ROČNÍK 14 ČÍSLO 1 | 2021

MOTOL in

INFORMAČNÍ MAGAZÍN FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE

NEPRODEJNÉ



Dědictví otců

doc. MUDr. Vladimír Beneš, Ph.D.



Lukášek (7), vážná metabolická porucha

KDYŽ VÁŠ DAR ZNAMENÁ VÍC

Pro rodiny, které zasáhla vážná nemoc,
představuje naději, porozumění i méně starostí.

Pomáhejte s námi! Staňte se Dobrým andělem
na **www.dobryandel.cz**

DOBRÝ ANDĚL



Vážení kolegové, milí čtenáři,

otevíráte novoroční číslo našeho časopisu a nejspíš by stálo za to bilancovat zde nad uplynulým rokem, ale jak jinak zhodnotit rok 2020 než slovy, které se do povánočního času příliš nehodí. Tento rok skutečně nestál za nic a já bych rád využil této příležitosti a řekl vám všem, že rok 2021 bude nadějný a věci se brzy začnou obracet k lepšímu. Vypadá to, že se podaří zaregistrovat nové vakcíny proti koronaviru, které budou v České republice k dispozici, což bude naší hlavní zbraní proti té odporné nemocni. Další výhodou by mohla být také registrace testů, které si každý bude moci dělat doma sám, i to bude znamenat další krok k tomu, abychom my všichni zase mohli normálně fungovat. Chtěl bych vám teď popřát, to co by asi běžně člověk do nového roku nepřál, a to je normální život v roce 2021. Věřte, že já z pozice člověka, který vede jednu z největších evropských nemocnic a má k dispozici relevantní informace, vám mohu prozradit, že světlo na konci tunelu je skutečně vidět, každým dnem se zvětšuje a přibližuje a přináší nám naději na normální život v roce 2021.

JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA,
ředitel nemocnice



Dědictví otců

doc. MUDr. Vladimír Beneš, Ph.D.

I tento nový rok je dobrou příležitostí přestat kouřit

Mezi pravidelná novoroční předsevzetí patří přestat kouřit. Tři nejhlavnější důvody, které kuřáky k tomuto kroku vedou, jsou zdraví, finance a rodina. Každý z těchto důvodů je pochopitelný a jistě chvályhodný.





Stolice pomáhá!

O transplantaci stolice v léčbě syndromu dráždivého tračníku

Ve spolupráci s Interní klinikou 3. LF UK a Thomayerovy nemocnice probíhá na Ústavu lékařské mikrobiologie 2. LF UK a FN Motol laboratorní část projektu zaměřeného na terapii syndromu dráždivého tračníku (IBS, z angl. Irritable bowel syndrome).

Psychosociální intervenční služba FN Motol

Systém psychosociální intervenční služby (SPIS) je celostátní organizace, jejíž činnost podporuje Ministerstvo zdravotnictví ČR ve spolupráci s Národním centrem ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně (NCO NZO). Systém vznikl proto, aby jím vyškolení pracovníci ve zdravotnictví nabízeli a poskytovali první psychickou pomoc příbuzným pacientů nebo svým kolegům - zdravotníkům.



DĚKOVNÉ DOPISY

Dobrý den,

v minulém týdnu byla moje maminka převážena sanitou z pooperačního oddělení Traumatologie na Rehabilitační kliniku do Berouna. Byla velmi mile překvapena příjemným, trpělivým, pozorným a profesionálním jednáním, že mě požádala, abych vyhledala spojení a dala Vám vědět. I "vyšpionila" jsem na záchrance, že se jednalo o pana Rychnovského a tlumočím tímto dotyčnému pochvalu. V dnešní době zaměřené hlavně na stížnosti, budiž toto změnou. Děkuji.

S pozdravem Vladimíra

Vážený pane řediteli,

prodělal jsem operaci na III. chirurgické klinice 1. LF UK a FN Motol, kdy mne operoval MUDr. Haruštiak Tomáš, Ph.D., prof. MUDr. Pavel Pafko, Dr.Sc. a další lékaři, jejichž jména bohužel neznám. Chtěl bych jim všem touto cestou velmi poděkovat za perfektně odvedenou práci. Dále bych chtěl poděkovat lékaři MUDr. Alexandru Pazdrovi z III. chirurgické kliniky 1. LF UK a FN Motol, který s mým obvodním lékařem ve velmi nejisté době první vlny koronaviru, mé onemocnění velmi iniciativně řešil. S ostatními lékaři kliniky stanovili předoperační léčbu a vyřídil termín operace. Ještě bych chtěl poděkovat všem sestřičkám, lékařům a ostatnímu personálu ARO a JIP III. chirurgické kliniky 1. LF UK a FN Motol, za profesionální přístup a příkladnou péči. Z JIP bych chtěl nejvíce vyzvednout příkladnou péči zdravotní sestřičky Markéty Fabiánové, která mi velmi pomohla svým profesionálním, ale i lidským přístupem pobyt na JIP zvládnout. Tato sestřička vykonává svou práci srdcem a to je pro pacienty po takto náročných operacích z mého hlediska velmi důležité. Jsem velmi rád, že jsem operaci a následnou péči absolvoval na III. chirurgické klinice 1. LF UK a FN Motol, v týmu přednosty prof. MUDr. Lischkeho, Ph.D., kde pracují skuteční profesionálové světového formátu, ještě jednou jim všem moc děkuji.

Tomáš

Vážený pane řediteli,

byla jsem u Vás ve Fakultní nemocnici v Motole hospitalizována na Chirurgické klinice 2. LF UK a FN Motol. Mým ošetřujícím lékařem a operatérem byl MUDr. Tomáš Kopřiva. Ráda bych jemu a celému teamu nejen lékařů, sester, ale i veškerému pomocnému personálu na oddělení touto cestou poděkovala za skvělou péči a profesionální přístup v této náročné Covidové době.
Mám za sebou 20tiletou praxi v nadnárodní farmaceutické společnosti a tak jsem si jistá, že dokážu posoudit a ocenit, jak náročné je zvládnout takový obrovský team odborníků. Ráda bych poděkovala i za skvělou stravu panu šéfkuchaři a všem jeho kolegům. Přeji Vám osobně a taktéž všem Vašim pracovníkům hodně úspěchů v profesním i soukromém životě a především pevné fyzické i duševní zdraví v této náročné koronavirové době.

Andrea (šťastná uzdravená maminka 7letého kluka)

Dobrý den,

chtěla bych tímto způsobem poděkovat Oddělení urgentního příjmu pro dospělé, za perfektní a profesionální péči, kterou mi dnes v noci poskytl váš zdravotnický personál s MUDr. Terezou Císlerovou. Prosím, předejte jim mé upřímné poděkování.

Monika



Dědictví otců

Jeho dědeček prof. MUDr. Vladimír Beneš st., DrSc., stál u zrodu samostatné dětské neurochirurgie ve FN Motol, otec plk. v.v. prof. MUDr. Vladimír Beneš, DrSc. byl více než 20 let přednostou Neurochirurgické kliniky Ústřední vojenské nemocnice, on sám se stal v loňském roce přednostou Neurochirurgické kliniky dětí a dospělých 2. LF UK a FN Motol. Doc. MUDr. Vladimír Beneš, Ph.D. má zkrátka neurochirurgii v krvi.



■ Pane docente, o Vás by se dalo říci, že je neurochirurgie ve Vaší rodině po generace jakýmsi posláním. Měl jste tak ve výběru zaměstnání jasno již od malička?

V zásadě to tak nějak můžete říci. První moment, kdy jsem se s neurochirurgií osobně setkal, bylo někdy v osmi letech, když jsem tátovi přinesl do služby večeři, a sestry mě odvedly na sál, že je tam. Otevřely mi dveře a řekly, ať jdu támhle vpravo se převléct. Nějak jsem to špatně pochopil a omylem v civilu a ve špinavých botách vlezl přímo na operační sál, kde probíhala operace epidurálního hematomu. Staniční mě s úsměvem odvedla do šatny se převléct a další hodinu jsem pozoroval operaci. V tu chvíli mi bylo jasné, že tohle chci dělat. Během studií jsem občas koketoval s jinými obory, ale k neurochirurgii jsem se vždy rychle vrátil. Koneckonců, celé dětství jsem obor mimoděk vstřebával, což občas vedlo k zábavným historkám. Třeba pan doktor Steindler telefonoval a chtěl s něčím pomoci. Jelikož máme s tátou poměrně podobný hlas, dlouze mi vylíčil celý problém, jenom aby se dozvěděl, že nevím co s tím, ale že mu dám někoho, kdo mu poradí.

■ Jaká byla léta Vašich studií?

Studoval jsem na 2. LF, takže jsem si poměrně užíval takovou tu „rodinnější" atmosféru, kdy jsme se v ročníku všichni celkem dobře znali. Dost času jsem trávil mimo školu, v zimě většinou na horách, v létě objížděl spolužáky po republice na kole. Studiu jsem věnoval takové to nezbytné minimum, pouze „neuro" obory, které mě bavily, jsem hltal. To se samozřejmě ne vždy setkalo s pochopením vyučujících, například na kardiologii jsem jednou dostal k popisu EKG s otázkou, zda tam vidím známky plicní embolie. Nejprve mě vyučující upozornil, že to držím obráceně a poté se mě znovu zeptal. Myslím, že odpověď: „K tomu se já nemůžu vyjádřit," ho příliš nepotěšila... Tudíž těm pro mě nezajímavým oborům jsem mnoho nedal. Většinu volného času jsem poslední tři ročníky trávil na klinice ve Střešovicích a na stážích – dvakrát čtyři měsíce v Erlangenu a jeden měsíc v Liberci.

■ Jak reagoval Váš dědeček, zakladatel dětské neurochirurgie ve FN Motol na Vaše jmenování přednostou kliniky?

Samozřejmě, že byl nesmírně nadšen, až bych řekl, že dojat. V tuto chvíli je to nejstarší žijící český neurochirurg, nebál bych se říci nestor oboru. Pro něho to byl další z celé řady mezníků, kterých se na stará kolena postupně dožívá. Začal někdy v devadesátých letech tím, že se chce dožít roku 2000 (jako ty ohrožené přírodní druhy). Potom chtěl, abych dostudoval



medicínu, trochu nám zatrnulo, když oznámil, že chce ještě projet tunelem Blanka. Dál měl moje Ph.D., atestaci, docenturu, vidět pravnučky jít do školy a v současnosti se těší, až mu v lednu bude 100 let. A aby toho nebylo málo, v červnu a v listopadu přežil covid, asi jako nejstarší pacient v republice. Nyní jsou s babičkou v domově pro veterány a těší se relativně dobrému zdraví, nicméně neustále nadává na Číňany a opakuje, že stáří „stojí za ho...". A samozřejmě, s láskou vzpomíná na roky strávené v Motole, především na své tehdejší spolupracovníky.

■ **Co Vám přijde zajímavé na tomto oboru?**

To, co asi každému chirurgovi – že není takzvaných „malých" operací. I tu nejrutinnější operaci páteře či krkavice, kterých jsem udělal stovky, je třeba dělat s pokorou a respektem. I z těchto běžných výkonů může mít chirurg radost, dobrý pocit a výsledkem je spokojený pacient.

Další, co mně přijde nesmírně zajímavé a ohromně mě baví, je plánování složitějších výkonů. Dokážu hodiny prohlížet snímky a přemýšlet nad přístupem a taktikou operace, obvykle lze totiž jednu věc udělat více způsoby. Snažím se do detailu analyzovat výhody a nevýhody každého postupu. Je to taková malá detektivka, jejímž rozuzlením je detailní plán celé operace. Kolegové se mi někdy smějí, když vidí mojí „domácí přípravu" (asi proto, že to po mně nepřečtou a mé obrázky působí, jako by je namalovaly moje děti.) Na papíře mám vždy detailně rozepsán celý postup počínaje předoperační přípravou, polohou, monitorací, kde bude řez, rozsah kraniotomie, durotomii a samotnou intradurální fázi operace, atd.

Když odhlédnu od samotné chirurgie, tak potom je zajímavé (a naprosto zásadní) zvažování, zda operaci vůbec provádět. S rozmachem diagnostiky, kdy ve většině okresních měst máme magnetickou rezonanci, totiž přibývá značné množství náhodně nalezených nezhoubných nádorů, cévních anomálií a dalších diagnóz, o kterých pacient dosud neměl tušení a které mu nečiní žádné potíže. Jsme pak postaveni před otázku, jak dál. Pacientovi je například náhodně nalezena výduť na mozkové tepně, když byl vyšetřen pro nesouvisející kraniotrauma. Na nás je vysvětlit mu, jak se věci mají. Za prvé: poučit ho o přirozeném průběhu onemocnění, to znamená, že musí být seznámen s riziky, které z diagnózy plynou – v tomto případě riziko prasknutí výdutě a následky této ruptury. Za druhé: jaké

VIZITKA:
doc. MUDr. Vladimír Beneš, Ph.D., přednosta Neurochirurgické kliniky dětí a dospělých 2. LF UK a FN Motol

Oblíbený film: Hlava 22
Oblíbená kniha: Asijská sága od Jamese Clavella
Nejkrásnější dovolená: s rodinou a na kole ve francouzských Alpách
Životní motto: Co tě nezabije, to tě posílí.
Nejsilnější vzpomínka z dětství: Cesta s rodiči po jihozápadě USA v létě 1989, kdy jsem ve svých 10 letech viděl, že lze žít i jinak než nám tady bylo vnucováno.
Co si neodpustíte: Když během výkonu neudělám vše pro to, aby výsledek byl optimální. Zkrátka, když něco odbudu a následky si nese pacient. Když vím, že jsem udělal vše tak, jak jsem si naplánoval a operaci provedl maximálně soustředěně, člověk se snáze smíří i s komplikacemi – ví, že udělal vše, co bylo v jeho silách, ale zkrátka neurochirurgie umí být někdy pěkná „mrcha".

jsou možnosti léčby – otevřená operace či endovaskulární ošetření koily. Za třetí: jaká jsou rizika léčby a jaká je její účinnost – není náhodou lepší to nechat v tomto případě být? Další, co musíte brát v potaz, je ovlivnění kvality života pacienta znalostí diagnózy; někdo nad výdutí mávne rukou a řekne si: „No co, na něco umřít musím" a někdo pomyšlení na následky nesnese a vyžaduje ošetření. Oba přístupy jsou plně legitimní. Samozřejmě, nelze pominout celkový stav pacienta – je jasný rozdíl, mezi 85letým polymorbidním staříkem a plně aktivním třicátníkem. Právě tahle komunikace s pacientem, vysvětlení celé podstaty problému a společné hledání nejméně rizikového postupu („za málo peněz co nejvíce muziky"), je to, co lze považovat za velmi zajímavou neoperační oblast oboru.

