

Editorial.....	3
<i>Cyril Höschl</i>	

Z prací členů ČLA / CMA members' contributions

Postavení klinické imunologie a alergologie mezi tradičními lékařskými obory a přínos Ústavu imunologie UK 2. LF do problematiky oboru.....	5
Status of Clinical Immunology and Allergology among traditional medical disciplines and the contribution of the Department of Immunology of the Second Faculty of Medicine, Charles University in Prague, to the problems in the field	
<i>Jiřina Bartůňková</i>	
Neurologie (včera) dnes a zítra.....	9
Neurology (yesterday) today and tomorrow	
<i>Josef Bednařík</i>	
Plicní cévní řečiště při hypoxii.....	11
Pulmonary vascular bed in hypoxia	
<i>Jan Herget</i>	
Historie, současnost a perspektivy revmatologie v České republice.....	13
History, present state and perspectives of rheumatology in the Czech Republic	
<i>Karel Pavelka</i>	
Příznivý účinek střídání pití vína na naše zdraví.....	18
The beneficial effect of temperate drinking wine on our health	
<i>Milan Šamánek</i>	
Emoce a neuropatolog.....	22
The Neuropathologist and emotions	
<i>František Koukolík</i>	

Přehledné články / Reviews

Magický boj sochaře F. X. Messerschmidta s psychózou.....	24
Magic struggle of sculptor F. X. Messerschmidt with psychosis	
<i>Michal Maršálek</i>	
The Demarcation Problem and Alternative Medicine.....	28
<i>Donald Gillies</i>	

Z činnosti ČLA / CMA Activities in the Czech Republic

Slavnostní koncert České lékařské akademie a Národní galerie v Praze.....	34
Gala concert of the Czech Medical Academy and the National Gallery in Prague	
<i>Jiří Strejček</i>	
III. mezioborový lékařský kongres České lékařské akademie: Emoce v medicíně.....	36
3 rd interdisciplinary medical congress of the Czech Medical Academy: Emotions in Medicine	
<i>Jiří Strejček</i>	
Klubová setkání členů České lékařské akademie.....	38
Meetings of CMA club members	
<i>Jiří Strejček</i>	

Víno na zdraví..... Wine for health <i>Jiří Strejček</i>	40
Výstava Život před narozením..... Exhibition of Life before Birth <i>Jiří Strejček</i>	41
Report of FEAM activities in 2010..... <i>Cyril Höschl</i>	42
O České lékařské akademii / About the Czech Medical Academy	
Přehled akcí České lékařské akademie 2010–2011..... Overview of Czech Medical Academy Events 2010–2011	43
Seznam členů České lékařské akademie..... List of CMA members	44
In memoriam.....	47



POJĎ SI PRO PŘESDRŽKU, VÍRE! TOHO BOHDĀ NEBUDE, A BYCH PŘED NĚJAKOU CHRÍPKOU UTÍKAL!



Toto vydání Revue České lékařské akademie pokračuje v tradici transdisciplinárního zaměření Akademie, v níž jsou zastoupeny téměř všechny obory medicíny. Některé z nich, jako neurologie (Bednařík), revmatologie (Pavelka) a imunologie a alergologie (Bartůňková), jsou zde představeny kolegům z ostatních „domén“ zvlášť, jiné prostřednictvím zajímavých problémů (fyziologie – Herget). V Revue se tak zároveň představují i autoři textů – mnozí z nich jako noví členové Akademie. Další část příspěvků je takřka jic univerzální, postihující otázky, jež jdou napříč celým spektrem oborů, často i mimo medicínu. Takovým nosným tématem byl i „leitmotiv“ posledního lékařského kongresu ČLA v Karlových Varech – Emoce v medicíně. Emoce jsou snad hlavní charakteristikou života, jež odlišuje „inteligenci“ přirozenou od umělé. Emoce, motivace, motorika, tedy vše, co má slovní základ odvozený od *moveo* (hýbu), je esencí života, tak jako *vis vitalis* těch, kteří věří, že živé hmotě je – na rozdíl od nerostné přírody – vdechnuto cosi navíc. Chápeme-li emoce, podobně jako bolest a dýchání, jako specifické charakteristiky života, musíme je zasadit do vývojového, přírodovědného, kulturního a společenského kontextu. O to se loni Česká lékařská akademie pokusila a není jistě přehnané označit tento pokus za něco, co tu ještě nebylo: emoce, nemoce a smrt, základní emocionální potřeby člověka, emoce a chování, emoce a postavení zdravotníka, emoce a politika, emoce a víra, emoce a umění, fyziologie emocí, farmakologie emocí, neuropatologie a emoce, emoce v diabetologii, emoce a perinatální medicína, emoce a srdce, emoce a nádory, emoce a chirurgie, emoce a psychiatrie, emoce a mozek. Taktó rozevřen byl tematický vějíř karlovarského kongresu obrovským a tajemným příslibem do budoucna, tématem, na něž by jak naši lékaři, tak badatelé, přírodovědci a myslitelé mohli i v příštích letech rozehrávat variace, jež by jako gejíry hypotéz mohly inspirovat k dalším a dalším nápadům, přitažlivým svou hravostí a zavazujícím svou závažností. Současná věda přináší lavinu poznatků o biologii emocí, o genetice, patofyziologii, klinice a léčbě afektivních poruch, o významu emocí při zpracování informací a o experimentálních průkazech nevědomí, jež sehrálo zásadní roli nikoli pouze ve Freudově učení. Nastává čas nejenom podivuhodné syntézy přírodovědného a spirituálního chápání lidského bytí, nýbrž i k přetavení mnohých z přicházejících poznatků do podoby využitelné v praktické každodennosti lékařského povolání. Také tímto úkolem je Česká lékařská akademie inspirována, což se zrcadlí i v ukázce s názvem „Emoce a neuropatolog“, zařazené do této Revue (Koukolík).

Obory medicíny a věd mají mnoho společných jmenovatelů: dilema vědeckého a pseudovědeckého přístupu ke světu, vedení důkazů, logiku objeovávání a metodologii. V této souvislosti je pozoruhodným článkem *The Demarcation Problem and Alternative Medicine*, jenž je přepisem úvahy, již Donald Gillies z University College (London) proslavil u příležitosti své loňské pražské návštěvy.

Na závěr připomeňme, že ČLA pořádá také pravidelná klubová setkání, ku škodě obecnstva nepřiliš navštěvovaná, o to však obsahově úchvatnější. Přední osobnosti naší medicíny na nich přibližují díla života své i jiných, někdy i umělců. Nezapomenutelné jsou přednášky Evžena Růžičky o tremoru Maxe Švabinského a Michala Maršálka o psychóze sochaře Franze Xavera Messerschmidta. Druhá z nich je v písemné podobě publikována v Revue, již právě držíte v ruce. Přeji pěkné počtení.

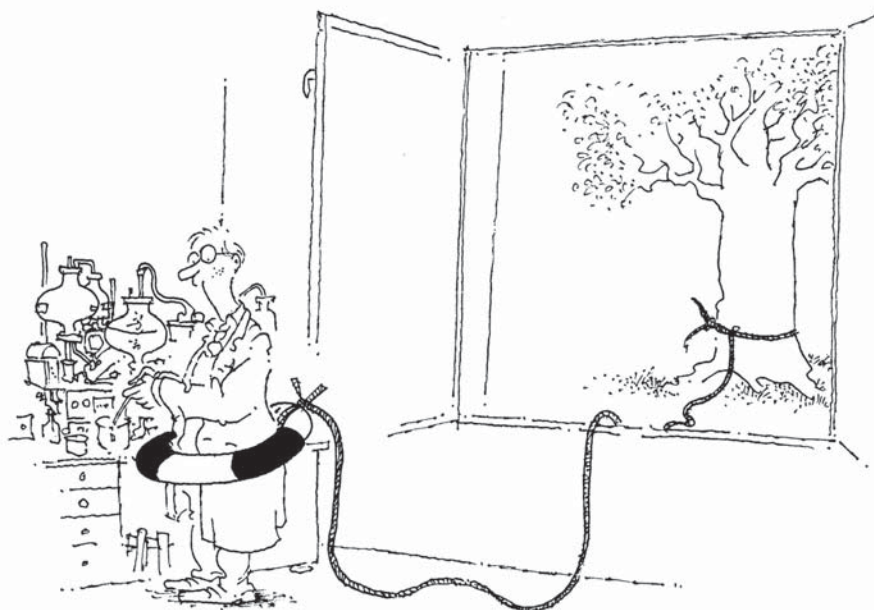
prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc., FRCPSych, FCMA
předseda České lékařské akademie

This issue of Revue of the Czech Medical Academy continues in the transdisciplinary tradition of the Academy, where almost all fields of medicine are represented. Some, of them such as neurology (Bednarik), rheumatology (Pavelka) and immunology and allergology (Bartůňková), are presented to colleagues from other „domains“ in particular, while others through the interesting problems (physiology – Herget). This way the Revue also presents authors of texts - many of them as new members of the Academy. Another part of the contributions is to say universal, concerning issues that penetrate across the whole spectrum of disciplines, often even beyond medicine. Such a central theme was the „Leitmotif“ of the last medical congress of the Czech Medical Academy in Karlovy Vary (Carlsbad) – Emotions in medicine. Emotions are probably the main attribute of life that distinguishes the natural „intelligence“ from the artificial one. Emotion, motivation, motor

skills, so everything which is semantically derived from the verbal base move, is the essence of life, like *vis vitalis* those who believe that living matter is - in contrast to the non-living nature - inspired something extra. If we understand emotions, as well as pain and breathing, as the specific characteristics of life, we should put them into their developmental, natural, cultural and social context. This is what the Czech Medical Academy attempted and it is certainly not an exaggeration to mark this experiment as something that was not here before: emotion, disease and death, the basic emotional human needs, emotions and behaviour, emotions and health care status, emotion and politics, emotion and faith, emotions and art, physiological and pharmacological basis of emotions, neuropathology and emotions, emotions in diabetology, emotions and perinatal medicine, emotions and heart, emotions and cancer, surgery and emotions, emotions and psychiatry, emotions and the brain. By this theme the Congress in Carlsbad opened a fan of mystery and promise for future, a theme which for physicians, researchers, scientists and thinkers would open the variations of hypotheses which inspire more and more ideas, appealing by its playfulness and binding by its severity. The current science provides knowledge about the biology of emotions, the genetics, pathophysiology, clinics and treatment of affective disorders, the importance of emotional information processing and experimental proof of unconsciousness, which played a crucial role not only in Freud's teachings. Now is the time not only for a wonderful synthesis of science and spiritual understanding of the human being, but also for a translation of our achievements into usable everyday practice of the medical profession. Also, this task is inspired by the Czech Medical Academy. This is partly reflected in the article titled „Emotions and Neuropathologists“ in this Revue (Koukolík).

Medicine and science have many common denominators: the dilemma of scientific and pseudo-scientific grasp of the world, management of evidence, logic of discovery, and methodology. In this context, pay attention to the article *The Demarcation Problem and Alternative Medicine*, which is a transcript of the speech of prof. Donald Gillies from University College London, which he gave at the occasion of his visit to Prague last year. In conclusion, it is to remind that the CMA also runs regular club meetings, to the detriment of the members not too attended, but with the breath-taking content. Leading figures of our medicine presented not only their work and lives, but sometimes also big stories about artists. Unforgettable were the lectures of Evžen Růžička about Max Švabinský's tremor and of Michal Maršálek about the psychosis of a sculptor Franz Xaver Messerschmidt. The latter is included in this Revue. Have a nice reading.

*prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc., FRCPsych. FCMA
Chairman of the Czech Medical Academy*





Postavení klinické imunologie a alergologie mezi tradičními lékařskými obory a přínos Ústavu imunologie UK 2. LF do problematiky oboru

prof. MUDr. Jiřina Bartůňková, DrSc., FCMA

Status of Clinical Immunology and Allergology among traditional medical disciplines and the contribution of the Department of Immunology of the Second Faculty of Medicine, Charles University in Prague, to the problems in the field

Úvod

Původně byla imunologie pouze laboratorní disciplínou a odděleně fungovala klinická odbornost alergologa. Poznanky z fyziologie a patologie imunitního systému a jejich aplikace do klinické praxe vedly v 80. letech k vymezení lékařské imunologie jako klinického oboru. Dnešní koncepce definuje alergologii a klinickou imunologii jako klinickou a laboratorní disciplínu, která se zabývá studiem, diagnostikou a léčením pacientů s onemocněními vyvolávanými poruchou imunitních mechanismů a situacemi, kdy imunomodulace tvoří důležitou část terapie nebo prevence těchto onemocnění. Specializovaná laboratorní diagnostika je nedílnou součástí oboru. I když tato koncepce v současné době vychází z mezinárodních dokumentů, je nutné poznamenat, že v této podobě se koncepce oboru v Československu rodila již koncem sedmdesátých let.

Do chorob vyvolaných poruchou imunitních mechanismů patří zejména alergie, imunodeficience primární a sekundární a autoimunitní onemocnění orgánová a systémová.

Samostatnou problematiku představuje nádorová a transplantační imunologie. Do odbornosti klinického imunologa patří také imunomodulační terapie těchto onemocnění ve spolupráci s ostatními odbornostmi.

Ústav imunologie UK 2. LF oslavil v říjnu 2010 15 let svého trvání. U této

příležitosti jsem se zamyslela nad oborem i přínosem našeho pracoviště pro jeho rozvoj.

Organizace oboru

Péče o pacienty, kteří charakterem svého onemocnění náleží do oboru alergologie a klinické imunologie, je od konce sedmdesátých let minulého století poskytována převážně ambulantně v příslušných specializovaných ambulancích a v případě potřeby nemocniční péče je řešena na příslušném odborném oddělení pediatrického nebo interního typu, které má zajištěnu péči specialistou oboru alergologie a klinické imunologie. Klinická specializace v oboru byla do roku 1981 možná pouze z alergologie. Od roku 1981 došlo k rozšíření atestačního oboru o další imunopatologické stavy a do roku 1995 se nástavbová specializace jmenovala Lékařská imunologie. Dnešní název Alergologie a klinická imunologie platí od roku 1996 a do současné doby atestovalo přes 400 lékařů.

V osmdesátých letech minulého století došlo na lékařských fakultách k osamostatnění ústavů imunologie, které byly součástí mikrobiologie. Studentům a lékařům se v devadesátých letech dostaly do rukou první samostatné české učebnice imunologie, na jejichž autorství nebo spoluautorství se pracovníci Ústavu imunologie v Motole aktivně podíleli.

Osobnosti české alergologie a klinické imunologie

Při bilanci vývoje oboru nelze nezmínit několik osobností, které se nejvíce zasloužily o rozvoj oboru v dnešní podobě. Česká alergologická škola má dlouhou tradici zahájenou dr. Liškou již v druhé čtvrtině minulého století, kterou rozvíjel a dosud rozvíjí jeho žák prof. MUDr. Václav Špičák, CSc. Jeho zásluhy jsou nedozírné zejména v organizaci péče o dětské alergiky, v koordinaci činnosti a vzdělávání alergologů a v současnosti rovněž v jeho aktivitě v České iniciativě pro astma (ČIPA). V Plzni založil alergologickou školu prof. MUDr. V. Zavázal. Česká klinická imunologie se formovala zejména na I. interní klinice Fakulty všeobecného lékařství v Praze, kde se o její vznik zasloužil doc. MUDr. Jiří Strejček, CSc. Na koncepci oboru, tak jak jej známe dnes, má největší zásluhu prof. MUDr. Terezie Fučíková, DrSc., dlouholetá přednostka Ústavu klinické imunologie I. lékařské fakulty. Klinická imunologická škola navazovala na tradici experimentální pražské imunologické školy představované zejména MUDr. M. Haškem a prof. MUDr. J. Šterzlem v Akademii věd a na pražské lékařské fakultě pak prof. MUDr. Ctiradem Johnem, DrSc. Konec devadesátých let 20. století je charakterizován zintenzivněním spolupráce akademických pracovišť s klinickými, a to zejména zásluhou předsedkyně České imunologické společnosti

a vedoucí Odd. imunologie Mikrobiologického ústavu AVČR prof. H. Tlaskalové. V Brně se o rozvoj klinické imunologie nejvíce zasloužil prof. MUDr. J. Lokaj, DrSc., který se také podílel na založení prvního registru pacientů s primárními imunodeficiencemi v ČR. Je potěšitelné, že všechny uvedené osobnosti vychovaly řadu svých nástupců, kteří pokračují ve stopách svých předchůdců a obor dále rozvíjejí.

Na 2. lékařské fakultě vzniklo Oddělení klinické imunologie při 1. dětské klinice pod vedením doc. Kasala. O rozvoj oddělení se posléze postarala MUDr. Stanislava Honzová. Od roku 1995 bylo Oddělení klinické imunologie sloučeno s fakultním Ústavem imunologie do jednoho společného pracoviště. Pod současným vedením dosáhl Ústav značných úspěchů v oblasti léčebně preventivní i výzkumné a v roce 2003 bylo pracoviště uznáno Americkou federací společností pro klinickou imunologii jako jedno ze sítě mezinárodních center zabývajících se klinickou imunologií.

V následujícím textu se pokusíme zhodnotit pokroky v jednotlivých hlavních disciplínách klinické imunologie v péči o pediatrické pacienty s důrazem na přínos Ústavu imunologie a dalších pracovišť 2. LF a FN Motol.

Alergické choroby

Alergické choroby se projevují jako systémové imunopatologické stavy, které vyúsťují u některých pacientů v symptomatologii lokalizovanou převážně do jednoho orgánu. Obvyklými projevy alergických chorob jsou alergická rýma, atopická dermatitida či ekzém a průduškové astma, vzácněji anafylaktické reakce.

Incidence alergických onemocnění v posledních dvaceti letech narůstá tak, že evropská Bílá kniha o alergiích označuje toto onemocnění jako novodobou neinfekční epidemii. V naší populaci se vyskytuje asi 20–25 % alergiků. V této skupině je nejvíce zastoupena alergická rýma (asi 1 milión postižených), atopická dermatitida (0,8 miliónu) a bronchiální astma (0,6 miliónu). Incidence alergických onemocnění tak vzrostla oproti stavu vycházejícímu z analýzy zdravotního stavu obyvatelstva na počátku osmdesátých let na více než dvojnásobek.

Jelikož je manifestace alergií podmíněna do značné míry zevními faktory, je v posledních dvaceti letech акцен-

ována snaha o výchovu a získání pacienta ke spolupráci. Jen s vlastní aktivitou rodiny alergika lze zajistit vyřazení či častěji omezení spouštěcích vlivů alergických chorob. V těchto aktivitách je velmi aktivní Česká iniciativa pro astma (ČIPA), založená v roce 1996. Z pracovníků 2. LF se na činnosti této organizace významně podílí doc. P. Pohunek jako její současný předseda.

Farmakologická léčba alergií zaznamenala v posledních letech zásadní změny. Nová generace antihistaminik nemá vedlejší sedativní účinky a zvyšuje komfort života alergiků. Ještě zásadnější změnou ve strategii léčby alergických chorob je zavedení topických steroidů. Tato změna přístupu k léčbě je dána poznáním zánětlivé podstaty alergických chorob a od její realizace se téměř nesetkáváme s pacienty hospitalizovanými na jednotkách intenzivní péče pro status asthmaticus a nevidíme iatrogeně poškozené děti, které byly díky svému alergickému onemocnění nuceny užívat systémové steroidy ve vysokých dávkách.

V osmdesátých letech byla objevena nová skupina léků, a sice anti-leukotrieny. Jejich objev umožnilo právě porozumění patofyziologickým dějům účastnícím se alergického zánětu. Našly si své místo v léčbě lehkého a středně těžkého perzistujícího astmatu. Začátkem tohoto století se do léčby alergií zavedla i biologická terapie, a to pomocí monoklonální protilátky proti IgE (omalizumab, Xolair). Současná indikace jsou těžší formy asthma bronchiale. Léčba farmakologická příznivě ovlivňuje alergické onemocnění, ale nemoc nevyhladí. Za jedinou kauzální léčbu alergických onemocnění je pokládána eliminace alergenů a alergenová imunoterapie. Alergenová imunoterapie je sice známa řadu let, ale v posledních dvaceti letech k nám byly zavedeny standardizované vakcíny, byl zdokonalen výběr vhodných pacientů i způsobů této terapie. Léčba je nyní lépe tolerována a přináší slibné výsledky, přesto představuje zatěžující sérii desítek injekcí a její dlouhé trvání, obvykle 3–5 let, může být provázeno i řadou nežádoucích účinků, včetně anafylaxe. To je důvodem hledání dalších, bezpečnějších i efektivnějších alternativ. Koncem roku 2010 byl uveden na trh perorální přípravek alergenové imunoterapie (Oralair).

Alergologie v Motole

Pediatrická alergologie byla na vyso-

ké úrovni zajišťována v rámci 1. dětské kliniky (doc. Petřů, prim. Honzová), nyní se na péči o dětské alergie podílí skupina lékařů Ústavu imunologie, 2. dětské kliniky (zejména astmatem se zabývají doc. Pohunek, doc. Suková) a 1. dětské kliniky. Péče o dospělé alergie je zajištěna lékaři Ústavu imunologie, problematice astmatu se věnuje plicní oddělení. Kožní projevy alergií, zejména atopický a kontaktní ekzém, řeší také Dermatovenerologická klinika. Péčí o děti s atopickou dermatitidou proslula zejména MUDr. Štěpánka Čapková. Na Ústavu imunologie je jedno z center léčby monoklonální protilátkou Xolair.

Imunodeficiency

Jako imunodeficiency se označují stavy, které vedou především k poruše jedné ze základních funkcí imunity, a to obranyschopnosti proti mikroorganismům. Proto je nejčastější klinickou manifestací imunodeficiency zvýšená náchylnost k infekčním chorobám. Nicméně poruchy imunitního systému mohou vést k velmi rozmanitým klinickým manifestacím včetně chorob alergických nebo autoimunitních. Pediatrie je doménou primárních imunodeficiencí, které představují vrozené poruchy imunitního systému způsobené poruchou genu(ů) kódujícího některé proteiny důležité pro funkci imunitního systému. Do současné doby byla objasněna molekulární podstata více než 100 vrozených imunodeficiencí a každoročně k tomuto seznamu přibývají další. Pro celkově nízkou incidenci těchto chorob vznikla v devadesátých letech v Evropě centra, která se zabývají molekulární diagnostikou jednotlivých primárních imunodeficiencí.

Incidence různých imunodeficiencí je různá od velmi častých (deficit IgA – cca 1:800) až po velmi vzácné syndromy. Na brněnském Ústavu klinické imunologie vznikl v polovině devadesátých let první registr primárních imunodeficiencí, který nyní tvoří součást evropského registru těchto chorob. V osmdesátých a devadesátých letech došlo v ČR k výraznému nárůstu případů primárních imunodeficiencí, což lze vysvětlit především úrovní diagnostiky, neboť v předchozích letech nebyly tyto choroby prakticky diagnostikovány.

Péče o děti s vrozenými

imunodeficiencemi v ČR a v Motole

Koncem sedmdesátých let a začátkem

osmdesátých proběhl poprvé v Motole porod do „igelitové“ bubliny dítěte s podezřením na těžký imunodeficit (ten se později neprokázal) a byly diagnostikovány první případy agamaglobulinémie. Vznik imunologických laboratoří a formování vzdělaných klinických imunologů vedlo v devadesátých letech k tomu, že byly v těchto letech diagnostikovány první případy závažných vrozených buněčných imunodeficiencí, jako je těžký kombinovaný imunodeficit (SCID) nebo syndrom deficeience membránových adhezivních glykoproteinů. O jejich diagnostiku se zasloužili současní pracovníci Ústavu imunologie 2. LF. Pacienti pak byli předáni k léčbě na transplantační jednotku II. dětské kliniky pod vedením prof. Starého, kde proběhla vůbec první transplantace hematopoetických kmenových buněk u pacienta s vrozeným imunodeficitem v roce 1994. Rozvoj transplantační jednotky v Praze-Motole umožnil transplantaci i několika dalším pacientům s primárními imunodeficiencemi s výsledky srovnatelnými se zahraničím.

Díky novému systému zdravotní péče s dostupností i drahých preparátů se mohli začít léčit pacienti s protilátkovými imunodeficiencemi (kteří byli sice již v předchozím období správně diagnostikováni, ale adekvátní terapie nebyla pro ně vesměs dostupná) intravenózními imunoglobuliny. Zavedení této léčby do praxe znamenalo zkvalitnění a prodloužení života těchto pacientů, kteří se v současné době dožívají dospělého věku.

Zamyšlení nad pokrokem v diagnostice a terapii primárních imunodeficiencí Etické problémy

Zlepšená úroveň diagnostiky a možnost terapie srovnatelné se zahraničím mají trendy v ČR s sebou nese některé problémy. Péče o pacienty s primárními imunodeficiencemi je náročná jak pro rodiče, tak pro ošetřující lékaře. Ve světě existují patientské organizace, které sdružují pacienty s primárními imunodeficiencemi. Podobná iniciativa vzniká i v ČR.

Jedinou možnou prevencí primárních imunodeficiencí je v současné době prenatální diagnostika v postižených rodinách. U první prenatální diagnostiky vrozeného imunodeficitu stáli současní pracovníci Ústavu imunologie ve spolupráci s gynekology 1. LF.

Obecně je pak na rozhodnutí rodičů, zda si prenatální diagnostiku přejí podstoupit a jaké bude jejich rozhodnutí o eventuálním přerušení těhotenství v případě pozitivního výsledku.

Ekonomické problémy

Léčba primárních imunodeficiencí je velkou finanční zátěží pro zdravotní systém. Transplantace kostní dřeně je plně hrazena ze zdravotního pojištění a stojí přibližně 1 milion Kč. Při alogenní transplantaci shodného sourozence je naděje na vyléčení kolem 90 %. Vzhledem k tomu, že většina českých rodin má nízký počet dětí, a tedy nemá vhodného dárce, transplantuje se buď od nepříbuzného shodného dárce, nebo haploidentického rodiče. Tím však narůstá řada komplikací, které jsou samozřejmě další zátěží pro pacienta i zdravotnictví a celková úspěšnost se snižuje na 50 %.

Léčba intravenózními imunoglobuliny představuje finanční zátěž cca 1300 Kč na každý 1 gram. Obdobně drahé jsou preparáty k léčení dalších primárních imunodeficiencí, např. rekombinantní růstový faktor G-CSF (Neupogen) nebo preparáty určené k léčbě hereditárního angioedému (z plazmy purifikovaný C1 inhibitor nebo inhibitory bradykininu) – jejich ceny se pohybují v desetitisících korun. Přes vysoké náklady na léčbu může léčený pacient vést normální život, a tím je z ekonomického hlediska pro společnost „levnější“.

Sekundární imunodeficeience

Sekundární imunodeficeience jsou velmi častá onemocnění s heterogenní etiologií. Nejčastější příčinou sekundární imunodeficeience ve světovém měřítku je podvýživa, na dalším místě pak infekce virem HIV. S tímto problémem se naštěstí v ČR, zejména v oblasti pediatrie, prakticky nesetkáváme. Díky očkování nejsou u nás problémem sekundární imunodeficeience navozené dalšími infekcemi kromě HIV, zejména spalničkami, které představují v některých rozvojových zemích častou příčinu úmrtí v dětském věku. Přejídný sekundární imunodeficit však může vzniknout po jakékoliv, zejména virové infekci a nedoléčená infekce vede k prohloubení a manifestaci tohoto imunodeficitu. V ekonomicky vyspělých zemích včetně ČR narůstají sekundární imunodeficeience navozené iatrogenními zásahy v důsledku zlepšené zdra-

votní péče v různých medicínských oborech – jsou jimi operace, imunosupresivní terapie po orgánových transplantacích a transplantace kostní dřeně, cytostatická léčba a ozařování onkologických pacientů. Jako imunodeficeience se mohou manifestovat i metabolické choroby, poruchy výživy a nádorová onemocnění zejména krevních buněk, které jsou nejčastějšími nádory dětského věku.

Obecně se dá říci, že dětských pacientů s různými formami sekundárních imunodeficiencí od lehčích po velmi závažné přibývá, ale heterogenita příčin neumožňuje vyčíslení incidence nebo prevalence těchto stavů. Jejich léčba závisí na vyvolávající příčině. Velkou roli by zde do budoucna měla hrát prevence, a to zejména u lehčích forem imunodeficiencí v důsledku nezdravého životního stylu mladé generace (více otužování, přiměřené fyzické aktivity, zdravé stravy apod.).

Autoimunitní onemocnění

Autoimunitní onemocnění jsou důsledkem abnormální imunitní reakce na vnitřní antigeny (autoantigeny), která vede k poškození tkání a orgánů postiženého pacienta. Autoimunitní choroby jsou převážně chronická onemocnění, nezřídka závažná a invalidizující. Autoimunitní onemocnění postihují asi 5-7 % populace, čímž se řadí mezi medicínsky velmi závažnou skupinu onemocnění. Sociální závažnost spočívá také v tom, že postihují většinou jedince mladšího věku a zejména ženy v reprodukčním období. Mohou začínat i v dětství. Autoimunitní choroby lze dělit na systémové, charakterizované autoimunitní reakcí proti orgánově nespecifickým autoantigenům a postižením více orgánů, a na orgánově specifické, u nichž dochází k autoreaktivitě vůči antigenům, jejichž exprese je omezena na určitý typ orgánu nebo tkáně. Hranice mezi jednotlivými skupinami není ostrá a je možná kombinace různých stavů.

Péče o děti s autoimunitními chorobami v ČR a v Motole

Zavedení speciálních laboratorních metod na detekci různých typů autoantitěl do klinické praxe, zejména po roce 1989, umožnilo detekci autoimunitních onemocnění i v dětském věku. Dětské pacienti nemívají zcela vyvinuté klinické příznaky, které by vždy odpovídaly diagnostickým kritériím. Typickým pří-

kladem je Sjogrenův syndrom, který byl považován za onemocnění středního a staršího věku, neboť jeho záchyt spadl do tohoto období projevy sicca (suchého) syndromu. Unikátní soubor pacientů, u nichž spadá diagnostika tohoto syndromu do dětského věku, byl shromážděn na Ústavu imunologie v Motole. Nejen pro tento syndrom, ale i pro jiné autoimunity, zejména systémové, platí, že laboratorními metodami lze většinu onemocnění diagnostikovat v počátečních stádiích nespecifických klinických příznaků, než dojde k ireverzibilnímu poškození organismu. Laboratorní metody dnes umožňují i v dětském věku rozlišení chorob, jako je Crohnova choroba a ulcerózní kolitida, zpřesnily se diagnostika a záchyt celiakie.

