

- VŠ vzdělání v oboru ošetřovatelství nebo blízké příbuzném oboru,
- minimálně 2 roky praxe v oblasti interní ošetřovatelství v zařízeních akutní lůžkové péče,
- aktivní znalost odborného anglického jazyka,
- studijní, pracovní, odborné reference výhodou,
- osobnostní a profesionální předpoklady pro pedagogickou a vědeckou činnost,
- zdravotní způsobilost.

■ Lektorka/ lektor Ústavu ošetřovatelství

Předpokládaný nástup: 17. září 2012
Požadovaná výše úvazku: 0,4
Počet obsazovaných míst: 1

Kvalifikační požadavky:

- VŠ vzdělání v oboru ošetřovatelství nebo blízké příbuzném oboru,
- minimálně 2 roky ošetřovatelství praxe v zařízeních lůžkové péče,
- aktivní znalost odborného anglického jazyka,
- pedagogická praxe výhodou,
- studijní, pracovní, odborné reference výhodou,
- osobnostní a profesionální předpoklady pro pedagogickou a vědeckou činnost,
- zdravotní způsobilost.

■ Lektorka/ lektor Ústavu ošetřovatelství

Předpokládaný nástup: 17. září 2012
Požadovaná výše úvazku: 0,2
Počet obsazovaných míst: 1

Kvalifikační požadavky:

- VŠ vzdělání v oboru ošetřovatelství nebo blízké příbuzném oboru,

- minimálně 2 roky ošetřovatelství praxe v zařízeních lůžkové péče,
- aktivní znalost odborného anglického jazyka,
- pedagogická praxe výhodou,
- studijní, pracovní, odborné reference výhodou,
- osobnostní a profesionální předpoklady pro pedagogickou a vědeckou činnost,
- zdravotní způsobilost.

■ Asistentka/ asistent Ústavu fyzioterapie

Předpokládaný nástup: 17. září 2012
Požadovaná výše úvazku: 0,2
Počet obsazovaných míst: 2

Kvalifikační požadavky:

- VŠ vzdělání v příslušném nebo blízké příbuzném oboru se zaměřením na fyzioterapii,
- minimálně 1 rok praxe v oboru,
- osobnostní a profesionální předpoklady pro pedagogickou a vědeckou činnost,
- zdravotní způsobilost.

■ Asistentka/ asistent Ústavu fyzioterapie

Předpokládaný nástup: 17. září 2012
Požadovaná výše úvazku: 0,1
Počet obsazovaných míst: 1

Kvalifikační požadavky:

- VŠ vzdělání v příslušném nebo blízké příbuzném oboru se zaměřením na fyzioterapii,
- osobnostní a profesionální předpoklady pro pedagogickou a vědeckou činnost,
- zdravotní způsobilost.

■ Odborná asistentka/odborný asistent bez vědecké hodnosti Centra výuky odborných předmětů

Předpokládaný nástup: 17. září 2012
Požadovaná výše úvazku: 0,1
Počet obsazovaných míst: 1

Kvalifikační požadavky:

- VŠ vzdělání v oboru všeobecné lékařství,
- atestace z hematologie, eventuálně z hematookologie, případně příprava na atestaci,
- minimálně 3 roky praxe v oboru,
- minimálně 2 roky pedagogické praxe,
- vědecká hodnost Ph.D. výhodou,
- osobnostní a profesionální předpoklady pro pedagogickou a vědeckou činnost,
- zdravotní způsobilost.

■ Odborná asistentka/odborný asistent bez vědecké hodnosti Centra výuky odborných předmětů

Předpokládaný nástup: 17. září 2012
Požadovaná výše úvazku: 0,05

Počet obsazovaných míst: 1

Kvalifikační požadavky:

- VŠ vzdělání v oboru všeobecné lékařství,
- atestace z hematologie, eventuálně z hematookologie, případně příprava na atestaci,
- minimálně 3 roky praxe v oboru,
- minimálně 2 roky pedagogická praxe,
- vědecká hodnost Ph.D. výhodou,
- osobnostní a profesionální předpoklady pro pedagogickou a vědeckou činnost,
- zdravotní způsobilost.