■ Jaké diagnózy nejčastěji řešíte na Vaší klinice?

Klinika se skládá z části dětské a dospělé. Na dětské nejčastěji řešíme mozkové nádory, zde úzce spolupracujeme s Klinikou dětské hematologie a onkologie; ve spolupráci s Klinikou dětské neurologie chirurgicky řešitelné epileptické léze, dále poruchy cirkulace mozkomíšního moku, různé vrozené vady a cévní anomálie.

Na dospělé (jako ostatně na všech neurochirurgiích) nejvíce operujeme degenerativní onemocnění páteře; velmi aktivní jsme ve spolupráci s Neurologickou klinikou v epileptochirurgii a poslední dobou se daří atrahovat více nemocných s mozkovými nádory.

■ Ve Vašem oboru se dají velmi docenit vlastnosti robotické chirurgie, co vše dnes již máte k dispozici na Vaší klinice?

Robota jako takového nemáme a zatím snad ani nechceme. Nicméně již dnes využíváme pokročilé metody virtuální reality, kdy pomocí neuronavigace plánujeme operační výkony, dovedeme se tak vyhnout důležitým mozkovým centrům, víme, kudy probíhají nervové dráhy ve vztahu k onemocnění. Pomocí intraoperační monitorace pak lze předejít jejich poškození či toto riziko minimalizovat.





■ Jaké máte ve vztahu k Vaší klinice přání do budoucna?
Rád bych kliniku posunul kupředu a dostal ji v dospělé části minimálně na úroveň mého mateřského pracoviště v Liberci, ideálně pak ještě dál. To znamená zvýšit objem operativy (především kraniální), prohloubit stávající a rozvinout novou spolupráci s neurology a dalšími příbuznými obory, rozšířit JIPovou péči... Ale ani dětská část nesmí spát na vavřínech, vždy je třeba hledat další cestu kupředu. Zde je mojí hlavní snahou prohloubení stávající péče a spolupráce týkající se dětských neuroonkologických pacientů.

■ Neurochirurgie je velmi dynamicky se rozvíjející obor, v čem Vy vidíte budoucnost tohoto oboru?
Již za svou poměrně krátkou dosavadní kariéru vidím ohromný posun v oblasti mozkových nádorů, především v individualizované léčbě podle jejich genetického profilu. V blízké budoucnosti jistě budeme svědky dalšího pokroku. Určitě uvidíme další rozvoj na poli bioprotéz či různých biosenzorů nahrazující poškozenou funkci, například u kortikální slepoty. A jednoho dne se snad dočkáme i léčby transverzální míšní léze (ztráta veškeré volní hybnosti - pozn. redakce).
Pro nemocné je velmi atraktivní minimalizace přístupů, již dnes je většina výdutí ošetřována endovaskulárně, celá řada menších nezhoubných nádorů je léčena Gamanožem či se pouze sleduje. Pro neurochirurgy z toho plyne nemalý problém - ubývají jednodušší operace a naopak, přibývají ty složitější a více rizikové. Především mladí neurochirurgové se tedy budou muset velmi brzy v kariéře specializovat, aby získali potřebnou erudici.

■ Myslíte si, že pokrok má i nějaká úskalí, například etického charakteru?
Ano.

■ Máte při Vašem náročném zaměstnání také čas na nějaké koníčky, například sport?
Neumím si odepřít cyklistiku, v zimě pak běžky. Dříve jsem na jaře a v létě vstával 2-3x týdně ve 4 ráno a než jsem šel do práce, dal jsem si 60 km okruh, před sobotní službou pak ještě více. V práci potom člověka málo co naštve. Ročně najezdím kolem 7000 km na silničním kole. Každý rok jezdíme s kolegou z Liberce do Itálie podívat se na Giro. Letos jsem během pandemie viděl i druhou etapu Tour v okolí Nice, kde jsem si udělal asi 700 km okruh po jižních Alpách, bohužel oblíbený závod Oetztaler maraton koronavirus zrušil, jinak bych jel už pošesté. Tak snad příští léto.

■ Máte nějaký talent nebo um, o kterém Vaše okolí neví?
To Vám nemůžu prozradit, pak by o tom všichni věděli.



Matej Al-Ali: Cizinec (IV)

Novou instalaci pro veřejný prostor motolské nemocnice vytvořil konceptuální sochař Mateje Al- Ali. Instalace nás vtahuje do niternosti našeho organického světa, ve kterém se prolínají možnosti jeho vnějšího i vnitřního vnímání. Umělec nabízí různé úhly pohledů ztvárněné zrcadlovým sloupovím, jenž lze chápat také jako parafráze našich společenských a sociálních struktur, které se stejně jako křehké a skleněné plochy doslova odrážejí v našich jednáních a postojích. Objekt samotný je závislý právě na pozorovateli, zjevuje se na základě divákovy pozice i jeho imaginace a zprostředkovává svět, v jehož dvojakosti si můžeme ale i nemusíme být cizí. Možná právě přijetí cizince v nás je cestou k chápání polarity percepce světa.

Matej Al-Ali (*1985 v Bardejově, SK) studoval na Západočeské univerzitě v Plzni (2005-2010) v ateliéru prof. Adély Matasové, po sléze na Vysoké škole umělecko-průmyslové v Praze (2010-2014) v ateliéru Jiřího Davida. Nyní se zabývá doktorandskou prací v ateliéru Nových Médií I Tomáše Svobody na pražské AVU. Těžiště jeho tvorby se nachází ve zkoumání objektové mechaniky, fyzické práce a taktility. Formální výstupy autorova díla v médiu videa a DIY video-objektů nejčastěji dokumentují výkony na pomezí performance až specifických sportovních výkonů. Al-Ali příležitostně spolupracuje s Tomášem Moravcem a Petrem Dubem. Stal se finalistou Ceny Exit (2009), či ESSL Award (2013). Jeho práce byly vystaveny v pražských galeriích Futura, Meet Factory, Galerie etc, dále pak je jeho tvorba presentována na výstavách a festivalech v Německu, Norsku, Francii a New Yorku. Absolvoval residenční pobyty ve Ville Arson (Francie) a Košicích (Slovensko). Autor žije na Buštěhradě a pracuje v Praze.

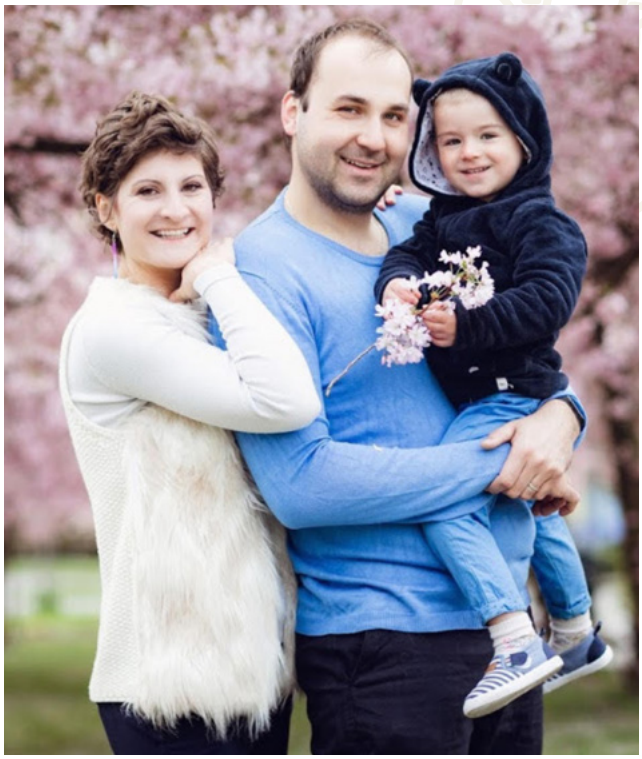


text: 4+4 dny v pohybu
foto: David Černý

Když jí bylo 25, měla malého syna, hypotéku a diagnózu nádorového onemocnění







Mladá zdravotní sestřička Šárka bydlí se svým manželem a tříletým synem v Plzni. Diagnóza Hodgkinova lymfomu neboli nádorového onemocnění lymfatických tkání, kterou jí lékaři oznámili před dvěma lety, byla pro ni i celou rodinu velkým překvapením. O to horším, že v tu samou dobu onkologickou léčbu podstupovala i její maminka.

„Jednoho dne jsem si nahmatala bouli na krku, blízko uzliny v nadklíčku. Při odpolední směně jsem ji ukázala svému šéfovi, primáři MUDr. Hrušákovi. Ihned jednal a urychleně mě odeslal na sonografii, kde mi podobných bouliček na krku našli asi 15. Příznaky, které jsem měla celý rok a půl od narození syna, najednou dávaly smysl,“ přibližuje Šárka situaci, jakou náhodou na svou nemoc přišla. Následné podrobnější vyšetření nakonec potvrdilo na padesát nádorových bouliček. Že jsou pozitivní naladění a dobrý psychický stav při léčbě obrovským pomocníkem, díky své profesi Šárka dobře věděla. Jako osobní terapii si zvolila sdílení svého příběhu a začala psát blog. Pak si ale uvědomila, že tím, čím prochází ona, prochází i mnoho jiných. Proto založila v Plzni spolek Maminy s rakovinou, jehož hlavním cílem je pomáhat lidem se stejným osudem, mimo jiné i formou individuálních či společných setkávání. K problému se zdravím se často připojí i boj s financemi. Zajištění speciální stravy, časté dojíždění do nemocnice, doplatky léků a doplňků stravy plus s léčbou související výpadek příjmu zamávají s rodinným rozpočtem. Z tohoto důvodu paní Šárce pomáhají příspěvky dárců nadace Dobrý anděl. *"Milí Dobří andělé. Před několika lety by mě nikdy nenapadlo, že budu stát v obchodě a přemýšlet, zda koupím lepší pečivo, nebo jen bílé rohlíky. Ta doba přišla nedávno a donutila nás znovu přemýšlet nad hodnotami lidského života i toho, jakým způsobem nám životy dokázala ovlivnit rakovina. Finanční ztráty, jeden plat a invalidní důchod nejsou pro rodinu v dnešní době spásné. Ale příspěvky Dobrých andělů ano! Bez Vás bychom nezvládli jediný den. Z celého srdce děkujeme."*

Chcete se stát Dobrým andělem i Vy? Je to jednoduché. Stačí se zaregistrovat na www.dobryandel.cz a začít přispívat libovolnou částkou. Prostřednictvím svého Andělského účtu pak můžete sledovat, které konkrétní rodině jste pomohli. Nadace Dobrý anděl garantuje, že veškeré příspěvky dárců odevzdá rodinám, které se potýkají s vážným onemocněním jednoho ze svých členů, do posledního haléře.

I tento nový rok je dobrou příležitostí přestat kouřit



Mezi pravidelná novoroční předsevzetí patří přestat kouřit. Tři nejhlavnější důvody, které kuřáky k tomuto kroku vedou, jsou zdraví, finance a rodina. Každý z těchto důvodů je pochopitelný a jistě chvályhodný.

Není jediná oblast medicíny, která by kouřením nebyla zasažena, kouření způsobuje celou řadu chorob. První jistě každého napadnou choroby dýchacích cest. Dobře znám je chronický kuřácký kašel způsobený poškozením řasinkového epitelu dýchacích cest a nemožností vykašlat hlen, dále zhoršení astmatu či rozvoj chronické plicní choroby a nejzávažnější následek pak rakovina plic.

Ale kouření se také podílí na vzniku řady chorob kardiovaskulárního aparátu, je riziko pro vznik infarktu myokardu s možností náhlé smrti, zejména u kuřáků pod 60 let věku. Kouření je také hlavním rizikem vzniku aneurysmatu břišní aorty, cévní mozkové příhody. Víte, že cigareta dokáže zvýšit krevní tlak a tepovou frekvenci? Tyto změny pak přetrvávají až 30 minut. Kuřáci mají častěji a v průměru o 10 let dříve postiženy cévy dolních končetin. Toto postižení se projevuje bolestí končetin při chůzi - klaudikací, přičemž vzdálenost, kterou je schopen kuřák urazit se stále zkracuje. Tento stav může vyústit v nutnost operace, ovšem u kuřáků probíhají zákroky na cévách s menším úspěchem a riziko amputace dolní končetiny je u kuřáků vyšší než u nekuřáků. Kouření také zhoršuje celou řadu již probíhajících chorob, například diabetes, osteoporosu, vertebrogenní obtíže a rovněž snižuje účinnost léků používaných při jejich léčbě. Při léčbě nádorů je účinnost chemoterapie a radioterapie nižší, kuřáci ji hůře tolerují. I při běžných chirurgických operacích jsou kuřáci rizikovými pacienty a zůstávají na nemocničním lůžku v průměru o dva dny déle proti nekuřákům. Kouření neškodí jen kuřákovi samotnému, ale škodliviny obsažené v cigaretovém kouři, kterých je mimochodem 4000, mají potenciál vyvolat onemocnění i u lidí v kuřákově okolí vystavených pasivnímu kouření. Tito lidé jsou rovněž ohrožení kardiovaskulárními chorobami, dokonce i rakovinou plic.

Zvláště vnímavé jsou k účinkům cigaretového kouře děti v kuřákově okolí. Je u nich častější výskyt infektů dýchacích cest, zánětů středouší. Po vzoru dospělých se i ony častěji stávají kuřáky. Kouření dokonce zkracuje život domácích mazlíčků v kuřákově domácnosti. Mnoho lidí si v novém roce povzdechne, zas o rok starší. Kouření zužuje drobné cévy v kůži, pleť je hůře vyživená a stárne rychleji, z tohoto důvodu ztrácejí kuřáci dříve vlasy, hůře vidí a slyší. Hůře se také hojí kosmetické operace a mají u kuřáků kratší efekt. Je to jen zlomek všech chorob a komplikací, které cigareta svému uživateli přináší a ohrožuje i nekuřáky v jeho okolí. Je proto nanejvýš zodpovědné rozhodnutí s kouřením přestat. Nevadí, že za sebou máte třeba několik nepodařených pokusů. Víte, kterých chyb jste se dopustili a příště je nebudete opakovat. Protože kouření není nešvar nebo zlozvyk, ale je to choroba, rádi vám s její léčbou pomohou v Centru pro závislé na tabáku při plicní klinice FN Motol.

