

1
2026/165

VYDÁVÁ
ČESKÁ LÉKAŘSKÁ
SPOLEČNOST
J. E. PURKYNĚ



ČASOPIS LÉKAŘŮ ČESKÝCH

Z OBSAHU:

Virtuální realita jako terapeutický nástroj
v moderním zdravotnictví Hloušková P et al.

Pravidla pro dny nemoci (SAMI DOMA)
v kontextu chronické medikace
Langmaierová K et al.

Iatrogenní sexuální dysfunkce u mužů
– praktický algoritmus pro ambulantní praxi
a farmakologický kontext Broul M et al.

Dysphoric milk ejection reflex
– opomíjený syndrom, který postihuje
až každou pátou kojící ženu Bonacker Jakešová M

Zakotvení duchovní péče ve zdravotnictví
v zákoně č. 290/2025 Sb.
– obsah a význam právní úpravy Maryšková J

Eduard Albert a Albertov. Ke 185. výročí
narození zakladatele moderní chirurgie Kokešová H

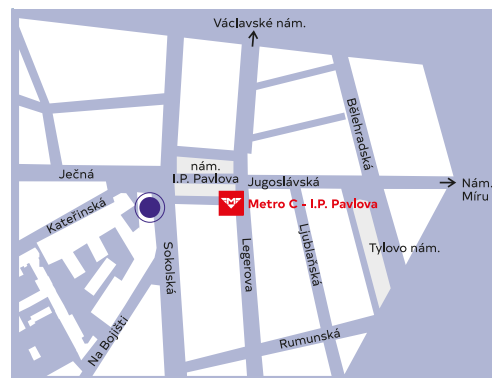
KONFERENČNÍ PROSTORY V CENTRU PRAHY



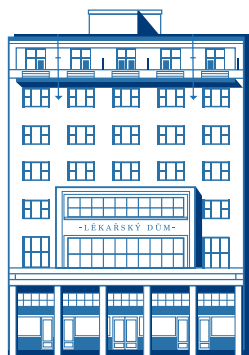
LÉKAŘSKÝ DŮM
VELKÝ PŘEDNÁŠKOVÝ SÁL
PRO 110 OSOB
A DALŠÍ PROSTORY



OBČERSTVENÍ ZAJIŠŤUJE
CAFÉ PURKYNĚ



PŘÍMO NA STANICI METRA C
I. P. PAVLOVA



Pro více informací nás neváhejte kontaktovat:



Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, z.s.

Sokolská 490/31, 120 00 Praha 2
Tel.: +420 224 266 217, Mobil: +420 606 624 165
E-mail: hs@cls.cz



www.cls.cz



ČASOPIS LÉKAŘŮ ČESKÝCH

OBSAH

Přehledové články

- Broul M et al.* Iatrogenní sexuální dysfunkce u mužů
– praktický algoritmus pro ambulantní praxi a farmakologický kontext 3
- Bonacker Jakešová M.* Dysphoric milk ejection reflex
– opomíjený syndrom postihující až každou pátou kojící ženu 7
- Langmaierová K et al.* Pravidla pro dny nemoci (SAMI DOMA)
v kontextu chronické medikace 11
- Hloušková P et al.* Virtuální realita jako terapeutický nástroj
v moderním zdravotnictví 16

Aktualita

- Maryšková J.* Zakotvení duchovní péče ve zdravotnictví
v zákoně č. 290/2025 Sb. – obsah a význam právní úpravy 20

Dějiny lékařství

- Sucharda P.* Redaktoři Časopisu lékařů českých
od roku 1862 do současnosti 23
- Šmejkalová M et al.* Jazykovědné dilema lékařů(v) českých 30
- Kokešová H.* Eduard Albert a Albertov.
Ke 185. výročí narození zakladatele moderní chirurgie 33
- Kalivoda I.* MUDr. Vavřinec Pospíšil
– první český otorinolaryngolog v Olomouci 40
- Osobní zpráva** 44

CONTENTS

Review articles

- Broul M et al.* Iatrogenic sexual dysfunction in men
– a practical algorithm for outpatient practice and a pharmacological context ... 3
- Bonacker Jakešová M.* Dysphoric milk ejection reflex
– an overlooked syndrome affecting up to one in five breastfeeding women. 7
- Langmaierová K et al.* Sick Day Rules
in the context of chronic medication 11
- Hloušková P et al.* Virtual reality as a therapeutic tool
in modern healthcare 16

News

- Maryšková J.* The institutionalization of spiritual care in healthcare
in Act No. 290/2025 – content and significance of the legal framework 20

History of medicine

- Sucharda P.* Editors of the Journal of Czech Physicians
from 1862 to the present day 23
- Šmejkalová M et al.* The linguistic dilemma of Czech physicians. 30
- Kokešová H.* Eduard Albert (1841–1900) and Albertov.
On the 185th anniversary of his birth 33
- Kalivoda I.* MUDr. Vavřinec Pospíšil
– the first Czech otolaryngologist in Olomouc. 40
- Personal news** 44

<http://www.cls.cz>

© Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, z. s., Praha, 2026

ČASOPIS LÉKAŘŮ ČESKÝCH

On-line verze časopisu na: www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych

Registrací získáte přístup k plné on-line verzi časopisu a do jeho archivu.

Kontakt pro dotazy: info@prolekare.cz nebo +420 602 244 819



Vedoucí redaktor:
MUDr. Petr Sucharda, CSc.
3. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Redaktoři:
Mgr. Martin Čermák, Mgr. Olga Štajnrtová

**Vydává: Česká lékařská společnost
Jana Evangelisty Purkyně, z. s.**
Sokolská 31/490, 120 26 Praha 2

Pro ČLS JEP připravuje MeDitorial, s. r. o.
Sokolská 31/490, 120 26 Praha 2

Výroba a tisk:
Ocean Design

Inzerce:
ČLS JEP, z. s.
Sokolská 31, 120 00 Praha 2
tel.: +420 224 266 223
e-mail: nto@cls.cz; czma@cls.cz

V ČR rozšiřuje: Nakladatelství Olympia, s. r. o.
Werichova 973, 252 64 Velké Přílepy

V SR: Mediaprint-Kapa Pressegrasso, a.s.
Stará Vajnorská 9, P. O. BOX 183, 830 00 BRATISLAVA
Infolinka: 0800 188 826, www.ipredplatne.sk
e-mail: info@ipredplatne.sk, objednavky@ipredplatne.sk

Vychází: 8× ročně
Předplatné: na rok pro ČR je 800,00 Kč,
SR 43,20 €, jednotlivé číslo 100 Kč, SR 5,40 €.

**Informace o předplatném podává
a objednávky předplatitelů přijímá:**
ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2,
tel.: 296 181 805, e-mail: nto@cls.cz

Rukopis byl předán do výroby 27. 2. 2026.

Zaslané příspěvky se nevracejí.
Otištěné příspěvky autorů nejsou honorovány,
autoři obdrží bezplatně jeden výtisk časopisu.

**Příspěvky do Časopisu lékařů českých
procházejí zdvojeným recenzním řízením.
Articles published in the Journal of Czech
Physicians are subject to double review.**

Vydavatel získává otištěním příspěvku
výlučné nakladatelské právo k jeho užití.
Vydavatel a redakční rada upozorňují,
že za obsah a jazykové zpracování inzerátů
a reklam odpovídá výhradně inzerent.
Žádná část tohoto časopisu nesmí být
kopírována za účelem dalšího rozšiřování
v jakékoliv formě či jakýmkoliv způsobem,
ať již mechanickým nebo elektronickým,
včetně pořizování fotokopí, nahrávek,
informačních databází na mechanických
nosičích, bez písemného souhlasu vlastníka autorských
práv a vydavatelského oprávnění

Zasílání rukopisů – viz pokyny pro autory:
www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-pokyny

Vážené kolegyně, vážení kolegové,
iatrogenní sexuální dysfunkce u mužů rozhodně nejsou tématem okrajovým, neboť řada léčivých přípravků indikovaných a předepisovaných lékaři mnoha odborností má na sexuální fungování neblahý vliv. A mnoho – ne-li většina – pacientů potom raději lék nebere či vysazuje, než by se lékaři svěřila.

Naopak problematika *dysphoric milk ejection reflex*, negativních prožitků spojených s ejekcí mateřského mléka (český ekvivalent bohužel není a asi nebude), je nová, nicméně její znalost je také důležitá.

Uplatnění virtuální reality v medicíně je fascinujícím příkladem využití pokročilé výpočetní techniky, navíc – alespoň podle mého názoru – bez kontroverzí spojených s jinými způsoby zapojení umělé inteligence.

K výročí narození jednoho z nejvýznačnějších českých chirurgů, profesora Eduarda Alberta, jsme laskavostí historičky Heleny Kokešové z Masarykova ústavu a Archivu AV ČR zařadili přednášku, kterou přednesla na letošním Setkání seniorů ČLS JEP.

A v neposlední řadě jsem ke svému profesnímu i osobnímu jubileu připravil přehled všech svých 35 předchůdců na místě redaktora *Časopisu lékařů českých*. Většina z nich byla uznávanými, ba světoznámými odborníky ve svých oborech a významnými představiteli lékařské fakulty i celé Karlovy univerzity; o některých bychom naopak v jiné souvislosti asi neslyšeli. Všichni však mají zásluhu na tom, že nejstarší česky vydávaný lékařský časopis vychází nepřetržitě již 165. rokem.

Petr Sucharda

REDAKČNÍ RADA

prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc.
předseda redakční rady
3. interní klinika 1. LF UK a VFN
U Nemocnice 1, 128 08 Praha 2

doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D.
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
Ke Karlovu 11, 128 01 Praha 2

prof. MUDr. RNDr. Jiří Beneš, CSc.
Ústav biofyziky 1. LF UK a 4. interní klinika
1. LF UK a VFN
Salmovská 1, 120 00 Praha 2

prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM,
FESIAC
Klinika anesteziologie, resuscitace
a intenzivní medicíny LF UK a FNHK
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové

MUDr. Otto Herber
Ordinace praktického lékaře pro dospělé
Nerudova 686, 278 01 Kralupy nad Vltavou

prof. MUDr. Zdeněk Krška, DrSc.
1. chirurgická klinika 1. LF UK a VFN
U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2

prof. MUDr. Jan Lebl, CSc.
Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol
V úvalu 84, 150 06 Praha 5

prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc., dr.h.c.
Osteologické centrum LF UK a FNHK
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové

prof. MUDr. Antonín Pařízek, CSc.
Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN
Apolinářská 18, 128 08 Praha 2

MUDr. Alena Šebková
Ordinace praktického lékaře pro děti a dorost
Strážnická 36, 323 00 Plzeň 1

prof. MUDr. Jan Škrha, DrSc.
3. interní klinika 1. LF UK a VFN
U Nemocnice 1, 128 08 Praha 2

prof. MUDr. Karel Šonka, DrSc.
Neurologická klinika 1. LF UK a VFN
Kateřinská 30, 128 08 Praha 2

MUDr. Alena Štefllová, Ph.D., MPH
Regionální výbor WHO pro Evropu
Ústav pro zdravotní gramotnost, z. ú.
Sokolská 31, 120 00 Praha 2

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc.
Ústav lékařské biochemie a laboratorní
diagnostiky 1. LF UK a VFN
U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2

MUDr. David Zogala, Ph.D.
Ústav nukleární medicíny 1. LF a UK VFN
U Nemocnice 5, 128 08 Praha 2

Iatrogenní sexuální dysfunkce u mužů – praktický algoritmus pro ambulantní praxi a farmakologický kontext

Marek Broul¹⁻³, Aneta Hujová³, Kateřina Langmaierová⁴, Michaela Liegertová⁵

¹Sexuologické oddělení, Krajská zdravotní, a. s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.

²Urologické oddělení, Krajská zdravotní, a. s. – Nemocnice Litoměřice, o. z.

³Fakulta zdravotnických studií UJEP v Ústí nad Labem

⁴Oddělení klinické farmacie, Krajská zdravotní, a. s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.

⁵Přírodovědecká fakulta UJEP v Ústí nad Labem

Čas. Lék. čes. 2026; 165: 3–6

SOUHRN

Sexuální dysfunkce vyvolané léčivý (iatrogenní sexuální dysfunkce) patří k nejčastějším, nejméně hlášeným a současně klinicky nejvýznamnějším nežádoucím účinkům dlouhodobé farmakoterapie u mužů. V praxi se typicky manifestují jako snížení libida, erektilní dysfunkce (ED), ejakulační poruchy, porucha orgasmu nebo kombinace více fenotypů, přičemž časová vazba na zahájení či titraci léčby může být nenápadná.

Cílem článku je nabídnout pragmatický, implementovatelný algoritmus pro ambulantního lékaře, který propojuje sexuologické vyšetření se základní farmakologickou analýzou (pravděpodobnost lékové příčiny, dávková závislost, interakce, možnost substituce) a s doporučeními intervencemi včetně bezpečného využití inhibitorů fosfodiesterázy typu 5 (PDE5) u ED.

KLÍČOVÁ SLOVA

iatrogenní sexuální dysfunkce, nežádoucí účinky léčiv, erektilní dysfunkce, poruchy ejakulace, antidepressiva, antipsychotika

SUMMARY

Broul M et al. Iatrogenic sexual dysfunction in men – a practical algorithm for outpatient practice and a pharmacological context

Drug-induced sexual dysfunction (iatrogenic sexual dysfunction) ranks among the most common, least reported, and at the same time clinically most significant adverse effects of long-term pharmacotherapy in men. In clinical practice, it typically manifests as reduced libido, erectile dysfunction (ED), ejaculatory disorders, orgasmic dysfunction, or a combination of several phenotypes, while the temporal relationship to treatment initiation or dose titration may be subtle. The aim of this article is to provide a pragmatic, implementable algorithm for the outpatient physician, integrating sexualological assessment with a basic pharmacological analysis (likelihood of a drug-related cause, dose dependence, interactions, substitution options) and recommended interventions, including the safe use of phosphodiesterase type 5 (PDE5) inhibitors in ED.

