

FACULTAS NOSTRA

ZPRAVODAJ LÉKAŘSKÉ FAKULTY UNIVERZITY KARLOVY V PLZNI

VÝZNAMNÉ JUBILEUM UNIVERZITY KARLOVY: 600 LET DEKRETU KUTNOHORSKÉHO

Velmi brzy po založení pražské univerzity císařem Karlem IV. v r. 1348 (viz *Facultas nostra* č. 63/2008) se začíná uplatňovat pravidlo, podle něhož na pražském učení měli oprávnění přednášet zahraniční scholáři, pokud dosáhli požadovaný stupeň vzdělání. Pražská univerzita rychle vzkvétala a podle kronikáře Beneše z Weitmile do Prahy „přicházeli studenti z Anglie, Francie, Lombardie, Uher, Polska a okolních zemí, synové šlechticů a knížat, preláti z rozličných částí světa, a Praha tím proslula a nabyla váženosti v cizině“.

Počet studentů ze Saska činil jednu třetinu, Poláků a Bavorů bylo po jedné čtvrtině, a tak podle statut byla pražská univerzita rozdělena ve čtyři „národy“: český, bavorský, polský a saský. Po založení univerzity v Krakově (v r. 1364) však mnoho Poláků si ke studiu zvolilo tamní univerzitu a i v polském „národě“ na pražské univerzitě nabývali převahy studenti německé národnosti. Tim se nejednou stávalo, že při hlasování o důležitých otázkách měli na pražské univerzitě zástupci německých studentů tři hlasy proti jednomu českému.

Za vlády Karlova nástupce krále Václava IV. se tak univerzitní půda stala dějištěm prudkých sporů mezi Čechy a Němci. Spory o obsazování kolejí a o slo-

žení univerzitní rady rozhodl pražský arcibiskup Zbyněk jakožto univerzitní kancléř s rozhodujícími pravomocemi ve prospěch české strany. K národnostním třenicím přibývaly v období papežského schizmatu navíc rozpory náboženské, někteří cizí mistři se dokonce postavili proti stanovisku samotného krále. To už bylo moc i na Václava IV., a tak na naléhání českých mistrů vydal 18. ledna 1409 za svého pobytu v Kutné Hoře dekret, dodnes nazývaný podle místa podpisu, jímž na pražské univerzitě byly přiznány českému národu tři hlasy proti jednomu hlasu národů německých.

Překlad z původního latinského textu by zněl asi takto: „Václav z Boží milosti král římský, vždy rozmnožitel říše, a král



Václav IV.

český. Ctní, oddaní, milovaní! Ačkoliv jsme povinni pečovatí povšechně o blaho všech lidí, přece jen nesmíme býti všem přízniví natolik starostlivě, aby toto blaho bylo snad k újmě a ztrátě těch, k nimž jsme pro místní, časovou nebo jinou příležitost pevně vázáni osudem. Neboť byt i každý člověk byl povinen milovati každého člověka, jest přece jen zapotřebí, aby toto milování vycházelo z lásky zřízení; pročež dávati v lásce přednost cizinci před domorodcem jest rádné lásky zvrácení, jelikož pravá láska začíná vždy od sebe samého a teprve potom se přenáší na druhé podle měřítka blízkosti.

Poněvadž tedy národ německý, který vůbec nemá obyvatelského práva v království Českém, si ve všech záležitostech, o nichž se jedná na univerzitě pražské, osvojil tři hlasy k užívání, jak nás o tom došla hodnověrná zpráva, a poněvadž národ český, pravý to dědic tohoto království, má toliko jediný hlas a ho užívá: tu my, považující za nespravedlivé a velmi neslušné, aby prospěchu obyvatel, jimž přísluší pravá poslušnost, užívali v přehojné míře cizinci a lidé přespolní a aby se pak obyvatelé cítili utiskovanými újmou nedostatku: proto vám mocí tohoto listu nařizujeme nezvratně a přesně, chtějíc to tak naskrze míti, abyste ihned po obdržení tohoto listu bez jakéhokoli odporu a zdráhání připustili národ český vším způsobem ke třem hlasům při všech poradách, soudech, zkouškách, volbách a kterýchkoliv jiných aktech a dispozicích této univerzity po způsobu zřízení, jaké má francouzský národ na univerzitě pařížské a ostatní národy v Lombardii a Itálii, a abyste český národ na věčné časy nechali v pokojném užívání této hlasovací výsady a nehodlali snad činiti něco jiného, chcete-li se těsně vyhnouti naší nevoli.

Dáno na Horách Kutných dne 18. ledna, v čtyřicátém šestém roce našeho králování v Čechách, v třicátém třetím roce našeho králování v říši římské.

Ctněmu, oddanému a milovanému rektoru a celé univerzitě pražské.“
Po tomto z dnešního pohledu možná poněkud xenofobního rozhodnutí krále Václava IV. značná část profesorů a posluchačů (odhadovalo se až dvacet tisíc osob) opustila Prahu a našla uplatnění v řadě již dříve ustavených univerzit ve Vídni (1365), Heidelbergu (1386), Kolíně nad Rýnem (1388) a v Erfurtu (1392). K nim přibývala záhy po vydání dekretu též nově založená univerzita v Lipsku (1409). (jn)

(Podle Kop.J.: Založení Univerzity Karlovy v Praze. Atlas, Praha 1945)

JAN PALACH NEBYL JEDINOU DOBROVOLNOU OBĚTÍ

Uplýnulo 40 let od události, která tehdy, 16. ledna 1969, vzrušila celý národ a vyvolala významný ohlas i v zahraničí. Tehdy student Filozofické fakulty Univerzity Karlovy Jan Palach se v Praze na Václavském náměstí poblíž sochy sv. Václava polil hořlavinou, zapálil na sobě oděv a přivodil si těžké popáleniny, na jejichž následky 19.1. na Klinice popálenin v Legerově ulici skončil. Dnešní mladé generaci možná pohnutky které Jana Palacha k takovému sebeobětování dovedly, se mohou zdát malicherné a jeho oběť zbytečná. Připomeňme, že se jednalo o období několika měsíců poté, co díky násilnému zásahu vojsk států Varšavské smlouvy došlo prakticky k ukončení pokusu o demokratizaci tehdejšího socialistického zřízení, pokusu, označovaného podle jeho počátku jako „Pražské jaro“. V plném proudu již byla normalizace, jinými slovy návrat ke starým pořádkům bezvýhradného respektování vedoucí úlohy Komunistické strany a pokynů, diktovaných velmocenskou strategií Sovětského svazu.

Jan Palach se rozhodl dát najevo, že se s touto logikou pookupačního vývoje nehodlá smířit. Jak vyplývalo z písemných zpráv a výpovědí svědků, Jan Palach chtěl vyburcovat národ z určité pasivity vůči vládnoucí moci. Uvažoval o obsazení rozhlasu studenty, požadoval zrušení nově zavedené tuhé cenzury, zákaz šíření nelegální okupační tiskoviny „Zprávy“ a odvolání některých tehdy již plně kolaborujících politických představitelů.

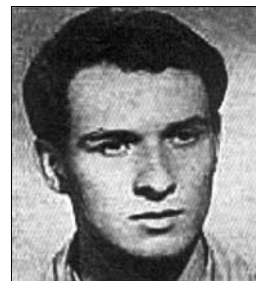
Po jeho manifestačním sebeupálení a skonu následoval Palachův týden, kdy až do 25.1. drželi u sochy sv. Václava mladí lidé protestní hladovku za

splnění jeho požadavků. Mezi nimi byl i příští „pochodeň“ Jan Zajíc. Shromáždění občanů však byla každý den bezpečnostními silami s použitím obušků, slzného plynu a vodních děl rozeznána.

Den po úmrtí Jana Palacha se na Václavském náměstí shromáždil opět velký počet občanů, kteří se poté vydali na průvod, jaký Praha dlouho nepamatovala. V čele nesli studenti nápis „Věrní zůstaneme“. V aule Filozofické fakulty se hodiny zastavily na čase, kdy Jan Palach zemřel (15.30). K zaplněnému náměstí před fakultou poté promluvil představitel fakulty, studentů, zástupci dělníků i politici. 25. 1. byla rakev s ostatky Jana Palacha vystavena v Karolinu jako akt poslední pocty.

U rakev se střídali akademičtí funkcionáři, umělci, studenti a někteří politikové. Jan Palach byl pohřben na Olšanských hřbitovech.

Čin Jana Palacha nezůstal ojedinelý. Ještě v průběhu Palachova týdne, v den jeho pohřbu se upálil Josef Hlavatý, o dva dny později Miroslav Málinka, 25. 2. osmnáctiletý šumperský student Jan Zajíc, 4. 4. na náměstí v Jihlavě Evžen Plocek. Až na několikařádkovou zmínku v černé kronice Rudého práva však cenzura širší medializaci jejich činů a hlavně pohnutek nepovolila. S Janem Palachem se však nikdo



Jan Palach



Jan Zajíc

z dalších obětí neznal, nebyli tedy členy žádné organizované skupiny.

Podle vyjádření biskupa Tomáše Halíka v rozhovoru pro Český rozhlas Jan Palach „protestoval především proti tomu, že společnost začala bez většího odporu dělat mravní kompromisy. Sice v dané situaci nemohl změnit chod dějin, mohl však změnit postoje těch, kteří s jeho stanovisky souhlasili. Nakonec přece jen jeho čin ke změnám přinejmenším přispěl. Dvacáté výročí jeho činu v r. 1989 zasel semeno vzdoru v tehdejší mladé generaci, vedoucí v listopadu téhož roku ke konečné změně politických poměrů v naší zemi“.

O atmosféře doby svědčí skutečnost, že politické vedení státu z obavy, aby se Palachův hrob na Olšanských hřbitovech nestal jakýmsi poutním místem odpůrců režimu donutila Palachovu rodinu ostatky exhumovat a poté přenést do urnového háje v rodných Všetatech. Dcera bratra Jana Palacha Jiřího nesměla po téměř dvaceti letech v lednu 1988 položit svoji svaatební kytici na hrob svého strýce. Prostor byl obklopen příslušníky státní bezpečnosti.

Ta doba už je na štěstí definitivně za námi. Neměli bychom však zapomenout oběti, které si cesta k dnešní demokracii vyžádala. V Karolinu lze do 14. 2. shlédnout výstavu „Jan Palach 69“.

(jr)



MEZINÁRODNÍ KONFERENCE LÉKAŘSKÉ KOMISE UIAA A 19. PELIKÁNŮV SEMINÁŘ, NOVÉ MĚSTO NAD METUJÍ, 4. - 5. 10. 2008

Mimořádně početnou zahraniční účast měla loňská konference Mezinárodní unie alpinistických svazů (Union Internationale des Associations d'Alpinisme-UIAA) v Novém Městě nad Metují, kterou v rámci 19. Pelikánova semináře „Aktuální problémy horské medicíny“ uspořádala Česká společnost horské medicíny. Účast zahraničních odborníků svědčila o tom, že ve světě mají mimořádně dobrý zvuk nejen výkony českých horolezců a horolezeckých expedic, ale i odborníci v této oblasti medicíny.

Ze tří desítek přednesených sdělení uvádíme několik zajímavostí. **D. Jeanová** (Grenoble-Francie) v příspěvku „Children going to mountains“ upozornila na specifická rizika dětského věku: poškození vývoje mozku při déletrvajícím pobytu ve vyšší výšce, obtížnější diagnostika akutní horské nemoci, zvýšené riziko výškového edému plic (HAPE) zejména při současné respirační infekci, vyšší riziko hypotermie ve srovnání s dospělými, riziko omrzlin dolních končetin u malých dětí, nesených v poloze sedě na zádech dospělého a další. Táž autorka ve sdělení „Women going to High Altitude“ upozornila na poruchy menstruačního cyklu a někdy zhoršenou aklimatizaci v případě latentního nedostatku železa. Doporučuje před odjezdem na expedici zkontrolovat hladinu ferritinu. Upozornila na rizika hrozící plodu při déletrvajícím pobytu ve vyšších výškách. Některá farmaka, užívaná při hrozící HAPE, jsou u těhotných kontraindikována.

K. Lechner (Aachen-Německo) přednesl výsledky srovnání zdravotních potíží u individuálních trekařů a trekařů pohybujiících se ve vysokohorském prostředí v rámci organizovaných výprav. U účastníků organizovaných výprav je výskyt zdravotních potíží výrazně vyšší, jednou z příčin je příliš rychlý postup do vysokohorí („Risk Management at Trekking“)

T. Küpper (Bad Aibling-Německo) se zabýval problematikou užívání léčiv ve vysokohorí („Climbing pharmacies? Some Personal Notes on Drugs and Doping in Mountaineering“). Na základě vlastních průzkumů i literárních údajů upozorňuje na všeobecně rozšířené užívání řady léčiv, jako je diamox, dexamethazon, v nedávné minulosti též amfetaminy. Některé trekingové organizace dokonce doporučují užívání vybraných preparátů profylakticky. Autor se přimlouvá za dodržování antidopingových směrnic.

I u velmi dobře organizované záchranné služby, jako je tomu v Zermattu ve Švýcarsku, trvá nejméně třicet minut, než záchránci dorazí k postiženému. Po tuto dobu je postižený zcela odkázan na první pomoc svých přátel. Jak ukázaly dřívější průzkumy i současná studie **C. Scharfenberga** (Aachen-Německo), hodnotící znalosti 520 trekařů v oblasti Annapurny v Nepálu, jejich znalosti jsou často zcela nedostatečné. („First Aid Knowledge of Trekkers“).

Ve svém dalším sdělení **T. Küpper** (Bad Aibling-Německo) upozornil na problém dostatečné trénovanosti záchranářů v horském terénu. Samotná technika kardiopulmonální resuscitace v horském terénu mimořádnou zátěž nepředstavuje - tepová frekvence při obvyklé technice byla u sledovaných záchranářů v nížině v průměru 110/min, ve výšce okolo 4500m n.m. 130/min. Daleko náročnější však jsou záchranné činnosti, jako trans-

port zraněného, vyprošťování z rozsedin a propastí a další, vyžadující maximální úsilí záchranářů. Ti se musí vyznačovat vysokou kardiopulmonální kapacitou, které mohou dosáhnout jen pravidelným celoročním tréninkem vytrvalostního charakteru („Who is fit for Rescue Operation at Altitude?“).

K. Goebelsová (Bad Reichenhall - Německo) uvedla kasuistiku obtížného diferenciálně diagnostického případu při výstupu na Mt. Kilimandžaro. U 58letého muže se při výstupu objevila dyspnea a suchý kašel, které byly zprvu pokládány za známky HAPE. Muž však od dětství trpěl astmatickými potížemi, tedy i ty mohly přicházet v úvahu. Navíc se po sestupu ukázalo, že u postiženého propukla infekce pertuse, která mohla ohrozit zdraví i ostatních členů výpravy. Autorka se přimlouvá za to, aby při delším než dvanáctiletém intervalu od očkování proti pertusi bylo v případě náročné cesty do vysokohorí provedeno přeočkování („Cough and Dyspnea of an Asthmatic Patient at Mt. Kilimanjaro“).

V traumatologické části konference zaujala přednáška **F. Hebelky** (Příbram) na téma „Diagnostika a terapeutické postupy při poraněních šlachových putek u sportovních lezců“. Autor upozornil na to, že při pozdně diagnostikovaném nebo neřešeném poranění může dojít k trvalým následkům, jako je omezení hybnosti, flekční kontraktury interfalangeálních kloubů, oslabení svalové síly a chronická bolestivost.

S. Omori a H. Tunoda (Tokyo - Japonsko) studovali úrazovost u 182 soutěžních lezců žákovského a juniorského věku na umělých stěnách. Na prstech ruky byly u 78 % vyšetřených zjištěny abnormality, jako přerušení růstu do délky střední falangy, zvýšený příčný rozměr proximální diafýzy střední falangy a další. V prevenci postižení prstů ruky doporučují alespoň dvacetiminutovou chladovou terapii ledem po každé náročnější tréninkové jednotce („Survey of Sports Injuries to Competitive Climbers and Prevention“).

U. Schwarz (Obersdorf - Německo) vyhodnotil rizikovost lezení po ledu („Injury-risk Evaluation in Water Ice Climbing“). Přestože 88 lezců udalo za poslední tři roky činnosti 95 úrazů, jednalo se většinou o poranění lehčího rázu. V 61% případů byl zraněn prvolezec, ve 24% další lezec. Incidence úrazů byla srovnatelná s incidencí úrazů lezců na umělých stěnách a byla výrazně nižší než u řady jiných sportovních aktivit. Lezení po ledu není tak rizikové, jak je někdy uváděno.

S případem **závažné arytmie při preventivní lékařské prohlídce** před odjezdem do vysokohorí seznámil přítomně **I. Hermann** (Ústí n. Orlicí). Přestože echokardiografický nález byl normální, v klidu byla přítomna síňokomorová blokáda, při zátěžovém testu byla zachycena supraventrikulární tachykardie 250/min, byly přítomny komorové extrasystoly. V arytmiologické poradně byl nasazen betablokátor a implantován kardiostimulátor.

Součástí konference byly i workshopy s praktickým nácvikem resuscitace a poskytování první pomoci v terénu, ukázka expediční lékárníčky podle britských zkušeností, problematika dezinfekce vody na expedicích a další.

(I. Rotman a jr)

XV. NÁRODNÍ KONGRES ČSARIM, BRNO, 15. - 18. 10. 2008

Ve dnech 15. - 18. 10. 2008 se v pavilonu E brněnského Výstaviště konal XV. Národní kongres České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (ČSARIM). Pořádajícími subjekty byly ČSARIM, ARK FN u sv. Anny v Brně, KARIM FN Brno, LF MU Brno a NCO NZO Brno. Kongres byl uspořádán pod záštitou ministra zdravotnictví MUDr. Tomáše Julínka, MBA, a hejtmana Jihomoravského kraje ing. Stanislava Juránka.

Na kongresu se zaregistrovalo 856 osob - 493 lékařů a 363 sester. Mimo to se přednášek účastnili studenti LF MU v Brně, kteří měli volný přístup. Na kongresu participovalo 67 firem. Přednášky probíhaly paralelně ve 4 sekcích. Kongres nabídl celkem 140 lékařských a 35 sesterských sdělení. Mezi nimi zaznělo 60 vyzvaných přednášek, mezi přednášejícími bylo 12

zahraničních specialistů z různých míst Evropy, 1 z USA a 1 z Izraele. Při příležitosti kongresu byl jako každoročně vydán rozsáhlý sborník článků a abstrakt „Novinky v anesteziologii, intenzivní medicíně a léčbě bolesti“, 2008, Galén Praha, 420 str.

Součástí kongresu bylo ocenění předních osobností z řad zakladatelů našeho oboru, a také současných představitelů anesteziologie a intenzivní medicíny v České republice: Medaili Celestýna Opitze obdrželi prof. MUDr. Danuše Táborská, DrSc, doc. MUDr. Bořivoj Dvořáček a prim. MUDr. Vladimír Lemon.

Čestné členství v ČSARIM obdrželi prim. MUDr. Oldřich Marek, Ph.D., in memoriam, a dva slovenští představitelé - doc. MUDr. Milan Májek, CSc, a prim. MUDr. Štefan Trenkler, Ph.D.

Čestné uznání - diplom ČSARIM obdrželi prim. MUDr. Jaromír Maláč in memoriám a prim. MUDr. Vojtěch Smola.

Současné obdržela prof. Tábořská Pamětní medaili LF MU Brno a prim. Lemon Čestné členství v ČSIM.

Ceny za nejlepší práce v našem oboru v r. 2007 byly rozděleny takto:

Počtova cena za nejlepší práci v oborovém časopisu: Milan Adamus, Jiřina Koutná a Dagmar Žáčková za článek „Výskyt pooperační reziduální kurarizace na dospívacím pokoji - cisatrakurium vs rokuronium: prospektivní studie“, Anesteziologie a intenzivní medicína 2007; 18, č. 1, s. 30-34.

Nejlepší práce v zahraničním časopisu s anesteziologickou tematikou: Marek Hák, Pavel Michálek, Pavel Ševčík, Jana Pavliková, Michael Stern za článek „Regional anaesthesia for carotid endarterectomy: an audit over 10 years“, British Journal of Anaesthesia 2007; Vol 99, No 9, pp. 415-420.

Nejlepší práce v zahraničním časopisu s intenzivistickou tematikou: Ivan Chytra, Richard Pradl, Roman Bosman, Petr Pelnář, Eduard Kasal, Alexandra Židková za článek „Esophageal Doppler-guided fluid management

decreases blood lactate levels in multiple-trauma patients: a randomized controlled trial“, Critical Care 2007;11:R24 doi:10.1186/cc5703.