Tato závislost má dvě složky - psychickou závislost - zjednodušeně vaše kuřácké rituály a fyzickou závislost - bažení mozku po nikotinu a s tím spojenou celou řadu nepříjemných abstinenčních příznaků.

Obě tyto závislosti vám pomůžeme řešit, k potlačení abstinenčních příznaků vám pak doporučíme vhodnou terapii, která výrazně zvýší procento úspěšnosti vaší léčby.

Vykročte tedy do nového roku správným směrem, směrem k nekuřáctví, k Centru pro závislé na tabáku.

text: MUDr. Soňa Csemyová

Foto: iStock

lék Wobenzym®



Urychluje hojení po úrazech.

- ✓ nejúčinnější při zahájení léčby co nejdříve po úrazu
- ✓ vhodná součást cestovní lékárničky

Lék Wobenzym urychluje hojení po úrazech, posiluje oslabenou imunitu a pomáhá při léčbě opakovaných zánětů bakteriálního i virového původu. Proto je dobré ho mít při sportu i na dovolené s sebou.

www.wobenzym.cz

Wobenzym je tradiční lék z přírodních zdrojů k vnitřnímu užití. Čtěte pečlivě příbalovou informaci. Konzultace s lékařem na tel.: 800 160 000. MUCOS Pharma CZ, s.r.o., Uhříněveská 448, 252 43 Průhonice.



Stolice pomáhá! O transplantaci stolice v léčbě syndromu dráždivého tračníku

Ve spolupráci s Interní klinikou 3. LF UK a Thomayerovy nemocnice probíhá na Ústavu lékařské mikrobiologie 2. LF UK a FN Motol laboratorní část projektu zaměřeného na terapii syndromu dráždivého tračníku (IBS, z angl. Irritable bowel syndrome). Jedná se o moderní postup v podobě fekální mikrobiální transplantace, která se již úspěšně využívá v léčbě těžké formy nebezpečného klostridiového zánětu tlustého střeva.

Obtěžuje vás často nutkání na stolici při sebemenší stresové situaci natolik, že si předem zjišťujete, kde je nejbližší toaleta? S trochou nadsázky je právě toto nejčastější projev funkčního onemocnění zažívacího traktu zvané „syndrom dráždivého tračníku". A pravděpodobně jste již podobné stížnosti od někoho slyšeli, jelikož se IBS vyskytuje téměř u 10 % dospělé europidní populace. Co je však jeho přesnou příčinou, moderní medicína stále přesně neví. I to se skrývá v označení „funkční onemocnění". Jinými slovy, dostupnými diagnostickými metodami nelze jasně prokázat příčinu vzniku onemocnění. Roli zřejmě hrají zánět ve střevě, zvýšená propustnost střevní sliznice, porucha osy mozek-střevo a dost možná největší roli pak tzv. střevní dysmikrobie (dysbióza), tedy změna složení střevní mikrobioty od stavu, co se dá považovat za „normální" pro jinak zdravou osobu v daném regionu. Vzhledem k nejasné příčině jsou i omezené možnosti léčby. Jednou z nich je poměrně drastická dieta s názvem FODMAP, která omezuje až vyřazuje příjem fermentovatelných oligosacharidů (vyskytují se např. v cibuli, česneku, luštěninách), disacharidů (zejména laktózy v mléčných výrobcích), monosacharidů s nadbytkem fruktózy (fruktózová sladidla, med, ovoce a ovocné šťávy) a polyolů (sladidla jako např. sorbitol, xylitol, maltitol). Vzhledem k výše zmíněným změnám střevní mikrobioty se jako další možnost nabízí její modulace prostřednictvím transplantace stolice od zdravého dárce.

Zní to možná jako sci-fi, ale právě cizí stolicí se již přes 10 let úspěšně léčí těžké formy klostridiové kolitidy, závažné infekce střeva spojené s nemocniční péčí, po selhání antibiotické terapie.



Úspěch FMT u klostridiové kolitidy kolísá dle různých metaanalýz mezi 65 až 95%, což je stále více než u standardní léčby antibiotiky.

Na první pohled se zdá aplikace cizí stolice jako něco nepředstavitelného, avšak pro těžce nemocné pacienty je to život zachraňující výkon.

Však o tom věděli již ve staré Číně. Vzhledem k úspěchům FMT se začalo uvažovat i o dalších střevních nemocech, kde by se transplantace stolice mohla uplatnit, a to včetně IBS. Jednu z nejlepších prací na toto téma publikoval v roce 2015 v časopise Lancet Gastroenterology tým norských výzkumníků. Jejich výsledky ukazují na signifikantní zlepšení symptomů u nemocných s IBS po aplikaci dárcovské stolice. Proč však FMT zafungovala, nemohlo být přesně zodpovězeno, jelikož kolegové z Harstadu, které jsme navštívili v rámci vědeckého mítinku, z finančních důvodů neanalyzovali střevní mikrobiom. A to je jeden z klíčových bodů, ve kterém se liší náš projekt s gastroenterology z Thomayerovy nemocnice, který je designovaný jako randomizovaná dvojitě zaslepená, placebem kontrolovaná intervenční studie s překříženým designem využívající směsnou mikrobiotu od zdravých dárců.

Co to vlastně přesně znamená?

Ani my, ani pacienti nebudeme vědět, kdo dostane placebo. (stolice, ale s usmrcenými bakteriemi) a kdo aktivní substanci (stolice s živými mikroby). Díky překříženému designu se navíc snižuje riziko zavádějících efektů. Směsná mikrobiota je stolice od sedmi zdravých dárců, jejichž střevní mikrobiom se nejvíce odlišuje od nemocných pacientů. Mixováním stolic více dárců se totiž výrazně zvyšuje diverzita (různost a bohatost) darované stolice, která je považována za jeden ze znaků „zdravé“ střevní mikrobioty. Příprava aktivní substance je tak zásadním krokem v průběhu celé studie. A právě v tomto bodě se nyní nachází úsilí našeho mikrobiologického týmu.

Prvním a klíčovým bodem v přípravě vhodné dárcovské substance je správný výběr samotných dárců. Obecně platí, že mladí dospělí na tom s diverzitou bývají lépe, proto jsme využili přívětivosti pedagogů 2. lékařské fakulty a v loňském roce oslovili studenty 1. ročníku Všeobecného lékařství. Jak již bylo zmíněno, darování stolice sice zachraňuje životy, ale stále nedosahuje honosnosti darování krve. Nejenom dárci krve mohou zachraňovat životy. Naše očekávaní proto nebyla příliš vysoká, ale k našemu obrovskému překvapení se našlo přes 50 mediků, kteří byli ochotni pomoci nemocným i přes určitý dyskomfort spojený se získáváním materiálu. K těm se přidalo ještě několik dalších zájemců a z celkového počtu 60 potenciálních dárců jsme analýzami střevního mikrobiomu (pomocí profilování 16S



rDNA) a skríninkem, mj. na přítomnost rezistentních mikrobů, vybrali sedm statečných (z toho šest mediků 2. LF UK). Ti, kteří nám několikrát v týdnu chodí darovat cenný biologický materiál. Jeho zpracování musí být rychlé, aby během transportu nedošlo ke znehodnocení materiálu, tedy aby anaerobní bakterie, běžně obsažené ve stolici, nebyly příliš dlouhým pobytem na vzduchu nahrazené těmi žijícími v aerobních podmínkách, jež se běžně ve stolici nacházejí méně. Vzhledem k potencionálnímu infekčnímu riziku je nutné pracovat v laminárním boxu za sterilních podmínek (viz. obrázek). Zpracování darovaného materiálu, jeho skladování a údržba aparatury, je tak při vysoké frekvenci návštěv poměrně náročným úkolem a nezřídka vyžaduje brzké ranní směny či naopak pozdní večerní "šichty". Vzhledem k epidemiologické situaci je navíc nutné dárce pravidelně testovat i na přítomnost nového typu koronaviru ve stolici. To vše naštěstí skvěle zvládá nepostradatelný člen našeho týmu - Bc. Lucie Vodolánová (na fotografiích), která se kromě laboratorní výzkumné činnosti zvládá i náročné studium mikrobiologie na Přírodovědecké fakultě.

Pod vedením prof. MUDr. Ondřeje Cinka, Ph.D. tak projekt finišuje svou přípravnou část a v příštím roce můžeme očekávat první aplikace léčebné substance. Nebylo by to však možné bez mediků současného druhého ročníku Všeobecného lékařství 2. LF UK. Díky jejich ochotě pomoci nemocným může náš projekt vůbec dále existovat. Všem těm odvážným duším patří velké díky, stejně jako i as. MUDr. Jiřímu Uhlíkovi, Ph.D. z Ústavu histologie 2. LF UK a prof. MUDr. Davidu Kachlíkovi, z Anatomického ústavu 2. LF UK, kteří nám nabídli pomocnou ruku při oslovení budoucích dárců. Dašlí poděkování si zaslouží tým mého pracoviště, Ústavu lékařské mikrobiologie 2. LF UK a FN Motol, který se stále podílí na průběžném testování stolic dárců. Střevní mikrobiota se již ve vědeckých kruzích považuje za nový orgán. Stejně jako transplantace ledvin, jater, srdce či plic dokáže i darování zdravé střevní mikrobioty zachránit lidské životy. Víme to již z případů těžkých forem klostridiové kolitidy a věříme, že naším inovativním projektem dokážeme pomoci i velkému počtu pacientů s IBS, kteří jsou kvůli svým obtížím téměř vyloučeni z normálního života. I stolice pomáhá!

Kdyby se snad mezi čtenáři našel někdo, koho sužuje IBS a měl by zájem o vstup do studie, nechť se přihlásí na emailu jakub.hurych@lfmotol.cuni.cz. Děkujeme!

text: MUDr. Jakub Hurych
foto: David Černý



Ivana Hindráková

Pracoviště: Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol - Jednotka intenzivní péče

narozena: 7. 9. 1987, v Hořicích
vystudovala: Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná zdravotnická škola Mladá Boleslav
představa o povolání: Pracovat s lidmi, mít kolem sebe prima kolegy (jako mám nyní).
nejoblíbenější činnost: hlídání synovců Albertíčka a Arnoštka
představa ideální dovolené: Cestovat s batohem na zádech po celém světě, přespávat u místních lidí doma a tím alespoň trochu nahlédnout do jejich způsobu života a kultury. A samozřejmě přiučit se něčemu z místní gastronomie.
oblíbená kniha / film: Mám ráda filmy a knížky se zdravotnickou tématikou a samozřejmě pohádky.
životní motto/krédo: Nikdy nelituji žádného rozhodnutí, které udělám. S úsměvem není překážka, která by nešla překonat.

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

Ač je to asi častá odpověď na tuto otázku, přijde mi, že jsem to věděla odjakživa. A když jsem na základní škole začala chodit do zdravotnického kroužku, tak jsem se v tom jen utvrdila. Měli jsme skvělou paní učitelku Kůtovou, která s námi jezdila po soutěžích mladého zdravotníka a pomohla mi s přípravou na přijímací testy na SZŠ.

Vzpomínáte si na svůj první pracovní den ve FNM?

Samozřejmě. Byla jsem nervózní, jak kdybych šla znova k maturitě :-D Nastoupila jsem na dětské anesteziologicko-resuscitační oddělení. První den mě měla na starosti kolegyně Jiřinka, která svým přístupem odbourala během chvilky moji nervozitu. Po celém dni jsem odcházela domů s pocitem, že jsem přesně na tom pravém místě a s těmi správnými lidmi.

Pracujete na jednotce intenzivní péče Pediatrické kliniky. Co Vás přivedlo právě k tomuto oboru?

Začalo to jako výzva. Po nějaké době, co jsem pracovala na jednotce intenzivní péče u dospělých pacientů, jsem měla potřebu se dále rozvíjet. S dětskými pacienty jsem se poprvé setkala, když jsem pracovala na ostrově Lombok v Indonésii. Nástup do Fakultní nemocnice v Motole je jedno z mých nejlepších rozhodnutí, které jsem doposud udělala. A na naší JIPku mě přivedly dvě moje kolegyně a velmi dobré kamarádky, které také pracují v dětské části nemocnice.

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

To je otázka, kterou si poslední dobou kladu velmi často. Měl by to být člověk, který dokáže každému pacientovi nabídnout kousek sebe (obrazně řečeno), je empatický, pravdomluvný, upřímný a pokorný. V neposlední řadě by se měl stále rád vzdělávat a být týmový hráč.

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

Potěší mě každý pacient, který se přijde na JIPku podívat po propuštění z nemocnice, pošle pohlednici nebo třeba přinese obrázek.
Jak relaxujete, co je podle Vás ten nejlepší odpočinek?
Běhání! To je ten nejlepší odpočinek. A to mi připomnělo, že jsem už pěkně dlouho nebyla běhat:-)

Jaký byl Váš největší dětský sen?

Přiznám se, že na největší dětský sen si teď zrovna nevzpomenu, ale průběžně se snažím si svá přání a sny plnit. Momentálně jich mám ještě asi 86:-) Jedno takové dlouholeté přání, které jsem si ještě nestihla splnit je pracovat pro MSF (Lékaři bez hranic).

Máte nějaký zaručený recept na zvládání stresu?

SESTRY JAK JE NEZNÁTE







Sladké:-) Ale zaručený recept to asi úplně není. Snažím se se do stresu nedostat nebo se mu spíše nepoddávat. Samozřejmě jsou i chvíle a situace, ve kterých se necítím komfortně. Ale občas je dobré vystoupit ze své komfortní zóny.

Kdy jste se naposledy ze srdce zasmála?

Když jsem se svými synovci hrála pantomimu a snažila se napodobit některá zvířátka...naštěstí mají kluci velkou představivost. Dneska jsme se od srdce zasmáli, když nás přišel navštívit náš chronický pacient a na otázku:„Co bys chtěl od Ježíška?“, jsme dostali odpověď, ať nejsme zvědavé. Upřímná, bezprostřední odpověď:-D

Existuje někdo, kdo je pro Vás životní inspirací?