KEYWORDS

drug-induced sexual dysfunction, adverse drug reactions, erectile dysfunction, ejaculatory disorders, antidepressants, antipsychotics

ÚVOD

Sexuální funkce je výsledkem souhry neurobiologických, endokrinních, vaskulárních a psychosociálních determinant. Z tohoto důvodu mohou léčiva narušovat jednotlivé komponenty sexuální odpovědi různými mechanismy (centrální serotonergní účinek, dopaminergní blokáda s hyperprolaktinemií, antiandrogenní působení, negativní vliv na endoteliální funkci či sedace) (8–10).

V klinické praxi je zásadní rozlišit, zda se jedná o primární sexuální dysfunkci, komorbiditami podmíněnou dysfunkci, nebo o dysfunkci indukovanou či potencovanou léčbou. Přesná identifikace lékového podílu je důležitá nejen pro kvalitu života, ale i pro adherenci k léčbě a důvěru pacienta v terapeutický plán (9, 12).

Sexuální nežádoucí účinky patří mezi klíčové faktory, které snižují spokojenost pacienta s léčbou a mohou vést k omezení adherence nebo k předčasnému ukončení terapie.

Vzhledem k tomu, že pacienti tyto obtíže často spontánně neotevírají, je v ambulantní praxi vhodné aktivní, citlivé dotazování a základní dokumentace sexuální funkce před nasazením a po titraci rizikových léčiv.

METODIKA

Text vychází z cílené narativní rešerše doporučení a klíčových přehledových prací a metaanalýz se zaměřením na: (i) doporučenou léčbu erektilní dysfunkce; (ii) řízení sexuálních nežádoucích účinků antidepressiv; (iii) zvládnutí antipsychotiky indukované hyperprolaktinémie a souvisejících sexuálních dysfunkcí; (iv) bezpečnostní signály a regulační varování související s perzistující sexuální dysfunkcí a (v) opioidní endokrinopatii (OPIAD).

Vyhledávání bylo provedeno v databázích *PubMed* a *Cochrane Library*, v doporučených postupech Evropské urologické

asociace (EAU) a v regulačních dokumentech Evropské lékové agentury (EMA) a Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL). Preferovány byly systematické přehledy, metaanalýzy a aktuální doporučení. Poslední aktualizace rešerše: leden 2026.

KLINICKÉ FENOTYPY

SNÍŽENÍ LIBIDA

Nejčastěji je spojeno s centrální serotonergní modulací (SSRI/SNRI), sedací, depresí/úzkostí nebo s hypogonadismem. U mužů na dlouhodobé opioidní léčbě je nutné myslet na opioidně asociovanou androgenní deficienci (OPIAD) s nízkými gonadotropiny a testosteronem, která se může projevit snížením libida, únavou a poruchou erekce (7).

PORUCHA EREKCE

Erektilní dysfunkce (ED) může být důsledkem komorbidit (diabetes mellitus, kardiovaskulární onemocnění), psychosociálních faktorů i farmakoterapie. Inhibitory PDE5 představují podle doporučení EAU farmakologickou léčbu první volby u ED; tadalafil lze podávat i v režimu 5 mg 1× denně (1). Nově vzniklá porucha erekce může být současně časným markerem endoteliální dysfunkce a kardiovaskulárního rizika; u pacientů bez známého kardiovaskulárního onemocnění je proto vhodné zvážit základní rizikovou stratifikaci a cílené dovyšetření rizikových faktorů.

Erektilní dysfunkce je v metaanalýzách asociována se zvýšeným rizikem budoucích kardiovaskulárních příhod, a proto má smysl vnímat nově vzniklou ED jako *risk-enhancing* signál a provést alespoň základní kardiometabolickou stratifikaci rizika (TK, glykémie/lipidy, kouření, obezita) a podle nálezů indikovat další dovyšetření (16). Doporučení Princeton IV (2023) zdůrazňují posouzení kardiovaskulární stability před zahájením sexuální aktivity a léčby PDE5i; u pacientů s nestabilním kardiálním stavem je na místě nejprve kardiologická stabilizace a teprve poté sexuální rehabilitace (17). Při preskripci inhibitorů fosfodiesterázy typu 5 je nezbytné vyloučit současnou nitrátovou léčbu (kontraindikace) a zohlednit další kardiální rizika a interakce.

EJAKULAČNÍ PORUCHY A PORUCHA ORGASMU

Ejakulační dysfunkce je typická pro α_1 -adrenergní blokátory (např. tamsulosin, silodosin) a u serotonergních antidepresiv. V doporučeních EAU pro symptomy dolních močových cest (LUTS) / benigní hyperplazii prostaty (BPH) je uváděno, že α_1 -blokátory nepoškozuji libido ani erektilní funkci, ale mohou vyvolat abnormální ejakulaci a že ejakulační dysfunkce je významně častější u selektivních α_1 -blokátorů (zejména tamsulosin, silodosin); sexuálně aktivní pacienti mají být o tomto riziku poučeni (2).

NEJČASTĚJŠÍ LÉKOVÉ SKUPINY V PRAXI A JEJICH SEXUÁLNÍ NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY

ANTIDEPRESIVA (SSRI/SNRI)

Inhibitory SSRI/SNRI mohou vyvolat nebo zhoršit pokles libida, anorgasmii a erektilní dysfunkci. Klinicky významné je, že evropský regulační orgán – Farmakovigilanční výbor pro posuzování rizik (PRAC) Evropské lékové agentury (EMA) – doporučil doplnit do informací o přípravku upozornění, že u části pacientů mohou příznaky sexuální dysfunkce přetrvávat i po

ukončení léčby (4). Podobný důraz na informovaný souhlas a hlášení případů přetrvávajících symptomů po ukončení terapie přijaly i další regulační autority, které aktualizovaly bezpečnostní komunikace a příbalové informace u SSRI/SNRI (18).

Možnosti intervence zahrnují snížení dávky (při zachování účinnosti), změnu antidepresiva na přípravek s příznivějším sexuálním profilem (např. bupropion či mirtazapin) a u ED symptomatickou léčbu PDE5i. Cochraneovský přehled shrnuje randomizované studie strategií pro zvládnutí sexuální dysfunkce indukované antidepresivem (3).

ANTIPSYCHOTIKA A HYPERPROLAKTINÉMIE

Sexuální dysfunkce u antipsychotik je častá a u části pacientů se mechanisticky uplatňuje hyperprolaktinémie, zejména u přípravků s vyšší prolaktinogenní potencií (např. risperidon, paliperidon, amisulprid) (8, 9). Z hlediska klinického postupu jsou jako účinné strategie uváděny snížení dávky, přechod na prolaktin šetřící antipsychotikum a augmentace aripiprazolem; u dopaminergních agonistů je nutná opatrnost pro riziko psychiatrické destabilizace (8, 9, 13).

LÉČBA LUTS/BPH: α_1 -ADRENERGNÍ BLOKÁTORY A 5 α -REDUKTÁZOVÉ INHIBITORY

Léčiva ze skupiny α_1 -blokátorů mohou významně zvyšovat riziko ejakulačních poruch, a proto má být pacient o této možnosti před zahájením léčby poučen (2). U 5 α -reduktázových inhibitorů (finasterid, dutasterid) je v přehledech popisován vyšší výskyt poklesu libida, erektilní dysfunkce a ejakulačních poruch; v českém prostředí byla publikována bezpečnostní informace zdůrazňující i možné poruchy sexuálních funkcí a změny nálad (5, 11).

ANTIHYPERTENZIVA A DALŠÍ INTERNÍ FARMAKOTERAPIE

Hypertenze sama může být rizikovým faktorem erektilní dysfunkce (ED) a některá antihypertenziva mohou sexuální funkce dále zhoršovat. V přehledu literatury jsou jako problematičtější uváděna diuretika a část beta-blokátorů, zatímco nebivolol může mít příznivější profil z hlediska erektilní funkce (10).

OPIOIDY (OPIAD)

Dlouhodobá opioidní léčba je spojena s opioidně asociovanou androgenní deficiencí (OPIAD), jež se typicky projevuje poklesem libida, erektilní dysfunkcí, únavou a depresivní symptomatikou; jde o stav, který bývá poddiagnostikován a vyžaduje aktivní vyhledávání při chronickém podávání opioidů (7).

KLÍČOVÉ BODY PRO PRAXI

- Vždy se ptejte cíleně: libido, erekce, ejakulace, orgasmus, bolest při sexu, vztahová spokojenost.
- Posuďte časovou vazbu na zahájení podávání či titraci léku a na změny komorbidit (deprese, metabolická kontrola, kardiovaskulární stav).
- Vylučte reverzibilní endokrinní příčiny (testosteron, prolaktin) u klinicky suspektních situací (OPIAD, antipsychotika).
- Preferujte sdílené rozhodování: minimalizujte stigma, otevřeně diskutujte přínos léčby versus NÚ a reálné možnosti změny.
- U ED zvažte PDE5i dle kontraindikací; u komplexních případů kombinujte s psychosexuální intervencí.

Tab. 1 Typické iatrogenní sexuální dysfunkce podle léčivých skupin a doporučené kroky

Skupina léčiv	Typická dysfunkce	Mechanismus	Praktické kroky	Klíčové zdroje
SSRI/SNRI	pokles libida; anorgasmie; ED	serotonergní modulace	snížení dávky; změna antidepressiva; PDE5i u ED; edukace o možné perzistenci	3, 4
Antipsychotika (risperidon, paliperidon)	pokles libida; ED; porucha orgasmu	blokáda dopaminových receptorů D ₂ ; zvýšený prolaktin	zvážit prolaktin; změna přípravku / augmentace aripiprazolem; opatrně s dopaminergním agonistou	8, 9
α ₁ -blokátory (tamsulosin, silodosin)	ejakulační dysfunkce	blokáda alfa _{1A}	předléčebná edukace; změna preparátu dle tolerance	2
5-ARI (finasterid, dutasterid)	pokles libida; ED; ejakulační porucha	pokles DHT	informovat; přehodnotit indikaci/dávku; sledovat psychiku	5, 11
Opioidy (dlouhodobě)	pokles libida; ED; únava	OPIAD	vyšetření testosteronu; zvážit úpravu analgezie; endokrinologická konzultace	7
Antihypertenziva (diuretika, část beta-blokátorů)	ED (variabilně)	hemodynamika, neurohumorální vliv	přehodnocení léčby; volba přípravku s příznivějším profilem	10

DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ ALGORITMUS PRO AMBULANTNÍ PRAXI

Níže uvedený algoritmus je koncipován jako praktická struktura ve formě kontrolního seznamu. Je určen pro situace, kdy pacient udává vznik nebo zhoršení sexuálních obtíží v průběhu farmakoterapie.

Krok 1: Definujte problém a závažnost

- 1A) Určete dominantní fenotyp: libido/erektce/ejakulace/orgasmus (může být kombinace).
- 1B) Zjistěte dopad na kvalitu života a vztah (0–10), motivaci k léčbě a očekávání.
- 1C) Objektivizujte dotazníkem, pokud je čas: IIEF-5 nebo IIEF (6, 14).

Krok 2: Časová osa a kauzalita

- 2A) Načasování: Kdy přesně obtíže začaly (dny – týdny – měsíce) ve vztahu k zahájení podávání léku / navýšení dávky / změně přípravku? Pro strukturované posouzení pravděpodobnosti nežádoucího účinku lze v praxi využít i jednoduché kauzální skórování (např. Naranjo) (15).
- 2B) Dávková závislost: Zhoršuje se problém s vyšší dávkou nebo po přidání dalšího léku?
- 2C) Ukončení a znovuzahájení terapie daným léčivým přípravkem (pokud je to bezpečné): Dojde ke zlepšení po snížení dávky léku nebo ukončení jeho podávání? Dojde k návratu obtíží po opětovném zahájení terapie?

Krok 3: Rychlé zhodnocení komorbidit a varovných příznaků

- 3A) Základní komorbidity: diabetes mellitus, dyslipidémie, obezita, kardiovaskulární onemocnění, spánková apnoe, deprese/úzkost, LUTS.
- 3B) Léková anamnéza včetně volně prodejných léčivých přípravků (OTC) a doplňků: antidepressiva, antipsychotika, antihypertenziva, 5-ARI, opioidy, antiandrogeny.
- 3C) Varovné příznaky: bolesti na hrudi při námaze, recentní infarkt myokardu (IM) / CMP, nestabilní angina pectoris, synkopy, neurologický deficit, rychlý nástup anejakulace s bolestí.
- 3D) U SSRI/SNRI informujte i o možnosti přetrvávání symptomů po ukončení léčby (pokud relevantní) (4).

Krok 4: Cílené fyzikální a laboratorní vyšetření (kdy a jak)

- 4A) Fyzikální vyšetření dle fenotypu: index tělesné hmotnosti (BMI), TK, sekundární pohlavní znaky, gynekomastie, varlata, penilní nález, prostata dle potřeby.
- 4B) Laboratoř (indikovaně): ranní celková koncentrace testosteronu (opakovaně při hraničních hodnotách), prolaktin, koncentrace tyreotropního hormonu (TSH); u ED i glykémie/lipidy.
- 4C) Při léčbě opioidy vždy myslete na OPIAD (nízké gonadotropiny, nízký testosteron) (7).
- 4D) Při léčbě antipsychotiky při sexuálních potížích zvažte koncentraci prolaktinu a klinické projevy hypogonadismu (8).

Krok 5: Farmakologická intervence (hierarchie rozhodování)

- 5A) Minimalizace škody: pokud je lék vitálně důležitý, preferujte symptomatickou léčbu a/nebo konzultaci specialisty místo unáhleného vysazení.
- 5B) Dávková redukce (pokud dovolí účinnost): u SSRI/SNRI nebo antipsychotik někdy vede ke zlepšení sexuálních nežádoucích účinků (NÚ).
- 5C) Změna na přípravek s příznivějším sexuálním profilem (po domluvě s preskribujícím specialistou):
 - antidepressiva: zvážit bupropion nebo mirtazapin (dle psychiatrického profilu pacienta);
 - antipsychotika: zvážit prolaktin šetřící antipsychotikum nebo augmentaci aripiprazolem;
 - LUTS/BPH: při ejakulační dysfunkci zvážit změnu alfa₁-blokátoru nebo úpravu režimu (2).
- 5D) Symptomatická léčba (nejčastěji ED): PDE5i dle kontra-indikací a edukace o správném užití (1).
- 5E) Kontrola interakcí a kontraindikací: nitrátová terapie, nestabilní kardiální stav, rizikové kombinace; v pochybnostech konzultujte kardiologa.

