



# ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



CENA 28 Kč, PŘEDPLATNÉ 23 Kč

ČTRNÁCTIDENÍK PRO ODBORNÍKY  
VE ZDRAVOTNICTVÍ A FARMACII

15/2012 Toto číslo vyšlo 30. 7. 2012



## REPORTÁŽ

**Rallye Rejvív**  
– již 16. ročník soutěže  
zdravotnických  
záchranných služeb

STRANA 26



## PŘEDSTAVUJEME

**Evu Komrskovou,**  
emeritní organizátorku  
systému ošetrovatelské péče  
a vzdělávání zdravotníků

STRANA 28



## AKTUALITY

**Nová vize, nová naděje**  
v léčbě nemalobuněčného  
karcinomu plic

STRANA 18

## David Rath obviněn z přijetí dalších úplatků

Vyšetřovatelé poslali sněmovně žádost o vydání Davida Ratha ke stíhání. Bývalý hejtman podle policie přijal od několika firem úplatky v celkové výši 9 milionů korun.

Policie vyšetřuje Davida Ratha kvůli zakázkám v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav, Oblastní nemocnici Kolín, Nemocnici Kutná Hora a Oblastní nemocnici Kladno. „První se týká nákupu vybavení technologie pro oblastní nemocnici Kolín, druhá vybavení domova důchodců a služby následné péče v nemocnici Kladno a třetí dodávky zdravotnické technologie do jednoho z pavilonů mladoboleslavské nemocnice,“

řekla předsedkyně Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR Miroslava Němcová.

V mladoboleslavské nemocnici jde o soutěž na stavbu nového pavilonu interny, která začala v roce 2011. Stavbu nového pavilonu za 480 milionů provázely od počátku vlny odporu místních lékařů. Protestní petici tehdy podepsalo 600 lékařů a sester. Oba organizátoři petice – primáři operačních sálů a neurologie – přitom byli ředitel-

lem nemocnice Ladislavem Horákem zbaveni svých funkcí. Soutěž, kvůli které opoziční středočeská ODS podala na hejtmana Ratha trestní oznámení, totiž vyhrála neprůhledná izraelská developerská společnost Neocity Ron. Musela se pak spojit se stavební firmou, aby dostala přísným podmínkám soutěže, protože například nezaměstnávala žádné dělníky.

(pokračování na straně 2)

## Vyšší DPH destabilizuje hospodaření nemocnic

Další zvýšení sazby DPH se spolu s nižšími úhradami od zdravotních pojišťoven výrazně odrazí na hospodaření nemocnic. Na tiskové konferenci v Senátu Parlamentu ČR to prohlásil nový stínový ministr zdravotnictví za ČSSD a senátor Jan Žaloudík.

Poslanci nedávno odhlasovali navýšení DPH pro příští rok o další procento – na 21 % v základní a 15 % ve snížené sazbě. Jen od roku 2010 tak dojde k navýšení tohoto druhu daně o 5 % pro nižší sazbu a o 1 % pro základní. Úhradová vy-

hláška však s žádným navýšením DPH nepočítá – úhrady jsou podle zástupců nemocnic i Jana Žaloudíka jen na úrovni 98 % předchozího období, kdy byla DPH výrazně nižší. Tento fakt prý tvrdě zasáhne hospodaření nemocnic, které se navíc musejí potýkat s navýšováním platů a mezd zdravotníků, jež údajně vyhláška nezohlednila.

### Ztráta 50 milionů

Senátor Žaloudík dopady vyšší DPH demonstroval na fiktivní nemocnici s rozpočtem ve výši 1 miliard korun. V tomto modelu tvoří přibližně polovinu rozpočtu osobní a polovinu provozní náklady. Zvýšení nižší sazby DPH se pak dotkne zejména provozních nákladů, kam patří např. i nákup léků.

(pokračování na straně 2)



**Miroslava Němcová:**  
Policie mě požádala  
o vydání Davida  
Ratha kvůli zakázkám  
na vybavení  
tří nemocnic.

Foto: Robert Zlátníček/EIS



## David Rath obviněn z přijetí dalších úplatků

(pokračování ze str. 1)

### Poslanci rozhodnou v září

V Oblastní nemocnici Kolín šlo o zakázku na vybavení zdravotnickou technikou. Dodavatelská firma se dle vyšetřovatelů podílela na zadávací dokumentaci a kri-

téria soutěže byla upravena v její prospěch. Ekonomický náměstek kolínské nemocnice Roman Uhlík řekl, že si policie zhruba před měsícem vyžádala dokumenty k několika posledním výběrovým řízením. „Předali jsme vše policii, takže si nemyslím, že bych o tom

měl hovořit,“ dodal Uhlík. Připustil, že se tendry týkaly přístrojů a vybavení, nevěděl ale kterých. Další firma profitovala z ovlivněných zakázek na vybavení Niederleho pavilonu kladenské oblastní nemocnice a domova důchodců tamtéž. Policisté také kontrolují do-

dávku zdravotnických technologií do jednoho z pavilonů nemocnice v Mladé Boleslavi. Středočeský státní zástupce Petr Jiráč uvedl, že Rathovo obvinění je nyní posuzováno jako „pokračující zločin přijetí úplatku spáchaný čtyřmi dílčími skutky“. Jak uvedla

předsedkyně Němcová, mandátový a imunitní výbor doporučí sněmovně další postup. Předsedkyně očekává, že by poslanci rozhodovali v září.

Bývalému hejtmanovi hrozí za trestný čin přijetí úplatku až dvanáctileté vězení. (ku, ČTK)

## Vyšší DPH destabilizuje hospodaření nemocnic

(pokračování ze str. 1)

Celkovou ztrátu modelového zdravotnického zařízení jen v oblastí provozních nákladů v důsledku navýšení snížené sazby DPH a úhradové vyhlášky pak vypočítal přibližně na 50 milionů korun. „Ředitel nebo vedení takové nemocnice tyto prostředky může vzít buď z platů, nebo se to projeví v nákupech,“ uvedl možné va-

rianty profesor Žaloudík, který doufá, že nemocnice své finanční problémy nebudou řešit na úkor kvality poskytované péče.

### Platy se mohou i snížit

Daleko pravděpodobnější podle něj však je, že se managementy nemocnic budou muset uchýlit ke škrťům v oblasti osobních nákladů. „Protože mají narůstat platové tarify, nejspíš se to vezme

z odměn a mzdy reálně nevzrostou,“ konstatoval senátor, podle kterého ale nejspíš stejně dojde ke zhoršení stavu zdravotnických zařízení a ke zvýšení jejich vnitřní zadluženosti. „Tento problém se bude každým rokem prohlubovat,“ dodal.

Dopady navýšení DPH mohou být odlišné ve státních a v soukromých nemocnicích. „Podmínky našich nemocnic jsou nerovno-

Vývoj sazby DPH od roku 1993

Období	Základní sazba	Snížená sazba
1. 1. 1993 – 31. 12. 1994	23%	5%
1. 1. 1995 – 30. 4. 2004	22%	5%
1. 1. 1995 – 30. 4. 2004	19%	5%
1. 1. 2008 – 31. 12. 2009	19%	9%
1. 1. 2010 – 31. 12. 2011	20%	10%
1. 1. 2012 – 31. 12. 2012	20%	14%
Od 1. 1. 2013	21%	15%

měrné. Jiné podmínky mají nemocnice státní, jiné krajské a jiné soukromé. V největších problémech budou pravděpodobně nemocnice regionální a potažmo

také státní, o jejichž budoucí koncepci zatím pan ministr Heger mlčí, ačkoli se ví, že i tam se bude něco dít,“ prozradil Jan Žaloudík.

Filip Kůt Citores

## Lékařské prohlídky budou dále povinné i pro brigádníky

Vláda vydala negativní stanovisko k návrhu novely zákona o specifických zdravotních službách z dílny poslanců ČSSD, který měl významně zúžit povinnost vstupních prohlídek. Ministr Heger (TOP 09) sice uznává problémy spojené s dosavadním zněním zákona, ale upravit jej chce sám.

Poslanci opoziční ČSSD v čele s Janem Chvojkou chtějí, aby se povinnost vstupní lékařské prohlídky nevztahovala na osoby vykonávající práce na dohodu. Povinné prohlídce by měli být podrobováni pouze lidé, kterým má vzniknout pracovní poměr. Návrh poslanců ČSSD však vláda shledala z hlediska zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci za nesystémový.

### Zbytečná zátěž

Poslanci ČSSD ve svém návrhu novely zákona o specifických zdravotních službách uvedli, že aktuálně platná úprava z dílny Leoše Hegeře zbytečně zatěžuje jak zaměstnavatele, tak i zaměstnance. Zúžení této povinnosti by přý navíc přineslo úspory i veřejným rozpočtům. Poslanci vidí problém v tom, že podle stávající podoby zákona o specifických zdravotních službách se každá osoba ucházející se

o zaměstnání automaticky považuje za zdravotně nezpůsobilou a zaměstnavatel je pak podle zákoníku práce (§ 32) povinen před uzavřením pracovní smlouvy zajistit uchazeči vstupní lékařskou prohlídku. Tato povinnost se ale týká i prací na dohodu, a to bez ohledu druh práce a dobu, na kterou se dohoda uzavírá. „Tato povinnost v některých směrech neúměrně zatěžuje zaměstnavatele i osoby ucházející se o zaměstnání a lze souhlasit s tím, že není nutné ve všech případech striktně požadovat provedení vstupní lékařské prohlídky,“ uvedli poslanci.

### Hlavní je ochrana zdraví

Návrh poslanců ČSSD však vláda shledala z hlediska zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci za nesystémový. „Smyslem vstupní lékařské prohlídky je totiž stanovení, zda je fyzická osoba

zdravotně způsobilá k výkonu konkrétní práce v konkrétních pracovních podmínkách, bez ohledu na formu pracovněprávního vztahu, v jehož rámci bude taková práce vykonávána,“ uvádí vláda

ve svém negativním stanovisku k návrhu poslanců ČSSD. Navrhované řešení prý navíc nerespektuje obecnou povinnost zaměstnavatelů, která vyplývá již ze zákoníku práce (jeho § 103), podle níž jsou zaměstnavatelé povinni nepřipustit, aby jakýkoli zaměstnanec vykonával zakázané práce nebo práce neodpovídající jeho schopnostem či zdravotní způsobilosti.

### Ministr chce vlastní úpravu

Poslanci největší opoziční strany už jednou podobnou úpravu předložili v rámci novely, jež se primárně zabývala odměňováním přesčaso-  
vé práce. Návrh ale v červenci

neprošel sněmovnou a byl vrácen předkladatelům k dopracování. Následně – stejně jako při předchozích pokusech opozice o úpravu legislativních produktů ministerstva zdravotnictví – Leoš Heger oznámil, že chystá vlastní novou upravující vstupní prohlídky, již chce předložit do konce srpna. V tomto návrhu by měly být vstupní prohlídky v případech dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr vázány na skutečnost, zda půjde o rizikové práce. Určujícím by v tomto případě měl být zákon o ochraně veřejného zdraví (č. 258/2000 Sb.).

Filip Kůt Citores

### Komentář předkladatele: Zbytečná šikana sezónních zaměstnanců

Vláda se svým negativním stanoviskem k návrhu ČSSD otočila zády k desetitisícům lidí, kteří uzavírají pracovní dohody na časově limitovanou dobu a zpravidla nikoli na práce, které by vyžadovaly nezbytné zjišťování zdravotní způsobilosti. Jde převážně o práce sezónního a přechodného charakteru, zejména o práce, které využívají studenti či dlouhodobě nezaměstnaní. Zákon o specifických zdravotních službách od 1. dubna stanoví, že osoba ucházející se o zaměstnání se považuje za zdravotně nezpůsobilou, pokud se před

vznikem pracovněprávního nebo obdobného vztahu nepodrobí vstupní lékařské prohlídce. Povinnost podrobit se lékařské prohlídce tedy dopadá i na dohody o provedení práce či dohody o pracovní činnosti.

### Vládní pokrytectví

ČSSD navrhuje omezit povinnost podrobit se vstupní lékařské prohlídce pouze při vzniku standardního pracovního poměru, tak aby nedocházelo ke zbytečnému šikanování sezónních zaměstnanců, brigádníků a studentů. Vláda ve svém sta-

novisku poukazuje na to, že připravuje vlastní úpravu, což považujeme za pokrytectví. O problémech zákona se ví již téměř půl roku. Vláda měla dostatek času tento problém řešit, a neudělala zatím vůbec nic. Navrhujeme novou zákonu projednat ve zkráceném režimu a s co nejkratší možnou lhůtou pro nabytí účinnosti. Negativní aspekty stávajícího zákona totiž mohou postihnout mimo jiné i tisíce členů volebních komisí při volbách, které se konají již na podzim.

JUDr. Jan Chvojka, poslanec Parlamentu ČR

# Švýcaři kvůli projektu EZK hrozí arbitráží

Českou republiku kvůli IZIP nakonec možná přeci jen čeká mezinárodní arbitráž. Menšinový vlastník společnosti – švýcarská firma eHi eHealth International – se totiž nehodlá smířit s jednostranným ukončením smluv, které v květnu odhlasovala správní rada VZP.

Na ukončení smluv mezi Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (VZP) a společností IZIP se dohodl ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) a premiér Petr Nečas (ODS). Politicky sestavená správní rada VZP s převahou koaličních stran poté uložila řediteli VZP Pavlu Horákovi, aby smlouvy se společností do 30. června rozvázal – výpovědní doba činí 6 měsíců.

Ujištění ministra zdravotnictví Leoše Hegera a některých členů správní rady VZP, že České republiky kvůli ukončení spolu-

práce VZP se společností IZIP nic nehrozí, zpochybňuje prohlášení Thomase Ladnera, který pro švýcarskou firmu spravuje menšinový podíl akcií. „Rozhodně tomu nebudeme nečinně přihlížet. Zvážíme všechny možnosti včetně prvních kroků,“ konstatoval v ČT švýcarský právní zástupce.

## Nejdříve vyjednávání, poté boj

Švýcarská společnost s rozvázáním smluv nesouhlasí a rozhodnutí správní rady VZP o ukončení spolupráce považuje za nezakon-

né a poškozující zájmy minoritního akcionáře. Rozpoutání mezinárodní arbitráže proti ČR je však i podle zástupce švýcarské firmy až posledním zvažovaným krokem. Předcházet by mu měla řada jednání, na kterých chce Thomas Ladner pro firmu eHi eHealth International zajistit smírné řešení. Pokoušet se o to prý bude do konce září, a neuspěje-li, budou následovat právní kroky.

„Nemohu vyloučit arbitráž, ale věřím v sílu racionálních argumentů. VZP vložila do projektu za deset let 1,5 miliardy bez

DPH. Když podpoří plošné využití, ušetří české zdravotnictví každý rok dvě miliardy,“ uvedl právník.

Leoš Heger ovšem riziko arbitráže považuje stále za minimální a vyjednávat prý není o čem. „Nehodlám se s ním scházet a neobávám se arbitráže,“ řekl.

## Nové zájmové skupiny

Podle Ladnera by mohly za původním politickým rozhodnutím o ukončení projektu elektronických zdravotních knížek stát nové zájmové skupiny, které získá-

ly vliv na ministra zdravotnictví. Leoš Heger bezprostředně po rozhodnutí správní rady oznámil, že vypíše nový tendr na celonárodní systém elektronizace zdravotnictví. Investice by se měla pohybovat ve výši přibližně 6 miliard korun.

„Odmítám věřit tomu, že by pan ministr přikládal větší důležitost IT firmám a poskytovatelům než veřejnému zájmu,“ řekl pro ČT Thomas Ladner, který trvá na tom, že IZIP je schopen zajistit úspory v řádech miliard ročně. Usuzuje tak z výsledků pilotních projektů, které prý ve dvou krajích, kde žije zhruba desetina pojištěnců VZP, ušetřily 230 milionů korun.

Filip Kůt Citores

## Změny zákona rámec směrnic EU nepřekračují

Připravuje se novela zákona o ochraně veřejného zdraví podle požadavků práva Evropské unie. Pokud by se tak nestalo, hrozily by české republice ze strany EU sankce.

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, upravuje výkon státní správy na úseku ochrany veřejného zdraví a rovněž promítá požadavky legislativy Evropské unie do českého právního řádu. Podle ředitele odboru ochrany veřejného zdraví ministerstva zdravotnictví Jaromíra Hrubého je důvodem a cílem této novely dosáhnout stavu, kdy bude provedena plná adaptace a transpozice předpisů EU, jež se týkají problematiky řešené tímto zákonem.

„ČR je jako člen EU povinna zapracování právních předpisů Evropské unie do svého právního řádu realizovat. S ohledem na to, že se návrhem zákona provádí plná transpozice nebo dokončení transpozice práva EU, a s přihlédnutím k tomu, že je nezbytné dodržovat principy při adaptaci na přímo použitelné předpisy EU, je nutné provést takové úpravy v zákoně, které budou toto respektovat,“ vysvětlil ředitel odboru.

## Neprovedením změn hrozí sankce

Podle ředitele Hrubého se ne-

provedením potřebných změn Česká republika vystavuje riziku sankcí ze strany Evropské komise, která dohlíží na uplatňování práva EU. Česká legislativa se dosud nezabývala transpozicí směrnice 2010/32/EU, kterou se provádí Rámcová dohoda o prevenci poranění ostrými předměty v nemocnicích a ostatních zdravotnických zařízeních, uzavřená mezi HOSPEEM (Evropským sdružením nemocničních a zdravotnických zaměstnavatelů, tj. oborovou organizací zastupující zaměstnavatele) a EPSU (Evropskou federací odborových svazů veřejných služeb). Jde o úpravu, jejímž přijetím se sleduje zvýšení prevence ve zdravotnických zařízeních při poskytování zdravotní péče a omezování vzniku úrazů v souvislosti s poraněním ostrými a kontaminovanými předměty, které představuje potenciální riziko infekčních onemocnění.

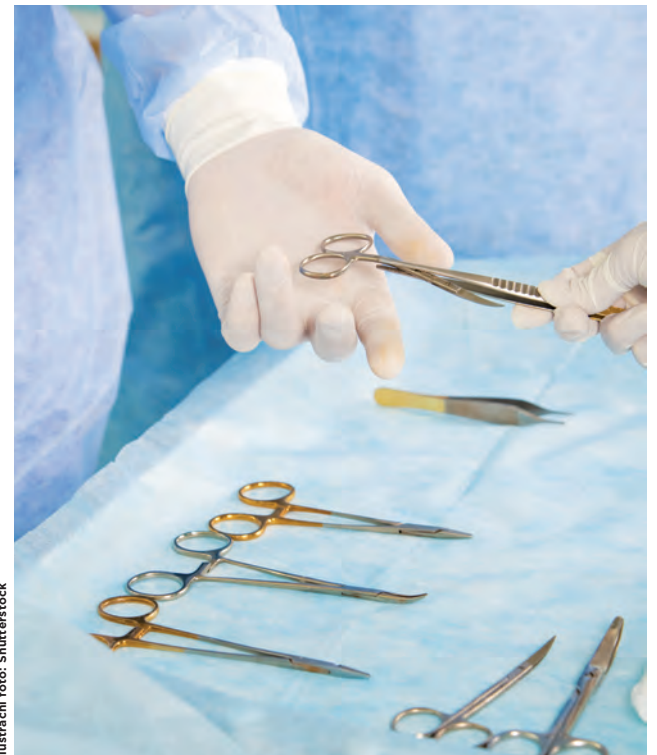
## Poranění kontaminovanými nástroji

Provedena do 11. května 2013. Cíleně se jí zavádí ochrana zdra-

ví při práci u zdravotnického či jiného odborného pracovníka poskytujícího zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních, kteří se poraní kontaminovanými nástroji nebo předměty používanými při jejím poskytování. I když jde o úrazový děj, může dojít ke vzniku infekčního onemocnění způsobeného kontaminací krví a takové onemocnění je pak následně řešeno jako nemoc z povolání. S ohledem na to, že jde stále o úraz, navrhuje se, aby při jeho šetření bylo postupováno podle nařízení vlády č. 201/2010 Sb.

„Jelikož směrnice zdůrazňuje, že je nezbytné přijmout okamžitá opatření, zejména včasnou a účinnou pomoc při poranění z pohledu možného vzniku infekčního onemocnění, navrhuje se, aby bylo postupováno podle systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce,“ uvedl MZ.

Resort také dokončuje transpozice směrnice č. 2000/54/ES ze dne 18. září 2000, o ochraně zaměstnanců před riziky spojenými s expozicí biologickým činitelům při



Ilustrace foto: Shutterstock

práci, a to návrhem ustanovení, které omezuje rozsah povinnosti laboratoře provádějící diagnostickou službu pro biologické činitele skupiny 4 oznámit používání těchto biologických činitelů.

## Nárůst administrativy nebude významný

„Změny provedené návrhem novely zákona č. 258/2000 Sb. nepřekračují rámec směrnic EU. Lékaři v současné době dle našich zkušeností nemají s poža-

davky zákona č. 258/2000 Sb. problémy. Navrhovaná změna týkající se hlášení úrazů způsobených ostrými předměty při poskytování zdravotní péče se může pouze promítnout do administrativních nákladů poskytovatele zdravotních služeb, neočekává se však, že by jejich výše mohla být významná,“ vysvětlil naší redakci ředitel odboru ochrany veřejného zdraví MZ Jaromír Hrubý.

Olga Martinová

# Heger odmítá svůj podíl na konci IZIP

Ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) a premiér Petr Nečas (ODS) vydali v květnu společně tiskové prohlášení o tom, že spolupráce mezi VZP a společností IZIP musí být ukončena ještě do začátku letních prázdnin. Svého vlivu na rozvázání smluv se však ministr nyní zříká.

Leoš Heger zaslal společnosti IZIP dopis, v kterém odmítl svůj podíl na urychleném ukončení smluvních vztahů mezi VZP a společností IZIP. Veškerá zodpovědnost jde prý v této věci za správní radou. „Tvrzení, že správní rada VZP ČR rozhodla o zastavení projektu elektronických zdravotních knížek na základně mého doporučení, se nezakládá na pravdě,“ píše ministr v dopise, který citovala ČT. Tímto prohlášením však za-

skočil většinu členů správní rady VZP a někteří z nich dokonce hovoří o snaze Leoše Hegera zbavit se politické odpovědnosti za případnou arbitráž.

## IZIP požaduje desítky milionů

Postoj ministra zdravotnictví nezaskočil jen členy správní rady největší české zdravotní pojišťovny, Hegerova prohlášení nechápe ani samotná společnost IZIP, kte-

rá je přesvědčena, že bez politické intervence ministra Hegera a premiéra Nečase by spolupráce s VZP mohla dál pokračovat. „Pak je naprosto nepochopitelné, proč 10. května pan ministr Heger vyjádřil svůj úmysl ukončit elektronické zdravotní knížky,“ reagovala pro ČT tisková mluvčí společnosti Martina Klapalová.

Podle červnových informací deníku Insider požaduje společnost IZIP v souvislosti s ukončením

smluv už nyní po ministerstvu zdravotnictví 30milionové odškodnění za zmařenou investici do mezinárodního projektu epSOS. Stát však odškodnění odmítl. Se způsobem, jakým byl projekt zastaven, a faktem, že vypovězení smluv předcházelo politické rozhodnutí, nesouhlasí ani švýcarská společnost eHi eHealth International. Způsob ukončení smluv dokonce považuje za nezákonný a v současnosti již začíná

## Z tiskového prohlášení MZ ze dne 11. 5. 2012

„Pan premiér Nečas mě ujistil, že má zájem na tom, aby byl kontroverzní projekt internetových zdravotních knížek ukončen ideálně do prázdnin. Shodli jsme se, že ze všech změn, které mohou v budoucnu ve VZP nastat, je vypořádání se s projektem IZIP na prvním místě.“

otevřeně hovořit o arbitrážní žalobě na Českou republiku.

(fko)

## Členové správní rady VZP hodnotí své rozhodnutí o IZIP

„Za rozhodnutí v oblasti aktivit VZP nese odpovědnost správní rada,“ řekl v souvislosti s ukončením smluv mezi VZP a IZIP Leoš Heger (TOP 09). Zajímalo nás, jako toto zřeknutí se politické odpovědnosti ministra zdravotnictví vnímají samotní členové správní rady.

### Členům správní rady VZP jsme položili následující otázky:

1. Jak vnímáte prohlášení ministra zdravotnictví Leoše Hegera, kterým zpochybnil svůj vliv na rozhodnutí správní rady VZP o ukončení spolupráce se společností IZIP?
2. Vidíte nyní – po prohlášení ze strany právního zástupce minoritního akcionáře – vyšší riziko mezinárodní arbitráže kvůli projektu EZK než bezprostředně po hlasování správní rady?
3. Jak byste hlasoval(a) dnes?

### Boris Šťastný (ODS)

1. I když správní rada, jako kolektivní orgán, rozhoduje podle svého nejlepšího vědomí, svědomí a dostupných informací, v tomto případě byl politický postoj předsedy vlády Petra Nečase a ministra zdravotnictví Leoše Hegera nepochybně výrazným impulsem pro urychlené ukončení spolupráce s firmou IZIP. Nerozumím proto tomu, proč pan ministr nyní zpochybňuje svou politickou vůli, kterou prezentoval nejen velmi silnými

politickými prohlášeními, ale také prostřednictvím zástupců ministerstva zdravotnictví ve správní radě VZP.

2. Možnost arbitráže proti České republice kvůli IZIP je mediálně hodně přetřásané téma. Hodnocení rizik arbitráže je však nesmyslné, protože na podání arbitrážní žaloby má minoritní akcionář právo. Zda tu existuje možnost, že by případná žaloba mohla být úspěšná, je druhá otázka, na kterou však bude možné odpovědět až po právním posouzení toho návrhu.

3. Pro ukončení spolupráce s firmou IZIP bych hlasoval i dnes, protože jsem přesvědčen, že to byl pro VZP nevýhodný projekt. Kdyby se ukončil už před několika lety, vůbec nic by se nestalo. Byl ale jakýmsi černým Petrem, který se napříč politickým spektrem přesouval z jedné vlády na druhou, a přitom každému soudnému člověku muselo být jasné, že něco takového dobrovolným způsobem nikdy fungovat nebude.

### Jan Farský (TOP 09)

1. Správní rada VZP je zcela auto-



nomní ve svých rozhodnutích. Členové správní rady jsou také plně odpovědní za rozhodnutí, která přijmou. Bez ohledu na politická, mediální či lobbistická doporučení.

2. Riziko arbitráže je zcela stejné a podle všech mně dostupných informací minimální až žádné. Prohlášení minoritního akcionáře chápu jen jako obchodní tlak, na který má právo.

3. Dnes bych hlasoval zcela stejně. Tento názor jsem se snažil prosadit delší dobu, ale až na květnovém jednání správní rady měl dostatečnou podporu.

### Michal Sojka (ČSSD)



1. Poněkud mi to připomíná slavného krále z pohádky „Pysná princezna“, který vykřikuje: „Odvolávám, co jsem odvolal, slibuji, co jsem slíbil.“ Všichni si přeci pamatujeme na tiskové pro-

hlášení, které ministerstvo vydalo po schůzce pana ministra a pana premiéra, kde bylo řečeno, že rozhodli o ukončení IZIP. Dále to bylo podáváno jako politické rozhodnutí, ke kterému se teď pan ministr nehlásí. Jen připomínám, že jsem celý postup, silové a z mého pohledu hloupé vyjádření ministra a premiéra kritizoval. Vůči IZIP a hlavně lidem, kteří stojí za ním a většinu kroků si právně bedlivě připravují, se mělo postupovat jinak. Obezřetně a s rozumem. Nyní se zdá, že jsme se IZIP nezbavili a ještě budeme znovu doplácet.

2. Riziko arbitráže vidím úplně stejně jako ve chvíli, kdy se objevila informace, že VZP akcie kupuje od švýcarské firmy. Už tehdy mi byl postup pánů Cabrnocha a Ouzké podezřelý. Před nákupem akcií od této firmy jsem spolu s dalšími kolegy na správní radě varoval a nehlasoval pro něj. Navíc se VZP zavázala při nákupu akcií IZIP a elektronické zdravotní knížky podporovat, což nyní kvůli politickému rozhodnutí ministra a premiéra zřejmě nesplní.

3. Při hlasování o ukončení smluv mezi VZP a IZIP jsem opustil místnost, protože hlasovat proti ministerskému návrhu (nebo se zdržet) by znamenalo být pro pokračování IZIP, což by bylo proti mému dlouholetému přesvědčení, a hlasovat spolu s ministerstvem znamenalo hlasovat pro riziko arbitráže. Ani dnes bych se proto nezachoval jinak. Nové informace mě nijak nepřekvapují, dá se říci, že jsem je očekával, a jak je patrné i z mých me-

diálních vystoupení, mnohokrát jsem před nimi varoval.

### Soňa Marková (KSČM)



1. Premiér Nečas s ministrem Hegerem veřejně učinili nepřipustný nátlak na členy správní rady VZP, aby o 21 dnů dříve ukon-

čili předražený projekt EZK firmy IZIP.

2. O nebezpečí arbitráží jsem mluvila již dříve, ale současná prohlášení Leoše Hegera považuji za alibistická. Jednání ministra zdravotnictví považuji nejen za důkaz jeho nekompetentnosti, ale také za další důvod k jeho odstoupení.

3. KSČM deklarovala nutnost ukončení dlouhodobě bez ohledu na tato silácká prohlášení.

### Michal Babák (VV)



1. Musím říct, že prohlášení pana ministra považuji za velmi nešťastné, a to především z toho důvodu, že mělo zásadní

vliv na hlasování.

2. Na riziko spojené s mezinárodní arbitráží jsem upozorňoval ve svých tiskových prohlášeních již dříve. Toto riziko bylo, je a bohužel stále trvá.

3. Hlasoval bych stejně. Již od samého počátku Věci veřejné tvrdí, že se jedná o mrtvý projekt.

# Heger hraje divadlo, nechce se stát Bojarem

Slyšeli jste někdy ministra zdravotnictví říci křivé slovo o IZIP? Tak to se vám asi jen zdálo.

Dalo by se očekávat, že kolem firmy IZIP a jejího projektu elektronických zdravotních knížek se kvůli různým souvislostem strhne napínavé drama, ovšem namísto toho se tu zatím hraje klasická česká komedie. Inu, buďme rádi, brzy může být hůř.



Martin Čaban

la o zastavení projektu elektronických zdravotních knížek na základemého doporučení, se nezakládá na pravdě,“ napsal Heger v dopise firmě IZIP, která po státu žádá odškodnění v řádu desítek milionů.

Heger vlastně v dopise nelže. Správní rada VZP skutečně nerozhodovala na ministrovu „doporučení“. Ve skutečnosti rozhodovala na ministrův velmi ostře formulovaný rozkaz, který – aby zazněl opravdu jasně a měl jednoznačné politické krytí – navíc podepřel i premiér Petr Nečas. Je nad slunce jasné, že kdyby o IZIP suverénně rozhodovala správní rada, v níž se mimochodem po zrušení nefunkčního projektu za dvě mi-

liardy nepohnula ani myš, jedou zdravotní knížky vesele dál.

## Vypovídající obrázek

To ovšem zdaleka neznamená, že Hegerův příkaz byl špatný. Právě naopak. Šlo o důležité politické rozhodnutí, navíc se čím dál tím více ukazuje, že rozhodnutí zcela správné. Naposledy se to potvrdilo, když se v Česku zničehonic zjevil švýcarský advokát Thomas Ladner tvrdící, že je zástupcem menšinového vlastníka IZIP, firmy eHealth International. Hodlá zde prý vést „přátelská jednání“ s Hegerem a šéfem VZP Horákem, teprve poté zváží možnost soudních sporů.

Připomeňme, že soudními spory tu Česku vyhrožuje právní zástupce firmy bez jasného vlastníka, bez historie, bez webových

stránek a s fiktivním vedením. Jeden by čekal, že přátelská jednání na vysoké, ba nejvyšší úrovni přijede za firmu vést třeba její ředitel a ne najatý advokát. Nestalo se. Právní riziko pro Česko to nijak neumenšuje, to zase ne, ale dává to docela dobrou představu o tom, s kým máme, pokud jde o IZIP, tu čest.

## Směšný, ale pochopitelný distanc

Proč si tedy Heger za svým správným politickým rozhodnutím nestojí? Vysvětlení patrně tkví právě v ministrově snaze posílit právní pozici českého státu v případných soudních sporech či arbitrážích. Pokud by přiznal, že správní radu ke zrušení smluv s IZIP dotlačil, lze mu vmést do tváře tvrdý státní zásah od soukromé investice,

byť pochybné. A za to se skutečně může platit, zvláště v českém chaotickém systému nikým nevládných zdravotních pojišťoven, v němž se role státu, veřejných peněz a soukromých investic proplétají v nepřehledné klubko. Ostatně nezapomínejme, že nejslavnější (dobře, možná druhá nejslavnější) česká arbitráž s firmou Diag Human se táhne dvacet let kvůli mnohem menšímu „prohřešku“ ministra zdravotnictví. Martin Bojar tehdy do dopisu soukromému subjektu napsal něco o „pochybnostech o solidnosti“ firmy Conneco, předchůdce Diag Human. Pochybnosti byly oprávněné, ovšem od napsání dopisu uplynulo 20 let a arbitráž stále běží.

Hegerův distanc od rozhodování o IZIP je tedy v podstatě pochopitelný. I když každý, kdo poslední rok nežil na Marsu, se nad ním musí prohýbat smíchy.

Inzerce A121005845

NEZTRÁCÍME ČAS  
ZKOUMÁNÍM,  
PŮJČUJEME.

\*artesa  
www.artesa.cz

S úvěrem Artesa toho dokážete mnohem víc!

## Ústí nad Labem: Krajská zdravotní musí vrátit evropské dotace

Krajská zdravotní v Ústí nad Labem bude muset dotačnímu úřadu Severozápad vrátit peníze z evropských dotací, uvedl to ředitel úřadu Pavel Markvart. O jakou část z celkových 353 milionů Kč se bude jednat, není zatím jisté. Důvodem postihu je porušení zákona o veřejných zakázkách.

Nákup přístrojů za 417 milionů korun dle úřadu neprobíhal v souladu se zákonem. „Krajská zdravotní pozměnila dokumentaci k této zakázce a tím pádem měla prodloužit lhůtu pro příjem nabídek, což ale neudělala,“ uvedl ředitel Markvart. Přitom údajně stačilo prodloužit výběrové řízení o jediný den. Podle zákona nyní úřad musí Krajské zdravotní odebrat celou dotaci; teprve po konečném roz-

hodnutí se ukáže, zda firma dostane nějaké peníze zpět.

### Ministerstvo kritizuje předraženost

Ministerstvo financí již v květnu došlo k závěru, že zakázka byla předražená o téměř sto milionů korun. Ty podle názoru náměstka ministra financí Jana Gregora nebyly „vynaloženy v souladu se zásadou řádného finančního řízení“.

Ministerstvo navrhlo odebrání 176 milionů korun, tedy zhruba poloviny dotace, a udělení pokuty ve výši 80,3 milionu korun. Kompetenci k udělení sankcí má ale dotační úřad.

Krajská zdravotní podala proti rozhodnutí dotačního úřadu žalobu a dle slov svého mluvčího Jiřího Vondry podnikne veškeré právní kroky, aby k uskutečnění platby nedošlo.

(iso, ČTK)

## VZP snížila limity na endoprotézy jihomoravským nemocnicím

Krajské nemocnice na jižní Moravě přijdou o část peněz na operace endoprotéz. Podle ředitele Nemocnice Kyjov Petra Svobody se tak prodlouží čekací doby na operace a zákroků bude o třetinu méně než loni. VZP odmítá, že by péče o pacienty nebyla dostatečně zajištěna.

„Pojišťovna snížila všem krajským nemocnicím úhrady na operace endoprotéz. Pro nás je to nepřijatelný stav,“ uvedl ředitel Svoboda.

Ředitelé krajských nemocnic proto podle něj sepsali hlášení a předali jej krajskému úřadu. Krajský radní pro zdravotnictví Oldřich Rysavý chce nyní jednat s ředite-

lem VZP Pavlem Horákem o navýšení úhrad.

### Pojišťovna pochybení odmítá

Zástupci VZP tvrdí, že limit na operace je dostatečný. Nemocnice v Jihomoravském kraji mají údajně sjednanou maximální výši úhrady endoprotéz dle úhrado-

vé vyhlášky a o rozložení výkonů během roku už rozhodují samy. Obdobný problém nyní řeší i ve Fakultní nemocnici Brno. Pojišťovna limitem snížila počet operací, čekací lhůta má ale zůstat stejná, tedy 18 měsíců. Zástupci nemocnice tvrdí, že za těchto podmínek je nemožné stejné čekací lhůty zachovat. (iso, ČTK)

## Na Orlické přehradě pokračuje druhým rokem vodní záchranná služba

Asociace samaritánů ČR letos znovu provozuje člun rychlé zdravotnické pomoci, který vyjíždí ze stanoviště Loužek na Orlické přehradě. Na provozu spolupracuje se zdravotnickými záchrannými službami Středočeského a Jihočeského kraje.

Na člunu pracují dva zdravotničtí záchranáři, k dispozici je v případě nutnosti i sanitní vůz.

Loni záchranáři ošetřili 120 lidí. V drtivé většině případů se jednalo o pomoc pacientům s alergickou reakcí. Záchranáři zasahovali také při tržných a řezných poraněních. Výjimkou pak nebyly ani záchranáři kvůli přecení síl po požití alkoholu.

### Člun pravidelně vyjíždí

Vodní záchrannou službu je možné přivolat prostřednictvím linky 155. „Pokud jsou dobré meteorologické podmínky, vyjíždíme každý den na pravidelnou objížďku po rekreačních zařízeních z kotviště na Loužku,“ dodává záchranář Tomáš Moucha.

Časy, kdy záchranáři objíždějí pravidelnou trasu po rekreačních loka-

litách, jsou uvedeny na jízdním řádu. V případech, kdy pacient není v přímém ohrožení života, je možné člun kontaktovat prostřednictvím Operačního střediska ASČR na Zbraslavi na lince 14 333 nebo 14 444. Podle dostupnosti pacienta pak záchranáři zvolí člun či sanitní vůz. Zdravotnická služba je k dispozici denně od 8 do 19 hodin až do 2. září. (iso)

## Tendr na přestavbu nemocnice Náchod šetří ÚOHS

Do výběrového řízení na zakázku za téměř jednu miliardu korun se přihlásilo sedm firem. Úřad pro ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS) prověřuje tendr na základě návrhu společnosti CGM Czech, podle které byly kvalifikační podmínky řízení příliš přísné.

Oblastní nemocnice Náchod má projít dostavbou a celkovou modernizací. Projekt, jehož zadavatelem je Královéhradecký kraj, i nadále pokračuje. Antimonopolní úřad zatím nevydal předběžné opatření. Účastníci tendru budou moci podat konkrétní cenové nabídky, pokud splní kvalifikační kritéria, uvedl mluvčí kraje Imrich Dioszegi.

### ODS: Je to megalomanie

Odhadovaná cena zakázky se bez

daně pohybuje okolo 875 milionů korun. Vedení kraje (ČSSD) se podařilo získat dotaci ve výši 125 milionů a usiluje o další stamilionové dotace z evropských fondů. Součástí financování má být i úvěr na 600 milionů korun. Právě půjčku a její výši odsuzuje opoziční ODS a označuje celý projekt za megalomanský. Stavba by měla začít letos na podzim. Součástí zakázky jsou stavební práce a také dodávky techniky pro operační sály. (iso, ČTK)

## Kuželová novou ředitelkou Nemocnice v Semilech

Semilská nemocnice má od července novou ředitelku Alenu Kuželovou. Ta nahradila bývalého ředitele Jiřího Samka. Do čela nemocnice byla zvolena bez výběrového řízení.

Dozorčí rada údajně nechtěla zapříčinit, aby nemocnice vyjednávala s pojišťovnami o nových smlouvách bez nejvyššího vedení, uvedl to starosta Semil a poslanec Jan Farský (TOP 09). Jedná se již o třetí obměnu vedení nemocnice za posledních čtyřech let.