■ Odborná asistentka/odborný asistent bez vědecké hodnosti Ústavu zdravotnického managementu

Předpokládaný nástup: 17. září 2012
Požadovaná výše úvazku: 0,1
Počet obsazovaných míst: 1

Kvalifikační požadavky:

- VŠ magisterské vzdělání v oboru ekonomika a management, nebo blízké příbuzném oboru,
- minimálně 3 roky praxe v oboru,
- pedagogická praxe výhodou,
- vědecká hodnost Ph.D. výhodou,
- osobnostní a profesionální předpoklady pro pedagogickou a vědeckou činnost,
- zdravotní způsobilost.

■ Lektorka/lektor Ústavu porodní asistence

Předpokládaný nástup: 17. září 2012
Požadovaná výše úvazku: 0,05
Počet obsazovaných míst: 1

Kvalifikační požadavky:

- VŠ vzdělání v oboru ošetřovatelství,
- minimálně 3 roky praxe v oboru neonatologická ošetřovatelství péče,
- minimálně 2 roky pedagogické praxe v oboru neonatologická ošetřovatelství péče pro porodní asistentky,
- osobnostní a profesionální předpoklady pro pedagogickou a vědeckou činnost,
- zdravotní způsobilost.

K vlastnoručně podepsané přihlášce na místo akademického pracovníka je třeba doložit:

- vyplněný osobní dotazník UP,
- fotokopie dokladů o dosažené kvalifikaci,
- profesní životopis s přehledem vědecké a publikační činnosti a podpisem.

Přihlášky zašlete do 30 dnů od zveřejnění výběrového řízení dne 16. července 2012 ve Zdravotnických novinách,

nejpozději do 14. srpna 2012, na Děkanát FZV UP, personální referát, Tř. Svobody 8, 771 11 Olomouc.

ZDN A121008816

Primář

NEMOCNICE JINDŘICHŮV

HRADEC, A. S.,
vypisuje výběrové
řízení na pozici:

■ Primář léčebny dlouhodobě nemocných a oddělení následné péče

Požadujeme:

- VŠ vzdělání + specializovanou způsobilost v oboru dle zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění,
- minimální praxe 10 let v oboru,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění,
- organizační, řídicí a komunikační schopnosti.

Písemnou přihlášku doplněnou osobním dotazníkem, profesním životopisem s přehledem odborné praxe, písemným návrhem koncepce práce v uvedené funkci, ověřenými doklady o vzdělání, výpisem z rejstříku trestů (ne starším než 90 dnů), osvědčením dle zákona č. 451/1991 Sb., čestným prohlášením dle § 4 odst. 3) zákona č. 451/1991 Sb., licencí ČLK k výkonu funkce primáře v daném oboru a souhlasem s využitím poskytovaných osobních údajů pro účely výběrového řízení zasílejte do tří týdnů od zveřejnění inzerátu na sekretariát Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s., U Nemocnice 380/III, 377 38 Jindřichův Hradec, s označením „Výběrové řízení“. Termín osobního pohovoru před komisí bude uchazečům upřesněn.

ZDN A121008812

Přednostové

ŘEDITEL PARDUBICKÉ KRAJSKÉ NEMOCNICE, A. S., A DĚKAN FAKULTY ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ UNIVERZITY PARDUBICE

vypisují výběrové řízení
na obsazení vedoucího místa:

■ Přednosta Porodnicko- gynekologické kliniky ■ Přednosta Neurologické kliniky

Kvalifikační požadavky:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
- specializace v oboru,
- vědecko-pedagogický titul profesor nebo docent (habilitace ve smyslu platného VŠ zákona),
- předpoklady dle zákona

PERSONÁLNÍ INZERCE

- č. 451/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů,
 ● osobnostní a profesionální předpoklady pro řízení odborného a vědeckého týmu kliniky,
 ● trestní a morální bezúhonnost.

Písemné přihlášky doplněné strukturovaným profesním životopisem, ověřenými fotokopii dokladů o kvalifikaci, přehledem vědecké a publikační činnosti, doporučení dvou odborných ručitelů a výpisem z rejstříku trestů je nutno doručit nejpozději do 15. srpna na adresu: Pardubická krajská nemocnice, a. s., personální oddělení, Kyjevská 44, 532 03 Pardubice.

ZDN A121008695

Primář

VSETÍNSKÁ NEMOCNICE, A. S., vyhlašuje výběrové řízení na obsazení funkce:

■ **Primář/ka dětského oddělení**

- Požadujeme:
- specializovanou způsobilost v oboru,
 - licenci ČLK pro výkon funkce primáře,
 - bezúhonnost a zdravotní způsobilost,
 - manažerské a morální předpoklady.