Na závěr byly vyhodnoceny nejlepší práce, které zazněly na XV. Kongresu ČSARIM:

Nejlepší přednáška s anesteziologickou tematikou: Jan Beneš a kol. (ARK FN Plzeň) Peroperační objemová terapie řízená variací srdečního tepového objemu - výsledky randomizované prospektivní studie.

Nejlepší přednáška s intenzivistickou problematikou: Ivan Čundrle jr. a kol. (ARK FN u sv. Anny v Brně) - Změny mikrocirkulace u hemoragického šoku na porcinním modelu

Nejlepší sesterská přednáška: Kamila Ondráčková a kol. (ARK FN u sv. Anny v Brně) - Acute pain service .

Nejlepší poster: Vladislava Šimková a kol. (ARK FN u sv. Anny v Brně, Universitätsklinikum Ulm) - Vliv zvýšené exprese superoxidismutázy na srdeční funkci a účinek noradrenalinu v průběhu septického šoku u myši.

Karel Svoboda

SYMPOZIUM „NÁROČNOST OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE VČERA A DNES“ 15. 1. 2009 VE FN PLZEŇ

Sympozium věnované tomuto tématu se konalo 15. 1. 2009 v aule chirurgických oborů ve FN Lochotín. Na jeho přípravě se podílel úsek ošetrovatelské péče ve FN Plzeň v čele s náměstkyní ředitelky FN Plzeň Bc. Andreeu Vorlikovou, MBA, a Psychiatrická klinika v Plzni. Pozvání přijal doc. MUDr. Jiří Beran, CSc., přednosta Psychiatrické kliniky v Plzni. Vystoupil s přednáškou „Současné trendy v psychiatrii“. Seznámil přítomné zdravotní sestry s historickými proměnami oboru psychiatrie a důležitými milnicemi v tomto oboru. Dotkl se fenoménu stigmatizace a destigmatizace v psychiatrii, tzv. hnutí antipsychiatrie v 60. letech minulého století a rozvoje komunitní péče v současné psychiatrii. Zmínil často diskutované téma omezovacích prostředků ve světle zahraničních zkušeností a stavu současné české psychiatrie. Pokud česká psychiatrie nebude personálně posílena o kvalitně vyškolené nelékařské pracovníky, bude užívání omezovacích prostředků i nadále nezbytné.

Přednášku s názvem „Palčivé otázky moderního ošetrovatelství“ přednesla náměstkyně ředitelky FN Plzeň pro ošetrovatelskou péči Bc. Andrea Vorliková, MBA. Věnovala se problémům, které jsou spojeny s legislativou, ekonomickým ohodnocením sester a nedostatečnou společenskou prestiží nelékařských zdravotnických pracovníků (NELZP). Sama ošetrovatelská péče je fyzicky a psychicky náročná a zdravotnický personál je také ohrožen syndromem vyhoření. Problémem stále zůstává nedostatek mužů v ošetrovatelství u nás i v zahraničí. Například v USA bylo v roce 2007 pouze 10,7 % mužů mezi registrovanými sestrami. Je potřeba, aby takto náročnou profesi vykonávaly pouze psychicky vyzrálé osobnosti, schopné převzít vysokou míru odpovědnosti. Bc.Vorliková zmínila vyhlášku MZ ČR č. 424/2004, která stanovuje činnosti zdravotnických a jiných odborných pracovníků, a zákon 96/2004 Sb.o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. Vysokoškolské vzdělání NELZP je potřebné. Zatímco ve východní Evropě stačí k vykonávání profese středoškolské vzdělání a 12-18 měsíců praxe, například v Chile je podmínkou minimálně bakalářské vzdělání. Na závěr poděkovala Bc.Andrea Vorliková, MBA, všem přítomným sestram za jejich práci.

Bc. Jana Němečková v přednášce „Hygienu rukou a zkušenosti v zahraničí“ seznámila přítomné zdravotníky se standardem hygieny rukou (60 % nozokomiálních nálezů bývá způsobeno podceňováním dezinfekce rukou). Podělila se též o zahraniční zkušenosti a pocity při své práci v Ugandě, kde pracovala jako sálková sestra. Jana Němečková promítla i mnoho fotografií ze tří různých zdravotnických zařízení této africké země. Je tam samozřej-

mostí používání rukavic při každém kontaktu s pacientem a také dodržování mytí a dezinfekce rukou. Tyto informace byly zajímavé ve srovnání se situací v našem zdravotnictví, kde naopak jsou zásady hygieny rukou často podceňovány nejenom NELZP, ale často i lékaři.

Valina Míková z Psychiatrické kliniky v Plzni se ve svém zajímavém příspěvku „Supervize v pomáhajících profesích“ věnovala supervizi jako nástroji prevence burn out syndromu a rozvoji týmové spolupráce. Supervize by měla být poskytována všem pomáhajícím profesím. Svoji přednáškou všechny zúčastněné doslova vtáhla do problematiky supervize a syndromu vyhoření pomáhajících profesí. Na závěr se Valině Míkové podařilo zapojit přítomné do testu „Míry vyčerpání“ (dle K. Mallotové). Výsledky testu si zdravotníci mohli ihned vyhodnotit a zjistit tak svoji míru ohrožení syndromem vyhoření. Valina Míková nabídla pomoc ohroženým sestram.

Odpolední blok zahájila Markéta Stezková z Psychiatrické kliniky v Plzni přednáškou „Je těžké vyjít s autistou?“ Seznámila přítomné s příčinami, příznaky a léčením autismu. Uvedla nejčastější chyby v přístupu i komunikaci k autistickému dítěti nejen rodičů, laiků, ale pedagogů, kteří mnohdy vnímají dítě jako neposlušné a lživé. Náhorně aplikovala poznatky v kasuistice a uvedla praktické zásady komunikace s autistickým jedincem Na závěr vyzdvihla nutnost včasné diagnostiky, na jejímž základě se dítě může zařadit do speciálních pedagogických tříd.

Poslední přednáškou symposia byla přednáška Bc. Heleny Kovandové, vrchní sestry Psychiatrické kliniky v Plzni s názvem „Je zmatenost ošetrovatelským problémem?“ Ve své přednášce se věnovala akutní a chronické zmatenosti podle ošetrovatelské klasifikace NANDI (North American Association for Nursing Diagnosis International). Upozornila na stále podceňovaný problém delirií a na nutnost odstranění některých příčin a ovlivňujících faktorů například dehydratace, proteinové a kalorické malnutrice a minimalizování vlivů prostředí (snížení hyperstimulace prostředím, dobré osvětlení). Problémy přináší i nedostatky v komunikaci - jazyková bariéra, kompenzace smyslových deficitů - slepota, hluchota, nedostatek informací. V neposlední řadě je důležité snižování strachu a úzkosti u hospitalizovaných pacientů. Zabývala se rovněž ošetrovatelskou péčí u pacientů s poruchami vědomí.

Sympozia se zúčastnilo 90 sester FN Plzeň. Dík patří všem přednášejícím i posluchačům za vytvoření příjemné atmosféry během symposia.

Bc. Helena Kovandová

18. LISTOPAD - EVROPSKÝ DEN ANTIBIOTIK

Na 18. listopadu byl vyhlášen Evropský den antibiotik. Všichni zdravotníci si význam antibiotik v terapii infekčních chorob velmi dobře uvědomují. O rozhovor k tomuto tématu jsme požádali Ing. Jaroslava Hrabáka, Ph.D. z Ústavu mikrobiologie FN v Plzni.

Od rutinního zavedení penicilinu do terapie v poválečných letech uplynulo již více než 50 let. Od té doby byly nalezeny desítky dalších terapeutických antibiotiků vlastností. Bude tento trend nadále pokračovat? Jsou možnosti nahlížet stále nová antibiotika neomezeně?

Co se týká možností nahlížet nová antibiotika, můžeme v odborné literatuře a na konferencích zaznamenat mnoho nových látek. Výzkumné týmy se obvykle zabývají modifikací již známých molekul, případně jejich vzájemných kombinací. Potenciál v nalezení antibiotik, která by byla nepříbuzná s ostatními, však stále existuje. Problém ovšem spočívá jinde. Než se od objevu dostane antibiotikum do klinické praxe, vyžaduje to velmi nákladný výzkum. Bohužel se na několika případech ukázalo, že i drobná modifikace molekuly jinak netoxického antibiotika může jeho toxicitu zvýšit nad akceptovatelnou mez. Proto celý proces schvalování nelze nijak

urychlit. Z těchto důvodů můžeme v poslední době zaznamenat pouze velmi málo nových antibiotik zavedených do klinické praxe. To souvisí především s tím, že výroba těchto látek je pro farmaceutické firmy nelukrativní a nepřináší vysoké zisky. V současnosti se v mnoha státech začínají rozvíjet kampaně, které mají vést ke snížení preskripcí antibiotik. Tim se pochopitelně na jedné straně ušetří, ale na druhé straně se antibiotika stávají z hlediska výroby nezajímavá.

Již studentům lékařské fakulty se zdůrazňují rizika nesprávného (neindikovaného) předepisování antibiotik. Přesto i nadále tento trend trvá, řada studií prokazuje, že nemalý podíl z předepsaných ATB byl indikován nesprávně, tedy zbytečně. Kromě zbytečného čerpání peněz na neúčinnou léčbu však takové počínání má svá rizika. Můžete uvést ta hlavní?

Z dlouhodobého pohledu je velmi významným rizikem, možná významnějším než ekonomické vlivy, vzestup rezistence bakterií k antibiotikům. Na detailních studiích můžeme vidět, jak nárůst spotřeby antibiotik velmi dobře koreluje s nárůstem rezistence. Vezměme si například *Staphylococcus aureus*. V době zavedení penicilinu do rutinní praxe, byla většina kmenů

této bakterie k penicilinu citlivá. Nyní je rezistentních, díky produkci enzymu, který penicilin štěpí (penicilinázy), více než 80 % kmenů *S. aureus* a penicilin je tak v případě stafylokokových infekcí zcela neúčinný. Další podobný případ je běžná *Escherichia coli*. Ta byla ještě v šedesátých letech plně citlivá k ampicilinu. Ve velmi krátké době, v řádu dvou desítek let, došlo k rozšíření genu, který kóduje enzym inaktivující ampicilin. Tento enzym se označuje TEM-1 podle jména pacientky, u níž byl poprvé v Řecku izolován (Temoniera). Takto bychom mohli pokračovat dále v mnoha desítkách případů u různých skupin antibiotik a různých původců onemocnění. V současnosti se můžeme, především v nemocničních zařízeních, setkat s kmeny bakterií, které jsou rezistentní ke všem dostupným antibiotikům. Někteří mikrobiologové tento stav označují za „počátek smrti antibiotik“.

Dalším nepříznivým vlivem je narušení rovnováhy přirozené bakteriální flóry, kterou si každý z nás neseme na kůži, různých sliznicích a v GIT. Mediálně známým příkladem onemocnění spojeného s léčbou širokospektrými antibiotiky je pseudomembranózní enterokolitida způsobená sporující anaerobní tyčkou *Clostridium difficile*. Na normální bakteriální flóru musíme pohlížet jako na jeden z nástrojů, kterým se organismus brání infekci. Právě tyto kolonizující mikroby vytvářejí účinnou bariéru, která v mnoha případech velmi dobře zabraňuje kolonizaci a následné infekci patogenními mikroby. O této přirozené mikroflóře nemáme dosud ucelené poznatky a ani přesně nemůžeme předpovědět, jaké následky vyvolá zásah do tohoto systému (nemusí se jednat pouze o antibiotika). V žádném případě tedy neplatí slogan „mrtvá bakterie = dobrá bakterie“.

Zmínit jste se o mikrobech, kteří nejsou citliví na dostupná antibiotika. Lze vzniku takových bakterií zabránit?

Odpověď na tuto otázku bude znit zřejmě velmi pesimisticky, ale nelze. Vezměme si historii používání antibiotik. Ta se začala používat na sklonku 2. světové války. Následovala euforie, kdy i některé lékařské autority považovaly mikrobiologii za mrtvý obor, neboť se domnívaly, že infekční nemoci se stanou minulostí. A vidíte, mikrobiologie stále existuje a v oblasti bakteriologie jsou antibiotika a bakteriální rezistence horkým tématem současnosti. Vraťme se ale k Vaší otázce. Doba zdvojení bakteriální populace se u běžných bakterií pohybuje v řádu několika hodin. Za 24 hodin tak může z jedné bakteriální buňky vzniknout mnoho milionů dalších. Pochopitelně se mezi těmito buňkami najdou také, které získaly schopnost bránit se účinkům antibiotik - staly se rezistentními. Jestliže se pak tato populace vystaví selektivnímu tlaku antibiotik, velmi snadno se vyselektují rezistentní subpopulace. Další možností je získání genů rezistence, obvykle kódujících enzymy inaktivující antibiotika, od ostatních bakteriálních druhů. Tyto možnosti jsou velmi významné, protože bakterie si tak vzájemně mohou vyměňovat různé geny. Z hlediska evoluce se tedy jedná o proces, který nelze zastavit, ale lze pouze zpomalit.

Uvedl jste, že lze nástup rezistence k antibiotikům zpomalit. Jakými mechanismy toho lze dosáhnout?

Velmi důležité je již zmíněné snížení preskripce antibiotik pouze na indikace, kde to je opravdu nutné. K tomu existují různé nástroje - například kategorizace antibiotik na tzv. volná a vázaná, kdy vázaná antibiotika mohou být předepsána pouze po odsouhlasení příslušným antibiotickým střediskem. Pro analýzu správné preskripce antibiotik mohou sloužit audity, z nichž se vyvozují určitá doporučení pro předepisující lékaře. V některých

státech může být i problém aktivního vyžadování antibiotika pacientem. Tim je známá například Francie. V takových státech je zase nutné nastartovat určité kampaně pro laickou veřejnost s cílem ukázat, v jakých indikacích mají antibiotika smysl a v jakých nikoliv.

Upozorněním na problematiku antibiotické léčby se zabýval právě Evropský antibiotický den 18. listopadu. Originální název pro tento den je „European Antibiotic Awareness Day“, tedy jakýsi „informační“ den o antibiotikách. Tento den byl vyvrcholením aktivit, která jsou v různých evropských zemích vyvíjena. Vzpomenul bych například projekt Antibiotic Strategy International, do kterého bylo zapojeno i naše pracoviště, který se zabýval vytvořením indikátorů pro monitorování správné antibiotické politiky.

Vzhledem k tomu, že důležitým „inkubátorem“ bakteriální rezistence jsou nemocniční zařízení, nesmíme zapomenat ani na nemocniční epidemiologii a hygienu. V porovnání s vyspělými státy Evropy a s USA však v této oblasti máme určité mezery.

Můžete uvést nějaký příklad, kdy konkrétní antibiotikum postupně ztrácí svoje uplatnění vzhledem k nárůstu rezistentních mikrobiálních kmenů a naopak, příklad antibiotika, na které je rezistence dosud jen velmi vzácná?

Lze říci, že neexistuje antibiotikum, k němuž by se nevytvářela rezistence. Přesto existují antibiotika, k nimž vzniká rezistence velmi pomalu. Mezi taková jednoznačně patří penicilin, který stále zůstává lékem volby u infekcí způsobených běžnými streptokoky (*S. pyogenes*, *S. pneumoniae*, atd.) a z hlediska svých vlastností nebyl dosud překonán. Naopak mezi antibiotika, která velmi rychle ztrácí svoji účinnost patří například chinolony. Dále bych se zmínil o karbapenemech, neboť rezistenci k nim u gramnegativních bakterií se na Ústavu mikrobiologie zabýváme. Tato antibiotika jsou léky volby těch nejzávažnějších infekcí způsobených multirezistentními gramnegativními tyčkami. V poslední době však můžeme i u nás pozorovat vzestup rezistence. Zatím sice v ojedinělých případech, ale například v Řecku se v některých nemocničních rezistence k těmto látkám u *Klebsiella pneumoniae* pohybuje okolo 50 %. Při takovém stupni rezistence můžeme tato antibiotika považovat za zcela neúčinná.

Jak je patrné, v poslední době došlo k posunu v oboru mikrobiologie, který se zabývá i optimální antibiotickou léčbou. Je tomu tak?

Skutečně ano. V posledních zhruba deseti letech došlo v mikrobiologii a to především v jejím podoboru - bakteriologii - k velkému posunu. S rozvojem molekulárně-genetických metod, které však musí být správně interpretovány a nejsou všespasitelné, se staly snadno diagnostikovatelní i ti mikroby, které například nemůžeme kultivovat. Lze tedy říci, že diagnostické možnosti jsou velmi široké a příliš neznámých míst tam neexistuje. Právě ale v důsledku vzestupu rezistence bakterií k antibiotikům se stala správná antibiotická terapie mnohem složitější. Antibiotika by měla být vždy indikována na základě určitého konsensu mezi klinikem a mikrobiologem. Pochopitelně mikrobiolog není, na rozdíl od ošetřujícího lékaře, přímo zodpovědný za konkrétního pacienta. Může ovšem poskytnout informace, které vyplývají například z laboratorního mikrobiologického nálezu, stavu a povahy rezistence, možného rizika selhání léčby v důsledku rozvoje tzv. adaptivní rezistence během léčby, atd. O tyto informace se může s klinickými lékaři podělit. Konzultační činnost patří v současné době mezi velmi významnou část práce klinického mikrobiologa a lékaři by měli o této možnosti - konzultovat antibiotickou terapii, ale i například indikaci vyšetření - vědět.

(s Ing. Jaroslavem Hrabákem, Ph.D. hovořil -jn-)

K MEZINÁRODNÍMU DNI BOJE PROTI AIDS 1.12.

(Počet HIV pozitivních celosvětově stále stoupá. Vakcína je v nedohlednu.)

Každoročně je první prosinec připomínán jako Mezinárodní den boje proti AIDS. Ne jinak tomu bylo i 1. 12. 2008. K tomuto datu poskytuje WHO kvalifikované odhady o počtech infikovaných. Odhaduje se, že celosvětově touto chorobou trpí přibližně 40 milionů osob a že více než 20 milionů nemocných již chorobě podlehlo. Nejvíce postiženými oblastmi, jak je všeobecně známo, jsou země Afriky - zejména na jih od rovníku, dále jsou to regiony jihovýchodní Asie, zemí bývalého SSSR a v posledních letech také Indie a Čína.

Situace v zemích Evropy je nepochybně lepší. Nejvíce HIV infikovaných mají jižní země - Španělsko, Itálie, Francie.

Ke konci roku 2008 byl výskyt infekce HIV/AIDS v naší zemi následující: 1189 HIV pozitivních osob české národnosti (vč. rezidentů - osob cizí národnosti dlouhodobě žijících v ČR) a 304 cizinců. V rozvinutém stadiu (AIDS) je nyní 265 našich občanů a 25 cizinců. Z tohoto počtu již zemřelo 142 osob v důsledku AIDS. Ve dvou krajích západoevropského regionu je nyní registrováno 96 HIV pozitivních osob české národnosti a 16 cizinců, ve stadiu AIDS pak 23 našich a 4 cizinci. V našem AIDS centru zemřelo již 14 HIV pozitivních.

Můžeme si položit otázku zda jsme problém HIV/AIDS v naší zemi opravdu vyřešili natolik, že můžeme polevit v ostražitosti. Odpověď je zřejmá - nikoli. Žádná, ani ta nejlépe financovaná a zdravotnický zajištěná země do dnešních dnů nemůže být zcela spokojena se svými preventivními opatřeními a léčebnými možnostmi. Naopak se zdá, že i veřejnost je v posledních letech jaksi „ukolébána“ informacemi o zlepšených léčebných možnostech, čímž nabývá falešného pocitu jistoty, že v případě nákazy bude dotčený léčen a „téměř vyléčen“.

Při meziročním porovnání počtů HIV+ osob v ČR zjišťujeme výrazný nárůst. Počátkem tohoto desetiletí se každým rokem zjišťovalo přibližně 50-70 nově nakažených. V roce 2006 jich bylo již 93, v roce 2007 celkem 122 nově infikovaných. Nejhorší situace za celou dobu sledování (od roku 1986) byla v loňském roce, kdy bylo zachyceno 147 nově infikovaných. Očekává se, že údaje za rok 2009 budou opět vyšší. Ve srovnání s průmyslově rozvinutými zeměmi západní Evropy však na tom zatím - pokud jde o infekci HIV/AIDS - jsme poměrně dobře.

Přestože se ročně provede téměř jeden milion vyšetření na protilátky proti HIV, počet vyšetření na vlastní žádost, svědčící o zájmu jedince o svůj HIV-status, je stále velmi málo. Za celou éru sledování (od roku 1986 do konce roku 2008) bylo vyšetřeno celkem 269 845 osob na vlastní žádost. HIV pozitivita se potvrdila u 345 z nich.