Pokud jde o klasická systémová onemocnění typu juvenilní idiopatické artritidy, lupus erythematosus nebo dermatomyozitidy, má Česká republika tradici v péči (včetně lázeňské péče) o tyto nemocné díky zakladatelským pracím dětských revmatologů prof. MUDr. S. Havelky a doc. MUDr. J. Hozy.

Třetí třetina dvacátého století je rozvojem také v poznání patogeneze orgánově specifických autoimunit. Díky experimentálním modelům se zjistilo, že diabetes mellitus I. typu, většina tyreoiditid a další polyglandulární syndromy, roztroušená skleróza a řada dalších chorob jsou způsobeny patologickou imunitní reakcí proti příslušným tkáním a zařadily se tak do skupiny autoimunitních chorob.

Problémy v oblasti diagnostiky a terapie autoimunitních onemocnění v dětském věku

V oblasti dětských autoimunitních one-

mocnění hraje důležitou úlohu osvětová činnost, zejména vzdělávání praktických pediatrů v této problematice, neboť ti bývají první, kteří vyšetřují dítě s nespecifickými příznaky v časných stádiích onemocnění. Včasný záchyt pacientů s podezřením na autoimunitní onemocnění lékaři první linie, následovaný diagnostikou a léčebně preventivními opatřeními pod vedením erudovaného specialisty, umožňují většině pacientů vyhnout se závažným důsledkům onemocnění a vést kvalitní život.

Protinádorová imunita

Touto oblastí se zabývá jak základní výzkum, tak řada klinických pracovišť imunologických i onkologických. Začátek 21. století je určitou obnovou éry imunoterapie nádorových onemocnění: do klinické praxe se zavedly účinné léky, které využívají imunitních působků nebo manipulují imunitním systémem k posílení boje s nádorovým onemocněním. V současné době je k dispozici několik monoklonálních protilátek, u nichž se prokázal významný adjuvantní efekt – např. rituximab (Mabthera) v léčbě lymfomů z B řady, Herceptin pro léčbu pacientek s karcinomem prsu nebo ipilimumab, který prodlužuje celkové přežití pacientů s metastatickým melanomem. Jako první preparát ze skupiny aktivní buněčné imunoterapie byl v r. 2010 schválen americký Provenge firmy Dendreon pro léčbu metastatického karcinomu prostaty. Funkčně podobný přípravek na bázi dendritických buněk byl vyvinut na Ústavu imunologie UK 2. LF v Motole, je zaplán u Úřadu průmyslového vlastnictví a dostal schválení regulačních autorit (SÚKL) k fázím I-II klinických studií v r. 2010.

Závěr

V nedávné minulosti bylo v oblasti imunopatologických stavů dosaženo úrovně diagnostiky i péče srovnatelné se zahraničím.

Za negativa uplynulého období považujeme především to, že dosud neexistuje příslušná legislativa, umožňující kontrolu rozsahu a kvality poskytované zdravotní péče. Dochází často k hypertrofické indikaci drahých laboratorních vyšetření, nesprávné laboratorní praxi i aplikaci neadekvátních terapeutických postupů.

Vzhledem ke stoupajícímu trendu výskytu imunopatologických stavů je třeba se do budoucna více zaměřit na prevenci. Výzkum by měl směřovat na poznání faktorů vedoucích k imunopatologickým stavům, aby bylo možné realizovat prevenci primární. V oblasti klinické praxe je třeba věnovat pozornost sekundární prevenci, kterou současná rutinní diagnostika již většinou umožňuje.

Z údajů uvedených v článku i z přehledu publikací vyplývá, že pracovníci Ústavu imunologie a dalších pracovišť 2. LF a FN Motol významně přispěli k rozvoji klinické imunologie ve všech jejích aspektech a autorstvím výukových textů přispěli ke zdokonalení znalostí nastupující generace mediků a stávající generace lékařů v této problematice.

Z nedostatku místa nebo z mé neznalosti jsem možná nezmínila všechny, kteří by si to v tomto kontextu zasloužili. Prosím dotyčné o prominutí.

Gratulace k významným výročím

V roce 2011 oslaví významné výročí tito členové ČLA:

90 let – prof. Vladimír Beneš st.

85 let – MUDr. Jan Bureš, prof. Maxmilián Wenke

80 let – prof. Pavel Bravený, prof. Vladimír Křen, prof. Milan Šamánek

75 let – prof. Josef Marek

70 let – prof. Miloš Grim, prim. František Koukolík

65 let – prof. Michal Anděl

60 let – prof. Jiří Vítovec

45 let – prof. Tomáš Zima

Česká lékařská akademie všem jubilantům přeje do dalších let vše nejlepší, pevné zdraví a mnoho úspěchů u jejich práci i v osobním životě.



Neurologie (včera) dnes a zítra

prof. MUDr. Josef Bednařík, CSc., FCMA

Neurology (yesterday) today and tomorrow

Obdobně jako celá medicína prošel i obor neurologie v posledních 3 dekáдах významnou proměnou, která však v případě neurologie byla obzvláště dramatická. Náš obor měl počátkem 80. let minulého století, kdy jsem nastoupil svoje dosud nepřerušené více než 30leté působení na brněnském klinickém neurologickém pracovišti, nálepku konzervativního oboru vyznačujícího se terapeutickým nihilismem. Někteří neurologové se snažili kompenzovat svoji frustraci intelektuální exhibicí, kdy omračovali kolegy jiných oborů svojí schopností na základě detailního rozboru klinické symptomatiky určit lokalizaci léze v rámci nervového systému, kterou však obvykle nebylo možné ověřit. Jedinými dostupnými zobrazovacími metodami byla totiž pneumoencefalografie, perimyelografie a angiografie.

Rozvoj zobrazovacích a molekulárně biologických diagnostických i léčebných metod, nových chirurgických i semiinvasivních endovaskulárních a stimulačních léčebných postupů a zavedení účinných neurofarmak (triptany, fibrinolytika, biologicky aktivní léky, imunosupresiva, intravenózní imunoglobulin, botulotoxin, antiparkinsonika a další) změnily charakter a náplň neurologie způsobem, který stěžil mohl někdo předpokládat. Průměrná doba hospitalizace neurologických nemocných se zkrátila z týdnů na dny a u cévních mozkových příhod začalo jít o minuty! Neurologie se díky tomu, že se vehementně přihlásila o odpovědnost za cerebrovaskulární onemocnění, stala do značné míry akutním oborem. Místo běžných akutních lůžek narůstá potřeba lůžek semiintenzivních a intenzivních na straně jedné, a lůžek s neurorehabilitačním zaměřením na straně druhé, samozřejmě i s požadavkem na adekvátní erudici lékařů a sester.

Máme již největší změny za sebou nebo lze očekávat, že bude tento proces proměny tváře oboru akcelarovat?

V rámci studie The Global Burden of Disease, která byla realizována v r. 2000, byl vyhodnocen význam jednotlivých skupin onemocnění na kvalitu života a s ohledem na jejich sociálně-ekonomické dopady. Hlavním výstupním parametrem byla hodnota tzv. „disability adjusted life years“ (DALY), což byl součet let ztraceného života („years of life lost“ – YLL) v důsledku předčasné smrti a roků života prožitého s disability („years of life lived with disability“ – YLD) (Olesen a Leonardi, 2003). Výsledky pro evropskou populaci jsou z hlediska významu onemocnění mozku jednoznačné: nemoci mozku se podílejí na 23 % YLL, 50 % YLD a jsou odpovědné za 35 % všech DALY! A to ještě do této hodnoty nejsou započítány další nemoci, jako např. nervosvalové choroby nebo onemocnění páteře, kterými se rovněž obor neurologie dominantně zabývá.

V žebříčku jednotlivých diagnóz sestavených podle jejich procentuálního podílu na celkovém souhrnu DALY zaujímají cerebrovaskulární nemoci 2., unipolární deprese 3. místo a Alzheimerova nemoc a další demence 5. místo v Evropském prostoru (tab. 1).

Tab. 1: Vedoucí příčiny DALY mezi ušemi onemocněními v Evropě – odhad pro rok 2000 (zkráceno dle Olesen a Leonardi, 2003).

Nemoc (skupina nemocí)	Podíl na DALY v Evropě v %
Ischemická choroba srdeční	10,1 %
Cerebrovaskulární onemocnění	6,8 %
Unipolární deprese	6,0 %
Komplikace požívání alkoholu	3,4 %
Alzheimerova choroba a další demence	3,0 %

Ekonomická data ukazují, že náklady na onemocnění mozku byly na začátku nového tisíciletí větší než náklady na nádorová onemocnění a diabetes dohromady (Andlin-Sobocki et al., 2005). Přesto je v Evropě vynakládáno na neuropsychiatrická onemocnění pouze 15 % přímých medicínských nákladů a 8 % nákladů na léky! Navíc lze očekávat, že dopady a náklady neuropsychiatrických onemocnění v relativním vyjádření budou vzhledem ke stárnutí populace v nejbližším období narůstat. V evropském prostředí přitom v oblasti získávání těchto prostředků významně zaostáváme za USA, které i díky tomu hrají ve výzkumu (nejen) neuropsychiatrických onemocnění prim (Editorial, 2003).

Jaké jsou hlavní směry, které je tedy třeba očekávat a současně prosazovat?

- Přibližně třetina zdrojů směřovaných do lékařské péče, prevence a výzkumu by měla být alokována do této oblasti.
- Daleko významnější část curricula studentů lékařských fakult by měla tvořit výuka neuroanatomie, neurofyzologie, neurologie, neurochirurgie, psychiatrie, psychologie, neurorehabilitace a příbuzných oborů (Olesen a Leonardi, 2003; Andlin-Sobocki et al., 2005).
- Již nyní a bez větších dodatečných zdrojů lze zlepšit klinickou praxi pomocí standardů a doporučení neurologické diagnostiky a péče včetně jejich implementace do rutinní praxe (Gillhus, 2009).

Jak na tento očekávaný vývoj reaguje evropská neurologie?

Úřadující předseda Evropské federace neurologických společností prof. Richard Hughes formuloval 10 prioritních úkolů této organizace, mezi nimiž nechybí excelence v klinickém neurologickém výzkumu a integrace základního a klinického výzkumu jako základu dalšího vývoje, vysoký standard vzdělávání v neurologii nebo zvyšování povědomí o významu neurologických onemocnění v Evropě (Hughes, 2010).

A jak je na tyto úkoly připravena česká neurologie?

Jedním z měřítek by mohl být počet neurologů vztahovaný k počtu obyvatel. V ČR je v současnosti přibližně 1100 neurologů, což odpovídá zhruba poměru 9250 obyvatel na 1 neurologa. Česká republika patří v tomto směru ke státům s nejvyšším počtem neurologů, avšak tento parametr nebude zřejmě nejlepším ukazatelem kvality a připravenosti: nejlépe je na tom Litva s poměrem 6024 obyvatel/1 neurologa, zatímco na opačném konci tohoto žebříčku se nachází Velká Británie se 7 neurology/1 milión obyvatel (tedy 143 000 obyvatel/1 neurologa) (Grisold et al., 2007). Obecně je v zemích střední a východní Evropy vyšší počet neurologů než v zemích západní Evropy, avšak tento poměr by mohl být v budoucnu z hlediska rozvoje oboru v ČR spíše nevýhodný. Existují studie očekávající nárůst migrace neurologů do vyspělých evropských zemí i do severní Ameriky jak z důvodů ekonomických, tak i za účelem dosažení kvalitnějšího vzdělání a získání lepších možností pro výzkum, pokud se podmínky pro práci a vzdělávání neurologů v ČR zásadním způsobem nezlepší (Lisnic et al., 2008). Poslední vývoj v naší

zemi bohužel není v tomto směru příliš optimistický.

Mezi ukazatele kvality výzkumu tradičně patří počet publikací vyjadřovaný pomocí impakt faktoru či jejich citovanost; obdobně měřítkem postavení oboru v evropském měřítku by mohlo být zastoupení ve vrcholných orgánech, výborech, komisích, „ad hoc committees“ či „task forces“ s evropskou či celosvětovou působností. V tomto směru zdolala česká neurologie za posledních 20 let dlouhou cestu a v některých oblastech začíná být brána za plnohodnotného partnera, stále však zaostává za vyspělými evropskými zeměmi.

Porovnání tematického spektra článků publikovaných v r. 2010 v kvalitním evropském neurologickém periodiku a současně oficiálním periodiku EFNS – European Journal of Neurology (Editorial, 2010) a v našem národním neurologickém periodiku (Bednařík, 2011) ukazuje, že i v tomto směru dochází v poslední době k významné konvergenci.

Významného pokroku bylo dosaženo i v kvalitě lékařské péče v našem oboru. Příkladem z poslední doby může být zavádění moderních léčebných postupů a organizace péče v oblasti cévních mozkových příhod, kde ČR zaujímá v mnoha ukazatelích vedoucí postavení mezi zeměmi střední a východní Evropy.

Uvedené údaje napovídají, že i přes nesporné pokroky bude význam neurologie a dalších oborů zabývajících se onemocněním mozku a celého nervového systému (tedy především psychiatrie a neurochirurgie) narůstati s ním i nároky kladené na lékaře těchto oborů i odpovědnost jejich „opinion leaders“. Mezi tyto duchovní vůdce v oblasti medicíny již nepochybně patří Česká lékařská akademie, ve které neurologové

spolu s psychiatry hrají velmi významnou roli. Domnívám se, že jedním z jejich velkých úkolů bude podpořit celospolečenskou akceptaci významu onemocnění mozku a nutnosti alokovat dostatečné prostředky do oblasti jejich výzkumu a podmínek pro jejich praktické zvládnutí.

Literatura:

- (1) Andlin-Sobocki P, Jönsson B, Wittchen HU, Olesen J. Cost of disorders of the brain in Europe. *Eur J Neurol* 2005; 12 (Suppl. 1): 1-27.
- (2) Bednařík J. Neurologie v České a slovenské neurologii a neurochirurgii. Úvodník. *Cesk Slov Neurol N* 2011; 74/107(1): in print.
- (3) Celebrities needed to promote brain research in Europe? Editorial. *The Lancet Neurology* 2003; 2: 647.
- (4) Gilhus NE. Guidelines, research and improved neurological quality. *Eur J Neurol* 2009; 16: 885-886.
- (5) Grisold W, Galvin R, Lisnic V, Lopes Lima J, Mueller E, Oberndorfer ST, Vodusek DB, and UEMSEBN and EFNS Education Committee. One Europe, one neurologist? *Eur J Neurol* 2007; 14: 241-247.
- (6) Hughes R. The vision and missions of the European Federation of Neurological Societies. *EFNS Newsletter No.2*. Vienna: EFNS Head Office 2010.
- (7) Lisnic V, Grisold W, Müller W and Education Committee of the EFNS. Manpower of neurologists in the post-socialist countries of Central and Eastern Europe. *Eur J Neurol* 2008; 15: e94-e98.
- (8) Neurology in the European Journal of Neurology. Editorial. *Eur J Neurol* 2010; 17: 1397-1406.
- (9) Olesen J, Leonardi M. The burden of brain diseases in Europe. *Eur J Neurol* 2003; 10: 471-477.

Čestný titul FCMA

Čestný titul FCMA je zkratkou anglického označení **Fellow of the Czech Medical Academy**. Za své jméno jej mohou připojit jeho nositelé – členové České lékařské akademie. Titul se uvádí za jménem a je od příjmení či hodnosti vědeckých (DrSc., CSc., Ph.D. apod.) a čestných (Dr. h. c.) vždy oddělen čárkou např.

prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc., FRCPsych., FCMA nebo prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc., FCMA.

Udělením titulu se oceňují významné zásluhy dané osobnosti o rozvoj medicíny v České republice, jež spočívají v založení školy, která vychovala řadu úspěšných následovníků, příspěví k pokroku významnými vědeckými objevy nebo diagnostickými a léčebnými postupy.



Plicní cévní řečiště při hypoxii

prof. MUDr. Jan Herget, DrSc., FCMA

Pulmonary vascular bed in hypoxia

Souhrn

Akutní ventilační hypoxie působí hypoxickou plicní vazokonstrikci. Ta je důležitým lokálním mechanismem, který udržuje optimální poměr mezi plicní ventilací a perfuzí. Chronická hypoxie je příčinou přetrvávající hypoxické plicní hypertenze. Vzniká následkem radikálního poškození periferní, prealveolární části plicního cévního řečiště. Zvyšuje se cévní tonus, zmnožuje hladký sval v medii a stěna fibrotizuje. Účinky chronické hypoxie jsou reverzibilní, zotavení však vyžaduje řadu týdnů.

Summary

Acute ventilatory hypoxia results in transient hypoxic pulmonary vasoconstriction. It is important local regulatory mechanism which prevents arterial hypoxemia caused by uneven distribution of lung ventilation and perfusion. Chronic lung hypoxia induces sustained hypoxic pulmonary hypertension. Hypoxic tissue injury increases the vascular tonus and alters the structure of prealveolar vessels. Hypoxic pulmonary hypertension is fully reversible, but recovery lasts several weeks.

Studiem vlivu hypoxie na plicní cévní řečiště se zabýváme se spolupracovníky zhruba od šedesátých let minulého století. Jako student tehdejší pražské pediatričeské fakulty jsem po krátké epizodě na tělovýchovném lékařství zakotvil pod vedením pana profesora Otakara Poupy v experimentální fyziologii. Byla to skvělá škola se skvělými lidmi a je logické, že se vztah hypoxie a krevního oběhu stal mým hlavním celoživotním projektem. Posléze jsem se pod vedením vedoucího ústavu patologické fyziologie profesora Palečka věnoval experimentálním modelům plicní hypertenze. Záhy se ke mně připojil tehdy čerstvý absolvent přírodovědecké fakulty, nyní profesor Václav Hampl. Ve dvojici jsme fungovali do roku 1990. Byly to vědecky plodné roky. Vybudovali jsme unikátní metodické zázemí studia plicního oběhu potkana. Díky spolupráci s doktorkou Gwendou R. Barerovou ze Sheffieldu se naše experimenty začaly orientovat zejména na účinek akutní a chronické hypoxie plic. Věnovali jsme se faktorům, které určují reaktivitu plicních cév.

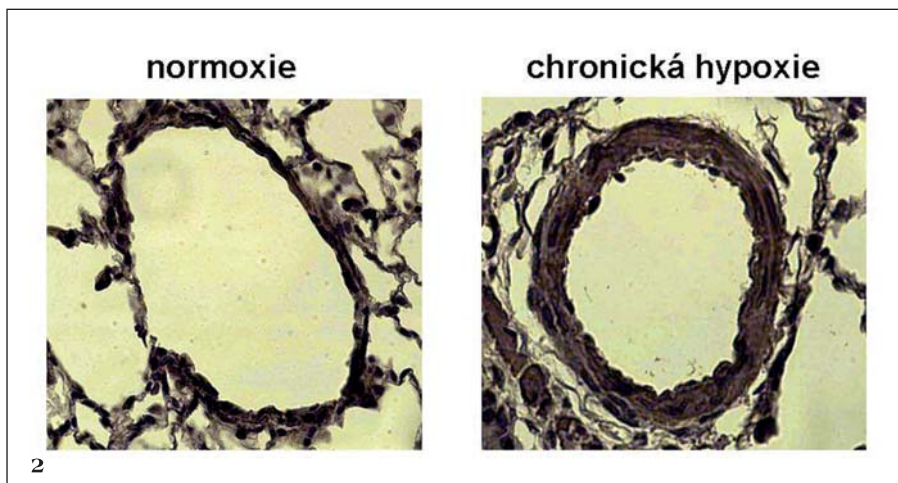
Počátkem devadesátých let se naše situace dramaticky zlepšila. Díky podpoře vedení fakulty byl zřízen samostatný ústav fyziologie 2. lékařské fakulty. Úzce spolupracujeme s Fyziologickým ústavem AV ČR a s IKEM v rámci Centra výzkumu chorob srdce a cév, školíme úspěšně řadu postgraduálních studentů a jsme považováni za mezinárodně kompetitivní pracoviště v patofyziologii plicního oběhu.

Plicní cévní řečiště je obdivuhodně přizpůsobeno požadavku optimálního transportu kyslíku z okolního vzduchu do krve. V systémovém oběhu se zajišťuje přiměřená dodávka kyslíku periferním orgánům redistribucí srdečního výdeje krve mezi paralelně uspořádanými orgánovými řečišti. Logická je převaha centrálního řízení těchto mechanismů, ať již nervy nebo působky cirkulujícími v krvi. V plicích s uniformní hlavní funkcí, kterou je transport krevních plynů, převažují regulační mechanismy místní. Průtok krve špatně provětrávanými oblastmi plic se omezuje hypoxickou plicní vazokonstrikcí a směřuje se do oblastí ventilovaných dobře.

Mechanismus hypoxické plicní vazokonstrikce není ještě zcela určen. Jisté je, že se na něm podílí vtok vápníkových iontů do buněk hladkého svalu vyvolaný depolarizací. Souvisí s hypoxií indukovanou změnou aktivity draslíkových kanálů v buněčné membráně cévního hladkého svalu.

Globální plicní hypoxie při celkovém snížení plicní ventilace v anestézii, ve spánku, při poruchách regulace dýchání zvýší odpor cév v celých plicích a při nezměněném průtoku krve plícemi stoupne krevní tlak v plicnici. Reakce je reverzibilní a hned po odstranění příčiny tlak krve rychle klesne k normě. Odlišná situace nastane, když globální plicní hypoxie přetrvává a hypoxie plic je chronická (déle než několik dní). Typicky při pobytu na horách nebo u pacientů s chronickou respirační insuficiencí. Vznikne chronická hypoxická plicní hypertenze.

Převážná většina našich informací o hypoxické plicní hypertenzi pochází z pozorování lidí nebo zvířat žijících ve vysokých horách. Často jsou k modelování hypoxické plicní hypertenze menších laboratorních zvířat využívány i různé konstrukce hypoxických komor (obr. 1). Zvýšení periferního odporu plicních cév při chronické hypoxii má dvě složky. Funkční, zvýšení tonu plicních cév, a morfológickou složku, způsobenou přestavbou stěny cév v důsledku působení chronické hypoxie (obr. 2). Oba jevy jsou podle naší hypotézy vyvolány poškozením cévní stěny v několika prvních dnech vystavení hypoxii. Krevní tlak v plicnici totiž stoupá jen v prvním až druhém týdnu hypoxie, pak se stabilizuje a hypoxická plicní hypertenze přechází do stacionárního stádia a dále neprogreduje. Lidé žijící v nadmořských výškách nad 3000 m fyzicky pracují i sportují bez zřetelných obtíží. Krátce po výstu-



pu mohou ovšem trpět horskou nemocí. Ta je poruchou adaptace na hypoxii.

Hypoxické poškození cévní stěny v časných fázích vystavení chronickému nedostatku kyslíku je pravděpodobně působeno uvolněním chemických látek povahy radikálů. Makrofágy umístěné v alveolech a snad i hladký sval stěny plicních cév uvolňují reaktivní sloučeniny kyslíku (superoxid, peroxid vodíku). Celá řada různých buněk cévní stěny zvýšeně produkuje při hypoxii oxid dusnatý. Ten reaguje

s některými kyslíkovými radikály (superoxid) za vzniku dalších ještě více reaktivních sloučenin, které se podílí na poškození stěny prealveolárních cév. Kaskádou jevů, kde klíčové je zvýšení metabolismu pojivových proteinů, se stimuluje růst a množení buněk hladkého svalu a syntéza pojivových bílkovin ve stěnách prealveolárních plicních cév. Stěna původně velmi tenkých plicních arteriol pak připomíná arterioly ve vysokotlakém systémovém řečišti a tyto kladou větší odpor proudu krve. Důsledkem je plicní hyperten-

ze. Oxid dusnatý pravděpodobně působí v různých stádiích plicní hypertenze odlišně. Zatím co v časných stádiích se zvýšení produkce inducibilní NO syntázou spolupodílí na cévním poškození, u rozvinuté plicní hypertenze převládají vasodilatační schopnosti nízkých koncentrací NO produkovaných endoteliální NO syntázou stimulovanou zvýšenou transmuraní tenzí. Z modelových pokusů na zvířatech vystavených chronické hypoxii víme, že změny plicního cévního řečiště vyvolané chronickou hypoxií jsou plně reverzibilní. U potkana kompletní zotavení trvá několik desítek týdnů. U člověka, který žil od mládí ve vysokých horách a pak se přestěhoval do nížiny, se krevní tlak v plicnici normalizuje řadu měsíců.

Citlivost na chronickou hypoxii souvisí s věkem, největší je těsně po porodu. Zjistili jsme, že reaktivita dospělých potkanů se zvýší, když tito byli krátkodobě vystaveni několikatydenní hypoxii v období porodu. Zajímavé je, že samice jsou na působení perinatální hypoxie citlivější než samci. Hypoxická plicní hypertenze je přítomna i u pacientů s chronickými plicními nemocemi spojenými s nedostatečnou ventilací plicních sklípků. Jsou však důležité odlišnosti od té, která je navozena u zdravého jedince vdechováním vzduchu s nízkým obsahem kyslíku. Chronická plicní onemocnění jsou obvykle provázena nějakou formou plicního zánětu. Zánět dýchacích cest činí distribuci vzduchu v plicích hrubě nerovnoměrnou, a tak převažují lokální poruchy poměru mezi plicní ventilací a perfuzí. Plicní zánět má obvykle intermitentní charakter. Ataky onemocnění se střídají s periodami rekonvalescence a to zvyšuje reaktivitu plicních cév k hypoxickému poškození. Plicní hypertenze tedy má progresivní charakter. Navíc k hypoxii plicní tkáň se v pozdějších fázích onemocnění přidružuje i hyperkapnie. Oxid uhličitý má antioxidační vlastnosti, a tak se na základě našich experimentálních studií zdá, že působí spíše proti rozvoji plicní hypertenze.

Obr. 1 / Izobarická hypoxická komora

Obr. 2 / Periferní prealveolární plicní cévy potkana kontrolního (normoxie) a potkana vystaveného po 3 týdny hypoxii 10 % kyslíku (chronická hypoxie). Je patrná výrazná muskularizace medie a fibrotizace cévní stěny v chronickou hypoxii.



Historie, současnost a perspektivy revmatologie v České republice

prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc., FCMA

History, present state and perspectives of rheumatology in the Czech Republic

Souhrn

Autor popisuje historii Revmatologického ústavu v Praze v posledních 50 letech, přičemž sám v ústavu 30 let pracuje. Vývoj české revmatologie od 50. let minulého století do současnosti je právě úzce spjat s Revmatologickým ústavem. Důležitým mezníkem ve vývoji revmatologie bylo založení specializovaných imunologických laboratoří, koncentrace na zobrazovací metodiky a všeobecně orientace na interní medicínu. Zatímco v 50. letech byly hlavní metodou léčby postupy fyzioterapie a rehabilitace, později byly zavedeny do léčby nejdříve syntetické a později biologické léky revmatoidní artritidy. Terapie se tak posunula z polohy ryze symptomatické až paliativní do polohy léčby chorobu modifikující, která je schopná zpomalit až zastavit rentgenovou progresi onemocnění. Moderní revmatologie je samostatná vědní disciplína interdisciplinárního charakteru, která pokrývá široké spektrum onemocnění pohybového aparátu netraumatického typu. Vzhledem k demografickým trendům je nutné očekávat další vzestup počtu pacientů trpících chronickým, revmatickým onemocněním.

Autor v závěru článku navrhuje určitý model či koncepci řešení péče o revmatiky v České republice. Domnívá se, že pro vývoj oboru by bylo důležité zřízení tří až čtyř menších specializovaných center na úrovni univerzitních nemocnic, které by plnily úlohu specializovaného centra pro i postgraduálního vzdělávání a výzkumu. *Klíčovými slovy:* revmatoidní artritida, léčba, výzkum

Summary

Author describes history of Institute of Rheumatology in Prague in last fifty years. Author has been active here for thirty years. The development of rheumatology in The Czech Republic is closely related to the Institute of Rheumatology. Important milestones of development of scientific rheumatology were the establishment of specialized immunologic laboratories, concentration on imaging methods and general orientation on internal medicine. Methods of physiotherapy and rehabilitation have dominated in 50th of last century, later pharmacological methods of therapy represented by disease modifying synthetic and later biologic drugs became the gold standard of therapy. Therapy have moved from symptomatic and palliative to disease modifying, which is able to delay or stop radiographic progression of disease.

Modern rheumatology is independent, scientific and interdisciplinary specialty, which is involved in management of broad spectrum of locomotor apparatus disorders of no traumatic origin. Further increase of number of patients can be expected, due to the demographic development.

At the end of the article the author suggest the conception of care of rheumatic patients in The Czech Republic. He suggest foundation of 3 to 4 small specialized centers in university hospitals. The centers should be specialised centers for tertiary care, biological therapies, education and science.

Key words: rheumatoid arthritis, therapy, research

směřoval spíše směrem k interní medicíně a nově vznikající imunologii, nicméně všechny tyto tři kořeny lze považovat za základní prameny nově vznikajícího oboru.

V té době vznikají v západní Evropě první specializovaná revmatologická oddělení, či dokonce revmatologické kliniky v univerzitních nemocnicích. V tehdejší Československé republice byly zřízeny dva výzkumné revmatologické ústavy (VÚCHR v Praze a VÚRCH v Piešťanech), které se staly jednak lůžkovými bázemi nově vznikajícího oboru, ale soustředily na sebe i výuku a výzkum nové disciplíny (obr. 1, 2). Prvním ředitelem byl prof. MUDr. František Lenoč, který byl profesorem na Karlově univerzitě a zároveň se stal prvním ředitelem tehdy vzniklého Výzkumného ústavu chorob revmatických a Výzkumného ústavu balneologického. Dá se o něm hovořit jako o zakladateli moderní vědecké revmatologie v Československu. Napsal několik základních učebnic revmatologie, organizoval postgraduální výuku a metodologicky rozpracoval celkovou péči o revmatiky v republice. Výzkum v té době byl soustředěn na revmatickou horečku, dále pak na nejčastější revmatická onemocnění, tzn. revmatoidní artritidu, ankylozující spondylitidu a na osteoartrózu.

