

FACULTAS NOSTRA

ZPRAVODAJ LÉKAŘSKÉ FAKULTY UNIVERZITY KARLOVY V PLZNI

ŽEBŘIČKY VYSOKÝCH ŠKOL PODLE LIDOVÝCH NOVIN

Lidové noviny otiskly 27. 1. 2009 druhou část žebříčků vysokých škol, zpracovaných na základě tří průzkumů. Autoři ze společnosti SC&C rozdělili vysoké školy do deseti tematických okruhů podle oborů, uvedených v registru vysokých škol Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR. Statistická data získali jednak z Ústavu pro informace ve vzdělávání pro akademický rok 2008/09, jednak ze Střediska vzdělávací politiky Pedagogické fakulty UK v Praze (úspěšnost absolventů na trhu práce pro rok 2006). Z dostupných údajů poté vznikly čtyři indexy a na jejich základě komplexní celkový index, podle kterého pak seřadili fakulty podle jednoho „klíče“ do skupin 1 až 10, kde za nejlepší hodnocení s celkovým indexem 91-100 byly fakulty zařazeny do skupiny 1, za nehorší index 0-10 do skupiny 10. V této druhé části byly zařazeny české lékařské fakulty. Otiskujeme výtah z uvedeného článku.

Jak jsou jednotlivé indexy definovány: **index 1:** „živi“ přihlášení/přihlášení (zájem o fakultu). „Živý“ přihlášený je student, který se fyzicky dostavil k přijímacímu řízení. Čím více přihlášených studentů se dostaví k přijímacímu řízení, tím větší se předpokládá image fakulty. **Index 2:** přijatí/„živi“ přihlášení (obtížnost vstupních testů, kvalita studentů). Čím méně lidí projde přijímacím testem, tím obtížnější a přísnější lze očekávat přijímací zkoušky a vyšší úroveň přijatých studentů. **Index 3:** počet zapsaných/počet přijatých (konkurenceschopnost oboru). Čím více přijatých studentů se dostaví k zápisu, tím lze předpokládat vyšší prestižnost oboru (pokud se student nezapíše, lze předpokládat, že dal přednost jiné fakultě). **Index 4:** (ne)úspěšnost absolventů na trhu práce. Míra celkové neúspěšnosti je definována jako podíl celkového počtu nezaměstnaných absolventů a celkového počtu absolventů, kteří úspěšně ukončili studium v předchozích dvou kalendářních letech.

Tabulka českých lékařských fakult podle těchto indexů vypadá následovně:

skupina	fakulta	index 1	index 2	index 3	index 4	celkový index
1	2.LF UK	76 %	20 %	87 %	99 %	100
1	LF MU Brno	75 %	30 %	78 %	99 %	91
2	LF UK HK	87 %	28 %	67 %	99 %	89
2	LF UK Plzeň	83 %	32 %	68 %	98 %	87
2	3. LF UK	75 %	31 %	65 %	100 %	84
2	LF UP Olomouc	80 %	33 %	63 %	98 %	83
3	1.LF UK	86 %	40 %	60 %	98 %	80

Další žebříček vycházel z průzkumu mezi studenty a byl realizován společností SCIO. Fakulty byly rozděleny do tří velikostních skupin a v každé byly stanoveny počty požadovaných vyplněných dotazníků podle jednotlivých ročníků. Komentář LN k této tabulce zněl: 2. LF UK získává prvenství

nejen v objektivních kritériích, ale i mezi studenty. Je následována LF v Hradci Králové, kde studenti nejlépe hodnotili pedagogy. Mezi lékařskými

fakulta	doporučení fakulty	hodnocení pedagogů	rozvoj odborných znalostí	počet dotazníků	průměrné hodnocení
2. LF UK	87	64	76	56	76
LF UK HK	77	66	75	51	73
3. LF UK	77	64	73	40	71
LF UK Plzeň	80	57	71	50	69
LF MU Brno	70	55	73	106	66
1. LF UK	60	60	74	101	64
LF UP Olomouc	65	52	72	51	63

fakultami je pohled studentů velmi vyrovnaný, rozdíl mezi prvním a posledním místem je pouze třináct bodů.

Třetí žebříček zahrnuje publikace a citace. Opět komentář LN: všechny LF dosahují relativně velmi vyrovnaných výsledků, nejlépe je na tom opět 2. LF, kde průměrně „tvořivý“ pracovník získává 27 citací ve WoK za posledních deset let. Naopak poslední umístěná fakulta z Plzně dosahuje v průměru čtrnácti citací na pracovníka.

fakulta	citace na „tp“	publikace za 10 let	citace za 10 let	„tvořiví pracovníci“ (tp)
2.LF UK	27,1	1 343	7 855	290
LF MU Brno	23,3	1 648	7 701	331
1. LF UK	21,6	2 973	15 461	715
LF UK HK	20,1	950	3 823	191
3. LF UK	20,0	1 036	4 517	226
LF UP Olomouc	17,6	912	3 794	216
LF UK Plzeň	14,4	871	3 302	229

Podle RR Facultas nostra statistická hodnocení vysokých škol podle nejrůznějších kritérií poskytují jen dílčí informaci, kterou nelze v žádném případě brát jako rozhodující kritérium hodnocení té které fakulty. Výběr kritérií může být ošidný, navíc rozdíly ve výsledcích, byť nepatrné, mohou vytvořit zdánlivě pořadí fakult jakoby „lepších“ a „horších“. Prioritou práce na lékařských fakultách je výuka – absolvent musí končit studium po osvojení si základů medicíny. Výzkum je sice integrální součástí práce fakult, nikoliv však hlavní náplní. Za jedno z nejvýznamnějších kritérií lze považovat uplatnění absolventů v praxi. A zde je patrné, že všechny lékařské fakulty v ČR si stojí velmi úspěšně.

(rr-jr)

STANOVISKO LÉKAŘSKÉHO BIOKLIMATOLOGA K TZV. „LETNÍMU ČASU“ S OHLEDEM NA CIRKADIÁNNÍ BIOLOGICKÉ RYTMY

O biologických rytmech (dále jen b.r.) obecně jsme referovali s Jiřím Matouškem již téměř před 50 lety (Rytmus v životě člověka. Vesmír 39, listopad 1960, č. 11, s. 330-331). Rytmicita totiž patří k základním atributům naší sluneční soustavy a bioklimatolog potřebuje ke své exaktní práci znalost periodicit živé přírody (rostlin, živočichů, člověka) i životního prostředí (faktorů přírodních a socioekonomických), aby mohl lépe detekovat děje aperiodické, např. atypické změny počasí a klimatu.

Charakteristikou každého b.r. je perioda (doba trvání jednoho cyklu b.r.) a také amplituda (rozsah kolísání b.r.); hladina, kolem které hodnoty b.r. oscilují, se nazývá mezor.

V lékařské bioklimatologii nás zajímají nejen b.r. s periodou kratší 20 hodin (b.r. ultradiánní) a s periodou delší než 28 hodin, tj. b.r. cirkadiánní. Pro naše téma má samozřejmý význam sezónní (infradiánní) b.r., tj. pravidelné střídání ročních období. V dalším se budeme podrobněji zabývat b.r. cirkadiánními s ohledem na problematiku přechodu „zimního času“ na „letní čas“ a naopak. Přírozeným b.r. je „zimní čas“, zatímco „letní čas“ zavedla uměle dřívější, zejména totalitní, společnost, údajně z ekonomických důvodů.

Cirkadiánní b.r. mají původ endogenní. Jsou exogenně synchronizovány především střídáním dne a noci, tj. rotací Země kolem zemské osy; nelze pominout ani synchronizaci společensko-ekonomickou. Pravděpodobně se

málo ví, že jsem před 40 lety získal se svými spolupracovníky (M. Křížanovská, J. Levý, J. Matoušek, J. Sova) světovou prioritu pro naši fakultu. Podařilo se nám totiž odhalit dědičnost časové řady cirkadiálních b.r. (Barcal, R. et al.: Genetic Background of Circadian Rhythms. Nature 220, Dec. 14, 1968, 1128-1131). Prioritu potvrdil svým dopisem z 3. února 1969 světově uznávaný chronobiolog profesor Franz Halberg z Minnesotské Univerzity v Minneapolis, USA, se žádostí o spolupráci; ta se pro počínající normalizaci z politických důvodů neuskutečnila.

Cirkadiálním b.r. se u nás od roku 1961 systematicky věnuje prof. RNDr. Helena Illnerová, DrSc. Pracovala ve Fyziologickém ústavu ČSAV v Praze a je emeritní prezidentkou České akademie věd.

Illnerovou považujeme za zakladatelku nového oboru - chronobiologie v českých zemích (Illnerová, H.: Biochemické pochody v epifýze a jejich regulace. Čs. Fyziologie 24, 1975, č. 1, s. 1-20). Svého času projevila zájem o hlubší poznání exogenních synchronizátorů b.r. vstupem do řad členů Čs. bioklimatologické společnosti při ČSAV Praha (Barcal, R.: K životnímu jubileu doc. RNDr. Heleny Illnerové, DrSc. Informační zpravodaj ČBKSP Praha. Duben 1997, č. 27, s. 34-35).

Profesorka Illnerová potvrdila fotoperiodičnost volně žijících zvířat a člověka. Přejich jedince ze světla do tmy působí prostřednictvím zrakového analyzátoru (fotoreceptorem je retina) cestou retinohypotalamického svazku a přes suprachiasmatické jádro (SCN) hypotalamu na šišinku. Zde se zvýší aktivita enzymu N-acetyltransferázy (NAT), který katalyzuje přeměnu serotoninu na melatonin. Ten vyvolá zpětným působením na hypotalamus potřebu spánku. Opačně, při přechodu ze tmy do světla, ustává aktivita NAT a sekrece melatoninu klesá, což vede ke stavu bdění. Stejně účinky má kromě světla přirozeného i osvětlení umělé nad 2.000 luxů. Seřizování

cirkadiálních b.r. se v organismu děje pomocí složitých mechanismů; zájemce odkazují na publikaci Illnerová, H.: Circadian rhythms in the mammalian pineal gland. Rozpravy ČSAV, ŘADA matematických a přírodních věd 96, Academia, Praha 1986. Sešit 1, 108 stran.

Zdrojem vstupních informací pro SCN je kromě světla a tmy i pohybová aktivita. Budit se mohou jedinci již za tmy (tzv. skřívání) nebo až dlouho po svítání (tzv. sovy). Činíme-li tak pravidelně, můžeme po určité době synchronizovat svůj b.r. nezávisle na střídání dne a noci; platí to zejména pro generaci středního věku. Starší lidé mohou mít naopak chod cirkadiálních b.r. špatně seřizený, např. vlivem degenerace zrakového systému a CNS, včetně SCN; může to vést k poruše tvorby hormonů v epifýze.

Zavádění tzv. „letního času“ není podle lékařského bioklimatologa a prof. Illnerové v souladu s přírodou. Ponecháním přirozeného průběhu času během roku totiž umožňujeme pozvolnou adaptaci lidí na přibývání denního světla na jaře a opačně na podzim. Jako kompromis lze pouze připustit, aby přechod na „letní čas“ se uskutečňoval nikoliv koncem března, ale až o měsíc později; člověk by pak vstával do již rozvinutého přirozeného ranního osvětlení a své „vnitřní hodiny“ by tak lépe synchronizoval s vnějšími podmínkami. Jinak lze očekávat, zvláště u seniorů, dlouhodobou adaptaci na změny přirozeného zimního času, projevující se utlumením výkonnosti, ztrátou soustředění, únavou, pocitem nedostatečného vyspání až nespavostí, skleslostí a často i depresivními stavy.

Naopak u dosud zdatných a pohyblivých osob může působit příznivě vystavit se ihned po probuzení intenzivnímu osvětlení a realizovat mírnou zátěž pohybem nebo prací fyzickou či duševní; samozřejmě s ohledem na biometeorologickou předpověď (Teletext ČT 1, str. 177)!

Rudolf Barcal

V. PLZEŇSKÉ PRACOVNÍ DNY MAXILLOFACIÁLNÍ CHIRURGIE 14. - 15. 11. 2008

V půli listopadu 2008 proběhly v prostorách lázeňského hotelu „U Pramenů“ v pořadí již páté Plzeňské pracovní dny, tentokrát opět s přívlastkem maxillofaciální chirurgie. Pořadatelé této odborné akce jsou již tradičně: Stomatologická klinika LF UK a FN Plzeň, Fakultní nemocnice Plzeň, Lékařská fakulta v Plzni, Oblastní stomatologická komora v Plzni a Společnost maxillofaciální chirurgie (MFCH) ČLS JEP.

Své kořeny má tato dnes již tradiční odborná akce v roce 2003, kdy se Stomatologická klinika přestěhovala z Purkyňova pavilonu a několika dalších objektů z borského areálu FN do nových prostor lochotínské Fakultní nemocnice; při této příležitosti jsme tehdy uspořádali první Pracovní dny MFCH v Plzni. Pro velký zájem ze strany odborné veřejnosti, zejména praktických lékařů i spolupracovníků jiných odborností, jsme se rozhodli tyto „Pracovní dny“ opakovat a pořádat je každoročně v druhém listopadovém vikendu. V následujících letech se pak pravidelně střídala obecně stomatologická tematika s okruhy převážně chirurgických témat. Tentokrát byl odborný program opět věnován oboru maxillofaciální chirurgie.

Pro pořádání symposia jsme zvolili nově rekonstruovaný Hotel „U Pramenů“ v těsném sousedství Fakultní nemocnice v Plzni, který je v majetku Nadace pro transplantace kostní dřeně. Tento útulný penzion je provozovaný na neziskovém principu a slouží k bezplatnému ubytování rodinných příslušníků hematologicky nemocných, podstupujících náročnou dlouhodobou léčbu ve FN Plzeň. Zároveň se více a více stává příjemným a dobře vybaveným zázemím pro pořádání výukových a vzdělávacích programů nejen lékařských oborů. Veškerý zisk z této vedlejší činnosti je určen na rozvoj onkologického a transplantačního programu v ČR.

Velmi rádi jsme mezi přednášejícími přivítali tři zahraniční hosty. Z Velké Británie přijel doktor **Henri Thuau**, působící ve funkci tajemníka Evropské asociace kraniomaxillofaciální chirurgie (EACMFS) a je i konsultantem Chelsea and Westminster Hospital v Londýně. Henri Thuau přednesl úvodní přednášku na téma „**Esthetical concepts in the maxillofacial sphere**“. Druhým zahraničním hostem byl doktor **Werner Mander** z Německa, spe-

cialista-implantolog, který kromě přednášky, týkající se **okamžitého zatížení implantátů**, vedl praktický kurs použití KOS dentálních implantátů. Ze slovenských Košic se dvěma přednáškami symposia účastnil profesor **Andrej Jenča**; tématem první přednášky byla **orbitální traumatologie**, ve druhé přednášce pak demonstroval rehabilitaci pacientky s těžkou popáleninovou deformitou obličeje umělými náhradami čelistních kloubů. Celkem zaznělo v průběhu dvou denního odborného programu v 7 sekcích celkem 40 odborných sdělení. Mezi aktivními účastníky jsme kromě zástupců většiny českých pracovišť maxillofaciální chirurgie vyslechli také příspěvky primáře MUDr. Bursy a jeho kolegů z Oddělení plastické chirurgie FN v Plzni, MUDr. Jiráka z Oddělení chirurgie hlavy a krku pražské nemocnice Na Homolce a řady dalších hostů.

Je nanejvýš potěšitelné, že i z řad praktických zubních lékařů vzešly velmi kvalitní příspěvky. Celkem se odborného programu účastnilo více než 120 lékařů a tradičně velký zájem byl ze strany praktických stomatologů. Paralelně s hlavním programem proběhly ještě dva workshopy spojené s praktickým nácvikem technik KOS implantace a vyšetřování ústních sliznic metodou přímé fluoroskopie.

První den odborného symposia byl zakončen společenským večerem, kde všichni účastníci za příjemného hudebního doprovodu tělesa „Ivan Audes trio - jazz-blues-swing“ pokračovali v neformálních diskusích.

Druhý den odborného programu byl věnován více tématům z každodenní stomatologické praxe.

Účastníci symposia si kromě rozšíření svého odborného přehledu odnesli z této akce i mnoho příjemných osobních zážitků a radosti ze setkání s kolegy. A v neposlední řadě též vědomí, že svou účastí přispěli malou kapkou na konto Nadace pro transplantaci kostní dřeně.

Na příští „VI. Plzeňské pracovní dny“ vás srdečně zveme na 13. a 14. listopadu 2009 opět „U Pramenů“.

MUDr. D. Hrušák, PhD., Stomatologická klinika FN Plzeň

DĚTŠTÍ HEMATOLOGOVÉ SI VYMĚNILI ZKUŠENOSTI V OBORU

Pracovní konference dětských hematologů a onkologů České republiky a Slovenské republiky se uskutečnila v listopadu v Plzni. Akcí pořádala Dětská klinika FN Plzeň s Pracovní skupinou dětské hematologie ČR a Pediatrickou onkologickou skupinou ČR. Záštitu nad akcí převzala ředitelka nemocnice Ing. Jaroslava Kunová, primátor města Plzně Ing. Pavel Růdl a děkan LF UK v Plzni doc. MUDr. Jaroslav Koutenský, CSc. Během třídenního programu zazněly příspěvky z neonkologické dětské hematologie, kde dominovala problematika vrozeného selhání kostní dřeně, vrozených hemolytických anémií a novinky a perspektivy léčby dětských hemofiliků.

Nosným tématem bloku dětské onkologie byly vzácné a raritní tumory v dětském věku, různé formy nádorů typu non-nefroblastomy, nádory jater, nádory kůže, histiocytóza apod. V transplantační sekci zazněla i vyzvaná

přednáška doktora Jakuba Tolara z University of Minnesota, Minneapolis. Doktor Tolar pohovořil o výzkumu v oblasti transplantací kmenových buněk u neonkologických onemocnění, hlavně u metabolických vad (mukopolysacharidózy typu I, adrenoleukodystrofie), epidermolysis Bulova a selhání kostní dřeně, včetně rozboru nových transplantačních protokolů, kde je již zahrnuto i použití mezenchymálních stromálních buněk. Závěr 18. pracovní konference patřil dětským leukémiím. Paralelně probíhala i sesterská sekce zaměřená na ošetrovatelskou péči v dětské hematologii a onkologii. Uskutečnila se také diskuse u kulatého stolu s klinickými psychology dětské kliniky na téma podpory dětského pacienta a jeho rodiny při dlouhodobých a opakovaných hospitalizacích.

J. Kobr, Z. Černá

XXX. SVĚTOVÝ KONGRES SPORTOVNÍ MEDICÍNY V BARCELONĚ (2)

18. - 23. 11. 2008

V návaznosti na úvodní stať ve *Facultas nostra* č. 72-73/08 otiskujeme závěry vybraných sdělení z oblasti sportovní traumatologie a zátěžové fyziologie.

N. Malliaropoulos a spol. (Soluň, Řecko): **Stress fractures in elite Greek track and field athletes.** 96 únavových zlomenin nejčastěji postihovalo skokany, běžce na střední a dlouhé trati a překážkáře. S potíženími se dostavili k vyšetření za 1-24 týdnů po prvních symptomech. Nejčastější lokalizací byla tibia (52 %) a metatarzy (23 %).

E. Subirats a spol. (Masella, Španělsko): **Snowboarding injuries: an analysis and comparison with alpine skiing injuries.** Během pěti sezón bylo ošetřeno 2789 úrazů u snowboardistů. Ve srovnání s lyžaři byl vyšší výskyt zlomenin (19 %), poranění horních končetin (57 %), zápěstí (17 %), a zlomenin distálního radiu (12 %), méně poranění dolních končetin (21 %), palce (3 %) a kolenou (3 %).

J. Oblakovic-Babic a spol. (Bělehrad, Srbsko): **Sport injuries in young basketball players.** Incidence úrazů u mladých basketbalistů není vysoká, nejčastěji je postiženo hlazení kloub (19 % zranění, méně často koleno a noha (13 %).

M. Sabeti a spol. (Videň-Rakousko): **Does the proper adjustment of a mountain bike prevent of overuse injuries.** Nejčastěji postiženou oblastí při jízdě na horských kolech jsou oblast beder, hýždí a kolena. Autoři zdůrazňují správné nastavení výšky sedla a sklon sedla v prevenci potíží.

R. Mercuri a spol. (Florence-Itálie): **Long-term monitoring muscular enzymes in football players.** Ještě den po utkání kopané byly významně zvýšené hodnoty CK, LDH a myoglobinu. Výsledky svědčí o buněčném a tkáňovém poškození následkem svalového poranění.

M. Spedicato a spol. (Bologna-Itálie): **The incidence of musculotendinous injuries in young soccer players.** Výskyt úrazů byl sledová po dobu 4 let u 204 mladých fotbalistů. Nejčastěji byly postiženy flexory kolenního kloubu (29 %), adduktory stehen (27 %) a přímý sval stehenní (27 %). Prevence musí zahrnovat rozcvičení, posilovací program, prvky vytrvalosti a rovnováhy a dobu potřebnou k doléčení předchozího poranění.

P. Amaddeo a spol. (Bergamo-Itálie): **Maxillo facial traumas in sport activities.** Poranění v maxilofaciální oblasti při sportu během 40letého sledování představovalo cca 40 % poranění této oblasti ze všech ošetření. Nejčastěji k nim dochází při kontaktních sportech a při kopané. Nejčastější jsou poranění nosu (42 %), orbitozygomatického komplexu (33 %) a dolní čelisti (25 %). Je třeba dále zdokonalovat ochranné součásti výstroje a užívat ústní chrániče.

M. Ricci a spol. **Incidence of injuries during the U23 European Fencing Championship.** Všechny 11 ošetřených úrazů bylo lehkého charakteru, nejčastěji poranění prstů a hlazených kloubů. V prevenci se může uplatnit lepší technika, odpovídající trénink a funkční rehabilitace po úrazu.

Y. Yatabe a spol. (Tochigi-Japonsko): **Injuries of U-14 Japanese national football training camp.** Během pětidenního kempu ošetřili autoři u 141 účastníků 20 úrazů. Doporučují během kempu těsný kontakt s trenéry již při sestavování tréninkového programu.

T. Pagonis a spol. (Larisa-Recko): **Use of anabolic steroids improves recuperation of distal biceps rupture post operatively.** V šesti případech z deseti operovaných ruptur distální části bicepsu indikovali autoři ve fázi rehabilitace anabolika. U této skupiny byl pozorován rychlejší a efektivnější průběh léčby než u druhé skupiny bez anabolik.

T. Tanaka a spol. (Hirošima-Japonsko): **Effects of concussion on balance ability in Japanese College American football players.** Hráči, kteří utrpěli opakovaně otřes mozku, nebo otřes mozku 2. až 3. stupně, měli ve srovnání s kontrolní skupinou významně zhoršenou schopnost udržet rovnováhu. Těmto hráčům by měli trenéři věnovat zvýšenou pozornost v tréninku i při utkání.

J. Valle a spol. (Barcelona-Španělsko): **Ulnar collateral ligament injury diagnosis by ultrasound.** Ultrazvukové (sonografické) vyšetření prokázalo parciální rupturu ulnárního kolaterálního vazu u hokejisty. Po třítydenní cílené rehabilitaci byl hráč opět schop plného výkonu. Při kontrolním vyšetření byl patrný normální nálezh.

M. J. Marcos a spol. (Barcelona-Španělsko): **Pelvic apophysitis in young soccer players.** U 15 hráčů byla diagnostikována apofysitis stydké kosti. Pomocí dvou zobrazovacích metod. Po konzervativní léčbě byly obě metody použity i při kontrolním vyšetření. Ultrasonografie je průkaznější metodou než klasické RTG vyšetření.

J. A. Rodas a spol. (Španělsko): **Muscular injuries by ultrasound and blood analysis in football players.** U 57 poranění měkkých tkání (u 42 % se jednalo o flexory kolenního kloubu) bylo použito ultrasonografické vyšetření, které se uplatnilo při stanovení přesné lokalizace a rozsahu poranění. U 39 % zraněných byly zachyceny nízké hladiny ferritinu, u 11 % vysoké aktivity CK v krvi.

B. H. Vianna-Montaner a spol. (Cordoba-Španělsko): **V02max and time to exhaustion responses with different exercise modes in triathletes.** U 16 triatlonistů byly porovnány výsledky zátěžového testu na bicyklovém (BE) a běhátkovém ergometru. V02max na běhátku bylo významně vyšší (65,6

ml/min/kg) než na BE (61,7 ml/min/kg). Nebyly zjištěny významné rozdíly u testu do vyčerpání (222 sekund vs. 238 s).

V. Ööpik a spol. (Tartu-Estonsko): **Relationship between serum ferritin and markers of cellular damage in ultraendurance and endurance exercise.** U 6 zdatných vojáků (absolvovali 3,5 denní soutěž vojenských hlídek na celkové trase cca 135 km) a 16 běžců na lyžích (závod na 40 km) byla zjištěna souvislost mezi vysokým vzestupem aktivity CK a LDH v séru a vzestupem hladiny ferritinu. V případech, kdy nedošlo ke vzestupu aktivity enzymů, se hladina ferritinu neměnila.

B. Sepiani a spol. (Isfahan-Irán): **The effects of combined training (endurance-resistance) on lipid profile in men aged between 35 and 45.** Po osmítýdenním tréninkovém programu došlo u experimentální skupiny ke snížení kardiovaskulárního rizikového faktoru, zvýšení hladiny HDL-cholesterolu a poklesu lipoproteinu A.

V. Larins a spol. (Riga-Lotyško): **Cardiovascular system adaptation of young elite athletes trained in different sports.** Echokardiografické vyšetření a zátěžový ergometrický test u tří skupin mladých sportovců prokázaly lepší adaptabilitu oběhového systému na zátěž u biatlonistů a cyklistů ve srovnání s basketbalisty. Echokardiografické nálezy u všech nevybočovaly z normálních hodnot.

