MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV

OnkoBrno

Z DĚJIN MASARYKOVA ONKOLOGICKÉHO ÚSTAVU V BRNĚ

VĚRA LINHARTOVÁ

Recenzoval MUDr. Zdeněk Mechl, CSc.
Vydal: Masarykův onkologický ústav Brno
Autor: Věra Linhartová
Název: OnkoBrno
Podnázev: Z dějin Masarykova onkologického ústavu v Brně
Vydání: 1.
Brno: 2015/2016
ISBN: 978-80-86793-41-2

OnkoBrno

Z DĚJIN
MASARYKOVA ONKOLOGICKÉHO ÚSTAVU
V BRNĚ

K 80. VÝROČÍ OTEVŘENÍ MOÚ V BRNĚ,
85. VÝROČÍ ÚMRTÍ DOC. MUDR. JAROSLAVA BAKEŠE,
80. VÝROČÍ ÚMRTÍ LUCIE BAKEŠOVÉ,
140. VÝROČÍ NAROZENÍ PROF. MUDR. RICHARDA WERNERA
A
40. VÝROČÍ KONÁNÍ BRNĚNSKÝCH ONKOLOGICKÝCH DNŮ,
30. VÝROČÍ KONFERENCE NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ,
30. VÝROČÍ ČASOPISU KLINICKÁ ONKOLOGIE

VĚRA LINHARTOVÁ

O B S A H

Několik slov úvodem 7
Historické ohlédnutí 9
Proměny v čase 19
Nohama na zemi 27
Brněnský příběh cisplatiny 33
Ke 40. výročí Brněnských onkologických dnů 46
Brněnské onkologické dny v přehledu 56
Potřebujeme svůj časopis (Klinická onkologie vychází 30 let) 67
Univerzitní onkologické centrum 73
Cesty k Národnímu onkologickému registru 83
Stavební rozvoj Masarykova onkologického ústavu 91
Další aktivity, jimiž MOÚ působí vně ústavu 103
Vedení Masarykova onkologického ústavu v roce 2016 109
Závěrem 113
Dodatky 114
– B. Rozehnal: Dům útěchy 115
– Jak jsme podepisovali Národní onkologický program 117
– Vávrová, K., Jak jsem prožívala onkologickou léčbu 123
– Síla slova 125
– Empatie, její význam a formy 133
– Sdělování špatných zpráv aneb Etika předávání informací 139
Poznámky 147
Prameny 155
Použitá literatura 155
Jmenný rejstřík 161

PODĚKOVÁNÍ

Publikaci z dějin Masarykova onkologického ústavu jsem připravovala ráda, protože mám osobní vztah k zakladatelské rodině Bakešových, která bohužel vnučkou doc. MUDr. Jaroslava Bakeše Věrou Lesnou v roce 2012 vymřela. Jsem také přesvědčena o tom, že vybudování protirakovinného ústavu, původně Domu útěchy – Masarykovy léčebny v Brně, byla událost ve své době výjimečná (v Evropě byly podobné ústavy jen v šesti zemích), a proto si zasluhuje i výjimečné pozornosti. Ta poznámka se týká nejen komplexního pojetí léčebně-výzkumného zdravotnického zařízení, ve své době ojedinělého, ale také mimořádných okolností, za nichž se myšlenka i stavba ústavu realizovaly, i toho, jak se v ústavu rozvíjela péče o nemocné zhoubnými nádory a onkologie jako věda i léčebný systém.

K informacím vyhledaných v archivech, v literatuře, v odborném i v dobovém denním tisku, které jsou obsahem knížky OnkoBrno, jsem přidala i ty, které se mi podařilo získat z osobních rozhovorů. Velmi za ně děkuji:

prof. MUDr. Jiřímu Bártkovi, CSc., d. h. c., vynikajícímu onkologovi – vědci, vedoucímu laboratoře Cell Cycle v Kodani,

prof. RNDr. Viktoru Brabcovi, DrSc., z Biofyzikálního ústavu ČAV, nositeli Prestižní ceny Akademie věd za dosažené vynikající výsledky velkého vědeckého významu,

prof. MUDr. Zbyňkovi Bradovi z univerzity v Miami, někdejšímu vynikajícímu vedoucímu výzkumných laboratoří v MOÚ,

tiskové mluvčí MOÚ PhDr. Zuzaně Joukalové,

Taťáně Kellnerové z Ústavní knihovny,

Ing. Františku Kissovi, CSc., držiteli dvou Evropských patentů a Státního vyznamenání Cena předsedy Státní komise pro vědeckotechnický a investiční rozvoj,

prof. RNDr. Janu Kovaříkovi, CSc., bývalému vedoucímu biochemických laboratoří v MOÚ, Ing. Michalu Matějkovi, technologovi v Lachemě,

MUDr. Zdeňku Mechlovi, CSc., emeritnímu primáři MOÚ, nositeli státního vyznamenání Cena předsedy Státní komise pro vědeckotechnický a investiční rozvoj,

MUDr. Jiřímu Novákovi, vedoucímu úseku NOR v MOÚ,

doc. MUDr. Markovi Svobodovi, Ph.D., náměstkovi ředitele pro vědu, výzkum a výuku,

prof. MUDr. Pavlu Šlampovi, CSc., přednostovi Kliniky radiační onkologie LF MU v MOÚ, MUDr. Boženě Augustinové Šopkové, CSc., lékařce v MOÚ,

PhDr. Elišce Štaudové, vedoucí knihovny v MOÚ,

prof. MUDr. Jiřímu Vorlíčkovi, CSc., d. h. c., řediteli Masarykova onkologického ústavu v letech 2008-2014, nositeli vyznamenání prezidenta republiky ČR Za zásluhy o stát,

prof. MUDr. Rostislavu Vyzulovi, CSc., řediteli Masarykova onkologického ústavu v letech 2003-2008, přednostovi Kliniky komplexní onkologické péče LF MU v MOÚ,

prof. MUDr. Janu Žaloudíkovi, CSc., řediteli Masarykova onkologického ústavu v letech 2001-2002 a opětně od roku 2014 (posud) a

MVDr. Zdeňku Žertovi, CSc., z Veterinární a farmaceutické fakulty v Brně.

Věra Linhartová

březen 2016

Ediční poznámka

Jednotlivé kapitoly jsou koncipovány tak, aby se daly číst samostatně, proto se některé informace překrývají.

Do Dodatků jsme zařadili témata týkající se jednak dějin MOÚ, jednak komunikace v medicíně, kterou považujeme za velmi důležitou, zvláště na onkologických pracovištích.

NĚKOLIK SLOV ÚVODEM

Masarykův onkologický ústav prochází dějinami, dějiny procházejí ústavem. Zaznamenávají, co se děje, přesněji řečeno, když ty děje někdo zaznamená. Co všechno se událo v onkologickém ústavu v Brně na Žlutém kopci, který se za 80 let svého trvání rozrostl do pavilonového nemocničního komplexu, to už je zapomínanou minulostí.

Ústavem za tu dobu prošly miliony nemocných, pracovaly v něm desetitisíce nelékařských zaměstnanců, tisíce stavebníků, stovky lékařů a 13 ředitelů. Ústav prošel II. světovou válkou, politickým převratem a poválečným chaosem padesátých let, obdobím budování lidové republiky a socialistického státu, přelomovým rokem 1968, obdobím tzv. konsolidačním, stabilizačním a další změnou politického systému po listopadu 1989 a dosud trvající transformací zdravotnictví, podřizován poněkud rozpačité zdravotnické politice.

To všechno nemohlo zůstat beze stop. Ale navzdory všem vývojovým peripetiím Masarykův onkologický ústav i onkologie v něm posilují. Není to ani bez problémů, ani bez starostí. Vsadit na kvalitu komplexní péče o pacienty, zvládat nárůst všech poskytovaných odborných výkonů na úrovni moderní medicíny a technologie, včetně stálé obměny morálně zastarávajícího přístrojového vybavení a všeho, co s tím souvisí, i stability vědecko-výzkumné a publikační činnosti svých lékařů, je náročné na finance, na řízení, na kvalitní spolupráci všech se všemi.

A to se ústavu daří. Svědčí o tom získávané akreditace, obhájení nejvyššího ratingu kvality „A+“ a první místo v hodnocení spokojenosti pacientů.

CERTIFIKÁT
AKREDITACE
Masarykův onkologický ústav

Veřejnosti laické i odborné se na webových stránkách ústav představuje následovně:

Masarykův onkologický ústav (MOÚ) v Brně je specializovaným onkologickým centrem s nadregionální působností, který má certifikát Spojené akreditační komise ČR (SAK ČR) a je členem Organizace evropských onkologických ústavů (ORGANISATION OF EUROPEAN CANCER INSTITUTES - OECI).

V ústavu jsou soustředěny všechny nezbytné medicínské obory pro zajištění komplexní onkologické péče, která zahrnuje prevenci, epidemiologii, diagnostiku, jednotlivé modality protinádorové léčby, rehabilitaci.

Ústav se zaměřuje na vědecko-výzkumnou činnost včetně základního výzkumu. Je to pracoviště s pre- i postgraduální výukou lékařů a zdravotníků a s osvětovou činností zaměřenou na širokou veřejnost.

V současné době jsou v MOÚ uplatňovány nejnovější postupy v internistické (cytostatické, hormonální a biologické) léčbě, ústav je zařazen do evropských i světových klinických studií, při kterých se klinicky ověřují účinky nových léků nebo nové kombinace chemoradioterapie.

Na Žlutém kopci se také uplatňují nejmodernější přístupy v chirurgické léčbě nádorových nemocí ve Wernerově pavilonu i v ozařování – radioterapii.

Dlouhodobě ústav patří k nejlépe hodnoceným zdravotnickým zařízením v České republice jak z hlediska odborníků, tak pacientů.

K tomu není co dodat – snad jen – dobrá vizitka i dobrá reklama….

Věra Linhartová
březen 2016

2. HISTORICKÉ OHLÉDNUTÍ

Historie není pochopitelná
bez svobodné zodpovědnosti.
(J. Patočka)

Dvě výročí – 80 let od *otevření Masarykova onkologického ústavu* v Brně a 40. výročí konání *Brněnských onkologických dnů* - významná pro českou onkologii, si jistě zaslouží pozornost každého, do jehož života vstoupila léčba či výzkum zhoubného bujení tkání jako profesní specializace, ale i těch, kteří jsou přesvědčeni o správnosti přijímat jevy, věci, události a konání lidí v historických dimenzích a ve vzájemných souvislostech.

Masarykova léčebna – Dům útěchy (to je první pojmenování ústavu) byla předána do užívání 13. ledna 1935. V té době to bylo jediné komplexní nemocniční zařízení pro léčbu zhoubných novotvarů v Československu. Impulsem k jeho výstavbě však nebyla prvoplánově naléhavá potřeba soustředěněji zvládat narůstající výskyt tohoto obtížně léčitelného onemocnění (na přelomu 19. a 20. století umíral na rakovinu každý 20. člověk), jak tomu bylo u dosud existujících onkologických ústavů v zahraničí./[1] A obhájcem, propagátorem a realizátorem stavby moderní onkologické nemocnice nebyla žádná státní zdravotnická instituce. To jsou dva podstatné rozdíly, jimiž se brněnský ústav lišil ode všech ostatních. Také proto je jeho historický příběh tak výjimečný a zajímavý a onkologický ústav ze třicátých let dvacátého století je také součástí kulturního dědictví meziválečného Brna.

Dějinám MOÚ jsem už věnovala dvě publikace – *Kapitoly z dějin Masarykova onkologického ústavu* (2010) a biografické studie *Lucie Bakešová a doc. MUDr. Jaroslav Bakeš, zakladatelé Masarykova onkologického ústavu* (2011) /[2]. Protože jsou však obě publikace (stejně jako kniha M. Čejky *Pohled do minulosti Masarykova onkologického ústavu v Brně*, 2004) dávno rozebrány, považuji za správné v tomto jubilejním roce připomenout alespoň v hrubých obrysech několik informací ze života i z aktivit jejich zakládajících osobností i z osmdesátileté historie ústavu. Zájemce o podrobnější historii ústavu odkazuji na citované práce.

V autorsky třetí, právě nabízené popularizační publikaci, jsem se zaměřila pouze na některá vybraná témata, podstatně přesahující povinnosti zdravotnického zařízení. Ale zajímavý příběh budování prvního protirakovinného léčebně výzkumného ústavu v roce jeho 80. výročí musíme přece jen vyprávět od počátku, i když velmi stručně. Důležité reálie doplňujeme detailnějšími komentáři v připojených Poznámkách.

***

Idea - postavit nějakou nemocnici pro ty „ubohé z nejubožejších“ - se zrodila v Brně jako možné řešení křiklavých sociálních poměrů rostoucího průmyslového města, v němž nemajetní umírali na tuberkulózu nebo rakovinu v nedůstojných podmínkách, rodinou odložení „*kdesi za pecí, ve chlévě, nebo na půdě*“, protože je v terminálním stadiu nemoci nepřijala žádná z nemocnic. Postavit v Brně jakési euthanasium, známé z řeckých dějin /[3], navrhla v roce 1922 sou-

kromému docentovi MUDr. Jaroslavu Bakešovi (1971-1930) /[4], vynikajícímu chirurgovi, jeho matka Lucie Bakešová /[5], tehdy sociální pracovnice v Útulně ženské v Brně. Při řešení problémů útulenských dětí se s bídně a bez pomoci umírajícími lidmi setkávala často. Bakeš byl ovšem právě v té době plně vytížen prací vedoucího primáře III. chirurgického oddělení v nemocnici na Žlutém kopci, v němž právě po důkladné rekonstrukci /[6] zahajovalo svou činnost. S potřebou takového zařízení v průmyslovém Brně sice souhlasil, ale iniciativy se tehdy nechopil.

Opětně se Lucie Bakešová vrátila ke své myšlence „útěšné nemocnice" po silném emocionálním zážitku na konci zimy 1927, když se v Útulně postarali o dívku, která umírala na tuberkulózu venku na chodníku. Brzy nato Bakešová napsala do Lidových novin článek „*Čeho je v Brně třeba*" /[7]. Jeho význam je vpravdě historický, po analýze neutěšených zdravotně sociálních problémů nemajetných umírajících ubožáků a po masivním útoku na city v něm vyzývá, dovolávajíc se lidského milosrdenství, „…*aby byl v Brně vybudován pro lidi stižené chronickou chorobou Dům míru a útěchy*". V té době bylo Brno svou správou německé město, proto se také pro nové zařízení používal název „Haus des Trostes".

Bakešová si uvědomovala, že pro takovou stavbu musí získat vlivné osobnosti, a proto oslovila několik známých profesorů Lékařské fakulty Masarykovy univerzity. Jejich nadšení ji povzbudilo natolik, že od nich očekávala účinnou spolupráci. Sama se odvážně pustila do organizačních prací aktivním vytvořením přípravného výboru pro ustavení Spolku Dům útěchy, který by řídil veškeré potřebné záležitosti a práce s přípravou *nestátní* stavby. Žádný takový spolek dosud v republice nebyl.

Lucie Bakešová (1853–1935).

Na první schůzi výboru pozvala i syna – soukromý docent a vynikající chirurg Jaroslav Bakeš ve svém dlouhém vystoupení, nikoliv pouze k překvapení matky, docela změnil představu jakéhosi sociálního ústavu. Přednesl totiž už kompletní a promyšlený návrh stavby *protirakovinného léčebného a výzkumného ústavu,* včetně jeho vnitřní struktury, podle vlastních představ a dosavadních vědomostí a zkušeností např. z Radiumhemmetu ve Stockholmu. Návrh zdůvodňoval přesvědčením, že „*rakovina vyžaduje metody složité, většinou zásahy chirurgické s následným radiovým ošetřením, což ovšem předpokládá nejen dobře školený personál a speciální pomůcky a zařízení, ale také k tomu speciální ústav*".

Promluvil jako zkušený chirurg, který už měl s léčbou zhoubných nádorů bohaté zkušenosti. Návrh později publikoval ve spisu *Jak čelit vzrůstajícímu nebezpečí rakovi-*

ny /[8]. V něm jsou i další důležité myšlenky a zajímavé informace vycházející ze znalosti dobového stavu bádání a léčby rakoviny ve světě, které dávaly naději na její vyléčitelnost. Vybudovat takový ústav považoval za dovršení svého celoživotního díla, blížila se mu šedesátka. (Vanýsek, 1930)

Primář MUDr. Jaroslav Bakeš.

Z hlediska našeho pohledu ráda v těchto souvislostech upozorňuji na Bakešovu poznámku, že pro lékaře by při analýzách rakoviny (v té době ještě nebyl užíván termín *onkologický*) měly být směrodatné „*pouze po léta přesně a opatrně vedené statistiky o nárůstu nemocných a o počtu úmrtí na toto onemocnění*“. Státní úřad statistický v Praze uváděl mezi léty 1921-1927 zvýšení mortality o 4 000 (na celém území tehdejšího Československa včetně Podkarpatské Rusi). Bakeš si od zahájení provozu v chirurgické nemocnici na Žlutém kopci v roce 1922 takovou přesnou statistiku vedl sám (včetně analýzy všech prováděných operací) /[9]. Současně kritizoval, že se pro tyto nemocné dělá velmi málo, že se s nimi zachází nehumánně atp., proto spatřoval *zásadní východisko ve zřizování speciálních ústavů, které by kromě léčby a účinné pomoci umožňovaly i vědecké bádání o příčinách vzniku choroby a o hledání nových léčebných postupů.*

Právě Bakešův záměr *ústavu současně výzkumného* a přesvědčení Bakešové, že to musí být ústav nestátní, spolkový, vyvolaly brzy rostoucí nevoli u některých profesorů brněnské lékařské fakulty, která nakonec vedla až k úplnému zákazu spolupodílet se na tomto grandiózním projektu /[10].

Příčinou trvalé nespolupráce lékařské fakulty s rodícím se léčebně-výzkumným ústavem byly jednak hluboké osobní neshody soukromého doc. Bakeše s prof. J. Petřivalským, přednostou chirurgické kliniky Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, i to, že se lékařská fakulta nechtěla smířit s představou, že nebude mít v ústavu rozhodující vliv – ani na léčbu, ani na výzkum. Tento vlekoucí se konflikt trval po celou dobu přípravy na stavbu, komplikoval a zdržoval úřední jednání, zpochybňoval úsilí Spolku a psychicky vyčerpával především oba Bakešovy. První arogantní fáze útoků skončila v dubnu 1930 poté, kdy Bakeš uhájil samostatnost plánovaného ústavu v léčbě, výzkumu i ve financování a když přesvědčil vlivné osobnosti, že je jako excelentní chirurg dostatečně kompetentní prakticky i teoreticky řídit výzkumný a léčebný ústav, což mu akademikové upírali. Tím lékařské fakultě znemožnil získat peníze (které do té doby už nashromáždil Spolek Dům útěchy) k vybudování svého „vzdoroústavu“, univerzitního *Ústavu pro studium a léčení rakoviny,* a získat podporu prezidenta Masaryka

a v Brně monopol na vědecký výzkum léčby zhoubných nádorů.

Právě zde je třeba připomenout „prezidentův dar“ na stavbu - finanční příspěvek ve výši dvou a půl milionu korun poskytnutého z jubilejního fondu /[11] na stavbu budovy a osobní příslib přídělu 2 gramů radia - a rovněž účinnou a finančně velkorysou podporu, kterou Bakeš poskytl ústavnímu výzkumu. Zabezpečil jej jednak založením *Nadace primáře doc. Jaroslava Bakeše ku potřebě chirurgických výzkumných prací o zhoubných nádorech při Masarykově léčebně Dům útěchy v Brně,* jednak *jedním a půl milionem korun*, které v závěti odkázal Nadaci ze svého majetku /[12]. Byl si velmi dobře vědom toho, že ke zvládání život ohrožující choroby nestačí pouze budova, byť už vyprojektovaná ke specifickým potřebám, ale že je třeba zabezpečit ji finančně i do blízké budoucnosti a postarat se o to, aby v ní působili zkušení specialisté – lékaři i výzkumníci. O realizaci té druhé podmínky se postaral pouze částečně, vyslal svého lékaře MUDr. Bohdana Hejduka na zkušenou na studijní pobyt do pařížského ústavu ve Villejuif. Ústav na Žlutém kopci byl proponován mnohem velkoryseji, než ostatní ústavy ve střední Evropě.

Mediálními tahanicemi i osobními útoky, zpochybňováním své chirurgické erudice, vyčítáním vlažného vlastenectví apod. se Bakeš cítil zcela vyčerpán. Na jaře 1930 se zotavoval z druhého infarktu (první přestál ve Vancouveru 1928), ale měl radost, že přípravy na stavbu už nejsou ohroženy. Bohužel stále postonával chronizovanými infekcemi horních dýchacích cest, a proto si zajel uprostřed září do Karpat na lov srnců, na zdravotní a psychickou zotavenou, jak míval ve zvyku, když překonával nějaké životní kolize. Ale v sychravém podzimním počasí při honitbě prochladl, onemocněl zápalem plic a v městské nemocnici v Nadwirné u Katovic 6. října 1930 chorobě podlehl.

Osud stavby zamýšleného moderního protirakovinného ústavu zůstal zcela v rukou i na bedrech aktivním členům Spolku a zvláště – jak dokazují nedávno získané materiály z pozůstalosti Lucie Bakešové /[13] - právě jí a „jejímu“ Dámskému klubu Spolku útěchy. Jako osvědčená organizátorka velkých národopisných a sociálně motivovaných akcí, velmi dobře zorientovaná ve společenské situaci v Brně, vyvíjela značné úsilí hned od roku 1928, aby dovedla svou myšlenku původně charitativního ústavu, profesionálním vstupem svého syna přepracovanou do projektu léčebně výzkumného pra-

Původní představa stavby.

Původní Fischerův (a Bakešův) návrh Domu útěchy, který ovšem musel být vzhledem k protestům obyvatel Vaňkova náměstí přepracován.

coviště, až k cíli. Nebylo to lehké v situaci, kterou jsme už naznačili výše.

Navíc Bakešova smrt znovu povzbudila jeho odpůrce, kteří se mylně domnívali, že „*úmrtím Dra. Bakeše se vše podstatně změnilo. Spolek pozbyl svého ideového vůdce. Není osoby, která by mohla výtkám čelit a mohla na sebe vzít odpovědnost za provedení plánu, proti němuž máme hodně námitek*“, psalo sdružení fyziologů vytvořené na lékařské fakultě /[14] prezidentu Masarykovi a nabízelo mu nové řešení – „*Kuratoriu svěří pan prezident do správy svůj peněžní dar a možno-li, též obnosy, které by chtěl na podobné účely věnovati jiným společnostem. Dům útěchy a obdobné korporace budou požádány, aby se k akci připojily. Činíme tento návrh, protože chceme, aby se pomoc proti rakovině a nápor na její rozřešení soustředil v jednom odpovědném sboru*“ a dále kuratorium žá-

Dům útěchy – Masarykova léčebna; pohled na spodní část, vlevo alumnát, vpravo chirurgický sál (foto ze 13. ledna 1935).

Budova byla změněna v půdorysu, prostorově však omezena nebyla.

dalo, „*aby bylo vedení Domu útěchy svěřeno fakultě*“ a ještě také, „*aby vrchní lékařský dozor byl svěřen profesoru chirurgie* (J. Petřivalskému, V.L.) a gynekologie (G. Müllerovi) a aby místo ústavního radiologa bylo svěřeno odborníkovi z lékařské fakulty (prof. B. Boučkovi)“./[15] Takový počin tehdejšího vedení lékařské fakulty ponecháváme bez komentáře.

Spolek ustál i podruhé nevraživost akademické obce a obhájil svůj cíl „*vybudovat centrum protirakovinného boje v zemi, které by bylo současně školou pro výchovu lékařů i sociálních pomocníků pro celou Moravu jako splnění závěti MUDr. Jaroslava Bakeše*“ /[16]. Pomohlo i to, že Lucie Bakešová se těšila osobní přízni Alice Masarykové, s níž spolupracovala v Československém červeném kříži, i prezidenta Masaryka. Lékařská fakulta nakonec musela rezignovat na jakoukoliv spoluúčast v ústavu, učinila tak *Memorandem* /[17] , po němž ostře vedené polemiky konečně ustaly.

Dne 13. června 1933 bylo na valné hromadě Spolku Domu útěchy oznámeno, že stavba byla zahájena.

Na novém projektu pracoval hlavně Ing. B. Rozehnal /[18], i během stavby se v něm ještě mnohé upravovalo. Zajímavé bylo, že Rozehnal byl stále ve spojení s lékaři ze sousední chirurgické nemocnice, s nimiž konzultoval nutné změny jednak podle jejich požadavků, jednak podle vlastních zkušeností, získaných účelově z obdobných staveb v zahraničí. Práce probíhaly podle harmonogramu a po roce a půl byla *Masarykova léčebna – Dům útěchy* uvedena do provozu.

Dnes jsou už všechny možnosti stavebně upravovat původní budovu vyčerpány, všechny potřebné nové prostory se už staví na volných pozemcích.

Hrob Bakešových na ořechovském hřbitově.

***

V době otevření ústavu byla Lucie Bakešová těžce nemocná, brzy nato zemřela (2. dubna 1935), také jako její syn na zápal plic. Oba jsou pochováni na hřbitově v Ořechově u Brna. /[19]

Rozvaha L. Bakešové i její vytrvalost při budování Domu útěchy byly obdivuhodné. V její pozůstalosti jsou deníky s poznámkami, co a kdy je třeba udělat, jak vše zorganizovat, kdo a co napíše do denního tisku (články v podstatě psala sama, *osobnosti* je pouze podepsaly, *aby* články *měly větší váhu*), že je třeba ustanovit Spolek Dům útěchy, napsat jeho Stanovy, požádat o přízeň, morální podporu i o finanční příspěvek T. G. Masaryka, zakoupit vhodný pozemek, „*takový, který by i v budoucnu dovolil ústavu*

rozrůstat se, získávat finanční hotovost (původní odhad byl 6 milionů, prostavělo se 10 milionů 400 000 Kč) drobnými dary, pořádáním společenských akcí, půjčkami apod., přesvědčovat o potřebě léčebně výzkumného protirakovinného ústavu obyvatelstvo i vládu i prezidenta, získávat přízeň i peníze vlivných, promlouvat v rozhlase…neboť „… *sám duch času si vynucuje náš návrh, ke kterému se zajisté všechny eticky pracující instituce ideově, hlavně však prakticky připojí*". Tak horlila v prvním projevu před veřejností a akademickou obcí v aule lékařské fakulty /[20] Bakešová na prvním shromáždění v roce 1928. Z toho je jasné, že její účast na realizaci odvážného projektu byla obdivuhodná a při tom po desetiletí nedoceněná. Snažila jsem se tuto historickou nespravedlnost napravit několika publikacemi citovanými výše./[21]

Bylo pro ústav velkým štěstím, že primářem a vlastně i ředitelem prvního protirakovinného léčebně výzkumného ústavu u nás byl po ostrých diskuzích /[22] vybrán zkušený chirurg, prof. MUDr. Richard Werner, několikaletý ředitel obdobného, ale skromnějšího ústavu v Heidelbergu (založeného v roce 1906) a že vedení laboratoří bylo svěřeno biochemikovi, tehdy doc. RNDr. PhMr. Vladimíru Morávkovi. Rentgenologem byl ustanoven MUDr. Jan Šprindrich, radiologem MUDr. Andělín Feller – šťastná sestava erudovaných lidí. O pacienty se staraly řádové i civilní sestry.

Ústav měl podobu sanatoria, byl přívětivý, světlý a vzdušný, vyprojektovaný Ing. architektem V. Fischerem a Ing. architektem B. Rozehnalem v duchu brněnského funkcionalismu podle ideového návrhu Bakešova. Účelně měl propojeny léčebně-diagnostické, ambulantní i laboratorní části, třílůžkové pokoje pro 100 pacientů, místnosti pro denní pobyt, lázně a nejmodernější vybavení rentgenodiagnostickými, ozařovacími a laboratorními přístroji. Operační jednotka měla dva sály, při projektu Bakeš počítal s tím, že větší operační výkony se budou provádět v „jeho" vedlejší nemocnici, proto také prosadil nakonec stavbu ústavu v její bezprostřední blízkosti. Součástí byla i obytná část pro řádové sestry a ústavní kaple.

Prof. MUDr. Richard Werner (1935–1939) primář klinické části.

Prof. RNDr. PhMr. Vladimír Morávek (1935–1955) vedoucí laboratorní části.

Bakeš byl vynikající chirurg, jeho kolegové ho považovali za zakladatele moravské chirurgické školy, svými originálními operacemi žlučníku a žlučníkových cest proslul

i ve světě, stejně tak byly známy i jeho speciální chirurgické nástroje, které si sám navrhoval. S chirurgickou léčbou rakoviny měl letité zkušenosti a měl pro ni promyšlený a ověřený postup. Zvláště byl znám chirurgickým řešením karcinomu kolorekta, navrhl k tomu i speciální operační stůl.Radikální operace prosazoval i při rakovině dělohy a rodidel. Razil zásadu, že „*včasná diagnóza a radikální zakročení nožem jsou dnešního dne jedinými spásnými přístavy, kterých každý chirurg musí se snažit dosáhnouti*“./[23] Léčbu pojímal komplexně, zamýšlel ve své nemocnici zabezpečit i stálou kontrolu životosprávy (podle švédského příkladu), plánoval, že po chirurgické léčbě bude následovat profylaktická rentgenoterapie a radioterapie v nové sousední budově. Účinnost rentgeno- a radioterapie navrhoval zvýšit *léčbou specifickou – vstřikováním sér a vakcín, i nespecifickou* – tak označoval chemoterapii – *aplikací těžkých kovů do krevního oběhu nebo přímo do nádoru, aplikací jiných chemických látek zevně na nádory, které se už rozpadají.*

Pamatoval i na zákroky paliativní – *sympaticotomii, resekcemi podle Luermonta, radictomiemi zadních kořenů míchy apod., kombinovaných s ozařováním, popřípadě vkládáním radiových zrn do substance nádoru.* Byl přesvědčen, že *Ústav musí mít dobrou organizaci i kontrolu, vědecky přesnou evidenci léčených pacientů, s důsledně zaznamenávanými výsledky.* Budoucí ústav považoval za speciální centrum celostátního významu pro všechno obyvatelstvo i jako centrum vědeckého bádání.

Wernerův projev při otevření ústavu – Dům útěchy – Masarykova léčebna

Prof. MUDr. Richard Werner.

Moderní a dokonale zařízený ústav, který dnes slavnostně otvíráme, jest věnovám boji proti jednomu z největších nepřátel lidstva, proti rakovině, která každoročně kosí veliký počet cenných životů.

Napadá zákeřně nic netušící oběti a ničí je neúprosně, nezachrání-li je lékařské umění.

Tisíce zkušených a horlivých badatelů a lékařů usiluje o to, aby proniklo záhady, jež stále ještě zahalují příčinu vzniku této choroby, a aby nalezlo metody ku včasnému rozpoznání hrozícího nebezpečí a zbraně, kterými by s úspěchem zdolávalo zhoubnou rakovinu.

Odborná literatura přináší bohaté duševní proudy ze všech končin z nesčetných laboratoří.

Obsah této výměny myšlenek z celého sv[illegible] sbírat, třídit a užitečné z toho dát hned do služeb prakse, je prvním úkolem našeho ústavu.

Má se stát ohniskem všech úspěchů [illegible]terých se v badání o rakovině dosahuje.

Dům útěchy má však nejen přijímat podněty, ale musí se také přímo účastnit tvůrčí činnosti.

V těsné součinnosti bude usilovat klinické oddělení a experimentální stanice pro badání o nové poznatky o podstatě a vývoji a rakovinové choroby a zejména o studium neobyčejně důležité biologicko-chemické a fysikální stránky bohaté spleti naskytujících se otázek.

Také hlubším souvislostem zhoubného růstu tkání se zákony o dědičnosti z generace na generaci stejně jako z tělové buňky na buňku se musí věnovat obzvláštní pozornost a rovněž tak závislosti chorobného bujení na poruchách jemnější regulace skladby a funkcí našeho organismu, ať již pocházejí z vnějších škodlivin či ze zděděných závad.

Nemá-li se všechno ponechat šťastné náhodě při hrubém pokusném badání, nutno se brát touto svízelnou a zdlouhavou cestou.

Jen tehdy můžeme doufat, že se dopracujeme spolehlivějších metod, než jsou dnešní, a to jak poněkud těžká hospodářská tíseň dovoluje. Zkušenosti obou posledních desítiletí ukázaly docela shodně, že naděje na trvalý úspěch nemálo stoupají, dohlíží-li se správně na zatímně utrpení zbavené ještě i později, bez ohledu na to, že osud nevyléčených vyžaduje rozhodně další péče. U pacientů, které nám budou dodávat pojišťovny a nemocenské pokladny, nebude arci příliš obtížné ponenáhlu tento úmysl uskutečňovat. Avšak u nemajetných, kteří jsou odkázáni úplně jen na sebe, bude třeba zvláštních opatření, snad podobných, jaká již mají v některých státech. To je náš program.

Provedeme vás nyní ústavem. Napřed však dovolte, abych vám krátce naznačil, jak je ústav rozdělen a zařízen. Je stavěn tak přehledně, že několik slov postačí.

Ze čtyř poschodí budovy jsou dvě nejhořejší věnována nemocničním oddělením po padesáti postelích, z nichž jedno pro muže a druhé pro choré ženy. Zde jsme v traktu administrativním, kde je dále ambulance, místnosti pro vyšetřování a léčení, a tu také se bude odehrávat nejdůležitější část lékařské činnosti. Pod námi je pak vědecké oddělení, které povede profesor Morávek, a dále jsou tam radiová inhalat[illegible]ia a radiové koupele, vedle ještě několika místností pro vyšetřování.

A nyní končím s upřímným přáním: kéž by nám bylo dopřáno provésti a splniti v tomto krásném domě vše to, co nás oprávňuje a naplňuje k nejkrásnějším nadějím a což bychom také rádi uskutečnili na našich pacientech.

Na základě dlouholetých zkušeností jsem si toho vědom, že těžký úkol, který jsme na sebe vzali, můžeme zmoci jen nasazením všech svých sil a všech svých zkušeností.

Kéž požehná Prozřetelnost našim úsilovným snahám, abychom dosáhli plného úspěchu pro blaho bližního a ke cti československé vědy

Prof. Ing. Vladimír Fischer

PROMĚNY V ČASE

Během 80 let změnil ústav několikrát svůj název, jednak pod tlakem politických rozhodnutí, jednak charakterem činností a poskytovaných služeb. Jednotlivé vývojové etapy připomínáme dobovými názvy ústavu:

Masarykova léčebna – Dům útěchy – 1935-1942, ředitelem byl prof. MUDr. R. Werner, ředitelem laboratoří doc. RNDr. Vladimír Morávek./[24]

A s jakým personálem ústav začínal? Prvními lékaři byli rentgenolog Šprindrich, radiologové Keller a Langer, chemoterapeut Fischer, laborant Křižan a tři medici – demonstrátoři. O nemocné se staralo 25 sester, 4 pomocné síly (ošetřováni byli i neonkologicky nemocní, kteří si platili speciální léčbu v radiových lázních). V administraci pracoval 1 úředník, účetní a písařka, technické zázemí obstarával topič a strojník. Jídelna byla společná s vedlejším chirurgickým oddělením (po Bakešovi ho vedl MUDr. Antonín Novotný).

A ještě pro zajímavost několik čísel – během prvního roku bylo hospitalizováno 1891 pacientů, provedeno 160 chirurgických zákroků, 466 pacientů bylo ošetřeno ozářením – obaly, mulážemi, jehlami a radiumkanonem, 600 rentgenoterapeuticky. Celkově bylo ozářeno 10 000 pacientů, podle diagnóz – nejvíce – 102 dělohy a pochvy, 85 prsu, 62 žaludku. Ústavu se podařilo získat další 2 gramy radia, což rozmnožilo spektrum radiových aplikací (Feller, 1939).

Prof. Werner byl současně primářem léčebné části, na svou funkci byl velmi dobře připraven dlouholetou praxí v Ústavu pro výzkum rakoviny v Heidelbergu. Od počátku pracoval i vědecky, jeho studie (celkem 116) byly známy z německých odborných časopisů, sám založil časopis Strahlentherapie. Werner hlavně zkoumal léčbu ozařováním, publikace z radioterapie mu vynesly přední místo mezi německými odborníky.

To vše zúročil v pětileté činnosti v brněnském ústavu a k vědecké a tvůrčí práci vedl i své lékaře. Sám často pracoval s Morávkem v laboratoři, kam přijímal hospitanty i mediky. Navrhoval nové léčebné postupy (charakteru chemoterapeutického), velké tumory doporučoval nejprve zmenšit ozařováním a pak teprve operovat. O rakovině a jejím léčení přednášel i v odborných spolcích, především na Moravě. Prosazoval kombinovanou léčbu, své kolegy vyzýval k mezioborové spolupráci i ke spolupráci s jinými protirakovinnými ústavy. Dbal na to, aby byl jeho personál dobře poučen o rakovině i v péči o nemocné.

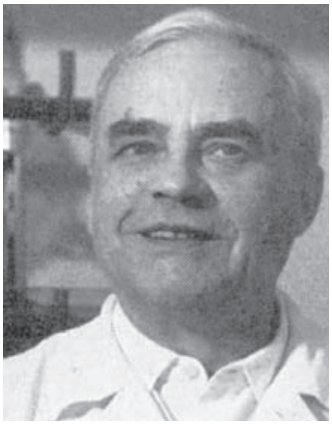
Po roce zpráva o činnosti Spolku Dům útěchy zaznamenala, že „dokonale vybavený kancerologický ústav je vyhledáván pacienty z celého Československa, takže je lůžková část přeplněna." (Čejka, 2004)

Aktivity i léčebně-výzkumnou činnost „nastartovali" pod vedením Wernerovým a Morávkovým v ústavu velmi slibně. Ústav mířil mezi přední zdravotnická zařízení toho druhu, „vychovávali" se i noví kancerologové, tak jak to od ústavu očekávali jeho zakladatelé i konkurzní komise, která odpovědně obsadila vedoucí místa talentovanými lékaři. Nástup nových primářů (L. Poláka, J. Kotase, V. Koláře a M. Hrdličky) ještě před válkou svědčí o rozvoji ústavních služeb nemocným. Bohužel,

uprostřed práce musel koncem roku 1939 Werner vzhledem ke svému židovskému původu ústav opustit./[25]

Na uvolněné místo ředitele nastoupil Wernerův zástupce a spolupracovník chirurg-rentgenolog MUDr. Jan Šprindrich. Jeho nástup změnil Morávkovu pozici. Od otevření ústavu byl totiž za ředitele vlastně považován Morávek, aby se tak zdůraznila výzkumná role ústavu. Morávek měl s experimentální prací bohaté zkušenosti ze svých zahraničních pobytů ve Švédsku, Kanadě a USA. Soustředil se hlavně na zkoumání, zda se zdravá a rakovinou postižená tkáň liší chemicky, při bádání využíval biochemii, což bylo v té době novátorské; ústavní laboratoř byla příležitostí k originálnímu vědeckému výzkumu.

Od roku 1939 byl ústav pod zemskou správou Protektorátu; polovina jeho lůžkové kapacity byla přeměněna na německou vojenskou nemocnici, ředitelem zůstával J. Šprindrich.



Doc. MUDr. Jan Šprindrich, CSc., rentgenolog ve Wernerově týmu,v letech 1939-1962 ředitel ústavu. Kandidoval na ředitelské místo už současně s Wernerem.

Zemský radioléčebný ústav – 1942–1945. Ředitelem byl J. Šprindrich, z ústavu ovšem odešli nadaní výzkumníci, kteří vzhledem k židovskému původu prchli před Němci./[26] Šprindrichovi se tehdy na jejich místa podařilo do výzkumu přijmout několik českých lékařů a přírodovědců (např. V. Uhra, F. Herčíka, T. Martince, J. Velíška, A. Šimka, O. Borůvku), kteří ztratili místo vzhledem k uzavření českých vysokých škol.

Jak jsme už uvedli, v ústavu se v té době v Morávkových laboratořích velmi intenzivně vědecky pracovalo. Všichni výše jmenovaní přírodovědci pokračovali ve výzkumech a mohli se obohaceni mnoha zkušenostmi po válce vrátit na svá původní pracoviště a pokračovat ve svých výzkumech. Nesporně za to ústavu patří dík./[27]

Masarykův státní radioléčebný ústav – 1945-1953 - znamená třetí etapu v rozvoji ústavu. Po válce opět začal v ústavu působit Spolek „Dům útěchy"/[28] a do názvu se vrátilo Masarykovo jméno.

Důležité bylo, že ministerstvo zdravotnictví, do jehož rezortu se ústav dostal, rozhodlo o novém přidělení radia (bylo z Kanady), které se za války „ztratilo". Potvrdilo také existenci většího gynekologického oddělení i dostatečný počet radiologů v ústavu. Proto ústav změnil název na radioléčebný.

V ústavu také 15. srpna 1945 obnovila svou činnost Bioptická stanice. Všechno to byly snahy centralizovat onkologickou péči v brněnském ústavu. Pozvolna začala v ústavu i celostátní registrace nemocných, navazovala na předválečné tendence o potřebě znát počty nemocných a počty léčených pacientů, úředně byla pak povinná hlášení závazně vyžadována od července 1953./[29] Radioléčba si udržovala v ústavu primární postavení.

Krajský ústav národního zdraví (KÚNZ) – **Onkologický ústav** – 1954–1975. Za dobu

jeho existence se ve vedení ústavu postupně vystřídali J. Šprindrich, D. Kadlecová a A. Drozdová.

Doc. MUDr. Drahomíra Kadlecová, CSc. (1962–1971).

MUDr. Anežka Drozdová (1971–1976).

Byla to doba velkých změn ve výzkumu i v léčbě. V roce 1954 se z ústavu organizačně vydělily laboratoře, které po Morávkovi vedl MUDr. Zbyněk Brada /[30], což trvalo až do roku 1961. Tehdy byl pověřen koordinací protirakovinného výzkumu v zemi Výzkumný onkologický ústav v Bratislavě a pod jeho správu přešla i laboratoř brněnská. Po návratu zpět pod správu ústavu vedl po Bradovi od roku 1970 laboratoř prof. RNDr. Jan Kovařík, CSc. Nad klinickou částí převzal správu KÚNZ. Primární se stala diagnostika.

Ředitelka doc. Kadlecová budovala nukleární oddělení a scintigrafii, v závěru 60. let se experimentálně zaváděla i imunoterapie. Toto období je v dějinách MOÚ vlastně přelomové, protože se výrazně specializovala onkologie, která byla v roce 1974 akreditována jako samostatný klinický obor. /[31] Vytvořilo se nejprve samostatné oddělení gynekologické a interní. Vedle oddělení radiologie, která až do té doby jako léčebná metoda dominovala (často jako paliativní), se osamostatnilo oddělení chirurgie.

V ústavu byl sice chirurgický sál, byl však používán omezeně, zhruba jednou týdně pro gynekologické zákroky. Na jiném místě jsme uvedli, že v původním plánu ústavu nepočítal Bakeš s velkou chirurgií, pro tu byly dobře zařízeny sály na jeho chirurgickém oddělení, dnes v Bakešově pavilonu. Nestalo se však tradicí to, co původně bylo zamýšleno jako samozřejmost. Možná i to byl důvod, proč se až do této doby chirurgické léčbě rakoviny, byť to byla metoda mnohem starší než radioléčba, věnovala v ústavu menší pozornost.

Právě v době, v níž se pohybujeme, se situace měnila. K radioterapii, jako dosud disciplíně v ústavu hlavní, se přidala kurativní chirurgie, což měnilo onkologický profil léčby. K léčebným metodám se hlásila také chemoterapie.

To si pochopitelně vyžádalo také změny ve vnitřní struktuře uspořádání lůžkových oddělení. Končilo dělení na muži – ženy, první poschodí bylo vyděleno pro gynekologii, ve druhém bylo interní oddělení A (hematologie) a B (solidní nádory).

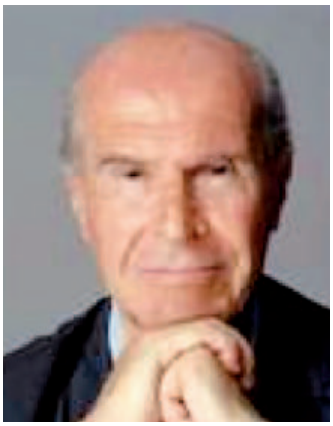
Chirurgie dostala koncem 60. let místa v prvním patře. Zpočátku byly problémy s obsazením místa primáře; vybraný primář MUDr. Benda z Partyzánského v den svého nástupu emigroval. Nakonec se vedení chirurgického oddělení ujal MUDr. F. Strnad z vedlejší chirurgické nemocnice (dnes Bakešův pavilon, tehdy chirurgické oddělení pro Brno-venkov). Po něm na několik let převzal primariát MUDr. M. Pačovský a v 80. létech spolu s MUDr. J. Žaloudíkem začali všichni tři budovat moderní chirurgické oddělení, které se zaměřilo na operace maligních nádorů zažívacího traktu, mammy, melanomů aj. a stávalo se páteří ústavu. Vybudováním chirurgie nabyl ústav plnoprávného označení *onkologický*, protože léčil – a to *jediný v Československu* – všemi třemi základními léčebnými metodami – radioterapií, chirurgií a chemoterapií.

Ještě jedna důležitá aktivita, která ústavu přinesla další exkluzivitu. Od roku 1963 se v ústavu věnovali melanomu. Z iniciativy MUDr. Pirochtové (docházela na ústav z dermatologického pracoviště) vznikla komise pro melanomy, asi první v republice. Byly v ní zastoupeny všechny potřebné specializace – chirurg, plastický chirurg, radioterapeut, radiolog i patolog. Komise si stanovila program: *Centralizace diagnostiky a terapie, lymfografie, protinádorová buněčná imunita, cirkulující nádorové buňky, intralymfatická aplikace BCG, studie idolového melanomenu, registrace, cytologie v diagnostice melanomu.*

Některé z aktivit melanomové skupiny měly tehdy světový primát: studium indolových melanogenů, kterou dělala B. Šopková společně s doc. Matoušem z Prahy, nebo *Centralizace,* což v praxi znamenalo nesčetné přednášky a návštěvy okresních nemocnic s výzvou, aby případy podezřelé z rakoviny ihned posílali do Onkologického ústavu /[32].

Členové melanomové komise WHO, dole uprostřed Z. Mechl.

Aktivity v ústavu si všiml i prof. Umberto Veronesi, ředitel Instituto Nazionale Tumori v Miláně, jeden z vedoucích evropských onkologů a vedoucí WHO Melanoma Programme, proto byla roku 1968 ústavní Melanomová skupina zařazena do Programu WHO a společně se skupinami 32 ústavů z celého světa se spoluúčastnila na 17 klinických studiích fáze II a III. Většina z nich byla publikována v New England Journal of Medicine./[33] Dvakrát se zasedání WHO Melanoma Programee konalo v Brně (1977 a 2001).



Prof. MUDr. Umberto Veronesi, VÚKEO navštívil dvakrát.

Je nasnadě, že ústav se také měnil výraznými stavebními úpravami a zaváděnými moderními diagnostickými a ozařovacími přístroji. Za ředitelky Drozdové instalovali první betatron v republice (1972). Vytvořila se rovněž další specializovaná oddělení - imunologie a tkáňových kultur (J. Kovařík), patologie nádorů (A. Rejthar), epidemiologie a genetiky nádorů (M. Vrba) a oddělení chemoterapeutické (Z. Mechl).

Prof. MUDr. Jaroslav Švejda, DrSc. (1976–1986).

Výzkumný ústav klinické a experimentální onkologie (VÚKEO) – 1976–1986. Do vedení ústavu přišel v roce 1976 prof. MUDr. Jaroslav Švejda, DrSc. Za jeho vedení se ústav přetransformoval v jedinečný institut svého druhu, stal se metodickým onkologickým centrem s významnou klinickou výzkumnou základnou, fungoval jako vysoce specializovaná složka v onkologii.

VÚKEO se stal členem organizace evropských onkologických ústavů UISS a FIGA ve Stockholmu. Od roku 1976 začal vydávat Listy VÚKEO, v roce 1977 začal pořádat Brněnské onkologické dny.

V souvislosti s tím se modernizovalo přístrojové vybavení – byl instalován mamograf, termograf, počítačový tomograf, nové zařízení bylo zakoupeno i pro oddělení radiační onkologie – počítače pro plánování léčby zářením a lineární urychlovače, což si také vynutilo další stavební úpravy.

Prof. Švejda s prof. U. Veronesim.

V léčbě se začala prosazovat chemoterapie, kterou rozvíjel primář Mechl. Jeho oddělení se postupně stalo špičkovým, ve své době i světově známým pracovištěm, které se spolupodílelo na výzkumech a klinickém zkoušení cisplatiny, karboplatiny aj. ve spolupráci s brněnskou LACHEMOU. Tyto činnosti přesahovaly i do následujícího vývojového období, které opětně změnilo název ústavu.

Od roku 1988 měl ústav nového ředitele, byl jím doc. MUDr. Bohumil Kašťák, DrSc., a ústav se stal součástí

Institutu medicínského výzkumu v Brně – 1988–1990. Trval jen krátce, to období vnímáme jako přechodnou vývojovou etapu. Na místě ředitele ústavu setrvával B. Kašťák. K připojení ústavu pod správu Institutu medicínského výzkumu Brno, který byl ovšem vzhledem k okolnostem svého založení bezperspektivní, došlo pod jistým politickým tlakem. Trval pouhé tři roky.

Doc. MUDr. Bohumil Kašťák, DrSc. (1986–1990).

MUDr. Ladislav Červ, CSc. (1990–1991).

Výzkumné laboratoře stále vedl prof. J. Kovařík. Byl současně náměstkem pro vědu a výzkum a podporoval jako člen redakce Listů VÚKEO mimořádnou ústavní publikační aktivitu chemoterapeuta Z. Mechla, biochemiků M. Šimíčkové a I. Vermouska, patologů A. Rejthara, J. Bártkové a molekulárních biologů J. Bártka a V. Vojtěška aj. Všechna tato jména také vytvářela prestiž ústavu mezi onkology doma i v zahraničí, ale poněkud překotné výměny ve vedení ústavu vyvolané vnějšími tlaky nedovolily, aby se ústav rozvíjel koncepčně.

Ředitel Kašťák byl onkochirurg, a tak se převážně soustředil na chirurgickou složku terapie.

V následujícím desetiletí poznamenaly vývoj ústavu politické i společenské změny po listopadu 1989. Doc. Kašťák byl odvolán a ředitelem se stal jeho náměstek MUDr. Ladislav Červ, CSc., který se pokoušel převést ústav na akciovou společnost, ale neuspěl. Do řízení ústavu zasahovalo i grémium tehdejšího Občanského fóra.

Úspěchem bylo, že ústav získal zpět svou samostatnost. V červenci 1990 potvrdilo MZ ČR statut samostatného ústavu s novým názvem. Od 1. ledna 1991 se jmenuje

Masarykův onkologický ústav – 1991 - podnes.

Za čtvrt století, které se dovrší letos v červnu, stáli v jeho čele čtyři ředitelé - MUDr. Josef Drbal (1991-2000), prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc., (2000-2001), prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc. (2001-2008), prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc., d. h. c. (2008-2014). Současným ředitelem je od roku 2014 opět prof. Žaloudík.

MUDr. Josef Drbal (1991–2000).

Prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.,
ředitel v létech 2000-2001; 2014 – dosud.

Trojice ředitelů posledních uplynulých 15 let se výrazně zasloužila o revitalizaci brněnské onkologie na přelomu století svou erudicí, založením Univerzitního onkologického centra (UOC) a svým vlivným postavením ve výboru České onkologické společnosti ČLS J. E. Purkyně. Společně, i každý svým vlastním dílem, přispěli k dnešní podobě moderně vybaveného onkologického ústavu. Do dějin onkologie se zapsali jako silná trojka. (Píšeme o tom i na jiných místech v této publikaci.)

Všem byl vlastní důraz na vědu a výzkum, na komplexnost péče o onkologicky nemocné, na celkovou modernizaci onkologických pracovišť, včetně nových účelových staveb a zavedení moderních komunikačních technologií. Tím vším a spoluprací s dalšími odborníky v oboru „vytáhli" českou onkologii na evropskou úroveň. Ve své odborné a řídící práci kreativně využili zkušenosti ze své klinické praxe, akademických funkcí, i ty, které získali jako stážisté na excelentních pracovištích v USA a v Anglii.

Navzdory tomu všemu stále zůstávají některé obtížně řešitelné problémy, které limitují úspěšnost léčebných výsledků, nezávislé na tom, kdo stojí v čele ústavu. Z hlediska hodnocení světovými parametry je v ČR stále vysoké procento výskytu rakoviny kolorekta, plic, prsu, prostaty a děložního čípku. Odstranit či alespoň zmírnit tento problém není v možnostech žádného řídícího pracovníka.

Prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc.,
ředitel ústavu v letech
2001-2008.

Prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc., dr. h. c.,
ředitel ústavu v letech 2008-2014.