Těžišťe léčby revmatických chorob v té době bylo v pohybové léčbě a rehabilitaci a pomalu se rozvíjela farmakoterapie. Do léčby revmatoidní artritidy byly zavedeny glukokortikoidy, soli zlata a antimalarika, později i penicilamin, což byla tehdy jediná dostupná imunomodulační léčiva. V 60. letech pak vznikla první modernější nesteroidní antirevmatika.

Profesor Lenoč také prozíravě založil specializované imunologické laboratoře, které se začaly intenzivně vě-

Revmatologie se definovala jako samostatná specializace v 50. letech minulého století, kdy se oddělila od rehabilitace a fyzikální léčby. Další vývoj



novat laboratorní diagnostice zánětlivých revmatických onemocnění. Především pak výzkumu autoprotilátek (revmatoidní faktory, antinukleární protilátky) a reaktantům akutní fáze (C-reaktivní protein a další). O něco později vzniklo i další menší oddělení imunogenetiky, které zahájilo detekci antigenu HLA B27 a některých dalších genových lokalit potenciálně významných pro revmatická onemocnění.

Stejně důležité bylo i založení specializovaného oddělení zobrazovacích metod, které se věnovalo studiu struktury, morfologie a progresu nejčastějších revmatických onemocnění. Dal-

ším významným činem prof. Lencha bylo zavedení epidemiologie revmatických onemocnění, která začala zkoumat základní epidemiologické souvislosti základních revmatických onemocnění. Prof. Lenoch docílil mezinárodního uznání a stal se i prezidentem Evropské ligy proti revmatismu a ústav pod jeho vedením se stal jedním z nejdůležitějších výzkumných center v Evropě. V roce 1969 byl také zorganizován v Praze světový kongres.

V 70. a 80. letech začalo docházet k významnému pokroku především v klinické imunologii, a to vedlo k podstatně lepšímu pochopení etiopatoge-

neze řady revmatických onemocnění. V té době také začal velmi intenzivní výzkum systémových onemocnění pojiva, jako je systémový lupus erythematosus, sklerodermie a polymyozitida. Lepší pochopení etiopatogeneze umožnilo zavádět účinnější imunosupresivní a imunomodulační postupy a zavedení léků, jako je metotrexát, cyklofosfamid, azathioprin a cyklosporin. Zavedení těchto kombinovaných, imunosupresivních postupů značně zlepšilo životní perspektivy nemocných. Jako příklad lze uvést pacienty s nefritidou při systémovém lupus erythematosus, jejichž 10leté přežití před zavedením těchto léčebných postupů bylo 10 % a zlepšilo se až na 90 %. Metotrexát značně zlepšil terapeutické úspěchy u revmatoidní artritidy a vedl ke zlepšené kvalitě života pacientů s revmatoidní artritidou. Z dalších imunomodulačních léků byl v té době zaveden sulfasalazin a v 90. letech i leflunomid.

Bazální výzkum se v té době koncentroval do nově vzniklého Oddělení pro výzkum pojivových tkání. Toto oddělení se soustředilo na výzkum změn kolagenu a extracelulárních matrix při osteoartróze. Postupně vzniklo i oddělení výzkumu proteoglykanů, které se rovněž zabývalo otázkou biomarkerů progresu různých revmatických onemocnění.

V 70. a 80. letech dochází také k výraznému vývoji revmatochirurgie. Aplikují se první totální náhrady kloubů a vyhodnocuje se účinnost dalších chirurgických intervencí u revmatiků. Významná je spolupráce především I. ortopedické kliniky I. LF UK, ale i některých dalších s Revmatologickým ústavem. Samozřejmě, že chirurgická část problematiky byla řešena na specializovaných chirurgických odděleních. Nicméně řada dalších aspektů revmatochirurgie, jako je např. včasná a správná indikace revmatochirurgického výkonu, adekvátní příprava k výkonu, otázka současné medikace a pooperační péče a rehabilitace byla řešena v Revmatologickém ústavu. Dá se také říci, že byly vytvořeny společné indikační semináře, které později vyústily ve vznik pravidelných konzultací a byly tak založeny principy komplexní týmové péče o chronické revmatiky. Pozornost byla věnována

Obr. 1, 2 / Historická, nově rekonstruovaná budova Výzkumného ústavu chorob revmatických, nyní Revmatologického ústavu v areálu Na Slupi.

zpočátku hlavně náhradám kyčelních a kolenních kloubů, později pak ramenním, loketním, zápěstním a drobným ručním kloubům. Zvláštní pozornost byla věnována určitým problémovým skupinám revmatiků, např. pacientům s ankylozující spondylitidou (AS), pacientům s potlačenou imunitní funkcí či pacientům s polyartikulárními, biomechanicky velmi nepříznivými faktory. Poslední oblastí, ve které bylo v poslední době dosaženo významných úspěchů, je oblast spondylochirurgie a zvláště operace cervikální myelopatie.

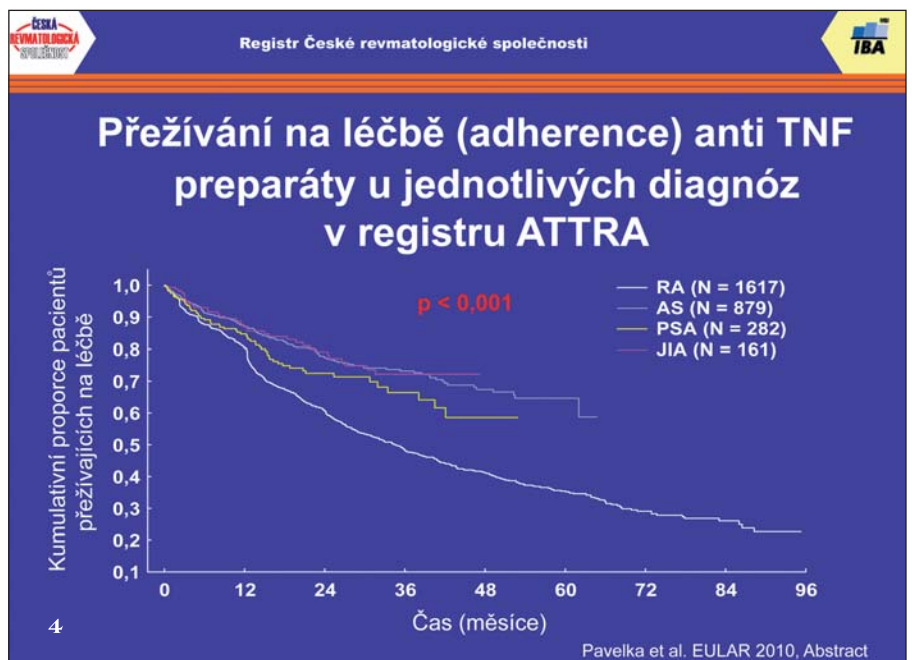
Revmatologický ústav po roce 1990 zachytil moderní výzkumné trendy v revmatologii a stal se jedním z uznávaných center výzkumu v evropském kontextu. Jako výraz uznání úrovně české revmatologie je nutno chápat přidělení evropského kongresu do Prahy v roce 1999 (obr. 3), kterého se zúčastnilo 9000 revmatologů. Prof. Pavelka vykonával v té době funkci generálního sekretáře EULAR (Evropské ligy proti revmatismu) a paní Jana Korandová se stala viceprezidentkou EULAR pro zdravotnické pracovníky. Kromě tohoto kongresu byl v Praze ještě 2× pořádán významný postgraduální kurz EULAR a kongres středoevropských států (CECR).

Bouřlivého vývoje však revmatologie dosáhla v poslední dekádě minulého století. Další pokrok bazální imunologie umožnil pochopení autoimunitních procesů na molekulární úrovni a vedl k syntéze tzv. biologických léků. Od začátku 90. let byly zkoušeny blokátory TNF α , které pak byly uvedeny do běžné klinické praxe v roce 1999. Nešlo jen o kvantitativní zlepšení terapeutických úspěchů starších syntetických léků, nýbrž o naprosto zásadní kvalitativní změnu. Tyto léky působí nejen nesmírně účinně, rychle a mohutně, ale navíc zpomalují, až prakticky zastavují rentgenovou progresi onemocnění. Protože rentgenová progresse jde paralelně s postupující disabilitou, lze říci, že biologické léky značně zlepšují kvalitu života nemocných, pracovní disabilitu a novější údaje ukazují, že i snižují riziko úmrtí.

Poslední dekáda pak přinesla další záplavu poznatků o účinnosti této léčby u různých populací revmatiků,

a to nejen u revmatoidní artritidy, ale i u spondylartritid a psoriatické artritidy. Tyto léky se později rozšířily i do dalších oblastí medicíny (např. gastroenterologie, kožního lékařství), nicméně největší zkušenosti a dlouhodobá data o bezpečnosti této léčby jsou u revmatologů. Řada revmatologických společností v té době vytvořila tzv. registry biologické léčby, které poskytují doplňující data k randomizovaným, kontrolovaným studiím a reflektují léčbu těmito léky v běžné klinické praxi. V České republice byl v roce 2001 založen registr ATTRA, jako jediný registr biologické léčby ve státech

tehdejší východní Evropy. K dnešnímu dni je registrováno přes 5 tisíc pacientů, z nichž někteří jsou léčeni touto léčbou více než 5 let. Registr ATTRA vlastní a provozuje Česká revmatologická společnost (ČRS), ale většina metodologické činnosti probíhá v Revmatologickém ústavu v Praze. Pacienti jsou jinak léčeni v tzv. centrech biologické léčby. Z registru ATTRA vzniklo několik významných publikací. Jako příklad je možné uvést dlouhodobá data o adherenci k léčbě, která např. ukazují lepší přežívání pacientů na léčbě u spondylartritid než u revmatoidní artritidy (obr. 4).



Obr. 3 / Kongres EULAR v Praze v roce 1999, přijetí prezidenta kongresu prof. Karla Pavelky, prezidenta EULARu, prof. Fischera a patientských organizací u kardinála Vlka.

Obr. 4 / Přežívání na léčbě (adherence k léčbě) biologickými léky u jednotlivých diagnóz v celonárodním registru ATTRA.

V současné době je k dispozici již 8 biologických léků, z nichž některé mají i jiný mechanismus účinku. Probíhá řada studií, které se zabývají problematikou dlouhodobé léčby těmito léky, možnému snížení účinku v průběhu léčby, dále pak účinnosti po záměně jednoho léku za druhý, tzv. switch. Po základní indikaci revmatoidní artritidy se biologické léky rozšířily i do léčení spondylartritid a psoriatické artritidy.

Důležitým aspektem současné revmatologie je časná diagnostika a léčba zánětlivých revmatických onemocnění. Pro nejčastější zánětlivá revmatická onemocnění, tzn. RA a AS, byla publikována nová klasifikační kritéria, která umožňují značně časnější diagnostiku. Zapracovány byly některé nové diagnostické metodiky, např. metodiky laboratorní i zobrazovací. Jde například u RA o anti CCP protilátky, u AS

pak o aplikaci magnetické rezonance při detekci časně sakroiliitidy. Časnější diagnostika umožňuje také zavést včas účinnou, intenzivní imunomodulační léčbu. Výsledky této léčby jsou mnohem lepší než při opožděném zavedení biologické léčby. Remise je při časně léčbě dosažitelná až u 50 % pacientů. Téměř nejdůležitějším účinkem biologické léčby je značné zpomalení, až téměř zastavení strukturální progresy (rentgenové progresy) RA. Je totiž známo, že funkční disabilita jde paralelně se strukturální progresí. V registru ATTRA jsme prokázali 4násobné zpomalení rentgenové progresy oproti stavu před zahájením biologické léčby a prakticky zastavení rentgenové progresy až u 80 % pacientů (obr. 5).

Při těchto povzbudivých výsledcích bylo možné stanovit mnohem významnější cíle při léčbě RA. Toto se odrazilo např. v konceptu Léčba k cíli (Tre-

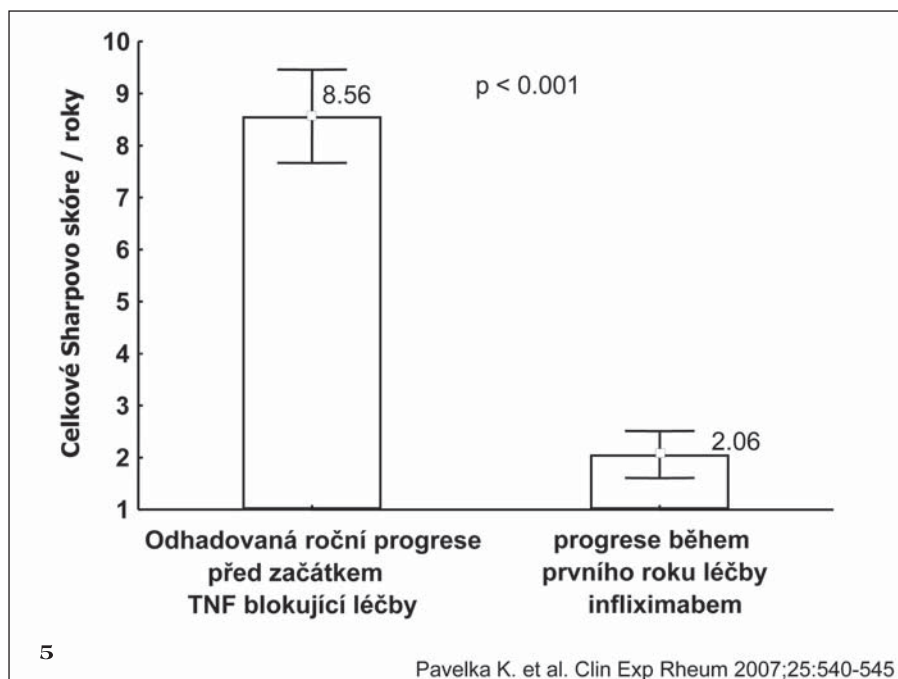
at to target). Jde o algoritmus strategie léčby aktivní RA, při kterém je určen cíl, tzn. dosažení stavu remise nebo alespoň stavu nízké aktivity (Low disease activity) v intervalu 3–6 měsíců. Při neúspěchu určité léčby je nutné léčbu změnit (adjustovat). Pilířem této léčby je proto v pravidelných intervalech aktivitu a progresi onemocnění měřit. K tomu je doporučeno používat validizované, numerické skórovací systémy. Lze tedy říci, že zásadní pokrok v léčbě RA je postaven na třech pilířích:

1. zavedení nových biologických léků;
2. zavedení nových validizovaných, kompozitních ukazatelů hodnocení aktivity, funkce, kvality života a práce schopnosti;
3. publikování nových návodů a doporučení, které stanovují strategie léčby, určují intervaly, v jakých aktivitu hodnotit, doporučují jednotlivé fáze léčby a zohledňují přitom také prognostické faktory každého jednotlivého pacienta.

Zavedení nových léků a nových konceptů přineslo značné zlepšení v osudu nemocných s těmito chronickými zánětlivými, revmatickými onemocněními. Těžkých destruktivních forem s deformitami, tak jak je patrné na obr. 6, bychom měli dnes, při moderní léčbě, vídat minimálně. Nicméně stále se nejedná o kauzální léčbu a u části pacientů (20–30 %) ani tato léčba nedosahuje žádoucí odpovědi.

Jaký tedy lze očekávat další vývoj oboru? Vše se bude odvíjet od kompletního pochopení všech souvislostí etiopatogeneze těchto onemocnění. Bude pokračovat výzkum širokého lidského genomu v kontextu jednotlivých autoimunitních chorob. Budou dále zkoumány environmentální faktory, potencionálně zavzaté v etiopatogenezi těchto onemocnění, a to především v oblasti infekčních agens, ale i dalších faktorů, jako je např. kouření.

Metodiky velmi časně diagnostiky těchto onemocnění budou dále zkoumány, a to jak v oblasti laboratorní, tak zobrazovací. Budou se zpřesňovat významy jednotlivých, tzv. rizikových faktorů nepříznivého vývoje. Je možné, že to, co nyní považujeme za klinickou jednotku (např. revmatoidní artritida), se rozpadne na několik menších jednotek



Obr. 5 / Rentgenová progresse pacientů léčených biologickým lékem v porovnání s progresí před zahájením biologické léčby.

Obr. 6 / Pokročilá revmatoidní artritida s deformitami a reumatickým uzlem v oblasti loketního kloubu.

(např. anti CCP pozitivní nebo anti CCP negativní RA).

Budou syntetizovány nové biologické léky s ještě vyšší selektivitou vůči určitému receptoru, mediátoru, cytokinu či chemokinu, které budou účinněji blokovat určitou prozánětlivou funkci, aniž by vyvolávaly nežádoucí účinky. Pokrok lze očekávat i v oblasti alespoň částečné kauzální léčby osteoartrózy (OA), kde budou hledány určité postupy ke stimulaci anabolických funkcí chondrocytů v hyalinní chrupavce a zároveň léky, které blokují katabolické (degradační) procesy.

Revmatologický ústav byl původně zřízen jako vědecké pracoviště a pedagogické funkce nebyly předpokládány. Nicméně v průběhu času se stal nejvýznamnějším centrem pregraduálního, postgraduálního i kontinuálního vzdělávání v revmatologii. Od roku 1983 zde sídlí Subkatedra revmatologie IPVZ, na které složilo atestační zkoušky v posledních 30 letech přes 250 specialistů. Za význam-

ný mezník v historii ústavu lze také považovat vznik Kliniky revmatologie 1. LF UK jako společného pracoviště fakulty a Revmatologického ústavu Praha v roce 2000. Došlo k významnému zlepšení výuky revmatologie v rámci interního lékařství. Medici stráví v ústavu 1 týden, který je rozdělen mezi přednášky a praktické vyšetřování pacientů.

Co se týká perspektiv organizace oboru na úrovni České republiky, má ČRS řadu iniciativních návrhů. Revmatologie je převážně ambulantní obor a předpokládaný počet revmatologů je podle směrnic UEMS 2,5–3 revmatologové/100 000 obyvatel. ČRS chápe obor v širším kontextu, tzn. modelu, který se používá např. ve Francii. Revmatolog se tedy stará nejen o zánětlivá revmatická onemocnění, ale i o osteoartrózu, osteoporózu a mimokloubní revmatismus. Optimální počet lůžek pro ČR odhadujeme na 120–150. Optimální by bylo zřízení malých specializovaných oddělení na úrovni uni-

verzitních nemocnic. Předpokládaný počet lůžek by byl 15–20, ale oddělení by bylo samostatné a oddělené od interní medicíny. V čele by stál akademicky činný revmatolog (optimálně docent či profesor), který by zajišťoval nejen nejvyšší možnou úroveň oboru v dané spádové oblasti, ale zároveň by soustřeďoval na toto oddělení pre i postgraduální vzdělávání, výzkum, plnil by úlohu specializovaného centra biologické léčby, školil by PhD studenty. Tato specializovaná oddělení by také poskytovala komplexní revmatologickou péči, která by kromě revmatologie vlastní zahrnovala ještě konziliární služby rehabilitační, ortopedické, ergoterapeutické a některé další. Toto uspořádání by nepřineslo vůbec žádné náklady, ale jde o ryze administrativní reorganizaci. V řadě evropských zemí také velmi zlepšilo pozici oboru, pokud byla revmatologie uznána jako samostatný akreditační obor na univerzitách s řádnými profesory revmatologie.



Podpořte ČLA!

Česká lékařská akademie
je nezisková nevládní organizace

(občanské sdružení), jejíž činnost je hrazena výhradně z příspěvků svých členů a ze sponzorských darů. Na rozdíl od obdobných organizací v jiných zemích stát nepřispívá na její fungování.

Podpora ČLA ze strany firem je možná následujícím způsobem:

- uzavření partnerství s ČLA
- podpoření vybrané akce ČLA
- poskytnutí nespécifikovaného daru

Mezi dárci ČLA jsou nejen instituce a významné osobnosti jako Libor Pešek, Martin Turnovský, Václav Hudeček, Slávka Pěchočová, Ivan Ženatý, Alžběta Vlčková či Zdeněk Svěrák, ale i drobní přispěvatelé, kterým úroveň lékařského vzdělávání, vědy a zdravotní péče v naší zemi leží na srdci.

Pokud se rozhodnete přidat se k nim a podpořit činnost naší organizace finančně, můžete svůj příspěvek v jakékoli výši poukázat na číslo bankovního účtu 193702067/0300 vedeného u ČSOB Praha. ČLA s dárci uzavírá darovací smlouvu, na jejímž základě si dárci může snížit daňový základ. Bližší informace poskytně ředitel ČLA Jiří Střežek. Telefonický kontakt 774 040 774.



Bankovní účet ČLA
193702067/0300



Příznivý účinek střídmeho pití vína na naše zdraví

prof. MUDr. Milan Šamánek, DrSc., FESC

The beneficial effect of temperate drinking wine on our health

Souhrn

V dávných dobách se příznivé účinky alkoholu na zdravotní stav projevovaly zabráněním střevním infekcím, zlepšením výživy, alkohol sloužil k vymývání ran, maceraci bylin a jako anestetikum. Teprve v 18. století se objevila zmínka o příznivém působení alkoholu při bolesti u srdce a v roce 1979 vyšla zásadní práce, která jednoznačně ukázala, že pití vína snižuje prevalenci mortality na srdeční infarkt. Od té doby bylo publikováno více než 150 prací o příznivém účinku konzumace malého množství alkoholu na zdravotní stav. Na základě těchto studií nakonec American Heart Association uzavírá, že alkohol snižuje riziko úmrtí na infarkt myokardu o 30–50 % a National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism o 40–60 %. Mírná konzumace alkoholu snižuje také u osob, které již prodělaly infarkt, riziko dalšího akutního infarktu myokardu. Délka přežívání je u konzumentů malého množství alkoholu zvýšena a klesá u nich také celková úmrtnost. Riziko výskytu iktu je u abstinentů proti mírným pijákům dvojnásobné. Mentální kapacita a dovednost je u starších osob pijících malé množství alkoholu signifikantně lepší než u abstinentů. Mírná konzumace alkoholu se nyní rovněž doporučuje u pacientů s hypertenzí, protože nejen snižuje krevní tlak, ale současně signifikantně klesá riziko infarktu myokardu. Mírná konzumace alkoholu podstatně snižuje výskyt diabetu mellitu 2. typu. Také riziko výskytu infarktu myokardu u 2. typu diabetu mellitu se snížilo až o 80 %. Doporučujeme pravidelnou každodenní konzumaci 20–40 g alkoholu u mužů a u žen pouze 20–30 g.

Klíčová slova: mortalita na infarkt myokardu, iktus, celková úmrtnost, přežívání, hypertenze, mentální kapacita, starší osoby, diabetes mellitus

Summary

In ancient times the beneficial effects of alcohol on health exhibited by preventing intestinal infections, improved nutrition. Alcohol was used to wash wounds, maceration of herbs and as an anaesthetic. Only in the 18th century we can find a mention of the positive effects of alcohol on cardiac pain. In 1979 it was published basic important work, which clearly showed that drinking wine reduces the prevalence of mortality due to heart attack. It has since been published more than 150 papers of beneficial effects of small amounts of alcohol consumption on health. Based on these studies, then the American Heart Association concluded that alcohol reduces the risk of death from myocardial infarction by 30–50%, and the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism of 40–60%. Moderate alcohol consumption reduces the risk of further acute myocardial infarction also in people who have already had a heart attack. The length of survival among consumers of small amount of alcohol increased, and it is also decreased overall mortality. The risk of stroke is twice in abstainers against moderate drinkers. Mental capacity and skill is at the elderly drinking small amounts of alcohol is significantly better than the abstainers. Moderate alcohol consumption is now also recommended for patients with hypertension, because it not only lowers blood pressure but also significantly decreases the risk of myocardial infarction. Moderate alcohol consumption significantly reduces the incidence of diabetes mellitus type 2. The risk of myocardial infarction in the second type of diabetes was reduced up to 80%. We recommend that regular daily consumption of 20–40 grams of alcohol for men and 20 to 30 g for women.

Key words: Mortality due to myocardial infarction, stroke, total mortality, survival, hypertension, mental capacity, the elderly, diabetes mellitus

Kdy objevili lidé, že víno je zdraví prospěšné, nikdo neví. Jisté je, že příznivé účinky vína však zaznamenali již před mnoha tisíciletími. Již v prehistorické době bylo používání vína v léčení značně rozšířené. Čemu bychom v současné době mohli říkat „lékařské použití vína“ se odvíjelo od zkušeností, které lidé získávali pozorováním úspěchů a omylů při podávání vína jako léku. Víno se osvědčilo při ošetření rány, přikládání vinných listů urychlovalo hojení, víno samotné nebo s vodou zlepšilo nejen její kvalitu, ale často zamezilo infekci z pití vody, používalo se jako léčebný prostředek při horečkách a mnoho let k zmírnění bolesti. Pokus ovlivnit vínem průběh choroby byl zaznamenán také u různých druhů rakoviny, u nemocí jater a ledvin. Víno bylo také používáno jako lék proti letargii nebo průjmů.

Ve víně byly, nejen k ovlivnění jeho chuti, ale také k zvýšení léčebného účinku, macerovány nejrůznější byliny a přimíseny různé jiné složky. Známe bylo víno přislazené medem, ale také víno s myrhou a jantarem. Kromě toho se přidávaly do vína různé živočišné výměšky, ale také křída, mramor i perly. Kleopatra prý uzdravila Marka Antonia tím, že mu dala vypít víno s perlou, která měla cenu jedné provincie. Podávání vína jako léčebného prostředku vytlačily až léky vyráběné farmaceutickým průmyslem. Ještě v roce 1892 však mohli lékaři u nás předepisovat kolem 10 druhů vína na lékařský předpis.

Nemůže být pochyb o tom, že omeocnění se svádělo na působení nadpřirozených sil, zlých bůžků, duchů a čarodějů. V Mezopotámii měla každá nemoc v některé části těla svého vlastního zlého ducha. Léčení vymítáním ďábla a vyháněním démonů z těla bylo značně rozšířené nejen ve východním Středomoří, ale i v Evropě. Na celém světě byly objeveny dokonce trepana-

ce lebky z doby až před 12 000 lety, které nebylo možné vysvětlit jinak, než že měly umožnit, aby z těla mohl odletět zlý duch.

Používání vína v dávnověkém lékařství

Lékařství na počátku své činnosti splyňovalo s mystickými a náboženskými představami, ale postupně se začal nejen ze šamanství a různých mýtů vyvíjet obor, kterému se začalo říkat lékařství. I když nevíme přesně, kdy jsme začali pít nápoj, který dnes nazýváme víno, pochází první písemné svědectví o používání vína jako léčebného prostředku od Sumerů a je staré více než 6000 let. Sumerové žili na území, které v současné době patří Iráku. V roce 2200 př. n. l. vyšla v Sumeru lékařská kniha, ve které je mimo jiné zmíněno používání alkoholu jako léčebného prostředku. Ve stejné době bylo používání vína v lékařství nesmírně rozšířené také v Egyptě a v Babyloně, jak o tom svědčí egyptské papýry s recepty z této doby. Homér v *Odyseji* ještě v roce přibližně 800 př. n. l. mluví o egyptské medicíně v superlativě. Říká: „Egyptané jsou v medicíně zkušenější, než kdokoli jiný.“

Čína se pro svoji odlehlost a rozlohu lišila od celého světa, a to nejen v medicíně. Medicínský význam vína se popisuje již v rukopisech ze 6. století př. n. l. Víno se užívalo k udržení dobrého zdraví a bylo podáváno jako prostředek proti únavě. Při chladném počasí bylo ordinováno k zvýšení tělesné teploty a k zlepšení krevního oběhu. Často byly do vína pro zvýšení jeho účinnosti přidány prostředky staré čínské medicíny.

V Indii se používání vína z rýže, obilí, třtiny a různého ovoce popisuje v letech 3000 př. n. l. V *Ajurvédě Charak Sanghita* je napsáno, že víno má v léčbě různých chorob velký význam a jeho používání bylo v lékařství značně rozšířené. Používání vína k léčebným účelům bylo ukončeno až vpádem mongolských kmenů. Součástí lékařsko-náboženských seancí v Bengálu, Nepálu a Kašmíru bylo vždy rovněž víno.

Ve dvou monoteistických náboženstvích, kterými byly judaismus a křesťanství, hraje používání vína k léčbě významnou úlohu. O léčebném použití vína se mluví jak v bibli, tak v *Talmudu*. U Židů byl olej s vínem v těchto dobách obvyklým prostředkem k léce-

ní otevřených poranění. Ježíš vypráví příhodu, jak Samaritán nalévá do otevřené rány zraněného víno s olivovým olejem. V bibli je rovněž popsáno, jak víno v rukou Ježíše pomohlo vyléčit malomocné. Nebo apoštol Pavel doporučuje mladému spoluvěřícímu, aby se napil vína, že to prospěje jeho žaludku a trávení.

Po vyhlášení židovství po exilu z babylonského zajetí v roce 539 př. n. l. nejprve přestali Židé pít víno, ale posléze bylo jedním z nejvýznamnějších léčebných prostředků. Také *Talmud* opěvuje léčebné účinky vína, o kterém prohlašuje, že víno je „nejpřednější mezi všemi léčivými prostředky: teprve když schází víno, musíme sáhnout k lékům“.

Předislámská Arábie oplývala pitím vína. Bohužel je nepili jako lék, ale za účelem rychlého opití. Rychlé opojení vínem bylo u Arabů z genetických důvodů jednodušší než u většiny jiných národů. To byl také zřejmě jeden z důvodů k vyhlášení zákazu pití Muhammadem Ibn 'Abdulláhem kolem roku 610 při vzniku dalšího monoteistického náboženství, kterým byl islám. V letech 980–1037 však žil v Arábii věhlasný lékař *Peršan Abd Allah Ibn Sina* přejmenovaný Římany na *Avicenu*. *Avicenna* miloval víno, jak vyplývá z jeho knihy *Lékařský zákoník*. Je o něm známo, že popsal „sirup proti opilství“, psal o víně básně, z nichž jedna se jmenuje „K chvále vína“, ale používání vína, jako islámský lékař, doporučoval pouze k dezinfekci ran.