J. Marins a spol. (Minas Gerais-Brazílie): **Comparison of V02max between three submaximum protocols in women between the ages 40 and 65.** Padesát průměrně zdatných žen absolvovalo tři zátěžové testy s následným výpočtem maximální spotřeby kyslíku V02max. Jednalo se o postupy podle Astranda a Ryhmingové, podle protokolu YMCA a podle výsledku chůze na 1600m. Mezi výsledky nebyly statisticky významné rozdíly.

P. Zupet a spol. (Ljubljana-Slovinsko): **Aerobic capacity and heart rate variability in athletes.** U 27 výkonných atletů byla zjištěna významná korelace mezi maximální spotřebou kyslíku (V02max mezi 48,7 až 75,3 ml/min/kg) a frekvenční variabilitou tepové frekvence. Ukázalo se, že vyšší aerobní kapacita zvyšuje vagovou kontrolu tepové frekvence a že autonomní nervový systém hraje významnou roli v adaptaci na trénink.

C. Barrios a spol. (Valencie-Španělsko): **Metabolic muscle damage and oxidative stress markers in an America's Cup yachting crew.** U 27členné posádky jachty v závodě America's Cup byly zjištěny významně zvýšené parametry kreatinkinázy (CK) a aspartátaminotransferázy (AST) po soutěži. Stejně tak byly po soutěži zjištěny zvýšené hodnoty malondialdehydu (MDA) jako markeru oxidativního stresu. Po preventivním podání allopurinolu (inhibitoru xanthinoxidázy) došlo k významnému poklesu CK, AST i MDA, dokumentující, že xanthinoxidáza hraje významnou roli při tvorbě volných radikálů, ovlivňujících tkáňové poškození.

M. Cano a spol. (Santiago-Chile): **Proposal of an estimation of V02max peak for patients with end stage renal disease.** U 21 nemocných s renální insuficiencí bylo stanoveno V02max při stupňované zátěži na ergometru. Autoři poté zjistili významnou korelační závislost mezi tímto výsledkem a méně náročným nepřímým stanovením V02max.

J. Madera a spol. (Valencie-Španělsko): **Physiological evaluation of disabled swimmers: low classes vs high classes.** Autoři porovnali dosažené hodnoty koncentrace laktátu v kapilární krvi po dvou standardních plaveckých testech u dvou skupin různě postižených hendikepovaných sportovců (podle klasifikace IPC) se zdravými plavci. Doporučují provádět individuální analýzu odezvy na tréninkovou zátěž zejména u skupin s těžším tělesným postižením k optimalizaci tréninkového programu.

H. Zouhal a spol. (Rennes-Francie): **Catecholamine and cortisol response to maximal exercise in obese, overweight and lean adolescent girls.** V klidu ani po zátěži nebyly mezi uvedenými skupinami zjištěny žádné významné rozdíly v hladinách adrenalinu (A), noradrenalinu (NA) a kortizolu (K). U všech skupin po stupňované zátěži do maxima byly parametry A, NA a K významně zvýšeny. V02max/kg byl u štíhlých (33,22 ml/min/kg) významně vyšší než u obézních (26,68 ml/min/kg).

J. Riera a spol. (Barcelona-Španělsko): **Effect of submaximal exercise and thermal stress on antioxidant enzyme activity response.** Šest dobrovolníků absolvovalo dva 40-minutové běhy na úrovni 70% V02max jednak za obvyklých klimatických podmínek, jednak při teplotě 30-32 °C a vlhkosti 75-78 %. V horkém a vlhkém prostředí byly patrné významné rozdíly v kožní teplotě, teplotě jádra, tepové frekvenci a koncentraci laktátu, nebyly však zjištěny žádné významné rozdíly u antioxidantních enzymatických aktivit v neutrofilech, lymfocytech a erytrocytech (kataláza, superoxidmutáza, glutathionperoxidáza a glutathionreduktáza). Běžecská zátěž za uvedených podmínek sice vyvolala termální stres, neměla však významnější vliv na antioxidantní enzymatické aktivity.

X. O. Schumacher a spol. (Freiburg-Německo): **Total haemoglobin mass and cardiac volume in endurance trained paraplegic athletes.** Celkové množství hemoglobinu (tHb) hraje významnou roli při dosažení V02max a u vytrvalostních výkonů. Trénování paraplegici měli významně vyšší tHb

ale nedosahovali úrovně trénovaných zdravých vytrvalců. Velikostí srdeční se trénovaní a netréňovaní paraplegici nelišili.

P. Izzicupo a spol. (Chieti-Itálie): V02max determines a different nonenzymatic antioxidant response to a maximal aerobic test. Při aerobním metabolismu jsou přirozeně vytvářeny reaktivní kyslíkové částice (reactive oxygen compounds-ROC), které mohou mít na organismus škodlivý vliv. Antioxidanční systémy zahrnují jednak enzymatické, jednak neenzymatické kapacity (vitaminy E, A a C, glutathion, betakaroten, aj.) Autoři rozdělili 68 zdravých vytrvalců do skupin podle dosaženého V02max. Mezi skupinami s nižším V02max a s vyšším V02max nebyly zjištěny v klidu ani po maximální zátěži žádné významné rozdíly.

E. Baiget a spol. (Barcelona-Španělsko): Bioenergetic profile of tennis singles match play. U dvaceti hráčů byla telemetricky sledována metabolická odezva při utkání. Po většinu hrací doby se intenzita pohybovala mezi aerobním a anaerobním prahem, odpovídající středně těžké zátěži. Herní fáze o vyšší intenzitě, vyvolávající laktátovou acidózu, byly minimální, ačkoliv v klíčových momentech hry je nelze vyloučit.

Ch. Suetta a spol. (Kodaň-Dánsko): The response to resistance training is attenuated in aged individuals after disuse muscle atrophy. Po dvoutýdenním jednostranném znehybnění dolní končetiny byla sledována odezva na čtyřtýdenní posilovací trénink u skupiny starých (61-74 let) a mladých (21-27 let) mužů. U starších mužů má imobilizace větší vliv na funkci neuronů, zatímco u mladších je více ovlivněn vlastní sval. U starších mužů byla ve srovnání s mladšími slabší odezva na rehabilitační trénink po imobilizaci.

S. Mazic a spol.: Anthropometric and physiological characteristics of elite Serbian basketball players. U 256 basketbalistů vysoké výkonnosti úrovně bylo během 6 let provedeno 702 vyšetření. Výsledky (průměrný věk 21,6 let, výška 199,1 cm, hmotnost 94,4 kg, V02max 53,1 ml/min/kg) se lišily při bližším rozboru podle různé pozice v mužstvu, ale shodovaly se s obdobným pozorováním u hráčů Řecka a Litvy.

C. Blasco Lafarga a spol. (Valencie-Španělsko): Maximum oxygen uptake vs level of performance in judo. Skupina 26 judistů byla rozdělena podle výkonnosti na průměrné, velmi dobré a vynikající. Mezi jednotlivými skupinami nebyl zjištěn žádný významný rozdíl v V02max ani při přepočtu na kg tělesné hmotnosti či na kg aktivní tělesné hmoty. Průměrná hodnota V02max u judistů byla 60,3 ml/min/kg. (J.Novák-pokračování)



La Sagrada Família - monumentální dílo architekta Gaudího v Barceloně

5. ASIJSKO-OCEÁNSKÁ OBEZITOLOGICKÁ KONFERENCE BOMBAJ, 5. - 8. 2. 2009

Před několika dny se z 5th Asia-Oceania Conference on Obesity vrátila odborná asistentka Ústavu hygieny LF UK v Plzni MUDr. Dana Müllerová, Ph.D. Po návratu jsme ji požádali o několik informací.

Paní asistentko, nedávno jste se vrátila z kongresu v daleké Indii. O jaký kongres šlo?

Jednalo se o 5.Asijsko-oceánskou obezitologickou konferenci, pořádanou v Bombaji.

Jaká byla účast - o čem se jednalo?

Sjelo se sem kolem 500 lidí, převážně z Indie, Oceánie, Austrálie, Nového Zélandu a dalších zemí. Pozvaní přednášející byli Američané a Evropané, většinou se skvělými přednáškami, týkajícími se zejména léčby obezity a jejich komorbidit, ale také analýz příčin eskalace obezity v oblastech řešících donedávna pouze podvýživu.

Jak je v zimních měsících v Indii, konkrétně v Bombaji?

Pro Evropana zřejmě nejpříznivěji - ani zatím nesnesitelná vedra, ani období dešťů - tak kolem 25 až 30 stupňů Celsia.

Nějaký silný zážitek?

Celkový dojem zatím nepopsatelný, emočně velmi silný. Setkání se s obrovskou materiální nouzí a přesto nenalezení pocitu neštěstí, netolerance nebo deprese. Pestrost té země ve všech směrech. Její mentální bohatství.

Návštěva nějaké bombajské instituce? Paměťihodnosti?

Byli jsme pozváni na jeden den konání kongresu do tamní, zřejmě jedné ze dvou nejlépe vybavených soukromých nemocnic. Zúčastnila jsem se „na živo - on line“ vysílaného přenosu bandáže žaludku a biliopankreatické diverze - základních dvou chirurgických postupů v léčbě těžkých stupňů obezity. Na památky jsem bohužel neměla dost času, jen jsem si prohlédla hotel, kde došlo k teroristickému útoku a pak jeskyně zasvěcené bohu Šivovi Elefantha.

Indové působí jako národ štíhlých lidí. Je to tím, že nemají co jíst nebo je indická strava tak zdravá?

Je to dáno geneticky, samozřejmě i dlouhodobou adaptací na nižší energetický příjem. Nicméně Indové musí mít nižší hranice pro definici nadváhy i obezity v porovnání s našimi kritérii.

Další zajímavosti?

Eskalace problému - obezita - prevalence obezity: v Indii se odhaduje na 30 % a zdvojnásobila se od roku 1980 !!!

Děkuji za rozhovor. Budeme se těšit na zprávu z kongresu.

za RR Fac. nostra rozmlouval -jn-

POSTGRADUÁLNÍ LÉKAŘSKÉ DNY - PLZEŇ 2009 ŠAFRÁNKŮV PAVILON 10. - 12. 2. 2009

Tradiční třídní jednání plzeňských lékařů tentokrát s nosným tématem „**Problematika infekce v medicíně 21. století**“ uspořádala LF UK v Plzni, Spolek lékařů ČLS JEP v Plzni ve spolupráci s Fakultní nemocnicí a Českou asociací sester ve dnech 10.-12.2.2009.

Postgraduální lékařské dny - Plzeň 2009 zahájil (v zastoupení předsedy Spolku lékařů v Plzni ČLS JEP, doc. MUDr. Fessla, CSc.) vědecký sekretář SL, doc. MUDr. J. Motáň, CSc. Připomněl více než 50letou tradici těchto setkání, která probíhala v minulosti pod různými názvy (Mezikrajské pracovní lékařské dny Plzeň - K. Vary - Č. Budějovice - Jihlava, Krajské lékařské dny, Západočeské lékařské dny). Zdůraznil význam těchto jednání, která přibližují nejnovější poznatky široké lékařské veřejnosti. A letošní hlavní téma

- „Problematika infekce v medicíně 21. století“ je skutečně velice aktuální.

Poté pozdravil účastníky jménem ředitelky Fakultní nemocnice její náměstek, MUDr. J. Poborský. Vyslovil jménem vedení FN plnou podporu jednání, poděkoval těm, kteří se o jeho přípravu zasloužili, včetně sponzorů. Dále hovořil předseda Okresního sdružení České lékařské komory Plzeň - město MUDr. J. Šebor Jn. Mj. uvedl, že jedním z hlavních úkolů České lékařské komory je dbát o vysokou odbornou úroveň lékařů a podporovat všechny akce, které k tomuto cíli směřují. V čestném předsednictvu při slavnostním zahájení dále zasedala MUDr. E. Pohořalá, předsedkyně Sdružení praktických lékařů v Plzni, a doc. MUDr. H. Zavázalová, CSc., přednostka Ústavu sociálního lékařství, který po organizační stránce zajišťoval



Doc. MUDr. J. Motáň při zahajovacím projevu



Předsednický stůl při zahájení konference



Pohled do auditoria

Foto: V. Dlouhý

celé jednání. **Doc. MUDr. M. Emmerová, CSc.**, hejtmanka Plzeňského kraje, se původně chtěla zúčastnit slavnostního zahájení i odborné části, ale pro nakupení jiných neodkladných povinností se nakonec omluvila.

Po zahajovacích a pozdravných projevech se ujal slova **K. Pizinger** s příspěvkem „**Přehled infekčních nemocí v dermatovenerologii**“. V dermatologické ordinaci patří různě závažné kožní infekce k nejčastějším nemocem, a to jako základní onemocnění nebo jako komplikace jiné dermatózy. Dělí se na infekce bakteriální, virové, houbové a dermatózy vyvolané parazity. Zvláštní skupinu pak představují pohlavně přenosné infekce. Mezi nejzávažnější infekce, vyžadující často hospitalizaci, patří erysipel, herpes zoster, ale i například scabies, který je velmi častý a mnohdy se na něj nemyslí. **T. Fikrle** ve sdělení „**Bakteriální kožní infekce**“ uvedl, že vůbec nejčastěji se setkáváme s nemocí ze skupiny pyodermií. Nejčastějšími patogeny jsou *Staphylococcus aureus* a *Streptococcus betaehaemolyticus*. Ze skupiny epidermálních pyodermií je především pro děti typické impetigo contagiosa. Pro dermatologa má zásadní význam skupina pyodermií postihujících kůži a podkoží, a to především diagnostika erysipelu. **V. Resl** si zvolil téma „**Pohlavně přenosné infekce - chlamydiové infekce**“. Chlamydiové infekce jsou v současnosti nejčastější ze závažných sexuálně přenosných infekcí (STI). Jsou lepším monitorem situace než kapavka, která v posledních pěti letech dosáhla historicky nejnižších počtů u nás i v celé Evropě. Při zjištění

nákaze je nezbytné provádět depistáž s vyšetřováním kontaktů, je nutné správné léčení, kontroly a vyšetření na ostatní STI. **S. Snake** uvedla především přehled všech „**Pohlavně přenosných infekcí**“. Pak se soustředila na „klasické“ pohlavní choroby (syphilis, gonorrhoeu a lymfogranuloma venereum). Upozornila, že po několika letech poklesu výskytu kapavky u nás (i v Evropě) byl v loňském roce opět zaznamenán vzestup incidence této choroby. Přednášku doprovodila obrazovou dokumentací. **M. Novák** se zaměřil na „**Profesionální kožní infekce**“. Do této skupiny patří zejména scabies, trichofytie a mikrosporie, erysipeloid a tubera mulgentium. Došlo k několika miniepidemiím svrabu u pracovníků v různých zdravotnických zařízeních v Plzeňském kraji. V rámci diagnostiky profesionální dermatózy je třeba vždy myslet na možnou souvislost mezi kožním onemocněním a pracovní anamnézou, zejména ve zdravotnictví, v zemědělství či v masném průmyslu.

T. Bergerová sdělila, že „**Komunitní MRSA (metilicilin-rezistentní Staphylococcus aureus)**“ je problémem nemocnic již od 60. let, novým fenoménem je však tzv. komunitní MRSA (CA-MRSA), jehož genetická výbava se od klasických MRSA liší. Může být původcem velmi vážných dokonce smrtících infekcí. Významným faktorem virulence zodpovědným za nekrotizující infekce je Panton-Valentinův leukocidin (PVL).

T. Bergerová a **R. Houšková** referovaly o „**Evropských aktivitách za zachování účinnosti antibiotik**“. Jejich účinnost se totiž v posledních letech dramaticky snižuje v důsledku neustále se zvyšující rezistence bakterií. V Evropě tyto aktivity podporuje Evropská komise, Evropská komise pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) a SZO. Na zvyšování „antibiotické kultury“ je zaměřena ABS International (Antibiotic Strategies), na sledování rezistence bakterií European Antibiotic Resistance Surveillance System (EARSS).

T. Karvunidis (spoluautoři R. Sýkora, J. Chvojka, J. Raděj, A. Kroužeký, T. Bergerová, M. Matějovič, I. Novák) uvedli kasuistiku „**Komunitní pneumonie způsobené rezistentním zlatým stafylokokem**“. Jednalo se o 41letou ženu s dramatickým průběhem oboustranné nekrotizující komunitní MRSA (metilicilin rezistentní zlatý stafylokok) pneumonie, která se komplikovala rozvojem septického šoku s multiorganovým selháním. Díky adekvátní iniciální empirické antibiotické léčbě a následnému přehodnocení léčby s ohledem na dobrou penetraci synergicky účinkujících antibiotik do místa infekce bylo možno nemocnou po 33 dnech umělé plicní ventilace a 43 dnech antibiotické terapie propustit z JIP. Dnes je již schopná běžné fyzické aktivity.

J. Turek a **A. Hudec** si vybrali téma „**Předčasný porod a infekce**“. Infekce je dnes považována za jednu z hlavních příčin předčasného porodu. Frekvence předčasných porodů kolísá kolem 6-8 %. Každý den oddělení předčasného porodu znamená zvýšení naděje na přežití plodu o 3%. Ideální tokolytikum zatím neznáme. **A. Hudec** (spoluautoři J. Turek a M. Havíř) v příspěvku „**Humánní papilomavirus - možnosti prevence**“ uvedli, že HPV je zodpovědný za vznik některých nádorových onemocnění, z nichž nejčastější je karcinom děložního hrdla. Incidence tohoto onemocnění v ČR se dlouhodobě pohybuje na 20/100 000. V prevenci se uplatňuje kolposkopický a cytologický skrining, trvalá monogamie párů příp. trvalá sexuální abstinence. Při kvadrivalentní vakcinaci lze získat pět let trvající imunitu.

M. Houšková přednesla společný příspěvek s **V. Machartovou** „**Infekční onemocnění ve zdravotnictví**“. V posledním období sice došlo k poklesu onemocnění infekční hepatitidou, v současnosti však se na první místo dostal scabies. Vyskytují se též případy TBC, varicely, herpes zoster a další. Příčinou je časté nedodržování hygienických zásad. O případu „**Chronické hepatitidy C u zdravotní sestry**“ hovořila **H. Bejčková**. Virová hepatitida typu C probíhá často po mnoho let asymptomaticky, jako tomu bylo v případě zdravotní sestry, u níž se onemocnění prokázalo až ve stadiu chronické hepatitidy s přechodem do cirhózy. Onemocnění bylo uznáno jako nemoc z povolání.

Druhý den PGLD - Plzeň 2009 11.2. zahájila přednáška „**Evropské aktivity za zachování účinnosti antibiotik**“ (**T. Bergerová, R. Hrušková**). Autorky upozornily, že se dramaticky snižuje účinnost antibiotik v důsledku narůstající bakteriální rezistence, a to nejen na jednotkách intenzivní péče a u osob imunosuprimovaných a jinak oslabených, ale i mimo nemocnice. Příčinou je hlavně zbytečné používání antibiotik např. při virových infekcích dýchacích cest. Protože jde o problém celoevropský, vznikly v zemích Evropské unie různé aktivity s cílem zmíněnou situaci zlepšit: projekt ABS (Antibiotic Strategies), EARSS (European Antibiotic Resistance Surveillance System), Evropský antibiotický den. Česká republika se k těmto aktivitám hlásí a jako současná předsedající země EU ji ve zdravotnických aktivitách zařadila mezi prioritní úkoly.

V další přednášce se **P. Pazdiora** zabýval „**Problematikou infekcí a jejich prevencí na začátku 21. století a virovou hepatitidou A jako modelem protichůdných trendů**“. Připomněl infekční choroby, které jsou i v 21. století vysoce aktuální. K současným prioritám patří mj. očkování proti pneumokokovému, rotavirovým a meningokokovým infekcím. Na příkladu virové hepatitidy A ukázal na trendy, které sice na jedné straně vedou ke zvyšování životní úrovně, ale na druhé straně zvyšují vnímavost obecné populace vůči infekcím.

J. Hrubá přednesla poučné a zároveň varovné sdělení „**Podání transfuze krve je rizikové i ve 21. století**“. V něm referovala o případu dárce, kdy za plného dodržení zákona a všech předpisů byl vyroben transfúzní přípravek, vysoce rizikový z hlediska možného přenosu virové hepatitidy C. Současné metody totiž nemusí odhalit čerstvou přítomnost infekčního agens v krvi

dárce. Je třeba nejen hledat a zavádět nové testy k detekci potenciální infekce dárce krve, ale zamyslet se nad tím, zda indikace k podání transfúzního přípravku je jednoznačná.

Ve společné práci **E. Kasala, V. Štruncové a J. Táborské** „**Hrozba meningokokových infekcí je stále aktuální**“ je obsaženo důrazné připomenutí těchto závažných a nezhledná smrtících onemocnění. Byly proto vypracovány jednotné diagnostické a léčebné protokoly pro přednemocniční, nemocniční a intenzivní péči. Již při podezření na agresivní meningokokovou infekci (obvykle z plného zdraví - velice rychlý rozvoj příznaků zprvu připomínajících virózu: horečka, slabost, bolesti v celém těle, bledost, později krvácení do kůže, porucha vědomí) je třeba co nejdříve zahájit intenzivní antibiotickou terapii, zajistit urgentní převoz na Emergency či jednotku intenzivní péče.

J. Hrabák se dlouhodobě systematicky věnuje problémům bakteriální rezistence vůči antibiotikům. Faktory, které se zde uplatňují, názorně ukázal ve svém sdělení „**Vznik a šíření multirezistentních bakterií v nemocničním prostředí**“. Adaptaci mikroorganismů na zevní prostředí a tudíž i na přítomnost antibiotik, ovlivnit nelze. Rezistentní kmeny však vznikají nejen v nemocničním prostředí, ale i v komunitě a mohou se pak dostávat do nemocnic. Ovlivnitelným faktorem zůstává šíření rezistentních kmenů. Zde hraje důležitou roli správná antibiotická politika spolu s náležitou hygienou a nemocniční epidemiologií.

Ve druhé části odpoledního jednání zazněla nejdrive přednáška „**Klíšová encefalitida - podceňované onemocnění**“ (autoři **V. Štruncová, D. Sedláček, M. Švecová, P. Pazdiora**). Přitom jde o jedno z nejčastějších infekčních onemocnění nervové soustavy, které často zanechává dlouhodobé či trvalé následky a může vést i ke smrti. Zásadním řešením by bylo proočkování obyvatel, které je u nás (např. ve srovnání se sousedním Rakouskem) stále velmi nízké (16%). Pozitivním jevem je zvyšující se povědomí o nebezpečnosti choroby a proočkovanost u studentů medicíny, také vstřícný přístup pojišťoven, které dnes již hradí část nákladů na očkování.

Ve sdělení „**Tularémie - diagnostika a léčba**“ se autorky **J. Kydličková, J. Táborská, S. Virtová, K. Jedličková a M. Kvasničková** zabývaly touto závažnou antropozoonozou. V České republice je hlášeno ročně okolo 100 případů. Na souboru 33 osob s tularémií za období jednoho roku ukazují závažnost jednotlivých forem choroby (ulceroglandulární, oroglandulární, plicní apod.), její diagnostiku a léčení (zejména doxycyklinem s gentamicinem, chirurgická exstirpace zkolikovaných uzlin). V diferenciální diagnostice horečnatých stavů, uzlinových syndromů a plicních zánětů je nutné pomyslet i na toto onemocnění.

Dvě přednášky byly věnovány problematice HIV infekce: „**Současné přístupy k léčbě HIV/AIDS**“ (**D. Sedláček, D. Matoušková, J. Braunová a V. Štruncová**) a „**Atypická mykobakteriáza u HIV pozitivního pacienta**“ (**J. Braunová, D. Sedláček, D. Matoušková, P. Mukenšabl a Z. Chudáček**). Znalosti o této infekční metle současnosti se značně rozrostly a také terapeutické možnosti jsou dnes zřetelně lepší než byly dříve - autoři demonstrovali moderní léčebné postupy. Lze říci, že HIV infekce je léčitelná, nikoliv však vyléčitelná choroba. Bohužel, přístup postižených k léčení často není optimální. Pak se zvyšuje možnost vzniku rezistentních typů HIV a přechodu do fáze AIDS. Byl popsán případ takového nemocného s nedostatečnou adhezí k terapii, který nakonec ukončila smrt pro generalizovanou atypickou mykobakteriázu rezistentní na veškeré dostupné léky.

„**Infekce vyvolané Clostridium difficile u nemocných hospitalizovaných na Infekční klinice a Geriatrickém oddělení FN v Plzni**“ byla tématem sdělení autork **J. Táborská, V. Šťastná a L. Geigerová**. Tato infekce se v posledních letech stala hlavním původcem nozokomiálních průjmů a průjmů spojených s užíváním antibiotik. Některé případy mohou proběhnout lehce, jiné však mají závažný až smrtelný průběh. Na poznatcích z literatury a na vlastních zkušenostech připomínají autorky nezbytnost pomýšlet na toto onemocnění a adekvátně je léčit.

J. Váchalová, J. Braunová a A. Koubová podrobně rozebraly „**Toxoplasmózu v graviditě**“. U běžné populace nepředstavuje toxoplasmóza problém a bezpříznaková promořenost populace je poměrně vysoká (28-36 %). U osob se sníženou imunitou a u těhotných žen však může dojít při primoinfekci (např. kontaktem s nemocnou kočkou) či při reaktivaci choroby k závažným postižením, především plodu. V práci jsou diskutovány otázky prevence, diagnostiky a terapie toxoplasmózy v graviditě.