Prevence je považována celosvětově za základní opatření snižující šíření infekce HIV. Na celém světě probíhá řada programů, často pod záštitou WHO, které mají působit buď obecně na celou populaci, nebo na určité cílové skupiny. Jejich smyslem je poskytnout dostatek informací o prevenci, možnostech testování, léčbě a další péči, která je poskytována infikovaným osobám. Ze zkušenosti však víme, že řada programů se miji účinkem, neboť není prováděn správný „timing“. Programy by měly být rozloženy do celého roku, nikoli koncentrovány jen na období kolem 1. prosince, vysílány ve vhodnou dobu - pokud mají mít vůbec nějaký dopad na cílové skupiny, navíc musí být zvolena přijatelná forma - např. tzv. peer-to-peer programy (zajišťují je kvalifikovaní vrstevníci osob v cílových skupinách).

Pokud jde o léčbu, tak lze obecně říci, že se situace od počátečních let pandemie v 80. letech 20. století velmi výrazně změnila. Každoročně je do léčebného repertoáru zařazováno několik nových přípravků. Díky nim se infekce HIV stala chronickým léčitelným, ale dosud nevyčleťitelným onemocněním. Hodně závisí na pacientovi, vznik rezistence totiž hodně souvisí se špatnou adhezí léčby. V současné době disponujeme mohutným arzenálem téměř 30ti účinných přípravků, patřících do 6 odlišných skupin, zasahujících v různých místech replikačního cyklu HIV. Pro maximální oddálení rezistence se tyto látky podávají zásadně v kombinacích (kombinujeme zpravidla 3 přípravky). Jednou zahájená léčba je celoživotní - měníme pouze ty přípravky, proti nimž si HIV vytvořil rezistenci. Většina přípravků má nejrůznější vedlejší nežádoucí účinky a ty bývají jedním z důvodů, vedoucích k občasnému vysazování medikace ze strany nemocných.

K určitým změnám došlo i v oblasti diagnostiky infekce HIV. Kromě laboratorních sérologických vyšetřovacích metod, které jsou schopny prokázat

protilátky a případně i součásti samotného HIV (antigen p24, HIV-RNA) v krvi vyšetřovaných, máme dnes i soupravy určené pro terénní práci. Jimi lze prokázat protilátky anti HIV z kapky krve, odebrané z prstu klienta např. i mimo zdravotnické zařízení. Jiné soupravy prokážou dokonce protilátky ve slinách. Reaktivní vzorky však musí být potvrzeny klasickými krevními testy.

Z celosvětového měřítka se zatím nedaří pandemií AIDS zastavit. Kromě biologické povahy HIV a současného stavu vědy a techniky je to dáno mj. ekonomickými, politickými, zdravotnickými a dalšími hledisky konkrétních zemí, dále se mohou podílet i lokální kulturní zvyklosti, které se odrážejí např. v odmítání kondomů nebo femidomů (kondomy pro ženy). Je však potěšitelné, že např. i na africkém kontinentu již existují země, které s mezinárodní pomocí léčí velkou část svých pacientů skutečně na úrovni.

Další informace mohou zájemci získat např. na www.AIDS-HIV.cz

*Doc.MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.
vedoucí AIDS centra, FN Plzeň*

PŘEDNÁŠKOVÝ VEČER NEUROLOGICKÉ KLINIKY FN PLZEŇ 10. 12. 2008

V tradičním prosincovém termínu 10. 12. 2008 se konal přednáškový večer **neurologické kliniky**, kterému předsedal prim. MUDr. M. Choc, CSc.

V úvodu vzpomněl **prim. Polívka** na paní **asistentku MUDr. Zdeňku Salcmanovou**, která ještě v letním semestru 2008 vyučovala mediky a po krátké, ale vážné nemoci 14. 8. 2008 zemřela. Paní asistentka pracovala na Neurologické klinice od své promoce v r. 1957, tedy více jak 50 let. Jejím hlavním odborným zájmem byla epileptologie, ale věnovala se dlouhodobě i problematice průmyslové neurologie. Bude nám všem na klinice chybět.

Odborný program zahájila **G. Rytířová** spolu s **H. Vacovskou** a **J. Bergelem** a referovali o **výsledcích epileptochirurgických operací u pacientů neurologické kliniky**. Základem terapie epilepsie je medikamentózní léčba spolu s režimovými opatřeními a životosprávou. Asi u 30 % nemocných je však zjišťována farmakorezistence - nedostatečná odpověď na antiepileptickou terapii a v tomto případě je vždy indikováno vyšetření na specializovaném pracovišti. Při potvrzení farmakorezistence je jednou z možností epileptochirurgická léčba, která by měla být provedena nejpozději do 2 let od počátku potíží. Škála epileptochirurgických výkonů je široká, závisí na konkrétním typu léze a etiologii epilepsie. Zahnuje selektivní amygdalo-hippokampektomii, resekci epileptického ložiska i stereotaktickou elektrokoagulaci nebo ošetření gama nožem. Zatím bylo operováno 12 nemocných s tvrnými epilepsie od 2 až do 49 let. Všichni pacienti se zlepšili, u 3 došlo k vymizení epileptických záchvatů.

V dalším sdělení se věnovala **L. Valouchová** **sociální problematice u pacientů s epilepsií**, která je velmi významná. Forma sociálních služeb zahrnuje jednak základní poradenství (informace o nárocích, službách a různých možnostech, které přispívají k řešení či zmírnění nepříznivé sociální situace), jednak odborné sociální a pracovní - právní poradenství, které je zaměřené na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin. Hlavním cílem je zlepšení kvality života pacientů s epilepsií a integrace do společnosti.

P. Ševčík, V. Rohan, J. Suchá a **J. Žák** přednesli sdělení **Nový pohled na indikaci trombolytické léčby**. Intravenózní trombolytická terapie rekombinantním tkáňovým aktivátorem plasminogenu je standardním léčebným postupem u pacientů s akutní ischemickou mozkovou příhodou a významně zlepšuje výsledný klinický stav. Systémová trombolýza je podávána na neurologické klinice od r. 1999, ale v posledních letech výrazně stoupl počet takto léčených nemocných. Za poslední tři roky se počty trombolyzovaných

pacientů téměř zdvojnásobily - v r. 2006 29 nemocných, 2007 38 a do listopadu 2008 56 trombolyzovaných pacientů. S přibývajícím zkušenostmi s touto léčbou nastává i posun v indikačních kriteriích směrem k větší dostupnosti této léčby. Konkrétně se prodlužuje časové okno od začátku iktu ze 3 na 4,5 hodiny, přesto trvá snaha o co nejčasnější zahájení léčby. Zpřesnění zobrazovacích metod relativizuje význam časných ischemických změn na nekontrastním CT mozku jako kontraindikace trombolytické léčby. Také věk 80 let přestává být jednoznačnou kontraindikací podání této léčby. Za poslední tři roky stoupl průměrný věk trombolyzovaných pacientů z 65 na 68 let a bylo léčeno 16 pacientů starších 80 let. U nemocných s epileptickým záchvatem s přetrvávajícími ložiskovými příznaky umožňují moderní zobrazovací techniky (perfuze CT) odlišení ischemického iktu od pozáchtavové Toddovy parézy, proto přestává být epileptický záchvat v úvodu vylučujícím kritériem podání systémové trombolýzy.

Prof. Ambler přednášel o **terapii zánětlivých autoimunitních neuromuskulárních onemocnění**. Tato skupina zahrnuje několik nozologických jednotek - Guillainův-Barrého syndrom, chronickou zánětlivou demyelinizační polyneuropatii, myasthenii gravis, polymyozitidu a dermatomyozitidu. Základem je vždy správná diagnóza, která kromě klinického obrazu vyžaduje hlavně EMG a někdy i svalovou biopsii. U jednotlivých typů se používá v léčbě intravenózní imunoglobulin, kortikoidy i další imunosupresiva nebo imunomodulancia. Léčba je u chronických forem dlouhodobá, vyžaduje dobrou spolupráci nemocného vzhledem k možným nežádoucím účinkům imunosupresiv.

V posledním sdělení se **J. Suchá** věnovala **problematice roztroušené sklerózy (RS) a těhotenství**. Retrospektivní i prospektivní studie potvrdily zvýšené riziko relapsů RS v prvních 3 měsících po porodu, závislost na frekvenci relapsů před otěhotněním a v průběhu těhotenství. Celkově však dlouhodobě pozorování větších souborů neprokázalo závažnější průběh nemoci u žen, které otěhotněly i vícekrát, oproti bezdětným ženám. Byl objeven pozitivní vliv hormonů, zejména estriolu - hormonu tvořeného placentou, který má imunosupresivní účinek a zodpovídá tedy za příznivý průběh nemoci v době těhotenství. Nově je rizikové období po porodu a při kojení zajištěno léčbou imunoglobuliny, které významně snižují výskyt pooporodních relapsů. U souboru 13 našich pacientek s RS, které v posledních 3 letech otěhotněly, se potvrdila dříve citovaná data.

Prof. MUDr. Zdeněk Ambler, DrSc.

PŘEDNÁŠKOVÝ VEČER RADIODIAGNOSTICKÉHO ODDĚLENÍ FN PLZEŇ-BORY 17. 12. 2008

Odborný program posledního Večera Spolku lékařů ČLS JEP v Plzni v roce 2008, který se konal dne 17.12. v Šafránkové pavidonu, sestavilo Radiodiagnostické oddělení FN Plzeň-Bory. Setkal se s nadprůměrným zájmem odborné veřejnosti, vyjádřeným především účastí mnoha radiodiagnostiků z celého Plzeňského kraje. K většině témat proběhla živá diskuse, řízená prim. MUDr. P. Toufarovou.

V úvodu večera zazněla přednáška na původní téma „**Rotační angiografie**“, jejímž autorem byl přednosta oddělení **MUDr. Z. Chudáček, Ph.D.** Autor v ní seznámil s principy rotačního záznamu angiografie, a již v subtrahované nebo nesubtrahované podobě, a na vlastních videozáznamech ukázal přínos metodiky pro praxi.

V následujícím sdělení na téma „**Chemická lumbální sympatektomie pod CT kontrolou**“ prezentoval **MUDr. J. Bulka** zkušenosti oddělení s touto radiointervenční technikou. Důležitým poznatkem je poměrně dobrá klinická odezva na výkon u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin v pokročilém stadiu onemocnění, včetně diabetiků, při nulových komplikacích.

MUDr. M. Pěchotová se věnovala ve své přednášce „**Zobrazování prsu u pacientek s familiární a genetickou zátěží**“ přehledu problematiky vysokého rizika onemocnění rakovinou prsu u těchto žen. Vyzdvihla především spe-

ciální algoritmy preventivních zobrazovacích vyšetření, určené i pro mnohem mladší klientky než běžný mamografický screening.

Přednáška **MUDr. V. Havla** „**Perspektiva nemocného s neřešenou významnou stenózou vnitřní krkavice**“ přehledně rekapitulovala problematiku rozhodování o závažných terapeutických indikacích u těchto pacientů. Zamýšlená vlastní retrospektivní studie nebyla uskutečněna pro nedostatek informací o pacientech.

Velmi koncizně zpracovaný, obsáhlý soubor nemocných, kteří byli na oddělení sonograficky vyšetřeni pro podezření na onemocnění ve skrotální oblasti, byl základem sdělení **MUDr. L. Růžičky** pod názvem „**Ultrasonografie šourku**“. Důležitým poznatkem je poněkud nižší senzitivita metodiky u malých dětí a možnost záměny tumoru a změn při adrenogenitálním syndromu.

MUDr. M. Haas prezentoval pod názvem „**Méně obvyklé náhlé příhody břišní**“ řadu poměrně raritních kasistik, kde v diagnostice a léčbě akutních abdominálních onemocnění sehrály významnou roli zobrazovací techniky, především CT a angiografie.

Program večera uzavřelo krátké sdělení **prim. MUDr. Z. Chudáčka, Ph.D.** „**První zkušenosti s použitím endoluminálního bypasu Viabahn**“, ukazující přednosti speciálního tepenného stentgraftu při řešení aneuryzmat stehenní a podkolenní oblasti.

Z. Chudáček

VEČER TĚLOVÝCHOVNÉHO LÉKAŘSTVÍ 21.1.2009

Po zahajovacím slově prim. MUDr. M. Zikmunda se před nezvykle vysokou návštěvou ujal slova **V. Zeman** na téma „**Změny Mezinárodního standardu v udělování terapeutických výjimek**“. Podle ustanovení Světového antidopingového kodexu čl. 4. 4 je možné udělit sportovci, jehož zdravotní stav vyžaduje léčbu s použitím zakázané látky, terapeutickou výjimku (T.V.) při splnění následujících hlavních podmínek:

- zdraví sportovce by se významně zhoršilo, pokud by byla zakázaná látka odmítnuta
- použití zakázané látky by nemělo způsobit jiné zvýšení výkonu než návrat do normálního zdravotního stavu
- neexistuje žádná přijatelná alternativa k použití zakázané látky
- každá T.V. je stanovena na dobu určitou

Od 1. 1. 2009 platí následující změny: Konec zkrácené žádosti o T.V., která se dosud používala v případech léčby astmatického onemocnění pro beta2 agonisty a glukokortikoidy, obojí v inhalaci. Zavádí se nově T.V. se zpětnou platností (Retroaktivní T.V.). Ta může být schválena komisí na základě podrobné lékařské dokumentace poté, co laboratoř oznámila pozitivní laboratorní nálezy. Vztahuje se však pouze na léčbu akutního onemocnění, když nebyl dostatek času k předložení žádosti, a to u podminěně schválených beta2 agonistů. Další novinkou je Prohlášení o použití. To je striktně omezeno na glukokortikosteroidy nesystémovým podáním, tj. intraartikulárně, periartikulárně, peritendinálně, epidurálně, intradermálně a inhalačně.

V dalším sdělení **J. Novák** (spoluautoři V. Zeman, H. Kvapilová, P. Mandys, P. Hrubý a M. Dvořák) se vyjádřili „**K problematice náhlé smrti ve sportu**“. Na příkladu několika vlastních i literárních kasuistik poukázali na častější (koronární ateroskleróza, ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu) i méně časté (idiopatická anomálie koronárního řečiště, hypertrofická kardiomyopatie) příčiny náhlé smrti při sportovní činnosti a zmínili i další, přicházející v úvahu za někdy extrémních podmínek (poruchy termoregulace, náhlé smrti při plavání a potápění aj.) V prevenci těchto tragických nehod zdůraznili význam preventivních lékařských prohlídek, absolvování zátěžového testu na ergometru zejména u osob nad 50 let věku, soustavný trénink, dodržování léčebného režimu při nemoci a co nejrychlejší poskytnutí první pomoci v případech, kdy k nehodě dojde.

J. Jeschke v přehledném sdělení „**Pohybová aktivita seniorů**“ upozornil na vzrůstající podíl občanů seniorského věku v naší populaci a význam pohybové aktivity jako primárně i sekundárně preventivního prostředku řady

chorob. V současnosti udává pravidelnou pohybovou aktivitu u nás v sedmém deceniu jen 13 % mužů a 4 % žen. I u seniorů nad 60 let věku lze vedle všeobecně uznávaných vytrvalostních aktivit doporučit též posilovací prvky k udržení svalové hmoty a prevenci osteoporózy. I ve vyšším věku kosterní svalstvo na pravidelnou přiměřenou zátěž reaguje odpovídajícími adaptačními změnami.

L. Beranová ve studii „**Charakteristika žáků vstupujících do sportovních tříd**“ porovnávala základní somatometrické a funkční parametry u skupiny mladých fotbalistů a mladých hráčů badmintonu, přijatých do 6. sportovní třídy při 25. ZŠ. Badmintonisté byli vyšší a hmotnější, obě skupiny se nelišily v podílu tukové tkáně, fotbalisté se vyznačovali příznivějšími parametry pracovní kapacity W170 a W170/kg. Vyšší úroveň zdatnosti u fotbalistů lze připsat časnějšímu zahájení systematické sportovní přípravy.

Poslední plánovaná přednáška odpadla pro nemoc autorky. Na závěr prim. MUDr. M. Zikmund poděkoval všem přednášejícím i diskutujícím a do slova prohlásil: „Mohu konstatovat, že jsme byli svědky opět úspěšného večera, mohu jménem všech přítomných poděkovat prof. MUDr. V. Zemanovi za velmi dobře zvolená zajímavá témata a názornou dokumentaci všech sdělení.“ (vz+ji)



Předsedající prim. MUDr. M. Zikmund a MUDr. L. Beranová

POSTGRADUÁLNÍ LÉKAŘSKÉ DNY - PLZEŇ 2009 - PROGRAM

Letošní konference má nosné téma „**Problematika infekce v medicíně 21. století**“. Uskuteční se ve dnech 10. - 12. 2. 2009 v Safránkové pavilonu. Časový program je následující: úterý 10. 2. ve 13.30 h. Slavnostní zahájení. 14.00 - 17.45 h. Dva bloky přednášek. Středa 11. 2. 14.00-18.00 h. Dva bloky přednášek. Čtvrtek 12. 2. 14.00-17.30 h. Dva bloky přednášek. Současně v průběhu konference bude vystaveno osm posterů zařazených do bloku „Varia“. Partnery konference jsou prim. MUDr. Miloslav Zikmund, Česká lékařská komora Plzeň-město, Stock Plzeň a.s., ZŘUD-Masokombinát Písek a.s. a Pojišťovna Kooperativa a.s. Plzeň. (7)

INFORMACE EDIČNÍ KOMISE LF UK V PLZNI

V r. 2008 provedlo Ministerstvo kultury celostátní hodnocení vědeckých časopisů. Úspěšně prošel Plzeňský lékařský sborník, který byl zapsán do evidence periodického tisku a bylo mu přiděleno evidenční číslo MK ČR E 18594. Články uveřejněné v periodiku zařazeném na seznamu jsou bodově hodnoceny a jsou započítány do výsledků státem podporovaného výzkumu.

Ediční komise vyzývá přednosta ústavů a klinik, aby seznámili své pracovníky s možností publikovat původní vědecké práce, kasuistiky a přehledné články v Plzeňském lékařském sborníku. Bližší informace podá prof. MUDr. Pavel Sobotka, DrSc., Ústav patologické fyziologie LF UK v Plzni, Lidická 1. (P. Sobotka)

JAK (NE)PŘEDNÁŠET (1. ČÁST)

Soudobá informační exploze takřka ve všech oborech lidské činnosti přináší s sebou i potřebu rychlého a kvalitního předávání nových poznatků. K nejrychlejším způsobům hromadného šíření odborných a vědeckých informací patří **přednáška**. Tato forma šíření informací dnes většinou převládá nad psanými publikacemi a hojně ji využívá i mnoho profesionálů ze všech oborů medicíny. Ne všichni však mají s přednášením dostatek zkušeností, a proto především jim jsou určeny následující řádky. Chceme upozornit na nejčastější chyby a úskalí, kterých bychom se měli v této souvislosti vyvarovat. **Jaké jsou tedy obecné předpoklady úspěšné přednášky?**

Obsah přednášky

1. Je třeba si uvědomit, komu a o čem máme přednášet.

Znalost našeho budoucího publika je velmi důležitá jak pro výběr obsahu tématu, tak i pro jeho formu. Jinak budeme koncipovat své sdělení pro studenty-mědiky, jinak pro úzký okruh odborníků svého oboru, jinak pro široké fórum lékařů jiných oborů a jinak pro veřejnost, např. studenty Univerzity třetího věku apod. Nebudeme-li tento požadavek respektovat, hrozí nebezpečí, že přednáška bude buď příliš „učená“, nebo naopak příliš obecná a málo informativní.

Dále je třeba vzít v úvahu, že některá zasedání, sjezdy, symposia apod. jsou polytematická a je na nich možné přednést prakticky každé téma

(samozřejmě pečlivě a vysoce odborně zpracované). Naopak některá zasedání jsou monotematická: to je třeba plně respektovat a nesnažit se na nich uplatnit svou tematicky odlehlou problematiku; prvotní údiv pak někdy přeroste v nevoli vůči autorovi.

2. Každý máme přednášet jen to, co dobře známe. Je trapné, když posluchačům je již v polovině přednášky jasné, že autor do tématu příliš hluboko nepronikl; tato chyba našťastí nebývá častá.

3. Autor přednášky se nikdy nemá snažit říci všechno, co o tématu ví. Přednáška nemá sklouzávat ani do absolutní specializace, ani do obsahové chudosti. Jejím cílem má být předání maxima informací v daném čase.

Začátečník obvykle chce říci o tématu příliš mnoho, a tak mnoha slovy někdy překryje nejdůležitější informace.

Nepokoušejme se tedy pokrýt příliš velké pole problémů, zejména ne na mezinárodních zasedáních; svádí to k příliš rychlému přednesu, který nemůže být právě pro svoji rychlost celý tlumočen.

