

MOTOL



Malé vršovické derby

Milan Hubáček & Antonín Panenka

PRO SVÉ DĚTI CHTĚJÍ JEN TO NEJLEPŠÍ



Jsou situace, se kterými si sami neporadí.
Díky **pravidelným finančním příspěvkům**
mohou svým dětem zajistit lepší péči.

Pomáhejte rodinám, které zasáhla vážná
nemoc! Staňte se Dobrým andělem na
www.dobryandel.cz



DOBRY ANDEL

ÚVODNÍK

Vážení kolegové, milí čtenáři,

začínáme rok 2020, vstupujeme do 20. let 21. století a dá se říci, že stojíme na prahu velké zdravotnické revoluce, která se týká především zásadních objevů v oblasti léků. Genová terapie, která se začíná dostávat do naší nemocnice, může fakticky změnit průběh dnes neléčitelných nemocí. Máme u nás pacienty s určitými neuromuskulárními diagnózami, na které se skutečně umíralo zpravidla již v útlém věku. Nyní jsou zde léky, které tuto

nemoc léčí, léky které upravují genetickou podstatu člověka. Genová terapie mění strukturu DNA a dokáže opravit chybné geny, které si člověk nese od svých rodičů. Typy léků, doposud dostupných u těchto diagnóz, byly složeny z chemických molekul, nyní však zažíváme převrat, kdy poprvé začneme měnit člověka od svého základu. Je to úžasná věc, dosahujeme tím vrcholu medicíny a já jsem velmi rád, že to děláme právě zde v Motole, protože si

myslím, že velká univerzitní nemocnice by měla přesně tento typ péče poskytovat. Nicméně je také třeba zmínit, že se jedná o péči nesmírně náročnou a finančně nákladnou a proto budu velmi rád, pokud nám budete držet palce a budete podporovat naši nemocnici, aby bylo i nadále možné v našem zdravotnickém zařízení tuto péči poskytovat. Vítejte na prahu roku 2020, na prahu světa, ve kterém budeme měnit člověka k lepšímu.

JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA,
ředitel nemocnice



Malé vršovické derby

Milan Hubáček & Antonín Panenka

Příběh Elinky a Adámka

Díky Dobrým andělům se nebojíme, že přijdeme o střechu nad hlavou, shodují se manželé z Hradce Králové. Čelit obavám o zdraví svých dětí museli rodiče tříletého Adámka a roční Elinky z Hradce Králové hned dvakrát.



Patologie pomáhá živým

Jen obtížně bychom v medicíně hledali jiný obor, který si v očích laické veřejnosti nese takové stigma z minulosti jako právě patologie. I v dnešní době je totiž mnohými chápána jako obor zabývající se výhradně pitevní problematikou. Pro mnohé je slovo patolog dokonce synonymem pro soudního lékaře. Ve skutečnosti je tento obor soudnímu lékařství na hony vzdálený a samotná pitva tvoří jen malou část rutinní činnosti patologa.



Dětská obezita je nemoc

V současné době jsme zasaženi pandemií obezity. Obezita se netýká pouze dospělých, ale zasahuje již ty nejmenší děti, batolata a dokonce i kojence. Za posledních 30 let došlo k překotnému nárůstu nadváhy a běžná obezita se stala závažným zdravotním problémem. Obezita je chronické civilizační onemocnění, které je od závažného stupně nevyléčitelné.



DĚKOVNÉ DOPISY

Vážený pane řediteli,

obracím se na Vás z důvodu velkého poděkování za umožnění odborných praxí v rámci navazujícího vysokoškolského studia, které jsem ve FN Motol absolvoval. Tuto praxi ve FN Motol jsem vykonával na základě požadavku naší vysoké školy UJAK se zaměřením na Andragogiku a personální řízení podniku na odborné praxe zaměřené na personalistiku, personální řízení podniku a vzdělávání dospělých a mohu říci, že mi tyto praxe opravdu hodně rozšířily obzory, jak vypadá vzdělávání a personální činnost v jedné z největších nemocnic v ČR, což je velice přínosné. Chtěl bych tímto poděkovat Vám jako vedení této nemocnice za umožnění těchto praxí a zároveň všem pracovníkům personálního a mzdového odboru, paní personální náměstkyni, paní Lesageové a panu doktorovi Jirkovskému za velmi pozitivní přístup, trpělivost a možnost se stát součástí dění v nemocnici. S těmito zkušenostmi a poznatky vím jistě, že se začnu více zajímat o pracovní příležitosti ve FN Motol, jelikož mě tato organizace přesvědčila o svých kvalitách a rád bych se stal součástí této společnosti, která mě opravdu přesvědčila ve smyslu „tam bych chtěl pracovat a stát se její součástí“. Jsem opravdu rád, že mám možnost o FN Motol psát nejen diplomovou práci se zaměřením na vzdělávání lékařů, ale poznat i její fungování a provoz, což je jistě i pro diplomovou práci přínos, který po dokončení samozřejmě předám svému vedoucímu práce ze strany FN Motol panu doktorovi Jirkovskému, ale rád bych další výtisk práce donesl i k Vám na ředitelství a paní personální náměstkyni jako poděkování za vše, co mi bylo ze strany FN Motol umožněno.

S pozdravem Jiří

Dobrý den,

navštívili jsme se svým synem Stomatologickou kliniku dětí a dospělých 2 LF UK a FN Motol, kde mého syna ošetřovala MDDr. Petra Srnková. Rádi bychom jí a také sestřičkám touto cestou poděkovali za příjemnou a profesionální péči, které se nám u ní v ordinaci dostalo. Cítili jsme se v ordinaci velmi příjemně, vše nám bylo vysvětleno a i samotný zákrok (extrakce zoubku) proběhl rychle a téměř bez bolesti a pláče mého syna.

Přejeme vám vše nejlepší do nového roku. S pozdravem Jan

Vážený pane řediteli,

ráda bych tímto dopisem vyjádřila své poděkování lékařům, ale především kolektivu sester oddělení OTS1 – 1. lůžková stanice Kliniky dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Motol. Byla jsem u Vás hospitalizována po EDP kolene a během téměř dvou týdnů jsem měla možnost vidět a osobně zažít každodenní náročnou rutinu na oddělení. Ani jsem si nedokázala představit jak těžká a vyčerpávající může práce sestry na oddělení být. Svě díky a obdiv bych chtěla vyjádřit všem zaměstnancům ale především těm, kteří se o mě nejvíce během mého pobytu výborně starali - sestřám Bc. Janě Horákové, Michalu Fedorovi, Michaelae Novákové, Ivaně Kozlové, Ludmile Kozlové a paní Darině Živčákové. Přeji Vám i všem Vaším zaměstnancům v novém roce hodně zdraví a sil k péči o druhé!

S přátelským pozdravem Petra

Dobrý den,

chtěla bych vyjádřit poděkování za záchranu života. Byla jsem přivezena rychlou záchrannou službou na příjem pacientů do Nemocnice Motol s podezřením na mozkovou mrtvici. Což se potvrdilo. Touto cestou chci poděkovat všemu zdravotnickému personálu za přístup. Všichni mě uklidňovali a vysvětlovali mi, co se se mnou bude dít, tím jsem se vůbec nedostala do paniky a strachu o život. Po zákroku jsem byla převezena na JIP neurologie. Na oddělení mě připravovali na noc a všichni se snažili, abych se cítila co nejpohodlněji. Sestřička, která měla noční službu, jmenuje se Pavlinka, se o mně starala jako bych byla její babička. Za celou dobu pobytu v nemocnici jsem nezaznamenala, že by někdo ohrnul nade mnou nos. Kdykoliv jsem o něco požádala, tak mi bylo vyhověno. Všichni páni doktoři mi vždy vysvětlili, co se bude dít dál a všichni měli pro nás úsměvy. Víte, když člověk leží v nemocnici neschopný jít sám na záchod a umýt se, což je dost ponižující, musí se spolehnout na lidi okolo, takže toto poděkování patří všem, kteří se o tento komfort starali, aniž bych se cítila špatně. Jsem přesvědčená, že je pro tento zdravotnický personál příznačné heslo „NIC LIDSKÉHO NÁM NENÍ CIZÍ“. Proto jsem se rozhodla napsat velké poděkování. Jsem 14 dní po odstranění krevních sraženin z mozku a ani nevěřím, že jsem byla na pokraji smrti. Cítím se dobře díky doktorovi, který zákrok prováděl a všem ostatním, kteří se snažili, abych se uzdravila.

S pozdravem Marie



Malé vršovické derby

Dobrá nálada a radost z pohybu je jako elixír mládí. Nejen o fotbale si v dnešním přátelském rozhovoru popovídali legenda československého fotbalu Antonín Panenka a primář Stomatologické kliniky dětí a dospělých 2. LF UK a FN Motol MUDr. Milan Hubáček.

Odpovídá Antonín Panenka:

■ **Tondo, potkáváme se ve vesnici Nespeky nedaleko Prahy, jaký máš k tomuto místu vztah?**

Já tady už téměř dvanáct let bydlím. Jezdil jsem sem už jako kluk, protože rodiče tady měli chatu, měl jsem odsud spolužáky a byli jsme tu taková parta, se kterou jsme jako děti blbli. A protože jsem to tady dobře znal, tak když jsem končil s fotbalem a hledal jsem nějaký rekreační objekt, byla volba jasná. Podařilo se mi tu sehnat takový rozestavěný domek, to bylo myslím v roce 1984. Od té doby jsme sem jezdili rekreačně a posledních dvanáct let tu bydlím trvale.

■ **Nedá mi to se nezeptat, na první pohled je vidět, že se stále udržuješ ve formě. Pořád aktivně sportuješ?**

Sportuji poměrně dost, úměrně věku a zdravotnímu stavu samozřejmě. Pořád mi to přináší obrovskou radost a potěšení. Rád chodím mezi lidmi i mezi mladší lidmi. Myslím, že svým způsobem je to takový hnací motor, že člověk tak rychle nestárne. Když vidím stejně staré bývalé spoluhráče, kteří nic nedělají, tak je znát, že jsou na tom trošku hůř. Sport mě pořád baví, baví mě ta souťaživost. Snažím se hrát fotbal, golf, stolní tenis, tenis, prostě všechno, kde je nějaký ten míček.

8 ■ **Co se týče sportu, dáváš přednost spíše letnímu nebo zimnímu období?**

V létě je asi těch sportů, které člověk může dělat víc, jsou k tomu lepší podmínky. Samozřejmě i v zimě se snažím. Není to sice tak úplně sport, ale je to taková podobná věc, chodíme hrát kulečník, karty. Já mám jedno přirovnání, že se cítím jako kytka a kdybych tu kytku nezaléval, tak uschne, stejně tak já kdybych nemohl sportovat, tak nevím co by se mnou bylo.

■ **Jaké vlastně byly Tvoje začátky? Chtěl jsi být fotbalistou už v dětství?**

Takhle se to asi nedá říct. K fotbalu mě přivedl táta, se kterým jsem o sobotách a nedělích absolvoval snad tisíce zápasů. Provedl mě celou Prahou, chodili jsme na fotbaly a tam asi vzniknul ten vztah. Fotbal jsem hrál na ulicích, s klukama v parcích, prostě kde se dalo. A to byl takový ten začátek. V devíti letech jsem vstoupil do Bohemky a zůstal jsem jí věrný 23 let, dá se říct, že skoro celou fotbalovou kariéru.

■ **A kdyby ses nedal na fotbal, ve kterém sportu bys měl největší šanci vyniknout?**

Tak na to je celkem jednoduchá odpověď. V té době, kdy jsem byl malý, byly v podstatě dva sporty. Přes ty letní měsíce, kdy bylo hezky, se hrál fotbal a v zimě se hrál hokej. My jsme byli všichni kluci šikovní a uměli jsme, dá se říct, že půl roku jsme hráli fotbal a půl roku jsme hráli hokej. Myslím, že dneska je to trochu jiné, děti

Antonín Panenka, fotbalista, bývalý československý reprezentant

Oblíbený film: Preferuji starší české veselohry, u toho se člověk vždycky pobaví. Mám rád například S tebou mě baví svět, Jak vytrhnout velrybě stoličku nebo filmy s Vlastou Burianem.

Oblíbená kniha: Nedávno vyšla krásná nová kniha o Bohemce, taková kronika od roku 1935 do roku 1975, tou rád listuji.

Nejkrásnější dovolená: Musím se přiznat, že nejméně 15 jsem na dovolené nebyl, ale vůbec mi to nevadí. Během kariéry jsem vlastně projel celý svět a hodně toho zažil. Nejsem ten typ, co jede k moři, ráno se namaže krémem, lehne si na lehátko a večer jde do baru. Mám rád aktivní dovolenou, takže spíš zůstávám tady v Nespekách, kde v létě pořádáme různé sportovní turnaje, nohejbalový, tenisový...

Životní motto: Táta mi celý život říkal: „Buď chytřej, blbejch je dost!“, ale bohužel nikdy mi neřekl, jak to mám udělat.

Nejsilnější vzpomínka z dětství: Není to úplně moje vzpomínka z dětství, ale příběh, který mi po letech vyprávěla maminka. Já jsem se mým rodičům narodil jako čtvrté dítě a rodiče s ohledem na tehdejší situaci přemýšleli, jestli si čtvrté dítě nechat nebo ne. Maminka šla pro radu k nějaké kartářce a ta jí řekla: „To dítě si každopádně nechte, to dítě bude slavný.“



začínají v pěti letech speciálně s fotbalem a tam chybí taková ta základní průprava, základní obratnost a to sám se naučit lézt po stromech, sám se naučit jezdit na kole, bruslit.

■ **Obecně dnes ve sportu hrají velkou roli peníze, ovlivnilo to podle Tebe nějak samotnou podstatu fotbalu?**

Myslím, že fotbal je zábava, ale i tam platí určitá pravidla a nějaké ohodnocení k tomu dnes samozřejmě patří. Já se přiznám, že do dvaceti let mě nenapadlo, že bych se někdy mohl žít a vydělávat si fotbalem. Taková profese neexistovala. Tenkrát prostě všichni museli pracovat, takže ani já jsem se tomu nevyhnul, ale když jsem po tři roky vstával denně v půl páté ráno a večer jsem nemohl jít ani do biografu, protože bych ráno nevstal, řekl jsem si, že tudy cesta nevede a tehdy poprvé mě napadlo, že bych se tomu fotbalu měl věnovat tak, aby mě to i uživilo.

■ **Myslíš, že dnes to mají malí a mladí fotbalisté snadněji než když jsi začínal Ty?**

Tak snadnější možná v některých věcech ano. Mají určitě lepší vybavení, podmínky, ale na druhou stranu si myslím, že jsou

ochuzení o tu lidskost, my jsme byli všichni kamarádi, tím fotbalem jsme se bavili. To bylo strašně důležité, že to pro nás byla zábava a my jsme za to byli moc rádi. Dneska, možná právě proto, že do toho vstoupily peníze, všichni ti rodiče vidí svoje syny jako budoucí Maradony, Ronaldy a tomu podřizují ten život. Dnes je to pro ty mladé fotbalisty spíš těžká práce a chybí ta zábava. My jsme hráli za úplně jiných podmínek, pro nás to nebylo tak hektické a s takovým nasazením.