Druhý den letošních plzeňských Postgraduálních lékařských dnů zakončila přednáška **A. Koubové a D. Matouškové** „**Preventivní opatření před cestou do zahraničí**“. Zabývá se jimi již plně uznávaný lékařský obor - cestovní medicína. Význam cestovní medicíny roste úměrně s růstem počtu cestovatelů, zejména do exotických oblastí. Navíc stále častěji cestují i malé děti a osoby ve vysokém věku nebo s chronickými chorobami, u nichž mnohé infekce mohou mít závažný průběh. K nejčastějším importovaným infekcím patří cestovatelský průjem, malárie, akutní respirační nákazy, virové hepatitidy A a B, horečka dengue, kapavka, břišní tyfus. Před cestou do exotických krajů je třeba se včas informovat u odborníků cestovní medicíny o možných rizicích a s dostatečným předstihem realizovat povinná a případně též doporučená očkování.

Třetí odpolední jednání PGD zahájila přednáška **S. Lacigové a spol. (D.**

Čechurová, J. Meinlová, J. Gruberová a Z. Rušavý) „**Infekční problematika syndromu diabetické nohy**“. Autorka podala přehled nejčastěji se vyskytujících patogenů a doporučené antibiotické léčby, upozornila na časté diagnostické rozpaky a chyby v diagnostice Charcotovy osteoartropatie a prezentovala kasuistiku nemocného s exulcerovaným maligním melanoblastem v lokalizaci typické pro syndrom diabetické nohy.

M. Štěpán uvedl současná doporučení při **antibiotické léčbě v intenzivní péči**.

S. Machart a spol. (J. Lejško, Š. Bejvančík, I. Moravcová, B. Šestáková a I. Týblová) v příspěvku „**Srovnání výsledků léčby u nemocných s akutním herpes zoster (AHZ) a rozvinutou postherpetickou neuralgií (PHN)**“ zmínili, že základem léčby u AHZ by měla být léčba antivirovými preparáty, která není vždy indikována včas a v odpovídající dávce. Klíčový význam má i rasantní snižování intenzity akutní bolesti s využitím všech léčebných modalit. Vztah mezi absencí antivirové léčby u nemocných s AHZ a rozvojem PHN v dalším průběhu onemocnění je pravděpodobný. Obdobný vliv má pravděpodobně i nedostatečná analgezie v akutní fázi onemocnění.

R. Bosman a spol. (K. Svoboda a R. Sviták) sledovali „**Výskyt a rozložení hypotermie u nemocných dopravených na Emergency AR kliniky FN v Plzni v roce 2007**“. Skupina 576 nemocných zahrnovala případy polytraumat, stavů po kardiopulmonální resuscitaci, traumat, intoxikací alkoholem a kombinovaných intoxikací. Největší rozdíly naměřených příjmových teplot byly ve skupině nemocných s traumaty. Z otrav vedly k největšímu výskytu hypotermie požití nadměrného množství alkoholu a společná intoxikace alkoholem a benzodiazepiny. V živé diskusi upozornili někteří na příznivé vliv hypotermie při postižení CNS.

K. Koudela a spol. (J. Koudelová, M. Kunešová a K. Koudela jr.) zdůraznili, že „**Pyomyozitida kyčelních svalů**“, a to jak primární tak sekundární, je život ohrožující onemocnění, kde včasná diagnóza a odpovídající terapie zabrání vzniku dalších komplikací. Vedle opakovaného klinického vyšetření hrají důležitou roli laboratorní a zobrazovací metody (SONO, CT, MR). V prvním stadiu se uplatňuje konzervativní léčba s antibiotiky, ve druhém stadiu je nezbytná při abscedujícím průběhu evakuace hnisu, ve třetím stadiu kromě chirurgické léčby je třeba intenzivní a resuscitační terapie při multiorganovém selhávání.

J. Novák a V. Zeman v příspěvku „**Nemocný sportovec a start v soutěži**“ upozornili na riziko snížení obranyschopnosti organismu u vrcholových sportovců, vyvolaném kumulací fyzické námahy, stresogenním působením závodní činnosti, nedostatečné regenerace a někdy i stavem přetřénování. Náročná pohybová aktivita v období prodromů nebo již propuklé choroby může výrazně zhoršit její průběh a mít až fatální následky. Z lékařského hlediska je na místě sportovci s potížemi, odpovídajícími počínající viróze, doporučit alespoň několikadenní odpočinek do odeznění příznaků.

J. Chvojka (spoluautoři R. Sýkora, I. Raděj, A. Kroužek, Th. Karvunidis, I. Novák a M. Matějovič) referovali o jednom z nejdůležitějších nozokomiálních patogenů - **Clostridium difficile**. Incidence CD asociovaných onemocnění (CDAD-Clostridium difficile associated disease) v posledních letech prudce stoupá. Byly pozorovány i lokální epidemie, jejichž výskyt je spojen s výskytem virulentních kmenů. Predispozici k CDAD mají zejména staří lidé, přibývá však nemocných i ve skupinách považovaných donedávna za minimálně rizikové.

V. Šťastná a V. Táborská uvedly „**Klinické charakteristiky infekcí močových cest (IMC) u hospitalizovaných geriatrických nemocných**“. Za rizikové faktory umožňující rozvoj infekce jsou považovány přítomnost toxigenního kmene Clostridium difficile, potlačení fyziologické střevní mikroflóry antibiotiky, zhoršení střevní peristaltiky a snížená funkce imunitního systému. Indikaci antibiotik je třeba přísně zvažovat zejména u rizikových pacientů.

Otázku „**Orální mikroflóra - je zajímavá pouze pro stomatologa?**“ si položil **P. Poleník**. V ústní dutině se vyskytuje více než 700 mikrobiálních druhů od saprofytů až po vysoce virulentní intracelulární parazity bakterie. Existuje řada okolností, za kterých se bakterie mohou dostat do cévního řečiště a jeho prostřednictvím do různých vzdálených lokalit. Objevují se nové důkazy o kauzálním vztahu mezi infekčními zdroji v ústní dutině a některými chorobami postihujícími jiné tělní systémy.

V. Kříž, P. Havel a F. Bruha v závěrečném sdělení „**Anestézie pro intervenční endoskopické výkony na tracheobronchiálním kmene**“ ukázal odlišnosti anestezilogických postupů při endoskopických výkonech v této oblasti, kdy dochází k určité kompetici anesteziologa a pneumologa. Významně uplatnění nachází vysokofrekvenční tryskový ventilátor Twistream.

Po celé tři dny měli účastníci možnost prostudovat si vyvěšená posterová sdělení.

Přinášíme jejich přehled:

V. Janda, J. Fiedler, H. Veličkinová, Z. Ambler, P. Kočovská: Léčba močové urgency u RS botulotoxinem - kasuistika opakovaného podání botulotoxinu u pacientky s neurogenním močovým měchýřem při RS

L. Čeledová, R. Čevela, R. Ptáček: Celoživotní vzdělávání posudkových lékařů

R. Čevela, L. Čeledová, H. Zavázalová, K. Zikmundová: Kontrola posuzování dočasné pracovní neschopnosti dle zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění posledních předpisů

L. Čeledová, R. Čevela, H. Zavázalová, K. Zikmundová: Infekční nemoci se

zaměřením na posuzování dlouhodobé pracovní neschopnosti a invalidity
P. Šlechtová, J. Ticháčková, M. Hauerová: *Minimalizace rizika přenosu infekčních chorob transfúzí krve*

J. Šlechtová, Z. Hajšmanová, P. Šigutová, J. Táborská: *Zkušenosti jednoho centra s léčbou chronické HCV u hemofiliků*

V. Křížková, M. Korabečná, J. Kočová, V. Třeška, J. Moláček, Z. Tonar, P. Tolinger, L. Nedorost: *Quantification of plasminogen activator inhibitor type I in the aorta wall*

J. Kočová, O. Hes, L. Boudová, V. Křížková, S. Opatrná, Z. Tonar, V. Třeška, V. Horčíčka: *Histology and Immunohistochemistry of the Peritoneal Membrane*

A. Tomšíková: *Nové poznatky z kandidóz*

V závěrečném slově doc. MUDr. J. Motáň, CSc. vyslovil určité politování nad tím, že pravděpodobně díky nezaviněné termínové kolizi probíhalo

současné též zasedání Lékařské komory, takže účast na posledním dnu konference byla slabší. Oba předchozí dny se však program konference těšil značnému zájmu auditoria. Jako významné vyzdvihl možnost přiblížit poznatky různých oborů dalším lékařům - v tomto směru konference PGD svůj úkol bezesporu plní. Potěšitelná je vysoká odborná úroveň, velice dobré podání a dokumentace všech přednesených sdělení. Za bezchybné zajištění konference patří dík jednak kolektivu Ústavu sociálního lékařství jmenovitě doc. MUDr. H. Zavázalové, CSc., PaedDr. R. Techlové a V. Strýbrné, ale také pracovníkům Střediska didaktické techniky V. Dlouhému a J. Babickému. Pro příště bude závazkem najít termín, který by optimálně vyhovoval bez kolize s jinou lékařskou akcí.

Partnery konference byli prim. MUDr. Miloslav Zikmund, Česká lékařská komora Plzeň-město, Stock Plzeň a.s., ZŘUD-Masokombinát Písek a.s. a Pojišťovna Kooperativa a.s. Plzeň. (J.Motáň a J.Nová)

POSTGRADUÁLNÍ LÉKAŘSKÉ DNY - PLZEŇ 2009 SESTERSKÁ SEKCE, 12. 2. 2009

Ruku v ruce, společně s lékařskou sekcí Postgraduálních lékařských dnů, proběhla i v letošním roce sesterská sekce odborného symposia, tentokrát pod názvem „Cesta k modernímu ošetrovatelství“. Záštitu nad pořádáním symposia převzal mimo Lékařské fakulty v Plzni Útvar náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Fakultní nemocnice Plzeň. Odbornou garancí a zároveň roli čestného předsednictva převzala vrchní sestra Anesteziologicko-resuscitační kliniky v Plzni paní Bc. Světlana Chabrová a vrchní všeobecný ošetrovatel Geriatrického oddělení pan Bc. Jaromír Doležal.

Odborné symposium bylo jednodenní, v rozsahu devíti odborných přednášek vybraných nelékařů Fakultní nemocnice v Plzni i externích účastníků. Vzhledem k tomu, že program akce byl akreditovaný a určený pro široké spektrum nelékařských zdravotnických profesí, našel si každý kvalifikační obor skupinu přednášek, které byly přínosem a obohacením jeho profesního růstu. V úvodu, po zahájení symposia zazněla velmi zajímavá přednáška MVDr. Silvie Novotné na téma „HPV vakcína“.

Po té následoval blok přednášek nelékařů Infekční kliniky s názvem příspěvků „Klíčová encefalopatie“, „Bakteriální a průjmová onemocnění v dětském věku“, „Problematika virových hepatitid v ošetrovatelské praxi“ a velmi zajímavá přednáška, jež vzbudila výrazný ohlas s tématem „HIV pozitivní pacient s komplikovanou toxoplasmózou a aktuální informace z problematiky HIV/AIDS“. Vysokou úroveň přednášek garantoval vrchní všeobecný ošetrovatel Infekční kliniky Mgr. Jiří Frei.

Velmi pěkný příspěvek přednesl kolektiv všeobecných sester Anesteziologicko-resuscitační kliniky na téma „Hygienicko-epidemiologický

režim při ošetrování centrálních žilních katétrů“. Po přednášce - kasuistice nelékařů Neurochirurgického oddělení FN v Plzni následovala přednáška náměstkyně pro ošetrovatelskou péči zahrnující problematiku koncepce „Rozvoje následné a sociální péče v rámci FN Plzeň“.

Celé odborné symposium doprovázela laskavá slova předsedajících vedoucích nelékařských pracovníků a místy velmi bohatá diskuze nad odbornými příspěvky.

Pasivní a aktivní účast na této zajímavé vzdělávací akci byla ohodnocena v rámci celoživotního vzdělávání nelékařů dle platné Vyhlášky MZČR č. 321/2008 Sb. dle platného kreditního systému a stala se tak důstojným a plnohodnotným partnerem probíhající, rozsáhlejší lékařské sekce Postgraduálních lékařských dnů. A Vorlíková (vorlikova@fuplzen.cz)



PŘEDNÁŠKOVÝ VEČER NEONATOLOGICKÉHO ODDĚLENÍ FN PLZEŇ 14. 1. 2009

V přednášce „Brain-natriuretický peptid v neonatologii“ autoři P. Huml, P. Jehlička a V. Petříková seznámili posluchače s využitím tohoto markeru při diagnostice kardiálních onemocnění u novorozenců. Mezi natriuretické peptidy patří atrální natriuretický peptid (ANP), brain-natriuretický peptid (BNP), centrálního nervového systému natriuretický peptid. Tyto peptidy byly objeveny v 80. a 90. letech minulého století. Jejich funkcí je uvolnění vazokonstrikce cév, snížení plicního tlaku ve zvýšeném vylučování sodíku ledvinami, inhibice sekrece reninu a aldosteronu, zvýšení glomerulární filtrace bez zvýšení průtoku ledvinami. ANP a BNP jsou označovány jako duální kardiální natriuretický peptidový systém. Pro vyšší hladiny a delší pohlás rozpadu je výhodnější stanovení BNP. Je vylučován ze srdečních komor jako neaktivní, který se enzymaticky štěpí na účinný BNP a NT-pro BNP. Hladina BNP je stanovována dvoukrokovou imunoanalýzou. BNP u dospělých patří mezi screeningová vyšetření srdečního selhání. Poněvadž neprochází přes placentu nejsou hladiny u novorozenců zkresleny onemocnění matky. V neonatologii se využívá především jako doplněk echokardiografického vyšetření v rámci intenzivní péče, především coby pomocný parametr v diagnostice persistující plicní hypertenze (PPHN). Dále probíhají studie k využití BNP při rozhodování zahájení léčby perzistující Botalovy dučeje (PDA), též jako jeden z markerů při novorozenecké sepsi či levostřanném srdečním selhání. Autoři demonstrovali na několika pacientech hladiny BNP a jejich dynamiku v souvislosti s průběhem PPHN a PDA.

A. Mocková a K. Lašová ve své práci „Úloha 24 hodinové pH metrie v diagnostice kyselého gastroezofageálního reflexu (GER) u novorozenců“ prezentovaly své první zkušenosti při verifikaci GER u nezralých a zralých novorozenců. Gastroezofageální reflux, charakterizovaný retrográdním pohybem obsahu žaludku do jícnu, je v neonatálním období velmi častý. Na jeho patogenезi se podílí řada faktorů (nevyzrálá peristaltika jícnu, příliš krátký intraabdominální úsek jícnu, otupení Hisova úhlu a především nedokončená maturace dolního jícnového svěrače - LES). 24 hodinová pH

metrie byla provedena u 27 novorozenců (44% donošení, 56% nedonošení, v době vyšetření průměrná hmotnost pacientů 2300 g, gestační stáří 35 týdnů). Indikace k vyšetření se nelišily od indikací, uváděných v pozdějším věku (aspirace, zvracení, apnoe, ALTE - život ohrožující příhoda). Patologický kyselý reflux byl zjištěn u 29 %, největší počet refluxních epizod byl u 1 novorozence 100/24 hodin, v jednom případě byla norma refluxního indexu překročena o 300%. Je zřejmé, že naše výsledky jsou ovlivněny častým krmením dětí alkalickou mléčnou stravou, znemožňující detekci kyselého pH v jícnu. Řešením je v tomto případě měření jicnové impedance, které detekuje i alkalický reflux, rozliší konzistenci obsahu a ukáže směr pohybu obsahu v jícnu. V terapii GER u novorozenců jsou upřednostňována antirefluxní opatření (polohování dítěte, zahuštění stravy, použití hypoalergenních formulí), farmakoterapie je indikována výjimečně.

Ve třetí přednášce L. Šusterová pojednala o případu Zellwegerova syndromu u novorozence.

Čtvrtá přednáška autorů J. Dort, V. Lukášová a E. Dortová pojednávala o nové vyšetřovací metodě - „Amplitudově integrovaném EEG“, která umožňuje sledovat funkci mozku novorozence v akutním stavu, např. po hypoxicko-ischemickém infarktu. Je vhodná pro objektivizaci paroxysmální mozkové aktivity, a to jak v případě manifestních křečí, tak v případě subklinických záchvatů. Umožňuje sledovat účinnost podávané terapie a vývoj mozkové léze. Výhodou metody je možnost kontinuálního monitorování, a to přímo u lůžka. Teoretická část pak byla doplněna ukázkami typických záznamů EEG v různých klinických stavech.

Program si přišli poslechnout lékaři z jiných pracovišť i studenti medicíny. O hladký průběh se postaral předsedající večera - pan doc. MUDr. Jiří Motáň, CSc., který řídil diskusi po každé přednesené práci. Po skončení programu odcházeli posluchači, diskutující i přednášející spokojeni.

J. Dort

PŘEDNÁŠKOVÝ VEČER ONKOLOGICKÉHO A RADIOTERAPEUTICKÉHO ODDĚLENÍ FN, 28. 1. 2009

Přednáškový večer zahájil prim. MUDr. Z. Chudáček, Ph.D. Na programu večera bylo sedm sdělení.

J. Finek (spoluautoři L. Holubec, T. Svoboda, I. Pavliková, M. Votavová): **Studie fáze II vinorelbin a kapecitabin u nemocných léčených pro metastatický karcinom prsu a předléčených antracykliny.**

J. Salvét (spoluautoři O. Tpolčan, L. Holubec, S. Kormunda, J. Finek): **Poruchy funkce štítné žlázy u onkologicky nemocných.**

R. Vojtišek (spoluautoři A. Vaidišová, P. Smolák, J. Hejsek): **Využití fúze PET/CT v plánování radioterapie plicních karcinomů.**

J. Dreslerová (spoluautoři L. Holubec, J. Finek, M. Pešek, O. Topolčan):

Současné možnosti v diagnostice, terapii a sledování léčby u NSCLC (nemalobuněčného karcinomu plic).

T. Svoboda: **Novinky v léčbě karcinomu pankreatu.**

L. Holubec (spoluautoři J. Podlípny, J. Vrzalová, J. Finek, O. Topolčan, J. Beran): **Deprese u onkologicky nemocných, vyhodnocení studie ONKODEP.**

K. Havránek (spoluautor Z. Chudáček): **Kompletní regrese retroperitoneálních paketů metastáz sarkomatoidní formy renálního karcinomu po paliativním ozaření.**

(7)

PŘEDNÁŠKOVÝ VEČER ÚSTAVU SOUDNÍHO LÉKAŘSTVÍ 4. 2. 2009

Odborným programem trvajícím prakticky dvě hodiny provázal prof. MUDr. František Fakan, CSc. První přednáška autorů **doc. MUDr. Heleny Kvapilové a MUDr. Jaroslava Nováka** (odborného asistenta ústavu tělovýchovného lékařství) měla název **Problematika utopení ze soudně-lékařského hlediska**. Vzhledem k tomu, že v posledních letech dochází k postupnému nárůstu počtu utopených osob, řešili autoři tuto problematiku úrazové smrti. Vedle nedokonalé znalosti plavání se může na vzestupu tohoto typu úmrtí podílet i řada dalších faktorů, především však abusus alkoholických nápojů a drog. Základním předpokladem prevence těchto tragických případů je vedle dokonalého zvládnutí plaveckého umění též zodpovědné chování při této zdravotně velmi vhodné formě pohybové aktivity.

Přednáška **prim. MUDr. Pavla Mandýse** byla nazvána **Poranění psy**. Jednalo se o výklad s diapositivy, kdy v úvodu rozebral jednotlivé typy poranění, která mohou psi člověku způsobit. Dále se věnoval především následkům kousnutí, včetně účinku psích zubů přes oděvní součástky, průběhu hojení i vzhledu jizev. V závěru demonstroval vlastní nálezy nejtěžších následků útoku psa na člověka, včetně smrti vykrvácením z ran po kousnutí, a pitevní nález u takto napadené osoby.

Přednáška **MUDr. Petra Hrubého** měla název **Traumata motocyklistů**. Autor se zabýval hodnocením četnosti, závažnosti a lokalizace poranění u řidičů motocyklů s využitím biomechaniky poranění. Dále mechanismem vzniku poranění jednotlivých orgánů či orgánových systémů a možnými preventivními opatřeními v rámci pasivní bezpečnosti motocyklu.

Sdělení autorů **MUDr. Evy Čechové a MUDr. Hynka Řehulky** bylo

nazváno **Disekující aneurysma aorty**. Autoři popsali náhlé úmrtí 32letého muže, u kterého byla pitvou zjištěna stará disekce aorty za odstupem levé podklíčkové tepny s vytvořeným nepravým lumen sahajícím až do oblasti ilických tepen. Ve stěně nepravého lumen hrudní aorty zjištěna čerstvá trhлина s vykrvácením do pohrudniční dutiny. Histologicky prokázána idiopatická cystická degenerace medie aorty (M. Erdheim). Na základě údajů v dostupné zdravotnické dokumentaci a s ohledem na klinický průběh je pravděpodobné, že k první disekci došlo necelé 2 roky před smrtí muže. Dále se autoři stručně zmínili o případech úmrtí v souvislosti s disekcí hrudní srdečnice za poslední 2 roky.

MUDr. Miroslav Dvořák se v závěrečné přednášce zaměřil na **Vstup soudních lékařů do problematiky hromadných nehod a bioterorismu**. Vysvětlil nasazení, složení a činnost DVI týmu (týmu pro identifikaci obětí katastrof). Popsal postup mezinárodních DVI týmů při přírodní katastrofě v Thajsku r. 2004, při kterém zemřeli i občané naší republiky. Dále se věnoval nebezpečí terorismu s použitím chemických a biologických prostředků. Zdůraznil význam připravenosti a koordinované činnosti integrovaného záchranného systému, lékařů prvního kontaktu a soudních lékařů při řešení krizové situace. V závěru rekapituloval typické morfoloogické nálezy u některých nejnebezpečnějších infekčních nemocí, ke kterým by mohlo v souvislosti s biologickým útokem dojít. Možnost teroristické akce, včetně sebevražedného útoku osob, které se nechají dobrovolně nakazit i biologickou zbraní, nelze podceňovat ani v České republice.

(Dvořák)

JAK (NE)PŘEDNÁŠET (2. ČÁST)

Jaké jsou obecné předpoklady úspěšné přednášky? V minulém čísle FN jsme se v první části článku věnovali problematice obsahu a formy přednášky. Dnes dokončíme téma „umění přednášet“ dalšími praktickými postřehy a doporučeními.

ZPŮSOB PŘEDNESU, ŘEČ TĚLA

Zkušený přednášející by si měl uvědomit, že o jeho duševním rozpoložení může kromě mluveného projevu názorně vypovídat i jeho tzv. **řeč těla (body speech)**.

Řeč těla je soubor tělesných projevů, složených z mimiky, pohybů končetin, bezděčných pohybů, gest nebo zvuků, představujících vědomě nebo i nevědomě vyslané signály směrem k objektu, s nímž komunikujeme, ať už je jím jedinec nebo skupina osob.

Posluchač však musí brát v úvahu **celé sekvence** nonverbálních projevů jako jakési celé „věty“, které teprve ve větších celcích dávají určitý smysl. Přednášející si většinou není příliš vědom svého postoje, gest, výrazu obličeje, zvuku svého hlasu zejména v situacích, kdy jeho pozornost je upoutána řešením určité náročné situace.

Které jsou hlavní komponenty řeči těla?

1. Mimika. Zejména horní část našeho obličeje prozrazuje subjektivní emoční stavy, zvláště stavy nepřijemné. Především svaly okolo očí signalizují naše prožitky. L. Kundera v jednom ze svých románů uvedl, že zejména u žen vyjadřuje horní polovina obličeje racionální a duchovní výstavu, dolní polovina obličeje pak odráží smyslovou oblast.

Významnou úlohu hrají oči: **pohled z očí do očí** představuje emočně mimořádně nabité kontakty, v některých situacích i jakousi výzvu. Žádný přednášející by neměl oční kontakt s posluchači podceňovat nebo dokonce vědomě potlačit.

Vytažení čela vyjadřuje údiv nebo úzkost, zatímco **pokrčení čela** a vytvoření vertikálních vrásek vyjadřuje negativní postoje, nesouhlas až odmítání.

Pootvěrené rty mohou signalizovat vnitřní pozornost, sešpulené rty pak pochybování nebo nesouhlas.

2. Gestikulace a pohyby prozradí celou škálu emočních stavů.

Pokyvování hlavou v sagitální rovině znamená souhlas, ale pozor: v některých zemích naopak nesouhlas. **Pohyby hlavou ze strany na stranu** značí nesouhlas - zase kromě země, kde značí souhlas.

Zakrytí úst rukou nebo jen prstem prozrazuje váhání a nerozhodnost.

Překřížení paží na prsou může být výrazem obrany proti hrozcivému nebezpečí, může být odrazem jistého defenzivního postoje, výrazem „přidržení“ vlastní osoby.

Také sevření zkřížených rukou do pěstí, odklon těla, odvrácení tváře, křečovitě držené paže jedné ruky prsty druhé ruky může být výrazem úzkostné obrany.

Bariérové proplétání prstů vyjadřuje nejistotu v nové situaci, v novém prostředí, před publikem.

Prsty nebo předměty vkládané do úst (pero, brýle apod.) mohou být výrazem toho, že subjekt vyhodnocuje situaci a informace, získává čas, očekává další informace.

Prst položený na nos znamená rozpaky nebo okamžitý nápad ...

Chycení se za nos znamená totéž, co vyjadřuje známé úsloví - uvědomění si vlastní chyby a očekávání negativní reakce okolí.

Popotahování nosem, pokašlávání je výrazem nejistoty. Někdy tak řečník rámuje a odděluje části svého sdělení.

Ruka držící vlastní krk je výrazem tísně, úzkosti a odpovídá pocitu staženého hrdla.

Stejně tak **ruka svírající vlastní hrudník nebo epigastrium** může být výrazem tísně a úzkosti, zatímco **ruka položená šikmo na hrudník** může vyjadřovat upřímnost a čestné úmysly.