4. Přednáška nebo referát má vždy přinést nový poznatek. Zabývat se bezvýznamnými maličkostmi nebo dávno obecně známými fakty je drzost a okrádání posluchačů o čas.

5. Nesmírně důležité je to, aby si autor uvědomil, kolik má na své sdělení

času. Obvyklý limit pro přednášku je mezi 5-20 minutami, průměrně 10-15 minut!

Zkušený autor ví, že proto nemá šanci pokrýt příliš široké pole problémů, a ví, že cennější je sdělení, které osvětlí úzkou část tematiky a přinese i jediný nový důležitý poznatek, než referát, který chce za 10 minut vyřešit problematiku vhodnou pro 100stránkovou monografii.

Za smrtelnou chybu lze proto považovat **překročení časového limitu**. To často vede nejen k rozladění předsednictva zasedání, ale také zejména k rozladění auditoria. Zkušený autor proto umí vybrat nejdůležitější fakta a uspořádat je tak, aby nemusel pospíchat.

Je třeba počítat i s tím, že v daném časovém limitu je nutno přednést i komentář k obrázkům; ten je přece nedílnou součástí přednášky. Je proto vhodné mít připravený příslušně koncentrovaný text k obrázkům a tabulkám: i když text umíme z paměti, je lidské mít třemu nebo některý údaj prostě zapomenout. Lístek s textem k obrázkům a tabulkám v ruce dává autorovi pocit jistoty a klidu.

Lidskou pozornost a trpělivost nelze napínat do nekonečna. Proto má být přednáška časově přesně vymezená. Psychologové na základě výzkumů doporučují např. školám, aby výklad nové látky netrval déle než 15 minut. Dospělí vydrží být pozorní delší dobu, avšak ani u nich nemá výklad přesáhnout 50-60 minut.

To znamená, že máme být v řeči struční a nemáme přednášku přetížít ani obsahově. I zvani řečníci (invited speakers), kteří zpravidla nemají pro svou přednášku stanoven pevný časový limit, by neměli překročit čas 50-60 minut, pokud pořadatel nestanoví jinak.

Je také vhodné sdělit základní myšlenky bez zbytečných přívěsků, jako je načrtávání historického vývoje problému počínaje Hippokratem, citace autorů a literatury, nekonečné a nic nebo málo říkající tabulky, čísla a grafy, označování příznaků osobními jmény, která většina posluchačů nikdy neslyšela, zasypávání auditoria nepodstatnými informacemi, či dovolávání se autorit.

Omezme také co nejvíce podrobnosti (např. detaily o použitých metodách a zbytečné kvantitativní údaje), které posluchači stejně nestačí postihnout, a které odvádějí jejich pozornost od hlavní informace.

6. Maximální péči bychom měli věnovat logické stavbě přednášky. Je vhodné vypracovat si osnovu sdělení (jako u psané publikace) a dodržet ji. Sdělení se má vyvíjet v logických, srozumitelných a pochopitelných stupních a musí být maximálně informativní. V auditoriu má být udržováno určité napětí. Po předložení výsledků (např. výsledků výzkumu) má autor stručně zopakovat jádro přednášky, aby kompenzoval chvilky prchavé nepozornosti posluchačů.

Je třeba si předem uvědomit, že přednáška v žádném případě nesmí být odříkáním textu, určeného k publikaci! Mezi přednášeným a tištěným slovem je velký rozdíl. Při přednášce musí posluchač porozumět jádru sdělení již při prvním popisu.

Posluchač nemá při přednášce možnost - jako u tištěného slova - vracet se zpět k již přečtenému textu a v něm si ověřovat, zda všemu dobře rozuměl ...

V přednášce nesmíme posluchače zavalit lavinou detailů, on je prostě nestačí vnímat. Detaily je třeba šetřit a zdůrazňovat hlavně podstatu problému.

Už když připravujeme přednášku, máme hledět na to, aby naše sdělení posluchače zaujalo. Je účinnější některé důležité věty zopakovat, než ukazovat přemíru obrázků; můžeme se poučit např. od autorů televizních reklam, kteří předvedou divákům určitý výrobek, přesvědčí je o jeho vysoké kvalitě a navnadí je k jeho koupi, a to vše za 30 vteřin. Jejich tajemství spočívá ve vhodné kombinaci obrazu a zvuku.

7. Je třeba, aby autor již předem předvídal možné dotazy a snažil se již předem na ně odpovědět. Teoreticky vzato - ve zcela ideálním případě by nemělo být dotazů.

8. Základním předpokladem úspěchu přednášky je samozřejmě pečlivé zpracování tématu a věrohodná dokumentace. Předpokládáme-li téma nezvyklé, nečekané nebo na základě dosavadní úrovně znalostí málo uvěřitelné, je absolutně nutná mimořádně pečlivá, názorná a věrohodná dokumentace.

Forma přednášky

Řečnický syndrom

Všechny až dosud uvedené poznámky se týkaly zejména obsahu přednášky. Existuje však další ze „smrtných hříhů“, který se týká její formy; spočívá v nevhodném způsobu samotného přednesu našich sdělení. Nazývá se řečnický syndrom.

Řečnický syndrom (ŘS) se netýká hodnot myšlenek, které sdělujeme posluchačům, ale zejména způsobu, jak je předáváme.

1. První součástí ŘS je skutečnost, že řečník mluví tiše, nestará se o posluchače a proto také neví, zda ho posluchači slyší a zda mu vůbec rozumějí.

Je proto vhodné, aby méně zkušený přednášející si na každou stránku textu vepsal červeně „Hlasitě!“ nebo „Na mikrofon!“

2. Druhou chybou řečníka je to, že je přikován k textu, nehledí na čas a ani technickými ani jinými okolnostmi se nedá oddálit ani o krok od svého cíle, tj. dočíst za všech okolností text do konce, bez ohledu na posluchače.

3. Další, třetí chybou řečníka je **nulový kontakt s posluchači**. Mluví-li přednášející tiše a je navíc zcela připoután k textu rukopisu, velmi rychle **ztrácí kontakt** s posluchači; tím se jeho úsilí pomalu, ale jistě mívá účinkem.

Musí tedy mluvit **hlasitě, vyslovovat zřetelně a slova nechrlit**. Přesná výslovnost také zabrání záměně blízkých slov. Důležité je i **zdůraznění slov** přinášejících něco nového, i celý **rytmus řeči**. Řeč má být prokládána **pauzami**, aby posluchač stačil vnímat věty, ovšem přestávky nesmějí narušit její obsahovou plynulost a změnit ji v těžko pochopitelnou tříšť.

Posluchači hovorovou řeč vnímají snadno, ovšem za předpokladu, že každé slovo dobře slyší. Přijetí přednášky auditoriem tedy závisí kromě obsahu i na **akustice a zvukových zařízeních sálu** a na **řečnické dovednosti** mluvčího.

Máme-li k dispozici mikrofon, mluvmu do něho; musíme-li se obrátit např. k promítací ploše a tudíž se odvrátit od pevného mikrofonu, zvýšme hlas.

4. Další negativní vlastností, kterou dovede vytvořit těžko překonatelnou bariéru mezi řečníkem a auditoriem, je **přehnaná plachost řečníka**. Takový přednášející se pozná snadno: hledí mimo publikum, nejraději z okna, do stropu nebo do podlahy, jindy hledá útočiště mezi řádky textu. Je to proto, že se bojí nesouhlasu ve tvářích svých posluchačů. Nejhorší pro něho je, zahledne-li na tváři posluchačů sarkastický úsměv: to je zcela ideální prostředek k blokování činnosti jeho mozkových ganglií.

Osvědčeným prostředkem proti třemě je dívat se přímo do tváří posluchačů a snažit se navázat s nimi přímý kontakt. Je vhodné vyhledat dvojici očí a mluvit k nim, pak přenést pohled na jiného posluchače atd.

Dobry řečník se chová uvolněně, neupadá do hereckých gest. Měl by vystupovat skromně, ne však přehnaně plaše.

Častým nešvarem řečníků - zejména začínajících - je **ruka ležerně zastrčená v kapse**; je pozoruhodné, jak tato okolnost ruší, vzbuzuje nevoli a jak odpoutává pozornost od obsahu přednášky.

5. Další součástí řečnického syndromu je **nesrozumitelnost**, která se může týkat jak **přednesu**, tak **obsahu** sdělení. Nesrozumitelnost je obvykle následkem plachosti řečníka. Má-li přednášející třemu, je vhodné, aby se několik úvodních vět naučil z paměti a tak překonal počáteční vzrušení. Vyžaduje-li to akustika sálu, je třeba neustále mluvit do mikrofonu a nemumat. Lze tolerovat drobnou gramatickou chybu nebo přeréknutí. Není to žádná tragédie, může se přihodit každému a nemělo by to přednášejícího vyvést z míry. Pozor: neobvyklé termíny a zkratky dokáží znehodnotit i jinak dobrou přednášku. Definice těchto terminů - sdělená na počátku přednášky - zpravidla mnoho nepomůže, protože někdo ji neslyší, další zapomene nebo ji poplete.

6. Součástí ŘS bývá dále i **rozvlácnost**. Autor nemá nikdy přednášet bez konceptu. Zná-li dobře své téma, stačí mít po ruce klíčová hesla, k nimž má připřísán i čas, který příslušné kapitole lze věnovat. Není nutné mít doslovný text, nepovažuje-li to autor pro sebe za potřebné. Žádný text není univerzální pro všechny skupiny posluchačů. Také bychom se neměli pokoušet dělat dojem citací autorů - citace jsou nutné v tisku, zato v přednášce mohou nadměrné citace působit velmi rušivě. Kdo citovanou práci zná, nepotřebuje její citaci, kdo ji nezná, stejně ji nemůže v daném okamžiku použít.

7. Hrubou chybou je další součást ŘS - **malá péče o jazyk**. Používání spisovného jazyka je „conditio sine qua non“. Je také třeba mluvit jazykem, kterému posluchači rozumějí. Jazykové prostředky mají odpovídat jak věcné stránce textu, tak vzdělanostní úrovni posluchačů. Výrazová nesrozumitelnost není vůbec zárukou vědeckosti, ale toho, že autor projevu není schopen mluvit lidsky. Slohová prostota totiž neznamená slohovou chudobu, naopak představuje vysoký cit a kultivovanost.

Je třeba se vyhýbat vžitým obrátům a klíšé např. typu „nasadili jsme antibiotika“ místo „ordinovali jsme antibiotika“, „provedli jsme trepanaci“ místo „prostě“, „trepanovali jsme“, „provedli jsme vyšetření“ místo „jedenoduchého“, „vyšetřili jsme“ atd.

Velkou chybou je také užívání neúměrně dlouhých vět; platí zásada, že **mluvená věta by neměla mít více než 20 slov**. Je-li delší, posluchač si jen těžko vybavuje, co autor říkal na jejím začátku.

Zkušený autor také běžně nahlíží do *Pravidel českého pravopisu* nebo - v případě cizojazyčné přednášky - vyhledá pomoc jazykového odborníka.

8. Mezi chyby přednesu patří také různé **zlovyky a manýry** - tj. grimasy, škubání ústy, přehnaná divadelní gesta, exaltovaný způsob přednesu, časté užívání některých slov a frází („prostě“, „normálně“), nasazování a sejímání brýlí při každé nové větě, zbytečné listování v rukopisu přednášky. Zvuky typu „...ééé ... ééé...ééé“ za každým slovem nebo větou dokáží zcela spolehlivě během několika minut přednesu znechutit auditorium natolik, že přestane vnímat obsah přednášky a netrpělivě čeká na konec nedůstojného přednesu.

Zlovyky často pramení z třemy a plachosti. Pro některé přednášející bývá vykoupením začátek promítání; zlovyky pak obvykle mizí, protože tma chrání řečníka před pátravými zraky publika; řečník se pak konečně uvolní a začne se chovat přirozeněji.

Do skupiny rétorů se zlovyky patří i **tzv. zběsilý řečník**, který chrlí lavinu slov, v níž je zpravidla málo obsahu a hodně řečnické vaty. Jiným typem je **řečník agresivní**; ten nutí poslouchat své posluchače, aby vylechl jeho zlostné útoky a invektivy na jiné osoby a autory; naopak **defenzivní řečník** neustále zdůrazňuje v něčem svoji prioritu a zdůrazňuje význam i nejmenších svých pozorování a náleží.

9. Spíš úsměv než obdiv budí také **tzv. řeč z kazatelny**. Taková řeč má sice vzbuzovat vážnost a úctu, nutí přijímat autorovy myšlenky bez výhrad a kritické analýzy, ale dosáhne pravého opaku. Přednášející by měl záměrně bojovat proti tomu, aby ho posluchači vnímali jako modlu. Posluchač nesmí

mít pocit, že mu autor své myšlenky a názory vnucuje, naopak má mít pocit, že byl předloženými argumenty přesvědčen.

Chybou je také **tzv. řečnění dolů ke kolegům**. Známe to asi všichni ze začátku 90. let minulého století, kdy do naší země jezdili někteří zahraniční kolegové a - obrazně řečeno - nás učili, jak se má držet zubní kartáček a k čemu vlastně slouží.

Přednášející má předpokládat, že v publiku sedí posluchač nebo posluchači, kteří jsou odborně a technicky zdatní stejně jako on. Nikdy nemá dávat najevo svou jakoukoliv superioritu. Nikdy nemá mluvit povyšně, mentorským tónem: vyvolá nutně nelibost posluchačů a takový tón naladí posluchače nepřátelsky proti autorovi. Přiměřená skromnost při vystoupení působí mnohem lépe než přezíravost a sebechvála.

10. Vzácně může být na závalu i **mimořádná řečnická schopnost** autora. Elegance přednesu a bezvadná dikce pak strhnou pozornost posluchačů natolik, že spíše než obsah přednášky vnímají zejména její formu.

Není nutné se přednášku naučit nazpaměť, není nutné mít ani příliš podrobné poznámky. Je ale nutné mít schopnost vnímat reakce publika, umět včas a správně reagovat na dotazy v diskusi. Je vhodné navázat s posluchači přátelský, neformální vztah a vytvořit nenucenou atmosféru.

Poznámka: Někteří autoři rádi zařazují do své přednášky **humor**. Pokud to umějí, mohou jen získat, pokud se jim to nedaří, jejich snaha může vyznít násilně.

Jsou autoři, kteří používají k udržení pozornosti posluchačů i různé **triky**. Například usínající publikum, sledující nudné tabulky a grafy, náhle ožije při zařazení diapozitivu krásné modelky v monokínách; následující rychlá omluva přednášejícího, že jde o „nedopatření“, spíše jen zvýší pozornost publika, které čeká, zda se „nedopatření“ nebude opakovat. Ale je třeba dobře rozlišovat, kdy a na jakém zasedání lze trik tohoto typu použít. (Pokračování)

Prof. MUDr. Jan Kilián, DrSc.
Stomatologická klinika LF UK a FN Plzeň

Redakční poznámka:

V roce 2007 vyšla v časopisu LKS-Časopis České stomatologické komory publikace prof. MUDr. Jana Kiliána, DrSc. z plzeňské Lékařské fakulty UK s názvem „Jak (ne)přednášet“; publikovaná problematika se týká nejen lékařských, ale prakticky všech vědních oborů, proto s autorovým svolením otiskujeme jeho práci i ve *Facultas nostra*.

VĚDECKÁ RADA LF UK V PLZNI DNE 11. 12. 2008

V úvodu zasedání odezněla habilitační přednáška **MUDr. Pavla Michálka, Ph.D.**, specialisty anesteziologa v Area Hospital Antrim, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, v oboru Anesteziologie a resuscitace **“Léčba bolesti pomocí radiofrekvenčního proudu”**.

VR dále schválila nová témata DSP pro akademický rok 2009/2010:

STUDIJNÍ PROGRAM:

ANATOMIE, HISTOLOGIE A EMBRYOLOGIE: prezenční forma

1. Studium morfolgie a regulačních mechanismů ovariální tkáně za použití in vitro modelů

Školitelka: doc. MUDr. Milena Králíčková, Ph.D.
Způsob financování: z probíhajícího grantu IGA MZd NR/9135-3, na jaře 2009 plánované podání projektu GA ČR pro roky 2010-2012

kombinovaná forma

1. Morfologie aneurysmatu abdominální aorty

Školitel: prof. MUDr. Jiří Valenta, DrSc.
Financování: z navrhovaného projektu FAD (Fighting Aneurysmal Diseases) (hl. řešitel prof. Třeška) v rámci 7. Rámcového programu a z navrhovaného projektu MŠ č.7590

BIOCHEMIE A PATOBIOCHEMIE:

kombinovaná forma

1. Markery akutního selhání ledvin

Školitel: prof. MUDr. Jaroslav Racek, DrSc.
Financování: Výzkumný záměr MSM 0021620819

DERMATOVENEROLOGIE:

kombinovaná forma

1. Vliv lokální léčby kortikosteroidy u dětí s těžkou formou atopické dermatitidy na kostní densitu, růstovou rychlost a nástup dospívání

Školitel: prof. MUDr. Milan Bayer, CSc.

Financování: Bude podán grant

FYZIOLOGIE A PATOLOGICKÁ FYZIOLOGIE:

prezenční forma

1. Zdroje a funkce extraneuronálních katecholaminů v kardiovaskulárním systému

Školitelka: MUDr. Jitka Kuncová, Ph.D.

Financování: VZ MSM 021620819

2. Elektrofyziologie myokardu ve zdraví a nemoci

Školitel: doc. MUDr. Milan Štengl, Ph.D.

Financování: VZ MSM 021620819

3. Elektrofyziologické projevy normálního a neurodefektního mozku v různých podmínkách

Školitel: MUDr. Jan Barcal, Ph.D.

Financování: VZ MSM 6094, COST 8066, COST (J. Barcal) – v soutěži na r. 2009 – 20012

GYNEKOLOGIE A PORODNICTVÍ:

prezenční forma

1. Tkáňové prognostické faktory a mutace v klíčových genech onkogeneze ovariálních zhoubných tumorů. Genomozistence/chemosenzitivita ovariálních zhoubných tumorů a faktory ji ovlivňující

Školitel: MUDr. Jiří Bouda, Ph.D.

Financování: IGA MZd NR/9135-3, na jaře 2009 plánované podání projektu ke GA ČR pro roky 2010-2012

2. Změny mikrocirkulace u fyziologické a rizikové gravidity

Školitel: doc. MUDr. Zdeněk Rokyta, CSc.

Financování: VZ 21620814 – Prevence, diagnostika a terapie diabetu mellitu a endokrinních postižení organismu

kombinovaná forma

1. Imunologické faktory spojené se sníženou mužskou fertilitou

Školitel: prof. MUDr. Zdeňka Ulčová-Gallová, DrSc.
Financování: Nebudou požadovány žádné finanční nároky od LF a bude podán grant

2. Imunologický riziková žena a její dítě

Školitel: prof. MUDr. Zdeňka Ulčová-Gallová, DrSc.
Financování: Nebudou požadovány žádné finanční nároky od LF a bude podán grant

CHIRURGIE:

prezenční forma:

1. Biomarkery a biomechanika v etiopatogenezi aneurysmatu abdominální aorty

Školitel: prof. MUDr. Vladislav Třeška, DrSc.

Financování: 7. RP

2. Možnosti ovlivnění regenerace jaterního parenchymu u nemocných s jaterními nádory a nízkým zbytkovým objemem jater

Školitel: prof. MUDr. Vladislav Třeška, DrSc.

Financování: IGA MZ

kombinovaná forma:

1. Nalezení prognostických faktorů u karcinomu prsu na základě stanovení de novo vzniklých mutací (SNP-single nucleotide polymorphisms) v nádorové tkáni

Školitel: doc. MUDr. Jindřich Finek, Ph.D.

Financování: Bude podán grant IGA MZ

2. Záchovné operace u nádorů ledvin

Školitel: doc. MUDr. Milan Hora, Ph.D.

Financování: Specifický výzkum LF UK, VZ MSM 0021620819, bude podán grant IGA MZ

3. Vliv typu rekonstrukce prsu na relaps nádorového onemocnění

Školitel: as. MUDr. Josef Vodička, Ph.D.

Financování: Podán grant IGA MZ

LÉKAŘSKÁ FARMAKOLOGIE:

prezenční forma

1. Interakce přírodních antioxidantních látek s xenobiotiky in vivo

Školitel: prof. MUDr. Vladislav Eybl, DrSc.

Financování: Výzkumný záměr LF

LÉKAŘSKÁ MIKROBIOLOGIE:

prezenční forma

1. Úloha buněčné stěny v rezistenci gramnegativních bakterií k beta-laktamovým antibiotikům a polymyxinům

Školitel: Ing. Jaroslav Hrabák, Ph.D.