■ **Jak vlastně tráví fotbalista období po aktivní kariéře, co Tě ještě baví kromě sportu?**

Při fotbale jsem vystudoval hotelovou školu a tak mě trochu zaujalo i takové to „polopodnikání“. Protože mám hodně rád sladké, tak jsem například měl dva roky cukrárnu, jenomže pak jsem musel skončit, protože bych asi dopadl jako spodek od sněhuláka, to sladké přece jenom bylo dost vidět. Potom, protože mám rád pivo, víno, občas nějakého toho panáčka, tak jsem měl dva roky ochutnávkou vína. S tím jsem ale také musel skončit, protože tolik alkoholu jako za ty dva roky jsem za celý život nevypil.

ROZHOVOR

Odpovídá Milan Hubáček:

■ **Milane, jak Ty ses jako lékař stomatolog dostal k fotbalu?**

Fotbal jsem vlastně hrál už v dětství. Jak jsi sám zmiňoval, my venkovské děti jsme dělaly prostě všechno - v létě především ten fotbal, v zimě bruslení, hokej a k tomu všechny možné další sporty. A teď, v posledních deseti letech jsem se k fotbalu zase vrátil. Před časem jsem zjistil, že mi chybí sportovní aktivita, synové mi odrostli a moje fyzika šla jak se tak říká „do háje“. Potřeboval jsem něco dělat. Nepreferuji sporty typu jogging, kdy člověk běhá sám, jen aby si zlepšil kondici. Ke sportu podle mě patří parta dobrých lidí a legrace. A do takové party, byť mladších kluků, jsem se dostal. Rád říkám, že fotbal neumím, ale rád ho hraju.

■ **Na jaké pozici hraješ?**

My nehrajeme fotbal, hrajeme malý fotbálek, takže tam se ty pozice střídají, ale vzhledem ke svému věku a fyzické zdatnosti vůči ostatním spoluhráčům se držím spíše vzadu. Samozřejmě, že když je příležitost, tak se dopředu dostanu rád a ten gól tam taky chci dát. To jsou ty emoce, ty endorfiny, co člověk potřebuje. Říká se, že kdo sportuje, stárne pomaleji nebo dokonce mládne. Všichni to potřebujeme, je to duševní relax.

■ **Čím si myslíš, že to je, že se tolik lidí bojí zubaře?**

Dle mých zkušeností jsou tři příčiny. Jednak fámy - když jde dítě poprvé k zubaři, rodiče se ho dnes obvykle snaží co možná nejvíce uklidnit, vysvětlit mu, že to bude v pořádku. A pak do toho někdo (prarodiče, známý apod.) nešetrně řekne: „To mně když tahali zuby, to bylo hrozný!“ A v tu chvíli dítě již přebírá negativní zkušenost. Druhá věc je vlastní ošetření, pokud se dítě poprvé setká se zubařem až v situaci, kdy se musí řešit něco

akutního, bolestivého. Něco jiného je, když jde dítě k zubaři na preventivní prohlídku a nemá žádný problém. Zjistí, že to vlastně není nic hrozného a ještě od zubaře dostane nějaký obrázek nebo se povozí na křesle. Bohužel současná stomatologická péče je taková, že velká část dětí se poprvé setká se zubařem, právě až když je nějaký akutní problém. Třetí fenomén je pak zubař samotný. Málo stomatologů se dnes chce věnovat dětem. Je to náročnější, co se týká času, spolupráce a psychiky a není to lukrativní.

■ **A Ty sám ses jako malý zubaře bál?**

Nebál. Poprvé jsem se setkal se zubařem v šesti letech, když se mi začaly kývat první zuby. Lékař vysvětlil tátovi, že to nic není a pak už jsme všechny výměny zubů zvládali sami. Na preventivních prohlídkách ve školním věku mi vždycky řekli jenom „intaktní chrup“. Nikdy jsem neměl a do dneška nemám žádnou výplň. Jediné moje setkání se zubařem, kdy mi něco dělal, bylo v devíti letech. Tehdy jsem si při úrazu přerazil horní řezáky, takže mi na ně museli dát ochranné korunky. No a zatímco ostatní se chtěli v tomto věku stát třeba kosmonauty, já jsem si od toho úrazu, kdy mi ošetřovali chrup, přál být zubařem. A tak se i stalo.

■ **Ty jsi vlastně orální a maxilofaciální chirurg, čím se vlastně takový doktor zabývá?**

Orální a maxilofaciální chirurgie je chirurgie úst, čelistí a obličeje. Můžeme se setkat i s termínem kraniomaxilofaciální chirurgie, to znamená, že se týká nejenom obličeje, ale i očnic, čela a báze lebny. Maxilofaciální chirurg řeší úrazy čelistí, obličejového skeletu, nádory obličeje, vrozené i získané vady obličeje, ale samozřejmě i zubní problémy.

ROZHOVOR

■ **A co třeba boxeři?**

Kupodivu ti boxeři, jak trénují a od mládí dostávají rány opakovaně, tak jim kost sílí a jen tak se nezlomí, mají ji dostatečně silnou. Častější jsou u nich přeražené nosy a hematomy víček.

■ **Já mám pár známých boxerů a ti když mají monokl, tak si na to dávají studený bíftek. Je pravda, že to pomáhá?**

Říká se to, ale nikdo to nikdy nezkoumal. My také pacientům radíme „ledovat“ a pokud chtějí chladit steakem, to už necháme na nich.

■ **Jak často se k Tobě dostane nějaký malý fotbalista s vyraženými zuby nebo v horším případě nějaký rozvášněný fanoušek?**

Častěji se k nám dostane spíš ten rozvášněný fanoušek. Obvykle nejen rozvášněný, ale i posilněný alkoholem. V Motole není jenom dětská traumatologie, ale máme i dospělé traumacentrum a naše klinika, i dle názvu, je Stomatologická klinika dětí a dospělých. Pokud se tedy dostane někdo s takovým úrazem na urgentní příjem, tam ho traumatolog vyšetří a nás zavolají jako konziliáře.

■ **A můžeš v případě nutnosti operovat, pokud je ten pacient opilý?**

Ne, to určitě nemůžeme, snad jen výjimečně v případě ohrožení života. Anesteziolog ho nemůže uspat, protože tam hrozí riziko vdechnutí zvratků a udušení. Takže vždy musí nejdříve vystřízlivět, což je většinou tak 24 hodin. Dnes už to není tak, že by se každá zlomená čelist musela pevně zadrátovat. Už jsou metody, kdy dokážeme čelist zpevnit tak, aby mohl pacient otevírat pusu. Je

ale samozřejmě jen na tekuté stravě, dietní opatření zůstávají.

■ **Utekl Ti někdy nějaký pacient z křesla?**

U nás ošetřujeme především hendikepované dětské pacienty - děti s dětskou mozkovou obrnou, s mentálním postižením apod. V současné době je také velký nárůst dětí s poruchou autistického spektra, ADHD/hyperaktivitou a ty udržet v křesle je někdy velký problém. Stává se, že i ve spolupráci s rodiči je to velmi náročné. Obvykle je u takových pacientů indikováno ošetření v celkové anestezii. Pak jsou tu zdravé děti s „volnější výchovou“, kterým ani rodiče nedomluví. Stalo se nám, že dítě nadávalo matce, posléze i nám a nakonec uteklo. Takové případy považuji za výchovné selhání rodičů. Pro stomatologické ošetření dětí je spolupráce nutná!

■ **Co nějaký kuriózní zážitek ze stomatologického prostředí?**

Jednou k nám přišel pacient, který si při pokusu otevřít pomocí zubů vteřinové lepidlo slepil zuby i rty k sobě. Podobný případ - dítě reagovalo samo „aktivně a vstřícně“ na matčino okřiknutí, ať už je zticha nebo mu tu pusu zalepí a samo si jí slepilo vteřinovým lepidlem. Oba případy dopadly samozřejmě dobře.

■ **Máme tu nový rok, tak se přímo nabízí otázka - dáváš si předsevzetí?**

Já jsem si předsevzetí kdysi dával a málokdy jsem je splnil. Tak teď už si nedávám přímo předsevzetí a sliby, ale pouze takový návod, jak bych ten rok chtěl strávit, co bych chtěl udělat.

MUDr. Milan Hubáček,
primář Stomatologické kliniky dětí a dospělých 2. LF UK a FN Motol

Oblíbený film: Mám rád humor, takže z těch moderních je to určité Saturnin, z těch starších Cesta do hlubin študákovy duše.

Oblíbená kniha: Určitě ten Saturnin, protože Jirotkův humor mám moc rád, a Waltariho Egyptan Sinuhet. To je kniha, která mi vlastně poprvé dala nahlédnout do medicíny.

Nejkrásnější dovolená: Nikdy jsem nezažil špatnou dovolenou, jsem optimista a i v tom špatném vždycky něco dobrého najdu. Nejraději jezdím na dvě místa. V Čechách je to chata na Máchově jezeře a pak s partou jezdíme na aktivní dovolenou do takové zapadlé osady v Chorvatsku, kde sportujeme a šnorchlujeme.

Životní motto: S úsměvem jde všechno líp.

Nejsilnější vzpomínka z dětství: Já jsem měl díky rodičům moc šťastné dětství - dobrodružné, aktivní. A nejsilnější vzpomínka je ten můj úraz zubů, kdy jsem se seznámil se zubařinou, a to mě vlastně ovlivnilo na celý život.



Jsem rodič. Půjdu na sál. Kdo mi v tom zabrání?!

Každá doba přináší specifické situace. Pokud se ohlédneme o několik let nazpět, neřešili jsme stížnosti, dotazy, žádosti typu „Jsem rodič, zákonný zástupce nezletilého pacienta, a chci být se svým dítětem na operačním sále. Nemocnice s tím má problém. A to se mi vůbec nelíbí...“. V současnosti se již s těmito podáními setkáváme. Jak taková přání rodičů řešíme?

Nemocnice opravdu nemá problém respektovat práva nezletilých pacientů na nepřetržitou přítomnost zákonných zástupců a dalších jimi určených osob v průběhu poskytování zdravotních služeb. Dokonce je to její zákonná povinnost. Nicméně jsou situace, kdy právo mít maminku, tatínka vedle sebe, musíme omezit. Proč? Odpověď je jednoduchá. Prostě proto, aby potřebné zdravotní služby mohly být poskytnuty co nejlépe. O důvodech hygienicko-protiepidemických se netřeba příliš rozepisovat. I laik rozumí konstatování, že operační sál je zcela specifickým prostředím, vyžadujícím splnění vysokých nároků na čistotu prostor.

Další důvod neumožnění přístupu na operační sál spočívá v provozních kritériích. I když by dotčená osoba byla poučena, jak se má na sále pohybovat, poškození zdravotnických prostředků, které se zde nacházejí, znesterilnění prostředí (byť nechtěné), je více než reálné.

A nelze opomenout ani důvody společensko-etické. I osoba, která není zdravotnickým pracovníkem, která je „medicínou zcela nedotčena“, přece pochopí, že činnost operačního týmu je činností vysoce náročnou. Asi si lze představit velmi málo činností, vyžadujících vyšší soustředění a odbornou erudici, než právě práce operačního týmu. Každý z nás (nebo alespoň valná většina z nás) potřebuje pro svoji práci klid, soustředěnost. Pokud takové podmínky nejsou splněny, nutně se to dříve či později projeví na kvalitě pracovního výkonu.

Lze pochopit enormní strach, kterým je rodič zužován, když jeho dítě stůně. Lze snad i pochopit, že se rodič dotáže, „zda by tedy u toho na sále být mohl“. Co se však chápe poněkud obtížněji, je úpornost, se kterou někteří rodiče přesvědčují lékaře, že jim jejich požadavek splnit musí. Nemusí. A nesplní. Lékařům jde totiž primárně o to, jak již bylo zmíněno výše. Jde jim o perfektní poskytnutí zdravotních služeb malému pacientovi.

Přítomnost emočně zainteresované osoby, což rodič ope- rovaného dítěte bezpochyby a zcela logicky je, představuje obrovský stres pro lékaře, sestry a další personál. Rozumný rodič nehledá opakovaně důvody pro vynucení si přítomnosti své osoby na operačním sále, nýbrž hledá způsoby, jak přijmout skutečnost, že nastavené postupy poskytovatele zdravotních služeb jsou jednoznačně v zájmu nezletilého pacienta.

text: JUDr. Vladimíra Dvořáková | foto: iStock

Příběh Elinky a Adámka

Díky Dobrým andělům se nebojíme, že přijdeme o střechu nad hlavou, shodují se manželé z Hradce Králové. Čelit obavám o zdraví svých dětí museli rodiče tříletého Adámka a roční Elinky z Hradce Králové hned dvakrát.



„Náš příběh začal narozením Adámka. Po náročném porodu se potýká s hydrocefalem, tj. nadměrným hromaděním mozkomíšního moku v komorách mozkových. Má proto v hlavičce zaveden VP shunt, který nadbytečnou tekutinu odvádí do dutiny břišní. U lékařů jsme s ním v prvních měsících jeho života strávili mnoho času. Začátky byly těžké, ale syn je bojovník a pomalu dohání, co zameškal. Zda bude mít nějaké následky, se ještě neví. Je moc malý, abychom to mohli poznat,“ vypráví jeho maminka Mária. Svou ženu doplňuje pan Miroslav: „A pak se narodila Elinka, porod tentokrát proběhl v pořádku. Jen měla na těle malé skvrny, taková znaménka, s nimiž si lékaři nejprve nevěděli rady. Následná vyšetření ale ukázala, že má vzácné onkologické onemocnění. Jeho ložiska měla v lebce a kostech. Po zkušenostech s Adámkem to pro nás byla velká rána.“ Rodinu lékaři ihned poslali do Fakultní nemocnice v pražském Motole. Elince tak bylo pouhých 6 týdnů, když jí byla podána první chemoterapie.

Onemocnění, kterým Elinka trpí, se nazývá multisystémová histiocytóza z Langerhansových buněk. Projevuje se vznikem ložisek a lézí po celém těle. V České republice je tato histiocytóza ročně diagnostikována asi 10 lidem. „Nyní bude muset naše Elinka docházet na pravidelné kontroly. Nyní, po ukončení léčby, jí pro jistotu lékaři nechali i port, pomocí kterého jí podávali chemoterapii. Nemoc má bohužel tendence se vracet“ říká smutně Mária. První rok musela rodina dodržovat přísné hygienické podmínky. „Vše jsme sterilizovali, nechodili mezi lidi, nejjezdili městskou hromadnou dopravou, jednou denně jsem parním čističem uklízela všechny podlahy. Podávali jsme dceři nízkobakteriální stravu. Nejhorší bylo, když onemocněl Adámek běžnou virózou, která je pro Elinku z důvodu oslabené imunity

velmi ohrožující. Museli jsme ho odvézt k prarodičům, kteří bydlí 200 km daleko. Všechny podmínky se snažíme v menší míře dodržovat i nadále,“ vysvětluje náročnou péči Mária.