### Nová ředitelka chce vylepšit hospodaření

Jiří Samek byl ředitelem nemocnice od minulého května. Konkrétní důvody, proč byl nahrazen, starosta Farský uvést nechtěl. Potvrdil ale, že se jmenováním Aleny Kuželové souhlasili všichni členové dozorčí

rady. Novou ředitelku nyní čeká vyjednávání s pojišťovnami.

K restrukturalizaci lůžkového fondu v nemocnici došlo již v minulosti a počet lůžek akutní péče klesl ze 141 na 86. Nové vedení plánuje vylepšení hospodaření a nespolečně pouze na platby pojišťoven. „Málo se třeba ví o respitní péči. Na prázdniny nabízíme krátkodobou hospitalizaci pro nemohoucí, aby si lidé, kteří o ně pečují, mohli odpočinout nebo odjet na dovolenou,“ uvedla příklad nová ředitelka. Finance se nemocnice pokusí získat i z evropských fondů a za další placené služby. (iso, ČTK)

## Porodnice v Českém Krumlově se rušit nebude

Spekulace o rušení gynekologicko-porodnického oddělení v Nemocnici Český Krumlov v polovině července vyvrátil ředitel nemocnice Jaroslav Šíma.

Porodnici dle jeho slov rušení nehrozí. To potvrdila i ředitelka regionální pobočky VZP Jihozápad Bronislava Hlachová. Nemocnice zatím limitu pěti set porodů ročně vždy dosáhla, a o rušení porodnice se tudíž údajně ani nejednalo.

„Naše porodnice se dlouhodobě profiluje jako pracoviště s mož-

ností alternativních porodů a vysokou osobním přístupem. Tento trend budeme i nadále držet a tímto směrem také investujeme finanční prostředky. Již na konci letošního léta otevíráme dva nové nadstandardní pokoje právě na novorozeneckém oddělení,“ dodal ředitel Šíma. (iso)

# ODS: Stanovování nadstandardů považujeme za netransparentní

Ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) chystá další návrhy nadstandardní péče. Kvůli systému stanovování ekonomicky náročnějších variant léčby nyní MZ čelí kritice ODS.

Pracovní skupina, kterou Leoš Heger počátkem léta ustavil, nyní navíc připravuje další návrhy ekonomicky náročnějších variant. Nově byli k jednání přizváni například zástupci pojišťoven, nemocnic i pacientů, odboráři, ale také ekumenická rada církví nebo Česká lékařská komora (ČLK). Prezident ČLK Milan Kubek nominoval jakožto zástupce komory členku představenstva a členku Etické komise ČLK MUDr. Ivanu Vranou.

„Pracovní skupina se sešla poprvé a řešila spíše vlastní organizaci. Zatím mohu říci pouze to, že bude návrhy odborných společností na ekonomicky náročnější varianty hodnotit z morálního a etického hlediska. Skupina bude panu ministru radit s tím, zda jsou vybrané nadstandarty společensky únosné,“ konstatuje Ivana Vraná.

## Transparentně! Půjde o miliardy

Současný stav stanovování ekonomicky náročnějších variant kritizuje předseda výboru pro zdravotnictví poslanecké sněmovny Boris Štátný. „MZ určuje jednotlivé nadstandarty formou vyhlášky a formou cenového věstníku může regulovat jejich cenu. Současný stav je sice možná jednoduchý, rychlý a operativní, ale zároveň netransparentní a nepředvídatelný,“ říká Boris Štátný a vyzývá ministra k zásadním změnám.

ODS požaduje stanovení a zveřejnění závazného postupu vzniku nadstandardů, dále pak zveřejnění jednání rozhodovací komise. Kromě odborných společností ČLS JEP by měla mít možnost navrhnout ekonomicky náročnou variantu také vláda, poslanecká sněmovna nebo senát, sněmovní výbor pro zdravotnictví nebo senátní výbor pro zdravotnictví a sociální politiku, jednotlivý poslanec, senátor nebo člen vlády či samo MZ.

„Důležité je také zveřejnit ekonomické studie, které by hodnotily dopad nadstandardů na systém

veřejného zdravotního pojištění. V tomto procesu jde o miliardové položky, jež kvůli nesystémovým zásahům mohou destabilizovat systém zdravotního pojištění. Navíc požadujeme etický kodex členů komise. Lobbistický tlak, který vyvinou například firmy s robotickou technikou či soukromé subjekty, jež svá zařízení vybavila drahými přístroji, bude vůči členům komise extrémní. Jedná se o mimořádně korupční prostředí,“ obává se netransparentních postupů MZ Boris Štátný.

## Možnost volby

Odborné společnosti mají návrhy k dalšímu jednání odevzdat do poloviny srpna. „Navrhují nyní přímo ekonomicky náročnější varianty výkonů. Buď úplně nové výkony, jež budou ekonomicky náročnější variantou nějakého současného výkonu (například nový operační postup), nebo materiál, který bude variantou k aktuálně hrazenému (jako je plastová sádra a sádrová sádra),“ uvádí mluvčí MZ Vlastimil Sršeň.

Některé lékařské společnosti však zatím nad stanovením ekonomicky náročnějších variant péče váhají. „Žádné návrhy nadstandardů společnost nepřipravuje. Připravuje však seznam výkonů, které by měly být z veřejného zdravotního pojištění vyřazeny úplně,“ odpověděl naší redakci předseda České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP Vladimír Dvořák na dotaz, jaké výkony v ekonomicky náročnější variantě společnost ministerstvu předloží.

Jak redakci sdělil náměstek ministra zdravotnictví Petr Nosek, návrhy, které lékaři pošlou do konce srpna, MZ stihne zapracovat do sazebníku výkonů s účinností od 1. ledna 2013.

## Ceny nadstandardů lze porovnat na webu

Portál Čekací doby.cz od června nabízí pacientům novou službu. V databázovém vyhledávací serveru lze porovnat výši nadstan-

dardů v českých nemocnicích. Od nového roku přibudou k 18 položkám další ekonomicky náročnější varianty a porovnání nemocnic se ještě více zpřesní.

Po srovnávání čekacích dob jde o další unikátní službu svého druhu na českém webu, která napomáhá orientaci v nepřehledném systému nadstandardní péče. „Z naší databáze lecky zjistíte velmi zajímavé informace. Například to, že za kvalitní oční čočky někde zaplatíte o stovky korun více než v jiné nemocnici,“ říká spoluautor projektu Tomáš Haškovec. „Do našeho přehledu jsme zahrnuli nejaktuálnější dostupná data, která nemocnice poskytují,“ říká informatik s tím, že pacienti nyní nebudou

muset ztrácet čas složitým zjišťováním, kde a kterou ekonomicky náročnější variantu pořídí.

Z údajů na serveru tak lze například zjistit, že Nemocnice Boskovice účtuje za polymerovou dlahu na celou dolní končetinu 2100 korun. Nejlevnější sádrovou dlahu z polymeru, za 73 korun, naopak nabízí Nemocnice Na Bulovce, druhý nejlevnější nadstandard této sádry provádí Fakultní nemocnice Plzeň, a to za 247 korun. Odlehčená sádrová dlahu na ruku je zase nejlevnější v Plzni, pacienti za ni připlatí 147 korun, tedy o 26 korun méně než ve druhé nejlevnější Bulovce. Na poslední místo server opět umístil Nemocnici Boskovice, kde se připlácí 1100 korun.



Ilustrační foto: Shutterstock

Doposud záleží na každém zařízení, zda vůbec a k jaké ekonomicky náročnější variantě přistoupí. Od sazebníku výkonů si proto ministerští úředníci i zpracovatelé dat slibují jejich větší konzistenci, a tedy lepší možnost porovnání údajů jednotlivých nemocnic navzájem.

Petra Klusáková

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

**Prostory 2 x 115 m<sup>2</sup>**  
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**



## DISKUSE

## Soudruzi z NDR opět udělali chybu?

Zákon je nadřazen vyhláše, o tom není z hlediska legislativně-právního pochyb a platí to všeobecně, nejen v medicíně nebo konkrétně v tomto případě v gynekologii a porodnictví. Tento fakt ovšem aktuálně zkomplikoval praxi v asistované reprodukci.

Co se stalo tentokrát? Inu, stala se věc, která zamotala hlavu nejen gynekologům, IVF centřům či revizním lékařům, ale především pacientkám a jejich rodinám (tém navíc značně zamotá i rodinné rozpočty). Došlo k legislativní chybě, kdy byly postaveny na roveň dva, respektive tři na první pohled podobné výkony. Výkony ovšem jinak diametrálně rozdílné, a to nejen z hlediska provedení jako takového, ale i z hlediska finančního.

Na jedné straně zde máme nepoměrně jednoduchou a především levnou IUI, cerviko-vaginální inseminaci, tedy výkon, který je dle vyhlášky o úhradách

zařazen do P (plně hrazen) a je možné jej provádět bez omezení na běžném pracovišti. Vedle IUI, na poněkud vyšším stupínku, stojí umělá inseminace intrakavitární nebo intratubární, při které je výkon sice smluvně omezen na jednotlivá konkrétní pracoviště, ale je zařazen také do P (plně hrazen) a lze jej provést 6x ročně (pouze v případě, že jde o tubární sterilitu, tj. neplodnost způsobenou neprůchodností vejcovodů, výkon není hrazen ze zdravotního pojištění).

## Legislativní šlendrián

Na straně řekněme opačně z hlediska provedení stojí výkon dra-

hý a náročný, vlastní IVF, tedy *in vitro* fertilizace. Výkon, který je podle reformního zákona č. 369/2011 Sb. (platného od 1. 4. 2012) definován takto: „Hrazené služby zahrnují zdravotní péči poskytnutou na základě doporučení registrujícího poskytovatele v oboru gynekologie a porodnictví v souvislosti s umělým oplodněním, a to nejvíce třikrát za život, nebo, bylo-li v prvních dvou případech přeneseno do pohlavních orgánů ženy pouze jedno lidské embryo vzniklé oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy, čtyřikrát za život.“ Další reform-



MUDr. Luděk Fiala  
ambulantní  
gynekolog, sexuolog  
a revizní lékař  
pro gynekologii  
a porodnictví

ní zákon č. 373/2011 Sb. (platný taktéž od 1. 4. 2012) říká: „Umělým oplodněním ženy se rozumí a) zavedení spermií do pohlavních orgánů ženy“ – což je přesně případ platící fakticky pro všechny tři uvedené výkony, i když je pokaždé prováděn zcela jinak.

A tak kvůli legislativcům, kteří v zákoně nerozlišili či nespecifikovali umělé oplodnění, pacientky, které již například od dubna vyčerpaly tři, případně čtyři pokusy metodou IUI (a podle vyhlášky, která upravuje provádění

jednotlivých výkonů, by mohly mít tento výkon prováděn neomezeně), kvůli tomu nemají nárok na IVF.

## Pacientkám tikají hodiny

Pojišťovny v současné době doporučují, aby si ženy tyto výkony (především IUI) zatím hradily samy, neboť nejsou tak finančně náročné jako IVF. Když je totiž uhradí zdravotní pojišťovna, nebudou již na základě toho mít nárok na úhradu IVF.

Pacientky se proti tomu ale většinou ohrazují. Lékařům tak nezbývá než jim trpělivě vysvětlit, že „soudruzi z NDR opět udělali chybu“, a pacientkám nezbývá než odevzdaně či méně trpělivě čekat (neboť některým ubíhá čas), až MZ ČR svou chybu napraví a zákon změní.

## Komentář k aktuálnímu postavení IUI

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, platný od 1. 4. 2012, zařadil intrauterinní inseminaci (IUI) jako metodu rovnocennou s metodami IVF.

Hlava II., Díl 1, bod (3) stanoví: „Umělým oplodněním ženy se rozumí:

- a) zavedení spermií do pohlavních orgánů ženy,
- b) přenos lidského embrya vzniklého oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy do pohlavních orgánů ženy.



prof. MUDr. Zdeněk Malý, CSc.  
Unica – klinika pro  
léčbu neplodnosti  
a ženských  
nemocí, Brno

Zdravotní pojišťovny postupují v souladu se zákonem zcela pragmaticky, a pokud si pacientka nechá pojišťovnou zaplatit IUI, musí počítat, že ze tří nebo čtyř léčebných cyklů, u kterých pojišťovna hraď základní, standardní postupy, se jí jeden „pokus“ odečítá.

## Terminologické nejasnosti

Problémem je zřejmě nejasnost výrazu umělé oplodnění, který pravděpodobně nebyl legislativcům dosta-

tečně vysvětlen. Nejsem si jist, zda tento výraz vystihuje skutečnost inseminace, tedy zavedení spermií do dělohy ženy. K oplodnění vajíčka pak totiž dochází zcela spontánně a na obvyklém přirozeném místě, tedy někde u fimbriálního ústí vejcovodu, jednoznačně v těle ženy. „Umělé“ je pouze upravení spermií a jejich umístění o několik centimetrů dále, než jsou ukládány přirozenou cestou. Vše ostatní je na přírodě.

Bylo by zřejmě šťastnější užít výrazu mimotělní oplodnění, což skutečně je podstatou IVF, tedy *in vitro* fertilizace, lidově „oplození ve zkumavce“, a podbod a) prostě z citovaného zákona vynechat.

## Stanovisko VZP

ZP se při úhradě zdravotní péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění řídí platnými právními předpisy. Zákony v případě definice pojmu i pravidel pro úhradu tzv. umělého oplodnění zní jednoznačně.

§ 15 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění:  
(3) Hrazené služby zahrnují zdravotní péči poskytnutou na základě doporučení registrujícího poskytovatele v oboru gynekologie a porodnictví v souvislosti s umělým oplodněním, a to nejvíce třikrát za život, nebo, bylo-li v prvních dvou případech přeneseno do pohlavních orgánů ženy pouze 1 lidské embryo vzniklé oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy, čtyřikrát za život.

§ 3 odst. 3 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách:  
(3) Umělým oplodněním ženy se rozumí  
a) zavedení spermií do pohlavních orgánů ženy, nebo  
b) přenos lidského embrya vzniklého oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy do pohlavních orgánů ženy.  
VZP tuto léčbu hradí.

Mgr. Jiří Rod, tiskový mluvčí VZP

## Otevřený dopis ministru zdravotnictví

## Vážený pane ministře,

dovolují si reagovat touto cestou na Vaše vystoupení na 134. žofínském fóru, které se konalo dne 11. 6. 2012. Z vystoupení pro auditorium vyplynulo, že rehabilitace je zbytečný obor a víceméně kondiční cvičení a koupel v teplé vodě. Rád bych připomenul několik základních údajů. Rehabilitační lékařství je, zejména díky svým zakladatelům (prof. Lewit, Janda a další představitelé pražské školy rehabilitace), celosvětově uznávaným oborem. V zahraničí má česká rehabilitační škola výborné jméno. Rehabilitační a fyzikální lékařství je základní lékařský obor,

jenž se prolíná většinou klinických oborů, od invazivních až po neinvazivní, od dětského věku až po senium. Disponuje sítí pracovišť lůžkového a ambulantního typu, která jsou jasně definována v koncepci oboru rehabilitačního a fyzikálního lékařství. Garantem komplexní a kvalitní rehabilitace jsou rehabilitační zařízení vedená rehabilitačním lékařem s týmem spolupracovníků. V ambulantní sféře jsou základem pracoviště typu *community based rehabilitation*, která poskytují komplexní rehabilitaci, jsou dostupná i pro hůře mobilní pacienty, včetně vozíčkářů, a poskytu-

jí rehabilitační terapii v blízkosti bydliště pacienta. Vedle dostupnosti je nutno zmínit i ekonomický přínos oproti lůžkovým rehabilitačním zařízením, která jsou určena pro pacienty s těžším postižením vyžadujícím ústavní léčbu.

## Investice, která se vyplatí

Potřebnost ambulantní rehabilitační léčby reflektuje následný pohled týkající se pouze mého pracoviště (na ostatních pracovištích je struktura léčených pacientů obdobná). Jsou zde zaměstnáni 2 lékaři

(1 FBLR, 1 neurolog), 7 fyzioterapeutů, 1 zdravotní sestra, 2 nižší zdravotničtí pracovníci. Celkový počet ošetřených pacientů za rok 2011 dosáhl 3087, věkové rozpětí se pohybovalo od 3 do 94 let. V léčení bylo v tomto období 164 pacientů nad 80 let!

## Léčba byla v roce 2011 indikována pro následující stavy:

- Časná pooperační rehabilitace včetně pooperační péče (okruh diagnóz S) se týkala 20 % pacientů, z toho 5 % všech jsou pacienti po kloubních náhradách (dg. Z966).
- Neurorehabilitační ambulantní péče u pacientů s CMP či roztrouše-

nou sklerózou mozkomíšní (okruh diagnóz G) u 8 % pacientů.

- Mononeuropatie či polyneuropatie (G629), posttraumatické postižení nervů, úžínové syndromy – 4 % pacientů.
- Rehabilitační léčbu pro výhřez disku s radikulopatií M511 podstoupilo 7,5 % pacientů.
- Těžké lumboischiadické syndromy vč. spondylolistéz bez radikulopatie M544 u 2,5 % pacientů.
- Idiopatické skoliózy (dg. M419) u 6 % pacientů, převážně dětského věku.
- Cervikokraniální syndrom, polohová vertiga, tinnitus (M530,



H819) – léčbu podstoupilo 10 % pacientů.

● Nemocní s onkologickou chorobou, paliativní léčba bolesti (diagnózy skupiny C): 25 pacientů. Zde léčba vyžaduje velmi citlivý a specifický přístup včetně psychoterapie a intenzivní farmakoterapie bolesti.

Z tohoto přehledu je patrné, že u vysokého procenta pacientů (58 % i více) se jednalo o jedince s výrazným zdravotním postižením. Zde platí, že včasná a komplexní rehabilitace umožňuje zkrácení pracovní neschopnosti, brzký návrat do pracovního procesu a zabrání rozvoji sekundárních změn s následným handicapem. Ekonomicky

by to mělo reflektovat obecně potvrzenou tezi, že 1 Kč investovaná do rehabilitace znamená celospolečenský zisk 3 Kč. To bude čím dál tím více aktuální při stárnoucí populaci, posunutí důchodového věku a potřebě udržení pracovní aptibility národa. Zde se rehabilitace ukáže jako nezastupitelná.

### Výzva k diskusi a hledání konsenzu

Změněný styl života, stres, převažující špatných ergonomických návyků znamená geometrický nárůst bolestivých stavů, kdy je řada pacientů odesílána svými PL v akutním stavu na rehabilitaci ke statim vyšetření a rehabilitace

se tak stává zařízením volby při léčbě bolestivých stavů.

Včasně vyšetření rehabilitačním lékařem, zásah myoskeletálními technikami, cílený obštrik a další reflexní techniky včetně potřebné krátkodobě nezbytné medikamentózní terapie přináší ve většině případů promptní léčebný efekt a ústup bolesti, eventuálně podstatné zkrácení pracovní neschopnosti. Následná nezbytná fyzikální terapie, zaškolení v technikách LTV, uvolnění funkčních i strukturálních změn pohybového ústrojí fyzioterapeuty, návrh změny pracovních stereotypů a ergonomických návyků je součástí komplexní rehabilitace. Často je nezbytná i in-

struktáž psychoterapeutických technik (Jacobson, Schultze).

Vaše reformní kroky, pane ministře, vítáme. Nicméně pro oblast rehabilitace musí být velmi uvážlivé a konsenzuální. Týkají se přeci zdravotního stavu obyvatelstva od novorozeneckého věku až po pokročilé stáří. Již nyní je problém s umístěním starých, imobilních pacientů do zařízení poskytujících důstojnou léčbu včetně rehabilitace. Aby rehabilitační léčba byla efektivní a ekonomická, bude zde nutná další součinnost se zdravotními pojišťovnami, s nimiž dosud existují korektní vztahy.

Je nutné připomenout vysokou erudici pracovníků tohoto oboru a srovnání s koupelemi a ma-

sážemi nám připadá přinejmenším nevhodné. Vyzýváme Vás, pane ministře, k zahájení seriózní diskuse na téma rehabilitace a varujeme před neuváženými rozhodnutími na úkor zdravotního stavu naší populace.

Jako předseda Sdružení lékařů FBLR v ČR a člen Rady Sdružení ambulantních lékařů ČR se těchto jednání za privátní ambulantní sektor velmi rád zúčastním, nejlépe společně se zástupci dalších segmentů našeho oboru.

S pozdravem a úctou

MUDr. Jiří Nedělka

ředitel Sdružení lékařů FBLR v ČR

e-mail: nedelka@rehabilitacenedelka.cz

(mezititulky redakce)

# ePreskripce SÚKL a/nebo Tramis?

Elektronickou preskripci léků lze při současném stavu techniky realizovat různými způsoby, od jednoduchých a levných až po složité a drahé. Záleží na tom, jakou máte moc a kolik do toho můžete, respektive chcete investovat, aby stál „přínos“ za to. Někde stačí papír, jinde čipová karta a ještě jinde internet nebo třeba mobilní komunikace.

Při ePreskripci SÚKL nejprve lékař se souhlasem pacienta zašle všechny potřebné preskripční údaje po internetu do Centrálního úložiště eReceptů (CÚER), obratem musí z CÚER obdržet tzv. Identifikační znak eReceptu (IZEr), který v čárovém kódu vytiskne na „opis receptu“ (viz obr.), pacient s ním jde do lékárny, ta IZEr nasnímá, respektive ručně vloží do počítače, odešle jej po internetu do CÚER, které jí opět obratem musí sdělit vše potřebné k výdeji léků. Díky zvolené technologii (lékař musí mít internet, ePodpis, lékárna tzv. VPN router) je **system technicky, provozně a finančně náročný a celoplošně ve větším rozsahu nerealizovatelný.**

Systém stál podle MZ 180 mil. Kč, přičemž běží další veřejná zakázka za 39 mil. Kč vč. DPH. Úprava jednoho typu ambulantního SW přišla na cca 270 tis. Kč (měsíc práce programátora), úprava SW konkrétní fakultní nemocnice stála cca 400 tis. Kč plus předpokládané náklady provozu cca 10 mil. Kč a postupné náklady na úpravy lékárenských SW již jdou do desítek milionů Kč. ePreskripce lze podle tohoto vzoru efektivně provozovat **pouze lokálně v rámci nemocnice** s ústavní lékárnou a vlastním intranetem, což činí např. VFN Praha a FN Plzeň. Jediným nedostatkem těchto řešení je **rozdílná struktura vlastního Identifikátoru eReceptu** jednotlivých nemocnic v čárovém kódu, který však lze **snadno odstranit**. Úpravu SW v řádu stovek tisíc, případně jednotek milionů Kč si nemocnice hradily samy.

Vlevo ePreskripce SÚKL, vpravo „počítačový“ recept s Tramisem (tisk na jakýkoli recept přímo ze SW lékáře)

### Ochrana před falešnými recepty

V systému Tramis vytiskne lékař všechny relevantní údaje na jakýkoli recept **do dvou zakódovaných řádků** čárového kódu (viz obr.) a pacient jde do kterékoliv lékárny, jež po jejich nasnímání a dekodování obdrží všechny údaje v otevřené formě. Čárový kód tak přenáší nejen **obsah receptu**, ale současně slouží jako **neopakovatelný Identifikátor eReceptu**, což může lékárna využít k ochraně před falešnými recepty komunikací přes internet nebo formou SMS (mPreskripce) s Refe-

renčním centrem receptů. K zakódování (dekódování) lékař (lékárna) potřebuje mikroprocesor, připojený k počítači jako periferie. Systém nemá problém s ochranou osobních údajů (nikde se neukládá), **je jednoduchý a celoplošně realizovatelný.**

Cena mikroprocesoru, který **de facto nahrazuje ePodpis lékaře**, se jednorázově pohybuje v závislosti na množství slévách a kurzu dolaru v rozsahu 500–800 Kč vč. DPH a náklady na úpravu kteréhokoliv typu lékařského SW vč. nemocničního činí (ve stejných sazbách jako výše) cca 8 tisíc Kč (2–8 hodin práce programátora), respektive v případě léká-

renského SW cca 18 tisíc Kč (1–2 dny práce programátora).

### Z obecných důvodů pro zavádění ePreskripce:

- Žádný ze systémů nemůže zrealizovat kompletní lékový list pacienta (má 4 zdroje, z nichž 2 nemají ani pojišťovny), nutný pro spolehlivou kontrolu interakcí předepisovaných, resp. užívaných léků.
- Snížení spotřeby léků a výdajů na ně je věcí pojišťoven, které to mohou dělat (a vlastní kontrolou snad i dělají) už 20 let.
- Ochranu proti nezachyceným falešným receptům (ztráty pojišťo-

ven cca 220 milionů Kč ročně) může podstatně lépe a levněji dělat a již léta úspěšně dělá Tramis.

● Úspora práce lékařem je v každém systému stejná.

### Nulový korupční potenciál

Pokud by otázka stála zda **ePreskripce SÚKL, NEBO Tramis**, musel by Tramis zvítězit na celé čáře. Proč se tak i přes 2 úspěšné pilotní projekty nejděje, je velmi prosté. Tramis je pro lékaře a lékárny dobrovolný, vyvinula jej parta několika nadšenců, je již 5 let **autor-sky chráněn Užítým vzorem**, a přesto nemá šanci se v širším měřítku prosadit. Skoro by se dalo říci, že má nulový korupční potenciál. Oproti tomu má ePreskripce SÚKL prakticky neomezené finanční prostředky, její protagonisté ji prosadili do zákona o léčivech, při zavádění postupuje především z pozice síly, a přesto bylo po 3,5 letech od jejího vzniku za poslední rok vystaveno zejména nemocnicemi něco kolem 100 tisíc eReceptů, ze kterých prošlo lékárnami tak 20–25 %. Přitom má SÚKL pro svoji práci formou tzv. sběru dat z lékáren ve všech běžných receptů na léky, fungujícího již více než 2,5 roku nezávisle na ePreskripci, již cca 170 milionů záznamů o tom, který lékař jak starému muži či ženě předepsal jaké léky a která lékárna je vydala.

Paradoxem je, že stejně, jako se mohl IZIP jednoduchou úpravou klidně zachránit, by se i ePreskripce SÚKL mohla využitím některých prvků Tramisu začít šířit mnohem rychleji. Na otázku, zda **ePreskripce SÚKL A Tramis** mohou třeba společně přispět k elektronizaci zdravotnictví například nastartováním anonymizovaného volného prodeje léků s PSE s omezením, však musí odpovědět MZ ČR, jako nadřízený orgán SÚKL.

Ing. Luděk Čermák

# Slovenské sestry vyšly po roce do ulic

Slovenský Ústavní soud vyhověl žádosti tamní Generální prokuratury a nařídil pozastavení zákona o minimálních mzdových nárocích sester. Zdravotnice se tak po roce vrátily k protestním akcím.

Zákon o minimálních mzdových nárocích sester a porodních asistentek vešel v platnost v dubnu tohoto roku a měl zdravotnicím zajistit vyšší mzdy. Většina slovenských nemocnic i ambulantních lékařů však neměla na navýšení mezd sestrám dostatek finančních prostředků. Na podnět Slovenskej lekárskej komory proto Generální prokuratura podala návrh k Ústavnímu soudu, který měl rozhodnout o pozastavení účinnosti zákona.

## Morální rovina

Komora argumentovala dvěma důvody – jednak nesystemovostí zvyšování mezd pouze vybraným zdravotnickým pracovníkům, jednak chybějícím finančním krytím. Soud se rozhodl prokuratuře vyhovět a pozastavit účinnost zákona do doby, než se v systému najde dostatek peněz. Stát přitom na mzdy sester již rozpustil rezervu z rozpočtu ve výši 50 milionů eur.

„Je nám z toho velmi smutno,“ ci-

toval deník Sme prezidentku Slovenskej komory sestier a porodných asistentiek Máriu Lévyovou, která neskrývala své překvapení z rozhodnutí soudu a podotkla, že problém má i morální a etickou rovínu, protože sestry nenapadly obdobný zákon o platech lékařů. Navíc by se podle ní nedostatečné finanční zdroje mohly stát důvodem k obcházení mnoha zákonů.

„Považujeme to za útok na demokracii a zvážíme podání pod-

nětu na Generální prokuraturu v souvislosti se zákony o platech například soudců, policistů nebo vojáků. Účinnost těchto zákonů by rovněž měla být pozastavena, neboť také řeší pouze jednu skupinu zaměstnanců,“ prohlásil předseda Odborového združení sestier a pôrodných asistentiek (OZSaPA) Viliam Záborský. OZSaPA je podle něho připraveno obrátit se v případě neřešení situace na evropské instituce.

## Intenzivní jednání

Sestry se na protest proti rozhodnutí Ústavního soudu rozhodly demonstrovat před budovou Slovenské národní rady, sešly se jich asi 3 stovky. V září se zdravotnice chystají před Ústavní soud.

Rozeběhla se také série jednání se zástupci parlamentu a ministerstva zdravotnictví. Ke konkrétní dohodě však zatím nedošlo. Přesto zástupci sester schůzku s předsedou parlamentu Pavlom Paš-

kou, poslanci z parlamentního výboru pro zdravotnictví a ministryni Zuzanou Zvolenskou hodnotili vesměs kladně. „Mám z toho dobrý pocit,“ komentoval jednání Viliam Záborský, podle něhož se politici snaží situaci sester řešit. Odbory ani sesterská komora prý zatím neuvažují, že by se obrátily na Generální prokuraturu kvůli zákonu, jenž zvyšuje platy lékařů.

Mária Lévyová nicméně označila situaci sester za krizovou a dodala, že věří, že je v zájmu vlády ji vyřešit. „Mám obavy, že za takovýchto podmínek se neuklidní ani vztahy na pracovištích, když lékaři od července dostali přidáno, zatímco sestrám byl zákon o mzdách pozastaven,“ připomněla pro deník Sme. Ministryně Zvolenská viní ze situace svého předchůdce Ivana Uhliarika. „Ten zákon skutečně jeví známky neústavnosti,“ uvedla.

(Zdroj: Sme)

Květa Havlová

## „Nejlinější“ země světa? Malta

Časopis Lancet uveřejnil studii zaměřenou na fyzickou aktivitu dospělých a dospívajících v jednotlivých zemích.

Autoři analyzovali údaje o fyzické aktivitě dospělých (starších 15 let) ze 122 zemí a dospívajících (ve věku 13–15 let) ze 105 států světa. Zjistili, že doporučenému množství pohybu (minimálně 5x 30 minut mírné fyzické aktivity týdně nebo 3x 20 minut intenzivního cvičení týdně) se celosvětově nevěnuje 31,1 %

dospělých obyvatel (zatímco v jihovýchodní Asii jde asi o 17 % lidí, v Americe či na Blízkém východě se jedná o 43 % obyvatel). Nedostatečný pohyb byl zjištěn častěji u žen než u mužů, je pravděpodobnější ve vyšším věku a v bohatých státech. Podíl dospívajících, kteří věnují fyzické aktivitě méně než 60 minut denně,

dosahuje 80,3 % (opět jsou nejlinější chlapci než dívky).

Jak upozorňují autoři studie, důležitost pohybu je třeba neustále zdůrazňovat, neboť představuje významnou prevenci řady tzv. civilizačních chorob. Nedostatek fyzické aktivity stojí podle Lancetu za 6–10 % případů čtyř skupin závažných nemo-

cí – kardiovaskulárních chorob, diabetu 2. typu, rakoviny prsu a tlustého střeva. V roce 2008 byl ve světě příčinou 5,3 milionu úmrtí (z celkového počtu 57 milionů úmrtí).

## Malta vs. Bangladéš

Nejaktivnější lidé žijí v Bangladéši (doporučené množství pohybu zde nemá pouhých 4,7 % obyvatel), na druhém konci žebříčku stojí Malta s téměř 72 % neaktivních obyvatel. Ve Spojených státech amerických se pohybové aktivitě nevěnuje 41 % lidí, v Kanadě pak 34 %. Z vyspělých



Ilustrace: foto: Shutterstock

Podíl fyzicky neaktivních obyvatel podle jednotlivých evropských zemí

Země	Neaktivní obyvatelé (%)	Muži (%)	Ženy (%)
Belgie	42,7	40,4	45,0
Bosna a Hercegovina	33,6	30,3	37,0
Bulharsko	26,8	24,7	28,8
Česko	25,0	27,6	22,3
Dánsko	35,1	34,8	35,4
Estonsko	17,2	15,7	18,8
Finsko	37,8	40,8	34,9
Francie	32,5	27,7	37,2
Gruzie	22,3	21,1	23,5
Chorvatsko	23,6	26,2	21,0
Irsko	53,2	47,8	58,5
Itálie	54,7	49,6	59,8
Kazachstán	31,5	32,0	31,0
Kypr	55,4	48,1	62,6
Litva	22,6	20,3	24,9
Lotyšsko	32,0	28,1	35,9
Lucembursko	47,7	49,9	45,5
Maďarsko	26,0	26,4	25,6

Země	Neaktivní obyvatelé (%)	Muži (%)	Ženy (%)
Malta	71,9	70,7	73,1
Německo	28,0	27,5	28,5
Nizozemsko	18,2	21,3	15,2
Norsko	44,2	43,3	45,0
Polsko	27,6	23,5	31,6
Portugalsko	51,0	47,5	54,4
Rakousko	34,8	30,3	39,2
Rumunsko	38,7	31,2	46,2
Rusko	20,8	22,7	18,8
Řecko	15,6	16,7	14,5
Slovensko	22,2	23,3	21,2
Slovinsko	30,0	26,5	33,6
Srbsko	68,3	63,2	73,3
Španělsko	50,2	47,4	53,1
Švédsko	44,2	44,1	44,3
Turecko	56,0	49,5	62,5
Ukrajina	18,4	20,4	16,3
Velká Británie	63,3	58,0	68,6

zemí skončila na jednom z posledních míst Velká Británie (žije v ní 63,3 % pohybově neaktivních lidí) a také například Japonsko (60,2 %)

V Evropě patří na přední místa v počtu aktivních obyvatel Řecko (pouze 16 % neaktivních), Estonsko (17 %) a Nizozemsko (18 %), nejhůře dopadla v hodnocení již zmíněná Malta. Z afrických zemí stojí na opačných koncích žebříčku Mozambik (7,1 % fyzicky neaktivních obyvatel) a Kongo (48,6 %), z arabských zemí Tunisko (35,9 % neaktivních) a Saúdská Arábie (68,8 %). Jihoamerickým zemím vévodí Guatemala (16,2 % obyvatel bez doporučeného množství pohybu) a Argentina (68,3 %), v Asii pak již zmíněná Bangladéš, na opačném konci žebříčku se nachází Mikronésie (66,3 % neaktivních).

(Zdroj: Lancet, Guardian)

(kha)

Pozn.: Tabulku obsahující údaje ze všech 122 zkoumaných zemí najdete na stránkách časopisu Lancet nebo na internetových stránkách časopisu Guardian.

# Studie: Za zbytečnými úmrtími v nemocnicích často stojí mladí lékaři

Vědci z Londýnské školy hygieny a tropické medicíny, Newcastleleské univerzity a Královské univerzity v Londýně zjistili, že je možné předejít téměř 12 tisícům případů úmrtí v anglických nemocnicích ročně.

Autoři studie zkoumali záznamy náhodně vybraných pacientů z 10 anglických nemocnic spadajících pod Národní zdravotní službu (NHS), kteří zemřeli v roce 2009.

Za jednoho z hlavních viníků zbytečných úmrtí ve zdravotnických zařízeních NHS označili lékaře v předatestační přípravě, kteří jsou často bez pomoci zkušenějších kolegů ponecháni i u velmi složitých případů.

## Chybné změny

K nejčastějším fatálním chybám, jichž se mladí lékaři bez pomoci dopouštějí, patří chybné stanovení diagnózy, opožděné nasazení potřebné léčby nebo podání neadekvátní dávky léčiva. Nejvyšší riziko chyby ze strany lékaře se vyskytuje u starších pacientů trpících více zdravotními problémy najednou. Jako příklad autoři studie uvádějí případ asi šedesátiletého muže, jemuž byla chybně

diagnostikována rakovina močového měchýře, ačkoli ve skutečnosti trpěl městnavou srdeční slabostí. Nesprávné stanovení diagnózy pak vedlo k předepsání zbytečného zákroku, během něhož pacienta postihla srdeční příhoda, jež nakonec vyústila v selhání životně důležitých orgánů a smrt. Pokud by ošetřující lékař věnoval pozornost anamnéze nemocného, zjistil by historii srdečního onemocnění.

Navzdory znepokojivým údajům, které studie přinesla, se z hlediska celkového počtu úmrtí pacientů v nemocnicích, jimž bylo možné předejít, jedná o poměrně pozitivní čísla. Předchozí výzkumy ministerstva zdravotnictví totiž počet těchto úmrtí v Anglii odhadovaly až na 40 tisíc ročně. Britská vláda již v minulosti přislíbila situaci řešit, například zmínění lékaři v předatestační přípravě by od příští-



Ilustrační foto: Shutterstock

ho roku neměli minimálně první týden ve zdravotnickém zařízení sami rozhodovat o léčbě, ale pouze by měli doprovázet svého zkušenějšího kolegu.

(Zdroj: Medicaldaily.com)

Květa Havlová

## Krátce ze světa

- Několikamilionové odškodné získala v rámci smírčí dohody s britskou společností Diageo padesátiletá **Australanka** Lynette Roweová, která se narodila bez horních i dolních končetin poté, co její matka během gravidity užívala lék thalidomid, v 50. letech a začátkem 60. let běžně předepisovaný přípravek na těhotenské nevolnosti. Podle právních zástupců ženy by se tak nyní mohla otevřít cesta ke kompenzacím i pro další postižené, jež firmu žalují. Thalidomid, vyráběný německou společností Grünenthal, byl z trhu stažen v roce 1961, když se prokázalo, že jeho užívání vede k deformacím plodu. Po celém světě se narodilo okolo 10 tisíc postižených dětí. Diageo, která převzala původní firmu distribuující thalidomid v Austrálii, v roce 2010 souhlasila s vyplacením 50 milionů australských dolarů 45 australským a novozélandským obětem přípravku, jež žádaly o pomoc s rostoucími náklady na zdravotní péči. Lynette Roweová žalovala i Grünenthal, společnost však urovnání odmítla s odůvodněním, že tehdy postupovala v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky.

- Odškodné ve výši 1,8 milionu eur přičkl **turínský** soud rodině mladé ženy, jež před 24 lety jako 5letá upadla do komatu po očkování proti tetanu. Podle soudu lékaři adekvátně a včas nezareagovali na zdravotní potíže, které se u dítěte po vakcinaci objevily, a nezabránili tak vhodnou léčbou upadnutí do komatu, v němž žena setrvává do-

dnes. Podle agentury DPA patří výše odškodného, které má zaplatit region Piemonte, k vůbec nejvyšším, jež byly v podobných případech obětem přirčeny.

- **Německé** úřady řeší podle tamních médií pravděpodobně největší transplantační skandál v historii země – bývalý vrchní lékař univerzitní nemocnice v Göttingenu čelí podezření, že u některých pacientů zfalšoval záznamy tak, aby u nich uspěl provedení transplantace orgánů. Vyšetřovatelé uvedli, že se tak stalo nejméně v 25 případech, přičemž minimálně v jednom z nich lékař inkasoval vysokou odměnu. Kauza vyšla najevo poté, co chirurg pomoci nepravdivých údajů a za vysoký úplatek upřednostnil ruského pacienta čekajícího na transplantaci jater, na niž navíc neměl v Německu právo.

Vyšetřovatelé připouštějí, že se zmíněný lékař na podvodech nepodílel sám, což ostatně potvrzuje i předseda tamní komise pro transplantace Hans Lilie. „Je jisté, že to nemohla být jen jedna osoba,“ cituje jej deník Süddeutsche Zeitung, podle kterého úřady v souvislosti s případem vyšetřují i dva pracovníky společnosti ze Severního Porýní-Vestfálska poskytující služby zdravotnickým zařízením. Podezřelý chirurg, jenž všechna obvinění odmítá, byl vyšetřován již na svém bývalém pracovišti v Řezně, když odtud odvezl do Jordánska játra a transplantoval je ženě, kterou úřadům vydával za pacientku řezenské nemocnice. Vyšetřování však bylo zastaveno.