Financování: Grant MŠMT 2E08003, podán grant u GA UK, Výzkumný záměr LF

kombinovaná forma

1. Diagnostika precitlivlosti a její význam u atopického ekzému

Školitel: doc. MUDr. Petr Panzner, CSc.

Financování: VZ MSM0021620812, podán grant **NEUROLOGIE, PSYCHIATRIE:**

Prezenční nebo kombinovaná forma

1. Demyelinizační onemocnění nervového systému - moderní diagnostické a léčebné postupy

Školitel: prof. MUDr. Zdeněk Ambler, DrSc.

Financování: VZ 3. LF UK v Praze, MŠM 0021620816

2. Cévní příhody mozkové, moderní diagnostika, terapie a sekundární prevence iktů

Školitel: prof. MUDr. Zdeněk Ambler, DrSc.

Financování: VZ 3. LF UK v Praze, MŠM 0021620816

kombinovaná forma

1. Deprese u somaticky nemocných

Školitel: doc. MUDr. Jiří Beran, CSc.

Financování: Nebudou požadovány žádné finanční nároky od LF

PATOLOGIE:

kombinovaná forma

1. Monitorování minimální reziduální nemoci u hematologických malignit

Školitelka: prof. MUDr. Alena Skálová, CSc.

Financování: Z jiných zdrojů, nebudou požadovány žádné finanční nároky od LF

2. Genetické změny adnexálních nádorů kůže

Školitel: doc. MUDr. Dmitry Kazakov, Ph.D.

Financování: Počítá se s participací na grantu IGA MZ, nebudou požadovány žádné finanční nároky od LF

3. Stanovení vybraných molekulárně genetických markerů a jejich význam pro prognózu high grade karcinomu slinných žláz

Školitelka: prof. MUDr. Alena Skálová, CSc.

Financování: Počítá se s participací na grantu IGA MZ, nebudou požadovány žádné finanční nároky od LF

PEDIATRIE:

prezenční forma

1. Nekonvenční postupy a režimy umělé plicní ventilace v léčbě kriticky nemocných dětí

Školitel: doc. MUDr. Jiří Kobr, Ph.D.

Financování: VZ MSM 0021620819-6096

STOMATOLOGIE:

kombinovaná forma

1 Vliv stomatologických materiálů na biochemické vlastnosti sliny

Školitel: Ing. Václav Babuška, Ph.D.

Financování: Bude podán grant, vzhledem k předpokládaným relativně nižším nákladům by zpo-

čátku byl výzkum financován z provozních prostředků

VNITŘNÍ NEMOCI:

prezenční forma

1. Úloha cytokinů a růstových faktorů v regeneraci jaterní tkáně

Školitel: prof. MUDr. Ondřej Topolčan, CSc.

Financování: IGA MZ

2. Náhrada a podpora funkce orgánů v šokových stavech

Školitel: doc. MUDr. Martin Matějovič, Ph.D.

Financování: VZ 6096

3. Proteomika akutního a chronického selhání funkce ledvin

Školitel: doc. MUDr. Martin Matějovič, Ph.D.

Financování: VZ 6096

4. Změny mikrocirkulace u pacientů s diabetem

Školitel: prof. MUDr. Zdeněk Rušavý, Ph.D.

Financování: VZ 21620814 – Prevence, diagnostika a terapie diabetu mellitu a endokrinních postižení organismu

5. Akutní koronární syndrom

Školitel: doc. MUDr. Richard Rokyta, Ph.D.

Financování: KARDIOVASKULÁRNÍ VÝKUMNÝ ZÁMĚR UK V PRAZE č. MSM0021620817 „Invasivní přístupy k záchraně a regeneraci myokardu“

6. Vlastnosti tepenného řečiště a regulace krevního tlaku v populačním materiálu a na zvířecím modelu

Školitel: prof. MUDr. Jan Filipovský, CSc.

Financování: Projekt HYPERGENES 7. rámcového programu EU

prezenční nebo kombinovaná forma

1. Některé aspekty epigenetiky nemalobuněčného bronchogenního karcinomu

Školitel: prof. MUDr. Miloš Pešek, CSc.

Financování: IGA MZ

2. Použití VRI (vibration response imaging) v klinické praxi

Školitel: prof. MUDr. Miloš Pešek, CSc.

Financování: IGA MZ

3. Poruchy plicní a srdeční regulace u chronických kardiovaskulárních onemocnění.

Školitel: prof. MUDr. Jan Filipovský, CSc.

Financování: 6. a 7. RP EU

4. Sledování úrovně primární a sekundární prevence vaskulárních chorob v klinické praxi

Školitel: doc. MUDr. Otto Mayer Jr., CSc.

Financování: IGA MZ

5. Biologické a genetické prediktory vlastností cévní stěny

Školitel: doc. MUDr. Otto Mayer Jr., CSc.

Financování: IGA MZ

kombinovaná forma

1. Idiopatické střevní záněty a těhotenství

Školitel: doc. MUDr. Martin Matějovič, Ph.D.

Financování: VZ 6096

2. Dietoterapie gestačního diabetu

Školitel: prof. MUDr. Zdeněk Rušavý, Ph.D.

Financování: VZ 21620814 - Prevence, diagnostika a terapie diabetu mellitu a endokrinních postižení organismu

3. Prognostické faktory ovlivňující výsledek alogenní transplantace krevtvočných buněk u pacientů s akutní myeloidní leukémií

Školitel: MUDr. Luboš Holubec, Ph.D.

Financování: IGA MZ ČR NR9481-3

4. Optimalizace diagnostických a terapeutických postupů u intravenózních uživatelů návykových látek s chronickými hepatitidami

Školitel: doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.

Financování: Nebudou požadovány žádné finanční nároky od LF

5. Optimalizace vakcinačních strategií u osob HIV pozitivních

Školitel: doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.

Financování: Nebudou požadovány žádné finanční nároky od LF

(H. Ř.)

SUMMER PRACTICE IN POZNAN, POLAND IN AUGUST 2008

spent my summer practice in Poznan, Poland during the month of August. I took the train from Prague to Krakow and from there to Poznan. Polish trains are generally in poorer condition and not so well organized as in the Czech Republic. However, Polish people are friendly and hearty drinkers which made for a lively six hour journey from Krakow to Poznan.

After arriving to Poznan, I was greeted by a friendly local exchange officer. I was placed at a modern haematology/oncology clinic which had recently been modernized by EU funds. It was the part of the Poznan Medical University Hospital located on "Ulice Szamarzewskiego".

The head of the department was friendly and enthusiastic during the rounds, but his junior doctors were not. Why...it's up to speculation. However, I met several Czech students taking an Oncology course in which there were other students throughout Europe attending. They received much more attention and it was a serious program with seminars, projects, and bedside teaching. This program is a funded one and I suppose that since money was involved then they had to teach them.

I, on the other hand, was on an IMFSA exchange and in such exchanges I believe that doctors are giving their time voluntarily - well maybe not so voluntarily. But the result is clear...some doctors may have felt resentful and Polish doctors are definitely resentful of the amount of unpaid paper work they must do. While I sympathize with their plight, it didn't do me any good for my professional development nor did I leave Poland with a good impression of their country. There were approximately twenty foreign students involved in the IMFSA exchange: Spain, Greece, Macedonia, Turkey, Ukraine, Italy, and Egypt. On average, I spent two hours during the morning at the hospital. The rest of the day was free for exploring and socializing.

Several students mentioned having a very good experience. They were in Orthopedics and Surgery. To compare with the Czech Republic would be difficult, but my overall impression of the Czech medical system is much higher than that of the Polish.

I had expected Poland to be very similar to the Czech Republic due to its proximity and its Slavic language. However, Czechs and Poles are quite different.

During our stay in Poznan we were placed at a student residence. It was a typical student residence not unlike what we have in Plzen. Regarding some local food specialties - I had the opportunity to taste „pirogos“ and „zapiekanki“ (not sure about the spelling). Turkish Gyros stands can be found everywhere and they seem to be more popular than McDonald's. During our leisure time we went on a number of trips to other cities, but spent most of our time exploring local pubs and bars and trying to get a feel of the local scene. Our trip to the Baltic Sea was definitely memorable. Gdansk is a wonderful city. It had been my lifelong dream to go to Danzig (German name) due to historical significance. Only on the second day did I realize that I was in Danzig (now Gdansk)! It was cold and rainy, but that didn't stop us from walking around in a plastic sheet and going on a pirate ship to visit the place where World War II officially began. What recommendation could I give to other future students coming to the same destination? Well, overall, it was a great experience. I met friendly people and it was a great cultural learning experience. My advice for anyone interested training at the hematology/oncology clinic in Poznan is not to go through the IMFSA, but through the funded Oncology program. That way you can mix in fun and pleasure with learning.

Khalid

MY PRACTICE EXPERIENCE IN TAIWAN, AUGUST 2008

I have been in the National Taiwan University Hospital in Taiwan, Taipei City in the Otolaryngology department since the 2nd of August. I was supposed to stay till the 31st of August, but unfortunately I left already on the 7th, which I will explain later.

So I left on the 1st of August the Frankfurt Airport with China Airlines, my flight took me 13 hours and I arrived the next day in Taipei Airport. The flight was really nice despite I don't like to fly. My contact persons, who picked me up at the airport, were really good organized and they picked me up on time and brought me by bus to Taipei city.

Because I arrived on a Saturday I didn't see the hospital first, but I got to see the city with my contact persons. It was just a pity that they were not really prepared in that point of view, and I had to be the one that had to choose things to see. We went to the National museum of Taiwan and to the night market, which I would say are really worth-full things to see. I also went to the highest building (still the highest in the world) the 101 building, that was an "unforgettable" thing, to see such a city from the top. I also experienced already the first evening a typical Chinese food, which is not difficult to find because everywhere there are offers of Asian food. In gen-

eral the only "European restaurants" that I could find were Mc Donald's and KFC. I liked to experience that kind of food, there were things I really liked but as in any cuisine we can find things we don't like as I didn't like the national meal of Taiwan.

My accommodation was really near the hospital, like 5 min to walk. It was a hostel where I just met Chinese people. The room was a 2 bed room with its own bathroom and air-conditioner, which was a need, because of the humid air there. In general like a really nice hotel room.

I was supposed to live with another exchange student, a Japanese girl. Unfortunately she was arriving just a week after me, when I already gave up my stay. She was the only exchange student that was coming in August, all of the others were there in July. This was one of the reasons why I canceled my stay. I felt really lonely in a really different world and in a city with 12.000.000 inhabitants. It was a shock. And it was not just exchange students that were missing there, all the other Taiwanese students were leaving home for holidays and even my contact persons.

The hospital had 2 parts, a new and old part, both connected to each other. It was really clean and really similar to the ones in Czech Republic

in the divisions of wards. I thought I might experience some traditional Chinese medicine, but this hospital didn't support that kind. I chose the Otolaryngology department, because I didn't have so many other choices.

I was accepted really professionally, that means the first day all the hospital was shown to me and I was introduced to all doctors working in the department. I even had to introduce my country and myself with a short presentation. I had one doctor taking care of my stay there and he really planned my schedule. I was supposed to experience the stay there in different ways: surgeries, general examination, planning of surgeries, visiting patients.

In general I really liked that way, but for my practical point of view it didn't help me a lot, because the biggest problem was communication between me and patients, I actually didn't get any contact with them. The big difference from Czech Republic was the amount of patients during examination, there is a really small space for privacy for the patient. I experienced examination of two patients next to each other by two young doctors. I am mentioning the young doctors, because in general examination the first evaluation is done by them and then the patient has to continue to another examination by the older senior doctor. All of this is happening in one big examination room separated just by small walls, tall like my shoulders. All the examination goes really quickly and as I said there was almost no time for me to experience something despite that the most of the doctors speak really good English.

As said already I could experience surgeries. They were really interesting but from practical point of view not useful at all. A big difference was the scrub in to the ORs. They were not so strict as in Czech Republic. An example is of not using operation shoes, but just coverings for normal shoes that we were wearing during the whole time in the hospital.

About dressing in the hospital it is quiet "funny". They really pay attention how to dress there. We were supposed to be dressed formally under our lab-coats, no jeans for example, and also my lab-coat that I brought with me was too long, because such lab-coats are just used by the senior doctors. Young doctors and students are supposed to wear just white shirts, or short lab-coats.

I got a lot of free time, but as already said there was almost no one to experience the city with. I asked for contacts to other students or for sports facilities, but I didn't really get anything, so I mostly spent my time in my hostel, surfing on internet. I had my own laptop with me, and there was wireless connection.

And now? If you would ask me if I regret being there or if you should go there, I would answer really simply: be prepared to where you go. I mean be sure you really want to experience such a culture. In general I think my only problem was that I went with a lot of expectations to experience a lot, but then I ended up alone there. I was not prepared for that because the emails I got before I went were addressed to many students. So I created a lot of hopes to experience not just a really different practice in the hospital, but also a really different country with a lot of people from all the world. I'm a person that likes company and people around me and my experience was totally different. Maybe it was the jetlag or the loneliness or just too much expectance. I don't regret being there. I also don't regret going home so early, it was not a world for me, but it is not said that it is not for you, if you want to go there. I spoke with 2 students from our faculty before I went and they really liked the stay in Taiwan. If you decide or you have decided to go I wish you a good stay and a much better time then I had.

Theresa Meindl

BÝTI LÉKAŘEM

Máme rok 2008. Někdy slýcháváme, že v české historii roky zakončené osmičkou často bývaly roky revolučními, roky, kdy proběhly významné změny, které ovlivnily další život v naší zemi. Zdá se, že letošní rok nebude výjimkou.

Dvě ze změn, které lidé často vnímají jako zásadní jsou od letošního roku regulační poplatky u lékařů a změna ve vyplácení (či vlastně nevyplácení) nemocenské v prvních třech dnech nemoci.

Není divu, že následující změny mohly být bohatou inspirací pro kreativní a vševědoucí žurnalisty, kteří logickou dedukcí mohli vyvodit několik závěrů v podobě tučných titulků: *Očekává se vyšší zájem o studium lékařství. Zdravotníci si výrazně polepší. Býti lékařem se začne velmi vyplácet.*

Bulvár by se mohl obout do ostřejších formulací: *Lidé, nemarodte, aplatě! Aplatě ještě víc, jestli marodit chcete! Za lékaře budeme platit dvakrát.* A když se do problematiky vnoří naše nejmocnější médium - televize - český občan si asi vskutku neodpustí zanádat si na poměry, které u nás v současnosti vládnou. Bohužel, noviny čtou i naši bývalí spolužáci z gymnázia, a tak se není čemu divit, že se do nás - lékařů - na třídním srazu pořádně obují.

„To jste na tom, vy doktorí, opravdu tak špatně, že ještě musíte od lidí vybírat po třiceti korunách?“

Ríká v restauraci na onom fiktivním srazu bývalých gymnaziálních spolužáků právník Jaroslav Rýpal, člověk trpící obezitou a dnou, který zrovna týž den navštívil lékaře. O tom, že za konzultaci právního problému si účtuje od nebohé, rozvádějící se mladé ženy se dvěma dětmi 500 Kč za půl hodiny, se nezmiňuje. Inu, Borovského epigram *Co sám nerad, nečů jiněmu, pravil kantor žáku kdesi, trháje ho za pačesy* myslím situaci vcelku dobře vystihuje, avšak zmiňovaný právník jej evidentně nezná, či jej nepochopil anebo zkrátka pochopit nechtěl. Asi by bylo na místě s úsměvem jeho kauzu, již se smíchem a v podnapilém stavu bezostyšně a navíc velmi hlasitě líčil v téže hospodě minulý týden s úsměvem připomenout a zeptat se jej starostlivě, jestli regulační poplatek náhodou nezruinoval jeho rozpočet ...

Pokud se na stejnou věc, ve stejném lokále a na stejné akci zeptá s úsměvem ve tváři, lišáckým výrazem v obličejí a s intonací značící nadhled, náš známý dobrosrdečný šprýmař, výborný kamarád, vtipný intelektuál ve státních službách, rodák z naší vesnice, František Dobrota, vyhodnotíme celou situaci asi poněkud jinak a jeho rozšafný přístup k životu odměníme následujícími tezími:

Ano, to je velmi příjemný bonus, Fando. To doktor hned zapomena na letité útrapy a odříkání spojené se studiem, přivře rád oči nad časem stráveným ve špitále při nočních službách a vítá odpovědnost za stav pacientů svěřených do své péče. S adrenalinem, který prožívá sázkaři při tipování nejistého výsledku, se pouští do riskantních operací, aby pacientovi zachránil život a v případě neúspěchu získal alespoň cenu útěchy v podobě vyhraného soudního sporu při neprokázání zanedbání péče! A rád za to, třeba tady Jardovi Rýpalu, zaplatí.

Přejme, ať již nám lékařům vykonávajícím praxi, aby s takovouto dávkou humorného sarkasmu byli schopni odvracet ataky nezasevěných, ale přece jen inteligence zcela nepozbyvších spoluobčanů, kteří budou říkat: „Jo, vám

doktorům je hej!“ Tito lidé snad naši interpretaci pochopí a nad sklenkou dobrého moku se třeba všemu od srdce zasmějeme.

Náš smích bude poněkud trpčí, pokud nám onen obtlouštělý právník Rýpal odvětlí: „A co byste chtěli? Vždyt dělat doktora je snad poslání, ne? A ta troška zodpovědnosti? Ta k tomu snad patří! Vždyt jste za to dobře zaplacený. Já vím svý!“ Inu, pro něho je přece celý život jeden velký byznys... A byznys dnes vládne světem. Takže má vlastně svoji pravdu.

Nyní ale gymnaziální spolužáci narazili na jiný problém, problém, kdy už se tolik nezasmějeme, neboť již nejde brát s takovým nadhledem jako třicetikorunový poplatek.

Jde totiž o argumenty, které se zakládají na pravdě a jsou v podstatě logické. Týkají se onoho druhého bodu, který jsem v úvodu zmínila, a sice o novele ve vyplácení nemocenské. Jsou to útoky na zdravotnictví typu „Lidé, platte!“

My, lékaři totiž nemáme ekonomické vzdělání, a tak v tomto případě mohou pádné argumenty poněkud váznout. Co třeba říct kamarádu, elektroinženýru Petrovi, který před vámi zmínil tento svůj problém: *„Podívej, doktoro, celý život pracuju a nikdy jsem nebyl marod. Celý život si platím zdravotní pojištění. Teď jsem byl na vyšetření a nechali si mě na dva dny v nemocnici. Prý na pozorování. Nic však nevyzpozorovali, žádnou léčbu mi nepředepsali. Což o to, byl jsem rád, že jsem zdrav. Pravda je však taky ta, že jsem přišel o 4000 korun v práci. A stát mi na nemocenské nevyplatí ani korunu! A pobyt v nemocnici jsem pochopitelně musel zaplatit.“*

Inu pro sebe si řeknu: Že já jsem sem dneska chodila! Objasňovat nebo obhajovat tuto novinku v zákoně o zdravotním pojištění by však asi po lékařích nikdo neměl chtít. Přesto se ale asi debatám na obdobné téma nevyhnu a vymlouvat se nemám ve zvyku ...

Asi bych začala tím, že nevím, jestli uspějí argumentace, které nám vštěpuje do hlavy naše vláda, tedy že jde o kroky namířené proti lidem, kteří zneužívali zdravotnické péče, chodili si k lékařům popovídat, nechtělo se jim do práce, a tak simulovali bolest hlavy či zad apod. A kvůli nim, že zkrátka musíme nést následky všichni. Jak z tohoto začarovaného kruhu ven, toť otázka. V naší zemi je, věřme, daleko více poctivých pracujících lidí, kteří lékařské péče nezneužívají a na současný systém doplácí.

Lékaři úde však jsou od toho, aby lidem pomáhali od poněkud odlišných útrap než od systému hrazení zdravotní péče. Ale jen pro úvahu: Zamysleli se někdy politici nad tím, že člověk jako tady Petr, který chodí celý život do práce bez absence a náhle potřebuje vyšetření, asi nesimuluje? A není zákon, který paušálně hází všechny lidi do stejného pytle, odbyty a nedokonalý? Výše platů našich zákonodárců by se přece měla odrážet i v kvalitě našich zákonů. Bylo by opravdu tolik problematické například evidovat nemocnost každého jednoho člověka zdravotními pojišťovnami? Co třeba, kdyby se regulační poplatky platily až poté, co občan ze svého zdravotního pojištění vyčerpá určitou částku, např. 15 % z toho, co v uplynulém roce zaplatil na zdravotním pojištění (když je nyní ta 15 % sazba v daňové sféře tak oblíbená)? Nebo pro zjednodušení paušálně 3 návštěvy lékaře zdarma a 7 dní nemoci ročně 100 % zaplacenou?