Rostoucí incidence ani mortalita u zhoubných nádorových onemocnění nemohou být dávány do přímého příčinného vztahu

s kvalitou poskytované péče. To, co v naší společnosti stále vázne, je individuální odpovědnost každého občana za své vlastní zdraví. Sebedokonalejší preventivní programy situaci nezmění, pokud chybí vůle k jejich naplnění. Dokud jich lidé nebudou využívat, a pokud neupraví svůj celkový životní styl tak, aby ze svého denního života vyloučili kancerogenní elementy (např. kouření, nevhodné stravování, nadváhu, nedostatek pohybu, stresy…), situace se těžko změní. Absentuje všeobecné přesvědčení, že včasný záchyt onemocnění znamená mnohem větší naději na vyléčení anebo na delší přežití, že rakovina objevená až v posledních stadiích se dá léčit většinou pouze paliativně. Ano, měli by…

Jako jisté řešení se nabízí analogie z boje proti tuberkulóze v polovině minulého století. Liga proti tuberkulóze tehdy prosadila povinné preventivní prohlídky, i ty, nejenom očkování proti TBC, pomáhaly nemoc zastavit. Ostatně s epistážemi rakoviny v terénu měli už své dobré zkušenosti také v ústavu na Žlutém kopci na začátku 50. let. Zavedení povinných preventivních prohlídek by také pomohlo situaci s tímto stále život ohrožujícím onemocněním změnit. Proti tomu zatím silně působí argument ekonomický. Ale není včasná léčba levnější? Nepřinesla by také pozitiva sociální (menší náklady na nemocenské dávky, rychlejší návrat do pracovního procesu, kvalitnější individuální život…)?

Ligu proti rakovině máme, snaží se o osvětu a informovanost mezi obyvatelstvem, stejně jako ústav sám svými nabízenými preventivními programy, ale zatím ne s výsledky, které by dokázaly ovlivnit kritizovaný stav incidence i mortality zhoubných nádorových onemocnění. To zůstává stále velkým úkolem a velkou výzvou. Pro všechny!

NOHAMA NA ZEMI

Problém rakoviny se nevyřeší
ani ozařováním, ani chirurgickými zákroky.
Ale vyřeší se na laboratorních stolech.
(Madame M. Sklodowska-Curie, 1933)

Osmdesátiletý ústav má své bohaté, někdy i komplikované a dramatické dějiny. Vtipně je lze zhodnotit fotografií z televizního šotu vysílaného k 80. výročí MOÚ, takové milé kouzlo nechtěného. Na fotografii běží pod záběrem současného ředitele ústavu prof. Žaloudíka text s předpovědí počasí.

Škoda, že meteorologové nepředpovídali – ráno jasno, během dopoledne polojasno až zataženo, odpoledne slunečno. To by byla případnější metafora pro ústav v proudu času.

Dnes je historicky první budova ústavu stavebně podstatně upravena, stala se součástí rozsáhlého pavilonového komplexu moderního onkologického léčebně-výzkumného zařízení, stále svým charakterem dosud v zemi jedinečného (srv. kapitolu o výstavbě).

Masarykův onkologický ústav téměř po celou dobu své dosavadní existence naplňuje také Bakešův požadavek, aby byl *ústav vybaven nejlepšími a nejkvalitnějšími přístroji a dalším zařízením*, aby byl *specializovaným nadregionálním protinádorovým léčebným zařízením* a *vychovával odborníky v oboru,* v neposlední řadě – aby se pacientům dostávalo *komplexní léčby a empatické péče*.

V jubilejním roce je také vhodné připomenout, že tento Bakešův ideový vklad formulovaný v roce 1928 v článku *Jak čelit vzrůstajícímu nebezpečí rakoviny,* ve své době výjimečný, přijatý a rozvíjený hned první generací ústavu vedené Wernerem, se stal zásadou, v ústavu obecně přijatou samozřejmostí, ale i trvalou metou.

Čas dokázal, jak prozíravé bylo úsilí Lucie Bakešové prosadit na počátku 30. let minulého století místo pro stavbu ústavu tam, kde bude možné, aby se ústav v budoucnu stavebně dále rozšiřoval. Nároky rozvíjejícího se oboru lékařské onkologie a léčby onkologických pacientů, ale také stále stoupající incidence zhoubných nádorových onemocnění, si průběžně vyžadují nejen precizní údržbu stávajících budov, ale také přestavby, dostavby i stavbu budov nových. Dělo se tak od roku 1968 až do současnosti.

***

80. výročí založení MOÚ se slavilo 26. ledna 2015 v nově vybudovaném Edu-

kačním a výukovém centru. Oficiální část uvedl ředitel ústavu J. Žaloudík přehlednou prezentací - „historickým ohlédnutím" za tím, co už bylo. V té druhé části se hovořilo o tom, co by v blízké budoucnosti být mělo – předneseny byly VIZE v onkologické diagnostice, v chirurgické, chemoterapeutické a radioterapeutické léčbě zhoubného nádorového onemocnění, ve výzkumu, v edukaci, vše s cílem podstatně zvýšit procento vyléčených, což by si přáli nejen všichni onkologové.

To si vlastně přejeme my všichni, nikdo nevíme, zda nás to také nepotká, když je známo, že každých 6 minut jeden z nás rakovinou onemocní. A tak si přejme: bezvadně fungující prevenci (abychom neonemocněli), účinné terapeutické postupy a metody v případě, že onemocníme, bezvadnou paliativní péči, pokud nás nikdo už nevyléčí. To předpokládá efektivní výzkum a erudované zkušené radiology, onkochirurgy a chemoterapeuty. Ty nikde nenakoupíme, ty si musíme vychovat z talentovaných mediků. To je další vize i úkol pro budoucnost. V dějinách ústavu je to vize staronová.

Výchova kvalitních kancerologů, to byl už sen prvního ředitele ústavu v roce 1935 prof. MUDr. Richarda Wernera – „*vychovat odborníky a dohonit svět v oboru kancerogenního bádání*". Přáním konkurzní komise (J. Kabelík, F. V. Novák, J. Petřík, V. Morávek, A. Novotný), která tehdy Wernera vybrala na ředitelské místo, protože jeho odborná kvalifikace „*přesahovala o několik set procent kvalifikaci ostatních uchazečů*", také bylo, aby biochemik, lékař rentgenolog a radiolog, ti, kteří byli komisí vybráni k vedení oddělení, „si také *osvojili znalosti i oddělení dalších a vyrostli tak ve skutečné kancerology, kterých bude do budoucna třeba*". Protože ústav „*nechce být aktinoterapeutickým zařízením, kde se ozařováním budou léčit různé choroby, ale kancerologickým, specializovaným na zhoubné nádory, které hodlá léčit všemi dostupnými metodami, čili chirurgicky, rentgenem, radiem, chemoterapeuticky i bioterapeuticky*" (Kabelík, 1934).

Ta slova jsou stará 80 let!

A co tato vize? „Papa" Werner ji přednesl při zahájení provozu ústavu v lednu 1935; tehdy to bylo jeho očekávání - program ředitele, teoreticky i prakticky zaměřeného na chirurgii a radioterapii:

„*Je nutná spolupráce s oddělením experimentálním, které provádí studie patologicko-fyziologické, chemické, fyzikálně-biologické, serologické, hematologické, aktinologické. Právě v této spolupráci je zvláštní význam i oprávněná existence ústavu.*"

A jaká byla další Wernerova vize?

Kombinovaná chirurgicko-radiologická léčba (+ dietní léčba). S V. Morávkem dohodli pro ústav výzkumný program - výzkum sero-imuno-fermento-organologický, výzkum chemoterapie, klinické ověřování nových léčebných metod a vymezení indikace jednotlivých metod. Výzkumně se bude zpracovávat také vliv dědičnosti, konstituce, anomálií, onemocnění prekancerozních a vlivy vnější – zaměstnání, výživa, bydlení…*Jen tak se podaří získat údaje obsáhlé a všestranné, lékaři by měli vyplňovat jednoduché a přehledné formuláře, na kterých je možno stavět*. Žádal poučit o chorobě i o léčbě všechny, kteří chtějí ochotně spolupracovat. *Ústav očekává, že se stane centrem protirakovinného boje, v němž se sejdou všechny snahy směřující k jedinému cíli – léčit a vyléčit.*

Když přehlížíme ta uplynulá léta, musíme konstatovat, že hned také sám se svými

lékaři i výzkumníky jako ředitel začal Werner svůj program-vizi uskutečňovat. Jeho nástupce, doc. MUDr. Jan Šprindrich, CSc., úspěšně pokračoval v jeho odkazu, stejně jako většina dalších následujících ředitelů.

Ta historická exkurze až k roku 1935 není samoúčelná. Slouží ke srovnání minulosti s přítomností. Přenesme se k tomu, kam by se měl tedy v budoucnosti ústav „posunout".

Rámcový program budoucího rozvoje onkologie a činností ústavu byl uveden pod názvem **Vize v onkologické léčbě aneb kam by měla léčba směřovat.** /[34]

Vize první: doc. MUDr. Dalibor Valík, Ph.D., primář **Oddělení laboratorní medicíny:** Budoucnost onkologické **diagnostiky** se soustředí na vyhledávání zhoubného onemocnění v jeho časných stadiích. Rozvíjet se budou zejména metody schopné odhalit onemocnění z malého množství dobře přístupného materiálu pacienta, jako je krev, moč nebo stolice.

Paralelně bude pokračovat rozvoj metod, které umožní zobrazení chorobného ložiska již v jeho časných vývojových stadiích. Pokud jde o onemocnění již diagnostikované, přichází na řadu celé spektrum diagnostických metod charakterizující již nemocnou tkáň pacienta. Zde se nejvíce uplatňují metody tkáňového zobrazení, ale také metody genetického profilování, jejichž snahou je získat maximum informace o individuálních vlastnostech nemocného ložiska u konkrétního pacienta.

Integrací dílčích, avšak velmi složitých nálezů těchto nových diagnostických metod a jejich aplikací v léčbě pacienta, se tak budou lékaři snažit uplatnit nové poznatky moderních diagnostických metod při individualizaci léčebných postupů v moderní onkologii.

Vize druhá: prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc., ředitel MOÚ:

Chirurgické odstranění nádorů bude také v ústavu i v budoucnu nadále patřit spolu s radioterapií a chemoterapií k základním a ničím nezastupitelným metodám léčby solidních zhoubných nádorů. S úspěšností časného záchytu nádorů ve screeningových a onkopreventivních programech význam chirurgických metod dokonce narůstá, neboť velmi časná stadia zhoubných nádorů jsou zpravidla vyléčitelná pouze chirurgicky. Operační postupy se stávají cílenější a méně invazivní. Přispívá k tomu jak přesnější předoperační diagnostika, tak i peroperační isotopová či ultrazvuková navigace.

Nejnověji v ústavu zkoušíme také navigaci pomocí magnetických partikulí připravených na bázi nanotechnologií.

Vlastní operační výkony nesporně pomáhá minimalizovat moderní endoskopické, laparoskopické či robotické vybavení. Při nutnosti rozsáhlejších operací se lze spolehnout na výrazně modernizovanou anesteziologickou a intenzivní perioperační péči. Onkochirurgie se bude specializačně dále rozvíjet v operačních modulech digestivním, mammokutáním a hrudním. Nástavbové specializace už zavedly také další operační obory, tedy urologická a gynekologická onkologie.

Mezioborová spolupráce operatérů postupně profiluje koncepty pánevní a onkoplastické onkochirurgie. Mnohé se týká nové *Kliniky operační onkologie* LF MU v MOÚ, která doplňuje stávající *Kliniku komplexní onkologické péče* a *Kliniku radiační onkologie*

do podoby moderní výukové základny pro celou klinickou onkologii.

Vize třetí - prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc., přednosta Kliniky komplexní onkologické péče:

Chemoterapie zaznamenává v posledních dvaceti letech zásadní obrat od nespecifické ke specifické, namířené přímo proti nádorovým buňkám - tzv. cílenou léčbu. V této oblasti se rozvíjí především inhibitory tyrozinkináz, které jsou zásadní pro aktivaci signálních drah. V současné době navíc začíná rozvoj imunoterapie, zvláště u melanomu. Do budoucnosti se počítá především s přímým ovlivněním onkogenů - utlumením jejich činnosti a naopak povzbuzením činnosti supresorových genů.

Vize čtvrtá - prof. MUDr. Pavel Šlampa, CSc., přednosta Kliniky radiační onkologie:

Radioterapie prodělala v posledním desetiletí výrazný pokrok v technických možnostech nových ozařovacích a plánovacích systémů. Především se zvýšila bezpečnost léčby ve smyslu zvýšené ochrany zdravých tkání a orgánů v blízkosti cílových objemů. Jedním z cílů dalšího rozvoje radioterapie v našem ústavě je maximalizovat bezpečnost léčby pro pacienty a samozřejmě i pro personál. Cílená radioterapie bude také znamenat zlepšení výsledků léčby u vybraných nádorových chorob. Pro udržení tohoto záměru bude nutné pravidelně provádět obnovu ozařovací techniky, a tím si udržet pozici špičkového evropského pracoviště. S tím bude souviset i nutnost kontinuálního zvyšování odborné úrovně všech pracovníků podílejících se na léčbě ionizujícím zářením a podílet se na vědecko-výzkumných projektech.

Vize pátá - doc. MUDr. Marek Svoboda, Ph.D.:

Onkologický výzkum – vedle výzkumu základního, jehož cílem je především nalézání nových mechanizmů, které jsou zodpovědné za vlastnosti maligního nádoru, začal stále více nabývat na významu tzv. výzkum translační. Zavádění nových technologií například v oblasti nádorové genomiky vedlo k tomu, že nárůst nových poznatků je natolik expanzivní, že naše možnosti jejich implementace do klinické praxe nemohou této rychlosti stačit.

S tímto nelehkým úkolem se potýká právě translační výzkum. Pokud je objeven například nový molekulární mechanizmus zodpovědný za neomezené dělení nádorových buněk, je úkolem vědců z oblasti translačního výzkumu ověřit, zda některý z genů zapojený do tohoto procesu, je potenciálně využitelný v terapii nebo v diagnostice nádorových onemocnění. Pak má hodnota tohoto nového poznatku svoji relevanci i pro klinickou praxi. Na druhou stranu tím, že je translační výzkum založen především na vysoce komplexních analýzách reálného biologického materiálu získaného v rámci péče o pacienty s nádorovým onemocněním, výstupy tohoto výzkumu netrpí limity modelových systémů používaných ve výzkumu základním a často vede k novým poznatkům, které jsou silnými hybateli rovněž v oblasti základního výzkumu. Tok informace zde proto probíhá oběma směry.

Budoucnost onkologického výzkumu je především ve sladění těchto jeho dvou rozměrů do podoby, která umožní nejen rychlé nabývání nových poznatků, ale také co nejrychlejší přenos těchto poznatků směrem k lůžku pacienta.

Praktickým aspektem výzkumného snažení je vlastně hledání možností, jak nalézat a ovlivnit vyšší genetické riziko vzniku ra-

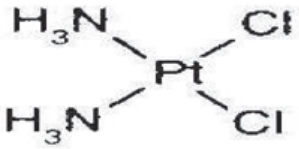
koviny a zejména rozpoznání, na jaký druh léčby je daný nádor u daného jednotlivce nejcitlivější.

Z historického hlediska bylo osmdesáté výročí založení Masarykova onkologického ústavu oslaveno především úspěchem výzkumným – zveřejněným 23. listopadu 2015. Ve spolupráci s Ústavem jaderného výzkumu v Řeži, a. s., divize Radiofarmaka bylo vyvinuto a klinickou fází I. vyzkoušeno nové radiofarmakum ^{11}C-Methionin inj. Je určeno pro diagnostiku mozku metodou pozitronové emisní tomografie (PET). Je zachycováno především živými nádorovými buňkami, nikoliv zdravou mozkovou tkání. Současně jde také o první akademickou klinickou studii v České republice, při které bylo testováno PET radiofarmakum značené izotopem uhlíku ^{11}C s krátkou životností. Protože poločas přeměny uhlíku ^{11}C = 20 minut, je možné provádět takové studie pouze při velmi těsné časové kooperaci výrobce a nemocnice. V Masarykově onkologickém ústavu to možné je, protože radiofarmakum lze vyrobit přímo v ústavu, v budově PET, kterou ústav sdílí se společností ÚJV Řež. Tím se stává aplikace přípravku přímo unikátní.

BRNĚNSKÝ PŘÍBĚH CISPLATINY

zrození PLATIDIAM a CYCLOPLATIN
ve spolupráci LACHEMA - VÚKEO

Každé cílevědomé úsilí
přináší bohatou odměnu.
(Jim Rohn)



Chemický vzorec anorganické cisplatiny má celkem jednoduchou strukturu – 1 atom dvojmocné platiny, 2 skupiny NH_3 v cis geometrii a 2 atomy chloru – celkem 11 atomů, které uspořádány v molekulu cis-diammindichloroplatnatého komplexu přinesly v 70. létech minulého století velké naděje v chemoterapii zhoubných nádorových onemocnění. (Reaktivní místa v ní představují pouze chloridové skupiny.)

Cisplatina jako chemická látka byla známá už v roce 1844, kdy ji syntetizoval Michael Peyron, známá pod názvem Peyronův chlorid. Ale v polovině 19. století nikoho ještě netrápily smrtonosné nádory, a tak také nikoho ani nenapadlo zkoumat biologické účinky této látky.

Za 112 let byla situace docela jiná, rakovina trápila nemocné, lékaře i výzkumníky, ve světě se zakládaly protirakovinné ústavy, usilovně se hledala léčiva proti nemoci, která strašila smrtí. Jedním z účinných cytostatik byla cisplatina.

Její biologická účinnost byla objevena v podstatě náhodně. Stejně tak i mnoho až podivných náhod provázelo její cestu mezi nejúčinnější cytostatika 20. století. Ale už z antiky známe tezi, že náhody přejí pouze připraveným. Pro nás je z historického hlediska velmi zajímavé, kdo mezi ty dobře připravené patřil a jak se objevovaly a přeskupovaly děje, na jejichž konci se objevil lék přidávající početné dny života mnoha nemocným.

Řetězec náhod začíná za oceánem, v nové laboratoři, kterou právě otevřel biofyzik prof. Barnett Rosenberg v Biofyzikálním ústavu Michiganské státní univerzity v East Lansingu v roce 1965, a hledal pro ni výzkumný program (Brabec. 1998). Sám v té době studoval účinky elektromagnetického pole, a protože mu vizuální podobnost vřeténka při buněčném dělení bakterií připomínala biomagnetické pole, začal s nimi experimentovat. Vybral si klasickou bakterii Escherichia coli. Vložil ji do nádoby se živným roztokem (složkou byly amonné soli, včetně chloridu amonného), zavedl platinové elektrody a vyvolal mezi nimi elektrické napětí. Při analýze experimentu zpozoroval, že se zastavilo dělení buněk, aniž byl omezen jejich růst. Jeho spolupracovníci ho ovšem připravili o radost, že by se to stalo vlivem elektromagnetického pole. Chemici, kteří roztok s bakteriemi analyzovali, zjistili, že elektrolýzou se na platinových elektrodách vysrážely platnaté sloučeniny a že tedy nikoliv elektromagnetické pole, ale právě ony mají cytostatický účinek.

Právě to bylo zjištění, které v Rosenbergově laboratoři vedlo k nápadu vyzkoušet, zda by tentýž vliv měl platinový komplex

na dělení rakovinné buňky. Proto se v laboratoři následně testovaly různé komponenty platiny (včetně cisplatiny) na některých modelových nádorech implantovaných myším.

Další osudy cisplatiny pak pokračovaly po prodeji patentu její injekční formy americké firmě Bristol Myers. Jednalo se o originální přípravek PLATINOL. Po splnění všech preklinických a klinických programů jej firma uvedla v roce 1978 na trh.

Na počátku 70. let se našim výzkumníkům naskytla možnost získat cisplatinu takříkajíc z vlastních zdrojů. Pomohla jim velká náhoda. Při úspěšných laboratorních experimentech *náhodou* v Rosenbergrově laboratoři stážovali v letech 1965 až 1969 dva čeští vědci – doc. RNDr. Jaroslav Drobník, CSc. a RNDr. Scarlet Rešlová-Vasiluková z Mikrobiologického ústavu ČSAV v Praze, kteří tam byli svědky celého výzkumného procesu a také se účastnili všech diskusí kolem pozoruhodných cytostatických účinků platinových komplexů. Nepřekvapí, že po návratu z USA se rozhodli iniciovat výzkum účinků cisplatiny také u nás.

Do děje vstupují další osobnosti - primář MUDr. Zdeněk Mechl, CSc., z MOÚ (tehdy Onkologického ústavu Krajského ústavu národního zdraví) v Brně. Biologické účinky cisplatiny byly literárně známy v roce 1971 a onkologům byly prezentovány na světovém chemoterapeutickém sjezdu v pražském Rudolfinu. Lékaře Mechla informace o novém cytostatiku nadchly.

Byl tu však vážný problém. I když byl přípravek v USA pod názvem PLATINOL uveden do klinické praxe, byla léčba limitována jeho velkou nefrotoxicitou a dalšími nepříjemnými vedlejšími účinky. Situace se výrazně změnila, až Steve Cvitković uvedl jako její prevenci hydrataci.

Podmínky pro využívání nového protinádorového léčiva, které už v několika málo zemích firma Bristol Myers prodávala, nebyly pro nás příhodné. Firma investovala do výzkumu i do výroby hodně peněz a PLATINOL byl velmi drahý. Nakupovat ho pro klinické potřeby v době nedostatku devizových korun bylo téměř nemožné.

Situace se časem počala měnit. Z Onkologického ústavu v Brně se stal Výzkumný ústav klinické a experimentální onkologie (VÚKEO), který vedl prof. MUDr. Jaroslav Švejda, DrSc. Existencí cisplatiny byli primář Mechl i ředitel Švejda potěšeni, už když byl PLATINOL zaregistrován na Západě, zvláště pak po návratu ze světového chemoterapeutického kongresu ve Vídni v roce 1979, kde byly prezentovány výsledky terapie testikulárních a ovariálních nádorů, které Mechl označil za „bombu“!

Proto začali společně s Drobníkem a Vasilukovou uvažovat o tom, že by ve Spofě, u našeho tehdejšího monopolního výrobce léků, mohl někdo „starou molekulu“ (známou z poloviny 19. století) cisplatiny syntetizovat, protože látková ochrana (patent) neexistoval a začít vyrábět účinné léčivo v tuzemsku bez nároku na devizy.

U Drobníka sepsali zlepšovací návrh a Spofě jej nabídli, ale vedení závodu neprojevilo o tuto problematiku žádný zájem.

Shodou okolností nastoupil právě v roce 1979 do Výzkumného ústavu čistých chemikálií (VÚČCH) v Brně nový ředitel, kterého kontaktovali Švejda s Mechlem po neúspěšném jednání ve Spofě. Ing. RNDr. Švehla, CSc., sdílel jejich nápad pro domácí výrobu cisplatiny a začal o té možnosti uvažovat, i když dosud program léčiv v LACHEMĚ neexistoval. K realizaci však potřeboval někoho natolik erudovaného i obětavého, kdo by nejen dokázal

syntetizovat molekulu cisplatiny, ale také optimalizovat výrobní postup tak, aby substance měla požadovanou kvalitu vyhovující tehdejším lékopisným požadavkům.

Do našeho příběhu vstupuje tak další výjimečný a kreativní odborník - Ing. František Kiss. Náhodou se právě v té době do VÚČCH vrátil po dlouhodobé nemoci. Léčil se z ní půldruhého roku na klinice v nemocnici U Svaté Anny v Brně poté, kdy mu byl zjištěn naštěstí nezhoubný nádor na 9. a 10. páteřním obratli. Po náročné operaci u prof. Gottfrieda na neurochirurgii se podrobil dalším dlouhým léčebným procedurám, a když mu bylo nejhůř, sliboval si, že pokud se uzdraví, z vděčnosti vykoná něco pro medicínu.

Právě na Kisse se Švehla obrátil, aby připravil čistou cisplatinu a vypracoval postup syntézy podle návrhu Drobníka a Vasilukové. Jeho povzbudivá slova – „*Mrkni na to, prověř to, třeba bychom to zvládli*", na která odpověděl –„*Já se o tu cisplatinu tedy pokusím*" – provázela Kisse po celých 14 dní, kdy syntetizoval a purifikoval cisplatinu.

Byla to pro něho velká výzva, začal originální a průlomový výzkum výroby prvního léčiva závodu LACHEMA Brno. Dostal příležitost uplatnit své rozsáhlé chemické zkušenosti a naplňoval slib, který si dal v nemocnici.

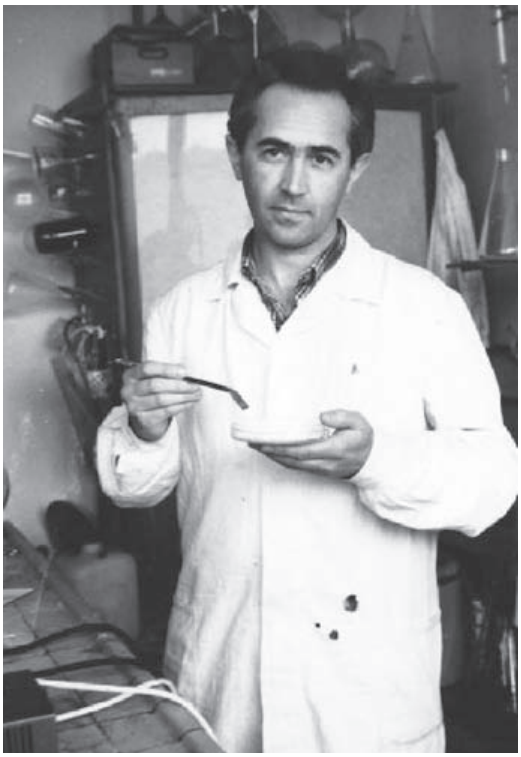
MUDr. Mechl a Ing. Kiss při poradě, 1980.

Do práce se pustil okamžitě, ale bylo to s velkým fyzickým nasazením a málem s velkým problémem. Kissovi totiž chybělo to nejdůležitější – vysoce čistá platinová houba.

Platina byla devizovým artiklem, koupit ji, byť na důležitý experiment, nebylo snadné. Safina prodávala kilogram platinové houby (to je nekovová forma, která se lépe rozpouští) za 40 000 devizových korun.

Vypadalo to, že se problém vyřeší. Nedlouho před tím odbor anorganiky VÚČCH laboratorně vyvinul metodiku, jak získat platinu z upotřebených automobilových katalyzátorů a náhodou pobočný závod LACHEMY v Kaznějově dokázal z nich platinu získat výrobně (Franc, 2014). Ale ta bohužel nebyla tak čistá, aby ji bylo možné použít, a tak se čekalo, až zásobovací oddělení Lachemy potřebnou platinu obstará.

Kiss byl ovšem netrpělivý a nechtěl čekat. V laboratoři si vzal běžně používanou platinovou misku a rozhodl se, že ji použije k laboratorní výrobě cisplatiny. Rozstříhal ji a rozpouštěl v lučavce královské, aby nahradil chybějící houbu (později už byla ve výrobě vždy používána vysoce čistá platinová houba). Surový produkt syntézy cisplatiny Kiss opakovaně čistil iontoměniči a rekrystalizací. Uprostřed tohoto procesu se odehrála zajímavá příhoda. Ředitel VÚČCH Švehla považoval za nutné zjistit, jak se Kissovi práce daří, a tak se mu přišel do laboratoře „podívat na ruce" a při tom pochopil, z čeho Kiss tu platinu získal - zděšeně vytahoval z horké lučavky ten kousek platinového pásku z bývalé misky, na němž bylo evidenční číslo, aby ho zachránil pro inventuru drahých kovů, která každoročně v laboratoři probíhala. Byl z toho trochu rozruch, ale nevadí, podstatné bylo, že Kiss byl hotov a že



Ing. Kiss – s prvními 8 g cisplatiny leden 1980.

vyrobil 8 gramů platinového komplexu v lékopisné kvalitě.

Vítězoslavně jej předvedl na prvním koordinačním zasedání všech zainteresovaných na úspěšném pokusu – Švehlovi z VÚČCH, Mechlovi a Švejdovi z VÚKEO a Drobníkovi z Ústavu makromolekulární chemie – v ředitelně Lachemy Brno v lednu 1980.

Ředitel Švehla neskrýval radost z perspektivy nového výrobního farmaceutického programu v Lachemě. Potřeba nového léčiva provokovala rozvoj výrobního podniku. Byli však i našeptávači, kteří nevěřili, že by mohla Lachema zvládnout program v celém rozsahu – vyrábět cisplatinu v injekční formě. Generální ředitel Brůžek nakonec rozhodl – *„Když to zvládli v USA a v Izraeli, dokážeme to i v Československu“.* Přidal se „otec české cisplatiny“ Kiss, silně podporován Mechlem. Rozhodli se ovšem, že substanci nabídnou Spofě, která z ní vyrobí injekce ve formě lyofilizované substance obdobné s PLATINOLEM firmy Bristol Myers.

S tím návrhem hned v únoru navštívil Kiss Výzkumný ústav pro farmacii a biochemii v Praze (VÚFB), řediteli Němečkovi předal vzorek laboratorně vyrobené cisplatiny a objednávku, aby v ústavu zahájili preklinické testování akutní toxicity cisplatiny na myších. Němeček neskrýval pochybnosti o tom, že by v Brně zvládli tak náročný úkol a Kisse vyprovodil slovy – *„Pane kolego, moc vám nefandím, nevěřím, že byste během několika let mohli udělat takové léčivo“.* Kisse sice zklamal, ale současně v něm vyprovokoval jakýsi profesní vzdor, s nímž se vracel do Brna. A tam se „svatá trojice“ – Kiss, Mechl a Drobník - rozhodla navzdory Němečkově nepřízni, že to svedou bez kooperace s VÚFB.

I bez předběžných konzultací s vedením Lachemy, aby se snad vyhnuli dalším průtahům, se rozhodli zahájit vývojové práce na vlastní lékové formě. *Když je přece na dosah nové cytostatikum, který výzkumník či netrpělivý lékař by to vzdal?*

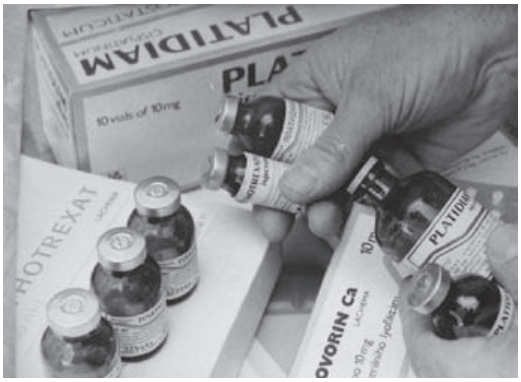
„Ze dne na den“ se náhodou „našly“ devizové koruny, a tak mohli nakoupit v rakouské lékárně potřebné množství amerického PLATINOLU pro nezbytné preklinické testování, aby bylo možné dokázat srovnatelnou účinnost i kvalitu amerického i českého platinového komplexu cisplatiny.

Rozběhl se koloběh shromažďování vyžadovaných dokumentů a nutných testovacích řetězců. V preklinické fázi zkoumali akutní toxicitu u myší a potkanů ve Výzkumném ústavu veterinárních bioprepa-

rátů v Brně. Na studii farmakodynamiky in vitro i in vivo u myší spolupracovaly týmy prof. Ujházyho a MUDr. Balážové v Ústavu experimentální onkologie SAV v Bratislavě a Biofyzikálního ústavu ČSAV v Brně, protinádorovou účinnost, akutní subchronickou a tříměsíční klasickou chronickou toxicitu zkoumali za konzultací se zkušeným mikrobiologem Drobníkem po tři měsíce na 12 psech beaglech na Vysoké škole veterinární v Brně.

Současně v LACHEMě Kiss zkoušel se svým týmem ve výrobně diagnostických přípravků možnou technologii lyofilizace substance vyrobené cisplatiny, a když analytická kontrola dopadla dobře, optimalizovali celou technologii za aseptických podmínek v Ústavu sér a očkovacích látek v Praze. Do konce února 1980 se podařilo vyrobit 3 000 lyofilizovaných injekcí stejné kvality, jakou měly injekce americké. Ředitel SÚKL Buriánek navíc zapůjčil americkou registrační dokumentaci.

Na návrh Drobníkův byl pro české cytostatikum zvolen obchodní název **PLATIDIAM**.



Mezitím Lachema jako výrobní podnik vypracovala preklinickou dokumentaci o chemické identitě, čistotě substance, o protinádorové účinnosti, akutní, subchronické a tříměsíční chronické toxicitě u beaglů.

Výroba PLATIDIAM v LACHEMĚ Brno. Pracovalo se v noci (vyrobila se prášková forma) a ve dne (připravovala se injekční forma).

Materiál 24. června 1980 předala Lachema Komisi pro nová léčiva ministerstva zdravotnictví. VÚKEO provedl p*ilotní studii s americkým PLATINOLEM a* předložil současně také *Protokol klinického zkoušení léku Platidiam n. p. Lachema,* zpracovaný týmem primáře Mechla - MUDr. B. Šopkovou-Augustinovou za spolupráce s MUDr. R. Vyzulou, MUDr. M. Nekulovou aj. Definitivní podobu zpracovala Šopková během svého týdenního studijního pobytu v Řídícím Centru pro chemoterapii nádorů v Budapešti počátkem června a 12. 6. ho předložila doma ke schválení Mechlovi a tajemníkovi pro vědeckou činnost MUDr. J. Kopečnému. Na základě těchto dokumentů Komise pro nová léčiva ministerstva zdravotnictví povolila klinické zkoušení přípravku PLATIDIAM v režimu protokolu fáze I.

Klinickým zkoušením byl pověřen tým primáře Z. Mechla ve VÚKEO, na Slovensku v Onkologickém ústavu v Bratislavě tým primáře MUDr. Vlada Černého.

Dále však pokračovalo i preklinické testování Platidiamu na zvířatech, protože bylo třeba řešit jeho poměrně velkou nefrotoxicitu. Mechlově týmu už bylo známo, že k jejímu zmírnění je třeba dostatečně hydratovat organismus, ale bylo nutné režim pre- a posthydratace optimalizovat u experimentálních zvířat, vybrána byla selata.

V tomto místě je příhodné přidat jednu další historku-náhodu, z hlediska užití cisplatiny velmi zajímavou. Stala se primáři Mechlovi na konferenci chemoterapeutických skupin zemí RVHP v Berlíně 1979. Takové konference mohou být velmi zajímavé z hlediska navazování kontaktů se známými kapacitami. Vyprávěl, že se na té konferenci mj. potkal s Kresto Kolarićem, onkologem ze Záhřebu, který ho seznámil se svým přítelem Estebanem Cvitkovićem. Cvitković pracoval delší dobu v Argentině a ve Spojených státech, kde prováděl na klinice první účinnou terapii varlat. Další zkušenost získával ve Francii, kde se ve Villejuif stal ředitelem protirakovinného ústavu.

U večeře samozřejmě vedli také debatu o cisplatině, jejíž zavádění do praxe není bez problémů, hned první studie vykazovaly vážné renální, gastrointestinální, hematologické a otologické nežádoucí účinky, které způsobovaly pacientům značné problémy, problémem byla i limitující nefrotoxicita. Rádi by vymyslili, jak ji zvládnout, ale nic je nenapadlo. K ránu se mírně společensky unaveni rozešli.

U pozdní snídaně Cvitković chyběl, nakonec se přece jen na nějaký okamžik objevil ve dveřích restaurace, popošel několik kroků, tloukl se do hlavy a pak mrzutě odešel. Bylo to dost divné chování, ale zřejmě usilovně přemýšlel o tématu, které je večer tak znepokojovalo. Téměř po hodině se rozletěly dveře dokořán a Cvitković vykřikl: „*Už jsem na to přišel, chce to pořádné zavodnění!*“ Těm připraveným, kolegům u stolu, to bylo hned jasné, cisplatina se musí podávat ve fyziologickém roztoku a dobře hydratovanému pacientovi.

Doma se Mechlovi ta informace velmi hodila, když pak probíhaly klinické testy s Platidiamem. A tak hydratovali. Podávali dávku 500 mg/m^2 v půlhodinové infuzi 5% glukózy. Bylo ovšem třeba preklinicky i klinicky ještě množství podávaných tekutin odzkoušet.

K tomuto experimentu Kiss a Mechl pozvali nefrologa z II. Interní kliniky nemocnice U Sv. Anny, ordináře pro chemoterapii nádorů MUDr. J. Vorlíčka, který byl ve vědecké přípravě pod Mechlovou patronací. Ujal se vedení experimentu v srpnu 1980. Kiss vybral jako výzkumné zázemí pro pokusy na vepřích opět Vysokou školu veterinární v Brně. Ve spolupráci s MVDr. Z. Žertem, P. Neuhyblem, patologem L. Beránkem, vedoucím laboratoře MVDr. Hofírkem, aj., připravili realizaci. Byla to originální studie nefrotoxicity a farmakokinetiky u zvířat ve třech studiích – bez hydratace, při „normální“ hydrataci a při hyperhydrataci, vyžadující dlouhodobý monitoring vepřů - bylo třeba monitorovat biochemické, hematologické a patologické změny při různých dávkách toxické cisplatiny a histologicky zhodnotit a vyšetřit tkáně, což Vorlíčkovi pomáhal patolog z Dětské nemocnice doc. MUDr. J. Buček, CSc.

Pokusy, které trvaly 12-14 hodin, byly i fyzicky náročné, musel se zvládnout i problém kanylace žil i uretera a dlouhotrvající anestezie u pokusných zvířat, aby se dalo dobře sledovat množství biochemických paramertů. Také se srovnávaly vedlejší účinky

terapeutické dávky amerického PLATINOLU a českého PLATIDIAMU. Konečným výsledkem byl návrh jednoduchého a účinného postupu reálné ochrany ledvin. (J. Vorlíček uvedl souhrn poznatků ve své Kandidátské práci *Některé problémy nefrotoxicity*. Brno,1984.)

Po klinickém odzkoušení Platidiamu navštívili Kiss a Mechl v září 1980 *Státní onkologický ústav v Budapešti*, který byl tehdy v rámci zemí RVHP ustanoven koordinačním *Centrem chemoterapie nádorů*, a řediteli – prof. S. Eckhardtovi a klinickému farmakologu prof. Sándoru Kerpel-Froniusovi předali preklinickou i klinickou dokumentaci a také dostatečnou zásobu injekcí Platidiam. Obého okamžitě Maďaři využili.

Následné listopadové zasedání expertů (24.–27. 1980) chemoterapeutů zemí RVHP mělo na programu celodenní blok přednášek věnovaný českému Platidiamu.

Delegace z Československa na něm byla nejpočetnější. Drobník přednesl přednášku o mechanismu účinku, Kiss referoval o chemii a srovnávací preklinice, protokol o první fázi klinického zkoušení přednesla Šopková a Mechl charakterizoval průběžné výsledky registrační klinické studie v Československu.

Z. Mechl, F. Kiss, B. Šopková-Augustinová v Budapešti 1980.

Úspěch měli velký, ocenění se dočkali od všech delegací, i od platinové velmoci SSSR. Byl přijat návrh na provedení multicentrické klinické studie v zemích RVHP pod hlavičkou Centra pro chemoterapii a za Lachemu Kiss slíbil, že na celou studii poskytne zdarma potřebné množství Platidiam.

Ten velký úspěch byl také v tom, že v historicky krátké době nebude východní Evropa závislá na dovozu drahého chemoterapeutika ze Západu. Český Platidiam současně také potvrdil ekonomickou úspěšnost farmaceutického programu v Lachemě.

V Československu byl Platidiam registrován v roce 1981, tedy **pouhé tři roky po USA**, poté pak v dalších zemích RVHP.

Všechny získané informace bylo třeba urychleně publikovat. V květnu 1981 (6. a 7.) byly první výsledky s podáváním Platidiam předneseny na IV. Farmaceutických dnech v Gottwaldově, v červnu (8. a 9.) na Brněnských onkologických dnech a v lednu 1982 je Mechl a Šopková otiskli v Listech Chemoterapia Onkologica vydávaných VÚKEO.

V zemích RVHP probíhalo klinické zkoušení v letech 1982-1985. Všechna pracoviště byla zásobena Platidiam o síle 10, 25 a 50 mg. Cenné výsledky multicentrické studie se centrálně shromažďovaly a hlavně Mechl a Šopková je postupně prezentovali na různých odborných konferencích, např. na Světovém chemoterapeutickém kongresu ve Vídni (1983), ve Stockholmu (1985) a v Padově (1987), v Pákistánu (1991).

MUDr. Zdeněk Mechl (uprostřed) v Pákistánu na konferenci o cisplatině, Karachi 14. listopadu 1991.

World oncology conference concludes

By Our Staff Reporter

KARACHI, Nov 14: The First International Conference on Oncology, organised by the Pakistan Oncology Cooperative Group (POCG) at the College of Physicians and Surgeons, concluded here on Thursday.

The two-day conference held in depth discussions on various forms of cancer and their treatment.

At the morning session 'Gynaecological Oncology' was the focus of discussion.

The 'State of Art lecture' was given by Dr Mechl Zdenec, Chief of Medical Oncology, Masary Memorial Cancer Institute, Brno, Czechoslovakia on 'Role of platin' analogues in ovarian carcinomas'.

In his lecture Dr Zdenec briefed the participants of the conference on different factors and treatment of cancer of ovaries.

Dr Zeba Aziz of Shaikh Zayed Hospital, Lahore, in her paper on 'Management of ovarian carcinomas', presented case history data obtained from cancer patients and suggested that specialised surgery followed by active chemotherapy in many cases is found to be effected in the treatment of cancer of ovaries.

She emphasised the need for re ular medical checkups for wom to counter this problem. She add that often women did not pay mu attention to this problem and refe red it to doctors only when the d ease took roots.

Later, a panel discussion w held with Dr Sadiqa Jafri in th chair.

The topic of the afternoon se sion of the conference was 'Ga trointestinal Cancer'.

Dr Z. Mechil, Chief of Medic Oncology, Masaryk Memori Cancer Institute, Brno, Czecho lovakia, delivered the 'State of A lecture' on '5-FU and leucovorin patients with advanced gastroi testinal patients'.

Six scientific papers were pr sented on the topic and a panel di cussion with Dr Sarwar Zuberi the chair was held.

At the end of the conferenc Chairman Dr Manzoor Zaidi an Secretary Dr Imtiaz A. Mali thanked the visiting delegates an participants for making the confe ence a success.

Zpráva o onkologické konferenci v pákistánském denním tisku

Světový kongres ve Vídni 1983

Platidiam však neznamenal sny na vavřínech, ani v LACHEMĚ, ani ve VÚKEO. Tým organické chemie LACHEMY vedený Ing. Bělušou začal již v polovině roku 1980 optimalizovat syntézu některých používaných organických cytostatik, která doporučil Mechl, např. methotrexát, jeho antidotum calcium leucovorin, dacarbazin a tamoxifen. Vývoj lékových forem kopíroval postupy známé ve světě a ověřené při práci s cisplatinou, včetně klinického zkoušení, stále ve spolupráci vedené Kissem a Mechlem.

V LACHEMĚ se pracovalo „za pochodu“, nejprve se injekce vyráběly v ÚSOL v Praze a po dokončení nové výrobny protinádorových léčiv (pavilonu injekcí) koncem roku 1982 už v LACHEMĚ.

Deset patnáct odborníků z LACHEMY (sluší se poznamenat alespoň několik jmen spjatých s výzkumem a s výrobou – J. Závodná, J. Novotný, D. Růžička, I. Buriánek, J. Holub, M. Matějka, A. Hanák, A. Kudláček, Z. Uhrová, E. Hájek) – motivovala k výzkumné práci představa účinnějšího chemoterapeutika domácí výroby, tedy fi-

nančně dostupného a v potřebném množství. Pro urychlení výzkumných prací pracovali zaměstnanci oboru léčiv v Lachemě pod Kissovým vedením v noci, i o sobotách, stejně jako lékaři pod Mechlovým vedením ve VÚKEO. Hnacím motorem výzkumu, testování i zkoušení byla trojice Drobník, Kiss, Mechl, k potřebné spolupráci získávali i další odborníky všech potřebných profesí – lékaře humánní i veterinární, biology, chemiky, biochemiky, mikrobiology, patology. Finančně vše zabezpečovala LACHEMA.

Nakonec to výjimečné nasazení i výsledek v podobě PLATIDIAM uznal i stát – v roce 1984 dostali F. Kiss, Z. Mechl a J. Švejda *Cenu předsedy Komise pro vědecko-technický a investiční rozvoj.* Zasloužili by si ovšem mnohem víc.

Dobrá spolupráce VÚKEO s LACHEMOU se ještě jednou výrazně projevila při vývoji dalšího platinového cytostatika druhé generace. Ing. Kiss už od roku 1981 systematicky sledoval tato platinová cytostatika v literatuře a ze stovek molekul vybral iproplatinu, carboplatinu, oxoplatinu a s pracovníky odboru léčiv VÚČCH organizoval od roku 1983 jejich preklinické testování, aby zjistili, která z těch substancí bude nejvýhodnějším analogem cisplatiny.

Preklinické testování všech tří platinových komplexů skončilo v roce 1984, hodnotila se čistota a biologická aktivita v několika ústavech v zemi. Při testování spolupracovali odborníci různých vědeckých institucí i profesí, bylo jich poměrně hodně. Kiss si poznamenal, že z Ústavu molekulární chemie ČSAV a z oddělení mikrobiologie Přírodovědecké fakulty UK v Praze s ním při předklinických zkouškách spolupracoval doc. J. Drobník, Dr. D. Nosková, Dr. V. Saudek, Dr. E. Koutecká, farmakodynamiku zkoumali v Ústavu experimentální onkologie SAV v Bratislavě akademik V. Ujházy, MUDr. E. Balážová, Dr. M. Hrubiško, reakce s DNA a hematoxicitu u myší a potkanů studovali v Biofyzikálním ústavu ČSAV v Brně prof. V. Kleinwechter, prof. V. Brabec, MUDr. A. Jurášková a MUDr. J. Hejl, nefro- a Gl toxicitu a farmakokinetiku u potkanů na Farmaceutické fakultě KU v Hradci Králové Dr. Šrámek, Dr. M. Filipová, Dr. A. Lázničková, prof. Květina, studii chronické toxicity u psů a terapie spontánních nádorů na Vysoké škole veterinární v Brně vedli prof. Konrád, prof. Hofírek, doc. Žert, MVDr. Neuhybl a další.

Ale ani v roce 1984 ještě nebylo známo, které ze tří zkoumaných cytostatik bude nejlepší. Všechny vykazovaly vlastnosti pozitivní i slabé, spoléhalo se, že rozhodne až klinické testování. K tomu ovšem musela být k dispozici už schválená léková forma jednoho ze zkoumaných analogů.

Otázkou tedy bylo, který z nich to bude. Z literatury se Kiss dozvěděl, že se v Londýně testuje pět analogů cisplatiny a že je už známo, který má nejúčinnější protinádorovou aktivitu a ve srovnání s cisplatinou sníženou renální toxicitu. Informace se ovšem tajily z obchodních event. konkurenčních důvodů i vzhledem k přípravě jeho výroby firmou Bristol Myers.

Ale i tentokráte pomohla náhoda těm připraveným.

Zhruba za dva týdny po této informaci se konal v Praze kongres, jehož se měl zúčastnit i prof londýnské univerzity, který tam právě výzkum vedl. Mechl si umínil, že se s ním seznámí a „získá“ od něho co nejvíce informací. Zdařilo se. Mechl mu za tím účelem nabídl procházku Prahou a po ní ho pozval do Společenského domu na zlata-

vý mok. Po třetí sklenici pan profesor prý rozvázal a nadšeně mluvil o carboplatině. Cenná informace! Ušetřila brněnským dost času a prostředků na další výzkumy. Píše se, že carboplatina „*byla do vývoje nominována na základě signálů z literatury*“ (Franc, 2014), což už víme, že je jen částečná pravda. Jsme velmi rádi, že jsme mohli dějiny chemoterapie obohatit o tento malý, leč podstatný detail!

Kissův tým v LACHEMĚ byl už dobře připraven preklinickými výzkumy všech tří látek, o nichž jsme psali výše, a rozhodl se už soustředit pouze na karboplatinu a také poměrně rychle připravit na dokončení technologie výroby lékové formy. Ukázalo se, že to byla velmi správná volba.

Trvalo to pouze tři měsíce a tým Ing. Kisse dal onkologii k dispozici novou platinovou „princeznu“ - **CYKLOPLATIN** Inj. Sicc.

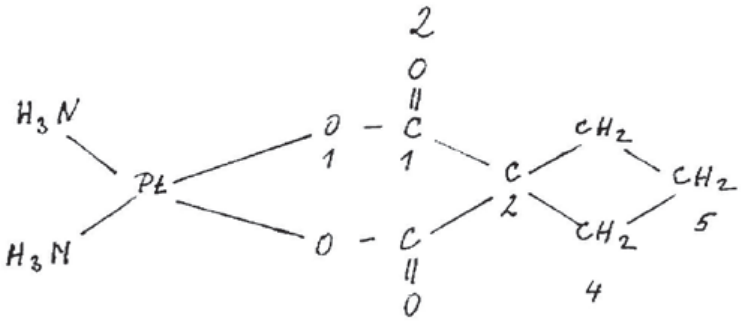
Ty další kroky už byly administrativní, karboplatina už byla preklinicky odzkoušena, a tak Komise pro nová léčiva obou ministerstev neotálela s uznáním této dokumentace. Mohlo být zahájeno klinické zkoušení.

O výsledcích užití CYKLOPLATIN byla odborná lékařská veřejnost informována na Brněnských onkologických dnech na jaře 1986 v samostatném přednáškovém bloku Nová cytostatika.

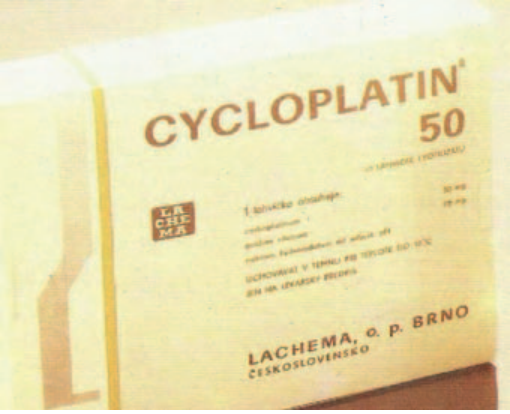
Byly předneseny referáty o sledování toxicity, o vlivu carboplatiny na hematopoesu a o všech výsledcích I. fáze klinického zkoušení. Autoři byli z VÚEKO, z Výzkumného ústavu čistých chemikálií (Lachema), z Biofyzikálního ústavu ČSAV Brno, z hematoonkologického oddělení FN U Sv. Anny a z ústavu v Nové vsi pod Pleší (viz Literatura), z čehož je patrná spolupráce mezi obory i institucemi.

Carboplatině byla postupně věnována velká literární pozornost, měla nižší nefrotoxicitu než cisplatina, vyvolávala jen mírné gastrointestinální poruchy i ototoxicitu, ale limitující se stala myelotoxicita. Brzy však bylo výzkumně zjištěno, že v kombinaci s jinými cytostatiky (cisplatinou) k poškození krvetvorby nedochází. Účinkem jsou si obě cytostatika prakticky rovná.

Všechny podmínky ke splnění registrace **CYKLOPLATIN** byly splněny na přelomu let 1988/89 a mohlo začít multicentrické zkoušení. To měl pod patronací Mechl, který mimo VÚKEO navíc koordinoval zkoušení na dalších devíti domácích i zahraničních pracovištích. Poté byl CYKLOPLATIN re-



Chemický vzorec Pt-CBDCA – cyklobutandicarboxylatoplatnatý komplex



gistrován a uveden do klinické praxe, **pouze o rok později než americký přípravek PARAPLATIN!** A s nesrovnatelně nižšími náklady a jen s několika lidmi. Po Bristolu Myers byla Lachema druhým výrobcem carboplatinového léčiva na světě, dodávala ho na trh v injekcích o síle 50, 150 a 450 mg účinné látky ve formě sterilního lyofilizovaného snadno rozpustného prášku nejen do zemí RVHP, ale pod obchodní značkou RIBOCARBO také do NSR a jinam. Jednalo se o výrobu a obchodní uplatnění na úrovni sta milionů korun.

Po roce 1989 byl vývoj Lachemy komplikován, až byl podnik různými privatizačními spekulacemi docela ztracen. Ale ta historie se už Masarykova onkologického ústavu netýká. Snad jen v tom, že musí nakupovat drahá cytostatika zahraniční výroby a že už LACHEMA finančně nepodporuje různé ústavní aktivity.

***

Chemoterapie je dosud vedle onkochirurgie a radioterapie stálou léčebnou metodou nádorových onemocnění, PLATIDIUM a CYKLOPLATIN, dvě chemoterapeutika české výroby, byla a v daných podmínkách jsou stále ještě slibnou i prověřenou cestou. V klinické praxi se používají i v kombinaci s dalšími chemoterapeutiky, jen už je nevyrábíme doma, ale opět kupujeme draze v zahraničí. Škoda, že se ve světové soutěži ztrácíme.

Cytostatika vyráběná v Lachemě Brno (ve spolupráci s VÚKEO).

Svými vedlejšími účinky představují ovšem cytostatika stále omezení, pro pacienta znamenají diskomfort, problémy fyzické i psychické. Klinik i výzkumník musí řešit, které cytostatikum a event. jakou jejich kombinaci volit, aby byla léčba účinná a pokud možno šetrná k pacientovi.

A tak se badatelé celého světa dále zabývají základním výzkumem, aby objevili snad další cytostatika odvozená od organokovových sloučenin.