Nabízíme:

- odpovídající mzdové ohodnocení,
- možnost ubytování,
- penzijní připojištění,
- týden dovolené navíc,
- zvýhodněné stravování,
- pracovní pozici v akreditované a certifikované nemocnici.

Kontakt: Ing. Martin Pavlica, odbor řízení lidských zdrojů, Nemocniční 955, 755 32, Vsetín, e-mail: pavlica.m@nemocnice-vs.cz, tel.: 571 818 130.

ZDN A121008687

Přednosta

DĚKAN LÉKAŘSKÉ FAKULTY OSTRAVSKÉ UNIVERZITY SPOLU S ŘEDITELM FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA vyhlašují výběrové řízení na obsazení místa:

■ **Přednosta Anesteziologicko-resuscitační kliniky**

- Kvalifikační požadavky:
- VŠ vzdělání lékařského směru,
 - specializovaná způsobilost v oboru anesteziologie a intenzivní medicína,

- vědecká hodnost (CSc., Ph.D.),
- vědecko-pedagogická hodnost (doc., prof.),
- praxe minimálně 10 let v oboru,
- pedagogická a publikační aktivita,
- morální bezúhonnost,
- organizační a řídicí schopnosti.

K přihlášce je nutno přiložit: strukturovaný profesní životopis, osobní dotazník, doklady o vzdělání a udělených titulech, přehled pedagogických a publikačních aktivit, osvědčení podle zákona č. 451/1991 Sb., čestné prohlášení ve smyslu § 4 zákona č. 451/1991 Sb., reference dvou odborných ručitelů, platný výpis z rejstříku trestů, čestné prohlášení uchazeče, že proti němu není vedeno soudní řízení, a návrh koncepce řízení anesteziologicko-resuscitační kliniky.

Přihlášky přijímá do 20. 7. 2012 do 14 hodin úsek zaměstnanosti nebo podatelna, FN Ostrava, 17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava – Poruba.

ZDN A121008690

Volná místa**Lékař**

INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY přijme lékaře na autotransfuzní jednotku, na dobu určitou po dobu trvání mateřské dovolené.

- atestace ze základního oboru výhodou,
- praxe na transfuzním oddělení vítána,
- nástup 1. 9. 2012.

Kontakt: MUDr. Libuše Pagáčová, tel: 261 365 241-42, 261 363 063, e-mail: lipa@ikem.cz.

ZDN A121008916

Nefrolog

FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO, INTERNÍ GASTROENTEROLOGICKÁ KLINIKA, JIHLAVSKÁ 20, 625 00 BRNO, přijme lékaře – nefrologa/nefroložku.

Požadujeme:

- VŠ vzdělání na LF,
- specializovanou způsobilost v oboru nefrologie nebo specializovanou způsobilost v oboru vnitřní lékařství (interní kmen) s následným zájmem o nadstavbový obor nefrologie,
- morální a občanskou bezúhonnost.

Nabízíme:

- práci v perspektivním kolektivu,
- možnost dalšího rozvoje,
- zaměstnanecké výhody.

Náplň práce: práce na nefrologické ambulanci, v hemodialyzačním středisku a lůžkové části s nefrologickými pacienty. Nástup: 1. 9. 2012.

Kontaktní osoba: zástupce přednosta kliniky pro LPP, doc. MUDr. Vladimír Zbořil, CSc., tel.: 532 233 509, e-mail: vzboril@fnbrno.cz

ZDN A121008841

Lékaři

DOPRAVNÍ ZDRAVOTNICTVÍ, A. S., přijme kolegy lékaře do těchto ordinací:

- **Praktik**
- **ORL**
- **Oftalmolog**
- **Neurolog**
- **RTG**
- **Ortoped**
- **Gynekolog**
- **RHB**
- **Stomatolog**

V lokalitách PHA, NB, PL, OL, OV, Česká Třebová, Přerov. Široké spektrum benefitů, zajímavé finanční ohodnocení. Nástup ihned nebo dle dohody. Nabídky s životopisem zasílejte na e-mail: ladislav.bubnik@dzas.cz

ZDN A121008819

Více pozic

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

- **Primáře gynekologicko-porodnického oddělení**
- **Primáře na chirurgii**
- **Zástupce primáře ARO**
- **Zástupce primáře interny**
- **Sálové sestry**

Požadavky: VŠ, II. atestace v oboru, organizační a řídicí schopnosti, praxe.

