

Drogová scéna v ČR

MUDr. Jakub Minařík¹, Mgr. Vlastimil Nečas²

¹o. s. SANANIM, 1. LF UK Praha

²Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Úřad vlády ČR, Fakulta sociálních věd UK, Praha

Článek je členěn do čtyř částí. První dvě popisují aktuální situaci na drogové scéně v ČR, konkrétně počty uživatelů a zdravotní důsledky užívání nelegálních drog. Třetí část textu navazuje výkladem o systému péče o drogové uživatele a na závěr prezentujeme dostupné možnosti farmakoterapie a praktické péče o uživatele nelegálních drog. Charakter a rozsah příspěvku neumožňuje detailnější analýzu situace, omezíme se tedy na základní charakteristiky drogové problematiky a hlavní principy péče o uživatele drog.

Klíčová slova: drogová scéna v ČR, uživatelé drog, infekční onemocnění, systém péče, nestátní neziskové organizace, komorbidity, substituční léčba.

Drug scene in the Czech Republic

The following text is divided into four parts. The first two describe the current situation at the drug scene in the Czech Republic, namely the numbers of users and health consequences of illicit drug use. Part three of the text deals with the system of care of drug users, and, in conclusion, the available pharmacotherapeutic options and practical care of illicit drug users are presented. The character and extent of the paper does not allow for a more detailed analysis of the situation; thus, the basic features of the drug issues and the main principles of care of drug users will only be addressed.

Key words: drug scene in the Czech Republic, drug users, infectious disease, health care system, nonstate nonprofit organizations, comorbidities, replacement therapy.

Psychiat. pro Praxi 2010; 11(1): 18–21

Počty uživatelů nelegálních drog v ČR¹

Ke zmapování aktuálního počtu uživatelů drog v ČR jsme využili závěry monotematické Celopopulační studie užívání psychotropních látek v ČR (CS 2008), kterou provedlo Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti Úřadu vlády ČR (NMS) ve spolupráci s agenturou INRES-SONES a Centrem adiktologie. Dotazník byl tvořen souborem otázek Evropského modelového dotazníku (European Model Questionnaire, EMQ) zjišťujících prevalenci a frekvenci užívání nelegálních drog ve třech časových horizon-

tech (celý život, posledních 12 měsíců, posledních 30 dní), dále modulem CAST (Cannabis Abuse Screening Test) zaměřeným na intenzivní konzumaci konopných drog a moduly měřící dostupnost ilegálních drog a zapojení do trhu s konopnými drogami. Samotný výzkum byl realizován v říjnu 2008 na reprezentativním vzorku 4 200 respondentů ve věku 15–64 let s navýšením o 300 osob ve věku 15–29 let. Data byla vážena s ohledem na genderovou, věkovou a regionální strukturu obyvatel ČR.

Z výsledků studie vyplývá, že alespoň jednu zkušenost s užitím některé ze sledovaných nelegálních drog má 37 % populace (45 % mužů a 28 % žen) (tabulka 1). Nejčastěji se jedná o konopné látky (34 %), zkušenost s jinou drogou

uvedlo 17 % populace starší 15 let. Každý desátý Čech zkusil alespoň jednou v životě extázi, lysohlávky (psilocybin) někdy v životě užilo 9 % populace, 6 % vyzkoušelo LSD, 4 % pervitin, 2 % kokain a 1 % heroin. Během posledního roku užilo nelegální drogu 17 % respondentů (15 % konopné látky a 4 % extázi). Konopné látky jsou nejčastější užívanou drogou i v měsíční prevalenci – jejich konzumaci uvedlo 9 % respondentů.

Z časového hlediska je počet problémových² uživatelů nelegálních drog v ČR relativně

1. Prezentovaná data vycházejí primárně z Výroční zprávy ve věcech drog v České republice v roce 2008 (10).

2. Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) definuje problémové užívání drog jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobě či pravidelné užívání opiátů a/nebo drog amfetaminového typu a/nebo kokainu.