S úhradou nákladů rodině pomáhají Dobří andělé prostřednictvím nadace Dobrý anděl a situace je díky nim alespoň o trochu snazší. Nadace má systém pomoci nastavený zasíláním pravidelných finančních darů každý měsíc rodinám, které zasáhla vážná nemoc. Příspěvky, které rodiče Elinky obdrží, plynou na dopravu do 125 kilometrů vzdálené nemocnice, nízkobakteriální stravu, dezinfekci a další potřebné výdaje. „Díky Dobrým andělům máme klidnější spánek a neděsí nás pocit, že přijdeme o střechu nad hlavou, protože máme bydlení na hypotéku. To, že se vám narodí nemocné dítě, nikdo neplánuje. Jakmile se to stane, neprodáte bydlení a nepůjdete do podnájmu. Potřebujete se soustředit na léčbu svého dítěte a dopřát mu co nejkomfortnější zázemí a celkově ty nejlepší podmínky léčby. Nelze slovy vyjádřit, jak moc jsme Dobrým andělům vděční,“ komentuje pomoc Miroslav. Zapojit se do pomoci může kdokoli, stačí se zaregistrovat na stránkách nadace a začít přispívat. Aktuálně pomoc potřebuje v České republice více než 3 600 rodin a konkrétně z Hradecka jich pochází 40. I rodina se rozhodla pomoci při hledání dalších Dobrých andělů, aktuálně ji můžete vidět v reklamních spotech nadace Dobrý anděl na obrazovkách televize Nova.

Nadace Dobrý anděl

Staňte se i vy Dobrým andělem a pomáhejte rodinám, které zasáhla vážná nemoc. Stačí se zaregistrovat na www.dobryandel.cz. Nadace odevzdá vaše příspěvky do posledního haléře potřebným a jako Dobrý anděl vidíte příběhy rodin, kterým pomáháte.

Po operaci chce být každý v pořádku co nejdříve



Lék Wobenzym®

urychluje hojení, výrazně zkracuje dobu léčby
po úrazech a operacích



Informujte se u svého lékaře.
Více na www.wobenzym.cz

Wobenzym - originální tradiční enzymový lék z přírodních zdrojů k vnitřnímu užití. Čtěte pečlivě příbalovou informaci.
www.wobenzym.cz / konzultace s lékařem na tel.: 800 160 000 / MUCOS PHARMA CZ, s.r.o., Uhřetěveská 448, 252 43 Průhonice

HISTORIE

Vzpomínka na tetu Kazi

Za nedlouho uplyne již 100 let od narození první ředitelky
Fakultní nemocnice v Motole MUDr. Věry Kazimourové.



MUDr. Věra Kazimurová se narodila 19. března 1920 ve východočeském Trnově, jako šesté dítě venkovského učitele. Většinu dětství prožila v Provodově, od 10 let navštěvovala gymnázium v Náchodě. Po přestěhování do Hradce Králové tam absolvovala klasické gymnázium. V roce 1938 začala studovat na LF UK v Praze. Po zavření vysokých škol v listopadu 1939 (když se marně snažila pokračovat ve studiu v Bratislavě) absolvovala dvouletou ošetřovatelskou školu v Ječné ulici. V červnu 1942 byla přidělena na infekční oddělení 1. německé kliniky profesora Jahna. Po válce pokračovala ve studiu medicíny, které dokončila v roce 1950. Po promoci nastoupila do nemocnice Na Bulovce na infekční kliniku profesora Procházky. V roce 1951 byla vyslána do Kynžvartu zřídit dětskou léčebnu pro doléčování dětí po černém kašli. Po návratu přešla na dětské oddělení profesora Bertholda Epsteina. Od roku 1954 pracovala jako vedoucí odboru zdravotnictví v Praze 8 a od začátku roku 1955 současně jako ředitelka OÚNZ v Praze 8. V květnu 1959 se stala poslední ředitelkou Dětské fakultní nemocnice v Praze 2 na Karlově, a po jejím přestěhování do Motola byla jmenována první ředitelkou nově vzniklé Fakultní nemocnice v Motole. Z místa ředitelky byla nucena odejít 30. 6. 1980 a poté ještě jako

důchodkyně pracovala jako poradce ministra zdravotnictví. Ve své práci ředitelky dokázala zúročit své vlastní zkušenosti z celého zdravotnického provozu. Přes její pověstnou přísnost a nekompromisnost na ni dlouho pamětníci vzpomínali jako na ředitelku nesmírně spravedlivou, která nikdy nikomu neublížila a v případě nespravedlivého osočování lékaře či jiného zaměstnance stála vždy na jeho straně. Vždy si nesmírně vážila náročné práce sester, ošetřovatelek i pomocného personálu. Měla nesporné zásluhy o vybudování dětské části FN v Motole včetně hospodářského zázemí jako moderního zdravotnického komplexu a také za vznik a rozvoj nových dětských oborů, jako je dětská kardiologie a kardiochirurgie, dětská onkologie, dětská neurochirurgie a další. Zemřela ve své milované nemocnici 12. ledna 2002.

Stáhněte si zdarma elektronickou knihu vzpomínek MUDr. Věry Kazimourové "Vzpomínky tety Kazi".

www.jine-knihy.cz/kniha/vzpominky-tety-kazi



text: Ivan Kazimour | foto: Ivan Kazimour - archiv

Dnešní pohled na refrakční vady aneb jak se zbavit dioptrií a dobře se rozhodnout

Obor očního lékařství ušel za poslední desetiletí ohromný kus cesty a právem se pyšní mnohými úspěchy. Malý příklad - operace šedého zákalu je dnes nejúspěšnějším operačním zákrokem v medicíně vůbec. Díky novým technologiím a technickému pokroku se začaly také řešit dioptrické vady, nutno konstatovat, že úspěšně. Začala éra takzvané refrakční chirurgie neboli provádění operačních zákroků za účelem redukce dioptrií. Tyto stále se vyvíjející metody otevřely jakousi Pandořinu skříňku a vyslaly poselství, že brýle nebo kontaktní čočky možná již nebudou třeba.

Příčiny dioptrických vad

Refrakční vada je stav, kdy se světelné podněty ze vzdáleného předmětu nezobrazí v místě nejostřejšího vidění na sítnici oka. Člověk s dioptrickou vadou vidí okolní předměty neostře nebo rozmazaně. Příčinou dioptrických vad je nepoměr mezi lomivostí oka (hlavně rohovky a čočky) a jeho délkou. Tyto parametry jsou dány geneticky a tímto směrem se nedají zatím ovlivnit. Refrakční anomálie jsou velmi rozšířené. V našich zemích postihují až 20 % populace a v některých zemích je jejich četnost až 60 % (Thajsko, Tchaj-wan). Nejčastější ze všech vad je krátkozrakost.

Druhy dioptrických vad

Krátkozrakost je nejrozšířenější vada podmiňená větší lomivostí rohovky nebo delším předozadním průměrem oka (tzv. dlouhé oko). Krátkozraký člověk vidí špatně do dálky a většinou, hlavně v mládí, dobře do blízka. **Dalekozrakost** je vada podmiňená malou lomivostí rohovky nebo menším předozadním průměrem (tzv. kratší oko). Mladý člověk vidí celkem dobře na blízko i na dálku, protože má dobrou akomodaci (zaostřovací schopnost). Ve středním věku, kdy zaostřovací schopnost klesá, je již zraková ostrost horší a to na obě vzdálenosti. **Astigmatismus** představuje situaci, při které je rozdílné a výrazně zakřivená rohovka ve dvou rovinách (obraz tzv. „šišatého oka“ nebo oka tvaru baseballového míče). **Presbyopie** neboli vetchozrakost má zvláštní postavení mezi dioptrickými vadami. Tento problém představuje totiž přirozený, věkem podmíněný útlum zaostřovací schopnosti oka (aging eye = stárnoucí oko). Problémy začínají již po 40. roce, kdy se postupně horší vidění na blízko respektive čtení (prvním příznakem jsou tzv. dlouhé ruky - oddalování textu od očí).

Korekce dioptrických vad

Aktuálně jsou k dispozici tři možnosti - brýle, kontaktní čočky a refrakční chirurgie.

Brýle - osvědčený a bezpečný standard

Historicky jde o nejstarší, osvědčenou a vlastně nejbezpečnější optickou pomůcku, která je vhodná ke korekci prakticky všech dioptrických vad u všech věkových skupin pacientů. Obliba brýlí je v současnosti velká, stačí se podívat na četnost optik v ulicích. Tato jakási renesance je podmíněna novými technologiemi a vývojem materiálů, jak brýlových čoček, tak obrub. Líbivost brýlí a jejich nekončící a měnící se sortiment se pak odráží i v módních trendech. Výhody brýlí - S brýlemi se dá korigovat prakticky jakákoliv dioptrická vada. Brýle tak umožňují vidět na dálku, střední vzdálenost i na blízko. Můžeme si vybrat jednoduché brýle na čtení nebo na dálku. Ale k dispozici jsou i brýle progresivní respektive s víceohniskovými skly, umožňující vidět na všechny vzdálenosti. Brýlové čočky z plastu patří mezi nejrozšířenější, protože jsou lehké a mají výborné optické vlastnosti. Speciálně upravená skla omezují nepříjemné světelné odrazy a jsou oceňované například u řidičů, rybářů, vojáků atp. Tvrzená skla chrání jejich povrch proti poškození a sluneční brýle chrání oko před slunečním zářením a oslněním. U dětí brýle korigují šilhání a zlepšují vyvíjející se zrakovou ostrost. Nevýhody brýlí a zdravotní komplikace - Větší hmotnost brýlí, zvláště při velmi vysokých dioptriích, může do jisté míry svého nositele obtěžovat. U velkého rozdílu dioptrií mezi oběma očima, brýlová skla již nemusí zkorrigovat tuto diferencí. Obrůčky mohou omezovat i zorné pole pacienta. Vadí to zejména sportovcům apod. U brýlí se nevyskytují žádné zdravotní komplikace. Výjimečně se může vyskytnout alergie na materiál obrůček při jeho kontaktu s kůží. Při úrazu mohou brýle respektive jejich skla někdy poranit obličej.

Kontaktní čočky - populární varianta dioptrické korekce

Kontaktní čočky (KKČ) jsou optickou pomůckou, která je v kontaktu přímo s povrchem oka respektive jeho rohovkou. Díky novým materiálům čoček (silikon hydrogelové neboli měkké kontaktní čočky) jsou dnes KKČ každodenním a bezpečným prostředkem určeným pro korekci téměř všech dioptrických vad. Výhody KKČ - KKČ umožňují lepší prostorové a periferní vidění, protože čočka je v kontaktu s okem a pohybuje se s ním. Čočky jsou také vhodné pro korekci některých dioptrických vad, kde brýle mohou být na obtíž (například vysoká krátkozrakost, velký stranový rozdíl v dioptriích obou očí). Největší popularitu získaly KKČ pro jejich užítí při sportu, ale i pro běžné celodenní nošení. Čočky se uplatňují i při léčbě některých vad nebo nemocí rohovky. Nevýhody KKČ a zdravotní komplikace - Je určité procento populace, kteří z různých důvodů čočky nosit nemohou nebo je nesnesou. Správná aplikace čoček, dodržování hygienických postupů a délky a frekvence nošení jsou důležitou nutností. Při nedodržení doporučeného algoritmu péče mohou i dnes vzniknout problémy s nedostatkem kyslíku v oku, záněty rohovky, rohovkové vředy a někdy velmi vážné stavy ohrožující zrak. Alergické reakce a vznik suchého oka se vyskytují u části nositelů. Z hlediska bezpečnosti jsou optimální jednodenní KKČ - čočky na jedno použití.

Refrakční chirurgie - odraz moderních technologií

Cílem refrakční chirurgie je redukovat nebo úplně zrušit závislost klienta na nošení brýlí nebo kontaktních čočkách. Nové intervenční metody řeší krátkozrakost, dalekozrakost i astigmatismus. Refrakční chirurgie dovede odstranit dioptrie u krátkozrakosti v rozmezí minus dvou dioptrií až do minus deseti dioptrií, u dalekozrakosti v rozmezí plus jedna

dioptrie až plus pět dioptrií a u astigmatismu až do hodnot pět dioptrií. Celkové výsledky jsou obecně dobré a tyto operace prováděné v místním umrtvení patří právem do portfolia oftalmologických operací. Změna dioptrických hodnot oka se provádí dvěma způsoby - laserem změníme zakřivení rohovky nebo se provede zákrok pomocí čočky.

1. Laserové refrakční zákroky na rohovce patří mezi invazivní techniky, které korigují všechny dioptrické vady. Principem zákroku je takzvaná fotoablace, při které laserem měníme zakřivení rohovky a tím počet dioptrií. U krátkozrakosti zasahujeme v centrální části, u dalekozrakosti v periferní části rohovky.

Remodelace rohovky pomocí laserů:

LASIK (nejznámější metoda) - Počítačem řízený femtosekundový laser upraví povrchové vrstvy rohovky a to pod předem vytvořenou úzkou rohovkovou lamelou (laločkou).

PRK neboli fotorefraktivní keratektomie je metodou, která koriguje lehkou a střední krátkozrakost a je vhodná pro atypické druhy rohovky. Fotoablace se provádí po odstranění epitelu laserem (rohovkový lalok se nedělá), v povrchových vrstvách stromatu rohovky (tzv. bezdotyková operace). Nevýhodou je několik týdnů trvající hojení a poměrně větší bolestivost.

Radiální keratotomie - Nářezy v rohovce oploští rohovku a zkorrigují hlavně střední krátkozrakost. Je postupně nahrazována jinými metodami.

Automatická lamelární keratoplastika - metoda vhodná pro dalekozrakost.

Intrakoreální ringy jsou malé kruhovitě implantáty, které se vloží do rohovky a mění její lomivost.

ReLEx SMILE je nová metoda indikovaná pro řešení krátkozrakosti. Malým tunelovým laserovým řezem se z rohovky odstraní takzvaná lentikula (malý útvar v rohovce) a změní se lomivost rohovky. Oproti LASIKU je výhodou malý operační řez a tím šetření nervových struktur a menší pooperační komplikace jako je vznik suchého oka nebo optických fenoménů. Rehabilitace je ale delší a eventuelní reoperace je problém.

Implantace umělé čočky do oka nebo výměna vlastní čočky v oku za umělou U krátkozrakosti zasahujeme v centrální části, u dalekozrakosti v periferní části rohovky. Můžeme využít monofokální umělé čočky, se kterými se dobře vidí na dálku, ale na blízko je nutné nasadit brýle. Multifokální

(bifokální, trifokální) nitrooční umělé čočky umožňují vidět na všechny vzdálenosti včetně na čtení.

Refrakční chirurgie a nitrooční čočky

Vložení umělé nitrooční čočky před vlastní čírou čočku (tzv. fakiické čočky) Výměna vlastní čočky za umělou, nitrooční čočku.

Která metoda je lepší?