Krok 6: Kontrola a měřitelné cíle

- 6A) Nastavte kontrolu za 4–8 týdnů po změně léčby; sledujte změnu symptomů (škála 0–10), vyhodnoťte dotazník IIEF-5 a adherenci.
- 6B) Pokud se stav nelepší: zvažte kombinovaný organický a psychogenní podíl, odeslání na sexuologii/urologii, případně na psychoterapii.

DISKUSE

Iatrogenní sexuální dysfunkce je typicky multifaktoriální. Zvláště u pacientů s depresí, kardiometabolickými komorbiditami a LUTS je časté, že léčivo působí jako spouštěcí nebo zesilující faktor již existujícího rizikového profilu. Pragmatickým cílem ambulantní praxe není absolutní jistota kauzality, ale dosažení klinicky smysluplného zlepšení při zachování účinnosti základní léčby (1, 10).

Regulační upozornění EMA/PRAC na možnost dlouhodobě přetrvávající sexuální dysfunkce po vysazení SSRI/SNRI má význam pro informovaný souhlas a realistické nastavování očekávání, zejména u pacientů s dříve bezproblémovou sexuální funkcí a s těsnou časovou vazbou na léčbu (4).

ZÁVĚR

Systematické dotazování na sexuální funkce a jednoduchý, opakovatelný algoritmus významně zvyšují šanci odhalit lékový podíl na sexuálních obtížích. V praxi se osvědčuje kombinace: (i) jasné fenotypizace potíží, (ii) časové a dávkové analýzy farmakoterapie, (iii) cíleného laboratorního vyšetření u suspektních stavů (OPIAD, hyperprolaktinémie) a (iv) racionální farmakologické intervence včetně bezpečného využití inhibitorů PDE5. Klíčová je interdisciplinární spolupráce se psychiatry, endokrinologi a kardiologi.

Čestné prohlášení

Autoři prohlašují, že nejsou ve střetu zájmů.

Seznam použitých zkratk

5-ARI	inhibitory 5 α -reduktázy
BPH	benigní hyperplazie prostaty
BMI	index tělesné hmotnosti (<i>body mass index</i>)
CMP	cévní mozková příhoda
EAU	European Association of Urology
ED	erektilní dysfunkce
EMA	European Medicines Agency
IIEF/IIEF-5	International Index of Erectile Function (dotazník sexuálního zdraví muže)
IM	infarkt myokardu
LUTS	symptomy dolních močových cest (<i>lower urinary tract symptoms</i>)
NÚ	nežádoucí účinek
OTC	volně prodejné léčivé přípravky (<i>over-the-counter</i>)
OPIAD	opioidně asociovaná androgenní deficiencie
PDE5	fosfodiesteráza typu 5
PDE5i	inhibitory PDE5
PRAC	Pharmacovigilance Risk Assessment Committee
SSRI	selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
SNRI	inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
TK	krevní tlak
TSH	tyreotropní hormon (<i>thyroid-stimulating hormone</i>)

Literatura

1. Salonia A, Capogrosso P, Boeri L et al. European Association of Urology Guidelines on male sexual and reproductive Health: 2025 update on male hypogonadism, erectile dysfunction, premature ejaculation, and Peyronie's disease. *Eur Urol* 2025; 88: 76–102.
2. Gravas S, Gacci M, Gratzke C et al. Summary paper on the 2023 European Association of Urology guidelines on the management of non-neurogenic male LUTS. *Eur Urol* 2023; 84: 207–222.
3. Taylor MJ, Rudkin L, Bullemor-Day P. Strategies for managing sexual dysfunction induced by antidepressant medication. *Cochrane Database Syst Rev* 2022; 4: CD003382.
4. PRAC recommendations on signals adopted at the 13–16 May 2019 PRAC meeting: SSRI/SNRI – persistent sexual dysfunction after drug withdrawal. EMA/PRAC/265212/2019. *European Medicines Agency*, 2019. Dostupné na: www.ema.europa.eu/en/documents/prac-recommendation/prac-recommendations-signals-adopted-13-16-may-2019-prac-meeting_en.pdf
5. Finasterid a dutasterid: upozornění na riziko sebevražedných myšlenek a změn nálady; nežádoucí účinky mohou zahrnovat poruchy sexuálních funkcí. Státní ústav pro kontrolu léčiv, 9. 5. 2025. Dostupné na: <https://sukl.gov.cz/farmakovigilance-cs/dulezite-informace-a-upozorneni-k-bezpecnosti-leciv/fensterid-dutasterid-ukonceno-celeovropske-prehodnoceni-rizika-sebevrazednych-myslenek-a-sebevrazedneho-chovani>
6. Rosen RC, Riley A, Wagner G. The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997; 49: 822–830.
7. O'Rourke TK Jr, Wosnitzer MS. Opioid-induced androgen deficiency (OPIAD): diagnosis, management, and literature review. *Curr Urol Rep* 2016; 17: 76.
8. Jiang Q, Li T, Zhao L et al. Treatment of antipsychotic-induced hyperprolactinemia: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Front Psychiatry* 2024; 15: 1337274.
9. Montejó AL, de Alarcón R, Prieto N et al. Management strategies for antipsychotic-related sexual dysfunction: a clinical approach. *J Clin Med* 2021; 10: 308.
10. Lou IX, Chen J, Ali K, Chen Q. Relationship between hypertension, anti-hypertensive drugs and sexual dysfunction in men and women: a literature review. *Vasc Health Risk Manag* 2023; 19: 691–705.
11. Fertig RM, Gamret AC, Darwin E, Gaudi S. Sexual side effects of 5-alpha-reductase inhibitors finasteride and dutasteride: a comprehensive review. *Dermatol Online J* 2017; 23: 13030/qt24k8q743.
12. Broul M. Kazuistiky v sexuologii. EEZY Publishing, Praha, 2025.
13. Broul M, Hujová A, Radovnická L et al. Hyperprolactinemia-associated erectile dysfunction: retrospective cohort evaluating the effect of prolactin normalization on IIEF-5. *Neuro Endocrinol Lett* 2025; 46: 107–114.
14. Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD et al. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 1999; 11: 319–326.
15. Naranjo CA, Busto U, Sellers EM et al. A method for estimating the probability of adverse drug reactions. *Clin Pharmacol Ther* 1981; 30: 239–245.
16. Zhao B, Hong Z, Wei Y, et al. Erectile dysfunction predicts cardiovascular events as an independent risk factor: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med* 2019: 1005–1017.
17. Köhler TS, Kloner RA, Rosen RC et al. The Princeton IV Consensus recommendations for the management of erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Mayo Clin Proc* 2024; 99: 1500–1517.
18. Healy D, Mangin D. Post-SSRI sexual dysfunction: barriers to quantifying incidence and prevalence. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2024; 33: e40.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

MUDr. Marek Broul, Ph.D., MBA, FECSM

Sexuologické oddělení
Krajská zdravotní, a. s.

– Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.
Sociální péče 3316/12A, 400 11 Ústí nad Labem
e-mail: Marek.Broul@kzcr.eu

Dysphoric milk ejection reflex – opomíjený syndrom postihující až každou pátou kojící ženu

Magdalena Bonacker Jakešová

Fakulta humanitních studií UK v Praze

Čas. Lék. čes. 2026; 165: 7–10

SOUHRN

Dysphoric milk ejection reflex (D-MER) je syndrom charakterizovaný náhle vznikajícím negativním emočním prožitkem, který se objevuje několik vteřin před každou ejekcí mateřského mléka. Tyto pocity vznikají i odeznívají náhle, trvají zpravidla jen několik minut a opakují se s každou jednotlivou ejekcí mléka. Žena s D-MER tak zažívá až desítky těchto epizod během dne i noci. Podle dosavadních studií se D-MER vyskytuje přibližně u každé desáté až páté kojící ženy. Konkrétní prožitky se mezi jednotlivými ženami liší typem, intenzitou i délkou trvání. Zatímco u některých rodiček přetrvávají příznaky po celou dobu kojení, u jiných dochází k jejich spontánnímu ústupu po několika měsících, nejčastěji přibližně po třech. Popisované emoční stavy zahrnují nejistotu, smutek, podrážděnost, agresi, paniku, stud, sebenávist a depresivní ladění; vzácně byly popsány i suicidální myšlenky. Mezi doprovodné příznaky patří nechutenství a poruchy soustředění.

Podstata D-MER má neurobiologický základ, přičemž patofyziologie tohoto syndromu zůstává nadále předmětem výzkumu. Převládající hypotéza vychází ze skutečnosti, že prolaktin, hormon nezbytný pro ejekci mléka, je tonicky inhibován dopaminem. Aby mohlo dojít k dostatečnému vzestupu koncentrace prolaktinu, musí nejprve nastat pokles koncentrace jeho inhibitoru. Přechodný pokles koncentrace dopaminu je proto považován za pravděpodobný mechanismus vzniku negativních emočních změn typických pro D-MER.

Kauzální terapie zatím neexistuje. Z dostupných zdrojů vyplývá, že samotná informovanost o existenci D-MER patří spolu s režimovými opatřeními, jako je příjem velkého množství studené vody, spánek a zajištění soukromí při kojení, mezi faktory, které mohou zmírňovat subjektivně vnímanou intenzitu symptomů. Osvěta a základní edukace proto mohou pro řadu žen představovat významný podpůrný faktor.

KLÍČOVÁ SLOVA

Kojení, laktace, ejekce mléka, deprese, ženy, novorozенец, kojeneц, dopamin

SUMMARY

Bonacker Jakešová M. Dysphoric milk ejection reflex – an overlooked syndrome affecting up to one in five breastfeeding women

Dysphoric milk ejection reflex (D-MER) is a syndrome characterized by a sudden onset of negative emotional experiences occurring a few seconds prior to each ejection of breast milk. These sensations arise and resolve abruptly, typically lasting only several minutes, and recur with every individual milk let-down. As a result, women affected by D-MER may experience dozens of such episodes throughout the day and night. According to available studies, D-MER affects approximately one in ten to one in five breastfeeding women.

The specific emotional experiences vary among individuals in type, intensity, and duration. While some mothers experience symptoms throughout the entire breastfeeding period, in others the symptoms resolve spontaneously after several months, most commonly after approximately three months. Reported emotional states include insecurity, sadness, irritability, aggression, panic, shame, self-loathing, and depressive mood; in rare cases, suicidal ideation has also been described. Additional accompanying symptoms include loss of appetite and impaired concentration.

D-MER has a neurobiological basis. The pathophysiology of this syndrome remains a subject of research. The most supported hypothesis is because prolactin, a hormone essential for milk ejection, is tonically inhibited by dopamine. For prolactin levels to rise sufficiently, a reduction in the level of its inhibitor must first occur. A transient decrease in dopamine is therefore considered a likely mechanism underlying the negative emotional changes characteristic of D-MER.

There is no available causal therapy. Current evidence suggests that awareness of D-MER itself, together with practical measures such as drinking ice-cold water, getting adequate sleep, and ensuring privacy during breastfeeding, may help reduce the subjectively perceived intensity of symptoms. Education and basic awareness can therefore represent an important source of support for many women.

KEYWORDS

breastfeeding, lactation, milk let-down, depression, women, newborn, infant, dopamine

ÚVOD

Kojení je za optimálních podmínek přínosné jak pro kojence, tak pro matku. Mateřské mléko je navzdory zvyšující se kvalitě umělé kojenecké výživy nadále považováno za nejvhodnější formu výživy pro dítě (1). Podle dostupných studií mají plně kojené děti v dospělosti nižší incidenci některých chronických onemocnění, jako jsou obezita, kardiovaskulární onemocnění, diabetes mellitus 1. i 2. typu či hyperlipidémie. Snížená incidence byla popsána rovněž u některých onkologických onemocnění. Dále je kojení spojováno i s příznivým vlivem na kognitivní vývoj (2) a podle

některých studií též s mírně vyšší hodnotou inteligenčního kvocientu (3).

Pozitivní účinky kojení se týkají rovněž matek. U kojících žen dochází po porodu k rychlejší involuci dělohy a v pozdějším věku vykazují nižší incidenci karcinomu prsu a obezity (3). Kromě somatických přínosů je kojení tradičně spojováno i s podporou tzv. bondingu, tedy navázání blízkého emočního vztahu mezi matkou a novorozencem, a bývá popisováno jako činnost přinášející radost a snižující hladinu stresu v psychicky náročném poporodním období (4).

U žen trpících *dysphoric milk ejection* reflexem (D-MER) však kojení tato očekávaná pozitivita nepřináší. Naopak se pro ně může stát výrazným zdrojem psychické zátěže, v krajních případech spojeným i se vznikem suicidálních myšlenek (5, 6).

Pro ženy trpící tímto syndromem představuje D-MER výrazně frustrující a izolující zkušenost, která je dále umocněna nízkou mírou informovanosti jak laické, tak odborné veřejnosti o této problematice. Mnohé ženy se proto setkávají s nepochopením a často se neodvážují své obtíže sdílet s okolím či vyhledat odbornou pomoc (6).

ŽENA S D-MER

Emoční prožitky se u jednotlivých žen liší typem, intenzitou i délkou trvání. V literatuře jsou popisovány pocity nejistoty, smutku, podrážděnosti, paniky, studu, sebenenávisť a depresivní ladění, v některých případech se objevují i suicidální myšlenky (5, 6).