Existuje. Je to můj velmi dobrý přítel, bez kterého bych dnes nebyla tam, kde jsem. Poznala jsem několik lidí, o kterých můžu říct, že byli a stále jsou pro mě inspirací, i když s některými se už nepotkám.

text: Ivana Hindráková | foto: David Černý & Ivana Hindráková archiv

Nejtěžší je mlčet a čekat na odpověď...

Rozhovor se zdravotní sestrou Magdalenou Turchichovou o práci v Konziliárním týmu paliativní a podpůrné péče, který nabízí specializovanou péči o dospělé pacienty v konečné fázi závažného onemocnění ve FN Motol. Jaká je náplň práce zdravotní sestry v paliativním týmu, jak se daří tento trend představovat spolupracovníkům i pacientům a jak obohacuje současnou péči v nemocnicích? Přečtěte si v následujícím rozhovoru.

PROČ JSTE SE ROZHODLA VĚNOVAT PALIATIVNÍ PÉČI?

Nemám zálibu v definicích a prohlášeních různých institucí, ale jsou dokumenty, které mě zaujaly, protože shrnují důležité zásady, které je dobré tvůrčím způsobem uvádět do praxe. K těm patří i dokument, který je známý jako Charta práv umírajících (celým názvem „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících"). V roce 1999 ji vydala Rada Evropy, jejímž posláním je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.

Při čtení Charty si uvědomuji, jak je v praxi někdy těžké tyto zásady naplnit. Chybí prostor pro soukromí umírajících, čas na vyslechnutí obav a přání nemocného a v provozu na oddělení není ani dostatek času na podporu jeho blízkých. Daly by se najít další příklady překážek, které brání kvalitní paliativní péči a které se snaží zdravotnický personál někdy s dost velikým nasazením překonat. Většinou to dělá na základě znalostí ze svého oboru a z vědomostí z obecné paliativy, ale i z vlastní vnímavosti a empatie. Charta práv umírajících nemluví jen o právech lidí, kteří umírají nebo jsou těžce nemocní, ale upozorňuje, že kvalitní paliativní péče je ohrožena mimo jiné malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu na odděleních, která se zabývají specializovanou paliativní péčí (paliativní odd., hospice) i na ostatních odděleních. Nezastupitelnou roli v rozvoji paliativní péče má i Česká společnost paliativní medicíny, jejíž členové se zapojují do diskuzí o paliativních postupech a rozhodovacích procesech a do jednání o vhodném způsobu úhrady ze zdravotního pojištění pro různé formy paliativní péče. To je jeden z důvodů, proč vznikl projekt Ministerstva zdravotnictví ČR na podporu Konziliárních týmů podpůrné a paliativní péče v nemocnicích (dále KTPPP), s cílem zmapovat jejich možnosti a efektivitu. Do tohoto projektu se podařilo zapojit i FN Motol.

POPÍŠETE NÁM, JAK PRACUJE KONZILIÁRNÍ PALIATIVNÍ TÝM VE FN MOTOL?

Každý tým má svůj charakter a týmová spolupráce je v něm trochu jinak nastavena. Záleží také, v jakém typu zdravotnického zařízení tým působí. V nemocnici, kde jsou paliativní lůžka, vypadá jeho práce jinak než v nemocnici, kde tato lůžka zřízena nejsou. Situace je jiná, pokud nemocnice zároveň provozují domácí hospicovou péči nebo paliativní ambulanci. Bez ohledu na okolnosti a prostředí členové konziliárních týmů vždy respektují přání pacienta. Ptáme se, zda s námi nemocný chce hovořit, jak chce být informován o své nemoci, o prognóze svého onemocnění, jestli můžeme informovat jeho nejbližší i zda za nemocným můžeme znovu přijít. Rozhodující je pro nás stanovisko nemocného. Posláním konziliárního paliativního týmu pro dospělou část je ve spolupráci s primárním týmem najít optimální řešení pro pacienta s nepříznivou prognózou onemocnění. Neúčastníme se přímé péče o pacienta, ale když je třeba, tak ji na přání ošetřujícího lékaře doplňujeme. Naše konzilia se mohou týkat spolupráce při sdělení závažné diagnózy a prognózy, nastavení terapie u léčebně těžko ovlivnitelných symptomů, určení limitace péče, zhodnocení potřeb pacienta podle jeho preferencí a sociální situace. Důležitá je komunikace jak s pacientem, tak s jeho rodinou. Tým ve FN Motol může být přizván ke spolupráci kterýmkoliv lůžkovým oddělením. Při hledání další návazné péče, kdy má být například pacient propuštěn domů, oslovujeme externí zdravotnické služby - mobilní hospice, domácí zdravotní agentury, spolupracujeme s praktickým lékařem nemocného. V případě překladu do jiného zdravotnického zařízení kontaktujeme lůžkové hospice či nemocniční paliativní oddělení. Koordinace spolupráce s jednotlivými ambulantními a terénními službami je často časově i komunikačně náročná. Na primárních odděleních, kde je nemocný hospitalizován, na takový objem práce většinou není dostatečný časový prostor.

JAK SI MŮŽEME PŘEDSTAVIT NÁPLŇ PRÁCE ZDRAVOTNÍ SESTRY KTPPP?

Ve zkratce bych práci sestry v současné podobě fungování konziliárního paliativního týmu popsala jako činnost ve třech rovinách: První část naší práce je soustředěna na podporu pacienta a jeho blízkých. K tomu nám pomáhá spolupráce se členy primárního ošetřujícího týmu a samozřejmě i spolupráce s ostatními členy našeho paliativního týmu. Tuto činnost bych mohla popsat jako pomoc při plánování poslední části života nevyléčitelně nemocného. Někdy má nemocný před sebou měsíce, jindy dny, někdy jen hodiny... a i to má vliv na tvorbu plánu.

Druhá rovina naší práce je práce pro projekt – to znamená sbírání dat za naši profesi (intervence zdravotní sestry) a shromažďování dat od všech členů týmu (lékař, sociální pracovník, klinický psycholog, pracovník spirituální péče). Do naší práce pro projekt patří i spolupráce na propagaci paliativní péče. Zároveň máme také povinnost prohlubovat si vědomosti z paliativní péče a dovednosti v komunikaci.

Třetí rovina zahrnuje spolupráci s kolegy z různých oddělení a



spolupráci s profesemi, se kterými se běžně na oddělení nepotkáme. Mezi ně patří například farmakolog. Jsou i profese, se kterými jinak spolupracuji na oddělení a jinak z pozice paliativního týmu. To jsou pracovníci spirituální péče ve FN Motole. Moje specifikum je, že nepracuji v Motole jen v paliativním týmu, ale i na oddělení CNP. Jsem za to ráda, protože mi to stále připomíná jakým obtížím celý mé kolegyně v provozu u lůžka.

A JAK TEDY VYPADÁ VÁŠ BĚŽNÝ PRACOVNÍ DEN V KTPPP?

Během dne kontroluji požadavky na konzilia, která v systému UNIS zadává ošetřující lékař nemocného na jednotlivých odděleních naší nemocnice. Požadavky na konzilia mohou přijít i telefonicky na služební mobil našeho týmu, který mám u sebe. Po převzetí požadavku na konzilium lékař KTPPP stanoví termín konzilia na oddělení pacienta. Na první konzilium většinou lékaře doprovázím. Získávám informace z dokumentace, od kolegyň z primárního týmu a jsem u rozhovoru našeho lékaře s ošetřujícím lékařem pacienta. Při návštěvě u lůžka nemocného vede rozhovor lékař. Pro naši komunikaci s pacientem nám ve velké většině případů chybí jedna důležitá věc, a to je soukromí. Stává se poměrně často, že nemocný není schopen opustit lůžko a hovor o osobních a důvěrných věcech musíme vést na pokoji v přítomnosti spolupacientů. Na další návštěvy chodí jednotlivé profese týmu samostatně. Já během svých návštěv sleduji změny stavu nemocného. Čerpám informace z dekurzu a ošetřovatelské dokumentace – medikace, infuzní terapie, defekty atd. Nejdůležitějším zdrojem informací jsou pro mě kolegyně z primárního týmu. Ptám se jich na symptomy, které v ošetřovatelské péči běžně sledují a na to, jak ony vnímají změny stavu nemocného. Jejich postřehy jsou důležité. Pokud působí u nemocného fyzioterapeuti, zajímá mně i jejich pohled. Nemocného se ptám na to, jak se cítí, na obtíže a jak on sám vnímá jejich zvládání. Podle vývoje zdravotního stavu se dále nastavuje plán péče. Po první návštěvě lékaře, kdy většinou lékař sděluje závažné informace, je třeba, aby nemocný měl čas takovou zásadní informaci zpracovat a mohl o ní s někým mluvit. Proto se při své samostatné návštěvě nemocného ptám, jaký je jeho pohled na sdělenou informaci, zda všemu rozuměl a nepotřebuje něco objasnit.

> "Dávám nemocnému prostor k vyjádření obav a přání."

Samozřejmě odpovídám na otázky. Někdy se nemocný ptá na informace, které může podávat jen lékař. Protože jsem dost často přítomná u setkání, kdy lékař sděluje informace o zdravotním stavu, mohu vést hovor tak, že dotazy dovedu nemocného, aby si připomněl, co mu již lékař řekl dříve. Ale jsou otázky, na které odpovídám, že nevím, a odkazuji nemocného na lékaře, nebo domluvím setkání s lékařem. Někdy dostávám otázku: „Co byste dělala vy na mém místě?" Musím odpovědět, že nejsem na místě nemocného a nemám návody na životy druhých lidí, ale zároveň se snažím nemocného podpořit a povzbudit k hledání zdrojů opory v jeho životě a v jeho okolí. Někdy se nemocný ptá na mou osobu, ale často je to jen útěk z nepříjemné situace, od nepříjemných informací, pak je mou prací vrátit plynule hovor zpět k tématu. My jsme u nemocného proto, aby mohl on vyprávět své názory, své zkušenosti a nalézal svá řešení pro svojí situaci. Vědomosti o aktuálním stavu nemocného mi pomáhají ve formulování otázek, abych nemocnému pomohla se dívat na jeho situaci realisticky. A to zejména, když je v plánu propuštění nemocného do domácího prostředí. Když vidím, že na nemocného celá situace intenzivně dolehla a potřebuje pomoc psychologa, nabídnu mu jeho návštěvu. Jsem také přítomna při takzvaných rodinných konferencích. Takových setkáních se účastní lékař, sestra, osoby nejbližší nemocnému a pokud je toho schopen a přeje si to, účastní se i nemocný. Někdy u rodinné konference spolupracuje sociální pracovnice. Když předpokládáme, že komunikace s rodinou bude komplikovaná nebo i víme předem o konkrétním problému, je k setkání přizvána psycholožka. Mezi naše nemocné patří i nemocní, kteří jsou hospitalizováni na odděleních Centra následné péče (dále CNP). Většina se ve spolupráci s rodinou rozhodne zůstat na CNP, protože jim péče na těchto odděleních vyhovuje. V současné době, kdy nejsou možné u hospitalizovaných návštěvy nejbližších, tak se souhlasem nemocných oslovujeme rodiny a snažíme se jednou týdně pomocí tabletu zprostředkovat videosetkání nemocného s rodinou. Videosetkání mají svá omezení a rodiny na to připravujeme. U některých nemocných nám rodiny posílají videa z rodinného života a my je nemocným pouštíme. Někteří nemocní hospitalizovaných na CNP se s rodinnými příslušníky rozhodnou na propuštění do domácího prostředí, nebo překladu do hospice, nebo na paliativní oddělení, tam naše intervence probíhají podobně jako na jiných odděleních mimo CNP. O každé své návštěvě u nemocného udělám zápis a také vyplním dokumentaci pro projekt.

MOHLA BYSTE POPSAT TROCHU PODROBNĚJI KOMUNIKACI S NEMOCNÝMI?

Komunikaci s nemocnými mohu zjednodušeně rozdělit do několika kategorií. Otázky, podpůrné a oceňující věty a edukace. Díky tomu, že se ptám, tak se dozvídám informace, které nám více přibližují nemocného, dozvídáme se mimo jiné, jakou má nemocný oporu ve svých blízkých a jaké jsou jeho možnosti na pobyt doma. To nám dovoluje v týmu naplánovat reálnou nabídku budoucí péče. Otázky nemocného dovedou k přemýšlení a řešení důležitých problémů, které by ho jinak nenapadly. Při našich setkáních s nemocnými se snažím podpořit pacienta i krátkou větou – ve které oceňuji co prožil, co dobrého udělal, nebo jak statečně snáší své obtíže. Říkám to proto, aby si nemocný uvědomil svou cenu a že je vnímána. Jsem u sdělení těžkých informací, a když se mě nemocný s odstupem ptá, jestli si myslím, že to, co mu řekl pan doktor je pravda, říkám ano. Často vidím, jak nemocný čeká a doufá, že řeknu ne. Ale touto otázkou pacienta hovor nekončí, a tak já nebo další členové našeho týmu mohou nemocného pokračováním hovoru podpořit a "změkčit" dopad této informace. V našich hovorech se objevuje i edukace. Pacienti chtějí informace o sociálních a zdravotních terénních službách, o kompenzačních pomůckách, o různých možnostech lůžkových zařízení (lůžkový hospic, paliativní oddělení, LDN). Mluvíme i o možnostech finančního zajištění pro pečujícího, jako je příspěvek na péči nebo dlouhodobé ošetřovné. Na mé edukace o sociální problematice pak navazuje s podrobnějšími informacemi naše sociální pracovnice, která například vytipovává konkrétní terénní služby, podává žádosti a dělá další svou práci. Poměrně často musím vysvětlit, že není možné, aby se o ležícího nemocného staral jediný pečující člověk. Nemocný ani potencionální pečující si často nedovedou představit, co je doma čeká. Mám zkušenost z práce sestry v domácí zdravotní péči a tak se umím zeptat na podmínky, ve kterých péče o nemocného bude probíhat a vidím i úskalí, na které může péče o nemocného v domácím prostředí narazit.

CO JE PRO VÁS V KOMUNIKACI S NEMOCNÝM, NEBO RODINOU NEJTĚŽŠÍ?

Nejtěžší je mlčet a čekat na odpověď. Když je nějaká odpověď nejasná, tak si ji nesmím domýšlet, ale musím zase čekat, zda nemocný odpověď nerozšíří, nebo se musím zeptat znovu a jinak. Vymýšlet správné otázky, aby v nich nebyly návody na řešení je také dost těžké. Občas je těžké nechat nemocného jít cestou, pro kterou se sám rozhodl přes upozornění na obtíže a komplikace, které mu jeho volba může způsobit.

