

# iroska

časopis nejen pro postizene roztroušenou sklerozou

ROČNÍK III

4

2017



- Roskiáda
- Výprava do Polska
- Moje první rekondice



## Spouští se unikátní seznamka pro handicapované. Nabízí postiženým příležitost najít si životního partnera

Praha, 19. září 2017 – V České republice je více než 1 milion zdravotně postižených osob. Většina z nich řeší nejen překážky související s jejich handicapem, ale také vztahové problémy. Právě kvůli jejich postižení se jim rozpadají vztahy a nové navazují velmi obtížně. Pro ně se dnes spustil unikátní seznamovací portál Tvojelaska.cz, který jim pomůže najít životního partnera.

Portál Tvojelaska.cz založili manželé Kristýna a Jakub Mertlovi, majitelé úspěšné seznamovací agentury Date2k, a byl finančně podpořen z Operačního programu Zaměstnanost. Je tedy spolufinancován z Evropských strukturálních fondů. Partnerem projektu je Help hand, z. ú. „Sami jsme se seznámili prostřednictvím seznamovací agentury, a protože v Date2k využíváme unikátní algoritmus, jehož prostřednictvím hledáme našim klientům vhodný protějšek, rozhodli jsme se jej využívat i při seznamování handicapovaných,“ říkají manželé Mertlovi, které k myšlence založit seznamovací portál pro lidi s handicapem přivedl jeden z jejich klientů – Michal Sněhota.

„Jak jsme v hledání vhodných protějšků úspěšní, v případě Michala jsme zjistili, že jakmile zmíníme, že má handicap, všichni ho automaticky odmítají, jako kdyby pro ně vědomí handicapu u protějšku bylo něco na překážku,“ vypráví Kristýna Mertlová. „Byl to pro mě trochu šok a zároveň výzva něco s tím udělat.“ A tak vznikl nápad na seznamovací portál Tvojelaska.cz, kde by lidé s handicapem mohli za pomoci psychologů a vztahových koučů hledat svého životního partnera. A protože nejlépe se do potřeb svých klientů mohou vcítit ti, kteří se sami s nějakým handicapem potýkají, napadlo Mertlovy nabídnout právě Michalu Sněhotovi, aby portál Tvojelaska.cz vedl.

„Musím říct, že mě ta nabídka velmi překvapila, ale zároveň i potěšila a bez váhání jsem ji přijal,“ vzpomíná Michal Sněhota. Právě s jeho velkým přispěním Jakub Mertl upravil svůj seznamovací algoritmus tak, aby odrážel požadavky a potřeby handicapovaných, aby odrážel bariéry, na které postižení při seznamování nejvíce narážejí. Základem úspěšného seznamování však není jen algoritmus, ale především osobní práce sklienty. „Každému je věnována individuální péče a potřebná asistence s ohledem na typ postižení.“

Nabízíme služby vztahových koučů, kteří klientům pomáhají s tím, jak se efektivněji seznamovat, nebo s tím, jak se vyrovnat s odmítnutím, poskytujeme také poradenství v sexuální oblasti,“ vysvětluje Michal Sněhota. Vedle skutečnosti, že seznamovací portál Tvojelaska.cz přináší handicapovaným jedinečnou příležitost najít si životního partnera a nebát se, že jeho postižení bude při seznamování překážkou, nabízí ještě jeden benefit – možnost někoho si najít, psát si s ním a posléze se osobně seznámit, je pro všechny **bezplatná**.



#### PLÁN AKČÍ UNIE ROSKA NA ROK 2018

AKCE	TERMÍN	MÍSTO	POŘÁDÁ
MaRS – maraton s roztroušenou sklerózou	2. – 3. 3. 2018	po celé ČR	NF Impuls
Sportovní hry parkinsoniků	březen 2018	Předměřice u HK	Parkinson Hradec Králové
Celostátní / mezinárodní setkání / rekondice	18. – 22. 4. 2018	Poprad (SR)	SZSM
26. národní abilympiáda	kolem 20. 5. 2018	Pardubice	Česká abilympijská asociace
Světový den RS	23. 5. 2018	Sanatoria Klimkovice	Roska Ostrava
Světový den RS + benefiční koncert	30. 5. 2018	Praha	NF Bělobrádek + NF Impuls + Unie ROSKA
14. SM Abilympiáda / 7. mezinárodní	1. – 4. 6. 2018	Zemplínska Šírava (SR)	SZSM
Mezinárodní kongres EMSP	5. – 7. 6. 2018	Bratislava (SR)	SZSM / EMSP
Světový den RS – koncert	červen 2018	České Budějovice	Roska České Budějovice
16. národní konference + koncert k Národnímu dni RS	23. – 24. 6. 2018	Praha	Unie ROSKA
Sportovní hry – 2. roskiáda	21. – 23. 9. 2018	Nymburk	Unie ROSKA
14. neuroimunologické symposium	říjen 2018	Olomouc	LF UP Olomouc
Setkání cvičitelů	podzim 2018	Hotel Svatka	Roska Žďár n. S.
Celostátní rekondiční pobyt	podzim 2018	Hotel MAS, Sezimovo Ústí	Unie ROSKA

Roskiáda aneb trefa do černého	3
15. národní konference Unie ROSKA se uskutečnila v Olomouci	6
Roskiáda a moje začátky v Rosce Česká Lípa	8
Zdravotní poradna	11
Management terapie RS ve světle současných biologických léčiv	12
Funkční elektrostimulace jako možnost kompenzace poruch chůze u osob (nejen) s RS	14
Očkování a roztroušená skleróza	16
Možnosti nové léčby roztroušené sklerózy: alemtuzumab a ocrelizumab.	18
Self-efficacy	19
Inkontinenční pomůcky	20
Oceán naděje – jachting pro lidi s RS	21
Rohlík bez bariér	24
Papírový vánoční stromeček na špejli	25
Výprava do Polska	26
Sportovní benefice Gymnázia Vídeňská	27
Jihlavská Roska na výletě	29
Moje první rekondice	30
Prameny sedmi radostí	32

## Omluva paní Mgr. Minaříkové

Vážení čtenáři,

naší nepozorností došlo k několika chybám v článku Je to v nás na straně 12 v minulém čísle. Především v první větě se jedná o slovo „mainstreamu“, nikoliv „makroinstrukce“. V textu jsou nepřesné zkratky pro slovo roztroušená skleróza, tj. RS. Dále je chybně uvedena zkratka MM, správně má být MMS, pro chloritan sodný aktivovaný roztokem kyseliny chlorovodíkové. Přesné znění článku naleznete na úvodní stránce Unie Roska [www.roska.eu](http://www.roska.eu). Jméno autorky článku: Mgr. Lucia Minaříková.

Ivana Rosová, šéfredaktorka

## Na obálce:

Zahajovací ceremoniál 1. ročníku roskiády 2017

Foto: Unie Roska



8 Roskiáda



21 Oceán naděje – jachting pro lidi s RS

# Roskiáda aneb trefa do černého

*Musím se přiznat, že nejsem ani soutěživý, ani hravý typ. Jsem konzervativní, ke všemu novému mám nedůvěru. Nejraději sedím v křesle, piju kafíčko se smetanou a čtu si detektivky. Sice se mi to podaří málokdy, ale o to víc si to užívám.*

**P**roto mě zpráva o 1. roskiádě nijak nezaujala. Jó, ať tam jedou ti akčnější, já se nacvičím až až v našem MS Centru a na rekondicích. Jenže právě všichni ti akčnější jeli zrovna v tom termínu na rekondici, a tak jsem se přece jenom do naší malé sportovní výpravy začlenila. No co, jsem zvyklá cvičit, v rukách ještě nějakou tu sílu mám. Tajně jsem si brousila zuby na vrh koulí. Pražská výprava byla vybavena krásným dresem, na tričkách se nám skvěl náš maskot Pták Roskuták, vyvedený v barvách.

První, co mě udivilo po příjezdu na místo, byl dav na recepci. Druhé, co mě udivilo, byla rozlehlost a špičkové vybavení Sportovního centra Nymburk, místa konání. Mezitím dav houstl. Soutěžících ze všech regionálních Rosek bylo přes 70, plus rozhodčí, pomocní rozhodčí, rodinní příslušníci, přátelé, pomocníci. Velká výhoda pro mě byla, že všichni jsme měli na hrudi připevněné visačky s křestními jmény, takže jsem nemusela lovit v paměti, ač jsem přítomné podle vidění povětšinou znala. No to bude tedy chaos, jak tohle chtějí dát organizátoři dohromady?! Ukázalo se, že opak byl během celého klání pravdou. Všechno šlapalo jako na drátkách, pokud organizace někde vázla, nevšimla jsem si.



Po večeři (mimochodem už dlouho jsem si tak nepochutnala jako za ty tři dny) jsme se všichni sešli ve velkém sále, kde jsme se dozvěděli co a jak. Dostavil se i pan vicepremiér Bělobrádek, aby nás podpořil. No jo, musíme o sobě dát vědět, jinak to nejde.

Kultura nechyběla, představení Divadla Jiří Dámská šatna se nám moc líbilo. Byla to docela legrace, dámy nevypadly z rolí, ani když na chvíli vypadla elektřina a byla tma jako v ranci. Mají to ti herci ale tvrdý chlebiček, pokud zrovna nejsou hvězdami. Sami si stěhovali kostýmy a rekvizity, a že to byly bedny těžké!

Sobota byla hlavním soutěžním dnem, který začal ráno rozcvič-

kou. Ono se řekne rozcvička, ale kdo ji povede? No přece já, ač se tomu na rekondicích vyhýbám, jak můžu. V noci jsem se utěšovala, že nikdo nepřijde, rozcvička je brzo, ranní mrazíky se hlásí. Všem jsem předchozí večer oznámila (půjčili mi na to mikrofon), že cvičit se bude venku, i kdyby trakaře padaly. Mýlila jsem se. Dostavili se včas a všichni. Trakaře nepadaly. Co já teď tomu davu budu předvádět? Tedy zvýšila jsem svůj tenký hlásek o několik desítek decibelů a pustila se do toho. Najednou se mi rojil v hlavě jeden cvik za druhým a šlo to. Všichni se rozehřáli, já nejvíc.

Po snídani nastalo slavnostní zahájení. Každá Roska si zvolila

vlajkonoše, vyfasovala transparent a napochodovali jsme do tělocvičny. Přišel nás podpořit i starosta města Nymburk. Během soutěží taky párkrát vrhnul (koulí). Proběhl slavnostní slib rozhodčích i soutěžících, všichni jsme slíbili na svou duši, na psí uši, čest a spravedlnost. Rozdělili jsme se po venkovních i vnitřních kolbištích a začalo to.

Já se vydala ven za svou vysněnou koulí. Chvilí jsem přihlížela, abych zjistila, jak se to dělá. Přišla jsem na řadu. Po uchopení koule jsem se zvrátila nazad. Přišlo mi, že rozhodně váží víc než tři kila. Vrhla jsem třikrát. Při třetím vrhu pan sudí jen taktak uskočil. Mimo výseč. No nic, dva metry taky dobrý. Přemístila jsem se k pétanque, tam bude bezpečněji. Tato disciplína probíhala v rozřazovací fázi ve dvojicích. Byla jsem velmi dobrá, ale sokyně byla lepší. V soutěžích v tělocvičně budu mít větší štěstí! Tam se to jen hemžilo. Šipky, hod do odpadkového koše, kop na branku, střelba hokejkou, boccia. Všichni házeli nebo jinak dopravovali míče a míčky někam nebo do něčeho. Fascinovalo mě, že všichni dělají všechno bez ohledu na stav své pohyblivosti. Začala jsem šipkami. Po mém prvním zkušebním pokusu rozhodčí obezřele ustoupil co nejdále od dráhy letu. Netrefila jsem nic, jen jednou mi ruka omylem šklubla a já zasáhla terč. Hody míčky do odpadkového koše taky bída s nouzí.



Ze třiceti možností se na dně ocitly jenom tři. Tak dál. Střelba hokejkou na branku taková ostuda nebyla, ale na postup to nestačilo. Největší naděje mi svítila při kopu na bránu. Nejprve jsem to zkusila nohou, ale míč se tam ani nedokutálel.

– Víš co, sundej si tu bačkoru, dej si ji na ruku a zkus to, slítoval se sudí.

A šlo to! Trefovala jsem se ručním kopem doprostřed brány, pěkně jeden za druhým.

– No vidíš, ještě jeden a jsi ve finále!

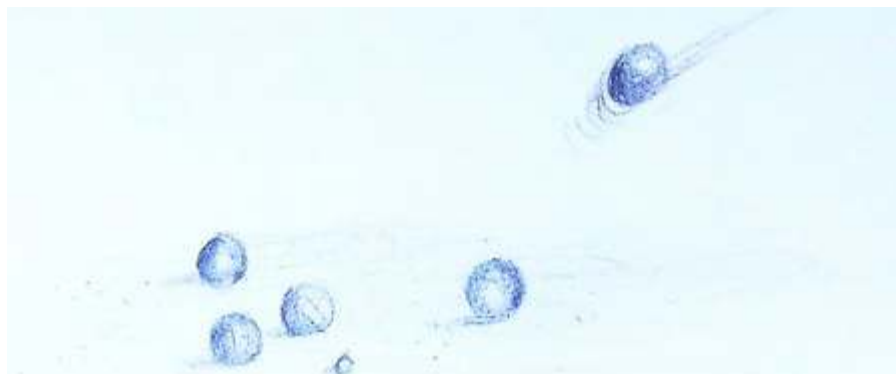
V tu ránu jsem ten poslední ruční kop nedala a vypadla jsem. V boccie, což je hra podobná pétanque v interiéru, jsem zase soutěžila s lepší soupeřkou, tak jsem zase nepostoupila. Stolnímu tenisu jsem se vyhnula, protože mi špatně zatáčejí kolečka. Tak aspoň střelba basketbalovým míčem na koš. V mládí jsem košíkovou hrála závodně, byla jsem pivot, to dám! Ustupte! zavelela jsem přihlížejícím. Klidně mohli zůstat na svých místech, protože

jsem tam ani nedohodila, natož abych se strefila do koše. Tak to by bylo stran mé účasti v bojích. Za celé dopoledne mě ani tak nebolely ruce, jako spíš břicho. Od smíchu.

Odpoledne nastaly velké závody v plavání – na 25 a 50 metrů volným stylem. K bazénu se nahrnuli všichni a fandili z plna hrdla. Vždycky nejvíc tomu poslednímu, který už polykal andělíčky. Moc jsem litovala, že jsem do toho nešla. Příště to napravím, ale musí se nejprve optat naší zdravotnice (měli jsme tam i vlastní zdravotnici!), zda ovládá umělé dýchání. Já totiž moc plavat neumím.

Večer nastalo velké vyhlašování vítězů. Kdo na bednu nevyšel, toho tam vytáhli. Nebo tam hodil alespoň berle, chodítko..., vítězové se navzájem doslova podrželi. Ovace nebraly konce. Ještě nám přišly zazpívat dívenky z místní umělecké školy... Zvolily takové ty dojemné písně z filmů Titanic a Shrek. Když spustily Hallelujááá, všichni jsme se přidali a rozsvítili malá barevná světýlka (dar od sponzorů). Světla v sále zhasla, jenom ty barevné světlušky se komíhaly. Bylo to spontánní, emotivní, holky i mnozí z nás zamáčkli slzu.

Tak byla 1. roskiáda slavnostně ukončena. Pak už se jen povídalo, zpívalo při kytáře, vymýšlely další akce. Opatrně jsem se vy-



ptávala přítomných, zda někdo ráno přijde na rozcvičku.

– Ale, tovižejóóóó.

A ono opravdu, ráno všichni přišli a tvářili se radostně.

Během dopoledne jsme se všichni postupně loučili, objímali, odjížděli, uvidíme se napřesrok a bude nás víc!

## Co říci na závěr?

Povedlo se to. Povedlo se to na první dobrou.

Netrefila jsem nic, naštěstí ani rozhodčí, ani spoluhráče.

Nepatřím k těm, kteří by psychiku nějak zvlášť přeceňovali.

Ale ono něco na takové té vnitřní radosti bude.

Jak jsem na to přišla? Jednoduše. Následující den jsem na své obvyklé rehabilitaci v doprovodu svého fyzioterapeuta a za pomoci berlí ušla po svých 50 metrů.

To je moje soukromé vítězství v 1. roskiádě.