- Počet případů černého kašle dosáhl ve **Spojených státech amerických** 18 tisíc, nemoc si vyžádala 9 lidských životů. Tamní úřady se obávají, že v zemi hrozí nejhorší situace za posledních 50 let. Důvodem tak strmého nárůstu pacientů s černým kašlem může být podle odborníků postupně slábnoucí ochrana očkování a také rostoucí počet rodičů, kteří odmítají nechat své děti očkovat. Nejhuře byly černým kašlem zasaženy státy Wisconsin a Washington, v obou bylo zaznamenáno na 3 tisíce nemocných. Nejvíce případů černého kašle se v současnosti objevuje u dětí ve věku 10 až 14 let.

- Vedení nemocnice v **dánském** Slagelse bylo nuceno kvůli vadnému sterilizátoru kontaktovat na 700 bývalých pacientů, kteří by měli podstoupit testy na HIV či žloutenku. Od července loňského roku totiž v nemocnici neprobíhala dostatečná sterilizace nástrojů. „Riziko nákazy je minimální, ale nabídlisme pacientům provedení testů, pokud si to budou přát,“ ujistil jeden z tamních lékařů Ove Bendtsen.

- Pobouření mezi odbornou i laickou veřejností vyvolala výzva **řeckých** neonacistů, aby tamní obyvatelé darovali krev pouze Řekům, kteří ji potřebují. Za akcí stojí kontroverzní ultrapravicová strana Zlatý úsvit, která v posledních parlamentních volbách získala necelé dvě desítky poslanců. „Všechny krevní konzervy, jež získáme, budou předány pacientům, které sami vybereme, nikomu jinému. Toto právo na výběr

náleží nejen členům Zlatého úsvitu, ale i všem dobrovolným dárcům,“ napsala strana ve svém prohlášení a deklarovala, že se jí pro tento zámer podařilo získat jednu z athénských nemocnic. Její představitelé to však odmítli a potvrdili, že nechystají žádná diskriminační opatření a krev budou i nadále poskytovat všem potřebným pacientům.

- Podle studie **Centra pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC)** pije alkohol během těhotenství každá třináctá **americká** žena. Překvapivým zjištěním je podle autorů zprávy fakt, že se toto chování nejčastěji vyskytuje u starších a vzdělaných žen – u 14 % gravidních mezi 35 a 44 lety. V rámci studie pracovníci CDC analyzovali údaje od více než 340 tisíc těhotných. Požívání alkoholu během posledních 30 dnů přiznalo 7 % z oslovených.

- Statisícům **pákistánských** dětí znemožnil zákaz vydaný Talibanem podstoupit imunizaci vůči dětské obrně. Představitelé tohoto radikálního hnutí totiž odmítli očkovací kampaň v Severním a Jižním Vazírístánu povolit do doby, než americká armáda ukončí veškeré vojenské akce v regionu. Pákistán přitom patří k jedné ze tří zemí, kde se dětská obrna vyskytuje endemicky.

- Podle organizace **Save the Children** se počet podvyživených dětí ve světě za posledních 10 let zvýšil o 1,5 milionu. K dostatečné výživě tak v současnosti nemá přístup téměř 60 milionů dětí, což je nejvíce za celé sledované období.

Z údajů organizace nicméně vyplývá, že se celkově zlepšil zdravotní stav dětí i jejich šance na vzdělání. Nejlépe se podle Save the Children daří nejmenším v Japonsku, Španělsku a Německu, posledních 10 míst pomyslného žebříčku pak obsadily nejchudší africké státy. Nejhorší situace z hlediska malnutrice panuje v tzv. Africkém rohu, kde jí trpí na 900 tisíc dětí.

- Úřady **indického** státu Čhattisgarh vyšetřují sérii obvinění, podle nichž tamní soukromá zdravotnická zařízení přinutila kvůli podvodům na státním zdravotním pojištění tisíce žen podstoupit hysterektomii. Na základě indické legislativy z roku 2007 mohou nemocnice a další zařízení požadovat od státu 30 tisíc rupií (545 dolarů) za každou rodinu žijící po hranici chudoby, kterou ošetří. Vyšetřovatelé uvádějí, že k hysterektomii bylo za posledních 30 měsíců přinuceno až 7 tisíc žen, nejčastěji po stanovení falešné diagnózy.

- **Světová zdravotnická organizace (WHO)** varovala před kritickou situací panující v **jihosomálském** městě Kismayo. Hrozí zde totiž vypuknutí epidemie cholery. Podle WHO bylo od počátku roku zaznamenáno téměř 650 pacientů s podezřením na tuto nemoc, většinu z nich tvořily děti mladší 8 let. Situace v regionu je velmi obtížná, neboť Kismayo ovládají tamní islámské milice, a zásobování potřebnými léky je proto značně zkomplikováno.

(Zdroje: ČTK, Reuters, BBC, Chicago Tribune, Science Times)

(kha)

## ZE ZAHRANIČÍ

Lékař jako **sexuální útočník?**

Vedení švýcarské lékařské komory (FMH) se mimo jiné zabývá prevencí sexuálních deliktů ze strany lékařů.

Jedním z podnětů k této činnosti se stalo šetření, o němž veřejnost informoval basilejský psychiatr a uznávaný odborník v této oblasti Werner Tschan. Ten uvádí, že ve Švýcarsku ročně dochází zhruba ke 14 tisícům sexuálních deliktů a vina se bohužel nevyhýbá ani lékařům. Sexuální vztah s pacientem přiznala 4 % tamních lékařů. Přítom jen zlomek sexuálně motivovaných přečinů se podaří prokázat a potrestat. Pacienti bývají v příliš závislém postavení, nejdříve lékaři maximálně důvěřují, ale i v situaci, kdy již důvěru ztrácejí, nebvývají schopni dostatečné obrany. Švýcarská psychiatrická společnost zaslala v mi-

nulosti lékařské komoře otevřený dopis s cílem přimět ji k razantnějším opatřením.

**Zákaz činnosti a medializace**

K zesílení pozornosti lékařů vůči tomuto tématu nedávno v tisku vyzval také vaudský kantonální lékař Jean Martin, protože se pacienti se svým podezřením či špatnými zkušenostmi obracují rovněž na zdravotnické odbohy kantonálních úřadů. Poukázal na nutnost dodržovat preventivní opatření, k nimž například patří, aby lékař ihned přerušil kontakt s pacientem (pacientkou) alespoň na 3 až 6 měsíců, povšimne-

li si, že se začíná (ať u lékaře či pacienta) projevovat „milostné vzplanutí“. Zejména v oblasti gynekologie by u některých vyšetření neměl lékař zůstat sám, ale měla by být přítomna sestra. Pokud lékař „podlehne pokušení“, musí podle Martina následovat přísný trest, včetně odebrání povolení k výkonu profese a zveřejnění jeho případu v kantonálním tisku. Objevila se i úvaha o zavedení registru lékařů, kteří se již jednou sexuálně motivovaného nežádoucího skutku dopustili. Takový registr by byl pomocníkem pro kantonální úřady, aby se včas dozvěděly o minulosti lékaře, který se rozhodne

přestěhovat z jednoho kantonu do druhého.

**Lékaři-oběti většinou mlčí**

Švýcarská lékařská komora se s těmito podněty a varováními ztotožňuje. Kolegové, kteří si u lékaře povšimnou podezřelého chování, by si svůj poznatek neměli ponechat pro sebe. Nevhodné sexuální zaměření vůči pacientům by se mělo léčit stejně jako alkoholismus, uvádí FMH.

Média zveřejnila některé případy, kdy si pacientky například stěžovaly, že je lékař fotografoval nahé, ač k tomu nebyl racionální důvod. Jedna uvedla, že se jí lékař

ptal, zda vůbec někdy prožila „ten správný“ orgasmus. „Pokud ne, můžu se vám o něj postarat,“ řekl údajně lékař. Zajímavé ovšem je, že pokud se naopak lékař stal obětí sexuálního nátlaku ze strany pacientky, pak se o takovýchto případech spíše mlčí, jako by se odborníci zveřejnění zmíněných choulustvých událostí obávali více než jejich klienti. Skandály tohoto druhu se nevyhýbají žádné zemi. Například v SRN se nedávno vyskytla žaloba uplatněná 35letou pacientkou vůči 72letému gynekologovi. V Rakousku byl zase obviněn ze šíření dětské pornografie 45letý lékař.

Vladimíra Bošková

USA: Ekonomická krize **podporuje týrání dětí**

Ve Spojených státech amerických stoupá podle jedné ze studií v posledních několika letech počet případů fyzického týrání dětí. Autoři výzkumu nárůst připisují především ekonomické krizi.

Studie vedená dr. Joanne Woodovou z Filadelfské dětské nemocnice, jejíž výsledky uveřejnil časopis Pediatrics, uvádí, že ačkoli celkový počet případů poranění u dětí od počátku 21. století poklesl o 0,8 %, za stejnou dobu se zvýšil podíl případů fyzického násilí na dětech a poranění mozku u nejmenších. V letech 2000–2009 nemocnice zaznamenaly

nárůst hospitalizací dětských pacientů kvůli domácímu násilí o 0,79 %, u poranění mozku se pak jednalo o 3,1% navýšení. Každým rokem sledovaného období se počet hospitalizací navýšil u týraných dětí o 3 %, u poranění mozku dětských pacientů způsobených s největší pravděpodobností domácím násilím pak o 5 %.

„Skutečnost, že s prohlubující se

ekonomickou krizí stoupá četnost domácího násilí a týrání dětí, je dlouhodobě známá. Zarazilo nás, že ačkoli zdravotníci hlásí počet takových případů stále častěji, národní statistiky udávají opačný trend,“ komentovala výsledky studie Joanne Woodová. „Proto jsme se zaměřili na analýzu záznamů jednotlivých nemocnic z dlouhodobého hlediska.“

**Lepší spolupráce s úřady**

Dr. Woodová zdůrazňuje, že je třeba, aby v rámci prevence a odhalování domácího násilí na dětech odpovědné úřady více komunikovaly se zdravotnickými zařízeními. „Navíc nám výsledky jasně ukazují, jaký stres znamená pro rodiny především nejistota v otázce splácení hypoték či půjček a jaké může mít následky. Vzhledem k tomu, že se ekonomická krize pravděpodobně bude prohlubovat i v následujících letech, je nutné se na tento aspekt zaměřit a nabídnout rodinám v těžké situaci účinnou podporu,“ dodává vedoucí výzkumu. Pracovníci sociálních institucí by se podle autorů studie měli u rizi-

kových rodin více zaměřit právě na prevenci násilí na dětech.

„Podobné výzkumy nám sice neřeknou, jaký podnět bude u konkrétní rodiny spouštěcím faktorem násilí, ale dobře ilustrují, jaký dopad má ekonomická krize na rodinu obecně. Pro mě jako lékaře jsou upozorněním, abych při práci s členy rodiny, o níž vím, že se nachází v tíživé finanční situaci, byl schopný těmto lidem věnovat adekvátní pozornost, odhalil případné rizikové chování a nasměroval je na organizace, u nichž mohou hledat pomoc,“ říká jeden z lékařů Filadelfské dětské nemocnice David Rubin.

(Zdroj: Medicaldaily.com)

(kha)



Ilustraci foto: Shutterstock

**WHO ocenila čínského ministra zdravotnictví**

Světová zdravotnická organizace (WHO) se rozhodla ocenit snahu čínské vlády o snížení počtu kuřáků v zemi.

V Číně v současnosti žije na 300 milionů kuřáků, což představuje plnou třetinu celkového počtu kuřáků ve větě. Tamní tabákový průmysl navíc patří k největším a také nejvlivnějším na světě – sponzoruje prakticky vše, od sportovních událostí



Chen Zhu. Foto: Wikimedia

Chen Zhu. Foto: Wikimedia

WHO se rozhodla udělit čínskému

ministrowi zdravotnictví Chen Zhuovi, jenž má na probíhajících změnách v přístupu země ke kouření největší podíl, oficiální ocenění. V loňském roce jej obdržela australská premiérka Nicola Roxonová za prosazení jedné z nejpřísnějších protita-

bákových legislativ na světě. Podle WHO země každým rokem na následky kouření téměř milion lidí a její zástupci varují, že nebudou-li přijata další opatření, může se toto číslo do roku 2030 vyšplhat až na 3 miliony.

(Zdroj: Medicaldaily.com)

(kha)

# Jsem zvyklá nosit hidžáb

Sestra **Petra Růžičková** jezdí jako členka Lékařů bez hranic na mise již pět let. Poslední z nich absolvovala jako polyvalentní sestra a manažerka sesterské péče v Iráckém městě Nadžabu. Oproti očekávání se zde ze všech misí cítila nejbezpečněji.

**N**a první misi jsem vyjela v roce 2007. V té době jsem byla zaměstnána pouze u Lékařů bez hranic (MSF), po třetí delší misi jsem v roce 2009 nastoupila do Ústřední vojenské nemocnice v Praze, kde pracuji



Petra Růžičková

v operativním týmu. Nejde o sestru na operačním sále, za niž jsem občas chybně považována, nýbrž o nový systém týmu sester, které nepracují na jednom oddělení, ale tam, kde jsou zrovna potřeba. Naše spektrum je hodně široké – interna, chirurgie, občas i JIP nebo sociální lůžka.

Mám výhodu, že mě zaměstnavatel po dobu mise pouští na neplacené volno a drží mi moji pracovní pozici. Takhle už jsem byla na misi dvakrát na tři měsíce. Beru to od zaměstnavatele jako velmi vstřícné gesto. Je to spíše výjimka. Většinou zdravotníci z MSF nemají jiný pracovní úvazek, jezdí pouze na mise a teprve poté někde nastoupí do práce.

## Hlavní cíl – snížení novorozenecké úmrtnosti

Naposledy jsem vyjela na misi od září do prosince 2011. Pracovala jsem v nemocnici pro matku a dítě v iráckém Nadžabu, což je asi 160 km od Bagdádu. Působili jsme převážně v porodnici, na operačních sálech a na neonatologickém oddělení. Naším hlavním cílem bylo snížení tamní novorozenecké úmrtnosti. Moje pozice se nazývala polyva-

lentní sestra, což zahrnuje široké spektrum činností, dá se ale říci, že šlo především o management sesterské práce.

Mise do Iráku byla trochu nestandardní. Většinou MSF vyjíždí do chudých zemí, kde není vůbec žádný sys-

tém zdravotní péče. Úplně chybí zdravotnický personál i technické vybavení. V Nadžabu šlo o referenční nemocnici pro celou oblast, dobře technicky vybavenou, s monitory a inkubátory, na které u Lékařů bez hranic nejsme zvyklí. Paradoxně v MSF ani nemáme protokoly na to jak se starat o děti v inkubátorech, protože na většině míst tyto přístroje vůbec nejsou.

Například v Africe ani není vhodné inkubátory používat. Většinou zde není zavedena elektrika, nemocnice má jen generátor, který nefunguje celých 24 hodin nebo má nezářící výpadky. Také v okolí často není žádný expert, který by případně uměl rozbít inkubátor opravit, je obtížné sehnat náhradní díly a inkubátor vyžaduje čistotu, což nelze vždy zaručit. V Africe se dobře uplatnila „klokánková metoda“, kdy matka nosí nedonošené dítě přímo na těle, kde má novorozenec zaručené žádané teplo.

## Bez sterilizace to nejde

Přestože v Nadžabu přístroje měli, kojenecká úmrtnost byla stále vysoká. Zásadní problém spočíval v tom, že se o moderní vybavení nikdo nestaral, přístroje čas-



Foto: archiv Petry Růžičkové

to nefungovaly, nebyly správně udržované. Když se rozbil ventilátor, nikdo jej neuměl opravit. Tomu odpovídala i kvalita péče. Další zvláštností bylo, že mnoho iráckých žen raději rodí v nemocnici než doma, jak jsme na misích MSF jinak zvyklí. V této referenční nemocnici se narodilo více než 50 procent všech dětí z celé oblasti Nadžabu. Vysoká úmrtnost byla způsobena především nekvalitní péčí. Nefungovala základní hygienická opatření ani systém sterilizace, sestry neuměly používat sterilní nástroje či sterilní rukavice. Ani resuscitace novorozenců nebyla úplně zvládnutá, protože dětský lékař nebyl vždy přítomen na sále, takže to často zůstávalo na sestřích.

My z MSF jsme nejvíce práce věnovali školení veškerého lékařského i sesterského personálu. Druhým úkolem bylo zavedení hygienických opatření – kontrola procesu a vysvětlení, co všechno obnáší, že nejde jen o mytí rukou (což tady mimochodem také moc nefungovalo), ale že jsou dané standardy, které se musí pro zamezení infekce dodržovat.

## Zapojení sester do debat o systému

Nemocnice byla oproti ostatním, kde jsem s MSF působila, obrovská. Pracovalo tu asi 300 sester. Zdravotníci z MSF většinou pracují v manažerských rolích, a pokud to jde, spolupracujeme s místními zdravotníky, což zde fungovalo. Ve zdejší nemocnici jsem působila jako konzultantka vrchní sestry, tuto pozici zde zastával muž. Po-

máhala jsem s lepší organizací péče a jejím zkvalitněním.

Problémem byla široká škála vzdělání sester. Některé byly vyškoleny pouze v krátkých kurzech během války, zároveň však zdejší sestry mají možnost získat univerzitní vzdělání. V nemocnici jsem měla sestru, která měla magisterský titul, a zároveň sestry, které neuměly ani číst a psát. Samozřejmě jsem musela spolupracovat i s lékaři, což byl v Iráku trochu problém. Zvláště na téhle misi jsem markantně cítila, jaký rozdíl lékaři dělají mezi vlastním a sesterským postem. Na sestry se tu dívají hodně z vrchu, ale pomohla mi jazyková znalost a povědomí o jejich kultuře, což lékaři oceňovali. Jedním z mých úkolů bylo tento stav zlepšit a začít mluvit o tom, že sestry jsou důležité. Plno mých činností spočívalo v zapojení sester do debat o systému tamní péče. Že mají mít co říci na schůzích nemocnice a snažit se, aby lékaři měli na paměti, jak jsou sestry v nemocnici důležité.

Iráčtí lékaři jsou velmi dobře vzděláni, ale během války jich bylo mnoho zabito a zbylí z velké části utekli do zahraničí. Diaspora iráckých obyvatel je jednou z největších na světě. Celkově uprchlo mnoho vzdělaných lidí, takže chybí vyškolený personál. Počet lékařů pokrývá potřeby, ale není dostatek všech specialistů. Navíc lékaři mají zájem pracovat na svých soukromých klinikách, takže se na službách v nemocnici nezdržují tak často, jak by měli, a nemohou tak plnit všechny své povinnosti. Často pak práce zůstává právě na sestřích, kte-

ré ale nemají vždy odpovídající vzdělání k tomu, aby péči poskytl kvalitně. Sestry to pak hodně často odnášely.

## Kousek od Babylonu

Měla jsem výhodu, že jsem již v arabských zemích žila. Irák není ani mezi humanitárními pracovníky příliš vyhledávanou oblastí, protože má stále punc nebezpečné země. Ale to na mnoha místech neplatí. Konkrétně Nadžabu bylo jedno z nejbezpečnějších míst z celého Iráku. V Bagdádu je naopak situace velmi riziková a MSF tam má pouze program psychologické a psychiatrické pomoci. Z bezpečnostních důvodů v místě nepůsobí cizinci, ale vyškolení místní lidé a kontrola probíhá většinou na dálku.

Nadžabu je centrem Šíitů, je zde hrobka proroka Alího, a proto je významným poutním místem. Na rozdíl od Bagdádu, kde je nálada uvolněnější, jsou v Nadžabu, vzhledem ke svatosti místa, aplikována trochu přísnější pravidla, která jsme z respektu taktéž dodržovali. My ženy jsme na hlavě nosily hidžáb a mimo areál nemocnice i dlouhou černou abāju, což je plášť, který zahaluje celé tělo (v nemocnici jsme měly klasický lékařský plášť), nekouřily jsme či nesportovaly na veřejnosti, muži chodili pouze v dlouhých kalhotách. Dále například během období svátků, kdy se drží dva měsíce smutek, jsme ani my nepořádali žádné oslavy, chodili převážně v tmavém oblečení a celkově se chovali s respektem. Nebyla to žádná přísně daná nařízení, jednali jsme tak z vlastní vůle, protože jsme chtěli být místními co nejvíce přijímáni. Je pravda, že pro některé dívky z týmu nebylo úplně jednoduché zvyknout si na dlouhou abāju, hidžáb a zákaz kouření, ale já před tím již žila tři roky v Saúdské Arábii, takže jsem na tradiční oděv žen byla zvyklá. Také jsem již chápala jejich kulturní zvyklosti, což mi usnadnilo přístup k místním, domluví se i trochu arabsky. To mi v mé práci rovněž pomohlo. Mise do Iráku pro mě byla nejvolněnější. Ale také jsme měli své bezpečnostní limity a do některých míst jsme vůbec nesměli. Smutné bylo, že jsme pobývali kousek od Eufratu, Babylonu, a nemohli se tam podívat, ale mise není dovolená. Mohli jsme však do města či do restaurace, na rozdíl od mých předešlých misí, kde jsem často po šesté hodině večer nesměla vůbec vycházet ven.

zapsala Petra Klusáková



Foto: archiv Petry Růžičkové

# „Prague Selective Program“ popatnácté

Pod vedením MUDr. Martina Jana Stránského se u nás každé letní prázdniny koná edukační program pro zahraniční studenty medicíny. Za dobu existence programu se jej zúčastnilo již 1000 mediků z celkem 47 lékařských zahraničních fakult. Letos proběhl ve dnech 9.–27. července.

Na Prague Selective Program se do Prahy sjíždějí medicí doslova z celého světa. Mezi stovkou letošních frekventantů dorazil z největší dálky student z Tasmanie. Podle informací doktora Stránského se jím pořádaný program jako jediný v ČR zařadil do nabídky mezinárodního katalogu International Health Medical Education Consortium Catalogue. Ten nabí-

zí předem schválené stáže pro studenty amerických lékařských fakult v zemích celého světa.

## Po stáži na seminář

Dopoledne jsou medicí celé tři týdny na stážích v největších pražských nemocnicích. Odpoledne mají semináře, na kterých se rozebírají různé zdravotnické modely a systémy. Cílem progra-

mu je podle doktora Stránského rovněž pozitivně ovlivnit jejich způsob myšlení, a to nejen o medicíně. Již tradičně se zúčastňují neformální diskuse s velvyslancem USA v České republice Normanem L. Eisenem. Na jednom ze seminářů vystoupil také poradce ministra zdravotnictví ČR MUDr. Pavel Vepřek.

Jana Jilková



Přednáška MUDr. Pavla Vepřeka. | Foto: Leoš Chodura

## Poradce pro každého

MUDr. Martin Jan Stránský je vedoucím edukačního projektu pro zahraniční mediky Prague Selective Program zařazeného do sítě obdobných akcí v nabídce prestižního International Health Medical Education Consortium Catalogue.

Stáže mediků z celého světa trvají vždy tři týdny a odehrávají se v průběhu letních prázdnin. Doktor Stránský je nejen hlavním organizátorem veškerého dění v rámci programu, ale také vede semináře, které jsou jeho součástí. Požádali jsme jej o zhodnocení akce.



Foto: Leoš Chodura

**Jak vás napadlo zapojit se do mezinárodního programu pro mediky? Proč jste se jej u nás ujal právě vy?**

Pokud vím, jsem momentálně v ČR jediným lékařem, který absolvoval veškeré své lékařské vzdělání v USA a má zároveň aktivní akademickou i klinickou praxi v obou těchto státech. Ostatně krátce po svém návratu do republiky na začátku 90. let jsem se díky tomu stal „poradcem pro každého“. On člověk nemusí být vůbec dobrý, stačí být první. Radil jsem v prezidentské kanceláři a prakticky všem ministrům, a tak jsem se začal zajímat i o různé zdravotnické systémy například z hlediska jejich ekonomiky. Strašně rád učím, v USA se jako primář i zcela specificky zaměstnávám tím, abych učil jak myslet – ovšem v obecné rovině, nikoli zúženě, třeba jen výzkumem, jak se jím zabývají ostatní kolegové.

Proto jsem se rozhodl zkombinovat tyto dvě věci do programu, kde na jedné straně pochytíme mladé studenty na začátku výuky a jako by prozradíme určité věci, které se

třeba nedozví, co se týče toho myšlení. A zároveň jim představíme různé zdravotnické systémy, což je důležité hlavně pro Američany, protože lidé v USA mají sklon myslet si, že celý svět je jako Amerika, a ono to tak ve skutečnosti není.

## Ve které fázi studia medicíny studenti přicházejí?

Nemáme to limitované, ale upřednostňujeme mediky na začátku studia. Tady je ale důležité poznamenat, že v řadě zemí světa před studiem medicíny její budoucí posluchači musí úspěšně absolvovat několikaleté vysokoškolské studium.

## Jak probíhají jejich stáže v pražských nemocnicích?

Nemocnice studenti každý týden střídají, takže všichni vidí, jak to chodí minimálně ve třech zařízeních. Frekventanty rozdělujeme do maximálně osmičlenných

skupin a jsou pod přímým dohledem primáře nebo některého asistenta. Chodí s lékaři na vizitu, ale třeba i na operační sál a někdy tam asistují, jindy pracují na ambulanci. Prostě se zúčastňují dění. Velice to oceňují a váží si toho. Lékaři, které na to máme vybrané, už výborně prošli i zpětným hodnocením studenty.

## Kam se těší nejvíce?

Samozřejmě rádi vidí operační sály a to drama tam, takže cho-

dí například k docentu Tichému na neurochirurgii, boduje rovněž kardioplastická chirurgie ve Všeobecné fakultní nemocnici. Ale nové je pro ně všechno, a tak máme výhodu, že nadšení jsou vlastně z čehokoli, co pro ně vybereme. Díky lékařům zapojeným do programu to funguje velice dobře.

**Právě jste vedl seminář „From Ethos to Dollars“. Mluvil jste v něm i o poměrech v našem zdravotnictví. Komentoval jste snímek nabídky cigaret u hlavního vchodu do vinohradské nemocnice, předpotopní vozík na nemocniční chodbě u boromejek, popisoval korupci... Jsme stále považováni za „divoký východ“?**

Tato země ještě prochází transformací, a to i transformací společ-

nosti. Trafika, kde se prodávají cigarety a doutníky vedle hlavního vchodu do nemocnice, je tu ještě přípustná. To, co jsem popisoval, má i své historické důvody, ale pro lidi z jiných zemí to přípustné není. Pro mě je důležité rozšiřovat jim obzory. Chci, aby si uvědomili, že zdravotnictví má různé komponenty a tou hlavní je je postoj ke kultuře přístupu ke zdraví. Nejsme tu od toho, abychom medicím říkali, co je dobré a co špatné, ale abychom je upozornili, že lékaři sice léčí různě, nicméně charakteristika dobrého lékaře je ve všech zemích stejná. Zdravotnické systémy také léčí různě, ale charakteristiky mají úplně rozdílné. Je zajímavé to studentům předkládat. Chci, aby dospěli k vlastnímu názoru, co je a co není důležité.

Jana Jilková

## Esperanto slouží medicíně

Na Slezské univerzitě v Opavě se uskutečnil Mezinárodní lékařský esperantský kongres, který je v dvouletém intervalu pořádán již od roku 1977. Česká republika a město Opava byly pro konání lékařského esperantského kongresu vybrány po třinácti letech již podruhé.

Letošní setkání předních lékařských odborníků používajících ke komunikaci esperanto v Opavě hostili 10.–15. července. Pořadatelem byl Světový lékařský esperantský svaz (Universala Medicina Esperanto Asocio) založený již v roce 1908. Zúčastnilo se jej padesát lékařů a zdravotnických pracovníků z mnoha evropských zemí, ale i z Iránu. Hlavní tématem byla deprese jako hrozba 21. století. Letošním kongresem ukončil po mnoha letech funkci prezidenta Světového lékařského esperantského svazu Imre Ferenczy, emeritní hlavní lékař maďarských železnic, a do čela organizace byla poprvé zvolena

žena, česká lékařka a mezinárodní manažerka farmaceutického průmyslu Eva Kopečná. V rámci doprovodného kulturního programu bylo pro lékaře-

-esperantisty připraveno i divadelní představení, samozřejmě v esperantu, a speciální pivní ležák s etiketou kongresu.

(red)



Foto: Štěpán Konečný

# Tradiční a nový prostor pro Františkovy Lázně

Františkovy Lázně jsou historicky takřka synonymem balneologické léčby u gynekologických potíží. Skutečný výčet indikací je ale mnohem širší a další brzy přibudou. V současné době se akciová společnost Lázně Františkovy Lázně připravuje na změny, které pro ni vyplynou z nové legislativy.

Návrh vyhlášky stanovující i nový indikační seznam pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči byl již připraven a předán z MZ ČR ke schválení vládou. Nejvýraznější změny přináší v délce pobytů. Délka základního léčebného pobytu u dospělých je pro všechny indikace stanovena na 21 dní, u dětí a dorostu na 28 dní. Prodloužení v případě komplexní lázeňské léčebně rehabilitační péče (KLLRP) již nebude schvalovat vedoucí lékař lázeňského zařízení, ale revizní lékař zdravotní pojišťovny. Délka opakovaného pobytu formou KLLRP má být stanovena na 21 dní, u dětí a dorostu na 28 dní. Opakovaný pobyt formou příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče bude u dospělých činit 14 nebo 21 dnů, u čtrnáctidenní péče bude možné na návrh vedoucího lékaře zařízení a se souhlasem revizního lékaře prodloužení na 21 dní.

Pobyt tak bude u řady indikací zkrácen téměř o polovinu. „Účinnost nové vyhlášky by měla být asi od letošního 1. října. Návrhy lázeňské péče vystavené do 30. zá-

ří tudíž budou realizované podle původní vyhlášky. Návrhy platí 3 měsíce, a tak do 31. prosince bude možné poskytnout lázeňskou péči podle pravidel původní vyhlášky,“ upozorňuje ředitel léčebné péče Lázní Františkovy Lázně MUDr. Robert Michalíček.

## Dvě strany jedné mince

Některé indikace návrh vyhlášky ruší úplně a řada indikací (respektive opakovaná léčba u nich) bude možná jenom formou příspěvkové péče. Na ni však řada klientů kvůli své finanční situaci nedosáhne. „Podle propočtů MZ ČR má nový návrh přinést úsporu asi 500 milionů korun ročně. Propočty lázeňských zařízení podle jejich příjmů za první pololetí ale vycházejí zcela jinak. Pokles příjmu lázeňských zařízení bude způsoben zejména skrytou regulací pojišťoven. Také kvůli obavám a nejasnostem lékařů předepisujících lázně kolem účinnosti vyhlášky, bude už letos pokles příjmu lázní větší než zmiňovaných 500 milionů. Pokles příjmů z veřejného zdravotního pojiště-



Zk. foto: Richard Němeček

ní od nového roku vlivem nové vyhlášky je odhadován v případě některých lázeňských zařízení až o polovinu. Pro některé menší lázně existenčně závislé na těchto příjmech to může být téměř likvidační,“ říká ředitel Michalíček. V nové vyhlášce ale vidí i pozitiva – u některých indikací sice ruší neomezenou možnost opakovaní komplexní léčby, což pokládá za správné, ale oproti stávající vyhlášce umožňuje (podle místního přírodního zdroje) léčit širší spektrum indikací. Lázním

se tak otevře prostor připravit se na následnou péči o pacienty dalších indikací a tím snad alespoň částečně zaplnit vzniklou mezeru v příjmech.

## Nové i tradiční indikace

Ve Františkových Lázních se připravují na to, že s platností nové vyhlášky a díky zdejším přírodním zdrojům přivítají i pacienty po operaci žaludku a střev, s Crohnovou nemocí, ulcerózní kolitidou, onemocněními žlučníku, jater a pankreatu nebo po operacích



těchto orgánů. Připravení jsou na následnou léčbu vybraných neurologických nemocí, polyneuropatií různého původu včetně diabetické a po onkologické léčbě. Podle návrhu nové vyhlášky by měli léčit i kořenové syndromy, pacienty po poraněních mozku, míchy či periferních nervů a nervosvalová onemocnění, pacienty po dětské mozkové obrně nebo s Parkinsonovou nemocí.

Spektrum léčených nemocí se rozšíří i o revmatoidní artritidu, Bechtěrevovu nemoc, psoriatickou artritidu a další zánětlivé nemoci kloubů i svalů, léčbu osteoporózy a doléčení po ortopedických operacích. Slatinou se zde budou moci léčit rovněž některá onemocnění kůže. Gynekologickým pacientkám budou i nadále poskytovat léčbu primární a sekundární sterility a infertilitu, úspěchy zde mají také v případech selhání umělého oplodnění. Nadále budou léčit stavy po operacích gynekologických orgánů či v oblasti malé pánve.

Širší spektrum indikací bude samozřejmě znamenat potřebu rozšířit tým lékařů o gastroenterology, neurology, ortopedy a dermatology.

Jana Jilková

Inzerce A121009410

**Podívejte se světu ekonomiky do očí!**

**KDEKOLIV**

MLADÁ FRONTA **E15**

tisk - internet - iPad - iPhone - Kindle - Windows Phone 7

MLADÁ FRONTA

# Implantace kochleárních aparátů je dostupná i v Brně

Od června v Brně pracuje jako druhé v republice Centrum kochleárních implantací, které zvýší dostupnost tohoto způsobu léčby pacientům moravského regionu. Hned při zahájení činnosti centra proběhla první úspěšná operace.

Ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně (FNUSA) se uskutečnila první operace pacienta s těžkou sluchovou vadou a byl mu zde implantován kochleární aparát. Implantát umožňuje pacientům s těžkou percepční vadou sluchu rozumět řeči a v mnoha případech i plnohodnotný návrat do života. Operace tohoto druhu se u nás zatím prováděly pouze v pražské Fakultní nemocnici Motol. Nyní pro tento účel vzniká v Brně první moravské Centrum kochleárních implantací při Klinice otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku LF MU a FNUSA (KOCHHK).

## Nejméně operací probíhá na jižní Moravě

Česká republika patří k zemím s nejmenším počtem provedených implantací kochleárních aparátů v celé Evropské unii. O tom, kolik lidí u nás by skutečně kochleární implantát potřebovalo, lékaři nemají přesnou představu. Český statistický úřad např. uvádí, že v roce 2007 žilo v ČR 74 700 sluchově postižených osob, počet osob s těžkou nebo velmi těžkou ztrátou sluchu odhadoval na 25 807.

„Je velmi obtížné uvést přesné číslo, které by definovalo, kolik lidí by aparát potřebovalo. Oficiální statistiky neexistují. Obecně ale Česká republika patří ve srovnání s vyspělými evropskými zeměmi k těm, kde je implantací provedeno velmi málo a převažují děti. Co se týče poměru provedených implantací u dětí a dospě-



Foto: Martin Ježek

lých, ve vyspělých zemích se vždy blíží jedna ku jedné. Srovnáme-li jen regiony ČR, oblast jižní Moravy má například zdaleka nejnižší celkový počet dosud implantovaných dětí na milion obyvatel (konkrétně 25,4) například oproti středočeskému kraji, kde činí 68,9,“ uvedl přednosta Kliniky otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku LF MU a FNUSA prof. MUDr. Rom Kostřica, CSc.

## Přísná kritéria výběru

Výběr pacientů, pro něž je kochleární implantát vhodným řešením jejich postižení, není pro lékaře jednoduchý. Roli hraje jednak to, jak bude organismus reagovat na operační zásah, jednak způsob, jakým se pacient může vyrovnávat s novým způsobem vnímání zvuku.

„Pro kochleární implantace jsme vázáni přesnými kritérii výběru kandidátů – dětí i dospělých, která stanovila Česká společnost pro otorinolaryngologii a chirurgii hlavy a krku ČLS JEP. Zahrnují parametry jak fyziologické, tak sociologické,“ říká o výběru potenciálních pacientů vedoucí foniatrického oddělení kliniky MUDr. Tomáš Talach.

## Konec diskriminace kvůli vzdálenosti

Brněnské centrum vzniká ze-

jen velké plus pro pacienty z moravského regionu, kteří nebudou muset dojíždět, často s doprovodem, až do Prahy. Schopnost docházet na pravidelné kontroly je totiž navíc jedním z kritérií posouzení vhodnosti indikace implantátu. „Vzdálenost Prahy by mohla některé sociální skupiny obyvatel diskriminovat již před operací nebo zhoršit výsledky jejich léčby následkem nedostatečné četnosti kontrol. Brněnské centrum nabízí kvalitu operativy i následné nutné rehabilitace v celém spektru,“ dodává Petr Koška.

## Dohled z Vídně

Odborníci KOCHHK se na zákroky a následnou rehabilitaci pacientů dlouhodobě připravovali pod vedením vídeňského specialisty profesora Wolfa-Dietricha Baumgartnera z Lékařské univerzity ve Vídni, který také provedl operaci prvního pacienta. „Operace byla úspěšná a pacient je zatím bez komplikací,“ řekl profesor Kostřica s tím, že o úspěšnosti zákroku se lékaři budou moci přesvědčit až během několika příštích týdnů. Zapojení a vyladění přístroje je totiž možné až po zahojení operační rány.

„Nová situace je pro pacienta překvapivá, musí cvičit své sluchové vnímání i řeč a tím se jeho sluchová dráha uzpůsobuje. Pracuje s logopedem a foniatr současně opakovaně kochleární implantát



Prof. Rom Kostřica. | Foto: Martin Ježek

nastavuje. K souhře dojde až po určité době a pacient začne dobře komunikovat,“ vysvětlil Tomáš Talach.

## Nárůst počtu výkonů nejistý

Pro brněnské centrum se zatím podařilo získat peníze na osm implantátů. Podle profesora Kostřici má pracoviště velmi dobrou spolupráci s Fakultní nemocnicí Motol. „Není zde žádná forma konkurenčního boje, jde o to umožnit pacientům z Moravy komfort a možnost určité volby.“

Pokud jde o výhled, ředitel FNUSA Petr Koška zatím nedokáže odhadnout, jak by se počet operací kochleárních implantátů do budoucna mohl vyvíjet. Bude podle něj záležet na tom, jak situaci vyhodnotí plátcí zdravotní péče. „Pokud plátcí dospějí k názoru, že tato metoda do budoucna přinese klientům vyšší společenské uplatnění a sníží jejich handicap, mohl by počet operací růst. Mám ale obavy, že takto plátcí nepřemýšlí a situace se hodnotí jednotlivě ad hoc. Předpokládám, že spíše bude konzervován současný stav a během dalších let se počet operovaných zvyšovat nebude,“ uzavřel ředitel Koška.

David Daniel

## Věnujte prosím pozornost této výzvě

Policie ČR pátrá po pachateli, který se od začátku roku na území hlavního města Prahy a v dalších městech po celé České republice dopustil loupežných přepadení v peněžních ústavech. Srovnáním záběrů z bezpečnostních kamer jednotlivých peněžních ústavů bylo zjištěno, že u pachatele došlo v průběhu půlroku k rapidnímu váhovému úbytku, a je tedy předpoklad, že trpí nějakou závažnější nemocí.

Pachatel vždy stejným způsobem vstoupí do peněžního ústavu, kdy po chvíli na pracovníka za přepážkou vytáhne stříelnou zbraň a požaduje vy-

dání finanční hotovosti. Zaměstnanci mu ze strachu o život vydají peníze, které si ukrýje pod bundu. Celková



způsobená škoda se nyní pohybuje v objemu několika set tisíc korun. Jeden z peněžních ústavů již na začátku roku nabídl za dopadení pachatele odměnu ve výši 500 000 Kč.

Pachatel se maskuje čepicí, někdy slunečními či dioptrickými brýlemi, nalepovací knírem, někdy v kombinaci s bradkou (není vyloučeno, že si vousy nechá narůst). Může být velmi nebezpečný, protože je ozbrojen. Z tohoto důvodu se jej nesnažte sami zadržet!

Jakékoli informace můžete volat na číslo 731 553 135 nebo na linku 158.