Nyní se rozpoutá mezi bývalými spolužáky vášnivá diskuze. Zdá se, že by ode mě, hlavně hoši, nečekali takové úvahy, byť jsou to jen laické, podrobně nepromyšlené, nápady politicky nezkušené mladé lékařky, které by jistě potřebovaly v mnohém dolažit. Shodujeme se však na tom, že by mohly být pro naše moudré, drahé (nebo jen drazé zaplacené?) zákonodárce v ledačems inspirující. Lékaři by opravdu jejich problémy se schodkem státního rozpočtu, krize ve zdravotnictví apod. řešit neměli a nemuseli.

I přesto, že spousta spolužáků kouří a téměř všichni popijíme pivo nebo víno, shodujeme se, že je v pořádku spotřební daň na látky, které poškozují lidské zdraví. Dokonce myslíme, že alkohol a cigarety by mohly být zatíženy ještě nějakou „zdravotní“ daní, která by náležela resortu zdravotnictví. Akorát právník Rýpal už neříká nic, neboť jsa těmito látkami vydatně zmožen, usnul ...

Po chvíli šprýmování na jeho adresu ještě začínám další riziko, které je dle mého názoru spjato se současným systémem ve zdravotnictví a které by se už příslušeno lékařům řešit více, a sice jeho důsledky na zdraví občanů.

Nejen lidé, kteří živí rodinu a na jejich pravidelném příjmu je bezprob-

lémový chod jejich domácnosti závislý, budou totiž zřejmě nemoci „přecházet“. V současné době asi málokterý člověk nemocný chřipkou navštíví lékaře. Pomineme-li skutečnosti, že se mu pracuje hůře a že může nakazit další spolupracovníky, pak bychom jistě neměli zapomínat na fakt možných trvalých následků. Pak by péče o takto postiženého člověka zdravotní pojišťovny stála přece ještě daleko více peněz... Ale to je zřejmě zatím ještě příliš brzy hodnotit. Spolužáci nyní chvilku diskutují, co by jim muselo být, aby navštívili lékaře. Přestože nejsou nijak chudí, shodují se, že by jejich stav musel být opravdu vážný.

Závěrem se do naší diskuze vmísí kolegyně – učitelka matematiky na základní škole, která přichází s návrhem, že když se platí u lékaře, stálo by za zvážení, jestli by žáci neměli platit paušální měsíční poplatek za školství. Tento problém se nám ale už vzhledem k pokročilé hodině řešit nechce, a tak ho raději necháváme na příště ...

Jitka Jiskrová

Práce vznikla v rámci výuky předmětu lékařská psychologie a komunikace s nemocným ve 3. ročníku všeobecného směru.

PÉČE O INFORMOVANOST PACIENTA

Medicína je obor, který denně přináší řadu poznatků a výrazně ovlivňuje úroveň a rozsahem svých znalostí kvalitu a délku lidských životů. Tento dynamický vývoj vnímá pozitivně každý z nás, každý z nás poznává na sobě i na svých blízkých, jak zranitelný je náš organizmus.

K nápravě stavu však není, jak by se na první pohled nabízel, potřebná jen odborná znalost a vyspělost v každém klinickém oboru medicíny. Velmi významný je i lidský kontakt s pacientem. Tuto oblast však vnímám ve zdravotnictví jako problémovou, stále podceňovanou a odsouvanou do pozadí. Její vliv je podceňován, v řadě případů je pacient téměř ignorován s odůvodněním, že na toto není ve sledu odborných posouzení a zákroků časový prostor, a pacient že by stejně podané informace správným způsobem nezpracoval. Přitom právě dobře zvládnutý dialog s nemocným ovlivní pozitivně celý další proces. Nezastoupí sice odborné znalosti a dovednosti, ale přispěje k příznivému dopadu jejich aplikace. A naopak.

Je jisté, že jde o náročnou záležitost ve všech směrech. Mnohdy je těžší navázat a udržovat kontakt s druhými než projít vědeckým výzkumem či seznamovat se průběžně s aktuálními poznatky. Toto platí v každém oboru. Mezilidské vztahy jsou náročnou kategorií, každý z nás musí o sobě něco vypovědět, vydat kus sebe a přibrat druhého, zabývat se jím. I přes tuto náročnost stojí za to se této oblasti věnovat. Pacient, který bude mít jasnou představu o důvodu i průběhu vyšetření či zákroku, bude lépe připraven vše zvládnout. Nebude vystaven nejistotě, která vytváří prostor pro dramatické představy, nebude prožívat strach z neznámého.

V kontaktu s pacientem je nutné mít jasný scénář. Za rozhodující považují tři faktory a to:

- kdo bude nemocného informovat
- v jaký čas bude informace poskytnuta
- jakou formou co do rozsahu i způsobu bude informace podána.

Pacienta, kterého čeká vyšetření nebo operační zákrok, by měl kontaktovat vždy jen jeden informující. Lékař, který zná skutečnosti. Pokud jsou informace přinášeny větším počtem zdravotníků, pak jsou sdělení dílčí, roztržitá a mohou být i nejednotná. Důsledkem je dezorientace a nutná nedůvěra pacienta.

Podstatné je správně načasovat dobu podání informace. Potřebné údaje by měly přicházet s předstihem, aby projednání proběhlo v klidu a pacient měl možnost informace strávit a zažít. Pokud bude docházet k prodlení, pak si pacient vytvoří vlastní představu na základě laických podání.

Nejdůležitější je způsob podání informace. Lékař musí při svolení postupu vycházet z osobnosti pacienta. Toto je nesmírně obtížné. O člověku může vypovídat jeho vzdělání, profese, momentální reakce. V každém případě je v čase a prostoru k dispozici minimum informací a proto jde vždy spíše o odhad. Ve vazbě na tento profil zvolí lékař rozsah i charakter informací. Někomu vyhoví spíše stručné podání, bez odborného výkladu. Jiný je schopen při kvalitním podání vnímat odbornou stránku věci. Některému pacientu je nejpříjemnější pouze sdělení problému, klidný přístup a možné povzbuzení.

Pokud nemocného čekají vyšetření nebo zákroky, které mají vést k uzdravení nebo alespoň stabilizaci zdravotního stavu, pak je situace zvládnutelná. Jde v podstatě o to, aby byl dotčené osobě poskytnut potřebný a jeho vnímání odpovídající výklad a tím se předešlo psychické zátěži. Je potřebné se na věc soustředit a mít o průběh zájem. Mnohem složitější a náročnější je vztah k pacientovi, kde je diagnostikováno nevyléčitelné onemocnění a není v možnostech současně lékařské vědy nemocnému pomoci. I v těchto případech má znát pacient svůj stav. Věc se týká nejvíce jeho samotného a nelze si představit, že právě on bude jediný, kdo o svém organizmu nic neví. Pokud se stávají případy, kdy ošetřující lékař o nálezů a negativním vývoji neinformuje, pak jistě nejde o lhostejnost a ignorování nemocného, ale o přirozenou nechuť a zábrany sdělovat druhým bezvýhodné situace. Jde o obavu z průběhu rozhovoru, ve kterém chybí nosné řešení a který může končit kolapsovým stavem dotčeného. V těchto pří-

padech totiž nemá uplatnění odbornost se svými logickými závěry, ale aby sdělení bylo šetrné, musí nastoupit lidskost, citovost, pochopení, sdílení. Již naši předkové vystižně tradovali, že konec není tak zlý jako čekání na něj. Umírání je stav beznaděje, člověk zde ještě je a při tom už se s ním nepočítá. Aby toto období bylo k důstojnému přežití, měl by mít nemocný při znalosti stavu věci alespoň malou kapku naděje. I vědecky nepodloženou. Třeba v té podobě, kdy lékař vysloví, že navzdory rigorózním závěrům medicíny existují situace, kdy se stav nemocného oproti předpokladům zlepší, kdy si pomůže příroda. I když se tak nestává a nestane, nemocný najde potřebný klid a jistě při nenaplnění nebude volat lékaře kodpovědnosti, nebude mu vytýkat chybný závěr. Alespoň ve většině takových případů všichni zúčastnění přistoupí na „hru“.

Informovanost pacienta je v případech umírajících nikoliv jen záležitostí dobrého plnění pracovních povinností, ale těžká zkouška ovládnání a projevu jak pacienta, tak lékaře.

Navázání a zvládnutí kontaktu je významné ve všech oblastech života. Hledání a nalézání společné řeči zatíží každého z nás. V medicíně má však mimořádný význam. Ze zkušenosti víme, že obtížné situace se více či méně zvládnou a vždy se nakonec stanou minulostí. Při poškození zdraví jsme však bezmocní, lékařský nález nám ve vteřině změní život, všechny plány i priority. Mnohem více spoléháme na pomoc a čím lépe jsme informováni a připraveni na lékařský postup, tím lépe spolupracujeme a usílí lékařů má své zasloužené výsledky. Navíc je zde již zmiňovaná lidská rovina. Každý z nás vnímá pozitivně pokud je mu věnována pozornost, pokud právě on stojí ostatním za zájem. Rovněž pro lékaře by měla tato aktivita představovat nejen povinnosti, ale i dobrý pocit a radost, že mu odborná zdravotní péče, umocněná pochopením pro druhého, umožní beze zbytku naplnit ideály, ke kterým se při výběru své náročné profese přihlásil.

Jana Korešová, 3. ročník

Práce vznikla v rámci výuky předmětu lékařská psychologie a komunikace s nemocným ve 3. ročníku všeobecného směru.



REPREZENTAČNÍ PLES LÉKAŘSKÉ FAKULTY



Reprezentační ples plzeňské lékařské fakulty UK se bude konat v pátek 6. února ve 20.00 hod v Měšťanské Besedě. K tanci bude hrát OKII Band. Vstupenky do velkého sálu, na balkon a do dalších prostorů v Besedě jsou k zakoupení na sekretariátu děkana, Husova 3 (tel. 377 593 440) a na studijním oddělení (tel. 377 593 431 - 4). Ceny vstupenek budou uvedeny na webových stránkách LF.

(f)



FRANTIŠEK KRIEGEL (1908-1979) – VZPOMÍNKA NA LÉKAŘE A KONTROVERZNÍHO POLITIKA

V rodině haličských Židů v Haličsko-Vladiměřském království na teritoriu tehdejší rakousko-uherské monarchie se v městečku Stanislaviv (dnes Ivano-Frankivsk na Ukrajině) narodil František Kriegel. Otec byl drobným stavitelem, stěží uživil svoji rodinu. Zemřel, když Františkovi bylo jedenáct.

Na univerzitě ve Lvově tehdy pro svůj židovský původ nebyl na studia přijat, proto v r. 1926 odjel do Prahy, kde se zapsal na lékařskou fakultu německé části Karlovy univerzity. Vedly jej k tomu pragmatické důvody - na české části již nebylo místo a nadto v Kriegelově rodině se mluvilo německy a polsky, studium v němčině pro něj tedy bylo snazší. Za velmi skromných materiálních podmínek dokončil v r. 1934 lékařská studia. Již jako student sdílel levicové názory, které jej záhy přivedly do Komunistické strany. Jako stranický instruktor pracoval v řadě pražských dělnických organizací.

Po promoci nastoupil na I. interní kliniku v Praze jako asistent. To již uměl česky jako rodilý Čech a Československo se mu stalo domovem. Na vlastní žádost odešel v listopadu 1936 do Španělska, aby se tam jako lékař na straně republikánů zúčastnil občanské války. Stal se frontovým lékařem na madridské frontě, od r. 1937 dokonce šéflékařem 45. divize interbrigády, složené z dobrovolníků z celé Evropy.

V únoru 1939 ze Španělska jako jeden z posledních interbrigadistů odešel a nějaký čas pobýval ve francouzských internačních táborech v St. Cyprien a Gurs. Když v březnu 1939 došlo k okupaci okleštěné republiky nacistickým Německem, bylo antifašistovi Kriegelovi jasné, že domů se vrátit nemůže. Na výzvu KSČ a Internacionály se jako dobrovolník přihlásil u Činského červeného kříže, aby jako člen dvacetičlenné skupiny lékařů odcestoval do Číny a zapojil se do čínsko-japonské války. Po měsíční plavbě vystoupil s ostatními v září 1939 v Hong-Kongu a zakrátko již za svízelných podmínek organizoval zdravotní službu a plně se zapojil do bojů na frontě v Chu-nanu. Poté, co Japonci odrázili čínská vojska od spojeneckých dodávek vojenského materiálu a zásob, se přesunul bránit assamskou (barmskou) cestu. Na barmském bojišti zůstal až do konce války v září 1945.

Po návratu do Prahy se původně chtěl Kriegel věnovat medicíně. Staří političtí přátelé jej však přemluvili k jiné kariéře. Rozhodl se pro politickou činnost a stal se jedním z čelných funkcionářů KSČ. V únoru 1948 byl dokonce organizačním tajemníkem pražské organizace KSČ a zástupcem velitele Lidových milic, které sehrály významnou úlohu při komunistickém převratu. Od r. 1949 do r. 1952 pracoval jako náměstek ministra zdravotnictví. Již v r. 1951 však začaly jeho potíže. Kriegel spolu s dalšími byl vyšetřován pro svou předchozí činnost - ve Španělsku, v Číně, na závalu byl najednou jeho původ, odborné a jazykové znalosti, mezinárodní styky a známosti. Prověrky skončily v březnu 1953 Kriegelovým propuštěním z ministerstva.

Získal poté místo závodního lékaře továrny Tatra, pak vystřídal několik dalších míst, nakonec se stal sekundářem ve Vinohradské nemocnici. Získal specializaci v revmatologii, později místo primáře a náměstka ředitele revmatologického ústavu profesora Lenocho. V r. 1960 obhájil kandidátskou disertaci. Záhy proběhla jakási politická rehabilitace a komunista Kriegel se dočkal ocenění svých zásluh - obdržel Řád vítězného února I. stupně, Řád rudé hvězdy za boj v mezinárodních brigádách a k 1. květnu 1958 Řád práce.

V r. 1960 jeden z členů kubánské vládní delegace vyhledal Kriegela s lukrativní nabídkou. Krátce na to odjel MUDr.F.Kriegel do Havany jako poradce kubánské vlády pro otázky zdravotnictví. Po návratu v r. 1963 reflektuje na nabídku presidenta republiky (a především prvního tajemníka ÚV KSČ) A. Novotného stát se členem ÚV KSČ. Po zvolení poslancem se stal též členem předsednictva Národního shromáždění a předsedou jeho zahraničního výboru. Z titulu své funkce se účastnil zasedání Valného shromáždění OSN a schůzi Meziparlamentní unie.

Po zkušenostech z padesátých let však pokračoval i v práci lékaře. V r. 1965 se stal primářem interního oddělení Thomayerovy nemocnice v Krči.

V krizi, která v KSČ vyvrcholila počátkem r. 1968, byl Kriegel zvolen za člena předsednictva ÚV KSČ a stal se předsedou ÚV Národní fronty. Stal se zastáncem Dubčekovy linie ve straně i ve společnosti. Požadoval urychlené svolání mimořádného sjezdu KSČ, který by mohl obrodit ÚV a zajistit tak základnu pro reformní politiku. V noci 21.srpna v den invaze vojsk Varšavské smlouvy do Československa byl Kriegel jedním z autorů

prohlášení předsednictva KSČ o nelegitimnosti tohoto aktu. Spolu s několika dalšími čelnými politiky byl poté násilně transportován okupační mocí na ruzyňské letiště a vojenským letadlem převezen do Moskvy. Na rozdíl od ostatních členů tehdejšího ÚV KSČ byl držen v izolaci a do Kremle byl převezen až poté, kdy měl podepsat předložený text tzv. moskevského protokolu. Přes naléhání ostatních členů delegace včetně prezidenta Svobody zůstal MUDr. František Kriegel jediným, který předložený dokument nepodepsal.

Před odjezdem čs. delegace oznámil Brežněv Dubčekovi, že Kriegela si v Moskvě nechají. Údajně proto, aby z něj doma neudělali národního hrdinu. Dubček a prezident Svoboda však trvali na společném odletu celé delegace a to se nakonec podařilo prosadit.

Na podzim roku 1968 byl Kriegel podle pokynů sovětské strany odvolán z předsednictva ÚV KSČ a přestal být předsedou Národní fronty. Jako jeden ze čtyř poslanců ještě stačil hlasovat proti smlouvě o pobytu sovětských vojsk na území ČSSR. V květnu 1969 byl vyloučen z KSČ. Ve svém posledním projevu na zasedání KSČ řekl: „Odmítl jsem podepsat tzv. moskevský protokol. Odmítl jsem to proto, že jsem v tomto protokolu viděl dokument, který všestranně svazoval ruce naší republice. Odmítl jsem jej podepsat proto, že podepsání se dělo v ovzduší vojenského obsazení republiky, bez konzultace s ústavními orgány a v rozporu s citěním lidu této země...“

V r. 1970 byl Kriegel zbaven primariátu a penzionován. Byl poté pod trvalým policejním dohledem, jeho pošta kontrolována a konfiskována, předvolávan k výslechům. V listopadu 1975 ještě spolu s dalšími adresoval Federálnímu shromáždění výzvu, aby ve smyslu závěrů konference o bezpečnosti a spolupráci v Evropě byla z čs. území odvolána sovětská vojska a obnovena státní suverenity. O dva roky později se stal signatářem Charty 77.

Poslední tři léta života strávil MUDr. F. Kriegel prakticky v domácím vězení. V září roku 1979 jej postihl těžký infarkt. Zemřel 3. 12. 1979. Vládnoucí režim znemožnil jeho oficiální pohřeb. K uložení urny s jeho праchem došlo až prosinci 1989 v Motolském krematoriu.

Ačkoliv je František Kriegel na jedné straně vysoce hodnocen pro svoji odvahu říci své NE samotnému Leonidu Brežněvovi a zachránit tak národní čest, na druhé straně je vnímán jako jeden z těch, kteří u nás zaváděli zdravotnictví sovětského typu, kteří museli být přinejmenším informováni o politických procesech proti generálu Pikovi, Miladě Horákové a dalším, kteří se aktivně podíleli na budování totalitního komunistického režimu, a jen je časem začala mlít doba, kterou sami zaváděli. Jeho životní osudy příslušníkům mladé generace mohou připomenout, v jakých poměrech vyrůstali jejich rodiče a dnes již spíše prarodiče, zejména budou-li chtít dobu nedávno minulou srovnávat se současností.

(jr)



THOMAS HODGKIN (1798-1866) – VÝZNAMNÝ PATOLOG A PRŮKOPNÍK PREVENTIVNÍ MEDICÍNY

Thomas Hodgkin se narodil v rodině quakerského vyznání v Pentonville v hrabství Middlesex v Anglii 17. 8. 1798. Dva z jeho tří bratrů zemřeli v dětském věku. Rodiče žili přísně podle pravidel sekty. Zábavy jako tanec či čtení románů byly zakázány. Muži i ženy se oblékali prostě, žádné módní výstřelky. Se svým mladším bratrem projevoval zájem o mechaniku, chemii a elektřinu. Soukromé vzdělání nabyli zejména od svého otce, mladý Thomas dokonce ovládal několik cizích jazyků.

V září roku 1819 byl ve svých 21 letech přijat na Lékařskou školu svatého Tomáše a Víta (St. Thomas's and Guy's Medical School) v Londýně. Rok na to pokračoval ve studiu na universitě v Edinburku. Již tehdy bylo běžné rozšířit si znalosti studiem v cizině, a tak Thomas v r. 1821 odešel do Itálie a Francie, kde se důvěrně seznámil s prací s Laennecovým stetoskopem. Lékařského titulu dosáhl v r. 1823, obhájil disertaci o fyziologických mechanismech absorpce u zvířat, samozřejmě psaná latinsky. Po promoci mladý lékař cestoval po Evropě. V Itálii poznal zámožnou židovskou rodinu Montefierových, Sir Moses Montefiore byl dokonce zván „židovským papežem“.

V r. 1825 byl přijat do Královské společnosti lékařů (Royal College of Physicians) a získal místo v Londýnském dispenzáři. Jednalo se o zdravotnické zařízení pro akutně nemocné chudé občany, financované z darů, sbírek a studentských poplatků. Lékaři zde pracovali na částečný úvazek bezúplatně.

Vedle svých klinických povinností se v r. 1825 stal asistentem patologické anatomie (morbid anatomy) a kurátorem tehdy založeného patologického muzea při Guy's Hospital. Tehdy začala jeho kariéra coby patologa, zejména když v r. 1829 sestavil katalog téměř sedmnácti set pre-

parátů, demonstrujících změny orgánů a tkání při různých chorobných stavech. V r. 1827 jako první v Anglii přednášel patologickou anatomii.