CO VÁS NEJVÍCE POTĚŠÍ PŘI TÉTO PRÁCI?

Tato otázka není jednoduchá. Asi by toho bylo více. Vzpomínám na jednoho ležícího onkologicky nemocného pána (55 let). Ze začátku stejně jako jeho paní odmítal jakoukoli pomoc. Po komunikaci s naším lékařem, se mnou jako sestrou a naší sociální pracovnicí a ve spolupráci s ošetřujícím týmem se podařilo dobře připravit propuštění. Manželka nemocného si nejprve myslela, že péči o ležícího manžela zvládne při zaměstnání. Po delším rozboru situace paní pochopila, že péče o ležícího nemocného v jedné osobě není možná. Rozhodla se na tři měsíce opustit zaměstnání a sociální pracovnice domluvila s ošetřující lékařkou zajištění dlouhodobého ošetřovného. Nemocný si se svou paní promyslil svůj stav a společně souhlasili se zapůjčením polohovacího lůžka a s péčí mobilního hospice. Pacient i jeho paní nejprve tvrdili, že nemají kolem sebe nikoho, kdo by jim při péči pomohl. Ale potřebovali pouze čas, aby si ujasnili, že kolem sebe mají docela dost přátel, kteří jsou ochotní manželce s péčí o manžela pomoci. Při propouštění z nemocnice jsem se nemocného ptala, zda mu nevadí, když mu za týden zavolám, jak se mu daří. Souhlasil. Když jsem mu podle domluvy po týdnu zatelefonovala, působil spokojeně a pozitivně a za telefonát byl rád. Líčil, jak se vrátil k psaní knihy o historii letectví, jak má kolem sebe v lůžku odbornou literaturu, chválil si, že má chuť k jídlu, byl rád za společnost a péči své ženy i za návštěvy a pomoc přátel. Když se objevily nějaké obtíže, vyřešili je lékaři a sestry z mobilního hospice. Pán zemřel asi za měsíc po propuštění, klidně, v přítomnosti své paní.

> "Další věc, která mě hodně těší je, když vidím jak některé kolegyně laskavě a profesionálně přistupují k pacientům."

Touto cestou bych ráda poděkovala kolegyním z oddělení za pomoc při naší práci.

Kontakty na náš tým a další informace o projektu MZČR lze najít na:
https://www.fnmotol.cz/prakticke-informace/paliativni-pece/dospela-paliativni-pece
https://paliativa.cz.



text: Magdalena Turchichová
foto: David Černý

NEGATIVNÍ REVERS U NEZLETILÝCH PACIENTŮ



Skutečně může rodič ukončit hospitalizaci svého dítěte kdykoli? Bez ohledu na jeho zdravotní stav a názor lékaře? Je obsah rodičovské odpovědnosti natolik široký, že umožňuje rodičům rozhodovat o poskytování zdravotních služeb jejich nezletilému dítěti absolutně?

Matka nezletilého pacienta, hospitalizovaného v nemocnici, se rozhodne hospitalizaci ukončit. Lékař toto rozhodnutí neschvaluje, matka, a později i otec, však na ukončení hospitalizace trvají. Dítě za několik dní oslaví narozeniny a rodiče si přejí, aby je neslavilo v nemocničním prostředí. Chtějí ho mít doma. Dojde k nedohodě, kdy lékař, s ohledem na zdravotní stav malého pacienta, ukončení hospitalizace odmítá. Rodiče trvají na tom, že jejich rozhodnutí je konečné a neměnné. Oni vykonávají rodičovskou odpovědnost vůči svému dítěti, oni tedy s konečnou platností rozhodují.

Jak vzniklou situaci řešit, aby to bylo řešení jak ve prospěch nezletilého pacienta, tak v souladu s platnou legislativou?

Pro odmítnutí zdravotní péče u nezletilých pacientů platí odlišná pravidla než u pacientů, kteří již nabyli zletilosti. Zletilý pacient, pokud je způsobilý k právně relevantnímu projevu vůle, může navrhované zdravotní služby odmítnout, a to i s vědomím nepříznivých zdravotních následků pro jeho osobu.

U nezletilých pacientů tomu tak není. Respektive není tak tomu vždy. Jak o poskytnutí zdravotních služeb, tak o případném odmítnutí, rozhodují nejčastěji rodiče nezletilého pacienta jako jeho zákonní zástupci. Případně i jiné osoby určené na základě soudního rozhodnutí. Nezletilý pacient však má právo do rozhodovacího procesu ohledně přijetí či odmítnutí zdravotní péče vstupovat dle své rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. V praxi se zpravidla jedná o pacienty, kteří se již blíží věku dospělých.

Jedná-li se o pacienta, který není schopen, vzhledem ke svému věku, rozhodnout o navrhované péči, a pokud rodiče odpírají potřebný souhlas, rozhoduje o poskytnutí péče lékař.

Nastane-li situace, že je třeba poskytnout pro záchranu života nebo zdraví nezletilého pacienta nutnou a neodkladnou péči, případný revers ze strany zákonných zástupců nelze akceptovat. Setkali jsme se s případem, kdy matka malého pacienta, která byla spolu s ním hospitalizována jako doprovod, žádala hospitalizaci ukončit. Žádala negativní revers. Argumentovala tím, že se s otcem dítěte na tomto postupu jednoznačně shodli. Argumentovala také tím, že rodičovská odpovědnost zahrnuje i péči o zdraví dítěte. Rodiče tedy mají, dle jejího názoru, právo pečovat a „absolutně rozhodovat".

S ohledem na skutečnost, že matka souhlas s hospitalizací svého dítěte odvolala a lékař vyhodnotil péči poskytovanou malému pacientovi jako nedkladnou, hospitalizace dále pokračovala bez souhlasu zákonného zástupce. Revers v tomto případě nebylo možno akceptovat. Jelikož postoj matky i otce zůstal nezměněn, byla hospitalizace nahlášena na příslušný soud jako hospitalizace bez souhlasu.

Po provedeném dokazování soud vydal rozhodnutí, dle něhož hospitalizace nezletilého pacienta proběhla a probíhá v souladu s platnou legislativou, neboť je žádoucí zamezit vážnému poškození zdraví a ohrožení života pacienta (kdy tuto hrozbu nelze odvrátit jinak).

Pro akceptaci reversu směrem k péči poskytované nezletilému pacientovi je tedy rozhodný charakter péče, která je odmítána. I v případě, že je revers řádně sepsán, a odmítnutá péče je péčí odkladnou, je třeba zvážit a vyhodnotit případné hlášení této skutečnosti na příslušný odbor sociálně právní ochrany dětí.



text: JUDr. Vladimíra Dvořáková
foto: iStock

ŘEŠENÍ DIAGNOSTICKÝCH ZÁHAD V NEUROGENETICE

Klinika dětské neurologie 2. LF UK a FN Motol se dlouhodobě zabývá péčí o pacienty s těžkou epilepsií, vrozenými poruchami vývoje mozkové kůry, tzv. malformacemi kortikálního vývoje (MCD), dědičnými neuropatiemi a jinými neurologickými onemocněními (nejen) na genetickém podkladě. Lékaři na klinice těmto pacientům v první řadě stanoví klinickou diagnózu, následně je léčí a dlouhodobě sledují. Tito pacienti trpí zejména epileptickými záchvaty, opožděním psychomotorického vývoje anebo poruchami hybnosti. Zároveň ale díky Neurogenetické laboratoři Kliniky dětské neurologie 2. LF UK a FNM (NGL KDN) a v intenzivní spolupráci s kolegy z Ústavu biologie a lékařské genetiky 2. LF UK a FNM dokážeme těmto pacientům nabídnout pokročilou genetickou diagnostiku pomocí metod masivně paralelního sekvenování. NGL KDN se zaměřuje jak na diagnostiku, tak na výzkum příčin neurologických onemocnění na genetickém podkladě.

RYCHLÝ ÚVOD DO GENETIKY - JAK SE V GENU OBJEVÍ CHYBA?

Lidská dědičná informace je zapsána pomocí čtyřech „písmen“ v molekule deoxyribonukleové kyseliny (DNA): A, C, T, G. Kombinace čtyřech písmen tvoří „slova a věty“ – tedy jednotlivé geny a na jejich základě si tělo vytváří aminokyseliny a bílkoviny, z kterých skládá všechny své buňky a tkáně. Pro stavbu lidského mozku potřebujeme milióny nervových buněk, tzv. neuronů. Jednotlivé neurony se během vývoje mozku dělí, a tak se jejich počet zmnožuje až do konečného počtu kolem 86 miliard. V průběhu dělení se do každé vznikající dceřiné buňky musí přepsat celá molekula DNA – a zde může nastat problém. Ačkoliv proces přepisu DNA funguje již od prvních dnů evoluce života na zemi, po celou tu dobu se v něm objevovaly chyby. Některé z těchto chyb odpovídají za vznik nových živočišných a rostlinných druhů, protože svému nositeli poskytovaly výhodu. Bohužel, jiné záměny písmen působí škodlivě. Chyby v přepisu se objevují náhodně, jako když pisatel na stroji přepisuje miliony a miliony stránek textu – někdy se to prostě stane. Existují látky a procesy, o nichž víme, že pravděpodobnost vzniku chyby zvyšují – např. toxické chemikálie nebo gama záření. DNA umí poškodit i některé viry, např. virus HIV, které svojí vlastní dědičnou informaci „dopisují“ do lidské DNA. V některých případech dokážeme najít konkrétní záměnu písmen na úrovni DNA, která je zodpovědná za pacientovy obtíže – ne vždy je to možné, ale optimalizace postupů a zavádění nových metod genomiky nám umožňuje dosáhnout takové diagnostické úrovně, která obstojí i v celosvětové konkurenci. A právě tomuto procesu hledání záměn v DNA se věnujeme v Neurogenetické laboratoři.





NEUROGENETICKÁ LABORATOŘ – JAK PROBÍHÁ DIAGNOSTIKA NEUROGENETICKÝCH ONEMOCNĚNÍ?

V týmu NGL KDN najdeme jak lékaře, tak molekulární biology-přírodovědce, informatiky a odborné laboranty a všichni se nezastupitelně podílí na cestě k objasnění genetické příčiny onemocnění.
Na začátku laboranti připraví vzorky DNA, která je následně „přečtena" pomocí metod masivně paralelního sekvenování – tato metoda nám umožňuje přečíst současně stovky a tisíce genů (tzv. panely genů a celoexomové sekvenování – WES), dokonce celý lidský genom (tzv. celogenomové sekvenování – WGS), v řádu několika týdnů. Sekvenační data následně prochází bioinformatickou analýzou, díky níž lze tato data zobrazit a hledat v nich záměny, tzv. varianty, odpovědné za onemocnění konkrétního pacienta. Lékaři, ve spolupráci s molekulárními biology, vyhodnocují takto zpracovaná data a srovnávají klinický obraz a průběh onemocnění u každého pacienta s nalezenými variantami. V současné době je právě interpretace variant největší výzvou. Moderní metody genomiky nám umožňují přečíst jakkoli velkou část lidského genomu. Správné zpracování a vyhodnocení dat vyžaduje kritický přístup a je klíčové pro úspěch. Celý vyšetřovací proces trvá řádově týdny až měsíce, ale může se protáhnout i na několik let, pokud u pacienta nalezneme variantu v genu, který doposud nikdo nepopsal jako příčinu daného onemocnění. V tomto případě se spolupráci s dalšími výzkumnými centry ve světě provádí další experimenty, včetně pokusů na zvířatech – cílem je prokázat, že varianta v doposud „nezajímavém" genu skutečně odpovídá za projevy nemoci.





NEUROGENETICKÁ LABORATOŘ – KTERÝM NEMOCEM SE VĚNUJEME?

Mezi vyšetřovanými nemocemi dominují dědičné neuropatie Charcot – Marie - Tooth (CMT). Dědičné neuropatie jsou nejčastější dědičná nervosvalová onemocnění. Projevují se zhoršující se svalovou slabostí a atrofiemi svalů, dříve na dolních a později většinou i na horních končetinách. Tvoří velice širokou skupinu onemocnění, kde se příznaky onemocnění mohou lišit mezi jednotlivými rodinami se stejným typem neuropatie, ale rozdíly mohou být i mezi postiženými členy jedné rodiny. Mezi další nemoci, které se v laboratoři vyšetřují, patří časné dětské epilepsie a tzv. epileptické encefalopatie (EE). Tato onemocnění se projevují zejména časným nástupem epileptických záchvatů, obvykle obtížně léčitelných, provázených opožděním psychomotorického vývoje dítěte. U podskupiny těchto pacientů vzniká epilepsie na podkladě strukturální odchylky anatomie mozku – tzv. malformace kortikálního vývoje (MCD). V NGL KDN se dále provádějí i vyšetření genetických příčin jiných více či méně vzácných neurogenetických onemocnění, např. hereditární spastické paraparézy, speciálního typu poruchy hybnosti a svalového napětí, dále dědičné poruchy sluchu, Nijmegen breakage syndromu, CCFDN syndromu a Pelizaeus Merzbacherovy choroby.