Alexandr Veliký, který sám (ale i jeho matka) značně holdoval vínu, převzal návody k lékařskému použití vína po obsazení Indie v roce 327 př. n. l. a převezl je do Řecka. V Řecku, které již dříve, kolem roku 2000 př. n. l., bylo zemí vína, byla rovněž příležitost k použití vína při léčbě různých chorob. Homér již v 9. století př. n. l. mluví o dezinfekci ran vínem. Řecko se proslavilo vznikem první lékařské školy. Vznikla na Kosu kolem roku 400 př. n. l. Tato velmi proslavená lékařská škola při léčbě hojně využívala také podávání vína. *Hippokrates*, žijící v letech 460–370 př. n. l., používal víno nejen k dezinfekci ran, ale také proti horečkám a používal je jako močopudného prostředku. Ukázalo se jako velmi dobrý pomocník v rekonvalescenci pacientů. Řekové později ponořovali tělo před operací do vína, zřejmě za účelem anestezie.

Řím navazuje na tradici vína v Řecku. Po expanzi Říma do Řecka začali přicházet řečtí lékaři do Říma, nejprve jako otroci, ale později se zbavili otroctví a stali se vyhledávanými lékaři. Z literatury je známé používání vína v Římě na dezinfekci ran nebo k léčbě dyzenterie. *Aulus Cornelius Celsus* v díle *De Medicina* vypočítává řecká a římská vína vhodná k lékařským účelům. Slavný řecký lékař *Claudius Galén* (131–201), který měl zkušenosti s léčením gladiátorů, se jako třicetiletý přestěhoval do Říma, kde praktikoval lékařskou profesi. Používal víno k dezinfekci ran, ale také jimi omýval vyhrzlá střeva gladiátorů před zasnutím zpět. V knize *O dobrých a zlých šťávách* doporučoval použití vína v režimu dne pro zdravé i lidi trpící některými chorobami. Tvrdil, že jakékoliv víno nemusí být vhodné pro léčení všech onemocnění a že na každé jednotlivé onemocnění účinkuje nejlépe víno vypěstované pouze v některé oblasti. Obecně měla vína, kromě už známých indikací, pomáhat při artritidách, návalech v žaludku a zejména při depresi. První knihu o používání vína v medicíně napsal až ve 14. století lékař *Arnalius de Villa Nova* a začala novější kapitola o medicínských účincích vína.

Víno v moderní medicíně

Poslední doba přinesla mnoho nových poznatků o použití vína jak v prevenci, tak při léčbě různých chorob. U kardiovaskulárních chorob napsal první zprávu o tom, že by mohlo požití alkoholu příznivě ovlivnit srdeční infarkt, *William Heberden* v roce 1786. V dalším století se pak zdálo podivné dalšímu lékaři, dr. *Samuelovi Blackovi*, že je tak malý počet úmrtí na srdeční infarkt v oblasti Středozezemního moře, když on jich má v Irsku velký počet. Přitom v Irsku i ve Francii se pil alkohol, ale v Irsku to byl tvrdý alkohol a ve Francii víno. V roce 1904 tvrdil *R. C. Cabot*, že alkohol snižuje výskyt aterosklerózy. V roce 1926 vychází stěžejní práce *Raymonda Pearla*, který v knize „Alkohol a dlouhověkost“ uvádí, že alkohol může ovlivňovat celkovou úmrtnost. První tvrdil, že nejvíce ze všech umírají abstinenti. U pijáků malého množství alkoholu pak celková úmrtnost klesá, ale při nadměrné spotřebě se zase zvyšuje. Ve výsledcích *framinghamské studie* se již jednoznačně objevuje o 80 % méně sr-

dečních infarktů u osob, které pily alkohol, ve srovnání s abstinenty.

Všeobecnou pozornost však vzbudila teprve práce dr. A. Selwyna St. Legera a jeho spolupracovníků, ve které v roce 1979 jednoznačně prokázali, že pití alkoholu má za následek podstatně nižší úmrtnost na srdeční infarkt. Současně prokázali, že příčinou poklesu úmrtnosti je pití vína. Ostatní druhy alkoholu měly podstatně menší vliv na výskyt srdečního infarktu a u piva nebyl nalezen žádný příznivý efekt. Zjistili také, že nejlepší výsledky jsou v zemích, ve kterých se při přepočítání vypitého množství na jeden den pilo denně od 25 do 160 ml vína. Země, ve kterých se pilo menší množství, ale tvrdého alkoholu, jako byly Finsko, Skotsko a Spojené státy, měly úmrtnost na srdeční infarkt podstatně větší než Itálie a Francie, kde se pilo daleko větší celkové množství alkoholu, ale ve formě vína.

Po této základní práci nastal překotný zájem o vliv pití vína na srdeční infarkt. Do dnešního dne bylo publikováno přes 150 prací s tematikou pití vína a zdraví.

Pití vína a infarkt myokardu

Stěžejní výzkumné studie přesvědčivě prokázaly, že pití vína snižuje o 30 až 80 % výskyt infarktu myokardu. Nahromaděné argumenty byly natolik přesvědčivé, že dokonce National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism po rozsáhlém výzkumu došel k závěru, že riziko infarktu myokardu je u pijáků alkoholu, ve srovnání s abstinenty, o 40–60 % nižší. Také American Heart Association na základě vlastního výzkumu uzavírá, že konzumace jednoho nebo dvou alkoholických drinků denně snižuje riziko koronární choroby o 30–50 %.

V současné době je již také zcela jasné, že střídání pití alkoholu prospívá i pacientům, kteří již akutní infarkt myokardu prodělali. Snižuje u nich jak riziko vzniku dalšího infarktu myokardu, tak celkovou mortalitu, a to víc než u osob, které infarkt neprodělaly.

Délka života, počet hospitalizací a pracovní neschopnost

Délka života je při střídání pití prodloužena a klesá také celková úmrtnost. Průměrný muž nad 70 let, který konzumoval malé množství alkoholu, žil déle o 7,6 měsíců a žena o 2,7 měsíce. Mírná konzumace alko-

holu se projevila nejen snížením celkové mortality, ale také menším počtem akutních hospitalizací z jakéhokoliv důvodu v celostátní americké statistice. V kanadském průzkumu zjistili při každodenním střídání pití 15% pokles pracovní neschopnosti oproti celkové populaci. Také holandská studie prokázala menší pracovní neschopnost u mírných pijáků než u abstinentů nebo těžkých konzumentů alkoholu. V devítileté studii našli také při mírné konzumaci alkoholu lepší zdravotní skóre.

Víno a cévní mozkové příhody

První práce o možnosti ovlivnění mozkové činnosti vínem pochází z roku 1725, ale teprve v 80. letech minulého století se objevilo více publikací o vlivu vína na cévní mozkové příhody. Jejich výsledky prokázaly, že střídání pití vína chrání až o 40 % proti vzniku ischemického typu cévní mozkové příhody. U hemoragického typu střídání množství alkoholu snižuje výskyt, ale větší konzumace alkoholu jej naopak zvyšuje. American Heart Association i American Stroke Association v současné době již ve svých doporučeních konstatují, že konzumace malého množství alkoholu chrání proti ischemické formě cévní mozkové příhody, zatímco u hemoragického typu může alkohol riziko jejího výskytu zvětšit.

Víno a krevní tlak

Výzkum na Harvardské univerzitě prokázal u mladých zdravých mužů při střídání pití zřetelný pokles krevního tlaku. Také ženy, které pily v přepočtu pouze kolem jednoho alkoholického drinku denně, měly riziko vzniku vysokého krevního tlaku o 15 % nižší, než abstinentky. Další reprezentativní studie společnosti ARIC potvrdila rovněž nižší výskyt vysokého krevního tlaku při střídání pití alkoholu celkem o 12 % u mužů a 11 % u žen. Nejen studie u zdravých osob, ale také u osob se zvýšeným krevním tlakem, potvrdily po střídání pití alkoholu ještě větší pokles krevního tlaku, až o 44 %. Je pochopitelné, že při poklesu krevního tlaku hypertoniků klesá současně riziko infarktu myokardu.

Víno a diabetes mellitus

Studie u lékařů, finských dvojčat, žen z Holandska, z Harvardu a z Austrálie svědčí o tom, že střídání pití alkoholu významně snižuje vznik diabetu mellitu 2. typu ve srovnání s osobami popí-

rajícími jakoukoliv konzumaci alkoholu. Riziko ve srovnání s abstinenty pokleslo podle jedné metaanalýzy o 33 až 56 %, podle druhé o 30 %. Mírné pití alkoholu, podle metaanalýzy Howardové se spolupracovníky nejen snižuje výskyt, ale také úmrtnost na infarkt myokardu u diabetu o 34 až 55 %. Tento výsledek potvrdila studie z Harvardské univerzity, která prokázala pokles úmrtnosti na srdeční infarkt u mužů diabetiků o 58 % a u žen o 52 %. Podle stanoviska Americké společnosti pro diabetes vede tedy jednoznačně střídání konzumace alkoholu ke snížení rizika srdeční choroby u diabetu mellitu 2. typu.

Mentální a další schopnosti u osob pokročilého věku po střídání pití alkoholu

Současné poznatky získané u osob pokročilého věku ukazují, že pití jakéhokoliv alkoholu, zejména vína, je v pokročilém věku velmi žádoucí a není žádný důvod, abychom ve stáří s pitím přestali. Přesvědčila nás o tom studie z Austrálie, která zjistila prodloužení věku u konzumentů alkoholu, dánská studie, která ukázala, že klesá počet úmrtí na infarkt myokardu, i další studie zaměřené na mentální i fyzické schopnosti starších osob. Velká americká studie 5962 mužů ve věku 65 let a starších ukázala, že muži, kteří pili 7–14 drinků týdně, měli celkovou tělesnou aktivitu nejlepší a odds ratio bylo ve srovnání s abstinenty 0,52. U 12 480 žen starších 70 let bylo zjištěno, že ženy konzumující 1–14,9 g alkoholu denně měly lepší mentální funkci, která se projevila vyšším skóre kognitivních funkcí, paměti a verbální pohotovosti, než ženy, které nepily vůbec.

Co je malá dávka alkoholu

Za střídání pití alkoholu považujeme v Čechách konzumaci 20 až 40 g absolutního alkoholu denně u mužů. U žen je doporučované množství alkoholu nižší než u mužů a činí pouze 20 až 30 g denně. Příčinou rozdílu mezi muži a ženami je relativně nízká hladina enzymu alkoholdehydrogenáza u žen. Ženy mají aktivitu alkoholdehydrogenázy o 70 až 80 % nižší než muži. Protože existují výrazné rozdíly u obou pohlaví v toleranci k alkoholu, ale také ve složení těla, způsobené zejména výškou, hmotností a obsahem tukové tkáně, udáváme při určování střídáního pití ne jednu, ale vždy určité rozmezí hodnot.

Jak často bychom měli střídně pít

Dojem, že častější pití vína je zdravější než jednorázové, přinesly dvě základní studie – studie u 38 077 zdravotníků v USA a studie z Austrálie. Obě zjistily, že nejmenší riziko výskytu infarktu myokardu měly osoby, které pily každý den, nebo alespoň 5 až 6 dní v týdnu.

Nejllepší je pít večer, jak to u nás zavedly již římské legie.

Závěr

V současné době již není pochyb o příznivém působení alkoholu, nejlépe vína, na kardiovaskulární onemocnění jako infarkt myokardu, cévní mozkové

příhody, zvláště ischemického typu, hypertenze a diabetes mellitus. U celé řady jiných než kardiovaskulárních chorob se však příznivý účinek střídme konzumace alkoholu bezpečně neprokázal.

Významná ocenění našich členů v roce 2010

Celoživotní práce pana profesora Milana Šamáneka došla ocenění 28. října 2010, kdy převzal z rukou prezidenta České republiky Václava Klause medaili Za zásluhy, a to za zásluhy o stát v oblasti vědy. Připomeňme, že **prof. MUDr. Milan Šamánek, DrSc., FESC., FCMA** je vynikající osobnost dětské kardiologie a kardiochirurgie u nás. Od konce padesátých let se věnuje vrozeným srdečním vadám u dětí. Založil a dlouhá léta vedl Dětské kardiocentrum v nemocnici v pražském Motole. Na Fakultě dětského lékařství Univerzity Karlovy vychoval několik generací dětských lékařů. Ve svém oboru publikoval stovky vědeckých prací. Je členem našich i zahraničních odborných společností a držitelem mnoha vědeckých ocenění.

Významného ocenění se dostalo také dalším třem členům České lékařské akademie na mezinárodním lékařském poli. Za jejich vědeckou práci a významný přínos pro vývoj v jejich oboru byli oceněni přijetím do prestižních odborných společností.

- **prof. MUDr. Ivan Rektor, CSc., FCMA** se stal jako první vědec z České republiky členem Americké neurologické asociace
- **plk. prof. MUDr. Vladimír Beneš ml., DrSc., FCMA** byl zvolen do Světové akademie neurologické chirurgie
- **prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc., FRCPsych., FCMA** se stal mezinárodním členem Americké psychiatrické asociace

Gratulujeme našim členům k ocenění jejich práce prestižními organizacemi.



prof. Milan Šamánek



prof. Ivan Rektor



prof. Vladimír Beneš ml.



prof. Cyril Höschl



Emoce a neuropatolog

prim. MUDr. František Koukolík, DrSc., FCMA

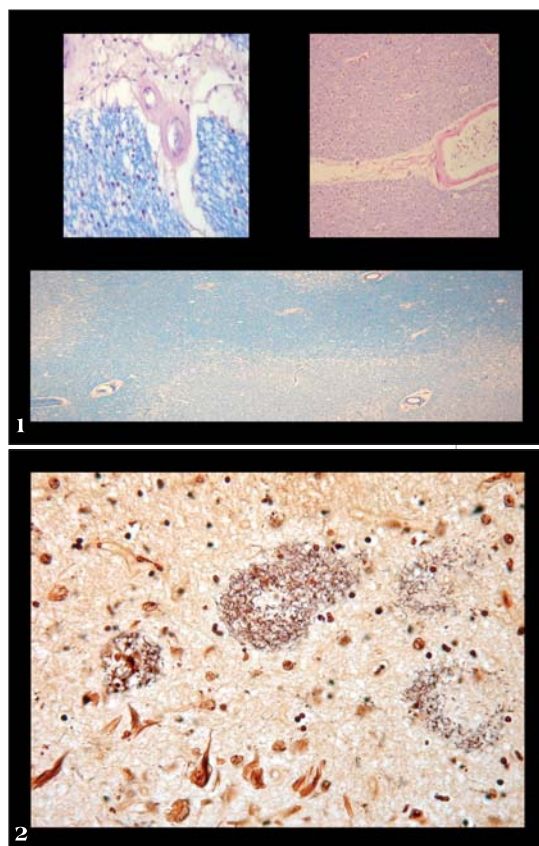
The neuropathologist and emotions

Souhrn

Článek je stručné osobní sdělení o vývoji neuropatologického poznávání vztahu mozku a chování v posledních 35 letech s přihlédnutím ke korelaci emotivity.

Summary

This essay is a brief and personal message about the development of neuropathological learning of brain-behavior relationship in last 35 years with consideration to the correlation of emotivity.



Mámli mluvit o emocích z neuropatologova hlediska, bude mít sdělení osobní nádech, což je v přednáškách tvářících se vědecky málo přípustné. Ke studiu

vztahu mozku a chování mne před více než 35 roky přivedla zkušenost s pacientkou, která přišla o autobiografickou paměť díky glioblastomu, jenž v jejím případě náhodně ničil hipokampální výstupy. Neurologové se zeptali, proč o paměť přišla. Neuměl jsem odpovědět.

Začal jsem proto anatomicky vyšetřovat různá onemocnění mozku, jejichž společným jmenovatelem bylo poškození paměti. Rozmanité neuropatologické nálezy pro mne byly markerem společné poruchy, ať už šlo o cévní mozkové příhody, nádory, úrazy nebo Wernickeovu encefalopatii při Korsakovově syndromu. Samozřejmě, že jsem záhy narazil na Alzheimerovu nemoc a její jednoznačné histologické znaky, plaky a Alzheimerovy změny neurofibril, neboli neuronální klubka jak v mozkové kůře, tak v jiných částech mozku (obr. 2). A po ní na vzácnější frontotemporální lobární degenerace (obr. 5).

Narazil jsem na tři jen částečně související problémy, první užší, druhý širší a třetí nejobecnější.

Užším problémem byla skutečnost, že neurohistologické markery Alzheimerovy nemoci měla ve vyšším věku naprostá většina lidí, včetně těch, kteří demenční nebyli. Horší bylo, že někteří demenční lidé s neurohistologickým nálezem Alzheimerovy nemoci, bez změn jiných, měli nižší denzitu plak a klubek než lidé jiní, kteří demenční nebyli. Což bylo možné přirovnat ke koronární srdeční chorobě: ve vyšším věku zda mají arteriosklerotické změny téměř všichni lidé, ale jen někteří mají odpovídající změny v myokardu. Existují lidé, jejichž koronární arterioskleróza je taková, že se ptáme, co vlastně zásobovalo srdeční sval, a infarkt nebo větší jizvení nemají a naopak.

O něco širším problémem byla skutečnost, že tou dobou sice existovala rozvinutá kognitivní neurověda, takže bylo možné poměrně dobře korelovat kognitivní poruchy, zatímco afektivní a sociální neurověda teprve vznikaly. Korelace afektivních změn chování a nálezu v mozku byla v plenkách. Afektivní a sociální neurověda teprve vznikala. Ještě v prvním vydání Funkčních systémů lidského mozku (r. 2000) jsem do části o systémových korelátech některých afektivních poruch dokázal vložit jen málo.

Nejobecnějším problémem byla denní zkušenost každého patologa:

proč jednoho člověka na pitevním stole má, zatímco jiný, stejného pohlaví, stejně starý a pravděpodobně ve stejném tlaku prostředí spokojeně chodí po světě?

V devadesátých letech jsem se zabýval Alzheimerovu nemocí velmi starých lidí. V 10. deceniu prevalence této nemoci již roste daleko pomaleji. Klinická data takto starých lidí obvykle chy-

Obr. 1 / Periventrikulární leukoencefalopatie. V levém horním obrázku je lipohyalinóza, ztlušňování stěn tepének, v pravém horním je „status cribrosus“, opticky prázdné prostory vznikající pulzovými nárazy při senilní degeneraci elastiky aorty a krčních tepen. Dolní obrázek ukazuje narušení dlouhých projekčních systémů bílé hmoty, které je korelátem kognitivních a afektivních změn.

Obr. 2 / Klasické zobrazení neuritických plak a neuronálních klubek při Alzheimerově nemoci stříbřením. (NOR, x 200)

bí, takže jsem si povídal dlouhé hodiny s jejich pozůstalými. Při rozhovorech jsem postupoval podle pravidel psychologické, nebo spíše sociálněpsychologické autopsie popsané v literatuře.

Nejenže jsem se dozvěděl mnoho z dějin Čech ve 20. století a k tomu zjistil, že nevelká sociální síť lidí poskytne víc klíčových informací než jakákoli lékařská zpráva, ale začal se mi postupně docela měnit pohled na vztah člověka a světa.

Byl jsem vychovávaný v myšlenkové tradici racionalismu a osvícenství: člověk je rozumová bytost. Jenže pozorování za pozorování mne ujišťovalo, že lidé sice někdy racionálně myslí, daleko víc jsou však bytostmi vysoce citovými a myslícími magicky. Ke svému velkému překvapení jsem přišel na věc, která byla pro psychology a psychiatry banální: emoce a sociální vztahy, které k nim mají zpětnovazebný vztah, nás v každodennosti kontroly podstatně víc než rozum.

Příklad: důsledky závislosti na alkoholu, například cirhóza jater a kardiomyopatie, jsou na pitevním stole denním nálezem. Patologicko-anatomický náleze je poměrně jednoduchý a učebnicový. Pozeptáte-li se však sociální síť zemřelého, zjistíte, že jak podstatným podílem lidí, kteří takto zahynuli, mohla být neléčená deprese – upjeli ji.

Jenže: jen někteří depresivní pijí, jiní ne, a pijí lidé, kteří na začátku vývoje závislosti depresivní nebyli. Tím pádem se zeptáte na povahu depresí a na povahu vzniku závislosti na alkoholu a dostanete se do molekulární džungle přenašečů, receptorů a jejich genetického kódování a konečků do interakce genů, mozku a kultury. A máte co dělat do konce svých dnů.

Funkční zobrazovací a molekulární metody jak imunohistochemické, tak genetické obraz neurověd včetně neuropatologie změnily v míře, kterou jsem si před deseti lety neuměl představit.

V r. 2003 jsme s kolegy Matějem, Matějčkovou a Novákovou, nepočítámli tým laborantek, spustili Národní referenční laboratoř prionových chorob. Diagnostikují se neurohistologicky, imunohistochemicky, imunologicky a molekulárně geneticky. Zjistili jsme, že vyskyt Creutzfeldtovy-Jakobovy nemoci

je v naší republice téměř dvojnásobný než očekávaný a podobně dvojnásobný než očekávaný je podíl jejich familiálních podob.

Vyprávím o tom proto, že z celé republiky dostáváme mozky s podezřením na toto onemocnění – a výsledkem je diferenciální diagnostika nejrozličnějších nečekaných a velmi vzácných neurodegenerativních onemocnění, často dokonale vyšetřených. Společně s kolegy z neurologické kliniky, zejména R. Rusinou, jsme vytvořili Centrum pro neurodegenerativní choroby, které tyto nemocné systematicky vyhledává, všestranně vyšetřuje a sleduje.

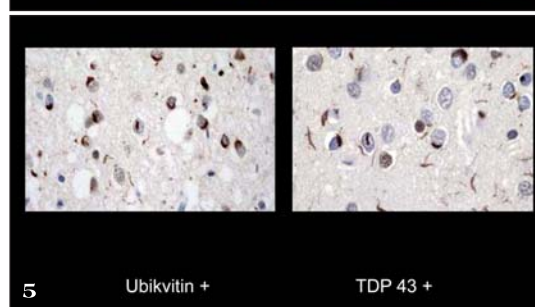
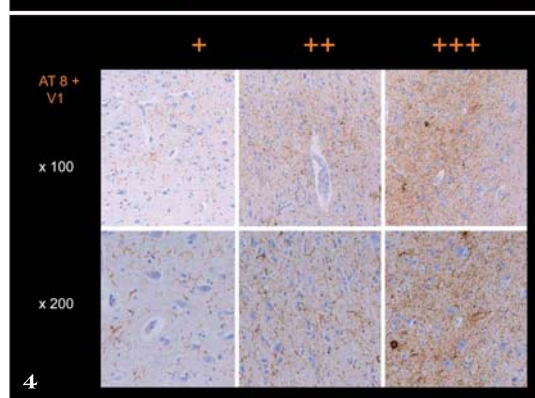
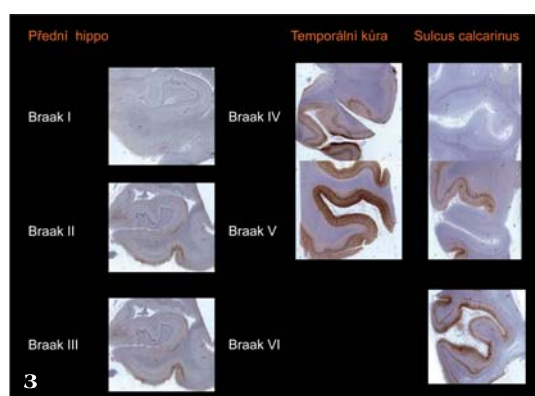
Stejně systematicky rok za rokem vyšetřují mozky zemřelých, u nichž byla klinicky vyslovena diagnóza demence nebo kognitivní poruchy.

Metodický vývoj a zkušenost za poslední roky říká:

1. V části mozku zemřelých, u nichž byla vyslovena diagnóza demence, neurohistologický korelát žádné z více než 60 příčin syndromu nenacházíme. V některých je kolísavý stupeň periventrikulární leukoencefalopatie buď v důsledku angiopatie, nebo stárnutí elastiky aorty a velkých krčních tepen (pulzové vlny se pak přenášejí až do periferie), kterou však nedementní lidé mají také. Jestliže jsou tyto změny akcentované v bílé hmotě levého čelního laloku, mohou korelovat depresi ve stáří – tak hlubokou, že klinicky simulují demenci. V dalších případech jde pravděpodobně o kombinaci osamělosti, dehydratace a lékové polypragmatie.

2. Demenci při Alzheimerově nemoci jde s poměrně vysokou senzitivitou a specificitou korelovat imunohistochemicky buď stanovením vývojových stádií dle Braakových, nebo nověji stanovením denzity imunohistochemicky změněného neuropilu (obr. 3, 4).

3. U dobře neuropsychologicky vyšetřených pacientů s frontotemporálními



lobárními degeneracemi nebo progresivní supranukleární obmou, zejména jsou-li užity funkční zobrazovací metody, je možné korelovat poměrně selektivně jak kognitivní, tak emoční poruchy, například postupnou ztrátu sebeuvědomování u pravostranně akcentované frontotemporální lobární degenerace (obr. 5).

Jaký bude další vývoj?

Budou-li se dál rozvíjet funkční zobrazovací metody, molekulárně genetické a imunologické metody stejným tempem jako dosud, bude význam neuropatologických postupů klesat prostě proto, že budou překonané, podobně jako se přes fascinující písarské umění prevalil knižtisk.

Obr. 3 / Šest vývojových stádií Alzheimerovy nemoci dle Braakových. Srovnávací diagnostický „atlas“. (Viz Alafuzoff I, et al. Staging of Neurofibrillary Pathology in Alzheimer's Disease: A Study of the BrainNet Europe Consortium. *Brain Pathology*2008; 18: 484-496).

Obr. 4 / Diagnostika Alzheimerovy nemoci na základě hustoty AT8+ vláken (Viz Alafuzoff I, et al. Staging of Neurofibrillary Pathology in Alzheimer's Disease: A Study of the BrainNet Europe Consortium. *Brain Pathology*2008; 18: 484-496).

Obr. 5 / Pozitivita imunohistochemického barvení ubikvitinu a TDP43 v korových neuronech při TDP43 + frontotemporální lobární degeneraci (viz Dickson DW. *Neuropathology of non-Alzheimer degenerative disorders. Int J Clin Exp Pathol* 2010;3:1-23)



Magický boj sochaře F. X. Messerschmidta s psychózou

prim. MUDr. Michal Maršálek, CSc.

Magic struggle of sculptor F. X. Messerschmidt with psychosis

Souhrn

Autor předkládá hypotézu, která vysvětluje z psychiatricko-neurologického hlediska smysl bizarní pozdní tvorby sochaře F. X. Messerschmidta.

Summary

The author presents the hypothesis explaining a sense of bizarre late works by sculptor F. X. Messerschmidt from psychiatric and neurologic aspects.

Úvod

Franz Xaver Messerschmidt byl nadaný rakouský sochař druhé poloviny 18. století, který proslul především portréty vídeňské aristokracie v barokním a později klasicistním stylu. Díky duševnímu onemocnění, které u něj propuklo v 33 letech, upadl po slibné kariéře v zapomenutí. Jeho onemocnění však paradoxně vedlo k nadčasovému zájmu o jeho pozdní, nemocí poznamenané dílo. Většinu času od zlomu životní linie věnoval tvorbě pověstných bust s groteskními výrazy ve tváři, jejichž smysl je dodnes nevyřešeným problémem historie umění. Jeho „charakterové hlavy“ zívají, špulí ústa, vyplazují jazyk, křečovité zavírají oči. Paralela se satirickou groteskní tvorbou Goyi nebo Hogartha nepůsobí věrohodně, protože nikdo uspokojivě nevysvětlil, co vlastně mají výrazy postav vyjadřovat. Cílem studie je nabídnout řešení tohoto problému.

Životopis F. X. Messerschmidta.

F. X. Messerschmidt se narodil v švábskobavorském Wiesensteigu v únoru 1736 jako čtvrté ze sedmi dětí místního koželuha. Oba rodiče byli mimořádně vitální, otci bylo v době umělcova početí 66 let, matka byla o 30 let mladší. Franz Xaver zdědil po předcích jak dobré fyzické zdraví, tak výtvarné nadání. V několika generacích bylo v jeho rodině 10 profesionálních výtvarníků. Prošel učením u svých strýců, úspěšně

absolvoval prestižní vídeňskou Výtvarnou akademii a zahájil velmi úspěšnou sochařskou kariéru. Stal se vyhledávaným portrétistou v aristokratických kruzích, jeho socha císařovny Marie Terezie jako uherské královny z roku 1764 je dodnes považována za jedno z nejlepších děl vídeňského rokoka.

V roce 1769 zakoupil na periferii Vídně dům s hospodářským stavením, zahradou a letohrádkem. Začal vyučovat na císařské Vídeňské výtvarné akademii a měl zaručeno, že po odchodu svého bývalého profesora nastoupí na jeho místo. Ve 33 letech byl bohatý, slavný, existenčně zajištěný, již jeho raná tvorba stačila k tomu, aby byl i v budoucnu považován za významného umělce. V tomto období se stále více přikláněl k pojetí portrétů v duchu nově vznikajícího klasicismu. Jako výbornému portrétistovi mu vyhovovalo realistické ztvárnění výrazů tváří, vycházející ze starořímského umění republikánského období, které ovlivnilo rané období klasicismu. Svými klasicistními sochami přešel prakticky o desetiletí hlavního představitele nového hnutí v čele s Antoniem Canovou. V jeho slibné kariéře však nastal prudký zlom, kvůli vztahovavčnosti a agresivitě vůči kolegům ztratil nárok na místo profesora, byl penzionován, přišel po roce 1770 o zakázky, byl nucen nakonec prodat své sídlo a Vídeň ve finanční tísní opustit. Po dvouletém životě v rodném městě a Mnichově

vě se usadil v roce 1777 u bratra Johana Adama v Prešpurku (dnešní Bratislava), kde jeho bratr působil jako uznávaný sochař. Po opakovaných konfliktech způsobených jeho paranoiditou se na konec přestěhoval do vlastního domu na periferii města, kde samotářsky žil a tvořil až do své smrti v 47 letech (1783) s pověstí významného sochaře, ale také náladového podivína. Byl však schopen se sochařskými portréty slušně uživit. Jeho chování mělo značné výkyvy od mrzoutského agresivního odmítání okolí až po přátelská setkání se vzdělanci, kteří při cestách do Prešpurku sochaře často navštěvovali.