Tabulka 1. Prevalence užití návykových látek v populaci od 15 do 64 let v % (5)

Droga*	Celý život (%)			12 měsíců (%)			30 dní (%)		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Jakákoliv nelegální droga	45,0	27,8	36,5	22,2	11,6	17,0	13,5	5,1	9,3
Jakákoliv nelegální droga mimo konopné látky	21,3	11,6	16,5	9,8	4,7	7,3	4,1	1,7	2,9
Konopné látky (marihuana a hašiš)	42,5	26,0	34,3	20,1	10,1	15,2	12,4	4,6	8,5
Extáze	11,9	7,3	9,6	4,8	2,6	3,6	1,5	0,9	1,2
Pervitin (případně amfetamin)	5,7	3,0	4,3	2,3	1,0	1,7	0,9	0,5	0,7
Kokain	2,8	1,2	2,0	1,2	0,3	0,7	0,6	0,1	0,4
Heroin	1,7	0,5	1,1	0,7	0,2	0,4	0,3	0,0	0,1
LSD	7,8	3,4	5,6	2,8	1,4	2,1	0,9	0,6	0,7
Lysohlávky	12,4	5,0	8,7	4,4	1,7	3,1	1,8	0,4	1,1

*Respondenti měli možnost uvést vícero užitých látek, přičemž polyvalentní užívání drog můžeme označit za běžný jev.

Tabulka 2. Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v r. 2002–2008 (6, 7)

Rok	Problémoví uživatelé celkem		Problémoví uživatelé opiátů/opioidů				Problémoví uživatelé pervitinu		Injekční uživatelé	
	Počet	Na 1 000 os. 15–64 let	Uživatelé heroinu	Uživatelé Subutexu®	Celkem	Celkem na 1 000 os. 15–64 let	Počet	Na 1 000 os. 15–64 let	Počet	Na 1 000 os. 15–64 let
2002	35 100	4,89	n.a.	n.a.	13 300	1,85	21 800	3,04	31 700	4,41
2003	29 000	4,02	n.a.	n.a.	10 200	1,41	18 800	2,61	27 800	3,86
2004	30 000	4,14	n.a.	n.a.	9 700	1,34	20 300	2,8	27 000	3,73
2005	31 800	4,37	n.a.	n.a.	11 300	1,55	20 500	2,82	29 800	4,1
2006	30 200	4,13	6 200	4 300	10 500	1,44	19 700	2,69	29 000	3,97
2007	30 900	4,2	5 750	4 250	10 000	1,36	20 900	2,84	29 500	4,01
2008	32 500	4,39	6 400	4 900	11 300	1,52	21 200	2,87	31 200	4,21

stabilizovaný. Podle posledních dostupných údajů je na území ČR přibližně 32,5 tisíc těchto osob, z toho je cca 21,2 tisíc uživatelů pervitinu a cca 11,3 tisíc uživatelů opiátů/opioidů. Počet injekčních uživatelů drog je odhadován na 31,2 tisíc, jedná se tedy o většinu uživatelů opiátů i pervitinu. Jak je patrné z tabulky 2, ve srovnání s předchozími sledovanými obdobími se v r. 2008 mírně zvýšil počet problémových uživatelů všech typů drog. Pokud se zaměříme na geografické rozložení, je zřejmé, že nejvyšší počet problémových uživatelů je v hl. m. Praze (11,5 tisíc) a Ústeckém kraji (4,2 tisíc). V těchto krajích je současně nejvyšší odhadovaný počet problémových uživatelů opiátů.

Zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

V r. 2008 přetrvávala relativně příznivá situace ve výskytu infekcí mezi (injekčními) uživateli drog – promořenost HIV je stále hluboko pod 1 %, prevalence virové hepatitidy typu C mezi klienty vyšetřeny v nízkoprahových programech byla přibližně 12 %. Co se týče nákazy HIV, v roce 2008 bylo nově identifikováno 13 HIV pozitivních osob, u kterých mohlo dojít k nákaze injekčním užíváním drog, což je méně než v r. 2007. Informace o testování infekcí a výsledcích těchto testů sleduje i registr žádostí o léčbu uživatelů drog Hygienické stanice (1, 2). Jedná se o informace od samotných klientů. Ačkoliv je vypovídací hodnota těchto dat omezená, indikují stabilní výskyt infekcí mezi uživateli drog. Co se týče prevalence VHC, je zhruba o polovinu vyšší než z monitorování klientů v nízkoprahových programech, i když závislost na sledovaných charakteristikách je obdobná. Dalším indikátorem zdravotních důsledků užívání drog je počet případů předávkování a počet hospitalizací z důvodu nefatálních intoxikací. Dlouhodobě je patrný nárůst počtu

hospitalizací spojených s užíváním pervitinu, naopak patrný je pokles případů v souvislosti s heroinem. Počet předávkování hlavními skupinami pouličních drog (těkavé látky, opiáty/opioidy a amfetaminy) tradičně se podílejících na předávkováních zůstal i v r. 2008 velmi nízký; celkem bylo hlášeno 44 případů (15 případů smrtelných předávkování opiáty, 19 pervitinem a 10 těkavými látkami), což je o 4 více než v r. 2007; u opiátů došlo k nepatrnému a u pervitinu k výraznějšímu nárůstu. Dlouhodoběji sestupný trend případů předávkování opiáty/opioidy lze

interpretovat zvyšujícím se počtem uživatelů buprenorfinu – viz dále.

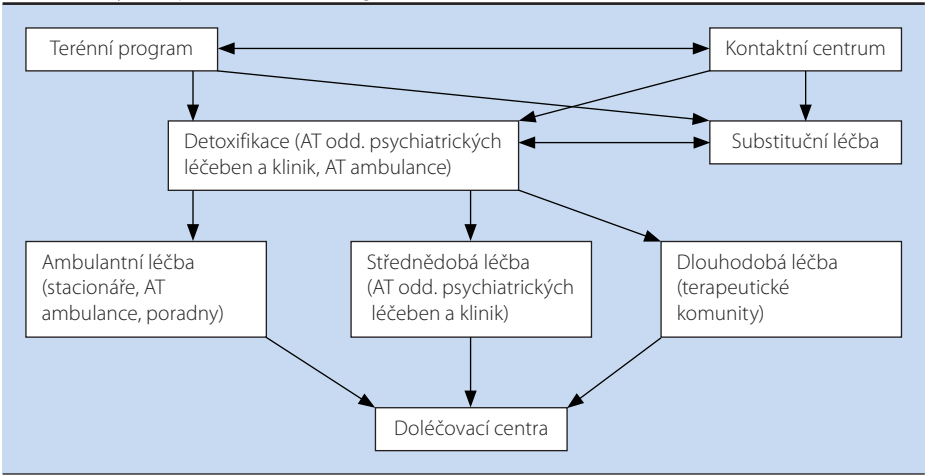
Systém péče o uživatele nelegálních drog

V ČR funguje síť státních a nestátních zařízení, která se zabývají péčí o drogově závislé. Klient může vstoupit do systému péče (schéma 1) na kterékoliv úrovni, vstupní místo závisí na jeho klinickém stavu a míře motivace ke změně. Zkušenosti z praxe nás nutí zdůraznit, že nejdelší abstinencně orientovaná léčba nemusí