ZÁVAŽNÉ DĚTSKÉ ČASNÉ EPILEPSIE

Časné dětské epilepsie a epileptické encefalopatie (EE) jsou závažným onemocněním. Tito pacienti mají kromě obtížně zvladatelných epileptických záchvatů i opožděný mentální i motorický vývoj, případně jiné odchylky ve vývoji (např. poruchu autistického spektra). Většinou jde o izolované případy v rodině, takže ostatní členové rodiny sami epilepsii nemají. Příčina zůstávala v minulosti až na naprosté výjimky neobjasněná, což ve většině rodin vedlo k velkým obavám z rizika opakování u dalších potomků, k nejistotě a bohužel i k neopodstatněnému sebeobviňování rodičů, že nemoc svého dítěte mohli nevědomky způsobit. Moderní metody molekulární genetiky, zejména metoda masivně paralelního sekvenování (MPS), umožnily zásadní objevy mnoha genů, jejichž porucha může být příčinou EE. V naprosté většině případů, až v 80%, vznikají genetické varianty nově (de novo) v průběhu vývoje dítěte v děloze nebo při početí a nejsou tedy zděděné od rodičů. Geny zodpovědné za epilepsii nejčastěji kódují bílkoviny, které mají funkci přenašečů iontů (iontových kanálů) v nervových buňkách. Dle současného stavu poznání, až 30% všech časných dětských epilepsií a EE je podmíněno postižením jednoho genu (tzv. monogenně).Projekt výzkumu a diagnostiky genetických příčin těžkých dětských epilepsií funguje již 5 let. Na realizaci se podílí Klinika dětské neurologie spolu s Ústavem biologie a lékařské genetiky (obě pracoviště: 2. lékařská fakulta UK a Fakultní nemocnice Motol). V rámci projektu naše laboratoř jako první zavedla do diagnostické praxe genetické vyšetření závažných dětských epilepsií a epileptických encefalopatií, a dosud takto bylo vyšetřeno víc jak 450 pacientů (350 pacientů pomocí sekvenování panelu genů, 100 pacientů pomocí celoexomového sekvenování – WES). Příčinu onemocnění jsme objasnili u čtvrtiny pacientů. Zjistili jsme, že v naprosté většině případů jde o mutace de novo - tedy nově vzniklé, nepřítomné ani u jednoho z rodičů. Objasnění příčiny EE má velký přínos a význam jak pro pacienty, tak pro celou rodinu i pro společnost. Nalezení příčinné mutace ukončí tzv. diagnostickou Odysseu (nepokračuje další vyšetřování), u části objasněných případů je možné sdělit příznivou prognózu pro další děti v rodině a pro řadu objasněných pacientů je možné vybrat nejvhodnější léčbu.

MALFORMACE KORTIKÁLNÍHO VÝVOJE - CO SE STANE, KDYŽ SE NEURONY SPRÁVNĚ NEPOSKLÁDAJÍ

U podskupiny pacientů se závažnou epilepsií vychází epileptické záchvaty z ohraničeného ložiska mozkové kůry, případně je u nich celý mozek atypicky utvořen v průběhu vývoje v děloze. Vývoj mozku před narozením prochází několika složitými stádii a každé z nich řídí různé geny – v genech je zapsána informace o tom, jak má nervová buňka, neuron, vypadat, fungovat a jakou cestou se má vydat, pokud chce dojít na své správné místo v mozkové kůře. Pokud se ale informace v genu přepíše nebo vymaže, celá skupina neuronů zabloudí a místo spořádané šestivrstevné struktury mozkové kůry vznikne shluk rozsypaných buněk. Neurony se tak ocitnou mimo své předurčené místo, neví, jak se správně propojit s ostatními neurony, a tak začnou chaoticky pálit elektrické výboje. Navenek se tato abnormální neuronální aktivita projevuje jako epileptické záchvaty. Vzhledem k tomu, že neurony neplní svojí funkci, takto nemocné děti se často taktéž vyvíjí opožděně a nedosahují schopností svých vrstevníků. Části těchto pacientů lze pomoct epileptochirurgickou operací, při níž se chirurgicky odstraní část abnormální mozkové kůry odpovědné za vznik záchvatů. V ideálním případě po operaci pacienti již nemají epileptické záchvaty a postupem času se mohou začít zlepšovat i jejich mentální a motorické dovednosti.

ZVÍDAVOST A SPOLUPRÁCE – NEJLEPŠÍ CESTA K DIAGNOSTICKÉMU ÚSPĚCHU

Žádnou diagnostickou záhadu nelze objasnit osamoceně. Neurologové, kteří se na Klinice dětské neurologie a Neurologické klinice 2. LF UK a FNM věnují svým pacientům, poskytují pro účely diagnostiky zásadní informace o klinickém průběhu onemocnění. Genetici z Ústavu biologie a lékařské genetiky 2. LF UK a FNM doplňují diagnostickou mozaiku dalšími vyšetřovacími metodami a často si všimnou drobných změn ve výzoru pacienta – i to jsou informace, které nás přiblíží k definitivní diagnóze. Lékaři a sestry z Neurochirurgické kliniky dětí a dospělých 2. LF UK a FNM operují a starají se o děti i dospělé s epilepsií na podkladě malformací kortikálního vývoje – to by ale nebylo možné bez dokonalého zobrazení mozku díky specialistům z Kliniky zobrazovacích metod. Operačně odstraněnou abnormální mozkovou tkáň následně detailně popisují a zkoumají kolegové z Ústavu patologie a molekulární medicíny 2. LF UK a FNM. Úsilí všech zmíněných ale stojí na trpělivosti a odhodlání našich pacientů a jejich rodin, kteří nám umožňují je doprovázet na složité cestě k porozumění jejich nemocím.

text: MUDr. Barbora Beňová, Ph.D.
foto: David Černý

ZOBRAZOVACÍ METODY DOKÁŽÍ ODHALIT TÝRÁNÍ NEJMLADŠÍCH DĚTÍ

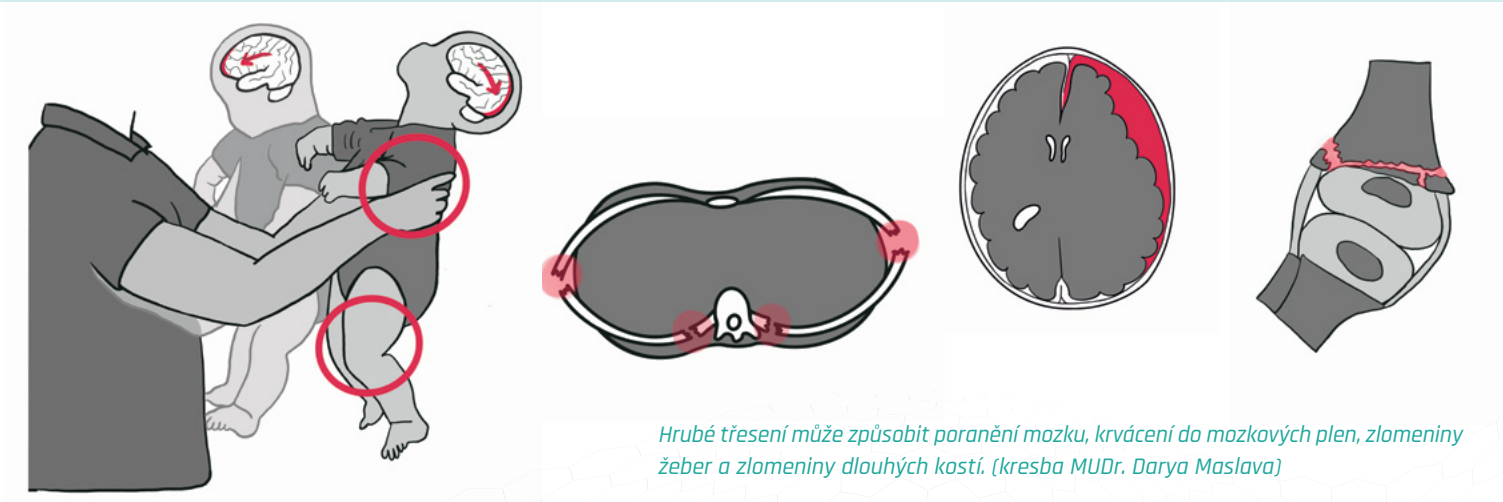
V roce 2019 bylo podle údajů Ministerstva práce a sociálních věcí v České republice zjištěno více než devět tisíc případů týrání dětí, z toho téměř šest set případů u dětí mladších jednoho roku. Dvě stě dětských pacientů bylo v souvislosti s týráním hospitalizováno a šest dětí na následky týrání zemřelo. Tato smutná čísla jsou však pravděpodobně pouze špičkou ledovce, protože o řadě případů týrání se vůbec nedozvíme. Při odhalování týraných dětí mohou významně pomoci zobrazovací metody, jako je rentgen, počítačová tomografie či magnetická rezonance.

Týráním jsou nejvíce ohroženy malé děti, zejména děti předčasně narozené nebo s chronickým onemocněním, a také děti z vícečetných těhotenství. Právě v této nejmladší a nejohroženější kategorii se přitom často jedná o poranění, která nejsou navenek zjevná. Rozšířená představa, že týrané dítě poznáme podle zevních poranění na těle (modřiny, popáleniny apod.) je pravdivá jen zčásti. Řada týraných dětí, zejména kojenců, má vnitřní poranění (poranění mozku, zlomeniny, poranění vnitřních orgánů břicha, krvácení do sítnice), přestože jejich pokožka nenese žádné stopy násilí. Poměrně rozšířená je také představa, že pachatele násilí jsme schopni rozpoznat podle jeho vzezření, chování a dosaženého vzdělání. Řada pachatelů se ve zdravotnickém zařízení dokáže chovat způsobem, který nevyvolává zvláštní pozornost, přestože doma se dopouštějí násilí na svých dětech a/nebo partnerech. Odhalit násilí páchané na nejmladších dětech je proto velmi obtížné a vyžaduje komplexní vyšetření, jehož součástí jsou zobrazovací metody.

NEJČASTĚJŠÍM SPOUŠTĚČEM NÁSILÍ PÁCHANÉHO NA KOJENCÍCH JE JEJICH PLÁČ.

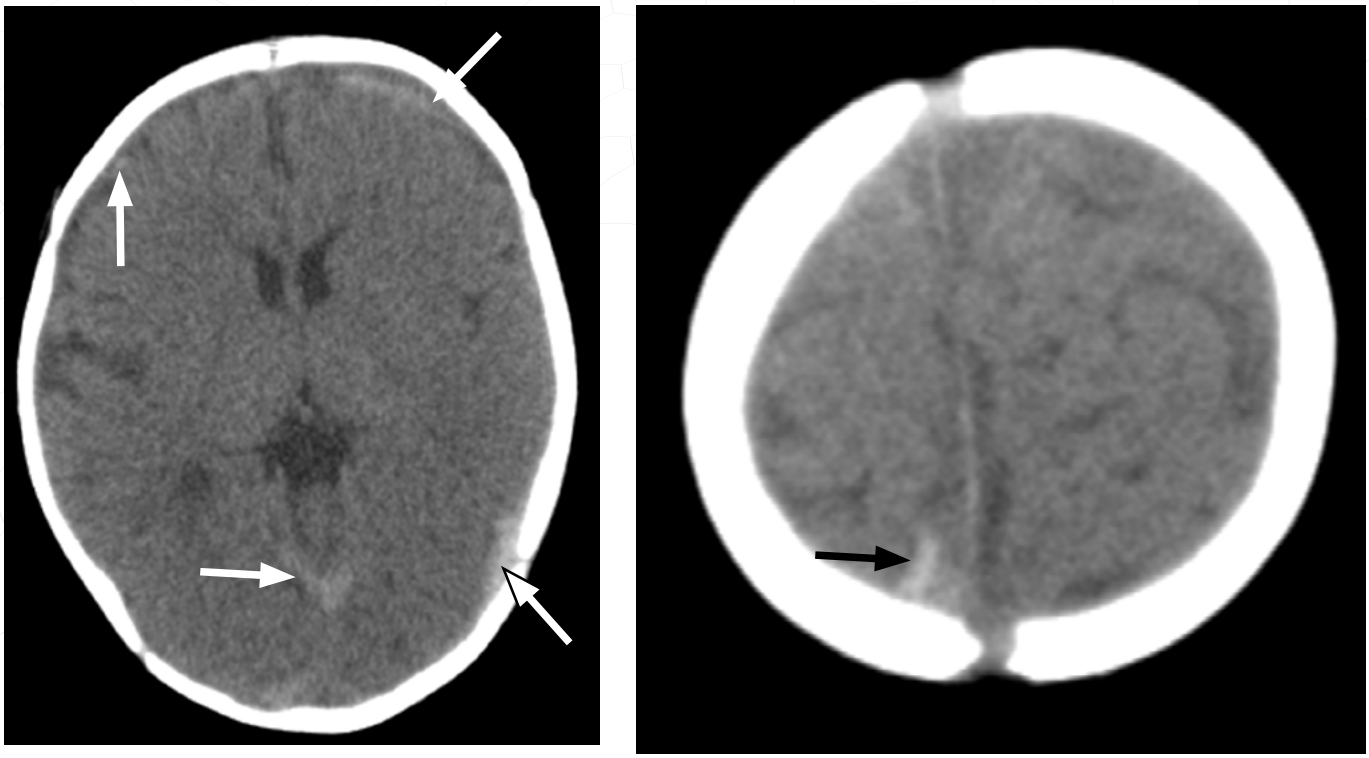
Nejčastějším spouštěčem násilí páchaného na kojencích je jejich pláč. (1) Rodič (nebo jiný dospělý, který má dítě v péči) v reakci na pláč dítětem třese nebo dítě přímo udeří. Třesení dítětem je v takových případech velmi hrubé, lze jej naprosto jednoznačně rozpoznat jako zjevnou agresi. Svědek takového jednání si ho nemůže splést s obvyklou manipulací s dítětem. Z dat ze soudních procesů s pachateli, kteří se k třesení dítětem přiznali, vyplývá, že příznaky poranění se u postižených kojenců objevily ihned po třesení, případně ještě během něj. Mezi tyto příznaky patří náhlé „zklidnění“ a ztišení dítěte, usínání, ztráta vědomí, ochabnutí svalstva, obtížné dýchání, zblednutí nebo zvracení. Během následujících hodin potom často dochází k rozvoji křečí, zvracení nebo k neurologickým příznakům. (2) Odhalit pravou příčinu těchto projevů u dětí, které se dostanou do zdravotnického zařízení, je obtížné z několika důvodů. K lékaři se často dostávají s významnou časovou prodlevou, ke třesení dochází ve většině případů opakovaně, a anamnéza udávaná rodiči je často zavádějící nebo nepravdivá.

K čemu vlastně při hrubém třesení dítětem dochází? Pachatel zpravidla rukama obemyká hrudník dítěte a třesením způsobuje nekontrolovaný pohyb hlavičky dítěte dopředu a dozadu, což může vést k poranění mozku, krvácení do mozkových plen a sítnice, a v některých případech také k poranění krční páteře. Současně se nekontrolovaně pohybují také horní a dolní končetiny dítěte, což může způsobit drobné zlomeniny na koncích dlouhých kostí. Při třesení také dochází ke kompresi hrudního koše, následkem čehož mohou vznikat zlomeniny žeber.