Další prvenství si připsal v r. 1832, kdy popsal chorobu označovanou od r. 1865 jeho jménem (Morbus Hodgkin-maligní lymfogranulom). Benignější forma choroby bývá nazývána Hodgkinův paraganulom, zatímco naopak invazivnější forma Hodgkinův sarkom. Klasickým dílem moderní patologické anatomie se stala jeho „The Morbid Anatomy of Serous and Mucous Membranes“.

K jeho dalším významným objevům patří např. přesný popis příznaků akutní apendicitidy, popis aortální insuficience, bikonkavita červených krvinek, a řada dalších.

V r. 1837 se ucházel o asistentké místo v Guy's Hospital, zklamán tím, že je obsadil jeho konkurent odešel do St. Thomas's Hospital.

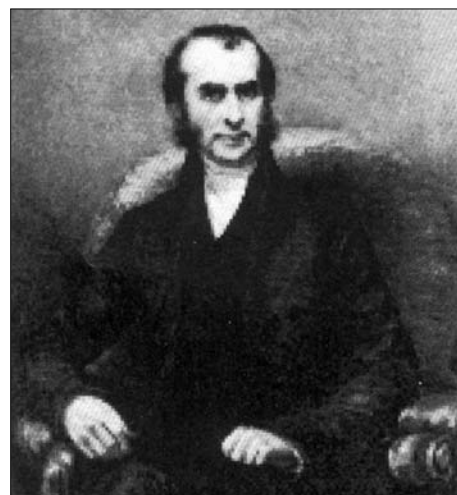
Hodgkin je pokládán také za průkopníka preventivní medicíny. Jeho přednáška „O způsobech podpory a udržení zdraví“ byla publikována v knižní podobě v r. 1841. Obsahuje čtyři části: první část pojednává o vzduchu, světle, čistotě, oděvu a dýchání, druhá část o významu pevné a tekuté potravy. Zvláštní pozornost věnuje tréninku svalů a duševních schopností. Poslední část je zakončena diskusí o významu vzdělání pro mladé lidi.

Když poznal nemožnost oženit se se svojí dávnou láskou a později ovdovělou Sarah Goodleovou, neboť quakerské předpisy takový svazek nepovolovaly, oženil se v r. 1849 se Sarah Callovou. V dalších letech však přes členství v řadě učených společností včetně Senátu Londýnské University zklamán Hodgkin se stále více vzdaloval medicíně a svůj badatelský zájem zaměřoval na filosofická, zeměpisná a etnografická studia. Stal se členem Královské zeměpis-

né společnosti a zakládajícím členem Etnografické společnosti. Hodně času strávil se svým přítelem z mládí, úspěšným byznysmenem a filantropem Sirem Mosesem Montefiorem. Oba přátelé často navštěvovali Blízky Východ, ačkoliv zdejší podnebí Hodgkinovi moc dobře nedělo.

Na podzim 1865 se společně znovu vydali do Palestiny. Ještě na moři se Hodgkinův zdravotní stav natolik zhoršil, že nebyl schopen podniknout cestu ani do Jeruzaléma. Zůstal v péči britského diplomata v Jaffě, kde také 5. 4. 1866 skonal. Za možnou příčinu smrti se pokládá náhazka úplavice. Byl pohřben na malém protestantském hřbitově. Sir Moses nechal na jeho hrobě vztýčit obelisk s nápisem: „Zde odpočívá Thomas Hodgkin, M.D., muž významný svými vědeckými výsledky, lékařským uměním a sebeobětavou lidumilností“.

J. Novák



PRAZDROJ LIDEM – TĚŽ NA ZDRAVOTNÍ PROGRAMY

Stalo se již dobrou tradicí, že nejznámější plzeňská společnost Plzeňský Prazdroj každoročně vyhláší program Prazdroj lidem. Jde o program, zaměřený na zlepšování kvality života v plzeňském regionu. Za aktivní účasti zástupců regionu poskytuje možnost přímé účasti veřejnosti na hlasování a tím i na rozhodování o rozdělení peněz. Účelem programu je podpora organizací, které významnou měrou přispějí ke zvýšení životní úrovně obyvatel města Plzně.

V roce 2008 obdrželi z tohoto programu příspěvek na svoji činnost též některé objekty, do jejichž náplně činnosti se promítají též zdravotní aspek-

ty. Vítězem se stal projekt PRATETA, jehož náplní je podpora zaměstnávání lidí se zdravotním postižením. Další vítězné projekty předložily Domov pokojného stáří sv. Alžběty, Odpolední klub pro mladé lidi s postižením, Plzeňská unie neslyšících, Oblastní spolek Červeného kříže Plzeň jih a sever na letní tábor pro děti s vadným držetím těla a pobočka Svazu diabetiků ČR v Plzni. Třinácti organizacím tak byla rozdělena částka tři miliony korun.

Program Prazdroj lidem byl vyhlášen též pro letošní rok. Uchazeči mohou své projekty předložit do 29. 8. 2009. (r)

PŘEČETLI JSME ZA VÁS ...

Chirurgická klinika FN Plzeň obohatila své přístrojové vybavení o unikátní přístroj speciálně vyvinutý pro odstraňování nádorů plic. Využívá se pro odstraňování především vícečetných metastáz pomocí laseru. Ve srovnání s klasickou operací se výrazně šetří okolní plicní tkání, nevzniká žádné krvácení. Podrobnější údaje uvedla B. Nedorostová v článku „Plzeň má speciální laser na plicní nádory“. (Zdrav. noviny 44, 3. 11. 2008, s. 19)

V pražské FN Motol byl předveden nový přístroj, varující diabetika před hrozcí hypoglykémii. Jeden z předvedených modelů byl schopen kontrolovat hladinu glukózy u diabetika každých pět minut nepřetržitě po dobu tří dnů. Článek „Nový přístroj varuje diabetiky“ současně upozorňuje na hroživých 800 tisíc nemocných, trpících touto chorobou v ČR. (PD č.268, 14. 11. 2008, s. 11)

O průlomovém objevu léčby lidí, nakažených virem HIV, referoval (ton) v článku „Geneticky odolní dárči mohou zachránit pacienty s AIDS“. U pacienta s AIDS, jemuž byla transplantována kostní dřeň dárce s vrozenou odolností vůči HIV nebyly dvacet měsíců po transplantaci zjištěny žádné známky přítomnosti HIV, ačkoliv mu po celé toto období žádné další léky nebyly podávány. Lékaři však zdůraznili, že pro svoji náročnost se tento

způsob léčby pravděpodobně standardně využívanou metodou nestane. (PD č.268, 14.11.2008, s.13)

Již sedmnáct let působí Nadace pro transplantaci kostní dřeně. V Českém národním registru je zaneseno 33 100 dárců a je vzhledem ke své velikosti třetím nejefektivnějším registrem na světě. Databázi dárců je třeba trvale obohacovat, z transplantačního hlediska jsou nejžádanějšími dárči mladí muži a dárce se vzácnými kombinacemi transplantačních znaků. (časopis Naděje, listopad 2008, s.2).

V článku „Regulačním poplatkům hrozí, že uvíznou v právní pasti“ uvádí J.Pertl záznam rozhovoru s expertem JUDr. J. Svejkovským. Ten označil možnost výplat za úhradu regulačních poplatků formou daru občanům, kteří byli ošetřeni v krajských nemocnicích, za protiústavní diskriminaci ostatních pacientů. (PD 12.12.2009, s.6)

Na novinky v oblasti nemocenských dávek, platné od začátku roku, upozornila příloha deníku Blesk „Rádece pro rok 2009“. První tři dny budou lidé v zaměstnaneckém poměru zcela bez nemocenské dávky, až od 4. dne bude zaměstnavatel poskytovat náhradu mzdy. Pro výpočet náhrady byly nově stanoveny redukční hranice průměrného výdělků. (Blesk 6.1.2009, s. 11)

Bronzovou medaili prof. Jana Janského za deset bezpříspěvkových odběrů krve předal dárčům z centrálního plzeňského obvodu jeho místostarosta Ing. S. Kopáček a zástupkyně Českého červeného kříže. Slavnostního aktu se zúčastnilo 23 bezpříspěvkových dárců krve. Předávání bronzových medailí organizuje obvod Plzeň 3 dvakrát do roka. (Trojka, prosinec 2008, s.2)

Na význam infekčního původu při vzniku některých nádorových onemocnění upozornil M. Gruner v článku „Může být rakovina nakažlivá?“ Na základě rozhovoru s předními odborníky (R. Vyzula, E. Hamšíková, J. Skříčková) uvedl, že s virovou či bakteriální infekcí souvisí celosvětově přes osmáct procent všech nádorů. Téměř třetina připadá na papilomaviry, z dalších např. viry hepatitidy B a C, virus Epstein-Barrové, Helicobacter pylori, herpetický virus a další. S nádorovými viry se v průběhu života setká většina populace, o tom, zda setkání s virem bude fatální však rozhoduje imunitní systém jedince. Kouření, nezdravá strava a další prvky životního stylu patří k rizikovým faktorům u jakéhokoliv nádorového onemocnění. (mfDnes, č. 279, 29.11.2008, s. C10)

S placením poplatků v nemocnicích to nebude až tak hrozné, jak uvádí článek „Lidé dluží miliony na poplatcích v nemocnicích“ (od L. Frydecké). V plzeňské FN bylo vybráno na regulačních poplatcích okolo 46 milionů korun, pacienti zůstali dlužní 900 tisíc, jedná se o asi čtyři procenta pacientů. (mfDnes č.303, 30.12.2008, s. A4)

Znečištěné ovzduší patří nadále k hlavním rizikovým faktorům poškozování zdravotního stavu obyvatelstva. V článku L. Vaindla „Nejvíce škodlivých látek vypouští teplárna“ je zveřejněn přehled největších znečišťovatelů v r. 2007. Stejně jako o rok dříve jsou největšími znečišťovateli Plzeňská energetika a Plzeňská teplárenská. První vypustila do ovzduší 6046 tun plynů způsobujících kyselý dešť se 113 kg rakovinotvorných látek, druhé ukázalo měření 4484 tun resp. 64 kg. Přes tyto údaje však podle

ředitele Plzeňské teplárenské společnosti splňuje ekologické normy Evropské unie. V tomto roce společnost zamýšlí umístit na území města světelné tabule, které zveřejní aktuální stav emisí a normu EU. (PD č.304, 31.12.2008, s. 3)

Před „nejobvyklejšími silvestrovskými riziky“ varoval (kpi) v deníku Aha. Uvedl jich celou řadu – utržené prsty, žlučnickový záchvat, prasklý bubinek, vyražené oko, popáleniny, omrzliny, depresi, cirhózu jater i pohlavní choroby. (Aha č.304, 31.12.2008, s.2-3)

Nové pravidlo o prokazování požití alkoholu před jízdou začalo platit od ledna. V článku „Dechová zkouška bude metlou pro opilce za volantem“ uvádí M. Vejvodová, že dechová zkouška bude mít stejnou váhu, jakou měl dosud jen krevní test. Měřicí přístroje jsou přesné, podléhají každých šest měsíců kalibraci. Odmitnout dechovou zkoušku znamená od nynějška tvrdý postih - až padesátitisícovou pokutu, udělení sedmi trestných bodů a zákaz řízení na jeden až dva roky. (PD, č.1, 2.1.2009, s. 5)

O možných rizicích spojených s bělením zubů pojednává článek „Bělení zubů? Musíte být opatrní!“ Krásné bílé zuby jsou příjemnou vizitkou svého majitele, pití nevhodných nápojů, kouření i věk však bělost chrupu může ohrozit. O kouření je to všeobecně známo, méně už v případech holdování kávě, červenému vínu či černému čaji. Také tvrdá voda má na barvu chrupu vliv spíše nepříznivý. S bělicími pastami se účinek dostává pomalu, o vhodnosti a výběru metod je lépe konzultovat svého zubního lékaře. (14 dní, 19.1.2009, s.6)

V redakčním článku „Topolánek hází vládě laso“ je představena nová ministryně zdravotnictví Daniela Filipiová. Vedle úpravy poplatků ve zdravotnictví bude obhajovat zákony o zdravotních službách, záchrance a zdravotním pojištění a očekává se od ní i prosazení zákazu kouření ve veřejných prostorech. (PD, 23.1.2009, č.19, s. 11)

(jn)

PŘED STO LÉTY BYLA V USA ZALOŽENA NÁRODNÍ ASOCIACE DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Před sto lety v r. 1909 byl založen National Committee for Mental Hygiene a organizace National Mental Health Association, jejímž cílem od počátku bylo podporovat programy duševního zdraví a zlepšovat podmínky pro děti i dospělé, trpící těmi zdravotními problémy. Zakladatelem byl mladý byznysmen Clifford W. Beers, který sám trpěl duševním onemocněním.

Organizace se později přejmenovala na „Mental Health America“, která v současnosti sídlí v města Alexandria ve Viržínii. Jednalo se tehdy o revoluční počin, který přilákal ke spolupráci i řadu významných osobností. Mezi těmi byl např. filosof William James a rodina Rockefellerů.

Symbolem společnosti byl jeden a půl metrákový zvon, zhotovený z okovů, řetězů a pout, kterými byli dříve duševně nemocní pacienti jištěni. Byl ulit ve slévárně McShane Bell Foundry v r. 1956 a je na něm nápis: „Cast from shackles which bound them, this bell shall ring out hope for mentally ill and victory over mental illness“ (Odlit z okovů, které je poutaly, tento zvon bude vyzvánět naději pro duševně nemocné a vítězství nad duševní chorobou).

O osobnosti zakladatele Clifforda Whittinghama Beerse několik poznámek. Narodil se v New Havenu ve státě Connecticut 30. 3. 1876. V jednadvaceti letech promoval na Sheffield Scientific School v Yale (1897). V r. 1900 jeho duševní stav velmi negativně ovlivnila epilepsie a později úmrtí jednoho z jeho bratrů. Příčinou smrti i předchozích zdravotních obtíží byl mozkový tumor. Clifford ztrátu bratra velmi těžce nesl a stále se zabíral myšlenkami, že i jej může potkat obdobný osud. O tři roky později byl

poprvé umístěn do soukromého ústavu pro duševně nemocné s diagnózou deprese a paranoy. Později byl přeložen do jiné soukromé nemocnice, poté do státního ústavu pro duševně nemocné. V průběhu těchto svých hospitalizací byl svědkem vážných nedostatků a prohřešků v jednání s nemocnými se strany personálu. Mnohé sám zažil na vlastní kůži. Vše popsal v autobiografickém díle „A Mind That Found Itself“, vydané v r. 1908. Získal poté podporu lékařské obce a dalších vlivných osobností v prosazování úsilí o reformu léčebných postupů u duševně nemocných.

V r. 1913 otevřel v New Havenu vlastní Clifford Beers Clinic, první kliniku na území Spojených států, která zavedla ambulantní léčbu psychicky nemocných. Klinikou vedl až do odchodu do důchodu v r. 1939. Zemřel o čtyři roky později v r. 1943.

Uvedená klinika nadále v New Havenu působí, své služby nabízí především dětským pacientům a jejich rodinám. Ročně ji navštíví na dva a půl tisíce dětí, které potkaly nepříznivé životní zkušenosti. Mezi ty patří tělesné a emoční zneužívání, sexuální násilí, zanedbanost a extrémní chudoba, domácí a společenské násilí, náhlá ztráta milované osoby, soužití s alkoholem či drogově závislým, případy chronické deprese, pokusu o sebevraždu či duševních poruch, případy soužití s HIV pozitivní osobou a další.

Současným cílem „Mental Health America“, připomínající si letos stoleté jubileum svého založení, je zlepšit duševní život všem lidem, a zejména těm, kteří trpí duševními nemocemi. Má nyní 320 poboček po celých Spojených státech, které zajišťují kontakt s potřebnými v dosahu jejich působnosti. (jb-jn)

SPONZOROVALI LÉKAŘI MATURITNÍ VĚNEČKY ?

Čirou náhodou se nám dostalo do rukou několik programů maturitních věnečků abiturientů Masarykova reálného gymnázia (MRG) v letech 1945-1948, tedy v období krátce po 2. světové válce. Ve všech až na ten časově poslední je na úvodních stránkách uvedeno „Čestné předsednictvo“, pak zpravidla následuje pořad tanců a seznam abiturientů.

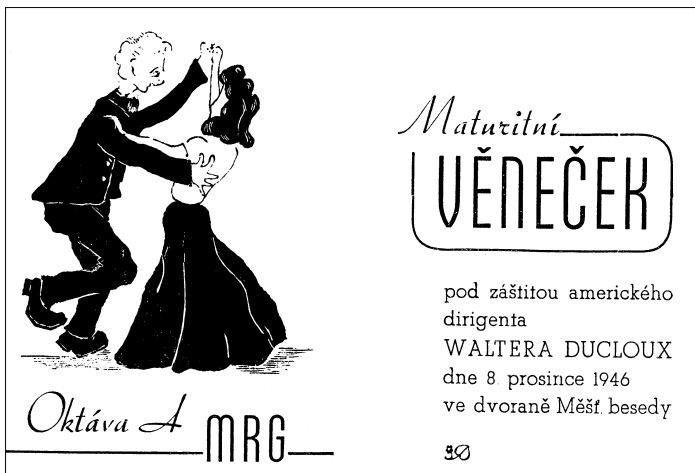
V tom nejstarším programu, oznamujícím maturitní věneček na neobvyklý termín 16. září 1945, je jako čestný předseda uveden plukovník W. Perkins, konsul Velké Británie, a jako členové Čestného výboru 57 jmen vesměs něco znamenajících v tehdejší obchodní či podnikatelské sféře. Mezi nimi je uvedena řada plzeňských lékařů - jmenovitě - v abecedním pořádku MUDr. A. Ellinger, MUDr. E. Graubner, MUDr. A. Grygar, MUDr. J. Hrbek, MUDr. JJindra, MUDr. V. Krahulík, MUDr. JKubík, MUDr. VI. Lauda, MUDr. A.Mecl, MUDr. J. Raffael a MUDr. J. Šnajdr. Téměř dvacet procent členů čestného předsednictva patřilo k lékařskému stavu.

Maturitní věneček další oktavý MRG neuvádí ani datum ani místo konání, v Čestném výboru však jsou uvedeni na čelných místech ředitel

MRG Miroslav Hájek a primátor města Plzně Josef Ulrich, mezi členy opět řada lékařů - uvádíme bez titulů - V. Formánek, J. Hrbek, K. Jindra, J. Kalsler, J. Kubík, A. Mecl, J. Mulač, J. Raffael a E. Veselý. Program zachytil i tehdy oblíbené melodie a slágy - Sentimental Journey, Rose Mary, Sweet Me, Alexander's Ragtime Band, Sweet and Lovely, Roll out the Barrels, Indian Love Call, Caravan, Moon on My Pillow, Tango Bolero a další.

2. března 1946 byl v čele Čestného výboru opět ředitel MRG prof. M. Hájek, prof. J. Čadová a prof. Dr. Z. Bíba. Z lékařů nacházíme jména V. Formánek, Š. Hložek, J. Jindra, J. Kalsler, F. Pech, J. Polívka, F. Raffael, Š. Rusňák a P. Sovák. Názvy některých melodií jsou v programu již přeloženy - např. Indiánská píseň lásky - nebo je uvedena původní česká verze - např. Škoda lásky. Další bychom si mnozí rádi poslechli i dnes - např. Please don't Say „No“, How Blue the Night, By the River of the Roses či San Fernando Valey.

Rovněž v jediném exempláři programu maturitního věnečku oktavý B Divího reálného gymnázia (DRG) z 22. dubna 1946 je uvedena řada lékařů. Čestný výbor uvádí na čelném místě ředitelku DRG prof. M.



Votrubovou a třídní 8. B prof. M. Bokovou, z lékařů pak V. Graubnera, J. Jeníkovou-Malou, Z. Jilka, J. Kalsera, J. Lederera, V. Mazáče, prof. J. Pelnáře a Z. Šimandla.

14. listopadu 1946 jsou v Čestném předsednictvu maturitního věnečku oktávy A uvedeni ředitel MRG prof. M. Hájek a třídní prof. A. Králová, v Čestném výboru lékaři K. Bobek, K. Houba, J. Jílek, Král, V. Krahulík, B. Krombholzová, J. Morávek, F. Pech, J. Rajman, P. Sovák, K. Mauer, a V. Votlučka. Čestné předsednictvo tehdy dosáhlo počtu 90 členů !!

Oktáva B se nenechala zahanbit a ke svému věnečku 8. prosince 1946 si jako záštitu angažovala amerického dirigenta Waltera Doucloux. Čestné předsednictvo tvořili opět ředitel MRG M. Hájek a třídní prof. J. Taišl, členy čestného výboru byli mj. K. Bobek, V. Formánek, dentista K. Houba, J. Mulač a F. Rajman. Ve výběru tanců bychom se až na výjimky dovedli orientovat, na programu byly valčík, swing, foxtrot, tango, boogie-woogie, rumba,

slow-flow, mazurka, polka, waltz, jen při jitterbugu bychom asi improvizovali.