Alia M. Heise a po ní řada dalších autorů a autorek rozdělují D-MER do tří hlavních kategorií podle převládajících emocí: Heise identifikovala 3 relativně odlišná spektra: depresivní, agresivní a úzkostné. Podle výpovědí respondentek ženy s agresivní či úzkostnou formou popisují prožitky s obdobnou intenzitou, zatímco u depresivní formy se intenzita pohybuje na široké škále od mírného smutku až po těžké depresivní stavy. S intenzitou prožitků se zdá být úměrná i doba jejich trvání. U žen s lehčí formou dochází ke spontánnímu ústupu příznaků po několika měsících, nejčastěji přibližně po třech; u žen s těžší formou mohou příznaky přetrvávat po celou dobu kojení. Otázka jejich případného pozdějšího odeznění zůstává otevřená, neboť ženy s nejzávažnějšími formami jsou často nuceny dítě předčasně odstavit. Předčasné ukončení kojení je přitom u těchto žen spojováno s pocity selhání a sebehodnotícím zařazením do role „špatné matky“ (6, 7).

Mezi doprovodné příznaky patří žízeň, nechutenství a poruchy soustředění; všechny příznaky zpravidla odeznívají během několika minut (7). U většiny žen se první příznaky objevují v průběhu prvních dvou týdnů po porodu, nikoli však ve dnech bezprostředně po porodu (8). V praxi to znamená, že v době nástupu obtíží jsou ženy již zpravidla propuštěny z porodnice a nejsou v přímém kontaktu se zdravotnickým personálem, což omezuje možnosti včasné identifikace syndromu, edukace i zpětné vazby ze strany zdravotnického systému.

D-MER VE VÝZKUMU

Dysphoric milk ejection reflex byl v odborné literatuře poprvé popsán v roce 2007. Jeho první systematickou definici předložila již zmiňovaná Alia M. Heise, která zároveň založila informační a podpůrnou platformu *d-mer.org*, z níž dosud čerpá řada výzkumníků a výzkumníků.

Dosud publikované studie prevalence vykazují značnou variabilitu výsledků. Kalifornská studie z roku 2019 uvádí prevalenci 9,1 % (8), zatímco japonská studie z roku 2022 znamenala výskyt D-MER při kojení alespoň jednoho dítěte u 23,3 % kojících žen (9). Většina dosavadních výzkumů je realizována v anglickém jazyce, v zemích s vysokými příjmy, přičemž respondenty jsou často rekrutovány prostřednictvím internetu; výzkumné soubory jsou proto metodologicky omezené (5). Heise vyslovuje hypotézu, že vyšší zjišťovaná incidence může souviset s rostoucím věkem rodiček v někte-

rych zemích (7). Tato hypotéza by mohla částečně vysvětlit, proč zůstal relativně častý syndrom po dlouhou dobu bez systematického popisu.

Počet odborných publikací věnovaných D-MER se přibližně od roku 2013 výrazně zvyšuje, přesto zůstává syndrom mimo úzký okruh odborníků stále málo známý, což omezuje dostupnost adekvátní pomoci ženám, které jím trpí (5). V českém jazyce je v současnosti dostupný pouze jeden článek z roku 2023 publikovaný na internetových stránkách Laktační ligy, jehož obsah však vykazuje věcné nepřesnosti (10); další odborné či popularizační texty v českém jazyce nejsou k datu zpracování tohoto článku (leden 2026) dohledatelné.

V posledních letech byly studie o D-MER publikovány také mimo anglicky mluvící země a Japonsko, například v Egyptě, Číně či Turecku, čímž se postupně rozšiřuje poznání kulturních a etnických souvislostí tohoto syndromu.

Z dostupných zdrojů zároveň vyplývá, že samotná informovanost o existenci D-MER patří spolu s režimovými opatřeními, jako je příjem velkého množství studené vody, spánek a zajištění soukromí při kojení, mezi faktory, které mohou zmírňovat subjektivně vnímanou intenzitu symptomů. Naopak nepochopení ze strany okolí, včetně rodiny a zdravotnického personálu, bývá spojováno se zhoršením obtíží (6, 11). Osvěta a základní edukace proto mohou pro řadu žen představovat významný podpůrný faktor.

PATOFYZIOLOGIE

Podstata D-MER je neurobiologická a není přímo vázána na samotné sání dítěte, nýbrž na každou ejekci mléka, ke které dochází jak při sání dítěte, tak při odsávání mléka ručně nebo pomocí odsávačky, ale i spontánně při delším intervalu mezi kojením (6, 12). V tomto ohledu se D-MER liší od jiných psychických obtíží spojených s kojením, jako je například averze ke kojení (*breastfeeding aversion response*) (4) nebo erotický prožitek kojení, který může vést k výrazným pocitům viny (13, 14). D-MER zároveň není totožný s poporodní depresí; vztah mezi D-MER a poporodní depresí je komplexní a dosud ne zcela objasněný (15).

Patofyziologie syndromu D-MER je stále předmětem probíhajících výzkumů. Prevládající hypotéza spojuje vznik symptomů s krátkodobým poklesem koncentrace dopaminu. Studování tohoto jevu je však značně obtížné, protože měření dopaminu jako neurotransmiteru v reálném čase je technicky náročné. V současnosti je možné sledovat rychle se měnící koncentraci dopaminu pouze elektrochemickou metodou – rychlou cyklickou voltametrií (FSCV), která je invazivní a dosud není běžně povolena pro výzkum u lidských účastníků (16).

Dopamin v organismu plní roli jak neurotransmiteru, tak hormonu. V mozku je produkován dopaminergními neurony, které jsou zapojeny do specifických dopaminergních systémů neboli drah. Mezi tyto dráhy patří například nigrostriatální dráha, jejíž porucha je málo jiné spojována se vznikem parkinsonismu, nebo dráhy mezolimbická a mezokortikální, u nichž se nadbytek dopaminu vyskytuje při schizofrenii.

V souvislosti s D-MER je pravděpodobně klíčová tubero-infundibulární dopaminergní dráha (TIDA). Zde je dopamin produkován neurony lokalizovanými v jednom z hypotalamických jader – *nucleus arcuatus*. Axony těchto neuronů směřují do portálního vaskulárního systému, který zajišťuje transport signálních molekul mezi hypotalamem a adenohipofýzou. Adenohipofýza produkuje a do krevního oběhu

uvolňuje řadu hormonů, včetně prolaktinu. Sekrece jednotlivých hormonů adenohypofýzy je regulována specifickými peptidy, nebo v případě prolaktinu aminem – dopaminem – pocházejícím z hypotalamu (17).

Prolaktin má díky tonické inhibici dopaminem ve většině případů – u netěhotných, nekojících žen a u mužů – fyziologicky velmi nízkou koncentraci. Tento stav je udržován negativní zpětnou vazbou. Cirkulující prolaktin působí na neurony dráhy TIDA a vyvolává u nich produkci dopaminu, který zpětně prolaktin inhibuje. Dlouho byly popsány dvě časové sekvence této inhibice; rychlá (*rapid*) v rámci přibližně čtyř hodin a opožděná (*delayed*) přibližně za 12 hodin (18).

Ve studii *in vitro* na krysích mozcích z roku 2012 se po aplikaci prolaktinu koncentrace dopaminu změnila okamžitě – v řádu sekund. Zvýšení koncentrace dopaminu probíhalo na několika úrovních: První reakci tuberoinfundibulárních dopaminových axonů bylo vyplavení dopaminu do synapsí, druhou, doposud popisovanou jako *rapid*, bylo zvýšení aktivity enzymů nezbytných pro syntézu dopaminu a třetí, *delayed*, představovaly změny genové transkripce vedoucí ke dlouhodobé produkci dopaminu. Tyto pokusy však nepřinesly nové poznatky o samotném impulzu ke zvýšení prolaktinu. Kromě známých podnětů pro elevaci koncentrace prolaktinu, jako je stres nebo masáž bradavky, je na neurohumorální úrovni za nejpravděpodobnější mechanismus považována jeho disinhibice – tedy přerušení inhibičního působení dopaminu (18). Pokusy *in vitro* ukázaly do té doby nepopsanou extrémně rychlou zpětnou reakci hladiny dopaminu na prolaktin, což otvírá otázku, zda může v případě D-MER předcházet vyplavení prolaktinu i rychlý pokles dopaminu.

V roce 2018 byla některými autory a autorkami formulována alternativní hypotéza, podle níž je D-MER důsledkem neadekvátní odpovědi organismu na změny koncentrace oxytocinu, které probíhají prokazatelně rychle a dynamicky, což je hlavní argument zastánců této hypotézy (19).

Oxytocin se kromě svých fyziologických účinků, jako je kontrakce hladké svaloviny při porodu a ejekci mléka, podílí také na vytváření emoční vazby mezi matkou a kojencem a je spojován s pocitem bezpečí a blízkosti. Zároveň hraje roli v aktivaci ochranných behaviorálních reakcí. Hypotéza oxytocinové dysregulace předpokládá, že u žen s D-MER může docházet k nepřiměřené aktivaci stresové reakce, připomínající mechanismus *fight or flight* (boj nebo útek) (19). V situaci kojení, kdy není přítomné reálné ohrožení ani možnost adekvátní behaviorální reakce, se tato aktivace může projevit výraznou negativní změnou emočního prožívání.

Současný stav poznání tedy směřuje ke konsenzu, že D-MER má neurobiologickou patofyziologii, založenou na neadekvátní hormonální či neurotransmiterové odpovědi, ať již kvalitativní, nebo kvantitativní.

ZÁVĚR

V mnoha společnostech je kojení nadále chápáno jako jediný správný, respektive „normální“ způsob výživy novorozence. Tento normativní rámec je často posilován aktivitami různých prokojeneckých iniciativ, které v některých případech využívají i výrazně preskriptivní či nátlakovou argumentaci (20). Přes kulturní rozdíly platí, že většina těhotných žen deklaruje úmysl kojit a většina žen se po porodu o kojení alespoň pokusí (21).

Z norské studie zaměřené na ženy, které nekojily, vyplývá, že ženy, jež z různých důvodů kojit nemohly nebo se rozhodly

nekojit, často potřebovaly zvýšenou psychickou i praktickou podporu ze strany zdravotnického personálu i svého okolí (22). Neschopnost kojit či rozhodnutí se z jakéhokoli důvodu s kojením vůbec nezačít bývá pro mnohé ženy významným zdrojem stresu, přičemž negativní reakce okolí mohou tuto zátěž dále prohlubovat, a to někdy již v prostředí porodnice (22).

V kontextu D-MER zůstává informovanost zdravotnických pracovníků a pracovníc zatím velmi omezená. Otázka etické legitimacy tlaku na kojení, zejména u žen s D-MER, proto nabývá na významu. Diskuse o tom, za jakých okolností je pro ženu s tímto syndromem eticky přijatelné kojení předčasně ukončit či jej vůbec nezahájit, vyžaduje nejen lepší klinické poznání D-MER, ale i jeho zasazení do širšího psychosociálního a etického rámce.

Zvýšení informovanosti odborné i laické veřejnosti o D-MER, další systematický výzkum tohoto syndromu a otevřená interdisciplinární debata o jeho klinických a etických aspektech mohou přispět ke zlepšení péče o ženy, které se s touto zkušeností setkávají.

Čestné prohlášení

Autorka prohlašuje, že v souvislosti s tématem, vznikem ani publikací tohoto článku není ve střetu zájmů. Vznik ani publikace článku nebyly podpořeny žádnou farmaceutickou společností.

Seznam použitých zkratk

D-MER	dysphoric milk ejection reflex
FSCV	rychlá cyklická voltametrie (fast-scan cyclic voltammetry)
TIDA	tuberoinfundibulární dopaminergní dráha (tuberoinfundibular dopamine)

Literatura

1. Martin CR, Ling P, Blackburn GL. Review of infant feeding: key features of breast milk and infant formula. *Nutrients* 2016; 8(5): 279.
2. Binns C, Lee M, Low WY. The long-term public health benefits of breastfeeding. *Asia Pac J Public Health* 2016; 2: 7–14.
3. Prentice AM. Breastfeeding in the modern world. *Ann Nutr Metab* 2022; 78: 29–38.
4. Groff E, Steger F. The ethics of ancient lactation and the cult of the perfect breastfeeding mother. *Healthcare (Basel)* 2023; 11: 2941.
5. Middleton C, McFadden A, Brown EL et al. Negative emotional experiences of breastfeeding and the milk ejection reflex: scoping review. *Int Breastfeeding J* 2025; 20: 13.
6. Heise AM. Helps and hinders. D-MER.org. Dostupné na: <https://d-mer.org/helps-and-hinders>
7. Heise AM, Wiessinger D. Dysphoric milk ejection reflex: a case report. *Int Breastfeeding J* 2011; 6: 6.
8. Ureño TL, Berry-Cabán CS, Adams A et al. Dysphoric milk ejection reflex: a descriptive study. *Breastfeed Med* 2019; 14: 666–673.
9. Moriyama Y, Koyama T, Nakano M et al. Dysphoric milk ejection reflex among Japanese mothers: a self-administered survey. *Int Breastfeeding J* 2024; 19: 21.
10. Dysforický reflex ejekce mléka (D-MER). *Laktační liga*, 28. 10. 2023. Dostupné na: www.kojeni.cz/hovinky/dysforicky-reflex-ejekce-mleka-d-mer
11. Kacir A, Smith J, Brown R et al. Impact of dysphoric milk ejection reflex on mental health. *Breastfeed Med* 2024; 19(7): 547–553.
12. Prime DK, Geddes DT, Hepworth AR et al. Comparison of the patterns of milk ejection during repeated breast expression sessions in women. *Breastfeed Med* 2011; 6(4): 183–190.
13. Yurtsal ZB, Uslu D. Sexual aspects of breastfeeding and lactation. In: Geuens S, Mivšek AP, Gianotten WL (eds.). *Midwifery and sexuality*. Springer, 2023: 99–111.
14. Young IM. Breast experience: the look and the feeling. In: Young IM (ed.). *Female body experience*. Oxford University Press, 2005: 75–96.

15. Deif R, Smith J, Brown A et al. Dysphoric milk ejection reflex: the psychoneurobiology of the breastfeeding experience. *Front Glob Womens Health* 2021; 2: 669826.

16. Boschen SL, Wightman RM, Carelli RM et al. Defining a path toward the use of fast-scan cyclic voltammetry in human studies. *Front Neurosci* 2021; **15**: 728092.