Hrubé třesení může způsobit poranění mozku, krvácení do mozkových plen, zlomeniny žeber a zlomeniny dlouhých kostí. (kresba MUDr. Darya Maslava)

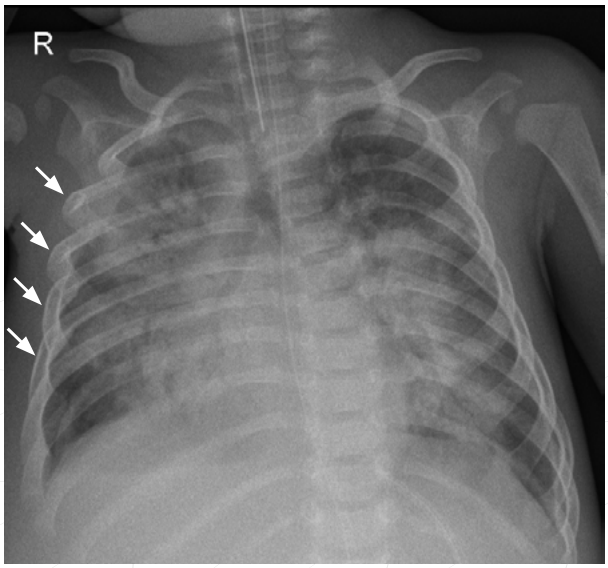
Objasnit příčiny stavu dítěte, které bylo do nemocnice přivezeno například s náhlou poruchou vědomí nebo křečemi, je složité a vyžaduje celou řadu vyšetření od různých specialistů. Při nálezu krvácení do mozkových plen jsou lékaři o krok blíže k vyslovení podezření, že bylo na dítěti spácháno násilí. Ke krvácení do mozkových plen však může velmi vzácně dojít také z jiných příčin, např. z důvodu vzácných metabolických onemocnění. Zobrazení mozku týraných dětí navíc v některých případech neodhalí krvácení, ale pouze změny způsobené nedostatečným okysličením mozku. Tyto změny jsou málo specifické.



CT mozku tříměsíčního chlapce s náhlou poruchou vědomí, rodiče si nebyli vědomi žádného úrazu. CT odhalilo krvácení do mozkových plen (bílé šipky) a sraženiny v tzv. přemosťujících žilách (černá šipka). Zdaleka nejčastější příčinou těchto sraženin je třesení dítětem.

Naproti tomu zlomeniny žeber a zlomeniny konců dlouhých kostí u kojenců jsou velmi specifické pro násilí páchané na dětech. Jedná se totiž o zlomeniny, které až na pár výjimek nemohou vzniknout jiným mechanismem (např. pádem). Pokud tedy zobrazovací metody odhalí takováto zranění, jedná se o poměrně silný důkaz o proběhlém násilí. Tyto zlomeniny jsou však velice diskrétní. Aby je radiolog odhalil, musí po nich na rentgenových snímcích aktivně pátrat a mít k dispozici vysoce kvalitní zobrazení všech kostí.

Týrané děti mohou utrpět také jiná zranění, jako jsou zlomeniny střední části dlouhých kostí. Vyhodnotit příčinu vzniku těchto zlomenin je obtížnější, protože mohou vzniknout i nešťastnou náhodou, např. při pádu dítěte. Při nálezu těchto zlomenin musí lékaři přihlížet k udávanému mechanismu úrazu a také jej dát do souvislosti s psychomotorickými schopnostmi dítěte (např. pád z postele u dítěte, které se ještě samo nedokáže otočit, je méně pravděpodobný než u dítěte, které se již plazí).



Rentgenový snímek hrudníku čtyřměsíčního kojence, který dle rodičů náhle přestal dýchat. Na snímku jsou patrné hojící se zlomeniny žeber (šipky). Nejčastější příčinou těchto zlomenin je hrubé třesení dítětem.



Rentgenový snímek bérce měsíční dívky, jejíž rodiče si všimli, že nehýbe pravou dolní končetinou. Žádného úrazu si nebyli vědomi. Na snímku jsou patrné takzvané klasické metafyzární zlomeniny na obou koncích kosti holenní (šipky). Tyto zlomeniny jsou velmi specifické pro týrání a nemohou vzniknout ani pádem dítěte.

Použitá literatura: **1**. Barr RG. Crying as a trigger for abusive head trauma : a key to prevention. 2014;44. I **2.** Adamsbaum C, Morel B, Ducot B, Antoni G, Rey-Salmon C. Dating the abusive head trauma episode and perpetrator statements : key points for imaging. Pediatr Radiol. 2014;44:578–88. I **3.** Peters ML, Starling SP, Barnes-Eley ML, Heisler KW. The presence of bruising associated with fractures. Arch Pediatr Adolesc Med. 2008;162(9):877–81. I **4.** Mathew MO, Ramamohan N, Bennet GC. Importance of bruising associated with paediatric fractures: Prospective observational study. Br Med J. 1998;317(7166):1117–8. I **5.** Duffy SO, Squires J, Fromkin JB, Berger RP. Use of skeletal surveys to evaluate for physical abuse: analysis of 703 consecutive skeletal surveys. Pediatrics [Internet]. 2011 Jan [cited 2014 Mar 16];127(1):e47-52. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21149429 I **6.** Laskey AL, Holsti M, Demsond KR, Socolar RRS. Occult head trauma in young suspected victims of physical abuse. J Pediatr. 2004;(144):719–22.

Poranění břicha není v případě týrání příliš časté, avšak při nálezu poranění jater, sleziny, ledvin, slinivky a zejména tenkého střeva u dětí bez odpovídající anamnézy, by lékaři měli zpozornět a doplnit další komplexní vyšetření.

11 % DĚTÍ, KTERÉ PODSTOUPILY KOSTNÍ PROTOKOL, MĚLO NA RENTGENOVÝCH SNÍMCÍCH ZLOMENINU, JEŽ NEBYLA KLINICKÝM VYŠETŘENÍM PATRNÁ.

Všechny děti mladší dvou let, u kterých lékaři zvažují, že příčinou jejich potíží mohlo být týrání, musejí podstoupit cílené rentgenové vyšetření všech kostí, tzv. kostní protokol. Cílem tohoto vyšetření je odhalit nejen zlomeniny, které je nutné léčit, ale také zlomeniny, které sice nevyžadují léčbu, ale jejich přítomnost představuje významný důkaz o proběhlém násilí. Méně než 10 % zlomenin končetin a hrudníku je totiž doprovázeno podkožním hematomem, takže kostní protokol často odhalí zlomeniny, o kterých lékaři neměli tušení. (3,4)

11 % dětí, které podstoupily kostní protokol, mělo na rentgenových snímcích zlomeninu, která nebyla klinickým vyšetřením patrná. (5) Tyto zlomeniny by lékaři bez provedení cíleného radiologického vyšetření neodhalili. Neméně důležitou úlohou kostního protokolu je vyloučit jiné příčiny pacientova stavu, jako jsou vzácná metabolická onemocnění nebo systémová onemocnění kostí.

Všechny děti, které se dostanou do nemocnice s poruchou vědomí, křečemi nebo dalšími neurologickými příznaky, podstupují zobrazovací vyšetření mozku. Zpravidla se jedná o vyšetření počítačovou tomografií (CT) v akutním stádiu a po několika dnech také vyšetření magnetickou rezonancí (MR). Magnetická rezonance dokáže odhalit další známky nitrolebního poranění, v některých případech pomůže s časovým odhadem vzniku poranění a také dokáže odhalit jiné příčiny pacientových potíží.

TÉMĚŘ 30 % KOJENCŮ A BATOLAT S PODEZŘENÍM NA TÝRÁNÍ A S NORMÁLNÍM NEUROLOGICKÝM NÁLEZEM, MĚLO NA ZOBRAZOVACÍCH METODÁCH ZNÁMKY NITROLEBNÍHO PORANĚNÍ.

Mimo dětí s neurologickými příznaky je důležité, aby vyšetření mozku podstoupily také všechny děti mladší jednoho roku s podezřením na týrání, přestože žádné neurologické příznaky nemají. Nitrolební poranění je totiž v této věkové kategorii velmi časté, a to i v případě, kdy jsou děti neurologicky v pořádku.

Téměř 30 % kojenců a batolat s podezřením na týrání a s normálním neurologickým nálezem, mělo na zobrazovacích metodách známky nitrolebního poranění. (6) Zobrazovací metody hrají klíčovou roli při podezření na týrání nejmenších dětí zejména proto, že mohou odhalit bezpříznakové zlomeniny, a podat tak jasný důkaz o proběhlém násilí. Velmi důležité jsou také při objasňování příčin neurologických příznaků. Interpretace radiologických nálezů je však jen dílčí částí vyšetřovacího procesu a konečná diagnóza vzniká vždy v rámci mezioborové spolupráce.

text: MUDr. Eliška Popelová, MUDr. Martin Kynčl, Ph.D. I foto: Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FN Motol – archiv I ilustrace: MUDr. Darya Maslava

Psychosociální intervenční služba FN Motol



Systém psychosociální intervenční služby (SPIS) je celostátní organizace, jejíž činnost podporuje Ministerstvo zdravotnictví ČR ve spolupráci s Národním centrem ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně (NCO NZO). Systém vznikl proto, aby jím vyškolení pracovníci ve zdravotnictví nabízeli a poskytovali první psychickou pomoc příbuzným pacientů nebo svým kolegům - zdravotníkům.

Pomoc příbuzným či pozůstalým pacientů (výjimečně pacientům samým) poskytují **zdravotničtí interventi**. Cílem je jednorázová podpora těch, kteří jsou těžce zasaženi závažnou situací a vykazují známky silné akutní stresové reakce. Jejich stav většinou nevyžaduje pomoc psychologa, postačí podpora interventa, který prošel příslušným výcvikem.

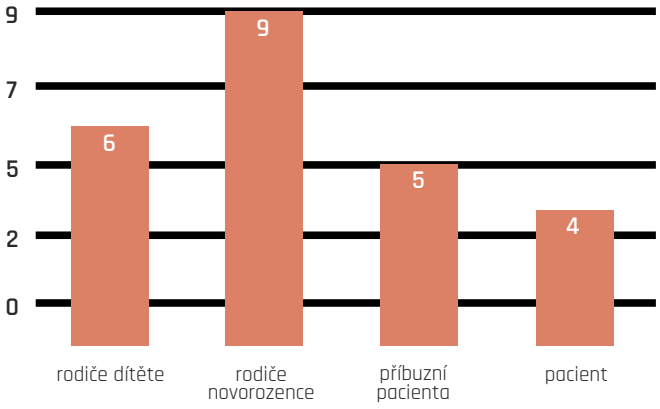
Psychosociální podporu zdravotníkům poskytují **zdravotničtí peeři**. Cílem kolegiální (PEER) péče je krátkodobě podpořit zdravotnické pracovníky zasažené nadlimitní zátěžovou situací spojenou s výkonem povolání.

Pilotní projekt ve FN Motol

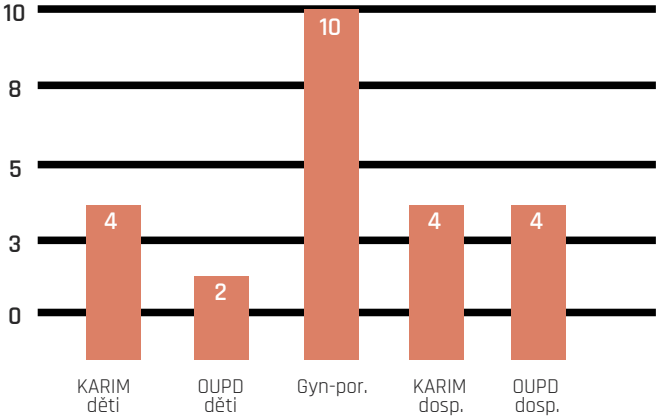
Díky podpoře náměstkyně pro ošetřovatelskou péči Mgr. Jany Novákové, MBA se motolská nemocnice připojila k aktivitám SPIS v září 2018 a v průběhu roku 2019 postupně vznikal Tým psychosociální intervenční služby FNM. Motivovaní zaměstnanci nemocnice absolvovali certifikovaný kurz NCO NZO a tím získali zvláštní odbornou způsobilost poskytovat první psychickou pomoc jako zdravotničtí interventi. Následně se pak připravovali na spuštění ročního pilotního projektu na vybraných pracovištích. Do projektu byla zařazena Klinika anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny 2. LF UK a FN Motol dětí i dospělých, Gynekologicko – porodnická klinika 2. LF UK a FN Motol, Oddělení urgentního příjmu dětí a Oddělení urgentního příjmu dospělých. Na těchto pracovištích byla služba představena vedoucím lékařům a vrchním sestrám a poté, formou letáčků či prezentací, i ostatním zdravotnickým pracovníkům. Pilotní projekt probíhal od 18. listopadu 2019 do 27. listopadu 2020.

PÉČE

Za dvanáct měsíců projektu proběhlo 24 intervencí, z toho 15x poskytli interventi první psychickou pomoc rodičům dětských pacientů, 5x blízkým či pozůstalým a 4x dospělým pacientům.



Nejčastěji byl intervent přivolán na Gynekologicko – porodnickou kliniku, konkrétně na Novorozenecké oddělení s JIRP, kde jsou léčeny děti se závažnými vrozenými vývojovými vadami a děti předčasně narozené.



Jak konkrétně intervence probíhá?

Službu mající intervent má pohotovost a čeká na telefonu. V případě potřeby je přivolán ošetřujícím zdravotníkem a přijíždí do nemocnice. Po seznámení se situací poskytne příbuzným či pozůstalým, s jejich svolením, časově neomezenou podporu a pomoc. Nejčastěji se jedná o pomoc se zajištěním základních potřeb, poskytnutí bezpečného prostoru pro emoce, zprostředkování informací od zdravotníků, doprovod a podporu při rozloučení se zemřelým či poskytnutí kontaktů na návazné služby. Zdravotničtí interventi při své práci spolupracují s dalšími podpůrnými složkami nemocnice – Týmem dětské podpůrné péče, s nemocničními duchovními a s Oddělením klinické psychologie.

Tým psychosociální intervenční služby FNM tvoří v současnosti 18 vyškolených zdravotnických pracovníků - interventů (všeobecné sestry, záchranáři, psycholog), kteří poskytují na vyžádání první psychickou pomoc blízkým pacientů, a to nepřetržitě 24 hodin denně, včetně víkendů a svátků.
Od ledna 2021 rozšiřuje tým tuto službu na všechna pracoviště nemocnice a zároveň doplňuje svoji činnost o další rovinu, o kolegiální (PEER) podporu zdravotníků. Tuto podporu nabízí a poskytuje 6 nově vyškolených zdravotnických peerů.
Tým má vlastní koordinátorku, organizačně spadá pod úsek Náměstkyně pro ošetřovatelskou péči.