(přt)



MUDr. Tomáš Talach. | Foto: Martin Ježek



# Účinná novinka k léčbě myomů již na trhu

Od konce května je na českém farmaceutickém trhu k dispozici první perorální přípravek určený ke zmírnění příznaků symptomatických myomů. Jde o ulipristal acetát (Esmya). Účinnost preparátu prokázaly registrační studie.

Význam nového léku zdůrazňuje skutečnost, že děložní myomy postihují téměř polovinu žen v reprodukčním věku. Léčbu ulipristal acetátem indikuje gynekolog.

Děložní myom, tedy nezhoubný mezenchymální nádor, patří mezi nejčastější problémy, s nimiž se potýká ambulantní gynekologie. Výzkum možností jeho léčby začal v 50. letech minulého století spolu s prvními pokroky v hormonální terapii. Až dosud se myomy léčily prostřednictvím analog gonadoliberinů. Ulipristal acetát jakožto první p. o. selektivní modulátor progesteronových receptorů (SMPR) představuje alternativu k této léčbě. SMPR mají tři základní vlastnosti: blokují ovulaci, podmiňují

změny endometria a negativně ovlivňují růst děložních myomů. Představitel této lékové řady bylo testováno více, v určitých fázích byl ale jejich vývoj kvůli hepatotoxicitě zastaven, s jedinou výjimkou, kterou je právě ulipristal acetát. Nový přípravek již byl schválen a lze předpokládat, že zájem ambulantních gynekologů o novou léčebnou modalitu bude narůstat.

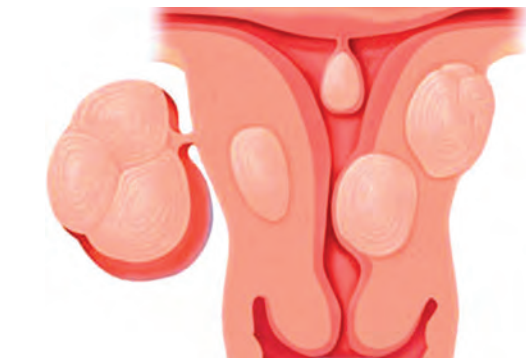
## Registrační studie

Uvedení na trh předcházely registrační studie PEARL I a PEARL II, do nichž se zapojilo celkem 498 žen. Studie PEARL I hodnotila účinnost léčiva a jeho dávku ve vztahu k placebo. Studie PEARL II se zaměřila na porovnání účinků ulipristal acetá-

tu a analogu gonadoliberinu, jenž je v současné době léčebnou modalitou.

Ve studii PEARL I se ve vztahu k placebo posuzovaly tři velikosti denních dávek. Zatímco dávka 2,5 mg/den se projevila jako málo účinná, dávky 5 mg/den a 10 mg/den podávané po dobu 3 měsíců přinesly pozitivní výsledky. U obou došlo ke zmenšení objemu děložního myomu a zároveň ke zlepšení kvality života pacientek, což se projevilo především snížením krvácení, tlaku v dutině břišní a ústupem bolestí. Po vysazení přípravku dochází u žen do jednoho měsíce k obnově menstruačního cyklu.

V rámci studie PEARL II byly sledovány pacientky, jejichž myom byl menší než 10 centimetrů,



ilustrace: www.gfmec.ch

nadměrně krvácely, ale neměly prokázanou anemii a byly eventuálně způsobilé k chirurgickému zákroku. V porovnání s analogem gonadoliberinu, který je velmi nákladný, a je proto podáván především ve specializovaných centrech, dosáhl nový přípravek velmi příznivých výsledků.

Normalizace krvácení byla u obou skupin podobná, oscillovala kolem 90%. Objem myomů se zmenšoval výrazněji u skupiny, jež užívala analogu gonadoliberinu, u ulipristal acetátu ovšem tato redukce byla zachována i po půl roce od ukončení terapie. Navíc ulipristal acetát nevyvolává snížení hladiny estradiolu ve srovnání s analogy GnRH, kde dochází

k velkému poklesu hladiny estradiolu a tím k výrazným menopauzálním potížím.

## Positivní závěry

Provedené studie prokázaly, že přípravek Esmya s ulipristal acetátem kontroluje krvácení stejně efektivně jako analogu gonadoliberinů. Objem děložních myomů se pomocí nového léčiva zmenšuje srovnatelně s analogy gonadoliberinu a tato redukce zůstává zachována i půl roku po ukončení terapie. K tomu u pacientek léčených ulipristal acetátem došlo k prokazatelnému zlepšení kvality života bez výskytu výpadových obtíží způsobovaných analogy.

(akt)

Inzerce A121008709



esmya® 5mg  
Ulipristal acetate

Zlepší život s myomy



RICHTER GEDEON

**ZKRAČENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU:** ESMYA 5 mg tablety. **Složení:** Jedna tableta obsahuje ulipristal acetát 5 mg. **Indikace:** předoperační léčba středně závažných až závažných symptomů onemocnění děložními myomy u dospělých žen v reprodukčním věku. Doba trvání léčby je omezena na 3 měsíce. **Dávkování:** Jedna 5 mg tableta perorálně jedenkrát denně po dobu maximálně 3 měsíců. Léčba by měla být zahájena v průběhu prvního týdne menstruačního cyklu. Pokud pacientka vnechá dávkou, měla by užít ulipristal acetát co nejdříve. Pokud by byla doba vnechání delší než 12 hodin, neměla by pacientka vynechanou dávku užívat a dále by měla jednoduše pokračovat podle obvyklého plánu užívání následující dávkou. Bezpečnost a účinnost ulipristal acetátu byla stanovena jen u žen starších 18 let. Viz úplná informace o léku. **Způsob podání:** Tablety je možné užívat společně s jídlem nebo bez jídla. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. Těhotenství a kojení. Genitální krvácení neznámého původu nebo z jiného důvodu, než jsou děložní myomy. Rakovina dělohy, děložního hrdla, vaječnicků nebo prsu. **Upozornění a interakce:** Ulipristal acetát by měl být předepsán pouze po pečlivém stanovení diagnózy. Před zahájením léčby je třeba vyloučit těhotenství. Ulipristal acetát může zasahovat do působení hormonálních antikoncepčních přípravků (obsahujících jen progesteragen, tělesek uvolňujících progesteragen nebo kombinovaných perorálních antikoncepčních tablet) a progesteragen podávaného z jiných důvodů. Proto se nedoporučuje současné podávání léků obsahujících progesteragen. Léčivé přípravky obsahující progesteragen by neměly být užívány po dobu 12 dní po ukončení léčby ulipristal acetátem. I když většina žen užívajících léčebné dávky ulipristal acetátu nemá ovulaci, doporučuje se používat v průběhu léčby nehoromonální antikoncepční metodu. Nedoporučuje se podávat ulipristal acetát pacientkám se závažnou poruchou funkce ledvin, a se středně závažnou nebo závažnou poruchou funkce jater, pokud nejsou pečlivě sledovány. Ulipristal acetát se nedoporučuje podávat pacientkám, které užívají substráty P-glykoproteinu, středně silné nebo silné inhibitory CYP3A4, silné induktoři CYP3A4 (např. rifampicin, karbamazepin, fenytoin, fenylnafthylmethan, teokovana), pacientkám se silným astmatem nebo nedostatečně kontrolovaným perorálními glukokortikoidy. Ulipristal acetát má specifické farmakodynamické účinky na endometrium. Může dojít k zesílení endometria. Pokud bude zvětšená tloušťka endometria přetrvávat i 3 měsíce po ukončení léčby a návratu menstruačního cyklu, může být nutné vyšetření v souladu s obvyklou klinickou praxí k vyloučení základní příčiny. U pacientek léčených ulipristal acetátem mohou být nalezeny histologické změny endometria. Tyto změny jsou po ukončení léčby reverzibilní. Tyto histologické změny jsou označovány jako změny endometria související s modulátorem progesteronového receptoru (PAEC) a neměly by být zaměněny za hyperplazii endometria. Pacientky by měly být informovány, že při léčbě ulipristal acetátem obvykle dochází během prvních 10 dní k výrazně nižší ztrátě krve při menstruaci nebo k amenorrhoe. Pokud by přetrvávalo nadměrné krvácení, měly by pacientky informovat svého lékaře. Menstruační krvácení se obvykle obnoví do 4 týdnů od ukončení léčby. Viz úplná informace o léku. **Ferilita, těhotenství a kojení:** Doporučuje se používat v průběhu léčby nehoromonální antikoncepční metodu. Podávání ulipristal acetátu je během těhotenství a kojení kontraindikováno. Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje: Ulipristal acetát může mít nepatrný vliv na schopnost řídit a obsluhovat stroje, protože po užití ulipristal acetátu byly pozorovány lehké závratě. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji byla při klinických zkouškách zjištěna amenorrhoe (82,2%), což bylo u pacientek považováno za žádoucí výsledek. Nejčastěji pozorovaným nežádoucím účinkem byly návaly horka. Velmi časté: Amenorrhoea, zesílení endometria, návaly horka. Časté: Emoční poruchy, bolest hlavy, závratě, respirační, hrudní a mediastinální poruchy, bolest břicha, nauzea, akné, nadměrné pocení, bolest svalové a kosterní soustavy, děložní krvácení, ovariální cysty, citlivost / bolestivost prsou, bolest pánevní, edém, únava, zvýšená hladina cholesterolu v krvi. Viz úplná informace o léku. **Předávkování:** Zkušenosti s předávkováním ulipristal acetátem jsou omezené. **Doba použitelnosti:** 2 roky. **Opatření pro uchování:** Uchovávejte blistry v krabíčce, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Balení:** Blistr po 28 tabletách. **Drtitel rozhodnutí o registraci:** PregLem France SAS, 32, route de l'Église, F-74140 Massongy, Francie. **Registrační číslo:** EU/1/12/750/001. **Datum první registrace a revize textu:** 23.2.2012. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Dříve než přípravek předepíše, seznam se, prosím, se Souhrnem informací o přípravku. Tato zkrácená informace je platná ke dni tiskového materiálu: 30.4.2012. Úplný souhrn údajů o přípravku je možné získat na adrese: Gedeon Richter Marketing ČR, s.r.o., Na Strži 65/1702, 140 00 Praha 4, tel. recepce: +420 261 141 200, fax: +420 261 141 201 www.richtergedeon.cz, e-mail: info@richtergedeon.cz; Lékařský informační servis: 261 141 215; Podrobné informace o tomto léčivém přípravku jsou k dispozici na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky na adrese <http://www.ema.europa.eu>.

# Nová vize, nová naděje – v léčbě nemalobuněčného karcinomu plic

Odborná onkologická veřejnost měla možnost zúčastnit se v pražském hotelu Pyramida ve dnech 24. až 27. června 13. ročníku konferenčního CELC (Central European Lung Cancer Conference).

Program setkání byl tradičně velmi bohatý. Zájemci o výsledky klinických hodnocení mohli – kromě prezentací dalších firem – navštívit sympozium generálního sponzora akce – společnosti Boehringer Ingelheim. Tématem sympozia s názvem „New Vision, New Hope: Building Momentum in NSCLC“ byl nemalobuněčný karcinom plic (NSCLC), diagnostické i terapeutické možnosti plynoucí ze vztahu tohoto onemocnění k mutaci genu EGFR (receptor epidermálního růstového faktoru) a související sdělení týkající se tří klinických hodnocení patřících do programu LUX-Lung.

Akci předsedala přednostka Kliniky nemoci plicních a tuberkulózy LF MU a FN Brno prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc., přednášeli přednostka Fingerlandova ústavu patologie LF UK a FN Hradec Králové a předseda Společnosti českých patologů ČLS JEP prof. MUDr. Aleš Ryška, Ph.D., dále prof. Rafal Dziadziuszko z oddělení onkologie a radioterapie při

Uniwersytetu Medycznym v polském Gdaňsku a přednostka oddělení lékařské onkologie v Royal Victoria Hospital při McGillově univerzitě v kanadském Montrealu prof. Vera Hirschová.

## Multidisciplinární přístup k diagnostice

Jako první se ujal slova profesor Ryška, který hovořil o multidisciplinárním přístupu k diagnostice NSCLC. Věnoval se především nutnosti testování mutace genu EGFR a změně přístupu k NSCLC – na toto onemocnění je třeba pohlížet jako na celé spektrum různých diferencovaných karcinomů od čistého adenokarcinomu až po čistý skvamózní karcinom.

Podle přednášejícího je situace v České republice v oblasti detekce prediktivních markerů NSCLC (mutace KRAS, EGFR a další) celkem dobrá, a to ze dvou důvodů. Jednak je takový přístup obecně přijímán coby proces vedoucí k výběru optimální léčby pro daného pacienta, jednak je testování markerů hrazeno z pro-

středků veřejného zdravotního pojištění.

V neposlední řadě profesor Ryška zmínil existenci národního konsenzu v oblasti testování markerů (první verze z roku 2010, druhá z jara 2012), jež mohou provádět pouze certifikované laboratoře s atestem kvality a vybavením nezbytným k provedení testu mutace EGFR dvěma nezávislými, vzájemně verifikovatelnými metodami. V závěru příspěvku zaznělo, že v současné době je testování mutace EGFR v plném proudu a odborné týmy dále pracují na standardizaci všech procesů tak, aby diagnostická metodika poskytovala identické výsledky ve stejném čase bez ohledu na provádějící laboratoř, která může být v Praze, Plzni či Hradci Králové.

## Studie s afatinibem

Profesor Dziadziuszko, se věnoval nemalobuněčnému karcinomu plic s mutací genu EGFR a z toho vyplývajícím důsledkům pro další optimální terapii pacienta. Zmínil zásadní význam signálních cest EGFR u onemocnění karcinomem plic a dále se věnoval zřídka uváděnému faktu, že EGFR může být internalizován do buněčného jádra, kde aktivuje DNA reparační mechanismy – což může být velmi důležité pro porozumění inhibici EGFR v souvislosti s překonáním chemorezistence při terapii karcinomu. Mutace EGFR byly objeveny před 8 lety a během tohoto období byla lépe pochopena úzká souvislost mezi různými typy mutací a senzitivitou vůči působení tyrosinkinázových inhibitorů.

Profesor Dziadziuszko se dále věnoval výsledkům studií s afatinibem (BIBW2992). Afatinib je tyrosinkinázový inhibitor nové generace, který ireverzibilně inhibuje receptor lidského epidermálního růstového faktoru 2 (HER2) a receptor epidermálního růstového faktoru (EGFR). Ve sdělení zaznělo, že afatinib je (na rozdíl od tyrosinkinázových inhibitorů první generace, jako jsou např. erlotinib či gefitinib) aktivní proti buňkám



Profesor Rafal Dziadziuszko přednášel o NSCLC s mutací genu EGFR a optimálních terapeutických postupech. | Foto: www.infozdrowie.org

s expresí EGFR mutace T790M, přičemž související současné znalosti demonstroval na snímcích s daty účinnosti ze studie IPASS (Iressa Pan-Asia Study)<sup>1)</sup> s gefitinibem od firmy AstraZeneca. IPASS byla otevřená, randomizovaná studie fáze III s paralelními skupinami, která hodnotila účinnost, bezpečnost a snášenlivost přípravku gefitinib (Iressa) oproti kombinované chemoterapii (karboplatina/paklitaxel) v 1. linii léčby u asijských pacientů, vybraných na základě klinických kritérií. Primárním cílem studie byl parametr PFS (*progression-free survival*, tj. doba přežití bez progresse) s cílem prokázat, že Iressa není horší než kombinovaná chemoterapie (karboplatina/paklitaxel), čehož bylo dosaženo. Závěrem prof. Dziadziuszko zmínil možnosti současné léčby NSCLC u pacientů s mutací genu EGFR inhibitory EGFR-TK (stávajícími reverzibilními, tj. gefitinibem a erlotinibem, a novou generací ireverzibilních, tj. afatinibem, dacomitinibem a neratinibem) a zdůraznil, že pro další pokrok v léčbě NSCLC má testování mutace EGFR kritický význam společně s uvedením ireverzibilních inhibitorů EGFR-TK do léčebné praxe u pacientů s mutací EGFR.

## LUX-Lung 1 a 2

Profesorka Hirschová se dále podrobněji věnovala léčbě me-

tastazujícího nemalobuněčného karcinomu plic afatinibem. V příspěvku shrnula design, patientskou populaci, cíle a interpretaci výsledků dvou klinických hodnocení – LUX-Lung 1<sup>2)</sup> a LUX-Lung 2<sup>3)</sup>. Studie LUX-Lung 1 se celosvětově účastnilo 585 pacientů z 15 zemí a získané výsledky byly poněkud rozporuplné. U primárního cíle, stanoveného jako doba celkového přežití (*overall survival*, OS), pacienti v obou studijních ramenech dosáhli velmi podobného výsledku, pacienti užívající afatinib s podpůrnou léčbou měli medián celkového přežití 11 měsíců, pacienti na placebo s podpůrnou léčbou 11,7 měsíce. Dále se ukázalo, že bezpečnostní profil afatinibu je oproti placebo zatelně horší (např. četnost nežádoucích účinků souvisejících s léčbou činila v afatinibové větvi 95 %, zatímco v placebové větvi 38 %). Nicméně další sledované parametry vyzněly ve prospěch afatinibu – například jeden ze sekundárních cílů, jímž byla doba přežití bez progresse (PFS), činil v afatinibové větvi 4,5 měsíce, zatímco v placebové pouze 1 měsíc, čehož bude jistě možné dále využít v následných analýzách a plánování dalších klinických hodnocení (nabízí se vysvětlení, že doba celkového přežití pacientů užívajících afatinib mohla být oproti placebo zkrácena v důsledku nevhodné následné léčby).

## Na trh vstupuje nová řada přípravků proti chřipce a nachlazení

Na český trh vstupuje celosvětově nejprodávanější řada volně prodejných léčiv na chřipku a nachlazení Vicks.

Značka Vicks (výrobce Teva Pharmaceuticals) má více než stoletou tradici. Léčivé přípravky obsahují klinicky osvědčené účinné látky v kombinaci s tradičními přírodními ingrediencemi, které lidé používají při nachlazení a chřipce odedávna – zázvor, med, mentol a eukalyptus. Produkty Vicks byly speciálně vyvinuty tak, aby přinesly rychlou a efektivní úlevu od všech nejčastějších příznaků chřipky. Podle informací ÚZIS země v České republice každým rokem v důsledku chřipkových onemocnění, komplikací a následků s nimi spojených na 2500 lidí. „Virus chřipky je velmi agresivní a nebezpečný pro lidský organismus. Často přechází v komplikovanější one-

mocnění, jako jsou zápal plic či záněty srdečního svalu, a zároveň dochází ke zhoršení stávajících chronických onemocnění.“ upozorňuje místopředseda Společnosti všeobecného lékařství ČSL JEP a odborný garant v oblasti antibiotik a infekce pro všeobecné lékařství v ČR MUDr. Igor Karen. Kompletní řada Vicks pro léčbu projevů chřipky a nachlazení bude nyní k dispozici i českým pacientům. „Jedná se o uvedení světově nejprodávanější značky volně prodejných produktů s globálním objemem prodeje přes 1 miliard amerických dolarů.“ uzavírá marketingový manažer společnosti Teva Pharmaceuticals CR, s. r. o., Peter Klepáč.

(akt)

Studie LUX-Lung 2 se účastnilo 129 pacientů z USA a Tchaj-wanu. Primárním cílem tentokrát byla četnost objektivních odpovědí (*objective response rate*, ORR), které bylo vcelku dosaženo v předpokládaném rozsahu jak u všech subjektů obecně (61 %), tak u podskupiny s mutací del19/L858R (64 %). Mezi sekundární cíle klinického hodnocení byla zařazena také doba přežití bez progresse (*progression-free survival*, PFS), která obecně činila 14 měsíců, u pacientů s mutací del19/L858R pak dokonce 15 měsíců. Bezpečnostní profil obou dávek (40 vs. 50 mg) byl u nejčastějších nežádoucích účinků (průjem, vyrážka, panarici-um/paronychium, stomatitida) srovnatelný s výjimkou zánětu dutiny ústní, který se ve skupině 30 pacientů užívajících 40 mg afatinibu objevil v polovině případů, zatímco ve skupině 99 pacientů užívajících afatinib v dávce 50 mg se stomatitida objevila v bezmála 90 % případů.

### LUX-Lung 3

Profesorka Hirschová dále hovořila o nejnovějším klinickém hodnocení s afatinibem u pacientů s metastazujícím nemalobu-

něčným karcinomem plic LUX-Lung 3<sup>(1)</sup> (nábor pacientů probíhal v srpnu 2009 až únoru 2011, primární analýza dat v únoru 2012). Tohoto klinického hodnocení se účastnilo 345 pacientů (1269 screenováno, 452 EGFR M+, 107 vyřazeno) z celkem 133 studijních center v 25 zemích. Subjekty byly randomizovány do dvou ramen v poměru 2:1 (230 afatinib, 115 cisplatin/pemetrexed). Primárního cíle studie, doby přežití bez progresse (PFS), bylo dosaženo – medián PFS obecně činil 11,1 měsíce u subjektů užívajících afatinib a 6,9 měsíce u subjektů na chemoterapii. Ještě lepších výsledků se dosáhlo u pacientů s mutací del19/L858R, kdy tatáž čísla činila 13,6 měsíce u subjektů užívajících afatinib a 6,9 měsíce u subjektů na chemoterapii. Podání afatinibu tedy významně zlepšilo objektivní odpověď na léčbu ve srovnání s chemoterapií. Bezpečnostní profil a četnost nejčastějších nežádoucích účinků (průjem, vyrážka, panarici-um/paronychium, stomatitida) byl srovnatelný s předchozími klinickými hodnoceními, průjem a vyrážka se objevily u 90 % nemocných.

Profesorka Hirschová na konci svého příspěvku zdůraznila, že LUX-Lung 3 je největším celosvětovým prospektivním klinickým hodnocením s EGFR M+ pacienty trpícími karcinomem plic a také první studií, v níž byly cisplatin a pemetrexed použity jako srovnávací léčba.

#### Poznámky:

1) *Oficiální název studie zní „Open Label, Randomised, Parallel Group, Multicentre, Ph III Study To Assess Efficacy, Safety & Tolerability Of Gefitinib (IRESSA) Versus Carboplatin/Paclitaxel DC As 1st-Line Treatment In Selected Patients With Stage IIIB/IV NSCLC In Asia“* (<http://clinicaltrials.gov/show/NCT00322452>)

2) *LUX-Lung 1 je randomizované, multicentrické, dvojitě zaslepené klinické hodnocení fáze IIb/III hodnotící afatinib s nejlepší podpůrnou léčbou oproti placebo s nejlepší podpůrnou léčbou u pacientů s pokročilým nemalobuněčným karcinomem plic po předchozí terapii EGFR (ErbB1) inhibitory.*

3) *LUX-Lung 2 je randomizované, multicentrické, otevřené klinické hodnocení fáze II s jedním studijním ramenem, v němž pacienti s pokročilým adenokarcinomem plic stupně IIIB/IV a mutací EGFR genu bez předchozí léčby nebo po selhání*

## Bílkovinná dieta a riziko kardiovaskulárních chorob u žen

Časopis *British Medical Journal* otiskl výsledky studie, jež ukazuje, že oblíbená bílkovinná dieta prokazatelně zvyšuje riziko kardiovaskulární příhody u žen.

V rámci prospektivní studie bylo po dobu přibližně 16 let sledováno pomocí dotazníků na 43 tisíc švédských žen ve věkové skupině 30 až 49 let bez předchozích symptomů kardiovaskulárního onemocnění. Během sledovaného období došlo u respondentek ke 1270 případům kardiovaskulárních příhod. Poté, co vědci vzali v úvahu rizikové faktory jako *body mass index*, kouření, stupeň tělesné aktivity a příjem satureovaných lipidů ve stravě, se

ukázalo, že riziko kardiovaskulární příhody stoupá se sníženým příjmem sacharidů a zvýšeným příjmem proteinů.

Ačkoli je tento druh diety populární, neboť vede k poměrně rychlému a viditelnému úbytku hmotnosti, kvůli zvýšené morbiditě a mortalitě z kardiovaskulárních příčin však nemůže být odborníky doporučována.

(Zdroj: *British Medical Journal*)

(mls)

jednoho cyklu chemoterapie užívají jednou denně afatinib v dávce 40 nebo 50 mg do progresse onemocnění.

4) *LUX-Lung 3 je randomizované, multicentrické, otevřené klinické hodnocení fáze III hodnotící afatinib 40 mg per os jednou denně oproti chemoterapii (cisplatin/pemetrexed) jakožto lék první volby u pacientů bez předchozí léčby (chemoterapií či inhibitory EGFR) s po-*

kročilým a metastazujícím nemalobuněčným karcinomem plic stupně IIIB/IV a přítomností EGFR mutace v nádorové mase. Pemetrexed je antifolátové cytostatikum, které prokázalo účinnost v léčbě nemalobuněčného karcinomu plic (NSCLC).

MUDr. Rostislav Kuklík

Inzerce A121008860



## Pomahamelecit.cz inovuje

Web [pomahamelecit.cz](http://pomahamelecit.cz) byl vytvořen proto, aby představil široké odborné veřejnosti projekt HARTMANN Solutions – komplexní zákaznická řešení, která propojují nabídku produktů, souvisejících služeb a poradenství a jsou zaměřená na odborníky z řad poskytovatelů zdravotní a sociální péče. Již dva roky tak stránky nabízejí nejen lékařům, sestřím, managementu zdravotnických zařízení a zařízení sociálních služeb, ale i lékárníkům informace o možnostech, jak zefektivnit poskytovanou péči a to jak z medicínského, tak z ekonomického a procesního hlediska.

Konkrétní výsledky spolupráce a zkušenosti klientů s firmou HARTMANN – RICO jsou pak v rámci webu prezentovány formou osobních zkušeností se službami a produkty a také formou případových studií.

### Aktuální obsah a rozhovory s odborníky

Nyní prošly webové stránky [pomahamelecit.cz](http://pomahamelecit.cz) několika změnami. Tou nejvýraznější je vytvoření tzv. „redakční části“, která přináší aktuální informace všem skupinám odborníků. Každý měsíc zde najdou články týkající se aktuálních událostí v oblasti zdravotnictví a sociální péče. Přípravovány jsou pravidelně také původní rozhovory se zajímavými osobnostmi z oboru, které nabídnou svůj osobitý pohled a názory na oblast zdravotnictví a sociální péče a přispějí vlastními profesními zkušenostmi a postřehy.

Každý návštěvník stránky [pomahamelecit.cz](http://pomahamelecit.cz) zde nyní nalezne nejen nabídku produktů, služeb a poradenství konceptu HARTMANN Solutions, včetně prezentace konkrétních zkušeností klientů z praxe, ale nově také zajímavé příspěvky o aktuálních tématech českého zdravotnictví.



## AKTUALITY

# V USA schváleno preventivní užívání Truvady

Americký Úřad pro kontrolu léků a potravin (FDA) schválil užívání léku Truvada jako prevence nákazy virem HIV u rizikových skupin obyvatelstva.

K vývoji přípravku využil jeho výrobce, farmaceutická společnost Gilead Sciences, poznatky vzešlé z výzkumu profesora Antonína Holého, jenž zemřel právě v den schválení preventivního užívání léku ve Spojených státech amerických. Jedná se navíc v krátké době o druhé rozhodnutí FDA týkající se HIV/AIDS – na počátku července úřad povolil prodej domácích testů na HIV.

Truvadu, kombinující tenofovir a emtricitabin, budou moci preventivně užívat zdraví Američané, u nichž existuje vysoké riziko nákazy virem, tedy například sexuálně aktivní homosexuálové nebo partneři HIV-pozitivních pacientů. Dosud se přípravek používal pro potlačování infekce u lidí, kteří již onemocněli. Roční dávka Truvady přijde na téměř 14 tisíc dolarů, podle některých odborníků je však vysoká cena pouze relativní, neboť náklady na léčbu pacienta s AIDS dosahují přibližně 600 tisíc dolarů ročně.

## Obavy z rezistence

V USA v současnosti žije okolo 1,2 milionu HIV-pozitivních občanů a tamní vláda doufá, že se jí po-

mocí léku podaří zarazit masivní šíření infekce HIV, jež v posledních 20 letech představovalo přibližně 50 tisíc nových případů ročně. Někteří členové odborného panelu FDA však vyjádřili své pochyby nad uvolněním Truvady pro preventivní užívání. Dr. Lauren Woodová z Národního institutu pro výzkum rakoviny (NCI) připomněla především závažné vedlejší účinky přípravku, jež mohou vést k selhání ledvin. Jak Lauren Woodová zdůraznila, klinické testy týkající se tohoto aspektu byly nedostatečné u afroameričanů, kteří patří mezi vysoce rizikové občany, co se šíření HIV týká.

Některé odborníky znepokojuje rovněž nebezpečí rezistence viru vůči lékům, pokud bude Truvada k dispozici k preventivnímu užívání. „Lidé budou přípravek užívat, kdy je napadne. To nakonec povede k ještě vyššímu nárůstu případů nákazy HIV a lékové rezistence viru,“ varuje dr. Catherine Chienová z organizace AIDS Healthcare Foundation. Zástupci FDA proto doporučili, aby byla přijata některá ochranná opatření, například zajištění pravidel-

ných testů na HIV u lidí, kteří lék užívají preventivně.

Řada lékařů nicméně po výroku FDA neskrývala své nadšení. „Dnešek je významným dnem pro prevenci HIV/AIDS. Ačkoli Truvada není žádný všelék, rozhodnutí úřadu může předejít mnoha novým případům infekce a může mít rozhodující dopad na šíření viru po celém světě,“ prohlásil dr. Kenneth Mayer z neziskové organizace Fenway Institute.

## WHO prevenci podporuje

Rozhodnutí FDA přivítala i Světová zdravotnická organizace (WHO) a podpořila preventivní užívání léků proti HIV/AIDS u rizikových obyvatel i v dalších zemích. Podle WHO by měly jak bohaté, tak rozvojové státy spustit pilotní projekty například u homosexuálů zaměřené na tento druh prevence HIV. „Pilotní projekty by pomohly lékařům a dalším odborníkům lépe posoudit výhody takové profylaxe. WHO nedoporučuje žádný konkrétní lék, měl by to však být přípravek podobný Truvadě, který byl vyvinut právě k prevenci nákazy HIV,“ říká tisková mluvčí organizace Sarah Russelová.

WHO doufá, že pro účely preventivních programů v nejhudších zemích Gilead Sciences výrazně

sníží cenu léčiva. „Věříme, že roční dávka by v takovém případě vyšla přibližně na 100 dolarů,“ podotýká mluvčí. Jak potvrdil zástupce farmaceutické společnosti, generické verze Truvady, jejichž měsíční dávka stojí okolo 8 dolarů, jsou již nyní dostupné ve 112 zemích, včetně těch nejhůře zasažených epidemií HIV/AIDS.

## Zdánlivý pocit bezpečí

Čeští odborníci jsou k preventivnímu podávání Truvady HIV-negativním osobám skeptičtější. Obávají se především, že lék ztratí na účinnosti u pacientů, kteří jej potřebují k léčbě. Rovněž poukazují na nebezpečí zdánlivého pocitu bezpečí, který může lék

lidem poskytovat a jenž v důsledku může vést k větší promiskuitě a šíření HIV. „S preventivním podáváním obecně příliš nesouhlasím,“ uvedla pro ČTK vedoucí lékařka AIDS centra Bulovka doc. MUDr. Marie Staňková, CSc. Podle ní by mohlo být preventivní užívání léku vhodné jen pro dlouhodobé partnery HIV-pozitivních, případně u lidí, kteří se například zraní o infikovanou jehlu.

V České republice je Truvada dostupná jen na lékařský předpis a zdravotní pojišťovny lék hraď pouze jako léčbu, nikoli jako prevenci. Měsíční dávka vyjde přibližně na 16 tisíc korun. Od počátku testování v roce 1985 je u nás evidováno 1761 pacientů s HIV, léky v současnosti užívá asi 800 obyvatel. Podle Státního ústavu pro kontrolu léčiv dosáhly náklady na léčiva bez DPH a marže v loňském roce 303,8 milionu korun (z toho 13,88 milionu za Truvadu), v období od letošního ledna do května pak 124,16 milionu korun (13,79 milionu za Truvadu).

(Zdroj: Reuters, ČTK)

Květa Havlová



Foto: Wordpress

## EMA se vyslovila pro genovou terapii

Evropská léková agentura (EMA) doporučila vůbec poprvé v historii schválení léčby pomocí genové terapie.

EMA se ve svém prohlášení vyslovila pro celoevropské schválení alipogen tiparovecu (Glybera), který je určen k léčbě pacientů s nedostatkem lipoproteinové lipázy.

### Povinný registr

Nedostatek lipoproteinové lipázy je velmi vzácným onemocněním, jež se vyskytuje u 1 až 2 lidí z milionu. Pacienti s tímto postižením nejsou schopni trávit tuky a současná terapie je založena především na velmi přísných dietních opatřeních. Genová terapie znamená potenciální léčbu genetických onemocnění odstraněním či úpravou defektního genu. Alipogen tiparovec využívá k přenosu funkční

kopie genu do buňky adenovirový vektor.

EMA v minulosti schválila přípravku zamítla, nakonec svůj postoj na žádost Evropské komise přehodnotila. Doporučení však agentura podmínila řadou přísných opatření – výrobce alipogen tiparovecu bude muset mimo jiné zřídít registr léčených pacientů a veškerá data spojená s terapií podstupovat EMA.

První zemí na světě, jež schválila použití genové terapie (pro léčbu rakoviny), se v roce 2003 stala Čína. Ve Spojených státech amerických zatím tento druh terapie povolen nebyl.

(Zdroj: EMA, ČTK)

(kha)

## Anální HPV infekce a s ní spojené neoplastické léze u sexuálně aktivních gayů

Studie otištěná v časopise Lancet Oncology analyzovala 53 studií zaznamenaných před 1. listopadem 2011 v PubMed, OVID Medline a Embase, které se týkaly prevalence a incidence anální infekce HPV a análního karcinomu u mužů, kteří měli sexuální styk s jinými muži.

U HIV-pozitivních mužů odhadovaná prevalence anální infekce virem HPV typu 16 dosáhla 35,4%, incidence 13%. Ke clearance došlo u 14,6% mužů za rok. Celková prevalence histologických změn klasifikovaných jako *high grade* anální intraepiteliální neoplazie (AIN) činila 29,1% s incidencí (podle dvou rozdílných studií) 8,5% a 15,4%. Celková incidence análního karcinomu dosáhla 45,9 na 100 tisíc mužů. Ve skupině HIV-negativních mu-

žů činila celková odhadovaná prevalence anální infekce HPV-16 12,5% a incidence (ve dvou odhadech) 11,8% a 5,8% ročně. Prevalence *high grade* AIN u těchto mužů dosahovala 21,5% s incidencí (ve dvou odhadech) 3,3% a 6%. Incidence análního karcinomu činila 5,1 na 100 tisíc mužů, odhad regrese tohoto onemocnění nebyl publikován.

Výsledky této metaanalýzy potvrzují, že anální infekce HPV a anální in-

traepiteliální neoplazie jsou u mužů majících sexuální styk s muži časté. Na základě dostupných informací se však progresa do karcinomu – ve srovnání s prekancerózními změnami na děložním čípku – jeví jako méně častá. Autoři analýzy upozorňují, že je třeba větších prospektivních studií, než bude rozhodnuto o obsahu *guidelines* týkajících se screeningu AIN a análního karcinomu u této skupiny mužů.

(Zdroj: Lancet Oncology)

(mls)

# Informace pro předkladatele specifických léčebných programů

SÚKL vyzývá zájemce k předložení návrhu specifického léčebného programu na léčivý přípravek s obsahem léčivé látky methoxsalen v p. o. lékové formě, který představuje základní součást terapie těžkých a nejtěžších forem psoriázy a je terapeuticky nezaměnitelný s jinými přípravky.

Státní ústav pro kontrolu léčiv informuje o nastalé situaci mimořádné potřeby, kdy v České republice skončila registrace léčivého přípravku OxSORALEN por. cps. mol., reg. č. 46/028/77-S/C, účinná látka: 8-methoxy-

psoralen, držitele rozhodnutí o registraci GL Pharma Czechia, s. r. o. Držitel rozhodnutí o registraci nepožádal o prodloužení, takže registrace k 1. 7. 2012 pozbyla platnosti. Na trhu není registrován žádný jiný přípra-

vek, který by mohl OXSORALEN por. cps. mol. nahradit. Léčivý přípravek je nedílnou součástí fotochemoterapie PUVA, která má rozsáhlé použití v dermatologii, zejména v léčbě těžké psoriázy. Nedostupnost tohoto pří-

pravku lze pokrýt specifickým léčebným programem.

Vyzýváme proto zájemce o předložení návrhu specifického léčebného programu. Návrh specifického léčebného programu předkládá právnická nebo fy-

zická osoba Ministerstvu zdravotnictví ČR k vydání souhlasu a Ústavu k vydání stanoviska. Specifický léčebný program (§ 49 zákona č. 378/2007 Sb., zákon o léčivech, ve znění pozdějších předpisů) lze uskutečnit a neregistrovaný léčivý přípravek způsobem popsaným v léčebném programu použít, distribuovat a vydávat pouze po písemném souhlasu Ministerstva zdravotnictví ČR.

## Pětina Čechů vyhazuje léky do běžného odpadu

Zatímco 44 % Čechů odnáší nepoužité léky do lékárny, plná pětina se v nedávném průzkumu přiznala, že léčiva vyhazuje do odpadkového koše.

Informace přinesl průzkum společnosti STEM/MARK provedený na vzorku 1088 respondentů, realizovaný pro firmu Zentiva. Nepoužité léky skladuje doma v lékárnici 42 % dotazovaných, polovina respondentů déle než 6 měsíců. Nejčastěji jsou to lidé mladší 30 let (54 %). Zatímco déle než 2 roky skladuje léčivé přípravky doma 11 % lidí se základním vzděláním, u vysokoškolsky vzdělaných respondentů je to až 20 %. Řada dotázaných (18 %) přiznala, že vůbec nesleduje dobu použitelnosti léčiv, častěji muži (29 %) než ženy (pouze 8 %).

Nejzodpovědnější jsou v tomto ohledu obyvatelé Zlínského kraje, na druhém konci pomyslného žebříčku pak skončili lidé z kraje Karlovarského.

### Vliv věku i vzdělání

Nepoužité léky vrací do lékárny 44 % respondentů (polovina z těchto lidí je starší 60 let a jedná se častěji o ženy než muže – 50 % oproti 36 %; 60 % takto zodpovědných žije v domácnosti se 3 a více členy). Rozhodující bylo v tomto ohledu i dosažené vzdělání respondentů. Zatímco z vysokoškolsky vzdělaných lidí vrací

přípravky do lékárny více než polovina, s klesajícím dosaženým stupněm vzdělání klesá i pravděpodobnost, že člověk léky vrátí. Nejčastěji donesou léčiva do lékárny obyvatelé Zlínského kraje (53 %), naopak nejhorší situace je dle průzkumu v kraji Olomouckém (34 %).

Podle mluvčího České lékárnické komory Aleše Krebse pochází většina vrácených léků z pozůstalosti po zemřelých. Zpravidla se nejedná o velké zásoby určitého přípravku, ale spíše o řadu různých načatých balení. Léčiva rovněž nezřídka pocházejí ze zásob pacientů, jimž lékař změnil medikaci, nebo z obno-

## Oznámení a upozornění SÚKL

• Státní ústav pro kontrolu léčiv na základě § 98 odst. 1 a § 99 odst. 1 písm. a) zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů, informuje, že na základě opatření držitele rozhodnutí o registraci, společnosti Actavis Group PTC ehf., Island, zastoupeného firmou Actavis CZ, a. s., se pozastavuje distribuce, výdej a léčebné použití léčivého přípravku Latanoprost Actavis 50 µg/ml oční kapky, oph. gtt. sol., 3x2,5 ml. (čísla šarží: 30813, 37214). Distribuce, výdej a léčebné použití léčivého přípravku se pozastavuje z důvodu prověření možné závady v jakosti léčivého přípravku.