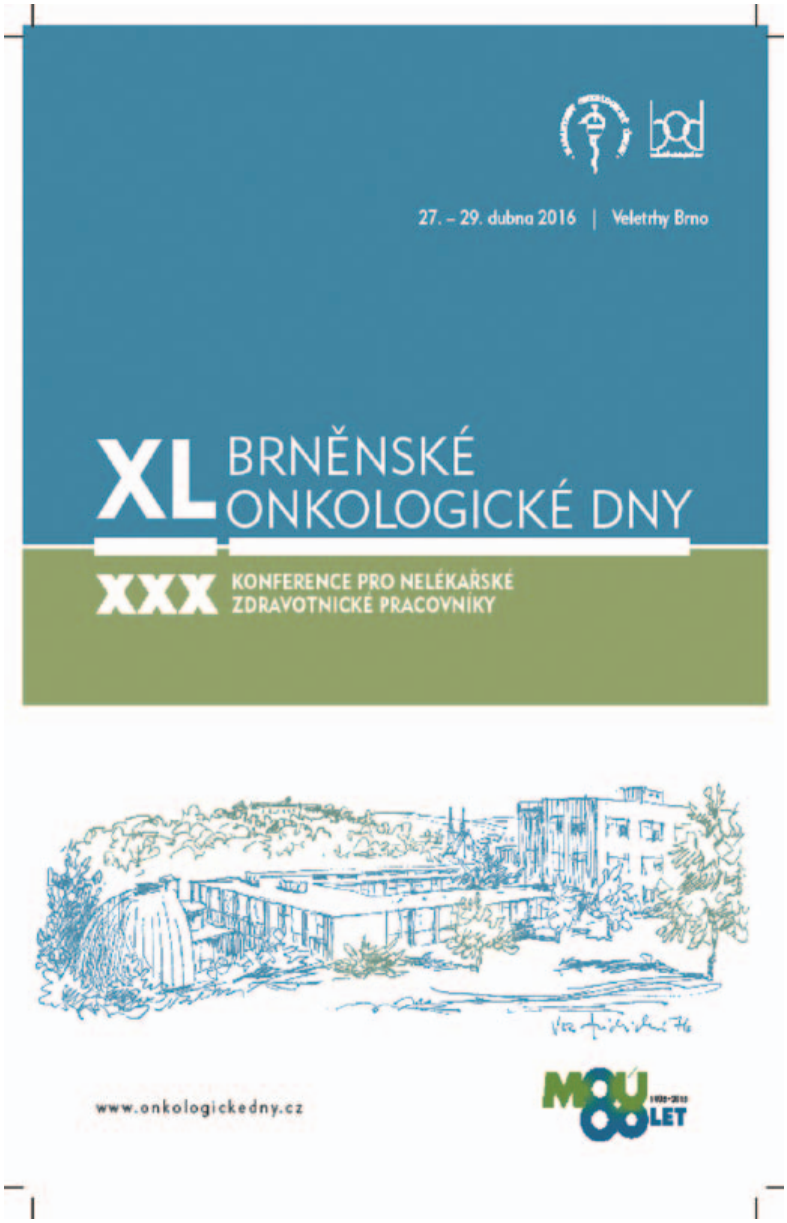
Výzkum mechanismu protinádorového účinku komplexů platiny se děje v celosvětovém měřítku, uplatňují se v něm i nové postupy (např. tzv. cílená léčba), které souvisejí s rozvojem molekulární biologie, genetiky, biofyziky a farmakologie. Dosud klíčovým bylo zjištění, že hlavním cílovým místem protinádorového působení platinových cytostatik je DNA (Brabec, 1990). Celý svět čeká na nové a další objevy účinných

léků a léčebných postupů, které by dokázaly chorobu vyléčit.

Nový přístup v protinádorové terapii, předznamenává rozvoj buněčné biologie (Oktábec, 2013). Cílem nových léčivých látek se staly také růstové faktory, signální molekuly, proteiny buněčného cyklu, modulátory apoptózy a molekuly ovlivňující angiogenezi.

Na vývoji PLATIDIUM a CYKLOPLATIN jsme si mj. uvědomili, jakou roli sehrává informovanost, obětavost, kreativita, finance apod., prostě „ lidský faktor“ a kolik času trvá, než se objevené léčivo může používat v praxi. Je potěšitelné, že v dějinách MOÚ je jedno celé desetiletí spojeno s úspěšným výzkumem nových cytostatik a že v ústavu vyrostly zajímavé tvůrčí osobnosti.

Všichni táhneme společně do boje proti rakovině.
(Obrázek MUDr. M. Konečného)



Protože Brněnské onkologické dny (BOD) slaví v roce 2016 40 let svého trvání, vrátil se letos přípravný výbor k původnímu logu – perokresbě Věry Fridrichové z roku 1976, které bylo pro tuto celostátní akci užíváno po celých deset let – od prvního přípravného zasedání brněnských a pozvaných onkologů v kapli ústavu 1976. Je to historický obrázek zachycující podobu ústavu po první velké dostavbě.

KE 40. VÝROČÍ BRNĚNSKÝCH ONKOLOGICKÝCH DNŮ

„V onkologii dosud není nikdo a nikde suverénní vítěz."

Kapitoly o Brněnských onkologických dnech (BOD) jsou v této publikaci zařazeny ze dvou důvodů. Tím prvním je stále se zvyšující prestiž tohoto celostátního dvou až třídenního jednání onkologů a všech přidružených profesí, druhým je rok 2016, který je rokem jubilejním – a to vždy nutí k ohlédnutí i přehlédnutí, takříkajíc „z ptačí perspektivy", k hodnocení i přehodnocení - v našem případě už uplynulých čtyřiceti úspěšných let.

Také tato kapitola může posloužit event. zájemcům i pořadatelům v organizaci pokračujících BOD jako stručný historizující přehled řešených témat, vývoje onkologické léčby u nás i v zahraničí – neboť v diskusních vystoupeních účastníků českých, slovenských (i zahraničních) lze spatřovat aktuální stav (vývoj), záměry (rozvoj) a jejich realizační možnosti, tedy dobové hranice, ať už omezení způsobuje stav zdravotnictví, politizování (nepolitické oblasti lidské činnosti), nároky na finanční zdroje apod.

Ale je důležité „překážky" nejprve pojmenovat a pak je odstranit, přeskočit nebo přelézt, prostě je překonat, protože vývoj oboru se zastavit nemůže, je pod velkým tlakem vzrůstající incidence onemocnění zhoubnými nádorovými chorobami ohrožujícími život, jeho kvalitu (a to nejen nemocných) s citelným sociálním dopadem. Reakce na jakékoliv aktuální změny v širokospektrálním medicínském oboru také vyžadují aktuálnost, a právě tu mají odborné konference onkologů zajišťovat.

Od počátku konání BOD jsou proslovené přednášky publikovány formou, která se v průběhu času proměňuje, až na několik výjimek jsou uchovávány v písemné podobě. Ty první v Listech VÚKEO, poté samostatně v Abstraktech, pak v Edukačních sbornících, v posledních létech i v elektronické podobě. Pokud byly zaznamenávány přednášky v plném znění, anebo byly podrobněji anotovány, tvořily jisté skriptum, počítalo se s tím, že také mohou zájemcům posloužit ke studiu. Pro snazší orientaci byly uspořádány podle tematických okruhů. Nepochybně mají i svou historickou hodnotu. Poznámka se týká všech dosavadních publikovaných přednáškových souborů - sborníků, Edukačních sborníků i Anotovaných přednášek. U těch zřejmě zůstane, protože počet účastníků BOD neustále narůstá, stejně jako počet přednesených prezentací, které už ovšem není možné uveřejňovet in extenso.

***

Když se oslavuje jubileum, nikdy se nezapomíná připomenout, jak to bylo „od početí". Tak tedy – jak jsme u nás zvyklí – na počátku bylo slovo – „svoláme konferenci". Pronesl to primář Zdeněk Mechl brzy poté, kdy 1. ledna 1976 nastoupil do vedení onkologického ústavu jako ředitel prof. MUDr. Jaroslav Švejda, DrSc. Jeho nástup do ústavu, který už dobře znal, bychom mohli označit jako razantní. Poměrně rychle

se mnohé v ústavu měnilo – od přejmenování na *Výzkumný ústav klinické a experimentální onkologie* (VÚKEO) až po změny v organizaci ústavu i práce a v celkově modernizovaném přístrojovém vybavení, jak připomínáme na jiných místech této publikace. Bylo tak naplňováno širší, původní bakešovské poslání instituce, která neměla být prostým nemocničním zařízením KÚNZ, ale *ústavem v zemi jedinečným svou vnitřní organizací, vybavením, poskytovanou léčbou i péčí, vlastními výzkumnými laboratořemi, výjimečnou historií i postavením v onkologii,* která se právě před nedávnem stala uznaným samostatným vědním a klinickým oborem. A jako takový se chtěl ústav stát i organizátorem onkologické léčby a péče vně ústavu.

Vraťme se k Mechlovu nápadu pořádat konference, které by organizoval ústav. Mechl měl tehdy ve správě chemoterapeutickou banku, každý měsíc k němu chodili lékaři z okresů pro cytostatika, která jim přiděloval. Při tom se přesvědčoval o tom, že jsou nedostatečně informováni o všech praktických postupech (o pracovních návodech) a že je třeba pravidelně je seznamovat s tím, co je nového v léčbě onkologických onemocnění a společně o problematice diskutovat. Právě záměr aktivovat k diskusím o momentálních onkologických problémech byl motivací ke svolání odborně-pracovního setkání onkologů a k tomu, aby promysleli, jak s nimi seznamovat lékařskou veřejnost.

A Výzkumný ústav experimentální a klinické onkologie začal experimentovat také v šíření potřebných onkologických informací – za tím účelem svolali uprostřed roku 1976 poradní konferenci. Na ní se radili ředitel Švejda, kolegové z ústavu – Z. Mechl, A. Malíř, Z. Kudličková, B. Šopková, M. Pačovský…, ze Slovenska přijel prof. I. Koza, z Prahy prof. M. Bek (přítomen byl i zvídavý a zvědavý medik ze III. ročníku, Žaloudík alias Jeníček). Konference se konala v bývalé ústavní kapli (v té době spirituálnímu účelu nesloužila), a tak se jednalo pod modrým stropem plným hvězd – takové kouzlo místa „pod hvězdami"– k tomu se nabízí přidat kantovský „mravní zákon v nás", metaforicky také třeba proroctví hvězdně-světlé budoucnosti ústavu i oboru.

Hlavně se diskutovalo o momentálních problémech v onkologii a také o tom, že by bylo třeba najít nějakou vhodnou formu, jak se vzájemně informovat o nových poznatcích v léčbě zhoubných nádorových onemocnění a o probíhajících výzkumech.

Závěrem bylo dohodnuto, že se onkologové budou setkávat každoročně na konferencích. Mechl pro tyto konference navrhl pojmenování *Brněnské onkologické dny*, analogicky podle Bratislavských onkologických dnů (ty se konají už od roku 1958) /[35], jejichž ideovým otcem byl vynikající slovenský onkolog prof. MUDr. A. Winkler, DrSc., experimentální a klinický chemoterapeut, dlouhodobý člen výboru WHO v Ženevě, spoluautor první učebnice chemoterapie /[36], jehož si Mechl vážil jako svého učitele a staršího kolegy. Tak se stal vlastně rok 1976 rokem rozvah a příprav na setkávání onkologů celostátního významu.

Z tohoto „pracovního setkání" nebyly pořizovány žádné záznamy, ani rozesílány žádné tiskoviny.

První konference pod názvem Brněnské onkologické dny (BOD) byla svolána na květen roku 1977 a byla organizována jako akce celostátní. VÚKEO se tak BOD prezentoval a prosazoval v české i ve slovenské onkologii.

Druhý zleva je prof. MUDr. A Winkler, DrSc., uprostřed MUDr. Z. Mechl, CSc. (Fotografie je z roku 1978, kdy ústav pořádal na brněnské přehradě ve dnech 24.-28. 4. Československo-britské sympozium, na němž odeznělo 11 anglických a 21 českých přednášek. Přednášky vyšly v Listech VÚKEO.)

Z. Mechl a B. Šopková-Augustinová při přípravě prvního setkání onkologů 1976.

Mezi přednášejícími byl na první konferenci BOD i akademik MUDr. Viliam Thurzo, zakladatel Ústavu pro léčbu a výzkum nádorů v Bratislavě (1946). Navrhl, aby se z jednání onkologů vydávaly nějaké *informující publikace*. Tak vyšel soubor prvních přednášek z BOD 1977 v cyklostylovaném sešitovém vydání Listů VÚKEO.

Takto karikoval jednu z přípravných schůzí části organizačního výboru BOD MUDr. M. Konečný. Výbor si porcuje rakovinu (lidově raka), prostě „pořádně si ji podává"- rakovině vyhlašuje nelítostný boj. /[37]

Od počátku bylo záměrem přípravného výboru zvát na konference významné osobnosti onkologie ze zahraničí. Mezi důvody, proč tomu tak bylo, patří nejen informace zkušených a uznávaných odborníků, ale také možnosti srovnávat domácí stav bádání a onkologické léčby s vyspělejšími zeměmi a získávat kontakty, které umožní např. stáže lékařům /[38].

Na prvních BOD byla účast významných onkologů ze zahraničí reprezentativní. Mechl, jako člen přípravného výboru pozval na první BOD v roce 1977 své kolegy z Melanomové skupiny WHO – **Martine Piccartovou,** členku Belgické královské akademie medicíny**,** lídryni mezinárodní spolupráce pro výzkum, předsedkyni mezinárodní mammární skupiny/[39], byla čestnou předsedkyní přípravného výboru, **Jerzy Adamuse, Andreje Kulakowského,** eminentního onkochirurga z Varšavy, funkcionáře WHO, EORTC melanomu group aj./[40], **Sándora Eckharta**, generálního ředitele Národního okologického ústavu v Budapešti, **Sándora**

Kerpel-Froniuse, S., Stephana Tannenberga – jako první zahraniční účastníky.

První celorepubliková akce s sebou přinesla i finanční problém, jasné bylo, že se setkání musí konat mimo ústav a že bude třeba „najít" nějaké peníze. Tentokráte přišla s řešením Mechlova sekretářka Slávka Haluzová, která začala osobně obcházet ředitele velkých brněnských podniků (Královopolská strojírna, Zbrojovka Brno, Zetor aj.) a „lákala" od nich peníze. Nakonec přispěl i zdravotní odbor města Brna, takže se první BOD mohly konat v hotelu International. Další konference se už pořádaly v hotelu Voroněž, třikrát bylo místem konání BOD Bobycentrum. Vzhledem k počtu účastníků, tematických sekcí a vystavujících firem se v posledních létech nejvíce osvědčil Dům techniky na brněnském výstavišti.

Z prvních BOD 1977, V. Ujházy, B. Kašťák, J. Koutecký.

Úměrně tomu rostou i nároky na organizaci a finanční zabezpečení celorepublikové akce, pravidelně s účastí zahraničních odborníků.

Od roku 1978 byla na BOD nabízena účast farmaceutickým firmám, které také přispívaly finančně – osvědčená praxe se uchovala podnes.

První konference BOD organizoval VÚKEO, později se dalšími garanty staly také Česká onkologická společnost ČLS J. E. Purkyně, Společnosti radiační onkologie, biofyziky a fyziky, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Univerzitní onkologické centrum – KOC, Česká asociace sester, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů aj.

B. Šopková, J. Vorlíček, R. Wotke (4. v pořadí) na BOD 1979.

Forma i obsah BOD se proměňují především v závislosti na potřebách a problémech multidisciplinárního onkologického oboru, čemuž se přizpůsobují i tiskem vydávané záznamy z jednání.

Po mnoho let jsou BOD plánovány na dva tři dny do určitého počtu sekcí. U několika prvních ročníků bylo vyhlašováno hlavní téma, ale pak se organizační výbor rozhodl, že ponechá účastníkům volnost výběru, *jen to musí být sdělení aktuální, přínosné a přehledně přednesené.* Praxe vyhlašovat hlavní téma zůstává zachována pro Konference nelékařských zaměstnanců.

Každým rokem jsou přijímány také postery, konají se přidružená sympozia, setkání jsou využívána i k jednání výborů onkologických institucí i k prezentacím vystavujících farmaceutických firem, které částečně sponzorují organizaci BOD i pravidelné společenské programy. To všechno je účastníkům známo, ale my bychom si přáli, aby to také věděli ti, co přijdou po nás. To do značné míry umožňují sborníky pronesených přednášek, které už bohužel nejsou zachovány v úplnosti.

Zprvu byly přednášky publikovány v plném rozsahu, při nárůstu přednášejících se pak zvolila Abstrakta, poté obsažný Edukační sborník, který dostávali účastníci už na konferenci, naposledy vyšly přednášky z jednání XXXIX. BOD ve zkrácené podobě jako Suplementum časopisu Klinická onkologie. Tradičně téměř od počátku vycházejí ve sbornících jmenné rejstříky autorů přednášek (nikoliv účastníků), ale ne vždy bývají stoprocentně spolehlivé.

Až do roku 1986 vydával souhrny přednášek organizační výbor. Jméno odpovědného redaktora je uváděno v Edukačních sbornících od roku 2001 – R. Vyzula, V. Fait, J. Žaloudík, D. Valík, M. Svoboda. Od roku 2013, kdy vycházejí souhrny pod redakcí Klinické onkologie, jsou odpovědnými redaktory M. Svoboda a O. Slabý. Co bývá problémem? Jsou to záznamy vydávaných přednášek. Jak jsme poznamenali výše, z prvních BOD vyšly přednášky v sešitovém vydání Listů VÚKEO. Všechny přednesené texty byly vydány in extenso, což se v pozdějších létech ukázalo jako technicky nemožné. Redakce sborníků musela řešit nerovnoměrnou úroveň formy dodaných textů, a některé příspěvky nebyly dodány vůbec.

Začaly se tedy uveřejňovat pouze anotace, ale ty se značně lišily rozsahem i formou, někdy to byly pouze heslovité osnovy. Větší kázně formy se nakonec podařilo dosáhnout striktním požadavkem jednotné textové struktury tak, aby bylo jasné, jaký problém se řešil, jak a s jakým výsledkem se řešil, protože i abstrakt musí být logicky ucelenou informací. Ovšem taková Abstrakta evidují řešená témata, ale přestávají plnit roli skripta, což bylo prvotním záměrem v počátečních ročnících BOD.

Cílem sborníků zůstává to základní – informovat širší lékařskou veřejnost o všem novém, co se děje v onkologii, a také poskytnout orientaci v onkologické oblasti postgraduantům. Ve skutečnosti však mají více přidaných hodnot. První je evidenční, druhá motivační, další dokumentární, neboť zachycují stav medicínského výzkumu a kliniky v každém roce - dobovou orientaci v problému. Další je možnost konfrontovat stav české onkologie se světem. Sborníky jsou vlastně jistou „konzervou“, obrazem onkologie, a současně i dokladem reálných schopností rozvíjet obor v dobových domácích podmínkách.

Je to při snaze udržet krok se stále se zdokonalujícími technologiemi, které nelze ignorovat, stále náročnější. Pro pacienta nepracují jen lékaři, sestry a laboranti, ale také přírodovědci různých specializací, informatici, biostatici, technici, konstruktéři…; léčba i péče o pacienta se staly předmětem multioborové komplexní problematiky, a ta nemůže být v multidisciplinárním medicínském oboru řešena jinak, než pouze kvalitní spoluprací a dobrou vzájemnou informovaností.

Po deseti letech zkušeností s pořádáním a rostoucím významem BOD začala krystalizovat myšlenka připojit k nim také konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky, kteří pro svou stále komplikovanější a náročnou péči o onkologicky nemocné potřebují získat i praktické zkušenosti i návody pro svou práci, informace o léčebných metodách i o způsobech pečování – bez latiny a bez experimentů. Přispělo k tomu také nové pojetí týmové práce vyžadující partnerskou spolupráci lékařů a sester a vzájemnou informovanost. Proto jsou od roku 1986 pravidelnou součástí BOD *pracovní konference sester,* neboť moderní pojetí týmové práce vyžaduje partnerskou spolupráci lékařů a sester.

První konference sester se konala ve společné budově s odborným programem. Jejich garantem je hlavní sestra. Do roku 2005 to byla Hilda Vorlíčková, poté PhDr. Jana Kocourková.

Pro každé jednání bylo vyhlášeno jedno hlavní téma a ta praxe (na rozdíl od odborného programu) se udržela podnes. Na první konferenci sester měl zahajovací přednášku prof. J. A. Klastersky, ředitel Institutu J. Bordet v Bruselu, proslovil ji česky.

Tématem se stávají jednak činnosti, které jsou spojeny s obsluhou a péčí o nemocné, ale i edukační semináře nezbytné pro náročnou práci v onkologických zařízeních, která se neobejde bez odborných informací. Vzhledem k psychické zátěži sester na onkologických odděleních je tradičně velká pozornost věnována komunikaci s pacienty i vybraným tématům z psychologie osobnosti.

Název BOD zůstává v průběhu času nezměněn, co se mění, je označení konference sester – Pracovní konference sester (1986), Konference středních zdravotnických pracovníků (1990), Konference středního zdravotnického personálu a laborantů (2002), Konference pro sestry a laboranty (2003), nakonec Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky (2008).

Desáté výročí protinádorových léčiv v Lachemě – BOD 1989, zprava I. Koza, J. Švihovec, V. Ujházy

Od roku 1993 se začaly BOD a Konference středních zdravotnických pracovníků označovat římskou pořadovou číslicí, začalo se XVII a VII.

Z MOÚ vzešly některé iniciativy motivačního charakteru naznačující vývojové trendy v české onkologii. Na XXVI. brněnských onkologických dnech byl jako jedinečná novinka v ČR představen široké onkologické veřejnosti výjimečný program lékařského týmu z MOÚ *Preventivní individuální program nádorových onemocnění,* který je postupně v souladu s praxí modifikován a doplňován. Jeho autoři ho tvořili na základě údajů *Národního onkologického registru.* Program je koncipován tak, aby každý, kdo podstoupí smysluplně sestavenou sérii prohlídek, získal jistotu, že momentálně netrpí nádorovou nemocí ža-

Reklamní tváří onkologické prevence se stal Dominik Hašek.

ludku, tlustého střeva, plic, jater, močového měchýře, slinivky, ženy pak ještě rakovinou dělohy, děložního čípku a vaječníků.

Preventivní komplexní vyšetření není ovšem hrazeno pojišťovnami. Při racionálně a individuálně sestavovaném preventivním programu přímo s pacientem, lze však využít i různých typů vyšetření pojišťovnou hrazených. Program vyžaduje aktivní spoluúčast nemocných i zdravých. Zdá se, že právě platba za úkony dostává pacienta do psychického konfliktu s touhou mít jistotu, anebo chorobu alespoň zachytit včas, a to ve stadiu, kdy je ještě léčitelná. Tento fakt je pozoruhodným paradoxem, často jsme ochotni zaplatit vysoké částky za různé požitky a věci (běžně např. chodíme na garanční prohlídky s autem), ale máme-li vydat peníze na preventivní prohlídku vlastního těla, která nám může i život zachovat, či alespoň výrazně prodloužit a zkvalitnit, váháme.

V roce 2003 byl přednesen na XXVII. BOD program pro klinickou onkologii nazvaný „*Vize pro onkologii*", v bloku vystoupení, jímž zahajovalo odborné rokování lékařů.

Jejich iniciátor i spoluautor J. Žaloudík byl přesvědčen, že další rozvoj klinické onkologie v ČR není možný bez promyšlené mezioborové spolupráce a koordinovaných činností, ale také bez společných vizí-cílů. Správnost a smysluplnost organizace onkologické péče na základě sjednoceného postupu si právě ověřili v Brně v rámci programu Univerzitního onkologického centra (založeno 1999, viz dále), jehož hlavním cílem bylo zkvalitnit onkologickou péči v brněnské metropoli, především v rámci univerzitních pracovišť. Kromě nedostatečné či vůbec neexistující koordinace onkologických pracovišť v zemi, kritizoval ve svém vystoupení také zaostalé a zaostávající přístrojové vybavení pro radiology a zdůraznil nutnost tento vážný nedostatek řešit za pomoci státních institucí. (Žaloudík, 2003) Ocitujme některé z vizí:

- *účelně centralizovat onkologické diagnózy,*
- v onkochirurgii *prohloubit spolupráci s histopatology* (vzhledem k rostoucí potřebě specifických vyšetření nádorové tkáně),
- zavést *pro chirurgické obory nadstavbové specializační atestace z onkologie, protože*

onkochirurgie zůstává v léčbě solidních nádorů stále *dominantní,*

- pojišťovny by měly *zařadit stadia nádorového onemocnění do základních kódů diagnózy*, analyzovat *provádění preventivních prohlídek,*
- chemoterapie potřebuje *diagnostické zázemí* pro prediktivní onkologii (což souvisí nejen s materiální vybaveností, ale také s erudicí, a to nejen odbornou, ale i organizační).

I XVII. konference pro sestry a laboranty přinesla novoty. Jednak závěrečným jednacím dnem společným s lékaři, jednak poměrně velkou účastí ošetřovatelů ze zahraničí. Na sesterské konferenci vstoupili do diskuse ve všech třech tematických sekcích hosté z Belgie (D. Cullus, F. Martine), z Anglie (M. Edwards, G. Brykczyňska) a USA (K. Hanson). Vzájemná výměna informací a zkušeností měla tak vedle věcných hodnot i nezanedbatelnou polohu racionálně – emotivní, umožnila totiž přímé srovnávání, které vesměs vyznívalo pro naši praxi příznivě. Z 21 vystoupení se rozvinula nejbouřlivější diskuse kolem *etických aspektů ošetřovatelské péče* poté, kdy F. Martine referovala o belgickém zákonu o eutanázii. Toto téma je v našem kulturně-zdravotním prostředí odmítáno.

V roce 2007 byli poprvé pozváni k jednání na BOD zástupci občanských sdružení a iniciativ a představitelé „přidružených" oborů – informatici, biostatici… byl tak zahájen veřejný dialog.

BOD se staly největší celostátní odbornou akcí, aktivně se jich účastní představitelé všech onkologických profesí. Toto největší setkání onkologů z ČR a SR stále organizuje MOÚ. Přípravný výbor strukturuje program po vzoru větších zahraničních konferencí tak, aby byly prezentovány novinky v léčbě, péči a v prevenci, epidemiologii i v diagnostice, včetně podílu chirurgického. Dbá se vždy na vyváženost jednání lékařů a středního zdravotního personálu, organizují se satelitní sympozia, v rámci BOD se konají redakční rady časopisů, apod.

V roce 2009 bylo zavedeno *specializované pracovní setkání pro začínající vědecké pracovníky* z laboratoří českých, ale také z Edinburghu a z Paříže, které následovalo po hlavním jednání.

Další premiérou v tomto citovaném roce byla doprovodná fotovýstava nazvaná *Tichá nemoc* fotografa Jindřicha Streita, jíž se pokusil ve spolupráci s přednostou Urologické kliniky FN Olomouc doc. MUDr. Vladimírem Študentem, Ph.D., obrazem zachytit životní příběhy onkologických pacientů z olomoucké urologické kliniky, kteří si léčili rakovinu prostaty, nejčastější onkologické onemocnění mužů po padesátce, jemuž ovšem muži stále věnují nedostatečnou pozornost. Oko fotoobjektivu mělo všechny důrazně upozornit na nutnou prevenci.

Výstava byla po skončení konference přenesena do prostor MOÚ jako varování před nebezpečím pro ty, kteří zatím nepociťují žádné příznaky onemocnění, neboť jak víme, nemoc je plíživá, tichá...

V roce 2013 přinesl v organizaci BOD několik výrazných změn. Místem konání se stal pavilon E Brněnského výstaviště, který umožnil pořádat obě konference ve dvou dnech na jednom místě. Poprvé byl zaveden elektronický systém registrace účastníků a jednací sály byly jednak pro snazší orientaci, jednak pro ústavní prezentaci pojmenovány jmény významných osobností MOÚ.

Už jsme se zmiňovali o růstu počtu účastníků, jako příklad můžeme uvést, že

na XXXVIII. BOD v roce 2014 jich už bylo 1546, z toho 678 lékařů, 629 nelékařských zdravotnických zaměstnanců a 22 praktických lékařů, kteří měli samostatnou sekci – edukační seminář o práci s onkologickými pacienty v ordinacích. A už 217 stánků prezentovalo antirakovinná léčiva.

Také elektronický systém byl zdokonalen, nově byla využita kongresová aplikace SmartKongres BOD 2014, která nabídla několik nových služeb:

- kompletní informace o kongresu (bloky/ přednášky, přednášející, vystavovatelé, organizační informace),
- snadné vyhledávání ve všech informacích kongresu,
- možnost naplánovat si „Můj kongres" – individuálně zvolené přednášky k navštívení,
- automatické upozornění na vybrané přednášky (viz. Můj kongres) a pozvánky na satelitní sympozia,
- hlasování o nejlepší přednášku,
- video pozvánky a VideoZpravodaj BOD do mobilu,
- kongresové novinky a mnoho dalších možností.

Tentokráte už nevyšel Edukační sborník, ale „*Sborník abstrakt*". Během BOD byly vydány „*Konferenční noviny*" s upoutávkami a podrobnostmi k nejzajímavějším prezentovaným příspěvkům a rozhovory s jejich autory.

Odborný program probíhal v šesti sálech, i posterová sekce měla k dispozici samostatné prostory.

Závěrem několik poznámek k publikování přednášek z BOD.

Během 40 let změnily několikrát formu. V letech 1977-1986 vycházely (ne vždy v úplnosti) jako *Soubory přednášek* v Listech VÚKEO a zachovávaly jejich formu. Listy byly velikosti A4, měly barevné přebaly s perokresbou první budovy MOÚ po dostavbě a s kopulí betatronu od Věry Fridrichové (VF). Její obrázek se stal na několik let také logem BOD. Poté vycházely *Anotace* v malých nebarevných sešitech bez loga (1987-1992), v roce 1993 to byl opět velký sešit, ale s logem ústavu, roku 1994 vyšel *Souhrn přednášek* v malém formátu s obrázkem VF, v létech 1995-1999 zase *Abstrakta*.

Z XXIX. Konference nelékařských zdravotnických pracovníků - BOD 2015

Mezi léty 2000-2013 byly vydávány *Edukační sborníky*, dva první v malém, další ve velkém formátu, všechny s barevnými přebaly, ke konci s logy s květinovými motivy, poslední s logem MOÚ/[43].

Další změna nastala v roce 2013. *Sborník abstrakt* vydává redakce časopisu Klinická onkologie (KO), proto má stejný design přebalu - s dvěma logy – ČOS JEP a novým logem pro BOD od Jaroslavy Fišerové.

brněnské onkologické dny

Poslední Sborník abstrakt vyšel jako Suplementum KO.

BRNĚNSKÉ ONKOLOGICKÉ DNY
BOD
MASARYKŮV
ONKOLOGICKÝ
ÚSTAV

Už 40. ročník Brněnských onkologických dnů je dokladem, že jejich konání je účelné i potřebné, že oborový, orgánový i biologický rozměr onkologie je stabilně, cílevědomě a kontinuálně sledován. Totéž by mělo platit pro racionální organizování onkologické péče, prevence a komunikace s veřejností, kde jsou stále viditelné rezervy.

Vše, co bylo doposud na BOD předneseno, představeno a prodiskutováno, svědčí o soustředěném úsilí badatelů a lékařů v oblasti onkologie, o smysluplné spolupráci při zvládání naléhavého úkolu dnešní medicíny - *čelit účinně zákeřné chorobě*. Stále platí Žaloudíkova slova, že navzdory jistému pokroku *léčebné metody a postupy nebývají vždy dostatečně léčebné*, o čemž *svědčí rozbor trendů incidence a mortality, u několika diagnóz i MI index*.

Všem, kdož se na ideové i obsahové přípravě BOD podíleli, zbývá poděkovat a popřát úspěch do budoucna, a nám, potenciálním pacientům – aby se konečně podařilo chorobu zbavit přívlastku – *život ohrožující*.

Brněnské onkologické dny v přehledu

Poznamenali jsme na začátku kapitoly, že se nápad, pořádat Brněnské onkologické dny, zrodil v roce **1976** na schůzi několika onkologických odborníků v Masarykově onkologickém ústavu (VÚKEO). Záměr vznikl tehdy z potřeby pravidelného informování o stavu v léčbě onkologicky nemocných „pro okresy" (pro praktické lékaře). Přímo se také nabízelo vydávat informace i v písemné podobě „pro terén". To byla motivace pro vydávání Listů VÚKEO.

První připravená vědecká konference onkologů pod názvem Brněnské onkologické dny se konala 26. května **1977** v hotelu International.

V tomto roce začaly také vycházet Listy VÚKEO a právě v nich vyšlo v úplnosti pod názvem *Souhrny přednášek pracovníků VÚKEO na Brněnských onkologických dnech 26. května 1977* všech 17 tehdy přednesených přednášek. V Listech jim byla předřazena kolektivní stať podepsaná prof. J. Švejdou *K historii VÚKEO v Brně,* a dále *Zhodnocení vědecké činnosti, náplň klinických studií, poznámky k biologii nádorové buňky a pojednání o testikulárních nádorech.*

Součástí první konference bylo *Symposium on Malignant Melanoma* se 6 zahraničními řečníky, kteří byli členy mamární komise při WHO.

K BOD **1978** se obsahově váží Listy VÚKEO s tématem *Maligní melanom*.

Osm přednášek z jednání BOD v roce **1979** je publikováno v Listech VÚKEO 1980, týkají se *rakoviny ovarií*. BOD **1980** byly věnovány poctě prof. MUDr. Jaroslava Švejdy, DrSc., který slavil šedesátiny. Hlavním tématem byl *Karcinom mléčné žlázy.*

Proslovené přednášky (34) byly opublikovány in extenso v Listech VÚKEO 1980.

V roce **1981** se výjimečně konaly BOD v červnu (8. a 9.), tématem byl *Hodginův lymfom,* 38 přednášek přinesly Listy VÚKEO, které současně ohlašovaly samostatné vydání přednášek *o cisplatině v onkologické problematice* v samostatném sešitě.

Na jednání těchto BOD byly podány první informace o novém chemoterapeutiku Platidiam, které bylo necelý měsíc před konáním konference registrováno v Československu. V lednu následujícího roku vydali komplexní informace o zkušenostech s cisplatinou a novým lékem Platidiam Z. Mechl a B. Šopková v Listech VÚKEO Chemoterapia Onkologica 1982. Domníváme se proto, že právě cisplatina byla v následujícím roce také tématem BOD. Usuzujeme podle toho, že toto téma se stalo v roce **1982** velmi aktuální nejen v onkologii české. Ve všech zemích tehdejšího společenství RVHP začalo probíhat na vybraných onkologických ústavech klinické zkoušení Platidiamu (do roku 1985), na jehož vývoji se ústav významně podílel, jak jsme o tom psali výše. Některé písemné doklady BOD se nepodařilo dohledat.

V roce **1983** se BOD konaly12. a 13. 4. v hotelu International, odeznělo 30 přednášek, hlavní téma Karcinom prostaty, v roce **1984** (14. a 15. 5.) v hotelu Voroněž, 38 přednášek Karcinom endometria a ovarií.

Od roku **1986** se už konaly konference BOD v Hotelu Voroněž a v prostorách BVV (brněnského výstaviště v Pisárkách). Z jednání už byly pravidelně vydávány informace. Téma konference už nebylo explicitně vymezováno, znovu se objevilo až na XXXVIII. BOD.

Texty některých přednášek z tohoto roku jsou v přehledu uvedeny v Abstraktu, v plném znění je pouze otištěna přednáška *Karboplatina – aktivní analog cisplatiny, sledování toxicity, vliv na dřeňovou hematopoesu, I. klinické zkoušení, první zkušenosti v Praze a v Nové Vsi pod Pleší.* Některé přednášky byly v plném znění otištěny v časopisu Klinická onkologie č. 2/1986.

Na BOD 1986 se uskutečnilo i Sympózium – Nová cytostatika (carboplatina).

Rok 1986 je také prvním rokem konání Pracovní konference sester.
Tématem jednání byla:
Problematika chemoterapie nádorových onemocnění (s podtitulem úloha sestry v protinádorové terapii).
Psychika onkologicky nemocných pacientů včetně zátěže pro personál.
Ze zahraniční se účastnili na BOD 1986 - Moore, M., a Hasleton, P. (Anglie), Maskow, G., Kirchner, H, (NDR)
Celkem odeznělo 48 přednášek, uvedeny byly dva 2 postery.

Následující BOD uvádímě heslovitě:
BOD 1989 6. a 7. 4.
Voroněž a BVV
Abstrakta 72 přednášek
Následná péče u onkologicky nemocných
4. Pracovní konference sester (poprvé byla označena pořadovým číslem)
Následná péče u onkologicky nemocných (sociální, psychosomatická, rehabilitační).

BOD 1990 21. a 22. 6.
Voroněž a BVV
Abstrakta 115 přednášek
Komplexní terapie nádorů neurogenitálního traktu, Komplikace na urogenitálním traktu po onkologické léčbě, Obecné komplikace po onkologické terapii
5. Konference středních zdravotnických pracovníků
Komplexní ošetřovatelská péče u nemocných s nádory urogenitálního traktu**.**
Ze zahraničí: M. Mikschke (Rakousko)

BOD 1992 17. a 18. 5.
Voroněž a BVV (pouze oznam v Klinické onkologii)
Komplexní diagnostika a terapie nádorů
7. Konference SZP
Aktuální problematika ošetřovatelské péče u onkologických pacientů.

XVII. BOD 1993 12. a 13. 5.
BVV- Dům techniky
Abstrakta (nejsou v nich uvedeny všechny příspěvky). 59 přednášek, 2 postery. /[42]
Komplexní diagnostika a terapie nádoru prsu
Satelitní sympozium firmy EUROCETUS
Samostatná část byla věnována standardizovaným vyšetřovacím metodám – zobrazovacím, imunohistologickým.
VII. konference středních zdravotnických pracovníků –
Aktuální problematika ošetřovatelské péče u onkologických pacientů
Ze zahraničí: K. Landy (Švédsko).

XVIII. BOD 1994 25. – 27. 5**.**
BVV- Dům techniky

Abstrakta 66 přednášek, 4 postery
Radikální postupy v onkologii u dětí a u dospělých
NOR (samostatná sekce)
Jednodenní satelitní sympozium Regionální chemoterapie lézí jater (Soubor prací přinesla Klinická onkologie, R. 7, č. 5, 1994, s. 129-157.)
Satelitní sympozium význam NOR pro diagnostiku, terapii a prevenci
Sympozium firmy NIPPON KAYAKU
VIII. konference středních zdravotnických pracovníků
Úkoly středního zdravotního personálu při zajišťování ošetřovatelské péče u onkologicky nemocných
Satelitní sympozium Psychosociální aspekty v onkologii
Ze zahraničí: K. McClain, A. Morad (USA); K. Landy, G. Persson, Bachelor of Sci (Švédsko), Christiane May (USA).

XIX. BOD 1995 24.–26. 5.
BVV- Dům techniky (v 5 sálech)
Abstrakta 170 přednášek
Současné pohledy a nové trendy v onkologii
Vyžádaná přednáška:
K. McClain – Viruses and human malignancies in 1995 – is there a relevant association? (USA)
Transplantace kostní dřeně a periferních progenitorových buněk
NOR a jeho využití v prevenci zhoubných nádorů (samostatná sekce)
Epidemiologické studie malignit
Podpůrná léčba onkologicky nemocných
DNA diagnostika v onkologii
IX. konference středních zdravotnických pracovníků
Současné pohledy a nové trendy v onkologii
Psychologie v onkologii
Ze zahraničí - K. McClain (USA), J. Sweetenham (VB), P. Boyle (Itálie), K. Landy (Švédsko), Black (Francie), Persson (Švédsko), M. S. Lawnik, G. Rosti, P. Ferrante, L. Albertazzi, M. Marungolo (Italie), T. Hupp, P. Hall, D. Lane (Skotsko), Naomi E. Mewhirter (USA), E. Kramarova (Francie).

XX. BOD 1996 29.–31.5.
Bobycentrum
Abstrakta 72 přednášek, 18 posterů
Podpůrná terapie
NOR (samostatná sekce)
Satelitní sympozium firmy SHERING PLOUGH a SANDOZ
X. konference středních zdravotnických pracovníků
Paliativní péče - Paliativní terapie. Terapie bolesti.
Ze zahraničí: K. Landy (Švédsko), W. J. M. Hrushesky (USA), T. C. Jones (Švýcarsko), M. Aglieta (Itálie).

XXI. BOD 1997 29.–31. 5.
Bobycentrum
Abstakta celkem 51 přednášek, 7 posterů
Gynekologické malignity
Satelitní sympozium firmy Rhône Poulenc Rorer
Samostatná sekce NOR
Předveden videozáznam k jednotlivým fázím operace Totální pánevní exenterace (F. Rovný, A. Rovný, I. Rovný, P. Řehořek, I. Čapák, Z. Tesařík).
XI. konference středních zdravotnických pracovníků
Komunikace ošetřujícího personálu s pacientem
Ošetřovatelská péče o pacienty s gynekologickými nádory
Pravda o nemoci v nemoci (Promítán film

Vůle k životu/) – péče o pacienty s gynekologickými nádory včetně jejich psychosociální rehabilitace a optimalizace kvality života- grantový úkol 2374-4; soustřeďuje se na názorné ukázky jednotlivých léčebných postupů, včetně autentických rozhovorů s pacientkami v jednotlivých stadiích nemoci, individuální a skupinová psychoterapie, relaxační metody – autoři: M. Bendová, R. Honzák, Z. Tesařík, A. Dörr, O. Bláha)
Vzdělávací program pro pacienty - BALANCE

XXII BOD 1998 28.–30. 5.
Bobycentrum
Abstrakta 118 přednášek, 24 posterů
Maligní lymfomy (zařazena sekce s jednacím jazykem anglickým)
NOR
Satelitní sympozium LACHEMA a RHÔNE-POULENC RORER
XII. konference středních zdravotnických pracovníků
Psychologický přístup k onkologicky nemocným
Ošetřovatelská péče o pacienty s maligními lymfomy
Ze zahraničí: B. Coiffier (Francie), K. Landy, K. Engman (Švédsko)

XXIII. BOD 1999 7.– 9. 5.
Bobycentrum a MOÚ
Abstracts (v angličtině) 83 přednášek, 28 posterů
(Pod záštitou MZ Ivana Davida, primátora města Brna Petra Duchoně, rektora MU Jiřího Zlatušky)
Společně s 20 OECI (Organisation of European Cancer Institutes) Annual Scientific Meeting
Advances in Biology and Treatment of Brest Cancer
3 sekce:
1/ Advances in Molecular Biology
2/ Predictive Patology
3/ Advances in the Treatment of Early Breast Cancer
Advances in the Treatment of Metastatic Breast Cancer
NOR (samostatná sekce)
Satelitní sympozium PIERE FABRE, ROCHE, ZENECA BRISTOL MAYERS SQUIBB COMPANY, RHÔNE-POULENC
Zasedání kooperativní lymfomové skupiny
OECI Patolog Group – zasedání v MOÚ
XIII. konference středních zdravotnických pracovníků
Psychologický přístup zdravotníka k onkologicky nemocným
Multidisciplinární přístup k problematice nádorového onemocnění prsu
Ošetřovatelská péče o pacienty s karcinomem prsu
Využití léčebných metod u pacientek s karcinomem prsu z pohledu SZP
Projekt „STOPA“
Hospic MOÚ

Ze zahraničí: F. Alexa (Rumunsko), P. Arapantoni-Dadioti (Italie), F. Bosman, P.F. Conte (Italie), G. Cserni (Maďarsko), C. Elston (Anglie), D. Georgescu (Rumunsko), B. R. Golouh, D. Grigoras (Rumunsko), Gusterson (Anglie), C. Hudis (USA), A. Karseladze, T A. Kulakowski (Polsko), T. van der Kwast (Německo), E. Lazar (Rumunsko), A. Lombart-Bosch P. E. Lonning (Norsko), C. Lopez, L. Messiaen (Belgie), S. von Mensdorf-Pouilly (Nizozemsko), J. M. Nabholtz (Kanada), W. Olszewski (Polsko), T. Petit (Francie), F. Racia (Rumunsko), I. A. Rivis (Rumunsko), S. Rodenhuis (Holandsko), S. Thoresen (Švédsko), I. Teppo (Finsko), M. Toma (Rumunsko), C. Tudor (Rumunsko), J. V. D. Steene

(Belgie), J. Soares (Francie), L. Vasile (Rumunsko), G. Viale, B. Weber (USA).

XXIV. BOD 2000 24. – 26. 5.
Voroněž a BVV
Abstrakta (nejsou všechny přednášky, prázdné strany) 124 přednášek, 47 posterů
Postižení gastroitestinálního traktu z multidisciplinárního pohledu
Sekce:
Výživa v onkologii
Molekulární bio a genetika
Kolorektální karcinom, chemo- a radioterapie, Pankreas
Chirurgie
Hepar
NOR - Využití NOR v praxi (Podpora integrity registru nádorů, Prezentace dat z RN
Práce sestry při zajišťování dat z RN – panelová diskuse
Sympozium firem – ROCHE,
Sympozium AVENIS CAMPTO (terapie II. řady nádorů kolorekta)
29 firemních stánkových prezentací
XIV. konference středních zdravotnických pracovníků
Ošetřovatelská péče o pacienty u nádorových onemocnění GIT (objevuje se přidružená, podpůrná metoda psychoterapeutická a Canesterapie – tam, kde jiné metody nejsou úspěšné)
Psychologické a etické otázky komunikace
Prevence syndromu vyhoření
Ze zahraničí: Breberina, M., Budi, N. Guduzi, B., Petrovi, T., Golubovi, A., Vicko, F., (Jugoslávie), Landy, K. (Švédsko), Zdrahal, F. (Rakousko), Sorge, M. (Rakousko)

XXV. BOD 2001 30. 5.–1. 6.
Voroněž
Edukační sborník/[43], některé anotace chybí, některé přednášky jsou publikovány celé) 101 přednášek, 52 posterů
Medicína založená na důkazech
NOR (samostatná sekce)
Sekce:
Onkologie založená na průkaznosti – klinické studie
Intervenční radiologie o onkologicky nemocných
Iontové dysbalance u onkologicky nemocných
Satelitní sympozia – ELI LILLY, NOVARTIS, AVENTIS, PIERRE FABRE, MEDICAMENT s.r.o.
XV. konference konference středních zdravotnických pracovníků
Ošetřovatelská péče založená na potřebách onkologicky nemocných
Komunikace s nemocnými jako základ jejich vzdělávání
Řízená péče v onkologii
Pohled bývalé pacientky - Jak dál?

XXVI. BOD 2002 29.-31. 5.
Voroněž Edukační sborník,
148 přednášek, 40 posterů
Kvalita a ekonomika onkologické péče (molekulární diagnostika, využití NOR pro menagament, prevence, kvalita a ekonomika).
Sympozium sekce onkochirurgie OS ČLS JEP
Sympozium Intervenční radiologie u onkologicky nemocných
Jako v ČR jedinečná novinka byl představen Komplexní preventivní program
Sympozia firem:
SANOFI SYNTELABO (Oxaliplatina),
ELI-LILLY (kvalita života (Gemocitabin)
BARTER ONKOLOGY (Ifosmamid)
ASTRA ZENECA (biologicky cílená léčba, inhibice, EGFR v léčbě solidních tumorů)

JANSEN CLIAG (analgetická léčba – ovlivnění kvality života)

XVI. konference středního zdravotnického personálu a laborantů
Kvalita a efektivita ošetřovatelské péče v onkologii (pacientka K. Vávrová, Jak jsem prožívala onkologickou léčbu)
Jednání redakčních rad časopisu Onkologická péče a Klinická onkologie
Ze zahraničí :
Angelin, S., Beal, F. (Francie), Bonner, J., (USA), De Simone, M. (Italie), Edwards (Anglie), Garces, Y. I. (USA), Hanson, K. (USA), Lichovik, D. (Italie), Slovan, J. A., Vaessen (Holandsko), Yang, P. (USA)

XXVII. BOD 2003 22.-24.5.
Voroněž a BVV
Edukační sborník 146 přednášek (evidováno bylo téměř 1000 účastníků)
Zahajoval blok vystoupení „Vize pro onkologii".
Standardizace a individualizace diagnosticko-léčebných algoritmů
17 tematických okruhů
XVII. konference pro sestry a laboranty
Ošetřovatelská péče o onkologicky nemocné, naše a zahraniční zkušenosti (Belgie)
(Etické aspekty ošetřovatelské péče a také péče o sestry)
Onkologická farmacie a farmakoekonomika
Ze zahraničí:
Brykczyňska, G. (Anglie), Baumforth, K. (USA), Collins, R. H. (USA), Cullus (Belgie), Edwards, M. (Anglie), Guldberg, P. (Dánsko), Knitlová, J. (Dánsko), Martine F. (Belgie), , Murrary, P. G. (USA), Selingson, A. (USA), Semanová, E. (USA), Terry, R. (USA).

XXVIII. BOD 2004 26.- 28.5.
Voroněž a BVV
Edukační sborník 218 přednášek
Hlavní téma – Diagnosticko-léčebné algoritmy a protokoly
23 tematických okruhů v duchu „E pluribus unum"
XXVIII. Konference pro sestry a laboranty
Ošetřovatelská péče při podpůrné léčbě
Kurz v onkologii
Kurz v onkogynekologii
Ze zahraničí :
Ahlberg, K. (Švédsko), Brykczyňska, G. (Anglie), Collins, R. H. (USA), English, D. (USA), Foremann, N. K. (USA), Glaus, A. (Švýcarsko), Heinrich, P. (Německo), Ram, E. (Anglie).

XXIX. BOD 2005 26.-28.5.
Voroněž a BVV
Edukační sborník 246 přednášek, 59 posterů
15 tematických okruhů (také plnění NOP, důraz na prevenci v celém rozsahu onkologické problematiky, chyby v onkologické diagnostice, aj.)
Satelitní sympozia firem ROCHE, NOVARTIS, ASTRA ZENECA, AMGEN
27 vystavujících farmaceutických firem
XIX. Konference pro sestry a laboranty
Psychologie, komunikace a etika v onkologii
Onkologická péče o seniory
Zdravá výživa a životní styl
Ze zahraničí: Dick van J. (Nizozemsko), Mauer, B. (USA), Reynolds, C. P. (USA), Vansteenkiste, J.

XXX. BOD 2006 11.-13.5
Voroněž a BVV
Edukační sborník /[44] 220 přednášek
European Cancer Plans: Strategie and Solutions

17 tematických okruhů (také nové objevy a inovační postupy, výzkumné práce, onkologie a úskalí řízení zdravotnictví v zemi, organizace onkologické péče, prevence, komunikace s veřejností aj.)

XX. Konference pro sestry a laboranty

Etika ošetřovatelství

Rizika při poskytování zdravotnické péče

Role sestry při vyhledávání a kontrole nežádoucích účinků léčby onkologických nemocných

Ze zahraničí: Strnad, V. (Německo) Surez, B. (Německo), Brykczyňska, G. (VB), Lichosik, D. (Italie), Klastersky, J. (Brusel), Pfeifer, B. L. (Švýcarsko), Fourtouna, A., Turashvil, G., Baumforth, K., Wei, W., Murary, P. G. (VB), Škarda, J. (Izrael), Phung, A. D., Bulinski, J. C., Harper, R. W., McManus, M. T., Eserech, J. P. (USA).

XXXI. BOD 2007 23.-25.4.

Voroněž a BVV

Edukační sborník 206 přednášek, 74 posterů

Tradiční témata v celé šíři onkologické problematiky

Vůdčí idea – strategie otevřenosti **(poprvé pozváni zástupci pacientských organizací),** také kombinovaná léčba, dispenzární péče, nová léčiva aj.

Schůze vedoucích chirurgických pracovišť onkocenter

Sekce chirurgické onkologie

Pediatricko-onkologická sekce ČOS JEP

XXI. Konference pro sestry a laboranty

Cesta k bezpečné péči onkologicky nemocných

Sexuální život u onkologicky nemocných

Komfort při umírání

Satelitní sympozia firem GluksoSmithCline, Novartis, Pfitzer, Schering, Nutricia, AstraZeneca, Ipsen, Roche, Merck

Ze zahraničí:

Azevedo, W. F., Dziki, A. (Polsko), Eliopoulos, A. (Řecko), Federico, M. (Itálie), Karaitianos, I. (Řecko), Nagy, A. (Maďarsko), Pfeifer, J. (Rakousko), Pählman, L. (Švédsko), Schideck, T. (Německo), Takashi, T. (Japonsko), Teleky, B. (Maďarsko), Toynagy, T. (Maďarsko), Wei, W. (Anglie), Breberčina, M., Manič, D., Miladinov, M., Patronogič, A., Petrovič, T., Radovanovič, Z., Selakovič, V., Vujosevič, B. (Srbsko).

XXXII. BOD 2008 17.-19. 4.

Voroněž a BVV

Edukační sborník 233 přednášek, 57 posterů/[45]

Volné téma v rámci vypsaných 19 tematických okruhů

Satelitní sympozium firem Roche, Novartis, AstraZeneca, Pficer, Nutricia, Amen, Bayer Shering Pharma Merck Serono,

Výbor Sekce onkochirurgie ČOS

XXII. Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky

Role nelékařských pracovníků při využívání nových technologií

Pozdní následky onkologické léčby u dětí

Komunikace s pacienty a jejich rodinnými příslušníky

Ze zahraničí:

Z USA – Puzanov, I., Flaherly, K. T., Atkins, M. B., McDemott, D. F., Wright, J. J., Vemeulen, W., Harlacker, K., Hsu, A., Rothenberg, M. L., Sosman, J. A.Tolcher, A. W., Pohlman, P. R., Ehmann, J. (USA), Murary, P. G. (Izrael), Teleky, B. (Maďarsko), Birsan, T. (Rakousko), Zacherl, J. (Rakousko), B., Chung, C. H., Wietzman, S. (Německo), Jaffe, R. (Kanada), Klapper, W. (USA), Kühler, I. (Rakousko), Karner-Hanusch, J. (Rakousko), Chott, A. (Rakousko), Kuilenburg, A. (Nizozemsko), Landy, K. (Švédsko).