Paže podpírající bradu vyjadřuje přemýšlení. Významné jsou i pohyby rukama a gestikulace: **pohyby paží s nataženými prsty** svědčí spíše o kvantitativním hodnocení problému, kdežto **pokrčená paže s palcem a ukazovákem tvořícími kruh** spíše vyjadřuje kvalitativní hodnocení problému.

Dlaně obrácené při gestikulaci vzhůru vyjadřují vstřícnost, **hřbet gestikulující ruky obrácený vzhůru** naznačuje snahu mít „navrch“.

Bariéru v komunikaci tvoří také **ruce, které hranými gesty** staví jakousi abstraktní zeď z pomyslných cihel. **Pohyby pažemi shora dolů** jakoby naznačovaly vykřičník. **Svěšené ruce** od pasu dolů vyjadřují bezmocnost a rezignaci. Tzv. „**poloha L**“ (kdy jedna ruka je překřížena před tělem a druhá - kolmo na ni - podpírá bradu) vyjadřuje poloviční bariéru: horizontála signalizuje NE, vertikála ANO; záleží pak na dalším vývoji, zda se jedinec uvolní a otevře prostor k další komunikaci, nebo se uzavře a jednoduše překřížení zdvojnásobí.

Náhlé odložení osobního předmětu (brýlí, tužky, notesu, apod.) na stůl signalizuje potřebu oddechového času a jedinec tak dává najevo, že „vypíná“.

Úprava oděvu, hodinek, náramku, pohrávání si s nějakým předmětem symbolicky uzavírá prostor před jedincem; kabelka ženy držaná před tělem jako štít výrazně symbolizuje obranu.

Uvedený výčet možností řeči těla jistě není úplný; má pouze upozornit na její význam při komunikaci, tedy i při přednášení. Není však snadné se soustředit na přednášku a současně pečlivě kontrolovat své pohyby, mimiku, postoj a všechny další nonverbální projevy. Je však možné se tomu časem naučit.

ÚLOHA POŘADATELE PŘEDNÁŠKY

Zatím jsme probírali převážně **obsahovou stránku** přednášky, **formu** (1. část) a **způsob přednesu**. To však není všechno, co je třeba znát a respektovat. Na úspěchu přednášky se kromě autora může významně podílet i její **pořadatel**; ten by měl zajistit několik základních věcí:

1. Důležitou osobou je **předseda zasedání**. To není jen formální funkce. Předseda musí především energicky trvat na dodržování programu a časových limitů. Je-li limit pro sdělení 10 minut, je vhodné, dá-li řečníkovi na konci 8. minuty znamení (např. červeným světlem) a koncem 10. minuty řečníka energicky přerušit (např. i tím, že vypne mikrofon) a zahájí diskusi. Předseda se stará o průběh bez závad. Má vždy předem zkontrolovat stav mikrofonů nebo i sluchátek. Je vhodné, když na začátku zasedání vysvětlí, jak s mikrofonem a sluchátky zacházet. Vždy má autora představit, nemá podrobně hovořit o tom, co je tématem přednášky a ani nemá předem prozrazovat výsledky, které autor předkládá.

2. Přednáška má být zařazena **ve vhodnou dobu**, aby nekolidovala s jinou akcí, o kterou by posluchač mohl mít zájem (např. se nemá zařazovat do programu sjezdu, symposia atd. na stejnou dobu v jiném sále další přednáška se stejnou tematikou apod.).

3. Pořadatel má zajistit pro přednášku **vhodný sál s dobrou akustikou, s možností úplného zatemnění, s bezproblémovým promítáním, případně se zesilovacími zařízeními**. Má zajistit dobré **osvětlení textu**, případně i světelnou šipku. (Pozor: světelnou šipku má přednášející držet pevně tak, aby šipka nekmitala po promítaném obrázku; to vyžaduje určitý cvik. Přednášející, kterému se chvějí ruce, může mít v publiku např. informovaného kolegu, který popisované detaily ukazuje šipkou místo autora).

Jakmile se autor dostaví do sálu, měl by se seznámit s jeho technickými zařízeními. Je-li to tak zavedeno, odevzdá promítači svoji obrazovou dokumentaci (diapozitivy nebo digitální zdroj dat), domluví s promítačem signály na zařazení a zhasnutí obrazové dokumentace, případně mu předá text své přednášky s vyznačením co, kdy a jak dlouho promítat.

Seznámí se s řečnickým pultem, vyzkouší, zda bude dobře vidět na text. (Někteří zkušení přednášející si nosí s sebou i kapesní svítilnu). Vyzkouší si mikrofon, světelnou šipku, posadí se někam dopředu - blízko řečnického pultu, připraví si poznámky nebo text. Nezapomene na brýle, pokud je nosí. Zkontroluje si svůj zevnějšek a čeká, až na něho přijde řada. Je vhodné, má-li někde u řečnického pultu pohárek s nápojem.

Pokud jsme prvním řečníkem dopoledne, je třeba počítat spíše s menším počtem posluchačů, zato pozornějším a kritičtějším. Naopak čím později v průběhu dne přednášíme, tím vhodněji má navazovat naše vystoupení na to, co již bylo řečeno. Buďme připraveni vypustit nebo zkrátit částí své přednášky tak, abychom se vyhnuli opakování. Pečlivě si přečtíme souhrny předcházejících přednášek a vyslechneme pozorně přednášky zařazené před námi. Přednášíme-li na konci dopoledního nebo odpoledního zasedání a program se zpozdlil, je žádoucí nejvyšší možná stručnost, tedy zkrácení přednášky.

V úvodu přednášky oslovíme předsedajícího a posluchače. Trvale mluvíme do mikrofonu a dbáme na správnou výslovnost. Drobná přefeknutí nevadí, je jen třeba dávat pozor na **monotónnost přednesu** a nedodržování pauz.

Není přípustný žádný slang nebo snaha zavděčit se posluchačům tzv. lidovými slovy: to se obvykle obrací proti autorovi!

Mluvíme tak, abychom se dobře vyjadřovali, nikoliv, abychom působili dojem. Vynikající vystoupení, které vyvolá entusiasmický potlesk, bývá zpravidla předneseno velmi pomalu, s rozmyslem a nemusí být čteno. Čtíme-li text, děláme to často příliš rychle.

Místo psaného textu někomu stačí jako vodítko malý svazáček kartiček s klíčovými hesly nebo větami.

4. Promítá-li přednášejícímu diapozitivy nebo obsluhuje-li jiné obdobné zařízení (např. datavideoprojektor) někdo jiný, je třeba se s takovým promítačem **předem domluvit např. na signálu k zařazení dalšího obrázku**

a na signálu ke zhasnutí obrázku. Rovněž má být domluven signál pro zhasnutí světel v sále nebo jejich rozsvícení. Tato souhra je velmi důležitá.

Je výhodné, je-li na řečnickém pultu červené světlo, ovládané předsedajícím. Pořadatel má předem vždy zajistit i **náhradní promítání** pro případ selhání prvního přístroje a také osobu, která v případě potřeby dokáže rychle opravit případnou poruchu technických zařízení.

5. Je-li přednáška **překládána** do cizího jazyka, je třeba dát překladateli včas kopii textu přednášky, případně seznam odborných a technických termínů, které by překladatel nemusel znát. Vyznačme v textu části, které lze vynechat, dostane-li se překladatel do časové tísně! Přednášející má mluvit jen tak rychle, aby mu překladatel stačil, proto je vhodné, v průběhu přednášky naslouchat jejímu překladu. Překladatel může v případě potřeby požádat přednášejícího o zpomalení tempa.

6. Nedílnou součástí přednášky bývá i **diskuse**. Čas pro diskusi nemá být nikdy překročen, je to unfair vůči dalším přednášejícím. Jsou 3 typy diskutujících: a) ten, který se chce dozvědět něco nového; b) ten, který chce upozornit na sebe a předvést se publiku; c) ten, který chce v rámci diskuse přednést **svůj** referát nebo příspěvek. To vše musí předsedající zvládnout.

Chceme-li diskutovat, měli bychom si předem zformulovat otázku nebo komentář k problému, mluvit nahlas nebo do mikrofonu. Nejdříve se představíme, uvedeme pracoviště. Vlastní výzkumu uvádíme jen tehdy, pokud se skutečně týkají tématu. Hrubá neslušnost je říci: „Mám náhodou s sebou několik obrázků,“ a čas k diskusi využít pro vlastní přednášku, která nebyla zařazena do programu. Je také nevhodné se ptát na podrobnosti, které nemohou nikoho dalšího zajímat; na to je čas později při soukromém dotazu.

TECHNICKÉ POZNÁMKY K PŘEDNÁŠENÍ

Budeme-li při přednášce používat **diapozitivy** nebo promítat obrázky **videoprojektorem**, používáme jen technicky dokonalé snímky, které mají bezprostřední vztah k tématu přednášky. Je vhodné dávno před přednáškou si promítnout všechny obrázky, zkontrolovat jejich kvalitu a nevhodné bez milosti vyřadit.

Diapozitivy máme uloženy ve vlastním zásobníku a speciální schránce. Zásobník označíme svým jménem, názvem přednášky eventuálně jejím pořadovým číslem v programu zasedání. Stejně tak označujeme jiné moderní nosiče naší dokumentace. Hodláme-li promítnout stejný obrázek dvakrát, je lépe pořídit jeho **kopii** a zařadit ji v příslušném pořadí.

Dbáme na to, aby vlastní obrázek (nebo graf, tabulka apod.) pokryl celé obrazové pole a byl tak co největší i na promítacím plátně. Častou závadou promítaného obrázku je jeho **nedostatečná velikost** a tím také špatná čitelnost z větší vzdálenosti. Pamatujme na zásadu, že text na obrázku má být dobře čitelný i z poslední řady sedadel v místnosti, kde se promítá. Počítejme i s možností nedokonalého zatemnění, což čitelnost diapozitivů zhorší.

Je velmi vhodné zkusit si promítnout dokumentaci přednášky **předem** v místnosti, kde se přednáška uskuteční; lze tak předejít některým technickým nedostatkům, na které jsme předem nemysleli: příliš malé promítací plátno, nedostatečný výkon žárovky promítacího přístroje, krátký kabel atd. Pořadatel má proto vždy zajistit dobré zatemnění, dostatečně dlouhý kabel, rezervní žárovku do promítacího přístroje nebo náhradní promítací aparát pro případ poruchy.

Výbornou přednášku lze znehodnotit špatnými obrázky a naopak. Obrázky mají obsahovat jen důležité údaje, nemají být přeplněny, tabulky mají obsahovat jen tolik číselných údajů, kolik jich lze za dobu jejich promítání přečíst. Poskytněme proto posluchačům vždy dost času na jejich přečtení.

Každý, kdo sbíral k určitému tématu (např. ke kasuistice) dokumentaci, ví, že chce-li získat jediný technicky a i po odborné stránce **dokonalý obrázek**, musí často pořídit řadu snímků a vybrat jen nejlepší. Nespolehejme na to, že určitě vyjde a bude dostatečně kvalitní jediný záběr u jediného pacienta, pořízený na poslední chvíli.

Vyvarujeme se také **nesrozumitelnosti** vyplývající z lajdácky zhotovených grafů a tabulek. Takovou „dokumentaci“ divák vnímá jako urážku.

Při promítání obrázků musíme dbát na jejich dokonalou **synchronizaci s textem**. Promítáme-li jakýkoliv obrázek názorně popisující určitou skutečnost, o které právě hovoříme, je naprosto nutné, aby se tento obrázek objevil na plátně nejdéle **na začátku slovního popisu**. Jen tak využijeme výhody kombinace slova a obrazu. Je ale zarážející, jak malou pozornost věnují této skutečnosti i někteří zkušení přednášející.

Pokud jde o přednášku pro nás mimořádně významnou (např. přednášku v rámci obhajoby disertace, habilitační nebo profesorskou přednášku aj.), zkušený autor si zpravidla její text **nahrabe předem na magnetofon** a s určitým časovým odstupem si ji i několikrát přehraje. **Má to některé výhody:**

a) lze téměř přesně určit dobu trvání přednášky; přitom je třeba počítat s časem na legendu k obrázkům a tabulkám,

b) lze dobře kontrolovat svůj verbální projev, výslovnost, intonaci a tempo přednášky; je vhodné si označit kritická místa textu přednášky znaménky a upozorněními,

c) podle nahrávky lze dodatečně upravit text, který např. není plně srozumitelný, upravit věty, jejichž smysl není zcela jednoznačný, a zkrátit věty neúměrně dlouhé.

Opakované přečtení přednášky nám dává možnost dodatečně upravit nebo i zcela změnit pasáže se stylistickými nebo jinými chybami.

Dokonalá nahrávka může za výjimečných okolností nahradit i samotného přednášejícího, např. při hlasové indispozici nebo onemocnění autora.

Je vhodné pustit nahrávku zkušenému kolegovi, který může autora upozornit na různé nedostatky textu.

Jiná možnost kontroly spočívá v tom, že přednášku proslovíme nejprve před přátelským publikem, např. na klinickém semináři apod.; konstruktivní kritika přátel a kolegů může také pomoci předvídat případné dotazy. Také zjistíme, zda je přednáška správně rozvržena a zda budeme moci splnit časový limit.

Méně zkušený autor může bez obav svou přednášku číst. Je sice velmi efektivní hovořit „spatrá“, ale ... Nechme si svou zpměti proslovenou přednášku nahrát na pásek a pozorně si ji s odstupem času poslechneme. Uvidíme, jak často se opakujeme, kolik zbytečných slov řekneme.

TEZE

Již v době přípravy vědecké konference, symposia, sjezdu apod. jsou autoři přednášek zpravidla požádáni pořadatelem o zaslání **tezí** přednášky. Teze podávají přehled o obsahu sdělení a jsou pořadatelem hromadně zpracovány, rozmnoženy a s programem zaslány nebo před zahájením zasedání předávány účastníkům.

Teze musí obsahovat název přednášky, jméno autora, případně spoluautorů, a někdy i jeho pracoviště. Rozsah a formu tezí zpravidla určuje pořadatel v písemných pokynech autorům; jeho požadavky je třeba vždy dodržet.

Je vhodné, aby teze měly obdobnou formu, jakou mívá „Souhrn“ uváděný v odborných časopisech. Mívají rozsah poloviny až jedné celé strany psané strojem. Podle tezí pak mohou účastníci zasedání volit mezi určitými přednáškami, zejména probíhali zasedání současně na více místech.

ORGANIZACE VĚDECKÝCH ZASEDÁNÍ

Na závěr ještě několik připomínek k organizaci **vědeckých zasedání**.

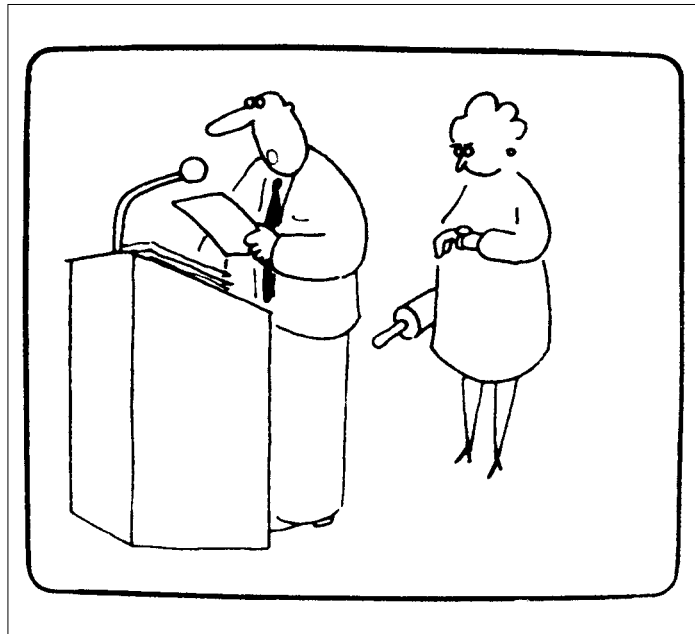
1. Častou chybou je **nedostatečná zásoba informací o organizaci** zasedání: účastník má předem spolehlivě vědět, kde je zasedací místnost, jakým spojem se může na místo zasedání dostat, kde se provádí registrace, jaký je večerní program atd. Je vhodné - zejména u větších mezinárodních zasedání - zřídit informační centrum a informátoři by měli být schopni odpovídat na otázky účastníků nejen v oficiálním jazyce zasedání, ale ještě

v 1-2 dalších jazycích. Nedostatek informací může zcela znehodnotit i jinak dobře připravené zasedání.

2. Řada účastníků považuje za nejcennější část zasedání **nové kontakty** s jinými účastníky. Proto by měli mít všichni jmenovku čitelnou i ze vzdálenosti jednoho metru.

3. Účastníkům zasedání by mělo být dopřáno **dost času na uvolnění a na kontakty** s jinými účastníky, na informace a výměny názorů. Kávové a čajové přestávky jsou pro tento účel nad jiné vhodné. Dopřejme účastníkům čas i na druhý šálek, stojí to za to. A večerní party může být pro tyto kontakty stejně důležitá jako oddechové přestávky během dne.

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



PŘEDSTAVUJEME ABSOLVENTY PLZEŇSKÉ LÉKAŘSKÉ FAKULTY

MUDr. KORNÉLIE DAREBNÍKOVÁ

MUDr. Darebníková je plzeňská rodačka. Narodila se 10. 4. 1941. Vyrůstala v lékařské rodině, tatínek byl specialistou v oboru otorhinolaryngologie. Po většinu života pracoval jako vojenský lékař. V letech 1947-1955 absolvovala 19. osmiletku, po závěrečné zkoušce pokračovala ve studiu na 2. jedenáctiletce v tehdejší ulici Pionýrů (nyní Masarykovo gymnázium). Maturovala v r. 1958. O své další životní dráze říká:

„Příhlášku na medicínu jsem podávala na přání mého otce, neměla jsem tehdy nijak vyhraněný okruh zájmů pro další studium. Obor stomatology mi byl určen při přijímacím řízení. Na plzeňské lékařské fakultě jsem studovala v letech 1958-1963. V pražském Karolinu jsme tehdy přebírali diplom s oprávněním užívat titul „promovaný lékař“. Po promoci jsem podepsala na tři roky umístěnkou do Sokolova, nakonec jsem tam zůstala až do r. 1972. Pro celoživotní praxi byl pohraniční Sokolov výbornou příležitostí jak získat

praxi ve svém oboru především šíři výkonů, k nimž jsem se jako čerstvá absolventka záhy dostala. Navíc jsem v Sokolově poznala řadu skvělých lidí, s některými z nich se přátelím dodnes.

V r. 1966 jsem po dvouměsíčním kurzu složila atestační zkoušky v Brně. Do Brna jsem se i později ráda vracela na kratší tematické kurzy. Jedinou výjimkou bylo v r. 1980 školící místo pro pomocné chirurgy v Institutu pro doškolování lékařů a farmaceutů v Praze.

Jako obvodní zubní lékařka jsem pracovala v Sokolově do r. 1972, pak jsem na stejné místo přešla do obvodu Praha 5. Po dohodě s kolegy jsem v r. 1994 změnila působíště do Prahy 1, kde jsem byla zaměstnána v soukromé zubní ordinaci „Dens altus“. Krátce poté jsem odešla do důchodu. Ve volném čase k mým koníčkům dříve patřilo cestování, literatura, hudba, divadlo a film, v současné době angličtina, dějiny umění a architektura.“

VĚDECKÁ RADA LF UK V PLZNI DNE 22. 1. 2009

V úvodu zasedání proběhlo řízení ke jmenování profesorem **doc. MUDr. Alexandra Ferka, CSc.**, docenta LF UK v Hradci Králové a přednosta Chirurgické kliniky FN Hradec Králové v oboru chirurgie. Kandidát přednesl profesorskou přednášku **“Ložiskové postižení jater a současné možnosti chirurgické léčby”**.

Dále proběhlo habilitační řízení **MUDr. Josefa Vodičky, Ph.D.**, odborného asistenta, zástupce přednosta pro výchovnou a vědeckou činnost a sekundárního lékaře Chirurgické kliniky FN LF UK v Plzni v oboru chirurgie. Kandidát přednesl habilitační přednášku **“Diagnostika a léčba poranění velkých dýchacích cest”**.

VR schválila jednohlasně návrh na složení komise **MUDr. Silvie Lacigové, Ph.D.** pro habilitační řízení, odborné asistentky LF UK v Plzni a lékařky I. interní kliniky FN Plzeň v oboru vnitřní nemoci v tomto složení: Předseda prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc. (III. Interní klinika VFN, I. LF UK v Praze). Členové: prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc. (II. interní klinika FN, LF UK v Plzni), prof. MUDr. Terezie Pelikánová, DrSc. (IKEM Praha), doc. MUDr. Boris Krahulec, CSc. (II. interní klinika FN sP, LF UK v Bratislavě, SR) a doc. MUDr. Rudolf Chlup, CSc. (Ústav fyziologie LF UP v Olomouci).

VR schválila jednohlasně hodnotící komisi pro jmenovací řízení **doc. MUDr. Martina Matějoviče, Ph.D.**, docenta LF UK v Plzni a přednosta I. interní kliniky FN Plzeň v oboru Vnitřní nemoci v tomto složení: Předseda prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc. MBA (III. interní klinika VFN I. LF UK v Praze). Členové: doc. MUDr. Miroslav Souček, CSc. (II. interní klinika FN u sv. Anny LF MU v Brně), prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc. (Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny FN LF MU v Brně), prof. MUDr. Jan Lata, CSc. (Interní hepatogastroenterologická klinika LF MU v Brně) a doc. MUDr. Ondřej Viklický, CSc. (IKEM Praha).

VR schválila rozšíření zkušební komise DSP pro státní zkoušky a pro obhajoby disertačních prací v programu patologie o následující členy: doc. MUDr. Markéta Hermanová, Ph.D. (I. Patologicko-anatomický ústav FN u sv. Anny, LF MU v Brně), doc. MUDr. Zdena Vernerová, Ph.D. (Ústav patologie 3. LF UK v Praze), doc. MUDr. Josef Zámečník, Ph.D. (Ústav patologie a molekulární medicíny FN v Motole, 2. LF UK v Praze).

Další schůze VR se konala 19. 2. Zprávu přineseme v příštím čísle *Facultas nostra*.

(hr)

Z JEDNÁNÍ AS LF UK V PLZNI 17. 12. 2008

Za účasti 17 řádných členů se sešel ke svému poslednímu jednání v roce Akademický senát naší LF. Na úvod všichni přítomní povstáním a minutou ticha uctili památku doc. RNDr. Josefa Reischiga, CSc. Na základě výsledků posledních voleb byl do AS kooptován doc. MUDr. Milan Hora, Ph.D. Zástupkyně LF Plzeň v Akademickém senátu Univerzity Karlovy byla jednomyslně schválena doc. RNDr. M. Korabečná, Ph.D.

Na návrh doc. MUDr. J. Slípky, CSc. schválil AS jednomyslně as. MUDr. J. Barcala, Ph.D. jako zástupce v Radě vysokých škol.

Poté se ujal slova spectabilis děkan LF UK v Plzni doc. MUDr. J. Koutenský, CSc. Seznámil přítomné především s návrhem Univerzity Karlovy na vznik Univerzitních nemocnic jako neziskových organizací. Tento návrh byl již předložen Ministerstvu zdravotnictví ČR, o jeho dalším osudu a jednání o něm nejsou k dispozici žádné další zprávy.

Hospodaření LF UK v Plzni označil děkan fakulty v r. 2008 jako příznivé. Dále informoval členy AS o výzvě k výstavbě nových budov fakulty, připravuje se též stavba malých ústavů. V současné době se prodává přidělení územního rozhodnutí.

Probíhá diskuse na téma umožnit studentům, kteří ve výsledcích přijímacích zkoušek jen těsně neuspěli, přijetí na LF s tím, že by v prvním ročníku hradili své studijní náklady a podle studijních výsledků by se případně stali řádnými posluchači LF až od 2. ročníku. V takovém případě by pak další studium absolvovali stejně jako ostatní bezplatně. Další prodávanou novinkou je zpracování kritérií pro přijímání některých ucha-

zečů o studium na LF bez přijímacích zkoušek. V úvahu přicházejí studenti s vynikajícím studijním průměrem a s vynikajícími známkami z fyziky, chemie a biologie na střední škole.

Vysokoškolský odborový svaz LF nabídl plzeňské Lékařské fakultě možnost převedení chaty na Špičáku do majetku Lékařské fakulty za symbolickou úhradu. Kolegium AS s převodem souhlasí a požádalo vedení fakulty o poskytnutí dalších základních materiálů, s možným převodem souvisejících – např. kupní smlouvy, dokumentace k objektu atd. Po jejich prostudování zaujme AS konečné stanovisko.

AS vzal na vědomí prodloužení akreditace Stomatologické kliniky, o které požádal proděkan doc. MUDr. A. Zicha, CSc. Žádost již byla schválena Vědeckou radou LF.

V diskusi informoval doc. RNDr. P. Fiala, CSc. o zahraničních studentech na naší LF. V současnosti studuje na plzeňské LF 380 zahraničních studentů, z toho je 160 studentů z Portugalska. V loňském roce podalo přihlášku ke studiu 165 zájemců, bylo přijato 86 studentů. V budoucnu lze očekávat obdobný trend, největší počet zájemců lze očekávat z Portugalska, Recka, Velké Británie a Německa.

MUDr. L. Bolek, Ph.D. vyzval k úpravě „Studentské ankety“. AS tuto otázku projedná ve spolupráci s proděkanem na příštím zasedání AS.