• Státní ústav pro kontrolu léčiv na základě § 98 odst. 1 a § 99 odst. 1 písm. a) zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů, informuje, že na základě opatření držitele rozhodnutí o registraci, společnosti Mucos Pharma GmbH & Co. KG, se stahují z úrovně zdravotnických zařízení léčivé přípravky Wobenzym, por. tbl. ent., 40 tbl. (číslo šarže: 3FO069) a léčivého přípravku Wobenzym, por. tbl. ent., 800 tbl. (čísla šarží: 3L0012, 3FO069). Léčivé přípravky se stahují z důvodu závady v jakosti – zjištění odchylky od spodní hranice celkové proteolytické aktivity u retenčních vzorků v průběhu doby použitelnosti.

vených domácích lékárníček či autolékárniček.

Více než pětina Čechů (21 %) přiznala, že nepoužité léky vyhazuje do běžného odpadu. Činí tak třetina lidí mladších 30 let. Nejčastěji se takto zbavují léčiv obyvatelé

velkých měst, z regionálního pohledu v Libereckém kraji (30 %), nejméně pak ve Středočeském (9 %). Čtvrtina dotázaných odpověděla, že doma žádné léky nemá, a proto je nemusí likvidovat.

(Zdroje: Zentiva, ČTK)

(kha)

## GSK nakonec získá Human Genome

Britská farmaceutická společnost GlaxoSmithKline se po týdnech vyjednávání dohodla na převzetí americké biotechnologické firmy Human Genome.

Zatímco původně nabízela GSK za jednu akcii Human Genome 13 dolarů, nakonec se cena vyšplhala na 14,25 dolaru. Celá transakce tak britského výrobce léčiv vyjde na 3 miliardy dolarů. GSK obchodem získá plná práva na belimumab (Benlysta) určený k terapii lupusu, ale také na experimentální přípravky pro léčbu diabetu či kardiovaskulárních onemocnění.

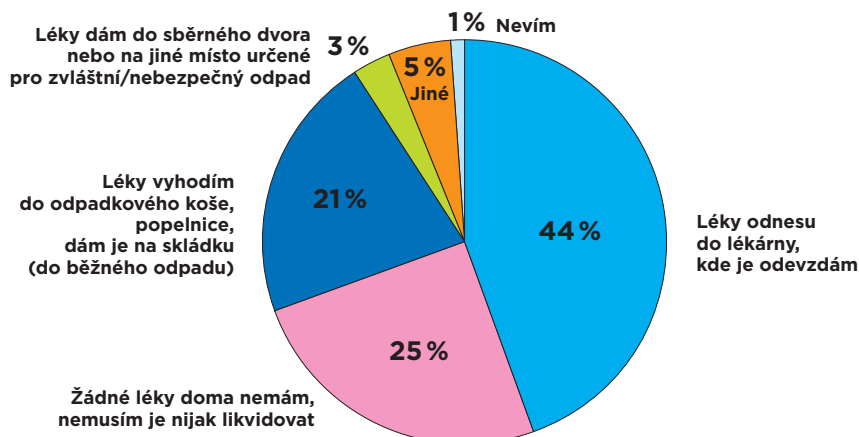
První nabídku americké společ-

nosti GSK učinila v dubnu tohoto roku, Human Genome ji jako příliš nízkou odmítla a začal hledat jiné zájemce. Nabídka však byla velmi omezená, neboť GSK je jeho dlouhodobým partnerem a vlastní marketingová práva na řadu jeho léků. Také investoři požadovali po Human Genome dohodu s GSK, k níž nakonec v polovině července došlo.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

## Co děláte s léky, které nespoteřebujete?



# Historie, aktuální možnosti a otázky **léčby hemofilie**

Pod záštitou společnosti Baxter se v Paříži na začátku července u příležitosti kongresu Světové hemofilické federace uskutečnilo informativní sympozium na téma „Pokroky v hemofilii: možnosti léčby a otázky přístupu k péči“.



**Nemoc aristokratů zanechala svou stopu v britské královské rodině – na snímku děti královny Viktorie: Albert Edward, Viktorie, Alice, Helena, Alfred, Arthur, Louisa, Leopold a Beatrice.**

**H**emofilie je X-vázaná recesivně dědičná vzácná choroba projevující se poruchou srážlivosti krve. Obvykle postihuje pouze muže, ženy bývají přenašečkami genu. Podstatou nemoci je snížení aktivity či abnormální funkce krevního faktoru srážlivosti VIII (hemofilie A) či IX (hemofilie B). Typem A trpí většina hemofiliků (80–85 %), u ostatních se vyskytuje typ B. Celosvětově je podle slov MUDr. Jana Blatného, Ph.D., z oddělení dětské hematologie Dětské nemocnice FN Brno registrováno cca 400 tisíc pacientů, odhaduje se však, že ve skutečnosti touto nemocí trpí výrazně více lidí – řada z nich o tom neví, neboť nemají přístup k diagnostice.

Nejčastějšími projevy jsou krevní výrony do kloubů, svalů a rovněž zvýšená posttraumatická

a pooperační krvácivost. Dále se u hemofiliků ve větší míře vyskytují hematurie, epistaxe, hematomy či krvácení do GIT. Nejzávažnějšími projevy jsou intrakraniální hemoragie, retrofaryngeální krvácení či kompartmentový syndrom, kdy dochází k nedokrevní svalů, poruše nervosvalové funkce, prudké bolesti a svalové slabosti.

## Nemoc aristokratů

Nejstarší známá zmínka o nezvyklém krvácení, po němž na následky banálního úrazu zemřel mladý chlapec, se objevuje v díle arabského lékaře ze španělské Cordoby Albukasise na přelomu 11. a 12. století. Podrobněji se pak zvláště nepravidelností zvýšené krvácivosti chlapců v některých rodinách zabýval židovský autor Moises Maimonides o sto let později. U něj se již objevuje zárodek úvah o dědičnosti. Pověřil si, že úkaz se projevuje u synů jedné matky ve dvou různých manželstvích.

O hemofilii se hovoří též jako o „aristokratické nemoci“. Nejznámější dědičná linie pochází od britské královny Viktorie. Než v roce 1901 zemřela, stačila osudové geny předat svému čtvrtému potomkovi, synu Leopoldovi, jehož dcera Alice se stále také přenašečkou. Leopold trpěl častými krváceními a psalo se o nich i v britských odborných časopisech; zemřel na krvácení do mozku v jednadvaceti letech. Ještě osudovější bylo dědictví jejich dcer Alice a Beatrice, které rozšířily onemocnění do králov-

ských rodin Německa, Španělska a Ruska. Například dva španělské princové zemřeli před druhou světovou válkou na následky banálních zranění – jeden lehce havaroval s autem a narazil do telefonní budky, druhý si přivodil krvácení do hrudní dutiny také v autě, lehkým nárazem na volant.

Nejproslulejším se stal příběh ruské carské rodiny, kam zanesla poškozovaný gen německá princezna a vnučka královny Viktorie Alix Hesensko-Darmstadtská (Alexandra Fjodorovna). S carem Mikulášem II. měli syna Alexeje, velmi těžkého hemofilika. Časté krvácivé projevy mu prakticky neumožňovaly normální život, byl neustále obklopen bodyguardy a ošetřovateli, žil ve skleníkovém prostředí. I jeho stav byl jedním z důvodů obrovského vlivu podvodného mnicha Grigorije Novika, zvaného Rasputin, na ruský dvůr. Byl totiž schopný hypnózou mladému carevičovi ulevit od bolesti, dokonce v některých případech i zastavit krvácení.

## Od čerstvé krve k izolovaným faktorům

V hledáčku současné lékařské vědy je hemofilie od 19. století. První moderní pojednání sepsal a v roce 1803 publikoval filadelfský lékař John Conrad Otto pod názvem „Zpráva o sklonu ke krvácivosti v některých rodinách“. Zcela jasně již popsal základní rysy: dědičnost a projevy pouze u mužů. Vysledoval rodokmeny postižených rodin po mateřské linii zpět až do roku 1720. Samotné slovo hemofilie poprvé použil německý lékař Johannes Schönlein ve 20. letech 18. století. První pokus o léčbu popsal v časopise Lancet Samuel Lane v roce 1840. Zjistil, že pooperační hemofilické krvácení se zmírilo po podání čerstvé krve.

V minulém století výzkum hemofilie rychle akceleroval a umožnil také získat nové poznatky o krevní srážlivosti. Nejprve dva harvardští lékaři Patek a Taylor v roce 1937 zjistili, že nemoc ovlivňuje součást krevní plazmy, kterou nazvali antihemofilický globulin. O několik let později položil Pavlovsky v Bue-



**Britský princ Leopold, vévoda z Albany, trpěl častým krvácením.**

nos Aires základ pro rozlišení faktoru VIII a IX, tudíž dvou odlišných forem hemofilie. V 50. letech minulého století se na základě objevu faktoru VIII začala využívat krevní plazma, lidská i zvířecí.

Roku 1965 Judith Poolová izolovala koncentrovaný faktor VIII a byl tak odstartován průmyslový boom hemofilických preparátů. Začal se používat kryoprecipitát, jenž měl oproti plazmě stejnou účinnost s podstatně menším objemem. Během deseti let vznikly lyofilizované koncentráty. Znovu poklesl objem preparátu a jeho účinnost se naopak zvýšila. Lyofilizované preparáty se skládají v běžných chladničkách a hemofilici si je v případě akutní potřeby sami intravenózně aplikují.

Zatímco zcela bez péče by naděje dožítí pacientů nepřesahovala 13–15 let, při podávání krevní plazmy to již bylo v průměru 45 let. Dnes pak díky moderním přípravkům substituujícím krevní faktory hemofilici mohou prožít stejně dlouhý život jako zdraví jedinci.

## Rekombinantní přípravky zvýšily bezpečnost

V 80. letech do péče o hemofiliky tragicky zasáhla nová epidemie nemoci AIDS. Tisíce pacientů se po podání krevních přípravků nakazily virem HIV, část jich zemřela, někteří s touto nemocí žijí dál. Případ měl za následek ještě větší

snahu o redukcii rizik spojených s transfuzemi – přísnější výběr dárců, tepelné zpracování krevních koncentrátů a jejich lepší čištění. V roce 1985 se vědcům podařilo naklonovat geny FVIII a FIX. Již o několik let později proto mohly být hemofilikům podány rekombinantní přípravky s FVIII. Česká republika „díky“ železně opoňené nebyla tolik zasažena epidemií AIDS, na druhé straně krátce po pádu totalitního režimu mohla těžit z dostupnosti nejmodernějších látek. V posledních patnácti letech jsou k dispozici vysoce čištěné rekombinantní koncentráty faktorů FVIII i FIX vyrobených zcela uměle, bez využití krve dárce. Tyto přípravky tak zaručují maximální bezpečnost léčby. Přesto některé země světa nemají k těmto preparátům přístup vůbec, jiné zase používají pouze je.

Podle slov doktora Blatného v zásadě není rozdíl v efektivitě aktuálně používaných přípravků, pouze v jejich bezpečnosti. Od roku 2006 existuje v České republice doporučení podávat dříve neléčeným pacientům (a tudíž neexponovaným rizikovějším preparátům) pouze rekombinantní přípravky, u ostatních to však imperativem není. V každém případě takto (díky přibývajícím nově diagnostikovaným nemocným) celkově vzrůstá počet těch, kteří již jsou léčeni pouze umělými preparáty.

Péči o hemofilii a jí podobné nemoci v České republice koordinuje Český národní hemofilický program ([www.cnhp.cz](http://www.cnhp.cz)), mezioborová iniciativa podporovaná Českou hematologickou společností ČLS JEP, Českou společností pro trombozu a hemostázu ČLS JEP a Českou pediatričskou společností ČLS JEP.

## Problém zvaný inhibitory

Vyřešením otázky umělých krevních faktorů pro hemofiliky a jejich průmyslovou velkovýrobou však veškeré problémy spojené s léčbou této nemocí zdaleka nebyly vyřešeny. Jednou z nejzávažnějších komplikací jsou protilátky produkované imunitním



**Nejproslulejší hemofilik – carevič Alexei.**



**Dědičná linie pochází od britské královny Viktorie.**



pacient mohl substituční přípravky znovu užívat. I z tohoto důvodu se jako moderní léčebná modalita doporučuje profylaktické podávání koncentrátního faktoru.

### Profylaxe jako zlatý standard léčby

Hlavní výhodou profylaxe je účinná prevence výskytu a zhoršování projevů nemoci, jako je krvácení do kloubů a svalů či poškození pohybového aparátu. Poprvé byla profylaktická aplikace faktoru vyzkoušena, zhodnocena a publikována ve Švédsku (1976). Nyní jde o zlatý standard léčby dětí s těžkou formou hemofilie. Může být kvalitně a bezpečně vedena rekombinantními preparáty.

Primární profylaxe je taková, jež byla zahájena před vznikem jakéhokoliv poškození kloubů, tedy před 2. rokem věku a ne později než po prvním krvácení. O sekundární profylaxi jde, pokud je zahájena až po objevení se kloubního poškození a/nebo po závažných krváceních. Čím později po prvním krvácení je profylaxe nasazena, tím vyšší hrozí riziko artropatií.

Například studie uveřejněná v New England Journal of Medicine v roce

2007 potvrdila snížení rizika poškození kloubů u dětí o 83% (ze 45 na 7%), pokud jim byly pravidelně profylakticky podávány koncentrátní faktoru. Podobně zaměřená, ale odlišně designovaná studie ESPRIT v roce 2011 prokázala 61% snížení tohoto rizika (ze 74 na 29%).

Neméně důležité je ovšem i zvýšení kvality života pacientů a možnost jejich následného plného zařazení do společenského a pracovního života, pokud byli adekvátně léčeni od dětství. Děti na profylaxi se podle průzkumů cítí být samostatnější, nezávislejší a méně omezené. Z dlouhodobého hlediska navíc účinná profylaktická léčba vedle zdravotních, psychologických a sociálních benefitů pro jedince přináší rovněž ekonomický efekt (pro pacienta i společnost), když dovoluje hemofilikům profesní seberealizaci a soběstačnost – mohou normálně fungovat, pracovat, platit daně a státu tak vrací vynaložené náklady na léčbu.

### Léčba šitá na míru

Další z otázek, jež současný model léčby přináší, je zda ukončit primární profylaxi, jakmile pacient dosáhne plnoletosti (případně zda v ní pokračovat). Někteří

dospělí hemofilici i bez profylaxe netrpí příliš častými nežádoucími projevy a komplikacemi, jiní naopak mohou být postiženi například progresivní artropatií.

V každém případě se ukazuje, že profylaxe pokračující i v dospělosti může být pro řadu pacientů přínosná a zlepšovat jejich celkový stav. Je sice 2–3x nákladnější než léčba „na vyžádání“ (v případě akutních projevů), šetří však další péči – hospitalizaci, léčbu přidružených komplikací, nutnost ortopedických zásahů atd. Podle slov předsedy rumunské hemofilické patientské asociace Daniela Andreie pacient bez adekvátní léčby stráví průměrně 12–15 dní v roce v nemocnici, optimálně léčený hemofilik 1 den. Stejně tak ambulantní návštěvu lékaře podstoupí špatně léčený či neléčený hemofilik 12–30x, zatímco léčený jen 1–6x ročně. Související nezaměstnanost je u hemofiliků bez adekvátní léčby až 90%, u stabilizovaných a dobře zaléčených pouze 15%.

Úkolem pro další roky je především standardizace co nejvyšší kvality péče na celém světě, tak aby každý hemofilik měl přístup k nejmodernějším a nejúčinnějším preparátům. V současné době se odhadu-

je, že adekvátní péče se dostává jen 20–25% pacientů na světě, ostatní mají péči nedostatečnou či vůbec žádnou (což zahrnuje poddiagnostikovanost, absenci možnosti profylaxe a domácí léčby, užívání zastaralých přípravků či nedostatečnou péči o pacienty, jejichž stav je komplikován tvorbou inhibitorů faktorů krevního srážení v těle).

Na druhé straně je rovněž třeba zohlednit, že každý pacient je individuální i ve své nemoci, a proto bude čím dál tím více třeba nepostupovat jen podle jednotlivých protokolů, nýbrž šít léčbu každému hemofilikovi na míru. A to i s ohledem na jeho věk, zájmy, pracovní činnost, předchozí anamnézu a léčbu atd. Dalším krokem do budoucna je pak vývoj preparátů na bázi genového inženýrství, které umožní cílenou a definitivní terapii nemoci.

Martin Čermák



systémem v odpovědi na substituční terapii krevními faktory. Riziko výskytu těchto látek inhibujících hemofilickou léčbu je u závažnějších případů hemofilie A až 30%. Naopak snížit lze tyto nežádoucí efekty profylaktickým podáváním preparátů. Takto léčení pacienti mají až o 60% nižší pravděpodobnost rozvoje inhibitoru než pacienti, jimž jsou faktory podávány pouze v rámci akutní terapie při výskytu krvácivých komplikací hemofilie. Pokud se již nežádoucí odpověď imunitního systému vyskytne, postupuje se směrem k navození imunotolerance, aby

Inzerce A1211009238

**ADVATE**  
Octocogum alfa (rekombinantní koagulační faktor VIII)

**Čistá volba**

Zkrácené informace o léčivém přípravku

**ADVATE 250 IU/500 IU/1000 IU/ 1500 IU/2000 IU/3000 IU prášek pro přípravu injekčního roztoku s rozpouštědlem.**

**Složení:** Léčivá látka: 250/500/1000/1500/2000/3000 IU lidského koagulačního faktoru VIII (rDNA), octocogum alfa. Po rekonstituci obsahuje jeden ml injekčního roztoku přibližně 50/100/200/300/400/600 IU octocogum alfa. **Pomocné látky:** manitol, chlorid sodný, histidin, trehalosa, chlorid vápenatý, trometamol, polysorbát 80, glutathion (redukován), sterilizovaná voda na injekci. Přípravku se bez přidání jakéhokoliv (exogenního) lidského nebo zvířecího proteinu během buněčné kultivace, purifikace nebo konečné formulace. **Indikace:** Léčba a profylaxe krvácení u pacientů s hemofiilií A (vrozený nedostatek faktoru VIII). ADVATE není indikován při von Willebrandově chorobě.

**Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku nebo na mýslí nebo křeččí proteiny. **Dávkování a způsob podání:** Léčba má být zahájena pod dohledem lékaře, který má zkušenosti s léčbou hemofilie. Pro případ anafylaktické reakce musí být ihned k dispozici resuscitační podpora. Dávkování a délka substituční terapie závisí na závažnosti nedostatku faktoru VIII, na místě a rozsahu krvácení a na klinickém stavu pacienta. **Léčba on demand (dle potřeby):** Výpočet požadované dávky faktoru VIII je založen na empirickém zjištění, že 1 IU faktoru VIII na 1 kg tělesné hmotnosti zvyšuje aktivitu plazmatického faktoru VIII o 2 IU/dl. Dávka se určuje podle následujícího vzorce: Požadované jednotky (IU) = tělesná hmotnost (kg) x požadovaný vzrost faktoru VIII (%) x 0,5. Dávka a frekvence podávání by se měla upravit podle klinické odpovědi v jednotlivém případě. Jednotliví pacienti se mohou lišit svou odpovědí na faktor VIII dosahováním různých hodnot obnovy faktoru VIII in vivo a vykazováním různého poločasu. **Profylaxe:** Pro dlouhodobou profylaxi krvácení u pacientů s těžkou hemofiilií A jsou obvyklé dávky 20 až 40 IU faktoru VIII na 1 kg tělesné hmotnosti v intervalu dvou až tří dnů.

U pacientů mladších 6 let se doporučují dávky 20 až 50 IU faktoru VIII na 1 kg tělesné hmotnosti 3–4krát týdně. Pacienti mají být sledováni s ohledem na vývoj inhibitorů faktoru VIII. Jestliže nejsou dosaženy očekávané hladiny plazmatické aktivity faktoru VIII nebo jestliže se krvácení nezastaví po příslušné dávce, je třeba provést test na přítomnost inhibitoru. U pacientů s vysokými hladinami inhibitoru nemusí být substituční léčba faktorem VIII účinná a je třeba uvažovat o jiných možnostech léčby. ADVATE má být podáván intravenózně. V případě, že aplikaci provádí nezdravotník, je třeba zajistit jeho odpovídající proškolení. Rychlost podávání by měla být přizpůsobena tomu, jak to pacientovi nejlépe vyhovuje, maximálně 10 ml/min. V zájmu pacientů se doporučuje při každém podání ADVATE zapsat název a číslo šarže přípravku. **Nežádoucí účinky:** Během klinických studií a na základě spontánních hlášení byly hlášeny tyto nežádoucí účinky: Časté ( $\geq 1/100$  až  $< 1/10$ ): pyrexie, bolesti hlavy, závrať, pozitivní protilátky proti faktoru VIII. Méně časté ( $\geq 1/1000$  až  $< 1/100$ ): chřipka, laryngitida, lymfangitida, zhoršení paměti, třes, migréna, dysgeusie, zánět oka, hematom, návaly horka, bledost, dyspnoe, průjem, bolest v horní části břicha, nevolnost, zvracení, svědění, vyrážka, nadměrné pocení, dermatitida, periferní edém, bolest na hrudi, zimnice, nepřijemné pocity, zvýšení hladiny alaninaminotransferázy, snížení hladiny faktoru VIII, snížení hladiny hematokritu, abnormální laboratorní testy, procedurální komplikace, krvácení po léčebném postupu, reakce v místě podání. Stejně jako u jiných intravenózních přípravků byly při podávání ADVATE hlášeny hypersenzitivní reakce alergického typu včetně anafylaktických/anafylaktoidních reakcí (četnost není známa). **Upozornění:** Jako u jiných intravenózních přípravků obsahujících protein, i zde jsou možné hypersenzitivní reakce alergického typu. Přípravek obsahuje stopy myších a křeččích proteinů. Pacienti mají být informováni o příznacích hypersenzitivních reakcí okamžitého typu. Pokud se tyto symptomy objeví, pacienti musí ihned přerušit používání přípravku a kontaktovat svého lékaře. V případě anafylaktického šoku se postupuje podle standardních léčebných metod pro léčbu šoku. Tvorba neutralizujících protilátek (inhibitorů) proti faktoru VIII je známou komplikací léčby jedinců s hemofiilií A. U pacientů, kteří vyvinou inhibitor proti faktoru VIII, se tento stav může projevit nedostatečnou klinickou odpovědí. Pacienti léčení koagulačním faktorem VIII musí být pečlivě sledováni s ohledem na vznik inhibitorů pomocí příslušných klinických pozorování a laboratorních testů. Po rekonstituci obsahuje tento léčivý přípravek 0,45 mmol sodíku (10 mg) v jedné lahvičce. To je třeba vzít v úvahu při léčbě pacientů na dietě s kontrolovaným příjmem sodíku. **Interakce:** Nebyly provedeny studie interakce s přípravkem ADVATE. Vzhledem k tomu, že neexistují studie kompatibility, nesmí být tento léčivý přípravek mísen s jinými léčivými přípravky nebo rozpouštědly. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem. Během doby použitelnosti může být přípravek uchováván při pokojové teplotě (do 25 °C) po jedno období nepřesahující 6 měsíců. Zahájení uchovávání při pokojové teplotě má být zaznamenáno na krabičce přípravku. Přípravek nesmí být vrácen zpět do chladničky. Uchovávejte lahvičku v krabičce, aby byl přípravek chráněn před světlem. Chemická a fyzikální stabilita přípravku před použitím po rekonstituci byla doložena po dobu 3 hodin při teplotě 25 °C. Z mikrobiologického hlediska by měl být přípravek použit ihned po rekonstituci. **Držitel rozhodnutí o registraci:** BAXTER AG, Industriestrasse 67, Vídeň, Rakousko. **Registrační číslo:** EU/1/03/271/001-006. **Poslední revize SPC:** červen 2011.

**2012017**

Celé znění SPC naleznete na [www.baxter-vpois.cz](http://www.baxter-vpois.cz)

Přípravek je vydáván na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

**Baxter**

**BAXTER CZECH spol. s r.o.**

Karla Engliš 3201/6, 150 00 Praha 5, Tel: +420 225 774 111, Fax: +420 225 774 250

Baxter a ADVATE jsou ochranné známky Baxter International Inc. a dceřiných společností.

# XXV. výroční kongres Mezinárodní angiologické unie – po 34 letech opět v Praze

V historii mezinárodních angiologických kongresů je ten letošní třetím, který proběhl v tuzemsku – poprvé to bylo z iniciativy profesora Bohumila Prusíka v roce 1961 a poté v roce 1978, kdy se v evropském prostředí začala etablovat česká angiologická škola. Ta v průběhu následujících desetiletí nejen prokázala svou schopnost držet krok s dobovými trendy, ale přinesla i vlastní výzkumné a klinické poznatky. Uspořádání letošního setkání světových angiologů v Praze tedy mělo své dobré důvody.

Posláním České angiologické společnosti (ČAS), která vznikla v roce 1993 jako jedna ze společností České lékařské společnosti J. E. Purkyně vyčleněním a osamostatněním předchozí angiologické pracovní skupiny, působící v rámci České kardiologické společnosti, je rovněž vytváření přátelských partnerských vztahů s příbuznými obory (kardiologií, flebologií, lymfologií, cévní chirurgií, intervenční radiologií a diabetolog

gií) i zastupování české angiologie na mezinárodní úrovni. ČAS je tak praktickou ukázkou mezioborové spolupráce, která se nyní vlivem nových poznatků ještě dále rozšiřuje. V rámci ČLS JEP také patří k nesporně nejaktivnějším odborným společnostem – každoročně pořádá Angiologické dny a Česko-slovenské sympozium (dosud konané ve Valticích, letos ovšem tato akce poprvé proběhne v Míkulově).

U základů výzkumné činnosti v oblasti angiologie v Čechách nepochybně stál již zmíněný slavný internista prof. MUDr. Bohumil Prusík, DrSc. (1886–1964), který zavedl řadu nových diagnostik (například již v roce 1913 EKG, podle něhož poprvé u nás diagnostikoval akutní infarkt myokardu, což bylo do té doby možné až po pitvě). Dnes už lze tedy hovořit o téměř stoleté tradici, která kontinuálně pokračuje.



Slavnostní zahájení kongresu obstaral sbor Boni pueri.

Pražského kongresu se účastnilo asi 1000 delegátů ze 66 zemí a bylo prezentováno 660 předná-

šek a posterů, z nichž dvě třetiny tvořila volná sdělení.

(jass)

## Cílem je sdružovat lidi všech odborností, kteří se zabývají cévními chorobami

Rozhovor s **MUDr. Karlem Roztočilem, CSc.**, prezidentem XXV. výročního kongresu Mezinárodní angiologické unie (IUA), který proběhl v Praze ve dnech 1.–5. července 2012.

Aby mohlo proběhnout několik dnů kongresu, bylo zapotřebí několikaleté přípravy, jež se odehrávala hlavně v rámci výboru České angiologické společnosti ČLS JEP a vědeckého sekretariátu kongresu, který zajišťovali pracovníci pražského IKEM. Generálním se-

kretářem kongresu byl MUDr. Jan Pířha, CSc., hlavním organizátorem a prezidentem MUDr. Karel Roztočil, CSc., který je na příští dva roky (2012–2014) zvolen také prezidentem International Union of Angiology (IUA). V krátkém rozhovoru jsme jej požádali – nej-

prve jako předsedu ČAS – o stručné zhodnocení současného vývoje oboru angiologie u nás, následně pak o přehlednou informaci ze zmíněného kongresu.

**Mezinárodní angiologická unie sdružuje zástupce ze 73 členských zemí. Je angiologie ve všech z nich základním atestačním oborem?**

Není tomu tak, a dokonce ani samotný termín angiologie není vysvětlován jednotně. Zatímco u nás i v ostatních zemích středních Evropy se pod tímto označením rozumí internistická specializace, jsou naproti tomu jiné země, kde cévní interna není rozvinuta a kde se jako angiologové označují lékaři s cévněchirurgickou specializací. Takže existuje určitá terminologická nejasnost mezi lékaři a někdy se vlastně ani dobře nedomluví...

Pokud jde o Mezinárodní angiologickou unii, tam je situace

jednodušší v tom, že právě není vázána na jednu lékařskou specializaci, ale jejím cílem je sdružovat dohromady lékaře všech odborností, kteří se zabývají cévními chorobami. Náplní jejich práce tedy není profesionální zaštitění jedné odbornosti, třeba cévních internistů nebo cévních chirurgů či radiologů, ale naopak spíše sdružování na základně řešení konkrétní problematiky. To je tedy určitou zvláštností, kterou se Mezinárodní angiologická unie odlišuje od jiných odborných společností.

**U nás měla cévní problematika vždy silné výzkumné i klinické zázemí, a to nejen ve fakultních nemocnicích. Teprve v roce 2005 se však angiologie stala základním specializačním oborem. To ovšem netrvalo dlouho a nyní probíhá vzdělávání v angiologii prostřednictvím certifikačních kurzů – tj. nástavbové**

**atestace, což znamená přerušení praxe na dva roky. Je zde asi reálné riziko, že počty atestovaných angiologů budou dlouhodobě stagnovat. Nabízí se otázka – nebude chybět, při vši úctě k potřebné interdisciplinaritě, přece jen pohled komplexně vzdělaného angiologa?**

Toho se skutečně obáváme. Dokonce už po těch dvou letech, kdy uvedená úprava vzdělávání vstoupila v platnost, vidíme, že je mnohem méně mladých uchazečů o specializaci v angiologii v podobě, jak byla zakotvena ve zmíněných certifikačních kurzech, a myslíme si, že to není správná cesta. V dalších letech proto budeme usilovat o to, aby se vrátil původní model, kdy by angiologie byla opět chápána na stejné úrovni jako ostatní internistické obory – endokrinologie, gastroenterologie, kardiologie, nefrologie, pneumologie a další. To ostatně koresponduje s tím, jak je angiologie



Jeden z nejvýznamnějších řečníků na kongresu Lord A. Kakkar z Velké Británie.



## ODBORNÉ AKCE



MUDr. Karel Roztočil, CSc.

či cévní interna zařazena v jiných zemích – na Slovensku, ale také ve Švýcarsku, Německu, Rakousku, Maďarsku – a jak bude s největší pravděpodobností probíhat její vývoj i v dalších evropských státech.

**Vraťme se k letošnímu kongresu – tematický záběr byl opravdu široký, od patofyziologie přes novinky v diagnostice a léčbě cévních onemocnění až po preventivní postupy. Která z těchto oblastí odráží největší rozvoj, kde je nejvíce patrná dynamika změn?**

V rámci kongresu se skutečně podařilo vytvořit vědecký program tak, aby v něm byly rovnoměrně zastoupeny všechny oblasti – chirurgická, intervenční radiologická i internistická složka. Díky tomu si účastníci mohli vybrat přesně to, co je hlavním předmětem jejich zájmu.

Samozřejmě v současnosti dochází k největšímu vývoji v oblasti perkutánní intervence a angioplastik, kde se objevují nejrůznější technické inovace a zvyšují počty prováděných výkonů. Kongres dal ale příležitost i ostatním oblastem, protože ony neefektivnější metody a postupy se vlastně týkají jen zhruba 3 až 5 procent

z celkového počtu pacientů s cévními chorobami, kteří jsou takto léčitelní. Ovšem zbývá zde 95 procent těch, o které je třeba se postarat jiným než intervenčním či chirurgickým způsobem. Takže je třeba to vnímat tak, že tyto nové metody, kterými jsme nadšeni a samozřejmě je vítáme a chceme, aby jich bylo prováděno co nejvíce, neřeší celou problematiku každodenní praxe.

**Německá angiologická společnost se v rámci svého bloku na kongresu prezentovala tématem „Výzkum zdravotní péče o cévní onemocnění“. Pokud tedy srovnáte stav v Německu a u nás, jak jsme na tom?**

Byli jsme rádi, že se nám podařilo zajistit pro německou odbornou společnost vlastní přednáškový blok, protože Německo je právě jednou ze zemí, kde je péče o angiologické pacienty vybudována zcela příkladně a v tomto směru patří skutečně k evropské špičce. I pro nás je to určitý model, k němuž se snažíme přiblížit. Přestože máme angiologickou péči na dobré úrovni, nelze říci totéž o její dostupnosti. Nejlépe jsou na tom Praha a Středočeský kraj se specializovanými centry v Praze a kraj Severomoravský s centry v Ostravě. Cílem je však samozřejmě rovnoměrné pokrytí odborné angiologické péče po celém území republiky. Představujeme si, že na jeden milion obyvatel by mělo existovat alespoň jedno takovéto specializované centrum, zajišťující špičkovou péči pro zmíněných 3 až 5 procent pacientů, ale samozřejmě současně pokrývat potřeby specializované péče u zbývající většiny.

**Z oblasti farmakoterapie se dle programových podkladů hodně diskutovalo především o orálních přímých inhibitech trombinu. Téměř se zdá, že jejich nástup by mohl znamenat konec warfarinu...**

Ano, tomuto tématu byla také věnována velká pozornost, zejména v souvislosti s trombotickým onemocněním. Různými aspekty nových antitrombotik se zabývalo asi šest samostatných sympozií, a toto téma jsme tedy rovněž považovali za přínosnou část celého programu...

V tuto chvíli jistě ještě nelze říci, že by éra warfarinu skončila. I když potenciálně je samozřejmě možné, že vývoj dospěje do takové fáze, že tyto preparáty budou číslem jedna a warfarin nahradí. Ale určitě to nebude v horizontu několika příštích let.

**Které z výstupů letošního kongresu si účastníci mohli odnést pro svou další práci v oboru?**

Z organizačního pohledu bych rád připomněl jednu inovaci, která byla jistě pro mnohé novinkou – elektronickou posterovou sekci. Postery díky ní byly posunuty na trochu jinou úroveň. Organizátoři podobných akcí si totiž mnohdy nevědí rady s papírovými prezentacemi a jejich, byť i přínosná sdělení, tak nakonec zcela zapadnou. Tentokrát to byly krátké prezentace zaslané organizačnímu výboru v předstihu a připravené tak, aby je bylo možné předvádět na velkých dotykových panelech. Po prezentaci probíhala diskuse k posterům přímo u obrazovek v jednotlivých tematických blocích, moderovaná dvěma předsedajícími. Tato inovace se setkala se značným ohlasem.

Z pohledu odborných informací patří k asi nejdůležitějším prezentacím několika nových *guidelines*, vztahujících se k dosud nezpracovaným tématům. Jedno se týkalo povrchových žilních trombóz. Na kongresu byl představen mezinárodně akceptovaný konsenzus, který přináší trochu jiný pohled na tuto problematiku – od někdejšího přehlížení se přesouvá k aktivnějšímu přístupu, včetně použití antikoagulační léčby. Zavádí určitý standardizovaný přístup, který by měl být u pacientů s povrchovými žilními trombózami nyní používán.

Další *guidelines*, jež jsme dosud neměli, se týkají arteriovenózních malformací. Konsenzus k jejich diagnostice a léčbě byl přímo na sjezdu vypracován skupinou velmi renomovaných odborníků mezinárodního týmu. Třetí doporučení, která také vyplynula z tohoto sjezdu, se týkala nízkomolekulárních heparinů. Vedle originálních preparátů je v současnosti celosvětově distribuována řada přípravků, jež jsou od nich odvozeny. Vznikl proto



Profesor John Fletcher z Austrálie, prezident příštího kongresu IUA v Sydney 2014, MUDr. Karel Roztočil, prezident kongresu a současný prezident IUA, a profesor Roberto Simkin, bývalý prezident IUA.



E-poster – pro prezentaci posterů byly poprvé použity dotykové LCD obrazovky.

konsenzus, podle jehož požadavků by generika nízkomolekulárních heparinů měla být srovnatelná s originálními.

**Na závěr otázka, která se vrací zpět k interdisciplinářnosti angiologie a vlastně jejím dalším ambicím. K jistě zajímavým kongresovým blokům patřil i ten, který se věnoval chronické mozkomíšni žilní nedostatečnosti, o níž se zatím příliš nemluvalo. Nově je dávana do souvislosti se vznikem roztroušené sklerózy – údajně by měla až 40x zvyšovat riziko jejího vzniku. Zajímavé je to i proto, že se vlastně jedná o další přesah – tentokrát do neurologie...**

To je docela zajímavé téma, které se objevilo teprve v posledních asi dvou letech – tedy úvahy o tom, že existují určité souvislosti mezi roztroušenou sklerózou a žilní hypertenzí v mozkomíšni oblasti. Zatím tyto poznatky ještě nejsou zcela ujasněny, a není tedy zřejmé, zda lze tyto nálezy dát do příčinné souvislosti se vznikem roztroušené sklerózy. Ale je to jistě nová oblast výzkumu – dříve se například vůbec neuvažovalo o tom, že by vyšetřování jugulárních žil mohlo mít vůbec nějaký význam. Nyní se ale ukazuje, že zde skutečně mohou být patogeneticky významné změny. Takže ano, není vyloučeno, že multidisciplinárna angiologie půjde ještě dál...

Jaroslava Sladká



Předseda České lékařské společnosti JEP profesor Jaroslav Blahos.

# Rallye Rejvíz pošestnácté

Ve dnech 30. května až 3. června se v Koutech nad Desnou na Jesenicku konal již 16. ročník soutěže zdravotnických záchranných služeb Rallye Rejvíz.

**Ž**e se jedná o soutěž s tradicí, která je velmi oblíbená mezi záchranáři u nás i ve světě, o tom svědčí počet přihlášených posádek, který přesáhl stovku – znamená to největší účast v historii soutěže. Letošního ročníku se zúčastnily týmy z 15 evropských zemí a také z USA, Kanady, Japonska a Turecka. Stejně jako počet účastníků rostou i v Rejvízu i soutěžní kategorie. Záchranáři mohou srovnat své schopnosti v národní soutěži zdravotnických posádek nebo posádek s lékařem a totéž platí od minulého roku i o mezinárodní soutěži. K Rejvízu již tradičně patří také „Zlaté sluchátko“, klání dispečerů linky 155, a od loňského roku nově soutěž studentů lékařských fakult „MUC. RR“.

## Sychravé počasí na startu... i v cíli

Je čtvrtěk večer, krátce před zahájením soutěže. Před hotelem Dlouhé stráně v Koutech nad Desnou stojí seřazené sanitní vozy s nalepenými startovními čísly. Venku a uvnitř hotelu se míchá barevná směsice záchranář-

ských uniforem z celého světa. Hned ve dveřích potkáváme červené Slováky, oranžovomodré Středočechy a zelenožluté Holanďany. Ve vzduchu panuje přátelská atmosféra a zároveň je cítit i nervozita. Někteří záchranáři posedávají a využívají poslední okamžiky před startem soutěže k načerpání sil, jiní živě diskutují o možných úkolech nebo kontrolují vybavení svých sanitních vozů.

Kolem je slyšet zejména angličtina, slovenština a čeština. Poté, co je Rallye Rejvíz slavnostně zahájena, se dává – stejně jako několik předchozích ročníků – tradičně do deště. Pořadatelé a soutěžící v tuto chvíli ještě netuší, že sychravé a neúprosné studené počasí vydrží až do konce soutěže. Na trať vyrážejí první sanitní vozy. Noční úkoly budou probíhat celou noc a na ně naváží denní etapy. Úkolů mají soutěžící během 24 hodin bez většího odpočinku zvládnout třináct.

## Přesah do sociální oblasti

Záchranáři přijíždějí k jednomu z prvních úkolů. Od dispečinku



Tradiční čestná kolona na závěr akce.

linky 155 dostávají jen stručné informace o úrazu malého dítěte v bytě. Vstupují do hezkého a čistého bytu. Ve dveřích je vítá matka a v náručí drží čtyřleté dítě. Záchranářům popisuje, že vlezlo do vany s horkou vodou a popálilo si obě nohy. Dítě pláče, je vystrašené a tulí se k matce, na nohou má popáleniny 3. stupně. Záchranáři provádějí první ošetření a chlazení popálenin, v koupelně si všímají suché vany a při dalších vyšetřeních zjišťují, že dítě má na různých částech těla i další popáleniny a modřiny staršího data. Matka jim tvrdí, že dítě je nešikovné a často si způ-

sobuje podobná zranění. Když se záchranáři ptají, u koho se dítě léčilo, mění jména ošetřujícího lékaře a nakonec nechce nechat odvézt dítě do nemocnice. V tomto případě se jednalo o syndrom týraného dítěte a hodnotilo se nejen správné ošetření, ale i řešení sociální problematiky, komunikace a přivolání policie. Úkol byl reakcí na stále vzrůstající počet případů týraných dětí, se kterými se záchranáři setkávají při svých výjezdech.