Po náhlém úmrtí na zápal plic se v jeho ateliéru našel kromě velkého množství hlavně sečných zbraní také soubor 50 bust v životní velikosti, které představovaly realisticky ztvárněné muže v klasicistním stylu s bizarními škleby v obličejích. O těchto „charakterových hlavách“, jak byly později nazvány, se objevují zmínky již v roce 1771, krátce předtím, než opustil Vídeň. Tyto sochy neprodával, shromažďoval je v ateliéru, některé rozbil, jiné doplňoval a jejich vytváření z kovu nebo alabastru věnoval většinu svého tvůrčího úsilí.

Přestože se o životě F. X. Messerschmidta zachovalo velké množství dobových svědectví i úředních dokladů, je řada informací o něm zkreslena, idealizována nebo jednoznačně vymyšlena prvními životopisci, kteří jej vůbec neznali a vycházeli především z vyprávění jeho bratra Johana Adama. Tyto dezinformace pak byly tradovány celé 19. století a bez kritického zhodnocení byly přebrány i v první seriózní práci o jeho díle od historika umění Alberta Ilga z roku 1885.

Řada dobových svědectví se shoduje v tom, že Messerschmidt byl mimořádně zdatný a rychlý portrétista. Byl zavallitý, plebejský, se sklonem

k hrubým žertům a mystifikacím, současně dost ješitný a reagující někdy až brachiální agresí při hájení své pověsti. Dobové zprávy o něm mluví jako o podivínovi a náladovém člověku se zvláštním humorem.

Interpretace smyslu „Charakterových hlav“.

Smysl „charakterových hlav“ se pokusilo vysvětlit několik hypotéz, které se shodují v tom, že objasnit, co vyjadřují výrazy „charakterových hlav“, je velmi obtížné. Uvedeny jsou hlavní z nich s odkazem na přehled v monografii Pötzl-Malíkové (2004). Messerschmidovy „charakterové hlavy“ byly někdy považovány za svérázné žerty podivná, jindy za šířavou satiru, případně za systematické zkoumání lidských výrazů po vzoru tehdy módní Lavaterovy fyziognomiky. Bylo však obtížné zjistit, jakou satiru tajemné výrazy vyjadřují, a sochař také zpodobnil jen překvapivě omezený počet výrazů a některé stereotypně opakoval. První monografie Alberta Ilga z roku 1885 uvádí hypotézu, že se Messerschmidt účastnil hypnotických sezení F. A. Mesmera a znamenal abreakce, se kterými se během hypnózy setkal. Podle ní se oba znali možná už od dětství a mohli být přáteli. Tento názor je převzatý i v katalogu poslední Messerschmidovy výstavy v roce 2003 (Krampf, 2003) s tím rozdílem, že zde již je přátelství Messerschmidta a Mesmera od mládí konstatováno jako nepochybná skutečnost. Tuto hypotézu na základě věcných důkazů vyvrátila Pötzl-Malíková (2004). Nenalezla jediný důkaz, že by se oba muži v mládí znali. Jejich sídla ve Vídni sice byla blízko sebe a Messerschmidt vytvořil před rokem 1770 Mesmerův portrét a fontánu do jeho zahrady, ale nikdy nebyl například návštěvníkem společenských večírků v Mesmerově sídle, jak o tom svědčí denní dopisy Leopolda Mozarta jeho synovi Wolfgangu Amadeovi, ve kterých pravidelně vypočítával seznamy hostů u Mesmera. Hypnotické techniky navíc Mesmer podrobněji rozpracoval až po svém odchodu do Paříže a Messerschmidt se s nimi tedy nemohl setkat.

Je zajímavé, že po celé 19. století se přes jasné důkazy vůbec neuvažovalo o tom, že by mohl být Messerschmidt

duševně nemocný a jeho bizarní chování a prohlášení byly považovány za součást jeho žertů a mystifikací. Teprve později se předpokládalo, že trpěl toxickou psychózou po chronické otravě olovem, se kterým pracoval (citováno dle Pötzl-Malíkové, 2004). Nebyly však u něj zjištěny některé typické projevy otravy olovem, jako těžká anémie, svalové záškuby a jiná hrubší neurologická postižení, což tuto hypotézu vyvrací. Věrohodný je naopak názor historika umění a psychoanalytika Ernsta Krise (1932), že umělec trpěl primární psychózou schizofrenního okruhu. Ve věcném rozboru autor upozornil nejen na doklady o halucinacích a bludech v posledních letech sochařova života, ale popsal i projevy stereotypií a manýrování přímo ve výrazech soch, což jsou prvky typické pro tvorbu nemocných schizofrenií. Výrazy soch pak vysvětloval v rámci psychoanalytické koncepce (např. zavření očí = strach před sexem).

Vlastní závěry

V návrhu vlastní koncepce se pokusím odpovědět na dvě základní otázky:

- 1) Trpěl skutečně F. X. Messerschmidt duševním onemocněním a jakého typu?
- 2) Proč Messerschmidt vytvářel „charakterové hlavy“ a co chtěl vyjádřit jejich výrazy?

1) Při odpovědi na první otázku mohou vycházet se stejných důkazů jako Ernst Kris, který tuto otázku přesvědčivě vyřešil a doplňuje je několika vlastními poznámkami o vlivu rizikových faktorů, které Krisův názor podporují. Messerschmidt od roku 1770 nepochybně trpěl několika typy halucinací (sluchové, zrakové, tělové, čichové), které ovlivňovaly jeho chování. Sám uváděl např. při návštěvě F. Nicolaie v roce

1781, že jej navštěvují duchové, kteří jsou žárliví na jeho hluboké znalosti a ohrožují ho. S nejnebezpečnějším z nich, s Duchem proporcí, bojoval, štípali se navzájem, a když Messerschmidt zvítězil, duch za velkého zápa chu zmizel. Současně sochař trpěl perzekučními bludy (má být zlikvidován, bratr jej chce připravit o majetek apod.). U bludů docházelo během let k systemizaci, Messerschmidt se napřed divil, proč mu duchové ubližují, když vede spořádaný život (sexuální abstinence), později pochopil, že žárlí na jeho mimořádné znalosti zákonů přírody. Kromě perzekučních bludů jsou tedy přítomny i bludy makromanické (extrapotenční). Doma měl velkou zásobu zbraní, velmi pravděpodobně k obraně proti duchům. Jednou zjevně pod vlivem bludů prostřelil dveře, za kterými zaslechl šramot. Sám psal bratrovi po odjezdu z Vídně, že trpěl duševními potížemi, ale nyní že je stav lepší. Jako důvod penzionování je také oficiálně uvedeno duševní vyšinití.

Nemotivovaný zlom životní linie je těžko vysvětlitelný jinak než rozvojem duševní nemoci a je typický pro schizofrenii, včetně věku vzniku v 33 letech. Jeho onemocnění nemělo zjevně maligně progresivní průběh, spíše se potíže občas zesilovaly. Messerschmidt byl během nejméně 12 let trvání nemoci přes určité výkyvy schopný žít samostatně, do konce života tvořit velmi kvalitní umělecká díla a svou tvorbou se dokonce poměrně slušně živit. (Další zdroj příjmů byl z hospody, kterou měl v přízemí svého domu.) Na některých jeho sochách jsou však patrné vlivy stereotypií a manýrování, což je pro umělecký projev lidí trpících schizofrenií typické (obr. 1). Na sochách jsou občas přítomny nevysvětlitelné prvky (obepnutí čela provazem, zalepená ústa, jakési bizarní předměty pod bra-



Obr. 1 / Ukázka „charakterových hlav“, na kterých je patrna křečovitost a na některých útvárně stereotypie a manýrování (nepřiměřené dekorativní nebo zmnožené vrásky na čele a kolem úst).



dou a v ústech, „faraónská“ pokrývka hlavy jedné sochy apod.), které působí psychoticky bizarně. Kris dobře vystihl společné charakteristiky „charakterových hlav“: Všechny jsou v životní velikosti, frontálně pojaté, symetrické, s prvky ornamentálnosti (manýrování), s bizarními doplňky, s křečovitými výrazy, výrazy jsou nedostatečně srozumitelné, časté jsou otevřené nebo zavřené oči či ústa, některé prvky se stereotypně a nesystematicky opakují, patrné jsou prvky magického myšlení, sochy představují různé vesměs mužské postavy.

Zjištěné projevy i formální zvláštnosti tvorby odpovídají jednoznačně psychóze a mají řadu prvků typických pro schizofrenii s výjimkou poměrně příznivého vývoje, který může souviset se vznikem nemoci v pozdějším věku. Tuto hypotézu podporují i dva rizikové faktory rozvoje schizofrenie, které zde doplňují. Messerschmidt se narodil na počátku února, v jednom z měsíců, ve kterém se rodí nejvíc nemocných schizofrenií (Nasrallah & McCalley-Whitters, 1984), protože v zimě zasahuje do intrauterinního vývoje v období důležitém pro rozvoj nemoci více nepříznivých vlivů než obvykle (prochlazení, malnutrice, nedostatek vitamínu C, respirační infekce). Jeho otci bylo navíc v době umělcova početí 66 let. Je prokázáno, že s věkem otců nad 40 let výrazně roste riziko rozvoje schizofrenie u potomků epigenetickým mechanismem (Perrin et al., 2007). Pokud je otců 40 let, je pravděpodobnost vzniku schizofrenie dvakrát vyšší, pokud je mu 50 let, je riziko vyšší již třikrát. U chlapců, na rozdíl od dívek, se pak manifestují především

paranoidní projevy. Platí to však jen v rodinách bez genetické zátěže. To vše odpovídá nálezům u Messerschmidta. Jestliže u něj došlo k rozvoji schizofrenie epigenetickým mechanismem a současně exogenním působením na intrauterinní vývoj plodu a nebyla přítomná větší genetická zátěž v rodině, mohlo by

to částečně vysvětlovat i relativně dobrý průběh umělcovy nemoci.

2) Proč Messerschmidt vytvářel „charakterové hlavy“ a co chtěl vyjádřit jejich výrazy?

Poslední otázka je nejsložitější a o její řešení se pokusil nejsoustavněji Ernst Kris, který výrazy považuje za symbolické vyjádření nevědomých postojů k sexuálnímu pudům v rámci psychoanalytické koncepce.

Podle nyní předkládané představy se na motivaci k tvorbě charakterových hlav a na jejich konečném výrazu podílelo několik rozdílných prvků, které se navzájem ovlivňovaly: a) Messerschmidtovo teoretické přesvědčení o magickém vlivu stejných proporcí, b) halucinační prožitky a pohybové abnormality v rámci schizofrenie, c) bludná interpretace halucinačních i pohybových abnormalit podložená představami o vlivu proporcí a d) magická obrana proti imaginárním nepřátelům.

O Messerschmidtově koncepci magie proporcí referoval podrobně berlínský osvícenec Friedrich Nicolai (1783), který během cest po Evropě Messerschmidta v Prešpurku navštívil v roce 1781. Messerschmidt mu sdělil, že objevil tajemství základních proporcí obličejů, kterých je 64. Stejně proporce

se opakují na těle. Vznik určitých proporcí je přitom ve vztahu k jiným stejným proporcím, a je buď rovnocenný, nebo nadřazený. Vzniká tak vazba všeho, co se podobá. Tyto názory o vnitřní souvislosti, založené na podobnosti, byly běžné např. v době renesance a v manýrismu a vedly mimo jiné k vytváření kabinetů kuriozit, které měly různé podobné předměty shromažďovat. V medicíně např. vedlo k analogickému uvažování (jádro vlašského ořechu vypadá jako mozek, je tedy dobré jako lék na nemoci mozku). Máli tedy někdo určitou základní proporci obličejů, může nabyt moc nad tím, kdo má proporci stejnou.

ad b) Messerschmidt popsal Nicolaovi komplexní halucinace „duchů“, které vidí, slyší, jak mu vyhrožují, cítí je někdy a dokonce se s nimi navzájem štípe. Duchové žálí na jeho znalosti o proporcích a chtějí ho zabít. Halucinace a bludy dokládá řada dalších svědectví. Můj předpoklad, že Messerschmidt trpěl také neurologickými pohybovými abnormalitami, je pro výklad klíčový. Došel jsem k němu na základě neurologicko-psychiatrického „vyšetření“ jednotlivých výrazů soch. Všem je společná nejasnost, co vlastně výraz vyjadřuje, dále křečovitost – oči, ústa nebo celý obličej buď křečovitě sevřené, nebo naopak křečovitě rozevřené. Tato dvojí pozice je zvlášť nápadná u „dvojic“, soch zpodobujících jednu tvář, kdy jedna je vždy v otevřené a druhá v uzavřené pozici, které na sebe přesně navazují (obr. 2). Vzniklé proporce obličejů zdaleka nevyčerpávají různé možnosti konfigurace svalů obličejů. Naopak jejich počet je poměrně malý a často se stereotypně opa-



Obr. 2 / Dvojice hlav s „otevřeným“ a „uzavřeným“ výrazem.

Obr. 3 / Nápadná podobnost extrapyramidových syndromů s výrazy charakterových hlav: Nemocné trpící Meigouým syndromem (idiopatická dystonie) (Mardsen, 1975).

kují. To by mělo svědčit proti představě, že umělec systematicky zivářoval všechny možné proporce obličeje. Zjištěné výrazy soch se nápadně podobají především dystonickým a částečně dyskinetickým extrapyramidovým pohybům, které v současné době známe jako idiopatické extrapyramidové syndromy nebo extrapyramidové syndromy při léčbě antipsychotiky (obr. 3). Protože se nověji prokázalo, že extrapyramidové syndromy mohou vzniknout i u neléčené schizofrenie a jsou součástí základního obrazu nemoci (Fenton, 2000), je teoreticky možné, že Messerschmidt v 18. století těmito poruchami v rámci schizofrenního onemocnění trpěl také. Část pohybů by mohla být také katatonní manýrování. V Nicolaiově zprávě je zmínka, jak se sochař před zrcadlem štípal a vzniklé grimasy pak rychle a věrně přenášel na sochu. Obvykle se to vykládalo tak, že grimasy dělal vědomě, protože zkoušel zobrazení všech možných kombinací proporcí. V literatuře se mi však podařilo najít zprávu Heinricha Sebastiana Hüsгена, který spolu s ředitelem galerie Christianem von Mechelem navštívil Messerschmidta v roce 1780. Sochař byl právě v morózní náladě a podle Hüsgenova popisu jeho tvář hyzdilo opakované grimasování (Hüsgen, 1783). Je vysoce nepravděpodobné, že by si v takovém rozpoložení a v době mimo tvorbu sochař jen tak trénoval nové grimasy. Zpráva je spíše dosud chybějícím přímým potvrzením, že Messerschmidt skutečně trpěl spontánními dystonickými pohyby, a ne, že tyto pohyby prováděl záměrně.

ad c) Psychotická interpretace extrapyramidových pohybů. Extrapyramidové pohyby jsou mimovolní, vznikají spontánně bez vůle postiženého. Dystonické pohyby si nemocný obvykle výrazně uvědomuje. Je známo, že polékové dystonie nemocní se schizofrenií často interpretují jako pohyby, které jim způsobují jejich pronásledovatelé. Messerschmidt tedy mohl mimovolní křivení

své tváře považovat za vyvolané „duchy“. Vysvětlení, proč mu duchové takové pohyby způsobují, se při znalosti jeho koncepce vzájemného ovlivňování stejných proporcí nabízí samo: duchové mu navozovali určité škleby v obličejí, které odpovídaly jejich vlastní tváři, a tím nad ním chtěli získat moc.

ad d) Magická obrana proti extrapyramidovým pohybům (tedy útokům duchů). Pokud by sochař věrně zachytil dystonické pohyby své tváře a znázornil je na tváři duchů, získal by naopak moc nad nimi on. To, že se před jedním duchem zachránil tím, že ho zhmotnil, sám řekl Nicolaiovi, takže tento způsob magického boje sám potvrdil. Nezmínil se jen o tom, že výraz ducha portrétoval podle výrazu své tváře. Zajímavé je Nicolaiovo svědectví o tom, co si myslel o výrazech jednotlivých hlav sám Messerschmidt. Na přímé dotazy odpovídal vyhýbavě a neřekl o nich vlastně nic. I to svědčí o tom, že význam jednotlivých konfigurací neznal, pouze je kopíroval, jak přicházely. Z tohoto hlediska lze chápat pozdní Messerschmidtovu tvorbu jako magický boj s vlastními psychotickými prožitky, jako soukromou válku, ve které se bránil po zbytek života a zcela bez cizí pomoci svým imaginárním nepřátelům.

Závěr

Nová hypotéza by mohla vysvětlit několik dosud nejasných otázek kolem Messerschmidtovy pozdní tvorby: intenzitu, se kterou sochy tvořil, aniž je obvykle někomu ukazoval a neměl z nich žádný zisk, důsledné vytváření soch v životní velikosti, jednotné frontální zobrazení známé např. z afrických magických soch předků (postavit duchům se lze jen tváří v tvář) (i když frontální zobrazení je typické i pro klasicismus) a především naši neschopnost pochopit, co výrazy svých soch umělec vlastně chtěl vyjádřit. Škleby Messerschmidtových hlav totiž nevyjadřují žádné pocity, jde o mechanický záznam mimovolních svalových stahů, které někdy mohou

emoční prožitky vzdáleně připomínat. To neubírá jeho dílu na mimořádné působivosti. Naopak. Jde o historicky zcela ojedinělý pokus silné osobnosti použít umění jako zbraň v heroickém magickém boji se svým šílenstvím.

Literatura

- (1) Fenton WS. Prevalence of spontaneous dyskinesia in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2000;61 (Suppl 4):10-14.
- (2) Hüsgen S. Miscellen artistischen Inhalts, no 13, Erfurt 1783, p. 43.
- (3) Ilg A. Franz Xaver Messerschmidt's Leben und Werke. Vienna and Leipzig 1885
- (4) Krampf M. Patrons and friends with special regard to the role of the „magnetizer“ F. A. Mesmer. In: Krampf M. (ed.) Franz Xaver Messerschmidt (1736-1783). Hatje Cantz Publishers, Ostfildern-Ruit 2003, p 48-60.
- (5) Kris E. Die Charakterköpfe des F. X. Messerschmidt. *Jahrbuch der kunsthistorischen Sammlungen in Wien*. Vienna 1932.
- (6) Marsden CD. Blepharospasm- oromandibular dystonia syndrom (Brueghel's syndrome) A variant of adult-onset torsion dystonia ? *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1976;39:1204-1209.
- (7) Nasrallah HA, McCalley-Whitters M. Seasonality of birth in subtypes of chronic schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1984;69:292-295.
- (8) Perrin MC, Brown AS, Malaspina D. Aberrant epigenetic regulation could explain the relationship of paternal age to schizophrenia. *Schizophr Bull* 2007; 33:1270-1273.
- (9) Pötzl-Máliková M. F. X. Messerschmidt a záhada jeho charakterových hlav. Albert Marenčin - Vydavatelstvo PT 2004, Bratislava, 133 p.
- (10) Nicolai F. Beschreibung einer Reise durch Deutschland und die Schweiz im Jahre 1781, vol VI, Berlin and Stettin 1785.



The Demarcation Problem and Alternative Medicine

Professor Donald Gillies, *University College London*

Contents

1. Introduction
2. The Demarcation Problem and the Vienna Circle
3. Popper on the Demarcation Problem
4. Falsifiability and the Duhem-Quine Thesis
5. Alternative Medicine

1. Introduction

In recent years very fierce controversies have broken out about the value of alternative medicine. In Britain, for example, no less a person than Prince Charles is a strong advocate of alternative medicine. He has argued that the government should provide alternative therapies, such as homeopathy, free to patients who want such therapies as part of Britain's National Health Service or NHS. However, many eminent members of the medical establishment, such as the surgeon Michael Baum, have counterattacked, claiming that alternative therapies are not effective and that to provide them on the NHS would be a waste of money. I am sure that similar debates are going on in other countries such as the Czech Republic.

In this paper, I will see if ideas from the philosophy of science can cast any light on this controversy. One problem which was much debated by philosophers in the twentieth century is the so-called demarcation problem, that is to say the problem of trying to characterise what constitutes a scientific theory, and so demarcating such theories from non-scientific theories. The demarcation problem is obviously relevant to the question of scientific medicine and alternative medicine. I will therefore sketch, in the next three sections (2,3,4), some of the main ideas about the demarcation problem which have been developed by philosophers of

sciences. Then in the final section of the paper (5), I will discuss how these might be applied in the case of alternative medicine.

2. The Demarcation Problem and the Vienna Circle

The demarcation problem is often formulated as that of distinguishing between science and metaphysics. In this formulation, however, metaphysics must be taken in a broad sense to include both religious doctrines, such as the doctrine of the Trinity, and pseudo-sciences such as astrology. But metaphysics in this broad sense should also include metaphysics in the narrow sense – that is to say, the general theories produced by philosophers, such as Plato's theory of Ideas, Leibniz's Monadology, and Hegel's account of the Absolute. Philosophers in the past have certainly produced such theories, but should they have done so? Do such theories have any value at all? Or would it be better if intellectuals concentrated on producing theories which were scientific? These are some of the issues connected with the demarcation problem.

In the twentieth century, these issues were much discussed by the Vienna Circle. The Vienna Circle were in turn strongly influenced by Wittgenstein's *Tractatus*. Indeed the Vienna Circle devoted a whole academic year (1926-27) of their weekly seminar to reading the *Tractatus* sentence by sentence.

In the *Tractatus* Wittgenstein had argued that metaphysics is entirely meaningless, and this was accepted by the Vienna Circle. The classic expression of their point of view is to be found in Carnap's 1932 article: 'The Elimination of Metaphysics through Logical Analysis of Language'. Here Carnap writes

emphatically that "In the domain of *metaphysics*, including all philosophy of value and normative theory, logical analysis yields the negative result *that the alleged statements in this domain are entirely meaningless*. Therewith a radical elimination of metaphysics is attained." (1932, pp. 60-1).

The Vienna Circle argued for the view that metaphysics is meaningless by adopting what was called the verifiability criterion of meaning. This is how Carnap formulates this criterion in his 1932 paper (p. 76): "The meaning of a statement lies in the method of its verification. A statement asserts only so much as is verifiable with respect to it. Therefore a sentence can be used only to assert an empirical proposition, if indeed it is used to assert anything at all."

To illustrate his thesis, Carnap considers the following passages from Heidegger's *Was Ist Metaphysik?* (1929): "Where do we seek the Nothing? How do we find the Nothing? ... We know the Nothing. ... *Anxiety reveals the Nothing*. ... That for which and because of which we were anxious, was 'really' – nothing. Indeed: the Nothing itself – as such – was present. ... *What about this Nothing? – The Nothing itself nothings*." (cf. Carnap, 1932, p. 69; as Carnap points out, the emphasis is in the original).

With a certain ponderousness which is not lacking in humour, Carnap tries to translate Heidegger's propositions into a precise logical language, and concludes that sentences like '*The Nothing itself nothings*' cannot even be expressed in such a language. Still less can we specify the finite set of simple observations statements which would verify the claim that the Nothing itself nothings, if, indeed, it were true. It follows, according to Carnap, that '*The Nothing itself nothings*' is meaningless – a pseudo-proposition. The same holds,

according to Carnap and the Vienna Circle, for other sentences purporting to express metaphysical truths.

3. Popper on the Demarcation Problem

Popper's views on the demarcation problem differed from those of the Vienna Circle on two fundamental points. First of all Popper denied that metaphysics was always meaningless. I am sure that he would have regarded some metaphysical statements as meaningless, but he also thought that there were metaphysical statements which were perfectly meaningful and were even positively helpful to science. Popper still thought that there was a demarcation between science and metaphysics, but for him it was not a demarcation between sense and nonsense. Secondly Popper proposed that *verifiability* should be replaced by *falsifiability* as the criterion of demarcation between science and metaphysics. I will now deal with these points in turn.

Carnap argues for the meaninglessness of metaphysics by taking *'The Nothing itself nothings'* as his example of a metaphysical statement. Popper argues for his thesis that metaphysics can be meaningful and indeed positively helpful to science by taking as his example the history of atomism.

Atomism was first introduced in the West by the pre-Socratic thinkers Leucippus and Democritus. It continued as a powerful trend in the ancient world with Epicurus in Greece and Lucretius in Rome. This ancient atomism must, I think, be classed as metaphysical rather than scientific.

Ancient atomism was revived in Western Europe in the seventeenth century, and discussed by the leading scientists of the day. It should still, at that time, be considered as a metaphysical rather than a scientific hypothesis. At the beginning of the nineteenth century, Dalton reintroduced atomism to solve some problems in chemistry; while halfway through the nineteenth century, Maxwell brought atomism into mathematical physics in connection with the kinetic theory of gases. By the end of the nineteenth century, atomism can definitely be considered as a scientific hypothesis; but this scientific development would scarcely have been possible without the earlier history of atomism as metaphysics.

Anyone who maintains that meta-

physics is always meaningless is faced with some difficult choices in dealing with this example. One option would be to say that atomism was always scientific, and so meaningful; but then it has to be maintained that the atomism of the ancient Greeks was scientific, and this is hardly plausible. The other option would be to say that atomism was meaningless from ancient Greek times until some point in the nineteenth century, when it became scientific and so meaningful; but then it must be held that a perfectly meaningless theory was somehow used by Dalton, Maxwell, and others in order to formulate their scientific and meaningful theories. This again is an absurd and untenable position. Thus there is no escape from the conclusion that metaphysics can be both meaningful and useful for scientific progress. Popper's views on this point are a definite advance on those of the *Vienna Circle*.

Let us now turn to Popper's second main point, namely his advocacy of *falsifiability* rather than *verifiability*. This is how he himself puts the point (1963, p. 281): "My criticism of the verifiability criterion has always been this: against the intention of its defenders, ... *it did exclude the most important and interesting of all scientific statements, that is to say, the scientific theories, the universal laws of nature.*" We can illustrate this by taking the usual simple example of a universal law of nature, namely: 'all ravens are black'. This is not verifiable by any finite conjunction of observation statements about ravens; but it is falsifiable by observing a white raven. Indeed the similar generalisation 'All swans are white' was falsified in just this way. This simple argument does indeed show that falsifiability is superior to verifiability as a demarcation criterion. However, falsifiability can be criticized in its turn, as I will show in the next section.

4. Falsifiability and the Duhem-Quine Thesis

The serious objections to falsifiability as a demarcation criterion are based on what is known as the Duhem-Quine thesis. The first objection of this type (based on the work of Duhem rather than Quine) appeared in 1935 in Neurath's paper: 'Pseudorationalismus der Falsifikation'. Further objections along similar lines appeared later, and,

in particular, Lakatos subjected falsifiability to an extensive criticism in his 1970 paper: 'Falsificationism and the Methodology of Scientific Research Programmes'. Significantly an appendix to that paper (pp. 93-101) is entitled: 'Popper, Falsificationism and the 'Duhem-Quine Thesis'.

To illustrate this type of criticism let us take as an example Newton's first law. Few would deny that this is an example of a scientific law, and yet it turns out not to be falsifiable by observation.

Newton's first law states that all bodies continue in a state of rest or uniform motion in a straight line unless acted on by a force. Suppose however that we observe a body which is neither at rest nor in uniform motion in a straight line and which is apparently not acted on by any force. Such an observation would seem to refute Newton's first law, but the problem is that it need not be taken as doing so. In such circumstances we can always postulate an invisible force acting on the body. This is exactly what Newton did in the case of the planets, which move in ellipses rather than straight lines. He postulated that these planets were acted on by the invisible force of universal gravitation. A similar device could be applied to any apparent exception to Newton's first law which thus appears to be both scientific and immune to falsification.

The problem here is posed by the Duhem-Quine thesis which Duhem formulated as follows (1904-5, p. 187):

"... the physicist can never subject an isolated hypothesis to experimental test, but only a whole group of hypotheses; when the experiment is in disagreement with his predictions, what he learns is that at least one of the hypotheses constituting this group is unacceptable and ought to be modified; but the experiment does not designate which one should be changed."

Newton's first law is a perfect example of this since it cannot be tested on its own, as an isolated hypothesis, but only as part of a theoretical group. Let us call Newton's first law T. To obtain observable consequences from Newton's theory, we have to add to T:

(1) further theoretical assumptions; namely, the second and third laws of mo-

tion and the law of gravity – call the conjunction of these T' , and

(2) auxiliary assumptions: for example, that non-gravitational forces have no appreciable effect on the motion of the Sun and the planets, that the mass of the Sun is very much greater than the mass of any planet, and so on – call the conjunction of these A .

Now, from the conjunction T & T' & A , we can indeed deduce observable consequences regarding the motions of the planets. Call one such consequence O . Suppose now that we observe $\text{not}O$. We cannot conclude ' $\text{not}T$ ', but only 'either $\text{not}T$ or $\text{not}T'$ or $\text{not}A$ '. To put the point another way, we know that one of the assumptions used in the deduction is false, but we do not know which one. So none of the assumptions has been falsified. Moreover, as the Duhem-Quine thesis holds for any application of Newton's first law to explain observable phenomena, it follows that this law is unfalsifiable.

Popper did attempt to deal with this difficulty. See, for example, his 1983, p. 187. I do not find his attempts convincing, but some of Popper's critics have, in my view, gone too far in their criticisms of falsifiability. It is perfectly true that there are some laws such as Newton's first law which are indeed scientific but which are not falsifiable because of the Duhem-Quine thesis. This has led some critics of Popper to conclude that no scientific laws are falsifiable for the same reason, and that therefore the concept of falsifiability is useless and irrelevant for science. Such a conclusion is too extreme in my view. In every branch of science there is a generally acknowledged class of observation statements, that is, of singular statements which can come to be accepted or rejected by the scientific community on the basis of observation and experiment. There are moreover laws and generalisations which can be falsified by a finite set of observation statements. 'All swans are white' was indeed falsified by the observation of black swans in Australia. Kepler's first law that planets move in ellipses with the Sun at one focus could be falsified by a finite set of astronomical observations of a planet which did not lie on an ellipse. In a sense this did happen historically since accurate obser-

vations of the planets did show small deviations from an ellipse owing to the gravitational attractions of other planets. However Kepler's first law continues to hold to a high degree of approximation although it could easily be falsified by observing some curious planetary behaviour.