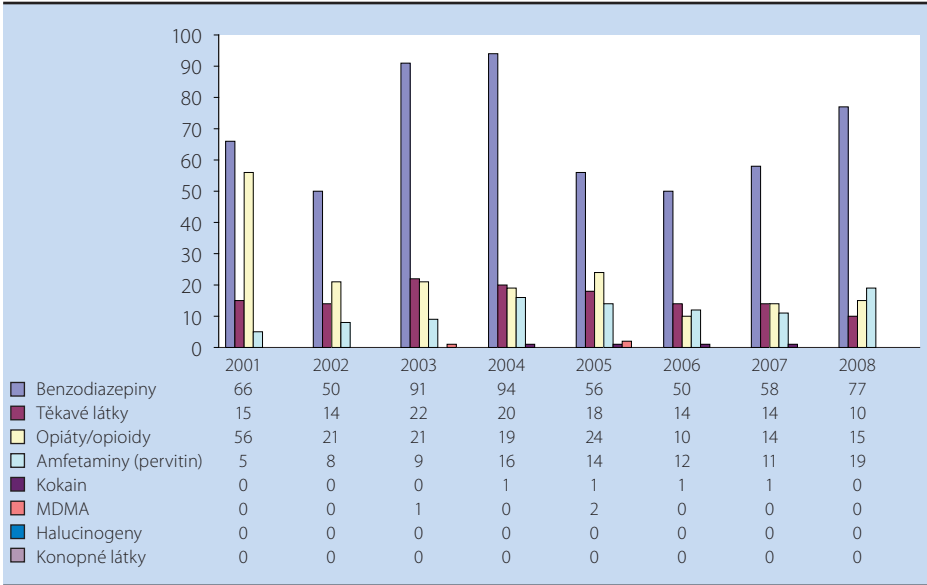
Tabulka 3. Výsledky testování žadatelů o léčbu na HIV, VHA, VHB a VHC dle jejich vlastních výpovědí v r. 2003–2008 (2)

Infekce		2003	2004	2005	2006	2007	2008
HIV	Celkem testováno	2 471	2 483	2 253	2 196	1 905	2 332
	Pozitivní v %	0,8	0,4	0,2	0,5	0,3	0,6
VHA	Celkem testováno	2 132	2 059	1 931	1 997	1 774	2 271
	Pozitivní v %	7,1	5,5	4,5	3,3	3,3	8,4
VHB	Celkem testováno	2 504	2 581	2 332	2 290	2 004	2 463
	Pozitivní v %	11,2	9,9	10,1	10,0	8,4	8,9
VHC	Celkem testováno	2 884	2 913	2 577	2 497	2 168	2 636
	Pozitivní v %	31,5	33,6	35,0	32,6	31,0	32,0

Schéma 1. Systém péče o uživatele drog



Graf 1. Smrtelná předávkování vybranými drogami v r. 2001–2008 (8)



být nejlepší volba, to stejné platí pro okamžitý nástup. Vždy je nezbytné zvážit všechny faktory – délku drogové kariéry, komorbidní duševní onemocnění, somatický stav, sociální zázemí, schopnost zapojit se do pracovního procesu, ... a pak teprve párovat klienta s typem léčby a konkrétním zařízením. Pro úspěch je nezbytné přizvat k rozhodování o léčbě a jejím typu klienta samotného.

Nestátní nezisková zařízení tvoří páteř ambulantního systému péče, počet AT ambulancí je relativně nízký. Rezidenční péče zahrnuje detoxifikační jednotky, psychiatrické léčebny a terapeutické komunity. Dostupnost různých částí systému se liší dle lokality. V posledních letech většina nestátních neziskových zařízení prošla certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog³ a jsou uvedena v seznamu certifikovaných zařízení⁴. K zařízením nestátního neziskového sektoru, která certifikát nemají, doporučujeme přistupovat s obezřetností. Kontakty na zařízení jsou dostupné z veřejných zdrojů⁵.

■ První úrovní jsou služby pro aktivní uživatele drog, kteří nejsou motivováni ke změně. Hlavním úkolem takových zařízení je minimalizace poškození spojených s užíváním drog (Harm Reduction), přičemž význam spočívá nejen v ochraně zdraví uživatelů

drog, ale v důsledku i celé společnosti (3). Programy pro snižování rizik zahrnují terénní programy a nízkoprahová zařízení (kontaktní centra). Obvykle nabízejí anonymní kontakt, možnost výměny injekčního náčiní, drobná ošetření, screeningové testování na infekční onemocnění, předléčebné poradenství. Lékař nebývá členem týmu, pokud ano, často pouze v omezené míře.