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

ZDN A121008822

Lékaři

DO INTERNÍ A DIABETOLOGICKÉ ORDINACE V LITVÍNOVĚ NEBO PODBOŘANECH sháním lékaře i na částečný úvazek. Specializace vítána, ale není podmínkou.

Plat při plném úvazku (max. 30 ordinálních hodin týdně) 40 000 Kč, dohoda možná.

Kontakt: e-mail: SlaM75@seznam.cz, tel.: 724 104 021 (MUDr. Slaměník).

ZDN A121008835

Primář

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

- **primáře gynekologicko-porodnického oddělení** (nástup možný od července)

Požadavky: VŠ, II. atestace v oboru, organizační a řídicí schopnosti, praxe.

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

ZDN A121008827

Praktický lékař

ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ MV přijme do pracovního poměru praktického lékaře pro dospělé do ordinace v Jihlavě.

Požadujeme: VŠ lékařská fakulta, specializace všeobecné praktické lékařství. Finanční ohodnocení odpovídá zařazení do 14. platové třídy podle nařízení vlády č. 564/2006 Sb. + osobní příspěvek. Možnost čerpání zaměstnaneckých benefitů.

Bližší informace podá MUDr. Bartoška, tel.: 724 061 134 nebo 974 221 245. Svou nabídku zašlete na e-mail: ozz.cb@zzmv.cz

ZDN A121008831

Lékař/lékařka

VSETÍNSKÁ NEMOCNICE, A. S., nabízí pracovní příležitost na pozici lékaře/ky na oddělení neurologie.

Požadujeme specializovanou způsobilost, uvítáme však i lékaře/ku s odbornou způsobilostí v přípravě na specializaci.

Nabízíme:

- motivující mzdové ohodnocení,
- příspěvek na ubytování,
- penzijní připojištění,
- týden dovolené navíc,
- zvýhodněné stravování,
- smlouvu na dobu neurčitou,
- pracovní pozici v akreditované a certifikované nemocnici.

Strukturované životopisy zasílejte na adresu Vsetínské nemocnice

a. s., odbor řízení lidských zdrojů, Nemocniční 955, 755 32 Vsetín. Případně e-mail: pavlica.m@nemocnice-vs.cz. Informace na tel.: 571 818 130 (vedoucí odboru řízení lidských zdrojů).

ZDN A121008684

Lékař/lékařka

NEMOCNICE TŘEBOTOV, A. S., přijme:

- **Lékaře/lékařku na ÚPS se specializovanou způsobilostí dle zákona č. 95/2004 Sb.**

- **Lékaře/lékařku na lůžka dlouhodobě nemocných**

Požadujeme specializovanou způsobilost dle zákona č. 95/2004 Sb. v interním lékařství, geriatrici, neurologii nebo praktickém lékařství, případně po ukončení společného kmene nebo absolventa lékařské fakulty.

Nabízíme:

- motivující finanční ohodnocení,
- atraktivní pracovní prostředí lesoparku v blízkosti Prahy.

Kontakt: Sabina Petřtylová, tel.: 777 855 256, e-mail: sabina.petrtlylova@nemocnice.trebovov.cz

ZDN A121008681

Praktický lékař/lékařka

NZZ V PRAZE 7 přijme praktického lékaře/ku pro dospělé na plný nebo zkrácený úvazek. Požadujeme atestaci z VL (případně interna), samostatná licence není nutná, garance 2 dalších PL. Nástup 1. 9. 2012 nebo dle dohody. Kontakt:

e-mail: neuro@mediam.cz tel.: 283 022 141 (dopoledne).

ZDN A121008406

Diabetolog

POLIKLINIKA V PRAZE 7 přijme diabetologa na plný i částečný úvazek. Klientela zajištěna. Nástup možný ihned nebo dle dohody. Kontakt: tel.: 233 375 591.

ZDN A121008380

Gynekolog

POLIKLINIKA V PRAZE 7 přijme gynekologa do zavedené ambulance. Možno i důchodce na částečný úvazek. Nástup dle dohody. Kontakt: tel.: 233 375 591.