Na podzim tr. proběhne volba nového děkana LF UK v Plzni. Volební období spectabilis doc. MUDr. J. Koutenského, CSc. končí v únoru 2010. *(podle zápisu z jednání -jn-)*

DEN OTEVŘENÝCH DVEŘÍ 21. 1. 2009

Ve středu 21. 1. 2009 se konal na LF UK v Plzni den otevřených dveří. Uchazeči nejdříve navštívili velkou posluchárnu Procházkova ústavu, kde si vyslechli prezentaci paní proděkanky doc. MUDr. Jany Slavíkové, CSc. Prezentace byla zaměřena především na přijímací řízení pro akademický rok 2009/2010 a probíhala v 9.00, v 10.00 a v 11.00 hodin. Potom byla uchazečům nabídnuta prohlídka Ústavu biofyziky, Ústavu anatomie, Ústavu histologie a embryologie a Ústavu biologie. Ve vestibulu Procházkova ústavu podávaly informace pracovnice Studijního oddělení, k dispozici byly materiály o přípravném kurzu a o přijímacím řízení, k zakoupení pak byly modelové otázky a přihlášky ke studiu. Dne otevřených dveří se zúčastnilo asi 480 uchazečů o studium oborů všeobecné lékařství a zubní lékařství. Touto cestou je na místě poděkovat všem, kteří se podíleli na bezproblémovém průběhu Dne otevřených dveří.

Mgr. M. Buriánková

REPREZENTAČNÍ PLES LÉKAŘSKÉ FAKULTY

Dne 6. 2. 2009 se konal v prostorách plzeňské Měšťanské Besedy tradiční reprezentační ples Lékařské fakulty. Večerem provázela Lucie Černá Šternerová. Pořadatelsky ples spolu s vedením fakulty zajišťovala agentura Lady S za přispění firem Otto Bock s.r.o. a Josef Nehonský - ortopedická protetika.

V úvodu plesu účastníci shlédli představení „Kabaret“ v podání matulantů. Také měli možnost obdivovat přehlídku společenských šatů, nicméně modelky se lehce popraly, aby mohly poté prezentovat protetické a ortopedické pomůcky sponzora. Hvězdou večera byla Monika Absolonová. K „tanci i poslechu“ hrál OKII Band. Ti, kdo preferují živější hudbu, měli v malém sále možnost tančit rock'n'roll s divčí revivalovou skupinou The Apples či poté na diskotéce s Petrem Březinou. Ples se jako každoročně vydařil.

(bp)

MÉ PRVNÍ ŘÍZNUTI DO ŽIVÉHO

Letos měli opět studenti 3. ročníku poprvé možnost, lidově řečeno, "říznout si do živého". I já jsem byla mezi nimi a chtěla bych se s vámi podělit o své zážitky a pozastavit se nad problematikou tohoto stylu výuky.

Když jsem se poprvé dozvěděla, že během praktik na patofyziologii budeme operovat laboratorní zvířata, měla jsem velmi smíšené pocity. Na jednu stranu mi srdíčko poskočilo. Říkala jsem si: "Konečně se začne něco dít". Tedy ne že by mne anatomické pitvy nebavily, ale přeci jenom několika hodinové očišťování tkání od tuku ve mne zanechalo vzpomínky spíše negativní. Moje radost však netrvala snad ani minutu. Stačilo se jen podívat na nekonečný výčet laboratorních zvířat, mezi kterými byl i pes. Zamrazilo mne a neustále se mi do mysli vkrádala otřesná představa, jak uspávám svého psíka, držím v ruce skalpel a... Naštěstí přichází uklidňující informace, že naše oběti budou poněkud menšího vzrůstu - potkani a králíci.

Uběhlo pár týdnů a termín první operace se nezadržitelně blížil. Nastal den O. Ruce se mi tráslý a žaludek se mi nepříjemně svíral. Takhle nervózní sem nikdy předtím nebyla. Kam se na to hrabou zkoušky z anatomie nebo z fyziologie. Jediné, co mne uklidňovalo, byl fakt, že mi pohled na krev zatím nikdy nevadil. Anestézie, fixace a depilace - zatím se to dalo vydržet, ale pak se ozval hlas asistentky: "Vezměte do ruky skalpel, pinzety a už konečně začněte". Tlukot srdce jsem cítila až v krku, ale co se dalo dělat. Uklidňování, že nejhůřší je říznout poprvé, moc efektivní nebylo, ale kupodivu první řez rozklepanou rukou dopadl docela dobře. Nervozita však byla všude okolo nás a bohužel se přenesla i na asistenty, kteří na nás dohlíželi. A tak náš celkový dojem nebyl nijak pozitivní i když pacient přežil a byl pak řádně utracen.

Před další operací jsem se obávala, že nálada bude opět tak nervózní jako poprvé. Byla jsem ale mnohem více rozklepaná z toho, že na nás budou asistenti tak nevrli jako minule, než z toho, že bych měla říznout

do živého. Mé obavy byly zbytečné. Asistenti ten den vstali tou správnou nohou a v praxi jsem si ověřila to uklidňující tvrzení, že poprvé je to nejhůřší. Vše proběhlo bez komplikací, i když ruce se nám stále malinko tráslý.

Napotřetí se vše odehrávalo za aseptických podmínek. Byla to další velmi cenná zkušenost. Tentokrát jsem se těšila a i když jsem byla anesteziolog a nastaly nějaké komplikace, docela jsem si to užila. Ba dokonce mi bylo líto, že už žádná podobná operace, kdy na výsledku až tak nezáleží, nebude. Příště už to bude člověk nad kým se budu sklánět se skalpelem v ruce a půjde zde opravdu o vše. Při této představě se mi opět třesou ruce, jako tenkrát poprvé. Nyní však sama sebe můžu dosti efektivně uklidnit. Už třikrát se nám to povedlo na mnohem menším organismu, tak proč by se to nemělo povězt někdy v budoucnu na člověku?

Ano, ty naše tři operační pokusy na laboratorních zvířatech mi dodaly klid a sebejistotu. Ale jak na tom asi jsou studenti těch fakult, kde už od podobných praktik upustili a pouštějí jim nic neříkající videa? Vždyť správná chirurgická technika se z videa naučit prostě nedá. Argumenty ochranářů zvířat, že ta nebohá zvířata trpí, mne nechávají chladnou. Vždyť jsme je udržovali v celkové anestézii a utracena byla okamžitě po zákroku. Navíc si myslím, že jejich psychická trauma (dá-li se o něčem podobném u takovýchto zvířat hovořit) z blížící se jehly s anestetikem k jejich bříšku nebo stehnu nebylo o nic větší než pohled na hladového hada v zoologické zahradě. Také by mne zajímalo, jak by se takový ochranář cítil, kdyby věděl, že mu bude ránu šít někdo, kdo to na živo ještě nikdy nedělal.

Dalším argumentem by mohly být finance. To mne však opět nijak nevzrušuje. Vždyť zkušenosti jsou k nezaplacení. Z fyziologie přece víme, že informace spojená s emocemi (ať už pozitivními nebo negativními) se

do dlouhodobé paměti vrývá mnohem snadněji. A z vlastní zkušenosti mohou potvrdit, že to tak opravdu funguje. Navíc o manuálních dovednostech to platí dvojnásob. Například chirurgické uzle jsme se učili 14 dní před naší první operací. Tenkrát jsem si říkala: na tom nic není, to je jednoduché. Ale pak přišla krizová situace během první operace a já si zaboha nemohla vzpomenout, jakže se ten uzel vlastně dělá. A tak jsem ho udělala špatně a dostala jsem za to náležitě vynadáno. Od té doby jsem s tím nikdy problém neměla.

Shrnuo a potvrzeno: I když bychom mohli na stylu výuky patofyziologického ústavu najít mnohá negativa, tak zrovna operace zvířat by se k nim neřadila. Jedná se o názornou a efektivní demonstraci, která se žádným, byť sebekvalitnějším, videem nahradit nedá.

Tereza Machková, 3. ročník LF UK v Plzni

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

POHLED NA VZTAH LÉKAŘE A PACIENTA V KONTEXTU SE SPOLEČNOSTÍ V MINULOSTI A DNES

Na jedné z hodin lékařské psychologie se mi dostal do rukou článek pana Novotného, který v něm shrnuje přednášku pana docenta Berana „Co ovlivňuje dnešní vztah lékař-pacient“ a také jsem následně vyslechl interpretaci tohoto článku v podání mého spolužáka. Velmi mne zaujala a proto jsem se rozhodl na toto téma napsat svou seminární práci.

Pohled na vzájemný vztah lékaře a pacienta mne zajímá z mnoha důvodů. Nejen proto, že jako každý člověk občas onemocní nebo se zraní a potřebují lékařské ošetření. Navíc jsem studentem třetího ročníku lékařské fakulty a jednou ze mne snad bude lékař. Aby toho nebylo málo, pocházím z lékařské rodiny, kde se téma vztahu lékaře a pacienta často probírá.

Ve své práci se pokusím shrnout, kterak se, dle mého názoru, měnil v naší společnosti vztah lékaře k pacientovi, a jak na lékaře nahlížela sama společnost a jak vypadá tento vztah v dnešní době.

Lékař byl v naší společnosti v moderních dějinách vždy považován za přirozenou autoritu, za někoho, ke komu lidé vzhlíželi s respektem a chovali k němu velkou úctu. Nebylo se čemu divit, byl to přece člověk velmi vzdělaný a moudrý. Uměl cizí řeči a nadto všechno uměl léčit. Pomáhal od bolesti a zmiřňoval utrpení. Mezi prostými lidmi i střední třídou naprosto vynikal. Po vyšší moci - Bohu a faráři, který byl odnepaměti považován za božského prostředníka k lidem, byl hned na třetím stupni společenského žebříčku. Proč?

Drtivá většina lidí v naší společnosti byla před oběma světovými válkami věřící. Bůh to byl, kdo řídil životy všech a tahal za nitky jejich osudů. A o nemocně-li někdo, bylo to jednoduché, Bůh to tak chtěl. Pokud člověk zemřel, musíme se s tím smířit, byla to přece vůle Boží. Bůh byl všemocný. Na druhou stranu tady existoval člověk-lékař, který se Bohu dokázal postavit, a nemocného, který bojoval na hranici života a smrti vyléčit do plného zdraví. To přece nebylo samo sebou, to musí být zázrak, ten člověk se postavil Bohu a v tomto nerovném souboji zvítězil! Tak na to tehdy nahlíželi lidé.

Pokud se však z jakéhokoli důvodu pacientův stav nelepšil nebo nemoci podlehl a zemřel, ač byl léčen, nebyl z toho viněn lékař, proč taky? Ten přece udělal vše, co bylo v jeho silách. Byla to zase a jen Boží vůle. Dáte mi snad za pravdu, že tento velmi autoritativní vztah ze strany lékaře k pacientům nebyl ve všech ohledech správný. Z lékaře se snadno mohl stát manipulátor na mnoha frontách. Lidé mu věřili. Svěřovali mu do rukou své životy a on s nimi mohl jednoduše zahrávat. Přesto ale věřím nebo spíše chci věřit, že tomu tak nebylo a že lékaři byli vždy čestní lidé.

Posuňme se ale v době o pár desítek let dopředu, do doby socialismu. Reálně jsem tuto dobu nezažil. Byl jsem malé dítě, když toto období končilo. Nemůžu tedy být naprosto objektivní. I přesto bych se rád pozastavil nad změnami ve vztahu lékaře a pacienta a postavení lékaře ve společnosti.

Dle mého názoru se lékař stále těšil společenské úctě, lidé si ho vážili a měli k němu respekt, ale mnohem menší než dříve. Víra ve vyšší moc byla za socialismu popírána a potlačována a lidé se stávali více a více ateistickými, alespoň navenek tak působili. Ta tam byla tedy doba, kdy lékař bojoval s Bohem o životy pacientů a uzdravoval je proti jeho vůli. Bojoval o životy nadále, ale ne s vyšší mocí, teď prostě bojoval a přispíval tím k rozkvětu socialistické společnosti. Idea o rovnosti společenského postavení postihla i lékaře, nebyl tedy ničím výjimečný. Na špičce společenského postavení ho vystřídal proletariát. Z idey o rovnosti vyplývá i neadekvátní finanční ohodnocení, jaké se lékaři dostalo.

Uvedu pro ilustraci příklad - když můj tatínek nastoupil v roce 1982 do nemocnice na pozici všeobecného chirurga, měl zhruba o třetinu nižší plat než maminka, která ve stejnou dobu začala učit na základní škole. Nemluvě o rozdílech mezi lékařskými a dělnickými profesemi, tam byl rozdíl mnohem větší.

Avšak vztah lékaře k pacientům byl stále autoritativní a mnohdy velmi direktivní. Od pacientů byla vyžadována slepá poslušnost. Byli nuceni se podříditi jeho rozhodnutí a léčbě. Neměli možnost do léčby samotné zasahovat nebo se na ní podílet, ani nebyli o ní přespráveni informováni, jen ji oddané přijímali. Byli tedy ve vztahu k lékaři a léčbě samotné značně pasivní. Dle mého názoru lékař zaujímal roli chladného 'opraváře' lidských těl. O člověka samotného mu příliš nešlo. Jeho potřeby a práva šly stranou a nebyl na ně brán ohled. Značně omezené byly například návštěvy příbuzných u pacientů a aby maminka zůstala s dítětem po dobu léčení v nemocnici prostě neexistovalo.

Tato doba je však dávno pryč a s ní vše, co ji charakterizovalo. Ale vlastně ne tak docela, alespoň ve zdravotnictví tomu tak dle mého soudu není.

Ale už se pojďme na naši současnou dobu a vztah lékař-pacient-společnost zaměřit podrobněji. Je to doba, kterou všichni naprosto důvěrně známe. Probouzíme se do ní totiž každý den. Přirozeně jsme také pacienti našich lékařů, vždýť přeci stonáme, trpíme bolestmi a necháváme se léčit. Na tomto principu se nezměnilo naprosto nic, ale vše ostatní je naprosto odlišné a velmi složité.

Ze socialistické se naše společnost stala demokratickou. Pryč je tedy doba alespoň zdánlivé rovnosti mezi lidmi a uctívání tradičních hodnot, ba naopak ve společnosti převažuje velmi materialistické vnímání světa. To s sebou samozřejmě přineslo ještě masivnější odklon od víry ve vyšší moc. Jsme prý dokonce nejateističtější národ celé Evropské unie. Víra v Boha byla nahrazena vírou v bohatství, slávu a moc. Naše zdravotnictví stojící na nepevných socialistických základech se bouřlivě transformovalo do podoby, v jaké je dnes. A jak se to vše promítlo do vztahu lékaře a pacienta?

Tento vztah se od základů změnil, vlastně ani pacienti už nejsou pacienty jako dřív. Stali se z nich klienti požadující tu nejlepší lékařskou péči. Z pasivní role trpících, kteří pokorně snášeli léčbu, přešli do mnohem rovnoprávnějšího vztahu k lékaři. Stali se spoluodpovědní za svou léčbu a její případné neúspěchy. Ovšem pouze v lepším případě, v tom horším neuznají lékaře jako autoritu, jeho radami se neřídí a případný neúspěch terapie dávají za vinu lékaři. Další posun nastal také v informovanosti pacientů o vlastním zdravotním stavu a prognóze onemocnění. Lékaři se tak brání nařčení či dokonce žalobě, že nesdělili pacientům všechny důležité informace. Další velkou změnu vidím ve snadném přístupu pacientů k jakýmkoli informacím o své nemoci a všech možnostech její léčby z médií, především z internetu. Své poznatky pak konfrontují s lékařem, myslíce si, že se stali mnohem většinou odborníky než je on sám. Stále více pacientů také věří, že dražší léčebný postup či lék je účinnější než ten levnější, byť by se třeba jednalo o dva léky se stejnou účinnou látkou. A opět stejný závěr, pokud se pacient dozví, že existuje dražší forma léčby a že mu nebyla podána, ihned usoudí, že je neadekvátně léčen.

Ke stejnému závěru dojde, i pokud mu terapie zvolená lékařem nezabírá a nepociťuje zlepšení. Neuvědomí si ovšem, že každý lidský organismus je originálem a na léčbu reaguje odlišně. Někteří pacienti opravdu dodnes berou lidské tělo jako stroj, kde stačí dotáhnout nějaký ten šroubek a promazat převody, a je vše jako nové. Pozůstatek z doby socialismu vidím v odmítavém postoji pacientů se finančně spolupodílet na léčbě. Berou stále celé zdravotnictví jako bezplatnou službu státu lidem. Je jim zatěžko zaplatit 30 korun za návštěvu u lékaře a položku na receptu, i když třeba jen denní provoz automobilu je stojí mnohem víc. Lékaře pak berou jako někoho, kdo se na jejich úkor obohacuje. Je to smutné, ale je to tak.

Dostává se také do módy - po západním vzoru - na lékaře podat žalobu pro jakékoli pochybení či selhání léčby, ať už jsou pacienti v právu či ne. Lékař je podle nich zbohatlíkem, tak proč ho o nějakou tu korunu nepřipravit. A lékaři, aby neztratili další část své společenské i profesní prestiže, se raději s pacienty mimosoudně vyrovnají. Co dále ovlivnilo a neustále ovlivňuje vztah lékaře a pacienta, jsou média a samotní novináři, kteří v honbě za senzací natáčejí televizní reportáže a píšou často velmi zkrácené novinové články o všech možných pochybeních a nedostacích lékařů a nemocnic, jako v nedávné době uveřejněná "skandální aféra" o špatném zabezpečení nemocnic. To samozřejmě opět nevede k ničemu jinému než k poklesu důvěry celé společnosti v lékaře samotné a jimi aplikovanou léčbu.

To vše a mnoho dalších aspektů vyústí v mnoha případech do nastolení nové rovnováhy mezi lékaři a jejich pacienty, či chcete-li, klienty, a poprvé v historii stavi do pasivnější role lékaře, kteří se, jak píše trefně pan docent Beran, stávají spíše partnery svých klientů a snaží se jim vyjit maximálně vstříc a překonat jejich nemoci, jelikož se bojí případné žaloby z klientovy strany.

Co přinese budoucnost a do jaké míry ovlivní dnešní vztah lékaře a pacienta nevíme, ale v souvislosti s plány naší vlády na privatizaci fakultních nemocnic a zdravotních pojišťoven to zřejmě nebude nic příliš růžového ani pro jednu ze stran.

Nechme se překvapit...

Petr Skála, 3. ročník, 8. skupina

V seminární práci jsem citoval z přednášky pana docenta Berana.

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

PARALYMPIÁDA A JEJÍ PROBLÉMY

Letní olympijské hry v Pekingu 2008 již patří do analýz historie, sportovní svět se připravuje na Zimní olympiádu 2010 ve Vancouveru a další Letní OH 2012 v Londýně. Ohlédněme se však ještě krátce za v současnosti již nedílnou souputkyní olympiád - paralympiádou. Mnohý sportovním fandům a pochopitelně zejména laikům možná význam tohoto termínu uniká. Vezme tedy, že se jedná o období vrcholné celosvětové sportovní soutěže, jakou je olympiáda, jenže při paralympiádě měří síly zdravotně postižení sportovci.

Samozřejmě musí být rozdělení podle charakteru svého postižení do různých kategorií. V současnosti jsou hlavní kategorie čtyři: amputaři (s celkovou nebo částečnou amputací alespoň jedné končetiny), spastici (při postižení mozku, znemožňujícím plnou kontrolu pohybu, rovnováhu nebo koordinaci), zrakově postižení (s nenapravitelným postižením zraku od částečné vidoucích po slepé) a vozičkáři (všichni, kdo ke sportu potřebují invalidní vozík). Uvnitř každé hlavní kategorie pak jsou ještě kategorie dílčí, které berou v úvahu závažnost postižení. Taková klasifikace není bez rizik, jak se ukázalo i v Pekingu.

Mezi hendikepovanými sportovci je paralympiáda stejným fenoménem, jako mezi zdravými sportovci Olympijské hry. Na program v pořadí již třinácté paralympiády byl zařazen rekordní počet dvaceti sportů, poprvé také veslování. Celkem sdružuje Mezinárodní paralympijský výbor 27 sportů, z nich pět patří mezi zimní sporty, které jsou součástí zimní paralympiády. Stálý růst počtu sportů souvisí nejen se zvyšující se oblibou různých sportovních aktivit mezi hendikepovanými sportovci, ale také s technickým vybavením, popularitou, vlastní organizační strukturou s kontinentálními i celosvětovými šampionáty atd. Na prvních oficiálních hrách hendikepovaných sportovců v Římě v r. 1960 bylo v programu osm sportů, v Sydney 2000 osmnáct.

Česká výprava byla zastoupena v osmi sportovních odvětvích, zatím nejvíce z dosavadních účastí. Nevedla si špatně, mohla se pochlubit úctyhodnou bilancí šesti zlatých, tří stříbrných a 18 bronzových medailí. V žebříčku národů patřila České republice 16. příčka. Prvenství si stejně jako v medailové bilanci Letních OH 2008 odnesla pořádající Čína.

Setkat se s hendikepovanými sportovci můžeme i na běžných sportovních kolbištích. Náš dvojnásobný vítěz paralympiády cyklista Jiří Ježek přišel při nehodě o nohu. Dodnes závodí na silnici i se zdravými soupeři, protože právě dolní končetiny má napevno připevněnou do pedálu kola.

Podobným případem je i jihoafrická plavkyně Natalie Du Toitová. Po střetu s autem jí byla amputována levá dolní končetina od kolena. Nadále soupeří se zdravými, a ne bez úspěchu. Byla na př. mezi finalistkami závodu na 800m volný způsob při Hrách Britského společenství národů, obsadila 4. místo na mistrovství světa v dálkovém plavání na trati 10 km a startovala mezi nejlepšími vytrvalkyněmi světa i na olympiádě v Pekingu. Samozřejmě na paralympiádě přidala k pěti zlatým z Atén dalších pět zlatých i v Pekingu.

Velké diskuse vyvolalo úsilí dalšího hendikepovaného sportovce Oscara Pistoriuse (rovněž JAR) startovat v Pekingu mezi zdravými v atletice. V jedenácti měsících mu byly amputovány obě dolní končetiny pod koleny pro aplázií bércevkých kostí. Jednadvacetiletý atlet v současnosti používá speciálních protéz z uhlíkových vláken, které mu umožňují dosahovat výborných

výkonů v bězích na 100, 200 a 400 m. Mezinárodní atletická federace IAAF mu start mezi zdravými nechtěla povolit s poukazem, že uhlíkové „superprotézy“ pro něj nejsou hendikepem, ale paradoxně výhodou. Odvolal se k Mezinárodní sportovní arbitráži CAS a ta zákaz IAAF zrušila. Oscar se snažil splnit limit na 400m, neměl k němu daleko, ale nepodařilo se. Na paralympiádě však pochopitelně dominoval.

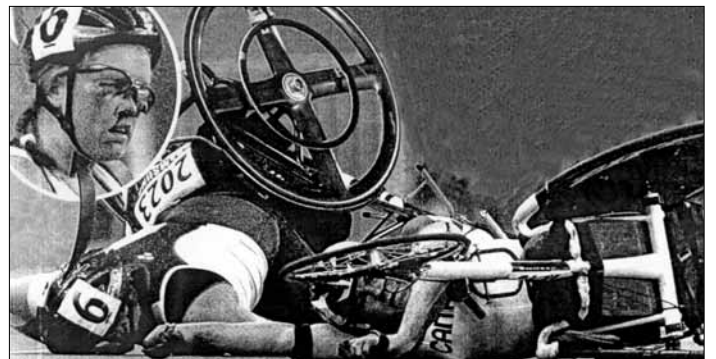
O medaile se na paralympiádě bojuje stejně tvrdě jako ve všech jiných vrcholných sportovních soutěžích, jak ukazuje obrázek ze soutěže vozičkářek. Paralympiádu však trápily ještě dva další problémy. Tím zásadním jsou trvající diskuse o správném zařazení do odpovídající kategorie postižení. A tak např. zrakově postižená Australanka Jessica Gallagherová nemohla v Pekingu startovat, neboť až na místě se zjistilo, že stupeň jejího postižení neodpovídá kritériím dané skupiny. Podobný verdikt se týkal irského fotbalisty Dereka Malonea. Ač spastik, jeho postižení nebylo natolik závažné, aby mohl na hrách startovat. Podobné rozhodnutí postihlo i naši výpravu na minulou paralympiádu v Aténách. Koulařka Fesslová musela vrátit zlatou medaili a byla dodatečně přeřazena do kategorie s nižším postižením. V této kategorii nyní v Pekingu vybojovala bronz v hodu diskem.

Paralympijské hry jsou tak pravděpodobně jediným mistrem, kde dochází k určité „diskriminaci“ za to, že sportovec je zdravější, než by měl podle daných kritérií být. Na druhou straně je tato snaha pochopitelná, při přílišné benevolenci by naopak byli znevýhodněni právě ti postižení.

Druhým velkým problémem jako v celém vrcholovém sportu je doping. Tři ze čtyř pozitivních nálezů byly ve vzpírání. Motivem není jen dosažení vrcholného výkonu, ale také rostoucí odměny, pronikající i do sportu zdravotně postižených. Vzpírání teď hrozí, že vypadne z programu paralympiády v Londýně.

Předseda Mezinárodního paralympijského výboru Phillip Craven na adresu pořadatelů prohlásil, že to „byly vůbec nejlepší hry v historii a každý si to uvědomuje“. Na paralympiádě startovali sportovci ze 147 zemí! Čínu stály sedmileté přípravy čtyřicet miliard dolarů - může se opájet jak olympijským tak paralympijským triumfem. Není pravděpodobné, že se něco podobného v dohledné budoucnosti jiné pořadatelské zemi podaří.

(J. Novák)



KOSTEL U JEŽIŠKA NECHAL POSTAVIT LÉKAŘ

Ojedinelou a donedávna téměř zapomenutou plzeňskou stavební památkou je kostelík U Ježiška v blízkosti hlavního nádraží. Než byla dokončena výstavba bloku novostaveb na pozemcích v okolí mostu milénia, byl na něj právě odtud hezký výhled. Dnes je kostelík téměř zcela zakryt novou výstavbou.