So falsifiability is part of the story but not the whole story. This suggests that we might divide scientific hypotheses into two levels. Level 1 hypotheses are falsifiable, while level 2 hypotheses, such as Newton's first law, are not falsifiable but still confirmable. Metaphysical statements, however, would be too far removed from the empirical basis to be even confirmable. This amounts to taking confirmability rather than falsifiability as the demarcation criterion separating science from metaphysics.

Popper had, in effect, a 3 level model. The 3 levels being observation statements, scientific hypotheses, and metaphysical statements. My suggestion is to replace this by a 4 level model in which scientific hypotheses are divided into those which are falsifiable and those which are not falsifiable but which are still confirmable. This 4 level model is shown in Table 1.

Of course in order to make this approach precise it would be necessary to develop a theory of confirmation, and this is no easy task. I will not undertake it in the present lecture, but will rather discuss two features of the 4 level model which will be useful in our discussion of alternative medicine in the next section.

First of all the 4 level model opens up the possibility of reconciling some of the ideas of Kuhn with those of Popper. Newton's theory is on level 2 which means that while it can be confirmed or disconfirmed by observation, it cannot be directly falsified by observation. Now according to Kuhn, Newton's theory constituted the core of the Newtonian paradigm. Like other para-

digms, this was not overthrown simply as the result of observations but only as the result of the complicated process of a scientific revolution. This is what one would expect of level 2 theories which cannot be knocked out by a single observational blow, but only undermined by a series of disconfirming instances. However there still exist level 1 theories to which Popper's concept of falsifiability and so his methodology of conjectures and refutations can apply.

Secondly let us consider one of these level 1 hypotheses, namely Kepler's first law that all planets move in ellipses with the Sun at one focus. This law can be tested by observing a sequence of positions of a planet and checking whether these lie on an ellipse of the required type. If they do not, the law is falsified. If they do, the law is confirmed. I propose to call this type of confirmation: *direct confirmation*. Now Kepler's first law, in an approximate form, can be deduced from Newton's theory together of course with some auxiliary assumptions. This opens up a channel for some *indirect confirmation* of Kepler's first law. Newton's theory is confirmed not only by observations on the planets, but by observations on the tides, on the motion of pendula, on the motion of projectiles etc. Since these observations confirm Newton's theory and since Kepler's first law in an approximate form is derivable from Newton's theory, it follows that Kepler's first law is indirectly confirmed by these observations on the tides, on pendula, etc. which, prior to the introduction of Newton's theory might well have seemed completely irrelevant to Kepler's laws.

Popper himself makes what is essentially this point but using a different terminology and with a different though related example. He writes (1972, p. 20):

"Thus I assert that with the corroboration of Newton's theory, and the

Table 1

Level	Type of Statement	Criterion	Example
3	Metaphysical	Not confirmable	Greek atomism
2	Scientific	Confirmable but not falsifiable	Newton's first law
1	Scientific	Falsifiable and confirmable	Kepler's first law
0	Observation	Truth-value determinable by observation	Statement recording position of Mars at a particular time

description of the earth as a rotating planet, the degree of corroboration of the statement 'The sun rises in Rome once in every twenty-four hours' has greatly increased. For, on its own, it is not very well testable; but Newton's theory, and the theory of the rotation of the earth are well testable. And if these are true, it will be true also."

To put the point again, this time in Kuhnian terms that Popper would not of course accept, a law which is derivable from the core assumptions of an accepted paradigm gains *indirect confirmation* in addition to any direct confirmation which it obtains from being tested out by observation and experiment. Suppose, however, that a level 1 law is tested out and confirmed by observation and experiment, but that, far from agreeing with the core, level 2, theories of the dominant paradigm, it contradicts them. Then the direct confirmation of the law is reduced by the indirect disconfirmation arising out of its disagreement with the dominant paradigm. This point will be important in our discussion of alternative medicine in the next section.

5. Alternative Medicine

Mainstream medicine is based on a number of sciences such as anatomy, physiology, pathology, bacteriology, virology, etc. Alternative medicine is by no means a unified field. It contains many different approaches, such as aromatherapy, homeopathy, traditional Chinese medicine, traditional Indian medicine (Ayurveda), and so on. However these various approaches have in common that the treatments which they prescribe are not based on any scientific results, but rather on metaphysical theories. Thus, for example, acupuncture is based on the traditional Chinese theory of qi (force or energy). Qi theory is clearly metaphysical. Moreover the qi lines on which acupuncture is based, do not agree at all closely with the paths of nerves as accepted by standard anatomy and physiology. This example and other similar ones show that the difference between mainstream and alternative medicine is very closely connected with the demarcation between science and metaphysics.

Some practitioners of alternative medicine do see it as an alternative which should be used instead of ma-

instream medicine. However there is a more modest position, according to which alternative medicine can add some benefits which are not provided by mainstream medicine, and so should be used in addition to mainstream medicine. This more modest position suggests that the name 'complementary medicine' might be more suitable than 'alternative medicine'. In fact it is common to use the expression 'complementary and alternative medicine' or 'CAM' for short, and I will do so in what follows.

CAM is becoming increasingly popular in western societies. As Parusniková says (2002, p. 169):

"In western societies, complementary and alternative medicine (CAM) has become increasingly popular over the past two decades. The demand for alternative forms of treatment has been rising steadily, with estimates of CAM usage ranging from twenty to forty percent of the populations in the UK and USA. These numbers vary from source to source, but even the conservative estimates are formidably high ..."

Some of the detailed estimates of CAM usage are also interesting. As regards the USA, Parusniková quotes the following statistics (2002, p. 184): "... it appears that visits to alternative practitioners increased ... by 47% between 1991-1997 (from 427 to 629 million), 'thereby exceeding total visits to all US primary care physicians.'" Moreover (2002, p. 184): "In the major industrial countries, another study found that the highest incidence of CAM users is in Germany and Canada (around 60%), followed by France and Australia (close to 50 %)."

This enthusiasm for CAM is somewhat surprising. After all, since scientific medicine got off the ground in the middle of the 19th century, its successes have been truly remarkable. The first breakthrough was the discovery that many of the most serious diseases affecting mankind (cholera, plague, tuberculosis, etc.) were caused by specific bacteria. This opened up the possibility of prevention through hygienic and antiseptic precautions, and, from the 1930s onwards, cure through the use of increasing numbers of antibiotics. The Black Death wiped out between a third and a half of Europe's population in the Middle Ages. Now

someone who is infected with the plague bacterium can be cured by a single course of antibiotics.

Surgery has also made quite remarkable progress. The discovery of anaesthetics enabled operations to be performed painlessly – a sine qua non for any delicate work. The advances in bacteriology just mentioned led to the introduction of antiseptic surgery making surgery much safer than before. As a result a large number of conditions can now be treated routinely which before would have resulted in death or a life of pain and disablement. Moreover medical advances have by no means ended, as we know from the recent discovery that a form of cervical cancer is caused by a preceding infection by the papilloma virus. This means that the disease can be prevented by a vaccination against this virus. Of course it need hardly be said that scientific medicine has not achieved a 100% success. There are still unpleasant and incurable diseases which lead to death or disablement – though even in these cases some alleviation is often now possible through surgery or the use of drugs. Given, however, the remarkable achievements of scientific medicine, it seems surprising that large sections of the general public are growing disillusioned with it and seeking alternative approaches to dealing with their illnesses. Perhaps there are some sociological factors behind this, but my aim in this lecture is not to consider these, but rather to ask whether the philosophical discussions of the demarcation problem shed any light on what attitude we should take to alternative medicine.

Let us begin then with the Vienna Circle's views. They held that only scientific propositions were meaningful while metaphysics was meaningless. Now we noted that it is characteristic of CAM that its treatments are justified by an appeal to metaphysical rather than scientific theories, so that, for example, acupuncture is justified by the theory of qi. Such justifications would be entirely meaningless according to the Vienna Circle. So it is likely that these hardheaded science lovers would have dismissed alternative medicine as mumbo-jumbo.

Popper, however, had a different attitude. He held that metaphysics can be not only meaningful but even useful for science. Indeed a metaphysical theory might suggest a scientific con-

jecture. Popper's views could lead to a much more sympathetic appraisal of scientific medicine. For example the theory of qi, while not scientific, might still be regarded as meaningful and as suggestive of conjectures regarding what kinds of acupuncture treatment might prove effective. However, a Popperian would need to make an important proviso in any such defence of CAM. Any conjecture to the effect that a particular type of treatment might be effective would have to be severely tested to see whether it was corroborated or refuted. Now randomised control trials (or RCTs) are usually considered the best way of testing whether a treatment works. Thus a Popperian would probably require the testing of alternative therapies using RCTs.

Indeed many tests of alternative therapies have now been carried out. Ted Kaptchuk gives some results as regards acupuncture in his 2002 article (pp. 378-9). It seems that RCTs definitely show that acupuncture is effective for adult postoperative and chemotherapy nausea, and for postoperative dental pain. Some studies indicate that acupuncture gives relief of pain on other diverse conditions, but the evidence here is a bit inconclusive.

This testing approach seems reasonable and is supported by Popper's philosophy. Yet it is challenged by some people. They claim that the stress on RCTs is biased in favour of the pharmaceutical companies. It is true that RCTs are very suited to drug therapy. It is easy to make an inactive placebo pill which looks and tastes very like the genuine pill under test. Subjects can be assigned placebo or genuine pill at random and in a double blind fashion which means that neither the patient nor the doctor knows whether the placebo pill or the genuine pill is being administered. With CAM treatments such a procedure is not so easy. For example, with acupuncture it is not possible to perform a double blind trial.

I'd like now to come back to the general discussion of the demarcation problem, and consider the issues to do with the Duhem thesis and the 4 level model. Let us consider a case in which an alternative therapy, perhaps suggested by some metaphysical theory, is actually shown to be effective in randomised trials. Can we say that it is just as acceptable as any science-based therapy? Here there are a num-

ber of cases. First of all the illness may be one for which there is no effective science-based therapy. In such a case it obviously sensible to use the alternative therapy, and, indeed, it would be wrong not to do so. Secondly, however, there might be a science-based therapy which performs statistically at about the same level as the alternative therapy. Is there here any reason for preferring the science-based therapy? It is at this point that some considerations involving the 4 level model and Kuhn's idea of a paradigm enter the picture.

A science-based therapy is one whose workings are explained in terms of the dominant paradigms of the medical sciences, or, using another terminology, in terms of the accepted level 2 hypotheses – together perhaps with some auxiliary assumptions. Thus, for example, the effectiveness of penicillin in treating osteomyelitis is explained by the theory that osteomyelitis is caused by the bacterium staphylococcus aureus, and the law that penicillin destroys staphylococcus aureus both *in vitro* and *in vivo*. Now, as we pointed out using the example of the derivation of Kepler's first law from Newton's theory, such a derivation of a level 1 law from accepted level 2 laws provides an *indirect confirmation* of the level 1 law. In the medical case, the level 1 law is that a specific treatment will prove effective in curing a particular disease. If this law is derivable from well-confirmed level 2 laws, this provides some *indirect confirmation* for it, which is additional to the confirmation it may obtain from success in randomised trials. Thus a science-based treatment can be confirmed both directly and indirectly. An alternative therapy, however, cannot be confirmed indirectly. Such therapies are justified by metaphysical theories, and such theories cannot be confirmed empirically and so cannot pass on confirmation to their consequences. Indeed such metaphysical theories may lose plausibility by contradicting the well-confirmed core theories of basic science. Thus the qi theory is perhaps rendered less plausible by its failure to agree with the known pathways of the nervous system. So, while a science-based therapy can be confirmed both directly and indirectly, an alternative therapy can be confirmed only directly. Thus if the *direct confirmation* is the same in both

cases, there is still good reason to prefer the science-based therapy.

Having said this, however, there is a further Popperian point which can be made in favour of alternative medicine, and which is indeed stressed in Parusniková 2002. This point regards alternative medicine in relation to medical research and the development of medicine. Parusniková draws attention to a general feature of Popper's philosophy of science, namely that Popper always emphasises the importance of criticism in science. For Popper criticism is constantly needed in science to counter dogmatic tendencies and thus to permit the progress of science through the development of new ideas. Now suppose some alternative therapy is definitely shown to be effective on randomised trials. This may not be a reason for using it. There might be an equally effective science-based therapy. However, the success of an alternative therapy based on principles, which are quite different from and which indeed may contradict those of scientific medicine, should surely be an occasion for reflection. Why should such a therapy work? Is its success explicable in terms of the usual theories of basic science? Or might its success show that some at least of these theories need to be modified? Why, for example, should acupuncture be effective in dealing with postoperative dental pain? There are still many mysteries connected with the nature of pain which are far from being resolved. Thus any successes of alternative medicine could provide a useful stimulus for the development of medical research. As Parusniková puts it (2002, p. 183):

"... the critical attitude would imply that the medical establishment should be open-minded to alternatives and investigate them eagerly.

And if some inspiration can be found in CAM, all the better."

Actually this has happened to some extent. There have been some studies of possible mechanisms of acupuncture in terms not of qi theory but of modern neuroscience. Kaptchuk has this to say (p. 379):

"Extensive research has shown that acupuncture analgesia may be initiated by stimulation, in the muscles, of high-threshold, small-diameter nerves. These nerves are able to send messages to the spinal cord and then activa-

te the spinal cord, brain stem (periaqueductal gray area), and hypothalamic (arcuate) neurons, which, in turn, trigger endogenous opioid mechanisms. These responses include changes in plasma or cortico-spinal fluid levels of endogenous opioids (for example endorphins and enkephalins) ...”

So on this account the subtle pain caused by the needles raises the level of endorphins and enkephalins which in turn overcomes the original pain. Doctors who take this approach may use acupuncture to relieve pain without paying much attention to the traditional acupuncture points based on the supposed meridians and flow of qi.

References

- (1) Carnap, R. (1932) 'The Elimination of Metaphysics through Logical Analysis of Language.' Reprinted in English translation in A.J.Ayer (ed.), *Logical Positivism*, Free Press, 1959, pp. 60-81.
- (2) Duhem, P. (1904-5) *The Aim and Structure of Physical Theory*. English translation by Philip P.Weiner of the 2nd French Edition of 1914, Atheneum, 1962.
- (3) Gillies, D.A. (1993) *Philosophy of Science in the Twentieth Century. Four Central Themes*. Blackwell.
- (4) T.J.Kaptchuk (2002) 'Acupuncture: Theory, Efficacy, and Practice', *Annals of Internal Medicine*, 136(5), pp. 373-383.
- (5) Lakatos, I. (1970) 'Falsificationism and the Methodology of Scientific Research Programmes.' Reprinted in J.Worrall and G. Currie (eds.), *Imre Lakatos: Philosophical Papers, Volume 1*, Cambridge University Press, 1978, pp. 8-101.
- (6) Neurath, O. (1935) 'Pseudorationalismus der Falsifikation', *Erkenntnis*, 5, pp. 353-365.
- (7) Parusniková, Z. (2002) 'Integrative medicine: partnership or control?', *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 33, pp. 169-186.
- (8) Popper, K.R. (1934) *The Logic of Scientific Discovery*. 6th revised impression of the 1959 English translation, Hutchinson, 1972.
- (9) Popper, K.R. (1963) *Conjectures and Refutations. The Growth of Scientific Knowledge*. Routledge & Kegan Paul.
- (10) Popper, K.R. (1972) *Objective Knowledge. An Evolutionary Approach*. Oxford.
- (11) Popper, K.R. (1983) *Realism and the Aim of Science*. Hutchinson.

Profesor Donald Gillies patří mezi přední světové filosofy vědy. Byl žákem Karla Poppera. V poslední době se zabývá aplikací filosofie vědy na problémy současné medicíny.



CHÁPU, PANE DOKTORE, MŮŽE BÝT DEN BLBEC, MŮŽE BÝT I TÝDEN BLBEC, ALE ŽIVOT BLBEC?



Slavnostní koncert České lékařské akademie a Národní galerie v Praze

Jiří Strejček

Gala concert of the Czech Medical Academy and the National Gallery in Prague

Na popularitu a vysokou uměleckou úroveň pěti benefičních koncertů České lékařské akademie navázal Slavnostní koncert České lékařské akademie a Národní galerie v Praze, který se pod záštitou prezidenta ČR Václava Klause, předsedy vlády ČR Jana Fischera a primátora hlavního města Prahy Pavla Béma uskutečnil v sobotu 20. března 2010 v Klášteře sv. Anežky České v Praze.

Lákavou nabídkou před samotným koncertem byla možnost prohlídky expozice středověkého umění přímo v areálu kláštera. Po krátkém přivítání přítomných hostů předali diplomy novým členům České lékařské akademie předseda ČLA prof. Cyril Höschl a místopředseda ČLA prof. Richard Rokyta. Novými členy se stali profesoři

Josef Bednařík (neurolog), Jan Herget (fyziolog) a Karel Pavelka (revmatolog). Slavnostní spolupráci dvou prestižních organizací, tedy České lékařské akademie a Národní galerie v Praze, připomnělo představení obrazu Maxe Oppenheimera *Operace*, a to jak PhDr. Olgou Uhrovou z pohledu kunsthistorického, tak i prof. Milošem Grimem z trochu odlehčeného pohledu medicínského.

Poté už pódium patřilo smyčcovému orchestru Praga Camerata tvořenému sólisty prestižních pražských orchestrů, který pod taktovkou Pavla Hůly předvedl skladby Edvarda Griega, Antonína Dvořáka a Franze Schuberta. Sólistou programu byl violoncellista Martin Sedlák, jinak také člen Czech String Duo či Kinsky Tria Pra-



gue, který se velkých ovací dočkal především za přednes Schubertovy skladby *Smrt a dívka*. Velkého ocenění se však dostalo také přidavkům – Boleru Maurice Ravela v jedinečné úpravě Pragy Cameraty pro smyčcový orchestr a krátké Straussově Pizzicato polce.

Po skončení koncertu si všichni přítomní sdělovali své dojmy nad číší vína v přilehlých prostorách kostela sv. Salvátora.



Gala concert of the Czech Medical Academy and the National Gallery in Prague, picked up on the popularity and high artistic level of the five benefit concerts of the Czech Medical Academy, took place on Saturday 20 March 2010 in the Monastery of St. Agnes in Prague, under the aegis of President Václav Klaus, Prime Minister Jan Fischer and the Mayor of Prague Pavel Bém.

Before the opening of the concert, there was an attractive opportunity to visit an exhibition of medieval art right

Obr. 1 / Přítomné přivítal předseda ČLA profesor Cyril Höschl. (Foto Dagmar Paulíková)

Obr. 2 / Praga Camerata s dirigentem Pavlem Hůlou. (Foto Dagmar Paulíková)

in the Monastery area. After a brief welcoming of present guests by the president of the Czech Medical Academy, Professor Cyril Höschl. He and vice-president of Czech medici Academy Professor Richard Rokyta handed the diplomas over to the new members of the Czech Medical Academy, namely Professors Josef Bednařík (neurologist), Jan Herget (physiologist) and Karel Pavelka (revmatolog). Festive collaboration between two prestigious organizations, the Czech Medical Academy and the National Gallery in Prague, was recalled via the presentment of Max Oppenheimer's painting, *The Operation*, by both PhDr. Olga Uhrová's perspective of art history and Professor Miloš Grim's lite medical view.

Thereafter, the estrade was owned by the string orchestra Praga Came-



rata, formed by soloists of prestigious Prague orchestras, performing pieces of Edvard Grieg, Antonín Dvořák and Franz Schubert under the baton of Pavel Hůla. As a soloist of the festivities performed a violoncellist Martin Sedláč, member of the Czech String Duo or Kinsky Trio Prague, who experienced a big ovation, especially for execution of Schubert's piece *The Death and the Maiden*. However, the encores - *Bolero* by Maurice Ravel in a unique adaptation of Praga Camerata for string orchestra and short *Pizzicato* Strauss polka - also received a high appreciation.

After the concert, all attendants shared their impressions with a goblet of wine in a neighbouring area of St. Salvator Church.



Obr. 3 / Profesor Karel Pavelka přebírá členství v akademii z rukou předsedy ČLA profesora Cyrila Höschla a místopředsedy ČLA profesora Richarda Rokyty. (Foto Dagmar Paulíková)

Obr. 4 / Profesoři Jan Starý, Jiří Zeman a Josef Syka. (Foto Dagmar Paulíková)

Obr. 5 / Účastníci koncertu se dobře bavili. (Foto Dagmar Paulíková)

III. mezioborový lékařský kongres České lékařské akademie: Emoce v medicíně

Jiří Strejček

3rd interdisciplinary medical congress of the Czech Medical Academy: Emotions in Medicine

Jedním z hlavních přínosů České lékařské akademie pro rozvoj medicíny v naší zemi je předávání lékařských poznatků dalším lékařům. Proto Česká lékařská akademie mimo klubových setkání a tematických besed pravidelně pořádá mezioborové lékařské kongresy, na nichž za pomoci prvotřídních řečníků z různých oborů předává poznatky zájemcům převážně z řad praktických lékařů a specialistům v oborech souvisejících s hlavním tématem kongresu.



Stejně jako první kongres akademie s názvem *Bolest je usudypřítomná*, druhý kongres *Dýchání – podmínka života*, tak i třetí kongres s názvem *Emoce v medicíně* se setkal s velmi výrazným a příznivým ohlasem. Kongres se uskutečnil ve spolupráci se Sdružením praktických lékařů ČR a Psychiatrickým centrem Praha ve dnech 25.–27. listopadu 2010 v Grandhotelu Pupp v Karlových Varech, a to za mimořádné účasti 30 řečníků, kteří patří mezi špičky ve svém oboru, jako například v psychiatrii prezident kongresu a předseda ČLA profesor Cyril Höschl, odborný garant kongresu profesor Ján Praško, profesor Jiří Horáček či primář

Michal Maršálek. Z velké plejády řečníků zmiňme ještě zástupce chirurgických oborů – profesory Pavla Pařka, Jana Pirka či Vladimíra Beneše mladšího. Místopředseda ČLA profesor Richard Rokyta rozebral fyziologické a patofyziologické aspekty emocí. Velmi pozitivní ohlas sklidili i profesor Bohuslav Ošťádal a profesorka Radana Königová, jejíž přednáška o léčbě a emocích popálených pacientů svými emocemi strhla posluchače v sále natolik, že dlouhotrvající potlesk po skončení její přednášky musela sama paní profesorka ukončit s prosbou o pokračování v programu. Nelze zde zmínit všechny řečníky, ale dodejme, že výčet zajímavých a podnětných přednášek doplnili rovněž řečníci „nelékařští“: Profesor Tomáš Halík se zamýšlel nad vztahem víry a emocí, magistr Jelfim Fištejn si připravil přednášku o emocích v politice, magistra Dana Jurásková nechala nahlédnout do svých emocí a popsala proměnu sebe sama coby zdravotní sestry v ředitelku nemocnice, posléze v ministryni zdravotnictví a poté zpět v ředitelku nemocnice.

Odborný program kongresu byl pochopitelně doplněn o bohatý doprovodný a společenský program. Účast

níci kongresu tak měli možnost zúčastnit se prohlídky centra Karlových Varů za odborného výkladu zkušeného průvodce, prohlídky Becherovky spojené s degustací několika vzorků z její produkce, prohlídky podzemí Vřídla nebo zúčastnit se lekce zumbi, což je módní spojení tance a cvičení za doprovodu latinskoamerických rytmů.

Ke společenskému programu České lékařské akademie už neodmyslitelně patří koncerty klasické hudby. Závěr prvního dne kongresu vyvrcholil strhujícím klavírním koncertem Slávky Pěchočové a Daniela Wiesnera, z něhož mimořádná byla *Vltava* Bedřicha Smetany v původní podobě, v níž byla napsána nikoli pro velký orchestr, ale pro klavír čtyřručně. Ani druhý večer si z hlediska umění a emocí z nich prýšticích nezadal s prvním. Mnohokrát oceněnou divadelní hru autorky Viktorie Hradské *Commedia Finita* o životě slavné české zpěvačky Emy Destinové předvedla skvělá herečka Jana Trojanová, za úchvatného doprovodu mladé operní pěvkyně Jany Lesné a klavíristky Evy Suchánkové. Dlouhotrvající aplaus po představení a následné rozhovory nad číší vína byly dokladem, že představení publikum strhlo a oslovilo přítomné diváky svou bezprostředností a opravdovostí.

Díky vděčných účastníků kongresu si kromě účinkujících a přednášejících vysloužili také organizátoři, neboť více než 98 % účastníků si přálo pokračování kongresu i v roce 2011 a projevílo zájem se ho zúčastnit. Rádi bychom poděkovali členům Přípravného výboru kongresu za organizaci perfektní akce, všem přednášejícím za vysokou



Obr. 1 / Zaplněný sál při přednášce profesora Bohuslava Ošťádala. (Foto Milan Smolej)

Obr. 2 / Slávka Pěchočová a Daniel Wiesner při koncertu. (Foto Cyril Höschl)



úroveň odborného programu, týmu Grandhotelu Pupp za příspěvní k hladkému průběhu kongresu a zástupcům farmaceutických společností, které umožnily konání tohoto kongresu. Velký dík patří samozřejmě také účastníkům, kteří svou hojnou účastí a zájmem o pokračování mezioborových kongresů potvrdili, že takové akce jsou vítané a přínosné.

One of the main contributions of the Czech Medical Academy to the development of medicine in our country is the transfer of medical knowledge to other doctors. Therefore, the Czech Medical Academy, beyond club meetings and thematic discussions, regularly organizes interdisciplinary medical congresses, in which the first-class speakers contribute to transmit knowledge, mainly to candidates within the frame of general practitioners and specialists in fields related to the main theme of the congress.

As well as the first congress of the Academy named *Pain is omnipresent* and the second congress *Breathing – a condition of life*, the third congress entitled *Emotions in medicine* has also met with very strong and positive response. The congress was held in cooperation with the Association of general practitioners of Czech Republic and the Psychiatric Center of Prague from 25 to 27 November 2010 at Grandhotel Pupp in Karlovy Vary, with an extraordinary participation of 30 speakers belonging among the leaders in their field, such as the congress pre-

sident and the chairman of CMA Professor Cyril Höschl, senior supervisor of the congress Ján Praško, Professor Jiří Horáček or Senior consultant Michal Maršálek in the field of psychiatry. From the great multitude of speakers, we should also mention representatives of surgical disciplines – Professors Pavel Pařko, Jan Pirk and Vladimír Beneš jr. Very positively was accepted the lector of vice-chairman of CMA Richard Rokyta who explained the Physiology and pathophysiological aspects of emotions. Besides them, great repercussion obtained also Professor Bohuslav Ošťádal or Professor Radana Königová, whose emotive lecture on the treatment and emotions of burnt patients' carried hearers in the auditorium so much that the Professor herself had to stop the long applause at the end of her lecture, asking for a continuation of the program. It is impossible to mention all speakers, but let's add that the list of interesting and stimulating lectures was supplemented also by "non-medical" speakers: Professor Tomáš Halík pondered about the relationship between faith and emotion, Master Jefim Fištejn prepared a lecture on emotions in politics, Master Dana Jurás-



ková let hearers peep into her emotions while she described a transformation of herself as a nurse into a hospital director, then the Minister of Health and then back to the hospital director.

Scientific program of the Congress was naturally enriched with a wide accompanying and social program. Thanks to that, the Congress attendees had the opportunity to participate in the sightseeing tour of the cen-

ter of Karlovy Vary accompanied by an expert comment of an experienced guide, visit of Becherovka associated with tasting few samples of their production, tour to the underground of thermal spring Vřídlo, or to attend classes of zumba, fashionable connection of dance and training accompanied by Latin rhythms.

Concerts of classical music already belong to the program of the Czech Medical Academy. Final of the Congress' first day culminated in an impressive piano concert of Slávka Pěchočová a Daniel Wiesner with the presentation of Bedřich Smetana's *Vltava* in its original form, written not for a large orchestra, but for a four-handed piano. Either the second night was up to the first in terms of art and springing emotions. *Commedia Finita*, an award-winning stage play written by Viktorie Hradská describing the life of famous Czech singer Ema Destinová, was performed by brilliant actress Jana Trojanová, accompanied by amazing young opera singer Jana Lesná and pianist Eva Suchánková. Prolonged applause after the performance, as well as further conversations with a goblet of wine, proved that the audience was fascinated with the immediacy and veracity of the performance.

Thanks of the grateful participants earned not only the performers and lecturers, but also the organizers, because more than 98% of the participants wished the continuation of the congress in 2011 and expressed their interest to participate in it. We would like to thank all members of the Committee of the Congress for organizing a perfect event, all speakers for a high level of the training program, the team of Grandhotel Pupp for their contribution to the smooth running of the Congress, and representatives of pharmaceutical companies that allowed the realization of the Congress. Clearly, big thanks belong also to the participants, who showed the interest in the continuation of interdisciplinary congresses and proved that such events are welcomed and beneficial.

Obr. 3 / Herečka Jana Trojanová v divadelním představení *Commedia Finita*. (Foto Milan Smolej)
Obr. 4 / Čilý ruch panoval i v kuloárech. (Foto Milan Smolej)

Klubová setkání členů České lékařské akademie

Jiří Strejček

Meetings of CMA club members

Členové České lékařské akademie mají několikrát do roka vzácnou příležitost seznámit se s prací dalších členů akademie, a to díky klubovým setkáním. Tyto podvečery jim umožňují obeznámit se s vývojem v daném oboru z pohledu jeho hlavního představitele, avšak jsou také možností neformálně pohovořit s dalšími členy akademie, kteří významným způsobem přispěli k rozvoji medicíny v České republice. Díky vstřícnosti děkana 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy profesora Zimy se klubová setkání České lékařské akademie pravidelně konají v Akademickém klubu ve Faustově domě na Karlově náměstí v Praze.