17. Qi-Lytle X, Sayers S, Wagner EJ. Current review of the function and regulation of tuberoinfundibular dopamine neurons. *Int J Mol Sci* 2024; 25: 110.

18. Phillips H, Yip SH, Grattan DR. Patterns of prolactin secretion. *Mol Cell Endocrinol* 2020; **502**: 110679.

19. Uvnas-Moberg K, Kendall-Tackett K. The mystery of D-MER: what can hormonal research tell us about dysphoric milk-ejection reflex? *Clin Lact* 2018; 9: 23–30.

20. Kukla R. Ethics and ideology in breastfeeding advocacy campaigns. *Hypatia* 2006; 21: 157–180.

21. Morse JM, Jehle C, Gamble D. Initiating breastfeeding: a world survey of the timing of postpartum breastfeeding. *Int J Nurs Stud* 1990; 27: 303–313.

22. Hvatum I, Glavin K. Mothers' experience of not breastfeeding in a breastfeeding culture. *J Clin Nurs* 2017; 26: 3144–55.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

MUDr. Magdalena Bonacker Jakešová

Tomanova 24, 169 00 Praha 6

e-mail: jakesova.magdalena@gmail.com

pr+Lékárníky.cz

největší informační zdroj pro lékárníky



Přináší současné poznatky z farmacie
a celoživotní vzdělávání

- + Aktuality ze světa farmacie
- + Vzdělávací on-line kurzy kreditované ČLnK
- + Specializované zpravodaje
– žádné informace Vám neuniknou!



www.prolekarniky.cz/registrace

REGISTRACE ZDARMA

Pravidla pro dny nemoci (SAMI DOMA) v kontextu chronické medikace

Kateřina Langmaierová¹, Olga Nedopílková², Petra Šubrtová³, Petr Grenar^{4,5}, Jiří Nový^{4,6}, Dan Rakušan⁷, Petra Rozsivalová^{3,8}

¹Oddělení klinické farmacie, Krajská zdravotní, a. s. – pracoviště Ústí nad Labem a Teplice

²Oddělení klinické farmacie, Lékárna FN Ostrava

³Oddělení klinické farmacie, Nemocniční lékárna FN Hradec Králové

⁴Klinika urgentní medicíny LF UK a FN Hradec Králové

⁵Katedra vojenské vnitřní medicíny a vojenské hygieny VLF UO v Hradci Králové

⁶Chirurgická klinika LF UK a FN Hradec Králové

⁷Interní klinika 3. LF UK a FTN, Praha

⁸Katedra sociální a klinické farmacie FaF UK v Hradci Králové

Čas. Lék. čes. 2026; 165: 11–15

SOUHRN

Polékové komplikace během akutních interkurentních onemocnění představují významný klinický problém, zejména u multimorbidních pacientů. Koncept *Sick Day Rules* SAMI DOMA poskytuje jednoduchý a efektivní návod pro zdravotníky pro bezpečné dočasné pozastavení užívání léčiv ovlivňujících renální hemodynamiku, glykémii nebo acidobazickou rovnováhu. Řadu běžně užívaných a rizikových lékových skupin, konkrétně statiny, antikoagulanty a metotrexát, však nelze do těchto zjednodušených doporučení zahrnout, protože jejich management vyžaduje individuální klinické posouzení. Tento článek shrnuje farmakologické a klinické důvody proč tyto léky nejsou součástí konceptu SAMI DOMA a nabízí argumentační rámec pro rozhodování v klinické praxi, s cílem minimalizovat rizika plynoucí jak z ponechání, tak z neadekvátního přerušení léčby.

KLÍČOVÁ SLOVA

Sick Day Rules, statiny, warfarin, DOACs, metotrexát, polékové komplikace

SUMMARY

Langmaierová K et al.

Sick Day Rules in the context of chronic medication

Drug-related complications during acute intercurrent illnesses represent a significant clinical problem particularly in multimorbid patients. The Sick Day Rules concept provides a simple and effective framework for healthcare professionals to safely implement temporary withholding of medications that affect renal haemodynamics and glycaemic control. However, several commonly used high-risk drug classes, specifically statins, anticoagulants, and methotrexate, cannot be included in these simplified recommendations, as their management requires individualised clinical assessment.

This article summarizes the pharmacological and clinical rationale for excluding these agents from this concept and proposes an argument-based framework to support clinical decision-making in routine practice, with the aim of minimising risks associated with both inappropriate continuation and unjustified interruption of therapy.

KEYWORDS

Sick Day Rules, statins, warfarin, DOACs, methotrexate, drug-related complications

ÚVOD

Polékové komplikace, zejména v kontextu akutních interkurentních onemocnění, představují závažný a narůstající klinický problém a farmakoeconomickou zátěž, jejíž význam roste s vyšší nemocností starší populace. Studie ukazují, že prehospitální rozvinuté akutní poškození ledvin (AKI) se vyskytuje u významného podílu pacientů přicházejících na urgentní příjem (1). Zároveň velká část pacientů užívá léčiva, která mohou v podmínkách dehydratace zhoršit renální funkce (1, 2). Tyto studie ukazují na potřebu systematických, srozumitelných a bezpečných preventivních strategií.

V souladu s globální iniciativou *Choosing Wisely* (CHW), jejímž hlavním cílem je ochrana pacienta před důsledky nadměrné diagnostiky a léčby, vznikla spolupráce s pracovní skupinou CHW České internistické společnosti ČLS JEP (ČIS)

a pracovní skupinou CHW České odborné společnosti klinické farmacie ČLS JEP (ČOSKF), jejímž klíčovým výstupem je koncept *Sick Day Rules* – pravidel pro dny nemoci (3).

Cílem tohoto článku je definovat rozsah a limity českého konceptu *Sick Day Rules* – SAMI DOMA.

KONCEPT SAMI DOMA

VÝZNAM A ÚČEL STANDARDIZOVANÝCH PACIENTSKÝCH DOPORUČENÍ

Strategická hodnota standardizovaných doporučení pro dočasné přerušení léčiv ve dnech nemoci vypracovaných ČOSKF v rámci kampaně CHW spočívá v možnosti předcházet nejčastějším a klinicky závažným polékovým komplikacím.

Cílem je poskytnout jednoduchý, zapamatovatelný a bezpečný návod pro stavy spojené s rizikem dehydratace a sníženého perorálního příjmu, jako jsou horečnaté infekce, zvracení nebo průjem. Koncept SAMI DOMA zahrnuje léčiva, jejichž dočasné přerušení na 24–48 hodin je ve většině případů považováno za bezpečné a přináší jednoznačný benefit v prevenci AKI a hypoglykémie (3).

FARMAKOLOGICKÝ MECHANISMUS RIZIKA

Společným mechanismem rizika všech lékových skupin zahrnutých v tomto konceptu je alterace renální hemodynamiky a homeostázy glukózy. Inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (ACEi) a sartany snižují intraglomerulární tlak dilatací *vas efferens*, zatímco nesteroidní protizánětlivá léčiva (NSAIDs) způsobují konstriktu *vas afferens*. Diuretika a inhibitory sodíko-glukózového kotransportéru 2 (SGLT2i, tj. glifloziny) dále prohlubují volumovou depleci. Metformin se může při zhoršení renálních funkcí nebezpečně kumulovat a zvýšit tak riziko rozvoje laktátové acidózy. Deriváty sulfonylurey zvyšují riziko hypoglykémie při sníženém příjmu potravy. Agonisté receptoru pro glukagonu podobný peptid

AKRONYM A ZAŘAZENÉ LÉKOVÉ SKUPINY

Akronym SAMI DOMA zahrnuje následující lékové skupiny (3):

- S – sartany (např. telmisartan, valsartan, kandesartan)
- A – ACEi (např. perindopril, ramipril, enalapril)
- M – metformin
- I – NSAIDs (např. diklofenak, naproxen, nimesulid)
- D – diuretika (např. furosemid, hydrochlorothiazid, indapamid)
- O – glifloziny (SGLT2i; např. dapagliflozin, empagliflozin)
- M – deriváty sulfonylmočoviny (např. glimepirid, gliklazid)
- A – agonisté receptoru pro GLP-1 (např. liraglutid, semaglutid)

1 (GLP-1RA) mohou ovlivnit kromě glykémie i motilitu (GIT), což u akutních onemocnění (zvracení, průjem a z toho vyplývající snížený příjem potravy) nemusí být žádoucí (4). Přehled rizikových skupin shrnuje tab. 1.

LIMITY KONCEPTU SAMI DOMA

Zatímco koncept SAMI DOMA se snaží efektivně a bezpečně pokrýt nejčastější rizika spojená s hemodynamikou ledvin a glykemií, existují další lékové skupiny s vysokým rizikem polékových komplikací v kontextu akutních interkurentních onemocnění, jejichž management je podstatně komplexnější a vyžaduje individualizovaný přístup.

LÉČIVA VYŽADUJÍCÍ INDIVIDUÁLNÍ MANAGEMENT: PROČ NEJSOU SOUČÁSTÍ SAMI DOMA?

Zatímco u léků v SAMI DOMA je možné s vysokou mírou bezpečnosti formulovat jednoduchá pravidla pro patientský self-management v domácím prostředí (ideálně po předchozí edukaci lékařem či farmaceutem), u následujících skupin může riziko plynout z nekontrolovaného, paušálního vysazení převýšit riziko spojené s jejich ponecháním. Patří sem zejména statiny, antikoagulační a metotrexát, u kterých je nezbytné individuální posouzení ošetřujícím lékařem.

STATINY

Na rozdíl od léčiv zahrnutých v SAMI DOMA, která představují přímé a předvídatelné riziko pro renální hemodynamiku, jsou rizika spojená se statiny podmíněná konkrétními interakcemi a klinickým kontextem. Primárním důvodem pro opatrnost u statinů během akutního onemocnění není jejich přímá nefrotoxicita, ale riziko myopatie, které může progredovat až do život ohrožující rhabdomyolýzy. Toto riziko je však podmíněno specifickými okolnostmi a není relevantní např. pro běžnou nekomplikovanou virózu. Klíčovými faktory jsou těžká dehydratace, a především kritické lékové

Tab. 1 Přehled léčiv zahrnutých do konceptu SAMI DOMA (3, 4)

Léková skupina	Příklady léčiv	Hlavní mechanismus rizika
inhibitory ACE	perindopril, ramipril	dilatace <i>vas efferens</i> → snížení intraglomerulárního tlaku
sartany	valsartan, telmisartan	stejný mechanismus jako ACEi
metformin	metformin	kumulace při snížené funkci ledvin → laktátová acidóza
NSAIDs	ibuprofen, diklofenak	konstrikce <i>vas afferens</i> → snížení renální perfuze
diuretika	furosemid, hydrochlorothiazid	hypovolémie, dehydratace
inhibitory SGLT2	empagliflozin, dapagliflozin	osmotická diuréza → hypovolémie, euglykemická ketoacidóza
deriváty sulfonylurey	glimepirid, gliklazid	riziko hypoglykémie při sníženém příjmu potravy
agonisté receptoru pro GLP-1	liraglutid, semaglutid	ovlivnění motility gastrointestinálního traktu, riziko hypoglykémie (proti ostatním skupinám významně nižší)

Tab. 2 Statiny – doporučení při akutním onemocnění (5–7)

Klinická situace	Doporučení	Zdůvodnění
běžná virová/bakteriální infekce (bez ATB interakce)	pokračovat	statiny nejsou nefrotoxické; nízké riziko myopatie
pacient < 12 měsíců po PCI nebo s akutním koronárním syndromem	vždy pokračovat	prevence trombózy stentu
léčba silným inhibitorem CYP3A (klaritromycin / erytromycin / itraconazol)	přerušit užívání statinu nebo změnit ATB	silná inhibice CYP3A4 → až 10× zvýšení AUC simvastatinu
těžká dehydratace / hypovolémie / sepse / crush syndrom	zvážit dočasné přerušení	hemokoncentrace zvyšuje riziko myopatie

interakce na úrovni cytochromu P450, zejména izoenzymu CYP3A4. Silné enzymové inhibitory, jako jsou klaritromycin a erytromycin (používaný pouze ve specifických situacích), mohou zvýšit plazmatické koncentrace atorvastatinu o 400–500 % a simvastatinu až o 800–1000 % (5). Výrazné zvýšení plochy pod křivkou (AUC) závislosti koncentrace léčiva v plazmě jako funkce času po podání vystavuje pacienta toxickým dávkám statinu s rizikem rozvoje myopatie až rhabdomyolýzy. Je nutné poznamenat, že simvastatin, který je z hlediska interakcí rizikový, je již v klinické praxi používán ve významně menší míře.

Naopak statiny, které nejsou primárně metabolizovány přes CYP3A4 (např. rosuvastatin), jsou z tohoto pohledu bezpečnější (5). Atorvastatin je vzhledem k farmakokinetickým vlastnostem u pacientů s preexistující renální insuficiencí spolehlivější (5). Souhrn doporučení k této skupině léčiv prezentuje tab. 2.

ANTIKOAGULANCIA – ODLIŠNÝ PŘÍSTUP K WARFARINU A PŘÍMÝM ANTIKOAGULANCIÍM

Warfarin

Warfarin inhibuje syntézu vitamin K-dependentních koagulačních faktorů II, VII, IX a X a současně i přirozených inhibitorů koagulace, proteinů C a S. Dlouhý biologický poločas eliminace, zejména faktoru II (protrombinu), který se pohybuje přibližně mezi 60 a 72 hodinami, vede k tomu, že antikoagulační účinek warfarinu přetrvává ještě několik dní po ukončení jeho podávání. Během akutního onemocnění dochází k destabilizaci INR a zvýšenému riziku krvácení vlivem sníženého příjmu vitaminu K, průjmu se ztrátou střevní mikroflóry produkující vitamin K. Pacient je vystaven i riziku lékových interakcí s antibiotiky (např. kotrimoxazol, metronidazol, makrolidy) či analgetiky/antipyretiky (NSAIDs, paracetamol > 2 g několik dní za sebou) (8, 9). Krátkodobé přerušení léčby (například během 2–3denní gastroenteritidy) proto nevede k rychlému odeznění antikoagulace a nemůže být chápáno jako spolehlivý způsob, jak akutně snížit riziko krvácení. Naopak, rozkolísání léčby může vést k nežádoucím výkyvům INR a zhoršit kontrolu antikoagulace.