## Děti, děti a zase děti

Nejednalo se však o jediný úkol s dětským pacientem, během letošního ročníku Rallye Rejvíz byla téměř polovina úkolů zaměřena na děti. „K dětem jezdí záchranáři v poslední době stále více, proto jsme se letos rozhodli zařadit více soutěžních úkolů s dětskými a během prázdnin přibývá úrazů

děti,“ říká tiskový mluvčí Rallye Rejvíz Jiří Pavlík.

Jedním z úkolů byl případ dvanáctiletého dítěte kolabujícího při výletu v horách. Správné stanovení diagnózy znamenalo rozpoznat počínající diabetes mellitus 1. typu vznikající v dětském věku.

Dalším případem, který soutěžící řešili, byl kolapsový stav sedmnáctileté cyklistky vracící se z večírku. Úkolem posádek bylo rozpoznat plicní embolii, která je vždy život ohrožujícím stavem. V několika posledních letech záchranáři zaznamenávají její zvýšený výskyt u mladých dívek, které užívají antikoncepci a kouří cigarety.

Jedním z náročnějších úkolů byl také zásah u tříměsíčního kojence hlídaného *au pair*. Správným řešením bylo určení srdečního selhávání v rámci vrozené srdeční vady u Downova syndromu.



Jeden ze zdravotníků přistupuje k havarovanému vozu a zkouší otevřít dveře – dostává ránu elektrickým proudem a je na místě mrtvý. nevšiml si, že na havarovaný vůz spadly dráty vysokého napětí...



Vítězky soutěže „Zlaté sluchátko“.

## Výsledky Rallye Rejvív 2012

### Národní soutěž RLP (s lékařem):

1. místo: Preshow Rebels Rescue Team (Prešov, Slovensko)
2. místo: Chráněná dílna (tým složený ze studentů českých lékařských fakult)
3. místo: Záchraná služba Košice

### Národní soutěž RZP (bez lékaře):

1. místo: Záchraná služba Košice
2. místo: ZZS Zlínského kraje – Vsetín
3. místo: Zákaz zastavení (tým složený ze záchranářů z různých míst ČR)

### Mezinárodní soutěž lékařských posádek:

1. místo: EMS South Florida (USA)
2. místo: Rescue24 FSAR (maďarsko-český tým)
3. místo: EMS Senri (Senri Critical Care Medical Center, Japonsko)

### Mezinárodní soutěž posádek bez lékaře:

1. místo: Flagler County Local 4337 (USA)
2. místo: British Columbia Ambulance Servis (Kanada)
3. místo: Miami Dade Fire Rescue (USA)

### Zlaté sluchátko:

1. místo: Dagmar Talagová (Zákaz zastavení)
2. místo: Jana Rodríguez (ZZS hl. m. Prahy)
3. místo: Věra Olexová (ZZS Královéhradeckého kraje)

### MUC. RR (soutěž mediků):

1. místo: LF UP Olomouc
2. místo: Fakulta vojenského zdravotnictví Hradec Králové
3. místo: LF MU Brno

### Čím bizarnější úkol, tím reálnější základ

A který z úkolů byl nejnáročnější? „Nedá se říci, který byl nejtěžší, každý případ byl v něčem náročný a každý jinak. Je třeba na ně nahlížet komplexně, inspirovali jsme se našimi zkušenostmi z praxe. Většina úkolů má reálný základ, hlavně ty nejbizarnější,“ říká Jiří Pavlík. Záchranáři přijíždějí k hlášené dopravní nehodě. Vystupují ze sanitky a berou si zdravotnické vybavení. Jeden ze zdravotníků přistupuje k havarovanému vo-



### Vavříny pro vítěze!

zu a zkouší otevřít dveře, dostává ránu elektrickým proudem a je na místě mrtvý. Soutěžní posádka musí pokračovat jen ve dvou. Nebylo vidět, že by na havarovaný vůz spadly dráty vysokého napětí...

I takto často začínal jeden z nejnáročnějších soutěžních úkolů, který rozhodčí i soutěžící překltili na „masakr“. Hned ze začátku úkolu umírali záchranáři i lékaři ve velkém a posádka pak sice mohly pokračovat v úkolu, ale byly oslabené o jednoho či více členů.

Další část úkolu také nebyla jednoduchá. Řidič havarovaného vozu visel bezvládně v bezpečnostních pásích, ale nejevil známky žádného zranění. Záchranáři nejdřív museli zajistit odpojení elektrického proudu a umožnit si tak bezpečný přístup ke zraněnému, kterého poté vyprostili z vozu. Soutěžní týmy měly zjistit příčinu bezvědomí, kterým byla hypoglykemie, podat glukózu a vypnout inzulinovou pumpu. Záchranáři také měli u pacienta rozpoznat a řešit vzniklý akutní infarkt myokardu, který byl pravděpodobně příčinou kolapsu a havárie vozidla. Třešničkou na dortu celého zapeklitého úkolu bylo objevit náramek na ruce řidiče, kde bylo upozornění na alergii na kyselinu acetylsalicylovou.

Mezi další úkoly, s nimiž se soutěžící museli potýkat, patřil například výjezd ke strážníkovi

u nádražního bufetu, který snídál tak hltavě, až jej soutěžící museli resuscitovat, nebo ošetření lesního dělníka, na kterého spadl strom.

### Kde vážla komunikace, bylo i málo bodů

Většina zdravotníků během své praxe zjišťuje, že správná komunikace s pacienty je podstatnou součástí péče. Tím se řídili nejen organizátoři soutěže, kteří ve většině úkolů hodnotili postup posádek očima pacientů, ale i figuranti. Jeden z úkolů byl založen zejména na komunikaci. Soutěžící měli možnost si vyzkoušet situaci na nemocničním urgentním příjmu, kam byla přivezena pacientka v černém hidžábu, která kromě své mateřštiny nemluvila jiným jazykem. Záleželo na invenci a improvizaci týmů, jak si s nezvyklou situací poradí a zvládnou ji diagnosticky i terapeuticky. Konečnou diagnózou byla katérová sepse u chronicky dialyzované pacientky s renálním selháním. Cílem bylo získání jména pacientky, díky kterému bylo po zadání do nemocničního informačního systému možné zajistit kompletní anamnézu.

Na komunikaci bylo založeno také „Zlaté sluchátko“, soutěž dispečerů záchrané služby. Tato část se tematicky zaměřila na oblast přebírání tísňových výzev na lince 155 a jejich další zpracování. Soutěžící tak muse-

li například zvládnout telefonické vedení probíhajícího porodu nebo ukázat, jak jsou schopni přijímat a zpracovávat informace v náročných a stresujících podmínkách.

### Mimořádná událost virtuálně

Tradiční součástí Rallye Rejvív bývá i řešení mimořádné události. Letos organizátoři zvolili virtuální simulaci hromadné dopravní nehody, kde museli soutěžící během dvanáctiminutového limitu roztrždit zraněné a určit pořadí jejich odsunu. Virtuální simulace umožnila naprosto objektivní podmínky hodnocení výkonů. Před vlastním soutěžním úkolem musely všechny posádky povinně absolvovat instruktáž, která se týkala techniky řešení. Při řešení

soutěžní úlohy byla potřeba i komunikace s operačním střediskem a ostatními složkami integrovaného záchraného systému a rozdělení posádky na jednotlivé třídicí týmy.

### Vavříny pro Slováky a Američany

Mezinárodní část Rallye Rejvív ovládli zdravotníci z USA. V obou kategoriích mezinárodní soutěže získali celkem tři medailové pozice. V národní části se obdobně dařilo posádkám ze Slovenska. Na medailové stupínky dosáhly také tři týmy. Slavnostní vyhlášení výsledků proběhlo na náměstí v Jeseníku, následovala tradiční jízda kolony sanitních vozů, která 16. ročník Rallye Rejvív symbolicky uzavřela.

Jana Terová



Mladá cyklistka zkolabovala následkem plicní embolie, ocitla se tak v ohrožení života.



# Život mne baví, zůstávám optimistkou

Marcela Svěráková  
Foto: Leoš Chodura

S **Evou Komrskovou** jsem se setkala u příležitosti řešení jednoho z osvětových projektů pro osoby trpící nekontrolovaným únikem moči. Na jedné z jeho částí jsme spolupracovali s Českou asociací sester a prezidentka ČAS Dana Jurásková nám doporučila paní Komrskovou jako velmi spolehlivou a fundovanou osobu. Pomáhala nám s přípravou výzkumného šetření a se sběrem dat. Překvapila mne svojí vitalitou a elánem. Domnívám se, že její zkušenosti a názory na ošetřovatelství jsou velmi cenné i dnes.

## Co vás přivedlo ke studiu na zdravotnické škole?

Já se k ošetřovatelství dostala spíše oklikou. Po skončení války mi bylo 16 let. Byla to doba poznamenaná katastrofami, které jsme ve válečných letech prožili. Objevila se řada vážných ekonomických a sociálních problémů, které bylo potřeba řešit. Současně jsme prožívali ohromné nadšení pro budování nové společnosti. Já se shodou okolností v době prázdnin dostala

se skupinou mládeže, kterou vedl kněz, do Beskyd na Grůň, kde tehdy byla neuvěřitelná chudoba, sociální bída a alkoholismus. Tento relativně krátký pobyt – byli jsme tam deset dní – mne ale výrazně ovlivnil v mé další profesní kariéře.

Když jsem se vrátila domů, oznámila jsem mamince, že chci studovat sociální problematiku. Maminka z mého rozhodnutí velkou radost neměla, měla obavy z pro-

středí, ve kterém se budu pohybovat. Vybrala jsem si Masarykovu vyšší školu sociálně zdravotní v Praze, tehdy jedinou svého druhu. Byla to vyšší škola tříletá, která však nestačila ani přijímat, ani produkovat absolventy, jichž tenkrát bylo velmi zapotřebí. Z tohoto důvodu byla na omezenou dobu otevřena nová dvouletá Vyšší odborná škola pro vzdělání sociálně zdravotních pracovníků v Praze 7 – Holešovicích, která měla pomoci

řešit situaci. Tam jsem po úspěšném složení přijímacích zkoušek v roce 1947 nastoupila. Jednou z podmínek přijetí bylo i dovršení 18 let věku.

## Co vám studium na této škole dalo? Vzpomínáte na někoho z učitelů, kteří vás nějak ovlivnili v profesní orientaci?

Ta škola byla opravdu výtečná. Přednášky jsme měly až do večera do sedmi hodin. Výuka probíhala

i v sobotu, abychom stačily probrat všechny předměty. Měly jsme štěstí na výborné kantory, v rozhodujících předmětech většinou z vysokých škol. Zvláště vzpomínám na docenta Součka z Filozofické fakulty UK, který přednášel sociologii, a na docenta Nýdla, jehož oborem bylo rodinné právo a který působil u soudu pro mladistvé. Oba tyto vyučující nás dovedli nadchnout pro „věc“. S jednotlivými případy jsme se také seznamovaly

## PŘEDSTAVUJEME

při praktikách. Ovlivnilo mne to natolik, že jsem svoji profesní dráhu viděla jako sociální pracovnice v trestním soudnictví u mládeže. Poválečný zdravotní stav populace a s tím související sociální problémy byly tenkrát značné. Válka se na této situaci výrazně podepsala. Vraceli se lidé z koncentračních táborů, šířila se tuberkulóza a pohlavní choroby. Na řešení těchto problémů jsme už participovaly jako posluchačky při depistáži těchto nemocných a v návštěvní službě. Tím jsme získávaly praxi i v oblasti zdravotnické. Ve škole jsme měly všechny důležité předměty: anatomii, fyziologii, ošetřovatelství, prostě téměř vše, co se učilo na zdravotnické škole. O prázdninách jsme absolvovaly praktika v nemocnici na chirurgii, interně, dětském a porodnickém oddělení i v psychiatrii. Důležitá část praktického vyučování byla také v tehdejší pražské „nalezinci“, kam jsme docházely průběžně během školního roku.

### Situace se pak ale vyvíjela trochu jiným směrem...

Přišel rok 1948, začaly se zásadním způsobem měnit společenské poměry a rychle se rozplynul můj sen pracovat u soudu. Vzhledem ke svému úřednickému původu jsem s tím nemohla počítat. Po absolvování školy v roce 1949 jsem zůstala tak trochu vykolépaná. Naštěstí mi pomohla její ředitelka profesorka Stračovská. Její sestra byla ředitelkou nově otevřené Střední sociálně zdravotní školy v Kutné Hoře. Potřebovali vyučující sociální péče a případové práce, tak jsem tam 6. září 1949 nastoupila a učila dva roky. Bylo to pro mě ale přišermé zklamání. Byla jsem plna nadšení a neubráníla se srovnávání úrovně žáků této instituce se školou, kterou jsem právě absolvovala. Požadavky na nás i naše zaujetí pro sociální práci byly mnohem vyšší. Platila pro nás přísná kritéria. A najednou jsem měla učit děvčata a chlapce, které nic nezajímalo. Organizovala jsem pro ně exkurze, vymýšlela zajímavé akce, ale nebylo to nic platné. Asi to bylo také tím, že to byly ještě sotva 15leté děti, které na této škole skončily většinou bez předchozích ideálů a mnohdy i z nedostatku jiných příležitostí.

V tomto roce jsem se seznámila se svým budoucím manželem na jednom ze školení, jež jsem jako benjamínek učitelského sboru musela absolvovat. Manžel byl také učitel, působil v Příbrami. Po roční známosti jsme se vzaly a já přešla na sociální školu v Příbrami. Dá se říci, že tam se situace opakovala. Učila jsem už pouze jeden školní

rok. V té době se začala uskutečňovat řada velkých školských reforem a v rámci těchto změn byl učený program sociálně zdravotní školy v Příbrami převeden do Berouna, kam jsem měla být přeložena. Z rodinných důvodů jsem dojíždění odmítla a po různých pokusech najít uplatnění v Příbrami jsem skončila jako vychovatelka ve školní družině. Musím přiznat, že mě tato práce ničím nezaujala. Brala jsem to jako východisko z nouze, byla jsem v té době již těhotná a v roce 1952 se mi narodil syn.

### Po mateřské dovolené jste konečně začala pracovat v příbramské nemocnici?

Ano. Naskytla se mi možnost pracovat jako dětská sestra novorozeneckého oddělení nové příbramské porodnice. Nastoupila jsem tedy tam. Musela jsem si prohloubit praktické znalosti v tomto oboru, to mi však nedělalo velké potíže. Pracovala jsem v turnusu, většinou ve 12hodinových směnách, doma jsem měla 4měsíčního kojenče, kterého jsem dávala do jeslí, takže to byl záběh. Přesto jsem byla spokojená, práce byla zajímavá. Porodnost v těch letech byla vysoká, práce až nad hlavu. Po roce byly moje doklady o vzdělání a praxi poslány do institutu v Brně a já dostala osvědčení, že splňuji všechny kvalifikační podmínky pro obor dětská sestra.

### Jaké posty jste poté zastávala?

Postupem času jsem na oddělení měla funkci staniční sestry. Porodnice se rozrůstala, bylo dokončeno další oddělení, měli jsme celkem 58 novorozeneckých lůžek včetně několika inkubátorů pro děti nízké porodní váhy nebo patologické novorozence. Porodnice v Příbrami měla velkou spádovou oblast od Berouna přes Březnici, Dobříšsko až po Sedlčansko, lůžka byla stále plně obsazená, kapacita často přeplněná.

Do mých povinností náležela celá novorozenecká část, stala jsem se tedy staniční sestrou s rozšířenou působností, neboť novorozenecké oddělení bylo tehdy organizačně začleněno do oddělení porodnického, kde byla vrchní sestrou porodní asistentka. Novorozenecký úsek, ať byl jakkoli velký, mohl mít statutárně jen staniční sestru, proto ta moje „rozšířená působnost“. Práce to byla velmi náročná a znovu jsem oceňovala vědomosti a dovednosti získané při svém studiu, tedy racionálně uspořádané práci, mít dobré vyjadřovací schopnosti včetně písemného projevu, moci prakticky uplatnit poznatky z psychologie, rodinného práva i sociologie. Vše mi vel-

mi pomáhalo při jednání jak s vedoucími pracovníky nemocnice, tak s podřízeným personálem, ale i maminkami, které mnohdy potřebovaly radu. V té době pracovaly na novorozeneckém oddělení sestry, jejichž kvalifikace byla mnohdy problematická, neměly maturitu, odbornost získávaly v různých kurzech, většinou však byly obětavé a spolehlivé. O to větší byla zodpovědnost vrchních a staničních sester za bezpečnost provozu.

### Doplňovala jste si průběžně vzdělání?

Absolvovala jsem specializační studium zaměřené na péči o novorozence a rovněž funkční studium pro vrchní sestry. Zapojila jsem se také do práce Krajského ústavu národního zdraví Středočeského kraje. V některých případech jsem se zúčastňovala prověrek novorozeneckých oddělení v kraji jako posuzovatel z praxe. Shodou okolností jsem byla i členkou skupiny tehdy prověřující případ zdravotní sestry, která na novorozeneckém oddělení nemocnice v Sušici usmrtila několik kojenců. Za svůj čin byla odsouzena k trestu smrti a rozsudek byl vykonán. Do této skupiny jsem byla jmenována proto, abych posoudila podmínky, které mohly být příčinou této strašné události. Byla to stresující a nezapomenutelná zkušenost, znovu jsem si uvědomila zodpovědnost práce sestry, důležitost dobré organizace práce na každém úseku a zabezpečení odborného dohledu.

### Působila jste rovněž v terénní péči?

V 50. letech byla Příbram městem s velmi rozvinutým průmyslem. Mnoho lidí pracovalo v hornictví, uranových dolech, kovoprůmyslu, na stavbách. Na území okresu se také budovaly dvě přehrady na Vltavě, vodní dílo Kamýk a vodní dílo Orlík. Tento vývoj si vyžadoval i rozšíření zdravotnických služeb.

Vznikla další poliklinika v Březových Horách, na stavbách přehrad bylo nutné zřídit závodní zdravotnická zařízení s ošetřovny, které disponovaly i malým počtem lůžek pro léčení nebo doléčení pracovníků staveb. S velkou námahou se zajišťovala potřebná hygienická a epidemiologická opatření. V té době byl trvalý nedostatek sester, ale i ostatních kategorií zdravotnických pracovníků, bylo nutné neustále improvizovat.

Také nemocnice v Příbrami se stále rozrůstala, vznikala další a další oddělení. Tento vývoj si vyžadoval rozdělení funkce hlavní sestry na hlavní sestru pro lůžkovou část a její zástupkyni pro ambulantní složku. Já byla jmenovaná právě pro ambulantní složku. To asi bylo moje nejvyšší funkční zařazení, ale musím říci, že to bylo spíše „za trest“, protože zajištění péče v terénu bylo téměř nad lidské síly. Spoustu času jsem trávila cestami mezi Kamýkem a Orlíkem, protože tam se neustále schylovalo k nějakému malému, úřadování na poliklinikách jsem vykonávala večer, bez ohledu na pracovní dobu. Byla to sice zajímavá, ale současně velice odpovědná práce. Péči o rodinu jsem zastávala jen s vypětím všech sil, potřeboval mne zvláště syn, jenž v té době začal chodit do školy. Kromě toho se mamince, která žila sama v Praze, velmi zhoršila srdeční choroba a bylo nutné se o ni postarat, do Příbrami se odstěhovat nechtěla. Začala jsem proto hledat jiné pracovní uplatnění, přímo v Praze.

### Vrátila jste se opět k práci dětské sestry?

Měla jsem štěstí, že se uvolnilo místo dětské sestry na dětském oddělení KÚNZ Středočeského kraje v Klimentěské ulici v Praze. Toto dětské oddělení mělo velkou poliklinickou část – celkem 19 odborných a specializovaných pracovišť, příslušně technicky vybavených,

která byla využívána v rámci kraje. Kromě toho mělo lůžkovou část (38 lůžek) pro děti od 3 let, která byla využívána zvláště jako lůžka diagnostická nebo při náhlém zhoršení některého z dispenzari-zovaných malých pacientů.

Zde jsem v červenci 1963 nastoupila. Pracovala jsem rok jako turnusová sestra, pak jsem byla jmenována vrchní sestrou tohoto oddělení, protože stávající odcházela do důchodu. Na tomto pracovišti jsem působila celkem deset let. Práce mne uspokojovala – kromě povinností vrchní sestry jsem spolu s primářkou oddělení doktorkou Višovou pracovala v poradně pro dětské diabetiky, kde jsem našla odborné uplatnění. Pro zvýšení znalostí v juvenilní diabetologii jsem absolvovala specializační kurz pořádaný IDV SZP v Bratislavě. Z dnešního pohledu by bylo možné zařadit jej do akreditovaných kurzů.

Systematická ambulantní péče o diabetické děti tenkrát byla v počátcích, malých pacientů nebylo tolik, dodnes na některé vzpomínám. A právě tady jsem mohla uplatnit i své sociálně zaměřené vzdělání a zkušenosti. Rodiče s dětmi k nám jezdili z celého kraje, mohla jsem jim poradit jak v otázkách zdravotnických, tak i otázkách sociálních dávek, nasměrovat je, kde a jak se o ně žádá, a podobně. Na toto období ráda vzpomínám.

### Kam jste zaměřila z Klimentěské?

Po deseti letech na poliklinice pro mě nastalo velmi těžké období. Můj manžel těžce onemocněl a po třech letech zemřel, bylo mu tenkrát 50 let. Zůstala jsem se synem úplně sama, víceméně bez prostředků, syn v té době již studoval druhým rokem medicínu. Neměla jsem nikoho, o koho bych se v této těžké době mohla opřít. To bylo v roce 1973. A byla to také doba, kdy se začalo hovořit o tom,



## PŘEDSTAVUJEME

že se budou rušit KÚNZ. Měla jsem proto obavy i ze ztráty svého postavení v zaměstnání, což jsem si jako samoživitelka nemohla dovolit. Shodou okolností jsem v té době dostala nabídku, abych nastoupila jako odborná referentka na ministerstvo zdravotnictví, do odboru léčebně preventivní péče, oddělení péče o ženu a dítě. Vedoucí tohoto oddělení byla bývalá krajská dětská lékařka KÚNZ Středočeského kraje MUDr. Kozmannová, která mne znala osobně a znala i výsledky mé práce jak z Příbrami, tak z KÚNZ. Byla to pro mne síce čest, ale současně jsem si uvědomovala, jak rozdílná práce mne čeká. Po zvážení všech pro a proti jsem na ministerstvo v květnu 1974 nastoupila. Rozhodl u mne pocit existenční jistoty, který jsem velmi potřebovala, byla jsem si plně vědoma toho, že musím hmotně zabezpečit syna i sebe. Bylo to rozhodnutí pragmatické, ke kterému jsem byla donucena okolnostmi. Nešla jsem na ministerstvo za kariérou, ale za existenční jistotou s tím, že později se uvidí. No a nakonec syn úspěšně dostudoval, já na ministerstvu zůstala a pracovala tam až do penze. Když jsem odcházela, bylo mi 78 let.

### V jaké oblasti jste na ministerstvu pracovala?

Začínala jsem, jak již bylo řečeno, v oddělení péče o ženu a dítě, kde jsem měla v referátu zvláštní dětská zařízení pro děti do 3 let (jesle, dětské domovy, ozdravovny a další). Tato zařízení tenkrát náležela do působnosti MZ. V rámci odboru jsem asi za rok přestoupila do oddělení organizace a řízení zdravotnictví. Práce tam byla velmi zajímavá, v rámci svého referátu jsem měla za úkol součinnost s přímo řízenými organizacemi MZ, jako je například Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), ale i dalšími. Byla jsem pověřena organizací pravidelných porad hlavních a krajských odborníků, které byly svolávány ministrem nebo prvním náměstkem. Koordinovala jsem rovněž vyřizování stížností na léčebně preventivní péči v součinnosti se znaleckými komisemi, byla členkou resortní komise pro dovoz přístrojové techniky, v součinnosti se SEVT jsem obsahově posuzovala jednotnou zdravotnickou dokumentaci a její racionální využívání v praxi.

Tuto práci jsem měla velice ráda, byla jsem nucena naučit se pracovat s legislativními předpisy, pracovně jsem jednalas s osobnostmi, které byly špičkami našeho zdravotnictví, což pro mne bylo velmi přínosné. Můj tehdejší šéf MUDr. Boukal byl velmi nároč-

ný na přesnost písemných projevů i na znalost problematiky, která byla referentem řešena. Navíc jsem měla velmi vzdělanou a v úřednické činnosti zdatnou kolegyni MUDr. Höllgeovou, později dobrou kamarádku, která mi byla vzorem a byla ochotna vždy poradit. Oběma vzpomínáním vděčím za to, že jsem později mohla v rámci ministerstva pracovat bez velkých obtíží na různých úsecích. Domnívám se, že tehdejší způsob řízení zdravotnictví byl dobře organizován, systémem hlavních, krajských a okresních odborníků garantoval určitou jednotu kvality péče na všech úrovních. Stejně dobře byl organizován i systém zdravotní výchovy.

### Na ministerstvu jste pracovala i v době, kdy vám vznikl nárok na důchod?

Do důchodu jsem odcházela v roce 1989, to mi bylo šedesát let, pracovat jsem ale nepřestala. Tenkrát vyšlo nařízení, že na ministerstvech nesmějí pracovat důchodci. Ze svého bývalého pracovního působení jsem znala problematiku Ústavu zdravotnických informací a statistiky a měla i velmi dobré pracovní vztahy s vedoucími pracovníky tohoto ústavu. Dostala jsem nabídku jít pracovat tam. Nařízení však platilo jen krátkou dobu, a tak jsem se za nějaký čas vrátila zpátky na ministerstvo. Nastoupila jsem do odboru zdravotního pojištění, kde jsem mohla pracovat, i když už jsem byla v důchodovém věku, a být užitečná svým smyslem pro úřednickou práci. Nedělo mi nejmenší problém přehledně vést spisovou agendu. Nestalo se, že by z odboru odcházeli spis s formálními nedostatky. Nikdy se neztratil žádný spis a všechny byly vyřizovány ve stanovených lhůtách. V té době ještě tato agenda nebyla zavedená do počítačů, vše se provádělo písemnou formou. Pracovní vztahy byly výborné, dodnes se s některými kolegy přátelsky stykám. Vzpomínám na poznámku tehdejší ředitelky tohoto odboru, která mi jednou řekla, že od té doby, co ví, že sedím v sekretariátě, chodí ráda do práce. Této pochvaly si dodnes vážím.

### Působila jste také na odboru ošetřovatelství?

Ano. Přesto, že jsem na odboru zdravotního pojištění byla spokojená, přece jen se mi v té čiré administrativě stýskalo po odbornějším postavení. To se naskytlo v době, kdy odešla ze služeb ministerstva asistentka úřadující hlavní sestry Jindry Pavlicové. Tehdy to bylo samostatné oddělení ošetřovatelství, kde jsme byly dvě, paní Pav-



licová jako vedoucí a já. Oddělení bylo podřízeno přímo náměstkovi pro zdravotní péči. Rozsah práce vyplývá již z názvu tohoto oddělení a jeho personální obsazení jasně ukazuje, že jsme se nenučily. Kromě kontrolní činnosti a vyřizování běžné agendy se připravovala koncepce ošetřovatelství, vznikaly profesní organizace sester a dalších zdravotnických pracovníků, formulovaly se a posuzovaly jejich stanovy, aktivně se spolupracovalo na Seznamu zdravotních výkonů, připravovaly se registrační listy výkonů jednotlivých odborností, organizovaly se pravidelné porady hlavních sester ČR. Obě jsme musely vědět o všem, práci jsme měly racionálně rozdělenou s respektováním toho, že paní Pavlicová byla vedoucí. Takto jsme pracovaly několik let.

Změny ve vedení ministerstva však pokračovaly a týkaly se i oddělení ošetřovatelství. V důsledku toho pozbylo svou samostatnost, přešlo pod odbor vzdělávání a vědy a bylo podřízeno řediteli tohoto odboru. Funkce hlavní sestry byla na ministerstvu zrušena, paní Pavlicovou vystřídala Mgr. Marie Šamánková jako vedoucí oddělení ošetřovatelství. Byla to úplně jiná osobnost, chvíli trvalo, než jsme si na sebe zvykly a zkoordinovaly pracovní systém, ale musím říci, že nakonec se vše v dobré obrátilo a obě jsme byly v pohodě. Vážila jsem si jí, byla opravdově hodná, srdečná, měla ráda lidi. Bylo mi líto, když odcházela.

### V té době se také zrovna uskutečňovaly změny v systému zdravotnického školství.

V rámci personálních změn magistru Šamánkovou po čase opět vystřídala ve funkci paní Pavlicová, já byla „stálice“, rovněž práce zůstávala stejná, jen se stále více zaměřovala na změny v systému základního vzdělávání sester i v systému celoživotního vzdělávání do formy kreditů. Naše malé oddělení bylo rozšířeno o 1 re-

ferentské místo. Postupně však došlo k další personální změně, vedení oddělení převzala PhDr. Ivana Kohoutová, ošetřovatelství jako obor se vytratilo nejen z názvu, ale i fakticky, zůstalo jenom v kontextu spolu s činností v rámci přípravy nového systému zdravotnického školství a celoživotního vzdělávání. Oddělení bylo posíleno o další pracovníky, intenzivně se pracovalo na zákonu č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Současně se pracovalo na souvisejících vyhláškách.

V tomto oddělení jsem zůstala až do svého odchodu z MZ, do konce roku 2007, to mi bylo 78 let. V posledních letech jsem již pracovala na dohodu o pracovní činnosti, jejímž předmětem bylo uznávání profesních kvalifikací včetně příznávání specializované způsobilosti všech nelékařských zdravotnických pracovníků dle zákona č. 96/2004 Sb. a konzultační činnost v této oblasti.

### Jak se díváte na současný systém vzdělávání zdravotnických pracovníků? Myslíte si, že bakalářský stupeň vysokoškolského vzdělání sester ovlivní kvalitu ošetřovatelství?

Odpověď na tuto otázku není jednoduchá, nerada bych, aby moje názory vyzněly konfrontačně, k tomu nemám oprávnění. Rozhodně změna celého vzdělávacího systému nelékařských zdravotnických pracovníků, tak jak ji určuje zákon č. 96/2004 Sb., přinesla novinky ve vzdělávání vpravdě revoluční, které byly realizovány i přes to, že stávající úroveň našeho zdravotnického vzdělávání byla dobrá. Znalosti a praktické dovednosti absolventů byly velmi solidní a snesly i mezinárodní srovnání. Na druhé straně bylo jasné, že některé studijní programy odborných předmětů je třeba inovovat dle poznatků lékařské vědy, výuku doplnit o předměty technické, jako je využívání počítačové techniky, a zlepšit jazykovou vybavenost absolventů. Rovněž vstup České republiky do Evropské unie znamenal přijetí určitých jednotných doporučení, jež jsou potřebná k tomu, aby zdravotnické vzdělání získané v ČR bylo uznáváno v rámci celého evropského společenství. Pro posouzení, zda k tomuto cíli nevedly ještě jiné, méně náročné cesty než zmiňovaná „revoluce“, není v tomto rozhovoru prostor. Právě tak nelze zatím rozhodnout v jakém směru – a zda vůbec – ba-

kalářský stupeň vzdělání ovlivnil ošetřovatelství, na to je ještě příliš krátká doba. Velmi záleží na kvalitě studijních programů a vysokoškolských pedagogů, na zabezpečení toho, aby posluchači pouze neopakovali znalosti získané v dřívějším studiu, ale aby se jim dostávalo vědomostí nových, potřebných v oboru, kde se uplatňují. Pro ošetřovatelství personál jsou to dle mého názoru zejména psychologie, sociologie, komunikační dovednosti a další předměty, které pracovníkům v ošetřovatelství pomohou nejen k získání správného přístupu k nemocným, ale i ke zvýšení vlastního sebevědomí. V tomto ohledu je myslím stále co dohánět.

### Co považujete za svůj největší úspěch?

Pokud by to měl být úspěch pracovní, i z rozhovoru vyplývá, že jsem nikde žádnou velkou „díru do světa“ neudělala. S vedoucími funkcemi jsem skončila odchodem z KÚNZ. Na ministerstvu zdravotnictví jsem pracovala 33 let, ráda a v nejrůznějších oblastech, které jsem se musela naučit zvládat. Za svůj úspěch považuji to, že jsem odnikud nemusela odejít pro neschopnost a že jsem si dodnes uchovala dobré osobní vztahy se všemi svými spolupracovníky. Za životní úspěch jednoznačně považuji to, že se mi i přes tíživé životní podmínky, které na mne osud nachystal, podařilo vychovat syna ve skvělého člověka, umožnit mu vzdělání a start do života. Nyní zastává funkci primáře Kliniky dětské hematologie a onkologie z LF UK a FN Motol.

### Jste v důchodu pět let. Jak trávíte volný čas?

Ze začátku mi práce velice chyběla, nyní jsem si zvykla. S ministerstvem jsem nepřerušila styky, jsem předsedkyní Klubu seniorů MZ. Dvakrát ročně uspořádáme společná přátelská setkání s pohostěním a malým programem, sejde se vždy tak kolem 80 bývalých kolegů a kolegyně. Každý rok na jaře pořádáme s klubem zájezdy po krásách naší vlasti i do blízkého zahraničí. Jsou to velmi oblíbené akce a mne těší, že je mohu připravovat a organizovat. Jsem společenská, mám řadu přátel a společně s nimi se věnuji turistice a cestování, pokud mi to zdravotní stav a finance dovolí. K trénování mozku používám internet. Jinak naše rodina se rozrostla, kromě dospělých vnučky a vnuka mám již i dva pravnučky, ze kterých mám radost. Život mne zatím baví a na světě jsem ráda, stále zůstávám optimistkou.

# Medicína je život, **muzika je láska**

Oftalmolog, optik, krasobruslař, vzpěrač, šermíř, výtvarník, muzikant. To vše je **MUDr. Imran Musa Zangi**, renesanční člověk, jakého nepotkáte každý den. Do Čech se dostal se svým otcem Iráčanem a matkou Peršankou. Tenkrát mu byly dva roky.

## Za jakých okolností jste do Československa přijeli?

Jé, to bude na dlouhé vyprávění! Ale stručně. Já se narodil v Teheránu, tatínek záhy opustil zemi coby kulturní a tiskový atašé a celá naše rodina se přestěhovala do Libanonu; tam jsme byli asi rok a potom ho přemístili do Prahy na naši ambasádu. To mi byly přesně 2 roky a 8 měsíců. Když jsme přiletěli, neuměl jsem vůbec česky, mluvil jsem arabsky s libanonským dialektem a taky něco málo francouzsky, což jsem záhy zapomněl. První slovo, které jsem se v Praze naučil, bylo „nekřič“, protože jsem pořád ječel, a druhé bylo „hospodářství“, to jsem měl zase z televize, kde se pořád mluvilo o hospodářských výsledcích nějaké pětiletky.

## Kdo vás přivedl k hudbě? Měl jste v rodině muzikanty?

Vůbec ne, ale otec si často pouš-

těl perskou nebo arabskou hudbu, zároveň u nás zněl Frank Sinatra, Matuška, Pilarová, jazz, blues, všechny swingovky. Byl to vlastně takový multikulturní poslech. Asi v deseti letech jsem se začal učit na housle. Rozhodl jsem se pro to sám, ale jak se ukázalo, nebylo to pro mě to pravé, naprosto mě totiž odradila hudební nauka, taky mi to moc nešlo a neměl jsem to rád. To byla první hudební zastávka, pak dlouho nic. Jezdil jsem ale v lední revue, a protože jako sólista jsem nikdy nebyl úspěšný, dělal jsem komická čísla, kde jsem byl jako doma. Tam jsem vydržel od sedmi do dvaceti let.

Druhá hudební zastávka začala tak, že když jsem byl na jednom představení v Polsku, v sále jsem potkal muzikanta s kapelou a drze mu řekl, že jsem bubeník – což byl nesmysl, ale bubny jsem si půjčil a zjistil, že je to moje parketa. Od té doby jsem cho-

dil po různých barech, kde jsem uplácel skupiny tím, že jsem jim posílal panáky vodky, aby mě nechaly hrát na bubny. Nejčastěji v Karlových Varech, tam byla moje „letní aktivita“, kterou jsme měli povinně na fakultě, a potom v lázních Jáchymov. Díky tomu, že jsem byl tak drzý, jsem se to vlastně naučil! A navíc jsem se cítil jako „bohatý“ člověk, protože „lázeňáči“ nám dávali docela slušná dýška. Časem jsem si koupil bicí a ve čtvrtém ročníku na fakultě jsme s kolegy oslovili tehdy nejpůvodnějším rockera Mikiho Volka, poslali mu nahrávky a on souhlasil, abychom s ním hráli ve skupině B-komplex.

## Od perské muziky k rokenrolu, to je dost dlouhá cesta. A jak to bylo dál, po Mikiho smrti?

Další hudební účinkování byla taky docela legrace. Když jsem skončil fakultu, oslavovali jsme ve vinárně „U labeznice“. Moc se mi tam nechtělo, slavili jsme totiž už týden a měl jsem toho plné kecky. Tam byl Eda Thomas, já netušil, kdo to je, ale měl jsem s sebou kuffřík skript, na který jsem si bubnoval. A on zařval na celou hospodu: „A teď si dá pán sólo!“ Co čert nechtěl,



Foto: Leoš Chodura

Eda za mnou přišel s tím, že Jana Koubková shání perkusistu. Pozvala si mne na zkoušku, no a za týden už jsem s ní hrál v Malostranské besedě na jeden vypůjčený bubínek. Díky Janě mě potom oslovili další a už to jelo jako na skluzavce.

## Pokud vím, vaší dlouholetou láskou byla spolupráce s Yo-Yo Bandem. Proč jste se rozešli?

To bylo nejkrásnější období mého života, které se už nebude opakovat. Po elpíčku „Karviná“ se Yo Yo Band dostal na žebříčku popularity hodně vysoko. Přibýlo koncertů. Tehdy už jsem byl zaměstnán ve Všeobecné fakultní nemocnici na Karlově náměstí a práce mi začala s hraním kolidovat. Ze začátku jsem zvládal i situace, kdy jsem v půl třetí ráno přijel z vystoupení a v půl osmé už byl na vizitě. Když jsem ale začal operovat, musel jsem hra-

ní podstatně omezit. Zpočátku to kluci z kapely tolerovali, v roce 1993 jsme se ale museli rozloučit. Pak jsem hrál ve skupině -123 minut.

## Pojďme do přítomnosti. Co teď jako muzikant děláte a co můžeme čekat v blízké budoucnosti?

Doposud hraji v triu s Martinem Kratochvílem a Tonym Ackermannem, spolupracuji také při některých větších akcích se skupinou Monkey Business. V rodině mám v hudbě následníka, syna Filipa, který hraje na perkuse, bicí a piano. Proto jsem sestavil skupinu Bratři v rytmu, což je pět mladých muzikantů, mimo jiné i syn Janka Ledeckého, a za tu starší generaci já. Zatím jen zkoušíme, nic jsme ještě nenatočili, ale rádi bychom se letos představili posluchačům.

Vladimíra Bohatová



Foto: Leoš Chodura



# Neurofarmakologické kopanely (část I)

Od začátku 70. let pořádala neurofarmakologická komise Čs. neurologické společnosti pravidelně každoročně své dny, zprvu v hotelu Mánes ve Svatce, pak v Novém Městě na Moravě a později ve Skalském dvoře u Bystřice nad Pernštejnem. Při těchto dvoudenních sezeních s vědeckým programem vznikly i každoroční zábavné večerní programy parodující odborné dění.