- Ambulantní služby – AT ordinace, denní stacionáře, poradny pro závislé a substituční centra. Jen některá zařízení jsou lékařská, nestátní nezisková zařízení lékaře v kme-novém týmu obvykle nemají, nabízejí po-radenství a ambulantní psychoterapii, jsou schopny zajistit psychosociální složku péče o klienta. Některá zařízení nabízejí kom-plexní služby – ambulantní psychoterapii, sociální poradenství, chráněná pracovní místa a napojení na síť spolupracujících zaměstnavatelů.
- Další úrovní jsou rezidenční služby – ústavní detoxifikace, oddělení pro léčbu závislosti při psychiatrických klinikách a léčebnách a terapeutické komunity pro léčbu závis-lostí. Léčba v terapeutických komunitách je dlouhodobá, obvykle trvá od šesti do dvanácti i více měsíců, vhodná je pro osoby s dlouhodobější drogovou kariérou. Terapeutické komunity obvykle nemají statut zdravotnických zařízení, mívají spo-lupracujícího lékaře, který do komunity dojíždí.
- Na pomyslném vrcholu systému péče jsou doléčovací centra, někdy s chráněným by-dlením a chráněnými pracovními místy. Účast v jejich programu obvykle vyžaduje

plnou abstinenci, úspěšně absolvovanou odvykácí léčbu, nebo dlouhou dobu absti-nence bez léčby. Cílem je pomoci klientovi po léčbě s reintegrací do běžného života. Lékař v týmu zařízení následné péče bývá spíše výjimkou.

Personál nestátních neziskových zařízení je obvykle kvalifikovaný – zdravotní sestry, so-ciální pracovníce, speciální pedagogové, nově adiktologové (absolventi bakalářského oboru adiktologie na 1. LF UK v Praze) a další profese. Obvyklé je psychologické vzdělání.

Spolupráci s lékařem uvítá většina zaří-zení systému péče a také je schopna při péči účinně kooperovat; zajistit doprovod klienta na vyšetření, někdy dohlédnout na užívání léků, podat zprávu o tom, jak klient na léčbu reagu-je a mohou pomoci i radou v obtížné situaci. Podmínkou spolupráce bývá alespoň ústní do-hoda s lékařem o rozsahu péče a míře vzájemné-ho informování. Je lépe napřed zavolat, případně se sejít a dohodnout na konkrétním případě. Obvyklý je trojstranný kontrakt (lékař, zařízení, klient). Kontrakt zvyšuje tlak na klientovu com-pliance a zlepšuje prognózu případu.

Některé léčebné modalit existují i ve věže-ní. Specializované programy mají buď charakter odvykácí léčby, existuje i možnost substituční léčby (metadon i buprenorfin).

Dostupné léčebné preparáty, praktická péče o uživatele drog

Problémový uživatel drog má obvykle se zdravotními službami bohaté zkušenosti. Obtíže umí vylicít tak, aby dosáhl výsledku, který sám očekává, tedy předpis těch správných léků (nejčastěji opioidní analgetika, benzodiazepiny, substituční preparáty). Lékař po několika návště-

Tabulka 4. Přehled certifikovaných programů podle typů k 30. 6. 2009 (9)

Typ služby	Počet programů
Detoxifikace	4
Terénní programy	58
Kontaktní a poradenské služby	59
Ambulantní léčba	16
Stacionární programy	1
Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba	3
Rezidenční péče v terapeutických komunitách	12
Ambulantní doléčovací programy	17
Substituční léčba	7
Celkem	177

3. Certifikát vydává Rada vlády pro koordinaci protidrogo-vé politiky.
4. <http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vla-dy/protidrogo-vapolitika/sit-sluzeb/seznam-programu-dr-zitelu-certifikatu-odborne-zpusobilosti-sluzeb-pro-uziva-tele-drog-15457/>.
5. <http://www.drogy.net/databaze-kontaktu/nebo> <http://www.drogy-info.cz/index.php/map/>.

vách zjistí, že nad situací ztrácí kontrolu. Klient nakonec z jeho péče vypadne a navštíví jiného lékaře a situace se opakuje. Z naší zkušenosti se jeví jako nejefektivnější následující postup. Před začátkem farmakoterapie doporučujeme zajistit si spolupráci s některým z výše uvedených typů zařízení. Ve většině případů zařízení spolupráci vítají a výsledkem je efektivní a kontrolovaná léčba drogového klienta.