V souvislosti s činností SPIS je naše nemocnice od listopadu 2020 zapojena do projektu **Prevence II – „Zmírnění negativních dopadů psychické a fyzické zátěže na nelékařské zdravotnické pracovníky prostřednictvím systémového opatření“,** jehož cílem je, mimo jiné, zavedení psychosociální služby ve vybraných zdravotnických zařízeních. V rámci projektu je zaměstnancům FNM k dispozici anonymní telefonická Linka krizové podpory i řada informačních materiálů a letáků NCO NZO. Ve spolupráci s odbornými konzultanty SPIS probíhá opakovaně výběr a proškolování nových peerů a interventů, kteří mají v budoucnu doplnit stávající psychosociální tým nemocnice.



text: Mgr. Alice Řezníčková
foto: David Černý

NAPSALA
BÁRA
NESVADBOVÁ

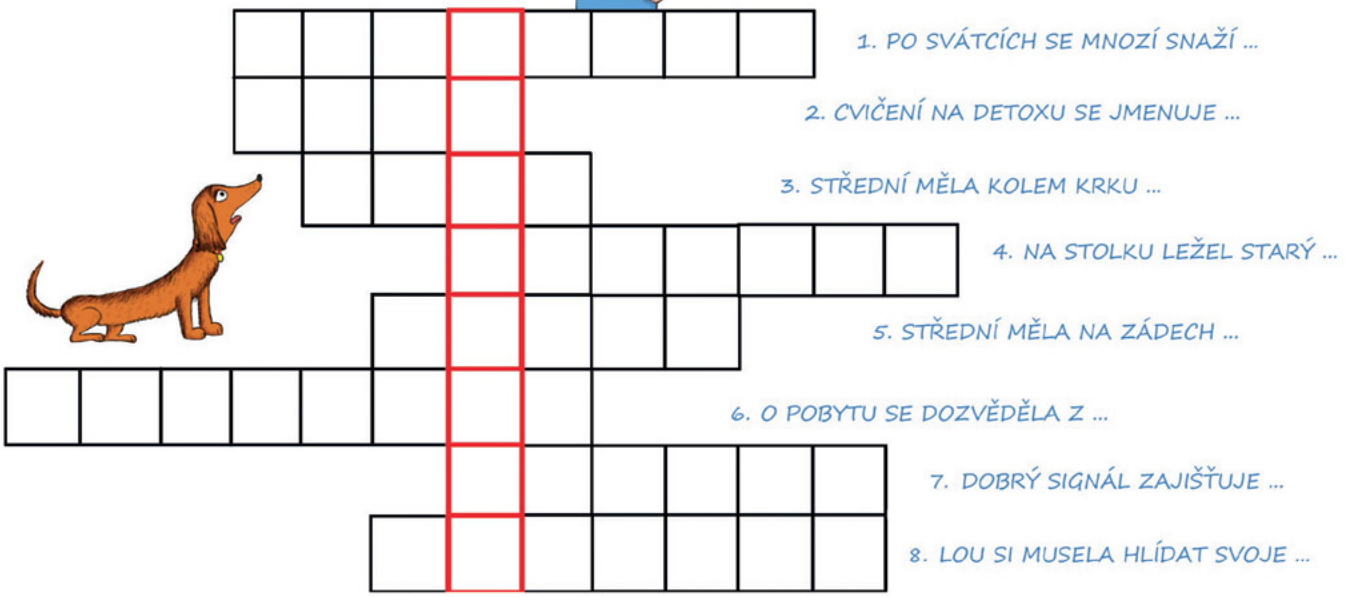
GARPÍŠEK & NEPOSLUŠNÁ VÁHA

NAKRESLIL
LIBOR
ŠKRLÍK





V TAJENCE SE DOZVÍTE JMÉNO JEDNOHO ZE TŘÍ KRÁLŮ.



1. PO SVÁTCÍCH SE MNOZÍ SNAŽÍ ...
2. CVIČENÍ NA DETOXU SE JMENUJE ...
3. STŘEDNÍ MĚLA KOLEM KRKU ...
4. NA STOLKU LEŽEL STARÝ ...
5. STŘEDNÍ MĚLA NA ZÁDECH ...
6. O POBYTU SE DOZVĚDĚLA Z ...
7. DOBRÝ SIGNÁL ZAJIŠŤUJE ...
8. LOU SI MUSELA HLÍDAT SVOJE ...

DOKÁŽETE PROPOJIT OBRÁZEK S JEHO SILUETOU?



NAJDETE 10 ROZDÍLŮ?

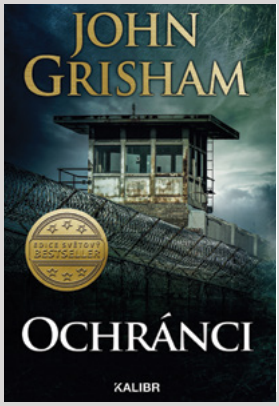




Oliver Pötzsch: Kejklíř

„Faustus", Šťastlivec – tak mu říkala matka, protože v den jeho narození stály hvězdy v mimořádně příznivé konstelaci. Johann Georg byl zvláštní chlapec, bystrý a zvídavý. Když do města Knittlingen přišli Léta Páně 1486 kejklíři, okamžitě se pro ně nadchl. Zejména ho fascinoval mág a čarodějník Tonio del Moravia. Z bledého muže s pichlavě černýma očima, který mladíkovi předpověděl velkou budoucnost učence, vyzařovalo zvláštní kouzlo. A tak, když Johannova matka zemřela a jeho láska k přítelkyni z mládí Margaretě dramaticky ztroskotala, připojil se k Toniovi... Společně kočovali z místa na místo a vydělávali si peníze kouzelnickými triky a horo-skopy. Tonio se osvědčil jako výborný učitel, který dokázal ukojit Johannovu nezměrnou touhu po poznání. Ale za jakou cenu? Mladík se stále více nemohl ubránit dojmu, že jeho Mistr je ve spojení s temnými silami. Silami, které začnou určovat jeho další život... Nakonec před ním uprchl a vydal se s potulnými komedianty do Itálie; jenže ani tam nedokázal čaroději uniknout. Johann začíná pozvolna chápat, s kým má co do činění, a že nevědomky přistoupil na boj mezi Dobrem a Zlem... Oliver Pötzsch, autor bestsellerové série o Katově dceři, se nechal historickou postavou doktora Fausta inspirovat k jedinečnému dobrodružnému románu, který přináší úžasný čtenářský zážitek.

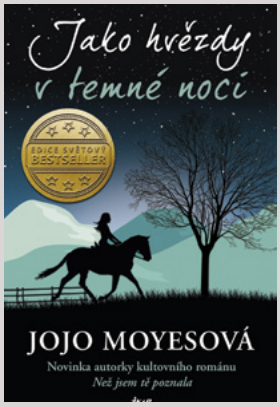
Vydala Brána



John Grisham: Ochránci

Další román od mistra thrillerů z právnického prostředí Johna Grishama. Za vraždu mladého právníka Keitha Russa je na základě vykonstruovaných důkazů na doživotí odsouzen mladý černoch Quincy Miller. Po dvaadvaceti letech ve vězení se rozhodne požádat o pomoc Ochránce, nevelkou organizaci bojující za nespravedlivě odsouzené založenou advokátem a knězem Cullenem Postem. Ten přijímá klienty, kterým se ostatní obloukem vyhýbají, aby se pokusil napravit křivdy spáchané na nevinných. V případu Quincyho Millera však uvízne hlouběji, než čekal. Vraždu Keitha Russa mají na svědomí mocní, nemilosrdní lidé. Před lety zabili jednoho právníka a dnes jsou připraveni zabít dalšího.

Vydal Kalibr



Jojo Moyesová: Jako hvězdy v temné noci

Alice Wrightová doufala, že sňatkem s pohledným Američanem Bennettem Van Clevem unikne sešněrovanému životu v Anglii. Jenže ani její manželství, ani život v zapadlém koutě Kentucky se nevyvíjí tak, jak si představovala. Nadšeně tedy uvítá možnost zapojit se jako dobrovolnice do projektu takzvané Koňské knihovny, který má za úkol šířit literaturu a vzdělanost v odlehlých oblastech Appalačských hor. Alici, Margery a tři další odvážné ženy čeká cestování na koních nebezpečnou divokou krajinou, boj s předsudky místních lidí vůči ženám, přistěhovalcům i lidem jiné barvy pleti, ale také nádherné ženské přátelství, soudržnost i láska. Jojo Moyesová ve svém nejnovějším románu tentokrát přináší výpravné historické drama z dob americké hospodářské krize, vycházející ze skutečných událostí.

Vydal Ikar



Barbara Nesvadbová, Jakub Knězů - Hovory s doktory II

Autoři úspěšné knihy Hovory s doktory, která vyšla před rokem, oslovili dalších dvanáct předních českých lékařů a povídali si s nimi nejen o jejich práci, ale i o víře, životě, odpovědnosti...

Na jejich otázky tentokrát odpovídají: profesor Vladimír Beneš, neurochirurg, profesor Michal Miovský, adiktolog, či chirurg Jiří Froněk. Kardiolog, profesor Petr Widimský, je specialista na akutní infarkt, vytvořil originální život zachraňující postup a patří ke čtyřem nejcitovanějším českým lékařům. Svoje názory objasňuje i mikrobioložka a diagnostička Václava Adámková, profesor Pavel Kolář, rehabilitační lékař, který už nejednomu sportovci zachránil zdraví či kariéru, profesor Jan Štulík, spondylochirurg, profesor Jiří Raboch, psychiatr, chirurg Tomáš Šebek, profesorka Iva Holmerová, gerontoložka, profesor Petr Arenberger, dermatolog, a profesor Jiří Šnajdauf, dětský chirurg.

Vydalo Universum

KŘÍŽOVKA

Napoleon Bonaparte: Hlava...

POMŮCKA: ACHE, APE, BET, OKAJAMA, TRACHOM, TZ	OTÁZAT SE	1. DÍL TAJENKY	INICIÁLY HERCE TÖPFERA	OSTRAVSKÉ OPRAVNY A STROJÍRNY ZKR.	POKLEKNUTÍ		VÝBĚŽEK TERÉNU	ZNAČKA KILOAMPÉRU	BOLEST ANGLICKY	BÁSNICKÁ STOPA	ZNAČKA PRACÍHO PRÁŠKU	2. DÍL TAJENKY	ZESÍLENÝ ZÁPOR
OBTÉKÁNÍ						JAPONSKÉ MĚSTO							
KONZERVAČNÍ LÁTKA						CUKERÍN / LEDOVCOVÝ KOTEL							
OZNAČENÍ LETADEL MALI			ŠUMIVÉ VÍNO / UHLOVODÍK SE DVĚMA UHLÍKY					VYDÁNÍ CENIN / DAREBÁK					
LIDOOP ANGLICKY				KAREL NĚMECKY / KYSLIČNÍK					SÁZKA ANGLICKY / ŠLECHTICKÝ TITUL				PRACOVATI S PLUHEM
TAHLE					ŠTĚP / SLOVENSKÉ CHLAPECKÉ JMÉNO					LEOPOLD DOMÁCKY / PROUD			
	DÉLKA SUKNÍ / TĚLOCVIČNÝ PRVEK					JEDEN ZE SMYSLŮ / VÝPRAVNÁ BÁSEŇ					INICIÁLY ZPĚVAČKY ROTTROVÉ / STRČENÍ		
DRUH PTÁKA							PŘÁNÍ / OPAK ZA						
OBRNĚNÝ TRANSPORTÉR ZKR.			AMERICKÝ HEREC / NÁŘADÍ HOVOR.					SKLAD. PRO OSM HLASŮ / VÝCHOD ANGLICKY					
VIRUS NEMOCI AIDS				ČÁST ROSTLINY / PODNIK V PRAZE						PROJEVY KOROZE / INDIÁNSKÁ TROFEJ			
NEPOČKAT A ODJET					EROTIKA / UZLÍK V TKANINĚ				SPORTOVNÍ KLUB ZKR. / ŽACÍ NÁSTROJ			3. DÍL TAJENKY	POMAČKAT
NÁSTUPIŠTĚ						PLOCHÝ KOTOUČ / VETCHÝ					INICIÁLY HERCE ZEDNÍČKA / SMÍCH		
	DOPADNUTÍ	KOLÍNSKÝ SKLADATEL / OKOVANÁ					ZÁNĚT SPOJIVEK MEDIC. / NÁLEV						
INICIÁLY REŽISÉRA ONDŘÍČKA			OPÁLENÍ / PLANETA SLUNEČNÍ SOUSTAVY					HORSKÁ JEZERA / ROHATÉ DOM. ZVÍŘE					
POŠKOZENÍ DŘEVIN ZVĚŘÍ					TAKTO NÁŘEČ. / ZAVAZADLO				BODLÁKOV. ROSTLINA / BRODIVÝ PTÁK				
PŘÍPRAVEK NA ODMAŠTĚNÍ				LOKNA / ZNAČKA MILISEKUNDY						ZNAČKA AUDIOKAZET / INIC. ZÁVOD. ENGEHO			
KOZÁCKÝ NÁČELNÍK							ZÁLIV						
TÝKAJÍCÍ SE SEVERSKÉ ZEMĚ							CHUŤ K JÍDLU HOVOR.						

Tajenka křížovky z 12. čísla roku 2020: snažit se je tam udržet celý rok.

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: Modřišice 156, 511 01 Turnov, www.tisk.cz,
redakční rada: Ing. Jiří Čihař, MUDr. Jana Tejnická, MBA, Ing. Jindřiška Feldmanová, MUDr. Pavel Budinský, Ph.D., MBA, Ing. Karin Minátová, MBA,
MUDr. Martin Holcát, MBA, JUDr. Vladimíra Dvořáková, Mgr. Pavlína Danková, Ing. Pavel Vlček, PharmDr. Petr Horák, Mgr. Jana Nováková, MBA, Mgr. Ludmila Šimáčková, Jana Merxbauerova. foto na obálce: David Černý/ Jana Merxbauerová
Vydavatel neručí za obsah PR článků a inzerátů. Volně neprodejné. MK ČR E 19871



Šťastný nový rok

Fakultní nemocnice v Motole