XXXIII. BOD 2009 16.-18.4.
Voroněž a BVV
Edukační sborník 195 přednášek, 58 posterů
Na těchto BOD byla představena nová podoba časopisu Klinická onkologie
Volné téma v rámci vypsaných 19 tematických okruhů (také moderní trendy v radiologii, informatika, telemedicína, pokroky v biologii nádorů, laboratorní diagnostika, neobvyklé průběhy onemocnění aj.)
Vyžádaná přednáška:
DNA damane response: Mechanismus and relevance to cancer – přednesl prof. MUDr. Jiří Bártek, CSc., dr. h. c. žijící v Dánsku./[46]
(J. Bártek patří k onkologům s největším počtem citací z této výzkumné problematiky na světě. Ač pracuje v zahraničí, byl J. Bártek uváděn v r. 2007 mezi 6 nejznámějšími českými osobnostmi, jejichž vědecká práce ovlivňuje vývoj světové vědy.)

Onkologové výzkumníci manželé Jiřina a Jiří Bártkovi na konferenci BOD 2009.

24 firemních vystavovatelů antirakovinných léčiv
Satelitní sympozium firem:
AstraZeneca, Janesen Cilag, Amen, Pficer, ROCHE, Nycomed, Bayer, Bristol-Mayers Squbibb, GlaxoSmithKline
Sekce onkochirurgie ČOS
XXIII. Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky
Etické aspekty při ošetřování onkologických pacientů
Kvalita zdravotní péče z pohledu NLZP
Nežádoucí účinky onkologické léčby
Ze zahraničí:
Bartek, J., Bartková, J. (Dánsko), Brykczyňska, G. (Anglie), Weiler, S. (Rakousko), Bellman, L. (Rakousko), Puzanov, I. (USA), Sosman, J. A. (USA), Frei, E. (Německo).

XXXIV. BOD 2010 22. – 24. 4
Voroněž a BVV
Edukační sborník 172 přednášek, 64 posterů
Vyžádané přednášky:
New era of cancer; radiotherapy from stone age to 21st century, Brada, M. (Londýn)
Současné možnosti využití monoklonálních protilátek v protinádorové léčbě, Klener P.
16 tematických okruhů
Satelitní sympozia firem Pfizer, Merk, BAYER Schering, NUTRICIA, GlaxoSmithKline, ROCHE, Novartis, MSD Schering
Vědecké sympozium Asociace Moravská Onkologická iniciativa (MONKIN)
XXIV. Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky
7 tematických okruhů
Ze zahraničí:
Puzanov, I., Chapman, P., Sosman, J. A., Kim, K., Dinas, A., McArthur, G., Lee, R., Grippo, J., Nolop, K., Flaherly, K. Brada, M.

(Anglie), Peters, M. (Belgie), Douillard, J. I. (Francie).

XXXV. BOD 2011 21.-23.4.
Voroněž a BVV
Edukační sborník 293 přednášek, 82 posterů
26 tematických okruhů
Nově zařazená Sekce edukační s převážně vyžádanými přednáškami
Diagnostika a léčba kolorektálního karcinomu
Právo a onkologie
Prekancerózy zažívacího traktu
Kontroverzní témata u karcinomu prsu
Gerontoonkologie
Zvýšený počet příspěvků z preklinického výzkumu
(Autoři mají možnost svůj příspěvek dopracovat k publikaci v Klinické onkologii, čímž se dostane do světové biomedicíncké databáze)
XXV. Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky
Uspokojování potřeb pacienta
Ze zahraničí:
Puzanov, I. (USA), Gronowitz, S., J. (Švédsko)

XXXVI. BOD 2012 19.-20. 4.
Veletrhy Brno
Edukační sborník 201 přednášek, 53 posterů
Vyžádané přednášky:
Algorithm of themetastatic NSCL treatment – Hirsch, V. (Montreal)
1-st line treatment of mCRC – how to maximize the treatment benefit. Brodowicz, T, (Vídeň)
Brain metastazes – current paradigma and where next. Brada, M. (Londýn)
XVI tematických okruhů
Diskusní a edukační seminář – „Doktore, kolik času mi zbývá?"
Kulatý stůl – Optimalizace prevence a léčby febrilní neuropenie
Zasedání redakční rady časopisu Klinická onkologie
Zasedání výboru Společnosti radiační onkologie, biologie a fyziky
Zasedání rady NOR
Satelitní firemní sympozia – NOVARTIS, GlaxoSmithKline, NUTRICIA.
XXVI. Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky
Etika a komunikace v onkologické péči
Prevence a nežádoucí účinky onkologické léčby
Nádorové onemocnění prostaty – časná diagnostika a léčba
Speciální techniky radioterapie
Workshop – Komunikace (možnosti, úskalí, přednosti)
Společenský program – Uvítací večer
(křest knihy *Nádory adolescentů a mladých dospělých*, Bajčiová, V., Tomášek, J., Štěrba, J., Praha: Grada, 2011)
Ze zahraničí:
Hirsch, V. (Kanada), Brodowicz, T. (Rakousko), Brada, M. (Anglie), Gerszten, P. C. (USA), Quader, M. (USA), Dewald, V. (USA), Flickinger, J. C. (USA).

XXXVII. BOD 2013 18.-19. dubna
Veletrhy Brno
Na těchto BOD se uskutečnila první živá diskuse o prevenci zhoubných nádorů s veřejností
Sborník abstrakt 217 přednášek, 127 posterů
Volné téma v rámci vypsaných 14 sekcí (základní a aplikovaný výzkum)
Edukační bloky:
Karcinom prsu
Nádory zažívacího traktu
Sarkomy
Diagnostika a léčba lymfadému
Neoadjuvantní léčba
Udělení Ceny za nejzajímavější prezentovanou kazuistiku

7 firemních sympozií
Více než 1600 účastníků
XXVII. Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky
Hlavní téma - Mobilní informační technologie
Psychosociální péče (komunikace, psychoterapie)
Geriatrický pacient
5 tematických okruhů
Ze zahraničí:
Pereira, M. (VB), Woodman, C. (VB), Kralovics, R. (Rakousko):

XXXVIII. BOD 2014 24.-25. 4.
Veletrhy Brno
Sborník abstrakt 275 příspěvků (přijatých 341), 113 posterů /[47], 7 workshopů
Volné téma v rámci vypsaných 31 odborných sekcí
8 edukačních bloků (v 6 sálech)
Poprvé celodenní vzdělávací program pro praktické lékaře - vzdělávací seminář k onkologické problematice v ordinaci.
Soutěže:
O nejzajímavější kazuistiku
To nejlepší z onkologického výzkumu
O nejlepší posterové sdělení
XXVIII. Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky
Hlavní téma – nádory hlavy a krku
Edukační bloky
Podpůrná a paliativní léčba
Interkulturní aspekty v ošetřovatelství
Péče o pacienty v závěru života
15 firemních sympózií a 11 přidružených jednání (výbor České onkologické společnosti, Rada NOR, zasedání mammologické sekce).

XXXIX. BOD 2015 8.-10. 4
Voroněž, BVV, Holiday Inn
Sborník abstrakt/ vyšel jako Supplementum Klinické onkologie, 2015, je také dostupný na internetových stránkách MOÚ, 322 přednášek, 107 posterů. Příspěvky jsou zveřejněny i na MEDLINE/PubMed a zařazeny do soutěží o nejlepší publikaci
Vyžádané přednášky:
Current status and future possibilities os immunotherapy for the fragment of lung cancer, Peters, S. (Švýcarsko)
Current strategie for the treatment of metastaic colorectal cancer, Ciardiello, F. (Itálie)
Cirkulujúce nádorové bunky při karcinóme prsníka, Mego, M. (Slovensko)
20 tematických okruhů, 12 edukačních bloků
Novinkou je expertní blok – nejzajímavější klinická hodnocení za poslední rok
Edukační semináře – pro praktické lékaře
PharmaAround
Karcinom jícnu a GEJ
Nechirurgická léčba NSCLC
Speciální workschop
Doprovodné aktivity (kulaté stoly, zasedání výborů pracovních skupin pro tvorbu doporučených postupů, Rady NOR, redakční rady časopisu Klinická onkologie, odborných sekcí ČLS)
XXIX. Konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky
Nádory tlustého střeva
Problematika psychosociální podpory zdravotnickým pracovníkům
43 firemních vystavovatelů
Společenský večer v hotelu International (křest knih: *Molekulární genetika v onkologii* (Floretová, L., Svoboda, M., Slabý, O a kol.; *Onkologie – minimum pro praxi*, Tomášek, J. a kol.; *Molekulární medicína*, Slabý, O. a kol.
Ze zahraničí: Ciardiello, F. (Itálie), Peters, S. (Švýcarsko), Oskay-Özelik (Německo), Lordick, E. (Německo).

PŘEJEME MNOHO ÚSPĚCHŮ
40. BRNĚNSKÝM ONKOLOGICKÝM DNŮM!

Všemi silami proti rakovině
(vážný obsah v odlehčené metafoře, „Kony".)

POTŘEBUJEME SVŮJ ČASOPIS
(Klinická onkologie vychází 30 let)

Časopis *Klinická onkologie* v roce 2015, kdy vzniká tato publikace, dovršil své 30. výročí. Nejen proto si zaslouží zevrubnější připomenutí. Stále naplňuje požadavek své první redakce, aby to byl časopis edukační a šířící informace mezi širokou lékařskou veřejnost. Zrodil se v úspěšných letech VÚKEO na pracovišti klinické onkologie, podle něhož má také své jméno. Pozice onkologie se změnila *uznáním klinické onkologie jako oboru léčebně-preventivní péče* (1974) a také byla zřízena Katedra klinické onkologie (v rámci Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů v Praze a v Bratislavě) a klinická onkologie se stala i nástavbovým specializačním oborem.

Od 1. ledna 1976 se stal ředitelem Onkologického ústavu prof. MUDr. Jaroslav Švejda, DrSc., (1915-1986). Na vedoucí funkci byl velmi dobře připraven jak profesně (jako patolog dlouhodobě zkoumal nádorové bujení a jeho klasifikaci i předkancerózní stavy na úrovni celulární), tak i dlouhodobou spoluprací právě s tímto brněnským ústavem. Rozhodl se přebudovat jej ve **Výzkumný ústav klinické a experimentální onkologie** (VÚKEO) a pro svou ideu našel naštěstí pochopení u pravomocných úřadů. Takový ústav potřeboval dobře připravené onkology i materiální podmínky pro moderní onkologickou léčbu i pro výzkum. Proto Švejda kladl takový důraz na odbornost, na špičkovou přístrojovou techniku, ale také na přehlednou organizaci práce a na vzájemnou efektivní spolupráci mezi jednotlivými odděleními. Měl dobrý přehled o onkologii ve státě, protože byl dlouhodobým předsedou České onkologické společnosti. To všechno byla aktiva, která, převedena do praxe, ústavu velmi prospěla.

Název VÚKEO neznamenal pouhé přejmenování předchozího KÚNZ – Onkologický ústav. Do názvu se cíleně vrátilo slovo *výzkum* a VÚKEO si dělal ambice získat v českých zemích podobné postavení, jako měl Výzkumný ústav onkologický v Bratislavě.

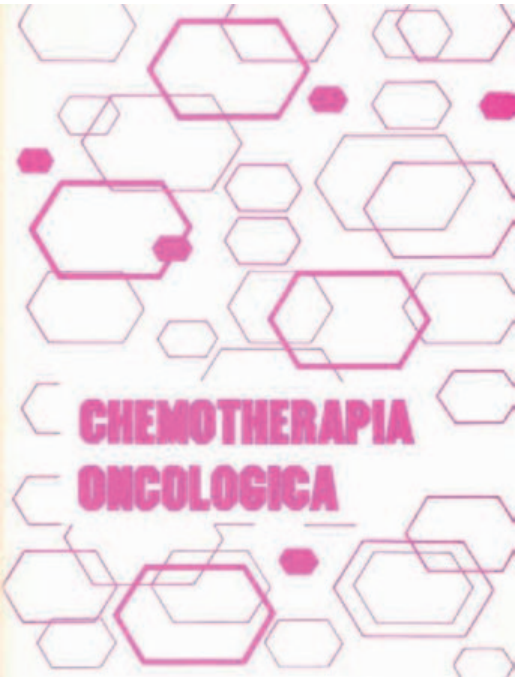
Významným nakročením k takovému cíli byl návrat Laboratoří pod správu ústavu. /[48] Zřizovatelem nadále zůstalo ministerstvo zdravotnictví. Další změnou byl konec platnosti nařízení z roku 1961, že veškerý protirakovinný výzkum v zemi koordinuje VOÚ v Bratislavě. Konstatujeme, že se tím nerušily navázané pracovní vztahy a odborná spolupráce, která pokračuje stále.

V brněnském VÚKEO pracovali nadaní lékaři i přírodovědci, nadšení onkologové, kterým změny i Švejdovy záměry nejen vyhovovaly, ale mnohé motivovaly k obětavým pracovním výkonům a k zajímavým i účelným osobním iniciativám. Brněnský ústav se postupně dostával do čela onkologie (v radioterapii, v chemoterapii, v onkochirurgii), a stal se i místem rozvoje onkologie nejen jako léčebné metody, ale i vědy. Stal se školícím pracovištěm pro onkology, na pracovišti primáře Mechla byla zahájena vědecká příprava několika lékařů.

Celkově nastala činorodá a úspěšná léta. V roce Švejdova nástupu bylo rozhodnuto o konání Brněnských onkologických dnů, koncem sedmdesátých let se ústav významně zapojil do výzkumu, ověřování a zkoušení nových cytostatik – PLATINIDAM (1981)

a CYCLOPLATIN (1989), které uvedla na trh LACHEMA Brno, a imunoterapie, ve spolupráci s primářem MUDr. Zdeňkem Mechlem, CSc., a jeho týmem. K tomu všemu výrazně přispěl „nový duch“, který přišel se Švejdovým vedením.

Už jsme na jiném místě ocenili, že primář Mechl přišel s myšlenkou prohloubit vzájemnou informovanost a spolupráci mezi onkology nejen klinickými, ale i ambulantními. Nabýval přesvědčení, že by měli být ambulantní lékaři mnohem více informováni o tom, co je v onkologii nového a jak se mění diagnosticko-léčebné přístupy, a že by k tomu určitě dopomohl dobře vedený odborný časopis zaměřený na kliniku. Ostatně myšlenka nějakého vlastního časopisu sloužícího vyjmenovaným účelům se na pracovišti diskutovala už od doby příprav prvních Brněnských onkologických dnů.



Přebal 1. čísla (design navrhla E. Mechlová)

V roce 1976 začaly vycházet Listy VÚKEO, na začátku 80. let byl vydán pod jejich edicí časopis **Chemoterapia Oncologica**, který byl zamýšlen jako „nepravidelník“. Jako první informoval o vývoji chemoterapeutika ve spolupráci s Lachemou.

O časopis byl velký zájem a tak v dalších číslech byly uveřejněny i články mimoústavních lékařů, včetně příspěvků ze Slovenska. Časopis byl tištěn fotoprintem v Kyjově (technicky vše obstarával Ing. Z. Bouša), tisk financovala brněnská Lachema.

Pak došlo k inovaci. Zrodil se návrh vydávat jednotlivá čísla o onkologických onemocněních podle diagnóz – tak vyšly v samostatném sešitovém vydání **Testikulární nádory, Melanom, Nádory mammy, Nádory plic, Cisplatina** – vše stále fotoprintem, s perokresbou pacientky Věry Fridrichové na obálce. Stejný obrázek se stal logem pro konání prvních deseti konferencí BOD.

Vzhledem k aktuálnosti obsahu – „z hladu po informacích“ - byly všechny tisky rychle rozebrány, velmi dobře plnily své poslání o rychlém pronikání informací do ordinací praktických i do ambulancí specializovaných lékařů. Po těchto zkušenostech se doslova nabízela idea vydávat řádný časopis – praktický pro širokou potřebu všech lékařů léčících onkologické pacienty. A tak primář Mechl, podporován vedoucím výzkumných laboratoří J. Kovaříkem i kolegy J. Němcem a A. Rejtharem, navrhl vydávat časopis *Klinická onkologie*. Jako vše dobré a správné v našem domácím prostředí - jakoby „na kolenou“; redakci vedl Z. Mechl, organizační práci zastala sekretářka Slávka Haluzová a technické záležitosti nadále vyřizoval Z. Bouša.

Ač první čísla Klinické onkologie vycházela ve spolupráci VÚKEO s KÚNZ Jihomoravského kraje, finanční podpora byla od Lachemy. Původně byla Klinická onkolo-

gie zamýšlena jako zdroj nových informací, jako takové „lidovky“, které lékařům v regionech aktuálně přinesou každou novinku. Redakce tím chtěla zvyšovat úroveň ambulantních, ale i klinických lékařů./[49]

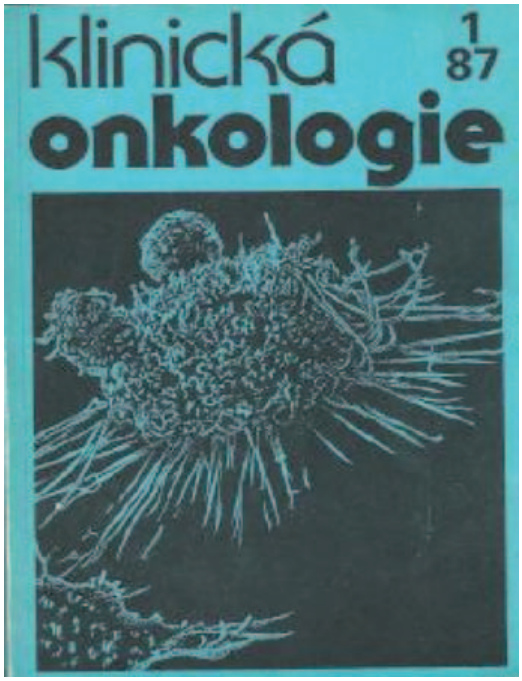
Časopis Klinická onkologie byl avizován jako *„odborná neperiodická účelová tiskovina“, která vznikla z potřeby šířit nejnovější poznatky, zkušenosti, metodická doporučení, také prevenci a statě o sociální a psychické rehabilitaci nemocných. Rovněž by měl sloužit jako odborné fórum pro publikaci výsledků státních a resortních výzkumů a pro jejich rychlý přenos do praxe.*/[50] Tak dostal časopis do vínku nejen informovat, ale měl také onkology v terénu vést metodicky. Počítalo se i s články věnovanými prevenci a sociální i psychické rehabilitaci nemocných. Záměrem bylo, aby se stal i platformou pro publikování výsledků státních a rezortních výzkumů, aby byl jejich přenos do praxe co nejrychlejší. Členům onkologické společnosti byl rozesílán bezplatně.

První číslo Klinické onkologie, 1986

První číslo Klinické onkologie bylo věnováno prof. MUDr. Zdeňku Dienstbierovi, DrSc., k jeho životnímu jubileu. Vyšlo v lednu 1986 pod redakcí J. Kovaříka a Z. Mechla. Náklad byl 1 000 kusů.

Byl to integrující onkologický časopis, který současně naplňoval onkologický program Ministerstva zdravotnictví ČR upravený pro podmínky klinické onkologie.

Původním záměrem zakladatelů bylo vydávat časopis 2–3krát ročně v nákladu 1000 kusů. Redaktoři ohlásili, že do budoucna budou usilovat o vydávání řádného periodika pod odbornou patronací české i slovenské onkologické společnosti.



První číslo druhého ročníku

Redakce také rozhodla, že jednotlivá čísla budou věnována vždy specifikované onkologické problematice, předem a včas ohlášené. To se dělo už od druhého čísla.

Redakční rada (první si zaslouží být jme-

nována: V. Foltýnová, J. Kopečný, E. Kropela, Z. Kudličková, T. Nebeský, B. Šopková, J. Žaloudík) si vyhradila právo jisté vnitřní recenze, chtěla rozhodovat o vhodnosti publikovaných příspěvků podle jejich odborné úrovně.

Tématem pro následující druhé číslo druhého ročníku byl karcinom kolorekta, pro třetí karcinom mléčné žlázy.

Sídlo redakce časopisu bylo v ústavu a je tomu tak podnes. Stejně tak se stalo tradicí, že vedoucí redakční rady jsou lékaři z této instituce. První čísla vyšla ve formátu A5.

K výrazné změně došlo od 3. ročníku. Od dubna 1988 už vydává ústav časopis spolu s Českou lékařskou společností J. E. Purkyně, čímž se Klinická onkologie zařadila mezi regulérní onkologická periodika.

Časopis také změnil formát na velikost A4, byl tištěn na kvalitnějším papíře, což zvýšilo i kvalitu publikované barevné obrazové dokumentace. Jeho vedoucím redaktorem byl doc. MUDr. Bohumil Kašťák, CSc., tehdy ředitel ústavu přechodně s novým pojmenováním – Institut medicínského výzkumu Brno.

Klinická onkologie byla ohlášena jako dvouměsíčník, ale s označením Ročník 1 vzhledem k novému vydavateli. Cíle časopisu však zůstávaly stejné. Prioritou, jak uvedl předseda České onkologické společnosti V. Kubec v úvodním článku tohoto ročníku, je *odstraňovat informační roztříštěnost, aktuálně informovat a nevynechávat žádnou z oblastí onkologického zájmu – epidemiologii nádorů, sekundární prevenci, screeningové metody, klinickou diagnostiku, léčbu chirurgickou, radio- a chemoterapii, dispenzární metody, rehabilitaci i problémy sociální onkologie.* Požadoval, aby si časopis zachoval náročný program i náročné cíle.

Od r. 1991 se stal opět vedoucím redaktorem Z. Mechl, řídil časopis až do svého odchodu do Kuvajtu (1992), kam odjel budovat onkologickou kliniku. Předsevzal si zkvalitnit časopis; provedl změny v jeho obsahovém profilu, v redakční radě i ve stylu redakční práce, sestavil výkonnou redakční radu s osobní odpovědností. Redakce upravila strukturu časopisu a změnila i jeho grafickou podobu. Časopis zůstal pod patronací České i Slovenské onkologické společnosti.

Po rozdělení Československa (od 1. ledna 1993) se na poslání časopisu nic podstatného nezměnilo, došlo však ke změnám organizačním. Nadále trvala spolupráce se Slovenskou onkologickou společností (přeregistrovala se 1. 1. 1993), ale bylo stanoveno paritní zastoupení Slováků v redakční radě. Prioritou zůstala odborná úroveň časopisu, který vycházel opětně pod patronací obou onkologických společností. Oficiálním jazykem časopisu se kromě češtiny staly i slovenština a angličtina. Bylo rozhodnuto o vydávání monotematických Suplement. Sídlo redakční rady zůstalo v Masarykově onkologickém ústavu. Výkonným redaktorem se stal A. Rejthar a v redakční radě se poprvé objevili členové ze zahraničí – S. Eckhardt z Budapešti, Jean Wastersky z Bruselu, K. Kolaći ze Zagrebu, M. Slavik z Kansas City. Časopis dostal přiděleno ISBN a souhrny prací z Klinické onkologie jsou od té doby zařazovány do Excerpta Medica – EMBASE.

V úvodníku 1/1993 prof. J. Kovařík píše: *Kvalita a výsledky jsou odrazem individuálních schopností a zodpovědnosti i teoretických znalostí a ochoty integrovat do vlastní činnosti nové přístupy a zkušenosti.* Klinická onkologie *se musí stát časopisem, který bude splňovat kritéria postgraduálního onkologického vzdělávání, musí zvyšovat infor-*

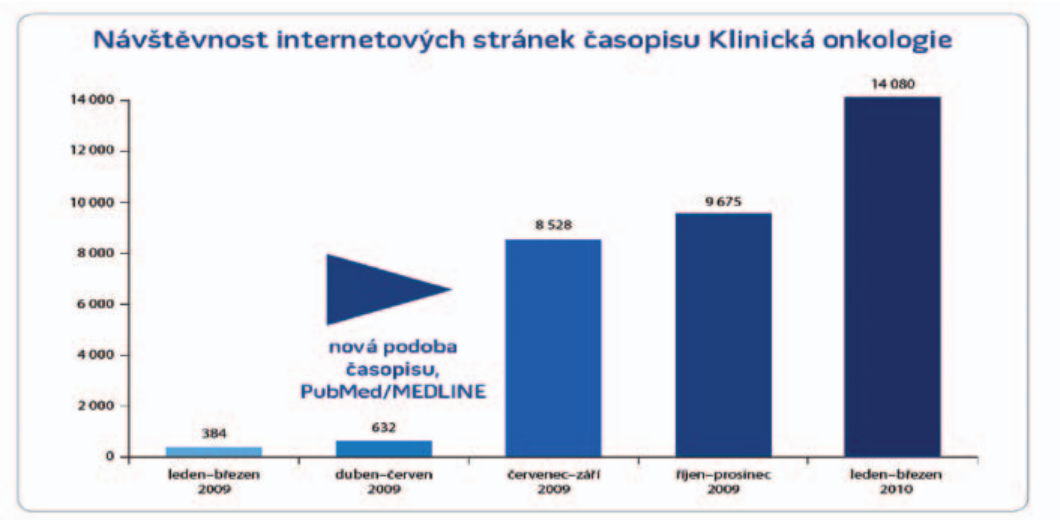
Současná podoba časopisu Klinická onkologie.

movanost, musí být platformou pro odborný dialog, kritiku i pro názorovou konfrontaci. A tak to platí podnes.

Významným milníkem v dějinách Klinické onkologie je rok 2009. Toho roku bylo zvoleno nové vedení, šéfredaktorem se stal doc. MUDr. Vuk Fait, Ph.D., a jeho zástupcem MUDr. Marek Svoboda, Ph.D. Původní poslání časopisu zůstalo zachováno, ale změnila se jeho grafická podoba.

V současnosti je Klinická onkologie excerpována databázemi – MEDLINE/PubMed., SCOPUS, Bibliographia Medica Czechoslovaca a Indexem Copernicus. Ukazuje se, že kvalita se vyplácí, ale neudržuje se snadno, stojí mnoho práce i peněz. Proto je v závěru třeba poděkovat sponzorům, zvláště společnosti ROCHE, která se v roce 2009 stala jeho hlavním sponzorem.

Rada pro výzkum a vývoj vlády České republiky dala Klinickou onkologii na seznam uznaných neimpaktovaných časopisů. Znamená to, že články v ní publikované jsou uznávány při doktorandském studiu i při získávání akademických hodností jako v časopisech s impakt faktorem. Redakce chce pro časopis získat Impakt faktor, ale k tomu



Časopis Klinická onkologie byl také zařazen do mezinárodní bibliogragické databáze MEDLINE/PubMed. Tyto změny významně přispěly k jeho sledovanosti, jak ukazuje tento graf.

musí přispět i odborná veřejnost - jednou z podmínek je, že články z Klinické onkologie musí být citovány i v jiných časopisech.

Přejeme redakci v jejím usilování hodně úspěchů a Klinické onkologii i v dalších desetiletích aktivní čtenáře.

Stánek Klinické onkologie na BOD.

UNIVERZITNÍ ONKOLOGICKÉ CENTRUM

Myšlenka dává sílu dosahovat výsledků, po nichž toužíme, a schopnost vytvářet hodnoty pro ostatní.
(Anthony Robbins)

Možná vás napadá otázka, proč jsme do publikace z historie MOÚ zařadili kapitolu o *Onkologickém univerzitním centru,* které bylo aktivitou akademickou a ústav byl přece rezortním zařízením Ministerstva zdravotnictví ČR a s univerzitou neměl ani žádnou institucionální spolupráci. Mně zase napadá otázka, co by se s MOÚ stalo, kdyby...

V málo přehledném společenském a politickém dění polistopadových dní se poměrně rychle měnilo vedení ústavu – v roce 1990 nastoupil na místo ředitele po doc. MUDr. Bohumilu Kašťákovi, DrSc., (1986–1990), MUDr. Ladislav Červ, CSc., (1990–1991) a po něm MUDr. Josef Drbal (1991–2000). Tak jak se snižoval stupeň akademické hodnosti ředitelů, tak se začala v ústavu tlumit i vědecko-výzkumná práce a z ústavu, zvláště během devítiletého ředitelování J. Drbala, postupně odcházeli zkušení lékaři, výzkumníci i zaměstnanci.

Oslabený výzkumný a odborný potenciál jakoby rezignoval na rozvoj ústavní onkologie. Název ústavu *Institut medicínského výzkumu* zmizel a byl nahrazen staronovým – Masarykův onkologický ústav. Bohužel s historickým názvem nepřevzal také jeho původní cíle – „*aby byl ústav vzorem těm následujícím, východiskem a centrem organisační práce medicínsko-sociální*“, aby „*hledal nové cesty ke zdokonalování diagnózy, úzce spolupracoval s odděleními experimantálními, které provádí studie pathologicko-fyziologické, chemické, fyziologické, serologické, hematologické, aktinologické*“, jak ústav v duchu Bakešově představovali jeho první ředitel, chirurg prof. MUDr. R. Werner a vynikající chirurg MUDr. A. Novotný (předseda Spolku Dům útěchy) při uvedení ústavu do provozu v roce 1935.

Během devadesátých let se MOÚ stále více vzdaloval vědecko-výzkumnému onkologickému zařízení, jímž byl v letech předchozích, zvláště v době existence VÚKEO, kdy se stal vzhledem k významným aktivitám (zvláště v chemoterapii) skutečným metodickým centrem, po Budapešti druhým v tehdejších zemích RVHP. Ředitel MUDr. Josef Drbal směroval ústav k charitativnímu a paliativnímu zařízení. Do vínku dostal novou budovu, velkorysou „přístavbu“ pro diagnostickou radiologii a rehabilitaci, včetně lůžkové a administrativní části/[51] Ale budovy, byť moderní a dobře vybavené, samy o sobě moderní medicínu nedělají!

Situace v MOÚ byla pouze odrazem neutěšeného stavu české onkologie v 90. létech. Onkologii se obecně nedostávalo toho, čeho bylo třeba – peněz, soustředěného vědeckého výzkumu a smysluplné organizace.

Rostoucí incidence zhoubných nádorových onemocnění vyžadovala tomu odpovídající změny situace na onkologických pracovištích v Brně, která byla rozptýlena po různých nemocničních zařízeních

s vlastními, mnohdy stereotypními a za medicínským poznáním pokulhávajícími léčebnými programy. Onkologická onemocnění se v Brně mimo MOÚ léčila ve Fakultní nemocnici U sv. Anny, ve FN v Bohunicích, včetně Dětské nemocnice i v dalších nemocničních zařízeních.

Iniciativa, změnit tento stav neumožňující pozvednout onkologii na vyšší úroveň, se zrodila v brněnském akademickém prostředí. Ten silný vnější tlak, řešit zaostávání onkologické léčby za evropským průměrem, vyvolal aktivitu několika brněnských univerzitních onkologů – přednosty Hematoonkologické kliniky ve FN Brno J. Vorlíčka, onkochirurga J. Žaloudíka (částečný úvazek měl v MOÚ), R. Vyzuly, primáře na hematoonkologické klinice, chemoterapeuta Z. Mechla, který se právě vrátil z dlouhodobého působení v Kuvajtu, kde vybudoval onkologickou kliniku, a přidali se postupně i další.

Kompetenci k provedení změn v brněnské onkologii posilovalo zvolení přednosty Hematoonkologické kliniky LF MU J. Vorlíčka děkanem Lékařské fakulty Masarykovy univerzity (1997) a J. Žaloudíka proděkanem. Dva onkologové ve vedení lékařské fakulty získávali nejen sílu, ale i příležitost koordinovat onkologickou léčbu rozptýlenou po brněnských nemocnicích.

Idea o účelné „přestavbě“ a zvýšení kvality onkologie v Brně se formovala během roku 1998, k její realizaci vzniklo **virtuální akademické Univerzitní onkologické centrum** (UOC). Veřejně bylo vyhlášeno 1. ledna 1999. V rodném listě mu byly „kmotry“ – nadšení, vytrvalost a houževnatost, „sudičky“ přidaly UOC inteligenci, originalitu a kreativitu.

Vznik UOC při Lékařské fakultě Masarykovy univerzity byl ohlášen a zdůvodněn v odborném tisku i ve sdělovacích prostředcích, včetně cílů a pro tu dobu velmi náročného programu, vnímaného také jako nejtěžší rozhodnutí o zvolené cestě k nápravě stavu, především, ale nejen v brněnské onkologii. Znamenalo to poskytovat pacientům onkologickou péči podle mezinárodních parametrů - vyrovnat krok s moderní medicínou - důsledně zavádět léčbu spojenou s výzkumem etiologie nádorové choroby i nových léčebných metod. Koordinační rada UOC – Vorlíček, Žaloudík, Vyzula - došla k přesvědčení, že takový program je splnitelný pouze a jen vzájemnou spoluprací onkologů - všech se všemi.

Ve vyhlášení UOC J. Žaloudík píše: „*Na brněnské univerzitě a ve fakultních nemocnicích jsme dospěli k názoru, že přes značnou klinickou, výzkumnou, vzdělávací a expertní kapacitu pro boj se zhoubnými nádory v Brně a okolí existují rezervy ve vzájemném poznávání svých záměrů, v poznání a rozvinutí možností kooperujících pracovišť a týmů a v provázanosti onkologických činností*“/[52]. Tak byl nejen zdůvodňován vznik UOC, ale také proklamována funkčnost celku spojujícího specializované týmy z klinik, oddělení a laboratoří k poskytování širokých onkologických služeb, ale také kladen důraz na kvalitní edukaci.

Pracovním heslem byla náročnost, důslednost, systematičnost a etika lékařovy práce. Cílem veškerého snažení – onkologický pacient léčený na úrovni medicíny své doby.

Hnacím a výkonným motorem pro rychlou realizaci programu UOC, alespoň v brněnské onkologii, byla jistě také Žaloudíkova zkušenost, kterou si s jistou negativní emocí přivezl z II. celosvětové konference boje proti rakovině pořádané v Atlantě ve dnech

19.-23. května 1999. Byl jedním asi z tisíce delegátů ze 116 zemí, ale nikoliv oficiálním, účastnil se jednání jako stipendista, tedy bez kompetencí k oficiálnímu vystoupení. I to, že ČR na takovou důležitou světovou akci v onkologii neposlala delegovaného zástupce, svědčilo o situaci v onkologii v té době u nás.

ČR za to byla na konferenci patřičně kritizována, stejně jako za mnohé další nedostatky v organizaci i ve výsledcích onkologických služeb. Česká republika byla veřejně označena za odstrašující exemplární příklad stoupající incidence i mortality u zhoubných nádorů kolorekta, prsu a plic a na onkologická onemocnění vůbec, a také za nedodání kompletních dat z Národního onkologického registru.

Taková ostrá kritika vyvolala u zahraničních kolegů mnoho otázek i množství výtek, kterými se obrátili na „stipendistu" Žaloudíka:

proč ČR nedodala kompletní data o domácím stavu onkologické nemocnosti z Národního onkologického registru,

proč dosud není Česká onkologická společnost členem UICC,

proč se nezapojuje do evropských programů,

proč v minulém roce ČR nedodala data do studie EUROCARE 1998,

proč není na konferenci zástupce NOR nebo ústavu (máme-li prý jaký?),

proč v našem Parlamentě neprošel zákon o zákazu tabákové reklamy,

kolik u nás pracuje dobrovolnických organizací a jaký mají potenciál,

jaké finanční prostředky věnuje stát na boj s rakovinou atd., atd.

Na některé dotazy a výtky Žaloudík odpovědět uměl, ale na mnohé nemohl. S pocitem maximální disharmonie v kompatibilitě českého zdravotnictví a zdravotnictví v rozvinutějších zemích a s představou ještě většího chaosu v české onkologii a na ministerstvu zdravotnictví, než si představoval, se navracel domů. Hned diskutovali o tom problému ve výboru ČOS (jeho členem byl od března), cítil se za ten neutěšený stav v domácí onkologii osobně zodpovědný. Že už sám dávno před tím věděl, že domácí onkologie nestačí reagovat na rostoucí ataku nemoci, svědčí právě vznik UOC v Brně, jemuž stanovili program v mnohém odpovídající na kritiku z Atlanty. Ten pocit „národní hanby" ho utvrdil v maximální aktuálnosti realizace vytyčeného programu.

„Negative experience", jak sám svůj pocit označil, to byla velmi silná motivace pro jeho program osobní – všechno, co je možné, v české onkologii napravit!

Pokud budeme s vědomím zásadního cíle – *poskytovat komplexní kvalitní onkologické služby na pracovištích k tomu vybavených moderní diagnostickou i léčebnou technikou* - pozorně číst následující aktivity UOC, přesvědčíme se, že tento cíl prostupuje celým programem, který byl vnímán jako dlouhodobý a otevřený, ale také nejednoduchý.

Na brněnské lékařské fakultě a v jejích nemocnicích sice existovala značná klinická, výzkumná, vzdělávací i expertní kapacita, ale *vytvořit* onkologické *týmy* složené *ze specialistů různých medicínských oborů* s odpovídajícím přístrojovým vybavením, nebylo možné v rámci ani jednoho klinického či terénního pracoviště. Navíc záměr Rady UOC byl prestižnější - přesáhnout svým vlivem ve zvyšování kvality onkologické péče i hranice Brna.

Program UOC byl vlastně takovým promyšleným programem SOS pro zkvalitnění

onkologie – vyhledat a aktivizovat dosud nevyužívané příležitosti – vytvořit pracovní kooperující skupiny, které budou systematicky vyhodnocovat výsledky své odborné práce, dokážou udržovat krok s prudkým rozvojem technologií, především informačních, a s biotechnologií v diagnostice a terapii zhoubných nádorových onemocnění. Byla to generační výzva i příležitost ke změně v přípravném období vstupu do EU.

To ovšem vyžadovalo závazně plnit nově přijaté zásady a také změnit styl dosavadních činností. Zvolené řešení situace v onkologii bylo jistě racionální a téměř jediné možné, ale přece jen nadiktované shora a ne vždy souladné s místními či regionálními poměry a skupinovými zájmy.

Rozhodující byl pochopitelně v celém procesu lidský faktor pozitivně odpovídající na otázky – co umíš, jak umíš samostatně myslet, čeho chceš dosáhnout, zda umíš rozhodovat, zda také stihneš studovat a plnit výzkumná zadání, jak umíš léčit, učit jiné a vychovávat své nástupce.

Zvláště v onkologii to byl úkol mimořádně komplikovaný vzhledem k dlouhodobé tradici ve vytváření jednotlivých oborů. Z tohoto pohledu představuje onkologie vůbec nejsložitější strukturu léčby nemoci v medicíně. Jednotlivé obory onkologie se vytvořily jednak podle malformací tkáňových a orgánových systémů (hematoonkologie, neuroonkologie, pneumoonkologie, onkologická gynekologie a urologie), jiné se zformovaly podle aplikovaných léčebných metod (radiologie, onkologická chirurgie a chemoterapie), které se ovšem týkají všech onkologických diagnóz, další jsou specifikované věkově (onkologie dětská a gerontologická). Navíc jsou některé obory zaměřeny klinicky, jiné experimentálně, další epidemiologicky nebo preventivně. Záměrem i potřebou bylo všechny tyto onkologické činnosti integrovat, neboť právě v integrující spolupráci byla spatřována možnost rozvoje onkologie jako vědy i sofistikovanější zvládnutí onkologických nemocí.

Tu heterogennost pracovišť a jejich funkční propojení (spolupráci) se UOC rozhodlo řešit účelným *využitím moderní informatiky* (v komunikaci a při biomatematické analýze výsledků) a *diagnostických technologií a důsledným zaváděním preventivních programů*.

Ne všude se dařilo přejít na nový typ spolupráce s UOC. Mnohem lepší start a přijetí stanovených zásad i nutných změn ve stylu práce měla specializovaná univerzitní pracoviště - Interní hematoonkologická klinika a Oddělení klinické onkologie ve FN Brno-Bohunice, Oddělení radiační onkologie ve FN U sv. Anny a Klinika dětské onkologie v Dětské nemocnici FN Brno-Bohunice./[53]

Z víceoborových týmů je možné uvést také skupinu pro muskuloskeletální nádory I. ortopedické kliniky a mammární komise ve fakultní porodnici a ve FN Brno-Bohunice. Ostatní pracoviště startovala koordinaci onkologických činností s vyrovnanými podmínkami. Brzy začaly systematicky pracovat onkourologická skupina při urologickém oddělení FN U sv. Anny, skupina pro nádory trávicího traktu ve FN Brno a skupina pro nádory plic, jejíž členové byli z různých brněnských nemocnic.

Na pojetí a práci v UOC se podíleli především prof. MUDr. J. Žaloudík, CSc., prof. MUDr. R. Vyzula, CSc., za vedení Masarykova onkologického ústavu, ve spolupráci s prof. MUDr. J. Vorlíčkem, CSc., děkanem lékařské fakulty (1997 až 2003),

prof. MUDr. J. Mayerem, primářem MUDr. I. Spurným, prof. MUDr. J. Štěrbou, CSc., doc. RNDr. L. Duškem, Ph.D., prof. MUDr. J. Skřičkovou, CSc., primářem MUDr. I. Kissem, Ph.D., primářkou MUDr. R. Neumannovou, prof. MUDr. Z. Adamem, CSc., prof. RNDr. I. Holoubkem, CSc., prof. MUDr. R. Hájkem, doc. RNDr. A. Kozubíkem, CSc. aj. (Vyzula, Žaloudík, 2003).

Už v závěru roku 1999 se UOC podařilo zorganizovat dvě základní setkání odborníků. První byli pověřeni vybudováním racionální sítě laboratoří pro molekulární onkologii a druzí měli neméně náročný úkol - sestavit účinný program onkologické prevence a vytvořit protokoly s formulovanými optimálními diagnostickými postupy a doporučenými léčebnými metodami. To bylo zásadní pro zkvalitnění práce, ale i pro změnu pracovního stylu ambulantních lékařů. Dlužno ovšem poznamenat, že také závislé na jejich vůli.

Koordinovat bylo třeba i prezentaci a zjednávání přístupu k intelektuálním i finančním zdrojům. Jak je jistě všeobecně známo, onkologie potřebuje dva základní kapitály – kvalitní „lidský faktor“ a finance. A k tomu bylo třeba vytvořit základní podmínky.

Poměrně rychle se podařilo vybudovat nové funkční pracoviště pro onkologickou informatiku – **Centrum informatiky a analýz (CIA) UOC** s týmem specialistů na analýzu vědeckých dat a statistického plánování studií. Tým byl ustaven jako otevřená skupina podporovaná MŠMTv a sdružením RECETOX, jeho úkolem je zabezpečovat internetovou komunikaci onkologů. Zavedení elektronické komunikace a pravidelného servisu informací bylo bezpodmínečnou nutností pro vědecký rozvoj oboru. Úkol zněl - poskytovat členům UOC komplexní efektivní služby v oblasti vědecké analýzy dat, průběžně aktualizovat údaje tuzemských, event. zahraničních partnerských pracovišť – jednoduše zavést funkční elektronickou komunikaci.

Nebyl to úkol snadný. Obor zdravotnictví byl v té době po stránce komunikačních informací dost zanedbaný. O to těžší bylo zvládnout tento v podstatě revoluční krok pro potřeby UOC. To, co bylo nejjednodušší, bylo vytvoření internetových stránek (http://www.uoc.muni.cz) pro základní komunikaci a prezentaci dat na internetu.

Ale zavedení elektronické a internetové komunikace pro spolupracující onkology vyžadovalo také změnu pracovních návyků na onkologických pracovištích, i jinou strukturu vedení odborné lékařské dokumentace a zpracování dat. Takovou, aby mohla být data využívána jednak jako vstupní informace, jednak jako produkt pro volbu účinných a diagnostických léčebných postupů.

Proto elektronicky zaznamenávat onkologická data nebyl v té době problém technický, ale spíše odborně lékařský. Nejprve se musel vypracovat návrh popisu anamnestických dat, diagnostických závěrů i terapeutických postupů a výsledků na základě jednotných promyšlených parametrů. Bez vyřešení tohoto problému by nebylo možné digitalizovat chorobopis, ani hodnotit reálné výsledky onkologické léčby. (Žaloudík, 2000.)

V úzké spolupráci s klinickými specialisty byl vypracován návrh digitalizovaného záznamu onkologických dat - SOR2000 s interaktivním grafickým rozhraním a software pro onkology nabízející rutinní analýzu přežití, analýzu kvality života a dalších relevantních ukazatelů.

Dalším úkolem CIA bylo vybudovat prvky *Management Systému UOC* a sestavit vý-

ukové systémy. Prvním z nich byly – *Analýza dat pro onkologii, Uživatel počítačové sítě, Pregraduální výuka onkologů na internetu* (Dušek, 1999).

Později začalo Centrum sloužit i dalším medicínským i přírodovědným oborům a změnilo svůj název na *Centrum biostatiky a analýz Masarykovy univerzity*. Další rozvoj byl už samostatný, motivován potřebami rozvinutého informačního internetového systému orientovaného na potřeby uživatelů. Zavedeny byly i placené služby poskytované mimo rámec UOC.

Dnes to může být pro mnohé i úsměvné, ale na přelomu prvního desetiletí tohoto století to ještě byly pionýrské činy.

Jednou z prvních novinek UOC bylo zavedení nově organizovaného akreditovaného postgraduálního studia lékařů-onkologů. Začalo se hned na jaře roku 1999 na Hematoonkologické klinice LF MU ve FN Brno pod patronací J. Vorlíčka, účast na seminářích evidovala Lékařská komora. Ke studiu bylo hned v prvním roce přijato 8 lékařů. Studijní témata byla nejen klinická a experimentální, ale také bylo zařazeno téma - biomatematické modelování v onkologii s využitím metody neuronových sítí.

Dalším plněním edukačních požadavků programu OUC byl *projekt výuky onkologie na internetu* přihlášený u Fondu rozvoje vysokých škol. Jak jsme uvedli výše, prvním byl blok pro doktorandské studium. /[54]

I když program UOC byl náročný, připojilo se k němu během prvních dvou let 37 pracovišť a týmů. Na realizaci programu se podařilo získat základní finanční prostředky, jednak z dotace LF MU (částka 40 000 Kč), jednak už z vlastní práce. Např. z projektu Zevní prostředí, karcinogeneze, onkologie, podaném ve spolupráci se skupinou RECETOX z přírodovědecké fakulty brněnské univerzity, z přihlášeného projektu českoněmecké spolupráce na téma izolovaných perfuzí a regionální chemoterapie, z multicentrického projektu aplikace DNA mikroarrays pro fenotypizaci mikrometastáz zařazeného do pátého rámcového programu EU koordinovaného Ústavem pro nanotechnologie a německou firmou RELAB (Dušek, 1999). Ten výčet zdrojů současně svědčí o „rozjezdu" vědecko-výzkumné práce.

V prvním roce činnosti byl ještě vypracován návrh na vytvoření Centra enviromentálních studií a onkologických studií pro program Národních výzkumných center naplánovaných na rok 2000.

Ke spolupráci s významnými pracovišti v zahraničí, která měla rovněž přispět ke zkvalitnění domácí onkologie, byly využívány zahraniční stáže. Mnozí členové UOC měli cenné zkušenosti už z dřívějších dlouhodobých zahraničních pobytů - ve Velké Britanii, v USA i jiných zemích (J. Žaloudík, J. Vorlíček, R. Vyzula, Z. Mechl, J. Štěrba, J. Mayer, aj). Na dlouhodobou stáž do USA byli vysíláni lékaři, aby navazovali potřebné kontakty a získali nové zkušenosti. Tím byla naplňována programová spolupráce v rámci světové onkologie.

V domácím prostředí byl ke vzájemné spolupráci získán Biofyzikální ústav AV ČR, který zahájil výzkumný *program pomoci onkologické diagnostice i terapii*. Ke spolupráci se přihlásila i Laboratoř experimentální medicíny při FN Univerzity Palackého v Olomouci.

Pro organizační práci UOC bylo přínosné, že spolupracující lékaři byli i členy různých celostátních institucí, jejichž prostřednictvím se nabízela možnost účinné spolupráce – např. s Českou myelomovou skupinou, se Skupinou pro transplantace kostní

dřeně, s Českou lymfomovou skupinou, ale i s vedením České onkologické společnosti LS JEP, s Radou Národního onkologického registru, se Sekcí paliativní medicíny, onkogynekologie a pneumoonkologie i s dalšími odbornými společnostmi. Rozvinula se rovněž spolupráce s Domem léčby bolesti a Hospicem sv. Josefa v Rajhradě /[55], hlavně edukační, s Nemocnicí Milosrdných bratří v Brně a s Nemocnicí TRN v Babicích u Brna (s oddělením paliativní péče). Nové přístupy a technologie v onkologii se podařilo prosazovat také s Asociací Moravská onkologická iniciativa.

Už za první dva roky činnosti UOC se podařilo nevídaně mnoho, jak uvádíme i dále v textu. Důraz byl kladen na priority, které sloužily ku prospěchu všem integrujícím pracovištím. Systematicky se formovala plnohodnotná spolupráce onkologů a onkologických pracovišť- brněnských i mimo Brno - s konečným cílem *zmodernizovat řízení onkologie s využitím potence dobových informačních technologií a zvýšit kvalitu léčby a poskytované péče./*[56]

Vzhledem k tomuto cíli už nebylo možné déle souhlasit, aby se v některém z brněnských nemocničních zařízení léčilo podle onkologických standardů, značně se lišících od těch univerzitních.

Touto poznámkou se vracíme k Masarykovu onkologickému ústavu. Ten byl totiž už jediným pracovištěm v Brně, které dosud stálo mimo aktivity UOC, i když jeho jednotliví lékaři v UOC velmi aktivně pracovali se snahou pozvednout obor onkologie na úroveň, jakou měla ve vyspělém světě. Protože dobře znali potenciál ústavu ze své vlastní lékařské praxe, měli velký zájem získat ústav pro obecný, nikoliv partikulární zájem (J. Žaloudík, R. Vyzula).

Z historického hlediska tak začal poměrně časově krátký, ale hlavně vzhledem k nekompetentní mediální účasti v celku nepříjemný boj o MOÚ. Jeho opozice vydržela rok, skončila na počátku roku 2000, kdy se ředitelem ústavu stal po úspěšném konkurzu, vypsaném nejméně pro docenta (v případě MOÚ to bylo naprosto samozřejmé), doc. MUDr. Jan Žaloudík, CSc., zakladatel a programový vedoucí UOC. Za svého zástupce si vybral doc. MUDr. Rostislava Vyzulu, CSc., ustaveného do funkce náměstka pro rozvoj, vědu a výuku. V těchto místech rádi poznamenáváme, že po 65 letech – od 1. ledna 2000 - začala konečně institucionální spolupráce MOÚ s Lékařskou fakultou Masarykovy univerzity.

Bylo samozřejmostí, že s novým vedením přišel do ústavu nový duch, stejně přirozené bylo, že lékaři, kteří v ústavu vyrůstali v době rozkvětu VÚKEO pod vedením prof. J. Švejdy, navazovali na jeho výsledky. Důraz kladli na vzdělání (pre- i postgraduální) a na výzkumné programy, poučeni také zkušenostmi z několika stáží na amerických a anglických univerzitách.

Můžeme konstatovat, že brněnská onkologie byla poprvé řízena z jednoho centra, jímž bylo UOC se sídlem v MOÚ. Byl naplněn i jeden z dílčích cílů - každá onkologická diagnóza měla v Brně své místo i okruh návazných pracovišť.

Na MOÚ začalo být živo, proměňoval se styl práce a vybavení moderní diagnostickou i lékařskou přístrojovou technikou v laboratořích, v radiologii i v chirurgii.

Od 1. ledna 2001 byla v MOÚ ustavena *Klinika komplexní onkologické péče*, jejímž přednostou byl jmenován doc. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc. Mimo léčebných programů je výukovým pracovištěm v pre-

i v postgraduálním studiu. Další - *Klinika radiační onkologie* začala pod vedením prof. MUDr. Pavla Šlampy, CSc., činnost v roce 2007. Dosud třetí univerzitní výukové a vědecko-výzkumné pracoviště v MOÚ – *Klinika operační onkologie* byla ustavena v roce 2015, až po opětném nástupu prof. Žaloudíka na místo ředitele ústavu, i když byla administrativně kompletně připravena již v roce 2008/[57]. Vedením byl pověřen doc. MUDr. Roman Šefr, Ph.D.

Po prvních dvou klinikách následovala *Laboratoř prediktivní onkologie*. O potřebě prediktivní onkologie se diskutovalo už na BOD 1999 a následně přinesla Klinická onkologie Žaloudíkův článek - *Potřebujeme prediktivní onkologii*, v němž byla prediktivní onkologie představena jako nový progresivní diagnostický obor. Od diskusí k činu uběhl jen půlrok.

Dále byl realizován jeden ze základních úkolů UOC - požadavek prevence. Byl zpracován projekt věkově specifických preventivních onkologických prohlídek.

V roce 2001 se změnilo vedení MOÚ, ředitelem se stal R. Vyzula a Žaloudík jeho náměstkem pro rozvoj, vědu a výuku. A další aktivity rychle následovaly v souladu s programem UOC.

V prosinci roku 2001 bylo v MOÚ otevřeno *Onkologické informační centrum* (OIC). Všechny služby poskytuje zdarma, a to nejen hospitalizovaným pacientům, ale každému, kdo potřebuje získat informace, třeba o síti onkologických pracovišť, a to nejen v Brně, ale i v jiných regionech, o pacientských organizacích, o preventivních programech, o vlastních zkušenostech a prožitcích pacientů, kteří léčbou prošli a napsali o nich knihy, o prevenci i sociálně-psychologických aspektech. Vydává brožury se základními onkologickými diagnózami, jsou pravidelně doplňovány a aktualizovány.

Centrum má bezplatnou informační telefonní linku (800 222 322), je zaměřeno na všechny onkologické diagnózy – díky tomu je jedinou svého druhu v republice. Na otázky, které nemohou zodpovědět službu konající sestry, dostane tazatel odbornou odpověď do 48 hodin. Ročně Centrum vyřizuje kolem 1000 telefonátů.