Soubor farmak pro léčbu závislostí není v ČR zvláště rozsáhlý. Speciální léky zahrnují několik málo preparátů a úhrada zdravotními pojišťovnami je výjimkou. Některé preparáty jsou registrované, prakticky však obtížně dostupné. Ve výzbroji máme substituční látky buprenorfin (častěji ve formě Subutex®, méně často Suboxone®), metadon (zatím ve specializovaných centrech). Výjimečně je používán metylfenidát jako substituce při závislosti na psychostimulancích. Zbytek tvoří běžná farmaka, některá mají specifický efekt při léčbě závislých (anticravingový efekt fluoxetinu u závislosti na psychostimulancích amfetaminového typu).

Léčebný postup vyžaduje důslednost a trpělivost a je nutné počítat s dlouhou dobou, než se klienta podaří stabilizovat; plná abstinence je často ještě vzdálenější časový horizont. Za důležité považujeme kladení si realistických cílů v léčebném procesu. V určitých případech není možné dosáhnout u klienta plné abstinence, ale je zřejmé, že prosperuje v substitučním programu. Z našich zkušeností vyplývá, že takový klient se často vrací zpět do péče a je zde značná pravděpodobnost opakování pokusu o léčbu.

Doporučujeme zpočátku plánovat kontroly v kratších intervalech. Pokud se jedná o léky s vysokým potenciálem zneužití, klient je obvykle schopen s nimi rozumně hospodařit v horizontu týdne, v delších intervalech až když je stabilizovaný.

Za rizikový a často podceňovaný faktor je považován alkohol, který velmi často funguje jako spouštěč užívání jiných látek, u závislosti na látkách tlumivého charakteru je záměna primární drogy za alkohol častá. Konopné drogy se naopak jeví jako méně rizikové, než by se mohlo zdát.

Za problematickou považujeme medikaci benzodiazepiny a hypnotiky. Pokud je jejich preskripce nezbytná, doporučujeme krátkodobé použití a pečlivou kontrolu předepisovaného množství.

K substituční léčbě při závislosti na opioidech jsou v ČR registrované HVLP přípravky

Suboxone® a Subutex® obsahující účinnou látku buprenorfin. Jedná se o parciálního opioidního agonistu, látka má dobrý bezpečnostní profil. Doporučujeme jej předepisovat spíše ve formě Suboxone®, v něm obsažený naloxon omezuje možnost injekční aplikace substituční látky. V naší ambulanci jsme před zavedením Suboxone® měli více než 90 procent klientů, kteří preparát aplikovali injekčně. Zavedení Suboxone® mělo i další pozitivní dopady. Zvýšil se podíl klientů, kteří jsou plně sociálně integrováni z 28 % na 55 %, došlo ke zklidnění substitučního programu, prakticky zmizely vážné komplikace spojené s injekční aplikací a stížnosti na naše klienty z okolních ambulancí. Subutex® předepisujeme jen v graviditě. Klienty, kteří přechod na ze Subutexu na Suboxone nezvládnou, doporučujeme převést do specializovaného centra. Substituční léčbu je velmi vhodné doprovodit ještě psychosociální složkou, jež zlepšuje prognózu klienta. Problém je s další psychiatrickou péčí, například stacionář pro léčbu neurotických poruch klienta v substituci pravděpodobně nepřijme, stejně tak nebude přijat do odvykácí léčby kvůli závislosti na jiné psychotropní látce (výjimku tvoří ústavní detoxifikace). Metadon jako substituční látka je zatím dostupný jen ve specializovaných centrech, v letošním roce HVLP metadon uvede na trh Zentiva ve formě sirupu. Metadon je plný opioidní agonista a ve srovnání s buprenorfinem je léčba spojená s vyšším rizikem fatálního předávkování. Doporučujeme zvážit, zda nasazení a titraci dávky nenechat na specializovaném centru. U obou substitučních látek považujeme za nezbytné minimalizovat vícečetnou preskripci a unik látky na černý trh ověřením, zda klient není již léčen jinde v Národním registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRULISL)⁶. Hlášení do NRULISL je ze zákona povinné, opomenutí s sebou nese i riziko sankcí. Všem, kteří provádějí nebo se chystají provádět substituční léčbu, doporučujeme prostudovat standard substituční léčby v aktuálním znění⁷.