Ivana Rosová

## Soutěžící (pacienti s RS) 72

**Účast regionálních organizací**  
15 (+4 neregistrovaní jednotlivci)

**Kategorie:**  
muži (15), ženy (57)

**Disciplíny:**  
Plavání 25 a 50 m  
Vrh koulí  
Pétanque  
Boccia  
Hod na koš  
Hod míčkem do koše vsedě  
Kop na branku  
Střelba hokejkou  
Šípky  
Stolní tenis

**Záštity:**  
MVDr. Pavel Bělobrádek, Ph.D.,  
MPA – místopředseda vlády

Ing. Jaroslava Pokorná Jermanová – hejtmanka Středočeského kraje

Ing. Jaroslava Němcová, MBA –  
radní Středočeského kraje pro  
sociální oblast

PhDr. Pavel Fojtík – starosta  
města Nymburk

**Hosté:**  
MVDr. Pavel Bělobrádek, Ph.D.,  
MPA – místopředseda vlády

PhDr. Pavel Fojtík – starosta  
města Nymburk

Jan a Helena Škrkalovi – organi-  
zátoři Parkinsoniády

Kulturní program: divadelní  
spolek JIŘÍ Poděbrady – „Dám-  
ská šatna“ (A. Goldflam)

ZUŠ Nymburk – žákyně hudeb-  
ního oboru pod vedením Věry  
Kubálkové

**Dobrovolníci:**  
studenti oboru Zdravotnický asis-  
tent SZŠ a VOŠ Nymburk

**Dárci a sponzoři:**  
MZ ČR (státní dotace)

Nadace Agrofert

Nadace Charty 77 – Konto bariéry

VZP

Vitar

Škoda Auto, a. s.

1. roskiáda se ukázala jako velmi úspěšná. Všichni soutěžící, doprovodné osoby i rozhodčí a pomocníci byli spokojeni po všech stránkách. Větší vzdálenosti jednotlivých prostor byly kompenzovány vozíky zapůjčenými firmou *DMA PRAHA, s. r. o.* Helium do balonků použitých k dekoraci dodala firma *AirProducts, s. r. o.*

Sjelo se celkem 73 roskařů z 15 regionálních organizací a několik neregistrovaných, kteří se během akce stali členy některých z nich. Všem se akce velice líbila, zaportovali si – mnozí posunuli své možnosti do dosud netušených hranic, navázali zde nová přátelství a podle ohlasů se příští rok sejdou na stejném místě přibližně ve stejnou dobu.

... komentuje RNDr. Kamila Nepřechová, Ph.D., předsedkyně výkonné rady Unie ROSKA.



# 15. národní konference Unie ROSKA se uskutečnila v Olomouci

*Místo pro kvalitní život s roztroušenou sklerózou – slogan, který nesla v pořadí patnáctá konference věnovaná tématu onemocnění, které za posledních dvacet let zaznamenalo historicky největší pokrok v léčbě*

„**D**evadesátá léta byla nástupem interferonů průlomem v léčbě od doby, kdy nemoc byla popsána, a to bylo před téměř sto padesáti lety. Celých sto třicet let doby, kdy byla diagnostikována roztroušená skleróza, byli pacienti fakticky ponecháni svému osudu. Nyní přichází průlomová léčba v podobě ocrelizumabu, a to právě v tom, že bude navíc v indikaci primárně progresivní formy roztroušené sklerózy. Tato monoklonální protilátka znamená posun v léčbě,“ sděluje neurolog prof. MUDr. Jan Mareš, Ph.D., který stál u zrodu nápadu, aby se konference po čtrnácti letech konala poprvé mimo hlavní město Praha, kde měla doposud svoji tradici. Hostitelským městem se stala Olomouc, Umělecké centrum Univerzity Palackého – Konvikt. Profesor Mareš současně zmínil, jak ho těší setkávat se s pacienty taktéž mimo ordinaci, v poněkud civilnějším prostředí a přátelské atmosféře. Má radost, když se pacienti zajímají a svoji diagnózu nepodceňují.

Konference se zúčastnila taktéž RNDr. Kamila Neplechová, předsedkyně výkonné rady Unie ROSKA. „*Jak nám bylo panem*



*profesorem Marešem nabídnuto, konferenci můžeme pořádat v Olomouci opakovaně. První polovina konference byla věnována novým lékům, novým poznatkům a druhá polovina pacientům, kteří na léčbu nedosáhnou, jsou staršího věku, byla řeč o přechodu a otevřelo se také téma těhotenství, gynekologické souvislosti. Je řada pacientek, které by rády měly dítě a to vede k diskuzím ohledně řešení takových možností,“ komentovala Neplechová.*

### **Účastníci a přednášející:**

■ Prof. MUDr. Jan Mareš, Ph.D.:  
Management terapie RS ve

světle současných biologických léčiv

- MUDr. Tereza Svrčinová:  
Nová farmaka v léčbě RS
- MUDr. Zuzana Matejčíková,  
Ph.D.: Azathioprin a kortikoidy  
– mají stále místo v léčbě RS?
- MUDr. Vladimíra Sládková,  
Ph.D.: RS a menopauza
- Václav Keprt (Arcidiecézní  
charita Olomouc): Nové lůžkové  
zařízení pro pacienty s RS  
na Moravě
- V závěru konference vystoupili  
zástupci organizací ze Slo-  
venska (*Jarmila Fajnorová* –  
Slovenský zväz sclerosis mul-



tiplex) a Polska (*Ligia Jamer* – Towarzystwo Chorych na Stwardnienia Rozsiane).

- Účastníky pozdravila rovněž *Elisabeth Kassilingam*, ředitelka European Multiple Sclerosis Platform a *Kateřina Bémová* z NF Impuls.

Celý program byl ukončen prohlídkou chrámu sv. Václava a varhanním koncertem.

Konference se konala za podpory: Úřad vlády ČR, Biogen CR, s. r. o., Ad Vitam, o. p. s., Aurum Clinic – estetická chirurgie, INCA Collagen, s. r. o.



*hodnotný život. Unie Roska ve*

*své činnosti navázala na spolky Roska, které v ČR vznikaly od roku 1983. Jako Česká multiple sclerosis (MS) společnost je aktivním členem mezinárodní federace MSIF a její evropské platformy EMSP při EU. Velice efektivní je svépomoc postižených, kterou realizuje 26 samostatných regionálních spolků Roska. Spolek má celorepublikovou působnost ve všech krajích ČR a má asi 1600 členů. V současné době stojí v čele České MS společnosti (Unie ROSKA) sedmičlenná výkonná rada, jejíž předsedkyní je paní RNDr. Kamila Neplechová.*



Záštita: MVDr. *Pavel Bělobrádek*, Ph.D., MPA – vicepremiér ČR, JUDr. *Lenka Teska Arnoštová*, Ph.D. – náměstkyně ministra zdravotnictví ČR, *Ladislav Okleštek* – hejtman Olomouckého kraje, doc. Mgr. *Antonín Staněk* – primátor města Olomouce, Prof. Mgr. *Jaroslav Miler*, M.A., Ph.D. – rektor UP Olomouc, Prof. MUDr. *Milan Kolář*, Ph.D. – děkan LF UP Olomouc

## **Unie ROSKA**

*Posláním Unie Roska je pomáhat lidem s roztroušenou sklerózou žít kvalitní, důstojný a plno-*



Unie ROSKA [www.roska.eu](http://www.roska.eu)

# Roskiáda a moje začátky v Rosce Česká Lípa

*Členkou Rosky jsem již 3 roky. Ale jen pasivní, protože Revma liga, kterou jsem v České Lípě před 15 lety založila a jsem její předsedkyní, je pro mne prvořadá.*

**A**ž letošní ataka roztroušené sklerózy (RS) mě přesvědčila, že už nemohu cvičit jen zlehka doma, ale musím se do Rosky zapojit aktivněji. Hned první schůzky a cvičení v Rosce ČL mi otevřely nové



možnosti v soužití s mojí RS, nové informace a hlavně skvělé lidi. Především předsedkyni Jaroslavu Kudrnovou a místopředsedkyni Zofii Doškářovou.

A právě Zofii se podařilo přesvědčit mě k účasti na Roskiádě v Nymburku i přes moje argumenty, že nejsem sportovní typ a oblíbená cyklistika a plavání je jen



hodně rekreační a jen tak pro mne. Pro poslední místo jsem si na Roskiádu rozhodně jet nechtěla. Díky Zofii byla přihláška nako-

nec podána s tím, že budu pomáhat s organizací, zapisováním výsledků a podobně bez účasti v soutěžních disciplínách.



1. roskiádu v ČR zorganizovala Unie ROSKA u příležitosti 25. výročí svého založení ve Sportovním centru Nymburk. Pohodlnou dopravu do Nymburku vlakem a autem zajistila předsedkyně Rosky v Liberci Veronika Borkovcová. Po příjezdu nás překvapil upravený rozlehlý areál i moderní interiér. Pohodlné ubytování s balkonem a skvělé stravování nemělo chybu.

Záštitu převzali vicepremiér Pavel Bělobrádek, hejtmanka Středočeského kraje Jaroslava Pokor-



Roskiáda, která je inspirována Parkinsoniádou, tím byla zahájena. Soutěžilo se v 11 disciplínách, všude panovala skvělá nálada, i když se někdy úplně nezadařilo. A já? Nakonec jsem se zúčastnila kromě plavání všech disciplín, protože jsem si uvědomila, že není čeho se bát nebo se cítit trapně, když nevyhrávám. Nejdůležitější je účast, mít radost i z malých úspěchů a hlavně nic nevzdávat předem.

ná Jermanová, radní pro sociální oblast Jaroslava Němcová a starosta města Nymburk Pavel Vojtíšek. Všichni jmenovaní nás postupně přivítali, ocenili vysokou účast cca 100 lidí, poděkovali organizátorům i rozhodčím, nám pacientům popřáli hlavně zdraví, radost ze sportu a soutěží. Pan Bělobrádek nakonec zdůraznil důležitost pohybových aktivit, které posilují sebevědomí a jsou přínosem pro vzájemné vztahy. Mluvil ze své zkušenosti, protože je také pacientem s RS.





Den končil skvělou divadelní hrou *Dámská šatna* Divadelního spolku Jiří Poděbrady, dárečky včetně malých baterek pro všechny účastníky, vyhlášením výsledků, medailemi, odměnami a živou hudbou. Všichni se skvěle bavili. Z celého večera a ze všech zážitků na nás nejvíce zapůsobilo pěvecké vystoupení děvčat ZUŠ Nymburk. Při písni *Titanic* a *Hallelujah* někoho z diváků napadlo rozsvítit malou baterku, do rytmu hudby s ní mávat nad hlavou, okamžitě se přidalo všech 100 lidí v sále, někoho napadlo zhasnout světla, 100 lidí zpívalo s děvčaty



*Hallelujah*. Mráz běhal po zádech. Vznikla tak neplánovaná a neopakovatelná atmosféra plná dojetí a sounáležitosti všech přítomných. Následoval neutuchající potlesk, kterým si diváci vynutili opakování. Znovu vyletěl nad hlavy les mávajících rukou se světýlky, opět zhasla světla, sál se zase rozezněl *Hallelujah* a když se rozsvítilo, nechyběly slzy dojetí. Roskiáda splnila svůj cíl dokonale: pohyb, radost, nestát ani v nemoci stranou a sounáležitost. Díky.

Jiřina Medková

## Otázka:

Dobrý den, chtěla jsem se prosím zeptat. Před asi 12 lety jsem začala mít problémy s motáním hlavy, tlakem za očima, trnutím tváře, bolestí jedné nohy, pálením až mravenčením plosek nohou. Udělali mi MRI v Pardubicích, nález vícečetná nespecifická ložiska, diagnózu RS nespĺňuje. Za rok kontrolní MRI nález stejný. Já sama jsem chtěla udělat lumbálku, ta byla v pořádku.

Pak jsem měla děti, problémy jsem neměla. Asi před 2 roky mi bylo 36 let a tyto problémy se vrátily. Byla jsem na MRI zase v Pardubicích, nález nezměněn, vícečetná nespecifická pozánětlivá ložiska, jen některá mírně progredovala. Po 14 měsících jsem chtěla jít znovu na kontrolní MRI mozku a CT páteře, od té poslední pořád stejný nález. Lumbálka prý není třeba, že po tolika letech by ten nález na MRI vypadal jinak.

Mohu se vás zeptat na váš názor? Děkuji, J. S.

## Odpověď:

Bohužel stanovovat či vylučovat diagnózu na základě e-mailu a pouhého popisu magnetické rezonance nelze. V Pardubicích je kvalitní neurologie včetně RS centra, tedy je zjevné, že diagnóza RS nebyla ve vašem případě potvrzena odborníky na tuto problematiku. Ložiska na rezonanci jsou zcela nespecifická, mohou tam být dlouhodobě, ne vždy souvisí s obtížemi pacienta, a jejich původ je rozličný. To musí vyhodnotit neurolog, který vás vyšetřoval, včetně úvahy o jiných možných příčinách ložisek na rezonanci a vašich obtížích (cévní původ atd.).

## Otázka:

Dobrý den, jak se pozná kmenová ataka? Nemluvila jsem a bylo to jak mrtvice, zůstává mi spadlý reť. Mám RS EDSS8 na vozíku. Nebo je to snad mrtvice? P. doktorce nahlášeno na Vinohradech v RS centru, ale nemohla mne vyšetřit, má prý objednané lidi, a tak mne vezme k objednání až

16. 9. 2017. Máte nějakou radu, co mám do té doby dělat? S pozdravem, B. Č.

## Odpověď:

Příznaky z postižení mozkového kmene mohou být velmi pestré – přes postižení hlavových nervů (dvojitě vidění, kmitání očí, porucha sluchu, trvalá závrať, neuralgie trojklaného nervu, porucha polykání a výslovnosti) až po poruchu hybnosti a citlivosti na obličejí a na končetinách. Obecně pouze z popisu příznaků nelze ataku a mrtvici zcela odlišit.

Pokud jste se však nebyla schopna vůbec vyjádřit/mluvit (vázlo tvoření či rozumění slov spíše než-li pouze výslovnost) a k tomu máte spadlý koutek (očekávala bych vpravo), pak byste měla být ošetřena akutně na nejbližší neurologii bez ohledu na RS. Spojte se se svým praktickým lékařem stran odvozu. Více se při neznalosti podstatných údajů (věk, délka trvání problému, léky, samotné neurologické vyšetření lékařem atd.) nelze vyjádřit.

## Otázka:

Dobrý den, mám dotaz ohledně RS. V roce 2006 mi bylo dle MRI řečeno, že se pravděpodobně jedná o RS. Progrese na MRI 2009 uzavřeno – jedná se o pacientku s RS negat. likvorem. Léčena 9 měsíců copaxon. bez efektu. EDSS 5,5. sekundární progrese. Opakovaně jenom pseudoataky po infektu. Koncem roku 2016 po opakovaných doléčených infekcích nové výpadky zorného pole, závratě, zhoršení hybnosti levostranných končetin. Únor 2017 znova progrese neurologických potíží plus anti tpo protilátky a nově diagnostikován pemfigoid. Neurologické potíže se opakují cca po 3 měsících, nic neberu. Mám silnou osteoporózu. Nemusím se obávat atak, když mám další autoimunitní nemoci? Je mi 37 let. Děkuji za odpověď, M. V.

## Odpověď:

Bohužel se nelze vyjadřovat ani k diagnóze, natož pak k prognóze onemocnění pouze takto e-mailem. Obecně lze říci, že další diagnostikované autoimunitní

onemocnění u téhož pacienta, které nepostihuje nervový systém, nevede k významné změně průběhu RS. Naopak léčba jiné autoimunity může RS pomoci, i když např. často podávané kortikoidy jsou zase problémem ve vztahu k osteoporóze. Vývoj svého onemocnění a možnosti léčby musíte podrobně diskutovat se svým neurologem, který zná nálezy na rezonanci, objektivní nález apod. V případě nedostatečného uspokojení s jeho vysvětlením lze využít tzv. „second opinion“, názor jiného lékaře formou jednorázové konzultace. K tomuto se lze objednat do kteréhokoliv RS centra v ČR.

## Otázka:

Dobrý den, měl bych dva konkrétní dotazy:

1. Může zvýšená konzumace soli zvětšit riziko propuknutí ataky RS?
2. Mám RS již 12 let, pro trénink na rotopedu je lepší kratší doba s větší zátěží, nebo delší doba s malou zátěží? Děkuji za odpověď

## Odpověď:

1. Podle dostupné literatury zatím přímá souvislost mezi zvýšeným příjmem soli a progresí RS nebyla prokázána. Nicméně vzhledem k obecně škodlivému vlivu soli na metabolismus a cévy jako takové nelze rozhodně říci, že by byl nadměrný příjem soli člověku prospěšný, tím méně u RS.

2. Obecně se doporučuje u RS dávkovat zátěž individuálně – lépe více v kratších intervalech a častěji.

Zdravotní poradnu poskytuje MUDr. Eva Krasulová, Ph.D., z Neurologické kliniky a Centra klinických neurověd Univerzity Karlovy v Praze, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Kateřinská 30, 128 00 Praha 2. Dotazy zasílejte na e-mail: [poradna@roska-praha.cz](mailto:poradna@roska-praha.cz).