Své zázemí s tímto bezvadným vybavením má ve třetím patře Švejdova pavilonu.

Onkologické informační centrum pro veřejnost.

V podstatě každý návštěvník si může vypůjčit knihy, stejně jako CD, naučné videoprogramy, k dispozici je také Internet a kopírka. Má své vlastní internetové stránky (www.mou.cz; www.prevencenadoru.cz). V centru pracují zdravotní sestry, ochotné pomoci. Předností je také individuální přístup. Ročně navštíví centrum kolem 2000 zájemců.

Dobrá a včasná informovanost onkologických pacientů je velice důležitá pro jejich psychický stav, který nesporně hraje významnou roli v celém průběhu léčby. Bohužel osvěta stále nemá takovou sílu, která by zásadně vedla k odpovědné prevenci.

Podle závěrečné zprávy za rok 2015 poskytlo IOC služby 5264 návštěvníkům, z toho bylo 2690 osobních kontaktů, ostatní dotazy (1766) z celé ČR, i ze zahraničí, vyřídili kompetentní odborníci telefonicky.

Služba OIC funguje i prostřednictvím internetu, Tradičně se nejvíce dotazů týká nádoru prsu a možností vyšetření a léčby v ústavu – v roce 2015 to bylo 1735 dotazů. Informační centrum není pouze pro Brňany.

Ve spolupráci s ústavem výpočetní techniky MU a FN U sv. Anny byl realizován technický projekt telemedicína. Zefektivnil práci rentgenologů elektronickým zpracováním obrazu, a také umožnil účelnou archivaci obrazové dokumentace a její kategorizaci pro výukové i konzultační účely (Vyzula, 2003).

Postupně získával MOÚ zpět svou někdejší pozici – vůdčí postavení v současné onkologii u nás.

Prestiž ústavu i brněnské onkologie byla výrazně posílena, když vedoucí představitelé UOC obsadili významné funkce ve vedení České onkologické společnosti České lékařské společnosti JEP, na místě předsedy byl po tři volební období J. Vorlíček (2003-2015), Žaloudík a Vyzula byli po dvě volební období členy výboru. Posílením bylo i zvolení J. Žaloudíka děkanem LF MU.

Nakonec brněnská trojice iniciovala v roce 2003 v české onkologii jako jeden ze závažných cílů UOC národní program pro onkologii v ČR. Konečné znění vytvořili ve výboru ČOS ČLS JEP (stylizátorem byl Žaloudík) a pod názvem *Národní onkologický program* jej vyhlásili v roce 2004. Jeho mottem je – „*Správná léčba správnému pacientovi ve správný čas a na správném místě*".

Následujícího roku - 29. září 2005 program podepsal na Pražském hradě prezident republiky Václav Klaus. Po USA a Francii jsme tak byli třetí zemí, která měla onkologický program pro celý národ podepsán prezidentem republiky. Richard Nixon i François Mitterrand rádi svými podpisy podpořili program boje s nemocí, kterou sami onemocněli, ale Václav Klaus takovou silnou osobní motivaci k podpisu neměl. Ale důležité je, že převzal záštitu nad jeho plněním. Ten akt vyžadoval poměrně delší přípravnou dobu a svým příběhem byl až úsměvný, ale nakonec podpis prezidenta jistě sjednal českému NOP určitou autoritu./[58]

(Podle sdělení ČOS je Národní onkologický program podstatně plněn a nově byly zformulovány úkoly pro další období, ale o prezidentův podpis už ČOS nepožádala.)

V Atlantě J. Žaloudíka překvapila návštěva prezidenta USA George Busche a jeho manželky na jednání o boji proti onkologickým chorobám ve světě. U nás se dosud nestalo, aby na podobnou akci přišel prezident. Ale nekřivděme prezidentům, třeba nebyli pozváni. Jen si tak při tom vzpomínám na jednu preventivní akci v Praze (i jinde v republice), která chtěla upozornit na nebezpečný nárůst rakoviny kolorekta. Tehdy jsem osobním dopisem požádala pre-

zidenta Klause, aby se té akce také zúčastnil a podpořil, když podepsal NOP, ale dost ostře odmítl. Možná, kdyby byl onkologicky nemocný, angažoval by se více než pouhým podpisem pod NOP.

Je radostné sledovat po létech všechno to pozitivní, co by bez toho organizačního úsilí UOC, které mělo svou ideovou i faktickou oporu v MOÚ, nebylo.

CESTY K NÁRODNÍMU ONKOLOGICKÉMU REGISTRU

Národní onkologický registr (NOR) je významným zdravotnickým informačním systémem, v organizačním systému onkologické péče mu náleží významné místo. Představuje soupis evidovaných osob se zhoubným nádorovým onemocněním v příslušné zemi, pořizovaný podle jednotných a závazných metodických pravidel, aby byla jeho data přehledná a snadno využitelná. Cesta k jeho dnešní podobě i k metodickému využívání sbíraných dat byla více než stoletá.

NOR se do současné podoby vyvíjel postupně. Vznikal z potřeby účinně a systematicky bojovat s nemocí, která po ischemických chorobách srdečních vykazuje nejvyšší mortalitu a jejíž incidence má stále vzestupnou tendenci. Obecně se NOR formoval souběžně se zvyšováním úrovně onkologie jako vědy i jako medicínského oboru, ale také konkrétně podle specifických podmínek v každé zemi.

Potřeba znát počty lidí v populaci trpících touto fatálně vnímanou nemocí se nejprve projevovala v zemích hospodářsky vyspělejších, v nichž se dříve než v českém prostředí stávala nemoc problémem zdravotním i ekonomickým, z čehož vyplývala nutnost situaci řešit. Přitom došlo k něčemu, co je v medicíně typické pouze pro dvě nemoci – pro rakovinu a tuberkulózu – (obě byly nazývané metlami lidstva a chorobami sociálními), že *se tyto nemoci postupně stávaly samostatným medicínským oborem* a že se začaly pro jejich léčbu budovat také samostatné léčebné protirakovinné a protituberkulózní ústavy, či léčebny a jejich výskyt byl přísně sledován. /[59]

Následujícímu textu si dovolujeme předeslat jednu filologickou poznámku. V době formování registru výskytu a úmrtnosti na rakovinu, jehož vývoj budeme dále sledovat, se ještě slovo *onkologie* u nás neužívalo. Pro pojmenování onemocnění *zhoubným nádorovým onemocněním* se běžně ve všech jazycích užívalo a stále užívá pojmenování *rakovina*. Jeho motivačním slovem je *rak*, který svým tělem (i typem vyvolávané bolesti způsobované sevřením klepet) připomínal nádor (hlavně v prsu) a jeho rozlézání ve tkáních. Proto se také slovo rakovina objevovalo v názvech prvních léčebných ústavů, byly to vesměs ústavy *protirakovinné*.

V 50. létech jsme slovo rakovina nahradili souslovím *onkologická* onemocnění. Ale obsah t*ermínu onkologie* je mnohem širší, pojmenovává nejen nemoc samu, ale zahrnuje v sobě už také komplex služeb diagnosticko-léčebných, včetně psychické podpory pacienta.

Jako doklad uvádíme uznávanou definici *onkologie* prof. Tadeusze Koszarowského z Institutu Marie Sklodovské-Curie, zakladatele polské onkochirurgie: *Onkologie* je *věda* (-logie) o *etiologii, patologii, epidemiologii, prevenci a včasném odhalení zhoubných nádorů, kombinovaná léčba pacientů s rakovinou, péče o nevyléčitelně nemocné a organizace boje proti rakovině*. V tomto širokém významu se termínu užívá ve světě. Slovo onkologie místo rakovina se v Československu objevilo poté, kdy ho prof. MUDr. Ferdinand Škorpil poprvé použil v úvodu ke své knize *Obecná soustavná pahtologie novotvarů* /[60].

Prvním pracovištěm, které přijalo toto nové pojmenování a spoluvytvářelo z něho lékařský termín, byl právě MOÚ. V roce 1954 se přejmenoval na Onkologický ústav

(1954-1975). Pro název pracoviště, kde se poskytuje komplexní péče, to jistě bylo správné a zcela v duchu Koszarowského definice onkologie jako vědy uplatňované v komplexu vykonávaných činností. Pro označení choroby je to z hlediska filologického poněkud problematické. Ve všech pokusech o registraci do roku 1950 se užívá pouze slovo rakovina.

Historický vhled do registrování zhoubných nádorových onemocnění je velmi zajímavý i poučný, poukazuje na šíření vědeckých poznatků ve světě i na důležitost vlivu osobností vědy na výchovu odborníků schopných udávat tempo rozvoje, v našem případě medicíny o zhoubných nádorech, ovšem tam, kde je pro nové vědecké a léčebné procesy „živná" půda. Pátrání po vzniku onkologických registrů je neoddělitelné od vývoje úsilí poznat a zvládnout rakovinu. I když je první doložitelný pokus o registrování počtu nemocných rakovinou zaznamenán v Londýně /[61], nebyla to Anglie, která se dostala do čela při historickém formování registrů.

Ani USA, kde se ustanovila jedna z prvních lékařských společností – American Medical Association (AMA), která se zabývala zkoumáním rakoviny, vývoj registrování choroby nevedly. V řešení problému evidence počtu nemocných patří první místo Německu. Mělo k tomu příznivější předpoklady.

V německé vědě se totiž ve druhé polovině 19. století, v doznívání badatelské metody tzv. kritického empirismu /[62], objevilo pro tu dobu několik zásadních prací.

Exaktní metody zkoumání epidemiologie zhoubného růstu buněk zavedl do vědy německý patolog Rudolf Wirchov (1821-1902) svým dílem *Celulární pathologie založená na fyziologii a pathologii tkání* (1871) a několika pracemi i rakouský anatom českého původu Karel Rokitanský (1804 1878) /[63]. Ty práce mj.znamenaly začátky buněčné teorie i začátky americké účasti ve vývoji registrace výskytu rakoviny.

Jak k tomu došlo? Americký patolog William Henry Welch (1850-1934), který v té době studoval v Německu, přenesl německé badatelské metody i cenné citované studie v roce 1878 do USA, na Johns Hopkins University v Baltimoru, kde se jako přednosta patologie zabýval výzkumem rakoviny, která v té době trápila Ameriku stejně jako Evropu.

V roce 1896 spoluzaložil pro publikaci výsledků univerzitního výzkumu v oblasti rakoviny časopis *Journal of Experimental Medicine*, jímž v podstatě podnítil americký výzkum nemoci.

V těchto souvislostech si dovolíme malou odbočku. Musíme upozornit na medicínskou specializaci, od níž se očekávalo, že významně zasáhne do boje s rakovinou, a to léčebně, tedy sníží ukazatel mortality. Právě ve druhé polovině 19. století začínala svůj překotný vývoj chirurgie. Byla velkou nadějí.

Zajímavý příběh chirurgie začal v Americe, ve všeobecné nemocnici v Bostonu, když stomatolog William Morton objevil v roce 1846 první účinnou anestezii a hlavně poté, když bylo zavedeno používání Listerova antiseptika (a hygienických zásad). Anestetika se postupně zlepšovala a chirugická léčba tak mohla využívat radikální zásahy, hlavně u rakoviny prsu. Ne náhodou právě na Hopkinsově univerzitě jimi proslul William Halstedt, zasažený prs odstraňoval celý, čímž dosahoval velkého procenta přežití./[64]

Další vývoj ve vývoji registrů vede opět do Německa, kde bylo bádání o rakovině poměrně rozvinuté. Potřeba čelit stále ros-

toucímu výskytu onemocnění si vyžadovala pokud možno přesnou evidenci nových výskytů a jejich rozložení v populaci. Tak už v roce 1899 jako první vyslovil *požadavek systematické registrace výskytu rakoviny* Dr. Katz. V rozmezí let 1902-1908 začal v Německu, po něm postupně i v dalších šesti evropských zemích, vznikat registr. Bylo to v těch zemích, kde už „epidemii" rakoviny řešili zakládáním protirakovinných ústavů anebo alespoň specializovaných oddělení – v Moskvě (1903), v Heidelbergu (1906, Samaritenhaus, propojený s badatelským a experimentálním zázemím), Radiumhemmet ve Stockholmu (1910), v Petrohradu (1911), v Turínu, Protirakovinný ústav ve Villejuif v Paříži (1914). Nedařilo se ovšem sbírat data plošně, pokrývala jen oblasti některých regionů, anebo to byly registry vedené pouze jako klinické. Další vývoj v organizaci registrace výskytu a léčby rakoviny zbrzdila I. světová válka.

Po válce se vývoj urychlil. Získávat přehled o zhoubných nádorech mělo význam nejenom pro diagnosticko-léčebnou péči, ale i pro ekonomiku řízení onkologických zdravotnických zařízení. Rakovina (spolu s tuberkulózou) představovala problém nejen zdravotní, ale u nás byla i problémem zdravotnickým.

V nové poválečné Československé republice bylo zdravotnictví prohlášeno za všeobecné. Mělo sloužit všem bez rozdílu majetku a sociálního postavení. Ale nadlouho bylo toto vyhlášení pouze „papírové". Nemocnice totiž odmítaly poskytovat péči nemajetným v pokročilém stadiu onemocnění rakovinou nebo tuberkulózou, kteří pak ve velkých bolestech umírali, navíc byly „*nemocnice přeplněny tak, že dva tři pacient leží v jednom lůžku nebo dokonce na zemi*", jak jsme už četli u Lucie Bakešové /[65], anebo byli umírající v noci tajně přivezeni na voze s ovázanými koly, aby je nikdo neslyšel, a položeni na schody nemocnice, jak se několikrát v Brně přihodilo J. Bakešovi. Ta bezútěšná situace, jak už víme, vedla v Brně k založení prvního protirakovinného ústavu v tehdejším Československu – Domu útěchy – Masarykovy léčebny (1935).

A jaké české cesty vedly k počátku registru v Brně? Jistě tu byl jistý tlak ze světa, ale potřeba znát počty nemocných a zvláště přibývajících nemocných byla vnitřně pociťována i mezi domácími odborníky.

Jistou evidenci nádorů poskytovaly úmrtní listy, hlášení o mortalitě bylo u nás zavedeno v závěru 19. století, ale získané údaje nebyly přesné, protože lékaři jako důvod úmrtí nejednou udávali rakovinu, jíž člověk sice trpěl, ale příčinou smrti nebyla. Vztah mezi incidencí a mortalitou (MI index) byl proto velmi zkreslený. Z historického hlediska je to však snaha zajímavá. Počínající praxe ve vedení statistických údajů se nemohla rozvinout více vzhledem k válečným událostem v Evropě.

Z hlediska našeho tématu je zajímavé, že v článku *Jak čelit vzrůstajícímu nebezpečí rakoviny,* v němž J. Bakeš prosazoval v roce 1929 stavbu protirakovinného ústavu v Brně, zdůrazňoval také (s odvoláváním se na praxi ve vyspělejších státech), že velký význam má *kvalitní sběr informací o chorobě i pacientech* a že směrodatné jsou pouze *po léta přesně a opatrně vedené statistiky o nárůstu nemocných rakovinou a o počtu úmrtí.* Jako příklad uváděl německou statistiku z let 1903-1923. Upozorňoval, že v domácím prostředí je možné využít data Státního úřadu statistického v Praze, který evidoval počty úmrtí na rakovinu mezi

léty 1921-1927 ze všech zemí tehdejšího Československa, včetně Podkarpatské Rusi. Z té statistiky citoval, že v průběhu osmi let počet zemřelých na rakovinu stoupl téměř o 4 tisíce. Sám si vedl vlastní nemocniční registr – pečlivě si zapisoval počty léčených nádorů, takže od svého nástupu do chirurgické nemocnice na Žlutém kopci v roce 1922 do roku publikování článku mohl uvést, že léčili 728 pacientů (z celkového počtu 18 343) na nádorová onemocnění (chirurgicky a rentgenologicky, pro radioléčbu neměli podmínky)./[66] Vzhledem k tomu, že byl Bakešův článek publikován, máme v něm první doložitelný doklad o registrování rakoviny v Brně a blízkém okolí.

A velmi zajímavá je z tohoto hlediska i poznámka L. Bakešové, kterou napsala svému synovi jako podklad pro schůzi výboru Spolku Domu útěchy v létě 1928 - *„požádat dr. Rinchenbachera, aby se staral o potřebnou statistiku (výskytu karcinogenních a TBC nemocí). Dr. Racek by mohl navrhnout, aby obvodní lékaři statistiku sestavovali“.*

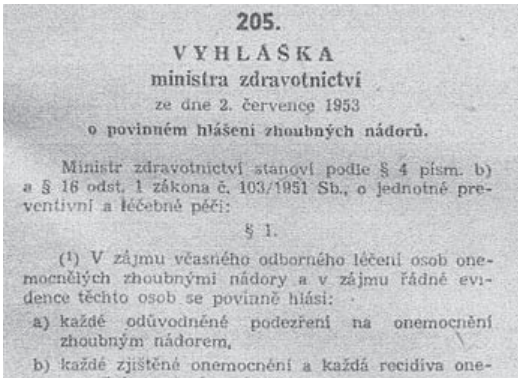
I prof. Werner (první ředitel brněnského protirakovinného ústavu) věnoval statistickou pozornost výskytu rakoviny a úmrtí u pacientů, které v ústavu léčili chirurgicky. Získané informace však sloužily pouze jejich klinické praxi, nepřesahovaly hranice ústavu.

První déletrvající registr s širší vypovídací hodnotou se objevil v roce 1929 v Hamburgu, uvádí se, že i v Polsku a Maďarsku, ale nebyly to ještě registry celoplošné.

Za první národní registr v Evropě je považován registr dánský, byl založen v roce 1942. První státní registr v Americe je znám z roku 1941 v Connecticatu, po něm v Kanadě a v dalších amerických státech – v zemích, kde nebyla válka. Pro všechny registry je charakteristický vývoj v úzkém sepětí s domácími zdravotnickými a ekonomickými poměry. Incidence rakoviny i po II. světové válce stále stoupala (možná byla na vině devastace přírodního prostředí, kterou s sebou přinášela dravá industrializace, prohřešky proti zdravotnímu životnímu stylu, mimořádná dlouhodobá psychická zátěž v populaci a apod.).

Zahraniční zkušenosti a nedostatky v evidencích zhoubných nádorových onemocnění v různých evropských i zámořských zemích vedly u nás v roce 1946 ke svolání mezinárodní konference předních odborníků pro řízení onkologické péče, na níž byly jasně formulovány cíle registrace a bylo vyžadováno povinné hlášení nových maligních novotvarů. Ve zdravotnické praxi se tyto požadavky prosazovaly velmi liknavě.

Závěry konference postupně vedly ke dvěma nařízením. V roce 1947 bylo uloženo Zdravotním poradnám v Ústavech pro potírání rakoviny evidovat diagnózy, poskytovanou odbornou péči i výskyt nemoci. V roce 1953 byla v Úředním listě Československé republiky ze dne 11. července 1953 vydána Vyhláška ministerstva zdravotnictví o povinném hlášení zhoubných nádorů. Od toho roku se onkologický registr (OR) postupně vyvíjel do dnešní podoby.



205.

VYHLÁŠKA
ministra zdravotnictví
ze dne 2. července 1953
o povinném hlášení zhoubných nádorů.

Ministr zdravotnictví stanoví podle § 4 písm. b) a § 16 odst. 1 zákona č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči:

§ 1.

(1) V zájmu včasného odborného léčení osob onemocnělých zhoubnými nádory a v zájmu řádné evidence těchto osob se povinně hlásí:

a) každé odůvodněné podezření na onemocnění zhoubným nádorem,

b) každé zjištěné onemocnění a každá recidiva one-

Z Úředních listů z roku 1953.

Byli ustanoveni správci OR, kteří byli vedeni metodickými materiály vydávanými podvýborem pro onkologickou registraci (vznikl při WHO v roce 1950). Od té doby se registry jednotlivých zemí v celém svém rozsahu vyrovnávaly a postupně se včleňovaly do mezinárodních sítí a metodicky se sjednocovaly podle stanovených standardů. Nakonec byly v roce 1965 zastřešeny Internacional Agency for Research on Cancer (IARC) a v následujícím roce převedeny pod Internacional Associatin of Cancer Registries (IACR) v Lyonu. Evropské registry jsou sdruženy v European Network of Cancer Registries (ENCR).

S plánovitým mezinárodně sledovaným přístupem ke zdolávání onkologických onemocnění rostl i význam vedených OR, které se postupně staly *integrační součástí a informační páteří komplexních onkologických programů specializovaných pracovišť.* Tedy také v tehdejším Masarykově státním radioléčebném ústavu.

Během práce se sbíráním dat sloužících k účelům diagnosticko-léčebným a k mezinárodnímu srovnávání účinnosti zdravotnické péče v jednotlivých zemích se objevovaly problémy: klasifikace nádorových onemocnění, právní otázky ochrany soukromých dat, stanovení podmínek pro využívání dat ze všech typů registrů a vytvoření takové organizační struktury, aby byla jednoduchá a funkčně efektivní. Další témata se nabízela poté, kdy bylo registrování OR převedeno do elektronické podoby, což kladlo kvalifikačně nové nároky na jejich personální i ekonomické zajištění.

Průběžně trvalým úkolem, ale současně i problémem, je vydávání a využívání metodických materiálů a standardizovaná kvalita registrů.

Za všemi těmi slovy konstatujícími vývoj a stav instituce OR jsou lidé. Spolehlivost dat v registru je dána kvalitou práce těch, kteří je v *Onkologických hlášeních o úmrtí* /[67] a *v Listech o prohlídce mrtvého* apod., přeposílají na sběrná místa, i těch, kteří data sumarizují a vyhodnocují, jednoduše všech, kteří s nimi z jakýchkoliv příčin přicházejí do styku.

Vedení i správa OR měla a má jednotnou strukturu a společnou metodiku.

Od roku 1974, když byla klinická onkologie akreditována jako samostatný medicínský obor, stal se OR jeho organickou součástí./[68] Vytvořila se krajská a okresní pracoviště pod správou hlavního odborníka z Ústavu zdravotnických informací a informatiky (ÚZIS)) ČR. Ten garantoval jednotné metodické a obsahové řízení, udržoval databázi OR, zpracovával a prezentoval údaje epidemiologických ukazatelů onkologických onemocnění. Kvalita všech vyjmenovaných úkonů je samozřejmě závislá na kvalitě práce pověřených zaměstnanců, odpovědných za svěřené úseky.

Do způsobu ukládání dat vstoupila v 90. létech výpočetní technika, kterou byla jednotlivá pracoviště postupně vybavována.

V roce 1991 se změnila koncepce registrace zhoubných nádorů, registrace dat dostala název **Národní onkologický registr (NOR)** a jeho řídícím orgánem se stala jmenovaná Rada NOR. V tomtéž roce vyhověl NOR všem požadovaným kritériím a byl přijat do Mezinárodní asociace onkologických registrů (IACR). Všechna pracoviště byla v roce 1995 dovybavena počítači, takže už se v celém systému řídilo ukládání dat jednotným počítačovým programem, což mj. umožňovalo mnohem jednodušší přístup k datům.

Dosud se v praxi uplatňuje několik typů registrů:

Národní onkologický registr *je registrem populačním*, zaznamenává nově zjištěné maligní nádory v populaci, jeho cílem je tedy především sledovat výskyt a rozložení zhoubných nádorů v celé populaci na území ČR (včetně dětí).

Některá pracoviště si vedou **Nemocniční (klinický) onkologický registr**, který eviduje ošetřované a ošetřené případy zhoubných nádorů ve vlastním zařízení. Jeho cílem je sledovat a prověřovat účinnost vlastních diagnosticko-léčebných postupů, výsledky jsou nesporně i kritériem kvality řízení nemocnic a vědecko-výzkumných programů. I klinické registry jsou mezinárodně sledovány, sdružují se do sítí evropských registrů (např. Europen Cancer Data Base).

Účelové onkologické registry bývají zakládány ke specifickým, většinou k výzkumným účelům, často v mezinárodní spolupráci (např. věkové registry).

Český NOR má své informační internetové stránky, kde jsou zveřejňovány metodické materiály. Je to „živý organismus", musí reagovat na všechny důležité změny a podmínky diagnostické, léčebné, preventivní i na požadavky charakteru politicko-ekonomického. Nezdařilé pokusy o transformaci českého zdravotnictví se projevovaly jistým chaosem i v registrování dat i v práci s NOR. K vyplňování povinných hlášení na tiskopisu Hlášení novotvarů někteří povinovaní zaměstnanci přistupovali laxně, potíže se objevovaly i v personálním a finančním zajišťování pracovišť NORu. Náprava nedostatků je pak na okresních pracovištích, která jistou kontrolní činnost vykonávají prostřednictvím zpracovávaných *kopií pozitivních nálezů z patologií a z listů o ohledání mrtvého.* Jistý nelad v komunikaci mezi jednotlivými odpovědnými pracovišti a s IACR se bohužel projevil i na mezinárodní úrovni, když byla Česká republika ostře kritizována za nedostatečnou onkologickou péči v roce 1999 na II. světové konferenci boje proti rakovině v Atlantě. (srv. také kapitolu Univerzitní onkologické centrum). Nakonec se ukázalo, že ve skutečnosti nebyly české výsledky tak tristní, přípravný výbor konference tehdy nedostal od MZ ČR kompletní podklady zpracované na základě dat z NOR, dokonce Česká onkologická společnost ani nevyslala do Atlanty svého oficiálního zástupce.

***

V Masarykově onkologickém ústavu má vedení záznamů o nemocných zhoubnými nádory (ZN), jak jsme už naznačili, dlouhodobou tradici, z minulosti podloženou profesionalitou domácích lékařů. Regionálně vymezená část celostátního NOR je pečlivě vedena od roku 1951. Evidují se zhoubná nádorová onemocnění – výskyt/nárůst a úmrtnost na ZN u obyvatel s bydlištěm Brno–město a Brno-venkov. Účelem je zajistit včasnou a řádnou diagnosticko-léčebnou péči u nemocných (včetně recidiv) a vést statistický přehled. Děje se tak prostřednictvím vyplňovaných tiskopisů.

Sběr, kompletace, kontrola, ukládání a vyhodnocování získaných dat se řídí metodickými pokyny vydávanými na mezinárodní úrovni i platnými právními zákony o práci s osobními údaji a o jejich ochraně. Průběžně zpracovávaná data jsou v souhrnech publikována v Ročenkách ÚZIS, v účelových monografiích, v obecnosti i a na Internetových stránkách (http://www.uzis.cz/cz/nor/norindex.htm; http://www.

mou.cz.epidemiologie/index.htm;http://www.fnspo.cz/nor;)

Podle potřeby zpracuje požádané příslušné pracoviště cílené výstupy pro kompetentní odběratele.

NORu je průběžně věnována patřičná pozornost odpovídající jeho důležitosti na onkologických konferencích. Na Brněnských onkologických dnech je to tradičně v půldenní samostatné sekci.

Úsek Národního onkologického registru na MOÚ je metodickou oporou pro pracoviště NOR v ostatních okresech Jihomoravského kraje a je významným samostatným pracovištěm v rámci celostátní sítě okresních a krajských pracovišť NOR.

Na závěr několik zajímavých čísel.

Z údajů publikovaných Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR v ročence Novotvary bylo v roce 2011 u 380 000 obyvatel okresu Brno-město nově zjištěno na 4000 zhoubných nádorových onemocnění, na okrese Brno-venkov to bylo 1 700 případů u 205 000 obyvatel. V témže roce zemřelo v souvislosti se zhoubným nádorem na okrese Brno-město 1 000 osob, na okrese Brno venkov 470 osob.

Prognóza zhoubných nádorových onemocnění je pouze částečně potěšitelná. Zatímco počty úmrtí budou v příštích letech spíše stagnovat, popřípadě i mírně klesat, počty nově zjištěných onemocnění nadále porostou.

Vedení záznamů – onkologické hlášení v karikatuře M. Konečného.

STAVEBNÍ ROZVOJ MASARYKOVA ONKOLOGICKÉHO ÚSTAVU

Dělej, co umíš,
s tím, co máš,
a tam, kde jsi.
(Theodore Roosevelt)

Začněme tuto kapitolu tak trochu esejisticky. Stavby, přestavby, dostavby nesou v sobě mnoho skrytých významů. Někdo je přece musí požadovat, potřebovat… a někdo je musí vymyslet, vyprojektovat. Výsledek práce architektů (a nesmí být proto anonymní) má svou hodnotu – architekti volí stavební sloh, styl i celkové pojetí stavby - takové pak vstupují do dějin stavitelství jako dobový autorský „názor“ na řešení požadovaného účelu.

Při stavbě nemocnic je to zvláště zajímavé, neboť ty, jejichž plány vznikaly konzultacemi také s lékaři, aby skutečně vyhovovaly svému účelu a nikoliv pouze představám architektů, zvláště pokud jde o vnitřní uspořádání prostoru, nejsou tak starého data. Svou výpovědní hodnotu má rovněž motivace ke stavbám a stavebním úpravám - důvod jejich vzniku. Obvykle je to naléhavá potřeba vyřešit nějaký problém, např. zvýšit počet lůžek, zmodernizovat staré prostory, aby vyhovovaly hygienickým předpisům, ale také aby vyhověly tlakům medicínského rozvoje – další prostory pro nově zaváděné diagnosticko-léčebné metody, pro instalaci modernější přístrojové techniky… prostě pro pokrok v medicíně.

Na počátku se zrodí idea. Jako vždy! Ale hned za ní se řadí otázky začínající tou (jednodušší) – kde na to vezmeme? Vzápětí je třeba vyřešit – stavební pozemek (v případě dostaveb a nových budov), kdo vše vyprojektuje, kdo to zrealizuje, komu a čemu to bude sloužit, jak a čím se vše vybaví (uvnitř i vně).

U těch posledních čtyř problémů je společným jmenovatelem medicínský rozvoj a konkrétní vedení ústavu, event. personál. Když se něco rozrůstá, obvykle roste i počet potřebných zaměstnanců. A ten růst vypovídá o aktivitách a schopnostech kompetentních lidí – v první řadě vedení nemocnice s prioritní odpovědností ředitele. Nehraji si zbytečně se slovy, jen chci ocenit „vícepráci“, povinnost zainteresovaných a okolnostmi přinucených, kteří všechny činnosti spojené se stavebním úsilím dělají nad rámec svých základních povinností – tak jako to dělali zakladatelé MOÚ.

V MOÚ to jsou konkrétně - kromě správních a administrativních zaměstnanců - lékaři a sestry, neboť všechno se modernizovalo za plného provozu. A jak to bývá – všechno to s sebou nakonec odnese čas – zapomene se na ně úplně, pokud se alespoň neuchová malá písemná stopa s nějakými dokumentárními fotozáznamy. Právě toto si nějak rychle odvykáme, zřejmě jsme tak pořádkumilovní a máme rádi „čisté stoly“, anebo ztrácíme už vztah k historii? Prostě si odvykáme vzácné dokumenty, svědky své doby, archivovat. A ty písemnosti historické ceny by se neměly hemžit samým trpným

rodem – *naplánovalo se, postavilo se, vybavilo se* a tak podobně. Soudný člověk ví, že se nic neudělá samo a že všechno má svou příčinu i následek. A za vším je třeba vidět člověka! Nejlépe pochopí ten, kdo to všechno zažil.

Léta prvních stavebních úprav
jsou v onkologickém ústavu na Žlutém kopci časově vymezena letopočty 1965-1972. V čele ústavu stála v té době doc. MUDr. Drahomíra Kadlecová, CSc. (1962-1971), kterou vystřídala na ředitelském místě MUDr. Anežka Drozdová (1971-1976). Kadlecová přišla do ústavu z I. interní kliniky nemocnice U Svaté Anny připravená prof. M. Štejfou jako internistka-radioložka. Prosazovala v ústavu změny zamýšlené už jejím předchůdcem rentgenologem doc. MUDr. Janem Šprindrichem, CSc. (1939-1962)./[69]

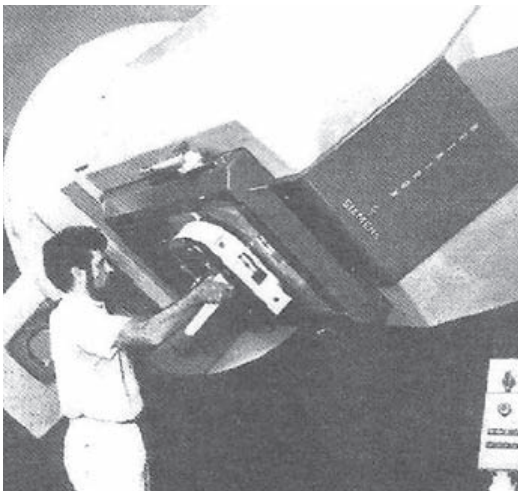
Už Šprindrich chtěl ústav rozšířit, ale nepodařilo se mu to. Za prostorově stísněnou označoval budovu z roku 1935 na počátku 50. let. Za 15 let od zahájení jejího provozu se podstatně zvýšil počet nemocných rakovinou i léčebné postupy. Pro hospitalizaci infaustních pacientů potřeboval další vhodný prostor. Chtěl získat budovu přes silnici naproti ústavu, ale byla to studentská kolej a pro studenty se v tom čase jinde místo nenašlo. Řešení nových potřebných prostor zůstalo jeho nástupcům. Ti však nezačali stavbami pro lůžková oddělení.

Přístavba pro betatron

Jistě jste nepřehlédli specializaci ústavu jako *ústavu radioléčebného.* K léčení na Žlutém kopci se přijímali jen pacienti, kteří byli indikováni k léčbě ozařováním. Radioterapie se rychle rozvíjela vzhledem k rozvoji chemie, fyziky a možné radioléčebné techniky. Chemoterapie byla teprve v počátcích. Proto se zdálo nejvhodnější postavit do vedení radiologa. Vybrána byla radioložka Kadlecová.

A také jistě nikoho nepřekvapí, že první výrazný stavební zásah byl vynucen změnami a novými postupy právě v radiodiagnostice a následně v radioterapeutice, které tehdy byly prioritní. Kadlecová se zaměřila na nukleární medicínu a na praktickou potřebu využít ji v léčbě zhoubných nádorů. Založili proto nové oddělení - *nukleární medicíny a scintigrafie*.

Nukleární medicína přivedla na svět těžké kobaltové zářiče, které vyžadovaly specifickou stavbu. Proto se konečně po dlouhých přípravách přistoupilo v roce 1968 k prvnímu stavebnímu rozšíření nemocniční budovy z roku 1935. Přístavbu projektovali architekti Miroslav Spurný a Michal Gabriel. K levé části budovy se přistavovaly prostory pro potřeby nového oddělení radioterapie s charakteristickou kopulí pro ozařovny s betatronovým zářičem a místnosti pro radiodiagnostiku a ambulance.



Ing. Oldřich Ott při nastavování hlavice betatronu

Kopule ozařovny pro betatron.

Betatron byl v Brně prvním v republice, vyrobila ho firma Siemens a stál 16 milionů tehdejších devizových korun. Byl to pořádný kolos, vážil 22 tun a hlavice, která se lehce pohybovala nad hlavou pacientů, měla více než 6 tun. (Hlavním technikem zařízení byl Oldřich Ott.) Slavnostní otevření betatronové ozařovny se konalo 20. června **1972.**

Během let 1965-1972 se ještě rozšiřovalo, co se rozšířit dalo; upravovaly a modenizovaly se ambulance a přistavovala se nová administrativní budova.

Nový pavilon pro oddělení onkologické patologie a oddělení radioterapie
byl dalším stavebním řešením naléhavé potřeby nových prostor. Pavilon byl dokončen v roce **1986**. Bylo to v posledním roce funkčního období prof. MUDr. Jaroslava Švejdy, DrSc. (1976-1986). Švejda byl vyhraněným patologickým anatomem a měl bohaté zkušenosti z externího působení v ústavu jako zakladatel a vedoucí Bioptické stanice už od roku 1945.

Jeho vstup v roli ředitele do ústavu, který přeměnil ve *Výzkumný ústav klinické a experimentální onkologie – VÚKEO*, znamenal novou a velmi úspěšnou vývojovou etapu v rozvoji ústavu i komplexní onkologické léčby i péče.

Mimo mnoha změn v organizaci instituce, v onkologii jako klinickém multidisciplinárním oboru, v léčbě i ve výzkumu, propojil patologii s biologií a fyziologií, a tak dosáhl nové funkční a dynamické služby v onkologické léčbě. Založil nové oddělení - *onkologickou patologii* - a právě to si vyžádalo i novou výstavbu.

Pavilon byl postaven v dolní části areálu, má označení „F“ , dnes se jmenuje Morávkův (po prvním řediteli výzkumných labo-

Nezvyklý pohled na areál MOÚ.

ratoří prof. RNDr. PhMr.Vladimíru Morávkovi).

Stavba nové budovy – Švejdova pavilonu.

V roce 1990 (ředitelem byl MUDr. Ladislav Červ, CSc.) se rozhodlo o stavbě velké budovy na volném pozemku naproti budově historické, jejíž možné stavební úpravy byly už předchozími úpravami a přestavbami vyčerpány. V tomto případě šlo o první mimořádnou investici, nikoliv na přístavbu, ale na novou výstavbu.

Stará budova už nestačila zvládat nárůst náporu pacientů, jimž musela být věnována komplexní péče včetně rehabilitace. To si nárokovalo další prostory, ale i další zaměstnance, kteří také potřebovali místo, kde by pracovali apod.

Dosud (zatím) největší pavilon v ústavním areálu byl později pojmenován po řediteli VÚKEO - Švejdův pavilon. (Pohled od Bakešova pavilonu.)

Stavba podle projektu A. Buriana a G. Křivinky byla zahájena v roce 1991, kdy se měnilo vedení ústavu, ředitelem se stal MUDr. Josef Drbal. Dostavělo se v roce **1994**. Místo v nové budově dostaly ambulance a oddělení radiodiagnostiky včetně rehabilitačního traktu s bazénem. Pavilon byl se starou budovou na úrovni prvního patra spojen proskleným spojovacím koridorem.

Lineární urychlovač II

Švejdův pavilon byl předán, ale stavební ruch tím v ústavu nekončil. Potřeba instalovat pro radioterapii další a modernější lineární urychlovač II, si vynutila stavbu nového objektu. Architektonický návrh opětně vypracovali „ústavní" architekti A. Burian a G. Křivinka. Novostavba pro radioléčbu a prostory pro novou ozařovnu se zázemím byly předány do užívání **1995.**

Novostavba pro lineární urychlovač II.

A opět se staví

Dostavba z let 1968-1972, tedy oddělení nukleární medicíny a část radiologie, po třiceti letech potřebovala rekonstrukci. Dosavadní stav už naprosto nevyhovoval nové diagnostické technice a novým radiodiagnostickým léčebným metodám. A tak se opět během následujících let 1996 – **1998** opravovalo, rozšiřovalo a při tom v suterénu historické budovy dostavěli jídelnu pro zaměstnance. Architektonický návrh a projekt včetně atria zpracovali opět Aleš Burian, Gustav Křivinka a Vladislav Vrána, kteří jsou autory i všech dalších úprav a staveb v areálu.

Pohled do atria, které slouží k relaxaci pacientů

Další stavební akci částečně vyvolal „zub času", částečně nutnost modernizovat lůžkové části **Kliniky komplexní onkologické péče, oddělení chirurgické onkologie a oddělení gynekologické onkologie** ve staré budově - Masarykově pavilonu. Ve vedení ústavu byl prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc., současně přednosta Kliniky komplexní onkologické péče. Celým obdobím jeho vedení prostupují významné a nákladné stavební úpravy a stavby, včetně pořizování nejmodernějších léčebně-diagnostických přístrojů a zařízení.

Prvně proběhla rekonstrukce výše jmenované kliniky a oddělení, a to na všech pracovištích za plného provozu, včetně úpravy místností Oddělení nukleární medicíny, která zaváděla modernější diagnostickou metodu – pozitronovou emisní tomografii (PET). Na tomto pracovišti byl jako druhý v České republice v roce 2003 nainstalován PET ske-

Budova PET centra v době otevření, dnes je k ní už přistavěn Wernerův pavilon.

ner./ [70] Slavnostní otevření zrekonstruovaných prostor se konalo 19. 1. **2004.**

Další nově vybudovaný **bunkr pro lineární urychlovač III** byl slavnostně předán 31. 1. **2006.**

Ani po dokončení této stavby se stavebníci z ústavu nestěhovali, generální rekonstrukci tentokráte potřeboval **stravovací provoz,** protože už nevyhovoval přípravě množství celodenní stravy. Úpravy umožnily vydávání stravy pro hospitalizované tabletovým systémem a byly pohodlnější i pro stravování zaměstnanců. Nový provoz byl otevřen v roce **2006. /**[71]

Budova PET centra oddělení nukleární medicíny

Tentokrát se opět stavělo na „zelené louce"- budova pro PET centrum, kam se také po dokončení přestěhovalo Oddělení nukleární medicíny. Stavební práce pokračovaly během let 2006-2007. Budova byla postavena vzhledem k zavedení nové radiodiagnostické metodě - pozitronové emisní tomografii (PET), která se v ústavu využívala už od roku 2003. Patří k nejmodernějším zobrazovacím technikám v současné medicíně. Pracuje však s radiofarmakem, což představovalo určitý problém. Muselo se pro něj jezdit 2x denně (pro dopolední a odpolední vyšetřování) do pražského PET Centra, kde se jedině vyrábělo. To bylo samozřejmě velmi nevýhodné, nepohodlné, i s ohledem na provoz na dálnici nespolehlivé, mnohdy museli pacienti na vyšetření neplánovaně čekat, nehledě k tomu, že účinnost radiofarmaka se časem rychle snižovala.

Proto Ústav jaderného výzkumu v Řeži a.s. vybudoval v areálu MOÚ další PET centrum – pavilon pro výrobu radiofarmak a pro nukleární medicínu. Je také majitelem části budovy. Stavba za 300 milionů korun byla předána do užívání 18. 6. **2007**.

V prvním roce „ústavní" výroby radiofarmaka byl počet vyšetřených pacien-

Bakešova chirurgická nmocnice v roce 1922 (po rekonstrukci).

tů 12 089, čímž se tehdy ústav zařadil na sedmé místo v Evropě (vedle Německa).

Stavební úpravy Bakešova pavilonu

V roce 2006 dostal MOÚ do pronájmu Bakešovu chirurgickou nemocnici, od roku 2007 ji vlastní. Budova z roku 1916, která původně sloužila jako doléčovací a rehabilitační zařízení pro zraněné vojáky z I. světové války, prošla už v letech 1920-1922 podstatnou přestavbou pod Bakešovým vedením. Zvýšena byla o jedno patro. Excelentní a velmi úspěšný chirurg

Toto je zatímní vizualizace rekonstrukce Bakešova pavilonu. Do budoucna žlutá barva někdejší Bakešovy chirurgické nemocnice ve své třetí zásadní přestavbě ze Žlutého kopce zmizí.

Wernerův chirurgický pavilon, Klinika operační onkologie
Stavba byla vyhlášena Stavbou roku Jihomoravského kraje (2011).

Bakeš v ní pracoval v letech 1922-1935. Udělal z ní nejmodernější chirurgickou nemocnici v Brně. Byla vybavena jen špičkovou přístrojovou technikou (mnohé přístroje si sám navrhoval) včetně rentgenu i nemocničním zařízením a operačními sály, které v té době neměla žádná z našich klinik.

Po Bakešovi byl pavilon patřící do areálu i majetku MOÚ pojmenován.

Zatím je v tomto pavilonu sídlo Centra preventivní onkologie, 2 oddělení Kliniky komplexní onkologické péče a stanice Oddělení chirurgické onkologie. Pro nové účely musela být budova částečně stavebně upravena v roce **2008**.

Chirurgové z Kliniky operační onkologie LF MU v MOÚ (ustavena byla 1. 7. 2015), do budoucna počítají s tím, že Bakešův pavilon bude podstatně zrekonstruován tak, aby mohl sloužit pacientům k rekonvalescenci po onkochirurgické léčbě. Ročně léčí zhruba 5 500 pacientů a pro ty je třeba vytvořit také vhodné zázemí. Částečně budově navrátí původní účel doléčovací nemocnice z roku 1916.

Wernerův pavilon

Další nová budova byla tentokráte postavena pro chirurgickou léčbu nádorových onemocnění, intenzivní onkologii a pro Oddělení onkologické patologie. Má 4 operační sály, Centrální sterilizaci, Anesteziologicko-resuscitační oddělení a Jednotku intenzivní péče. Onkologická chirurgie je neodmyslitelnou léčebnou metodou při zvládání zhoubně nádorového onemocnění. Ročně v MOÚ chirurgové provádějí až 6 000 operací, které vyžadují pro zvládání náročných léčebných postupů také odpovídající vybavení - prostorové i přístrojové. Také stavba této budovy byla realizována pod naléhavým tlakem modernizace chirurgických metod v léčbě zhoubných nádorových onemocnění, potřebou nových chirurgických přístrojů a růstem počtu pacientů. Stále více se využívá při jejich léčbě kombinovaných metod (ozařování, po zmenšení nádoru chirurgický zásah a poté chemoterapie).

Rozvaha o stavbě byla připravena ještě za vedení prof. MUDr. Rostislava Vy-

Morávkův pavilon pro RECAMO (Regionální centrum aplikované molekulární onkologie)

zuly, CSc., ale stavba se začala realizovat, když ústav (od poloviny roku 2008) vedl prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc. Pavilon byl předán do užívání **3. 2. 2011. /**[72]

Morávkův pavilon - RECAMO

Regionální **c**entrum **a**plikované **m**olekulární **o**nkologie bylo slavnostně otevřeno 7. prosince. **2012**. Pavilon byl pojmenován po prvním přednostovi badatelského oddělení a vedoucím laboratoří v Domě útěchy – Masarykově léčebně (1935) prof. RNDr. PhMr. Vladimíru Morávkovi. Zásadní rekonstrukci původních výzkumných laboratoří si vyžádaly rostoucí nároky na základní i klinický výzkum. RECAMO slouží spolupracujícím vědcům a výzkumníkům k plnění výzkumného programu – vytvářet databázi prognóz, odpovědí a rezistencí pacientů na léčbu (výzkumem vzorků tkání primárních nádorů prsu (i dalších) shromažďovaných v MOÚ) .

Náklady projektu RECAMO spolufinancovaného ze strukturálních fondů Evropské unie, Operačního programu Výzkum a vývoj pro inovace, byly vyčísleny na cca 299 milionů Kč.

Od října 2014 nastoupil po úspěšném výběrovém řízení na místo ředitele MOÚ prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc. Bez velkého rozhlížení, protože ústav dobře znal ze svého předchozího dlouhodobého působení onkochirurga, ředitele a náměstka, prosadil vybudování **Education / Leasing Unit MOÚ v Brně**, jako doplňující část projektu RECAMO – zázemí pro studium a vzdělávací aktivity - **výukové centrum**. Stavební práce skončily v prosinci **2014**. Výukové centrum vzniklo rekonstrukcí terasy Švejdova pavilonu a je propojeno se studovnou. Jsou tu umístěny přednáškové místnosti se zázemím pro vyučující.

Další „menší“ stavební úpravy se týkaly modernizace provozních technologií a související stavební úpravy **vrátnice ve Švejdově pavilonu** s nákladem 2,537 milionů (bez DPH). Vše probíhalo za plného provozu,

Centrum fotonové terapie, snímek z února 2016.

vrátnice dočasně fungovala v provozních prostorách.

Souběžně se pracovalo na klimatizaci **„Chlazení lůžkového oddělení A a pracoven“** za celkové náklady 2,892 milionů (bez DPH).

Od srpna 2014 do února 2016 probíhala realizace projektu **Ozařovny pro lineární urychlovače IV a V** jako součásti Centra fotonové terapie.

Radiodiagnostika a radioterapie jsou od počátku existence MOÚ základní metodou multidisciplinární léčby zhoubných nádorů. Ne náhodou byl prvním ředitelem ústavu radiolog prof. Werner. Když se v létech 1933-1935 stavěla první budova dnešního ústavního komplexu, byla prostorám pro radioterapii věnována mimořádná pozornost. Při stavbě radiologického pracoviště bylo tehdy využito nejnovější technologie a mimořádně kvalitních materiálů. (Rozehnal, 1945)

Ta předpona *nej-* provází pracoviště, dlouhodobě vedené prof. P. Šlampou, po celou dobu jeho existence. Průběžně je vybavováno nejmodernějšími diagnostickými a radioléčebnými přístroji, které jsou obměňovány a doplňovány tak, jak se prohlubuje medicínské poznání a jak se zdokonaluje přístrojová technika.

Stálý nárůst pacientů a dokonalejší přístroje kladou současně značné nároky na prostor, které se realizují permanentně stavebními úpravami, dostavbami a stavbami, jak jsme měli možnost sledovat v této kapitole.

Zatím poslední stavba v ústavu - Centrum fotonové terapie - byla slavnostně předána do užívání 23. února 2016. Jsou v ní umístěny dva nové lineární urychlovače – IV a V – nejmodernější a zatím jediné v ČR.

Součástí je rovněž pracovní zázemí obslužného personálu – lékařů, fyziků a sester.

Poslední veřejná zakázka dvou urychlovačů byla spolufinancována z Integrovaného operačního programu EU ve výši 140 milionů korun, dalších 60 milionů doplatil ústav ze svých zdrojů, také uhradil 55 milionů za stavební úpravy a dostavby.

Klinika radiační onkologie LF MU v MOÚ nyní poskytuje špičkovou léčbu

zářením pěti fotonovými a elektronovými urychlovači a momentálně je největším radioterapeutickým pracovištěm v zemi.

Všemi těmito citovanými úpravami se MOÚ vyvinul do následující podoby. A rozhodně to není podoba poslední.

Letecký pohled na komplex Masarykova onkologického ústavu v roce 2016

DALŠÍ AKTIVITY, JIMIŽ MOÚ PŮSOBÍ VNĚ ÚSTAVU

Od roku 2000, tehdy s nástupem nového vedení, se v ústavu prosazovaly snahy o zlepšení kvality celkové péče o pacienta, k čemuž vyzývaly etické kodexy, Práva pacientů a vůbec evropské trendy v péči o nemocné rakovinou.

Od počátku roku 2002 pracuje v ústavu také **Ambulance pro zdravou výživu a odvykání kouření** jako první pracoviště tohoto typu u nás. Protože je současně i výukovým pracovištěm Lékařské fakulty MU, umožňuje těsnou spolupráci vysoké teoretické úrovně s klinickými zkušenostmi. (Kouření, které je jedním z rizikových faktorů při různých, nejen onkologických, onemocněních, je vnímáno jako *závažné chronické progredující a recidivující onemocnění jako závislost na nikotinu, jehož potentnost odpovídá heroinu či kokainu.*)

Liga proti rakovině je dobrovolné a doprovodné sdružení. Soustředí své úsilí především na prevenci, s onkopreventivními informacemi začíná už od školní mládeže. S realizací této aktivity má už brněnská liga stejně jako Edukační centrum MOÚ své zkušenosti. Organizuje např. sportovně – osvětové programy, protože považuje *„školu za první a někdy i poslední možnost systematického vzdělávání a orientace v chování a postojích."* Průzkumy dokazují, že prevenci a včasný záchyt nádorů podceňují totiž lidé s nižším vzděláním, proto ta orientace už na školní mládež. Osvětové vzdělávání školní mládeže je také jedním z bodů Národního onkologického programu, který požaduje, aby se základní informace o onkologických nemocech i o tom, jak jim předcházet, dostaly do školních učebnic. Tak např. byl pro školní mládež realizován program *„Tipni to!"*, upozorňující na zdravotní rizika kuřáků a na nutnost prevence, který doplňovaly informace o racionálním stravování a o nebezpečnosti drog. Liga proti rakovině Brno se společně s *Ústavem preventivního lékařství MU* připojila také k výzvě Britské Královské Společnosti lékařů – Charta práv dítěte – vyrůstat bez tabáku. Jejím cílem je prosadit právo dítěte *„žít ve společnosti, která považuje nekouření za jedinou přijatelnou normu života."* Podobné akce by se měly konat často, jsme zemí, kde se kuřáctví omezuje velmi liknavě, bez ohledu na to, jak kuřáci škodí nejen sobě, ale i pasivním kouřením těm, kteří vedou zdravý životní styl.

Využívají se i další informačně preventivní formy, např. *Plavba za zdravím, Tramvaj proti rakovině, Týden zdraví, Stany proti melanomu,* kde se bezplatně preventivně kontrolují znamínka na kůži. Všechny akce mají osvětový a současně i praktický význam, jejich hlavním cílem je seznámit co nejširší veřejnost s problémem onkologických nemocí, s možností, jak jim předcházet a kdy a jak se dají/nedají léčit. Všech osvětově-informačních akcí se přímo či organizačně účastní lékaři i zdravotnický personál z MOÚ.