Rozhodnutí o dočasném vysazení warfarinu, úpravě dávků nebo nutnosti překlenovací terapie nízkomolekulárním heparinem musí být vždy individuální, s ohledem na trombotické a krvácivé riziko, komorbiditu a – pokud je to možné – s laboratorní kontrolou INR. U méně závažných

interkurentních onemocnění se léčba obvykle nepřerušuje, pacient by měl ihned po odeznění onemocnění navštívit lékaře ke kontrole INR a případné úpravě dávků. Souhrn rizikových momentů terapie shrnuje tab. 3.

Přímá perorální antikoagulancia

Na rozdíl od warfarinu mají přímá perorální antikoagulancia (DOACs) krátký biologický poločas (tab. 4), což umožňuje jejich relativně rychlé vysazení i obnovení účinku. Hlavním rizikem je zde kumulace léčiva při zhoršení renálních funkcí, a z toho vyplývající vyšší riziko krvácivých komplikací. Míra rizika se liší podle podílu renální clearance léčiva (tab. 4). Při poklesu glomerulární filtrace hrozí významná kumulace zejména u dabigatranu, jelikož jeho systémová expozice může velmi významně vzrůst (10). Dalším faktorem jsou interakce na úrovni P-glykoproteinu, které mohou rovněž ovlivnit expozici (11). Míru zvýšení antikoagulačního účinku je obtížné odhadnout jak vzhledem k vysazení, tak i vzhledem k včasnému návratu antikoagulancií do medikace.

Rozhodnutí o přerušení podávání DOACs musí být individuální a zohlednit indikaci (prevence cévní mozkové příhody u fibrilace síní vs. léčba plicní embolie), aktuální renální funkce, riziko krvácení a typ interkurentního onemocnění. Paušální doporučení je zde nemožné a nebezpečné. Tyto stavy vyžadují jednoznačně konzultaci s ošetřujícím lékařem a není možné je svěřit jednoduše do rukou pacienta.

METOTREXÁT (MTX)

Management metotrexátu, i v nízkých dávkách používaných v revmatologii či dermatologii, je úkolem specialistů, protože jeho toxicita je podmíněna sníženou eliminací i závažnými lékovými interakcemi.

Každý pacient i jeho praktický lékař by měl od specialisty předepisujícího MTX obdržet doporučení, kdy je indikováno přerušení léčby. Jiný postup bude volen u běžné nekomplikované virózy a jinak bude postupováno u závažnějších stavů.

Praktický postup při léčbě nízkodávkovým MTX:

- **Kdy MTX vysadit:** závažná bakteriální infekce, horečka > 38 °C, hospitalizace – konzultovat se specialistou.
- **Kdy v terapii pokračovat:** mírná virová onemocnění bez horečky, vždy po konzultaci se specialistou (15, 16). Souhrn doporučení uvádí tab. 5.

Tab. 3 Warfarin – faktory ovlivňující INR při akutním onemocnění (8, 9)

Faktor	Mechanismus	Klinický dopad
snížený příjem vitaminu K	anorexie, nechutenství	zvýšení INR
průjem	ztráta střevní mikroflóry produkující vitamin K ₂	zvýšení INR
ATB	inhibice metabolismu warfarinu	výrazná elevace INR
horečka, zánět	zvýšený katabolismus koagulačních faktorů	mírné zvýšení INR
současné podání NSAIDs	inhibice funkce trombocytů, gastropatie	zvýšené riziko krvácení

Tab. 4 DOACs – podíl renální clearance a riziko akumulace (12–14)

DOACs	Podíl renální eliminace	Riziko akumulace při poklesu glomerulární filtrace
dabigatran	80 %	vysoké – expozice může vzrůst až 6×
edoxaban	50 %	střední
rivaroxaban	35 %	nižší
apixaban	27 %	nejnižší, ale ne nulové

Tab. 5 Metotrexát – situace vyžadující úpravu léčby (15–18)

Klinická situace	Doporučení	Zdůvodnění
závažná bakteriální infekce, horečka, hospitalizace	vždy přerušit	potřeba plné imunitní odpovědi, konzultovat délku přerušení se specialistou
nasazení kotrimoxazolu ve vyšší dávce	vysoké riziko	synergická toxicita: ↓ clearance MTX, inhibice DHFR, vytěsnění z proteinů
nasazení NSAIDs (včetně volně prodejných)	opatrnost, konzultovat	riziko snížené renální eliminace MTX a následné toxicity

Tab. 6 Lékové skupiny nevhodné pro jednoduchá Sick Day Rules

Léková skupina	Proč není vhodná pro jednoduchá patientská pravidla
statiny	interakce závislé na konkrétním antibiotiku a konkrétní molekule statinu; nízké riziko myopatie při běžné infekci, rozdílné cesty exkrece u jednotlivých molekul statinů
warfarin	dlouhý poločas účinku; nutnost monitorování INR; riziko trombózy při pauze
DOACs	rozdílná míra renální eliminace; riziko kumulace; potřeba individuálního posouzení, monitorování
metotrexát	úzké terapeutické rozmezí; závažné interakce; riziko myelosuprese, vždy nutný dohled specialisty

Mechanismus vzniku interakcí MTX s ostatními léčivy zahrnuje kompetici o tubulární sekreci, inhibici dihydrofolátreduktázy (např. trimetoprim) a dále vytěsnění MTX z vazby na plazmatické bílkoviny (16). Tyto interakce mohou vést k těžké myelosupresi a bohužel jsou popsány i fatální případy (14). Vliv infekce na léčbu nízkodávkovým MTX u pacientů s revmatoidní artritidou shrnuje systematická rešerše a metaanalýza (15).

PROČ STATINY, ANTIKOAGULANCIA A MTX NEPATŘÍ DO SAMI DOMA

Léčiva uvedená v tab. 6 svým nejednotným managementem ve dnech nemoci nezapadají do konceptu SAMI DOMA, který má být jednoduchý, bezpečný a použitelný například praktickými lékaři pro širokou skupinu pacientů. Individuální posouzení pro případné přerušení léčby statiny, antikoagulancii nebo MTX pak přímo odporuje původní myšlence konceptu SAMI DOMA.

ROLE KLINICKÉHO FARMACEUTA A MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE

Role klinického farmaceuta a úzká mezioborová spolupráce s praktickými lékaři, internisty, kardiology, revmatology a farmaceuty je v situacích dočasného přerušování léčby při akutním onemocnění klíčová. Komplexní analýza rizik a přínosů, individualizace terapie a zajištění kontinuity péče prokazatelně zvyšují bezpečnost pacientů a snižují incidenci preventabilních polékových komplikací (19).

ZÁVĚR

Pro klinickou praxi je zásadní rozlišit mezi jednoduchými, pro pacienta bezpečnými pravidly a komplexním managementem léčiv, který vyžaduje odborný klinický úsudek. SAMI DOMA je efektivní nástroj, ale jeho působnost je omezena na léky primárně ovlivňující renální hemodynamiku a glykémii. Statiny, antikoagulancia a metotrexát vyžadují individuální posouzení založené na znalosti jejich farmakokinetiky, farmakodynamiky, potenciálních interakcí a klinického stavu pacienta. Jejich zařazení do zjednodušených patientských doporučení Sick Day Rules by bylo spojeno s nepříjemným rizikem tromboembolických komplikací, krvácení nebo lékové toxicity.

Čestné prohlášení

Autoři práce prohlašují, že v souvislosti s tématem, vznikem a publikací tohoto článku nejsou ve střetu zájmů a vznik ani publikace článku nebyly podpořeny žádnou farmaceutickou firmou.

Poděkování

PharmDr. Petra Rozsivalová byla podpořena grantem Univerzity Karlovy SVV 260 785.

Poděkování patří všem členům pracovní skupiny Choosing Wisely při ČOSKE, kteří se podíleli na konceptu SAMI DOMA.

Seznam použitých zkratk

ACE	angiotenzin konvertující enzym
ACEi	inhibitory ACE
AKI	akutní poškození ledvin
ATB	antibiotikum
AUC	plocha pod křivkou
CHW	Choosing Wisely
DHFR	dihydrofolátreduktáza
DOACs	přímá perorální antikoagulancia
GLP-1RA	agonisté receptoru pro glukagonu podobný peptid 1
INR	international normalized ratio
MTX	metotrexát
NSAIDs	nesteroidní protizánětlivá léčiva
PCI	perkutánní koronární intervence
SGLT2i	inhibitory sodíko-glukózového kotransportéru 2 (glifloziny)

Literatura

1. Ehmann MR, Klein EY, Zhao X et al. Epidemiology and clinical outcomes of community-acquired acute kidney injury in the emergency department. *Am J Kidney Dis* 2024; 83: 762–771.
2. Duong H, Tesfaye W, Van C et al. Hospitalisation due to community-acquired acute kidney injury and the role of medications: a retrospective audit. *J Clin Med* 2023; 12: 3347.
3. Rozsivalová P, Šubrtová P, Russ K et al. Choosing Wisely v praxi: jak Sick Day Rules pomáhají předejít polékovým komplikacím. *Čes Slov Farm* 2025; 74: 244–251.
4. Watson KE, Dhaliwal K, Robertshaw S et al. Consensus recommendations for sick day medication guidance for people with diabetes, kidney, or cardiovascular disease: A Modified Delphi Process. *Am J Kidney Dis* 2023; 81: 564–574.
5. Verdoodt A, Honore PM, Jacobs R et al. Do statins induce or protect from acute kidney injury and chronic kidney disease: an update review in 2018. *J Transl Int Med* 2018; 6: 21–25.

6. Newman CB, Preiss D, Tobert JA et al. Statin safety and associated adverse events: a scientific statement from the American Heart Association. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2019; 39(2): e38–e81.
7. Bielecka-Dabrowa A, Bytyçi I, Von Haehling S et al. Association of statin use and clinical outcomes in heart failure patients: a systematic review and meta-analysis. *Lipids Health Dis* 2019; 18: 188.
8. Schmidt M, Johansen MB. The impact of acute diarrhea on the coagulation status of patients with vitamin K antagonists. *Sci Rep* 2021; 11: 11677.
9. Smith JK, Aljazairi A, Fuller SH. INR elevation associated with diarrhea in a patient receiving warfarin. *Ann Pharmacother* 1999; 33: 301–304.
10. Knauf F, Chaknos CM, Berns JS, Perazella MA. Dabigatran and kidney disease: a bad combination. *Clin J Am Soc Nephrol* 2013; 8: 1591–1597.
11. Reilly PA, Lehr T, Haertter S et al. The effect of dabigatran plasma concentrations and patient characteristics on the frequency of ischemic stroke and major bleeding in atrial fibrillation patients: the RE-LY Trial (Randomized Evaluation of Long-Term Anticoagulation Therapy). *J Am Coll Cardiol* 2014; 63: 321–328.
12. Salbach C, Milles BR, Hund H et al. Effect of impaired kidney function on outcomes and treatment effects of oral anticoagulant regimes in patients with atrial fibrillation in a real-world registry. *PLoS One* 2024; 19: e0310838.
13. Kvasnička T. Antikoagulační terapie. *Med Praxi* 2023; 20: 282–290.
14. Gueta I, Schacham YN, Markovits N et al. Uninterrupted direct oral anticoagulant treatment during acute illness: impact on clinical outcomes. *Thromb Res* 2020; 196: 457–462.
15. Park JK, Kim MJ, Choi Y et al. Effect of short-term methotrexate discontinuation on rheumatoid arthritis disease activity: post-hoc analysis of two randomized trials. *Clin Rheumatol* 2020; 39: 375–379.
16. Honma T, Onda K, Masuyama K. Drug-drug interaction assessment based on a large-scale spontaneous reporting system for hepato- and renal-toxicity, and thrombocytopenia with concomitant low-dose methotrexate and analgesics use. *BMC Pharmacol Toxicol* 2024; 25: 13.
17. Cudmore J, Seftel M, Sisler J, Zarychanski R. Methotrexate and trimethoprim-sulfamethoxazole: toxicity from this combination continues to occur. *Can Fam Physician* 2014; 60: 53–36.
18. Thomas MH, Gutterman LA. Methotrexate toxicity in a patient receiving trimethoprim-sulfamethoxazole. *J Rheumatol* 1986; 13: 440–441.
19. Rychlíčková J, Šaloun J, Gregorová J. Evaluation of clinical pharmacists' interventions in the Czech Republic. *Pharmacotherapy* 16; 36: 766–773.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

PharmDr. Kateřina Langmaierová

Oddělení klinické farmacie KZ, a. s.
 Sociální péče 3316/12a, 400 01 Ústí nad Labem
 Tel.: 704 873 941
 e-mail: katerina.langmaierova@kzcr.eu

Virtuální realita jako terapeutický nástroj v moderním zdravotnictví

Patricie Hloušková^{1, 2}; Andrea Kunschová³, Konstantin Novikov¹

¹VR Medical, Plzeň

²Fakulta zdravotnických studií ZČU v Plzni

³Oddělení léčebné rehabilitace FN PI

Čas. Lék. čes. 2026; 165: 16–19

SOUHRN

Virtuální realita se v posledních letech rychle etablovala jako inovativní součást moderní medicíny. Nachází uplatnění v rehabilitaci, neurologii, onkologii, psychoterapii, geriatrické péči i v řadě dalších oblastí klinické praxe. Pokročilé systémy umožňují vytvářet individualizovanou, kontrolovanou a interaktivní prostředí pro trénink motorických, kognitivních a behaviorálních funkcí, přičemž poskytují okamžitou zpětnou vazbu a objektivní měření výkonu pacienta. Technologie nachází uplatnění nejen v léčbě, ale i ve vzdělávání zdravotníků, simulacích chirurgických výkonů či krizových scénářů. Klinické studie a metaanalýzy ukazují příznivé účinky virtuální reality na úzkost, depresi, motorickou rehabilitaci po cévní mozkové příhodě, Parkinsonově nemoci nebo posturální stabilitu u seniorů. I přes rostoucí důkazy účinnosti je však třeba zohlednit i přetrvávající limity, zahrnující metodologickou nejednotnost studií, technické a provozní bariéry, riziko *cybersickness* a absenci standardizovaných postupů. Probíhající projekty v Česku demonstrují praktickou aplikaci virtuální reality, avšak pro plné využití jejího potenciálu je nezbytný pokračující výzkum a sledování dlouhodobých účinků s cílem objektivně hodnotit její efektivitu, bezpečnost a udržitelnost.