**T**y začaly v roce 1972 a trvaly 25 let. Jejich původním iniciátorem byl neurolog MUDr. Ludvík Štika, jenž mne ihned vybídl, abych se s ním podílel na vytvoření jakéhosi humorového programu, který by večer po prvním dnu vědecké

konference oživil společenskou zábavu. Poté jsme společně čtvrt století vyráběli parodie na vědecké konference a odborné panely, jež se ten den odehrávaly, a dali jim název „kopanely“. Zprvu to byly kratičké články ve formě fiktivních telegramů či

diskusí, pak i drobných přednášek, a nakonec se rozšířily na hodinový i delší program, na který už posluchači dychtivě čekali. Každý rok bylo pásmo doplněno též zpěvy, pohotově sepsanými autory během odpoledne, jež reagovaly na to, co se během dne

stalo. Pěvecký sbor řídila MUDr. Lenka Víravová, která jej zorganizovala vždy z účastníků konference. Coby pravidelný spoluautor byl později přibrán i další neurolog MUDr. Jano Országh, který se podílel nejen na textové strán-

ce kopanelů, ale některá čísla ve stylu jarmarečních písní i ilustroval.

Jako jedno z prvních větších programových čísel zazněla přednáška o rektofilii z roku 1975.

MUDr. Svatopluk Kás

## Rektofilie – nepopsaná, byť rozšířená nemoc

Přednáší docent MUDr. et RNDr. A. P. Sprayer, Universita v New Streetu:

S politováním musím konstatovat, že v učebnicích medicíny není o tak důležité a rozšířené nemoci, jako je rektofilie, ani zmínky. Tato choroba, vlastně pathie, podle některých psychiatrů též rektofrenie nebo také pseudorektoidní psychóza, je nemocí četných teorií. Někdy se mluví o cirkumanální akrobacii. Ale to je naprosto nesprávné, protože cirkumanální akrobacie je pouhý příznak, který se u této choroby vyskytuje asi v 98% případů.

Teprve nedávno, na mezinárodním kongresu o rektofilii ve Racruzu, byl vytvářen pojem rektofilie a stanoven hlavní komplex jejích příznaků. Jedná se o takzvanou Stanleyho-Barryho pentalogii, jež zahrnuje:

1. cirkumanální akrobacii,
2. afinitu k rektu nadřazeného,
3. beznadějnou chronicitu,
4. ve velkém počtu případů nezdolnou progresi,
5. rovněž ve velkém počtu případů poruchu inteligence až po naprostou debilitu.

Rektofil zde tedy byl definován jako individuum se specifickou afinitou k rektu individua výše postaveného. Termín anofil byl rezervován pro tzv. rektofilii *innocentium*, o níž se zmíním níže.

### Nejasná etiologie

Etiologie této choroby je naprosto neznáma. Víme o ní jen, že by vě hereditární. Přes důkladná vyšetření řady vyslovených rektofilů nepodařilo se nalézt žádných podstatných změn morfologických ani funkčních. Francouzští autoři popisují zvláštní bazofilní inkluze ve frontálních lalocích a předpo-

kládají tamtéž i přítomnost tzv. rektofilních vláken. Britové hovoří o „ideativním centru R“, které lokalizují do *formatio reticularis*. Buňky tohoto centra mají u rektofilů údajně zvýšenou dráždivost. Boloňská škola zjistila v séru mimo dosud známé S-, G- a N-kortikoidy ještě R-kortikosterol, jenž bývá u rektofilů též signifikantně zvýšen. Gajdusek a Hanzal se domnívají, že nemoc je způsobena pomalými viry. V poslední době se uvažuje i o poruše imunitního systému, takže je možno tuto nemoc zařadit k imunopatiím. Z ostatních teorií uvádíme názory, že podstatnou roli hraje i úloha zevního prostředí a kúra velkého mozku. Je zajímavé – a na tom se shodují všichni patologové – že rektofilové mozek opravdu mají. Němečtí autoři dokonce kromě konstituce leptosomní, pyknické a atletické udávají ještě konstituci rektosomní. Volhard upozorňuje na starý lidový termín *Arschleeder*, který se však do terminologie oficiální nehodí.

O generalizaci klinického popisu rektofila však nemůže být ani řeči. Jejich vzhled je naprosto necharakteristický. Do popředí vstupují zejména příznaky charakterové. Tito lidé se mezi sebou navzájem špatně snášejí, společnost ostatních normálních však vyhledávají rádi, zejména společnost svých nadřízených. Vůči nim jejich ochota nezná mezí. Tato změna chování je typická pro pseudorektoidní psychózu. Název psychóza ovšem není právě šťastný. Nevidíme tu známek zřejmého rozpadu osobnosti ani zjevných bludů či halucinací, rektofil nekonfabuluje, jeho projevy jsou záměrně promyšlené.

Důležitým znakem rektofila je jeho neodbytnost. Rektofil se nezalekne žádných překážek, a když neuspěje, zarytě provádí své cirkumanální manévry z jiné strany. Klasické příklady ruptur rekta a píštělů tohoto druhu jsou už vzácností a patří spíše do minulosti.

### Klasifikační modely

Vzhledem k variabilitě příznaků navrhuje Harris dělení podle hloubky průniku rektofila, a to:

- a) pronikající k řase Kohlrauschově,
- b) od této až k flexuře lienální,
- c) odtud až po valvu ileocekální.

Klasifikace německá uznává ještě takzvanou rektofilii *innocentium*, u kteréžto formy je zaznamenán průnik rektofila pouze do zóny hemoroidální. Podle klasifikace veracruzské se tato také nazývá anofilie. Tato jediná se dá v některých případech vyléčit.

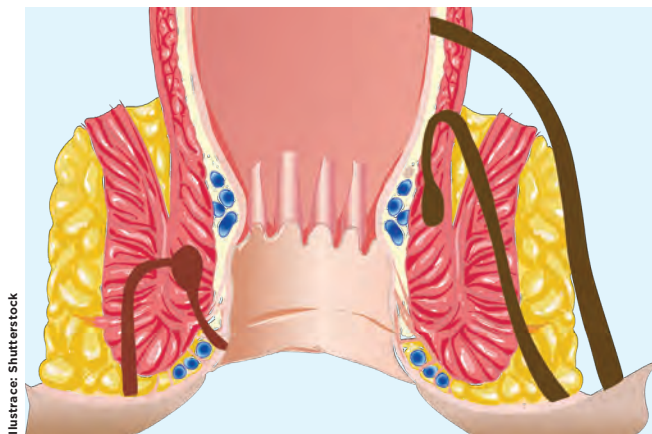
Sologubov navrhl klasifikaci podle projevu na rektofilii:

- a) s převážnými projevy prvotními signálními,
- b) s převážnými projevy druhotnými signálními,
- c) rovnovážné.

Prognóza choroby je nejistá. První příznaky se objevují obvykle brzy po pubertě, v případech manifestní choroby již ve školním věku jako tzv. *Klägerkrankheit*, čili nemoc žalobníčků, provázená snížením 17-ketosteroidů v moči.

### Pohled do historie

Počátky rektofilie zřejmě spadají do doby velmi dávné, snad až do nejranějšího pravěku. Jak jinak lze vysvětlit senzační nálezy



lebek v pánvích pravěkých koster? Starí Egypťané se zmiňují o případu Cheopsova horlivého tajemníka, který zavedl svou hlavu do horní části sigmatu faraonova, a ježto se jí nepodařilo operativně vybit, byla jeho hlava i s krkem ponechána *in situ* a zbytek těla byl utat.

Otrěsný je příklad popisovaný Paracelsem. Bakalář Antonius, jsa drobné postavy, lichotil svému rektorovi cirkumanálními manévry, při čemž uvízl nad Kohlrauschovou řasou. Pomoci se nedovolav, byl zde zapomenut a později odstraněn coby koprolit bizarního tvaru.

Francouzský lékař Napoleonovy armády Charles Elitě popsal případ kyrysníka, který svému plukovníkovi pronikl až po Bauhinskou chlopu. Zkrátka si prý oba tak zvykli na tuto symbiózu, kdy porušený přijímal potravu z čeka svého důstojníka a defekoval za oba. Tak to vydrželi údajně až do bitvy u Waterloo, kdy byl plukovníkovi tento kyrysník ustřelen, načež plukovník vbrzku zemřel na celkovou kachexii.

Z českého písemnictví budiž uveden spis neznámého domácího autora z 15. století, jehož obsah svědčí o drsnějším tehdejší jadrném vyjadřování. Spis nese název „Jak přízně u panuov nabytí, jím se zalíbí a šmakovati možno, aneb o prdelkářích čili zadkomelech knihy šestery“.

### Nakonec něco o možnostech léčebných

Terapie byla po celý starověk, středověk i novověk bezmocná. Veškeré pokusy o kompletní vyléčení ztroskotaly. Neúčinnými se ukázaly být elektrošoky, nejrůznější širokospektrální antibiotika, klasická psychofarmaka, velké úspěchy nepřinesla ani psychoterapie. Teprve nedávno referoval Ludvík Štika z VÚFB o určitém nadějném pokroku s použitím nového přípravku založeného na koprojádru, které je spojeno s vanadem a trojmocným kyslíkem. Tento přípravek je však velmi nestálý a nedařilo se jej dosud vyrobit v dostatečném stabilním složení. O jeho dalším vývoji a výsledcích vás budeme informovat.

Jen na okraj svého sdělení musím se zmínit o jiné skupině léčiv, o takzvaných pasivních antirektofilikách neboli rektorepentiích. Jsou to léky postihující jiné systémy, v tomto případě čichové buňky v nosní sliznici, kde se nacházejí receptory čichových drah. Jsou založeny na citlivosti vnímání látek typu sirovořidku, který se vyskytuje někdy v potravě (hrách) a působí velmi penetrantně a odporlivě – bohužel jen krátkodobě, takže jejich trvalejší používání je problematické.

Děkujeme za pozornost.



# Léková závislost v dílech českých básníků

Druhým zde uvedeným kopanelem je „Léková závislost v dílech českých básníků“, poprvé zveřejněná v roce 1977.

Ve 20. století kolovala v našich zemích satirická verze parodující známou lidovou skladbu „Šla Nanyňka do zelí“, jak by toto téma zpracovali jednotliví čeští básníci, například Erben, Vrchlický, Neruda, Nezval, Bezruč, Seifert a jiní. Toto nás inspirovalo ke vzniku obdobných parodií pro účely kopanelu, s příslušnou tematikou. Tak vznikl větší seriál „Šla Nanyňka do zelí – léková závislost v díle českých básníků“. Zde uvádíme výběr.

## Nejprve básník ryze romantický, Karel Hynek Mácha:

Byl pozdní večer, první máj,  
Večerní máj, byl lásky čas,  
Hrdliččin zval k abúzu hlas,  
Kde borový zaváněl háj.  
O psychotonu šeptal mech,  
O efedrinu slavík pěl,  
Meprobamatem voněl dech,  
Koš plný Algen zaúpěl.

Po modrém blankytu obláčky bílé plynou  
A smutně Nanka takto mluví k nim:  
Za posly vás volím mezi všemi,  
Vy na své pouti pozdravujte tu zemi,  
Ach zemi krásnou, zemi milovanou,  
Kde s Pepíkem jsme viděli své nebe,  
Kde alkoholem napájeli sebe,  
A prášky přivedly nás v ráj,  
V ten kdysi krásný, sladký máj.

## Druhým zastoupeným je básník kosmopolitní, kdysi bůh českého Parnasu, Jaroslav Vrchlický:

Stříbrný měsíce bělostný jas,  
Nad šumným vrcholkem pralesa has,  
Jenž chvěl se jak váza přeplněná.  
Z ulic stínů vyšla žena,  
Ňader plných, Ňader úbělových,  
V apotéku vyšla na pych.  
S pocitem svatokrádce drogy rychle krade,  
Nakradené pak jemně v koš svůj klade,  
Ach sličná Nanyňka, ach toto děvče mladé.  
Bujná ňadra se jí mocně dmou,  
Když tu náhle noční tmou,  
Lékárník Josef za táru skočí.  
S Nanyňkou země se zmámeně točí,  
Když v jeho černé popatří oči,  
V nichž chlípny žár vášně s úděsem zbadá,  
Zavravorá a naznak na koš padá.  
Červánků krví východ zahoří,  
Lékárník takto k sobě hovoří:  
Jozue, Jozue, cos to udělal,  
Vždyť inventury aby ses teď bál,  
Za drahou drogu, co bylo za ní?  
Nanyňka pannou není. A vlastně nebyla ani!

## Třetím v řadě je představitel májovců, Jan Neruda:

Leť vzhůru, leť dál, Nanyňko má,  
Drogovou seanci máme doma.  
Ruče dnes uchop košík svůj bílý,  
Tvé jemné prsty plné něžné síly,  
Nechť drtí a mísí pilulky, prášky,  
Nechť Josef košík tvůj z bílého proutí,  
Zdupe ti, sešlape, slehne a zkroutí.  
Ty běž, vzhůru leť, Nanyňko má,  
Drogovou seanci máme doma!

A k seanci není nikdy, ach nikdy, pilulek dost,  
Projdi širým krajem,  
Buď u nás pití dost, a plno prášků kolem!

## Jako další přichází básník dekadentní a symbolistní, Otokar Březina:

V šílených vírech nekonečných závratí,  
Zahořklých popelem večerních soumraků,  
Kde tisíce mlčenlivých duší jako opilci proklatí...  
Vtom vešla jsi ty, dokonalá, v zámek zázraků,  
A hudba sfér na napjatých nervech,  
Hrající krvavé sonety v éteru bezedných propastí...  
Jen bédných přízraků pár.  
A před velkými dveřmi poznání,  
Stáli tu mlčky: On, ty a LSD!

## Následuje bard slezského lidu, autor jen rozsahem nevelkého, ale skvělého díla, Petr Bezruč:

Sto roků pro léky chodila,  
Sto roků denně je měla,  
Až z Frýdku nový lékař tu,  
A plác ji po pr- (po zadečku).

Sto roků pro prášky chodila,  
Sto roků brala je denně.  
Dneska jsou prášky bůhví kde,  
Ach běda, běda je mně.

Siroty pláčtí, Nanka též,  
Slzy na tvářích brášky.  
Přijde den, z šachet jde plamen a dým!  
Přijde den! Budou i prášky!

## Přecházíme k autorům modernějším, z nichž první je surrealist Vítězslav Nezval:

Bylo to v Káhiře, kde teče Černý Nil,  
Nanyňka, kterou nazývali Niniil,  
Šla shánět Dinýl, Dinyl, Dinýl.  
Byl to snad Dinýl nebo bolehlav,  
Vypitá číše, deset černých káv,  
Rodí se báseň, haf, haf, haf.  
Jusuť Ben Ahmed, pašerák s koksem,  
Zatáh ji v temnou zahradu s floxem,  
Prásk sem, prásk tam, prásk tam, prásk sem.  
Zavřená kniha, ověnčený hrob,  
Dolují verše jako zlatokop,  
A košíček je z toho trop, trop, trop.

## Generačním Nezvalovým druhem byl v mládí zesnulý Jiří Wolker:

Stanu se menší a ještě menší,  
Až budu nejmenším na celém světě.  
Rukou svou v létě po ránu,  
Po cigaretě hbitě sáhnu a zašeptám,  
Když mezi rty ji dám.  
Nanyňko, topičko elektrárenská,  
Holčičko bosá,  
Ta cigareta je pro tebe jako rosa,  
Jako rosa nebeská.  
Snů svých se nebojím, sny nejsou zlé,  
Zlé je jen probuzení.  
A Nanyňka si třesoucí se rukou,  
Zapaluje cigaretu s marijánkou.

## Následuje náš jediný nositel Nobelovy ceny za literaturu, Jaroslav Seifert:

Mé sny, ach, dětství bez léčky,  
Kam zmizel mého mládí tón?  
Bělaly se tam podvlékačky,  
A Nanka jedla Psychoton.

Brala tabletu po tabletě,  
Zpívala světlem oděná,  
Až přišel Pepík. Sbohem snění,  
Proč si ho brala kačena?

No, dopadlo to tak, jak mělo,  
Mé srdce jen se tiše složí.  
On dostal Nanku, Nanka prášky,  
A na mě zůstal jen ten koš.

## Původní kopanel byl zakončen dílem představitelky socialistického realismu, Marie Pujmanové:

V chatrných šatečkách kol řeky chodila,  
Nanyňka, dívěnka rozmilá,  
Peníze na léky pro otce sháněla po celý den,  
Doma byl hlad.  
Továrník Josef v ulici temné přepad ji,  
Košík i poctivost, všechno tam ztratila,  
Pro pár korun na léky.

Únor vše změnil,  
Veškeré léky jsou bezplatně dostupné všem,  
Továrník zmizel, není jich více.  
S úsměvem otci léky teď nosí,  
I s malým Pepíčkem,  
Nanyňka lékárnice.

## Při pozdějším výročním opakování jednoho kopanelu byly do programu přidány i parodie na verše dvou žijících básníků. Prvním byl satirik Jiří Žáček:

Mahuleno, Mahuleno,  
Ty máš doma nahuleno.  
Dokonce i na schodech,  
Marjánka vyráží dech.  
Pro dívku se nehodí,  
Zamořit dvě poschodí.

Jen si nepřej Radůze,  
Až se vrátí ze schůze.  
Jako žito budeš bita,  
Nesedneš si pro jelita.  
Mahuleno, Mahuleno,  
Ten tě přehne přes koleno.

## A poslední příspěvek je od zakladatele Semaforu Jiřího Suchého:

Včera neděle byla, včera byl krásný čas,  
Včera neděle byla, za týden bude zas.  
Byla jsem celá vedle, byla jsem blažená,  
Zvykla jsem si však hnedle, stala se ze mě žena.  
Tubu Algém mi podal jemně a nasměle,  
Nanyňko zlatá, dodal, bude nám vesele.  
Prášky celý svět změnil, všechno je jináč,  
Zachvátilo mě snění, skutečnost nestačí.  
Včera neděle byla, včera byl krásný čas.  
Včera jsme fetovali, za týden budem zas.

# Neuvěřitelných 60 let

Ano, je to k nevíře, ale vaše oblíbené noviny – Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN – oslavily 21. července šedesáté narozeniny.

Původně černobílý čtrnáctideník, posléze týdeník novinového formátu s měnícím se počtem stran se postupně vypracoval k barevnému časopisu (od roku 2001). A od ledna 2011 jsme se na vaše přání opět stali čtrnáctideníkem.

## Jak šel čas...

Předchůdcem dnešních novin byl časopis Sociální a zdravotnická práce, od roku 1948 pak jako Časopis revolučního odbo-

e-mailovou adresu. Stačí se jednoduše zaregistrovat vpravo dole na hlavní stránce v rubrice „Zasílání noviniek“. Předplatitelům webová stránka nabízí zdarma vstup do archivu otištěných článků za posledních 13 let. Vystoupali jsme tedy do pátého patra našeho vydavatelského domu, abychom zalistovali v rozsáhlém archivu a s nostalgii se tak ponořili do dob dávno minulých.

## Jak se měnili ministři zdravotnictví

První ministerstvo lidového zdraví a lidového zdravotnictví vzniklo 24. listopadu 1917, tedy ještě za Rakouska-Uherska, z nejvyššího rozhodnutí císaře Karla I. Správcem ministerstva se stal dr. Jan Horbaczewski, profesor lučby na české univerzitě v Praze.

Jedním z nejdéle fungujících ministrů byl Jaroslav Prokopec, který ministerstvo vedl od roku 1971 až do prosince 1989, kdy jej vystřídal profesor Pavel Klener. Resort zdravotnictví dále vedli Petr Lom, Martin Bojar, Luděk Rubáš, Jan Stráský, Zuzana Roitová, Ivan David, Vladimír Špidla (dočasně pověřený řízením), Bohumil Fišer, Marie Součková, Jozef Kubinyi, Milada Emmerová, Zdeněk Škromach (dočasně pověřený řízením), David Rath, Tomáš Julínek, Daniela Filipiová, Dana Jurásková a od 13. července 2010 Leoš Heger.

## Lid má právo na zdraví

Některá zdravotnická a zdravotní témata se v novinách periodicky opakují, jiná byla specifická pro určité období vývoje naší společnosti. Léta 50. se nesla ve znamení budování socialismu a revolučního odborového hnutí. Byl přijat zákon o zdravotnických povoláních a zákon o protiepidemické a hygienické péči, vyšla vyhláška o specializaci lékařů, ministr

nizační princip naší práce jsme si stanovili již před lety obvodní systém. Budeme se muset věnovat problematice ochrany duševního zdraví, boji proti zhoubným nádorům, tuberkulóze, alimenterárním nákazám. Ve středu pozornosti zůstane i nadále péče o školní mládež. Velké úkoly nás čekají na úseku výroby léčiv a dále je třeba zlepšit zásobování zdravotnickými potřebami. „Již sedm kolektivů národního podniku Léčiva se uchází o hrđý titul brigáda socialistické práce,“ psalo se tenkrát také.

## Legenda mezi zákony

Další léta se vyznačovala především sociálními reformami. Byl zaveden nový systém důchodů, zákony pamatovaly na ženy a matky. Byl přijat dnes již legendární zákon o péči o zdraví lidu, jenž byl nahrazen až letos, zákon o zvýšení péče o těhotné ženy a matky a o boji proti alkoholismu. Byla též prodloužena mateřská dovolená, zvýšeny dávky v mateřství a přídatky na děti. Hlavními úkoly vytyčenými českým zdravotnictvím byly kontrola a plnění usnesení o zkvalitňování zdravotní péče o naše občany, působení zákona o sociálním zabezpe-

ti a nevhodnosti. Byly zavedeny úhrady za některé zdravotnické služby a výkony, jež nejsou nezbytné. Došlo k platovým úpravám odborných zdravotnických pracovníků. Byla vypracována koncepce rozvoje zdravotnictví do roku 1980.

## Prognostika pronikla i do zdravotnictví

„Nejobecnějším teoretickým základem řízení zdravotnického výzkumu je marxismus-leninismus, vědecká teorie dělnické třídy, podle níž se řídí rozvoj celé socialistické společnosti. Dnešní řízení se již neobejde bez výhledu na delší období. Proto zvláště místo v řízení zdravotnického výzkumu začíná nabývat prognostika.“ Tato slova nenapsal prognostik, ale tehdejší ředitel ÚPMD v Praze.

V normalizačním období se na stránky novin dostává nukleární medicína, standardizace vyšetřovacích metod, lázeňství, sociální lékařství, péče o děti a mládež, význam volných radikálů u nádorového bujení, problematika rozvojových zemí, člověk a pracovní prostředí, výsledky konferencí ROH, oslavy 30. výročí založení ČLS JEP, ale i zpráva, že lékaři doporučují hrát golf. Vyšla také vyhláška o zrušení soukromých ordinací dentistů a lékařů či vyhláška o ochraně zdraví před nepříznivými vlivy hluku a vibrací.

## Od Husáka k Havlovi

Na sklonku roku 1989 došlo k zásadním společenským změnám a prezidentem byl zvolen Václav Havel. Od slibných perspektiv našeho zdravotnictví a absolutní odpovědnosti státu za naše zdraví a zdraví naší rodiny, od názoru, že zdravotnictví je zadarmo a všichni máme právo na zdraví, jsme se postupně pracovali



rového hnutí zaměstnanců sociální a zdravotní služby. Od roku 1952 noviny vycházely pod názvem Zdravotnické. Vydavatelem

byly ministerstvo zdravotnictví a odborový svaz. Tak jako většina periodik i náš oslavenec prošel střídáním vydavatelů a šéfredaktorů a obsahovými změnami tak, aby odrážely posuny ve společnosti, obzvláště ve zdravotnictví, modifikoval svoji barevnost, rozsah, formát i grafickou podobu. Rovněž tak barevná medicínská příloha Lékařské listy, která se objevila koncem roku 1994, aby pomohla zpřístupňovat našim čtenářům všechny novinky v diagnostice a léčbě, ve farmacii i na poli medicínského výzkumu.

Součástí novin je dnes i webová stránka [zdravi.eis.cz](http://zdravi.eis.cz), která přináší aktuální zpravodajství ze světa zdravotnické politiky a medicíny, komentáře a bohatou diskusi, právní poradnu, oborové speciály a personální inzerci. Nabízí také monitoring denního tisku, který vám robot ve formě takzvaného newsletteru zašle na vaši

Po vzniku samostatného Československa post ministra veřejného zdraví a tělesné výchovy zastával Vavro Šrobár. Časté střídání ministrů zdravotnictví, ať už tento úřad nesl jakýkoli název, tedy není jevem specifickým jen pro poslední léta. Do horkého křesla výše zmíněného ministerstva od roku 1920 do roku 1938 usedlo 15 ministrů či prozatímních správců. Po osvození Československa se vlády v resortu zdravotnictví ujal JUDr. Adolf Procházka, který v únoru 1948 podal demisi. V letech 1948–1968 byl československým ministrem zdravotnictví „padlý“ římskokatolický kněz a politik Josef Plojhar. Po ustavení federace existovala jen národní ministerstva zdravotnictví. Do roku 1971 funkci ministra zastával Vladislav Vlček.



vydal nařízení o boji proti přenosným nemocem, byl přijat zákon o umělému přerušení těhotenství. Také se v té době ovšem tvrdilo, že „budou-li se psům usekávat ocsy, budou se po čase rodit už bez nich“.

„Žijeme ve státě, který nám vytváří výjimečně příznivé podmínky pro naši zdravotnickou práci a tím připravuje zvláště radostné výsledky,“ napsal ministr Plojhar v roce 1959. „Největší naší pozornosti zaslouží především celková ideologická úroveň pracovníků našeho úseku. Za základní orga-

čení, zlepšování životního a pracovního prostředí, racionalizace výživy obyvatelstva, otázky sociální a populační politiky, rozvoje zdravotnické techniky, zhodnocení nové organizace a řízení čs. lánz, rozbor příčin úrazovos-

## Z HISTORIE

o návykových látkách a o veřejném zdravotním pojištění.

### O čem se píše aneb naše evergreeny...

Především a stále o reformě zdravotnictví. S každým novým mi-

ní pojištěnce, netransparentnost kategorizačního procesu při stanovování úhrad léčiv, problematika tzv. souběhu praxí, program protidrogové politiky, celoživotní vzdělávání lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků, léčba bolesti, důstojné umírání a paliativní péče, ru-

ní nákupy léků, oříškem je elektronická zdravotní knížka.

Se vstupem do nového tisíciletí se na stránkách objevují témata o vzniku onkologických a jiných specializovaných center a iktových jednotek, o elektronizaci zdravotnictví a systému IZIP, dostupnosti zdravotní péče, zavádění se regulační poplatky, poukazuje se na práva pacientů, hovoří se o standardech a nadstandardech, některé porodní asistentky

obhajují domácí porody, některé fakultní nemocnice se „odfakultňují“, na aktuálnosti nabývá myšlenka univerzitních nemocnic, probírá se slučování lůžkových zařízení. Sepisují se memoranda, osočují se zdravotní pojišťovny, bojuje se za legalizaci konopí k léčebným účelům, obviňuje se ministr zdravotnictví... Akce „Děkujeme, odcházíme“ plní stránky novin mnoho měsíců.

Začínají se však také objevovat nešvary, jako je schvalování zdravotnických zákonů či jejich paragrafů formou přilepků, nebo „okrajovější“ témata, jako je uzákonění eutanazie či surogátní mateřství. Do novinových titulků se stále více derou výrazy korupce, předražování nákupů, odposlechy, porušování zákonů, bez výběrového řízení, tunelování... Uvidíme, kam se naše zdravotnictví bude ubírat dál.

Zdraví je podle definice Světové zdravotní organizace stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody. A právě takový stav bychom v tuto chvíli chtěli popřát všem našim čtenářům, českému zdravotnictví a našim novinám.

redakce



k tvrdé realitě, že právo na zdraví nemůže být stanoveno žádným zákonem a že nic na světě, tedy ani zdravotní péče, není zadarmo. A také k pocitu odpovědnosti za vlastní zdraví.

Asi nejdůležitějším právním aktem tohoto období bylo zrušení ústavního článku o vedoucí úloze KSČ v listopadu 1989. Velmi důležité bylo i přijetí zákonů o České lékařské komoře, České lékárnické komoře a České stomatologické komoře, zákona o léčivech,



nistrem se objevují nové koncepce zdravotnictví.

Píše se o počtu lůžek v nemocnicích, úhradové vyhlášce a nespokojenosti zdravotnických zařízení, přetřásají se platy lékařů, výše zdravotního pojištění, pozdní platby zdravotních pojišťoven, výše plateb za stát-



šení malých nemocnic, platby podle DRG, reklama na léky a její úskalí, zadluženost nemocnic a jejich oddlužování, centrální



Inzerce A121008965

Mladá fronta  
divize Medical  
Services  
představuje

### Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů

Monografie shrnuje v současnosti dostupné informace o poměrně nové modalitě léčby idiopatických střevních zánětů. Autoři předkládají jejich klinickou i endoskopickou klasifikaci a věnují se účinnosti biologické terapie na Crohnovu chorobu i ulcerózní kolitidu. Podrobně je popsána strategie léčby v jednotlivých obdobích, jako je remise, hluboká remise a relaps, včetně indikací, interakcí, kontraindikací a nežádoucích účinků jednotlivých léků. Opomenuta není ani problematika včasné

indikace chirurgického řešení, nutriční intervence, bezpečnosti podávání biologické léčby ve specifických situacích a též selhání biologické terapie a možnosti jejího ukončení.

**Autoři:**  
doc. MUDr. Vladimír Zbořil, CSc.,  
a kolektiv

Doporučená cena 350 Kč



### Recidivující infekce dýchacích cest a imunomodulácia u detí

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. Nejrozsáhlejší část knihy je věnována možnostem ovlivnění imunitního systému v dětském věku pomocí různých látek, ale i režimovými opatřeními ad. Další oddíl se pak týká imunomodulace v hraničních disciplínách. Vhodným obohacením monografie je kapitola zdůrazňující multidisciplinární přístup k diagnostice a léčbě RIDC.

**Autoři:**  
doc. MUDr. Miloš Jeseňák, Ph.D., MBA,  
MUDr. Zuzana Rennerová, Ph.D.,  
prof. MUDr. Peter Bánovčin, CSc.,  
a kolektiv

Doporučená cena 850 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: knihy@mfmf.cz, www.medical-services.cz



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



# Zemřel profesor Antonín Holý

Ve věku nedožitých 76 let zemřel 16. července 2012 český chemik světového významu a jeden z nejvýznamnějších českých přírodovědců 20. století prof. RNDr. Antonín Holý, DrSc., Dr.h.c.

Antonín Holý se narodil 1. září 1936 v Praze. Organickou chemií vystudoval na Matematicko-fyzikální fakultě Univerzity Karlovy. V roce 1960 byl Františkem Šormem přijat do Ústavu organické chemie a biochemie ČSAV, a to navzdory udání, že se nevybíráv vyjádřil k zásahu Sovětů proti maďarské revoluci v roce 1956 (což mu před tím znemožnilo působení na MFF). Po obhájení vědecké aspirantury v roce 1963 přešel do vznikající laboratoře chemie nukleových kyselin a postupně se dostal k lékařské chemii. Od roku 1967 působil jako vedoucí vědecký pracovník, od roku 1987 jako vedoucí oddělení chemie nukleových kyselin. V letech 1994–2002 byl ředitelem Ústavu organické chemie a biochemie Akademie věd ČR.

## Osudové setkání

Osudovým se pro něj stalo setkání s mladým belgickým virolo-



gem Erikem de Clercqem z univerzity v Lovani v roce 1976, čímž odstartovala mimořádně produktivní mnohaletá kooperace na nové skupině potenciálních antivirov. Šťastnou náhodou hned první várka několika vzorků zaslanych k testování do Lovaně obsahovala látku, která účinná byla – a spolupráce pokračuje dodnes.

Dokázal preparáty nejen připravit, ale také získat partnery pro jejich biologické testování a výrobce pro přípravu a produkci léků. Hned několik látek se mu povedlo dovést od základního výzkumu až do praktické realizace ve spolupráci s farmaceutickým partnerem v USA, firmou Gilead Sciences. Stál například za neúčinnějším dostupným lékem proti AIDS, dále za účinnou látkou působící proti viru pásového oparu, viru pravých neštovic a virovému zánětu oční sliznice či za přípravkem proti virové hepatitidě typu B. Výsledkem jeho výzkumů je i původní český lék na opary.

Jeho práce z oblasti acyklických analogů nukleosidů a nukleotidů celkově otevřely nový směr výzkumu v lékařské chemii a byly převzaty a rozvíjeny dalšími akademickými i průmyslovými pracovišti. O těchto lát-

kách byly zejména v posledních letech publikovány řádově tisíce vědeckých prací. Je také autorem či spoluautorem šesti desítek patentů. Patenty na léky z jeho laboratoře dnes zajišťují významnou část rozpočtu Ústavu organické chemie a biochemie AV ČR.

## Udělená ocenění

Za mimořádné výsledky své práce získal řadu ocenění. Byl zvolen členem Učené společnosti České republiky, je nositelem Medaile Za zásluhy o stát v oblasti vědy, Descartesovy ceny Evropské unie za vědecký výzkum, Mezinárodní ceny laureátky Nobelovy ceny Gertrudy Elion, čestné medaile Národního onkologického institutu v Tokyu, medaile Akademie věd České republiky Za zásluhy o vědu a lidstvo, Čestné medaile Ústavu organické chemie a biochemie, Hanušovy medai-

le České společnosti chemické, Státní ceny za chemii a mnoha dalších.

Přes všechn věhlas však vždy zůstával skromným člověkem, který celý život kladl důraz zejména na poctivou vědeckou práci, nikoli na mediální pozornost a slávu. Chemii věnoval celý život a laboratoř považoval za svůj živel. Dvanáct hodin v laboratoři obvykle vystřídal večer vyplněný sledováním odborné literatury, přípravou přednášek, publikací a vědeckých výsledků. „Věda vyžaduje opravdu hodně práce,“ podotkl k tomu.

„Nesnámí iracionalitu a byrokracii, a obého se nám tu dostává vysokou měrou. Vadí mi arogance úředníků, vadí mi nekonečné psaní žádostí o granty, dlouhé hodiny papírování. Systém je u nás nastaven špatně. Mělo by se více důvěřovat osobnostem, které již něco dokázaly,“ svěřil se v rozhovoru pro ZDN před několika lety.

Celý profilový rozhovor s profesorem Antonínem Holým si můžete přečíst v ZDN 31–32/2006 nebo na internetové adrese: <http://zdravi.e15.cz/rozhovory/predstavujeme/174109> (mč)

# Discovery Award pro chytré mladé hlavy

Koncem června byly vyhlášeny výsledky prestižní ceny Discovery Award. Na slavnostním večeru v sále Matematicko-fyzikální fakulty UK řešitelé tří vítězných projektů převzali ocenění za inovativní počiny v oblasti medicíny a farmacie v České republice v letech 2010 a 2011.

Cenu Discovery Award pro vědce do 40 let věku, kteří v minulých dvou letech dosáhli inovativního počínu v oblasti biomedicíny, vypsal společnost Novartis. Cílem prestižní soutěže je podpořit odvážné a inovativní projekty, které pomáhají zlepšovat kvalitu života pacientů a také poukázat na inovativní potenciál českého zdravotnictví a farmacie. Do letošního ročníku, historicky prvního, bylo přihlášeno 19 prací. Členy odborné poroty tvoří 11 renomovaných osobností působících na poli biomedicíny. „Discovery Award je jediná cena za inovativní počiny mladých vědců na poli medicíny a farmacie v České republice. Je to nesmírně důležitá iniciativa, neboť chytrých mladých hlav v medicíně i farmacii máme dostatek, což nakonec dokazují i početná zahraniční angažmá a uznání. Je

ale potřeba je vyzdvihnout, ocenit a podpořit jejich práci zde v České republice,“ řekl za odbornou porotu její člen prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc.

## Především motivovat

Společnost Novartis poskytla pro ocenění vítězů finanční prostředky ve výši 200 000 Kč. Porota rozhodla, že se tato suma rozdělí mezi tři projekty:

- Nejvyšší částka, 100 000 Kč, byla udělena za projekt „Zdokonalená molekulární diagnostika a prognostická stratifikace chronické lymfocytární leukemie a dalších lymfoproliferací“ MVDr. Borisi Tichému, Ph.D., z Interní hematologické a onkologické kliniky LF MU a FN Brno a Středoevropského technologického institutu MU Brno.

- Za projekt „Rekonstrukce rozsáhlých defektů hrudní stěny

s využitím transplantace allogenního kostního štěpu“ získal jeho autor MUDr. Martin Kaláb z Kardiochirurgické kliniky LF UP a FN Olomouc 50 000 Kč.

- Stejnou částkou získal MUDr. Roman Škulec ze Středočeské ZZS, a to za projekt „Terapeutická hypotermie po srdeční zástavě v přednemocniční neodkladné péči v České republice“. „Ocenění je pro mě a náš tým velkou motivací do další práce. Osobně jej vnímám v první řadě jako poděkování zdravotnické záchranné službě obecně. Bez každodenního úsilí desítek lékařů a záchranářů z celé republiky by nebylo možné novou metodu uvést do rutinní praxe,“ řekl při slavnostním večeru doktor Škulec.

Krátké filmové medailonky o pozadí prací finalistů a jejich významu pro biomedicínskou praxi



**Doktor Škulec využije odměnu pro další výzkum, konkrétně na optimalizaci základních resuscitačních postupů.** | Foto: Novartis

najdete na internetových stránkách: <http://discoveryaward.eu/vysledky.html>

Další ročník ceny bude vyhlášen koncem roku 2012. Přihlášky do soutěže budou přijímá-

ny, stejně jako v loňském roce, prostřednictvím webové aplikace na [www.discoveryaward.eu](http://www.discoveryaward.eu), kde budou uvedeny všechny podmínky a příslušný postup.

# „Vzděláváním k vyšší kvalitě poskytovaných služeb“ v trutnovské nemocnici

Oblastní nemocnice Trutnov, a. s., pokračuje ve vzdělávání svých zaměstnanců z prostředků EU. Již 285 zdravotníků a ošetřovatelů absolvovalo kurzy komunikace, které nemocnice pořádá od září 2010.

„Kurzy financujeme z projektu Vzděláváním k vyšší kvalitě poskytovaných služeb a naše nemocnice již vyčerpala téměř 3 miliony korun,“ říká ředitel nemocnice Martin Limburský. „Cílem komunikačních kurzů je větší otevřenost zdravotníků ke změnám, rozvoj spolupráce mezi zaměstnanci v různých pracovních pozicích a růst kvality služeb nemocnice.“ Pro účely kurzů bylo vytvořeno celkem 13 nových metodik a školí podle nich vlastní interní lektoři nemocnice.

## Pro vrchní sestry a laboranty

Tématy školení vrchních sester a laborantů v loňském září a říjnu byly komunikační nástroje a dovednosti v práci manažera. Jednotlivé programy byly zaměřeny na způsoby jak v různých situacích zlepšit komunikaci s pacienty, další například na vedení

a delegování porad. Procvičeny byly i moderační techniky při vedení kritických a vytykácích pohovorů. „Účastníci s lektory velmi dobře spolupracovali. Naučili se aktivně naslouchat pacientům a procvičili se v používání efektivních komunikačních nástrojů v roli manažera,“ hodnotí výsledky náměstkyně ředitele nemocnice Jana Totková.

## Vznikly i vlastní „miniprojekty“

V listopadu 2011 se střední zdravotnický personál trutnovské nemocnice účastnil nácviku týmové spolupráce, komunikačních dovedností, tréninku v jednání s klienty, řešení konfliktních situací, boje proti stresu a syndromu vyhoření či práce se zpětnou vazbou. „Účastnice se aktivně zapojovaly a i mimo školení diskutovaly o jeho obsahu a vyměňovaly si zkušenosti. Byly posíleny jejich



**Dobrá komunikace se osvědčuje i při rehabilitaci. Cvičení s pacientkou na nestabilní plošině na nově otevřeném trutnovském lůžkovém rehabilitačním oddělení.** | Foto: archiv Oblastní nemocnice Trutnov

komunikační dovednosti, týmová spolupráce, rychlejší adaptace v zaměstnání, naučily se bránit stresu a následně syndromu vyhoření,“ říká Jana Totková.