Je také vhodné zdůraznit, že MOÚ stále nabízejí **programy preventivních onkologických** prohlídek včetně mamárního screeningu a časného záchytu kolorektálního karcinomu, o nichž je možné podrobněji se dozvědět v **onkologickém informačním centru pro veřejnost** *s bezplatnou nádoro-*

MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV • Žlutý kopec 7 • 656 53 Brno
tel.: 543 136 136 • e-mail: prevence@mou.cz • www.mou.cz

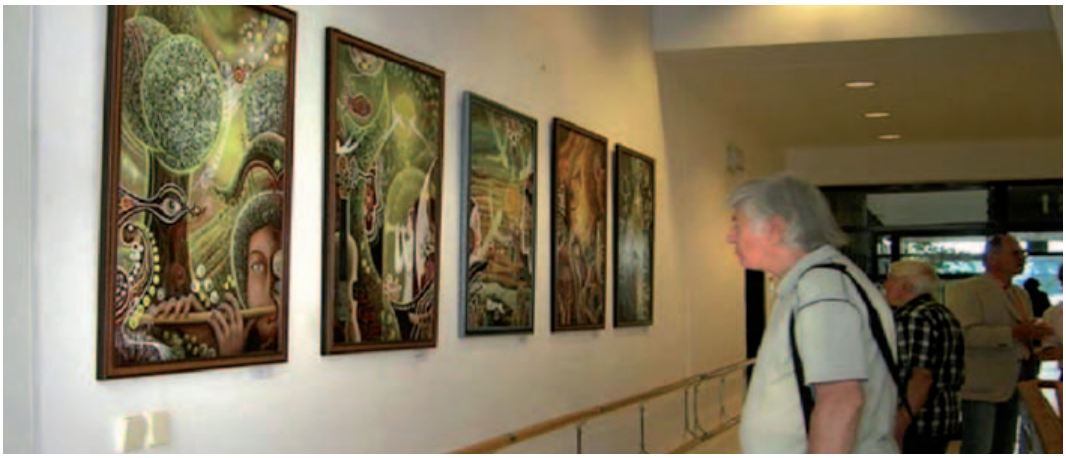
POUKAZ NA VYŠETŘENÍ

X999 PREVENTIVNÍ ONKOLOGICKÝ PROGRAM

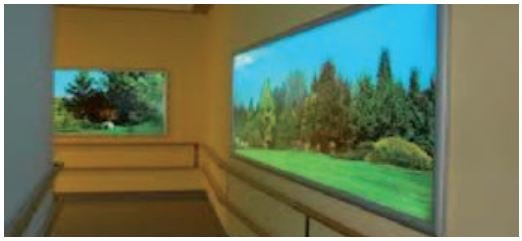
Datum vydání: .....

PLATNOST POUKAZU 1 ROK OD DATA VYDÁNÍ

Poukaz na vyšetření.



Každý první čtvrtek v měsíci se na chodbách ústavu obměňují výtvarná díla profesionálů i amatérů, včetně amatérských výstav pacientů. Galerie velmi přispívá k estetizaci ústavního prostředí, navozuje příjemnou atmosféru, zpříjemňuje pacientům čas čekání na vyšetření a dává příležitost českým umělcům prezentovat svá výtvarná díla. Cílená estetizace je v ústavu vidět na každém kroku – čistota a oku libé prostředí všech společných prostor – to také patří k ústavním přednostem.



Výzdoba chodby vedoucí k lineárnímu urychlovači.

vou linkou. Svým blízkým můžete darovat poukaz na vyšetření.

Centrum komunikace s veřejností vede od roku 2002 tisková mluvčí PhDr. Zuzana Joukalová. Hlavním úkolem je propagovat ústav na veřejnosti prostřednictvím médií (tiskové konference ke všem důležitým aktivitám a událostem v MOÚ), organizuje exkurze zdravotnických škol, vede také **Galerii Žlutý kopec** – v prostorách 2. patra Švejdova pavilonu.

K těmto činnostem motivuje poznání, že onkologicky nemocný – to není jen nádor, operace, chemoterapie či ozařování, ale především citlivý a citový člověk, zmítaný strachem a smutkem, jemuž je třeba výrazně psychicky pomáhat.

Stále více se přihlíží k sociálním, duševním i duchovním potřebám, což s sebou přináší náročnější požadavky na lékařskou i sesterskou komunikaci s pacientem i s jeho rodinou, důraz na větší profesionální empatii a převádění pacientů na paliativní péči tam, kde byla dosud aplikovaná léčba už neúčinná. To vše vyvolalo i některé nové aktivity a také změny v ústavním provozním řádu. Např. zrušeny byly striktně stanovené návštěvní hodiny, praktikující věřící mají k dispozici upravenou kapli, pro pacienty v ústavu (ale i pro zaměstnance) pracují psychologové. Důležité bylo otevření Informačního onkologického centra, o němž jsme informovali v kapitole o Univerzitním onkologickém centru.

Od roku 2002 se každý měsíc organizují pro pacienty kulturní pořady, koncerty sólových i populárních zpěváků, pěveckých i orchestrálních sborů.

Nejvíce bývá navštívená Česká mše vánoční J. J. Ryby v čase adventu v podání Czech Virtuosi a sboru Rastislav. Konala se už 13krát.

Koncert sourozenců Ulrychových.

Pořádají se koncerty folklorní, populární i klasické hudby. Bývají tu setkání s televizními moderátory, herci i kabaretními umělci, konají se autorská čtení.

Prostě – něco pro každého. Všichni umělci vystupují bez nároku na honorář, je to jejich osobitý příspěvek k pohodě nemocných, u některých i dík za uzdravení v ústavu.

To jsou velmi záslužné aktivity, netřeba vyjmenovávat všechna její pozitiva.

Novou službou pro pacienty, která se začala v našich nemocnicích v posledním desetiletích objevovat, je **dobrovolnictví.** V MOÚ připravili jeho projekt (s finanční podporou Ministerstva zdravotnictví ČR) pro pacienty ambulantní i hospitalizované. Především mají dobrovolníci přispívat k psychické pohodě pacientů, nejen hospitalizovaných.

Dobrovolníci začali v ústavu působit v dubnu 2004. Pozná je každý, chodí v nápadném oranžovém tričku s logem - dobrovolník MOÚ. Před 10 lety ho navrhla Helena Štolfová, která v té době pracovala jako studentka ve výtvarné dílně MOÚ.

Dobrovolník je vlastně pacientův společník u lůžka, doprovází ho při různých aktivitách, jimiž si vyplňuje i zpříjemňuje čas. V současné době pracuje v ústavu 18 dobrovolníků, které vede ústavní psycholog.

Pracují zadarmo a dobrovolně, ale mají statut zaměstnance, v MOÚ za ně odpovídá pověřená pracovnice. (Jen pro zajímavost, za uplynulých 11 let pracovalo v ústavu celkem 97 dobrovolníků).

V MOÚ pomáhají svým pacientům i pracovní terapií ve výtvarné dílně. Výrobky se vystavují sezónně na prodejních výstavách.

DOBROVOLNICKÉ CENTRUM

Výtěžek se používá na pokrytí částečných provozních nákladů.

Stále se hledají nové aktivity, jak pacientům pomáhat překonávat psychickou tíseň, kterou s sebou onkologické onemocnění přináší. Onkologická diagnóza se přestala pacientovi tajit, ale sdělování této „špatné zprávy“ si vyžaduje promyšlené komunikační postupy, aby při tom nedocházelo k nežádoucím panickým reakcím, zhoršujícím pacientův psychický stav natolik, že může být vážnou překážkou v léčbě. To vše se také projevilo ve volbě témat na Konferencích nelékařských zdravotníků v rámci Brněnských onkologických dnů i v systematických školeních a kurzech, hlavně sester.

***

Slouží ke cti MOÚ, že takovéto aktivity neustále rozvíjí a vyhledává další, mnohými vyzývá a ukazuje cestu obdobným zařízením v zemi. Podílí se na nich nejen vedení, které mimoléčebné iniciativy startuje, ale i jednotlivci. Není možné všechny vyjmenovat. Vyslovme v závěru dík za to, že mezi našimi lékaři a na našich ústavech pracují stále ti, kteří v touze maximálně vyhovět svému humánnímu poslání lékaře – *starat se o veřejné zdraví a sloužit mu* – nelitují osobního času a pracují navíc a často bez odměny. Tou jim bývá zdařená akce, fungující program, použitelný výsledek výzkumu, spokojený pacient.

VEDENÍ MASARYKOVA ONKOLOGICKÉHO ÚSTAVU V ROCE 2016

Ředitel:	prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc. (od 1.10.2014)
Náměstci ředitele:	
koordinace KOC	prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc.
věda, výzkum a výuka	doc. MUDr. Marek Svoboda, Ph.D.
léčebně preventivní péče	MUDr. Igor Kiss, Ph.D.
nelékařští zdravotničtí pracovníci	PhDr. Jana Kocourková, MBA
hospodářsko-technické služby	Ing. Jana Nováčková
ekonomické záležitosti	Ing. Marie Kučerová
lékárenská péče	PharmDr. Šárka Kozáková, MBA
vedoucí Oddělení informatiky	Ing. Eva Konečná

Vědecká rada

doc. MUDr. Marek Svoboda, Ph.D.
náměstek pro vědu, výzkum a výuku
doc. RNDr. Ondřej Slabý, Ph.D.
vědecký tajemník

členové:

doc. MUDr. Oldřich Coufal, Ph.D.	
doc. MUDr. Regina Demlová, Ph.D.	MUDr. Rudolf Nenutil, CSc.
doc. MUDr. Jan Doležel, Ph.D.	prof. RNDr. Šárka Pospíšilová, Ph.D.
doc. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D.	Prof. MUDr. Martin Smrčka, Ph.D.
doc. MUDr. Vuk Fait, CSc.	doc. MUDr. Roman Šefr, Ph.D.
doc. MUDr. Lenka Floretová, Ph.D.	prof. MUDr. Pavel Šlampa, CSc.
doc. MUDr. Marián Hajdúch, Ph.D.	prof. MUDr. Jaroslav Štěrba, Ph.D.
prof. Ing. Lenka Hernychová, Ph.D.	doc. MUDr. Dalibor Valík, Ph.D.
Mgr. Roman Hrstka, Ph.D.	RNDr. Bořivoj Vojtěšek, DrSc.
MUDr. Igor Kiss, Ph.D.	prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc.
	prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.

Vedení klinik a jednotlivých odborných zařízení

KLINIKA KOMPLEXNÍ ONKOLOGICKÉ PÉČE

přednosta	prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc.
zástupce pro LPP, primářka	MUDr. Katarína Petráková, Ph.D.
primář	MUDr. Igor Kiss, Ph.D.
zástupce pro školství	MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.
vrchní sestra	Libuše Hašková

KLINIKA RADIAČNÍ ONKOLOGIE

přednosta	prof. MUDr. Pavel Šlampa, CSc.
primář	MUDr. Petr Čoupek
vrchní sestra	Bc. Zdeňka Bednářová
vedoucí radiologická asistentka	Jana Badurová

KLINIKA CHIRURGICKÉ ONKOLOGIE

přednosta	doc. MUDr. Roman Šefr, Ph.D.

ODDĚLENÍ CHIRURGICKÉ ONKOLOGIE A OPERAČNÍCH SÁLŮ

primář	MUDr. Vojtěch Chrenko, CSc.
vrchní sestra chirurgického oddělení	Jana Vozdecká
vrchní sestra operačních sálů a centrální sterilizace	Martina Vidrmertová

ODDĚLENÍ UROLOGICKÉ ONKOLOGIE

primář	doc. MUDr. Jan Doležel, Ph.D.
vrchní sestra	Vladimíra Žižková

ODDĚLENÍ GYNEKOLOGICKÉ ONKOLOGIE

primář	MUDr. Josef Chovanec, Ph.D.
vrchní sestra	Bc. Hana Píšová

ANESTEZIOLOGICKO-RESUSCITAČNÍ ODDĚLENÍ

primář	MUDr. Petr Jelínek, Ph.D.
vrchní sestra	Bc. Hana Píšová

GASTROENTEROLOGICKÉ ODDĚLENÍ

primářka	MUDr. Milana Šachlová, CSc., Ph.D.
vrchní sestra	Bc. Petra Absolonová

ODDĚLENÍ RADIOLOGIE

primářka	MUDr. Helena Bartoňková
vedoucí radiologický asistent	Pavel Jaroš

ODDĚLENÍ NUKLEÁRNÍ MEDICÍNY

primář	MUDr. Zdeněk Řehák, Ph.D.
vrchní sestra	Mgr. Jaromíra Mojžíšová

ODDĚLENÍ RADIOLOGICKÉ FYZIKY

vedoucí	Ing. Jan Garčic

ODDĚLENÍ LABORATORNÍ MEDICÍNY

primář	doc. MUDr. Dalibor Valík, Ph.D.

ODDĚLENÍ ONKOLGICKÉ PATOLOGIE

primář	MUDr. Pavel Fabian, Ph.D.
vedoucí laboratoří	Mgr. Jana Jiříkovská
úseková laborantka	Dagmar Kohoutková

REGIONÁLNÍ CENTRUM APLIKOVANÉ MOLEKULÁRNÍ ONKOLOGIE (RECAMO)

vědecký ředitel	RNDr. Bořivoj Vojtěšek, DrSc.
výkonný ředitel	doc. MUDr. Dalibor Valík, Ph.D.

ODDĚLENÍ GENETIKY A EPIDEMIOLOGIE NÁDORŮ

primářka	doc. MUDr. Lenka Foretová, Ph.D.
vedoucí molekulárně genetické laboratoře	RNDr. Eva Macháčková, Ph.D.
vedoucí zdravotní laborantka	Hana Pavlů

ODDĚLENÍ KLINICKÝCH HODNOCENÍ

vedoucí lékařka	doc. MUDr. Regina Demlová, Ph.D.

ÚSTAVNÍ LÉKÁRNA

vedoucí lékárnice	PharmDr. Šárka Kozáková, MBA
vedoucí farmaceutická asistentka	Kateřina Bauerová

ZÁVĚREM

Masarykův onkologický ústav jako nadregionální zdravotnické zařízení spadající pod správu ministerstva zdravotnictví ČR přesvědčivě získal prvenství mezi onkologickými pracovišti v zemi. To přednostní postavení bylo vybudováno na tradici spojení diagnosticko-onkologické léčby, péče a výzkumu a na působení několika výjimečných osobností, které v průběhu historické doby vedly ústav, klinickou praxi i výzkum s otevřeností vůči postavení onkologie jako samostatného medicínského oboru ve světě. Specializovaní onkologové získávali své zkušenosti i dovednosti také na zahraničních stážích a soustavným sebevzděláváním a moderních trendů dokázali kreativně využít ve prospěch pacientů i v organizaci své i ústavní práce a ve viditelné prezentaci navenek.

Mnohými svými aktivitami – pořádáním Brněnských onkologických dnů, vydáváním časopisu Klinická onkologie, účastí při výzkumu, vývoji a klinickém zkoušení nových cytostatik na bázi cisplatiny (léky Platidiam a Carboplatin), založením melanomové skupiny, podílem na výchově onkologů-výzkumníků, kteří se dobře prezentují v české onkologii i za hranicemi, historickým významem Univerzitního onkologického centra a vlivem na zkvalitnění organizace české onkologie (také prostřednictvím členství ve vedení ČOS ČLS JEP), Onkologickým informačním centrem, okresním pracovištěm Národního onkologického registru, Edukačním a výukovým centrem, permanentní modernizací přístrojového vybavování všech svých pracovišť (mimořádně pracoviště nukleární medicíny a Kliniky radiační onkologie) a tomu odpovídajícím stavebním rozvojem, kontakty a spoluprací se zahraničními odborníky přesahuje hranice svého medicínského poslání. Vším tím je výjimečný.

Provoz takového léčebně-výzkumného-edukačního komplexu nemůže být bez přechodných potíží a bez problémů. Z historického hlediska je ovšem důležité, jak jsou problémy řešeny, jak se ve výsledku projevily ve prospěch medicínské praxe, ve prospěch léčených pacientů a permanentní modernizace provozů, přístrojového vybavení, výzkumných programů a ve schopnosti učit a vychovávat následovníky. Jisté kolize měly i pozitivní přínos v prestižní profesní soutěživosti intelektuálních a manažerských schopností s pozadím opory v dobovém rozložení politických sil v zemi i ve zdravotnictví.

Dodatky

B. ROZEHNAL: DŮM ÚTĚCHY

Na projektu ústavu pro léčení zhoubných nádorů „Dům útěchy" jsem začal pracovat ve třicátých létech jako asistent prof. Vladimíra Fischera. Jednalo se tehdy o přepracování prvních plánů této léčebny, které vypracoval prof. Fischer ve spolupráci s vídeňským odborníkem na lékařské zařízení nemocnic Ing. Ehmannem.

Městský poradní sbor tento projekt zamítl z důvodů urbanistických, a to proto, že svojí plochou a výškou ruší siluetu města a zastiňuje pohled na Špilberk z Vaňkova náměstí a Lipové ulice.

Projekt byl přepracován tak, aby vyhovoval podmínkám regulačního sboru. Budova byla přesunuta dále na východ, snížena o jednu etáž a uspořádána terasovitě. Na hlavní trakt byla připojena obytná budova pro personál a administrativu. Posunutím budovy na staveništi bylo využito sklonu terénu a získána tímto uspořádáním jedna spodní etáž – spodní příjem. Také přesuny půdy byly značně snazší než při prvním projektu. Stavba byla navržena v cihelném trojtraktovém systému se železobetonovými stropy.

Stálým dozorem a vedením stavby jsem byl pověřen spolu se stavitelem Ferdinandem Matouškem. Díky staviteli Václavu Dvořákovi, kterému byla stavba na základě soutěže zadána, se práce na staveništi zdárně rozběhly, již v létě 1933 jsme dosáhli úrovně hrubé stavby.

Rád si vzpomínám na tato léta, již proto, že od této doby jsem začal studovat problémy zdravotnických staveb a tomuto oboru jsem věnoval největší část své architektonické tvorby. V této době mi velmi pomáhali v práci na projektech přátelé lékaři, tenkrát asistent kliniky MUDr. Bohdan Hejduk, MUDr. Ludvík Havlásek a primář chirurgické nemocnice na Žlutém kopci MUDr. Antonín Novotný. Hejduk znal z vlastní zkušenosti četné protirakovinné ústavy v cizině, hlavně ve Francii a společně s Havláskem mi doporučoval studijní cestu. Oba měli výhrady proti rtg. a radiologickému oddělení tak, jak byla v plánech zakreslena. Dostal jsem od nich doporučující dopisy na ústavy prof. Regande v Paříži a prof. Gustave Roussyho ve Vilejuif u Paříže. Představenstvo spolku Dům útěchy cestu schválilo na doporučení primáře Novotného, tehdejšího jednatele spolku.

Před Vánocemi 1933 jsem podnikl tuto studijní cestu, která měla podstatný vliv na dokončení stavby. Přinesl jsem mnoho poznatků, které jsem uplatnil na konečném utváření půdorysu stavby. Vzpomínám velmi rád na jeden nevšední zážitek z cesty. V Paříži na ústavu prof. Regande jsem měl čest být představen Madame Curie. Velmi se zajímala o naši stavbu a při rozchodu mi řekla větu, na kterou nikdy nezapomenu: „*Problém rakoviny se nevyřeší ani ozařováním, ani chirurgickými zákroky, ale vyřeší se na laboratorních stolech*". A myslím, že měla pravdu.

Od představenstva spolku jsem dostal pokyny, abych přepracoval plány stavby tak, aby po všech stránkách vyhovovaly provozu, a místnosti, kde se pracuje s vysoce výkonnými přístroji rtg. a radiem, byly zdravotně nezávadné. Všechny pracovny rentgenové i radiové byly připojeny proto na centrální větrání a opancéřovány olověnými pláty,

beze spár spojenými a uloženými do podlah a stropů. Stěny a mezistěny byly provedeny tak, že olověné pláty byly slisovány mezi dvě dřevěné překližky a vmontovány do železných konstrukcí. Tento systém byl použit u nás poprvé a velmi se osvědčil. Celkem bylo na tyto konstrukce spotřebováno více než 400 q olova.

Odděleně od aktinotherapie na konci chodby jest trakt operační se dvěma operačními sály a potřebnými vedlejšími místnostmi. Ve spodním přízemí, separovaně od vlastního nemocničního provozu, jsem umístnil oddělení laboratorní. Na dispozicích a na vybavení tohoto oddělení jsem pracoval s prof. RNDr. Vladimírem Morávkem, který byl jmenován přednostou tohoto oddělení a měl zcela přesné a jasné představy o jeho provozu a vybavení.

Dokončovací práce a vnitřní vybavení byly značně snazší, poněvadž jsem již mohl spolupracovat s ústavními lékaři a ostatním zdravotnickým a administrativním personálem. V té době jsem všechny problémy spojené s dokončením řešil s MUDr. Janem Šprindrichem, pozdějším dlouholetým ředitelem ústavu.

Těsně před koncem války jsme spolu navrhli velký ústav pro léčbu zářením, který měl být součástí univerzity na staveništi v Bohunicích, kde jsem již tenkrát uvažoval postavit novou fakultní nemocnici. Později jsme spolu ještě vyprojektovali dostavbu dnešního onkologického ústavu na Kraví hoře, ale můj projekt nebyl uskutečněn.

Když byla stavba ukončena a předána do užívání, byla přísně kolaudována. Dle výsledků tohoto řízení dozvěděl jsem se, že jsme odevzdali veřejnosti budovy řemeslně dokonale provedené. Půdorysná dispozice již samozřejmě dnes po 40 letech nemohla vyhovovat moderním požadavkům lékařským a bylo nutno přikročiti ke stavebním úpravám a dostavbě celého ústavu.

(Přepsáno z knihy Bedřicha Rozehnala Cesta k řešení nemocniční otázky města Brna. Brno 1949. Text je uveřejněn v původní nezkorigované podobě.)

Nabízím povídku - osobní vzpomínku:

JAK JSME PODEPISOVALI NÁRODNÍ ONKOLOGICKÝ PROGRAM

Chceme-li se dobře dorozumět s lidmi,
musíme si uvědomit, že každý z nás vnímá svět jinak.
Toto pochopení nám poslouží jako vodítko
při komunikaci s ostatními lidmi.
(Anthony Robbins)

V životě se občas člověk připlete k historickým událostem a jaksi i nepatřičně zavadí v tu pravou chvíli o „tlačítko" a na několik vteřin vstoupí do středu událostí. Mně se to podařilo 29. září 2005 na Pražském hradě, kam jsem se dostala s významnou delegací onkologů, kteří přišli požádat prezidenta republiky, aby podepsal Národně onkologický program. Delegaci vedl předseda České onkologické společnosti prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc., byli v ní členové výboru společnosti – prof. MUDr. Rostislav Vyzula CSc., ředitel Masarykova onkologického ústavu v Brně a - tehdy ještě docentka - MUDr. Jitka Abrahámová, CSc., z Thomayerovy nemocnice v Praze a já,.jako ten černý vzadu, která jsem to setkání dlouho organizačně připravovala.

Bohužel autor programu, prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc., tehdejší děkan Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, seděl právě v tu chvíli v letadle a mířil do Londýna na kongres onkologů. Do Prahy jsme sice jeli všichni společně, ale na Hrad nemohl, protože letadlo startovalo v deset a setkání s prezidentem bylo stanoveno na půl jedenáctou. Když jsme se s ním na hradním nádvoří loučili, důrazně žádal, aby mu bylo sděleno, zda prezident dokument podepsal, protože tou zprávou plánoval zakončit své kongresové vystoupení.

Vstupovali jsme do hradních místností vchodem z prvního nádvoří skoro mlčky, přece jen to byla výjimečná chvíle, taková audience u hlavy státu a tiskovka ke zdravotnickému programu skutečně výjimečné jsou. Hlavou mi běžel řetězec vzpomínek, jak se to vlastně všechno tak seběhlo, že kráčím nahoru po tom schodišti už potřetí, já, človíček málo významný.

„Ale potom tam nahoře se odpojíš", šeptl mi do ucha Vorlíček.

„Jistě, pološeptem jsem slíbila, ale nebylo mi vůbec jasno, kde a kdy tu slavnou delegaci opustím, hlavu jsem si tím nelámala, vždyť tam nahoře nás očekávají pánové Weigel, Jakl i Hájek a mnoho dalších a ti už mají zkušenosti i instrukce, kdy, kam a jak rozestavit návštěvu.

Usadili nás v místnosti, z jejíchž oken kdysi vyhodili čeští nespokojenci své radní, na štěstí padli tehdy do měkkého. Jaksi škodolibě jsem sledovala dlažbu pod oknem, úlevně jsem si vydechla, že defenestrace už vyšly z módy. Čekání se poněkud protahovalo, minuta sem či tam se tu zřejmě nebere tak vážně. Nervózní byl jen předseda, proto-

že ten má rád přesnost, nejenom, že je výsadou spořádaných králů, ale jako dobrý hospodář s časem, protože jsme už zase v době, kdy čas znamenají peníze. V tu chvíli sice nešlo o byznys, ale o náš diskomfort a také se mi to zdálo málo slušné. Jenže jsem čekala trpělivě, měla jsem už své zkušenosti z prvního a druhého setkání s hlavou státu.

To první se domlouvalo celkem snadno, týkalo se rozhovoru pro Univerzitní noviny, potíže nastaly, až když jsem se ve smluvenou hodinu objevila v předsálí prezidentovy pracovny. Najednou si to s tím rozhovorem nějak rozmyslel, odmítl prý i britské Timesy, a tak ať se prý nezlobím, rozhovory opravdu nedává, vypijeme spolu kávu, trochu popovídáme a neuražená se vrátím zase na Moravu... Jenže pan prezident nevěděl, že tam se říká: „Po ní, nebo do ní." A tak jsem srdnatě následovala prezidenta, tehdy ještě do jeho provizorní kanceláře, bylo to teprve necelých sto dní jeho úřadování. Cestu jakousi dlouhou tmavou chodbou provizorně vytvořenou ze sádrokartonu mi pan prezident krátil poznámkami o nutných úpravách po předchozí hlavě státu a o tom, jak to tu bude hezké a pohodlné, až se dílo dokončí. Pak jsme seděli nad koflíčkem černé kávy, kterou kupodivu neservírovala mladá hezulka, ale dost starý pán, ruce se mu třásly, div, že nápoj nevybryndal.

Pan prezident vážně, ale opravdu vážně rozhovor poskytnou nechtěl, několikrát mi to důrazně zopakoval, ale nakonec to vzdal a já jsem si na Moravu vezla dvanáct popsaných listů. Vyšel pak v červnovém čísle Univerzitních novin a dlouho byl umístěn na prezidentových webových stránkách. Jistě by stálo za to, podrobněji vylíčit ty téměř tři hodiny pozdního odpoledne onoho slunného 5. května 2003, ale to zas někdy jindy. Prostě jsem to nevzdala.

Po druhé smluvit informační schůzku právě k možnému podpisu programu mi dal za úkol profesor Vorlíček. Souviselo to tak nějak s mým pracovním zaměřením na dějiny medicíny, zaměstnávala mě tehdy Lékařská fakulta MU. Té schůzky se měl zúčastnit autor NOP spolu s předsedou České onkologické společnosti, tedy pánové Žaloudík a Vorlíček, oba právě byli také ve vedení brněnské lékařské fakulty. Pan prezident mě tehdy uvítal jako členku delegace dokonce první, ani ne proto, že jsem žena, ale spíše jako známou, protože jsme si vyměnili několik dopisů (vzájemně) i telefonátů (s kanceláří), než se podařilo domluvit termín setkání (24. únor 2005). Vedoucímu delegace jsem musela tiše slíbit, že ovšem nebudu mluvit, ale stejně jisté okolnosti umožnily slib nedodržet. Na tom setkání oba naši přední onkologové představili Národní onkologický program a pak jeden přes druhého vysvětlovali, proč ten přívlastek *národní* a požádali prezidenta o eventuální podpis – „snad v blízké budoucnosti", přislíbil. Přátelsky pracovní posezení, přátelské rozloučení a předběžný souhlas s podpisem.

To třetí setkání jsem pak domlouvala po několik měsíců. Národní onkologický program jsme chtěli mít podepsaný na Pražském hradě, aby byl skutečně přijat celou zemí, jako národní, a uspořádat k němu tiskovou konferenci, také na Hradě, takovou, jaké bývají při důležitých státních událostech. Podpis měl být přece událostí celonárodní! Pan prezident souhlasil, ale chtěl vše uskutečnit v Brně v souvislosti s otevřením první části bohunického univerzitního kampusu. To jsme samozřejmě odmítli, protože naše ambice byly přece vyšší. A tak se vše protahovalo

a protahovalo. Dopisů a hlavně telefonátů jsem si užila více než dost, nakonec bylo všechno ujednáno podle našich představ a datum podpisu bylo stanoveno 29. září 2005.

Takže právě ten den D dnes nadešel a my už nejméně čtvrt hodiny čekáme, až se konečně otevřou dveře – a ony se otevřely! Pan prezident je galantní a uvítal mě první. Hned jsem ovšem poznala naši nepozornost, úplně jsme zapomněli na včerejší svátek Václava, hned stůl u dveří nás na to upozornil, byl plný blahopřejné korespondence a květin a my přišli s prázdnýma rukama. Dost jsem zrudla a alespoň vykoktala opožděnou gratulaci.

Půl hodiny běžela diskuse k jednotlivým bodům NOP, pan prezident chtěl být podrobně informován i s poradcem-lékařem, kterého si s sebou přivedl, zajímal se o to, jak se to všechno bude realizovat, jaký to bude mít efekt, jak zařídíme, aby se školní mládež učila pečovat o své zdraví a v budoucnu se vyvarovala onkologickému onemocnění atd., atd. – a co si vlastně slibujeme od toho podpisu? Nakonec – a to jsme se už pomalu zvedali a odcházeli do korunního sálu na tiskovku – poznamenal:

„Já jsem se vrátil z Ameriky, tam jsme si o tom podpisu povídali, já nevím, jestli to mám podepsat."

Dodnes nevím, zda tu poznámku ostatní slyšeli také, protože ji říkal směrem ke mně, ale mě úplně vyvedla z míry. Tak k čemu všemu takové přípravy! Ještě ráno jsem jela za profesorem Vorlíčkem na kliniku a dohlížela na to, aby nezapomněl s sebou vzít tiskopisy Programu také pro novináře. Cestou mi ještě telefonoval pan Weigl a dával instrukce, kam máme přijít, kdo a kdy nás vyzvedne, co bude potom, kdo kde bude stát..., až jsem ho dost energicky umlčela:

„Už jste mi to vysvětloval včera večer, teď jedu právě v autobuse a téměř vás neslyším a nakonec to stejně bude jinak", a vypnula jsem mobil.

Zrovna jako včera. Zvonil právě ve chvíli, kdy jsem míchala zásmažku, málem jsem zkazila manželovu oblíbenou bramboračku. Také jsem ukončila hovor dost netrpělivě – úplně mi bylo fuk, co si o mně pomyslí, už se mi prostě zdálo, že je přeorganizováno. Proto mě tak najednou překvapila ta prezidentova poznámka, která celý ten dlouho připravovaný slavnostní akt znejistila. Byla jsem ve střehu. A dost rozčilená! Dost!

Celý průvod se přesouval do jiného patra jaksi líně, zdálo se mi, že nějak rozpačitě. Zastavil se v posledním sálku. Najednou mi to připadalo, jakoby někdo zavolal „štronzo". To byla taková hra paní Deákové s dětmi v brněnském souboru Pirko, když to zaklínadlo vyslovila, všichni se strnule zastavili. Profesor Vorlíček zůstal u dveří, kousek od něj se zastavil profesor Vyzula, ještě mi v paměti uvízlo místo, kde stála docentka Abrahámová a pan Hájek s paní Rýcovou, vedoucí prezidentské kanceláře, ale ti další tam prostě někde byli. S úžasem jsem sledovala pana prezidenta. Z tmavé police vzal mísu s koláčky a začal nabízet lidem v sále, prvně nabídl Vorlíčkovi, pak dalším...

Vzpomněla jsem si na hody u nás v Ivančicích, z paměti mi vystupovaly obrázky krojovaných párů a všelijakých zvědavců kolem, kterým panímámy nabízely hodové pohoštění. Ta scénka s koláčky mi najednou připadala jako na tom náměstíčku u nás. Když pan prezident přistoupil ke mně, lehce jsem jednou rukou zespodu podržela tu mísu, druhou naznačila dotek na jeho rameni

a ani nevím jak to, ale najednou jsem slyšela, jak říkám:

„Pane prezidente, vy jste se ženil nebo co? Položte tu mísu sem, musíme podepsat ten Program," a rukou jsem ukázala místo na polici.

Kupodivu uposlechl. Otřel si ruku o ruku a směrem ke svým se zeptal:

„Tak budu něco podepisovat? Nebudu podepisovat? Tam bude nějaký stoleček připravený...?" Ani nedořekl, když kdosi hlasitě odpověděl:

„Nebude tam žádný stoleček. Bude jen tiskovka. Nic se nebude podepisovat. Nejsme na to připraveni."

„Ale my jsme připraveni," odpověděla jsem asi stejně nahlas a obrátila se k udivenému profesoru Vorlíčkovi:

„Dej mi prosím ten Program."

Podal mi ho mlčky. V sále byl naštěstí stůl i židle. Takovým měkkým, ale dlouhým gestem jsem panu prezidentovi ukázala ke stolu:

„Pane prezidente, tady máme ten Program. Kvůli němu jsme přece přijeli. Sedněte si, neupisujete duši ďáblu, jen sem dolů napište - *záštitu převzal Václav Klaus* a dnešní datum. Všechno jsem doprovázela patřičnými gesty – sednout si, napsat – právě sem dolů. Odehrálo se to ve vteřinách. Vzala jsem se stolu podepsaný Program, pan prezident se jakoby s úlevou a velkým uspokojením zvedl a důstojně jsme odešli na velký červený koberec pod rozsvícené křišťálové lustry zapít ten akt chlazeným šampaňským. Cvakaly fotoaparáty, teď jsem odhadla tu pravou chvíli a odešla mezi novináře. Než jsem jim rozdala připravenou tiskovou zprávu, zahájil pan prezident tiskovou konferenci vřelými slovy...

Jako v tranzu jsem po té slavnosti scházela s ostatními na nádvoří. Z posledního schodu Vorlíček zavolal Žaloudíkovi do Londýna:

„Honzo, ten poslední slajd můžeš pustit, program máme podepsaný. – Ale kdyby tam nebyla Linhartová, tak máme nic" (no, řekl to trochu jadrněji, prostě česky). Teprve v tu chvíli mi ta moje role došla. Přiznávám, že jsem z toho měla velkou radost, jsme přece teprve třetí zemí na světě (po USA a Francii), která má sofistikovaný program pro léčbu onkologických nemocných podepsaný prezidentem republiky! Nic mi z té radosti neubrala ani Vorlíčkova poznámka:

„Ani sis nevšimla, že jsi mu dala podepsat anglickou verzi."

Měl pravdu, ani jsem si nevšimla, na rubové straně bylo totéž v češtině:

„To je ještě lepší, alespoň se můžeš chlubit světu, budou tomu lépe rozumět."

To byla tečka za tou mou třetí návštěvou. Pak následovaly i další, ale ty jsou už jen společenské. Vím, že se víckrát už nepřipletu...

Projev V. Klause po podpisu NOP.

Prezidentův přípitek Národnímu onkologickému programu

***

Dlouho jsem přemýšlela, jestli mám tu příhodu zapsat, anebo jen občas šířit ústně. Když jsem panu doktoru Jiřímu Dolinovi slíbila, že k jeho narozeninám vypravíme společně knížku a pozorně jsem z ní přečetla všechny příběhy, jeho i příhody jeho přátel, řekla jsem si, že tím nikomu a ničemu neublížím. Ani význam prezidentova podpisu pod NOP nesnížím, ani na prestiži jeho kanceláři neuberu. Tak jde prostě život. A nahlédnout „za zrcadlo" – to přece vždycky bývá poučné i zábavné současně.

(Věra Linhartová , leden 2016)

Následující zážitek z nemoci přednesla jedna z onkologických pacientek na Konferenci pro sestry a laboranty v oddíle Kvalita života onkologicky nemocných na XXVI. Brněnských onkologických dnech 2002. Je poučný pro všechny.

JAK JSEM PROŽÍVALA ONKOLOGICKOU LÉČBU

Lidé mají utkvělou představu, že mají být perfektní, vysoce úspěšní.

Budete-li vysoce efektivní, tak toho možná stihnete mnoho udělat, ale přesto to neznamená, že jste hodně dokázali. Je dost možné, že bychom za úspěšný den měli považovat den, kdy se nám prostě podařilo přežít chemoterapii.

Mám-li poctivě zodpovědět, jak jsem se cítila v průběhu léčby, musím konstatovat, že dobré je pouze to nejlepší.

Byla jsem spokojená, usedlá a zabydlená. A následovalo sdělení diagnózy. Jedním ze způsobů, jak mít pevnou půdu pod nohama, je být na dně.

Fajn, a co dál? Prosím, sdělte mi pravdu tak, aby to pro mne byla výzva k boji, neříkejte mi pravdy, které mi berou odvahu, energii a sílu.

Je to mé tělo, já v něm žiju, já nesu konečnou odpovědnost za svůj život. Já vás, sestřičky, lékaři, potřebuji, ale vy jste mí ASISTENTI.

Dovídám se mnoho informací od známých a známých mých známých, pomůže mi…. Ještě to….

Já chci slyšet, jak se mám v té džungli vyznat, jak mám správně žít?

Potřebuji vědět, že ač v nemocnici jsem ještě živa, že máte na mne čas.

Nechci být v izolaci.

Já nechci být odborníkem na rakovinu, já nechci číst knihy o rakovině, já *ty informace potřebuji od vás.*

A bolest? *Bojím se bolesti*, já s vámi nehraji soutěž, kdo víc vydrží.

Stres má bezkonkurenční výsadní postavení.

Já potřebuji fanoušky.

Navrácení se k normálnímu životu, je pro mne s rakovinou nemyslitelné. Všechno se změnilo, a to navždy! Brávala jsem jako samozřejmé vše a nevychutnávala jsem větší čas svého života, i když jsem měla veškeré důvody k radosti.

K. Vávrová, Bruntál

Dovolím si pozamenat, že ta slova, jedno po druhém, by si měl každý onkolog i každá zdravotní sestra pozorně přečíst. Nejenom přečíst, ale „naslouchat“ pozorně tomu, co je za nimi. V tom denním spěchu splnit všechny pracovní povinnosti, zapomínají na to, že jsou v ústavu právě jen a pouze kvůli pacientovi, na kterého často zbývá jen málo času, energie a nakonec i chuti. Ze zkušenosti vím, že i když není lékař či sestra v osobním kontaktu s pacientem, vlastně pro něho pracuje – pečuje, administruje, přemýšlí o tom, co pro něho právě v jeho případě udělat atp.

ALE! Ten pacient potřebuje přímý kontakt, potřebuje slyšet slovo, určené právě jemu, ne brožuru, ne text, ne odkaz, co si má přečíst…

Ano, vidím v tom problém, existují jisté časové limity, zasahují pojišťovny… , ale stále více se mluví o individualizované léčbě, ale taková léčba neznamená pouze sta-

novení přesné diagnózy umožňující cílenou léčbu a event. šetření finančních nákladů. To je také psychická pohoda pacienta! Přece víme, jak hluboce je rozvrácena, jak těžce se pacienti vyrovnávají s nemocí. Nevyrovnají se s ní nikdy, jen se někteří dokáží smířit. A v takové situaci je „slovo nad zlato", dodáváme slovo vlídné, adresné, nadějeplné…

Všechny práce o kvalitě života onkologického pacienta, dokonce o „měření" té kvality jsou, jak doufám, pouze přechodnou módou. Ne že by nebylo nutné o kvalitě života pacientů uvažovat a dělat pro ni všechno, co je v silách současné medicíny a školeného personálu. Ale myslím si, že nemůžeme posuzovat kvalitu cizího života, protože jde o jeho subjektivní prožívání. Může někdo zvenku (ze svého hlediska!) hodnotit kvalitu mého života?

Dokážeme pacienta zbavit nepříjemných syndromů, např. i bolesti, ale nedokážeme odstranit jeho strach z umírání, strach o život, o to, co bude s jeho blízkými, když on už tu nebude – prostě jeho prožívání dní, které pacientům moderní medicína k životu přidává.

Právě psychika je to, na co západní medicína při léčbě stále zapomíná. Léčíme orgán, popřípadě tělo, ale musíme léčit člověka! Učitel národů J. A. Komenský, jímž se naše kultura chlubí před světem, ale málo jsme se z něho dosud naučili, napsal ve svém díle Informatorium školy mateřské: „*Zdravé tělo a zdravý duch se vzájemně podmiňují a tvoří* nedělitelný *celek*"… Tento výrok odpovídá starovýchodní moudrosti – zdravý duch dělá zdravé tělo. My jsme se příliš ztotožnili s antickou „moudrostí", která vzhledem k vyznávání kultu těla heslo účelově přetvořila – ve zdravém těle, zdravý duch. A tak léčíme tělo a zapomínáme, že k němu patří i vnitřní život, psychický stav, v případě nemoci – momentální až okamžitý. Vyplývá z toho, že psychický stav kohokoliv z nás, u pacienta násobně, buď pomáhá léčit anebo léčbu brzdí.

Problém přístupu lékaře či sestry k pacientovi provází medicínu po staletí, je závislý na mnoha faktorech, především na informovanosti, na etice charakteru, na kvalitě profesionality…

Zvláště v onkologii je tento problém velmi citlivě vnímán. A začíná od prvního okamžiku setkání s lékařem i sestrou, v praxi mnohdy v opačném pořadí. Začíná náznakem či sdělením diagnózy, které se každý bojíme. Začíná v podstatě prvním kontaktem. Měli bychom si proto uvědomit, jakou zásadní sílu má lékařovo slovo.

V přednáškách sesterských konferencí na BOD málokdy chybí přednášky k tomuto širokému tématu, sestry jsou v tomto směru více poučovány než lékaři. (Poučení ovšem automaticky neznamená umění). V odborných sekcích lékařů se o těchto problémech v celém průběhu BOD snad ještě nemluvilo, a přece umění komunikace by mělo být neoddělitelnou částí profesionality. Mluví se o umění léčit, ale k tomu neodmyslitelně patří také umění komunikovat. Snad se to stane samozřejmostí lékařské profese, až komunikace bude mít v pregraduální přípravě takové místo a vážnost, které jí náleží.

Sledovala jsem komunikaci ve zdravotnických zařízeních nejméně 15 let, nasbírala jsem dost informací z literatury i z praxe (i z vlastních zkušeností ze sociálního vztahu lékař – pacient). Nebyly převážně pozitivní. Proto jsem napsala knížku *Praktická komunikace v medicíně.* Z mnoha důvodů právě na onkologických pracovištích považuji komunikaci za velmi citlivou a důležitou, nabízím proto v Dodatcích následující témata k zamyšlení.

SÍLA SLOVA

Slovo je pro lidské vědomí velmi silným signálem. Člověk je jeho mocí natolik ovládán a natolik síle slova věří, že ho předsunul i samému vzniku světa – nejvelkolepější mýtus začíná snad nejznámější větou: Na počátku bylo slovo – *Staň se; Buď*… byla v něm touha (plán), vůle a čin… tvořivá síla. Mimořádný účinek si slovo podržuje stále. Každý máme tu zkušenost – dlouho si pamatujeme slova libá, vzbuzující pozitivní emoce, a nezapomeneme na ta, která se našeho ega nešetrně dotkla.

Lidská zkušenost učí, že slovo v ústech lékaře může být stejně lékem a nadějí jako vražedné svou beznadějí, hrubstvím, surovostí… Pacienti si při nejrůznějších příležitostech více než na léčbu stěžují na komunikaci s lékařem (ve zdravotnickém zařízení obecně), na nedostatečnou komunikaci, popřípadě na vůbec žádnou komunikaci.

To, že z ordinací mizí slovo, není jev posledních let; slovo se vytrácí zhruba od konce předminulého století, úměrně tempu, jímž postupně pronikala do lékařovy práce diagnostická technika. Když lékař neměl možnost podívat se do člověka rentgenem, musel s ním rozmlouvat, aby zjistil, co, kde, kdy a jak ho bolí, vyšetřoval poklepem a poslechem, dotýkal se ho… Stále dokonalejší diagnostické přístroje a moderní laboratorní vyšetřování poskytují lékaři mnohdy dostačující množství informací o tělesném stavu, aby mohl stanovit diagnózu a léčbu, a tak vzniká představa, že necítí potřebu zdržovat se rozhovory s pacientem. Možná, že znáte Jiránkův obrázkový vtip – sestra říká pacientovi: – „Svlékat jste se nemusel, pane, mám vás tady celýho na disketě“, docela výstižné pro odhumanizovaný přístup k nemocnému člověku.

Dehumanizace medicíny je obecně veřejností přijímána s nelibostí a nejeden lékař je kritizován za to, že s pacientem mluví nedostatečně, popřípadě vůbec.

V roce 2004 prováděl Institut zdravotní politiky a ekonomiky v Praze zajímavý výzkum vztahu pacientů k nemocničním, praktickým a k ambulantním lékařům. Jeho výsledky zveřejnily Zdravotnické noviny (č. 47, 2004) v článku P. Klusákové *Jak pacienti hodnotí své lékaře*. Jako nejčastější nedostatek v něm pacienti uváděli právě komunikaci. Dotazovaní ji charakterizovali přívlastky – špatná, nedostatečná, hrubá, zlehčující, nepřiměřená situaci či chápání pacientovu. Obecně sdělovali, že očekávají u lékaře otevřený a rovnocenný dialog, to, aby jim lékař o jejich zdravotním stavu říkal pravdu a srozumitelným jazykem. A neodmítejme ty výsledky odkazem, že jsou starého data. Stačí jen otevřít patřičné okno v Internetu a hned se přesvědčíme, že platí stále. Stále chtějí pacienti slyšet dostatečné množství informací nejen o svém akutním stavu a o nemoci, jíž trpí, ale také o jejím obvyklém průběhu, o perspektivě, o možné léčbě, popřípadě o různých léčebných alternativách, ale nejednou také o prevenci, o rekonvalescenci, i o tom, kde se na typ jeho choroby specializují, kde ji léčí jinak a s jakými výsledky, kde může svoji diagnózu ještě konzultovat… Otázek velmi mnoho, podle Práv pacientů, etického kodexu, který Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky přijala 25. února 1992, mají na takové informace právo.

Lékaři se kritice brání, argumentují velkými počty pacientů, nedostatkem času na jednu návštěvu, podle rozhodnutí pojišťoven je to pět až deset minut, výjimečně dvacet. Jak vidno – pojišťovací praxe žene lékaře do pasti, do zjevného rozporu s lékařskou etikou, ale také s obecnými zásadami správné komunikace. Podle zákona o veřejném zdravotním pojištění nedostane lékař čas věnovaný pacientovi nad stanovenou míru zaplacen, edukační rozhovory o prevenci, o životním stylu; nutný rozhovor s rodinnými příslušníky je hrazen pouze v případech zvlášť definovaných a specifikovaných zákonem. K rozhovorům nad stanovenou normu je lékař motivován jen svou ctí, vztahem k nemocnému, odpovědností. A tak lékaři altruisté a nadšenci, ctící lékařské etické kodexy, platí za to stálým nedostatkem času a stresem.

Ale i ve vymezených minutách k rozhovoru, lze uplatnit zásadu vlídného a přímého jednání a ohleduplného zacházení s pacientem. A na co si pacienti v citovaném výzkumu nejvíce stěžovali? Na nedostatečné informování – o léčbě, o nemoci, na nesrozumitelné lékařské termíny, na zlehčování svých problémů, na ponižující zacházení („jednají se mnou jako s dítětem"), dokonce na hrubosti a vulgárnosti. Také jim vadí, že nikoho nezajímá jejich názor, že není respektován jejich strach, že jim lékař nevěří bolest, že se nezeptá na jejich souhlas s léčbou, že je mnohdy vyšetřuje v přítomnosti dalších osob, aniž se pacienta zeptal na souhlas, a také na to, že bez souhlasu jsou informace o jeho zdravotním stavu sdělovány třetím osobám. Téměř všem účastníkům výzkumu vadily dlouhé objednací lhůty na ošetření i dlouhé čekání v čekárnách. Jsou tak pojmenovány skutečně nejčastější chyby zdravotníků, bez ohledu na jejich pracovní zařazení a charakter zdravotnického zařízení. Dokonce i lékaři sami mají se svými kolegy stejné zkušenosti, ocitnou-li se v roli pacienta anebo doprovázejí-li partnera či dítě.

Článek *Doktor u doktora aneb všední praxe v našem ambulantním zdravotnictví* napsal např. do Zdravotnických novin MUDr. J. Kovalský (4.5. 2005). Líčí zážitky z pohotovosti, kam přišel se synem, u něhož začínala spála: „V čekárně mě klidně přijala sestra a usadila na židličku. *Dvacet minut se nic nedělo*, třebaže jsem upozornil, že chlapci je velmi špatně. Dveře se otevřely až poté, kdy skončila první třetina přenosu hokejového utkání, což bylo do čekárny jasně slyšet. Lékař vyšel *upocený, neholený, v kdysi bílém plášti s mastnými vlasy a povoleným páskem u kalhot… Nepozdravil* a ani se na nás *nepodíval*. Přes rameno se zeptal sestry: „Co to je?" Ta vlídně odpověděla a on ponurým *zhnuseným* hlasem vyzval dítě, aby otevřelo ústa. Následovala stejně *odpudivým* hlasem směrem k sestře pronesená věta: „Bude to spála, pošli to na píchané péňák na Bulovku" a zmizel *bez pozdravu* za postranními dveřmi, za nimiž začínalo drama další třetiny utkání Zlín – Vsetín."

Když se autor tohoto článku sám ocitl v roli pacienta, o své návštěvě v Medicentru mj. napsal: „Dědula, lehce parkinsonický praktik mě uložil na vyšetřovací lůžko v kalhotách – přes ně naznačil vyšetření břicha… při tom jednovteřinově přiložil fonendoskop… (při mé sportovní bradykardii mohl zaslechnout nejvýše jeden úder)… následovalo polehtání fonendoskopem vždy v délce jednoho nádechu po stranách hrudníku někde tam, kde člověk cítí bazální plíce… Na poslední rektální vyšetření se ani neze-

ptal, snad z obavy, že by si musel navléci rukavici a do rekta sáhnout.

V prvním případě všechna kurzívou vyznačená slova svědčí jednak o tom, jak odpudivě působil lékař svým neuspořádaným zevnějškem, jednak o nezvládnuté komunikaci a o jednání nepřiměřeném situaci. Druhý je příkladem neprofesionálního, ledabylého a neodpovědného přístupu k výkonu povolání.

I mně řekla klinická lékařka: „Žerete antibiotika, trajdáte do práce, tak se netvařte tak blbě, když na vás křičím." Křičela hlavně proto, že jsem se dožadovala po několikahodinovém čekání ošetření, měla jsem lymeskou boreliózu komplikovanou neurologickým zánětem a nutně jsem potřebovala ztlumit dlouhotrvající bolest.

A ještě jednu osobní negativní zkušenost. Musela jsem jít na funkční vyšetření plic, podotýkám, že to nebylo v Brně. Poslali mě do místnosti, kde už sedělo několik lidí. Našla jsem si volnou židličku a čekala, co se bude dít. U stolu s hlavou obrácenou ke zdi, seděla sestra a psala. Po chvíli, aniž by jakkoliv změnila polohu, řekla: „Vyndejte si z pravého ucha náušnici. Pokyn zcela přesný, ale nikdo nemohl vědět komu patří. Zareagovala jsem na něj až napotřetí, seděly tam další ženy a já jsem proto hned nepochopila, že pokyn patří mně, protože sestra mluvila do zdi. Její chování mě dost rozčílilo, ale ona si ničeho nevšimla, protože se na mě vůbec nepodívala. Pak spíše po paměti mě strčila do ruky navlhčenou gázu a poručila: „Třete si ucho". Teprve teď jsem si všimla, že si vlastně všichni pacienti třou ušní lalůčky, a tak jsem je kopírovala. Po chvíli mě začal boltec silně pálit a než jsem se dozvěděla, že právě proto ten úkon dělám, zažila jsem strach, že jsem si tím usilovným třením rozedřela kůži a tou neznámou tekutinou si způsobím nepříjemnost. Zuřila jsem, závěr byl jednoznačný – do tohoto zařízení už nikdy nepůjdu.

Tentokráte se neprofesionálně chovala sestra. Ale se sestrami se také musíme setkávat, sestry také musí dodržovat zásady správné komunikace a hlavně se podle nich chovat.

Ve všech výše uvedených příbězích jsou zřetelné zásadní chyby v komunikaci zdravotníků, a to v její složce neverbální (oděv, vzezření, absence očního kontaktu…) i verbální (nepříjemný hlas i tón, hrubá až vulgární mluva).

Kolik času věnuje lékař, popřípadě sestra pacientovi a jak s ním oba mluví, značně ovlivňuje kvalitu vzájemně se vytvářejícího vztahu, který by měl být vztahem důvěry. Míra uspokojení pacienta se neřídí jen kvalitou poskytované péče, ale jak se tu snažíme přesvědčit, také kvalitou komunikace lékaře s pacientem. Lékař, který se svým pacientem umí dobře promluvit, ho už tím vlastně začíná léčit; celkový dojem z rozhovoru pacient málokdy přehlédne.

Pacient přichází do ordinace v jistém diskomfortu; má problémy, něco ho bolí, má strach, co se bude dít v ordinaci, ale i mimo ni, jak eventuálně nemoc ovlivní jeho dosavadní osobní život, popřípadě jeho rodinu, zaměstnání… To, co nás trápí, bývá většinou doprovázeno strachem nejrůznějšího původu, ale nejčastěji strachem z bolesti a z obav špatné prognózy. Je nám nepříjemně – „necítíme se ve své kůži" – takové metaforické pojmenování jsme si vymysleli pro tento zvláštní psychický stav. A právě ten také způsobuje, že jsme mnohem zranitelnější a citlivější na každé slovo, dokonce i na každý pohyb, jsme vztahovační, máme sklon spíše k emocionálním než k racionálním reakcím – prostě ocitáme se zcela přiroze-

ně v „roli dítěte“, jdeme k lékaři, od něhož jako „od rodiče“ očekáváme účast a pomoc, někdy dokonce žádáme i zázraky. Zkušený a dovedný lékař to všechno ví, a proto mluví a jedná tak, aby emocionální rozpoložení převedl na racionální spolupráci a spoluúčast a aby pacient odešel z ordinace – pokud možno „jako dospělý“, to znamená s nadějí, zklidněný, poučený.