# Management terapie RS ve světle současných biologických léčiv

*Demyelinizační onemocnění, zejména roztroušená skleróza (RS), která tvoří jejich největší skupinu, představují zdravotně a sociálněekonomicky velmi závažná onemocnění*

**R**S postihuje převážně mladé jedince, častěji ženy. Prognóza roztroušené sklerózy a její časné manifestace v podobě klinicky izolovaného syndromu (CIS) se zásadně změnila v posledních letech, kdy nástup moderních biologických léčiv přinesl zásadní zvrat u jinak progresivního onemocnění, které zpravidla vedlo k trvalé invaliditě.

V devadesátých letech 20. století začala v České republice vznikat síť diagnosticko-léčebných center, tzv. Center pro diagnostiku a léčbu demyelinizačních onemocnění (dále „centra“). Tato centra se zřizují jako specializovaná pracoviště v rámci zdravotnického zařízení – optimálně při fakultních nemocnicích, neboť se tato pracoviště podílejí na vědecko-výzkumných i školicích aktivitách. Jedná se o superkonziliární a multidisciplinární pracoviště s nadregionální působností. Centra zajišťují základní i specializovanou diagnosticko-terapeutickou péči o nemocné s demyelinizačním onemocněním, a to převážně ambulantní formou.

Základní terénní ambulantní péče zahrnovala dříve záchyt poruch, základní diagnostiku včetně pomocných vyšetření,

standardní farmakoterapii, konzultaci a sdílení nemocných se specializovaným centrem, léčbu dle doporučení centra, organizaci sociálních služeb ve spolupráci s praktickým lékařem.

V současné době jednoznačně převažuje názor nutnosti bezprostředního odeslání pacienta do centra již při prvních neurologických symptomech poukazujících na možnost demyelinizačního onemocnění centrálního nervového systému. Význam tohoto neodkladného odeslání pacienta do centra je veden snahou časně diagnostiky a terapie, která je zásadní pro dosažení stabilizace onemocnění, a tím významně lepší prognózy.

Rozsah diagnosticko-léčebné péče těchto center je široký. Zahnuje spolupráci s diagnostickým komplementem – zejména radiologickým pracovištěm s přístupem k MR, biochemickou a likvorovou laboratoří, umožňující analýzu séra a likvoru a v neposlední řadě elektrofyziologickou laboratoří zahrnující vyšetření zejm. evokovaných potenciálů. Spolupráce na klinické úrovni je multidisciplinární, zahrnuje zejm. následující obory: oftalmologii, urologii, revmatologii, imunologii, dermatolo-

gii, genetiku, psychiatrii, neuro-psychologii, ale i např. rehabilitaci.

První klinická manifestace RS a její další průběh jsou vysoce variabilní. Zpravidla již na počátku onemocnění rozlišujeme průběh relabující-remitující, nebo progresivní. Atrofie mozku a kognitivní změny mohou nastat v raném stadiu onemocnění RS. Autoimunitní zánětlivá patologie a proces neurodegenerace s klinickým korelátem vývoje postižení jsou navzájem propojeny. Subklinická aktivita onemocnění může i delší dobu předcházet první klinické manifestaci s její klinickou aktivitou a progresí. Zánět, demyelinizace, axonální léze a glióza s difúzním poškozením a vývojem mozkové atrofie provází již časná stadia onemocnění. Relabující-remitující forma RS (RRRS) s aktivními zánětlivými lézemi a progresivní forma RS (PPRS), vykazující naopak minimální účast zánětlivé patologie, vedou k fokální i difúzní atrofii mozku s klinickou manifestací zahrnující mj. jak poruchy mobility, tak i kognitivní postižení.

Medicínská indikace biologické léčby RS – DMDs (*disease modifying drugs*) – se v České republice (ČR) řídí jak medicínskou

indikací vyplývající z SPC, tak mezinárodními doporučeními. Úhrada biologické léčby z prostředků veřejného zdravotního pojištění je možná v případě, že jsou splněna tzv. úhradová kritéria, která stanovuje SÚKL, nebo nad rámec indikačních omezení SÚKL, a to v případě souhlasu revizního lékaře příslušné zdravotní pojišťovny. Moderní algoritmus léčby RS v různých stadiích onemocnění klade důraz nejen na časné zahájení léčby, ale rovněž na její časnou eskalaci. Nutná je přitom stálá farmakovigilance, flexibilita při volbě jiného léku, ať v rámci dané lékové linie, nebo při eskalaci, případně deeskalaci.

Přednáška ukazuje na současný algoritmus léčby zohledňující indikační omezení SÚKL a mezinárodní doporučení.

Biologická léčba roztroušené sklerózy představuje tzv. léky modifikující onemocnění – disease modifying drugs – DMDs.

### **Indikační omezení SÚKL – tzv. úhradová kritéria**

#### **DMDs 1. linie**

Betaferon 250 mcg/ml inj, Extavia 250 mcg/ml inj, Rebif 44 mcg inj, Avonex 30 mcg/0,5ml inj, Plegridy 125 mcg/ml, Copaxone 20 mg/ml inj, Copaxone 40 mg/ml inj, Aubagio 14 mg tbl

Léčba je hrazena 1) pro léčbu pacientů s jedinou demyelinizační příhodou a aktivním zánětlivým procesem, která byla natolik závažná, že k léčbě bylo nutno podat intravenózně kortikoidy. U těchto pacientů byla vyloučena jiná možná diagnóza a bylo u nich stanoveno vysoké riziko klinicky definitivní roztroušené sklerózy. 2) pro léčbu pacientů s jistou

diagnózou atakovitě formy roztroušené sklerózy mozkomíšní v remitentním stadiu choroby, pokud je přítomna vysoká aktivita choroby (2 dokumentované a léčené relapsy za 1 rok nebo 3 relapsy za poslední 2 roky) a invalidita nepřesahuje stupeň 4,5 EDSS. Léčba je ukončena při neefektivitě (2 těžké relapsy za rok, zvýšení EDSS o 1 stupeň během 12 měsíců, ztrátě schopnosti chůze, tj. EDSS > 6,5).

#### **Rebif 22 mcg inj**

Totéž s absencí bodu 1), tzn., že Rebif 22 mcg inj není indikován pro CIS, resp. první demyelinizační příhodu.

#### **DMDs 2. linie**

##### **Tecfidera 240 mg cps, Gilenya 0,5 mg cps**

Léčba je hrazena 1) u pacientů s relabující–remitující roztroušenou sklerózou (RRRS) – se známkami nepříznivé prognózy onemocnění, u kterých **došlo navzdory léčbě nejméně jedním lékem první linie k rozvoji alespoň jednoho středně těžkého nebo těžkého relapsu**, 2) u pacientů s rychle progredující závažnou formou RRRS, (s rychle se vyvíjející těžkou RRRS), kteří **prodělali nejméně dva relapsy v jednom roce a současně vykazují jednu nebo více gadolinium vychytávajících lézí na MRI mozku nebo zvýšení objemu T2 lézí** (ve srovnání s předchozí MRI).

##### **Natalizumab 300 mg inf, Lemtrada 12 mg inf**

Léčba je hrazena 1) u pacientů s relabující–remitující roztroušenou sklerózou (RRRS) se známkami nepříznivé prognózy onemocnění, u kterých nedošlo navzdory léčbě nejméně jedním

lékem první linie k poklesu počtu relapsů pod 2 ataky, 2) u pacientů s rychle progredující závažnou formou RRRS, (s rychle se vyvíjející těžkou RRRS), kteří prodělali nejméně dva relapsy v jednom roce a současně vykazují jednu nebo více gadolinium vychytávajících lézí na MRI mozku nebo zvýšení objemu T2 lézí (ve srovnání s předchozí MRI).

Pro nasazení Tecfidera 240 mg cps je limitní hodnotou EDSS 5,0, pro Gilenya 0,5 mg cps pak 5,5. Hodnota EDSS nelimituje nasazení Natalizumabu 300 mg inf (pokud není > 6,5) a nelimituje nasazení přípravku Lemtrada 12 mg. Léčba je však ukončena při neefektivitě, mj. při ztrátě schopnosti chůze, tj. EDSS > 6,5.

Existují data o účinnosti biologické léčby v klinických i MR ukazatelích, prokazující, že léčba dokáže onemocnění stabilizovat a oddálit případnou invaliditu. Existují i farmakoekonomická data o tzv. nákladové efektivitě léčby. I přes jistá indikační omezení biologické léčby zůstává legislativou stanovená povinnost časného zahájení léčby RS, a to v intervalu 4 týdnů od stanovení diagnózy, a rovněž poskytovat léčbu tohoto společensky závažného onemocnění v souladu se současnými poznatky lékařské vědy a v souladu s Ústavou ČR.

Prof. MUDr. Jan Mareš, Ph.D.

*Centrum pro diagnostiku a léčbu demyelinizačních onemocnění, Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci a Fakultní nemocnice Olomouc*

# Funkční elektrostimulace jako možnost kompenzace poruch chůze u osob (nejen) s RS

*V poslední době se hodně setkáváme s dotazy na možnost využití funkční elektrostimulace ke zlepšení poruch chůze. V tomto článku bychom vám proto rádi tuto metodu blíže představili a také popsali, kterým osobám může tato pomůcka pomoci.*

**F**unkční elektrostimulace je jednou z možností pro zlepšení chůze pro osoby s neurologickým postižením, které mají jako dominantní problém při chůzi nedostatečné zvedání nohy a zakopávání o špičku (kromě osob s roztroušenou sklerózou je možné i jeho využití u osob po cévní mozkové příhodě, úrazech hlavy nebo páteře). Funkční elektrostimulace (zkráceně FES) pro lepší zvedání špičky při chůzi se poprvé použila v podmínkách laboratoře v roce 1961. Od té doby došlo ke značnému vylepšování a zmenšování přístrojů, takže přístroje dostupné dnes jsou vhodné pro běžné užívání v domácím prostředí. Existuje několik přístrojů pro FES od různých firem.

Na českém trhu jsou dostupné 2 druhy elektrostimulátorů: stimulator Walkaide (dovází společnost 2move) a stimulator Bioness (dovází společnost Stargen). Oba 2 typy stimulatorů jsou malé přístroje, které se dají schovat pod oděv. Stimulator Walkaide je v ČR rozšířenější a díky podpoře Nadače Jakuba Voráčka je dostupný



**Stimulátor Walkaide**

i pro pacienty některých RS center k výpůjčce. Stimulátor Walkaide tvoří malá krabička, která je umístěna v manžetě pod kolenem. Speciálně vyškolený fyzioterapeut umí s využitím softwaru naprogramovat stimulator na individuální chůzi jedince. Elektrický stimul se pak spouští při každém kroku při pokrčení kolene. Pro optimální funkci přístroje je tedy potřeba zachovaná schopnost alespoň mírného pokrčení kolene. Tento typ stimulatorů lze využívat

i při chůzi bez obuvi. Druhý typ stimulatoru Bioness využívá pro spouštění stimulace patní senzor umístěný v obuvi. Cena obou typů přístrojů FES je více než 100 000 Kč a nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

Přístroje pro FES jsou umístěny na manžetě pod kolenem a svými elektrodami dávají elektrický impuls do nervu, který ovládá svaly zvedající špičku nohy a prsty. Při každém kroku je tedy cítit elektrický impuls, který napomůže zved-



nutí nohy a lepšímu vykročení. Předpokladem pro užívání FES je tedy schopnost chůze alespoň na několik desítek metrů (chůze s pomůckami není překážkou využití). Stimulátor FES umí ovlivnit pouze svaly špičky nohy a nemůže ovlivnit poruchy chůze způsobené z jiných příčin. Aby mohl přístroj pro FES dobře pracovat, je potřeba, aby nebyl lýtkový sval příliš zkrácený a nebránil pohybu v kotníku. U osob se zkráceným lýtkovým svalem, které mají zájem o elektrostimulaci, je potřeba nejdříve začít s protahováním lýtka, abychom získali možnost pasivního nastavení kotníku do neutrálního postavení.

Elektrický impuls není úplně příjemný, ale dá se na něj zvyknout. Některé osoby, které však mají vlivem svého neurologického postižení zvýšené vnímání citlivosti, však přesto mohou elektrický impuls hůře tolerovat. Předtím, než někdo začne o pořízení FES pro zlepšení chůze uvažovat, je proto na místě kontaktovat fyzioterapeuta se znalostí ovládnutí

přístroje a vyzkoušet jeho efekt. FES neumí zázraky a u osob, u nichž je schopnost chůze velmi omezená, toho bohužel mnoho nezmůže. FES je kompenzační pomůcka, která pomáhá odstranit zakopávání o špičku při chůzi. Pro některé jedince může být vhodnější (a levnější) alternativou peroneální ortéza nebo páska.

Vyzkoušet FES mohou osoby s RS v těchto RS centrech:

- Praha (RS centrum, Neurologická klinika 1.LF UK a VFN v Praze, Karlovo náměstí 32)
- Praha (FN Královské Vinohrady)
- RS centrum Teplice

Další centra snad díky podpoře Nadace Jakuba Voráčka brzy přibudou.

Zpracovala: Mgr. Klára Novotná, fyzioterapeut RS centra ([novotna.klara.k@gmail.com](mailto:novotna.klara.k@gmail.com))



Stimulátor Bioness

**Pokud se chcete stát našimi členy, stačí, když se přihlásíte do regionální organizace v blízkosti svého bydliště podle vlastního výběru.**

Přihlášku naleznete na <http://www.roska.eu/ke-stazeni/formulare>

Kontakty na regionální organizace jsou uvedeny na <http://www.roska.eu/o-nas/kontaktni-udaje/regionalni-organizace>

Unie Roska - česká MS společnost

Adresa: Senovážné náměstí 994/2, 110 00, Praha 1

e-mail: [roska@roska.eu](mailto:roska@roska.eu)

web: <http://www.roska.eu/>

IČ: 45768889

**Předseda VR: RNDr. Kamila Neplechová, Ph.D.**

Časopis naleznete na <http://www.roska.eu/ke-stazeni/casopisy>

Časopis je vydáván za podpory MZ ČR



# Očkování a roztroušená skleróza

*Očkování je dlouhodobě potvrzený nejúčinnější způsob boje proti řadě závažných nebo častých (a potenciálně závažných) infekčních chorob. Předpokládá se, že ušetří ročně více než milion životů.*

**P**ro co nejvyšší efekt očkování je důležitá i tzv. „proočkovanosť“ populace – čím je vyšší, tím je větší šance, že nemoc se v populaci nebude šířit. Pomineme-li (vzhledem k dostupnosti sociálních médií) relativně časté diskuse zejména některých rodičů, kteří upřednostňují „alternativní postupy“ – ať už neověřené, či přímo vědecky vyloučené – a odmítají zejména očkování dětí jako škodlivé (např. opakovaně nepotvrzený vztah očkování k autismu apod.), stále zůstává racionální otázka, jak postupovat s očkováním u řady zejména chronických chorob, které samy o sobě výrazně souvisí s imunitou.

Klasickým příkladem je roztroušená skleróza (RS), nemoc, za jejíž základní příčinu je považována autoimunitní reakce neboli reakce našeho imunitního (obraného) systému místo proti nepříteli (jako je infekce, nádor...) proti tělu samému. V případě RS jde o útok na obaly a nervová vlákna mozku a míchy. Nabízí se tedy logická úvaha, zda očkování nemůže stimulací imunity rozdílně aktivitu RS jako takové. Přitom na tomto efektu se nemusí podílet jen účinná látka očkovací směsi (např. oslabený virus), ale i tzv. adjuvans. To je látka, která se často k účinné látce přidává, aby zvýšila imunogenicitu (ve zjednodušení účinnost) očkování. Tento nežádoucí efekt byl skutečně v některých případech potvrzen,

ale nikdy zatím nešlo v případě rozvoje komplikace po očkování o RS, ale např. o ADEM (akutní diseminovanou encefalomyelitis či polyradikuloneuritis Guillain-Barré). Pokusím se v následujícím textu podat aktuální náhled na to, jak u RS s očkováním postupovat. Předem upozorňuji, že přes řadu odborných příspěvků neexistuje všeobecně akceptované doporučení. Následující text je tedy souhrnem informací z dílčích údajů, hodnotících riziko (event. přínos) očkování u RS u jednotlivých onemocnění. Protože informace k očkování u RS nejsou úplné, některé údaje jsou převzaty z doporučení lékařských společností, které se věnují jiným nemocem, jež mají obdobný mechanismus vzniku (např. revmatická onemocnění). Obecně je četnost všech (nejen tedy neurologických) komplikací velmi nízká – menší než 1 : 10 000. Tím jsou samozřejmě míněny komplikace ve smyslu indukce jiných onemocnění, ne běžnější reakce po očkování, jako je přechodně zvýšená teplota, místní bolest po vpichu apod.