Laserové metody remodelující povrch rohovky jsou používanější a hlavně výše zmíněný LASIK je rychlý a šetrný k povrchu oka. Je vhodnější pro nižší dioptrické vady a indikován pro pacienty mezi 20 až 45 lety. ReLEx SMILE je v současnosti považována za nejméně invazivní laserovou metodu a má menší četnost vzniku suchého oka i pooperačních optických aberací. Refrakční chirurgie řešící dioptrické vady pomocí nitroočních čoček dosahuje o něco lepších výsledků, ale je to nitrooční výkon s určitou invazivitou a rizikem. Při vynětí číré vlastní čočky a její výměnou za umělou čočku je nevýhodou ztráta akomodace (zaostřování). Tato metoda je ale vhodnější pro vyšší dioptrické vady a také se uplatňuje pro pacienty starší 45 let.

Zdravotní rizika a komplikace refrakčních zákroků

Jako u všech operačních zákroků v medicíně rizika a komplikace existují a musíme je vzít v úvahu a být o nich také informováni. Pro koho není refrakční chirurgie vhodná? Existují místní i celkové zdravotní situace kdy je riskantní tento zákrok podstoupit. Velká opatrnost je u dětských pacientů, kde ještě není dokončen vývoj oka, to znamená, že indikace nejsou možné před 18. rokem věku. Dále jsou ve hře oční problémy, jako jsou opakované záněty očí, poúrazové změny, velký astigmatismus, různé anomálie rohovky a také celkové onemocnění, například systémové choroby autoimunitního charakteru. Onemocnění rohovky a sítnice, těhotné ženy, glaukom patří mezi další nevhodné indikace. Jaké jsou možné komplikace refrakčního zákroku? Vyskytují se a je nutno s nimi počítat. Refrakční zákrok je nevratný výkon, ale na druhé straně riziko velkého poškození oka je dnes malé. Dobré výsledky převažují nad nestabilitami. Komplikace mohou být včasné, brzy po operaci, ale i pozdní, vyskytující se i několik měsíců nebo let po operaci. Jmenujme některé postihující přímo oko například keratokonus, což je nepříjemné ztenčení a vyklenutí rohovky po operaci. Výskyt světelných

efektů před okem, dvojité vidění, vznik suchého oka, strabismus a další.

Jak se rozhodnout?

Je to na klientovi, který by měl mít předem validní informace. Pokud nechceme nosit brýle ani kontaktní čočky, jsme zdraví, nemáme komplikovanou dioptrickou nebo anatomickou oční vadu, přejeme si mít vysokou kvalitu života a jsme obecně motivováni, směřujeme svůj pohled k refrakční chirurgii. Vývoj zde stále pokračuje a budoucnost je velkou výzvou. Na druhé straně ale vývoj u brýlí a kontaktních čoček také neusnul. A v tom je naše rozhodování vlastně optimální, protože máme k dispozici vícero možností.

U refrakčního zákroku je dobré znát předem některé obecné skutečnosti:

a) Velké pooperační poškození oka je nepravděpodobné a vždy lze situaci nakonec řešit brýlemi nebo kontaktními čočkami. **b)** Po operaci nedosáhneme lepšího zraku, než jsme měli předtím s brýlemi nebo s kontaktní čočkou. **d)** Refrakční operací řešíme především vidění do dálky. Problémem stále zůstává věkem podmíněná presbyopie neboli vetchozrakost (špatné vidění na blízko). Možnostmi řešení tohoto problému mohou za jistých okolností být multifokální (víceohniskové) umělé čočky. **d)** Nižší dioptrické vady je lépe řešit laserovými metodami zásahem na rohovce a vyšší dioptrické vady operační technikou, kdy se vyměňují čočky. **e)** Optimální je řešení, pokud se u pacienta operuje významná katarakta (šedý zákal), která již zhoršuje vidění. Pak operační odstranění zkalené čočky a její výměna za umělou (a s tím spojenou i úpravou dioptrické situace) má své logické opodstatnění a velmi dobré výsledky.

Záludná otázka na závěr

Mnohdy slycháme otázku, proč oční lékaři sami nepodstupují refrakční zákroky? Je to zvláštní, ale skutečně velmi málo oftalmologů se dává takto operovat. Je to asi tím, že my nejsme pacienti, ale lékaři, kteří tyto výkony indikují a provádějí...



text: MUDr. Milan Odehnal, MBA | foto: iStock

SESTRY JAK JE NEZNÁTE

Irena Kroupová



18

SESTRY JAK JE NEZNÁTE

■ Kdy jste se rozhodla, že se stanete sestrou a kdo nebo co Vás přivedlo na tento nápad?

V osmé třídě jsme si mohli podat přihlášku na střední školu a já se tehdy rozhodla stát se zdravotní sestrou. Nevzpomínám si na nikoho konkrétního, kdo by mě na ten nápad přivedl, ráda jsem pomáhala lidem a tak se mi práce sestry zamlouvala.

■ Vzpomínáte si na svůj první den ve FN Motol?

Do Fakultní nemocnice v Motole jsem nastoupila v říjnu roku 1997. Tehdy jsem začínala na Neurologické klinice. Nastupovala jsem po mateřské dovolené, do nového neznámého prostředí, takže určité obavy jsem měla, ale přijal mě skvělý kolektiv. Dokonce dvě sestřičky z bývalého kolektivu dnes pracují na naší klinice.

■ Pracujete na Klinice spondylochirurgie. Proč jste si vybrala právě toto pracoviště a měnila byste za jiný obor?

Už na studiích mě lákaly chirurgické obory, ale osud mě zavedl jinam. Pracovala jsem dříve na LDN v Ostravě, Interní klinice v Krči a zdejší neurologii. Pak se mi naskytla možnost pracovat na spondylochirurgii. Nejdříve na ambulanci a po pár letech mi byla nabídnuta práce staniční sestry na oddělení. Práce mě stále baví a tak bych určitě neměnila.

■ Jaké vlastnosti a předpoklady by podle Vás měl mít člověk, který se rozhodne pro toto povolání?

Aby člověk mohl dělat práci zdravotní sestry, měl by k ní přistupovat s láskou, pokorou, empatií, trpělivostí a kladným vztahem k lidem.

■ Vzpomenete si na nějakého pacienta, který Vás nejvíce potěšil nebo pobavil?

Za ta léta jich byla spousta a doufám, že i nadále bude. Potěší mě každý pacient, který se po operaci postaví brzy na nohy a ať už s podporou pomůcek nebo bez, odchází domů spokojen.

■ Jak relaxujete, co je podle Vás ten nejlepší odpočinek?

Ráda odpočívám při četbě knih, luštění křížovek, sledování filmů. Relaxuji při sportu a procházkách v přírodě.

■ Jaký byl Váš největší dětský sen?

Mým velkým snem bylo podívat se jednou do Spojených států. Ten sen jsem si loni v létě splnila.

■ Máte nějaký zaručený recept na zvládnání stresu?

Myslím, že takový zaručený recept neexistuje. Stres je součástí každodenního života. Já nejlépe vypínám při dlouhých procházkách v přírodě, na čerstvém vzduchu, nebo si jdu zacvičit. Taky mám doma kočičího terapeuta.

■ Kdy jste se naposledy ze srdce zasmála?

Přiznám se, že se moc často nesměji, ale to neznamená, že se každý den nenajde okamžik, který mě rozveselí.

■ Existuje někdo, kdo je pro Vás životní inspirací?

Nějakou konkrétní osobu nemám. Inspirací je život sám.



19



narozena: 8. 1. 1967, v Opavě

vystudovala: Střední zdravotnická škola v Opavě

představa o povolání: pomáhat lidem

nejoblíbenější činnost: procházky v přírodě, sport, četba, luštění křížovek

představa ideální dovolené: hory v každém ročním období

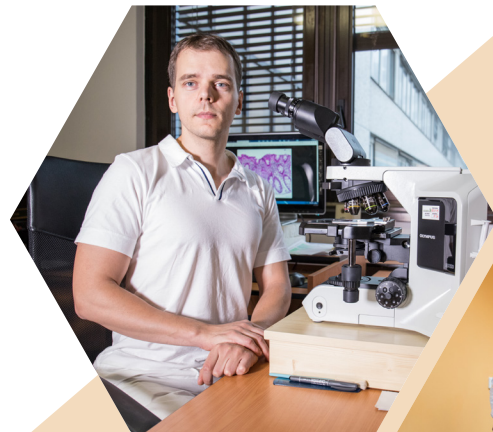
oblíbená kniha/film: severské kriminálky, staré české filmy - především Škola základ života

životní motto/krédo: Nikdy to nevzdávej a věř tomu, co děláš!

text: Irena Kroupová
foto: David Černý

Patologie pomáhá živým

Jen obtížně bychom v medicíně hledali jiný obor, který si v očích laické veřejnosti nese takové stigma z minulosti jako právě patologie. I v dnešní době je totiž mnohými chápána jako obor zabývající se výhradně pitevní problematikou. Pro mnohé je slovo patolog dokonce synonymem pro soudního lékaře. Ve skutečnosti je tento obor soudnímu lékařství na hony vzdálený a samotná pitva tvoří jen malou část rutinní činnosti patologa.

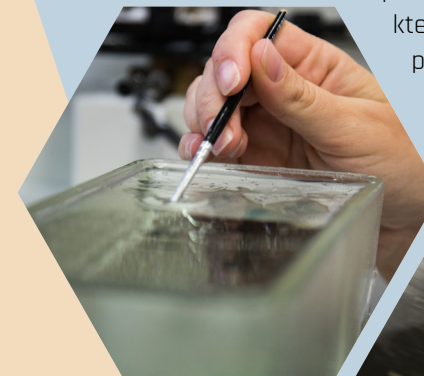


Těžištěm moderní patologie je laboratorní diagnostika nádorových i nenádorových onemocnění ze vzorků tkání pacienta. K tomu patolog využívá metod klasické histologie a v indikovaných případech i metod sofistikovanějších. Mezi ně patří například imunohistochemie. Ta slouží ke znázornění konkrétních bílkovin na povrchu i uvnitř buňky. K tomu využívá značených protilátek, které jsou zacíleny právě na dané konkrétní bílkoviny. Tímto způsobem je možné rozlišit tkáň či nádory, které by v základním barvení jinak vypadaly zcela identicky. Další metodou využívanou v patologii je elektronová mikroskopie. Jde o detailní formu mikroskopie, při které lze pomocí proudu elektronů znázornit mnohem detailnější struktury buněk a tkání než při standardní světelné mikroskopii. Lze jí tak využít ke znázornění jednotlivých buněčných organel nebo i jejich částí. Podstatnou část činnosti oddělení patologie pak tvoří široké spektrum molekulárně-genetických metod, které lze využít například k průkazu genetických

mutací, specifických pro různé typy nádorů. Za zmínku stojí i metoda průtokové cytometrie. V této metodě je vzorek tkáně či tělesná tekutina (například krev nebo mozkomíšní mok) "protečena" přístrojem, který je schopný rozlišit různé typy buněk na základě jejich velikosti, tvaru či složení povrchových bílkovin. Patologie je tak "živým" oborem, zabývajícím se diagnostikou nemocí živých pacientů. Má tak bezprostřední vliv i na následný terapeutický postup. V některých případech patologie slouží i k monitoringu dosavadní léčby nebo má prediktivní význam stran dalšího průběhu onemocnění. V některých případech se metod patologie využívá i k indikaci cílené terapie. Je to právě rozsah a rozmanitost, ve které spočívá náročnost i krása patologie jako oboru. Ačkoliv je určitá míra subspecializace v patologii nezbytná, zejména na větších pracovištích fakultního charakteru, zůstává i zde většina patologů v kontaktu se širokým spektrem diagnóz ze všech odvětví medicíny. Patologie je tak díky tomu místem, kde je lékař nucen neustále uvažovat v širších souvislostech. Vnímání pacienta jako jeden komplexní celek je totiž aspekt, který má v moderní medicíně tendenci se vytrácet. Rozmanitost oboru zároveň poskytuje široký prostor pro vědecké bádání. Není proto s podivem, že podstatnou částí činnosti Ústavu patologie a molekulární medicíny 2. LF UK a FN Motol tvoří právě výzkumná činnost. Mezi hlavní domény motolské patologie patří hematopatologie, zejména onemocnění lymfatic-

kého systému. Ústav zde kromě standardní biop-
tické diagnostiky poskytuje i konzultační služby
jiným pracovištím v republice a ve spolupráci s kli-
nikami FN Motol se podílí na řadě výzkumných
projektů. Již od poloviny devadesátých let se
datuje založení tzv. lymfomové skupiny, jejímiž
současnými členy jsou profesor MUDr. Kodet, MUDr.
Campr, MUDr. Soukup a MUDr. Prouzová. Další stě-
žejní oblast představuje diagnostika nádorů dět-
ského věku pod vedením profesora MUDr. Kodeta a
primářky MUDr. Novákové Kodetové. Ústav je také
díky osobě profesora MUDr. Zámečnicka centrem
diagnostiky chorob nervové a svalové tkáně, a to
zejména nádorů centrálního nervového systému,
farmakorezistentních epilepsií a neuromuskulár-
ních onemocnění.

Tato činnost by však byla nemožná bez př-
spěvku dalších specializovaných laboratoří,
které tvoří nedílnou součást motolské
patologie. Laboratoř molekulární
patologie (zkráceně LAMPA) pod
vedením RNDr. Kalinové poskytuje



služby v podobě širokého spektra
molekulárně-genetických vyšetření.
Neméně důležité jsou i laboratoře
průtokové cytometrie a in situ hyb-
ridizace v čele s RNDr. Mandákovou a
RNDr. a Mrhalovou. Práce patologa je pak
v dnešní době nemyslitelná bez prakticky denního
příspěvku imunohistochemické laboratoře, tohoto
času pod vedením Bc. Obešlové.
Nicméně, výzkumná činnost na Ústavu patologie
FN Motol byla v posledních letech rozšířena o
řadu dalších oblastí, na kterých se podílejí zdejší
postgraduální studenti. Je to zejména výzkum
v oblasti patologie urogenitálního systému, které
se věnuje MUDr. Háček, a gastrointestinální patolo-
gie, kterou se zabývá MUDr. Fabián. Doktor Fabián

je zapojen i do řady projektů z oblasti dětské a
dospělé kardiokirurgie.