Naposledy se Čestným výborem mohli pochlubit abiturienti Státního reálného gymnázia (SRG - již nikoliv Masarykova) ve školním roce 1947/48. Pod záštitou MUDr. J. Mulače tehdy v Čestném výboru spolu s prof. J. Deweterem, správcem SRG a třídním 8. B prof. A. Teršem figurovali primář MUDr. K. Bobek, doc. MUDr. V. David, prim. MUDr. J. Janota, MUDr. J. Kalsler, doc. MUDr. A. Mecl, MUDr. A. Morávek, MUDr. F. Veselý a MUDr. V. Votlučka. Vedle lékařů ještě seznam obsahoval např. jména majitele velkokepárny J. Blechy, továrníka L. Holuba, nakladatele E. Kosnara, majitelky módního závodu K. Kučerové, velkoobchodníka F. Mikuty, továrníka K. Němce, podplukovníka V. Veselého a další.

O rok později již program věnečku abiturientů gymnázia ze studijního období 1941-49 oktáv A, B a C (společně) dne 18.12.1948 žádný seznam Čestného výboru neobsahuje. Záštitu převzalo ředitelství ústavu a profesorský sbor, v jehož čele jsou uvedeni zatímni správce prof. J. Dewetter a třídní profesori M. Koutská, A. Terš a V. Šíp. V té době již uplynulo téměř deset měsíců od únorového komunistického nastolení vlády jedné strany, podnikatelé, obchodníci, tím spíše továrníci a řada dalších obdrželi cejch vykořisťovatelů a nepřátel lidu a zcela samozřejmě přestalo být žádoucí, aby se objevovali jako členové nějakých čestných výborů maturitních věnečků. Ostatně v té době již měli většinou zcela jiné starosti.

Z uvedených údajů vyplývá, že lékaři měli v čestných výborech maturitních věnečků v letech 1945-1948 početné zastoupení. Dá se předpokládat, že obdobně zastoupeni byli při této příležitosti i u maturitních tříd jiných středních škol v Plzni. Co bylo důvodem a jaké měli v čestném výboru funkce - o tom jsme v redakční radě jen spekulovali. Předpokládáme, že stejně jako ostatní v seznamech uvádění členové čestných výborů nejspíše pro určitou maturitní třídu představovali jakéhosi sponzora, přispívajícího na náklady za věneček spojeným. Pokud by nám někdo ze čtenářů mohl poslat k této otázce bližší informace, rádi ji otiskneme. Stejně tak jako informace o některých ze zde jmenovaných plzeňských lékařů, jejichž jména již dávno upadla v zapomnění. (r-ji)

ČEŠI A JINÍ NA SEVERNÍM PÓLU

V minulém čísle „*Facultas nostra*“ jsme uvedli zprávu o prvních úspěšných dobyvatelích severního pólu, kteří jej dosáhli po zamrzlém povrchu pustinami Severního ledového oceánu. V tomto příspěvku uvedeme další osoby, které jsou zaznamenány v historickém seznamu těch, kteří dosáhli nejsevernějšího bodu naší Země.

Pokusy o dobytí severního pólu se datují do počátku 19. století. Z tehdejších výprav na sebe upozornily v r. 1818 expedice kapitána Davida Buchana a v r. 1827 výprava britského námořního důstojníka Williama E. Parryho, ty však neuspěly. Stejně tak neuspěly tři expedice vedené Charlesem F. Hallem v letech 1860-1862, 1864-1869 a 1871-1873 (expedice Polaris). Lépe se nevedlo ani rakousko-uherské expedici kapitána Karla Weyprechta (1872-1874), britské arktické expedici kapitána George Narese (1875-1876), švédské expedici Vega barona Adolfa E. Nordenskiöldova (1878-1879), norské expedici vedené Fridtjofem Nansenem (1893-1896), italské polární expedici Luigi Amedea lodí Stella Polare (1899-1900) a řadě dalších.

12.5.1926 dosáhl severního pólu vzducholodí Norge Roald Amundsen spolu se svým americkým sponzorem Lincolnem Ellsworthem. Vzducholodí pilotoval Ital Umberto Nobile. V témže roce (9. 5.) přeletěli severní pól letadlem Američané Richard Byrd a Floyd Bennet. Jejich přelet však je dodnes zpochybňován.

Nobile o dva roky později přeletěl nad severním pólem s vlastní výpravou ve vzducholodí Italia. Pól dosáhli 24.5.1928, na zpáteční cestě však vzducholodí ztroskotala. Členem jeho výpravy byl Čech František Běhounek, který se tak stal prvním občanem naší republiky, který se na Severní pól podíval.

V květnu 1945 se zdařil první přelet severního pólu letadlem Britům. Letadlo pilotoval David C. McKinley, v jedenáctičlenné posádce Lancasteru Royal Air Force vedl vědeckou část expedice Kanaďan Kenneth C. Maclure.

Podle některých pramenů jako první přistála na pólu 23.4.1948 tři sovětská letadla Li-2 s polárníky Pavlem Gordijenkem a Aleksandrem Kuzněcovem a dalšími členy výpravy.

3. 5. 1952 se podařilo na pólu přistát letadlem C-47 Skytrain americké posádce US Air Force Josephu O. Fletchertovi a Williamu P. Benedictovi spolu s výzkumníkem Albertem P. Craym.

První ponorkou, která pod ledem oceánu dosáhla Severního pólu, byl americký USS Nautilus 3.8.1958. O necelý rok později další americká ponorka USS Skate se na pólu vynořila na hladinu a stala se tak prvním plavidlem, které dosáhlo pólu na tomto místě.

Po ledovém příkrovu se opět podařilo dosáhnout pólu čtyřčlennému týmu, který tvořili Ralph Plaisted, Walt Pederson, Gerry Pitzl a Jean Luc Bombardier 19.4.1968. K dopravě využili snowmobil. Dosažení pólu potvrdila meteorologická služba US Air Force.

O nejdělsí zdařilé expedici ledovými pustinami, kterou pouze s pomocí psích spřežení podnikl Sir Wally Herbert z osady Barrow na Aljašce přes

Severní pól (dosažen 6.4.1969) na Špicberky jsme již psali. Herberta doprovázeli Allan Gill, Roy Koerner a Kenneth Hedges. Nikdo od té doby podobnou výpravu nezopakoval.

V r. 1977 se na severní pól prolámal oceánem sovětský atomový ledoborec Arktika. Stal se tak prvním plavidlem, které pólu dosáhlo po mořské hladině.

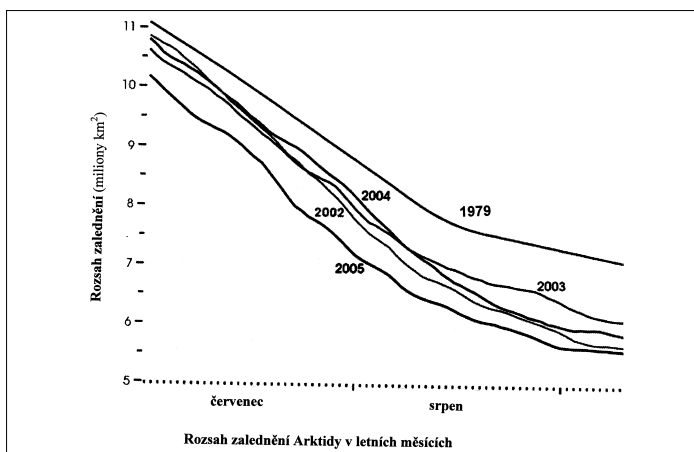
Jiného světového prvenství dosáhli v r. 1982 Sir Ranulph Fiennes a Charles Burton. Jako první překonali Arktický (Severní ledový) oceán po ledu v průběhu jedné sezóny. Vyrázili na motorových saních z Cap Croziere na ostrov Ellesmere 17. 2. 1982, dosáhli severního pólu 10. 4. a odtud putovali na jih ke Špicberkám. Po dobu devětatřiceti dnů se plavili na rozměrné ledové kře, než dosáhli pevného ledového krytu, poté došli až ke „své“ lodi „Benjamin Bowring“. Na palubu vystoupili 4. 8. Navíc se jednalo jen o úsek tříleté Transglobální expedice 1979-1982, v rámci které Fiennes a Burton se stali prvními, kdo dokončili po zemském povrchu „obkroužit“ zeměkouli přes jižní a severní pól. Dodnes jejich výkon nikdo nezopakoval.

V r. 2005 další americká atomová ponorka USS Charlotte prorazila na pólu ledový příkrov o síle 155 centimetrů a zdržela se zde po dobu osmnácti hodin.

V červenci 2007 se britskému otužilci a dálkoplavci Lewisu G. Pughovi podařilo najít právě na severním pólu prasklinu v ledním krytu takovou, že si mohl v mrazivé vodě zaplavat celý kilometr. Jeho výkon se měl stát jedním z varování, upozorňujících na globální klimatické změny.

2.8.2007 uskutečnila ruská expedice první sestup na mořské dno v místě severního pólu. Do hloubky 4300 m sestoupily dvě podvodní kabiny Mir





s posádkami pod vedením polárníka Artura Čilingarova. V místě severního pólu byla na mořském dnu symbolicky umístěna ruská vlajka. Expedice byla součástí výzkumného programu, který má podpořit ruské nároky na využívání rozsáhlé části Severního ledového oceánu.

V současnosti se cesta k severnímu pólu stala již vyhlášenou turistickou atrakcí. Samozřejmě na pól turisté necestují po svých z nějakého vzdáleného místa na pobřeží Severního ledového oceánu. Za tzv. dobytí pólu se považuje pouze pěší cesta - na lyžích - obvykle z ruské polární stanice Barneo. Ta je každoročně před sezónou vybudována na vhodném místě ve vzdálenosti 100-200 km od pólu.

Odtud dosáhl pólu jako první z Čechů Miroslav Jakeš v r. 1993. Byl tam poté již opakovaně, naposledy v loňském roce společně s filmařem Petrem Horkým.

Stejnou cestu zvolila pro dosažení pólu čtyřiatřicetiletá Miluše Netolická. Jako členka komerční expedice po 130 km pochodu ze stanice Barneo dosáhla jako první Češka pólu 9. 4. 2008. Expedici pak vyzvednul vrtulník a přepravil ji opět na stanici Barneo.

Vzápětí po publikování jejího primátu se ozvaly další Češky, které na pól stanuly před Netolickou. Jak Zuzana Pokorná v r. 2004, tak Markéta Jiroušková v letech 2005 a 2007 dopluly na Severní pól jako turistky na palubě ledoborce. Počet těchto polárních turistů, které na pól dovezl ledoborec, se již blíží dvaceti tisícům!

Arktida bývá definována jako oblast na sever od severního polárního kruhu, zaujímající rozlohu přes 21 milionů km² na území osmi arktických států. Globální oteplování se v polárních oblastech projevuje táním pevninských ledovců i mořského kerného ledu. V celé oblasti jsou srážky převážně sněhové, v průměru jen 100-150 mm/rok. Ve srovnání s Antarktidou jsou v Arktidě výrazně vyšší průměrné teploty. Střední lednové teploty v centrální Arktidě dosahují sice až -40 °C, v červenci však se blíží nule.

Oteplující se arktické podnebí dává tušit, že bude narůstat úsilí s Arktidou sousedících zemí využívat těchto oblastí nejen stále intenzivněji k dopravě, k turistice, ale i k hospodářským účelům. Nepochybně bude narůstat počet turistů, kteří se na Severní pól podívají. Výkon těch, kteří ujdou po svých alespoň vzdálenost ze stanice Barneo či odjinud, bude vždy vyžadovat dobré zdraví a tělesnou zdatnost. Přesto nijak nevybledne památka na ty, kteří v dávných dobách týdny, měsíce a nezdávka i léta dokázali obětovat své pohodlí, finance a někdy i životy úsilí přemoci mocné síly přírody a dobyt mety, které nikdo před nimi nedosáhl. *J.Novák*



OMLUVA AUTORCE

V minulém čísle (72-73/2008) se v článku MUDr. L. Eberlové (Návštěva King's College London - III - Gordon Museum) vyskytla nemilá chyba. Jakýmsi nedopatřením došlo k záměně dvou řádků příspěvku, takže úvodní věty třetího odstavce nedávaly příliš smysl. Chyba byla na mé straně, že jsem při korektuře před vytištěním závadu přehlédnul. Autorce se tímto omlouvám a vynosnažím se, aby se podobná chyba

neopakovala. Doufám, že MUDr. Eberlová na časopis a zejména jeho čtenáře nezanevře a najde si čas na nějaký další putavý příspěvek. Čtenářům se alespoň snažíme chybu vynahrudit článkem o jednom z prvních vedoucích odborníků muzea a prvním jeho katalogizátorovi Thomasi Hodgkinovi.

Za redakční radu MUDr. J. Novák

CHODSKO V OBRAZECH NA HISTOLOGII - JEŠTĚ JEDNOU POZVÁNKA

V Plzni asi nikomu není třeba vysvětlovat, kde je Chodsko. Chodové od pradávna střežili pohraniční hvozdy a záseky v nich významně přispěli k vítězství českého krále Břetislava I. nad německým císařem Jindřichem III. roku 1040. Za ochranu královských hvozdů a hranic české země získali Chodové celkem 23 privilegií, od panovníků počínaje Janem Lucemburským z roku 1325 a konče po více než 200 letech Ferdinandem I. Osvobození od cel a mýt, možnost svobodného lovu a těžby dřeva a nezávislost však koncem 16. stol. s klesající potřebou strážné služby přestávalo platit. Chodové byli nejdříve dáni do zástavy Vamberkům, pak městu Domažlice a museli se vykupovat. Nejhorší doba nastala po bitvě na Bílé Hoře, kdy Chodsko výhodně získal Wolf Vilém z Lamingen, přisedlíci soudu, který odsoudil k trestu smrti 27 „českých pánů“ v roce 1621. Chodové statečně, ale marně hájili stará práva, vyslali celkem 200 poselství do Prahy a do Vídně, ale nakonec roku 1668 bylo s konečnou platností vyhlášeno jejich poddanství, ztráta práv a „perpetuum silentium“. Vůdcové Chodů byli uvězněni a odsouzeni. A právě zde v Plzni, před 313 lety roku 1695 před svoji popravou vyzval krutého pána z Lamingen tzv. Lomikara Jan Sladký Kozina z Újezda na Boží soud: „Hín se hukáže, hdo z nás“ - a Lomikar skutečně do roka a do dne zemřel... Tuto historii všichni známe z Psohlavců Aloise Jiráska.

Boj Chodů v 17. století se odlišoval od ostatních krvavých selských povstání svou kultivovanou formou, snahou dosáhnout práva zákonnými prostředky a po selhání světské spravedlnosti dovoláním k soudu nejvyššímu - Božímu. Statečný postoj Chodů i v další historii, jejich zachování jak českého jazyka, tak kulturních tradic, obdivovala i „paní komisarka“ Božena Němcová. Mnoho dalších umělců, zejména Jindřich Šimon Baar, Jan František Hruška a Jiří Kajer uchovali ve svých dílech vtipné poklady lidové slovesnosti (např. Jak dal sedlák študýrovat vola a j.). Stovky melodií chod-

ských písní zachytil v osmidílném Zpěvníku Jindřich Jindřich, chodské nápěvy se ozývají s dramatickou silou v opeře Psohlavci Karla Kovařovice. Krása chodských krojů je zobrazena na řadě obrazů, nejnámější jsou díla Jaroslava a Karla Špillarových a v současné době věrně ilustrace řady chodských pohádek a pověstí nám všem známé paní Marie Lacigové.

Českou vědu obohatili z chodských rodáků např. internista prof. J Thomayer, dermatolog prof. Konopík, ředitel IKEMu prof. Poledne i řada učitelů a absolventů Lékařské fakulty University Karlovy v Plzni (např. anatom a chirurg prim. V. Novák, manželé Kadlecovi, Sauerovi, doc. J. Hůla a další). S Chodskem spojuje LFUK v Plzni i rodina Josefa a Emilie Thomayerových, z rodu trhanovských příbuzných věhlasného internisty a spisovatele. Obětaví a pracovití manželé Thomayerovi působili již před II. světovou válkou v původním sirotčinci, poté v Procháskově ústavu a s lékařskou fakultou spojili svůj život - zde i bydleli a byli dnem i nocí k dispozici: pan Thomayer jako topič, vrátný a všeuměl, paní Emilka uklízela a byla „dobrou duší“ na Ústavu histologie a embryologie. Při vernisáži výstavy obrazů z Chodska ze sbírek dr. Jaroslava Nováka jsme při chodských koláčích vzpomínali na chodský odpor proti oběma totalitám, na památnou „Pouť u svatého Vavřínečka“ v srpnu 1939, které se účastnilo a vlastenecký projev Msgr. Staška vyslechlo na 100 000 účastníků. A protože tradice této pouti zůstala i dnes zachována, pozvali nás manželé Sladkých na Veselou horu u Domažlic do nově opraveného kostela na pouť, která se bude tradičně konat 8.-9. srpna 2009 s bohatým kulturním doprovodem folklorních akcí.

A my vás zveme i na výstavu, která realisticky zachycuje krásu lidí a krajiny rázovitého chodského regionu a kterou můžete vidět na Ústavu histologie a embryologie LFUK v Procháskově pavilonu do 20. 2. 2009.

Jitka Kočová



you can
Canon

ŘADA MULTIMEDIÁLNÍCH PROJEKTORŮ

XEED
JASNĚJŠÍ MYŠLENÍ



CANON XEED SX7

Příklady instalací:

- › Konferenční prostory
- › Lékařské prezentace
- › Zasedací místnosti
- › Profesionální foto
- › Výstavní prostory
- › Veřejná promítání
- › Společenské akce
- › Zábavní průmysl
- › Speciální efekty
- › Grafický design
- › Simulace



Značka XEED, navržená s ohledem na profesionály, je synonymem vysoce působivého zobrazování. Každé zařízení XEED nabízí díky revolučnímu použití vyspělé optiky Canon a technologie LCOS projekci ostrou do nejmenšího detailu. Ultra lehké přenosné projekční zařízení s profesionální kvalitou obrazu.

PROFESIONÁLNÍ ROZLIŠENÍ A BARVY

Protože profesionální prezentace vyžaduje profesionální úroveň zobrazení detailu, pyšní se všechny modely XEED SX7, XEED SX6 a XEED SX60 rozlišením SXGA+ (1400 x 1050). Každý projektor je schopen zobrazit obrazy s velkým množstvím detailů. Ideální pro CAD výkresy a lékařská vyobrazení. Designeři, tiskaři a jiní profesionálové z oboru grafiky uvítají u modelů XEED SX7 a XEED SX6 podporu barevného prostoru Adobe RGB.

KVALITNÍ LCOS OBRAZY

XEED netrpí všem uživatelům LCD a jednočipových DLP projektorů dobře známým neduhem mřížkových nebo duhových efektů. Používá totiž panely LCOS, přičemž využívá to nejlepší z obou technologií, a jejím nedostatkům se vyhýbá. Výsledkem jsou hladké a dokonalé obrazy s vysokým kontrastem a věrnou reprodukcí barev.

pm projektmedia

Instalaci projektorů Canon XEED Vám odborně provede společnost Projektmedia s.r.o.
www.projektmedia.cz, Tel: +420 274 021 811

ŽIVOTNÍ MOUDRA

Každý má pravdu, pokud se nemýlí. (Ernest Hemingway)

Přikázaná pravda přestává být pravdou. (Miroslav Horníček)

Na onen svět nevede pro císaře zvláštní císařská cesta. (Japonské přísloví)

Humor je nejdůstojnější projev smutku. (Miloš Kopecký)

Každý si přeje dlouho žít, ale nikdo nechce být starý.

Tři nejlepší lékaři na světě: dr. Strídmý, dr. Klidný a dr. Veselý.

Slon bývá většinou zobrazován menší, než ve skutečnosti, ale blecha vždy větší.

Fráze jsou silnější než pravda. (František Vymazal)

Kdyby se moudří nemýlili, musili by si hlupáci zoufat. (Johann Wolfgang von Goethe)

Lásku lze v životě udržovat jen pochybnostmi, nikoliv jistotou. (herečka Brigitte Bardotová)

Ženy mají smysl pro nesmysl. (Jan Werich)

PRANOSTIKY

O Fabiánu a Šebastiánu dostávají stromy štávu.

Svítl-li na den svatého Štěpána slunce, bude hojně ovoce.

Je-li teplý leden, z korce mandel jeden.