## **Než přistoupím k hodnocení očkování konkrétních nemocí, několik obecných zásad:**

■ Očkovat vždy v době „klidu“ RS – nejméně 4–6 týdnů po atace. Výjimkou může být pouze přeočkování proti tetanu po poranění, event. při nekompletnosti předchozího oč-

kování i podání tetanického anatoxinu (lidově „sérum“ proti tetanu). Jde o mrtvou vakcínu, podání je indikováno akutně.

- Vždy je nutné posoudit poměr přínosu a rizika očkování. Očkujeme proti těm nemocem, se kterými má pacient s RS pravděpodobnou šanci se setkat (a které mohou jeho zdravotní stav zhoršit) – např. chřipka, klíšťová encefalitida, pneumokokové infekce apod. Též je nutné posoudit efekt očkování. U většiny vakcín je nad 90 %, ale jsou i výjimky (BCG – obecně klesá účinnost i vzhledem k zavlečení nových subtypů, chřipka – závisí na správném odhadnutí chřipkových kmenů, které budou ten který rok do vakcíny proti proměnlivému viru chřipky zahrnuté).
- V některých případech rizikových vakcín, které jsou obecně nepovinné a jsou doporučovány pouze cestujícím do rizikových oblastí (např. žlutá zimnice), je nutné důkladně zvážit, zda cesta tam spojená s tímto očkováním je opravdu nutná (např. dovolená tímto důvodem asi nebude).
- V případě zahajování tzv. DMD (disease modifying drugs), mezi pacienty často nepřesně označované jako „biologická“ léčba, očkovat nejlépe již před jejím zaháje-

ním. Omezíme tím nejen případné možné komplikace (i když spolehlivě tato logická obava zatím potvrzena nebyla), ale zajistíme i spolehlivý efekt vakcíny. Je totiž opět teoretický předpoklad, že imunosupresivní efekt některých těchto léků může snížit efekt očkování. Tento předpoklad byl zatím ale potvrzen pouze u rituximabu. Podobně se nabízí otázka, s jakým časovým odstupem očkovat po vysazení DMD. Smysluplné se jeví doporučení vyčkat nejméně dobu jednoho poločasu rozkladu konkrétního léku.

### **Nyní ke konkrétním nemocem:**

**Hepatitis (žloutenka B):** nebyla zjištěna žádná souvislost s RS. Je brána jako bezpečná. Pouze jedna práce, posuzující rekombinantní vakcínu (hepatitida A a B) poukázala na zvýšenou četnost relapsů (vzplanutí onemocnění).

**Influenza (chřipka):** injekční vakcinace nezvyšuje riziko relapsů. Přesto zde je odborná obec nejvíce rozdělená – část má z očkování obavy, vycházející z dřívější doby, kdy byl po očkování zaznamenán vyšší výskyt autoimunit (RS, ale i např. polyradikuloneuritis Guillain-Barré). Šlo ale o typ vakcíny, která se již léta nepoužívá. Za rizikovou se považuje nosní vakcína (spray), protože jde o živou vakcínu.

**Tetanus:** nezvyšuje riziko relapsu, zvažuje se dokonce projektní efekt na redukci relapsů.

**Pneumokok:** riziko není ještě přesně stanovené, doporučuje se očkovat u dechově rizikových pacientů (např. ležících, se současným chronickým onemocněním plic apod.).

**BCG vakcína (proti tuberkulóze):** je bezpečná, dle některých

údajů dokonce snižuje riziko RS (je prokázáno snížení aktivity na magnetické rezonanci).

**Spalničky, zarděnky, příušnice:** dosud nebyla nalezena žádná souvislost s RS. Je nutno ale zmínit, že tyto a další tzv. „dětské“ nemoci se očkují nyní ve více variantách od tri (proti 3 nemocem) do hexavakcíny (proti 6 nemocem), takže event. nežádoucí reakce se liší dle typu použité vakcíny (obvykle čím více antigenů najednou, tím větší riziko nežádoucích účinků, dále některé typy vakcín obsahují živé oslabené viry). Ale i tak nebyly zaznamenány případy zvýšeného výskytu RS.

**Varicela (plané neštovice):** bezpečná, dle některých údajů též může snižovat aktivitu nemoci. Je vyžadována před některými DMD (např. fingolimod) pro častější výskyt infekce tímto virem u takto léčených pacientů.

**Variola (neštovice):** rozdílné výsledky, ale obě studie jsou starší více desítek let!

**KMENC (klišťový zánět mozku):** nebyla nalezena žádná souvislost s RS.

**HPV (vakcína proti lidskému papiloma viru):** spíše považována za bezpečnou, ale definitivně zatím neurčeno. Zřejmě závisí i na typu vakcíny. Po typu Gardasil byl zaznamenán určitý vyšší výskyt demyelinizačních syndromů (tj. typu poškození, jaký vídáme u RS), u ostatních (Cervarix, Silgard) toto pozorována nebylo.

**Polio (dětská obrna):** pravděpodobně bezpečná (injekční, mrtvá látka), nedoporučuje se živá, oslabená perorální (podávaná ústní cestou) vakcína.

**Žlutá zimnice:** zvyšuje riziko relapsů i nárůst ložisek na magnetické rezonanci.

### **Závěrem**

#### **Používejme zdravý rozum!**

Nevěřte všemu, co najdete na internetu. Můžete tam nalézt řadu neověřených údajů či přímo nesmyslů, informujte se pouze z ověřených odborných zdrojů. Poradte se se svým neurologem, nejlépe z RS centra. Zejména u vakcín při cestě do exotických zemí je vhodným konzultantem lékař z oddělení cestovní medicíny (bývá v krajských či fakultních nemocnicích). Před každým očkováním se ptejte lékaře provádějícího očkování, o jaký typ vakcíny se jedná. K dispozici je obvykle více typů vakcín proti konkrétním chorobám, které mohou mít rozdílný vliv na možnou indukci RS, resp. relapsu. Obecně se mrtvé vakcíny berou jako bezpečné, vakcíny živé (oslabené) jsou považovány za rizikové.

MUDr. Jiří Fiedler, PhD.

RS Centrum

Neurologická klinika FN Plzeň

*Pracuji jako neurolog na Neurologické klinice FN Plzeň od promoce v roce 1981 střídavě v různých pozicích jako zaměstnanec nemocnice a lékařské fakulty, v současné době větší část úvazku patří FN. Již od samého počátku, resp. již za dob studia byla roztroušená skleróza (RS) mým oblíbeným tématem, takže logicky jsem v této problematice pokračoval od založení speciální ambulance pro RS přes RS centrum, jehož jsem byl od založení do letošního roku vedoucím. I když RS je moji stěžejní odbornou náplní, věnuji se i dalším podoblastem neurologie, jako např. mimovolním pohybům včetně léčby botulotoxinem nebo psychogenním poruchám hybnosti. Další mojí náplní je výuka studentů a samozřejmě jak na klinice ani jinak nejde, též činnost publikační a přednášková – opět především ve zmíněných oblastech.*

# Možnosti nové léčby roztroušené sklerózy: alemtuzumab a ocrelizumab.

*V posledních letech se značně rozšířily léčebné možnosti roztroušené sklerózy (RS), kdy bylo registrováno několik nových léků a u mnoha jiných je registrace očekávána v průběhu několika měsíců až let*

**M**ezi již schválenými preparáty se nachází alemtuzumab (Lemtrada) a mezi preparáty v předregistrační fázi se nachází ocrelizumab. **Alemtuzumab** je humanizovaná monoklonální protilátka selektivně zaměřená proti CD52 (znaku, který je přítomen na povrchu T a B lymfocytů), je indikován k léčbě dospělých pacientů s relabující-remitující roztroušenou sklerózou (RRRS) v aktivním stadiu onemocnění definovaném klinickými příznaky nebo nálezem daným zobrazovacími metodami. V klinických studiích vykazoval vysokou účinnost proti INF- $\beta$ , dnes je řazen mezi léky 2. linie (nyní však nehrazen z prostředků veřejného zdravotnictví). U aktivní formy RS jej lze podat i jako lék 1. volby. Je zde nutná pečlivá příprava pacienta před plánovaným podáním.

U pacientů, kteří nemají v anamnéze plané neštovice nebo očkování proti viru varicella zoster (VZV), vyšetřujeme protilátky proti VZV, je třeba zvážit vakcinaci proti VZV u pacientů bez přítomnosti těchto protilátek. Nutný je **screening** na aktivní nebo latentní infekce (tuberkulóza, žloutenky, JC virus – vyšetřením krve a event. i likvoru). Provedení **základních testů** (krevní obraz, renální a jaterní funkce, analýza moči, testy na

funkci štítné žlázy). Ženy ve fertilním věku musí užívat účinnou antikoncepci.

**Podání infuzní léčby** se provádí dle zvyklostí daného centra, v našem případě za hospitalizace nitrožilní infuzí, ve 2 léčebných cyklech s odstupem 12 měsíců (1. rok 5 infuzí, 2. rok 3 infuze s předpokladem účinnosti této léčebné kúry po dobu 5 let). Infuze alemtuzumabu trvá přibližně 4 hodiny. Před samotným podáním alemtuzumabu je podána pacientovi tzv. premedikace (antihistaminika, antipyretika a methylprednisolon) k minimalizaci reakcí spojených s infuzí. Pacienti by měli být sledováni od zahájení léčby až do uplynutí 48 měsíců po podání poslední infuze

**Následná doporučení** se týkají nevhodnosti podávání imunosupresivní léčby, očkování živou virovou vakcínou, a naopak je doporučeno užívat účinnou antikoncepci a dodržovat dietní opatření. Sledování pacienta až do uplynutí 48 měsíců od podání poslední infuze, neboť potenciálně závažné autoimunitní stavy, jako jsou idiopatická trombocytopenicická purpura (ITP), nefropatie a poruchy štítné žlázy, se mohou vyvinout několik měsíců až let po ukončení léčby. U pacientů je prováděno každoměsíční testování na základě klinických nálezů

naznačujících autoimunitu (odběry krevního obrazu, renální parametry, funkce štítné žlázy a vyšetření moči). Dále dle zvyklostí daného pracoviště. Nutné je poučení o sebepozorování tzv. **self-monitoraci** (tvorba modřin, petechií, nadměrné a špatně zastavitelné krvácení, silná menstruace, krev v moči, otoky končetin, nadměrné pocení, pocity nepravidelného rytmu, zimomřivost, změny váhy apod).

**Ocrelizumab** je lék ze skupiny dosud neregistrovaných přípravků. Jedná se o monoklonální protilátku zaměřenou proti znaku CD 20 na povrchu B lymfocytů, působí depleci aktivních B lymfocytů. Zatím kritéria pro nasazení, podmínky úhrady z prostředků veřejného zdravotnictví ani přesné schéma podání nejsou přesně známy. Předpokládá se, že podrobnější a platné informace budou známy v horizontu několika měsíců. Podávání bude nitrožilní v opakujících se cyklech. Před podáním bude nutná premedikace. Přesné schéma monitorace léčby není známé, ale nepředpokládá se nutnost specifické monitorace s výjimkou sledování infekcí. Ve studiích zatím nebyla popsána progresivní multifokální leukoencefalopatie (PML).

MUDr. Tereza Svrčinová

# Self-efficacy

*Co tento pojem znamená a proč je důležitý? Proč je vysoká míra self-efficacy žádoucí u každého z nás v našem každodenním fungování?*

V následujících řádcích se alespoň stručně pokusíme některé tyto otázky zodpovědět.

Určitě jste se v životě setkali s lidmi, kteří jsou nesmírně aktivní, tvrdě pracují, přijímají výzvy a jsou schopni a ochotni se vzepřít i velmi nepříznivému osudu. Jako by se nebáli selhání, věřili si, stále byli odhodláni bojovat. Oproti tomu dozajista také znáte osoby, které vzdávají jakýkoliv úkol příliš rychle, zpravidla za neúspěch viní systém, společnost, politiky. Překážky okamžitě vyhodnocují jako příliš složité a nepřekonatelné, vynakládání sil a vytrvalé snažení jim pak připadá nesmyslné a zbytečné. Prozradím vám, že tyto zmíněné příklady krásně ilustrují důležitost správné míry self-efficacy v našich životech. Pojdme si tedy vysvětlit, v čem tato důležitost spočívá.

V první řadě je namístě vysvětlení a drobná omluva. Autora sice mrzí, že vás, čtenáře, nutí pracovat s čistě anglickým pojmem self-efficacy (česky vyslovováno [self efikesy]), ale doufá, že si toto rozhodnutí obhájí. Nejde jen o názor autora, i české kapacity v oblasti psychologie uznávají krkolomnou nedokonalost pokusů o doslovný překlad zmíněného pojmu. Nejenže termíny jako sebeuplatnění, sebeúčinnost či vnímaná osobní zdatnost příliš nelahodí uchu, ony často ani dobře nevystihují podstatu původního anglického pojmu.

A co se tedy za slovem self-efficacy skrývá? Pojdme pro vysvětlení přímo k autorovi celé příslušné teorie – v roce 1977 přišel kanadský psycholog ukrajinsko-polského původu Albert Bandura se sociálně-kognitivním konstruktem pojednávajícím o přesvědčení jedince o vlastní schop-

nosti překonávat překážky a výzvy a ovlivňovat okolnosti svého života. Jednodušeji řečeno – jde o víru člověka ve svou schopnost dosáhnout vytouženého efektu pomocí vlastní aktivity.

Abychom nehovořili stále v teoretické rovině, pojdme si self-efficacy vysvětlit na příkladě pacienta trpícího v podstatě jakoukoliv zdravotní komplikací – specifikace v tomto příkladě není podstatná. Množství odborných studií se věnuje výzkumu tohoto psychologického fenoménu, jelikož míra self-efficacy prokazatelně vykazuje významný vliv na výsledky léčby pacientů trpících rozličnými chorobami. Pacient s vysokou self-efficacy, tedy pacient, který věří ve své síly a schopnosti se s nemocí poprat, zpravidla poctivě dodržuje správné dávkování předepsaných léků – protože je přesvědčen, že lékařem doporučený medikament mu dá sílu nemoc porazit. Takový pacient zodpovědně vykonává zadaná rehabilitační cvičení – protože věří, že vlastním přičiněním tak může přispět ke svému uzdravení. Ten samý pacient pak samostatně vyhledává nové aktivity a využívá všechny možnosti, jak zlepšit vlastní zdravotní stav – protože je přesvědčen, že se mu vynaložené úsilí vrátí v podobě rychlejšího zotavení, že má smysl se snažit.

Naproti tomu nízká míra self-efficacy znamená u pacienta často malou snahu, selhávající vytrvalost v činnostech a úkolech. Pracuje s myšlenkou, že zdravotní komplikace jsou příliš závažné, že byť jen drobné zlepšení je prakticky nemožné, že veškeré úsilí zvrátit stávající situaci je marné a zbytečné. Takový pacient poté selhává v dodržování léčebného režimu, propadá apatii a izoluje se, přičemž výsledky léčby původního

zdravotního problému odpovídají psychickému stavu pacienta – nejsou příliš pozitivní.

Výše popsaná fakta platí konkrétně i u pacientů s roztroušenou sklerózou, jak ukázaly několikrát zahraniční studie a koneckonců i výzkumná činnost autora tohoto článku na neurologickém oddělení v jihlavské nemocnici. Self-efficacy skutečně je nezanedbatelným faktorem působícím na rychlost, kvalitu a účinnost léčebného procesu pacienta.

O významu self-efficacy jsme se tedy již něco dozvěděli, teď již zbývá jen odhalit, jak docílit vyšší míry tohoto jevu v našich životech. Úplně jednoduché to není a žádné univerzální řešení zatím neexistuje, ale moudrý Albert Bandura nám naštěstí dává několik užitečných tipů – hodí se například čerpat ze svých předešlých úspěchů. Když už jsem to jednou dokázal, co mi brání, abych vše zvládl i podruhé? Také si hledejte ty správné vzory – osoby, které byly schopny se ze své svízelné situace dostat, přemoct nástrahy osudu. Poučte se z jejich jednání, načerpejte jejich pozitivitu, víru ve vlastní schopnosti a odhodlanost. Rovněž je velmi prospěšné být obklopen správnými lidmi. Takovými, se kterými se cítíte dobře, kteří vám poskytnou podporu, dobrou radu, ale také útěchu a pochopení. Takovými, kteří vám nejen pomohou přiložením ruky k dílu, ale především navodí tu správnou pohodu – přivodí vám pozitivní emoce. Ty jsou totiž dalším známým původcem úspěchu při hledání správné úrovně osobní self-efficacy.