V závěru se krátce zmíníme o pokusech o substituční léčbu závislosti na psychostimulancích. V ČR zatím není oficiálně registrován tento typ substituce. Existují informace o používání metylfenidátu (4), látka však není pro tuto indikaci v ČR schválena. Naše zkušenosti hovoří o tom, že jistého zlepšení lze dosáhnout

v případech, kdy je klient sociálně integrován, významně motivovaný ke změně a pro užití léčby je ještě jiný důvod, např. porucha pozornosti v anamnéze (ADHD). Za maximální dávku považujeme 60 mg pro die, vyšší s sebou nesou riziko psychotických obtíží.

V léčbě komorbidních duševních onemocnění u uživatelů drog se nám osvědčilo nasadit farmakoterapii i tam, kde jsou příznaky jiného duševního onemocnění na hranici klinické diagnózy, a zvláště pokud jsou spojeny s bažením po droze (tzv. cravingem). Nejčastěji používáme antidepresiva ze skupiny SSRI, při poruchách spánku trazodon, psychotické stavy toxické etiologie včetně reziduálních dobře reagují na risperidon (obvykle postačují dávky 1–2 mg pro die).

Literatura

1. Studničková B, Petrášová B. Výroční zpráva ČR 2008. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, Centrální pracoviště drogové epidemiologie 2009.
2. Studničková B. Výsledky testů na HIV, VHA, VHB a VHC a výskyt rizikového chování u žadatelů o léčbu. 2009. Notes: Nepublikováno.
3. Světová zdravotnická organizace. Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkaček při snižování rizika nákazy HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog: Odborné podklady pro činnost. 1. v českém jazyce vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2004: 83.
4. Hampl K. Substituční léčba závislosti na pervitinu. Čes. a slov. Psychiat 2004; 100(5): 274–278.
5. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2009): Programy testování na alkohol a jiné drogy na základních a středních školách v ČR v r. 2008: předběžné výsledky. Notes: Nepublikováno.
6. Mravčík V, Chomynová P, Orliková B, et al. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007. Praha: Úřad vlády ČR/Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti 2008.
7. Mravčík V, Chomynová P, Orliková B. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006. Praha: Úřad vlády České republiky 2007.
8. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP (2009). Speciální registr úmrtí spojených s užíváním drog v r. 2008. Notes: Nepublikováno.
9. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2009a) Certifikované služby pro uživatele návykových látek – stav k 30. 6. 2009. Notes: Nepublikováno.
10. Mravčík V, Pešek R, Škařupová K, et al. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008. Praha: Úřad vlády České republiky 2009.
11. Věstník MZČR, ročník 2008, částka 3.

Internetové zdroje

1. <http://www.vlada.cz> (1. 10. 2009)
2. <http://www.drogy.net> (1. 10. 2009)
3. <http://www.drogy-info.cz> (1. 10. 2009)
4. <http://snzr.uzis.cz/> (1. 10. 2009)

MUDr. Jakub Minařík

CADAS SANAMIN

Spálená 12, 110 00 Praha 1

minarik@sanamin.cz

6. Odkaz na registry ÚZIS: <http://snzr.uzis.cz/>

7. In: Věstník MZČR, ročník 2008, částka 3.