Kapli nechal vybudovat v r. 1746 tehdejší plzeňský primátor - lékař Petr Pavel Helffer z Helfferstreu stavitelem Ondřejem Kondelem. K jejímu podstatnému rozšíření do dnešní podoby došlo v r. 1807 (stavitel Antonín Barth). Od svého založení byla jako soukromá kaple v držení různých majitelů.

V letech 1934-1936 se podařilo zchátralý kostelík opravit. Zásahu na tom měla „Jednota pro záchranu kostelíka u Ježiška“. Stavební práce vedl známý plzeňský architekt Hanuš Zápal. Pravidelné páteční bohoslužby se zde konaly ještě poměrně nedávno - naposledy 19. 6. 1990. Kostelík byl poté po opravě střechy a nutných úklidových pracích dlouhodobě uzavřen. Cenný

inventář včetně původní barokní sošky - kopie Pražského Jezulátka - byl naštěstí uložen do depozitářů.

Několik let se s touto historickou památkou nic nedělo, chyběly finanční prostředky. Od r. 2001 však stavební ruch v kostelíku neutichá. Postupně bylo upraveno okolí kostelíku, došlo i na část interiéru. Strop již kráší obnovená barokní výmalba malíře Luxe. Obnovu kostelíka iniciovalo a řídí Sdružení pro obnovu památek v Rokycanech a okolí, které svojí působností jak je zřejmé neomezuje jen na „svůj“ region. U plzeňské veřejnosti sdružení uspělo se svým projektem na další fázi oprav, ve které by mělo dojít na fasády, dlažby, elektroinstalace a do objektu se vrátí i restaurované varhany.

V rámci projektu Prazdroj lidem se podle počtu získaných hlasů umístil návrh na opravu kostelíku U Ježiška na čtvrtém místě. Z toho je vidět, že plzeňské veřejnosti není stav historických památek v našem městě lhostejný. Z letos plánovaných 480 tisíc korun na uvedené opravy

Prazdroj poskytne 350 tisíc. Je tak oprávněná naděje, že se kostelík U Ježiška po dokončení všech restaurátorských prací stane jednou z těch památek jimiž se Plzeňané budou moci jen chlubit. Stane se společenským centrem, využívaným nejen k církevním obřadům, ale také ke koncertům a výstavám. Náš dávný kolega Petr Pavel Helffer by měl jistě radost, že i naše generace našla pro jeho dílo uplatnění. (jn)



CHARLES DARWIN (1809-1882) - DVOJÍ VÝROČÍ

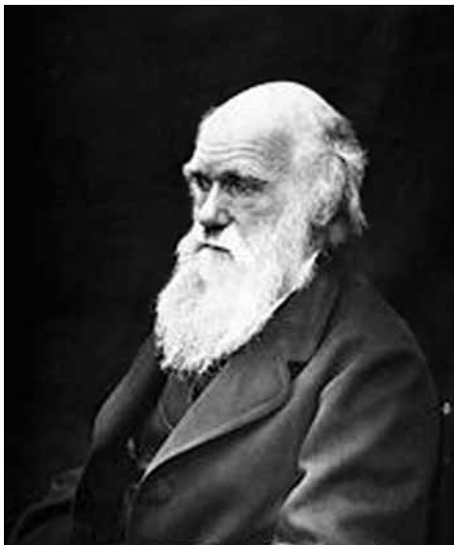
Po loňském roce osudových osmiček v životě našeho národa, přichází rok „devítek“ ve světové kulturní tradici a obzvláště v biologických vědách. Hned na prahu letošního roku vzpomíná celý civilizovaný svět dvousté výročí narození jednoho z největších vědců, který svými revolučními objevy, publikovanými právě před sto padesáti lety, navždy ovlivnil nejen vývoj biologických věd, ale i filosofii.

Byl to Angličan Charles Darwin, narozený 12. února 1809 (tedy ve stejný den jako v USA Abraham Lincoln) v západoanglickém Shrewsbury. Narodil se jako šestý z osmi dětí v rodině venkovského lékaře. V jeho výchově na něho výrazně působil zvláště jeho dědeček, známý lékař a myslitel Erasmus Darwin, který ovlivnil zájmy mladého Charlese o přírodu a o medicínu. Ve studiu na Lékařské fakultě v Edinburgu však nenašel zalíbení a tak je opustil už po druhém roce a přešel na univerzitu do Cambridge, kde se věnoval po tři roky studiu teologie a získal hodnost bakaláře. K jeho zálibám patřil vedle střeleckého sportu zájem o geologii a sběr přírodnin, zvláště rostlin a hmyzu.

Na doporučení jednoho svého přítele přijal v r. 1831 místo neplaceného přírodovědce na palubě lodi „Beagle“, která při své cestě kolem světa skartografickým posláním mapovala zvláště podrobně jihoamerické břehy a umožňovala tak Darwinovi trávit týdny např. na biologicky nesmírně zajímavých Galapágách. Tato cesta, která trvala celkem pět roků, mu byla školou v jeho chápání přírody jako životního prostředí a určila směr jeho bádání. Na palubě lodi četl Lyellův spis „Principles of geology“, jehož evoluční pojetí přírody bylo ovlivněno francouzským evolucionistou Lamarckem. Tak Darwin, v jehož genech byly ovšem také zakódovány dědečkovy názory na postupný vývoj přírody, začíná pochybovat o kreationistickém pojetí přírody a stává se evolucionistou, aby mohl vysvětlit rozšíření plazů a ptáků na ostrovních Galapágách, druhové podobných a při tom odlišných od jedinců na pevnině. Pracoval velice systematicky a z každé zastávky lodi zasilal domů svá velice cenná pozorování a sbírky přírodnin, ať už geologických nebo biologických.

Po návratu vydává roku 1839 úspěšný cestopis „Cesta přírodovědce na lodi Beagle“, který se stal velmi populární. Další tři léta se věnoval třídění a uspořádání sbírek a pomalu rozvíjel své vývojové pojetí, které vyústilo v teorii, nesoucí jeho jméno. Oženil se se svojí bohatou sestřenicí Hannah Wedgwoodovou, která ho finančně zabezpečila a umožnila mu vést po další léta život soukromého badatele. Rodina opustila Londýn a zakoupila dům v městečku Down v hrabství Kent, kde žil Darwin se svými 10 dětmi až do smrti.

Darwin si uvědomoval, že musí hledat příčinu evoluce. Znal umělou selekci, která vyvolává organické změny díky šlechtitelským pokusům Darwinova mladšího strýce, který se stal jeho pozdějším tchánem. Podle něho tento umělý šlechtitelský výběr, který je možno kontrolovat, je analogický přírodnímu výběru a oba musejí být tedy příčinou. Vedle této přírodní selekce přiklá-



dal význam i nadprodukcí potomstva a variabilitě organismů. Množství potomstva vyvolává konkurenční boj o život, přičemž dochází k výběru lépe přizpůsobivých jedinců, tedy adaptovaných na měnící se přírodní podmínky. Na rozdíl od Lamarcka (jehož slavné dílo „Philosophie zoologique“, v němž popisuje postupný vývoj druhů, vyšlo právě 1809, tedy v roce narození Darwina), chápe tuto adaptaci nikoli jako aktivní, ale jako pasivní vliv na účastníky přírodního výběru. Vznikla druhová variabilita je pak dědičná.

V r. 1857 obdržel Darwin dopis od Alfreda Russel Wallace, z něhož vyplývalo, že oba muži dospěli nezávisle ke stejnému zjištění o mechanismu evoluce, jímž je přírodní výběr. O 14 let mladší Wallace (1823-1913) dospěl k evolučnímu přesvědčení podobně jako Darwin na svých cestách, které podnikl roku 1848 na Amazonku, kde strávil 4 roky sbíráním zvláště hmyzu pro zámožné sběratele v Anglii. Mimořádně byl Wallace inspirován k cestě do Amazonie právě Darwinovými zprávami o nálezech přírodnin při cestě lodí Bengle. Brzy na to cestoval na Dálný Východ a prožil osm let sběratelstvím na ostrovech Indonésie. I on znal např. dílo Malthusovo o populační explozi a boji o život a některé populární spisy o vývoji, které ho přivedly na myšlenku přírodního výběru, kterou už Darwin propracovával dvacet let.

Darwin si uvědomoval, že nelze s publikací svých teorií otálet a pustil se v Downu do psaní svého základního díla. Rukopis dokončil podle vlastních slov za 13 měsíců a 10 dní a knihu nazval: „On the origin of species by means of natural selection, or the preservation of favoured races in the struggle for life“ („O vzniku druhů přírodním výběrem, neboli uchováním prospěšných plemen v boji o život“). Toto dílo se stalo učebnicí vědeckého evolucionismu, ač se v něm termín evoluce objevuje teprve v poslední větě, která označuje vývoj anglickým termínem „evolution“.

Darwin pokračoval ve svých výzkumech a napsal řadu dalších knih, z nichž největší zájem vyvolalo dílo o evoluci člověka z živočišných před-

ků, publikované 1871 pod názvem „The descent of Man and selection in relation to sex“ (Původ člověka a pohlavní výběr).

Jeho čínorodý život s četnými zdravotními potížemi se ukončil 19. dubna 1882. Byl pochován na nejčestnějším místě v Londýně - ve Westminsterském opatství v blízkosti hrobu Isaca Newtona.

Již vydání knihy „O vzniku druhů“ vzbudilo okamžitý ohlas nejen mezi přírodovědci, ale v celém kulturním světě. Někteří seriosní vědci, i když uznávali fylogenetický vývoj, nepochopili principy přírodního výběru - mezi nimi byli např. Richard Owen nebo Rudolf Kölliker. Největší nepochopení bylo ovšem na straně teologů a nejnámějším odpůrcem se stal oxfordský biskup Samuel Wilberforce, známý svoji ostrou veřejnou diskusí s T. H. Huxleyem, známým anglickým vědcem a největším propagátorem Darwinovy teorie, což mu vyneslo ve veřejnosti označení „Bulldog of Darwin“.

V Německu se stal největším obhájcem Darwinova učení Ernst Haeckel (1834-1919), zvaný „německý Darwin“, který vnesl evoluční principy do živočišné morfologie a na jejich základě znovu formuloval biogenetický zákon o tom, že vývoj jedince je zkráceným vývojem kmenovým. V tehdejší Rusku A. N. Severcov aplikoval do darwinismu ontogenetické zákonitosti a na jejich základě vypracoval teorii fylembryogeneze.

U nás byl darwinismus přijat a rozpracován již školou J. E. Purkyně, zvláště jeho asistentem Ladislavem Čelakovským (syn známého básníka), zakladatelem rostlinné fyziologie. V oblasti zoologie byl velkým propagátorem Darwina slavný F. Vejdovský. Avšak v oblasti filozofické byl přijat známým autorem „Dějiny vývojových teorií“ Emanuele Rádlem a pod jeho vlivem také T. G. Masarykem kriticky a vlažně. Prvním překladatelem Darwinova základního díla byl entomolog F. Klapálek teprve v r. 1914 a další vydání jsou z r. 1953 a 2008.

Darwinismus se stal postupně téměř synonymem pro evoluční teorii a šířil se rychle celým světem. Je ovšem zcela přirozené, že exploze moderních poznatků v různých odvětvích přírodních věd stále ovlivňuje dynamický rozvoj tohoto učení. Zvláštní vliv měl expansivní vývoj genetiky, kterou ještě Darwin nemohl znát, a která zasáhla hluboko do jeho učení a dala vznik tzv. „Neodarwinismu“, který znamenal kombinaci a syntézu Darwinovy teorie evoluce s post-mendelovskou genetikou a obohacení názorů na vznik druhových variací.

Obrovský rozvoj molekulární biologie stále více a více zasahuje do vývojové biologie a tím obohacuje a rozšiřuje darwinismus o další moderní koncepty. Snaží se rekonstruovat fylogenezu podle sekvenčních dat, a tak vznikají teorie, jako je japonská teorie neutrální, ale i strukturalismus, automatismus a v poslední době obnovená teorie fylembryogeneze, označovaná jako „Evo-Devo“ Všechny tyto moderní přístupy kevolučnímu učení však jen rozšiřují a rozvíjejí, obohacují, ale neodmítají původní teorii, proklamovanou před půlruhým stoletím geniálním Darwinem.

(JAS)

MIKULÁŠ KOPERNÍK (1473-1543) - DVOJÍ „MALÉ“ VÝROČÍ

V loňském roce uplynulo 535 let od narození a 465 let od úmrtí osobnosti, která se zasloužila rozhodující měrou o základní změnu v nazírání na část vesmíru nám nejbližší - na naši sluneční soustavu. Narodil se v Toruni 19.2.1473. Matka Barbara, rozená Watenrode, byla národností Němka, otec Mikolaj Kopernik byl snad Polák. Otec však záhy zemřel a Mikuláš se ujal jeho strýc z matčiny strany Lukáš Watenrode. Ten tak

dbal na synovcovo vzdělání, takže Mikuláš v r. 1491 dokončil farní školu sv. Jana v Toruni, poté čtyři roky studoval na krakovské universitě, aby o rok později odešel studovat práva na univerzitu v Boloni. Právníckou praxi absolvoval v r. 1500 dokonce v papežské kanceláři v Římě, poté pokračoval ve studiu práva a navíc i medicíny na univerzitě v Padově. Tam také úspěšně ukončil lékařská studia a v r. 1503 získal právo pro-

vádět lékařskou praxi. Zřejmě byl úspěšným lékařem, neboť v r. 1507 se stal osobním lékařem varmišského biskupa.

Již tehdy však se začal věnovat astronomii a zpracoval komentář k teorii pohybu nebeských těles. Po strýcově smrti přesídlil do Fromborku. Uvnitř tvrze zřídil planetárium a sám si zhotovil astronomické přístroje. Pozorování oblohy bylo tehdy výsadou kněží. V tehdejší astronomii platil geocentrický názor, vycházející z toho, že Země příkrývá nebo jako „oblouková klenba“, Země je středem vesmíru a kolem ní se otáčejí planety a Slunce.

Naproti tomu Koperníkova „kaciřská nauka“ vycházela z toho, že se Země pohybuje kolem své osy a obíhá kolem slunce. To stojí a je centrem vesmíru. Podobně jako Země obíhá kolem Slunce po kruhových drahách i ostatní planety v pořadí Merkur, Venuše, Země, Mars, Jupiter a Saturn. Celoživotním Koperníkovým úsilím tak bylo podat racionálnější obraz světa, než jaký poskytovalo staré učení.

Koperník se nikdy netajil s tím, že mnohé podněty čerpal z antického dědictví. Svých předchůdců si vážil a dokonce si zapsal: „*Naše vědět znamená připomínat si historii.*“ Jeho rozhodující zásluha tkví v tom, že své myšlenky dokázal matematickou a logickou argumentací. Z domněnek vytvořil vědeckou teorii.

Svůj systém, pokládaný za jedno z největších děl lidstva, tvořil Koperník od r. 1503 dvacet let. K psaní se odhodlal až v r. 1514. S tiskem dlouho otálel, jeho objevy znala jen nevelká skupina přátel a důvěrníků. S rukopisem Koperníkových názorů se v r. 1533 seznámil papež Klement VII. V r. 1539 navštívil Koperníka Georg von Lauchen, přezdívaný Rhaeticus, profesor matematiky z Wittenbergu, aby se seznámil s jeho

naukou. Mladý Rheticus se zabýval též astronomií, a snad i na jeho naléhání se dal Koperník přemluvit k publikování části svých poznatků pod titulem *Narratio prima* v r. 1539 v tiskárně F. Rhodeho. V Bazileji v r. 1541 pak vyšlo druhé vydání.

Koperník tehdy udělal svá poslední astronomická pozorování v životě, zaměřená na zatmění slunce. Příteli a žáků Rhaetikovi poté svěřil rukopis svého celoživotního díla *De Revolutionibus orbium coelestium libri VI* (Šest knih o obězích sfér nebeských), napsaný na 423 stranách hustého textu, aby je odvezl do Norimberku k tisku. Celé dílo spatřilo světlo světa v r. 1543. V předmluvě teolog Andreas Ossiander ve snaze zmírnit námitky církve a předejít konfliktu s inkvizicí uvedl, že se jedná o „*fiktivní výpočtané schéma, mající za účel usnadnění výpočtu pohybu nebeských těles, které však není nutně pravdivé, ba ani pravděpodobné.*“ Přesto se dílo záhy objevilo v soupisu Index Librorum prohibitorum.

Církev dokonce v r. 1616 prohlásila Koperníkovo učení za kaciřské. Koperníkovi se výtisk jeho díla dostal poprvé do ruky až 23.5.1543 na smrtelné posteli v předvečer jeho skonu. Zemřel 24.5.1543 v komatu po záchvatu mozkové mrtvice a byl pohřben ve fromborské katedrále. Uznání heliocentrické teorie však vyžadovalo dlouhého a dramatického procesu.

V r. 2005 se polským archeologům podařilo objevit Koperníkovy ostatky. Jeho lebky pak bylo použito k rekonstrukci jeho podoby na konci života. Autenticitu ostatků potvrdila shodnost DNA nalezených kostí a vlasů, nalezených v Koperníkově knize uložené v univerzitní knihovně ve švédské Uppsale.

(jn)

PŘEČETLI JSME ZA VÁS ...

Hospic sv. Lazara v Plzni má v současné době volnou kapacitu, 28 lůžek není plně obsazeno. Jedním z důvodů může být příchod finanční krize, svoji roli však může hrát též otevření léčebny pro dlouhodobě nemocné v areálu bývalé vojenské nemocnice. Pacienti v hospici dostávají nadstandardní péči, náklady na jednoho pacienta denně dosahují dvou tisíc Kč. Proto si část nákladů musí pacient hradit ze svého. Posláním hospicu je poskytovat primárně péči zaměřenou na udržení kvality života nemocných, trpících nevyčlelnou, převážně onkologickou chorobou. (E. Zavadil: **Hospic teď trpí nouzí o pacienty.** PD 28.1.2009, č. 23, s. 3)

Na riziko rakoviny plic u kuřáků upozornil Š.Plaček („**Ženy koší rakovina plic. Kouří víc než muži.**“, PD 28.1.2009, č.23, s.11). Výskyt této nemoci u žen je v současnosti třikrát vyšší než byl před deseti lety, v současnosti připadá 30 případů na 100 000 obyvatel. Celkově sice na rakovinu umírá méně lidí než dříve, zásluhu na tom má včasná diagnóza a na ni navazující účinná léčba. To se však týká jen 15 procent nemocných. Kuřák má 25krát vyšší pravděpodobnost vzniku zhoubného nádoru. Ohrožení však jsou i pasivní kuřáci, pobývající v zakouřených místnostech. Odborníci se proto přiklánějí k zákazu kouření v restauracích a barech.

Ambulantní psychiatři konstatují nyní až dvojnásobek pacientů za srovnatelné období loňského roku. Týká se to především regionů s vyšším počtem lidí, propuštěných z práce v souvislosti s finanční krizí. Léky sice pomohou při akutních potížích, nemohou však vyřešit základní problém. (Kol.: **Propuštění lidé plní čekárny psychiatrů.** PD 29.1.2009, č.24, s.10)

Podle informací dětských lékařů někteří rodiče odmítají povinné očkování svých batolat tzv. hexavakcinou. Tím vystavují neočkované děti zvýšenému riziku nákazy nebezpečnou nemocí. Na nutnost očkování pak rodiče upozorňují pracovníci odborů péče o dítě jednotlivých městských obvodů. (M.Kunešová, H.Petříková: **Hexavakcinu odmítají i někteří plzeňští rodiče.** PD 29.1.2009, č.24, s.3)

Grémium majitelů lékáren vyzvalo 29.1. své členy nevybírat dále poplatky a požadovat jejich úhradu od jednotlivých krajů. Lékárníci mají na vedení krajů podávat žalobu na ochranu proti nekalé soutěži a pro škodu vzniklou lékárnám. Řada lékáren hodlala této výzvy uposlechnout. Rovněž stanovisko ministerstva zdravotnictví je jasné: „Není totiž rozdíl mezi

nevybíráním poplatků a nevybíráním například daní. Obojí je porušování zákona, a stát se musí bránit. (F.Sušanka: **Soukromé lékárny se bojí o zisk.** PD, 30.1.2009, č.25, s.10)

Vzhledem k tomu, že v Plzni nejsou žádné krajské nemocnice či lékárny, ohradil se proti rozhodnutí kraje primátor města Ing. P. Rödl: „V Plzni lidé toto populistické gesto nemohou využívat. Jako zástupce města zvažují, jak se jich zastat.“ Ředitel stodské nemocnice, spadající pod pravomoc kraje, označil odpuštění regulačních poplatků formou proplácení regulačních poplatků za ten lepší ze špatných návrhů. Uvedl, že více času věnovaného administrativě logicky znamená méně času pro zdravotní péči. Krajská rada na proplácení regulačních poplatků vyčlenila pro letošek 30 milionů korun. (M.Kunešová, E.Zavadil: **V Plzni poplatky pokračují. Primátor: Je to diskriminace.** PD 30.1.2009, č. 25, s. 9)

Poslední lednový den uvedla řada deníků přílohy s přehledy krajských nemocnic a lékáren, nabízejících od 1.2. možnost „darů“ od krajských úřadů na úhradu regulačních poplatků ve zdravotnictví. Jak však např. **K. Václavů a V. Suchan** v článku „**Kde už nemusíte platit?**“ uvádějí, každý kraj zrušil jiné poplatky a stanovil jiná pravidla. Výjimkou je Praha, kde se i po prvním únoru všude platí „postaru“. (Blesk na vikend, 31.1.2009, s.I-VII)

První dojmy s vracením poplatků na základě darovacích smluv v krajské nemocnici ve Stodě zachytila Š.Meissnerová v článku „**Pendepon už byl dar kraje.**“ Sestře pacientky, která dojížděla do nemocnice nechat si aplikovat sadu jedenácti penicilinů injekčně přišlo paradoxní, že za všechny předchozí injekce musela poplatek platit, ale ten poslední ji má přijít od kraje poštou. Mnozí pacienti však vypisování darovacích smluv odmítli. (PD 2.2.2009, č. 27, s. 3)

Svým klientkám nabízí od konce června VZP účast v pilotní studii, v rámci které každá z účastnic obdrží rozsáhlou zprávu o svých genetických predispozicích k závažným civilizačním chorobám včetně nádorových gynekologických onemocnění. Každá obdrží individuální preventivní doporučení, která by měla přispět k účinnému předcházení vzniku onemocnění. Pojišťovna z celkové částky 6860 Kč uhradí 5 tisíc Kč. Do projektu bude zařazeno 800 žen. (M.Kunešová: **Ženy mohou nemocím předejít.** PD 2.2.2009, č.27, s. 2.

KOLIK SE SPOTŘEBOVALO LÉKŮ V LOŇSKÉM ROCE

Asi si málokdo dovede představit tři sta sedmáct milionů balení léků, tolik jich totiž loni distributoři dodali lékárnám pro naši stonovou populaci. Možná již spíše bychom si představili hromádku 37 balení, která připadá v průměru téměř na každého obyvatele České republiky. Obdobným počtem nám vyjde z celkové ceny léků, vyčíslené na třiasedmdesát miliard, sedm tisíc tři sta korun na každého z nás. Skoro se tomu ani nechce věřit, tyto

údaje však vyplývají z přehledu, zveřejněném 29. 1. Státním ústavem pro kontrolu léčiv.

Ze statistických údajů při tom vyplývá, že ve srovnání s rokem 2007 došlo k poklesu počtu balení o sedm procent, naopak cenově léky stály o osm procent více. Ředitel uvedeného ústavu M. Beneš tyto posuny vysvětloval tím, že spotřeba léků se přesunuje od levnějších léků k těm dražším. Svoji roli zde sehrálo zavedení regulačních poplatků, peníze se přesunuly

k náročnější léčbě. Pacienti tak dostávají moderní a kvalitní léky a údajně by bylo žádoucí, kdyby tento trend zůstal zachován.

Změna se projevila nejvýrazněji u skupiny léků, používaných při protinádorové terapii, u onemocnění dýchacího a zažívacího systému a při antibakteriální terapii. Kvalitně je léčeno stále více lidí.

(jn: podle PD č.25, 30.1.2009, s.10)

FAKULTA ZDRAVOTNÍCH STUDIÍ ZČU MÁ NOVOU DĚKANKU

V Malém sále Měšťanské besedy se 5.2. odehrál významný akt. Děkanou Fakulty pedagogických studií Západočeské univerzity byla inaugurována PhDr. Ilona Mauritzová, kterou tak čeká čtyřleté funkční období až do 14. 11. 2012. Jedná se o první děkanku nové fakulty.

Na otázku jaké má fakulta plány do budoucna nová děkanka odpověděla: „Chtěli bychom v první řadě získat akreditace na navazující magisterská studia. Abychom měli ucelené vzdělání, které poskytujeme, protože jsme nyní fakultou, která nabízí hlavně bakalářské zdravotnické programy. Druhý velký úkol je zabezpečit rozvoj výzkumných činností ve spolupráci s dalšími fakultami Západočeské univerzity.“

Fakulta má v současnosti 695 studentů v sedmi bakalářských oborech. Působí na ní jako vyučující řada pedagogických pracovníků i kliniků Lékařské fakulty UK i Fakultní nemocnice. I jim stejně jako celé fakultě a její děkance přeje,



aby se jim práce dařila. Vždyť mnozí z absolventů našich fakult se dříve či později sejdou u lůžka nemocného.

(f)



SROVNÁNÍ ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ SE SVĚTEM (V R.2006)

Časopis *Tempus medicorum* přinesl v loňském roce údaje o některých parametrech, charakterizujících stav zdravotnictví v různých zemích OECD* v r. 2006. I když statistické údaje nevyovídají nic podstatného o úrovni zdravotní péče v té které zemi, je jejich srovnání určitě zajímavé. Ještě zajímavější však budou případné trendy vývoje těchto ukazatelů po uplatnění některých reformních opatření v našem zdravotnictví.