Dětská zánětlivá střevní onemocnění – úloha patologa nekončí diagnózou

Vlajkovou lodí výzkumu v oblasti dětské gast-
rointestinální patologie jsou zánětlivá střevní
onemocnění (IBD). Jde o skupinu systémových
onemocnění postihující převážně zažívací trakt,
mezi které řadíme Crohnovu chorobu a ulcerózní
kolitidu. V případě, že IBD nelze blíže specifikovat,
mluvíme o tzv. neklasifikované IBD. Ačkoliv dnes
máme rámcovou představu o patogenezi IBD,
vlastní příčina jejího vzniku zůstává neznámá. Nic-
méně, výzkum v oblasti IBD ubíhá mílovými kroky
a nové poznatky jsou publikovány takřka neustále.
V pravidelných intervalech jsou popisovány nové
podtypy IBD, mnohdy vykazující atypickou klinic-
kou prezentaci i morfologii. Tyto poznatky sice
vedou ke zkvalitnění péče o pacienta, zároveň
však kladou nemalé nároky na všechny lékaře
zúčastněné v diagnostickém procesu, pathology
nevyjímaje. Moderní diagnostika IBD je dnes mul-
tidisciplinární proces. Finální diagnóza je pokaždé
syntézou klinického nálezu, laboratorních výsledků,
nálezu na zobrazovacích metodách, endoskopické-
ho obrazu a v neposlední řadě i mikroskopického
vyšetření. Zhodnocení biopstických vzorků patolo-
gem hraje v diagnostice IBD nezastupitelnou roli.
Nejasný je však přínos biopsií v rámci kontrolních
endoskopických vyšetření. Pacient má v té době
obvykle již stanovenou diagnózu a cílem endo-
skopie je tak hlavně posouzení aktuální intenzity
zánětu. Dětský gastroenterologové tým získávají
důležité informace o úspěšnosti dosavadní tera-
pie. Doposud se zdá, že pro validní zhodnocení
intenzity zánětu je mnohem více vypovídající
endoskopický nálezn nežli nálezn mikroskopický. A
právě tomuto tématu se posledních několik let
věnuje MUDr. Fabián v úzké spolupráci s kolegy z
gastroenterologické pracovní skupiny Pediatrické
kliniky 2. LF UK a FN Motol. Jsou jimi docent MUDr.
Bronský, docent MUDr. Hradský a jejich mladší
kolegyně MUDr. Lerchová, MUDr. Potužníková a
MUDr. Zárubová. Jejich cílem je nalézt nové mik-
roskopické znaky, které by zpřesnily hodnocení
intenzity zánětu. Mikroskopie by tak mohla před-
stavovat přidanou hodnotu k endoskopickému
vyšetření a případně se i spolupodílet na odhadu
dalšího průběhu onemocnění. Skupina se součas-
ně snaží i o zlepšení mikroskopické diagnostiky

IBD, protože určité malé procento dětí s IBD i v dnešní době zůstává blíže neklasifikováno. V tomto ohledu stojí za zmínku například recentní projekt s CD30 lymfocyty. CD30+ lymfocyty jsou podskupinou bílých krvinek, které na svém povrchu nesou bílkovinu s generickým označením CD30. Tyto lymfocyty hrají u pacientů s IBD roli v rozvoji zánětu ve střevní sliznici. Studie skupiny kolem MUDr. Fabiána prokázala, že děti s ulcerózní kolitidou mají mnohonásobně vyšší počty CD30+ lymfocytů ve střevní sliznici v porovnání s dětmi trpící Crohnovou chorobou. Stanovení jejich hladiny by tak v budoucnu mohlo zpřesnit diagnostiku IBD. CD30+ lymfocyty by mohly sloužit dokonce i jako terapeutický cíl v podobě cílené anti-CD30 biologické terapie, která je v současné době ve fázi výzkumu. Pracovní skupina své výsledky pravidelně prezentuje na vnitrostátních i mezinárodních kongresech. Její členové mají vazby na řadu mezinárodních organizací, zabývajících se problematikou dětské gastroenterologie či gastrointestinální patologie, jako například The European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN), European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) či The European Society of Pathology (ESP). V budoucnu je tak možné očekávat i případnou spolupráci na mezinárodní úrovni.

I karcinomy mohou mít vlastní kmenové buňky

V posledních letech se hlásí o slovo i výzkum nádorů urogenitálního systému. Karcinom močového měchýře totiž představuje jedno z nejčastějších zhoubných nádorových onemocnění dospělého věku (celosvětově se drží na pátém místě), které se navíc vyznačuje sklonem k úporným recidivám. Díky tomu se jeho léčba stala nákladnou a karcinom močového měchýře je dnes jednou z nejdražších onkologických diagnóz. Jako logická se tak jeví snaha lékařů nalézt pomocné znaky, které by mohly zpřesnit odhad jeho chování nebo dokonce předejít jeho vzniku. V současné době prognózu nádoru ovlivňuje především jeho rozsah a pak také mikroskopický vzhled. Nicméně, karcinom močového měchýře je z mikroskopického pohledu značně roz-

manitý nádor a odhadnout jeho biologické chování tak může být v řadě případů náročné. Příslibem do budoucna by se mohly stát nádorové kmenové buňky. Výzkum v oblasti kmenových buněk je horkým tématem posledních let v řadě odvětví medicíny a uropatologie není výjimkou. Kmenová buňka má totiž řadu unikátních vlastností, a to zejména prakticky neomezenou schopnost dělení a sebeobnovy. V posledních letech se ukazuje, že i karcinomy močového měchýře mohou obsahovat vlastní nádorové kmenové buňky s podobnými schopnostmi. Proto se MUDr. Háček spolu s kolegy z Urologické kliniky FN Motol rozhodli zaměřit na metody jejich detekce. Jejich přítomnost a množství by totiž mohly ovlivňovat rychlost růstu a agresivitu nádoru. Průkaz kmenových buněk v karcinomech močového měchýře by tak v budoucnu mohl představovat důležitý doplněk diagnostiky a mít dopad i na následný terapeutický postup.

Zájem mají i studenti medicíny

Nedílnou součástí motolské patologie jsou i pregraduální studenti se zájmem o obor. Až do nedávné doby zde působila studentka medicíny, nyní již čerstvá lékařka Mária Stratilová, která se spolu s MUDr. Koblížkem zabývá studiem mozkových aneurysmat. Její výzkum probíhá v úzké spolupráci s Neurochirurgickou klinikou Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem i dalšími klinikami v republice. Dále je zapotřebí zmínit studenta Igora Odintsova a jeho výzkum molekulárně-genetických změn u maligních nádorů kosterní svaloviny. Oba studenti byli za svoje výzkumné aktivity v nedávné době oceněni na Vědecké konferenci 2. Lékařské fakulty.

V patologii stereotyp nehrozí

Činnost patologa je rozmanitá a každý den přináší nové výzvy v biotické diagnostice i v oblasti výzkumu. Díky tomu se zde setkávají lékaři oddaní svému oboru, což je nezbytným předpokladem kvalitně odvedené práce. Protože i patologie má ve výsledku jeden jediný cíl, kterým je správně diagnostikovaný, adekvátně léčený a ve výsledku spokojený pacient.

text: MUDr. Ondřej Fabián
foto: David Černý

Novoroční předsevzetí

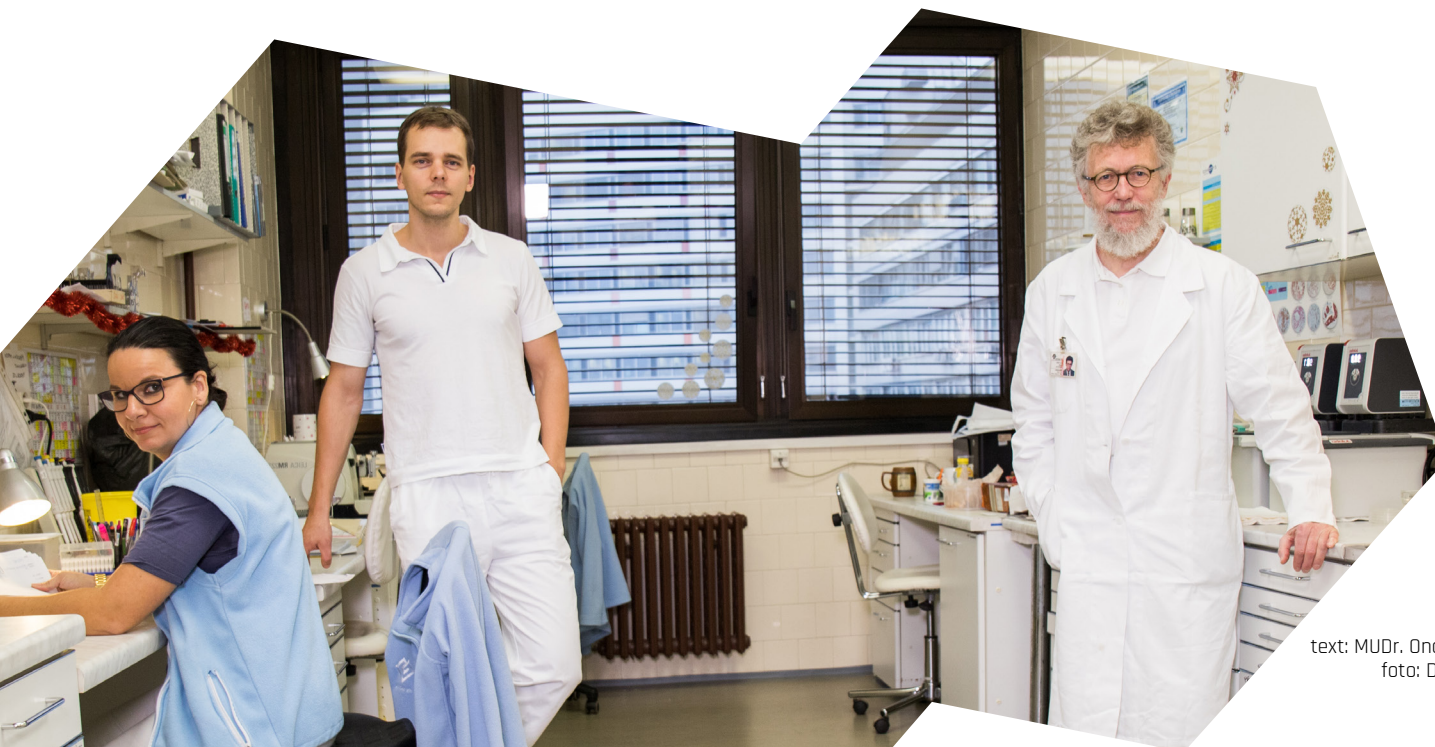


Přestanu kouřit! Kdyby to bylo tak jednoduché, určitě by si toto předsevzetí dalo mnoho kuřáků, možná všichni a byli by spokojení, jak se jim daří ho plnit.

Ale, bohužel, kouření není zlovyk nebo nešvar, je to nemoc a jako chřipka či podrážděný žlučník chtějí svou péči, i na léčbu závislosti na tabáku se musíme připravit, abychom nad nemocí definitivně zvítězili. I když máte za sebou opakované neúspěchy, uvědomte si, že každý neúspěch je vlastně posilou do nového začátku léčby. Už víte, kdy nejsnadněji selžete, bývá to většinou společnost dalších kuřáků, oslava s alkoholem, nebo naopak období stresu. Proto neplánujte léčbu závislosti v těchto momentech, zároveň si ale uvědomte, že se do budoucna musíte naučit stres či naopak společenské akce bez cigarety zvládat. Je tedy nutné vhodné načasování a zvolení náhradní činnosti - co vám nahradí cigaretu při jízdě autem, při setkání s přáteli, ve chvílích relaxace. Najděte si vhodnou činnost a provádějte ji při nutkové chuti na cigaretu nebo v typicky kuřáckých situacích - posilovací kroužky na prsty, luštění křížovky, antistresové míčky. Kouření je nemoc, je to závislost vašeho mozku na nikotinu, je jedna, zda pochází z klasické cigarety, dýmky či doutníku, z elektronické cigarety či zahřívání tabáku. Mozek si na nikotin zvykl a trestá vás abstinenci příznaky - podrážděností, neschopností se soustředit, změnami nálad, chutí k jídlu - když svou drogu nedostane. Abstinenci příznaky trvají v různé intenzitě od 4 do 10 týdnů. Že to nezvládnete? Zkusili jste se ale zamyslet nad

tím, že cigareta je jediné spotřební zboží prodejně volně na trhu, které škodí svému uživateli? Není jediná oblast medicíny, která by kuřáctvím nebyla zasažena - např. cigareta zvyšuje krevní tlak, zužuje cévy, dráždí dýchací cesty. Cigareta však škodí nejen kuřákům, ale i lidem v jejich okolí, kteří vdechují cigaretový kouř. Ti pak mohou onemocnět stejně, jako kuřáci. I domácím mazlíčkům pobyt v zakouřených prostorách zkracuje život. Pokud chcete, aby váš letošní pokus byl konečně tím úspěšným, objednejte se do Centra pro závislé na tabáku. Pomůžeme vám překonat psychickou závislost na nikotinu, najít pro vás vhodnou náhradní činnost, ale hlavně vám doporučíme léky, které si poradí s vaší fyzickou závislostí a odvykání pro vás bude výrazně snadnější. Ať již to budou tablety či náhradní nikotinová terapie, vaše šance přestat kouřit se výrazně zvýší. Neplánujte přestat kouřit, přestaňte a my vám rádi pomůžeme - Centrum pro závislé na tabáku, FN Motol.

text: MUDr. Soňa Csemyová
foto: iStock



Po operaci chce být každý v pořádku co nejdříve



Lék Wobenzym®
urychluje hojení, výrazně zkracuje dobu léčby po úrazech a operacích



Informujte se u svého lékaře.
Více na www.wobenzym.cz

Wobenzym - originální tradiční enzymový lék z přírodních zdrojů k vnitřnímu užití. Čtěte pečlivě příbalovou informaci.
www.wobenzym.cz / konzultace s lékařem na tel.: 800 160 000 / MUCOS PHARMA CZ, s.r.o., Uhřetěveská 448, 252 43 Průhonice

MOTOLSKÉ DĚNÍ

Dětská proktologie pro praxi - Prof. MUDr. Richard Škába, CSc.

Monografie "Dětská proktologie pro praxi", by měla přinést čtenářům informaci o vrozených i získaných onemocněních tlustého střeva, konečníku a řiti v dětském věku, jejich etiologii, diagnostice a léčbě. Kniha je určena hlavně pediatrům, gastroenterologům a chirurgům dospělého i dětského věku, kteří se mohou setkat ve své praxi s tímto spektrem vrozených i získaných onemocnění distálního úseku střeva, jakož i všem, které tato problematika osloví.

Publikace se zabývá diagnostikou a léčbou nejčastějších vrozených a získaných onemocnění řiti, konečníku a tlustého střeva u dětí. Je rozdělena do pěti částí, zahrnujících embryologii, anatomii a fyziologii tlustého střeva a anorekta, vrozené vady a získaná onemocnění této oblasti střeva, vyšetřovací algoritmy, kolemoperační, následnou a interdisciplinární péči o tyto pacienty. Část týkající se vrozených vad obsahuje kapitoly: Hirschsprungova choroba, anorektální malformace, extrofie kloaky, atřezie tlustého střeva, duplikatury anorekta, sakrokocygeální teratom, Currarinův syndrom vrozené cévní malformace rekta, fistula-in-ano kostrčový důlek.