Mgr. Ondřej Škoda,  
psycholog Centra pro léčbu  
demyelinizačních onemocnění  
nemocnice Jihlava

# Inkontinenční pomůcky

*Únik moči (lékařský pojem inkontinence) je onemocnění, při kterém dochází k nežádoucímu a nekontrolovanému úniku moči nebo stolice. Postihuje ženy i muže bez omezení věku.*

**Z** veřejného zdravotního pojištění se ročně vydají nemalé náklady k úhradě pomůcek k řešení tohoto zdravotního problému, který velice negativně ovlivňuje kvalitu života člověka. Jde o problém zdravotní, ale i sociální.

Dnes je již více možností léčby inkontinence, které lze rozdělit do tří základních skupin:

- Nemedikamentózní léčba, která zahrnuje trénink močového měchýře a cvičení na zpevnění pánevního dna.
- Medikamentózní léčba využívající léčebné přípravky dle ordinace odborného lékaře.
- Chirurgická léčba

V době, kdy se problémy s inkontinencí objeví a v průběhu léčby, je třeba využít moderních hygienických prostředků, které vzniklé problémy eliminují, a zlepšují tak kvalitu života. Používání těchto pomůcek může být přechodné nebo trvalé. Vhodným řešením je používání absorpčních inkontinenčních pomůcek a správná péče o pokožku. Výběr nejvhodnější pomůcky pro inkontinenci může mít velký vliv na kvalitu života osoby postižené tímto problémem, ale i osob pečujících. Vhodná pomůcka zaručuje optimální využití, pohodlí a diskrétnost. Při výběru vhodné pomůcky je třeba obrátit se na odborníka, který vám nejen poradí s výběrem pomůcky, ale doporučí vždy vybrané pomůcky vyzkoušet.

S výběrem vhodné pomůcky vám mohou pomoci v prodejnách zdravotních potřeb, lékárnách. Je možné využít i služby terénních edukačních sester, které vám vše vysvětlí, zajistí pro vás vzorky a v případě zájmu zajistí dovoz pomůcek na základě předpisu odborného lékaře k vám domů. Kontakty na tyto edukační sestry najdete na stránkách [www.medi-mat-inko.cz](http://www.medi-mat-inko.cz), v oddílu stomické sestry – poradenství.

Inkontinenční pomůcky vám může předepsat urolog, gynekolog, geriatr, neurolog nebo váš praktický lékař na základě odborného vyšetření na poukaz. Pomůcky na poukaz mohou být předepisovány nejdéle na 3 měsíce. Tato maximální preskripce je dle metodiky VZP možná u pacientů se stabilizovanou inkontinencí, u kterých je předpoklad účelného využití celého množství předepsaných inkontinenčních pomůcek. Tyto pomůcky dělíme do tří základních skupin, dle tzv. stupně inkontinence (SKP).

**Stupeň inkontinence SKP 1**, mimovolní únik moči nad 50 ml do 100 ml v průběhu 4 hodin. Jedná se především o problematiku stresové inkontinence. Únik moči nastává často při kýchnutí, smíchu, kašli nebo zvedání předmětů. Používání inkontinenčních absorpčních pomůcek je nepravděelné.

Z prostředků veřejného zdravotního pojištění jsou pojišťovnou pro tuto skupinu hrazeny:

– vložky absorpční inkontinenční – dámské – se savostí nad 120 ml, pánské vložky a kapsy, hrazeno je maximálně 150 ks/měsíc, do výše 450 Kč/měsíc.

**Stupeň inkontinence SKP 2**, mimovolní únik moči nad 100 ml do 200 ml v průběhu 4 hodin.

Jedná se o ostatní typy inkontinence u mobilních pacientů. Problém s únikem moči vzniká u těchto typů inkontinence při námaze, chůzi do schodů, běhu, změně polohy. Používání inkontinenční pomůcky je denní a pravidelné.

Z prostředků veřejného zdravotního pojištění jsou pojišťovnou pro tuto skupinu hrazeny:

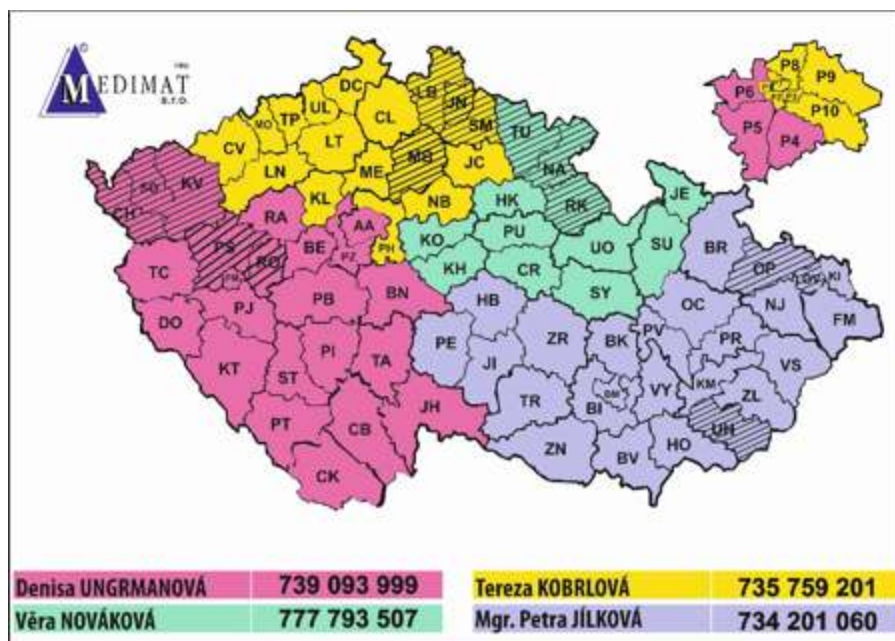
– pleny absorpční dámské a pánské – vložné pleny. Hrazeno je maximálně 150 ks/měsíc, do výše 900 Kč/měsíc.

– kalhotky fixační (hrazeno pouze v případě, že pacient používá pleny absorpční) – SKP = 2. Hrazeno je maximálně 24 kusů/rok, do celkové výše 190 Kč.

– kondomy urinální – SKP = 4. Hrazeno je maximálně 30 kusů/měsíc, do celkové výše 700 Kč.

– sáčky sběrné urinální denní, noční – SKP = 4. Hrazeno je maximálně 10 kusů/měsíc, do celkové výše 500 Kč.

**Stupeň inkontinence SKP 3**, mimovolní únik moči nad 200 ml v průběhu 4 hodin.



– podložky absorpční s absorpční plochou od 40 cm × 60 cm do 60 cm × 90 cm – SKP = 3, kdy je hrazeno maximálně 30 kusů/měsíc, úhrada do výše 75 % konečné ceny ekonomicky nejméně náročné varianty.

– kondomy urinální – SKP = 4. Hrazeno je maximálně 30 kusů/měsíc, do celkové výše 700 Kč.

– sáčky sběrné urinální denní, noční – SKP = 4. Hrazeno je maximálně 10 kusů/měsíc, do celkové výše 500 Kč.

Pokud sami potřebujete pomoci s výběrem vhodných pomůcek nebo jste osobou pečující, neváhejte využít bezplatné služby poradenství v oblasti inkontinence. Kontakty na sestry naleznete v přiložené mapce.

Mgr. Petra Jílková  
AD VITAM, o. p. s.

*Literatura: Metodika Úhradového katalogu VZP – ZP, verze 992 s platností od 1. 5. 2017*

Do této skupiny se řadí ostatní typy inkontinence v pokročilém stadiu především u ležících pacientů, spojené také s inkontinencí stolice. Používání pomůcek je trvalou nutností. Moč, případně stolice, uniká trvale, bez možnosti jakkoli kontrolovat tento stav.

Z prostředků veřejného zdravotního pojištění jsou pojišťovnou-

hrazeny ZP, v úhradovém katalogu označené ve sloupci SKP (Skupina postižení číslicí 3, případně 4, kompenzující důsledky onemocnění stupně III:

– kalhotky absorpční (kalhotky plenkové) – SKP = 3. Hrazeno je maximálně 150 kusů/měsíc, do celkové výše 1700 Kč.

# Oceán naděje – jachting pro lidi s RS

*Hodně velkých věcí začíná nenápadně. Příležitosti jsou mnohdy kolem nás, jen mít vždycky otevřené oči. Jedna taková příležitost prošla kolem mě, když jsem na podzim 2016 našla v elektronické poště odkaz na webovou stránku <http://www.oceansofhope.org/> s aktuální výzvou na týden na jachtě pro lidi s RS.*

Několikrát jsem byla u moře, ale nikdy na moři. A moje angličtina je dosti slabá. To byly moje první reakce a moje opatrné já řeklo, to není pro tebe. Několik dní mi to leželo

v hlavě. Ale život si žádal změny, nový vítr, nové výzvy.

Oceans of Hope (Oceány naděje) je skupina lidí s RS, jejímž cílem je dát dohromady další podobné lidi a dát jim možnost

plavit se společně na plachetnicích po moři. V roce 2016 podnikli první cestu v Turecku a na rok 2017 bylo vybráno Chorvatsko. 10 lodí a 60 námořníků. Zakladatelem OOH je Brit Robert Munns,



*Připítek v přístavu (hovoří zakladatel OOH Robert Munns), nadšení ze sledání a vzrušení z nadcházejícího dobrodružství*

se kterým spolupracuje dánský lékař **Mikkel Anthonisen**. Oba měli podobnou ideu a výsledkem je **Oceans of Hope**. Nabídka zúčastnit se ročníku 2017 mířila k lidem s RS z celého světa.

Než jsem se rozkývala, bylo pozdě. A pak náhle, začátkem jara, organizátoři doplňovali náhradníky místa po těch, kteří z různých důvodů nemohli jet. Takže to bylo znova na stole. Tři měsíce do startu. Nádech, výdech, jedu. Startovné zapláceno, nastal čas na jazykovou přípravu. Měla jsem štěstí a osud mi přihrál skvělého učitele a začali jsme



*Jachta pro celkem osmičlennou posádku a život na palubě, pohled do kuchyně, kajuty a společného obytného prostoru*



*Kotvení na bóji, průzkum pobřeží na člunu, společné stolování*

nacvičovat scénky, co si počít na letišti, konverzaci v restauraci, jak se zeptat na cestu a podobná pro přežití zásadní témata. I když jsem po dvou měsících cítila jistou změnu, jistá v kramflecích jsem si teda nebyla. S mírnou skepsí jsem zhlédla několik výukových videí na youtube o jachtingu. Nabalila jsem batoh podle doporučeného seznamu a měl 13 kg. Když jsem ho nahodila na záda, podlomila se mi kolena. Autobusem do Vídně a dál vzduchem. A pak už jsem vystoupila na letišti ve Splitu a začalo to doopravdy.

Autobusem jsem se svezla do Trogiru a do přístavu došla pěšky. Za taxík utrácet přece nebudu. Bylo tam odhadem 300 dosti podobných plachetnic. Některé měly na stožáru vlajku s logem Oceans of Hope, tak jsem se vydala tím směrem. Během odpoledne se sešla celá posádka. Dvě Britky, dvě Dánky, jedna Belgičanka, já a kapitán, Brit. Rozuměla jsem jim omezeně, ale nějak to šlo. Během prvních hodin a vlastně pak celou dobu jsem své jazykové nedostatky vyvažovala empatií, technickým důvtipem, odvahou a pracovním nasazením. Sta-



la jsem se lodním pokladníkem a postupně jsem se z posledního plavčíka vypracovala na velitele hlídky.

Plachtění je pro lidi s mírným pohybovým hendikepem nečekaně vhodný sport. Když překonáte tři schody do podpalubí, je všechno na rovině a blízko. Jachta musí být zařízena s ohledem na maximální využití prostoru, takže od dřezu k jídelnímu stolu a odtud do postele je to pár kroků. Když chytne vítr, cítíte, jak vám čechrá vlasy, napíná plachtu, naklání loď, je všechno rázem v pohybu.



*Řeka Krka a její vodopády. Někdo se přijel podívat po souši, někdo po řece*



*Ostrov Drvenik a závod kapitánů v maskách*

Také hrníčky od kávy rády běhají v takové chvíli po stole, takže před tím, než napnete plachty, musíte uklidit. Manipulace s plachtami vyžaduje silné ruce a součinnost více členů posádky, ovládání lodi je týmová práce.

Na rozdíl od cestování po souši, kde člověku nezbyvá, než se držet předem hotových cest, moře je plocha. Můžete to rozjet, přibrzdit, zahrnout doprava nebo doleva kdykoli vás napadne. Na rozdíl od cestování po souši ovšem na moři máte pod nohama, tedy pod lodí, k mořskému dnu někde desítky a jinde jednotky metrů. Takže na mapě sledujete nejen kurs, zda

plujete žádoucím směrem, ale taky hloubku. Také jsme cvičili záchrannou operaci pro případ „muž přes palubu“. Pokud potkáte loď větší, než je ta vaše, má přednost. Večer je čas nejen na společné vaření, ale taky relax na palubě, to když loď zakotví v klidné zátocě a okolo jsou jen skály s trnitým křovím. Na průzkum opuštěného pobřeží se můžete vydat na člunu, který má každá plachetnice na palubě. Některé dny jsme naopak zakotvili v rušném přístavu, ve kterém už na



*Závěrečná večeře – já v oranžovém tričku se svou posádkou a Robertem Munnsem, rozlučkové foto s belgickou výpravou, cesta domů*

nás dýchala prázdninová atmosféra plavek, ryb a vína.

Z Trogiru jsme za dva dny doplu- li do známého přímořského leto- viska Šibenik. Přístav je již od 16. století chráněn pevností a v prů- plavu je vyústění kanálu pro po- norky z dob studené války. Zde jsme doplnili zásoby a úzkým kanálem propluli až do města Skradin, které je vstupní branou do národního parku Krka. Zapále- nější posádky vyrazily za svítání po řece, aby si prohlédly známé, působivé a v tuto dobu ještě návštěvníků prosté vodopády na řece Krka.

Předposlední noc jsme zakotvili v přístavu na ostrově Drvenik. Je to místo, kde se zastavil čas. Ovšem ráno poklidnou hladinu přístavu brázdili závodníci! Pro pobavení posádek i sebe sama kapitáni uspořádali závod nafuko- vacích člunů přes půl šíře přístavu. A není to jen o rychlosti! Do závodu mohou nastoupit jen v maskách a jak můžete vidět, některé posádky své kapitány opravdu nešetřily. Kdo byl nako- nec první a kdo poslední, v kroni- kách nestojí, ale že si všichni užili skvělé dopoledne, je jisté.



Společná závěrečná večeře v trogirské restauraci byla nejen výtečná podávanými pokrmy, ale také nadšením a veselím všech účastníků. Z každé lodi byl vyhlá- šen nejužitečnější námořník a na *Královně Viktorii* jsem to byla já. Sbírkou lidí ze 14 zemí světa. Před týdnem cizí lidé, po týdnu stráve- ném „pod jednou střechou“ kama- rádi. Nikdo není sám, každý má ve svém srdci kapku naděje, že přes obtíže, které mu život staví do cesty, ve spolupráci s ostatní- mi ve všech výzvách obstojí.

A každý tím, že nasedl do letadla, prožil týden aktivního sportu i od- počinku, seznámil se s novými lidmi a podporoval je, smál se s nimi i pracoval, právě tím rozšířil svoje schopnosti a překročil limity, o kterých se možná domníval, že značí hranice možného. Oceán naděje, kapka naděje v srdci každého z nás. A co je oceán než jen velké množství kapek?

Olga Rubinová,  
Roska Brno-město

## Rohlík bez bariér

*Internetový obchod Rohlik.cz, který se zabývá rozvozem a internetovým prodejem potravin, nabízí zajímavé výhody pro seniory starší 65 let a pro držitele průkazu osoby se zdravotním postižením*

**P**atří k nim mimo jiné doprava zdarma a vynesení objednaného zboží až ke dveřím, a to i v domech bez výtahu.

Podmínkou je zaregistrovat se do klubu Rohlík bez bariér. Regis- trace probíhá telefonicky na zá- kaznické lince **800 730 740**, je třeba mít při ruce průkaz TP, ZTP

nebo ZTP/P. Slibovaná doprava zdarma platí při nákupu od pondělí do čtvrtka s doručením mezi 10.00–15.00 hodinou při objed- návce na čas (neplatí na expresní doručení a doručení do 15minuto- vého okna.)

Před předáním prvního nákupu kurýr poprosí o průkaz TP, ZTP

nebo ZTP/P, případně ověří věk člena klubu a poté předá nákup. Rohlik.cz rozváží zboží prozatím v Praze, Brně a v jejich blízkém okolí. Více informací o projektu Rohlík bez bariér, který podpořila Nadace Taťány Kuchařové – Krá- sa pomoci, je na stránkách Roh- lík.cz.