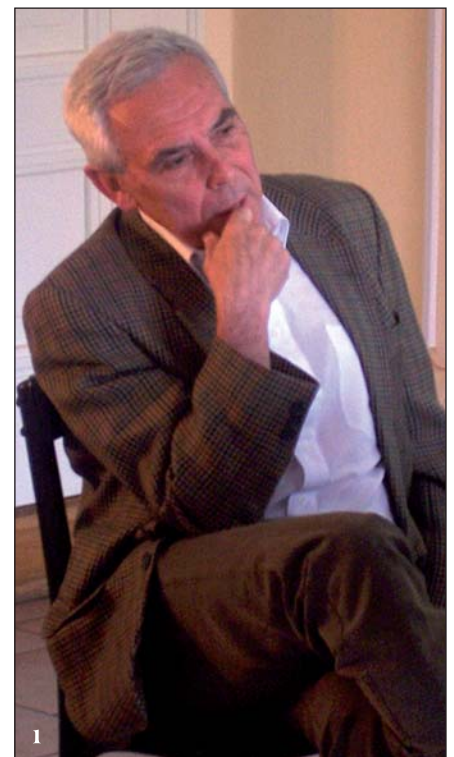
V polovině února se členové akademie sešli, aby vyslechli přednášku profesora Milana Šamánka *Od urozeňných srdečních vad po prevenci infarktu myokardu*. Mapoval v ní mimo jiné postupné prosazování a vznik dětských kardiocenter, spolupráci s gynekologicko-porodnickými a dětskými odděleními a vznik dětské kardiologie v České republice. Jeho výjimečnou zásluhu o vybudování dětské kardiologie v naší zemi ocenil v říjnu 2010 také prezident České republiky Václav Klaus udělením medaile Za zásluhy.

Duben patřil přednášce profesora Pavla Pafka *Problémy v české chirurgii, které nezavinil skalpel*. Přední český odborník se v ní zamýšlel nad změnami ve vzdělávání a odborné přípravě chirurgů. Na srovnání se sousedními státy demonstroval profesor Pafko, že v naší zemi došlo v uplynulých letech v chirurgii k nárůstu v kvantitě (počtu chirurgů na 1000 obyvatel), žel však nikoli v kvalitě. Jednou z příčin je i ne-

dostatek absolvovaných operací, nežli dosáhne dnešní mladý chirurg atestace ve svém oboru.

Listopadové klubové setkání se uskutečnilo při příležitosti přednášky Cesty ultrazvukové diagnostiky do českého porodnictví a gynekologie profesora Evžena Čecha, emeritního přednosty 1. Gynekologicko-porodnické kliniky 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Za skromné účasti dalších členů hovořil profesor Čech o nelehkých začátcích při pronikání zobrazovacích metod do české gynekologie a porodnictví. Popsal úžasnou cestu od nástupu z dnešního pohledu primitivních zobrazovacích technologií, přes jejich zdokonalování až po zavedení trojrozměrných zobrazovacích metod. Nezapomenutelné bylo líčení dopravy v zahraničí zakoupeného přístroje, jehož označení mezinárodním piktogramem pro radioaktivní materiál se ukázalo být ne zcela schůdným pro přepravu na sedadle civilního letadla.

Poslední z klubových setkání v roce 2010 bylo tradičně zasvěceno múzám. Opět v Domě U Kamenného zvonu a opět se Slávkou Pěchočovou se sešli členové České lékařské akademie a její příznivci. Slávkín klavírní recitál však byl poprvé rozšířen o její spolupráci s houslistkou Lucií Sedlákovou a violoncellistou Martinem Sedlákem. Spolupráce nebyla v tomto případě náhodná, neboť spolu tvoří seskupení Kinsky Trio Prague. Slávka Pěchočová zahrála nejprve Chopinovu Baladu č. 3 As dur; poté s Lucií přednesly Dvořákovu Sonatinu G dur pro housle a klavír. Následně byly housle vystřídané violoncellem – to Slávka



s Martinem zahráli Janáčkovu Pohádku. Závěr patřil Novákovu Triu d moll quasi una Ballata, které plynule přešlo v mohutný potlesk nadšených posluchačů. Děkujeme za další z mimořádných uměleckých zážitků.

Members of the Czech Medical Academy have several times a year rare opportunity to get acquainted with the work of other members of the Academy thanks to the club meetings. The



se evenings allow them to become familiar with developments in a given field from the view of its main leader, but also to talk informally with other members of the Academy who have significantly contributed to the development of medicine in Czech Republic. Thanks to the generosity of the Dean of the First Faculty of Medicine of Charles University in Prague, Professor Zima, club meetings of the Czech Medical Academy are regularly held in the Academic Club in the House of Faust on the Charles Square in Prague.

In the mid of February, the Academy members gathered to hear a lecture by Professor Milan Šamánek, *From congenital heart defects to prevention of cardiac infarction*, in which he surveyed, among others, the gradual assertion and creation of pediatric cardio-centers, cooperation between gynecological-obstetric and pediatric departments, and the beginning of pediatric cardiology in Czech Republic. His extraordinary credit of building the pediatric cardiology in our country was honoured with a Medal of Merit in October 2010 by President of Czech Republic, Václav Klaus.

April belonged to a lecture of Pro-

fessor Pavel Pařko, *Problems in the Czech surgery that did not cause the scalpel*. This leading Czech expert was pondering about changes in education and training of surgeons. In comparison with neighboring states, Professor Pařko demonstrated that in recent years has increased the quantity in surgery (showed by number of surgeons per 1000 inhabitants), but unfortunately not the quality. One of the reasons is the lack of executed surgeries before the today's young surgeon reaches the certification in specific field.

The club meeting in November on the occasion of the lecture *Journey of ultrasound diagnosis into the Czech obstetrics and gynecology* by Professor Evžen Čech, emeritus Head of Department of gynecology and obstetrics at the 1st Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General Teaching Hospital. Professor Čech, with a modest participation of other members, talked about the difficult beginnings of the infiltration of visual methods into the Czech gynecology and obstetrics. He described the amazing journey from the start with primitive visual technologies, through their improvement, up to the three-dimensional vi-

sual techniques using now. Unforgettable was the wordpainting of handling the equipment bought abroad, while its mark of international pictogram for radioactive material proved to be not entirely viable to transport on the seat of civil aircraft.

The last meeting of 2010 was traditionally dedicated to the Muses. Again in the Stone Bell House and again with Slávka Pěchočová met members of the Czech Medical Academy and its supporters. Slávka's piano recital, however, was for the first time extended by collaboration with the fiddler Lucie Sedláková and violoncellist Martin Sedlák. In this case the cooperation was not random, because together they form a group Kinsky Trio Prague. Slávka Pěchočová first played the Chopin Ballade No. 3 in A♭ major, then together with Lucie recited Dvořák's Sonatina in G major for violin and piano. Then the violin was changed for violoncello - while slávka and Martin played Janáček's Fairy Tale. The finale belonged to Novák's Trio in D minor quasi una Ballata that smoothly moved into a massive applause of the enthusiastic audience. We thank for another extraordinary artistic experience.



Obr. 2 / Profesor Milan Šamánek. (Foto Zdeněk Hrabica)

Obr. 3 / Přednáška profesora Pavla Pařka *Problémy v české chirurgii, které nezavinil skalpel*. (Foto Jiří Strejček)

Víno na zdraví

Jiří Strejček

Wine for health

Netradiční datum, 1. dubna 2010, zvolil člen České lékařské akademie profesor Milan Šamánek pro křest knihy *Víno na zdraví*. Hosté, kteří nebrali pozvání do Akademického klubu 1. lékařské fakulty ve Faustově domu jako aprílový žert a dostavili se na neformální oslavu, se mohli seznámit s výsledky výzkumné práce profesora Milana Šamáneka a docentky Zuzany Urbanové. V knize se oba autoři vyjadřují k prospěšnosti pravidelného pití alkoholu ve středním množství a o jeho příznivých účincích především na kardiovaskulární systém se zřetelem k prevenci srdečních chorob. Na příkladu několika studií odvozují vhodné množství alkoholu ke každodenní konzumaci, a to i s ohledem na pohlaví konzumenta. Vyvracejí mimo jiné rozšířený mýtus, že je ze zdravotních důvodů prospěšnější pití červeného vína. Tento názor, rozšířený v roce 1991 profesorem Serge Renaudem



z Lyonu, spočívající v tvrzení, že ačkoli Francouzi konzumují méně zdravou stravu v porovnání s Američany, dochází u nich právě vlivem konzumace červeného vína k menšímu výskytu srdečních chorob, později vešel ve známost jako „francouzský paradox“. Oba autoři však konstatují, že upřednostňování pití červeného vína na úkor vína bílého nemá žádné racionální dů-

vody. Ve prospěch konzumace bílého vína jednoznačně hovoří snížení krevní srážlivosti, které může bránit ucpávání koronárních cév a výpočet protektivního skóre proti srdečnímu infarktu.

Nebylo žádným překvapením, že křest knihy byl doprovázen degustací vybraných odrůd především bílých vín z produkce Znovínu Znojmo a Viných sklepů Valtice.



Obr. 1 / Autoři knihy *Víno na zdraví* profesor Šamánek a docentka Urbanová. (Foto Zdeněk Hrabica)

Obr. 2 / Kmotři knihy profesor Rokyta a Blahoš s autory a zástupci vinařských závodů. (Foto Zdeněk Hrabica)

Obr. 3 / Profesor Šamánek s gratulanty profesorem Jiráskem a profesorem Blahošem. (Foto Zdeněk Hrabica)

Výstava Život před narozením

Jiří Strejček

Exhibition of Life before Birth

Od 12. do 23. října 2010 proběhla v pražském Karolinu výstava fotografií Život před narozením člena České lékařské akademie profesora Jana Evangelisty Jiráského, vědeckého pracovníka podolského Ústavu pro péči o matku a dítě. O úvodní naladění k výstavě se během její vernisáže postaral přední český violoncellista Martin Sedlák, který procítěně přednesl Suitu C dur pro sólové violoncello autora Johanna Sebastiana Bacha. Za přítomnosti kamer poté s krátkým proslovem vystoupili a k uspořádání výstavy

jejímu autorovi poblahopřáli děkani 1. a 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy profesoři Tomáš Zima a Michal Anděl, které za 2. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy doplnil její bývalý děkan profesor Josef Koutecký. Za Ústav pro péči o matku a dítě promluvil jeho ředitel docent Jaroslav Feyreisl. Výstava, která prezentovala lidský plod v různých stádiích prenatalního vývoje, se stala jednou z nejnavštěvovanějších výstav v prostorách Karolina. Přínos výstavy dále dokládá fakt, že o knihu s vyobrazeními vysta-

vených exponátů projevovali velký zájem studenti lékařských fakult.



Obr. 1 / Řečník prof. Koutecký, upravo autor výstavy prof. Jirášek. (Foto Jiří Strejček)

Obr. 2 / Zleva prof. Zima, prof. Jirášek, prof. Anděl. (Foto Jiří Strejček)

Obr. 3 / Violoncellista Martin Sedlák. (Foto Zdeněk Kabelka)

Obr. 4 / Jeden z exponátů výstavy. (Foto Jiří Strejček)



Report of FEAM activities in 2010

By Cyril Höschl

In 2010, Federation of European Academies of Medicine (FEAM) organized its Annual spring conference in Bucharest, Romania, between 24-26 March. Besides FEAM Officers meeting and Business Meeting, the main Scientific programme covered topics from translational cardiology (from molecular mechanisms to bedside and medical bioethics) .

The main FEAM project at that year was focused on Reforming the EU Clinical Trials Directive. It was implemented in several steps:

1. Submission of the FEAM's position on this reform (prepared by the FEAM CTD working group) to the European Commission in response to its call for evidence (January 2010)
2. Meeting with the Head of Pharmaceuticals Unit of the DG Sanco at the European Commission to discuss the view of FEAM and its Academies on this reform (14 April 2010, European Commission)
3. Representation at the Brussels workshop 'Designing the Future Conditions for Clinical Research in Europe' organised by the EFGCP's Road Map Initiative for Clinical Research in Europe (17 March 2010, Brussels)
4. Publication of the FEAM statement 'Opportunities and Challenges for Reforming the EU Clinical Trials Directive: an Academic Perspective' (August 2010)
5. Participation and representation of the FEAM Office at the Belgian EU Presidency conference, organised by the EORTC and the two Belgian Medical Academies, on the reform of the CTD and clinical research in Europe (2 September 2010, Brussels)
6. Developing contacts with national Academies, which are not members of FEAM: Polish Academy of Sciences (endorsement of the FEAM CTD and Mental Health statements; FEAM observation starting in January 2011); Lithuanian Academy of Sciences and Swedish Royal Academy of Sciences (endorsement of the Mental Health statement)
6. Deepening the link with the European Science Foundation (meeting and discussion at secretariat and Officers levels) as key partners in future activities (personalised medicine, harmonizing medical education in Europe, mental health)

In the field of Mental Health Policy, FEAM published the statement on Mental Health Policy Issues (November 2010). At the same time the article based on this FEAM statement was elaborated and prepared for publication online in the European Psychiatry journal (approximately in January 2011). FEAM also intensively communicated externally within the frame of:

1. Representation at the DG Sanco workshop on its data partnership (17 March 2010, European Commission)
2. Representation at the "Science-Policy-Dialogue" workshop organised by the European Academies Advisory Council (EASAC) (14-15 October 2010, Brussels)
3. Establishing new links with Members of the EU Parliament sitting on its ENVI (Environment, Public Health and Food Safety) and ITRE (Industry, Research and Energy) committees - using the two published statements on the CTD reform and on Mental Health policy issues and with the help of the FEAM Academies (October-December 2010)
4. Audio-conference with the FEAM President, Dr. A. Rys, Director of Health at the DG Sanco of the European Commission, and his team (December 2010)

FEAM also adopted the new FEAM logo and discussed the elaboration of a FEAM brochure presenting FEAM and its member Academies (confirmed for 2011, to be printed by the Romanian Academy of Medical Sciences). Last but not least the new FEAM website in 2011 is under way. For March 22, 2011, FEAM represented by pr. Cyril Höschl and secretary general pr. Janos Frühling plans to present the Mental Health policy issues statement on grounds of European Parliament in presence of the host MEP Kinga Gál, representatives of MRC (dr. Robin Buckle), European Commission, European Science Foundation etc..

Those who are interested in the respective documents can find them on www.hoschl.cz, search FEAM.

Seznam členů České lékařské akademie

List of CMA members

Řádní členové České lékařské akademie

prof. MUDr. Zdeněk Ambler, DrSc., FCMA

Emeritní přednosta Neurologické kliniky Lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice v Plzni

prof. MUDr. Michal Anděl, CSc., FCMA

Děkan 3. lékařské fakulty UK a přednosta II. interní kliniky 3. lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze

prof. MUDr. Jiřina Bartůňková, DrSc., MBA, FCMA

Přednostka Ústavu imunologie 2. lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice Motol v Praze

prof. MUDr. Josef Bednařík, CSc., FCMA

Přednosta Neurologické kliniky Lékařské fakulty MU a Fakultní nemocnice v Brně

plk. prof. MUDr. Vladimír Beneš ml., DrSc., FCMA

Přednosta Neurochirurgické kliniky 1. lékařské fakulty UK a Ústřední vojenské nemocnice v Praze

prof. MUDr. Vladimír Beneš st., DrSc., FCMA

Zakladatel samostatné dětské neurochirurgie ve Fakultní nemocnici Motol

prof. MUDr. Jan Betka, DrSc., FCMA

Přednosta Kliniky otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku 1. lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice Motol v Praze

prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc., FCMA

Předseda České lékařské společnosti J. E. Purkyně, vedoucí oddělení endokrinologie a osteologie Ústřední vojenské nemocnice v Praze a člen Učené společnosti ČR

prof. MUDr. Pavel Bravený, CSc.

Emeritní profesor Fyziologického ústavu Lékařské fakulty MU v Brně

MUDr. Jan Bureš, CSc., DrSc., FCMA

Vědecký pracovník Fyziologického ústavu AV ČR

prof. MUDr. Evžen Čech, DrSc., FCMA

Emeritní přednosta I. gynekologicko - porodnické kliniky 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

prof. MUDr. Oldřich Čech, DrSc., FCMA

Emeritní přednosta Kliniky ortopedicko-traumatologické 3. lékařské fakulty UK v Praze

prof. MUDr. Rastislav Druga, DrSc., FCMA

Přednosta Anatomického ústavu 2. lékařské fakulty UK v Praze

prof. MUDr. Jan Dvořáček, DrSc., FCMA

Emeritní přednosta Urologické kliniky 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

prof. MUDr. Miroslav Eber, CSc., FCMA

Profesor Kliniky zubního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci

prof. MUDr. Milan Elleder, DrSc., FCMA

Ústav dědičných metabolických poruch 1. lékařské fakulty a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, člen Učené společnosti ČR

prof. MUDr. Miroslav Fára, DrSc., FCMA

Emeritní profesor Kliniky plastické chirurgie 3. lékařské fakulty UK v Praze

prof. MUDr. Miloš Grim, DrSc., FCMA

Přednosta Anatomického ústavu 1. lékařské fakulty UK v Praze

prof. MUDr. Jan Herget, DrSc., FCMA

Vedoucí Ústavu fyziologie 2. lékařské fakulty UK v Praze

prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc., FCMA

Přednosta Ústavu sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví Lékařské fakulty MU v Brně

prof. MUDr. Karel Horký, DrSc., FACP (Hon.), FCMA

Emeritní přednosta II. interní kliniky kardiologie a angiologie, 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc., FRCPsych., FCMA

Ředitel Psychiatrického centra Praha, přednosta Kliniky psychiatrie a lékařské psychologie 3. lékařské fakulty UK v Praze a člen Učené společnosti ČR

prof. MUDr. Jan Evangelista Jirásek, DrSc., FCMA

Vedoucí vědecký pracovník Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze

prof. MUDr. Ctirad John, DrSc., FCMA

Člen Vědecké rady AV ČR a člen Učené společnosti ČR

prof. MUDr. Pavel Klener, DrSc., FCMA

profesor I. interní kliniky 1. lékařské fakulty UK v Praze a člen Učené společnosti ČR

prim. MUDr. František Koukolík, DrSc., FCMA

Primář patologického oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze

prof. MUDr. Josef Koutecký, DrSc., FCMA

Emeritní přednosta Kliniky dětské hematologie a onkologie 2. lékařské fakulty UK Fakultní nemocnice Motol v Praze

prof. MUDr. Radana Königová, CSc., FCMA

Klinika popáleninové medicíny 3. lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze

prof. MUDr. Jiří Kraml, DrSc., FCMA

Emeritní přednosta Ústavu lékařské biochemie 1. lékařské fakulty UK v Praze

prof. MUDr. Miloslav Kršiak, DrSc., FCMA

Přednosta Ústavu farmakologie 3. lékařské fakulty UK v Praze

prof. MUDr. Vladimír Křen, DrSc., FCMA

Ústav biologie a lékařské genetiky 1. lékařské fakulty a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

prof. MUDr. Pavel Kuchynka, CSc., FCMA

Přednosta Oftalmologické kliniky 3. lékařské fakulty UK Praha a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze

prof. RNDr. Dr.h.c. Jaroslav Květina, DrSc., FCMA

Vědecký pracovník Ústavu experimentální biofarmacie AV ČR a PRO.MED.CS Praha a.s., profesor Ústavu humánní farmakologie a toxikologie Veterinární a farmaceutické univerzity v Brně

prof. MUDr. Jan Lebl, CSc., FCMA

Přednosta Pediatrické kliniky 2. lékařské fakulty UK v Praze

prof. MUDr. Jan Libiger, CSc., FCMA

Přednosta Psychiatrické kliniky Lékařská fakulty UK v Hradci Králové

prof. MUDr. Josef Marek, DrSc., FCMA

Emeritní přednosta III. interní kliniky 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

prof. MUDr. Pavel Mareš, DrSc., FCMA

Vědecký pracovník Oddělení vývojové epileptologie Fyziologického ústavu AV ČR v Praze

prof. MUDr. Pavel Martásek, DrSc., FCMA

Klinika dětského a dorostového lékařství 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a člen Učené společnosti ČR

prof. MUDr. Jiří Mazánek, DrSc., FCMA

Přednosta Stomatologické kliniky 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

prof. MUDr. Soňa Nevšimalová, DrSc., FCMA

Emeritní přednosta Neurologické kliniky 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

prof. MUDr. Bohuslav Ošťádal, DrSc., FCMA

Fyziologický ústav AV ČR v Praze

prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc., FCMA

III. chirurgická klinika 1. lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice Motol v Praze

prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc., FCMA

Ředitel Revmatologického ústavu v Praze

prof. MUDr. Jan Pirk, DrSc., FCMA

Přednosta Kardiocentra IKEM Praha

prof. MUDr. Ivan Rektor, CSc., FCMA

Přednosta Neurologické kliniky Lékařské fakulty MU a Fakultní nemocnice U svaté Anny v Brně

prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc., FCMA

Emeritní přednosta Ústavu normální, patologické a klinické fyziologie 3. lékařské fakulty UK v Praze

prof. MUDr. Evžen Růžička, DrSc., FCMA

Přednosta Neurologické kliniky 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

prof. MUDr. Vratislav Schreiber, DrSc., FCMA

III. interní klinika – laboratoř endokrinologie a metabolismu 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a člen Učené společnosti ČR

prof. MUDr. Karel Smetana, DrSc., FCMA

Anatomický ústav 1. lékařské fakulty UK v Praze

prof. MUDr. Antonín Sosna, DrSc., FCMA

Přednosta I. ortopedické kliniky 1. lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice Motol v Praze

prof. MUDr. RNDr. Luboslav Stárka, DrSc., FCMA

Vědecký pracovník Endokrinologického ústavu v Praze a člen Učené společnosti ČR

prof. MUDr. Jan Starý, DrSc., FCMA

Přednosta Kliniky dětské hematologie a onkologie 2. lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice Motol v Praze

prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA, FCMA

Přednosta III. interní kliniky 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

prof. MUDr. Josef Syka, DrSc., dr.h.c., FCMA

Vedoucí oddělení neurofyziologie sluchu Ústavu experimentální medicíny AV ČR v Praze

prof. MUDr. Eva Syková, DrSc., FCMA

Ředitelka Ústavu experimentální medicíny AV ČR v Praze a vedoucí Ústavu neurověd 2. lékařské fakulty UK

prof. MUDr. Milan Šamánek, DrSc., FESC., FCMA

Vedoucí výzkumný pracovník Dětského kardiocentra, Fakultní nemocnice Motol v Praze

prof. MUDr. Jan Škrha, DrSc., MBA, FCMA
Vedoucí Laboratoře pro endokrinologii a metabolismus při
III. interní klinice a 1. zástupce přednosty III. interní kliniky
1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

prof. MUDr. Miloš Štejfá, DrSc., FESC., FCMA
Emeritní profesor Lékařské fakulty MU

prof. MUDr. Jan Štěpán, DrSc., FCMA
Vědecký pracovník Revmatologického ústavu v Praze
a člen Učené společnosti ČR

prof. MUDr. Jaromír Švestka, DrSc., FCMA
Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Brno

prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc., FCMA
Přednosta I. interní kardiologické kliniky Lékařské
fakulty MU, Fakultní nemocnice U sv. Anny v Brně

prof. MUDr. Vladimír Vonka, DrSc., FCMA
Ústav hematologie a krevní transfúze v Praze a člen Učené
společnosti ČR

prof. MUDr. František Vosmík, DrSc., FCMA
Dermatovenerologická klinika 1. lékařské fakulty UK
a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

prof. MUDr. Maxmilián Wenke, DrSc., FCMA
profesor Fakulty všeobecného lékařství UK v Praze

prof. MUDr. Jiří Widimský st., DrSc., FESC, FAHA, FCMA
Vědecký pracovník Kliniky kardiologie IKEM Praha

prof. MUDr. Jiří Zeman, DrSc., FCMA
Klinika dětského a dorostového lékařství 1. lékařské fakulty UK
a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA, FCMA
Děkan 1. lékařské fakulty UK v Praze, přednosta Ústavu klinické
biochemie a laboratorní diagnostiky 1. lékařské fakulty UK
a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

prof. MUDr. Petr Zvolský, DrSc., FCMA
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné
fakultní nemocnice v Praze

Čestní členové České lékařské akademie

MD Pavel Hamet, PhD., CSPQ., FRCP(C), FCMA
Ředitel výzkumu Centre Hospitalier de l' Université de
Montreal a profesor vnitřního lékařství na univerzitě
v Montrealu, Kanada

prof. Solomon Halbert Snyder, M.D., FCMA
Distinguished Service professor of Neuroscience,
Pharmacology and Psychiatry,
Johns Hopkins Medical School

Valné shromáždění České lékařské akademie:

je nejvyšším orgánem České lékařské akademie, který se skládá ze všech členů akademie. Valné shromáždění rozhoduje o členství v ČLA, volí členy Rady ČLA a rozhoduje o základních směrech činnosti České lékařské akademie.

Rada České lékařské akademie:

je koordinačním, koncepčním a výkonným orgánem, který je ze své činnosti odpovědný Valnému shromáždění ČLA. Rada se skládá z předsedy ČLA, místopředsedy ČLA a dalších sedmi řádných členů ČLA. Rada plní rozhodnutí Valného shromáždění, vytyčuje pracovní záměry a předkládá je k projednání Valnému shromáždění, koordinuje aktivity a činnost všech orgánů ČLA. Rada jmenuje a odvolává ředitele ČLA.

Ředitel České lékařské akademie:

je statutárním orgánem ČLA a je oprávněn činit právní úkony ve všech věcech. Ředitel zajišťuje po organizační stránce činnost ČLA a odpovídá Radě ČLA za provedení jejich rozhodnutí, praktickou realizaci všech činností ČLA, obsahovou a organizační přípravu jednání Rady a Valného shromáždění, za řádné hospodaření ČLA, za přijímání příspěvků a darů od členů ČLA a sponzorů.

Ředitelem České lékařské akademie je **Jiří Strejček**.

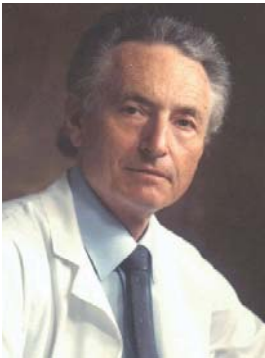
Přehled akcí České lékařské akademie 2010–2011

2010

16. 2. Klubové setkání členů ČLA
Milan Šamánek: Od vrozených srdečních vad po prevenci infarktu myokardu
8. 3. Valné shromáždění členů ČLA
19. 3. Vydání šestého čísla Revue České lékařské akademie
20. 3. Slavnostní koncert České lékařské akademie a Národní galerie
- 24.–26. 3. Konference FEAM v Bukurešti – „Translational Cardiology: from molecular mechanisms to bedside“ & „Medical bioethics“
1. 4. Křest knihy profesora Milana Šamánka Víno na zdraví
20. 4. Klubové setkání členů ČLA
Pavel Pařko: Problémy české chirurgie, které nezpůsobil skalpel
- 12.–23. 10. Výstava fotografií profesora Jana Evangelisty Jiráka Život před narozením v Karolinu
2. 11. Klubové setkání členů ČLA
Koncert Kinsky Trio Prague v Domě U Kamenného zvonu v Praze
16. 11. Klubové setkání členů ČLA
Evžen Čech: Cesty ultrazvukové diagnostiky do českého porodnictví a gynekologie
- 25.–27. 11. 3. mezioborový lékařský kongres ČLA Emoce v medicíně v Karlových Varech

2011

16. 2. Valné shromáždění členů ČLA
18. 2. Vydání sedmého čísla Revue České lékařské akademie
19. 2. Slavnostní koncert České lékařské akademie a Národní galerie v Praze
- březen Klubové setkání členů ČLA
- 6.–7. 5. Konference FEAM v Římě – Increasing collaboration between human and animal medicine, Genetic testing and personalized medicine, Harmonizing the EU medical curriculum (graduate and postgraduate training of specialists)
- květen Klubové setkání členů ČLA
- září Klubové setkání členů ČLA
- listopad Klubové setkání členů ČLA – Koncert klasické hudby
- 20.–22. 10. 4. mezioborový lékařský kongres ČLA Emoce v medicíně II – Emoce v životním cyklu člověka v Karlových Varech



Vzpomínka na profesora Zdeňka Mařatku

prof. MUDr. Zdeněk Mařatka, DrSc., FCMA
Emeritní přednosta II. interního oddělení Fakultní nemocnice Na Bulovce

profesor MUDr. Zdeněk Mařatka, DrSc., FCMA se narodil 27. čeruna 1914 v Praze.

Vzdělání a hodnosti:

27. 1. 1939	<i>promoval na lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze</i>
7. 2. 1947	<i>docentem uvnitřního lékařství tamtéž</i>
29. 12. 1966	<i>doktorem lékařských věd</i>
21. 5. 1969	<i>zvolen řádným profesorem uvnitřního lékařství vědeckou radou lékařské fakulty</i>
22. 2. 1973	<i>jmenování profesorem zrušeno vědeckou radou lékařské fakulty</i>
20. 6. 1990	<i>rehabilitován jako profesor Karlovy univerzity</i>

Zaměstnání a odborná praxe:

od 21. 3. 1939	<i>lékař, sekundář a asistent II. interní kliniky UK v Praze</i>
1948-1957	<i>zástupce přednosty II. interní kliniky</i>
1952-1957	<i>vedoucí uvnitřního lékařství stomatologické větve LF UK</i>
1. 1. 1958	<i>přednosta II. interního oddělení</i>
až 30. 6. 1984	<i>Nemocnice Na Bulovce v Praze</i>

Členství v domácích vědeckých orgánech:

1990-1994	<i>předseda České gastroenterologické společnosti</i>
1969-1999	<i>vedoucí redaktor časopisu Česká a Slovenská gastroenterologie</i> <i>Čestný člen České lékařské společnosti a Českých společností gastroenterologické, internistické, chirurgické.</i>

Členství a funkce v mezinárodních organizacích:

1976-1980	<i>prezident Evropské společnosti trávicí endoskopie</i>
1978-1982	<i>viceprezident Světové společnosti trávicí endoskopie, její čestný člen (1992)</i>
1968	<i>prezident I. evropského kongresu trávicí endoskopie v Praze</i>
1978-1998	<i>předseda Komise pro terminologii a komputizaci Světové společnosti trávicí endoskopie</i>
1968	<i>člen úboru Evropské gastroenterologické společnosti, generální sekretář 8. evropského gastroenterologického kongresu v Praze</i>
1980-1982	<i>prezident Evropské společnosti koloproktologické, prezident kongresu v Praze (1979)</i>

Člen řady zahraničních gastroenterologických a endoskopických společností a redakčních rad odborných časopisů.