V části získaných onemocnění jsou probrány kapitoly: Trhlina řitní, prolaps řitní, hemoroidy, perianální kožní afekce, sinus pilonidalis, idiopatické střevní záněty, nádory tlustého střeva, kolorektální poranění, chronická zácpa, inkontinence stolice a krvácení z konečníku. Část vyšetřovacích algoritmů zahrnuje: Specifické anamnestické údaje a fyzikální vyšetření pacientů, onemocnění řiti, konečníku a tlustého střeva, prenatální diagnostiku a zobrazovací metody, anorektální manometrii, endoskopická vyšetření a biopsická vyšetření u poruch motility tlustého střeva. Část kolemoperační, následné a interdisciplinární péče je věnována: Předoperační přípravě a anestézii v dětské proktologii, péči o stomie, gynekologické a urologické péči u vrozených vad anorekta a následné péči o tyto pacienty v dospělosti, problematice umělého řitního svěrače, možnosti fyzioterapie a rehabilitace v dětské proktologii a indikacím k lázeňské léčbě.

Autoři publikace jsou převážně lékaři klinik a ústavů FN Motol a 2. LF UK.



1 Dar od České pošty

Nadace Česká pošta předala Nadačnímu fondu N na Novorozeneckém oddělení FN Motol věcné dary a to polohovací pomůcky pro nedonošená miminka, pomůcky pro maminky i personál a záchranné batohy.



2 Novorozeneční děti bude hlídat 25 nových monitorů dechu

Nadace Křížovatka dnes předala 25 monitorů dechu v celkové hodnotě 50.000,- Kč na Novorozeneckém oddělení FN Motol. Přístroje byly zakoupeny z finančního daru, který poskytly společnosti FERONA, GreenSwan Pharmaceuticals, PRO.MED.CS a 3 monitory financoval Středočeský kraj.



3 Vánoční koncert motolského sboru A(cor)d

Vánoční koncert byl tentokrát umístěn do prostor před Velkou posluchárnu, nejen pro svoji akustiku ale také, aby bylo zpěvákům a muzikantům teplo. Tradičně zazněly vánoční písně a koledy a také Česká mše vánoční J. J. Ryby. Hostem byl pěvecký sbor Ambazúra. Vše pod taktovkou Josefa Popelky ml.



4 Tisková konference - eNeschopenka

Hned 2. 1. 2020 se konala ve FN Motol tisková konference ke spuštění projektu eNeschopenky, kterou pořádalo Ministerstvo práce a sociálních věcí v čele s ministryní Janou Maláčovou a Česká správa sociálního zabezpečení s ústředním ředitelem Františkem Boháčkem.

Z Ameriky až do Česka. Příběh prvního Domu Ronalda McDonalda začal před více než 40 lety.

Ve více než 60 zemích a regionech světa provozuje téměř 400 domů pro rodiče dlouhodobě hospitalizovaných dětí a každým rokem přibývají další. Řeč je o celosvětové síti charitativních organizací Ronald McDonald House Charities (RMHC). Letos má tuzemský nadační fond Dům Ronalda McDonalda začít se stavbou prvního takového domu i v České republice.

■ Kde se vzal první dům na světě?

Příběh prvního domu Ronalda McDonalda se začal psát v sedmdesátých letech minulého století. V americké Filadelfii tehdy dostala doktorka Audrey Evans za úkol vybudovat onkologické centrum v tamní dětské nemocnici. Jakmile centrum otevřeli, začali ho využívat i rodiny z větší dálky, než byla Filadelfie. Jenže ty se neměly kde ubytovat. Doktorka Evans měla za cíl rodiny udržet pohromadě, a proto začala shánět dům poblíž nemocnice, kde by rodiče vážně nemocných dětí mohli přespávat. Ve stejné době tehdy uspořádali hráči filadelfského fotbalového klubu Eagles sbírku na děti postižené leukémií. Dcera Freda Hilla, jednoho z hráčů klubu, totiž trpěla touto zákeřnou chorobou. Vybralo se úctyhodných 100 000 dolarů. Jenže ani tak velká suma doktorku Evans nezaskočila. Když peníze od týmu přebírala, zmínila se o tom, že by potřebovala ještě dalších 32 000 dolarů na zakoupení domu pro rodiče nemocných dětí. McDonald's tenkrát využíval fotbalové hráče Eagles jako nosiče reklamy na mléčný koktejl. Oblastní manažer společnosti McDonald's Ed Rensy souhlasil s tím, že daruje část tržby z prodeje koktejlů výměnou za to, když dům ponese

jméno Ronalda McDonalda. Obě strany se dohodly a 15. října 1974 byl otevřen vůbec první dům pro rodiče nemocných dětí. „Na začátku jsme se hlavně snažili přijít na to, jak pro děti s rakovinou učinit život snesitelnější. Z počátku to byl jen obyčejný dům, kde rodiče mohli přespát a nasnídat se. Jak ale projekt rostl, pozornost se přesunula na péči zaměřenou na celé rodiny. Zrození Domu Ronalda McDonalda dalo celkové péči o děti s jakoukoliv závažnou chorobou nový rozměr,“ vzpomíná doktorka Audrey Evans. Následovaly další domy a také expanze do zahraničí. První Dům Ronalda McDonalda mimo území USA byl otevřen v roce 1981 v kanadském Torontu. O deset let později už těchto domů stálo po světě rovných 150, nyní jich už funguje 368.

■ Česká cesta za vysněným domem

V České republice byl nadační fond Dům Ronalda McDonalda (DRMcD) založen v roce 2002. Od té doby soustřeďuje finanční prostředky na podporu rodin dlouhodobě hospitalizovaných dětí. Nadační fond již více než 15 let spolupracuje s Fakultní nemocnicí v Motole. Po celou dobu proplácí ubytování rodičům nemocných dětí v místní ubytovně. Finanční

podpora je určena rodičům, kterým pobyt nehradí zdravotní pojišťovna. Nadační fond proplácí náklady za ubytování prvního doprovodu a hradí 50 % nákladů na ubytování dalšího doprovodu dětí, jejichž hospitalizace je delší než 14 dní v daném roce. Charitativní činnost nadačního fondu proplácením ubytování však nekončí. Na podzim roku 2018 nadační fond DRMcD vybavil motolskou nemocnici novými postelemi, kvalitními matracemi a nočními stolky v celkové hodnotě přesahující 500 tisíc korun. Rodiče, kteří kvůli nemoci svého dítěte prochází náročným a stresujícím obdobím, se tak mohou kvalitně vyspat. V minulosti se DRMcD soustředil také na projekty v krajích. Konkrétně se jednalo o rekonstrukci dvou pokojů pro rodiče malých pacientů na dětském oddělení nemocnice ve Frýdku-Místku, přestavbu pokojů pro předčasně narozené děti a jejich maminky v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně a dva nové pokoje na novorozeneckém oddělení nemocnice v České Lípě.

„Naším společným posláním je pomáhat rodinám dětí se závažným dlouhodobým onemocněním. Nejlepším způsobem, jak zvládat tuto obtížnou situaci, je možnost být pohromadě po celou dobu nemoci, tedy i v době

dlouhodobé hospitalizace dítěte,“ říká Ivana Pešatová, ředitelka nadačního fondu Dům Ronalda McDonalda. Právě z tohoto důvodu si nadační fond vytýčil jako hlavní cíl výstavbu prvního domu pro rodiny vážně nemocných dětí v Česku.

■ Kolaudace v roce 2021

Stavba prvního Domu Ronalda McDonalda v Česku by měla začít na podzim roku 2020, oficiální otevření budovy se předpokládá před koncem roku 2021. Nebude se jednat o žádnou ubytovnu, ale doslova o náhradní domov. Rodiny se zde budou moci setkávat ve velké společné kuchyni s jídelnou nebo v obývacím prostoru, nebude chybět ani pracovna, prádelna či sušárna. Kapacita domu, který bude stát přímo v areálu Fakultní nemocnice v Motole v těsné blízkosti dětského oddělení, by měla být 21 pokojů. Každá rodina bude mít nárok na jeden pokoj. Dům bude postaven podle celosvětových Ronald McDonald Charity standardů, které splňují požadavky rodičů vycházející z jejich skutečných potřeb. „Motolskou nemocnici jsme si vybrali hned z několika důvodů. Tím hlavním je ovšem fakt, že se jedná o největší zdravotnické zařízení v Česku, kam se sjíždí rodiny z celého Česka a je zde rovněž největší onkologické a hemato-

logické centrum pro děti,“ uvádí Ivana Pešatová z DRMcD.

Charitativní sbírka na dům pro rodiče dlouhodobě nemocných dětí pořád trvá. Celková odhadovaná částka stavby se vyšplhala na necelých 70 milionů korun. K této finální částce se fond pomalu ale jistě blíží, chybí vysbírat zhruba ještě 15 milionů korun. „Na stavbu domu už šetříme dlouho, nebýt příspěvků široké veřejnosti, která přispívá například do kasiček v restauracích McDonald's, pravděpodobně bychom se do tohoto stádia nikdy nedostali. Další prostředky budeme potřebovat také na provoz samotného Domu Ronalda McDonalda,“ dodává Ivana Pešatová. Veřejnost může finančně přispět mnoha způsoby. Online přes stránky darujme.cz, díky sbírkovým kasičkám v restauracích McDonald's, nákupem charitativních předmětů, nebo zasláním jakékoliv částky na sbírkový účet nadačního fondu 2700 2700 00/2700.

text/ foto: Nadační fond DRMcD

Sdílený lékový záznam

Jak vyplývá již z názvu, je sdílený lékový záznam v podstatě seznamem předepsaných, případně vydaných léčivých přípravků konkrétnímu pacientovi. Jeho vytvoření bylo umožněno přechodem receptů z listinné formy na formu elektronickou. V dnešní době jsou již téměř všechny recepty vystavovány v elektronické formě.



Lékaři i pacienti si na novou formu receptů zvykli a oceňují především rozšíření možností způsobu komunikace pacienta se svým ošetřujícím lékařem, pacienti pak vedle toho i možnost nechat si, zejména při chronické medikaci, předepsat léky na recept bez nutnosti návštěvy lékaře. Údaje ze všech předepsaných receptů jsou uloženy v elektronickém úložišti, které je umístěno ve Státním ústavu pro kontrolu léčiv. Jsou zabezpečeny proti zneužití. Za zákonem přísně stanovených podmínek je možné uložené údaje o farmakoterapii využít pro zvýšení efektivity a bezpečnosti léčby konkrétního pacienta. A právě k tomu dochází zavedením sdíleného lékového záznamu, který je tak dalším logickým krokem v elektronizaci zdravotnictví v České republice. Lékaři mají v současné době přehled pouze o těch léčivých přípravcích, které sami předepsali, farmaceuti pak vycházejí z informací, které jsou jim přístupné z předložených receptů. V praxi může docházet k tomu, že pacientům mohou být, právě z důvodu nedostupnosti relevantních informací, současně předepsány léčivé přípravky se stejnou účinnou látkou nebo jim mohou být předepsány nevhodné kombinace léčiv. Důsledkem pak může být snížení účinku léčby, zvýšení četnosti nežádoucích účinků, v extrémních případech pak i negativní ovlivnění zdravotního stavu pacienta. Sdílený lékový záznam významným způsobem snižuje nebezpečí výskytu výše popsaných situací a tím zvyšuje bezpečnost pacienta. Ošetřující lékař bude mít nově díky sdílenému lékovému záznamu

mu přehled nejen o všech předepsaných léčivech, ale také o léčivech, která si pacient v lékárně skutečně vyzvedl. Kontrola lékového záznamu farmaceutem v lékárně pak představuje další bezpečnostní pojistku – lékárník zhodnotí údaje obsažené v lékovém záznamu a stejně jako dosud pacienta informuje o všech dalších skutečnostech týkajících se jemu předepsaných léčiv, jako je způsob užití, vhodná doba užití, nevhodnost současného užití léčiva s určitými druhy potravin apod. Zároveň ale bude moci např. odhalit i nežádoucí interakce s léčivem, které si pacient vyzvedl jindy, v jiné lékárně a dlouhodobě je užívá. Sdílený lékový záznam je založen na tzv. principu opt-out, který má zajistit automatickou účast téměř všech pacientů v České republice. Není vyžadován souhlas pacienta s nahlížením lékaře či farmaceuta do jeho lékového záznamu. Pokud si pacient nepřeje, aby údaje o jemu předepsaných a vydaných léčivých přípravcích byly přístupné ošetřujícím lékařům a vydávajícím lékárníkům, může požádat Státní ústav pro kontrolu léčiv o to, aby tato data sdílena nebyla, nebo bude moci využít možnost určit pouze konkrétní poskytovatele, se kterými bude chtít sdílet data. Je možné kdykoliv opětovně projevit souhlas, tedy svůj nesouhlas odvolat.

Rodiče mají také právo projevit nesouhlas s nahlížením lékaře a lékárníka do sdíleného záznamu jejich dětí. Od 1. června 2020, pokud pacient nevysloví aktivně nesouhlas, budou údaje z lékového záznamu přístupné ošetřujícím lékařům, klinickým farmaceu-

tům a vydávajícím lékárníkům. **Nahlízet do lékového záznamu pacienta smí jen lékař, se kterým již pacient přišel do kontaktu, například již mu alespoň jednou předepsal lék a pacient si jej vyzvedl. Lékárník a klinický farmaceut může do lékového záznamu nahlédnout pouze při kontaktu s pacientem při výdeji léku v lékárně nebo při poskytování konzultace.** Pacient bude mít možnost si ověřit, kdo do jeho lékového záznamu nahlížel. Využití sdíleného záznamu je na začátku a do budoucna by mělo dojít k jeho rozvoji a rozšíření. V aktuální podobě není záznam úplný, neboť v něm nejsou obsaženy údaje o léčivech, které pacienti dostávají při poskytování zdravotní péče v nemocnici, popřípadě ve specializovaných centrech. Právě v těchto centrech se však léčí pacienti se závažnými diagnózami a úplnost lékového záznamu je pro efektivitu a bezpečnost jejich léčby zásadní. V současné podobě lékového záznamu také nejsou léky, které si pacient kupuje sám. Lékový záznam tak nenahrazuje a ani nahradit nemůže osobní kontakt pacienta s lékařem a lékárníkem. Zpřístupněním důležitých informací ho však může výrazně zkvalitnit. Sdílený lékový záznam, kontrola duplicitního předepisování léků a kontrola interakcí by tedy měla přinést nejenom vyšší míru bezpečí pro pacienta, přehled a kontrolu nad užívanými léky, ale v neposlední řadě bude mít efekt i na snížení nákladů na preskripci jako takovou. Jak bude vypadat využití lékového záznamu v praxi, ukáže praxe. Lékaři i lékárníci mají při kontaktu s pacientem povinnost zohlednit veškeré dostupné informace, které se vztahují k léčbě pacienta. Vyhodnocení údajů z lékového záznamu si vyžádá určitý čas. Může tedy docházet k prodloužení doby, kterou pacient v ordinaci lékaře a v lékárně stráví. Je to však čas efektivně věnovaný zkvalitnění péče a zvýšení bezpečnosti péče o pacienta.



text: PharmDr. Alena Tomášková
foto: David Černý

Dětská obezita je nemoc



V současné době jsme zasaženi pandemií obezity. Obezita se netýká pouze dospělých, ale zasahuje již ty nejmenší děti, batolata a dokonce i kojence. Za posledních 30 let došlo k překotnému nárůstu nadváhy a běžná obezita se stala závažným zdravotním problémem. Obezita je chronické civilizační onemocnění, které je od závažného stupně nevyléčitelné.