# Papírový vánoční stromeček na špejli

Vystříhnete z papíru trojúhelník s libovolnými rozměry (velikost přizpůsobte délce špejle, může být i větvička ze stromu). Papírový trojúhelník poskládejte do tvaru harmoniky, nechte poskládané a děrovačkou udělejte ve středu stromečku jeden otvor. Stromeček rozložte a vzniklými otvory provlečte špejli. Na spodní stranu zavažte vánoční stužku a originální dekoraci máte hotovou.

Hezký advent přeje za redakční radu

Veronika Borkovcová



# Výprava do Polska

*KARPACZ – V sobotu 23. 9. 2017 došlo k prvnímu osobnímu setkání zástupců naší a polské organizace. Celý den prožitý v krásném prostředí letoviska KARPACZ nebyl jen příležitostí k seznámení se s polskou organizací, ale i šancí naplánovat možné budoucí aktivity.*

**P**oznávání nových přátel a navazování kontaktů je důležité pro každého člověka a nejinak je tomu i u nás roskařů. Místopředsdkyně naší českolipské Rosky Zofie Doškářová se jako vedoucí zúčastnila česko-polského pobytového tábora, na kterém děti z Nového Boru a Jelení Hory prožily týden zábavy i poznávání sklářské minulosti a současnosti.

Slovo dalo slovo a táborové přátelství umožnilo navázat kontakt se Spolkem nemocných RS v Jelení Hoře (Towarzystwo Chorych na Stwardnienie Rozsiane w Jeleniej Górze). Od prvního okamžiku bylo jasné, že nepůjde pouze o kontakt formální a okamžitě začaly vznikat návrhy na



osobní setkání i plány do budoucna. Zapojili jsme též centrálu Unie Roska a 23. 9. 2017 se vypravili do Polska, neboť právě v tento den se v letovisku Karpacz konal pobytový víkend členů polské organizace. Českou stranu zastu-

povala paní Zofia Doškářová a místopředsdkyně VR Unie Roska, z. s., paní Jiřina Landová, polskou pak předsdkyně spolku paní Ligia Jamer, ale i další členové.

Přivítání i program celého dne se vyznačovaly vřelostí i pohodou, poznali jsme historii i současnost spolku, polsko-česko-anglicky pohovořili se členy, součástí byl i výlet do Svatyně Wang, tradiční polské pohoštění a odpolední káva v Hotelu Golebiewski. I přestože jsme se částečně dotkli zkušeností pacienta v ČR i v Polsku, neboť Poláci se aktivně zajímali o naše léčebné procesy, tak těžištěm celého dne byla zejména diskuse o tom, jak fungují obě organizace, jaká je filozofie a jaké společné aktivity bychom mohli realizovat.

Polský spolek není příliš zaměřen, například, na legislativní pro-



blematiku (tento aspekt pokrývá organizace o stupeň vyšší), aktivity mají orientovány na každodenní pomoc pacientům a jejich podporu v běžném životě. Styčné body s naší českolipskou Roskou tedy naskakovaly okamžitě, obě organizace mají velmi podobné

cíle, avšak skvělá byla i přítomnost místopředsedkyně naší velké Rosky, neboť tato problematika má vždy jen jedno hlavní poslání, tedy podporu nám, pacientům s RS.

Samozřejmě, že bychom rádi touto cestou poděkovali polským

přátelům, a zejména paní předsedkyni Ligii Jamar, a těšíme se na další společné aktivity a setkání. První proběhlo již 6. 10. 2017 na konferenci v Olomouci.

Ladislav Hlavinka

# Sportovní benefice Gymnázia Vídeňská

*V roce 2017 není Unie ROSKA jediná, kdo slaví narozeniny. Úctyhodných 60 let má letos Gymnázium Vídeňská (dříve Koněvova) v Brně.*

**A** protože pan ředitel Mgr. David Andrlé má v rodině pacientku s RS, napadlo ho, že jednu z akcí k tomuto výročí školy – sportovní klání studentů – spojí s benefiční akcí **Vídeňka sportem podporuje UNII ROSKA Brno**. Slovo dalo slovo, a pan ředitel se domluvil s výborem Rosky Brno-venkov a předsedkyní Unie ROSKA na spolupráci. Bylo stanoveno místo a datum akce – Sportovní areál VUT Pod Palackého vrchem, 22. září 2017. Po přípravách, které zahrnovaly získání sportoviště (poskytlo VUT) a záštity od vicepremiéra MVDr. Pavla Bělobrádka, Ph.D., MPA, a rektora VUT prof. RNDr. Ing. Petra Štěpánka, CSc., se mohly sejít týmy Rosky Brno-venkov a Brno-město k zábavnému sportovnímu klání. Akci na stadionu moderoval Petr Zakopal z Rádia Petrov.

Sešli jsme se v 10 hodin na místě, kde jsme si připravili stánek s informačními materiály



a výrobky našich členů. Na odbyt šly především trubičky, pečené čaje a zavařeniny, ale i náušnice a další výrobky. V 11 hodin vypukla akce studentů, kterou zahájil pan ředitel Andrlé. Kamila a Jarka představily krátce nemoc RS i svou organizaci a pak už mohly začít soutěže. Všechny třídy gymnázia postavily družstva, která soutěžila v trojboji *skok do dálky z místa – hod medicinbalem – štafeta 4 × 100 m*.

Po ukončení a vyhlášení vítězů přišla naše chvíle – start benefiční štafety. Obě brněnské Rosky postavily štafety, které běh zahájily. Za Brno-město startovali Kamila, Miloš, Anežka, Luděk, Vlasta a Olga, za Brno-venkov Věrka, Věra, Jarka, Majka, Jitka, Maruška a Anička. Každý závodník měl urazit 60 metrů a závodníků bylo celkem také šedesát (šedesátka jako jubilejní číslo se totiž nesla celou akcí). Štafetu odstartovali roskaři, a pak se přidávali učitelé z „Vídeňky“, studenti a učitelé

z VUT, zapojil se i bývalý hejtman Jihomoravského kraje pan Ing. *Stanislav Juránek*, který dorazil na poslední chvíli. Závěr štafety „venkova“ obstaral pan ředitel *David Andrlé* a „města“ rektor VUT prof. *Petr Štěpánek*, kteří doběhli do cíle zároveň, čímž vyjádřili to, že dnešní štafeta nemá poražených a vítězi jsou všichni zúčastnění.

Večer jsme se sešli se studenty, panem ředitelem, předsedkyní Spolku rodičů paní *Praxovou* na afterparty v KD Rubín, kde předsedkyně Rosky Brno-venkov *Jarka Zavadská* a předsedkyně VR Unie ROSKA *Kamila Neplechová* přebraly šek na 25 000 Kč, což byl výtěžek ze startovního. Částka bude rozdělena mezi obě organizace. Závěr večera patřil skupině *Lake Malawi*.

Děkujeme všem, kteří tuto akci vymysleli a podíleli se na ní. Bylo nám v poněkud neobvyklém prostředí velice příjemně.

Kamila Neplechová,  
Roska Brno-město  
Věra Dvořáková,  
Roska Brno-venkov



## Postřeh účastnice z „obou táborů“

Výběr štafety jako sportovního výkonu je víc než symbolický. Nejenže 60 závodníků zastupuje 60 let působení úspěšného gymnázia, štafeta je kromě udržení tempa taky významně o spolupráci. Když se nepodaří předávka, moment součinnosti dvou lidí, druhý tým získává náskok. Štafeta začínala lidmi, pro které je obtížné běžet. Někteří k tomu, aby se vůbec rozběhli, potřebují

fyzickou oporu. Pokračovala sportovci smíchanými s těmi, co upřednostňují poklidné tempo, s mladými výbušnými studenty, zakončená byla těmi, jimž výchova mladé generace leží na bedrech. Všichni v jedné dráze. Všichni jsme na jedné dráze života. Jak ti, kteří k pohybu používají berle nebo invalidní vozík a potřebují podporu ostatních, tak ti, kteří přijali výzvu tuto podporu projevit. Je skvělé, že se taková akce odehrála na půdě vysoké školy pro studenty gymnázia, kteří svým jak sportovním, tak sbírkovým zapojením prokázali, že vědí, že společnost může jako celek fungovat v harmonii, jen když si tam najdou své místo jak slabí, tak silní. Všichni běžíme společně v jedné dráze života.

Olga Rubinová,  
Roska Brno-město  
& FAST VUT Brno



# Jihlavská Roska na výletě

*Na výlet jsme si tentokrát vyjeli do jižních Čech, navštívili jsme Hlubokou nad Vltavou, zoo, zámek Obora, Purkarec*

**V** Hluboké nad Vltavou si část lidí ze zájezdu prohlédla zámek Hluboká, kde jsme měli domluvenou prohlídku přepychových **reprezentačních sálů s vyřezávaným obložení stěn**, kazetovými stropy, elegantním stylovým nábytkem, křišťálovými lustry a bohatými sbírkami obrazů, stříbra, porcelánu a gobelínů. Překvapilo mě, že v některých pokojích měli židle, kde se mohli posadit i lidé, kteří nevydrží dlouho stát.

Ostatní odjeli do zoo – Obora je sice menší, ale je zde na 200 druhů zvířat. Příjemná procházka a pro nás i bezbariérová. Součástí je i lovecký zámek Obora, kde je dnes umístěno muzeum lesnictví, rybářství a myslivosti. I to jsme si prohlédli.

Další zastávka byla v Purkarci, zde se nachází Muzeum voro-plavby, je dokladem práce a způsobu života vorařů a šífařů v po-

vodí Vltavy. Síň voro-plavby na Vltavě obsahuje sbírku dobových předmětů, náradí a dokumentů. A z Purkarce lodí zpátky do Hluboké nad Vltavou, užili jsme si pohled na krásnou přírodu, husté lesy a viděli přírodní rezervaci Karavnice z vodní hladiny.

A pak nás už čekala cesta domů.

Jitka Večeřová



# Moje první rekondice

*Žiju vedle RS už 32 let, bylo mi 12, když jí moje mamka onemocněla. Za léta soužití s RS, díky skvělému rodinnému zázemí, jsme jako rodina RS přijali jako tu, která je prostě u nás. Později, v dospělosti, jsem si nastudovala potřebné informace o této nemoci, tak „vím“, že vždy má každá nemoc vliv nejen na nemocného, ale i na jeho okolí. A samozřejmě to platí také v případě roztroušené sklerózy.*

**R**odina, přátelé a všichni kolem se musí vyrovnat, naučit žít a jednat s nemocným s RS. (... kéž by se všichni nemocní RS ke své nemoci postavili tak úžasně jako moje maminka!)

Nedělalo mi žádné problémy, naopak, ráda jsem pro ně loni absolvovala „cvičiteléské kursy pro RS“, s dobrým pocitem být jim alespoň takto nápomocná. O rekondičních pobytech jsem věděla od mamky docela dost. Často měli problém s nedostatkem kvalifikovaných cvičitelů, tak proč jim nepomoci, když člověk může? A letos tedy, první moje rekondice na Horní Bečvě v hotelu Duo!

Super! Skvěle zorganizovaný týdenní pobyt v úžasném prostředí Beskyd, „bravo Věruško“! Všechny společné prostory hotelu jsou bezbariérově přístupné výtahem včetně vchodu, toalet, fitness, restaurace, baru, konferenčního sálu a salonků. Vybrané pokoje a apartmány mají koupelny uzpůsobené pro pohyb imobilních hostů. To vše kolem hotelu na mě velmi příjemně zapůsobilo. Není všude



zatím pravidlem, že jsou takto bezbariérově připraveni.

Absolvovali jsme toho za ten týden opravdu hodně. Ranní budíček, taky jeden z „úžasných zážitků“, byl denně tvořen čtyřmi „holoubky“ (Maruška, Majka, Vlastička a Vašek) v různých kostýmech. Ti ve svých převlecích od brzkých ranních hodin (v našem pokoji probíhala příprava už od 5.00 hod.!) chodili

pokoj od pokoje a svým krásným zpěvem budili spoluúčastníky rekondice, mnohdy i nejen ty naše. Po zpěvném budíčku proběhla půlhodinová rozcvička na terase hotelu, na které jsem se střídala obden s druhým cvičitelem Vaškem, kde jsme protáhli celé tělo a každičký sval, opět včetně hlasového. Po rozcvičce byla snídaně, formou švédských stolů. Celkově strava v hotelu Duo byla v mých očích





bezchybná, kdo se chtěl stravovat zdravě, neměl zde problém. Pak následovalo hodinové cvičení po skupinách, s ohledem na fyzickou mobilitu cvičenců, kde jsem se opět obden střídala s druhým cvičitelem Vaškem. Pro případné zájemce jsem byla denně připravena další ¾ hodiny ve fitness posilovně. Ostatní svůj čas věnovali procházce a „relaxu“ v okolí či v prostorách hotelu.

Po vydatném a chutném obědě, který byl nabízen výběrem ze čtyř jídel, následoval polední klid (alespoň pro mne), osobní volno, kdy většina pobývala venku na čerstvém vzduchu a sluníčku. Každý den odpoledne jsme měli na hodinu zmluvený hotelový bazén jen pro nás, což je naprosto perfektní pro případné cvičení, kterého se zhostil vždy více Vašek, já

mám na pomalé cvičení ve vodě názor trošičku odlišný. Většina lidí z chladnější bazénové vody brzy stejně utekla do prostor sauny, aby svá těla příjemně prohřáli. Po bazénu troška klidu na lůžku a pak večere, podobná svou rozmanitostí a chutěmi obědům. S asi hodinovou prodlevou následovaly vždy večerní programy, plné zábavy, her, soutěží, písniček, humoru, smíchu... Nabitý to každý den, vidíte?!

I přes tento nabitý program si každý den ale všichni naši chvíli na odpočinek na lůžku, na posezení na lavičce v parku nebo posezení v baru s kávičkou, limonádou, zmrzlinovým pohárem... Ač nám nepřálo počasí celý týden, vůbec to nikomu nevadilo. Jedno odpoledne se vyráběly i krásné svíčky

a mýdla různých barev, tvarů a vůní.

Hned jak počasí dovolilo, hráli jsme všichni venku ruské kuželky.

Nejen proto mají tito úžasní lidičkové můj velký obdiv! Obdivuji je pro jejich vitalitu, optimismus a sportovní výkony přes jejich fyzické indispozice. Pro jejich elán a chuť. Chuť se bavit a žít!

Děkuji vám, Věruško, Marušky, Jaruško, Hanky, Vaškové, Aničky, Vlastičky, Olinky, Liduško, Jiřinko, Ivetko, Jity, Heddy, Miloši, Mony, Zbyšku, Mirku, Jani a Svaťo!

Rekondice byla díky vám všem pro mne nezapomenutelný zážitek s úchvatnými okamžiky, které máme naštěstí zdokumentované. Věnovat se týden sama sobě, svému tělu, v bezvadné partě „roskařů“ bylo pro mě pohlazení po duši. Děkuji vám! Tohle byla zatím moje nejlepší „dovolená“...

Ačkoliv už uběhlo několik dní od našeho odjezdu, stále vzpomínám a už se těším na příští rekondici. A nezapomínejte, jak to říkal Vašek, zvedněte dlaň proti sobě jako zrcátko a řekněte si: „NEBUDU NAD SEBOU PLAKAT, BUDU NA SOBĚ MAKAT!“

Krásné léto plné slunce na obloze i v duši všem přeji já, jedna z vás,

Kateřina Chupíková

# Prameny sedmi radostí

*Na rozdíl od sedmi bolestí Panny Marie, není sedm jejích radostí příliš známo. Kdo ví, proč si křesťané oblíbili hlavně utrpení a smutek? Skoro jako by bylo hřích se radovat... Kostelů a kaplí, zasvěcených sedmi radostem Panny Marie, by se dalo napočítat na prstech jedné ruky. A poutní kostel s tímto zasvěcením je u nás jediný – v Malých Svatoňovicích.*

**Z**novu se při našich toulkách k pramenům a studánkám setkáváme s fenoménem posvátného čísla sedm. Poprvé to bylo v Sedmihorkách a dnes tady v Malých Svatoňovicích. Jak uvidíme, zdejší poutní místo je sedmičkou opředeno a to bylo jistě i důvodem k přiřčení kostela tomuto číslu. A snad proto, že místo je tak plné života a tak spojené se znovuzrozením a zmrtvýchvstáním, tak silné a radostné, nešlo jinak než věnovat ho radosti. Tak s radostí vzhůru na cestu!

## Uhelná voda

Malé Svatoňovice nalezneme v Královéhradeckém kraji na svazích Jestřebích hor poblíž Úpice. Oblast byla ještě nedávno významným nalezištěm černého uhlí, které se tady těžilo už od 16. století. Zajímavé je, že ve středověku se uhlí zpočátku nepoužívalo v kovářských výhních a krbech. Tam bylo preferováno tradiční dřevěné uhlí, které tolik nekouřilo. Většina uhlí neboli „hořlavého kamene“ se jen páčila na volném prostoru a popelem se pak hnojila pole. Těžba uhlí sem na Trutnovsko přivedla řadu osadníků, kteří začali užívat i zdejší vodu. Havíři vždy věděli, že tzv. skalní či uhelná voda vytékající z uhelných dolů je nadmíru zdravá a léčivá.