KLÍČOVÁ SLOVA

virtuální realita, zdravotnictví, personalizovaná péče, imerze, adaptivní intervence

SUMMARY

Hloušková P et al.

Virtual reality as a therapeutic tool in modern healthcare

Virtual reality has rapidly established itself in recent years as an innovative component of modern medicine. It is applied in rehabilitation, neurology, oncology, psychotherapy, geriatric care, and many other areas of clinical practice. Advanced systems make it possible to create individualized, controlled, and interactive environments for training motor, cognitive, and behavioral functions, while providing immediate feedback and objective measurement of patient performance. The technology is used not only in therapy, but also in healthcare education, surgical simulation, and crisis-scenario training. Clinical studies and meta-analyses demonstrate beneficial effects of virtual reality on anxiety, depression, motor rehabilitation after stroke, Parkinson's disease, and postural stability in older adults. Despite these promising results, significant limitations remain, including methodological shortcomings of existing studies, technical and organizational barriers, the risk of cybersickness, and the need for protocol standardization.

Projects in the Czech Republic illustrate the practical application of virtual reality; however, fully unlocking its potential will require ongoing research and long-term monitoring to objectively evaluate its effectiveness, safety, and sustainability.

KEYWORDS

virtual reality, healthcare, personalized care, immersion, adaptive interventions

ÚVOD

Virtuální realita (VR) se v posledních letech zařadila mezi technologie, které reálně vstupují do klinické praxe. Moderní náhlavní displeje (headsety, HMD) a simulační platformy umožňují vytvářet bezpečné a přesně kontrolované prostředí, ve kterém lze cíleně trénovat motorické i kognitivní funkce, modelovat specifické situace a hodnotit reakce pacienta. VR se tak stává slibným praktickým nástrojem využitelným v mnoha oborech medicíny; v rehabilitaci, léčbě bolesti, neurologii, psychoterapii a dalších (1).

Jednou z hlavních předností VR je možnost individualizace. Integrované senzory umožňují objektivní měření výkonu a poskytují okamžitou zpětnou vazbu, která zvyšuje motivaci pacienta a usnadňuje terapeutické vedení. Současný technologický pokrok standardizovaných softwarových platform umožnil přesun VR z výzkumných center do běžné klinické praxe. Spolu s přínosy je však nutné zohlednit i limity technologie, jako jsou variabilní tolerabilita pacientů, riziko *cybersickness* či rozdílná kvalita dostupných systémů.

Pro efektivní a bezpečné využití VR je proto klíčové porozumět jejím technickým principům, terapeutickým možnostem i omezením (2).

TECHNOLOGICKÉ PRINCIPY VR

Virtuální realita je technologie, která umožňuje uživateli vstoupit do počítačem generovaného prostředí, kde může interagovat s objekty a zažívat pocit „ponoření“ neboli imerze. Rozsah imerze závisí na kvalitě vizuální a senzorické zpětné vazby a zapojení různých smyslových kanálů, zejména zrakového, sluchového a proprioceptivního. Nejčastěji se využívá audiovizuální feedback, jehož signály jsou zpracovávány nervovým systémem a mohou být monitorovány pomocí akcelerometrů, tenzometrů a zpětně integrovány do tréninkového prostředí (3).

Základní hardwarovou součástí VR je HMD, který kombinuje stereoskopické čočky a displej s vysokým rozlišením,

širokým zorným polem a rychlou obnovovací frekvencí. Integrované senzory sledují pohyb uživatele a umožňují dynamickou zpětnou vazbu. Moderní systémy navíc často využívají haptické prvky, které poskytují dotykovou zpětnou vazbu a zvyšují realistický prožitek virtuálního prostředí (4).

Systémy VR lze rozlišit podle úrovně interaktivity na pasivní, aktivní a interaktivní. Pasivní systémy umožňují pouze sledování prostředí bez aktivní interakce, aktivní systémy přidávají omezený pohyb, zatímco interaktivní systémy zahrnují plnou interakci s adaptivní zpětnou vazbou. Z hlediska imerze se rozlišují systémy imerzivní (plně pohlcující), semiimerzivní (částečně pohlcující) a neimerzivní (nepohlcující), přičemž plná imerze obvykle vyžaduje výkonná HMD zařízení a vyšší grafický výkon (5).

Vedle klasické VR se také využívá rozšířená realita (augmentovaná AR/), při které jsou virtuální objekty integrovány do reálného prostředí a uživatel neztrácí kontakt s okolím. AR tak umožňuje současně vnímat realitu i interagovat s digitálním obsahem, nejčastěji prostřednictvím chytrých brýlí, telefonů či tabletů. AR umožňuje kombinovanou interakci s fyzickým a virtuálním světem (6).

APLIKACE VR VE ZDRAVOTNICTVÍ

Využití VR v medicíně je dnes velmi široké a nadále dynamicky narůstá. Její potenciál spočívá zejména v možnosti vytvářet imerzivní a interaktivní prostředí, které zvyšuje motivaci pacientů a optimalizuje tak průběh léčby. Pokroky v oblasti grafických simulací a aplikací umožňují využívání VR napříč obory, např. v psychiatrii, neurorehabilitaci, onkologii, pediatrii, interně, chirurgii, v oblasti sociální péče a dalších. Nejširší uplatnění nachází zejména v rehabilitační péči, kde podporuje obnovu funkcí u pacientů se širokým spektrem diagnóz a různých věkových skupin.

Mezi nejčastější klinické indikace využití VR ve zdravotnictví patří rehabilitace po cévní mozkové příhodě (CMP) (7), neuromotorická onemocnění, jako je Parkinsonova choroba (8) a roztroušená skleróza, zejména v souvislosti s motorickými i kognitivními deficity (9). Mezi další můžeme zařadit např. traumatická poškození mozku, úzkostné poruchy, poruchy autistického spektra a kognitivní poruchy spojené se stářím či neurodegenerativními onemocněními (10).

VR se dnes využívá nejen v léčbě, ale také ve vzdělávání a tréninku zdravotnického personálu. Virtuální simulace umožňují bezpečný a kontrolovaný nácvik klinických postupů, zejména v kritických či rizikových situacích, a přispívají ke zlepšení schopnosti adekvátně reagovat na náročné klinické scénáře. Další významnou oblastí je simulovaný trénink komplexních chirurgických výkonů, který umožňuje testování a optimalizaci postupů bez ohrožení pacientů (11).

VR rozšiřuje terapeutické i diagnostické možnosti v případech, kde tradiční techniky narážejí na své limity. Očekává se, že její aplikace ve zdravotnictví bude nadále růst s rozvojem nových technologií a dostupností imerzivních systémů. Technologie VR vykazují rostoucí potenciál a nacházejí uplatnění v řadě lékařských oborů, avšak jejich masivní implementaci do klinické praxe zatím brání technické, organizační a ekonomické faktory, jak ukazuje řada přehledových studií (12).

PSYCHOTERAPIE A PSYCHIATRIE

Navzdory rostoucím znalostem o etiologii duševních poruch a lepšímu přístupu pacientů ke specializované péči

zůstává prevalence těchto onemocnění vysoká a očekává se její další nárůst. Virtuální realita se ukazuje jako doplňkový nástroj v psychoterapii, přičemž její účinnost závisí na konkrétním typu intervence.

Expoziční terapie s využitím technologie VR umožňuje bezpečné a kontrolované vystavování pacientů spouštěčům úzkosti, například u fobií, posttraumatické stresové poruchy či psychosomatických obtíží (13). Terapeut může regulovat intenzitu expozice a sledovat fyziologické i behaviorální reakce pacienta, což zvyšuje bezpečnost a efektivitu intervence. Studie ukazují, že expoziční terapie s VR vedou ke snížení symptomů úzkosti a zlepšení emočního prožívání u různých skupin pacientů. Metaanalýza randomizovaných kontrolovaných studií (RCT studie) prokázala, že u starších osob s chronickými onemocněními vedou VR-intervence k výraznému snížení symptomů deprese a úzkosti, k posílení pozitivních emocí a ke snížení stresu ve srovnání s kontrolními skupinami bez VR. I když byl prokázán účinek vedoucí ke zlepšení kvality života, metodologická heterogenita výsledků studií zůstává výzvou a potřebou k dalšímu objasnění (14).

Kromě expoziční terapie nachází VR uplatnění také v relaxačních protokolech, tréninku řízeného dýchání a rozvoji copingových strategií. Imerzivní vizuální prostředí snižuje fyziologickou aktivaci, podporuje parasympatické autonomní procesy a napomáhá efektivní regulaci stresu (15). Celkově VR představuje flexibilní a bezpečný léčebný prostředek, který může doplnit tradiční psychoterapeutické přístupy, zvýšit motivaci pacientů a podpořit individualizaci péče.

NEUROLOGIE A REHABILITACE PORUCH POHYBOVÉHO APARÁTU

Muskuloskeletální rehabilitace se uplatňuje především při léčbě a obnově funkcí pohybového aparátu po úrazech, operacích kloubů a kostí, při degenerativních onemocněních, svalových a šlachových poraněních, současně i v rámci rehabilitace po amputacích či u pacientů s neurologicky podmíněnými poruchami pohybu. Využívá se zde principů neuroplasticity, tzn. schopnosti mozku reorganizovat se a vytvářet nové nervové spoje. Mozek zde využívá celoživotního potenciálu přizpůsobovat se strukturálně i funkčně novým podnětům či změnám podmínek v prostředí. Dochází k obměně neuronových cest pod vlivem nových nebo opakovaných zkušeností a ke změnám v reakci na poškození (16).

Interaktivní VR hry a simulace mohou pacienty motivovat k opakovanému provádění cílených pohybů, což by mohlo podporovat obnovu motorických funkcí.

Například RCT studie ukázala, že imerzivní VR rehabilitace u pacientů po CMP přináší významné zlepšení funkce horní končetiny oproti standardní terapii (17). Autoři zároveň upozorňují, že kvůli malému počtu studií a krátkému sledování zatím chybí dostatek dat o dlouhodobé udržitelnosti těchto efektů. Metaanalýza RCT dále prokázala, že kombinace VR s konvenční terapií je účinnější než konvenční rehabilitace sama (18).

Virtuální realita se ukazuje také jako účinná nefarmakologická metoda pro zvládání akutní i chronické bolesti. Princip spočívá v odvedení pozornosti, ponoření do virtuálního světa zaměstnání kognitivní kapacity mozku do takové míry, že je potlačeno vnímání bolestivých signálů. Virtuální rehabilitace vytváří distrační efekt, který snižuje vnímanou zátěž. Tyto principy podporují adherenci k terapii a zlepšují tak celkový rehabilitační výsledek (19).

ONKOLOGIE

Virtuální realita nachází významné uplatnění i v onkologické péči, kde slouží jako podpůrný prostředek k psychické relaxaci, zlepšení nálady, větší toleranci bolesti a odvedení pozornosti od náročných diagnostických či terapeutických invazivních procedur. Pomáhá pacientům přesunout pozornost od somatických a emočních stresorů, čímž přispívá ke snížení úzkosti a zlepšení celkového emočního naladění. Klinická pozorování potvrzují, že imerzivní prostředí vede k okamžitému zlepšení subjektivní pohody a zvyšuje odolnost vůči opakovaným léčebným zásahům, zejména u dlouhodobě nemocných pacientů. Mechanismus účinku spočívá v distrakci, tzn. silném kognitivním zaujetí virtuálním prostředím a tím potlačení percepce bolestivých podnětů.

Studie s funkční magnetickou rezonancí ukazují, že mentální zátěž při plnění úkolů ve VR inhibuje přenos bolestivých signálů na úrovni míchy, čímž snižuje jejich vstup do vyšších mozkových center. Tento efekt je zčásti zprostředkován endogenními opioidy, které se v mozku tvoří přirozeně a mají klíčovou roli v úlevě od bolesti (20, 21). Čím více je tedy nutné se soustředit na úkol, tím vyšší je analgetický efekt.

Většina současných studií zahrnují malé soubory pacientů a krátkodobá sledování, což podtrhuje potřebu robustnějších výzkumů.

GERIATRICKÁ A SOCIÁLNĚ-REHABILITAČNÍ PÉČE

Interaktivní VR se v geriatrické rehabilitaci ukazuje jako významný motivační prostředek seniorů. Cvičení ve VR podporuje aktivní zapojení pacientů a pravidelné provádění rehabilitačních úkolů, což zvyšuje *compliance* s terapeutickým plánem. Metaanalýzy potvrzují, že VR významně zlepšuje rovnováhu a posturální kontrolu a zároveň snižuje obavy z pádů. Randomizované studie porovnávající VR trénink se standardní fyzioterapií ukazují zlepšení funkční mobility a rovnováhy, přičemž pacienti hodnotili VR jako atraktivnější a příjemnější formu cvičení (22).

Tyto poznatky naznačují, že VR nejen podporuje fyzickou rehabilitaci, ale přispívá také k udržitelnému zapojení pacientů, což je klíčové pro dlouhodobé udržení kvality života seniorů.

KLÍČOVÉ VÝHODY A PŘÍNOSY VR VE ZDRAVOTNICTVÍ

Virtuální realita představuje moderní, inovativní a podpůrný prostředek, který dokáže významně zvýšit efektivitu rehabilitačních programů tím, že zajišťuje intenzivnější a delší zapojení pacientů. Díky svému imerzivnímu charakteru a gamifikačním prvkům, jako jsou bodové hodnocení, odměny či postup do vyšších úrovní, proměňuje fyzicky náročné nebo monotónní cvičení v zábavnou a motivující aktivitu.