Samozřejmě, že jsou sestavovány obecné modely chování pro lékaře i pro sestry (srv. např.:Tate, P, Komunikace pro lékaře. Praha: Grada, 2005), ale ty mají jen doporučující charakter. Každá komunikační situace je jiná, protože každý pacient i každý lékař jsou jiní. Po lékaři se vyžaduje, aby bylo jeho jednání i konání profesionální (do jisté míry naučené), ale také aby byl dobrým psychologem a sociologem, aby projevil pacientovi empatickou účast, ale jeho přístup musí být současně i individualizovaný, tvůrčí – takříkajíc pacientovi „šitý na míru“.

Komunikace s lékařem začíná vlastně otevřením dveří do místnosti. Ještě než z přítomných kdokoliv promluví, proběhne mezi nimi řada interaktivních informací, které vytvářejí první dojem, velmi důležitý pro další jednání, navozující celkovou atmosféru, v níž by se měl odvíjet (více či méně) důvěrný a důvěryhodný rozhovor. Lékař by měl zásadně přijímat každého pacienta jako jedinečnou osobu – do ordinace totiž nevstoupila nemocná ledvina, ale pan Novák. Nikdy by neměl chybět pozdrav, doporučuje se podat ruku.

To podání ruky by ovšem ze strany lékaře nemělo být pouze zformalizovaným společenským gestem, ale pokud možno provázeno „odebíráním informací“ – ta ruka je teplá nebo studená, suchá či vlhká, mnoho prozradí způsob stisku, chvěje se anebo je pevná – to jsou psychosomatické informace, které mají svou vypovídající hodnotu. Lékařův hlas, jímž se k pacientovi obrací, by měl být klidný a vlídný, dostatečně slyšitelný, lékař by měl zřetelně artikulovat, zásadně mluvit směrem k pacientovi, udržovat s ním oční kontakt. Zase nejen proto, že je slušné dívat se na toho, s kým mluvíme, ale že svůj protějšek sleduje vědomě, vidí na něm, v jakém je psychickém komfortu, dovede z mimiky odhadnout pacientovu upřímnost, otevřenost či uzavřenost atd. Mnoho přece přečte v pacientově obličeji, v jeho gestech, mnoho vyčte ze způsobu, jak pacient sedí či naopak (klidně anebo neklidně) stojí…

To jsou všechno informace získatelné během vteřin, velmi pomohou při vedení rozhovoru; lékař na ně může reagovat, aniž by byl utrácen čas nadbytečnými dotazy. V ordinaci by měl probíhat rozhovor, nikoliv výslech a lékař by měl pacienta oslovovat jménem (titulem), neměl by se na pacienta dívat přes jakoukoliv překážku, ani ne přes počítač. Jeho mluva by měla být laická, pacient musí rozumět všemu, co mu lékař sděluje, proto je vhodné občas se o tom přesvědčit. Nikoliv pouze dotazem – Rozumíte tomu? Tomu přikývne, i když nerozumí. Vidí-li lékař neklid či strach, je možné nabídnout i papír na poznámky, nechce-li, aby bylo opomenuto z jeho návštěvy něco důležitého.

I pacient musí dostat možnost zeptat se, říci svůj názor, vyslovit pochybnost, musí se přece dozvědět co nejvíce, pokud má např. podepsat informovaný souhlas. Informovaný souhlas je nový fenomén a lékař se ho musí naučit využívat tak, aby byl chráněn a pacient spokojen, protože se nic neděje proti jeho vůli a bez jeho vědomí. Psát do zdravotní dokumentace – pacient byl informován - je z hlediska právního nedosta-

tečné. A počítejme s tím, že si pacient nikdy nezapamatuje všechno, i když je to sebedůležitější.

Lékařovo mluvené slovo je nenahraditelné. Ani tehdy, dáme-li pacientovi informační letáčky či brožury. Lékař musí dodatečně najít příležitost, jak zkontrolovat, zda tomu všemu psanému dobře pacient porozuměl; často musí svá doporučení několikrát opakovat, aby je pacient přijal. Zvláště při onkologickém onemocnění, kdy je přehlcen zápornými emocemi.

Špatně pochopený pokyn, význam anebo i gesto může pacienta poškodit, mnohdy významně. Stačí někdy, aby lékař snímek či laboratorní výsledky doprovodil nějakou nápadnou mimikou, nejasným gestem anebo nevhodnou poznámkou typu – „no to jsem si myslel" – bez jakéhokoliv dalšího vysvětlení a problém – a to velký – je na světě.. Pacient je zpravidla náchylný vysvětlit si vše ve svůj neprospěch a když právě v tu chvíli nenajde odvahu (a to bývá často), aby se zeptal, jak to vlastně lékař myslel, propadne úzkosti, strachu – panice, nejednou až depresi, zvláště jedná-li se o pacienta úzkostného, citlivého. Jednou jsem byla svědkem, jak paní nadšeně svému manželovi sdělovala, že má nádor, ale *solidní!* Termínu solidní nádor, onkologické diagnóze, která je neradostná, rozuměla po svém; solidní znamená přece dobrý!

Onkologická onemocnění jsou obecně přijímána jako ortely smrti. Při sdělování takové diagnózy, a obecně špatné zprávy vůbec, záleží na lékařově chování a na jeho slovech velmi mnoho.

Vžívá se tendence sdělovat pravdivou diagnózu, nic nezastírat, ale to neznamená, že ten způsob sdělování bude surový. Mýlí se lékaři, kteří bezohlednou přímočarost považují za profesionální jednání s odůvodněním, že vyhověli požadavku pravdivosti.

Jedna sestra mi vyprávěla o tom, jak primář při vizitě mluvil s pacientem způsobem, který je omráčil. Pacient se právě probral z narkózy po operaci žlučníku s přesvědčením, že je tím jeho zdravotní problém vyřešen, ale primář mu stroze sdělil: „Tak jsme vás otevřeli a moc jsme toho neudělali. Máte plné břicho metastáz, do měsíce umřete". A opustil místnost. Navíc to bylo před ostatními pacienty. Hrubě tím porušil nejen pacientova práva na ohleduplné zacházení. Zpráva, vyslovená tak tvrdě, bez jakékoliv empatie a bez naděje, způsobila pacientovi hlubokou psychickou trýzeň.

Na sdělení špatné zprávy musí lékař připravit sebe i pacienta. Musí se naučit profesionálně empatické účasti. Sdělování špatné zprávy „tváří v tvář" je psychickou zátěží pro oba. Sdělení diagnózy musí být pravdivé, ale současně ohleduplné a šetrné, s ohledem na psychický stav pacienta, účastně doprovázeno také neverbálními prostředky, přesvědčivou mimikou a gesty.

Oznámit přicházející a neodvratnou smrt, nevést monolog, ale rozmluvu s pacientem o jeho vzniklých sociálních potřebách, reagovat na jeho šok věcně, eticky, umět ho podpořit v nejtěžší chvíli a taktně nabídnout případnou pomoc, doporučit paliativní léčbu či umístění v hospici, když už jiná léčba je nevhodná – to všechno je komunikační umění, dovednost, která se ovšem od lékařů očekává. V praxi se sdělování špatných zpráv nejednou odehrává naprosto špatně – hlavně na nevhodném místě, v rychlosti, bez spoluúčasti, bez naděje. Právě v krajních životních situacích se prokáže skutečná lékařova profesionalita, k níž promyšlená, nikoho nepoškozující komunikace patří jako

samozřejmost. V ústech lékaře má slovo mimořádný význam, zvláště neumí-li problém současná medicína ještě vyřešit – podstatně ovlivňuje psychiku pacienta, kvalitu jeho života.

Odpovědnost, citlivý i citový vztah k pacientovi si mnozí z lékařů uvědomují. MUDr. J. Daneš v předmluvě ke knize O. Walló *Sekundární zisky* (2005), v níž se vyznává ze svých prožitků při léčbě onkologických pacientů píše: „*Včerejší, vlastně dnešní noc jsem nemohl vůbec usnout, je bolestivé a zároveň poučné se dozvědět pocity žen z „druhé strany". Naslouchal jsem dostatečně pozorně přáním každé ženy? Sdělil jsem ohleduplně a jasně té pozitivní ženě neradostnou diagnózu a udělal maximum nejen pro její tělo, ale i duši? Jak často my lékaři podléháme pokušení být příliš profesionální, nepouštět si neštěstí druhých k tělu, brát práci jako rutinní! Jak často jsme uspěchaní, unavení, rozhodujeme o věcech pro život druhých tak zásadních v běhu, bez zastavení a vlídného slova! Místo spokojenosti našich pacientů hodnotíme počty výkonů a fakturované částky*".

Komunikace se stává obecným problémem, částečně je na vině technika, kterou se člověk spíše nechá uhranout, ovládat, místo aby ji ovládal sám; stačí se podívat na mládež, více si esemeskuje než spolu mluví a znalost mateřštiny nepovažuje za důležitou, neuvědomuje si, že jazyk také učí myslet.

Ze vztahu lékař – pacient (je interaktivní!) se slovo nemůže a nesmí vytratit, spíše naopak. Každý institucionální dialog má však své specifické zásady. Snažili jsme se ukázat, že na něm záleží pacientova informovanost, potřebná a účinná spolupráce s lékařem a přinejmenším pacientův psychický komfort. Slovo v ústech lékaře by mělo být stejné jako skalpel v rukou zručného chirurga – promyšlené, přesně cílené, hojivě „zraňující", pacientovi na míru, přinášející naději a úlevu. Také srozumitelné, ale i respektované. Částečně záleží na vlohách a povaze lékaře, na etice jeho charakteru, částečně se dá dobré komunikaci naučit, částečně se přejímá (slyší) od „vzorů" v praxi. Příprava na komunikaci s pacientem představuje komplex psychologických a medicínských problémů i řečových dovedností, měla by být organickou součástí pregraduální přípravy a samozřejmou součástí lékařovy profesionality a hodnotou, jíž lze tuto profesionalitu také měřit./

(Linhartová, V., Praktická komunikace v medicíně. Praha: Grada, 2007. Tam také další literatura.)

***

Velmi často se v lékařském prostředí mluví o potřebě empatie, často ten požadavek zaznívá na školeních sester, zvláště pečujících o onkologicky nemocné. Literárně je také velmi vyžadováno empatické chování po lékařích, nevím, zda je to tak intenzívní také v praxi. Ale v každé knize o komunikaci v medicíně se s požadavkem empatie intenzivně pracuje. Samostatně anebo jako s jedním z principů lékařské etiky. Potvrzuje to i *Etika a komunikace v medicíně,* kterou v Edici celoživotního vzdělávání vydala v roce 2011 Česká lékařská komora jako edukační publikaci pro lékaře.

Protože jsou onkologická pracoviště v mnohém odlišná a výjimečná ve srovnání s ostatními klinickými obory, a to nejen tím, že se soustředí na léčbu jedné nemoci, ale i tím, že se na nich mnohem častěji umírá

a že se všichni onkologického onemocnění bojíme, jsou problémy typu etiky a empatie zvláště nápadné. Obecně platí, že nedostatek či dokonce nepřítomnost empatie ve styku s pacientem je jistým proviněním proti lékařské etice. Problém je v tom, že empatii se těžko učí, není-li pro ni opora v etice charakteru. Také má mnoho individuálních nuancí v prožívání i v projevu. Pokud budeme mluvit o empatii ve vztahu lékař – pacient (a jeho příbuzní), máme na paměti, že nemůže jít o typ empatie ve smyslu „souznění" s jeho trápením, vžívání se do pacienta s vlastním emočním vkladem (s čímž jako jednou z léčebných metod pracují psychiatři). Jde o určitý typ komunikačního chování - dáme najevo neverbálně (mimikou, gestem, hlasem) a několika účastnými slovy, že nám není jeho osud lhostejný. To není návod k neupřímnosti, tu by pacient okamžitě poznal, to je pouze upozornění, že také musíme chránit své vlastní psychické zdraví; jinak bychom nemohli léčit druhé. Není žádným tajemstvím, že na onkologických pracovištích více než kde jinde je ošetřující personál vystaven mimořádnému psychickému tlaku a že také mnozí musejí po čase změnit místo. A žádný by to neměl prožívat jako osobní selhání.

Vždy a všude je důležitá informovanost.

EMPATIE, JEJÍ VÝZNAM A FORMY

Empatie (z řeckého empatheia) je pojem rozšířený v západoevropské kultuře už od dob řeckého starověkého filozofa Aristotela, který ve svém díle Poetika prostřednictvím *sympatie a vciťování* učil vnímat estetiku uměleckého díla. Obyčejně se překládá jako vžívání se, vciťování do něčeho (artefaktu) nebo do někoho (člověka). Empatii zkoumá především hlubinná psychologie a využívá jí hlavně jako metody (prostředku) při nápravách poruch lidského chování v psychoterapii a v psychologickém poradenství.

Ve 30. letech XX. století rakouský lékař a psycholog Alfred Adler, zakladatel individuální psychologie, představil empatii stručně a výstižně: *Empatizovat znamená vidět očima druhého člověka, slyšet ušima druhého člověka a cítit jeho srdcem* [2]. Po něm pojem empatie prošel výklady snad všech psychologických škol. V současnosti je v odborné literatuře empatie interdisciplinárně zkoumaným fenoménem i dalšími vědami o člověku (neurofyziologií, sociologií, pedagogikou, v práci s lidskými zdroji, v sociální péči pomáhajících oborů a profesí, v ošetřovatelství aj.) [21]. V praktickém chování se empatie projevuje v terminologické pestrosti, je zaměňována či nahrazována jinými duševními pocity, jako je *sympatie, soucit, lítost, otevřenost, emocionální chování, pozitivní stimulace, emocionální nákaza, altruismus, empatická komunikace* atd.

Právě tyto podoby empatie by bylo vhodné rozvíjet v běžném chování. S přesně definovanou empatií pracuje hlubinná psychoterapie. Pro zajímavost si uveďme tři definice. Tu první vyslovil, C. R. Rogers, americký představitel humanistické psychologie, empatii definuje jako *terapii soustředěnou na člověka,* na jeho momentální potřeby: *„Empatii nebudu nazývat stavem, protože jde spíše o proces. Je to vstupování do světa druhého… Znamená to dočasně žít životem druhého člověka a vzdát se vlastního hodnocení. Patří sem též vyjadřování vlastních pocitů vztahujících se ke světu druhého a jejich ověřování míněním druhého. Být takovým způsobem druhým znamená prozatím odložit vlastní názory a hodnoty, odložit své já (self). Toho se můžou odvážit pouze lidé, kteří jsou si sami o sobě jisti natolik, že se nemusí bát toho, že by se ve světě druhého člověka ztratili* [22].

Druhá definice je od profesora lékařské psychologie J. Vymětala, který rogersovskou psychoterapii studoval v Hamburku. Podle něj je empatie *pocitově nesený způsob poznávání jiného jedince, jenž se projevuje ochotou a snahou co nejpřesněji vnímat, zachytit a pochopit aktuální i potenciální vnitřní svět (klienta) se všemi subjektivními významy a pocity*) [22].

Do třetice uvedeme definici významného maďarského rogersovce, profesora B. Budy, pro něhož empatie znamená *„specifickou schopnost vžívat se do psychického stavu jiného člověka, s nímž je v bezprostředním kontaktu, přičemž toto vžívání vyvolává psychické procesy, jejichž prostřednictvím si člověk musí vyvolat obsahy afektů, emocí a myšlenek, které probíhají v jiném, a jejich souvislosti, a tak dochází k pochopení druhého člověka*“ [3].

Jistě jste se přesvědčili, že tak, jak empatii teoreticky rozpracovává hlubinná psycho-

logie, je mimo psychoterapii a psychologické poradenství téměř nerealizovatelná. Navzdory tomu se přesto stále častěji ozývá požadavek empatie v medicíně.

Empatie, jak je teoreticky rozpracována, vyžaduje speciální edukaci, jisté osobnostní předpoklady a dovednost cílevědomého soustředění na druhého – je to mj. ***proces vyžadující čas,*** ale *ve* zdravotnických (nelůžkových) zařízeních jsou nejčastěji *kontakty pouze epizodické* (ambulance, laboratorní či přístrojové vyšetření…). Během nich lze sledovat jen nejnápadnější komunikační faktory, které mohou ovlivňovat chování personálu i pacienta. To jakoby předem *vylučuje empatii* s obsahem výše definovaným.

Při epizodických kontaktech s pacienty se ovšem empatické chování vyžaduje také, nejčastěji se realizuje jako empatické (účastné) naslouchání [16] a jako *bio-psycho-sociální přístup k pacientovi* - lékař vede dialog tak, aby zjistil, zda se za somatickými potížemi neskrývají problémy psychické či sociální. Při tom důsledně sleduje pacientovy mimoverbální signály (proto je vyžadován oční kontakt s pacientem), z nichž získá informaci o jeho momentálním psychickém stavu (pohodě, rozčilení, bázlivosti, agresivitě...), což je velmi důležité pro průběžné interaktivní vedení komunikace s pacientem.

Pokud se prosazuje požadavek *empatie ve zdravotnictví,* spíše než empatii je vhodnější vyžadovat *empatické chování,* které nevyžaduje vžívání, *potlačení emocí vlastních a prožitek emocí druhých* – léčíme primárně tělo, nikoliv psyché. To, že je v medicíně požadováno emfatické chování souvisí s odmítáním tzv. mlčící medicíny, jak psychologové označují současnou medicínu preferující především technologické a technické řešení nemoci, která vede k její dehumanizaci [11]. Přesnější by byl přístup holistický . Nemocí trpí nejen tělo, ale člověk, strázně těla prožívá pacient emocionálně, mnohdy s ním i jeho rodina (zvláště u onkologických nemocí, při nepříznivých prognózách, v terminálním období...). Nikdo jistě nepochybuje o tom, že psychika pacienta má vliv na jeho celkový úzdravný proces. Právě duševní stav pacienta během nemoci, poznání, že léčba pouze pomocí biochemických prostředků vždycky nestačí, vede k požadavku *empaticity*.

Očekává se, že empatický přístup k pacientovi pomůže včas rozpoznat doprovodné nežádoucí psychické procesy (stavy), které mnohdy komplikují uzdravování. Jsou-li ovšem takového charakteru, že na jejich zvládnutí zdravotnický personál už nestačí, doporučuje se přímá spolupráce s psychologem. Na onkologických pracovištích, kde je mimořádná psychická zátěž pacientů (ale i lékařů a obslužného personálu) obvyklá, se doporučuje trvalá přítomnost psychologa. Úzce to souvisí s potřebou psychologie zdraví [11].

Ve zdravotnických zařízeních je také možné osvojit si modifikovanou podobu empatie, tak zvanou **nenásilnou komunikaci,** to znamená *soustředit se na pacienta, na jeho subjektivní prožívání reálných situací „tady a právě v této chvíli" (vidím a slyším),* což běžně vyjadřujeme *neverbální a verbální* komunikací. Obojí poskytuje množství informací o momentálním citovém stavu pacienta a obojím se dá vyjádřit vše cítěné. Nenásilná komunikace se také označuje jako ***„řeč života".*** Ta se ostatně uplatňuje ve všech mezilidských vztazích a v jakýchkoliv situacích, tedy snadno i v medicíně. [14]. Empa-

tické chování – nenásilnou komunikaci si osvojíme čtyřmi základními kroky:

1/ P*ozorováním* pacienta. Z pozorované řeči jeho těla (mimiky, testíky, kinetiky…) poznáme jeho momentální duševní stav (radost, hněv, strach…).

2/ Pokračujeme *uvědoměním si* pacientových pocitů (např. představíme si, že máme strach, že jsme osamění, prožíváme úzkosti, studu…)

3/ *Zjistíme* – z vlastní zkušenosti citového prožitku – *co bychom sami potřebovali,* pokud bychom se takto cítili.

4/ Nakonec z*formulujeme uspokojení potřeby* (co chci, aby pacient udělal, co pro něho sám mohu udělat, abych uspokojil jeho potřebu).

Všimli jste si, že neprožíváme stejné emoce s pacientem, pouze si uvědomíme, že pacient má psychické problémy a toto zjištění pojmenujeme, což pacient vnímá pozitivně (jako zájem, pozornost. Např. vidím, že máte strach, nedivím se vám, ale…). Je ovšem nutné jeho psychický diskomfort řešit (slovně nebo činem).

V léčebné i ošetřovatelské praxi se takový postup někdy označuje jako ***druh pečování*** (vyvíjíme snahu uspokojit pacienta, zmírnit jeho distresové reakce tím, že mu nasloucháme, utěšujeme ho, uspokojujeme jeho citové a fyzické potřeby, což není možné absolutně!) a současně jako ***speciální vztah*** mezi obsluhujícím personálem a pacientem. Jen výjimečně se může vytvořit vztah **bez profesionální distance** – jedinečný, intenzivní, smysluplný, který nabývá kvality přátelství [20], ale to není žádoucí.

Vztah přátelství sice vede ke zlepšení a podpoře psychického stavu pacienta, následně snad i k rychlejšímu uzdravení, ale v praxi jsou podobné situace velmi vzácné, už proto, že tomu brání objektivní podmínky – v podstatě stejné ve všech zdravotnických zařízeních – denní počty pacientů v ambulancích, velký počet pacientů na lůžkách na jednoho lékaře a sestru a jejich pracovní povinnosti nad rámec léčebných úkonů a pečovatelství. Od lékaře se primárně vyžaduje odbornost. Sestra je s pacientem déle, nároky na empatičnost chování jsou proto vyšší, oba by však měli být pouze profesionálně empatičtí.

Termín **profesionální empatie** jsme poprvé uvedli v roce 2007 v souvislosti s výkladem specifické komunikace na onkologických pracovištích jako nejvhodnější [12]. Obecně platí, že zdravotnický personál v zájmu zachování vlastního zdraví a z nutné ochrany před syndromem vyhoření nemůže s každým pacientem sdílet jeho svět. Profesionální empatie nevylučuje porozumět aktuálním pocitům druhých, přistupovat ke každému bez předsudků a sdělit druhým lidem své porozumění, popřípadě pomoci tam, kde je to možné, uspokojit uspokojitelnou potřebu, což jsou vlastně společné požadavky všech empatologů.

Empatický přístup včetně náročného prožívání s druhým je někdy pozorován u dobrovolníků [13], ale pro ty platí jiné podmínky, vykonávají práci jako službu pacientovi, nehonorovanou, z pouhého altruismu. Znamená to, že motivem jejich činnosti jsou pozitivní vnitřní pohnutky, vůle i vlastní naléhavá potřeba někomu pomáhat, o někoho pečovat. Navíc mají možnost pacienta si vybrat.

Jakékoliv empaticky zabarvené chování je nemyslitelné bez přítomnosti emocionálního projevu (citové spoluúčasti). Ovšem *míra citové účasti* je individuální záležitostí, ale její přítomnost či nepřítomnost je ne-

přehlédnutelná. Uskutečňuje se (ale také je obecně vnímána) nevědomým i vědomým souborem projevů, které souhrnně označujeme termínem verbální a neverbální komunikace. Citová účast se dá sice vyjádřit slovy, ale pokud není také vidět v mimice, v očích, v pohledu, v gestech...a pokud není slyšet v zabarvení, popřípadě v síle hlasu, je nepřesvědčivá. Za empatické chování tedy nemůžeme označit pouhé zjišťování, jak se pacient cítí a jak můžeme uspokojit jeho aktuální psychickou potřebu. Aby bylo chování citově účastné, musí být cit projeven mimoslovními prostředky – vzpomeňte – **empatické je třeba vidět i slyšet –** stikneme ruku, pohladíme, upravíme polštář, usměje-me se – možností je mnoho. Projevovanou účast vnímáme smysly, hlavně zrakem a sluchem, méně hmatem (u lidí se smyslovým postižením je to jinak).

Pamatujte, že slyšená a viděná citová účast mírní povýšené chování, vylučuje agresivitu (hrubost), směřuje k psychické pohodě, k vnitřní radosti, k uspokojení. Komunikace je vždy záležitost vztahová a reciproční, zásadně interaktivní, je vázána na myšlení, cítění, na řeč i na vůli.

Připomeňme si některé nejnápadnější neverbální komunikační prostředky - je to mimika, pohled (oči), zabarvení a síla hlasu, gesta, kinezika (pohyby těla) a distance (udržování vzájemného odstupu).

Měli bychom si zapamatovat několik faktů. Jakákoliv **emoce se projeví v mimice**. A pacienti jsou velmi vnímaví k tomu, jak se k nim chováme, jsou pečliví pozorovatelé. Na obličeji jsou i svaly, které neovládáme vůlí, reagují pouze na citový prožitek (s tím faktem pracuje i kriminalistika). Mimicky projevená emoce může mít rozdílnou intenzitu – od jemného (sotva znatelného) náznaku až k projevu výraznému i dramaticky extrémnímu. Takový může být třeba úsměv. Můžeme se také přetvařovat (nasadit nepravdivou tvář), ale drobné vrásky u vnějšího koutku oka a očí lžou jen obtížně. Snadno se tak odhalí úsměv upřímný anebo naučený, úsměv bez jiskry v oku je pouze šklebem.

Rozhodně nápadný je **pohled, ten neujde nikomu.** Pohled je vlastně prvotní biologický komunikační prostředek, funguje i u mnoha zvířecích druhů. Oči jsou velmi významnými informátory! I. Kant je označil za přímou cestu do duše, protože se v nich nápadně odráží momentální stav psychiky. S pohledem ovšem musíme umět zacházet, má velmi mnoho sémantických obsahů, a proto i v různých kulturách existují různá pravidla týkající se např. jeho délky, existují různá tabu (kam a kdy a na koho se dívat) atd. *Looking behaviour* je dnes samostatným tématem výzkumu (hlavně v Anglii) [3]. Pohled prozradí zaujetí anebo naopak konvenčnost, lhostejnost. Toto všechno je velmi důležité vědět, protože ošetřujeme pacienty jiných národností a naše nevědomost kulturních rozdílů v neverbální komunikaci by mohla vést i k vážným nedorozuměním.

Samostatným komunikačním prostředkem je **vokální sdělování** – zabarvení hlasu a jeho intenzita. Hlas prozradí každou emoci (strach a úzkost), nezávisle na tom, co vyjadřujeme slovem. Doprovodným jevem je proměnlivá intonace. Barva, intenzita a intonace spoluutvářejí citové zabarvení řeči, stejně jako další formální znaky řeči – *přízvuk, důraz na určitém slově, rychlost mluvy, pauzy, zámlky, melodie*… vždy jedinečně pro danou situaci.

Velmi nápadným doprovodným komunikačním prostředkem jsou pohyby rukou,

včetně gest. Míra emocionální účasti je vidět, čím je hlubší, tím jsou pohyby rukou větší. Při rozčilení ruce až „šermují!"

O ruce se říká, že je přímou cestou do mozku, polohy dlaní, sevřenost prstů... sdělují to, co si hovořící myslí. Proto se žádá, aby se při mluvení neschovávaly ruce do kapes, člověk je pak méně čitelný! I intenzita gestikulace prozrazuje citovou účast.

Důležitým neverbálním nositelem emoce jsou **dotyky** (haptika), jemný dotek ruky, pohlazení po tváři, po vlasech jsou nápadné a intenzivně prožívané projevy účasti.

Pokud jde o **pohyby těla (kinezika)**, upozorňujeme na to, že rozdílný emocionální obsah má např. u lůžka hovor ve stoje, v naklonění nebo s posezením na pelesti.

Z psychologického hlediska je optimální, může-li být hovor (s pacientem) veden tak, aby oči mluvících byly v přímce, slova pronášená nad pacientem ve stoje jsou přijímána „jako padající kameny".

Posledním z důležitých neverbálních prostředků je vzdálenost mezi mluvícími, kterou jsme pojmenovali **distanční komunikací** [12]. Souvisí s hmatem jako vlastností kůže, která registruje vzdálenost čehokoliv od těla – tedy s pudem sebezáchovy. Pomyslně se tak kolem těla tvoří „psychické bubliny", zóny zhruba se třemi základními vzdálenostmi 0–45cm (*intimní zóna*), 45–120cm (*osobní zóna*), 120 cm a dále – zóna společenská. V každé zóně se lidské smysly chovají jinak. Nejcitlivěji je vnímáno **porušení intimní zóny**, na které organismus nezávisle na vůli, reaguje stejně bouřlivě jako na ohrožení života – připravuje se k obraně (zrychlí se tep, zvýší se tlak, mění se dechová frekvence, stahují se některé svaly, atd.). Proto je třeba vstup do intimní zóny, což se při ošetřování a pečování děje často, předem ohlásit či jinak naznačit, aby pacient nereagoval úlekem, ale přiměřeně – aby vědomě vstup „povolil". *Přibližování má také citový obsah*. „Sociální" vzdálenost mohou při hovoru obě strany (nikoliv při vyšetřování) regulovat tak, jak je jim příjemné.

Na závěr ještě připomínáme, že empatičnosti, stejně jako komunikaci je třeba se učit. Psychologické výzkumy široce pojatého prosociálního chování (komunikace a profesionální empatie) vykazují větší schopnost citové spoluúčasti u žen (lékařek a sester), u obou pohlaví zdůrazňují etiku charakteru, individuální vlohy, roli věku a profesních zkušeností. Muži častěji než ženy empatičnost chování i důležitost psychického stavu pacienta přehlížejí.

Profesionální empatie je ve zdravotnických zařízeních, na onkologických pracovištích zvláště, právem pacienta vyžadována. Každý je schopný se jí naučit, ale v různé míře a závislosti na konkrétní situaci. Výchova k profesionální empatii by měla mít odpovídající místo v edukaci budoucích lékařů i ošetřujícího a pečovatelského personálu jako jedna z důležitých komunikačních dovedností.

(Upravená verze kapitoly Linhartová, V. *Empatie, její význam a formy* z knihy Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada, 2011, s. 71-76.)

Literatura

1/ Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J.: Psychosomatická medicína. Praha: Grada, 1993.

2/ Buda, B.: Čo vieme o empatii. Bratislava: Pravda, 1988, 311 s. ISBN 075-014-88 CVO.

3/ Buda, B.: Empatia: psychológia vcítenia a vžitia sa do druhého. Nové Zámky: Psychoprof,

1994. ISBN 80-967-14-805.

4/ Carlo, G., Randall, B., A.: The Development of Meature of Prosocial Behaviors for Latl Adolescents. Journal of Youth and Adolescence, vol. 31, 2002, no. 1, p. 31–44

5/ Čechová, B., H.: Základem úspěchu je umění naslouchat. Psychologie dnes, 1, 2010, s. 45.

6/ Gavrilova, G. T. P.: Ponjatie empatii v zarubežnoj psychologii. Voprosy psychologii, 2, 1975, 147–158.

7/ Haškovcová, H.: Pravda o pravdě na nemocničním lůžku. Lékařská etika. Praha: Galén, 1994, s. 141–164.

8/ Hoffmann, M., L.: Empatie a rozwój morálny. Gdaňsk: Gdaňskie Wydawnictwo Psychologyczne, 2006.

9/ Hučín, J.: Tělo si o pomoc řekne samo. Psychologie dnes, 6, 2001, s. 9–13.

10/ Křivohlavý, J.: Mám-li pro co žít, žiju. Psychologie dnes, 5, 2001, s. 1–3.

11/ Křivohlavý, J.: Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2001, 279 s..

12/ Linhartová, V. Praktická komunikace v medicíně. Pro mediky, lékaře a ošetřující personál. 978-80-247-1784-5.Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN

13/ Mlčák, Z., Záškodná, H.: Altruistická motivace emocionální empatie a aplikace u vysokoškolských studentek sociální práce. Acta Fakultatis Philosophicae Universitatis Ostraviensis, FFOV, 228, 2006a, no. 11, p. 47–60.

14/ Marshall, B., Rosenberg: Nenásilná komunikace. Řeč života. Praha: Portál, 2008, 221 s., ISBN 978-80-7367-447-2.

15/ Nakonečný, M.: Motivace lidského chování. Praha: Academia, 1996.

16/ Prokopová, J.: Empatie. Vcítění v každodenním životě. Praha: Grada, 2004.

17/ Rogers, C. R.: Způsob bytí. Praha: Portál, 1998.

18/ Serino, C., Marzano, F. M.: The contect of emphaty. Culture, groups, social. Comparsion. Critical psychology, 20, 2007, p. 108–136.

19/ Šimek, J.: Sdělování závažné pravdy v nemoci. Psychologie dnes, 7–8, 2001, s. 14–15.

20/ Wiesenman, T.: A concept analysis of empathy. Journal of Advanced Nursig, 1966, 23, p. 1162–1167.

21/ Záškodná, H., Mlčák, Z.: Osobnostní aspekty prosocionálního chování a empatie. Praha: Triton, 2009, 392 s. ISBN 978-80-7387-306-6.

22/ Rogerovská psychoterapie. Dostupná na: m*edia0.vztahy.717.cz/files/.../16.%20Rogerovská%20psychoterapie.doc*

SDĚLOVÁNÍ ŠPATNÝCH ZPRÁV ANEB ETIKA PŘEDÁVÁNÍ INFORMACÍ

Sdělit pacientovi špatnou zprávu považují snad všichni lékaři za velmi nepříjemnou povinnost, mnozí ji dokonce označují za nejtěžší. Vyloučeny z této povinnosti jsou sestry a ostatní zdravotnický personál, vyplývá to z profesních kompetencí, které by měly být na všech pracovištích striktně dodržovány. V zásadě platí, že rozhovory s pacientem, týkající se jeho diagnózy, léčebných postupů, hodnocení laboratorních výsledků atd., včetně předávání zpráv rodinným příslušníkům, výhradně náleží ošetřujícímu lékaři, popřípadě vedoucímu lékaři zařízení (primáři, přednostovi kliniky) anebo lékaři, který je k tomu speciálně určen, i na předem vymezeném místě, na některých pracovištích, zvláště onkologických, k takovým postupům sahají.

Sdělování špatných zpráv začalo být vnímáno jako jistý problém v souvislosti s vydáváním Etických kodexů a současně s tlakem vyspělé západní medicíny, v níž se rychleji než u nás prosadila praxe *sdělovat pacientovi pravdu o jeho zdravotním stavu*, nic nezatajovat, i když by to byla zpráva fatální. Z toho vyplynula i proměna kvality komunikace a potřeba edukace komunikačních dovedností ve zdravotnických zařízeních. Z praxe víme, že to na některých pracovištích a u některých lékařů u nás ještě znamená jistý problém. Zvláště výrazně zaútočil nový přístup „otevřené komunikace" na onkologická pracoviště.

Důležitou pozici získaly komunikační dovednosti. Mnoho našich zdravotnických zařízení věnuje tomuto fenoménu stále rostoucí pozornost, protože *kvalitní komunikaci ve styku s pacientem* a jeho rodinnými příslušníky vyžadují nejen etické kodexy, ale tento požadavek se také stal jedním ze základních práv pacientů – *práva na pravdivou, dostatečnou a srozumitelnou komunikaci*, což se promítá v několika bodech textu z 25. února 1992 (průběžně je aktualizován) - *Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení; má právo získat od svého lékaře potřebné údaje; má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou spojena s navrhovaným léčebným postupem, pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, musí být o nich informován, ale současně s upozorněním na možné zdravotní důsledky svého rozhodnutí.* Etická hlediska vyžadují, aby byl znovu (bez výčitek) pacient přijat k léčbě v původním zařízení, pokud ho alternativní metody zklamou.

Zvýšená náročnost na rozsah a obsah informací vedla současně k otázkám forem jejich předávání (*jak*?), dokonce požadavek intimity přísného soukromí (právo na diskrétnost) omezuje místo i čas (*kdy a kde* ?) komunikace mezi lékařem a pacientem.

Zhruba už po dvě desetiletí se mezi odbornou literaturou (domácí i cizí, především anglosaské provenience) objevují edukační publikace o komunikaci v medicíně. To samo o sobě ještě neznamená vyřešení problému. Profesní komunikaci je třeba se stále učit a prosazovat ji do každodenní praxe v podstatě v průběhu všech činností zdravotnických zařízení. V poslední době se

dostává jako výukový předmět do učebních plánů lékařských fakult anebo do postgraduálního doktorandského studia. V tom vidím jisté řešení dosud zanedbávaného oboru. *Profesní komunikace* – dovednost vést rozhovory mezi pacientem, jeho sociálním okolím, pacientem tělesně, mentálně, smyslově postiženým a sociálně znevýhodněným, pocházejícím z jiných etnik a kultur, s pacientem od dětského až do gerontologického období – by se měla stát samozřejmou součástí profesní medicínské přípravy. Obdobný požadavek platí i pro zdravotnický personál. Optimisticky tvrdím, že stále budou v komunikaci přetrvávat jisté problémy. Nelze dosáhnout stavu, kdy bezpočet lidských individualit bude mezi sebou komunikovat způsobem, který bezpočet lidských individualit bude vnímat alespoň jako vyhovující.

Jako ilustrační příklad mě napadá asi tři roky starý příběh o oznámení smrti blízkého člověka pozůstalým. Začal „komunikační neobratností" v jedné jihomoravské okresní nemocnici. Opětně upozornil na existující problematičnost komunikace, *způsobu, jímž bylo úmrtí sděleno*. Jedna mladá žena dostala odpoledne na Štědrý den z nemocnice SMS zprávu o náhlém úmrtí svého otce včetně pokynů, kam a kdy se má dostavit s oděvem pro nebožtíka. Zareagovala na ni hluboce emocionálně, stejně jako obecně reagujeme na špatnou zprávu – šokem. Náhlou psychickou bolest, umocněnou snad i tím výjimečným dnem v roce, řešila (psychickou) vzpourou, obviňováním nemocnice, nikoliv za otcovu smrt, ale právě za způsob sdělení zprávy, vyhrožovala žalobou, zainteresovala na řešení v podstatě svého osobního příběhu i tisk a zaměstnávala tím problémem řadu lidí i institucí, do řešení se vložil i hejtman.

Tehdy jsem byla v krátkém rozhovoru požádána o stanovisko. Text zprávy z nemocnice nebyl vůbec pobuřující. Pro nemocnici je problém, jak úmrtí oznámit, když není možnost setkat se s někým z rodiny a komunikovat s ním osobně. Dříve se posílaly telegramy, telefonovalo se, sama jsem se tak dozvěděla o smrti obou svých rodičů a nijak mě to nepobouřilo. Dnes se bohužel spíše než slovu mluvenému dává přednost písemné zprávě odeslané na mobil – funguje jako moderní telegram.

Vzrušené diskuze se bohužel vedly jen o informačním mediu, nakonec se musela ředitelka nemocnice pozůstalé omluvit. Chyběla odborná analýza, téměř bez povšimnutí zůstala přirozená psychická reakce na špatnou zprávu a fakt, že esemeska (způsob předání zprávy) byla pouze zástupným problémem nezvládnutých emocí. Mediálně byl komunikační problém nabízen pouze jako senzace. Napříště by bylo možné podobným kauzám předejít, kdyby při přijímání pacientů k hospitalizaci byl v kolonce - *komu* sdělit zprávu - ještě připsán dotaz – *jak* ji sdělit – (telefonicky, esemes zprávou …), příjemce by pak nemohl ze svého nezvládnutého stresu vinit nemocnici. Sdělení o úmrtí se stává problémem, pokud se nedá uskutečnit přímým a osobním kontaktem, ale ani pak není záruka, že komunikace proběhne ke spokojenosti příbuzných, i když bude vedena bezvadně.

Otázkou je, *co považujeme za špatnou zprávu*. V podstatě je to každá informace, kterou člověk přijímá negativně emocionálně, protože ohrožuje, narušuje nějakým významným způsobem dosavadní psychický a fyzický stav či dokonce ohrožuje bytí. (Tvrzení platí obecně, netýká se pouze zdravotního stavu, může jít o ztrátu zaměstnání

atp.). Hodnocení zprávy jako *špatné*, je poměrně individualizovanou, personalizovanou záležitostí. (Např. i úmrtí příbuzného člověka nemusí být jednoznačně přijímáno jako špatná zpráva, záleží na vztahu k zemřelému. Ostatně ten cynismus známe už ze školní četby.)

Například zpráva gynekologa o graviditě může znamenat pro jednu ženu velkou radost, pro jinou špatnou zprávu, velký problém a odmítnutí dítěte. Jednoznačně špatnou zprávou je např. amputace končetin, nevratná ztráta zraku, ztráta hybnosti apod., všechno, co přináší trvalé či dlouhodobé zhoršení kvality života nebo dokonce volbu mezi špatnou kvalitou života nebo smrtí. Špatnou zprávou je (může být) informace o vážné nemoci či o úmrtí pro rodinné příslušníky. Nepokouším se o definici, pouze o příklady, každý lékař obvykle ví, které informace jsou pro jeho pacienta špatnou zprávou.

Jako *jednoznačně špatná zpráva* je všeobecně přijímáno *sdělení onkologické diagnózy.* Obecně je známo, že úmrtnost na ischemické choroby srdeční je na prvním místě, přesto na tuto diagnózu pacienti tak bouřlivě nereagují. Statistiky totiž stále přesvědčují o tom, že onkologicky nemocní přicházejí do zdravotnických zařízení většinou ve stádiu pokročilé nemoci, kde je lékařská pomoc dosud velmi omezena, a tak více než 50 % nemocných se už nevyléčí. V naší společnosti je sdělení diagnózy zhoubného nádorového onemocnění přijímáno stejně jako vynesení ortelu smrti. Reakce pacientů jsou silně psychicky zraňující. Proto je právě při sdělování této diagnózy – špatné zprávy – kladen mimořádný důraz na komunikaci, tedy na způsob a průběh jejího sdělování. V tomto případě probíhá komunikace zásadně bez jakýchkoliv médií, ústně, „mezi čtyřma očima" a podle pravidel, které je třeba si osvojit.

Při této poznámce si vzpomínám na jeden starší příběh z hematoonkologické kliniky, kde se kladl na komunikaci s pacientem a na způsob sdělování špatných zpráv velký důraz. Zkušenosti se získávaly edukací, cvičením i z komunikačních pastí. Jedna z mladých lékařek, která se snažila „neranit slovem", na dotaz paní „Kde je tatínek?" odpověděla: „Váš tatínek dnes v noci tiše odešel". Překvapená dcera rozpoutala prudkou hádku s výčitkami a hrubiánstvím, vyhrožovala, že bude kliniku žalovat, protože nedokáže uhlídat své pacienty a domáhala se policejního pátrání. V návalu emoce ji nenapadlo, že jde o šetrné, eufemistické vyjádření, bylo obtížné přerušit ji a jednoduše sdělit, že otec zemřel.

Ten příběh by zněl jako úsměvný vtip, kdyby to nebyla skutečná příhoda. Všichni si z ní vzali nezapomenutelné poučení – opatrnost i ohledy na příjemce špatné zprávy mají i svá omezení, správněji vyjádřeno – *sdělování špatné zprávy má svá pravidla.* Rozhodně však vylučují eufemismy, pojmenování musí být přímá, aby nedocházelo k nedorozumění.

Z dlouhodobého pozorování *reakcí na špatnou zprávu* pacientů (a jejich příbuzných) na onkologických pracovištích sestavila americká psycholožka Elizabeth Kübler Rossová v knize *O smrti a umírání* (1969) následující posloupnost několika fází postupných psychických reakcí na sdělení onkologické diagnózy (špatné zprávy) – *šok, zloba a vztek (vzpoura), vyjednávání, uklidnění a smlouvání s osudem, hledání zázraků, smutek a deprese,* nakonec *smíření* (nedo-

chází k němu vždy), při čemž v konkrétních případech nemusejí vždy všechny fáze nastat a individuálně se liší i délkou svého trvání.

Reakce jednotlivých pacientů na slyšenou špatnou zprávu pak „určují" (vyžadují) specifikované (až sofistikované) komunikační postupy.

Nejprve se budeme zabývat zásadami správné komunikace platnými obecně. Považujeme za samozřejmé, že lékař vždy odhadne, *kdy se jedná o špatnou zprávu*, v případě sdělování onkologické diagnózy je tomu tak vždy. V posledním desetiletí se už přestává diskutovat o tom, zda je vhodné pacientovi sdělit pravdu o jeho zdravotním stavu, zavazují k tomu přijatá *Práva pacientů.* Neskončily však diskuze kolem postupu *sdělování pravdy „natvrdo"* právě u onkologických nemocí. Doporučujeme chápat tento „importovaný" přístup (z americké medicíny) jako lékařovu povinnost nic nezatajovat, dokonce ani blízkost smrti. To ovšem z našeho hlediska nevylučuje, jsem přesvědčena, že naopak vyžaduje *sdělení ohleduplné, empatické, etické* (naše kulturní a sociální prostředí se přece dost liší!). Dosáhneme ho tehdy, když se ztotožníme s prověřenými metodickými postupy.

Nepovažujeme za vhodné nacvičovat sdělování špatné zprávy jako „divadelní vystoupení", s čímž se v praxi některých onkologických pracovišť občas setkáváme, stejně tak jako přistupovat k této povinnosti bez předchozí přípravy. Simulované rozhovory s pacienty, jimž bývají navíc přítomni i další kolegové, jsou neživotné. Nedoporučujeme ani vytvářet nějaké přesné postupy. Každý pacient je jiný, stejně jako je jiná každá konkrétní situace probíhající v konkrétním čase, v podstatě jsou proto neopakovatelné. Specifickou roli při nich sehrává psychika (obou zúčastněných), její *projevy jsou vidět a slyšet*, tak jak jsme si vysvětlili už několikráte v předchozí kapitole.

Na neverbální komunikaci, *řeč těla*, nesmíme nikdy zapomínat! Právě mimoslovní projevy jsou většinou pravdivým ukazatelem míry a hloubky momentálního pacientova prožitku, jímž je třeba se řídit při vedení dialogu s pacientem. Toho při simulovaném rozhovoru nedosáhneme, protože reagujeme pouze na slovní projev kolegů, nikoliv na *psychický pacientův prožitek*. Učíme se tak pouze několika frázím, mechanickému postupu, ale ne schopnosti reagovat na to, co cítí a sděluje náš protějšek. Proto je dobrou přípravou na rozhovor především *znalost stavu pacientovy psychiky* (nemocný člověk, zvláště onkologicky nemocný, je mnohem citlivější) a osvojení si (dodržování) obecně platných komunikačních zásad. Nikdy nezapomínáme na to, že i pacient pozorně sleduje řeč našeho těla, dobře vidí a slyší empatii či předstírání a neúčast. Ne náhodou se mluví o tom, že komunikace je současně uměním, stejně jako umění léčit. I *slovo* zraňuje anebo povzbuzuje, dodává sílu a léčí nebo odebírá chuť do života.

Na rozhovor s pacientem je třeba *předem se připravit*, stále máme na paměti, že potřebujeme předat špatné, hluboce zraňující zprávy. Psychická příprava na závažný rozhovor začíná uvědoměním si vztahu k pacientovi, o jaký typ zprávy se jedná, je-li pacientem žena či muž, jaké jsou perspektivy ve vývoji nemoci a léčby, z jakého sociálního a kulturního prostředí pacient přichází, existují alternativní řešení?..., což umožní předejít některým konfliktům.

Třeba vzít na vědomí, že sdělit pacientovi špatnou zprávu představuje *oboustrannou psychickou zátěž* – pro lékaře i pro pacienta

(pro toho vyšší). Proto si zvolíme *příhodný čas a vhodné místo*. Závažná sdělení neodbýváme na chodbách, mezi dveřmi ani v přítomnosti dalších osob (na pokoji před jinými pacienty…), pokud si to pacient výslovně nepřeje. Některá onkologická zařízení už na vážnost rozhovoru lékaře a pacienta pamatují např. vydělenými a k tomuto účelu vybavenými místnostmi, kde je možné pohodlně se posadit a *nerušeně vést dialog,* při němž má lékař možnost dobře sledovat pacientovy verbální i neverbální reakce. Uplatňuje se také praxe, že zásadní rozhovor s pacientem je svěřován lékaři s prokazatelnými komunikačními dovednostmi a profesionální empatií, který dokáže vytvořit potřebnou atmosféru důvěry, tak aby se pacient neostýchal ptát se i na „choulostivé věci" (týkající se třeba jeho intimního života). Taková praxe však není běžná, správné komunikaci s pacientem by se měl naučit každý lékař. Dobře však víme, že to není pro každého stejně snadné; na roli rozdílnosti v etice charakteru, ve schopnosti vytvářet mezilidské vztahy, v emocionální vybavenosti, v inteligenci, vzdělanosti… jsme už poukazovali v předchozích výkladech.

Nejlépe je *začít* rozhovor *od pacienta*, co dosud o svém onemocnění sám ví, co si on (popřípadě jeho příbuzní) o tom myslí, jaká má očekávání atp. Pacienta nejvíce zajímá diagnóza a prognóza onemocnění, méně už detaily o léčebných postupech. Během rozhovoru netlumíme jeho emocionální projevy, neokřikujeme ho, nepodléháme vlastním emocím (už mě to jde na nervy…), chováme se profesionálně empaticky. Ověřujeme si, zda pacient naše slova správně chápe, zda rozumí tomu, co mu sdělujeme, kolik si stačil zapamatovat…

Pokud jsou jeho psychické reakce bouřlivé (upozorňujeme, že to nemusí být pouze slovní a hlasový projev, ale třeba jen mimický a gestikulační), raději rozhovor přerušíme a odložíme – povedeme *rozhovor fázový*, na pokračování. Pokud je totiž pacient zahlcen emocemi, přestává vnímat, *co* je mu sdělováno a mnohé *informace vytěsní*. Po čase bude přesvědčivě tvrdit, že jste mu to či ono vůbec neřekli atd., což může být provázeno různými nepříjemnostmi. Z praxe jich známe dost.

Ani zápis o provedené informaci nemusí být přesvědčivý. Průběh a obsah rozhovoru radíme proto *zaznamenat do pacientovy zdravotnické dokumentace.* Souhlasím, že takové záznamy jsou pro lékaře časově zatěžující, ale naprosto nezbytné pro nutnou informovanost pracovního týmu. Pacient by ho měl podepsat, vhodný je volný list, který je možné do dokumentace vložit. Vyhneme se pak výčitkám ze strany pacienta, který nevzal svůj skutečný stav na vědomí, protože podlehl fenoménu popření. A také máme kontrolu, *kým byl informován.* Je to důležité zvláště ve větších zdravotnických zařízeních, kde nutně jedná s pacientem více členů ošetřujícího personálu, což někdy bývá záminkou k výmluvám, když přesně není stanoveno, kdo zásadní informaci – špatnou zprávu - podá.

Kdo s pacientem přichází do častého kontaktu, měl by znát fázi psychické reakce (podle Kübler Rossové), v níž se pacient právě nachází, aby podle jeho stavu volil vhodný typ komunikace. Také proto je to důležité, aby podávané informace pacientovi i o pacientovi byly shodné (zvláště pak o chvílích jeho umírání). Za těmito řádky se ukrývá má zkušenost s umíráním jedné známé osobnosti v onkologickém zařízení. Z rozhovoru, který poskytl významnému deníku jen několik málo dní před smrtí jsem

nabyla dojmu, že o svém skutečném stavu nic neví. Nakonec se k němu ta špatná zpráva dostala den dva před koncem jeho života. Jeho reakce byla nezapomenutelná. Těžko soudit, zda šlo o nezvládnutou komunikaci (anebo vytěsnění?), komunikační chyba tu určitě byla..

Ani onkologicky nemocnému člověku *nebereme nikdy naději*. Ani tehdy, víme-li, že se nevyléčí a že smrt je neodvratná, bez naděje se ani nedá *dobře* umřít. Naděje na dobrou smrt, je pak tou poslední – zemřít důstojně bez velké fyzické a psychické trýzně. Dobrá smrt není ani fráze ani vtip!

Před závěrem ještě několik poznámek ke komunikaci s dětmi jako rodinnými příslušníky, nikoliv jako pacienty, to vyžaduje samostatnou kapitolu vzhledem k jejich sociálnímu postavení i ke zvláštnostem dětské psychiky. Děti nelze ani v případě vážného onemocnění některého ze členů rodiny vylučovat, anebo skutečný stav zatajovat. Chráníme-li je před zármutkem a bolestí, deformujeme jejich socializaci, ale volíme komunikační prostředky přiměřené jeho věku a stupni duševní vyspělosti. Nikdy jim nelžeme, poučíme je, co mohou či nemohou, svou přítomností mohou úspěšně pomáhat při doprovázení v případě nevyléčitelnosti. Nezesměšňujeme jejich emocionální projevy (kluci nepláčou!), neviníme je z onemocnění (neposlouchals maminku a teď ti umře).

Jen zdánlivě se lékaře tento problém netýká. Na rodinnou situaci svého pacienta by se měl dotázat při rozhovoru, uspořádanost či případné problémy v pacientových soukromých vztazích mohou přispívat k většímu či naopak k menšímu psychickému komfortu. Netroufá-li si nemocný rodič či někdo z rodiny dítěti vše vysvětlit, mohl by požádat o tu službu lékaře, odborná literatura takový postup doporučuje. Trýzeň z postupného ztrácení či ohrožení života jednoho z rodičů, sourozence nebo jiné blízké osoby je pro dítě dostatečnou psychickou zátěží, neprohlubujeme ji žádnými pocity odpovědnosti anebo viny. V tomto směru by měla být vedena edukace komunikace lékařů i sester, které s pacientem a jeho rodinou bývají v častějším styku, lépe ji tak mohou poznat, komunikačními dovednostmi, útěšným, povzbudivým, vlídným… slovem vydatně pomáhají.

Na vědomí máme náročnost zdravotnických zařízení, v nichž se kumulují diagnózy vyžadující výše popsaných komunikačních přístupů. Upozorňujeme na možný *syndrom hlubokého vyčerpání* (vyhoření), nemusí být včas rozpoznán, ale varujme, aby nebyl zlehčován nebo dokonce zcela odmítán. Nejvíce bývají ohrožení mladí a méně zkušení lékaři, komunikačně neobratní, více ženy než muži. Sami se musí umět ubránit pocitům viny z utrpení druhého člověka, protože mu nedokážou pomoci, srovnat se s denní konfrontací s vlastní smrtelností. Proto požadovaná *empatie* musí být chápaná s přívlastkem *profesionálnií* stejně jako veškerá komunikace na pracovišti.