Celkové výdaje na zdravotnictví představovaly v ČR v r. 2006 6,8% hrubého domácího produktu (HDP). Byly výrazně nižší ve srovnání s průměrem členských zemí OECD, který představovalo 8,9 % HDP. Nejvíce na zdravotnictví vydávají USA (15,3 % HDP), z evropských zemí Švýcarsko (11,3 %) a Francie (11,1 %). Podíl celkových výdajů na zdravotnictví v % HDP uvádí tabulka.

ČR byla v r. 2006 také výrazně pod průměrem OECD v porovnání zdravotnických výdajů na jednoho obyvatele při přepočtu na paritu kupní síly. Zatímco třicetka států OECD vydala v průměru na 1 obyvatele 2824 USD, v ČR to bylo 1490 USD. Nejvíce na jednoho obyvatele připadá výdajů opět v USA (6714 USD), v Evropě Norsko (4520 USD) a Švýcarsko (4311 USD).

Ve většině členských států OECD je zdravotní péče financována převážně z veřejných zdrojů. Podíl veřejných výdajů v ČR je 88%, po Lucembursku v OECD nejvíce (průměr OECD je 73%). Ve většině zemí OECD v neveřejných výdajích dominuje privátní připojištění, v ČR byly soukromé výdaje ve výši 12 % nákladů na zdravotnictví placeny občany převážně v hotovosti. Na rozdíl od jiných zemí u nás chybí komerční připojištění.

Hlavní příčinou meziročního nárůstu výdajů na zdravotnictví je nárůst výdajů za léky. V OECD tvoří náklady na léky v průměru 17,6 % výdajů na zdravotnictví, v ČR však 23,4%.

V přepočtu na počet obyvatel pracuje v ČR více lékařů než je průměr OECD. V r. 2006 připadalo v ČR na 1000 obyvatel 3,6 lékařů včetně stomatologů (průměr OECD je 3,1 lékaře).

U kvalifikovaných zdravotních sester však je tento poměr opačný. U nás připadalo na 1000 obyvatel 8,1 kvalifikované sestry, v OECD 9,7.

Akutních lůžek na 1000 obyvatel bylo v r. 2006 v ČR 5,4 (v OECD 3,9). I v ČR stejně jako ve většině vyspělých zemí počet akutních lůžek trvale klesá v důsledku zkracování průměrné délky hospitalizace a rozvoji tzv. jednodenní chirurgie.

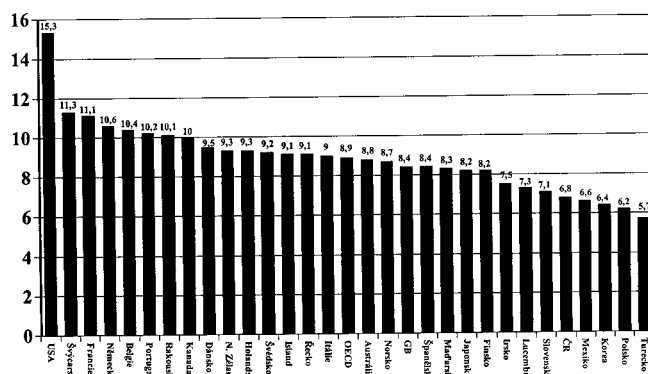
Očekávaná průměrná délka života pro osoby narozené v r. 2006 byla v ČR 76,7 roku, přibližně o dva roky nižší než průměr OECD. Kojenecká úmrtnost dosahovala v ČR v r. 2006 3,3 zemřelých na 1000 živě narozených, v OECD 5,2. Zatímco v zemích OECD podíl kuřáků se v posledních dvaceti letech výrazně snížil (nyní 23,7 %), v ČR není výraznější pokles pozorován (v r. 1993 26,1 % dospělých, v r. 2006 24,3 %).

Obezita postihovala v r. 2006 17,0 % dospělého obyvatelstva ČR. Průměr OECD je 15,4 %, nejhorší je situace v USA, kde trpí obezitou 34,3 % dospělých.

(podle *Tempus medicorum -jn-*)

*Pozn.: **Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj** (zkráceně OECD z angl. *Organisation for Economic Co-operation and Development*) je mezinárodní organizace 30 ekonomicky nejrozvinutějších států na světě, které přijaly principy demokracie a tržní ekonomiky. OECD vznikla v roce 1961.

Podíl celkových výdajů na zdravotnictví v % HDP
OECD Health Data 2008



(Údaje z roku 2006, Austrálie, Japonsko, Slovensko a Turecko z roku 2005)

VZPOMÍNKA NA PROF. MUDr. E. VENCOVSKÉHO, DrSc. (1908-1999)

Před deseti léty 6.1.1999 zemřel emeritní přednosta Psychiatrické kliniky v Plzni prof. MUDr. E. Vencovský, DrSc. Rodák z Prostějova (nar. 9. 4. 1908) vedl od r. 1951 plzeňskou Psychiatrickou kliniku po celé čtvrtstoletí. Dvanáct let byl československým zástupcem ve Světové psychiatrické asociaci. Podrobnější životopisné údaje byly opakovaně publikovány (např. Fac. nostra č. 14/1998, Plzeň). My dnes jako připomínku jeho osobnosti uvádíme dvě krátké stati z publikace „Psychiatrie dávných věků“ (Karolinum, UK Praha, 1996), jež byla záhy po vydání zcela rozebrána. V úvodu připomíná prof. Vencovský, jak na publikaci pracoval:

„V klinické psychiatrické praxi mne zaujala - mimo vlastní vědní obor - psychiatrická historiografie. Po dlouhá léta jsem sbíral výpisky z perio-

dických lékařských časopisů a z monografií o dějinách lékařství a psychiatrie. Vše, co jsem se z tohoto odborného písemnictví dověděl, chci sdělit čtenářům této knížky. Nic jsem si nevymyslel, pouze jsem seřadil získaná literární fakta do širších společenských souvislostí, jak to vyžaduje tzv. literaturární fakta. Pokusil jsem se dát knížce pouze obsahově ucelený spis, přístupný nelékařské veřejnosti. Nejde tedy o nějakou vědeckou monografii. Zároveň svou knížkou chci poukázat na utrpení duševně nemocných ještě předtím, než lidé došli k poznání, že v nemoci jsou si všichni rovni, a to jak tělesně, tak duševně nemocní, že i duševně chorí vyžadují nemocniční a lékařskou péči, která dříve příslušela jen tělesně chorým. Duševně nemocní byli ponecháni svému krutému životnímu účelu až do období renesance.

Před třinácti lety, v roce 1983, vyšla v lékařském nakladatelství Avicenum moje knížka *Čtení o psychiatrii* v nákladu 10 000 výtisků. Do půl roku po svém vydání byla zcela rozebrána. Na domácích psychiatrických sjezdech, konferencích a sympozii jsem byl našimi psychiatry opakovaně dotazován, kdy vyjde druhé vydání mé knížky, doplněné a rozšířené. Nebylo možné tomuto přání vyhovět.

Dojížděl jsem tehdy téměř tři roky do archivu Univerzity Karlovy v Praze, kde jsem studoval a dělal si výpisky ze starých děkanských protokolů, psaných někdy tzv. německým švabachem a týkajících se žádostí o založení české psychiatrické kliniky a příprav k založení samostatné české Univerzity Karlovy. Samostatná česká psychiatrická klinika byla založena v listopadu 1886. Moje knížka *Sto let české psychiatrické kliniky v Praze* vyšla nákladem Univerzity Karlovy počátkem roku 1987. V listopadu 1986 Česká psychiatrická společnost věnovala tomuto stoletému jubileu slavnostní schůzi, která se konala ve Velké aule Karolina v Praze v přítomnosti tehdejšího rektora Univerzity Karlovy. V Karolinu jsem tehdy přednášel hlavní referát.

Teprve potom jsem se mohl věnovat přepracování a doplnění své dřívější knížky *Čtení o psychiatrii*, takže současný spis *Psychiatrie dávných věků* je v podstatě její nově upravenou a doplněnou reedici. Změněný název pokládám za mnohem výstižnější.

Dále uvádíme pasáž, vztahující se ke vzniku první psychiatrické léčebny u nás:

„Francouzská revoluce se svou pokrokovou ideologií (rovnost - volnost - bratrství) nemohla být trvale omezena jen na Francii a pozvolna zachycovala celou Evropu. Pod tlakem této nové a pokrokové, tzv. osvícenské ideologie došlo i v rakouském mocnářství - a tím i v Čechách - k dalekosáhlým reformám na poli veřejného zdravotnictví.

Císař Josef II. byl ovlivněn jednak novou ideologií, jednak zdravotnicko-pokrokovým myšlením Dr. G. Van Swieten, osobního lékaře své matky Marie Terezie.

Dr. G. Van Swieten byl žákem proslulého profesora lékařské fakulty v Leydenu Dr. H. Boerhaava, který se obíral klinicky mimo jiné též psychiatrií. Dr. Van Swieten hlásal, že stát je povinen každému svému občanu poskytnout zaopatření ve stáří - a též léčení v nemocnici po celou dobu trvání jakéhokoliv tělesného onemocnění.

Se souhlasem císaře Josefa II. začal provádět reformu zdravotní péče v rakouských zemích, tedy i v Čechách. Jen v Praze zrušil z hygienicky nevyhovujících důvodů devět klášterních špitálů, které navíc byly stavebně zaostalé a neudržované.

Naproti tomu zřídil v Praze řadu zdravotně léčebných institucí (chrobinec na Karlově, porodnici u Apolináře), ale zejména se zapsal do historie pražského zdravotnictví zřízením nemocnice na Karlově náměstí.

Všeobecná nemocnice byla realizována v prostorách rozsáhlé budovy ústavu šlechticů u sv. Andělů a byla pro nemocniční účely náležitě opravena, adaptována a přestavěna.

Císařským rozhodnutím z roku 1787 bylo stanoveno, aby se započalo

ihned se stavbou a adaptacemi ústavu šlechticů na Karlově náměstí, tj. svýstavbou nové Všeobecné nemocnice v Praze, a - což je velmi důležité - aby nedílnou část této nemocnice tvořil tzv. blázinec (Tollhaus), umístěný izolovaně v nádvoří nemocnice.

Nová pražská nemocnice byla otevřena 1. listopadu 1790 a téhož dne byl dán do provozu i první samostatný Ústav pro duševně choré v Praze (tj. tehdy pro celé Čechy), který byl řádně lékařsky řízen a spravován.

Zachovalý nápis nad vchodem do této budovy *Custodiae mente captorum Josephus II, Leopoldus II. Augusti MDCCVC* (volně: Pro péči o duševně choré Josef II, Leopold II., vznešení 1790) dosud hlásá původní určení budovy, které se nyní používá pro administrativní účely současné pražské Fakultní nemocnice. Budova bývalého tzv. blázince (Tollhausu) je umístěna na 1. nádvoří Fakultní nemocnice na Karlově náměstí.

Vybudováním tohoto „blázince“ byly u nás vytvořeny pevné základy a předpoklady pro humánní léčbu duševně chorých.

Až do této doby byla situace duševně chorých - nejen u nás, nýbrž v celé Evropě - nanejvýš neutěšená: neklidní duševně choří byli umístováni „ve sklepních kobkách podobných žalářům. Nezřídka byli duševně choří spoutáni řetězy a spíše jen stráženi než léčeni“ (Bayer). Klidní duševně choří bývali ojedinele přijímáni do chorobinců, ale většinou se potulovali po ulicích a „vyvolávali strach a ošklivost u svých spoluobčanů“ (Bayer). Za pobyt jim sloužil „obyčejný chlév a za lůžko kus shnilé slámy, takže smrt byla pro ně vykoupením z jejich trapného a smutného životního údělu“ (Hraše).

Zachovaným písemným dokladem o tom, jak bylo obvykle s duševně chorými zacházeno, je zpráva holandského psychiatra-humanisty Dr. Schroedera van der Kolke, uveřejněná roku 1844 v *Zeitschrift für Psychiatrie*: „Duševně choří byli zavíráni do cel, s dvěma pobitými železem a opatřenými železnými závory. Dveře mají malý otvor, jímž se podává nemocnému jídlo v železné misce, přikované řetězem ke dveřím. Nemocní tráví svůj smutný život na hromadě slámy, naž, válejí se ve svých výkalech a u vzduchu prosyceném hnilobným zápachem. Uklidňujícím prostředkem byly hůl, řetěz, hlad. Za spropitné byli šilení ukazováni veřejnosti.“

Jiný písemný doklad pochází od německého psychiatra-humanisty Dr. Reila, který roku 1820 líčí situaci duševně chorých v Německu takto: „Zavíráme nešťastné choromyslné jako zločince do věznic a hnusných sklepů a necháváme je tam přikované na řetězech ve vlastním neřádu hnutí. Ukazují se lidu dychtivému a ošetřovateli je dráždí k obveselení diváků. Klid a pořádek závisí od biče, řetězu a vězení. Ošetřovatelé jsou bezcitní, barbarští a nedbalí lidé, kteří ve svém umění ošetřovat duševně choré nešli dále přes kruh, který opisují svým karabáčem.“

Takový byl stav ošetřování duševně chorých od středověku až po novověk. Poměry u nás nebyly žádnou výjimkou.

O to výrazněji se nám jeví ušlechtilé cíle tzv. osvícenské ideologie, vzešlé z Francouzské revoluce, jejichž zakladatelem byl Dr. Philippe Pinel, jemuž můžeme děkovat, že též v Praze byl zřízen roku 1790 Ústav pro duševně choré, v němž byli duševně choří ošetřováni již lidsky důstojným způsobem.“

VZPOMÍNKA NA DOC. MUDr. JOSEFA HŮLU, CSc.

Kardiolog doc. Hůla byl nesmírně pracovitý člověk. Do práce chodil často již v 6 hodin ráno a málokdy odcházel domů před 6. hodinou večerní. A udivující bylo, že odcházel nikoliv ztrápený, s nějakým ukřivděným pocitem „To jsem měl dnes opět záplavu práce!“, naopak z něho vyzářovala radost, že toho hodně udělal, že popsal desítky spirometrií, ergometrií, fonokardiografií atd., často si spokojeně pohvizdoval. Sestrám z kardiologické ambulance nařídil, aby chodily na oběd jednotlivě, protože když jdou společně, zapovídají se při jídle a „práce stojí“. Hokejová utkání plzeňské škodovky si však málokdy nechal ujít.

Vzpomínám na jeden ze seminářů I. interní kliniky, na němž referoval o kardiologickém kongresu ve Washingtonu. Vyprávěl, jak po skončení odborného programu si prohlížel firemní výstavy přístrojů používaných v kardiologii. Zástupce jedné firmy se k němu naklonil a vysvětloval mu výhody předváděného echokardiografu. Doc. Hůla si však všiml i vizitky

firemního zástupce, na níž bylo uvedeno: Mr. Zahorik. Dal se do hovoru s Mr. Zahorikem a ptal se ho, odkud pochází. Dozvěděl se, že jeho protějšek se narodil v U.S.A., avšak prarodiče přišli z Evropy. Doc. Hůla byl však ve všem precizní a ptal se, odkud z Evropy, jestli nepřišli z Československa? „Oh no, my grandfather was born in Austria, near the town called Tausz“. Doc. Hůla ožil, poučil pana Zahorika, že Tausz je německé jméno pro Domažlice a že země byla tehdy součástí Rakouska-Uherska, pak Československa. Nakonec vyšlo najevo, že do U.S.A. se před mnoha léty vystěhoval pan Zahorik z Klenčí pod Čerchovem. Zahorikové byli prakticky sousedy Hůlů v této obci. - doc. Hůla rád na toto setkání s panem Zahorikem vzpomínal.

21. ledna jsme si připomněli desáté výročí od dne, kdy se s námi docent Hůla navždy rozloučil.

(Doc. MUDr. Jiří Motáň, CSc.)

VZPOMÍNKA NA MUDr. MIROSLAVA HOLUBA, DrSc. - VĚDCE A BÁSNÍKA (1923 - 1998)

Miroslav Holub se narodil v Plzni 13. 9. 1923. V Plzni také prožil své dětství, maturoval v r. 1943. Byl poté totálně nasazen na práci v Řiši. Po skončení války vystudoval v Praze přírodní vědy a lékařskou fakultu UK. Promoval v r. 1953. Nastoupil poté do ČSAV. V institutu klinické a experimentální medicíny pracoval jako vědecký pracovník v oboru imunologie. Je autorem či spo-

loutorem více než sto padesáti studií. Byl spoluautorem monografie „Experimentální mykobakteriální infekce u imunodeficientního hostitele (spolu s T. Jarošíkovou a M. Kubínem, vyd. ČSAV 1990).

Podle V. Justla* „Miroslav Holub představuje jedinečnou symbiózu poezie a vědy - s příklonem k filozoficky nazírané problematice světa. Začínal mezi autory časopisu Květen (poezie všedního

dne, druhá polovina 50. let). Sudičkami mu byly tvorba válečné Skupiny 42, především texty básníka „dne“ Jiřího Koláře, americká a anglická literatura, hravá fantasknost Jacquesa Préverta a možná i sedá racionální Bertolda Brechta. K jistému posunu dochází po násilné autorově odmítku v normalizačních 70. letech. Cítí a vidí svět bolestněji, jako hmatatelné theatrum mundi. Nové, ještě

pevnější uchopení slova čteme ve Stručných úvahách, v řetězení na téma Minotauros a ve verších O původu věci, v Biologických básních, v cyklech K teorii divadla, ve Veselých příhodách loutek a v Konci her i v ponorné sbírce Syndrom mizející plíce (1990) s oddíly Synkopy, Symptomy, Syndromy a Synapse.*

Nahlédneme jen malou skulinkou do Holubova díla.

„Cílem vědecké komunikace je předat čtenáři, ale i kolektivnímu, anonymnímu pokladu vědeckých dat jednoznačnou informaci o jednom průmětu určitého aspektu skutečnosti. Komunikace poetická se snaží vyvolat ve čtenáři nebo ve všeobecném kulturním povědomí podobné pocity či podobná chápání určitého aspektu lidské existence. Jako poselství člověka člověku vyžadují oba typy komunikace určitou dobu plného intelektuálního či intelektuálně emocionálního soustředění, určitou formu přítomnosti. Oba jsou také spojeny s tvorbou trvalé paměti, se vznikem intelektuálních či intelektuálně emocionálních zbytků v myslí jednotlivce nebo v kolektivním myšlení celé kultury. Konečně pak je vědecká i básnická komunikace výrazem kondenzace významu na malý prostor, kde na každé slovo připadá značná „čistá váha“, charakteristická, imanentní vnitřní intenzita. Na rozdíl od jiných forem písemné komunikace jsou ve své nejlepší podobě skutečnými koncentráty. Šetří náš čas. Opakovaně mě zaujalo, když jsem slyšel od vědeckých kolegů, že čtou básně, protože jsou krátké a jejich účinek je okamžitý; právě takové by měly být dobré vědecké práce.“ (cit.**)

Z básní jsme vybrali tu pod názvem „Vytí z dálky“.

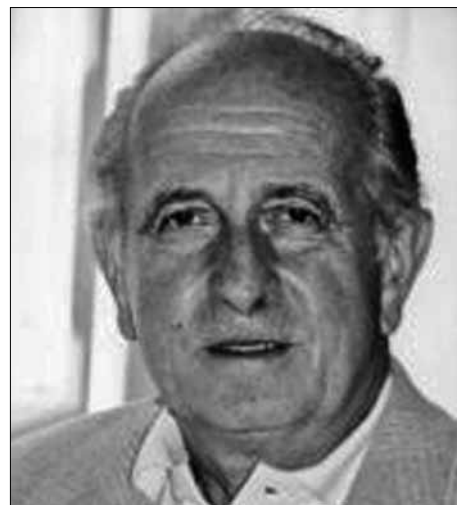
Vytí z dálky

*V Alasku,
šestého července 1885,
porazil vztekly pes
devítiletého Josepha Mistera
a čtrnáctkrát kousl.
Mister byl první pacient,
jehož Pasteur zachránil
svou vakcínou, ve čtrnácti
vzestupných dávkách
oslabeného viru.
Pasteur pak umřel
za deset let na ikтус.
Vrátný Mister
za padesát pět let
spáchal sebevraždu,
když mu Němci obsadili
Pasteurův ústav,
i s chudáky psy.
Jen ten virus
zůstal nad věcí*

(Ze sbírky ***)

I uvedené ukázky dokládají, že do české poezie vnesl svět vědy a medicíny. Při nelehkém úkolu nacházet obecně platné zákonitosti života a jednotnou koncepci světa a člověka si často vypomáhal osobní vědeckou zkušeností.

První básnickou sbírku Denní služba vydal v r. 1958. Postupně jich přidal dalších devatenáct (např. Achilles a želva - 1960, Tak zvané srdce - 1963, Slabikář - 1964, Anamnéza - 1964, Beton - 1970, Naopak - 1982, Sagitální řez - 1988). Prozaických děl vydal deset (např. Anděl na kolečkách - 1963, Žit v New Yorku - 1969, O příčinách porušení a zkázy těl lidských - 1992, aj.)



Řada z nich byla přeložena a vydána v cizině, mj. též v islandštině či turečtině. Od r. 1994 vykonával funkci šéfredaktora časopisu Nová přítomnost. Ve světě jeden z neznámějších českých básníků zemřel v Praze 14. července 1998. Loni tomu bylo deset let. Je po něm pojmenována planetka Miroslavholub obíhající v pásu mezi Marsem a Jupiterem.

* V.J.: Doslov ke sbírce básní M.Holuba: Časoprostor. Odeon Praha 2002.

** M.Holub: Maxwellův démon čili o tvořivosti. ČS, edice Puls, Praha 1988

*** M.Holub: Interferon čili o divadle. MF Praha, 1986

VZPOMÍNKA NA MUDr. FRANTIŠKA ŠKODU (1801-1888)



ŠKODA je zcela určitě v celé naší republice jeden z neznámějších pojmu. Pochází od zakladatele jednoho z největších strojírenských podniků v tehdejší Rakousko-uherské mocnářství Ing. Emila Škody. Již méně známo je, že jeho otec František a zejména strýc Josef byli věhlasnými lékaři, kteří zejména v počátcích svou finanční výpomocí umožnili rozjet výrobu v budoucím průmyslovém gigantu. Řekněme si dnes něco právě o Františku Škodovi.

Rod Škodů se na Plzeňsku připomíná již několik století nazpět. Usadili se v Letkově, kde jsou o rodině Škodů zmínky již před rokem 1710 a to jako svobodných sedláků, kteří se vyplatili z roboty a provozují tesařství, hostinskou živnost a mají velkou ovocnou zahradu. Lze pak již s jistotou říci, že se jednalo o předky ing. Emila Škoda, zakladatele Škodových závodů. Patřil k nim Tomáš Škoda, který se v polovině 18.století oženil s Markétou Maršálovou, s níž měl dvanáct dětí. Byl otcem Jana Vojtěcha Škody, zámečnicka, který na cestě na zkušenou v Rakousku se vrátil do Plzně. Zde se ve třiceti letech oženil s Annou Smičkovou, dcerou tesařského mistra a správce vodárny. V roce 1804 se tato již početná rodina, ve které bylo osm dětí, přestěhovala do najatého domku přiléhajícího k městským hradbám do tzv. cvingru

Zde za vodárenskou věží v dnešních sadech 5. května se tehdy nacházely skoro všechny kovářské a zámečnické dílny. V roce 1808 si Škoda pronajal ještě jednu přilehlou dílnu, ze které si upravil obytnou místnost. Početná rodina žila nejen v chudých, ale i stísněných poměrech. V domě nebylo dost místa na spaní, a tak nejstarší synové Josef a František, budoucí věhlasní lékaři, chodili večer sbírat do lesa dříví na zimu a ve dne spalí v postelích rodičů nebo na půdě, či ve výklenku v přiléhající městské hradbě.

Nejstarší syn František (nar. 26.2.1801) měl v obecné škole, kde se vyučovalo německy, potíže, neboť, - jak sám vzpomíná - „ani doma, ani na ulici jsem neslyšel německé slovo“. Ve čtrnácti letech, kdy byl nucen pro chudobné poměry v rodině přerušit studium na gymnáziu, se stal učněm v dílně svého otce.

Avšak díky tepelským premonstrátům, kteří na gymnáziu vyučovali a rozpoznali chlapcovu nadání, mohl mladý František ve studiu pokračovat. V roce 1821 je dokončil a odešel studovat do Vídně medicínu. Putoval pěšky, neboť na cestu dostavnikem nebyly peníze. Část cesty po Dunaji si také musel odpracovat na nákladním člunu jako veslař. Po krušných začátcích v novém, neznámém prostředí, kdy se živil především z peněz, které si vydělával doučováním dětí ve vídeňských rodinách, se mu začalo věst lépe, když se stejným způsobem seznámil s rodinou továrníka Bischofa. Tato známost také umožnila, že i jeho o čtyři roky mladší bratr Josef se dostal na studia medicíny do Vídně.

V roce 1826 František Škoda ve Vídni promoval. Po doplňujících studiích speciálních lékařských oborů se vrátil do Plzně a zahájil praxi jako městský lékař. Roku 1829 se oženil s Annou Pivcovou, dcerou bohatého plzeňského měšťana. Z tohoto manželství pocházely tři děti. Sňatkem se zámožnou měšťanskou dcerou se mladý lékař stal členem kroužku právo-várečníků, kteří významně ovlivňovali plzeňský život.

Roku 1830 vypukla v Haliči cholera epidemie a vláda hledala lékaře, kteří by pomohli při její likvidaci. Doktor Škoda se přihlásil mezi prvními, nedbaje údivu svých přátel. Do Haliče jej doprovázel jeho mladší bratr Jan, který se o něj staral, když sám onemocněl cholerou. Tato nemoc byla zavlečena i do okolí Plzně a v roce 1832 na ni zemřelo jen ve Stříbře 91 osob. To mimo jiné způsobilo, že po třicetiletém váhání se konečně opatrní plzeňští měšťtí otové rozhodli pro zřízení nemocnice. Doktor Škoda se stal jejím prvním primářem. Nejprve pracoval zdarma a později dostával plat 200 zlatých měsíčně.