ZDN A121008375

Prokanazol[®]

itraconazolium

Efektivní léčba systémových mykóz ...pro návrat k normálu

- **systémové antimykotikum se širokým spektrem účinku**
- **oproti flukonazolu je účinný na *Aspergillus* sp.**^{1,2}
- **profylaxe mykotických infekcí u neutropenických pacientů a onkologicky nemocných**³
- **pohodlná pulzní léčba**^{4,5}

Prokanazol

Složení: Itraconazolium 100 mg v jedné tobolce. **Indikační skupina:** Systémové antimykotikum, triazolový derivát. **Indikace:** Mykózy. Gynekologické indikace (vulvovaginální kandidóza), dermatologické indikace (pityriasis versicolor, dermatomykóza, orální kandidóza, onychomykóza), oftalmologické indikace (mykotická keratitida) a systémové mykózy (systémová aspergilóza a kandidóza, kryptokokóza – včetně kryptokokové meningitidy, histoplazmóza, sporotrichóza, parakokcidioidomykóza, blastomykóza a další). **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na itraconazol. Současná léčba terfenadinem, astemizolem, mizolastinem, cisapridem, dofetilidem, chinidinem, pimozidem, simvastatinem, lovastatinem, triazolamem a midazolamem. V graviditě a laktaci je nutné velmi pečlivě zvážit poměr benefit/risk. Po ukončení terapie zajistit antikoncepci až do příští menstruace. **Nežádoucí účinky:** Dyspepsie, nauzea, bolesti břicha a zácpa. Méně často se vyskytují bolesti hlavy, reverzibilní zvýšení hodnot u jaterních enzymů, poruchy menstruace, závratě a alergické reakce (pruritus, vyrážka, urtikárie a angioedém). **Interakce:** Enzymové induktory (karbamazepín, fenobarbital, izoniazid, rifampicin a fenytoin) snižují účinek itraconazolu, enzymové inhibitory (ritonavir, indinavir, klarithromycin a erytromycin) naopak zvyšují jeho biologickou dostupnost. Itraconazol se nesmí kombinovat s terfenadinem, astemizolem, mizolastinem, triazolamem, midazolamem, dofetilidem či simvastatinem. Monitorování plazmatických hladin je třeba u perorálních antikoagulancií, inhibitorů HIV proteáz, blokátorů kalciových kanálů, některých imunosupresiv, digoxinu či alprazolamu. **Upozornění:** Opatrnosti je třeba u pacientů s městnavou srdeční slabostí (i v anamnéze), při poškození jater nebo ledvin je třeba přizpůsobit dávkování. Léky snižující kyselost žaludku omezují vstřebávání itraconazolu, proto antacida podáváme nejméně 2 hodiny po itraconazolu a při užívání H₂ blokátorů či PPI doporučujeme zapít nápojem kyselého charakteru. **Dávkování a způsob podání:** Vulvovaginální kandidóza: 200 mg 1× denně 3 dny nebo 200 mg 2× denně 1 den, pityriasis versicolor: 200 mg 1× denně 7 dní, dermatomykózy: 200 mg 1× denně 7 dní nebo 100 mg 1× denně 15 dní, orální kandidóza: 100 mg 1× denně 15 dní, mykotická keratitida: 200 mg 1× denně 21 dní, onychomykóza: pulzní terapie 2× denně 200 mg 1 týden s následnou třítydenní přestávkou, pulz opakujeme 2× (nehty na ruce) nebo 3× (nehty na nohou). Prokanazol užíváme bezprostředně po jídle. **Balení:** 4, 14 a 28 tobolek. **Datum poslední revize textu:** 19. 10. 2005. S podrobnějšími informacemi o přípravku se seznamte v SPC. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků zdravotního pojištění. **Držitel rozhodnutí o registraci:** PRO.MED.CS Praha a. s., Telčská 1, 140 00 Praha 4, Česká republika.

Literatura:

1) Haber J. Současný stav a perspektivy antimykotik se systémovým účinkem. Čas. lék. čes. 2001; 140 (19): 596–604. 2) Haber J. Nová antimykotika – jaká jsou a co přinášejí. Remedia 2005; 3: 247–258. 3) Doubek M, Mayer J, et al. Možnosti profylaxe mykotických infekcí u onkologických nemocných s přihlédnutím k toxicitě antimykotických léků. Vnitř. Lék. 2002; 48 (3): 248–254. 4) SPC, datum poslední revize textu 19. 10. 2005. 5) De Doncker P, Gupta AK, et al. Itraconazole pulse therapy for onychomycosis and dermatomycoses: an overview. J Am Acad Dermatol. 1997; 37 (6): 969–974.