V tomto empirickém poznatku se dají hledat racionální i esoterické vlastnosti vody. Dnešní rozum nám říká, že čištění vody přes uhelné filtry je jedním z neúčinnějších způsobů absorpčního čištění tekutin. Zachycují se tak organické i anorganické příměsi. A tak i u vody, prosakující uhelnými slojemi, se dá předpokládat extrémní čistota. Přístup k takovému zdroji pitné, nekontaminované a tekoucí vody musel být obrovskou výhodou zejména v obdobích častých středověkých epidemií. Není tedy divu, že vody zdejších pramenů byly ceněné a hojně užívané.

## Studánka

Ze složitého geologického podloží tady v místě zvaném Studánka odedávna tryskal pramen, vytékající původně ze sedmi puklin ve skále. Lidé sem chodili pro vodu, která tu tekla i v nejparnějším létě. To „pravé“ a zázračné poutní místo tady vzniklo ale až v roce 1715. Podle pověsti to bylo takto:

„Místní sedlák Václav Šrejber zavěsil na uschlou třešeň nad pramenem dřevěnou sošku Panny Marie s Jezulátkem. A stalo se, že sedm let suchá třešeň příští jaro znovu obrazila na sedmi

větvích a rozkvetla na svátek Jana Křtitele, aby na ní na svatého Václava v září dozrály třešně. Zpráva o této události se brzy roznesla a lidé spěchali ke studánce a prosili Pannu Marii o uzdravení. “A jak to tak bývá, s vírou a slávou rostlo i sedm sil zdejší vody. Dostavily se první zázraky a podivuhodná uzdravení. V dalších letech byla studánka vyzděna, byla postavena kaple a zanedlouho vznikly i první lázně. Zpočátku jen prosté dřevěné kádě, později i zděné budovy. A časem vznikly i pravé hydroterapeutické lázně podle fenomenálního vzoru Vincenze Priessnitzze. Postupně vyrostly další budovy a příbytky lidí, kteří se živili službami poutníkům i provozem lázní. Nakonec tak vznikla osada, zpočátku patřící k Velkým Svatoňovicím a po osamostatnění nazvaná Malé Svatoňovice. Pověst o vzniku pramene se dostala i do zpodobnění obecního znaku, společně s hornickými kladívky.

Malé Svatoňovice byly srovnávány s nedalekým a věhlasným poutním místem Vambeřicemi a poutníci se jen hrnuli. Postupně se rozšiřoval a zveleboval i kostel Sedmi radostí panny Marie. Jak řečeno – poutní kostel s tímto zasvěcením je jediný v Čechách. Jako by tady aspoň jednou bylo odmítnuto to obvyklé spojení pramenů s Pannou Marií Sedmibolestnou. Tady panuje radost místo mečů v srdci. O to je místo příjemnější a účinnější. Vždyť radost tak napomáhá smíchu a optimismu a ten zas podporuje vůli se uzdravit! A radost z radosti druhého člověka se zdvojnásobuje a je veskrze pozitivní a vstřícnou energií. Aby té radosti v Malých Svatoňovicích nebylo málo – ve svahu nad osadou byl zřízen (a dnes je opět obnoven) Mariánský sad s kapličkami, opět zpodobňu-

jícími zmíněných sedm radostí. Sedm zastavení na romantické a klikaté stezce k vrcholu je tady ale doplněno i klasickou křížovou cestou Ježíšova utrpení a nahoře na vás (radostně) čeká boží hrob. Velmi zvláště se tu tedy prolíná radost a utrpení, život a smrt, smích a smutek. Tohle propojení je až šokující a velmi silné, a to vůbec nemusíte být křesťansky věřící. Máme chuť si vybírat jen tu radost, ale jak oddělit světlo od stínu?

### *Voda se skrývá v kapli*

Pramen se dnes ukrývá ve veliké zděné kapli za kostelem. Do kaple se nedá vstoupit, nejen proto, že je uzavřená mřížemi, ale hlavně proto, že její podlahu či spíše dno tvoří veliký bazén, kdysi snad sloužící přímo ke koupelím. Stěnu kaple zdobí velká mozaika zpodobňující zdejší pověst, tedy Marii s Ježíškem na pozadí rozkvetlé třešně. Voda vytéká ze symbolických sedmi trubic a přepadává do bazénu. Do kaple je dobře vidět velkými, ač zamřížovanými okny. Voda je už od pohledu ledová a plní i prostor kaple studeným vzduchem. Přijďte-li ke kapli v pravý čas, tedy v létě

někdy kolem třetí odpoledne, dostane se slunce do té správné polohy, aby jedním z oken zasvítlo dovnitř a odrazilo se od rozvládnuté vodní hladiny přímo na obraz Panny Marie. Lesklá sklíčka mozaiky se pak rozehrají blyštivým divadlem, a snad se vám tak jako mně podaří zahlédnout, jak na vás Panna Maria vesele mrká očkem. K nabrání a pití vody slouží samostatný vývod, který je přístupný v čele kaple. Voda v tomto vývodu neprochází bazénem, a není tedy kontaminována řasou, prachem ani nečistotami, které můžete vidět uvnitř v nádrži. Vedle barokní pramenné kaple stojí ještě další méně nápadná kaplička – s plastickým zpodobněním výjevu z Lurd – tedy Panny Marie Lurdské a svaté Bernadety. Zvláštností je, že tato plastika je zdobena množstvím araukaritů, což je zkamenělé dřevo přesliček, které se ve zdejší oblasti dá hojně nalézt.

### *Lázně*

Už v roce 1736 doktor Částka zdejší vodu přirovnává k „tinktuře z dobývaného uhlí, v důsledku čehož má zdejší voda trávící, změkčovací, posilující, rozpouš-



těcí, zvlhčovací, otevírající, jemně stahující a dohromady také balzamující sílu posilovat zvnějšku údy“.

Léčilo se tady kde co. Pochopitelně hlavní důraz byl kladen na hydroterapii dr. Kneippa a Vincenze Priessnitze. Jako u řady dalších vodoléčebných lázní, zažily i Malé Svatoňovice časy slávy a pozdějšího pomalého úpadku. Víru v Boha i hydroterapii nahradily zdánlivě účinnější medicínské techniky, léky a lékařské postupy. Hydroterapie a voda nikdy neztratila svou účinnost, ale moderní pacienti chtěli stále rychlejší, méně namáhavé a spolehlivější prostředky. Lázně zanikly v meziválečném období, jistě i proto, že soužití s uhelnými doly a haldami hlusiny jim moc nesvědčilo. Zvláště když se začala razit dědičná štola Kateřina, která ústila přímo ve svahu nad kostelem, a jejíž zrekonstruovaný portál si dnes můžete prohlédnout při stoupaní k Mariánskému sadu. Naštěstí byla ražba štoly Kateřina brzy zastavena a pozornost horníků se opět upřela mimo území osady. Zbytek štoly Kateřina dnes slouží jako další zdroj pitné vody, který kromě jiného napájí i vodotrysk na náměstí u kostela.

Důležitým okamžikem v životě nejen zdejších lázní byl dozajista konec 19. století, kdy tady působil jistý MUDr. Antonín Čapek s chotí, a to byl důvod, proč se v Malých Svatoňovicích narodil a prožil část dětství i jeho syn Karel. Spo-

lu s bratrem Josefem (rodákem z nedalekého Hronova) tady ve Svatoňovicích mají muzeum. Kéž bych mohl říci, že pití zdejší vody podporuje zrození a talent geniálních spisovatelů, ale sám na sobě to bohužel nemohu potvrdit...

## *A konečně voda samotná*

Přes všechny lidské zásahy a ohrožení pramene hlubinnou těžbou uhlí pramen vytrval na svém místě a voda je stále mimořádně skvělá. Obsahuje železo i ledek, je mírně radioaktivní a má stálou teplotu osm stupňů i poměrně stabilní průtok. To svědčí o hlubinném původu vody, která strávila v podzemí dlouhý čas. Pro senzibilní či alespoň nepředpojaté návštěvníky se tady nabízí extrémně silné energie Země. Strukturální klastry zdejší vody obsahují homeopatické koncentrace atomů uhlíku, jednoho ze základních stavebních kamenů života. Tím se zdejší voda stává skutečnou esencí spojení vody a země a to jí dává neobyčejnou schopnost regenerovat a léčit zejména bazální potíže skeletu, a všech pojivových tkání vaziv a chrupavek. Další „samozřejmostí“, se kterou se setkáváme u všech hlubinných pramenů, je kvalitní odstranění všech předchozích doprovodných programů uložených ve vodě. Destrukce všech informačních klastrů je automatickým důsledkem dlouhého pobytu vody v podzemí. Jak už dávno víme, to dává vodě studánek

a pramenů schopnost hladově přijímat informace. Tzv. „nepočatá“ voda, (tedy ta, která se nabírá před východem slunce, a ještě tedy nespátřila denní světlo), to je voda s maximální schopností přijímat přání a prosby. Jinak řečeno, taková voda se dá nejnázne programovat novým programem přání či víry. Sedmička zdejších pramenů v sobě nese sedm základních energií, tvořících zdravé a harmonické prostředí pro vznik života. Voda bude pravděpodobně vynikající na celkovou detoxikaci a čištění organismu, podporuje stabilitu fyziologické rovnováhy, ženám i mužům voda může pomoci s početím, příznivě podporuje i vztahy mezi partnery. Radioaktivní radon ve vodě příznivě podporuje fyziologické procesy a regeneraci tkání, provokuje imunitní systém a poslouží i ke zlepšení mozkové činnosti, dokonce podporuje i inteligenci. Navíc tady voda společně se zemskými energiemi dává člověku šanci k návratům k normálním funkcím mozku a správné časování biorytmů. Člověk tady v Malých Svatoňovicích přispěl vodě programem propojení s radostí a to byl krok mimořádně šťastný. A tak v cinkotu vody na přepadech pramenů můžete slyšet smích radosti, který zní stále, a to i při vědomí strastí, které jsou a přijdou. Krásné a optimistické poselství pro všechny.

Jiří Škaloud  
foto autor a H. Škaloudová  
[www.putujici.cz](http://www.putujici.cz)

### **Roska – časopis České multiple sclerosis společnosti**

**vydává:** Unie Roska, Česká MS společnost, Senovážné náměstí 2, Praha 1, tel./fax: 224 267 198 / **e-mail:** [roska@roska.eu](mailto:roska@roska.eu) / [www.roska.eu](http://www.roska.eu) / vyšlo v prosinci 2017/ **dotováno:** Ministerstvem zdravotnictví ČR / **redakční rada:** Ivana Rosová, Ing. Jaroslav Zika, RNDr. Kamila Neplechová, Ph.D., Ing. Jiřina Landová, Jitka Večeřová, Miriam Svatá, Ing. Veronika Borkovcová/ **grafická úprava, sazba:** Jan Kuchař / **výtvarník:** Jaroslav Bezděk / **korektura:** Kateřina Krobová / registrace: MK ČR 7175, temat. skupina 10 D (B3), ISSN 1211–4030



*Rekondice Kladruby, září 2017, Roska Praha*



*příloha*

# **Jaké bylo, je a bude naše zdravotnictví?**





Jsem lékař, je mi dvaosmdesát. Mezi námi jsou i starší a informovanější. Můj život nebyl nijak mimořádný, ani mé názory nepřinášejí nic nového. Nicméně přežil jsem všechny naše dosavadní prezidenty s výjimkou dvou posledních, přežil jsem druhou světovou válku, období vlády jedné strany a zažívám vlády, které se nějak nemohou dohodnout, jak by mělo být. Nejsem nespokojen s pluralitní demokracií, avšak opakovaně se zklamávám v některých lidech. Nemůže mě uspokojit názor profesora Koukolíka o uplatnění úspěšných psychopatů. Asi má, žel, pravdu.

Po celou životní dráhu jsem byl a jsem dosud konzumentem veřejné zdravotní péče a od roku 1960 také jejím poskytovatelem. Jinými slovy – pokud jste si přečetli nadpis a očekáváte cosi neobvyklého, převratného, dramatického či dokonce pikantního, učiníte nejlépe, když nebudete v četbě pokračovat.

### *Co jsem vylovil z paměti?*

Můj otec byl zaměstnán v kovovýrobě jako zámečník, matka od mého narození pracovala v domácnosti. Zdravotní pojištění otcovo se vztahovalo na všechny členy rodiny, za léky se však platilo. Zřejmě to

nebyly nějaké horentní sumy, nevzpomínám si, že by někdy matka, vládnoucí rodinnou pokladnou, zehrala. Mlhavě si vzpomínám, že za první republiky fungovala Masarykova liga proti tuberkulóze. Onemocnění, které by dokázalo i svými tehdejšími postupy – dietoterapií a klimatickou léčbou (proslulé tatranské léčebny!) likvidovat finančně nejen jedince, ale i celé rodiny. Kauzální léčba nebyla známa, první účinné antituberkulotikum streptomycin spatřilo světlo světa až v roce 1944. – Se zánikem první a druhé republiky, ba ani za okupace, se pojištění nezměnilo. Chodili jsme „na pokladnu“ se sestrou např. i na tehdy oblíbené horské slunce. Situace byla prakticky stejná až do roku 1948. Od nástupu komunistů k moci se stala veškerá zdravotnická péče bezplatnou. Ideál krásný. Lze si představit opatření humánnější a sociálněji? Navíc každý člověk měl svého obvodního (většina zaměstnanců závodního) lékaře. Vznikaly OÚNZ a KÚNZ a systém okresních či krajských odborníků, na něž se mohl lékař z nižších etáží systému obracet o rady. I lázeňská péče byla indikovaným nemocným poskytována zdarma. Bylo zavedeno a postupně upravováno povinné ochranné očkování proti závažným nemocem (difterie,

tetanus, pertuse, tuberkulóza, poliomyelitis), které nepochybně zachraňovalo životy a zdraví mnoha občanům. Dnes je tento stav kritizován jako omezování osobní svobody. Věc názoru. Systém byl tehdy ufinancovatelný státem, a tudíž schopný provozu.

Jenže:

Pro členy nejvyšších politických kruhů začal fungovat tzv. Sanopz. Tito lidé přece nemohli čekat před ambulancemi, případně sdílet pobyt na běžných nemocničních pokojích s ostatními pojištěnci. I umírat museli v lepších podmínkách. (O Sanopzu se ve výuce nikdy nemluvilo ani nepsalo.)

Kvalita a erudice všech lékařů nebyla totožná. Stávalo se, že nemocný nebyl spokojen se svým obvodním lékařem. Mohl se přeregistrovat k jinému, k němuž měl důvěru.

Tyto dvě uvedené výjimky by zaváděný systém nemusely ničit. Ale byly tu přinejmenším dvě okolnosti další. První z nich měla (a má dosud) povahu objektivní. Veškerá zdravotní péče se zdražovala, zdražuje a bude zdražovat i nadále. Začalo se šetřit. Pokud by se úspory týkaly neplýtvání – v pořádku. Do této kategorie spadalo i omezení preskripce tzv. vzácných antibiotik. Pojmenování trochu nešťastné. Ta zůstala vyhrazena pro mimořádně závažná onemocnění. Bylo to opatření racionální,

bránící vzniku multi- a polyrezistentních bakteriálních kmenů, proti nimž není účinná léčba. Nikde na světě.

Dalším, už nešťastným krokem pro šetření bylo omezování přístrojového vybavení pracovišť. Nejméně a nejhůře vybavené jsou ještě dnes pohotovostní ambulance praktických lékařů. Pravda je, že systematickým tlakem na nadřazené složky bylo možno získat i třeba nekvalitnější (i nejdražší) západní přístroje. Jednak to stálo spoustu energie, jednak to vyžadovalo znalosti. Tak docházelo k nerovnoměrnému rozvoji.

Závažnější bylo a je dosud šetření na platech všech zdravotníků bez výjimky. (Ponechávám stranou tragicky nízké odměny učitelů všech stupňů. Hodnocení jejich společenského významu ve formě platů je zcela nedůstojné. Pokud chceme zachovat i pro budoucnost slušnou vzdělanost populace, měla by se průměrná odměna skokově zvýšit na dvojnásobek. – Kde na to vzít? Třeba mírně snížit platy ve finanční sféře, nepochybně velmi „produktivní“ oblasti. Anebo si nepřidávat tu o 5 %, tu o 10 % ve státní administrativě a ve volných orgánech, ač je na to „nárok“. Nikdy jsem nepatřil mezi lékaře, kteří si stěžovali na výši odměn za práci. V roce 1960 jsem nastupoval se základním platem 1100 Kčs a za noční službu všedního dne od 15.30 do

3







7.00 jsme měli 17 Kčs hrubého. Manželka, rovněž lékařka, na tom byla obdobně. Dovolili jsme si tři potomky. Na trabanta jsme se vzmohli v roce 1969. Na poukaz se sice dlouho čekalo, ale byl levnější než dnes. Pokud se pamatuji, stál 21 000 Kčs. Všichni absolventi vysokých škol měli podmínky zhruba stejné.