Vytvořené miniprojekty byly prezentovány vedení nemocnice a to se jimi bude dále zabývat. Jde například o zavedení vlhkého hojení ran na neurologickém a interním

oddělení, zlepšení kvality péče o pacienty a jejich edukaci.

## Školení lékařů a lékařek

Do konce roku 2011 se také uskutečnilo školení lékařů a lékařek. Program byl především tréninkový a jeho hlavní náplní bylo jednání s pacienty a rodinnými příslušníky v obtížnějších situacích, například sdělování negativních zpráv, jednání s „obtížnými“ pacienty a jejich rodinnými příslušníky. Probíhal i „trénink“ rozhovorů lékař – pacient. Účastníci si vyzkoušeli vedení rozhovorů s následným rozбором zpětnou vazbou a výměnou zkušeností z praxe.

Vzdělávání končí na podzim 2012. Nyní se tým projektu zaměřuje na kontrolu probíhajících vzdělávacích aktivit a jejich průběžné vyhodnocování včetně dodržování rozpočtu a harmonogramu projektu. „Ve spolupráci s dodavateli budeme také na základě dotazníků a pohovorů výsledky vzdělávání hodnotit,“ uzavírá náměstkyně Totková.

Jana Jilková

## Společnost „E“ a Národní den epilepsie

Společnost „E“ je občanské sdružení založené rodiči a přáteli osob postižených epilepsií. Sdružení každoročně pořádá Národní den epilepsie. Vyhlášen je na 30. 9. a ten letošní bude podle pořadatelů ve znamení boje s předsudky vůči epilepsii.

### Snižovat stigma

Šetření Společnosti „E“ na webu ukázalo, že epilepsii laická veřejnost stále ještě vnímá jako nemoc, která postiženým znemožňuje žít plnohodnotný život, a podle toho se k nim staví. Ve skutečnosti při správné diagnostice a dodržování určitých pravidel, jako je předepsaná léčba, kontroly u lékaře, pravidelné užívání léků a správná životospráva, dokáže většina epileptiků žít běžným způsobem života. Pouze 5% z nich má obtížně kontrolovatelnou farmakoresistentní epilepsii. Přesto epilepsie někdy bývá příčinou sociálního vyloučení dětí ve školních kolektivech i dospělých v zaměstnání či partnerských vztazích.

### Akce k Národnímu dni epilepsie

25. září proběhne setkání členů Společnosti „E“ zvaných hostů a veřejnosti. Společnost „E“ zde představí svou činnost a spolupráci s restaurací, od 17

hodin proběhne dražba květinových dekorací vytvořených lidmi s epilepsií. Akce proběhne v restauraci Pasta Krusta, Vodňáckova 15, Praha 1. 4. října se pak uskuteční den otevřených dveří. „Otevřeno“ bude na adrese Liškova 3, Praha 4, kde je sídlo Společnosti „E“.

### Zajímavá soutěž pro designery

20. září 2012 bude slavnostně vyhlášen vítěz soutěže, jehož vybere porota společností SIDI PRAGUE. Jde o soutěž pro designéry, kteří ztvární vstupní halu do bytového projektu ByTy Malešice. Při této příležitosti bude vyhlášen i vítěz hlasování veřejnosti zvolený pomocí SMS zpráv. Vítěžek z této sbírky bude věnován na podporu činnosti Společnosti „E“. Kontakt a další informace o soutěži, ale hlavně o činnosti této společnosti najdete na internetových stránkách: [www.spolecnost-e.cz](http://www.spolecnost-e.cz)

(red)

## Slavnostní představení projektu VFN

„Modernizace a obnova přístrojového vybavení Komplexního kardiiovaskulárního centra VFN v Praze“ je název projektu, jehož úspěšná realizace znamená komplexní zlepšení péče o pacienty s kardiiovaskulárním onemocněním.

23. července byla realizace projektu slavnostně představena na tiskové konferenci ve VFN. Projekt, v jehož rámci nemocnice získala dva přístroje, představil náměstek ředitelky VFN pro vědu a výzkum MUDr. Jan Bříza, CSc., MBA. Angiograf s planárním detektorem za více než 20 milionů korun je určen k vyšetřování periferních cév a k provádění intervenčních terapeutických zákroků. Druhý přístroj, angiografická linka, slouží k provádění diagnostiky a terapeutických zákroků v oblasti periferních tepen prakticky v celém anatomickém rozsahu. Cílovou skupinou jsou hlavně pacienti s aterosklerotickým postižením, ale i pacienti se vzácnějšími nemocemi, například vaskulitidami. Projekt „Modernizace a obnova přístrojového vybavení Komplexního kardiiovaskulárního centra VFN v Praze“ je spolufinancován

Evropskou unií z Evropského fondu pro regionální rozvoj. Jak náměstek Bříza uvedl, celkový rozpočet projektu přesahuje 75 milionů

Kč. Z vlastních zdrojů hrají Všeobecná fakultní nemocnice v Praze přes 21 milionů Kč.

(D)



**Angiografická linka s vysokou rozlišovací schopností zvýší i bezpečnost vysoce sofistikovaných intervenčních procedur, například implantaci stentgraftu.** | Foto: archiv VFN

# Předplatte si MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

## Předplatné na rok + mimořádný dárek

### Recidivující infekce dýchacích cest a imunomodulácia u detí

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, příjmení, adresa, lékařská 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. Svojí objednávkou předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svojí 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 zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zák. č. 101/2000 Sb. tj. zejména, že poskytnutí údajů je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně 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](http://www.mf.cz).

**Ondřej Slabý,  
Marek Svoboda a kol.  
MikroRNA v onkologii**



Rozsah:  
324 stran  
Cena: 490 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7262-587-1  
Vydavatel:  
Galén

MikroRNA představují extrémně rychle rostoucí oblast molekulární biologie a poznatky o nich se již staly jedním ze základních stavebních kamenů nádorové biologie. Z tohoto postavení vyplývá i potenciální využití mikroRNA v klinické praxi, a to jak v diagnostice, tak v terapii nádorových onemocnění. To, že se jedná o reálné předpoklady, dokazuje i vstup prvních léčiv na bázi mikroRNA do klinických hodnocení.

Monografie na toto téma přináší informace o základních principech biologie mikroRNA a metodách jejich studia, ale především systematicky zpracovává zapojení mikroRNA do patogeneze hlavních skupin solidních a hematologických malignit, s užším zaměřením na využití mikroRNA jako biomarkerů v diagnostické a prediktivní onkologii a pro terapeutické účely.

**Andrea Pokorná,  
Romana Mrázová  
Kompendium hojení  
ran pro sestry**



Rozsah:  
204 stran  
Cena: 249 Kč  
ISBN: 978-80-  
-247-3371-5  
Vydavatel:  
Grada

Kniha s bohatou obrazovou přílohou prezentuje odborné informace nejen k vlastnímu procesu diagnostiky a terapie chronické rány, ale také k procesu standardizace ošetřovatelských postupů a výsledků ošetřovatelské péče dle Aliance 3N (NANDA, NIC, NOC) a postupů na základě *evidence based nursing*. Autorky popisují základní techniky péče o chronickou ránu, včetně hodnocení ran a bazálních postupů fázového hojení a globální léčby. Samostatné kapitoly jsou věnovány komplexnímu přístupu k péči o vybrané chronické rány a defekty (běrcové ulcerace, dekubity, syndrom diabetické nohy). Zmíněny jsou také nejčastější chyby v péči o osoby s chronickou ránou.

**Marek Vácha, Radana  
Königová, Miloš Mauer  
Základy moderní  
lékařské etiky**



Rozsah:  
312 stran  
Cena: 495 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7367-780-0  
Vydavatel:  
Portál

Publikace poskytuje základní přehled lékařské etiky v současném euroamerickém prostoru se zvláštním zaměřením na Českou republiku. V úvodu autoři popisují základní pojmy lékařské etiky, obecný postup při řešení bioetického problému a základní etické teorie. Jsou charakterizovány také současné etické teorie, uznávané a používané ve zdravotnictví na začátku 21. století, s akcentovanými čtyřmi principy Beauchampa a Childresse. Problematice komunikace s pacientem a psychologickému přístupu k nemocnému

## NOVÉ KNIHY

jsou věnovány zvláštní kapitoly. Speciální část velmi volně kopíruje etapy lidského života a popisuje etické otázky týkající se zejména obou konců lidského života, kdy je z různých důvodů člověk nejzranitelnější. Závěrečné kapitoly pojednávají o specifických problémech současné lékařské etiky, zvláště pak v popáleninové medicíně a u hromadných poranění v rámci katastrof. Text je doplněn mnoha příklady z praxe.

**Andrea Janíková,  
Michael Doubek  
Jak si poradit  
s nádorovým  
onemocněním krve?**

Pomocník pro pacienty  
nejen s leukemií či lymfomem



Rozsah:  
136 stran  
Cena: 240 Kč  
ISBN: 978-80-  
-204-2694-9  
Vydavatel:  
Mladá fronta,  
edice Lékař  
a pacient

Kniha vznikla jako logická reakce autorů – hematologů – na dotazy a požadavky pacientů, které mají ve své péči. Snaží se v ní rozvinout to, co nemocným poskytují edukační brožury o klasické protinádorové terapii a nádorových onemocněních. Jako vzor použili nádorová onemocnění krve, řada informací má ovšem obecnou platnost pro všechny nádorové nemoci.

Úvodní kapitoly jsou věnovány funkci krve, kostní dřeně a lymfatického systému v lidském těle, další pak principům protinádorové léčby a jejím nežádoucím účinkům. Poměrně podrobně je rozebrána též problematika týkající se

alternativních léčebných prostředků a vitaminových doplňků, dietních opatření a pohybové aktivity. Autoři ale objasňují i význam klinických studií a jejich prospěšnost pro další úspěšnou léčbu pacientů. Všechny poznatky jsou prezentovány v duchu medicíny založené na důkazech, ať už jde o postupy klasické, či alternativní, neboť jako lékaři mohou pacientům doporučit opravdu jen to, co má prokázaný účinek a nepoškodí jejich zdraví. Kniha by se měla stát pacientům s nádorovými onemocněními i jejich lékařům vítaným pomocníkem, který jim usnadní jejich rozhodování v těžkých okamžicích léčby zhoubné nemoci.

**Guy Corneau  
Chybějící otec,  
chybující syn**

Jak absence otce ovlivňuje  
je utváření mužské identity

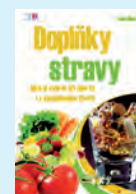


Rozsah:  
192 stran  
Cena: 299 Kč  
ISBN: 978-80-  
-262-0075-8  
Vydavatel:  
Portál

Kanadský psycholog a psychoterapeut pojednává o morálním zranění, jímž trpí někteří muži, jimž scházel kvalitní kontakt s otcem. Fyzická absence otce se u nich projevuje po stránce afektivní a psychické a vyvolává určité nedostatky při utváření mužské identity ještě i v době, když tito synové dospěli, případně se sami stali otci. Autor vychází z vlastního života (zejména ze vztahu s vlastním otcem, resp. bez něj), z portrétů různých mužů a jejich příběhů a z příkladů z vlastní terapeutické praxe. Seznamuje čtenáře s tím, jak se tito muži jeví navenek a ja-

čí doopravdy jsou uvnitř. Ukazuje důsledky, jež se projeví u synů, kteří vyrostli bez otce nebo jakoby bez otce. Nabízí možnosti k lepšímu vzájemnému pochopení a souznění mezi mužem a ženou, rodiči a dětmi. V závěrečných kapitolách ukazuje jak najít východiska a zbavovat se důsledků. Kniha ve frankofonních zemích opakovaně vychází v doplňovaných a revidovaných vydáních a byla přeložena do desítek jazyků.

**Ivan Mach  
Doplňky stravy  
Jaké si vybrat ve sportu  
i v každodenním životě**



Rozsah:  
176 stran  
Cena: 199 Kč  
ISBN: 978-80-  
-247-4353-0  
Vydavatel:  
Grada

Kniha se věnuje doplňkům stravy jako kategorii potravin, která nachází uplatnění v každodenním životě i ve sportu a významně se podílí na prevenci degenerativních chorob. Vybraný doplněk by v žádném případě neměl uškodit, naopak by měl pomoci dosáhnout některého z vytčených cílů zdravotních, výživových, kondičních, sportovních a dalších. Publikace se zabývá formami, druhy a indikací doplňků stravy tak, aby se čtenář nestával snadnou obětí podomních distributorů bezcenných preparátů, mnohdy ohrožujících zdraví a ignorujících legislativní pravidla. Autor objasňuje nepřehlednou a často nepřesnou nomenklaturu a uvádí mnoho tipů k užívání doplňků stravy; tato doporučení mohou posloužit jako východiska pro konzultaci s odborníkem.

**MEDICAL  
SERVICES**

Napsali jste knihu?  
My vám ji vydáme!

## PRÁVNÍ PORADNA

# Kód 00900 a regulační poplatek

**Lze při vykázání komplexního vyšetření stomatologem podle nového kódu 00900 účtovat pojištěnci, kterému byla tato péče poskytnuta, regulační poplatek 30 korun?**



odpovídá  
Mgr. Lucie Neubertová

hygieny, interdentální hygieny, masáží, odstranění zubního kamene (bez ohledu na způsob provedení), včetně ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (parodontální absces,

Kód 00900 je vymezen přílohou č. 12 k vyhlášce č. 425/2011 Sb. a označuje komplexní vyšetření stomatologem při registraci pojištěnce. Tento výkon zahrnuje: vyšetření stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní, stavu čelistí a mezičelistních vztahů, anamnézy a stanovení léčebného plánu v rámci péče hrazené zdravotní pojišťovnou. Založení dokumentace se záznamem stavu chrupu, parodontu, sliznic a měkkých tkání včetně onkologické prohlídky, mezičelistních vztahů, anamnézy a plánu léčby. Kontrolu a nácvik orální

ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou aj.), ošetření *dentitis difficilis* bez ohledu na počet návštěv. A dále lokální aplikaci fluoridů s použitím přípravků podle přílohy č. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, která vymezuje seznam zdravotních výkonů zdravotních výkonů nehrázených/hrazených jen za určitých podmínek.

## Poplatek se platí

Regulační omezení bylo vyhláškou upraveno tak, že tento kód lze vykázat při registraci pojištěnce nou osobám uvedeným v zákoně,

00946. Kombinaci kódů 00900 a 00901, resp. 00946 nelze vykázat v jednom kalendářním čtvrtletí, mezi jednotlivými vyšetřeními v roce je doporučeno dodržovat interval 5 měsíců. Ve zdůvodněných případech, jestliže zdravotní stav pacienta vyžaduje provést vyšetření dříve, ji lze vykázat s menším odstupem, který však nesmí být kratší než 3 měsíce.

Podle § 16a odst. 3 zákona o veřejném zdravotním pojištění se regulační poplatek neplatí, pokud jde o: (i) preventivní prohlídku, (ii) dispenzární péči poskytova-

nou osobám uvedeným v zákoně, (iii) hemodialýzu, (iv) laboratorní nebo diagnostické vyšetření vyžádané ošetřujícím lékařem, pokud není zároveň provedeno klinické vyšetření, (v) vyšetření lékařem poskytovatele transfúzní služby při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně nebo (vi) děti do dovršení 18 let věku včetně tohoto dne. Vzhledem k tomu, že kód 00900 nespadá pod tyto kategorie, pak bude třeba vybrat od pojištěnce, kterému byla tato péče poskytnuta, regulační poplatek ve výši 30 Kč.

## Přetíženost sester na ARO

**Pracuji jako sestra v okresní nemocnici na ARO, dlouhodobě v nedostatečném počtu personálu. Ale fiktivně jsou na našem oddělení vedeny další tři sestry, zřejmě jen pro pojišťovnu, abychom mohli mít daný počet lůžek na oddělení. Jednaly jsme s primářem a hlavní sestrou nemocnice o přidání sester do služeb. Není totiž výjimkou, že sestra má ve službě na starost dva, nebo dokonce i tři pacienty, a není tudíž v jejich silách věnovat se všem tak, jak by si zasloužili.**

**Zatím vše zvládáme, i když ve vysokém pracovním tempu, a to je zřejmě pro vedení podstatné. Jenže to nasazení a psychické vypětí se nedá dlouho vydržet. Vše okolo fiktivních sester nám zavání podvodem na pojišťovnu. Jak donutit vedení, aby nám přidali personál tak, jak je zákonem stanoveno?**



na dotazy odpovídá  
Mgr. Kateřina Götzová

V tomto případě se může jednat jak o porušování ustanovení zákóníku práce o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci, tak o porušení ustanovení o určité množství požadované práce a pracovního tempa zaměstnanců.

Doporučuji obrátit se na Státní úřad inspekce práce ([www.suip.cz](http://www.suip.cz)), který je kontrolním orgánem na úseku zaměstnanosti, dodržování a ochrany pracovních vztahů a pracovních podmínek. Státní úřad inspekce práce a oblastní inspektoráty práce jsou oprávněny kontrolovat u zaměstnavatelů dodržování povinností vyplývajících z právních předpisů, vyžadovat odstranění zjištěných nedostatků a ukládat pokuty. Zaměstnanec je oprávněn (v případě podezření na porušování pracovních předpisů zaměstnavatelem) podat podnět k provedení kontroly přímo na příslušném oblastním inspektorátu práce nebo prostřednictvím Státního úřadu inspekce práce.

## Kontrola inspektorátem

V podnětu je důležité řádně označit zaměstnavatele, proti kterému podnět směřuje, tzn. jeho název, sídlo, IČ a místo výkonu práce, pokud je jiné než sídlo. Podnět je možné podat písemně poštou nebo elektronicky, osobně či telefonicky. Pro případ nutnosti doplnění podnětu a zaslání informace o výsledku provedené kontroly je důležité uvést jméno podatele, doručovací adresu, telefon či jiný kontakt na podatele podnětu. Orgány inspekce práce jsou ze zákona povinny zachovávat mlčenlivost o totožnosti toho, kdo podnět podal.

Na základě podnětu je pak u zaměstnavatele provedena kontrola příslušným oblastním inspektorátem práce. Po ukončení kontroly je podatel podnětu (pokud uvedl doručovací adresu) zaslána písemná informace o výsledku spolu se sdělením, zda byly skutečnosti uváděné v podnětu kontrolou potvrzeny. Při zjištění porušení zákona úřad ukládá zaměstnavateli nápravná opatření s termínem k jejich odstranění a ukládá pokuty.



ilustrace foto: Shutterstock

## Pevná telefonní linka v ordinaci očního lékaře

Provozovatel zdravotnického zařízení zrušil v ordinaci očního lékaře pevnou telefonní linku; lékař má k dispozici pouze mobilní telefon. Je toto řešení přípustné – nepatří pevná linka do povinného vybavení ordinace?



odpovídá  
Mgr. Marie Šubertová

o zdravotních službách, jakékoli zdravotnické zařízení musí být vybaveno připojením k veřejné telefonní síti, a to pevné, nebo mobilní, nestanoví-li tato vyhláška pro konkrétní zdravotnické zařízení povinnost jinou.

Pro ordinaci očního lékaře není stanovena žádná jiná forma povinnosti, proto je zcela na uvážení očního lékaře, jaké připojení k veřejné telefonní síti zvolí. Oční lékař tak není povinen mít ve své ordinaci zřízenou pevnou telefonní linku, ale musí mít alespoň spojení mobilní.

Ano, toto řešení je přípustné. Dle platné vyhlášky č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, která je prováděcí předpisem k zákonu č. 372/2011 Sb.,

## Snížení mzdy ve prospěch osobního příplatku

**Pracuji jako sestra v nemocnici, která má právní formu akciové společnosti. Chtěla bych vědět, zda nám může zaměstnavatel bez našeho souhlasu snížit základní mzdu a část této mzdy převést do osobního příplatku.**

Ustanovení § 113 odst. 1 zákoníku práce upravuje stanovení výše mzdy, a to tak, že mzda se sjednává ve smlouvě (pracovní či kolektivní), nebo ji zaměstnava-

tel stanoví vnitřním předpisem, eventuálně ji určí mzdovým výměrem. V tomto případě tedy záleží na tom, jakým způsobem byla mzda stanovena, zda jednostranným právním úkonem (vnitřní předpis či mzdový výměr), nebo dvoustranným právním úkonem (smlouvou).

## Jednostranný úkon

Pokud by výše mzdy byla stanovena v pracovní smlouvě nebo kolektivní smlouvě, může k je-

jí změně dojít pouze na základě dohody smluvních stran. V tom případě by zaměstnavatel nebyl oprávněn mzdu snížit bez souhlasu zaměstnance či kolektivního orgánu. Pokud však výše mzdy byla stanovena vnitřním předpisem nebo mzdovým výměrem, tedy jednostranným úkonem zaměstnavatele, lze ji i jednostranným úkonem měnit. V tom případě by zaměstnavatel byl oprávněn změnit výši mzdy bez souhlasu zaměstnance.



# Zajímavé www stránky – vzácná onemocnění

V poslední době je problematické tzv. vzácných onemocnění věnována stále větší pozornost. Dilem je to zřejmě i zlepšující se, zejména molekulárněgenetickou diagnostikou těchto chorob a také rozvojem terapeutických možností. A právě proto je kladen větší důraz na propagaci vzácných onemocnění, která má přispět k jejich časnější diagnostice.

## The Portal for Rare Disease www.orpha.net

Odkaz upozorňuje na portál specializovaný na publikování detailních informací o tzv. vzácných chorobách a o dostupných léčivech. Podle oficiálních údajů může některým ze vzácných onemocnění trpět v Evropě až 30 milionů obyvatel. Jak jsou vlastně vzácná onemocnění definována? Definice není jednotná, v Evropě se za vzácnou považuje choroba, která postihuje méně než 5 osob z každých 10 tisíc. Větš-

nou jde o geneticky podmíněná onemocnění. Portál nabízí systematicky vedený přehled těchto chorob, jejich klasifikační schémata a dále encyklopedicky vedené souhrnné informace o jednotlivých diagnózách.

## The Voice of Rare Disease Patient in Europe www.eurordis.org

EURORDIS je evropská nevládní organizace, která zastřešuje spojené jednotlivých patientských organizací sdružujících pacien-



ty s vzácnými chorobami a pomáhá koordinovat jejich aktivity. Cílem jejich činnosti je zlepšení kvality života pacientů s některou ze vzácných nemocí. Činí tak pomocí jednání na evropské úrovni, podporou výzkumu a vývoje nových léčebných technologií. Nabízí příběhy pacientů, které mohou být inspirací pro další nemocné i jejich rodinné příslušníky. Pořádají různé vzdělávací programy, výukové kurzy pro zájemce či e-learningové studium. Organizují také pomocnou telefonní linku.

## Orphanet – česká národní stránka www.orphanet.cz

Tímto odkazem upozorňujeme na českou verzi portálu Orphanet, která je s výše uvedeným mezinárodním portálem těsně propojena, nicméně nabízí pro české čtenáře i některé další informace. Autoři webu například přibližují obecné poznatky o vzácných chorobách a o aktuálních problémech s nimi spojených na evropské úrovni, informují o blížících se kongresech a sympozii, zveřejňují novinky o léčivých přípravcích pro vzácná onemocnění.



## Rare Disease Day

www.rare-diseaseday.org

Možná jste také zaregistrovali, že letošní 29. únor byl vyhlášen dnem vzácných onemocnění (Rare Disease Day). Zadáním výše uvedeného odkazu navštívíte stránky, které se této události podrobně věnují. Přečtete si, jaké aktivity ten den proběhly v jednotlivých participujících zemích (a to včetně České republiky), a prohlédnete si řadu fotografií. Koordinaci dne měla na starosti opět organizace EURORDIS.

## National Organisation for Rare Disorders

www.rarediseases.org

Už jen krátce si představíme i oficiální web americké organizace NORD koordinující aktivity ve prospěch pacientů se vzácnými chorobami. Kromě sekce pro pacienty je na webu k dispozici i odborná sekce s důležitými zdroji informací pro lékaře, jež jsou opravdu plně zajímavých a komplexních dat.

MUDr. Michal Peříšek



MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

číslo 15/2012

### Šéfredaktorka

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

### Redakce

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

### Stáří 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 zprávy

Pavla Jilková  
tel. 225 276 455, e-mail: jilkovap@mzf.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. Miloš Krášík, DrSc.,  
prof. Ing. Rudolf Poledník, CSc.,  
prof. MUDr. Zdeněk Malý, CSc.,  
prof. Ing. Rudolf Poledník, CSc.,  
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.,  
prof. MUDr. Marek Trněný, CSc.,  
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.,  
MUDr. Jana Vojtíšková

### INZERCE

fax 225 276 444

### group sales manager

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

### personální inzerce

Jiřina Hollá  
tel. 724 561 805  
e-mail: hollaj@mzf.cz



### generální ředitel

Ing. David Hurta

kreativní ředitel  
René Decastelo

### ředitel divize

Medical Services  
MUDr. Martin Hofman

art director  
Petr Honzátko

### VÝROBA

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

### MARKETING

ředitelka marketingu novin  
a časopisů Hana Holková  
brand manager Kristýna Dytrchová

### DISTRIBUCE

vedoucí výroby a distribuce Soňa Štarhová  
manažerka předplatného Jana Horáková,  
tel. 225 276 317, e-mail: horakova@mzf.cz

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

### DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku využívá:  
Postservis, Poděbradská 39, 190 00 Praha 9  
tel. 800 300 302,  
e-mail: predplatne.mf@post.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 Pressgrosso, 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@bompkapa.sk

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

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

Tisk EUROPRINT a. s.  
Číslo dáno do tisku 26. 7. 2012

Přetisk a jakékoli šíření  
pouze se souhlasem vydavatele.

Tištný 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

### Přednosta

**DĚKAN LÉKAŘSKÉ FAKULTY  
OSTRAVSKÉ UNIVERZITY  
SPOLU S ŘEDITELM FAKULTNÍ  
NEMOCNICE OSTRAVA**  
vyhlašují výběrové řízení  
na obsazení místa:

### ■ Přednosta Neurologické kliniky

Kvalifikační požadavky:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
- specializovaná způsobilost v oboru neurologie,
- 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 dosaženém vzdělání a doklady o manažerském vzdělávání,

- doklady o získaných vědeckých a vědecko-pedagogických titulech,
- přehled vědeckovýzkumných a publikačních aktivit,
- doklady vyplývající z obecně závazných právních předpisů (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,
- návrh koncepce řízení neurologické kliniky.

Přihlášky přijímá do 31. 8. 2012 do 14 hodin úsek zaměstnanosti nebo podatelna, FN Ostrava, 17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava – Poruba.

ZDN A121009201

### Primáři

**ŘEDITEL SLEZSKÉ NEMOCNICE  
V OPAVĚ, P. O.,**  
vyhlašuje výběrové řízení  
na obsazení pozic:

- Primář oddělení gynekologie a porodnictví
- Primář chirurgického oddělení

- Primář očního oddělení
- Primář ORL oddělení
- Primář geriatrického a doléčovacího oddělení

Požadujeme:

- ukončené vzdělání v oboru všeobecné lékařství,
- 2. atestaci nebo specializovanou způsobilost v příslušném oboru,
- nejméně 10 let odborné praxe,
- licenci ČLK pro výkon funkce primáře v oboru,
- organizační, řídicí a komunikační schopnosti, znalost úhradové vyhlášky,
- písemně vypracovanou koncepci rozvoje příslušného oddělení odpovídající moderním trendům oboru (zašlete společně s přihláškou nebo nejpozději 3 dny před konáním výběrového řízení e-mailovou formou na adresu: sekretariat@nemocnice.opava.cz).

Nabízíme:

- nadstandardní platové podmínky formou smluvního platu,
- práci s moderní diagnostickou technikou,
- případnou pomoc při zajištění ubytování.

Nástup: dle dohody.

Přihlášku do výběrového řízení spolu se strukturovaným životopisem s přehledem dosavadního zaměstnání a praxe, doklady o dosaženém vzdělání (notářsky ověřené), platným výpisem z rejstříku trestů a čestným prohlášením uchazeče, že proti němu není vedeno trestní řízení, zasílejte do 24. 8. 2012 (včetně) na adresu: Mgr. Barbara Dušková, oddělení ŘLZ, Olomoucká 86, 746 79 Opava, tel.: 553 766 142; e-mail: barbara.duskova@nemocnice.opava.cz

ZDN A121009265

### Staniční sestra

**LÉČEBNA DLOUHODOBĚ  
NEMOCNÝCH RYBITVÍ**  
vyhlašuje výběrové  
řízení na pozici:

### ■ Staniční sestra

Požadované vzdělání:

- vysokoškolské vzdělání ošetřovatelského směru, případně ÚSO s odbornou způsobilostí s probíhajícím vysokoškolským vzděláním ošetřovatelského směru,
- odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecná sestra

dle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů,

- platné osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu
- specializační vzdělání v oboru Ošetřovatelská péče ve vybraných klinických oborech se zaměřením na ošetřovatelskou péči v gerontologii nebo Ošetřovatelská péče v interních oborech.

Dále požadujeme:

- zdravotní způsobilost,
- trestní bezúhonnost,
- znalost práce na PC,
- organizační a komunikační schopnosti,
- vztah k práci s geriatrickými pacienty.

Nabízíme:

- platové podmínky dle platových tabulek,
- zaměstnanecké benefity.

Přihláška do výběrového řízení musí obsahovat:

- stručný životopis s přehledem dosavadní praxe,
- úředně ověřené doklady o dosaženém vzdělání a osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu,
- výpis z rejstříku trestů (ne starší 90 dnů).

Bližší informace podá:  
Mgr. Veronika Řádová,  
hlavní sestra, tel: 469 779 707,  
e-mail: radova.ldn@seznam.cz.

Přihlášku do výběrového řízení zasílejte do 20 dnů po zveřejnění na adresu: Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví, Činžovnická domů 140, 533 54 Rybitví.

ZDN A121009207

### Primář

**MĚSTSKÁ NEMOCNICE  
MĚSTEC KRÁLOVÉ, A. S.,**  
vyhlašuje výběrové  
řízení na pozici:

- Primář oddělení následné péče

Kvalifikační požadavky:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
- specializovaná způsobilost v oboru geriatry,
- praxe v oboru minimálně 5 let,
- řídicí, organizační a komunikační schopnosti,
- samostatnost, spolehlivost, morální a občanská bezúhonnost.

K přihlášce je nutno přiložit:

- strukturovaný životopis,
- motivační dopis,



### Přijmeme dětskou sestru

Nástup ihned.

Nabízíme:

- přátelské prostředí na oddělení
- zajímavé finanční ohodnocení

Požadujeme:

- minimálně středoškolské vzdělání v oboru dětská sestra
- vyhodou PSS v oboru ošetřovatelská péče v pediatrii
- platnou registraci
- občanskou a morální bezúhonnost

Kontakt:

Hlavní sestra Nemocnice  
v Karlových Varech Gabriela Pichová,  
gabriela.pichova@kkn.cz

Inzerce A121009185



### Přijmeme lékaře do kardiocentra

Kardiovaskulární centrum KKN a.s. hledá  
lékaře absolventa či lékaře po atestaci v  
interním kmenu na standardní oddělení  
kardiologie.

Nabízíme:

- Zajištění podmínek ke splnění atestace v interním kmenu, resp. v kardiologii.
- Možnost edukace ve veškerých kardiologických neinvazivních metodikách.
- Perspektivně možnost školení v oblasti arytologie.

Nástup možný ihned.

Zájemci mohou své životopisy zasílat  
primáři kardiocentra MUDr. Michalu  
Padourovovi na [michal.padour@kkn.cz](mailto:michal.padour@kkn.cz).

Inzerce A121009186



### Přijmeme všeobecné zdravotní sestry

Nástup možný ihned.

Nabízíme:

- působení na odděleních s široce rozvinutou problematikou s používáním nejmodernějších technik a postupů
- finanční ohodnocení odpovídající zastávané pozici

Požadujeme:

- vzdělání minimálně středoškolské v oboru zdravotní sestra
- platnou registraci
- morální a občanskou bezúhonnost

Kontakt: Hlavní sestra Nemocnice  
v Karlových Varech Gabriela Pichová,  
gabriela.pichova@kkn.cz

Inzerce A121009187

**Teva Czech industries s.r.o., významný český farmaceutický výrobce se sídlem v Opavě, dceřiná společnost celosvětově největšího producenta generických léčivých přípravků, hledá nového kolegu/kolegyni pro pracovní pozici:**

## VEDOUCÍ ODDĚLENÍ MIKROBIOLOGIE

Náplň práce: - řízení vzorkování a testování mikrobiologických vzorků dle platných předpisů  
- kontrola laboratorních záznamů, schvalování výsledků, vyhodnocování trendů a odchylek  
- laboratorní vyšetřování a šetření výsledků mimo limit specifikace  
- odpovědnost za přípravu předpisové dokumentace oddělení  
- řízení a zajišťování kalibrace a kvalifikace analytických přístrojů a zařízení na oddělení

Požadujeme: - vysokoškolské vzdělání mikrobiologického směru  
- zkušenosti v laboratoři mikrobiologického směru  
**podmínkou**  
- zkušenosti s vedením lidí  
- dobrou znalost MS Office  
- dobrou znalost anglického jazyka

Nabízíme: - motivující práci s možností dalšího profesního růstu  
- dobré platové ohodnocení  
- zaměstnanecké benefity  
- zájem silné nadnárodní společnosti  
- práci v režimu pružné pracovní doby

V případě Vašeho zájmu o nabízenou pracovní pozici pošlete prosím strukturované CV a motivační dopis na e-mailovou adresu: [tereza.bartkova@tevapharm.cz](mailto:tereza.bartkova@tevapharm.cz)

Inzerce A121009209

## PERSONÁLNÍ INZERCE

- úředně ověřené kopie dokladů o vzdělání,
- úředně ověřený výpis z rejstříku trestů,
- potvrzení o zdravotní způsobilosti.

Příhlášky zasílejte do 31. 8. 2012 v obálce s označením „výběrové řízení“ na adresu: Městská nemocnice Městec Králové, a. s., Pavlína Khorelová, Prezidenta Beneše 343, 289 03 Městec Králové. Výběrové řízení proběhne 7. 9. 2012.

ZDN A121009197

## Volná místa

## 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 Petrtýlová, tel.: 777 855 256, e-mail: sabina.petrtlylova@nemocnice.trebotov.cz

ZDN A121009316

## Více pozic

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

- Primáře gynekologicko-porodnického oddělení
- Zástupce primáře interny

Požadujeme:

- VŠ, II. atestaci v oboru,
- organizační a řídicí schopnosti,
- praxi.

Kontakt:

tel.: 499 502 304, e-mail: srska@nemocnice.vrchlabi.cz  
ZDN A121009320

## Lékař

NEMOCNICE BLANSKO přijme lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru vnitřní lékařství na pozici vedoucího lékaře interního oddělení JIP.

Nástup ihned.

V případě zájmu kontaktujte primářku interního oddělení MUDr. Formánkovou, tel.: 516 838 200, e-mail: formankova@nemobk.cz  
ZDN A121009251

## Lékaři

SOUKROMÉ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ SAGENA, S. R. O., FRÝDEK-MÍSTEK, přijme lékaře těchto odborností:

- diabetologie,
- kardiologie,
- revmatologie,
- alergologie.

Na celý i na částečný úvazek. Výhodné platové podmínky.

Nabídky zasílejte na adresu:

Ing. Němeček, Sagena, s. r. o., 8. pěšího pluku 2450, Frýdek-Místek, tel.: 739 000 100, e-mail: nemecek@sagena.cz

ZDN A121009192

## Lékaři

DO INTERNÍ A DIABETOLOGICKÉ ORDINACE V LITVÍNOVĚ NEBO V PODBOŘANECH sháním lékaře

i na částečný úvazek. Specializace vítána, ale není podmínkou. Plat při plném úvazku (max. 30 ordinačních hodin) 40 000 Kč, dohoda možná.

V případě zájmu kontaktujte MUDr. Slaměňníka, tel.: 724 104 021, e-mail: SlaM75@seznam.cz

ZDN A121008835

## Různé

## Pronájem prostor

Nabízím dva nebytové prostory, vhodné pro lékaře jako

<b>NSP</b>	<b>Nemocnice s poliklinikou</b>
Karviná-Ráj	Karviná - Ráj, p.o.
<b>přijme do pracovního poměru pro gynekologické oddělení</b>	
<b>lékaře</b>	
<b>se specializovanou způsobilostí i absolventy</b>	
<b>Blíží informace poskytnete</b>	
primář MUDr. Petr Fiala tel.č.: 596 383 268 email: fiala@nspka.cz	
<b>Zádosti přijímá</b>	
oddělení lidských zdrojů NsP Karviná-Ráj, Vydumchov 399/5 734 12 Karviná-Ráj Ing. Letochová, tel.č.: 596 383 205 email: letochova@nspka.cz	
<b>www.nspka.cz</b>	

Inzerce A121009139

ordinace apod., v Praze 5 na Smíchově, Ostrovského 36. Reprezentační prostory jsou v moderním novém domě, v krásném a hustě obydleném místě v přízemí, nedaleko metra Anděl a nákupního střediska Nový Smíchov. Jeden má 88 m<sup>2</sup>, druhý 100 m<sup>2</sup>, vlastní parkoviště před prostory zdarma. Mohu zajistit úpravu prostoru dle návrhu nájemce.

Další info na tel.: 777 864 603, e-mail: emilsebela@seznam.cz

ZDN A121009245

Inzerce A121009409

# NABOSO

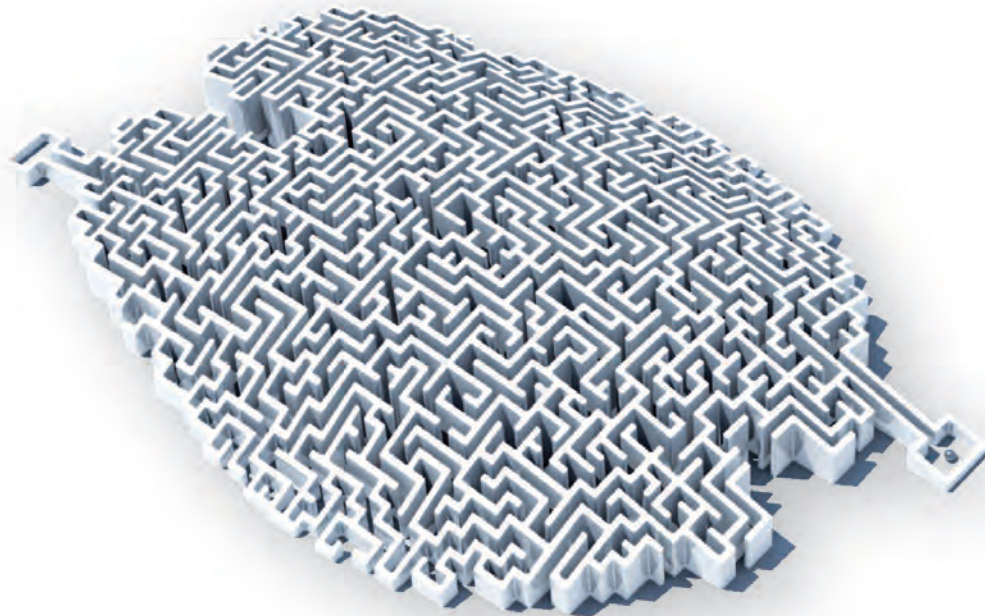
## 50 důvodů, proč zout boty

Chodte naboso, protože přirozené je lepší než „normální“!

Žádejte u svého knihkupce nebo se slevou 15 % na [www.kniha.cz](http://www.kniha.cz)

Inzerce A121009122

# LET'S THINK



BOEHRINGER INGELHEIM IS COMMITTED TO ONCOLOGY  
AND ADVANCED RESEARCH IN THE AREAS OF:

- ANGIOGENESIS INHIBITION
- SIGNAL TRANSDUCTION INHIBITION
- CELL-CYCLE KINASE INHIBITION

[WWW.THEWHITEROOM.INFO](http://WWW.THEWHITEROOM.INFO)

## LET'S WORK

ONCOLOGY FROM BOEHRINGER INGELHEIM