Jako jediná z civilizačních onemocnění je vidět na první pohled. Nadváha se schová za tričko, ale v plavkách ji odhalí každý. Svědčí o tom, že v rámci civilizačního vývoje jedinec selhal ve svém životním stylu. Obezitu nikdo za žádné tričko neschová a je vidět i z dálky. Při současném vědeckém poznání, znalostech prevence a léčby lze dětskou obezitu vnímat jako selhání systémů, nadváhu jako selhání životního stylu rodiny, nezávažnou obezitu jako selhání vzdělávání, závažnou obezitu jako selhání zdravotního systému a extrémní obezitu jako selhání celé společnosti. Krize dětské obezity se stala celosvětovým problémem, trpí jí více než 42 milionů dětí mladších pěti let. V Evropské unii žije přes 3 miliony obézních dětí a u 400 tisíc je každý rok obezita nově diagnostikována. Za čtvrtstoletí epidemie obezity v Česku došlo ke dvojnásobné-

mu nárůstu nadváhy v celé populaci a u dětí ke zpětinásobení počtu obézních. Nadváhou v dětství trpí každé čtvrté dítě, obezitou každé sedmé a extrémní obezitou čtyři děti ze sta. Nejrozšířenější běžná obezita je charakterizována pozvolným nástupem a k jejímu rozvoji musí být splněna podmínka obezitogenního genomu a neadekvátně zvýšeného příjmu potravy vůči energetickému výdeji v obezitogenním prostředí. Běžná obezita se rozvíjí v komunitách, kde dochází k vysokému příjmu potravy nezávisle od její produkce. Jinými slovy - dříve se pracovalo hodně a poté někdy jedlo. Nyní se nejdříve hodně jí a poté někdy pracuje. Dochází k odpojení vzdělávání od pohybu - dříve se učily děti při pohybu, nyní si k učení musí sednout. V ČR je okolo 154 tisíc dětí do šestnácti let s běžnou obezitou, z toho 85 tisíc dětí s komplexními metabolickými změnami se

ztkovatěním jater a 34 tisíc s monstrosní obezitou, kdy nadměrné ukládání tuku již poškozuje všechny orgány. Ze 7 % dětí s nadváhou v kojeneckém věku trpí 7 % dětí již v předškolním věku obezitou a dalších 8 % nadváhou. Do dospělosti pak vstupuje 25 % s obezitou. Předpokládá se, že závažná dětská obezita zkrátí střední délku života jednotlivce o jednu až dvě dekády (v extrémních případech o tři až čtyři dekády). Obezita je základním kamenem rozvoje metabolického syndromu, přes rozvoj inzulinové rezistence vede ke vzniku cukrovky 2. typu, kornatění cév, rozvoji srdečně-cévních komplikací, selhání jater a ledvin. K obezitě se dnes váže také vznik četných nádorů, dokonce více než ke kouření. Zabránění obezity v dospělosti snižuje výskyt cukrovky 2. typu o více než dvě třetiny. Aktivním ovlivněním všech rizikových faktorů bychom dokázali předejít

DĚTI A ZDRAVÍ

více než 80 % srdečně-cévních příhod a jedné třetiny konkrétních typů rakoviny. V důsledku epidemie dětské obezity dojde k významnému zkrácení střední délky života celé populace pro vyčerpání veřejných zdravotnických zdrojů na léčbu jejich komplikací. Školství se běžně potýká s biologickými a psychosociálními následky dětské nadváhy. V jejím důsledku dochází k rozpojení biologického věku a vývojové fáze dítěte. Tuková tkáň je největším endokrinologickým orgánem v těle, který produkuje řadu hormonů. U dospělého působí přemíra tuků na ustálený organismus a projevy nevidíme tolik jako u dětí, které jsou v růstové fázi a přemíra energie urychluje nejen jejich růst, ale i jejich vývoj.

Spouštěčem puberty v kritickém období, mezi sedmým a devátým rokem věku, je poměr 40 % tuku v organismu. Jakmile toho dítě v senzitivním období dosáhne, organismus rozbíhá pubertu. Před sto lety bylo standardem, že dívky měly první menstruaci v šestnácti letech. Díky kvalitní výživě došlo k urychlení nástupu puberty o čtyři roky. Pokud dívka trpí obezitou je nástup puberty průměrně o rok dříve, jestliže má závažnou obezitu je nástup rychlejší až o dva roky. U chlapců díky nadváze dochází k modifikaci puberty. Tuková tkáň na začátku puberty vychytává testosteron a degraduje ho na estrogény, takže chlapcům nerostou vousy, nehrubne jim hlas, ale naopak jim rostou prsa. Vizualně pak nepůsobí ani jako chlapci, ani jako dívky, jsou kulatí, svým způsobem amorfní. Urychlení nástupu puberty vedlo k rozvoji specifického životního období člověka, pro které jsme ještě před sto lety neměli pojmenování. Adolescence dnes označuje období jedince, po které není ani dospělý ani dítě. Typické je, že biologicky už je adolescent vyspělý, schopný plodit, ale sociálně není zralý a spíše se jeho sociální zralost oddaluje. Vedle toho děti přicházejí o to nejkrásnější v lidském životě – dětství. Puberta vystavuje děti prvé fyziologické depresi, ve které je dítě vystaveno pocitu selhání. To je možné zvládnout v šestnácti letech, ale dnešní děti jsou pocitu zklamání vystaveny ve třinácti, s nadváhou ve dvanácti a se závažnou obezitou v jedenácti letech. V Česku díky epidemii dětské obezity př-

cházíme o deset tisíc let dětství ročně a to je nepřehlédnutelná doba nejen pro celou společnost, ale především pro pedagogy, kteří jsou vystaveni rozpojení psychosociálního vývoje ve třídách již na prvním stupni základních škol.

Dětská obezita ve vývoji zvětšuje celý objem těla. Závažně obézní děti přerostou svůj růstový potenciál, který je daný jejich genetikou. Stávají se z nich velcí jedinci, kteří se nevejdou do věkem příslušných lavic. Není akceptovatelné, když se do naší ambulance každý týden dostaví žáci třetí třídy vážící 80 kg, sedmé třídy vážící 120 kg a deváté třídy vážící 140 kg. To je již hranice, při které jedinec ztrácí schopnost sebehygieny. Na ulici je každý snadno přehlédne, nejen z důvodu obezitogenní slepoty, ale protože vypadají o čtyři až šest let starší. Ve třídě jsou nicméně nepřehlédnutelní, obzvláště když se za psací stůl nevejdou a ze židlíček doslova přetékají. Žádné dítě přitom nemá fyziologický nárok zažít v dětství váhu vyšší než 80 kg, která je hranicí přetížení organismu ve vývoji. Závažně obézní děti jsou neohrabané, nemají připravený kardiiovaskulární a motorický systém na zvýšenou zátěž. Nedochází u nich pouze k poškození metabolismu, ale k přetěžování celého organismu s rozvojem hypertrofických svalových skupin a poruše oporného systému. Nezvládají klasifikovatelné požadavky školního pohybového vzdělávacího plánu. Obezita ovlivňuje vytrvalost, mrštnost, koordinaci, brání dětem zažít v kolektivu úspěch jak v individuálním pohybu, tak při kolektivní hře. Standardní školní tělovýchovné osnovy jsou pro ně nevhodné a přetěžující. Děti s obezitou vyžadují specifický pohybový program a u závažně obézních je žádoucí úleva z běžné tělesné výchovy. Dětská obezita je závažný psycho-sociální problém. Velmi často je dítě vystaveno neúměrnému společenskému tlaku ze strany společenskoeestetických norem a v dětském kolektivu s prvky takzvaného antifet rasismu. Obezita otevírá dětem okno unipolární deprese v období formování rozvoje jejich sexuality. Klíčové období člověka probíhá disharmonicky. Specifické hledání identity a potřeby integrace v období hledání sebeúcty a sebevědomí je narušeno. Jen obtížně nacházejí pocit, že mají

svůj život pod kontrolou. U monstrózní obezity prakticky přestává být sexualita ve společenských interakcích motivační. Vědí, že se nelíbí ani sami sobě a že se nikomu líbit nemohou, takže sexualitu vytěsní. Sexuální identifikaci a aktivitu odsouvají. Snížené sebevědomí u nich často vede nejen k nevhodnému výběru povolání, ale i partnera. Vzdělávací instituce nemají potenciál řešit dětskou obezitu stejně jako jiná onemocnění. Teoreticky by mohly zasahovat do prevence nadváhy, ale reálně je škola omezená celou řadou společenských norem. Například školní jídelny jsou limitované spotřebním košem a doporučenou denní dávkou pro jednotlivé věkové kategorie. Na vývoji těchto výživových doporučení se vedle interpretace vědeckého poznání dané doby odrážejí i společenské cíle, které mají naplňovat. Hlavním úkolem platných výživových doporučení, která přetrvávají z minulého století, je vyrovnat lidský fylogenetický vývoj s ontogenetickými předpoklady. Jejich sestavování však bylo zatíženo paradigmaty, která je významně omezují. Při stanovení nutričních hodnot populačních doporučení se vychází z Gaussovy křivky četnosti, kdy absolutní hodnota doporučení pokrývá metabolické potřeby 95,4 % populace. Vedlejším efektem jejich použití je, že 80 % populace je paušálně doporučováno přejídání a pro 20 % je doporučení toxické. Jedna porce ve školní jídelně je pro 4,5 % dětí málo, pro 60 % dětí už moc a pro 20 % poškozující, protože elementární požadavek individualizace porce nejen ve školkách a školních jídelnách je často eliminován vnučováním dojídat celé porce. V rámci prevence běžné dětské obezity jsou klíčová specifická preventabilní časová okna, která se se školní docházkou prakticky mijí. Stěžejní období je klíčové v kojeneckém období od 6. měsíce věku do 2 let, předškolním věku od 4 let do 6 let a okrajově v mladším školním věku od 8 do 10 let. Tato období předcházejí populačnímu rozvoji obezity okolo 3 let ve 40 %, okolo 7 let ve 40 % a okolo 11 let v 10 % z dlouhodobě obézních dětí s běžnou obezitou. Mimo tato okna, nejen že je sporná efektivita preventivního programu proti dětské obezitě, ale může být i kontraproduktivní. Zejména v rané adolescenci je nevhodné řešit prevenci

DĚTI A ZDRAVÍ

obezity, protože běžná dětská obezita je v populaci již plně rozvinuta a pro senzitivní jedince (zejména děvčata) může být spouštěčem rozvoje poruch příjmu potravy. Není možné obviňovat instituce vzdělávacího systému z omezování pohybové aktivity, pokud je jejich základním principem výuky skupinový přístup v časových jednotkách ve třídách. Zavedením volného nebo navýšením tělesného pohybu by nejen došlo k významnému kvalitativnímu zásahu do procesu výuky, ale naopak nevhodné přetížení pohybového aparátu by vedlo k prohlubování obezity. Mýtus preventivního sportu je ve školství obzvláště zakořeněný a neúčelně se v něm utápí nemalé veřejné prostředky určené na prevenci obezity. Obecně sportovní aktivita nevede k zásadnímu zvýšení energetického výdeje, ale přenesené k navýšení běžné pohybové aktivity - tj. sportovci nedojdou, ale raději dojdou. Pro ohrožené děti je navýšování sportovních kroužků bezpředmětné, protože je na ně někdo musí dovést. Navýšení sportovní aktivity, nejen že nadváhu u ohrožených dětí neřeší, ale prohlubuje ji zmnožením tukové tkáně. V obezitologické ambulanci je 25 % dětí sportovců v trojfázovém tréninku s víkendovými zápasy, 30 % dětí navštěvujících dva a více pohybových kroužků týdně a pouze 45 % s jedním pohybovým kroužkem nebo menšina takzvaně líných. Na utváření dětského světa se podílí škola, kamarádi, zájmy, média, ale nejvíce ze všeho rodina. Životní styl rodiny se vždy v plném rozsahu odrazí na návycích a zvycích jejich nejmenších členů a škola jej nemůže suplovat. Dítě je výkladní skříň rodiny, na které se zrcadlí genetika a především životní styl. Odráží se na něm veškeré nedostatky a neúspěchy rodinných režimových opatření, které vedou k pozitivní nerovnováze v energetickém příjmu a výdeji. V civilizovaném světě není volný přístup ke zdroji potravin. Každý kilogram a i kilogram navíc se musí zakoupit a představuje reálnou finanční částku dva až tři tisíce korun na jeden kilogram tuku. Dítě, ale ani škola nemá ekonomickou pravomoc, která je plně v rukách rodiny. Není reálné, aby škola za zákonné zástupce řešila nutriční,



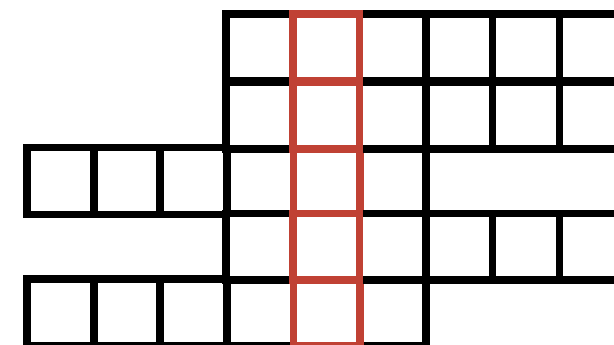
rehabilitační, fyzioterapeutickou a zdravotní službu. Sebelepší nesystémová pamlsková vyhláška nevyřeší krámek za rohem školy, když mají děti peníze v kapse. Rehabilitace překonané doporučené denní dávky je kontraproduktivní a pouze komplikuje školám jejich snahu vyřešit za selhávající rodiče racionální svačinu. Klasický model rodiny se často rozpadá a až 60 % dětí zažije rozpad nefunkční kmenové a obtížné sestavování nové rodinné jednotky. V tomto procesu se děti v rodinných vazbách často ztrácí a nejen že sami nevhodně kompenzují stresovou situaci zvýšením příjmu stravy, ale i rodinní příslušníci porušují principy zdravého životního stylu.