Trochu se dalo přivydělat na tzv. pohotovostních nočních, nedělních a svátečních službách. Znamenalo to také pro zkušenosti a erudici plus, ovšem za cenu minusu ve vztahu k vlastnímu zdraví a péči o rodinu. Nedávno jsem odhadl, že za 52 léta práce ve státním zdravotnictví mi bylo odpracovat cca 2400 služeb všedních a mít rozbitých 800 víkendů a svátků. Nestěžuji si, jen konstatuji. Obor jsem si vybral a byl jsem spokojen.

Někteří kolegové už tehdy v 60. letech viděli trochu za hranice a situaci řešili někdy nelegálním, jindy s požehnáním úřadů, odchodem na Západ. Po potlačení „pražského jara“ byla vlna výraznější a nejnápadnější a s nejhoršími důsledky pro domácí zdravotní péči se emigrace projevila po „sametu“. Nic nenamítám proti přechodnému pracovnímu pobytu jinde za účelem získání rozhledu a zkušenosti, ale tito lidé by se měli vracet domů. Což se děje, bohu-

žel, ojedinele.

Únik lékařů na bližší či vzdálenější Západ má dva následky. První je skutečnost, že lékařské fakulty sice vychovávají dost lékařů, ale každoroční odchod části absolventů bezprostředně po promoci či ještě před získáním I. atestace vede k jejich trvalému nedostatku především v neatraktivních místech. Druhým důsledkem je plynulé zvyšování průměrného věku lékařů zde pracujících. Vychováváme mladou nadějnou generaci pro jiné. Příchody k nám např. ze Slovenska či z Ukrajiny nestačí úbytky kompenzovat.

Neodcházejí jen lékaři, ale za „lepší“, byť třeba jen do blízkého příhraničí, se ztrácejí i zdravotní sestry. Z obou profesí, které se stávají nedostatkovými, vyplývá odpověď pro kritiky, tvrdící, že naše zdravotnictví bylo a je špatné. Kdyby tomu tak bylo, neobjevovaly by se opakované nabídky zaměstnání lékařům a sestřím v cizině i v našem tisku. Úroveň našeho zdravotnictví má dobrou pověst.

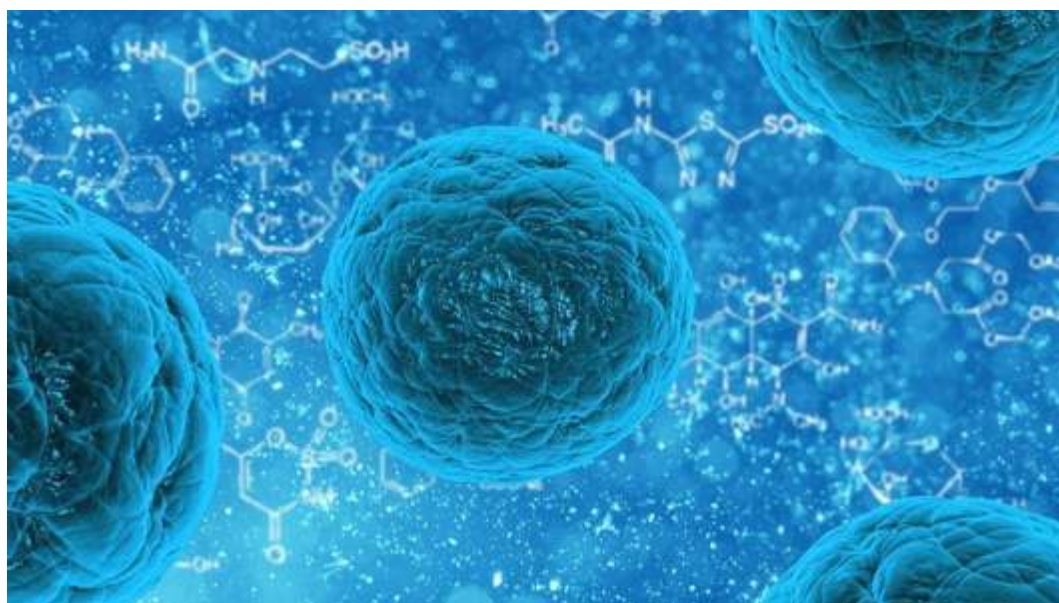
#### *Výchova zdravotních sester a laborantů*

Bývala čtyřletá. Obory byly zdravotní sestra, dětská sestra a zdravotní laborant.

Vzdělávání bylo jednak teoretické, posléze probíhala v posledních ročnících praxe. Sám jsem v letech 1965–2006 vyučoval vnitřní lékařství, byly tam všechny hlavní klinické obory. Existovaly osnovy, ale bylo dost prostoru pro přihlídnutí k současné potřebě. Vyučovali zkušení klinikové. Vzdelávání končilo maturitou. Domnívám se, že takto vzdělané sestry nebyly připraveny nedostatečně. Menší část z nich se pokusila o přijetí na lékařské fakulty, některé prošly úspěšně přijímacím řízením a o několika z nich jsem měl zprávy, že se jako lékařky posléze dobře uplatnily. Je pravda, že dnešní nároky na kvalifikaci jsou větší, než bývaly např. před 10–20 či více lety. Tento deficit by bylo možno odstranit jednoroční profilizací na zvoleném oboru pod dohledem zkušené staniční či vrchní sestry. Především by šlo o seznámení s moderní diagnostickou a léčebnou technikou. Prosazování vysokoškolského studia a dosažení titulu bakalář bylo podle mého názoru nedomyšlené. Mimo jiné i proto, že se o titul Bc. ucházely maturantky z gymnázií, které neměly do té doby žádný vztah ke zdravotnictví. Nyní se sice požadavek délky vysokoškolského vzdělání pro ně zkrátil; nicméně vznikl pěkný guláš. V praxi jsou (a než odejdou ty starší do důchodu, tak dlouho budou) zdravotní sestry minimálně s trojím stupněm vzdělání.

Vzdělávání lékařů na lékařských fakultách bylo a je dosud šestileté. Nemohu úroveň z doby 1954–1960, kdy jsme studo-

vali na Fakultě všeobecného lékařství UK (dnes 1. lékařská fakulta) v Praze, srovnávat s ostatní Evropou a se světem. Menší osobní porovnání umožnily kontakty s tehdejší NDR a SSSR. Nemohu tedy chválit ani hanět. Protože však většina našich tehdejších profesorů a docentů „dozrávala“ buď ještě za první republiky, nebo za doby bezprostředně po válce, lze odhadnout, že nebyli špatní a poznamenání režimem příliš. Mnozí však už měli negativní osobní zkušenost a byli nuceni své názory obhajovat. Navzdory tomu, že se spousta našeho času ztratila bezduchou výukou tzv. marxismu-leninismu a nás mužů ještě tzv. vojenskou přípravou (po 4 roky celý 1 den v týdnu!), asi jsme se vyučili slušně. Jak jsem předeslal, byl o absolventy našich lékařských fakult v zahraničí zájem. Distribuce na volná lékařská místa byla prováděna direktivně z centra, vybírat si bylo možné jen v omezeném rozsahu. Mělo to následky dobré i špatné. Tím dobrým byl fakt, že byla pokryta celá republika lékařskou péčí celkem slušně. Negativ však bylo víc. Ne každý absolvent se mohl uplatnit v oboru, který by si při svobodné volbě vybral. A v místě, kde by chtěl pracovat. Důsledkem mohlo být i rozhodnutí při nejbližší příležitosti emigrovat. Postgraduální vzdělávání spočívalo ve skládání atestačních zkoušek v oboru, byly dva stupně. První atestaci bylo možno skládat nejdříve po 3 letech, druhou pak po stejné době. Druhé atestaci byla postavena na roveň specializační atestace



z podoboru. Sám jsem absolvoval všechny tři. Byli i lékaři, kteří v průběhu času obor měnili, např. ze zdravotních důvodů. Takže měli třeba atestace čtyři. Složení atestační zkoušky bývalo předpokladem pro zvýšení finanční odměny, těch vyšších pak pro dosažení vyšší funkce.

Nebylo neobvyklé, že pacient, který chtěl pro sebe získat nějakou výhodu (což ale bylo někdy sporné!), nabídl lékaři určitou formu úplatku. Finančního nebo věcného. Sám jsem byl po škole rozhodnut vše odmítat. Dařilo se mi to do té doby, než jsem odmítl přijmout od starší propouštěné pacientky plnicí pero po jejím manželovi. Vedlo to k nepohodě a k recidivě infarktu, nikoliv k propuštění. Mohu však prohlásit, že jsem žádný finanční obnos jako úplatek nikdy nepřijal. Prosím však o pochopení jiných. Lékaři jsou také jen lidé a mnozí svodu podleli. Ale nikdy korupce nedosáhla částek, které se pod tímto slovem skrývají dnes. A ne ve zdravotnictví.

Za minulého režimu nebylo obvyklé, nebo spíš bylo nevhodné a neobvyklé, aby se pacientovi (na rozdíl od jeho blízkých příbuzných) sdělovala pravda o případné nevléčitelnosti choroby, již trpěl. Tak zvaná milosrdná lež. Každému normálnímu člověku zněla diagnóza fatální nemoci velmi špatně. To trvá samozřejmě dodnes. Jenže čas oponou trhnul a dnes je situace z mnoha důvodů jiná. Sám jsem měl od začátků svého působení problém sdělit pacientovi infaustní diagnózu. Ale lhát se mi nechtělo. Od dětství jsem byl veden k pravdomluvnosti a otevřenosti. Takže se mi dařilo situaci řešit obcházením skutečnosti, pokud to šlo. Bylo nejlépe, když se nemocný spokojil s informacemi, jichž se mu dostalo do té doby. Pokud se však tázal zcela konkrétně, nedokázal jsem lhát. Tu přišlo i na možnost diagnostického omylu, možnost objevení nových racionálních způsobů léčby atp.

Ze slovníku lékařů doporučuji zcela vymýtit „nemám čas pohovořit s pacientem“. Vůbec to totiž není pravda, protože výslech nemocného stran jeho soužení, tedy anamnéza, je předpoklad a nutná podmínka

pro další postup. Může jít, pravda, v perakutních případech o několik vět, ale rozhovor s pacientem zůstane základem. (Nejhorší situace pro lékaře vznikne tehdy, když mu do ordinace přinesou bezvědomého. To ví každý, kdo to zažil.)

Zásadně nesouhlasím s tím, aby se na půdě kterékoliv lékařské fakulty pěstovala a vyučovala tzv. tradiční čínská medicína. Ta je na hony vzdálena modernímu vědeckému lékařství a znamenalo by to návrat zpět možná o víc než století. Proti akupunktuře jako pomocné metodě, kdy selhávají obvyklé postupy, např. při jinak neztížitelných bolestech, nic nemám. Byť by třeba šlo o efekt psychoterapeutický. Ale léčit „tradičními čínskými postupy“ zhoubný nádor? Nebo infekční nemoci? To snad ne!

Jak bude dál, to lze jen odhadovat. Minulé zdravotnictví mělo ve svém vývoji nepochybně chyby. Bylo však státní, jednotné co do financování, a mezi jednotlivými stupni existovaly vazby. Po roce 1989 dochází k podstatným změnám. Větší část péče, hlavně nemocniční, zůstala v rukou státu (či krajů, obcí), menší část byla zprivatizována. Do dění výrazně zasáhla a zasahuje stále finanční účast zahraničních firem a společností. Radikálně se změnil systém odměňování, vznikla řada zdravotních pojišťoven. (Nevím, proč je jich tolik. Dle mého názoru by stačily dvě, aby si mohly konkurovat. I dnes je jejich soutěžení sporné. A jejich aparát je placen.) Čili dosavadní systém se rozpadl.

Pro řešení vzniklé situace je třeba vycházet ze současných předpokladů:

1. Lidský život se prodlužuje, populace stárne a ještě nějaký čas stárnout bude. Příčinou je pravděpodobně zdravější způsob žití, ale jistě také lepší diagnostická a léčebná péče.

2. Zlepšená péče je současně dražší a je téměř jisté, že se bude v souvislosti s vědeckým a technickým rozvojem i nadále zdražovat.

3. Je-li už dnes zdravotnictví personálně



cítí diskriminováni. Jejich požadavky lepšího ocenění jsou oprávněné.

Co se týká vztahu mezi lékaři a sestrami (i laboranty), je zřejmé, že se tyto kategorie navzájem potřebují. Domnívám se, že by měl být průměrný příjem středních zdravotnických pracovníků zhruba na úrovni 2/3 odměny lékařů.

Tím se dostávám k úvaze, kde na to vše brát. V zásadě jsem už něco nadhodil, něco by mohlo zůstat jako dosud. Ale je třeba se trochu vrátit. Někdy asi před 50 lety si kdosi vymyslel (a nedomyslel), že za recept vystavený lékařem se bude v lékárně vybírat 1 Kčs. Z dnešního pohledu suma směšná. Pojištěnce to vedlo k logické úvaze: „Pane doktore, když mi už píšete ten anavenol (nebo cokoliv jiného), tak mi tam připište něco proti bolestem hlavy (zubů nebo čokoliv).“ Lékař pravděpodobně vyhověl. Navzdory výběru onoho manipulačního poplatku stouply náklady na léky mnohonásobně.

U nás byly před pár lety zavedeny poplatky za ambulantní ošetření běžné (30 Kč), v režimu pohotovosti (90 Kč) a za den pobytu na lůžku v nemocnici (100 Kč). Neznámo z jakých pohnutek byl ponechán poplatek za ošetření v pohotovosti. Ten bych doporučil rovněž zrušit. Ale platit za tzv. hotelové služby a stravu považuji za logické a správné. Oněch 100 Kč nepovažuji za takovou sumu, která by chudého důchodce měla likvidovat. A přínos pro nemocnice by byl značný. (Dokonce se domnívám, že pro konkrétního pacienta by nemusel být použit paušál. Existují přece rozdílné nákladné diety – mohlo by jít o sumu nižší, ale i vyšší. Přesné číslo by bylo akceptovatelnější.

Bohatí soukromníci, altruisté a podniky nechť nadále zakládají nejrůznější nadační fondy. Tyto aktivity lze pro závažné, chronické a invalidizující nemoci jen podporovat.

Nyní už jen pár slov na závěr

Jsem přesvědčením pacifista a antimilitarista. Však při prověrkách v roce 1970 jsem neuspěl právě s tvrzením, že se vztahy mezi

státy nemají řešit vojenskou silou. Myslím si to dosud. Následující úvaha je však bohužel jen teoretická, bez možného praktického přínosu pro nás a pro lidstvo jako celek.

Ve starém Římě byla dlouho prosazována zásada „Si vis pacem, para pacem!“. Chceš-li mír, připravuj mír. Platilo to do té doby, než se Římané cítili ohroženi sousedy. Nebo než se jim zachtělo zasahovat do svobody sousedních kmenů. Tehdy dali na zásadu protismyslounu: „Si vis pacem, para bellum!“. Chceš-li mír, připravuj válku. A od té doby bylo, je a bude válek nepočítaně. Bude-li totiž jediný vůdce, vládce, kalif či třeba i prezident, který bude cítit potřebu dělat pořádek v sousedních nebo i vzdálených zemích, nemůže být na světě mír. Tím spíš, že na zbrojení mnozí jedinci, kteří i v případě konfliktu nebudou ohroženi, vydělávají a vydělávat budou.

Nemám nic proti posilování tělesného i duševního zdraví a otužilosti mladých mužů formou vojenské služby. Nemusela by trvat 7 let, jak tomu bylo jeden čas za Rakouska, ale ani 3 roky, jak to měli v Sovětském svazu, ba ani 2, jak tomu bývalo u nás. Postačil by – dle mého – třebas půlrok. Ať se naučí cvičit, čistit si boty a zuby a zacházet s ručními zbraněmi a střilet do terče. Lze toho využít i ve sportovních disciplínách. Anebo když bude třeba zlikvidovat větší množství černé zvěře proti šíření afrického moru.

Představte si, že by začalo platit pravidlo Chceš-li mír, připravuj mír! Požadavky ministerstev obrany či války by klesly na minimum. Zdravotníci dosud vychovávaní pro války by byli využíváni jen při přírodních katastrofách, odpadly by náklady na léčbu a ošetřování ve válkách. Umíte si představit, kolik prostředků by (z)bylo pro financování zdravotnictví? A (z)bylo by dost i na školství a kulturu!

Srpen 2017

MUDr. Ladislav Rosa, CSc.