Významná ocenění:

1965 a 1994	<i>Purkyňova medaile České lékařské společnosti</i>
1994	<i>Zlatá medaile Univerzity Karlovy</i>
1999	<i>Čestný diplom Evropské společnosti trávicí endoskopie</i>
2001	<i>Rytíř českého lékařského stavu České lékařské komory</i>
2005	<i>Člen České lékařské akademie</i>

■ Co vás jako medika a začínajícího lékaře přivedlo k interně a gastroenterologii?

Měl jsem to štěstí, že jsem medicínu stačil dostudovat ještě před okupací a uzavřením vysokých škol a mohl začít pracovat na II. interní klinice, kde jsem – de facto jako samouk – obor gastroenterologie vlastně vybudoval. Jako mladý lékař, plný nadšení pro lékařskou vědu, jsem měl největší zájem o experimentální gastroenterologii. Bylo to iniciováno

i tím, že jsem měl na přelomu let 1947 a 1948 možnost strávit rok na předním experimentálním pracovišti u vynikajícího gastroenterologa prof. A. C. Ivyho na University of Illinois v Chicagu, kde jsem se zabýval patogenezí ulcerózní kolitidy. Ostatně už do USA jsem odjížděl s pevnou představou, kterou jsem tam chtěl podpořit experimentálním výzkumem, pro který doma nebyly podmínky. Bohužel během mého pobytu v USA došlo u nás k politickému převratu a podmínky pak byly ještě složitější.

- **Nepřemýšlel jste o tom, že v USA zůstanete?**

Samozřejmě ano, ale nakonec jsem se z mnoha důvodů – rodinných i pracovních – rozhodl k návratu.

- **Na klinice jste pak prošel obvyklým akademickým postupem, od nehonoranovaného asistenta až k habilitaci. Ačkoli jste však v roce 1966 obhájil doktorát lékařských věd a v roce 1969 byl zvolen vědeckou radou fakulty řádným profesorem, vaše jmenování bylo za normalizace zrušeno a profesorem jste se stal až po rehabilitaci v roce 1990. A dokonce jste z ryze politických důvodů musel kliniku opustit a stal jste se přednostou interního oddělení v Nemocnici Na Bulovce. Jak jste to vše nesl?**

To, že jsem v obtížných dobách získal místo v Nemocnici Na Bulovce, bylo vlastně štěstí v neštěstí, protože o místo se tehdy ucházelo osmnáct kandidátů, a to většinou s lepším politickým zázemím, než jsem měl já. Musel jsem ale zásadně přehodnotit své životní plány a perspektivy.

- **Ve své klinické práci jste se věnoval gastroenterologii v celé šíři, ale svou hlavní pozornost jste přece jen soustředil především na nespecifické střevní záněty (svou první publikaci, doktorskou disertaci i habilitační práci jste věnoval ulcerózní kolitidě, zabýval jste se i Crohnovou chorobou), na funkční poruchy trávicího traktu (vypracoval jste 35 let před římskou klasifikací mezinárodních expertů prakticky totožnou klasifikací Mařatkovu), a konečně na endoskopické a fibroskopické vyšetřování trávicí trubice (kde jste opět přišel mimo jiné s originálním názvoslovím). Můžete říci, co stálo za volbou těchto témat a v čem dnes vidíte svůj přínos?**

Ve svých medicínských začátcích jsem se pokoušel o výzkum patogeneze ulcerózní kolitidy na zvířatech a pak několik let v Praze s profesorem Wagnerem studoval imunologickou podstatu této nemoci. Naše spolupráce byla přerušena politickými důvody – já musel odejít z lékařské fakulty do Nemocnice Na Bulovce a profesor Wagner byl dokonce uvězněn – a já pochopil, že nejsem typem výzkumníka oddaného jen bádání v tichu laboratoře. Odtud pramenila má aktivita ve výzkumu klinickém, v objasňování podstaty nemocí na základě sledování pacientů a syntézy poznatků, a hlavně činnost přednášková, publikační a především pedagogická. Výsledkem byly tři učebnice gastroenterologie z let 1964, 1988 a 1999 a také několik monografií a publikací zaměřených postgraduálně.

V klinickém výzkumu jsem se věnoval především třem tématům: Za prvé to byly idiopatické střevní záněty, kde si cením zejména své tak zvané dvousložkové hypotézy patogeneze ulcerózní kolitidy, kde základní složkou je hemoragický zánět konečníku a tlustého střeva, k němuž se pak přidružuje vředovitý zánět způsobený nespecifickou infekcí střevními mikroorganismy, jež se z užitečných komensálů změnily na patogeny. Tak se základní »idiopatická proktokolitida« mění na »ulcerózní kolitidu« v morfoloickém smyslu. Tuto pracovní hypotézu jsem vyslovil již ve své habilitační práci v roce 1948 a je mi zadosťučiněním, že se od té doby stále potvrzuje – aniž by však byl můj původní návrh v zahraničním písemnictví patřičně citován.

Mým druhým celoživotním tématem jsou funkční trávicí poruchy, jimž jsem rovněž věnoval četné publikace. I zde si cením toho, že jejich klasifikace, kterou jsem navrhl v roce 1964 a rozvedl v řadě publikací a monografií, je v základě totožná s tak zvanými Římskými kritérii, publikovanými na základě mezinárodního konsensu o 35 let později.

A konečně třetí oblastí, které jsem se věnoval a která se na rozdíl od předchozích dvou mezinárodně rychle prosadila, byla problematika trávicí endoskopie.

- **Okolnosti tohoto úspěchu jsou, myslím, zajímavé a stojí za zmínku.**

V roce 1978 se konal v Madridu Světový gastroenterologický kongres, a protože já byl v té době prezidentem Evropské společnosti trávicí endoskopie, byl jsem vyzván k proslovení slavnostní přednášky na libovolné téma. Ocíl jsem se ovšem ve svízelné situaci, neboť ve svém tehdejší postavení primáře interního oddělení Nemocnice Na Bulovce jsem neměl vybavení a možnosti, abych připravil příspěvek na úrovni tehdejšího stavu techniky. A tak jsem tedy pro svou přednášku zvolil téma, které nevyžadovalo žádnou moderní techniku, nýbrž spíše promyšlenou koncepci. Protože náš obor, který se tehdy dostával do popředí gastroenterologické diagnostiky, vyžadoval novou, logickou a prakticky použitelnou klasifikaci, terminologii a nomenklaturu, pustil jsem se právě do ní. Monografie, která z toho v roce 1984 vzešla, zahájila řadu dalších vydání a překladů, dnes už do patnácti jazyků celého světa.

- Působil jste v oboru dlouhou řadu let, a proto je jistě na místě otázka, jak byste zhodnotil jeho pokrok během své profesionální kariéry. Jedním z problémů dnešní medicíny, o němž se hovoří, je její atomizace, tedy specializace vedoucí k fragmentaci do podoborů a ke ztrátě celostního pohledu na nemocného. Jaký je váš názor na tento trend?

Tento trend nesporně existuje a sotva mu lze bránit. Nemluví se však o tom, že současně probíhá i proces opačný, tedy globalizace, česky sjednocování. Globalizace však probíhá i v partikulárních oblastech, tedy i v medicíně, a také zde má své klady a své zápory.

Nejnápadnějším projevem globalizace medicíny je její »anglifikace«; angličtina nahradila v mezinárodním styku středověkou latinu. Avšak globalizace se netýká jen jazyka, promítá se i do myšlení a do ideologických koncepcí. Centrum výzkumu se přesunulo z Evropy do Ameriky, a s tím také ideje a praktiky udávající směrnice pro diagnostiku a terapii. Anglofonní časopisy ovládly lékařskou literaturu a vytvořily hodnoticí systém, jehož základem je impact factor, určující na základě kvality časopisu kvalitu příspěvku a profesní zařazení autora. Tomuto trendu podlehl i velké národy se starou tradicí – medicína německá a francouzská. Kladem tohoto vývoje je, že nové vědecké poznatky jsou rychle zpřístupněny světové veřejnosti a obohacují celý svět. Zaslouhou globalizace došlo k ohromnému pokroku v medicíně teoretické i praktické, a proto náš zásadní postoj k ní by měl být kladný.

Avšak stejně jako v politice i v medicíně má globalizace také svá rizika a své zápory, a to především v otázce jazykové. Anglifikace medicínské literatury neznamená, že by měly zmizet knihy a časopisy v češtině. Každý národ by měl mít národní časopis, který přináší významné informace pro okruh svých čtenářů. Na druhé straně by měl mít také časopis v angličtině, který je naopak určen pro zahraniční čtenáře. Protože si menší národy nemohou takový časopis dovolit, sdružují se za tímto účelem v regiony. Úspěšným příkladem jsou společné časopisy států skandinávských. Takový časopis, který by umožňoval publikaci hodnotných prací, které je těžké prosadit v exkluzivních časopisech zahraničních, bychom měli mít i my ve středoevropském regionu. Nežádoucím průvodním jevem globalizace je i pronikání anglických termínů do češtiny tam, kde jsou k dispozici vhodné termíny české. Je věcí vkusu rozeznat, které anglické termíny jsou nezastupitelné a které jsou zbytečným hanobením mateřštiny.

Kromě nedozírného významu anglifikace pro šíření poznatků platí, že s užitečnými informacemi se šíří i takové, které jsou projevem módy a odporují místním poznatkům a zkušenostem. Kontrolované zkoušky a přísná hodnocení recenzenty v impaktovaných časopisech ještě nezaručují, že jejich výsledky lze automaticky přejímat. Některé zprávy uveřejněné v prestižních časopisech odporují zkušenostem jiných regionů. Se stejnou kritičností je třeba přijímat i nové koncepce, jako je evidence-based medicine neboli medicína založená na důkazech. Tato idea, v základě správná a v mnohém ohledu užitečná, je při nemístné generalizaci příčinou podceňování anamnézy, ztráty empatie a dehumanizace medicíny.

A konečně soustředění medicínskému výzkumu a literatury do anglofonní oblasti způsobuje, že tamní autoři, neznají jiného jazyka než angličtiny, nevnímají poznatky a názory uveřejněné mimo tuto oblast a nezajímají se o výsledky získané jinde než ve vlastních institucích. I když vědecká produkce v USA je řádově větší než v celém ostatním světě, neznamená to, že se mimo ni občas neobjeví něco, co je originální, a jen pro svou nezvyklost není mezinárodní komunitou vzato v úvahu. Nelze též přehlížet národní tradice, na nichž je dnešní medicína postavena – a to nejen tradice velkých národů, jako je Francie a Německo, nýbrž i tradice národů menších, tedy i českou. Není to vždy většina, která má pravdu; to platí v medicíně stejně jako v politice.

Globalizace medicíny je tedy v základě správná, užitečná a přináší nesporné výhody. Nesmí však být přijímána automaticky a otrocky, nýbrž kriticky. Musí se varovat epigonství a holdování efemérním módním trendům. Tradice české medicíny od doby J. E. Purkyně po dnešek přinesla poznatky a zkušenosti, které si zaslouží být respektovány aspoň doma, když už se to nedaří v cizině.

- Jak ovlivňují stav a rozvoj vašeho oboru moderní technologie a jak nazíráte vztah medicínskému a technickému pokroku? Neztrácí se někdy pacient za monitory?

Za svůj život jsem zažil neuvěřitelný pokrok v lékařské vědě i klinické medicíně i ve znalostech patogeneze, diagnostiky a terapie nemocí. Nové poznatky přinesly ohromný pokrok v diagnostice a léčbě především organických chorob a v příslušných oborech.

Na druhé straně však jsou negativní stránky tohoto pokroku – zatímco dříve byla diagnóza založena na anamnéze, nyní stále sílí tendence zakládat ji na číslech a nálezech. Koncepce medicíny založená na důkazech přinesla mnoho užitečného, pokud se týká chorob organických, ale působí mnoho škod u poruch funkčních. Je velmi špatné, když lékař, místo aby s pacientem hovořil, odesílá ho na nejrůznější vyšetření. Znevažování anamnézy vede k dehumanizaci medicíny a ztrátě empatie, pacient není spokojen a často hledá pomoc u medicíny alternativní. Jinak řečeno – objektivní nálezy jsou pro vědecký přístup žádoucí, nemohou však nahradit osobní styk a pohovor lékaře s pacientem.

- Zmínil jste se o alternativní medicíně – jaký je váš názor na její vztah k lékařské vědě a akademické medicíně?

Nejsem přítelem zatracování a už vůbec ne zakazování alternativní medicíny. S akademickou medicínou má společné

to, že v léčebné praxi užívá mimo jiné placebo a psychoterapie, a některé alternativní metody snad mají i účinky specifické – například akupunktura využívá principu podobného reflexní terapii. Uvážíme-li, že vliv placebo se uplatňuje přibližně u 30 % nemocí organických a 60 % poruch funkčních, pak je třeba očekávat úspěch alternativních metod řadově zhruba právě v těchto dimenzích.

Odlišné je to, že alternativní medicína nemůže nahradit akademickou medicínu u chorob organických, a děje-li se tak, je to pro nemocné škodlivé. Výjimkou jsou terminální stadia dosud neléčitelných nemocí, kdy vědecká medicína nenabízí již nic, alternativní však poskytuje alespoň (falešnou) naději a útěchu.

- **Během své profesionální kariéry jste jistě čelil mnoha módním trendům v medicíně – můžete uvést příklady a poučení, které z nich plyne?**

Móda v medicíně se projevuje názory a praktikami ovlivněnými nakažlivou psychologií, epidemicky se šířícími a ve dlcoucími k nekritickému zaujímání shodných postojů bez vlastního kritického myšlení. Tomu se neubrání žádná oblast lidské aktivity, a tedy ani medicína. Její historie je takových případů plná.

- **Móda je jev přechodný, avšak existují myšlenky a postoje, které přetrvávají staletí či dokonce tisíciletí, přestože vývoj lidského myšlení již dávno otřásl jejich základy. Mám na mysli nejrůznější mýty – víte o nějakých?**

Nejnápadnějším příkladem mýtů jsou náboženská a církevní dogmata, jež přetrvávají od počátku lidstva dodnes, ačkoli jsou v rozporu s rozumem a očividnou skutečností. Je těžko pochopitelné, že mnoho lidí i v těch nejvyvinutějších zemích věří, že Bůh stvořil Adama z hlíny a Evu z jeho žebra, ačkoli vývoj člověka v procesu evoluce je nepochybně prokázán. Dosud nejasný je ovšem způsob, jímž se tento vývoj uskutečňoval a uskutečňuje. Ostatně ani já sám nevěřím Darwinově teorii o postupném vývoji druhů přeměnou podmíněnou náhodným výběrem. Nepřímé doklady svědčí pro to, že život a svět je dílem inteligentní a tvůrčí síly, disponující neomezenými prostředky a směřující ke stálému vývoji k vyšším a komplikovanějším formám života. Za vhodný pokládám Drieschův termín »entelechie« pro princip, který má některé rysy přisuzované Bohu, ale nelze ho ovlivnit oběťmi, náboženskými obřady a modlitbami.

Avšak mýty jsou rozšířeny i v jiných oblastech a neunikají jim ani vědecké disciplíny a veřejný život. Jedním z medicínských mýtů s velkým dopadem do praxe je mýtus o ceně lidského života.

- **Tím myslíte co?**

To, že tak zvaná cena života se stává východiskem k diskusím o přerušení těhotenství, eutanázii, trestu smrti, eugenice atd. Běžný a obecně přijímaný je názor, že život má hodnotu nevyčísliitelnou, musí být chráněn a zachován za každou cenu. Je to důsledek humanismu, tedy něčeho, co nemá obdobu v přírodě a je dokonce jejím zákonem, často krutým a nemilosrdným, protikladem.

Řešili jsme ale tyto otázky ze stanoviska racionálně biologického, dojdeme k názoru, že v přírodě život jako takový žádnou cenu nemá – tu mu dává pouze to, čím přispívá ke kladným hodnotám a potřebám přírody. Dokladem toho je nesmírné plýtvání semeny, vajíčky, spermii, novorozenci i dospělými tvory, kteří v potravinovém řetězci slouží za potravu jiným. Regulace tvorstva je výsočným úkolem přírody. V dodržování rovnováhy je příroda neúprosná a nemilosrdná, o přežití je třeba bojovat, zdraví a silní jsou zvýhodňováni, nemocní likvidováni, slabí vylučováni z možnosti reprodukce. Vůdčím principem přírody je zachovat a rozmnožovat zdravý genom.

Humanismus má kromě nesporných kladných vlastností rovněž vlastnosti negativní, a ty se projevují tehdy, když extrémní humanisté chrání život i tehdy, je-li to v rozporu se zdravým rozumem a potřebami lidstva. Život má být chráněn jen tam, kde tvoří kladné hodnoty, a naopak potlačován tam, kde lidstvu škodí. Proto má být ukončeno těhotenství, které vzniklo nedopatřením, není vítáno a způsobilo by matce vážné problémy. Proto by život, který působí velké a neodstranitelné utrpení, neměl být – ovšem na přání nebo se souhlasem postiženého – prodlužován. Proto by člověk nepolepšitelný v páchaní zločinů neměl mít nárok na život. A proto by také jedinci geneticky zatížení závažnými dědičnými úchytkami a chorobami neměli mít možnost přenášet své vady na potomstvo a přispívat k degeneraci lidského genomu.

Jinak řečeno, humanismus chápáný tak, že »lidská práva« přísluší každému, je pseudohumanismem, který je ve skutečnosti ochranou zločinců, a jeho zastánci jsou spoluviníky. Tam, kde se diskutuje o ceně a nutnosti zachování života, nemohou být kladeny otázky ano či ne, nýbrž kdy ano a kdy ne.

Co má cenu, to není život sám, nýbrž to, co tento život znamená a přináší – jestli to, co produkuje, má kladné nebo záporné znaménko.

- **Jak vidíte a hodnotíte současné zdravotnictví a postavení lékaře?**

Necítím se být kompetentní v otázkách zdravotnických systémů a nehodlám ani navrhnout jakoukoli reformu. Nerozumím organizaci zdravotnictví a chráním se toho, abych dával jakékoli rady a návrhy. Jedna otázka mi však nedá poko-

je – kdo přišel na myšlenku, že péče o zdraví má být tak zvaně zadarmo, když všechny ostatní životně důležité potřeby si každý obstarává a platí sám? Nezdá se mi být logické, když stát nedává zdarma to nejdůležitější pro člověka – jídlo, oblečení a střechu nad hlavou – ale poskytuje zdarma lékařskou péči, ačkoli mnoho nemocí se upraví i bez lékaře a bez léků. Je to patrně jeden z důsledků rozvoje humanismu a občanské solidarity. Tato snaha začala tím, že nemoc byla považována za neštěstí, proti němuž by se člověk měl mít možnost pojištit. Tato logická myšlenka se však zvrhla v systémovou snahu zajistit člověka zadarmo nejen proti nemocím, jež člověka přepadají jako krádež, oheň nebo krupobití, nýbrž i proti banálním obtížím, jako je bolest hlavy či nespavost, virózy či involuční a degenerativní nemoci, eventuálně vady zraku, sluchu a pohybového ústrojí, které jsou běžným průvodním jevem a údělem stárnutí. V těchto případech ale nejde o příhody nenadálé a katastrofické, podobná zemětřesením, a každý je tedy může řešit podle svých představ, potřeb a možností. Na takové nepříjemnosti se běžně lidé nepojišťují, podobně jako se nepojišťují na běžné nehody denního života.

A navíc – zapomíná se přitom, že poskytování zdravotní péče zdarma je kontraproduktivní a nemocné s běžnými onemocněními a funkčními poruchami dokonce poškozují, neboť snižuje účinnost léků a ruší význam placebového efektu.

▪ Jak to myslíte?

Placebo – ať zjevné či skryté – je pravděpodobně nejčastější formou léčení a má tím větší účinek, čím vyšší je jeho cena. Aspirin v luxusním balení je prostě účinnější než acylpyrin v papírovém pytlíku. Pacienti, kteří dostávají léky »zadarmo«, jsou zbavováni části placebového účinku, který je významný a někdy dokonce jediný. Nejnápadněji se tento poznatek projevuje u poruch psychosomatických. Svědčí o tom skutečnost, že psychoterapie je účinnější, když za ni nemocný zaplatí, než když ji dostane zadarmo. Také alternativní terapie by nejspíše ztratila hodně ze své účinnosti, kdyby se poskytovala zdarma.

▪ Jak byste to tedy řešil?

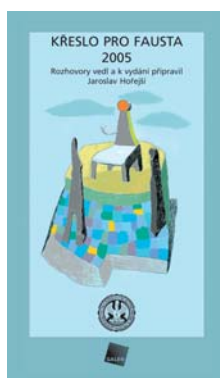
Zajistit pojištění je nezbytné na potřebnou péči u závažných chorob vyžadujících nákladnou léčbu, jakou si nikdo nemůže krýt ze svých zdrojů. Na taková nenadálá neštěstí by se mělo vztahovat pojištění, zatímco ostatní by si pacienti měli platit sami nebo se na to připojistit. Lidé se často ptají, proč by tak zvané měli platit znovu, když si celý život platili pojištění. To si však pletou pojištění se spořením.

Jinak řečeno, nic nemá být zadarmo – zadarmo je jen charita poskytovaná humanitárními organizacemi.

▪ Nechtěl byste tedy být ministrem zdravotnictví?

Chraň Pán Bůh! Tím spíše, že po všech těch letech bude velmi, velmi těžké vrátit vše do rozumných mezí. A strana, která se rozhodne nebo bude donucena to udělat, musí prohrát další volby. Měla by se o to nejspíše pokusit úřednická vláda složená z čestných, neúplatných odborníků, kterým nepůjde o hlasy voličů, nýbrž o věc.

*„Jaroslav Hořejší: Křeslo pro Fausta 2005. Redakčně zkráceno.
Uveřejněno s laskavým souhlasem nakladatelství Galén a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.“*





Srdečně Vás zveme na **Slavnostní koncert České lékařské akademie a Národní galerie v Praze** pořádaný pod záštitou prezidenta České republiky Václava Klause, předsedkyně Poslanecké sněmovny České republiky Miroslavy Němcové, předsedy vlády České republiky Petra Nečase a primátora hlavního města Prahy Bohuslava Svobody dne 19. února 2011 v 19,30 hodin v Klášteře sv. Anežky České v Praze.



Představení obrazu ze sbírky NG v Praze:
Pohled uměleckohistorický – PhDr. Olga Kotková
Pohled lékařský – prof. MUDr. Miloš Grim, DrSc., FCMA

Program koncertu

Bohuslav Martinů

– Variace na slovenskou lidovou píseň pro violoncello a klavír

Gustav Mahler – Klavírní kvartet a moll

Franz Schubert – Kvintet A dur „Pstruh“ op. 114, D.667

Účinkují

klavír **Slávka Pěchočová** | housle **Jan Talich** | viola **Petr Verner** | violoncello **Alžběta Vlčková** | kontrabas **Pavel Nejtek**

Po skončení slavnostního koncertu jste srdečně zváni na číši vína.

Vstupenky v hodnotě 1000,- Kč (pro členy US ČR a IA ČR sleva 75%) lze zakoupit u České lékařské akademie, Řehořova 10, 130 00 Praha 3, tel: 608 864 645, e-mail: cla@medical-academy.cz. Kapacita sálu je omezena. Vstupenka na slavnostní koncert zároveň opravňuje držitele k bezplatné prohlídce expozice středověkého umění v Anežském klášteře od 18:00 do 19:30 v den konání koncertu.



Theodoor Rombouts – U zubaře

foto: NG v Praze

Partner ČLA



Partner ČLA



Partner ČLA



Partner ČLA



Dodavatel vína



Česká lékařská akademie ve spolupráci se Sdružením praktických lékařů ČR a Psychiatrickým centrem Praha si Vás dovoluují pozvat na

mezioborový lékařský kongres České lékařské akademie

EMOCE V MEDICÍNĚ II – Emoce v životním cyklu člověka

20. – 22. 10. 2011 | Grandhotel Pupp, Karlovy Vary

Vnímavé porozumění emocím pacienta, svým emocím, ale i emocím kolegů je předností dobrého lékaře. Proto řada známých odborníků z oblasti psychiatrie, neurologie, všeobecného lékařství a dalších souvisejících oborů bude mluvit o tom, jak emoce různých fází životního cyklu člověka - od početí, přes narození, dětství, dospívání a dospělost až ke stáří - souvisejí s jejich oborem, nemocemi a jejich léčbou, i prožíváním lékařů, zdravotníků a pacientů. Kongres Emoce v medicíně volně navazuje na velmi úspěšný a vysoce oceňovaný stejnojmenný kongres, který se uskutečnil v závěru listopadu 2010.

Mimořádná sestava přednášejících: prof. Cyril Höschl, prof. Ján Praško, prof. Richard Rokyta, prof. Pavel Pafko, prof. Evžen Čech, doc. Vilma Marešová a další

Prezident kongresu: Prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc., FRCPsych., FCMA

Předseda Vědeckého výboru kongresu: Prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc., FCMA

Předseda Organizačního výboru kongresu: Prof. MUDr. Ján Praško, CSc.

Sekretář kongresu: MUDr. Hana Kurzová

Atraktivní odborný doprovodný a společenský program.
Ohodnocení učatí na kongresu v rámci systému ČLK vzdělávání lékařů.
Možnost ubytování v Grandhotelu Pupp za zvýhodněné kongresové ceny.

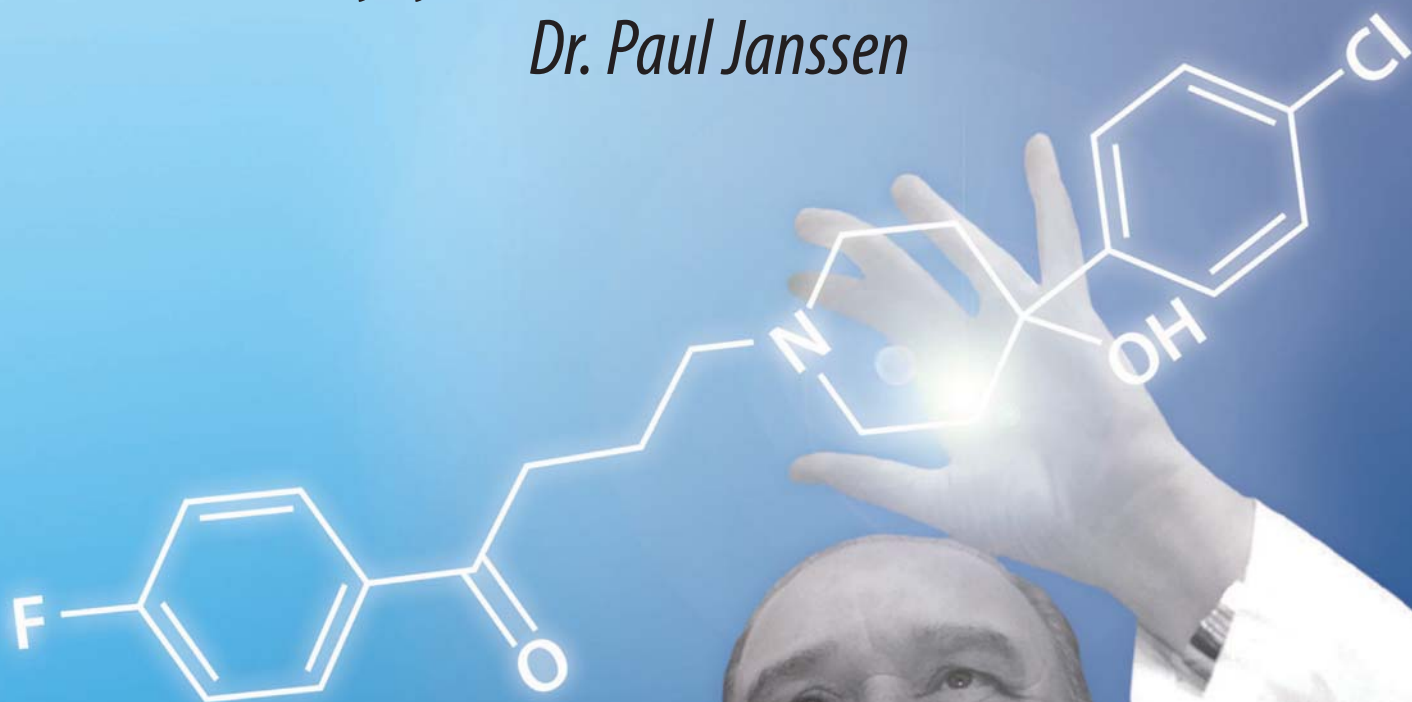
Pořadatel: Česká lékařská akademie o.s., Řehořova 10, 130 00 Praha 3

Telefon: 774 040 774, **e-mail:** kongres@medical-academy.cz

Více informací na naleznete na www.kongresEmoce.cz

Těšíme se na setkání s Vámi na kongresu Emoce v medicíně II!

„Tak mnoho je ještě třeba udělat...“
Dr. Paul Janssen



janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF *Johnson & Johnson*



výzkum



léčba



vzdělání



dostupnost



RICHTER GEDEON

110 let tradice



Kvalitní terapie po generace

od roku 1901



Více než 100...

... let profesionálních zkušeností
z výroby léčivých přípravků,
výzkumu, vývoje a inovací



Více než 100...

... zemí pokrytých tržním zastoupením
nám umožňuje pečovat o pacienty
téměř na celém světě



Více než 100...

... farmaceutických přípravků
nabízejících moderní a přitom
dostupnou léčbu téměř ve všech
terapeutických oblastech

www.richtergedeon.cz

Gedeon Richter Marketing ČR, s.r.o., Na Strži 65, Praha 4, 140 00

tel. recepce: +420 261 141 200, fax: +420 261 141 201, www.richtergedeon.cz, richtergedeon@richtergedeon.cz

Nezávislé a kvalitní vzdělávání pro lékaře a sestry

Medical Liaison

- návštěvy medicínského odborníka poradenství, informace, poznatky



MedInfo

- medinfo_cz@lilly.com či
- 800 112 122 DiaLinka
- zodpovídají odborné diabetologické dotazy

LillyPRO

- <http://www.lillypro.cz>
- webový portál pro lékaře pro využití v každodenní praxi



EUNI dia special

- <http://dia.euni.cz>
- nezávislé elektronické vzdělávání v oboru diabetologie

E-mailing

- pravidelné zasílání elektronického zpravodaje



sanofi aventis

Protože na zdraví záleží.

ZENTIVA

Člen skupiny sanofi-aventis

Partner České lékařské akademie
a partner při léčbě Vašich pacientů.