Protože jsou preventabilní okna dětské obezity ve školním věku uzavřena, může škola ovlivňovat v rámci školní docházky pouze progresi dětské nadváhy. Zodpovědností škol je identifikovat nežádoucí vývoj nebo poškození dítěte a hledání řešení nápravy. Aktuální pedagogickou výzvou je zavedení výuky zdravého životního stylu do školních výchovných plánů a pojmenování obezity jako nemoci, nejen

pro zákonné zástupce, ale mnohdy i pro zdravotní službu. Běžná obezita je závažným chronickým onemocněním a rozhodně neplatí, že děti z nadváhy ve škole vyrostou. **Každý jedinec by měl dostat šanci uplatnit se ve zdravém životním stylu a nezískat pocit selhání v současném vysoce toxickém obezitogenním prostředí, na kterém se rodina sice nechťeně, ale primárně podílí. Pokud byste měli dítě s obezitou nebo byste měli zájem o bližší informace, můžete se obrátit na Dětskou obezitologickou ambulanci FN Motol, objednat se můžete na telefonu 224 433 821. Jsme připraveni vám pomoci.**



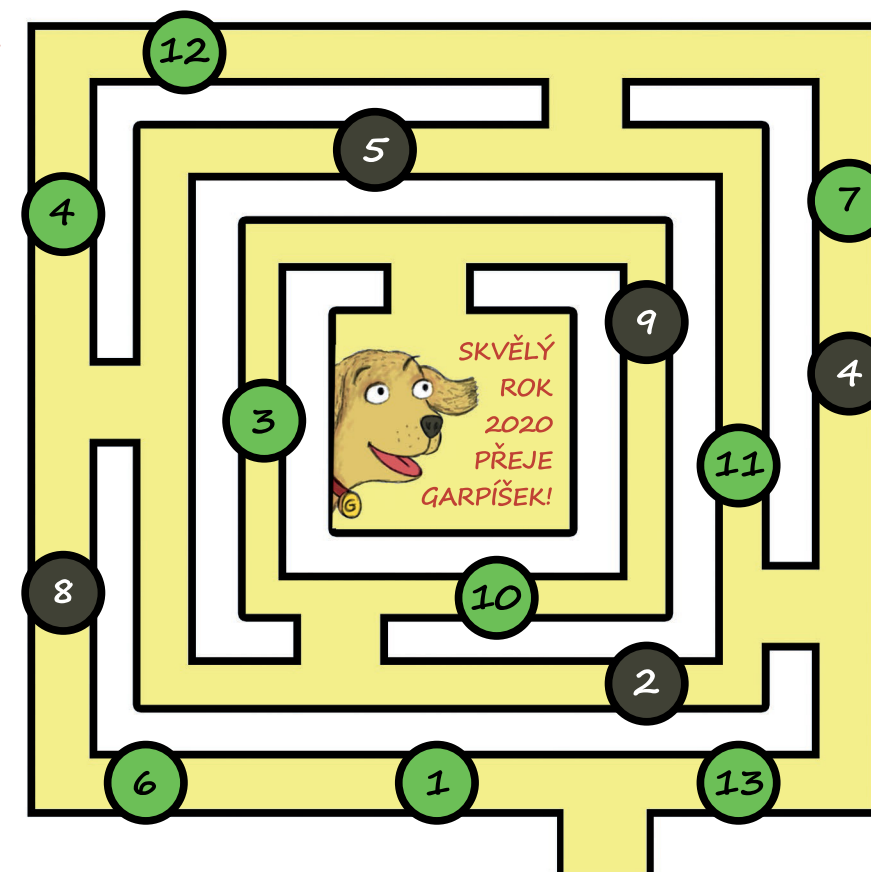
text: MUDr. Zlatko Marínov
foto: archiv



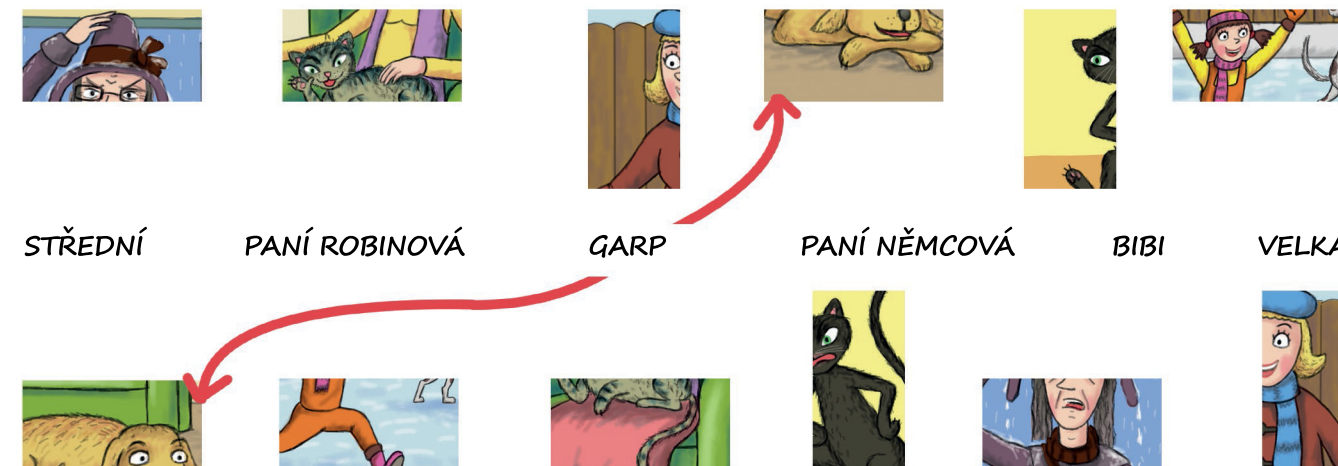
1. KDO KOUKAL DÍROU V PLOTĚ?
2. CO CHYBĚLO GARPOVI ZA ŠPATNÉHO POČASÍ?
3. JAK SE JMENUJE GARPŮV KAMARÁD?
4. JAKOU BARVU MĚLO KŘESLO?
5. JAK SE JMENOVALA NOVÁ KOČKA?

NAJDI CESTU KE GARPOVI,
KDE POTKÁŠ JEN TO,
CO SE TI LÍBÍ.

1. KAMARÁDI
2. ŠPATNÉ ZNÁMKY
3. DOBRODRUŽSTVÍ
4. UTOPENÝ MOBIL
5. DOMÁCÍ VĚZENÍ
6. SKVĚLÍ UČITELE
7. ŠKOLA HROU
8. PODRAZ
9. ZTRACENÁ SVAČINA
10. ŠKOLNÍ LÁSKA
11. ZDRAVÍ
12. SPOUSTA LEGRACE
13. KUPA ŠTĚSTÍ
14. NEBÝT TU PŘÍLIŠ ČASTO



SPOJ OBRÁZKY A SLOVA, KTERÁ K SOBĚ PATŘÍ.





PREMIÉRA



Králíček Jojo

Komedie / Drama / Válečný

USA / Nový Zéland / Česko, 2019,

108 min

Režie: Taika Waititi

Předloha: Christine Leunens

Kamera: Mihai Malaimare Jr.

Hrají: Roman Griffin Davis,

Thomasin McKenzie, Scarlett

Johansson, Taika Waititi

Obsah

Být v nacistické Třetí říši malým blondatým klukem znamená poměrně dost přímočarou kariéru. Tedy aspoň na jejím začátku. Jedním z prvních kroků je členství v organizaci Hitlerjugend, čili v „Hitlerově mládeži,“ což obnáší trochu vojenského drilu, pálení závadných knih, vyhazování věcí do vzduchu, nenávidění židů a podobné hraní si na vojáčky i na válku. A to v partě se spoustou Hitlerovi též velmi oddaných kamarádů. Smysl a cíl to má jednoduchý: stát se řádným a plnohodnotným nacistou.

foto a text: www.csfd.cz



Richard Jewell

Životopisný / Krimi / Drama

USA, 2019, 131 min

Francie, 2019, 120 min

Režie: Clint Eastwood

Scénář: Billy Ray

Kamera: Yves Bélanger

Hudba: Arturo Sandoval

Hrají: Paul Walter Hauser, Sam

Rockwell, Kathy Bates

Obsah

Clint Eastwood obohatil svou režijní filmografii o další film podle skutečné události. Snímek nazvaný podle hlavního protagonisty Richard Jewell se vrací do roku 1996, kdy se během XXVI. letních olympijských her v Atlantě podařilo pracovníku bezpečnostní agentury, Richardu Jewellovi, zachránit tisíce životů nálezem batohu s výbušninou. Z prvotně oslavovaného hrdiny se však později, kvůli manipulativním a zavádějícím informacím z médií, stává hlavní podezřelý.

PREMIÉRA



Dolittle

Komedie / Rodinný / Dobrodružný

/ Fantasy

USA, 2020, 102 min

Režie: Stephen Gaghan

Scénář: Stephen Gaghan

Kamera: Guillermo Navarro

Hudba: Danny Elfman

Hrají: Robert Downey Jr.,

Harry Collett

Obsah

Doktor Dolittle byl tak výjimečný, že ho jmenovali osobním lékařem anglické královny Viktorie. Jenže to bývávalo. Před pár lety odvoděl a od té doby samotář v ústraní, za zdmi svého kdysi velkolepého sídla, obklopený smečkou zvířecích přátel, s nimiž si rozumí lépe než s lidmi. Jenže pak mu vpadne do života jeden drzý kluk, jenž si vzal do hlavy, že bude jeho učedníkem, a zároveň ho povolají ke královně, kterou sklátila smrtelně nebezpečná choroba.

foto a text: www.csfd.cz



Pod vodou

Akční / Thriller / Horor / Sci-Fi

USA, 2020, 95 min

Režie: William Eubank

Kamera: Bojan Bazelli

Hudba: Marco Beltrami, Bran-

don Roberts

Hrají: Kristen Stewart,

Vincent Cassel, T.J. Miller,

Jessica Henwick

Obsah

Je to možná nejhorší a nejnebezpečnější pracoviště na Zemi. Podmořská vědecká laboratoř stojí na jednom z nehlubších míst mořského dna. Je obklopena naprostou temnotou, svírána strašlivým tlakem, teplota okolní vody se blíží nule. Výzkumný tým provádí sondážní vrty, když přijde nečekané a ničivé zemětřesení. Do této chvíle bezpečné prostory laboratoře se stávají smrtelnou pastí. Jednotlivé části vědeckého komplexu jsou extrémními tlaky vody drceny jako papírové krabice. Jedinou šancí pro přeživší členy posádky je evakuace pomocí hlubinných skafandrů.

Publius Terentius Afer: Snadno všichni v plném...

POMŮCKA: ASA, BING, NR	INTER- NETOVÝ PROHLÍZEČ	1. DÍL TAJENKY	OXID URANATÝ	PAMLSEK		ROZMAR	DRUH DROGY	ZNAČKA CIGARET	ČÁROVÝ KÓD ZKR.	DLUŽNÁ ČÁSTKA		HODNOTITEL	ZÁNĚTY SLIZNICE
CITOSLOVCE BZUČENÍ					POHLED DO NITRA						INICIÁLY ZPĚVÁKA KRYLA		
MODLA					ZN. NÁTĚRO- VÉ HMOTY EVROP. UNIE SLOV. ZKR.						ZNAČKA RADIA 2. DÍL TAJENKY		
CELNÍ KÓD NAURU			DRUH PSA ČESKÝ ZPĚVÁK KAREL ???					NEBAVIT ZAVÁZÁNÍ PODPISEM					
GROTESKNÍ VÝSTUP				ÚŘAD PRO OCHR. OS. ÚDAJŮ ZKR. DRUH LODĚ					STARÉ JMÉNO VÝPLŇ OKNA				
	VEŘ. OBCH. SPOLEČNOST POLSKÝ PARLAMENT				BRAMBORO- VÝ PLÁTEK NAPUČHLÉ MÍSTO						INFEKČNÍ ZÁRODEK KRASOBRUS- LAŘ. SKOK		
MALÝ CEDNÍK						STARÉ DOB- RÉ MINCE SYMBOL LÁSKY							
PODSTATA							CHUDINSKÁ ČTVRT' ANGLICKY AFROASIAT					BÝVALÝ ČESKÝ TENISTA	JIHO- EVROPAN
INICIÁLY LITERÁRNÍ POSTAVY EYROVÉ			ČES. VYR. FOTOMATER. DOSTAT SE DOVNITŘ					SVAZKY KLESTÍ OTVOR VE DŘEVĚ					
ŘÍMSKÝCH 2005				ŠERMÍŘSKÁ ZBRAN' PATŘÍČÍ ELE					MÍT ZDÁNÍ LOŤ POLÁRNÍKA NANSENA				
	ČÁSTI VOZŮ MÍSTO TOHO				CIZÍ MUŽSKÉ JMÉNO TRNOVNÍK						OLGA DOMÁCKY ESKYMÁCKÉ OBYDLÍ		
ÚPLNĚ						DRUH MEDVĚDA VĚTROVKA							
STAROVĚK							STAVEBNÍ STROJ SEVERSKÉ JMÉNO					SEKAT TRÁVU	MAJÍCÍ VELKÉ OČI STR. ROD
ZVUK TROUBENÍ			PANENKA DĚTSKÝ VYSYCHA- JÍCÍ ŘEKA					PRODUKT KRAV ANGLICKÁ DĚL. MÍRA					
SÍŤ ČERPACÍCH STANIC				ŘEKY GOLFOVÝ ÚDER					VÝNOS Z VL. PENĚZ LEOPOLD DOMÁCKY				
	INICIÁLY HERCE VOJTKA	POVZDECH OBRNĚNÝ TRANSPOR- TÉR ZKR.			MADRIDSKÝ FOTBALOVÝ KLUB ZÁPOR						OZN. CITLI- VOSTI FILMU INIC. HERCE BARTOŠKY		
PŘÍBUZNÍ							SKOTAČIT						
ŽERTÍK							ZÍSKANÉ (ÚZEMÍ)						

Tajenka křížovky z 12. čísla roku 2019: podstupovat riziko a dělat šílené věci.

Informační magazín Fakultní nemocnice v Motole, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, tel.: +420 224 431 111.

Vydavatelský servis: Michal Špunda TISKÁRNA POLYGRAF kancelář: V Holešovičkách 97/3, 182 00 Praha 8, tiskárna: Modřice 156, 511 01 Turnov, www.tisk.cz.

redakční rada: Ing. Jiří Čiháň, MUDr. Jana Tejnická, MBA, Ing. Jindřiška Feldmanová, MUDr. Pavel Budinský, Ph.D., MBA, Ing. Karin Minátová, MBA,

MUDr. Martin Halcdt, MBA, JUDr. Vladimíra Dvořáková, Mgr. Pavlína Danková, Ing. Pavel Víček, PharmDr. Petr Horák, Mgr. Jana Nováková, MBA, Mgr. Ludmila Šimáčková, Jana Menxbauerova. foto na obálce: David Černý

Vydavatel neručí za obsah PR článků a inzerátů. Volně neprodejné. MK ČR E 19871



TRAIL
RUNNING
CUP

21. 3. 2020 sobota Praha **TRAIL PRAHA** (10 / 5 km)

6. 6. 2020 sobota Dolní Morava **KRALICKÝ PŮLMARATON** (21 / 7 km)

1. 8. 2020 sobota Špindlerův Mlýn **KRKONOŠSKÁ PADESÁTKA** (50 / 21 / 8 km)

15. 8. 2020 sobota Lipno nad Vltavou **LIPENSKÝ PŮLMARATON** (21 / 8 km)

4. 10. 2020 neděle Nemanice **ČESKO - NĚMECKÝ PŮLMARATON** (21 / 8 km)

18. 10. 2020 neděle Praha - Dobříš **MARATON PRAHA - DOBŘÍŠ** (42 / 10 km)

1. 11. 2020 neděle Praha - Motol **MOTOLSKÉ JAMKY** (10 / 5 km)

www.trailrunningcup.cz