Roku 1839 se po druhé oženil s Johannou Řihovou, pocházející ze zámožné mlynářské rodiny. Měli spolu sedm dětí. V roce 1848 se stal, již jako krajský lékař, poslancem říšského sněmu ve Vídni a zúčastnil se jednání, které se v onom bouřlivém roce konalo v Kroměříži. Politicky byl poslanec Škoda umírněným loajálním rakouským Čechem, stojícím na straně Františka Palackého a dr. Ladislava Riegra.

V období Bachova absolutismu po r. 1848 se již MUDr. Škoda poslancecké činnosti nevěnoval a soustředil se na funkci krajského fyzika, jak se tehdy tato lékařská funkce nazývala. Se stejným zájmem se staral i o rozšiřování počtu svých realit, domů, pozemků a zahrad. V roce 1856 prodal dům v Plzni a odešel do Chebu, odkud jako krajský lékař dohlížel na léčení císařovny Alžběty, manželky Františka Josefa I. Důvěra panovníckého domu mu vynesla vyznamenání Řádem císaře Františka Josefa, jmenování mistodržitelským radou a konečně i vytoužené místo zemského zdravotního správce.

V prusko-rakouské válce v roce 1866 se (ve svých 65 letech) vyznamenal v organizování zdravotní péče o raněné. Za to byl odměněn Řádem Železné koruny a povýšen do rytířského stavu. V dekretu k erbů se uvádí, že „*osvědčil vynikajícím způsobem věrnost, loajalitu a obětavost*“. Uznání se mu dostalo i v cizině. Francouzská konference v roce 1867, která se zabývala péčí o raněné vojáky ve válkách, mu rovněž udělila vyznamenání. Jako dvorní rada se v roce 1872 odstěhoval do Vídně, kde se zvolna přestal zabývat medicínou, ale o to intenzivněji obchodu s pozemky a cenými papíry. Doktor Škoda poté pokračoval v podnikání v investicích, což mu umožnilo slušné jmění zděděné po obou zesnulých manželkách.

K technice však neměl žádný vztah, přestože docházelo k jejímu bouřlivému rozvoji. Těžce se smířoval s tím, že syn Emil studuje strojní inženýrství. Nakonec však jej přeče jen v jeho zájmech podpořil.

Doktor František Škoda zemřel 1. března 1888 jako představitel konzervativních „zemsky vlasteneckých“ zámožných vrstev, které se nikdy nesmířily s dravým duchem technického průmyslového podnikání té doby. Loni jsme si připomněli 120. výročí jeho skonu.

Podle F. Krátký: František Škoda, lékař. In: Plzeňské medailony 2. Nakl. Veselý, Plzeň 2004, s. 55-58.

(jr)

K ČLÁNKU O THOMASI HODGKINOVÍ (FAC. NOSTRA Č. 74)

MUDr. A.Mádle, CSc. z 2. interní kliniky FN nám po přečtení článku napsal:

„Se zájmem jsem si přečetl Váš článek o Thomasu Hodgkinovi. Nejsm zvláštní milovník historie, ale Thomas Hodgkin měl vztah ke Guy's Hospital, kde jsem byl svého času na téměř roční stáži. Mimochodem, po Hodgkinovi se jmenovala tamní multidisciplinární JIP. Piší proto, že chce upozornit na jednu malou nepřesnost, a to ve druhém odstavci „... Lékařskou školu svatého Tomáše a Víta (St. Thomas's and Guy's Medical School)...“. Často se „Guy's“ ve jméně mylně přičítá svatému Vítu, ale jako člověk obeznámený s místem vím, že jde o jméno zakla-

datele - knihkupce Thomase Guye. Abych doložil své tvrzení, vyhledal jsem na webových stránkách *Guy's and St. Thomas' NHS Foundation Trust* údaj o historii, který přikládám:

Thomas Guy, MP, bible seller and governor of St Thomas', founded Guy's in 1721 as a hospital for "incurables". As Guy's expanded from its original 60 beds into a major hospital, it retained close links with St Thomas', particularly through the joint medical school that the hospitals shared. The schools separated in 1825 and were reunited as the United Medical and Dental Schools in 1982. Guy's remains on its original site south of London Bridge.

DIAGNOSTIKA V DĚJINÁCH LÉKAŘSTVÍ

Třetí číslo časopisu Dějiny věd a techniky z r. 2008 je monotematicky zaměřeno na problematiku diagnostiky v dějinách lékařství. Příspěvky, které byly zařazeny do tohoto čísla, zazněly v říjnu r. 2007 v Karolinu na pracovním setkání lékařů a historiků na téma: „Diagnóza jako historický pramen“. Předkládáme našim čtenářům jejich stručný obsah.

V prvním příspěvku ze **Karel Černý** zabývá problémem retrospektivní diagnostiky v dějinách lékařství. Všimá si výrazných aspektů vývoje historie medicíny ve 20. století. Klade si otázku: „co je to vlastně nemoc?“ a zabývá se různými přístupy k nemoci i zdraví, problematikou historické nosologie. Zabývá se lingvistickými aspekty, mezi něž řadí otázku lékařské terminologie jako takové (lékařská terminologie je umělým jazykem, který se historicky vytvořil na bázi latiny a řečtiny tak, aby usnadnil komunikaci medicínských odborníků). Počátkem 16. století se tato terminologie ustálila tak, že jsme schopni číst lékařské texty (latina již tehdy byla mrtvým jazykem). Autor se zamýšlí nad účelem diagnózy v minulosti. Nemusela nutně sloužit k léčbě, ale k pojmenování choroby, utření s ní spojené tak nabývalo pro pacienta smysl. Autor vyslovuje názor, že se pacienti v minulosti vyrovnávali odlišně s otázkou terapeutické bezvýchodnosti, protože křesťanství poskytuje silné nástroje umožňující zpracovat chronicky patologický stav, schopnost nemocného „něst svůj kříž“.

Autor věnuje pozornost postavení lékařů v diagnostice a identifikaci nemocných. Všimá si výrazného vlivu náboženských autorit, politické elity atd. V historickém kontextu nebyl lékař představitelem primární péče - lidé se léčili sami, volba lékaře byla jednou z alternativ v případě neúspěšného samoléčení. Léčba působila jako sociální rituál, zahrnující nejen vztah lékař - pacient, ale i rodinu pacienta a celou komunitu. Svůj příspěvek končí Karel Černý konstatováním, že při našem hledání klíče k výkladu jeví spojených se zdravím a nemocí v minulosti, potřebujeme spíše sociologii a antropologii, nikoli moderní medicínu.

Diagnostikou v českých psaných lékařských sbornících 15. a 16. století se zabývá ve svém příspěvku **David Tomíček**. Seznamuje nás s některými spisy, které popisují léčitelkou praxi a úroveň středověké medicíny. Všimá si toho, že řada prací se zabývala výsadním postavením moči jako diagnostického indikátoru. Dobová literatura zaznamenala příznačnou vazbu mezi lékařem a močí nemocného, někdy i na žertovné rovině. Rovněž tak se řada textů zabývá pojednáním o pulsu. Některé texty podávají návod, jak měřit puls, doporučují, aby lékař nespěchal s ohledáním žil nemocného ihned po příchodu, neboť „někdy nemocný uří lékař, lekne se a někteří radují se, v obou případech citové hnutí ovlivní výsledek měření“. „Lékař má proto chvíli posečkat, než si nemocný na jeho přítomnost zvykne, žertovat a na nemocného hleděti veselé“.

Ve staročeských lékařských sbornících dominují texty orientované na lékařskou praxi, autor zmiňuje jeden z nich - tzv. Jádru, anonymní spis o nemocech a jejich léčbě, látka je zde řazena topograficky *de capite ad calcem*, traktát pojednává o všech nemocech *od hlavy až k patě*. Příznaky nemocí zde jsou popisovány nedůsledně, diagnózu lze stanovit pouze u devíti z nich. Nezvykle podrobně jsou popsány příznaky malomocenství, které v případě pozitivního nálezu znamenalo pro člověka smrt profesní i sociální. Proto si stanovení diagnózy vyžadovalo velkou odpovědnost lékařů.

Milan Svoboda ve svém příspěvku popisuje pitvu a balzamaci Melchiora z Redernu v Havlíčkově Brodě 20. září 1600 podle pohřebního

kázání. Autor příspěvku nás seznamuje s pohřebním kázáním nad Melchiorem z Redernu, které pronesl frýdlantský superintendant magistr Martin Nussler. Vydávání pohřebního kázání bylo v německém prostředí běžné, na tomto je však zajímavé, že do něj byla dodatečně včleněna část, která popisuje průběh pitvy a balzamace mrtvého. V českých zemích toto sdělení znamená patrně výjimku (existují záznamy o pitvě provedené v Praze r. 1600 Janem Jesseniem, dále je dokladována pitva a balzamace Petra Voka z Rožmberka). Autora zajímá, proč kněz zveřejňoval informace o tom, co tradičně do kázání nad mrtvým nepatřilo a tuto anomálii vysvětluje tím, že vychovatelem malého syna zesnulého šlechtice byl student medicíny Bernard Fuess, na jehož popud se tato sdělení mohla do tisku dostat. Jiné historické prameny než tištěné pohřební kázání nebyly nalezeny. Snahy o diagnózu po čtyřech staletích od úmrtí pacienta považuje autor za hypotetické. V závěru příspěvku nás seznamuje se dvěma variantami pokusu o stanovení diagnózy Melchiora z Redernu.

Úrovní diagnostiky v 17. až 19. století na základě protokolů nemocných pražských nemocnic milosrdných bratří a alžbětinek se zabývá **Dana Ebelová**. Autorka si ve svém příspěvku všimá zásadních změn v oblasti zdravotní péče o nejširší vrstvy obyvatel v 17. a 18. století v českých zemích. Tato změna souvisela s příchodem dvou církevních řádů do Čech a na Moravu - mužského řádu milosrdných bratří a ženského řeholního řádu alžbětinek. Jejich hlavním posláním byla hospitalní služba, péče o nemocné ve vlastních zdravotnických zařízeních. Zajišťovali základní odbornou péči kvalifikovaným personálem. - v r. 1719 založily alžbětinky na Novém Městě pražském Na Slupi vlastní zdravotnické zařízení pro ženské pacientky.

Ivana Ebelová nás seznamuje s písemnými prameny, které vypovídají o úrovni lékařské péče, předmětem jejího zájmu jsou především protokoly přijatých nemocných, jejich struktura. Všimá si nejčastějších onemocnění, pro která byli pacienti hospitalizováni, a zda v průběhu hospitalizace docházelo k upřesnění původní diagnózy a výsledků léčby (nejdůležitějším faktorem je mortalita). V příloze příspěvku je tabulkově zpracovaný Přehled nemocí léčených v nemocnici milosrdných bratří a jejich označování (dle výkazu z roku 1881).

Předposledním příspěvkem je práce **Ludmily Hlaváčkové**: Diagnózy v lékařském deníku ronovského lékaře Josefa Hruše z roku 1840. Autorka nás seznamuje s pracovním deníkem vrchnostenského lékaře na ronovském panství Josefa Hruše z roku 1840. Tento dokument získala po upozornění profesorů tehdejší dvanáctiletky v Časlavi v době, kdy se zabývala otázkou společenského a sociálního postavení lékařů u nás v 19. století. Doktor Hruš (narozený r. 1806) absolvoval medicínu na pražské lékařské fakultě v r. 1835, byl doktorem medicíny, magistrem porodnictví a doktorem chirurgie. Praktikoval v pražské porodnici. Po úspěchu konkursu na uprázdněné místo vrchnostenského lékaře na panství Ronov nastupuje do služby v r. 1838 a zde pracuje až do své smrti v r. 1886. Pracovní deník byl uložen v muzeu Chitussiho a Bilka v Ronově, psal ho od začátku svého působení. Díky tomuto deníku nás může autorka seznámit s nejčastějšími diagnózami, s úmrtností pacientů a jejich věkovým složením. Hrušův deník považuje za významnější pramen k poznání sociálního postavení lékaře než k otázce diagnostické a k otázce způsobu léčby v tehdejší době.

Poslední příspěvek zpracovala **Emilie Těšínská**, zabývala se počátky radonových lázní v Jáchymově v Čechách, v první části se zaměřila na organizaci prvních radonových lázní.

Autorka připomíná vznik nejstarších radonových lázní na světě v období rakousko-uherské monarchie v r. 1906. Její zájem je orientován na počátky radonových lázní v období do první světové války. Zabývá se vztahy mezi lázněmi a baňským podnikem, radioléčebnými praktikami, tříděním léčebných procedur a vývojem lázeňské klientely. K průkopníkům léčebných aplikací radonových koupelí patřil přednosta II. lékařské kliniky vídeňské univerzity, dvorní rada profesor E. Neusser. Autorka nás seznamuje s některými balneologickými experimenty, které vedly ke klinickému a vědeckému prozkoumání nové, tehdy ještě nedostatečně prokázané a metodicky nepropracované lázeňské metody. Souvislost mezi léčebnými účinky lázeňských míst a přirozenou radioaktivitou jejich přírodních zdrojů byla zkoumána na mnoha místech na světě.

Dále se autorka zabývá výsledky měření radioaktivity jáchymovských důlních vod. V letech 1904 a 1905 byl proveden rozsáhlý průzkum lázeňských pramenů rakousko-uherské monarchie, byla měřena radioaktivita vzorků vod a sedimentů termálních pramenů a lázní: Karlovy Vary, Mariánské Lázně, Teplice-Šenov, Duchcov a Františkovy Lázně. Byl za-

hrnut i Jáchymov, protože geologická a geografická vazba Jáchymova se západočeskými lázněmi nabízela zajímavá porovnání výsledků.

V další kapitole se autorka zajímá o důlní činnost v Jáchymově, uranovou a důlní továrnu, těžbu rudy, vypracování technologie výroby rádia z jáchymovských zbytků podle postupu Curieových (od r. 1908). Léčebné aplikace radonových koupelí byly započaty v roce 1906, lékař Leopold Gottlieb je aplikoval na základě výzvy ministra orby hraběte Ferdinanda Buquoye. V příspěvku jsme seznamováni s organizací radonových lázní, detailně jsou popsány první dvě lázeňské sezóny. V roce 1911 byl otevřen státní Radioléčebný ústav. Rozvoj lázní a procedur, i pitných kúr, si vyžádal vedle měření radioaktivity vod i jejich chemické a bakteriologické rozborů, které znamenají další interdisciplinární vazby v historii jáchymovských lázní.

Závěrem je možno konstatovat, že třetí číslo časopisu DVT přineslo mnoho zajímavých a důležitých informací z dějin diagnostiky. Zcela určitě bude přínosem pro odbornou, ale i pro laickou veřejnost se zájmem o historii medicíny. Své příspěvky zde publikovali známí autoři z oblasti historie medicíny, neotřelým způsobem zde zpracovali svá témata. Doporučuji, aby si toto číslo přečetli nejenom odborníci - lékaři, ale i studenti medicíny.

PhDr. Věra Dvořáková, Ústav sociálního lékařství LF UK a ZČU v Plzni

O ČEM TAKÉ PŘEMÝŠLEJÍ NAŠI MEDICI ... (10. SVAZEK, 2008)

Významné jubileum oslavil svazek esejů studentů loňského 3. ročníku naší lékařské fakulty, publikovaný pod tradičním názvem „O čem také přemýšlejí naši medicí...“

V úvodu editor sborníku doc. MUDr. Jiří Beran, CSc. napsal: „Deset let lze brát jako malé jubileum a jako příležitost k zamyšlení. Jsou letošní témata v něčem objevná? Vyuvíjejí se po těch deseti letech obsahem a formou? Nechtějí laskavý čtenář sám vlnitě posoudit! Eseje vypovídají nejen o svých autorech, ale jsou též zrcadlem jejich pedagogů. Můžeme se z nich dozvědět nejen mnohé z jinak nedostupného myšlenkového světa mladé generace, ale také v nich můžeme nacházet zpětnou vazbu či jinak řečeno jistou výpověď o tom, jak naši studenti přijímají naše dobře míněné snahy.“

10. svazek obsahuje šestnáct písemných úvah, z nichž dvě jsme na stránkách „*Facultas nostra*“ otiskli v plném znění. O ostatních přinášíme stručnou informaci, nicméně čtenářům doporučujeme přečíst si příspěvek, který jej zaujme, v plném znění. Z nákladu 200 kusů se na zájemce určitě v knihovně LF Plzeň dostane.

P. Beneš („*Vztah medik - pacient a jeho komplikace*“) si ze svých setkání s pacienty odnesl poučení, ale nikoliv recept, jak se k nim chovat. Nezáleží při tom, zda je v roli medika či později lékaře. Chování k pacientům musí být profesionální, vlnité a zejména lidské. Pacienti potřebují naše porozumění, pochopení a podporu. Lékař však nemůže a nesmí přepínat své síly. Nemůže absolutně prožívat problémy a potíže pacientů. Musí udržovat určitý odstup. Autor dochází k závěru, že lékařské povolání - nebo poslání - je stresující a náročné.

Příspěvek A. Kolářové („*Zápisky mladé závislačky*“) jsme otiskli ve *Facultas nostra* č. 71/2008.

V příspěvku „*Spánková deprivace - Jak jsem se málem zabil*“ - uvádí V. Lomská zpověď nemocného nespavosti. Z ní vyplývá, že začátky lze částečně přičíst hrubým prohřeškům v životosprávě, postupně se však začaly projevovaly poruchy chování, nemocného postihla ztráta zaměstnání a vše vyústilo až do myšlenek na sebevraždu.

M. Macháčková („*Neverbální komunikace aneb návod, jak úspěšně složit ústní zkoušku*“) popisuje pocity, předcházející bezprostředně jedné zkoušce na medicíně po sedmáctidenním intenzivním studiu. Zároveň blíže rozvádí „taktiku“ vůči examinatorovi poté, co si vytáhne zkušební otázky. Znalost zásad neverbální komunikace může spolu s dobrými znalostmi napomoci uspět u zkoušky.

Rovněž příspěvek K. Malínské („*Kandidáti na lékaře*“) jsme již v plném znění otiskli ve *Facultas nostra* č. 71/2008.

J. Mařan („*Humor v ordinaci*“) zdůrazňuje, že hlavní devizou lékaře je sice jeho odborná kvalifikace a výkonnost, ale pro mnohé lidi je neméně důležitá jeho lidská stránka. Lékař s vyšší kvalifikací a většími léčebnými úspěchy někdy přestává být zároveň normálním člověkem a k pacientům se začíná chovat stále hůře, začíná si připadat jako něco vyššího a běžné případy odmítá pro jejich banálnost. Tyto rozevírající se nůžky by se měly rychle přivřít. Autor nabádá: „Vnesme do ordinací více lidskosti, dobré nálady a humoru, a brzy uvidíme, že to bude pro všechny strany prospěšné.“

E. Polcarová („*Errare humanum est*“) vychází ze statistického údaje WHO, podle něhož každý desátý pacient má zkušenost s chybou lékaře. Mezi nejčastější prohřešky patří nedodržování hygienických norem, a změny jmen pacientů, 1,4 milionu lidí na světě trpí v důsledku nozokomiálních nákaz atd. Při zhodnocení závažnosti pochybení a zda k němu vůbec ze strany zdravotnického personálu došlo je třeba si uvědomit, že leckdy je lékařům dávano najevo, že daný vývoj situace zkrátka měli předpokládat. Fundovaný znalec, posuzující případné pochybení, může o něm hloubat v poklidu své pracovny, zatímco lékař se musí rozhodovat okamžitě a opti-

málně zároveň. Autorka, patříci k typům nenávidějícím chyby, dochází k závěru, že věst v budoucnu ohabjoubu sama před sebou bude velmi obtížné.

Š. Pospíšilová („*Mentální retardace*“) seznamuje čtenáře s vlastními zkušenostmi s péčí o mentálně retardovaného 18letého adolescenta, jehož myšlení a schopnost komunikace bylo na úrovni 4-5letého dítěte. Zarazilo ji zejména nepochopení a někdy až antipatie okolí, zejména se strany starších lidí.

B. Sedláková („*Komunikace a její nástrahy*“) upozorňuje na rozdílný způsob uvažování zdravého a nemocného. Jedná se především o to nemocného vyslechnout, práce s ním vyžaduje toleranci, empatii a dodržování zásad optimálního společenského kontaktu.

P. Skála („*Muset a chtít, cítit ten rozdíl*“) líčí vlastní prožitky po první neúspěšné zkoušce při studiu medicíny. Aby zvládl reparát, proseděl celé prázdniny nad učebnicí. Chce překonat všechna úskalí na cestě za lékařským titulem.

P. Stankovou („*Cesta k nemocnému*“) oslovila hluboká individualizace čínského pojetí pacienta, nedozírná empatie a také celostní vnímání člověka, bytosti s tělem, myslí a duchem. Nemocného je nutné chápat jako partnera, základním vztahem lékaře k němu je ochota pomoci. Lékař by měl pacientovi ukázat cestu k harmonii a vyrovnanějšímu životu a samozřejmě jej také zbavit bolesti a obtíží.

L. Tichý („*Jeden z tisíců*“) se zamýšlí nad pocity muže, hlavy rodiny a otce malé dcerky, jemuž ošetřující lékařka sdělí „Máte rakovinu“. Spokojené rodinné zázemí je motivací k tomu, aby nemocný usilovně bojoval o další dny.

P. Vrátil („*Se vstřícností neskončíme*“) vychází z přesvědčení, že pacientova-klientova světuve posunula Českou republiku na přední příčky v tabulce o zneužívání lékařské péče, a tak přišli politici s náplastí zavěst poplatky. Příkladem zneužívání je podle autora nesčetné, byť se v celkovém měřítku jedná jen o zlomek. Za nejospravedlivnější pokládá poplatek za hospitalizaci. Po půl roce fungování poplatků jistá část zneužitelných odpadla, aniž by se zvýšilo riziko dostupnosti zdravotní péče pro vážně nemocné. Autor dodává, že regulační prvek v podobě schopnosti komunikace schopného šéfa je základem fungování pracovního kolektivu.

Příspěvek téhož autora (P. Vrátil: „*Obrázky za oponou*“) vznikl na základě zkušeností z několika nočních služeb v menší nemocnici. K vyličení situace stačí ocitovat člena záchranky k přivezenému případu: „Pochcáný a podělaný pras“ . Jedná se nejčastěji o bezdomovce, dalšími případy jsou často opilí flamendři, nezřídka tiž v tomto stavu neovládající se cizinci, k nimž však všem musí personál přistupovat se „svatou“ trpělivostí a soustředit se na jejich kvalitní ošetření.

O. Vyčítal („*Medicina a bílá místa na mapách*“) poznal, že pacientům používání obecně ne příliš srozumitelné odborné terminologie při návštěvě lékaře nevyhovuje. Ocení, pokud se jim lékař věnuje a poznanou diagnózu vysvětlí srozumitelně.

S editorem doc. MUDr. J. Beranem, CSc. lze souhlasit s tím, že na základě uvedených textů můžeme částečně hledat odpověď na otázku jaké asi jednou budeme mít lékaře. Doufejme, že jeho odhad, že půjde o lidi se širším pohledem na medicínskou problematiku, je správný.

Na realizaci publikace se podíleli všichni vyučující předmětu lékařská psychologie MUDr. Sylva Racková, Mgr. Petra Sumcová, MUDr. Veronika Procházková-Kulovaná a MUDr. Petr Podlipný, na přípravě textů pro tisk Bc. Petra Buňatová. Za podporu vydání tohoto svazku patří dík též vedení Lékařské fakulty v Plzni. Do další desítky sborníků studentských esejů můžeme popřát pracovníkům Psychiatrické kliniky FN a LF UK v Plzni hodně zdaru.

(jrv)

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

PRANOSTIKY A ŽIVOTNÍ MOUDRA

Únor bílý pole sílí.

Jak dlouho skřivánek před Hromnicemi zpívá, tak dlouho po Hromnicích mlčí a zívá. (2.2.)

Co se nenapráší do Hromnic dveřmi, to se napráší po Hromnicích děrou.

Na svatého Valentýna zima sílit se počíná (14.2.)

Je-li v únoru sucho a zima, bude horký srpen.

Svatá Dorota bývá sněhem bohata (26.2.)

Svatá Anežka vyhání skřivánky z lůžka. (2.3.)

Tomu kdo miluje dá srdce vždycky mat.

Boj se hlavně toho, kdo v hlavě nemá mnoho.

Smutné je, že hlupáci jsou tak sebejistí, a lidé moudří plní pochybností. (Bertrand Russel)

Jeden dobrý přítel je víc než sto příbuzných. (Cicero)

Velký lump se z nikoho nestane naráz. (Juvenalis)

Neštěstí naučí člověka se modlit. (T. Livius)

Velké Kartágo vedlo tři války. Po té první bylo ještě mocné, po té druhé obyvatelné, po třetí je už nikdo nenašel. (Bertold Brecht)

ŽIVOTNÍ MOUDRA

Když se tě ptají, neprozradíš nic, ale sám řekneš vše (japonské přísloví).

Spíše se zřekneme obliby než záliby. (F. de la Rochefoucauld)

Člověk by neměl spojovat co Bůh rozloučil. (Wolfgang Pauli)

Činíš-li dobro jen pro to, aby o tom lidé věděli, pak to není skutečné dobro.

In: Lexikon čínského mudrosloví. Praha, Academia 1999.

Piješ-li příliš mnoho vína, ztratíš slušné chování, veselíš-li se přesměříš, padne na tebe smutek - tak je to se všemi věcmi.

(Citát z knihy Š'-ti od Š'-ma Čchien (145-90 př.n.l))

In: T. Hejzlarová, J. Hejzlar: Lexikon čínského mudrosloví. Praha, Akademie 1999.