Zkušenosti z dlouhodobého sledování popisované problematiky na jednom brněnském pracovišti potvrdily, že vhodně volená edukace, „rotace“ lékařů, ženy a muži různého věku v pracovních týmech, odpočinek, popřípadě odchod z pracoviště na méně citově exponované místo při obavách z nezvládnutých komunikačních situací a pocitů psychické zátěže jsou osvědčenými

prostředky obrany před vyhořením. Také ovšem za předpokladu, že jsou na pracovišti vědomě budovány dobré mezilidské vztahy, pěstována pohodová nálada, podporovaná kooperace a vzájemná důvěra. V lékařském týmu je stejně důležitá jako ve vztahu s pacientem.

Komunikaci je třeba se učit po celý profesní život reálnými zkušenostmi. Sdělování špatné zprávy je náročným okamžikem nejen pro pacienta, ale i pro lékaře, špatné, neprofesionální vedení komunikace může podstatně ublížit oběma zúčastněným stranám. Profesní komunikace vyžaduje kromě edukace a zkušenosti i dobré vzory, komunikační dovednosti a psychickou odolnost. Pro ošetřovatelský personál je služba pacientům zvláště na onkologických pracovištích (u pacientů v terminálním období) stálou konfrontací s vlastní smrtelností, hodně tedy záleží na tom, jak, oni sami mají vyřešen svůj vztah ke smrti. Radíme pečovat a komunikovat tak, aby neměli pocity dluhu, viny („nečistého svědomí"), výčitky totiž stresují. Kdo nemá cit pro potřeby člověka v nouzi, měl by raději změnit povolání, protože *požadované komunikaci se lze naučit jen částečně* – je přece výrazem i odrazem reality osobnosti a je i uměním. Zvláště komunikace s umírajícími je výrazem schopnosti milosrdenství lékaře i sestry.

POZNÁMKY

1/ Protirakovinné ústavy se začaly objevovat od počátku 20. století, ty první v Rusku (Moskva 1903, Petrohrad 1911), v Německu (Heidelberg 1906), ve Švédsku (Stockholm 1910), ve Francii (Paříž 1914), v Itálii (Turín 1915), od 20. let pak i jinde, včetně speciálních oddělení při stávajících nemocnicích.

2/ V té druhé publikaci se mi podařilo poopravit některá chybná biografická tvrzení týkající se obou Bakešových, důvěřivě převzatá z publikací J. Mrázové (Paměť Ořechova. Vyprávění o lidských osudech. Ořechov, 2006) a G. Novotného (MUDr. Jaroslav Bakeš (1971-1930). Sto pětatřicet let od narození zapomenuté osobnosti historie Brna. Forum Brunense, Sborník prací Musea města Brna, 2007 a Bakešovi v Blansku. Sborník Muzea Blansko, 2007). Pomohl mi k tomu rukopisný deník nevlastního bratra Františka Kyselky, který jsem knižně vydala v roce 2013 pod názvem *Rodinná kronika Františka Kyselky*.

3/ Euthanasium – tady ve smyslu zařízení poskytující paliativní péči

4/ Jaroslav Bakeš se narodil v Blansku v r. 1871. Jeho otec František Xaver Bakeš (1833-1917) byl učitelem, ale brzy po narození syna zakoupil statek v Ořechovičkách u Brna a rodina se tam přestěhovala. F. X. Bakeš tam byl až do roku 1888 ředitelem školy. Jaroslav vystudoval Slovanské gymnázium v Brně, což bylo v tehdejší době projevem českého vlastenectví. V 16 letech odešel na studia medicíny (po vzoru svého děda) do Vídně, z Brna do Vídně bylo blíže než do Prahy a dalším důvodem pro Vídeň byla kvalita tamní lékařské fakulty (česká lékařská fakulta v Praze byla v té době otevřena teprve 4. rok). Později toto rozhodnutí Bakešovi velmi přitížilo, v době popřevratové byl označován za nevlastence, což do značné míry zhatilo jeho životní plány. Ve Vídni se mu jako studentovi narodila nemanželská dcera Anna, kterou jeho rodiče adoptovali a překřtili na Věru. Pro tento mladický poklesek málem nedokončil fakultu. Promoval v roce 1896, absolvoval praxi ve vídeňské Všeobecné nemocnici císaře Františka Josefa na interně a poté na dětské klinice, roku 1897 přijal nabídku svého profesora Čecha Eduarda Alberta, vyhlášené kapacity v chirurgii, a stal se jeho asistentem. Velmi mnoho se od zakladatele české chirurgie naučil, i když Albert po třech letech zemřel. Albert si vedl velmi pečlivé zápisy o všech operacích a měl na svou dobu přísné zásady hygienické, sám byl autorem moderních chirurgických operačních postupů a měl velký smysl pro potřeby nemocných. To všechno Bakeš od něho převzal a rozvíjel ve své chirurgické praxi nejprve v Třebíči (1902-199), poté v Brně v nemocnici U Sv. Anny (1910-1922). Na obou místech vybudoval nejmodernější chirurgická oddělení, včetně výbavy lékařskými přístroji, měl rentgen a některé operační přístroje sám vymýšlel a podle vlastních návrhů nechával vyrobit u vídeňského výrobce lékařských nástrojů Leichtera. Brzy byl znám jako vynikající chirurg. V roce 1906 získal docenturu na Čes-

ké technice, připravoval se na vedení chirurgické kliniky v Brně, kde se očekávalo zřízení druhé české univerzity. Když k tomu v roce 1919 došlo, obsadil místo přednosty chirurgie pražský docent Julius Petřivalský, narychlo jmenovaný profesorem. Bakešovi bylo přičítáno němectví, jeho styky s německou šlechtou (za manželku měl rakouskou šlechtičnu) a neprojevované češství. Pokud šlo o erudici, nemohlo být na pochybách, že patří k chirurgické elitě v Evropě. Měl za sebou mnohá vystoupení na konferencích v zahraničí, originální operační postupy týkající se hlavně žlučníku a operací kolorekta, měl zkušenosti s chirurgickým řešením nádorových onemocnění atp. Navzdory své předchozí přípravě musel opustit nemocnici, kterou „postavil" a vybudoval a uvolnit místo Petřivalskému. Tříleté soužití obou chirurgů v jedné budově, než si Bakeš znovu vybudoval z vojenské nemocnice na Žlutém kopci opět nejmodernější chirurgické oddělení, bylo stresující. Petřivalský si stále na Bakeše stěžoval, obviňoval ho z toho, že úmyslně zdržuje a komplikuje svými náročnými požadavky přestavbu nemocnice, že znemožňuje otevření chirurgické kliniky atp. Neustal v osočování Bakeše ani poté, když už mu uvolnil místo a odstěhoval se na Žlutý kopec. Bakešova nemocnice byla na tehdejší domu mimořádně dobře vybavena a vedena, uměl si vybrat lékaře i personál. Pak přišla jeho matka Lucie s nápadem postavit v Brně novou nemocnici. Boje o realizaci první protirakovinné nemocnice v českých zemích byly značné.Bakeš se spolu se svou matkou stal jejím zakladatelem. Další informace o zakladateli MOÚ Jaroslavu Bakešovi najdete dále v textu.

5/ Lucie Bakešová (1853-1935) se narodila v Blansku v rodině známého hutního lékaře a amatérského archeologa Jindřicha Wankela, mj. objevitele a badatele v Moravském Krasu. Rodina, ač rodiče byli vychováni v německém duchu, se orientovala slovansky a posléze česky vlastenecky. Svědčí o tom mnoho aktivit rodičů i dětí (byly 4 sestry). Lucie jako nejstarší provázela otce na archeologické sjezdy v Moskvě a v Leningradě, sama se zajímala o vykopávky a staré lidové zvyky a umění, byla iniciátorkou a sběratelkou lidové venkovské kultury, sbírala písně, spolupracovala s Janáčkem, oživila prastarou slovanskou slavnost vítání jara Královničky, na statku v Ořechovičkách vzdělávala venkovské dívky, uspořádala v roce 1888 v Ořechově velkou regionální národopisnou výstavu, jíž dala podnět k pořádání Národopisné výstavy československé roku 1895, tehdy grandióznímu podniku Čechů v Praze. V Brně byla významnou sociální pracovnicí v Útulně ženské, pracovala v mnoha spolcích, spolupracovala s Alicí Masarykovou v Českém červeném kříži (budovaly společně s ní a Marií Steyskalovou ozdravovnu pro děti v Crikvenici na Jadranu). Byla iniciátorkou stavby onkologického ústavu v Brně.

Další informace viz v textu.

6/ Bakeš stavební úpravy naplánoval, dohlížel na ně. Nadstavěno bylo další patro, uvnitř bylo vše přizpůsobeno potřebám chirurgické nemocnice, přímo ukázkové byly v té době chirurgické sály

7/ Lidové noviny ze 13. března 1927. str. 14.

8 / Vydal Spolek Dům útěchy, 1929.

9/ Z Bakešovy statistiky můžeme vyčíst, že z celkového počtu 18 343 dosud tam léčených pacientů bylo 811 s nádorovým onemocněním (kromě ambulantních a pro pokročilost choroby nepřijatých) a z toho bylo 728 se zhoubnými nádory.

10/ Prof. F. Hamza stačil ještě napsat spolkové Stanovy a s profesory J. Bělehrádkem, O. Völkerem, A. Trýbem podepsat *Provolání* spolku s výzvou ke všem občanům, kteří souhlasí s budováním Domu útěchy, aby se přihlásili za členy Spolku Dům útěchy, který založili „sociálně cítící pracovníci v Brně".

11/ Fond byl určen na boj s rakovinou a s TBC.

12/ Závěť má datum 2. ledna 1929.

13/ Z pozůstalosti Věry Lesné, která je uložena v Muzeu Blansko.

14/ Dopis byl odeslán prezidentské kanceláři už 13. října 1930, 7. listopadu byl odmítnut. Archiv MU.

15/ Tamtéž.

16/ Novotný, A. Dům útěchy 1928-1935. Brno 1935.

17/ Memorandum vyšlo v časopisu Hygiena, 1933; 3 a 4.

18/ Vzpomínky B. Rozehnala viz Dodatky.

19/ V Ořechově si Bakešových velice váží, po MUDr.Bakešovi je pojmenována ulice, hrob je udržován. V muzeu je mnoho předmětů a památek spojených s jejich životem, konají se vzpomínkové akce, v sále místního kulturního střediska mají panelovou výstavu z budování „Bakešovy" nemocnice a Domu útěchy na Žlutém kopci v Brně.

20/ Lékařská fakulta tehdy sídlila v budovách dnešního Vysokého učení technického na rohu Úvozu a Údolní ulice, aula byla v přístavbě Anatomického ústavu v proluce mezi dvěma budovami techniky.

21/ Naposledy knížkou V. Linhartová, *Lucie Bakešová, doc. MUDr. Jaroslav Bakeš, zakladatelé Masarykova onkologického ústavu v Brně.*

22/ Hlavně bylo argumentováno tím, že je sice z Jesenicka, ale je to německy mluvící Žid , který se nenaučil česky. Konkurz se konal 22. prosince 1933, Werner byl vybrán všemi 11 hlasy. Podrobně o tom psal Jan Kabelík, ČLČ, 1934.

23/ Uvedené citace jsou z článku *Jak čelit vzrůstajícímu nebezpečí rakoviny, 1929.*

24/ Bylo tehdy rozhodnuto, že léčebná i výzkumná část bude mít svého ředitele.

25/ R. Werner se narodil ve Frývaldově, dnešní Jeseník, v roce 1875. Po odchodu z ústavu žil u své sestry v Brně, odkud byl v lednu 1942 transportován do Terezína, kde údajně na selhání srdce zemřel 8. února 1945. Rozepsali jsme se o něm poněkud více, byl totiž jednou z nejzajímavějších osobností moravské medicíny i Masarykova onkologického ústavu. Po válce se na něj rychle zapomnělo, tradovala se jen poněkud posměšná přezdívka „papa Werner". V poválečné atmosféře silného odporu proti všemu německému bylo pochopitelné, že se na Wernera nevzpomínalo, z hlediska historického šlo o nespravedlnost.

26/ Odešel také nadaný fyzik Dr. Jiří Langer, Arnošt Kleinzeller a Jindřich Werner, všichni se jako vědci uplatnili v zahraničí. Po válce se vrátil jen Kleinzeller, který se stal šéfem laboratoří ČSAV. I to svědčí o velmi dobré průpravě pod Morávkovou patronací.

27/ Např. prof. RNDr. et MUDr. Ferdinand

Herčík, DrSc, pokračoval v experimentální radiologii (společně se Šprindrichem), napsal popularizační knížky *Mladý biolog* a *Záření a život*, 1941, společně s prof. Otakarem Borůvkou se věnovali také výzkumu biomatematických metod).

28/ Pod Spolek „Dům útěchy", který spravoval Radioléčebný ústav, patřily i regionální spolky v Uherském Hradišti, Ostravě, v Olomouci, Vsetíně a v Jihlavě.

29/ O tom více v kapitole Cesty k Národnímu onkologickému registru.

30/ Zbyněk Brada pracoval v Morávkově laboratoři už jako student. Do vedení laboratoří se dostal v roce 1955, po desetiletém „vědeckém vakuu", protože Morávek odešel z ústavu v roce 1945 (stal se prvním děkanem farmaceutické fakulty, kterou sám založil). Brada se vrátil ze Švýcarska, v Bernu pracoval v biochemické laboratoři experimentální endokrinologie, od prof. Muralta převzal přesvědčení, že doba patří biochemii, biofyzice a experimentální medicíně. Vyrostl v talentovaného výzkumníka, v laboratoři zavedl supermoderní výzkum imunologického typu. Propojoval s onkologií biochemii a genetiku, ale ta byla v té době zakazována, což značně omezovalo, např. nemohl pokračovat ve výzkumech role histonu. Jeho dva mladí spolupracovníci-studenti, L. S. Hnilica a L. Holoubek odešli na počátku 60. let do USA, kde ty poznatky mohli rozvíjet. Oba se stali profesory, Hnilica v Luisianě, Holoubek v Texasu. Základy a elán si přinesli od Brady ze Žlutého kopce. Nekompetentním vměšováním politiky do vědy zbytečně přicházíme o vědce. I Brada nakonec po roce 1968 emigroval, nakonec se usadil jako profesor na univerzitě v Miami, stal se známou vědeckou osobností.

31/ srv. Metodické opatření 36/1974, Věstník ministerstva zdravotnictví, Koncepce oboru klinické onkologie.

32/ Výsledek byl potěšující, v roce 1989 bylo 92 všech melanomů v Jihomoravském kraji léčeno v MOÚ.

33/ New England Journal of Medicine, 1977; 297, 627.

34/ Tisková zpráva – 26.1.2015.

35/ Ještě se konají onkologické dny v regionech, např. Jihočeské onkologické dny od r. 1993, Banskobystrické onkologické dny od r. 1994.

36/ G. Brulé, S. J. Eckhardt, T. C. Hall, A. Winkler, *Drug Therapy Cancer*. Ženeva: WHO, 1973.

37/ MUDr. M. Konečný vtipnými obrázky odlehčoval tíživou atmosféru v prostředí, kde se často umíralo navzdory usilovné snaze lékařů pacienty nejen léčit, ale také vyléčit. Podepisoval je „Kony", přezdívkou, kterou ho všichni oslovovali.

38/ Např. MUDr. Jan Němec odjel po domluvě s prof. Jeanem A. Klasterským na prvních BOD na dlouhodobou stáž do Bruselu. Musel však splnit Klasterského podmínku, že musí do roka mluvit bezvadně francouzsky, což Němec splnil.

39/ V pozdější době byla ředitelkou Jules Bordet institutu a prof. Univerzity v Bruselu. Nyní je prezidentkou ECCO.

40/ A. Kulakowski byl prezidentem organizace evropských onkologických ústavů OECI v letech 1996-1999, později ředitel Institutu M. Curie ve Varšavě.

41/ Otiskl je v článku *Vize pro onkologii formulovány* jako informaci pro širokou zdravotnickou obec prof. MUDr. Jan

Žaloudík, CSc., v Lékařských listech (č. 25/2003, s. 6-7) přiložených ke Zdravotnickým novinám č. 25.

42/ Od tohoto ročníku byly BOD číslovány římskou číslicí. Konference SZP znovu dostala pořadové číslo 7, tentokráte ovšem také zapsáno římskou číslicí. Znamená to, že v roce 2016 začíná první rok dalšího desetiletí, 30 let konání těchto konferencí bylo tedy dovršeno v roce 2015.

43/ Edukační sborníky vycházely v létech 2001-2012 v jednotné formě, pouze měnily barvu přebalu.

44/ Edukační sborník má poprvé podtitul - s mezinárodní účastí a poprvé uvádí u příspěvků použitou literaturu a literaturu předmětu.

45/ Uvádí se, že přednášky s tématem solidních nádorů vydal v samostatném čísle časopis Postgraduální medicína.

46/ Prof. J. Bártek je původem Čech, pracoval i s manželkou Jiřinou v Masarykově onkologickém ústavu od roku 1983, kam ho přivedl J. Mechl. Do Kodaně odešli společně s kolegou MUDr. Jiřím Lukášem, CSc., v r.1993, na konkurz do ústavu Danich Cancer Society, kde Bártek založil laboratoř Cell Cycle and Cancer. V současné době patří mezi badateli ke světové špičce. Onkologii se věnuje od počátku své praxe. Ve známého vědce rostl už v Masarykově onkologickém ústavu, kde pracoval ve výzkumu. J. Bártek má mimořádné zásluhy v základním i aplikovaném výzkumu a v technologických inovacích při výzkumu regulačních mechanismů dělení nádorových buněk a mechanismů vedoucích ke vzniku nádorů, hlavně v souvislosti s funkcí nádorových supresorů a onkogenů. V poslední době se věnuje studiu regulačních drah aktivovaných poškozením DNA v buňkách savců a úloze těchto mechanismů při vzniku nádorů a v odpovědi na radioterapii a chemoterapii. Podle vlastního sdělení spolupracuje s českými kolegy, hlavně při výchově mladých lékařů.

47/ Postery byly na téma prevence rakoviny prsu a samovyšetření prsu a na prevenci vzniku dekubitů, 2 byly věnovány interpretaci výsledků klinických studií.

48/ Laboratoře se vydělily z ústavní struktury v roce 1954, tehdy se v rámci reorganizace staly výzkumným zařízením Ministerstva zdravotnictví ČR a od 1. ledna 1961 spadaly pod organizační správu Výzkumného onkologického ústavu v Bratislavě vedeného akademikem Viliamem Thurzou. Onkologie na Slovensku byla v té době rozvinutější než v českém prostředí, což bylo dáno tradicí dřívější organizace rentgenologie i radiologie. Laboratoře vedl až roku 1968 velmi nadaný Zbyněk Brada, biochemicky zaměřený onkologický výzkum pozvedl tehdy na úroveň srovnatelnou se světem, ale emigroval. Po něm převzal výzkum v roce 1970 prof. RNDr.a PharmDr, Jan Kovařík, DrSc.

49/ V této době také Lachema sponzorovala vydání *Příručky praktické chemoterapie*, byla to první příručka na toto téma autorů – Z. Mechl, I. Koza, ve spolupráci s J. Kopečným, M. Nekulovou, B. Šopkovou, J. Žaloudíka a L. Švancarové.

50/ Prof. J. Kovařík v redakčním úvodu k 1. číslu.Klinické onkologie.

51/ Viz kapitolu Výstavba, byla to realizace ještě dřívějších plánů.

52/ Srv, Žaloudík, J., *Co bylo, je a bude Univerzitní onkologické centrum.* Univerzitní noviny, 2000; 10 (1): 1.

53/ Oddělení dětské onkologie bylo převedeno v roce 1998 na Kliniku, přednostou se stal prof. MUDr. Jaroslav Štěrba, CSc., zkušený onkolog s dlouhodobou praxí i zkušenostmi z ciziny (např. na Cancer Control Center v Kuvajtu).

54/ Např. programy: Analýza dat pro onkologii, Uživatel počítačové sítě, Pregraduální výuka onkologie na Internetu.

55/ Ředitelem byl tehdy MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

56/ Srv, Žaloudík**,** J.**,** *Co bylo, je a bude Univerzitní onkologické centrum.* Univerzitní noviny, 2000; 10 (1): 2.

57/ Klinika má tři oddělení – chirurgické onkologie a operačních sálů, gynekologické onkologie a urologické onkologie.

58/ Viz Dodatky- Jak jsme podepisovali Národní onkologický program.

59/ Prvním léčebným protituberkulózním zařízením v Rakousku-Uhersku byl v roce 1901 ústav pro skrofulózní děti, známý pod jménem svého zakladatele jako Hamzův ústav v Luži-Košumberku. V léčbě tuberkulózy jsme měli v některých ukazatelích i předstih před světem. Něco obdobného, jako byl např. Tatranský zákon z roku 1928, sotva která země měla. Jeho autorem byl také prof. MUDr. František Hamza, v letech 1922-1930 zakladatel a přednosta Ústavu sociálního lékařství na brněnské lékařské fakultě. Hamza se také významně angažoval v bojích o stavbu dnes Masarykova onkologického ústavu, napsal stanovy Spolku Dům útěchy. Otevření ústavu se nedožil, zemřel v roce 1930.

60/ Škorpil, F. *Obecná soustavná pathologie novotvarů*. Praha: Zdravotnické nakladatelství, 1950, 930 stran.

61/ Srv. *Jensen, O. M., et al. Cancer registration: Principles and methods. Lyon: IARC, 1991.*

62/ Empirismus učinil vůdčím motivem vědeckého klinického zkoumání přesvědčení, že základem diagnostiky, prognózy i terapie je patologicko-anatomický nález.

63/ Oba vědci došli k názoru, že novotvary vznikají z nedozrálých buněk. Bakteriolog Edwin Klebs (1834-1914) k nim připojil myšlenku, že většina nádorů má svůj původ v epitelárních tkáních a patolog W. Waldeyer - že nádorové buňky vznikají z normálních, které se ovšem začnou nekontrolovaně dělit. Tak se počátkem 70. let devatenáctého století zrodila v Německu buněčná teorie.

64/ Tato metoda se udržela až do poloviny 70. let 20. století, kdy byla mastektomie opuštěna, protože byla považována za zbytečně mrzačící. Od 90. let se u malých a včasně diagnostikovaných nádorů vžila extirpace kombinovaná s ozářením jako alternativa k úplné mastektomii.

65/ Srv. článek L. Bakešové *Čeho je v Brně třeba*.

66/ Evidenci si J. Bakeš vedl i o všech prováděných operacích, naučil se to jako asistent Eduarda Alberta, známého profesora chirurgie českého původu na Vídeňské univerzitě. Bakeš vydal své operační záznamy ve dvou knihách – Chirurgické metody a jejich výsledky, III. díl už vydal jeho následovník MUDr. Antonín Novotný. Originál záznamů Bakešových operací patří k ceněným památkám MOÚ.

67/ Tiskopis Hlášení zhoubných nádorů byl zaveden od 1. ledna 1951.

68/ Srv. Metodické opatření 36/1974, Věst-

ník ministerstva zdravotnictví, Koncepce oboru klinické onkologie.

69/ Do dějin rozvoje onkologie nejen v MOÚ se Šprindrich zapsal vyhledáváním nových léčebných postupů (např. uvedením do provozu radiové bomby), ale také terénními pátečními epistážemi (v rozmezí let 1951-1955), které vymysleli společně tehdy s externím lékařem ústavu J. Švejdou. Výsledky v léčbě rakoviny je neuspokojovaly, proto hledali řešení v sekundární onkologické prevenci, vyjížděli „do terénu" zjišťovat výskyt zhoubných gynekologických a plicních nádorů u obyvatelstva Jihomoravského kraje (nesporně po zkušenostech s obdobnou prevencí kolegů rentgenologů, kteří tak činili v rámci Ligy proti tuberkulóze). Na tehdejší dobu, kdy se teprve u nás začínal systematicky budovat Národní onkologický regisr, aby se zjistil výskyt a rozložení nemocných rakovinou, to byla aktivita pozoruhodná, velmi záslužná. A ve světě výjimečná!

70/ 1. PET skener byl v Praze v nemocnici Na Homolce v r. 1999.

71/ Pro zajímavost – v roce 2014, kdy připravujeme tuto publikaci, bylo celkem vydáno 216 685 porcí jídel pro pacienty a 84 739 obědů pro zaměstnance. (Z Výroční zprávy za rok 2014.)

72/ Jsem velmi ráda, že vedení ústavu souhlasilo s mým návrhem, aby byl pavilon pojmenován po prvním řediteli ústavu, který v něm pouze s několika málo zaměstnanci začal uskutečňovat náročný program navržený Bakešem. Prof. MUDr. Werner byl až do roku, kdy jsem vydala publikaci Kapitoly z dějin Masarykova onkologického ústavu (k 75. výročí jeho vzniku) téměř zapomenut, v ústavu po něm zbyla už jen blednoucí památka v tradované přezdívce „papa Werner".

PRAMENY

Dokumenty A3 LF – CSc. 61/8 – dr. Vorlíček. Archiv Masarykovy univerzity v Brně.

A3, Lékařská fakulta, CI, karton č. 50, Dům útěchy. Archiv Masarykovy univerzity v Brně.

A3, Lékařská fakulta, A III/3, karton č. 1-5. Zápisky ze schůzí profesorského sboru. Archiv Masarykovy univerzity v Brně.

POUŽITÁ LITERATURA

ASCHERMANNOVÁ, A., JAKOUBKOVÁ, J., PŘIBYLOVÁ, O., *První zkušenosti s preparátem Carboplatin*. Sborník BOD, VÚKEO, Brno,1986; 157.

BAKEŠ., J., *Jak čelit vzrůstajícímu nebezpečí rakoviny***.** Brno; Spolek DÚ, 1929.

BAKEŠ., J., *Chirurgické metody a jejich výsledky, I.* Brno 1924.

BAKEŠ., J., *Chirurgické metody a jejich výsledky, II. Brno 1928.*

BAKEŠOVÁ, L. *Čeho je v Brně třeba.* Lidové noviny, ráno, 1927; 35(130): 14.

BRABEC, V., *Molekulární aspekty mechanismu protinádorového působení cisplatiny***.** Biologické listy, 1990; 55(1): 42-58.

BRABEC, V., *Nové možnosti v léčbě zhoubných nádorů sloučeninami platiny a ruthenia.* Živa, 1998; 4: 148-149.

BRADA, Z., *Rukopis dopisu ze 30. listopadu 2005.* Archiv Kabinetu dějin LF MU.

ČEJKA J. , *Pohled do minulosti Masarykova onkologického ústavu v Brně,* Brno: MOÚ 2004.

DUŠEK, L., ŽALOUDÍK, J., SKOČOVSKÝ, L., *Centrum informatiky a analýz UOC (CIA UOC) při LF MU v Brně.* Klinická onkologie, 1999; 12(5): 181.

FELLER, A., *Radiumkanony v léčení zhoubných nádorů.* Časopis lékařů českých, 1939; 12: 618-621.

FRANC, A., *Historie vývoje a výroby léčiv brněnské firmy Lachema.* Československá farmakologie, 2014; 63: 90-98.

HEJL, J., HEJLOVÁ, N., KISS, F., PIPALOVÁ, I., JURÁŠKOVÁ, V., REJDOVÁ, Z., *Vliv Carboplatiny na dřeňovou hematopoesu,* Sborník BOD, VÚKEO, Brno, 1986;. 2.

KUBEC, V., Náročný program a cíle klinické onkologie. Klinická onkologie, 1988; 3(1): 2.

HORVÁTH, T., Dimenze onkochirurgie. Klinická onkologie, 2013; 26(4):297.

JOUKALOVÁ, Z., PUCHRIKOVÁ, H., *Onkologické informační centrum v Brně.* Klinická onkologie, 2005; 18(2): 50.

KISS, F., HÁJEK, E., BOHUMÍNSKÁ, M., SLOVÁK, Z., MECHL, Z.,

KISS, F., *Příběh o neformální spolupráci brněnských chemiků, onkologů, a řady dalších odborníků. (Z historie Lachemy a Masarykova onkologického ústavu v období let 1980-1995).* Rukopis dostupný na: https://wordviev.officeapps.live.com/wv/wordviewerframe.a.s.

NEKULOVÁ. M., *Klinická farmakokinetika léčivého přípravku Carboplatin Lachema.* Klinická onkologie, 1986; 1(1): 116.

KABELÍK, J., *Organisace lékařského vedení Domu útěchy v Brně.* Časopis lékařů českých, 1934; 5: 139-140.

KONEČNÝ, M., *Náplň klinických studií prováděných v rámci běžné léčebně-preventivní práce ve VÚKEO v Brně.* Listy VÚKEO, 1977; 10-12.

KOZA, I., KLVAŇA, L., OPÁLKA, P., MAINER, J., JAKOUBKOVÁ, A., ASCHERMANNOVÁ, A., VYDRA, J., *Carboplatina. Klinická studie fáze II.* Klinická onkologie, 1986; 1(3): 88.

KUČERA, F., PTÁČKOVÁ, B., MECHL, Z., *Léčba pokročilé rakoviny vaječníků Cisplatinou***.** Sborník BOD, VÚKEO, Brno, 1984; 172.

LINHARTOVÁ, V., *Kapitoly z dějin Masarykova onkologického ústavu*. Brno: Masarykův onkologický ústav v Brně, 2010. ISBN 978-80-86793-14-6.

LINHARTOVÁ, V., *Praktická komunikace v medicíně.* Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784.

LINHARTOVÁ, V., *Náhoda pomáhá pouze připraveným.* (K 70. narozeninám prof. MUDr. Zdeňka Mechla, CSc.) Univerzitní noviny, Brno: Nadace Universitas Masarykiana v Brně, 1999; 7(3): 22-25. ISSN 1211-6866.

LINHARTOVÁ, V., *Dvacet let Interní hematoonkologické kliniky LF MU Brno (1989-2009).* Brno: MU 2011. ISBN 978-80-210-5554-4.

LINHARTOVÁ, V., *Česká onkologická společnost ČLS JEP*. Storočenka. Historie České lékařské společnosti J. E. Purkyně. 2 .vydání. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, Praha, 2005; 137-141.

LINHARTOVÁ, V., *Onkologové v boji proti rakovině*. Univerzitní noviny, Brno: Nadace Universitas Masarykiana v Brně, 2003;10(9): 28-31. ISSN 1211-6866.

LINHARTOVÁ, V., *K brněnské onkologii*. Univerzitní noviny, List Masarykovy univerzity a Nadace Universitas Masarykiana., Brno: Nadace MU, 2002; 9(9): s. 11-14. ISSN 1211-6866.

LINHARTOVÁ, V., *8. brněnský den paliativní medicíny*. Univerzitní noviny, List Masarykovy univerzity a Nadace Universitas Masarykiana., Brno: Nadace MU, 2002; 9(9): 9-10. ISSN 1211-6866.

LINHARTOVÁ, V., *Nová Klinika komplexní onkologické péče.* Univerzitní noviny, List Masarykovy univerzity a Nadace Universitas Masarykiana., Brno: Nadace MU, 2001; 8(8): 11-12. ISSN 1211-6866.

LINHARTOVÁ, V, *Rozhovor s doc. MUDr. Janem Žaloudíkem, CSc., o Univerzitním onkologickém centru.* Univerzitní noviny, List Masarykovy univerzity a Nadace Universitas Masarykiana, Brno: Nadace MU, 2000; 7(1): 49-52. ISSN 1211-6866. 2000.

LINHARTOVÁ, V., *Rakovina - nemusí být dotekem smrti*. Univerzitní noviny, Brno: Nadace MU, 1998; 5: 37-38. ISSN 1211-6866.

LINHARTOVÁ, V., *Jak jsme podepisovali Národní onkologický program.* Dolina, J., Lékařovy letokruhy. Povídky II. Brno, 2010; 148-154.

LINHARTOVÁ, V., *K historii klinické, experimentální a radiační onkologie v České republi-*

ce. Jurga, Ľ, Klinická a radiačná onkológia založená na dôkazoch, 1. díl, Martin: Osveta, 2010; 25-46. ISBN 978-80-8063-302-8.

MASARYKOVA léčebna „*Dům útěchy" v Brně*. Brno: Dům útěchy, 1935.

MECHL, Z., *Ketokonazol*, Sborník BOD, VÚKEO, Brno, 1986; 161.

MECHL, Z., *Cisplatina, pilotní studie.* Chemotherapia Oncologica, 1982; 5" 35-51.

MECHL, Z., *Cisplatina, klinická fáze I a II.* Chemotherapia Oncologica, 1982; 5: 100-109.

MECHL, Z., *Význam cisplatiny v kombinačních léčebných postupech u solidních nádorů.* In Chemotherapia Oncologica, 1982; 6: 34-38.

MECHL, Z., *Chemoterapie nádorů***.** Brno; VÚKEO, 1977, 80 stran

MECHL, Z., Nové *indikace cisplatiny v léčbě nádorových onemocnění.* Časopis lékařů českých, 1984; 123(3): 65-69.

MECHL, Z., ŠOPKOVÁ, B., NEKULOVÁ. M., KISS, F., *Karboplatina, nový aktivní analog Cisplatiny,* In Sborník BOD, VÚKEO, Brno, 1986;. 118.

MECHL, Z., NEKULOVÁ, M., TÓTH, Š., NĚMEC, J., KISS, F., ŠOPKOVÁ, B.,
Carboplatin (CBDCA) – klinická studie, fáze I. Klinická onkologie, 1986; 1(1): 121.

MECHL, Z., VORLÍČEK, J., *Historie protinádorové terapie***.** Klinická onkologie, 1998; 11(6): str. 173-182.

MORÁVEK, V., *Laboratoře*. In Masarykova léčebna „Dům útěchy" v Brně. Brno: Dům útěchy, 1935; 11.

NEKULOVÁ. M., MECHL, Z., ŠOPKOVÁ, B., *Peplomycin*, Sborník BOD, VÚKEO, Brno, 1986; 151.

NEKULOVÁ. M., MECHL, Z., ŠOPKOVÁ, B., SKALKOVÁ, D., *Sledovámí toxicity Carboplatin.* Sborník BOD, VÚKEO, Brno, 1986; 128.

NEUHYBEL, P., BERÁNEK, L., ŽERT, Z., VORLÍČEK, J., KLEINWACHTER, V.,
KISS, F., *Testing the toxicity of Cis-diammine-dichlorplatinum komplex in pigs in view of pathomorphology.* Veterinární medicína, 1982; 5(27): 257-282.

NOVOTNÝ, A. *Vznik a úkol protirakovinového ústavu „Dům útěchy"*. In Masarykova léčebna „Dům útěchy" v Brně. Brno: Dům útěchy, 1935; 2.

OKTÁBEC, Z., JAMPÍLEK, J. *Stručná historie chemoterapie.* Chemické listy 2013; 107(151-159).

PETRUŽELA, L., *Pohled na vývoj onkologie ve 3. tisíciletí.* Klinická onkologie, 2009; 22(5):249.

ROB, L., JAKOUBKOVÁ, J., ZAVADIL, M., *Cisplatina a Vepesid u rezistentních forem choriokarcinomu.* Sborník BOD, VÚKEO, Brno, 1990; 46.

ROZEHNAL, B. *Cesta k řešení nemocniční otázky města Brna*. Brno 1949.

STRATIL, P., *Nedostatky ve výživě, jako jeden z faktorů působících při vzniku nádorových onemocnění, zejména GIT.* In Sborník BOD, VÚKEO, Brno, 1986; 179.

SVĚTLÁK, M., SUCHÝ, A., *Psychologická péče o zdravotníky v onkologii, současná teorie a praxe v podmínkách českého zdravotnictví.* Klinická onkologie, 2011; 24(5): 4

ŠOPKOVÁ, B., *Úloha sestry v protinádorové chemoterapii*. Sborník BOD, VÚKEO, Brno, 1986; 197.

ŠOPKOVÁ, B., MECHL, Z., *Interferon* – přehled ze studií na ECCO Stockholm, 1985. Sborník BOD, VÚKEO, Brno, 1986: 164.

ŠOPKOVÁ , B., MECHL, Z., NEKULOVÁ., M.., *Carboplatina – fáze I klinického zkoušení.* In Sborník BOD, VÚKEO, Brno, 1986: 152.

ŠVEJDA, J., a kol. *K historii VÚKEO v Brně*. Listy VÚKEO, 1977; 2-5.

ŠVEJDA, J., *Vědecká činnost VÚKEO v Brně*. Listy VÚKEO, 1977; 7-9.

Tisková zpráva XXXVIII. brněnské onkologické dny (BOD) a XXVIII. konference nelékařských zdravotnických pracovníků.

VANÝSEK, R., *Primář Dr. Jar. Bakeš zemřel*. Lidové noviny, 7.10.1930.

VOJTĚŠEK, B., vědecký ředitel RECAMO, **VALÍK, D.,** výkonný ředitel RECAMO, **VORLÍČEK, J.,** ředitel MOÚ, *Slavnostní otevření Morávkova pavilonu* Masarykova onkologického ústavu (MOÚ) v Brně v rámci projektu RECAMO - pátek 18. 1. 2013. Tisková zpráva.

VORLÍČEK, J., *Některé problémy nefrotoxicity*. Brno,1984. Uloženo ve fondu ABA001 [NK ČR Praha], sign. Kand. 011749.

VORLÍČEK, J., **ABRAHAMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H.,** *Klinická onkologie pro sestry. Praha: Grada, 2007.*

Výroční zpráva 2014. Masarykův onkologický ústav v Brně.

VYZULA, R., ŽALOUDÍK, J., *Univerzitní onkologické centrum v Brně*. Sanquis, 2003; (26): 20.

WERNER, R., *Úkoly a zařízení oddělení klinického*. In Masarykova léčebna „Dům útěchy" v Brně. Brno: Dům útěchy, 1935. 8.

ZAJÍC, J., MACHÁČEK, J., PODSTATA, J., *Cisplatina v potenci účinků radioterapie***.** Klinická onkologie, 1986; 1(1): 130.

ŽALOUDÍK, J., *O prvenství české republiky*. Klinická onkologie, R. 12, č. 4, 1999, s. 139.

ŽALOUDÍK, J., **FAIT, V**., *17. Brněnské onkologické dny 1993*. Klinická onkologie, 1993;. 8 (4): 112.

ŽALOUDÍK, J., *Co bylo, je a bude Univerzitní onkologické centrum.* Univerzitní noviny, 2000; 10 (1): 1-4.

ŽALOUDÍK, J., *Úvodní slovo,* Klinická onkologie, 2005; 18 (1): 1.

ŽALOUDÍK, J, *NoT ReSting SurGEONS aneb stručný parametrický standard pro onkochirurgii.* Rozhledy chirurgie, 2010; 89(10): 583-587.

ŽALOUDÍK, J., *Onkologický výzkum České republiky v souvislostech.* Klinická onkologie, 2007; 22(6): 405.

ŽALOUDÍK, J., VYZULA, R., DUŠEK, L., *Potřebujeme prediktivní onkologii.* Klinická onkologie, 1999; 12(3): 110.

Internetové zdroje

Klinická onkologie: http://www.prolekare.cz/klinicka-onkologie-informace?confirm_rules=1

Osobní rozhovory:

BÁRTEK, Jiří, prof. MUDr., CSc. , d. h. c., Kodaň

BRABEC, Viktor, prof., RNDr., DrSc., Biofyzikální ústav ČAV. Prestižní cena Akademie věd za dosažené vynikající výsledky velkého vědeckého významu.

BRADA, Zbyněk, prof. MUDr., Miami,

JOUKALOVÁ, Zuzana., PhDr., tisková mluvčí MOÚ.

KISS, František., Ing., CSc., držitel dvou Evropských patentů, Státní vyznamenání Cena Předsedy Státní komise pro vědeckotechnický a investiční rozvoj.

KOVAŘÍK, Jan, prof. MUDr., CSc., vedoucí biochemických laboratoří v MOÚ (1968-

MATĚJKA, Michal, Ing., technolog v Lachemě.

MECHL, Zdeněk, prof., MUDr., CSc., emeritní primář MOÚ, státní vyznamenání Cena Předsedy Státní komise pro vědeckotechnický a investiční rozvoj.

NOVÁK, Jiří, MUDr., vedoucí úseku NOR v MOÚ.

ŠLAMPA, Pavel, prof. MUDr., CSc., přednosta Kliniky radiační onkologie LF MU v MOÚ.

ŠOPKOVÁ-AUGUSTINOVÁ, Božena, MUDr., CSc. chemoterapeutka v MOÚ

VORLÍČEK, Jiří., prof., MUDr., CSc., d.h.c., ředitel Masarykova onkologického ústavu v letech 2008-2014. Vyznamenání prezidenta republiky ČR Za zásluhy o stát.

VYZULA, Rostislav., prof., MUDr. CSc., ředitel Masarykova onkologického ústavu v letech 2003-2008.

ŽALOUDÍK, Jan., prof., MUDr., CSc., ředitel Masarykova onkologického ústavu v letech 2001-2002 a opětně od roku 2014 (posud).

ŽERT, Zdeněk, MVDr., CSc., Veterinární a farmaceutická fakulta, katedra chorob koní
státní vyznamenání Cena Předsedy Státní komise pro vědeckotechnický a investiční rozvoj.

JMENNÝ REJSTŘÍK

A
Abrahámová, J. 117
Adam, Z. 77
Adamus, J. 48
Aglieta, M. 58
Ahlberg, K. 61
Albert, E. 147
Albertazzi, I. 58
Alexa, F. 59
Angelin, S. 61
Arapantoni-Dadioti, P. 59
Arthur, G. 63
Atkins, M. B. 62
Azevedo, W. F. 62

B
Bachelor, S. 58
Bakeš, J. 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 21, 22, 27, 73, 85, 86, 97, 98, 147, 148, 149, 152, 153
Bakešová, L. 9, 10, 11, 12, 14, 15, 27, 85, 86, 147, 148, 149, 152
Balážová, E. 37, 41
Bártek, J. 63, 151
Bártková, J. 63, 151
Baumforth, K. 61, 62
Beal, F. 61
Bek, M. 47
Bělehrádek, J. 149
Bellman, L. 63
Bendová, M. 59
Beránek, L. 38
Birsan, T. 62
Bláha, O. 59
Bonner, J. 61
Bordet, J. 51, 150
Borůvka, O. 20
Bosman, F. 59
Bouša, Z. 68
Boyle, P. 58
Brabec, V. 33, 41, 43
Brada, M. 63, 64
Brada, Z. 21, 150, 151
Brebercina, M. 62
Brodowicz, I. 64
Brykczyňska, G. 53, 61, 62, 63
Buček, J. 38
Budi, N. 60
Bulinski, J. C. 62
Burian, A. 95
Buriánek, I. 37, 40
Busch, G. 81

C
Ciardiello, F. 65
Clain, K. 58
Coiffier, B. 59
Collins, R. H. 61
Conte, P. F. 59
Cserni, G. 59
Cullus, D. 53, 61
Cvitkovič, E. 34, 38
.

Č
Čapák, I. 58
Čejka, M. 19
Černý, V. 37
Červ, L. 24

D
David, I. 59
Demott, D. F. 62
Dewald, D. 64
Dienstbier, Z. 69
Dik, J. 61
Dinas, A. 63
Douillard, J. I. 64

Drbal, J. 24, 73, 95
Drobník, J. 34, 35, 36, 37, 39, 41
Drozdová, A. 21, 23, 92
Dörr, A. 59
Duchoň, P. 59
Dušek, L. 78, 109
Dvořák, V. 115
Dziki, A. 62

E
Eckhardt, S. 39, 48, 70, 150
Edwards, M. 53, 61
Ehmann, J. 62
Eliopoulos, A. 62
Elston, C. 59
Engmann, K. 59
Eserech, J. P. 62

F
Fait, V. 50, 71, 109
Feller, A. 15, 19
Ferrante, P. 58
Filipová, M. 41
Fickinger, J. C. 64
Flaherly, K. T. 62, 63
Floretova, I. 65, 109
Fischer, V. 13, 15
Foltýnová, V. 70
Foremann, M. K. 61
Fourtouna, A. 62
Frederico, M. 62
Fridrichová, V. 45, 54, 68
Frei, E. 63

G
Gabriel, M. 92
Garces, Y. I. 61
Georgescu, D. 59
Glaus, A. 61
Golouhg, R. 59
Golubovi, A. 60
Grigoras, D. 59
Grippo, J. 63
Gronowitz, S. J. 64
Guduzi, B. 60
Guldberg, P. 61
Gusterson, B. 59
Gerszten, P. C. 64

H
Hájek, F.
Hájek, P. 117, 119
Hájek, R. 140
Hanák, A. 40
Hall, T. C. 150.
Hall, P. 58
Halacker, K. 62
Halstedt, W. 84
Haluzová, S. 49, 68
Hamza, F. 147, 152
Hanson, K. 53, 61
Hasleton, P. 57
Harper, R. W. 62
Hašek, D. 52
Havlásek, L. 115
Hejduk, B. 12, 115
Hejl, J. 41
Henrich, P. 61
Herčík, F. 20, 150
Hirsch, V. 64
Hnilica, L. 150
Holoubek, I. 150
Honzák, R. 59
Holub, J. 40
Hrdlička, M. 19
Hrubiško, M. 41
Hrushesky, W. J. M. 58
Hsu, A. 62
Hudis, C. 59
Hupp, T. 58

CH
Chapman, P. 63
Chott, A. 62
Chung, C. H. 62

J
Jakl, L. 117
Joffe, R. 62
Jones, T.C. 58
Joukalová, Z. 5, 105
Jurásková, A . 41

K
Kabelík, J. 28, 149
Kadlecová, D. 21, 92
Karaitianos, I. 62
Karner-Hanus, J. 62
Karseladze, A. 59
Kast, T.
Kašťák, B. 23, 24, 49, 70, 73
Kerpel-Fronius, S. 39, 49
Kim, K. 63
Kirchner, H. 57
Kiss, F. 5, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42
Kiss, I. 77, 109, 110
Klapper, W. 62
Klastersky, J. A. 51, 62, 150
Klaus, V. 81, 82, 120
Klebs, E.
Kleinwechter, V. 41
Klusáková, P. 125
Knitlova, J. 61
Kocourková, J. 51
Kolači, K. 70
Kolakowski, A. 59, 150
Kolarič, K. 38
Kolář, V. 19
Komenský, J. A. 124
Konečný, M. 48, 150
Konrád, J. 41
Kopečný, J. 70, 151
Koszarowski, T. 83, 84
Kotas, J. 19
Koutecká, E. 41
Koutecky, J. 49
Kovalský, J. 126
Kovařík, J. 5, 21, 23, 24, 68, 69, 70, 151
Koza, I. 47, 51, 151
Kozubík, A. 77
Kralovics, R. 65
Kramarova, E. 58
Kropela, E. 70
Křivinka, G. 95
Kudláček, A. 40
Kudličková, Z. 47, 70
Kuilenburg, A. 62
Kulakowski, A.
Květina, J. 41
Kühler, I. 62
Kübler-Rossova, E. 141, 143,
Kwast, T. 59
Kyselka, F. 147

L
Landy, K. 57, 58, 59, 60, 62
Langer, J. 19, 149
Lawnik, M. S. 58
Lazar, E. 59
Láznička, A. 41
Lee, R. 63
Lesná, V. 5, 149
Lichowik, D. 61
Linhartová, V. 120, 130, 137, 138, 149
Lombard, A. 59
Lonning, P. E. 59
Lopez, C. 59
Lordick, E. 65
Lukáš, J. 151

M
Malíř, A. 47
Manič, D. 62

Mauer, B. 61
Manus, M. T. 62
Martine, F. 53, 61
Martinec, V. 20
Marungolo, M. 58
Masaryk, T. G., 14
Masaryková, A. 14, 148, 149
Maskow, G. 57
Matějka, M. 40
Matoušek, F. 115
May, Ch. 58
Mayer, J. 77, 78
Mego, M. 65
Mechl, Z. 5, 22, 23, 24, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 46, 47, 48, 56, 67, 68, 69, 70, 74, 78, 151
Mendorf-Pouilly, S. 59
Messiaen, L. 59
Mewhirter, N. E. 58
Miksche, M. 57
Miladinov, E. 62
Müller, G. 14
Morad, A. 58
Morávek, V. 15, 19, 20, 21, 28, 94, 99, 116, 149, 150
Moore, M. 57
Morton, W. 84
Murrary, P. G. 61, 62

N
Nabholtz, J. M, 59
Naomi, E. 58
Nagy, A. 62
Nebeský, T. 70
Nekulová, M. 151
Němec, J. 150
Neuhybl, P. 38, 41
Neumannová, R. 77
Nobholtz, J. M.
Nolop, K. 63
Nosková, D. 41
Novák, F. V. 28
Novák, J. 5, 159
Novotný, A. 28, 73, 115, 149, 152
Novotný, J. 40

O
Olsewski, W. 59
Oskay-Özelik 65

P
Pačovský, M. 22, 47
Patronogič, A. 62
Pereira, M. 65
Peters, S. 64, 65
Peters, M. 64, 65
Petit, T. 59
Petřík, J. 28
Petrovič, T. 62
Petřivalský, J. 11, 148
Persson, G. 58
Peyron, M. 33
Pfeifer, B. L. 62
Phung, A. D. 62
Piccartová, M. 48
Pohlman, P. R. 62
Pöhlman, I. 62
Polák, L. 19
Puzanov, I. 62, 63, 64

R
Racia, F. 59
Radovanovic, Z. 62
Ram, E. 61
Rejthar, A. 23, 24, 668, 70
Rešlová Vasiluková, S. 34
Rivis, I. A. 59
Reynolds, C. P. 61
Rodenhuis, S. 59
Rogers, C. R. 133, 138
Rosenberg, B. 34
Rosti, G. 58

Rovný, A. 58
Rovný, F. 58
Rovný, I. 58
Rozehnal, B. 14, 15, 100, 115, 116, 149
Rubiško, M. 141
Růžička, D. 40
Rokitanský, K. 84
Rothenberg, M. L. 62
Roussy, G. 115

Ř
Řehořek, P. 58

S
Saudek, V. 41
Selakovič, V. 62
Selingson, A. 61
Semanova, E. 61
Schideck, T. 62
Simone, M. 61
Sklodowska-Curie, M., 27, 115
Skřičková, J. 77
Slabý, O. 50, 65
Slavik, M. 70
Soares, J. 60
Sorge, M. 60
Sosman, J. A. 62, 63
Spurný, I. 77
Spurný, M. 92
Steyskalová, M. 148
Steene, J. V. D. 59
Strnad, F. 22, 62
Surez, B. 62
Sveetenham, J. 57
Svoboda, M. 30, 50, 65, 71, 109

Š
Šafr, R. 80, 109
Šimek, A. 137, 138
Šimíčková, M. 24
Škarda, J. 62
Šlampa, P. 30, 109, 110, 159
Šopková-Augustinová, B. 22, 37, 39, 47, 48, 49, 56, 70
Šprindrich, J. 15, 19, 20, 21, 29, 92, 116, 150, 153
Štěrba, J. 64, 78, 109, 152
Študent, V. 53
Švarcarová, L. 151
Švejda, J. 23, 34, 41, 46, 47, 67, 93
Švihovec, J. 51

T
Takashi, T. 61
Teleky, B. 62
Tannenberg, S. 49
Teppo, I. 59
Terry, R. 61
Tesařík, Z. 58, 59
Thoresen, S. 59
Thurzo, W. 48, 151
Tolcher, A. W. 62
Toma, M. 59
Tomášek, J. 64, 65
Trýb, A. 149
Tudor, C. 59
Turashvil, G. 62
Toyngy, T. 62

U
Uher, V. 20
Ujházy, V. 37, 41, 49, 51
Uhrová, Z. 40

V
Valík, D. 29, 50, 109, 111
Vansteenkiste, J. 61
Vanýsek, R. 11
Vasile. I. 60
Velíšek, J. 20
Vemeluen, W. 62
Vermousek, I. 24
Veronesi, U. 22, 23
Viale, G. 60

Vicko, F. 60
Vrána, V. 95
Vávrová, K. 61, 123
Vorlíček, J. 5, 24, 25, 38, 39, 49, 74, 76, 78, 81, 99, 117, 118, 119, 120
Vorlíčková, H. 51
Völker, O. 149
Vujosevič, B. 62
Vyzula, R. 5, 24, 25, 30, 37, 50, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 95, 109, 110, 117, 119

Q
Quader, M. 64

W
Wankel, J. 148
Wastersky, J.70
Waldeyer, W. 151
Weber, B. 60
Wei, W. 62
Weigl, J. 117
Weiler, S. 63
Wellch, W. H. 84
Weronesi, U.
Werner, R. 8, 15, 17, 19, 20, 27, 28, 29, 73, 86, 96, 98, 100, 149
Wietzman, S. 62
Winkler, A. 47, 48, 150
Wirchov, R. 84
Woodman, C. 65
Wright, J. J. 62

Y
Yang, P. 61

Z
Zacherl, J. B. 62
Závodná, J. 40
Zdrahal, F. 60
Zlatuška, J. 59

Ž
Žaloudík, J. 5, 22, 24, 25, 27, 28, 29, 47, 50, 52, 55, 70, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 99, 105, 109, 117, 118, 120, 151, 152
Žert, Z. 5, 38, 41.

OnkoBrno
Z dějin Masarykova onkologického ústavu v Brně
Vydání 1.
Náklad: 3000 ks
Tisk: DITIS, spol. s r. o., Oldřichovice 24, 562 06 Ústí nad Orlicí
Brno 2016
ISBN: 978-80-86793-41-2

OnkoBrno
Z dějin Masarykova onkologického ústavu v Brně
2016

9 788086 793412