Tento přístup je obzvláště přínosný pro pacienty s omezenou mobilitou, poruchami stability nebo pro ty, kteří potřebují udržet dlouhodobou motivaci a pravidelné zapojení do terapie. Terapeuti mohou v reálném čase upravovat obtížnost úkolů a monitorovat výkon pacientů pomocí objektivních dat, například rozsahu pohybu, přesnosti provedení nebo rychlosti reakce. Integrace s biometrickými senzory umožňuje komplexní zpětnou vazbu a přesnější vyhodnocení účinnosti terapie. Digitální charakter VR systémů dále podporuje standardizaci procedur, automatizovaný sběr dat a objektivní vyhodnocování pokroku, což současně tím posiluje principy *evidence-based* medicíny.

Telemonitoring a telerehabilitace s využitím prvků VR umožňují pacientům s omezenou mobilitou provádět cvičení doma a pod dohledem odborníků, čímž se zvyšuje dostupnost péče a optimalizuje se kapacita zdravotnických zařízení.

PERSPEKTIVY A BUDOUCNOST VR VE ZDRAVOTNICTVÍ

Virtuální realita představuje perspektivní prostředek moderní medicíny s rostoucím uplatněním napříč obory. Její využití směřuje k personalizované a adaptivní terapii, která umožňuje průběžně sledovat pokrok pacienta a flexibilně upravovat tréninkové či rehabilitační protokoly podle aktuálního stavu. Kombinace VR s AI a biosenzory otevírá možnost přesnějšího monitorování fyziologických a behaviorálních parametrů, například srdeční frekvence, tremoru či stability, což zvyšuje účinnost a bezpečnost terapie (23).

Další perspektivní oblastí je vzdělávání zdravotníků prostřednictvím interaktivních simulací, které podporují mezioborovou spolupráci, zlepšují klinické rozhodování a připravují personál na náročné situace s minimálním rizikem pro pacienta (24).

V psychoterapii umožňuje VR s podporou AI individuální nastavení expozičních či relaxačních programů, přesnější diagnostiku symptomů a efektivnější behaviorální intervence.

AKTIVNÍ PROJEKTY A IMPLEMENTACE VR V ČESKU

V Česku probíhá řada projektů zaměřených na využití VR ve zdravotnictví, které ukazují praktické možnosti této technologie i mimo laboratorní podmínky. Projekty pokrývají široké spektrum – od rehabilitace chronicky nemocných a neurorehabilitace přes vzdělávací simulace pro zdravotnický personál, nácvik krizových situací a první pomoci až po trénink bezpečnostních postupů a chirurgických výkonů. Současně se testují telemedicínská řešení, umožňující distanční sledování pacientů a adaptivní úpravu terapeutických protokolů.

Kombinace výzkumných iniciativ a praktických implementací ukazuje, že VR se v Česku již reálně uplatňuje v klinické praxi a má potenciál zlepšit kvalitu péče, vzdělávání zdravotníků i aktivní zapojení pacientů do léčebného procesu.

VÝZVY A LIMITY

Přestože VR nabízí řadu terapeutických výhod, její implementace není bez omezení. Metodologické limity existujících studií, jako jsou malé vzorky pacientů, krátká doba sledování a heterogenní protokoly, omezují možnost zobecnění výsledků a vyžadují opatrnost při interpretaci účinnosti VR intervencí (25).

Další bariérou jsou technické a organizační překážky – vysoké náklady na hardware, údržba zařízení, kompatibilita s existujícími systémy, nutnost školení personálu a úpravy protokolů péče. Zatím nejsou dostatečně prozkoumány možné negativní účinky dlouhodobého používání VR. Mezi známé zdravotní limity patří *cybersickness*, jež se projevuje kinetózou, závratěmi, bolestmi hlavy, únavou očí, pocením či zhoršenou orientací. Jedná se zjednodušeně o kombinaci nevolnosti, dezorientace a okohybných potíží vznikajících

z nesouladu mezi reálným a virtuálním pohybem. Příznaky jsou dočasné a většinou vymizí po sejmutí HMD, mohou však přetrvávat několik hodin (26).

ZÁVĚR

Pokročilé technologie VR otevírají nové možnosti personalizované péče, které mohou být přizpůsobeny specifickým potřebám jednotlivých pacientů v rehabilitaci, psychoterapii, zvládání bolesti a dalších klinických oblastech. Praktické zkušenosti, včetně příkladů českých inovátorů, ukazují, že VR může přinášet měřitelné přínosy a zlepšovat kvalitu života pacientů. Přesto zůstávají významné překážky při širší implementaci, zahrnující organizační, technické a finanční aspekty, stejně jako potřebu standardizace a zavedení bezpečnostních protokolů.

Pro maximální využití potenciálu VR je nezbytná koordinace mezi vývojáři, klinickými odborníky, fyzioterapeuty a pojišťovnami. Důležité je pokračovat ve výzkumu a v dlouhodobém sledování účinků VR, aby bylo možné objektivně hodnotit její efektivitu, bezpečnost a udržitelnost.

Čestné prohlášení

První autorka prohlašuje, že je zaměstnankyní společnosti VR Medical působící v oblasti technologií virtuální reality. Společnost poskytl finanční podporu související s přípravou tohoto rukopisu, avšak nijak nezasahovala do jeho obsahu, zpracování ani rozhodnutí o jeho odeslání k publikaci. Toto prohlášení se vztahuje i na spoluautory.

Seznam použitých zkratk

AI	umělá inteligence (artificial intelligence)
AR	rozšířená realita (augmented reality)
CMP	cévní mozková příhoda
HMD	náhlavní displej (head-mounted display)
RCT	randomizovaná kontrolovaná studie (randomized controlled trial)
VR	virtuální realita

Literatura

1. Abbas JR, O'Connor A, Ganapathy E et al. What is virtual reality? A healthcare-focused systematic review of definitions. *Health Policy Technol* 2023; 12(2): 100741.
2. Høeg ER, Povlsen TM, Bruun-Pedersen JR et al. System immersion in virtual reality-based rehabilitation of motor function in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Front Virtual Real* 2021; 2: 647993.
3. Kim CS, Jung M, Kim SY et al. Controlling the sense of embodiment for virtual avatar applications: methods and empirical study. *JMIR Serious Games* 2020; 8(3): e21879.
4. Bortone I, Barsotti M, Leonardi D et al. Immersive virtual environments and wearable haptic devices in rehabilitation of children with neuromotor impairments: a single-blind randomized controlled crossover pilot study. *J Neuroeng Rehabil* 2020; 17: 144.
5. Rubio-Tamayo JL, Gertrudis Barrio M, García García F et al. Immersive environments and virtual reality: systematic review and advances in communication, interaction and simulation. *Multimodal Technol Interact* 2017; 1: 21.
6. Werner L, Brey P, Henschke A. Augmented reality and ethics: key issues. *Virtual Real* 2025; 29: 122.
7. Navas-Otero A, Canal-Pérez A, Martín-Núñez J et al. Rehabilitation applied with virtual reality improves functional capacity in post-stroke patients: a systematic review and meta-analysis. *Rehabilitación* 2025; 59: 100907.
8. Kwon SH, Park JK, Koh YH. A systematic review and meta-analysis on the effect of virtual reality-based rehabilitation for people with Parkinson's disease. *J Neuroeng Rehabil* 2023; 20: 94.

9. Nascimento AS, Fagundes CV, Dos Santos Mendes FA et al. Effectiveness of virtual reality rehabilitation in persons with multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Mult Scler Relat Disord* 2021; 54: 103128.
10. Liu L, Yao X, Chen J et al. Virtual reality utilized for safety skills training for autistic individuals: a review. *Behav Sci* 2024; 14: 82.
11. Steen CW, Söderström K, Stensrud B et al. The effectiveness of virtual reality training on knowledge, skills and attitudes of health care professionals and students in assessing and treating mental health disorders: a systematic review. *BMC Med Educ* 2024; 24: 480.
12. Shiner C, Croker G, McGhee J et al. Perspectives on the use of virtual reality within a public hospital setting: surveying knowledge, attitudes and perceived utility among health care professionals. *BMC Digit Health* 2024; 2: 18.
13. Wu J, Sun Y, Zhang G et al. Virtual reality-assisted cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry* 2021; 12: 575094.
14. Yang J, Li Y, Gao D et al. Effects of virtual reality technology on anxiety and depression in older adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Worldviews Evid Based Nurs* 2025; 22: e12763.
15. Rutkowski S, Rutkowska A, Kiper P et al. Virtual reality rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2020; 15: 117-124.
16. Moskiewicz D, Sarzyńska-Długosz I. Modern technologies supporting motor rehabilitation after stroke: a narrative review. *J Clin Med* 2025; 14(22): 8035.
17. Soleimani M, Ghazisaeedi M, Heydari S. The efficacy of virtual reality for upper limb rehabilitation in stroke patients: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med Inform Decis Mak* 2024; 24: 135.
18. Enríquez-Canto Y, Pizarro-Mena R, Ludueña-Hernández K et al. Use of virtual reality in upper extremity rehabilitation of adults after stroke and its effect on functionality: systematic review and meta-analysis. *Phys Ther* 2025; 105: pzafl03.
19. Teh JJ, Pascoe DJ, Hafeji S et al. Efficacy of virtual reality for pain relief in medical procedures: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med* 2024; 22: 64.
20. Hoffman HG, Chambers GT, Meyer WJ et al. Virtual reality as an adjunctive non-pharmacologic analgesic for acute burn pain during medical procedures. *Ann Behav Med* 2011; 41: 183-191.
21. Hoffman HG, Rodríguez RA, Gonzalez M et al. Immersive virtual reality as an adjunctive non-opioid analgesic for pre-dominantly Latin American children with large severe burn wounds during burn wound cleaning in the intensive care unit: a pilot study. *Front Hum Neurosci* 2019; 13: 262.
22. Ren Y, Lin C, Zhou Q et al. Effectiveness of virtual reality games in improving physical function, balance and reducing falls in balance-impaired older adults: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr* 2023; 108: 104924.
23. Guillen-Sanz H, Checa D, Miguel-Alonso I et al. A systematic review of wearable biosensor usage in immersive virtual reality experiences. *Virtual Real* 2024; 28: 74.
24. Neher AN, Wespi R, Rapphold BD et al. Interprofessional team training with virtual reality: acceptance, learning outcome, and feasibility evaluation study. *JMIR Serious Games* 2024; 12: e57117.
25. Huang J, Wei Y, Zhou P et al. Effect of home-based virtual reality training on upper extremity recovery in patients with stroke: systematic review. *J Med Internet Res* 2025; 27: e69003.
26. Caserman P, García-Agundez A, Gámez Zerban A et al. Cybersickness in current-generation virtual reality head-mounted displays: systematic review and outlook. *Virtual Real* 2021; 25: 1153-1170.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

RNDr. Patricie Hloušková, Ph.D.

VR Medical

Riegrova 206/1, 301 00 Plzeň

Tel.: 777 295 434

e-mail: hlouskova@vrmedical.cz

Zakotvení duchovní péče ve zdravotnictví v zákoně č. 290/2025 Sb. – obsah a význam právní úpravy

Jana Maryšková¹

¹Autorka působila na Teologické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Čas. Lék. čes. 2026; 165: 20–22

SOUHRN

V roce 2024 schválila Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR návrh zákona, kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Jeho novelizace (zákon č. 240/2024 Sb.) měla mj. obsahovat ustanovení týkající se duchovní péče poskytované nemocničními kaplany. To se však nestalo a nemocniční kaplanství dostalo oporu v legislativě až další komplexní novelou zákona o zdravotních službách, a to prostřednictvím zákona č. 290/2025 Sb.

KLÍČOVÁ SLOVA

zákon o zdravotních službách, nemocniční kaplanství, duchovní péče, církve a náboženské společnosti, ministerstvo zdravotnictví

SUMMARY

Maryšková J. The institutionalization of spiritual care in healthcare in Act No. 290/2025 – content and significance of the legal framework

In 2024, the Chamber of Deputies of the Parliament of the Czech Republic approved a bill amending Act No. 372/2011, on health services and conditions for their provision (the Health Services Act). Its amendment (Act No. 240/2024) was, among other things, supposed to include provisions concerning spiritual care provided by hospital chaplains.

However, this did not happen, and hospital chaplaincy received legal support only with the next comprehensive amendment to the Health Services Act in 2025.

However, this did not happen, and hospital chaplaincy received legal support only with the next comprehensive amendment to the Health Services Act in 2025 (Act No. 290/2025).

KEYWORDS

Act on Health Services, hospital chaplaincy, spiritual care, churches and religious societies, Ministry of Health

ÚVOD

Celých 11 let, od roku 2006 do roku 2017, byla duchovní služba poskytovaná nemocničními kaplany upravována dvoustrannými dohodami a jejich dodatky, které mezi sebou uzavírali zástupci Církve římskokatolické (ČŘK) na jedné straně a zástupci církví sdružených v Ekumenické radě církví (ERC) na straně druhé. Ministerstvo zdravotnictví ČR (MZ ČR) v těchto dohodách jako smluvní partner nefigurovalo a nemocničnímu kaplanství věnovalo řadu let jen minimální pozornost. Situace se pozvolna začala měnit v letech 2010–2013 za ministra zdravotnictví Leoše Hegera, avšak teprve v dubnu roku 2017 došlo k zásadní změně, která byla nemocničními kaplany již dlouho očekávána a požadována. Ve *Věstníku MZ ČR* byl zveřejněn „Metodický pokyn o duchovní péči ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče poskytovatelů zdravotních služeb“ (1), o němž bylo podrobně pojednáno v *Časopisu lékařů českých* (2).

Na základě tohoto metodického pokynu byla mj. zřízena Rada pro duchovní péči ve zdravotnictví jako poradní orgán pro zajišťování spolupráce mezi MZ ČR, Českou biskupskou konferencí (ČBK), ERC, Asociací českých a moravských nemocnic a Asociací nemocnic ČR při řešení otázek týkajících se poskytování duchovní péče ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče (LZZ). Rada, která pravidelně zasedá, se zabývala i návrhem trojstranné dohody o duchovní péči ve zdravotnictví.

Zmíněná dohoda spatřila světlo světa o dva roky později, v červenci 2019. Byla podepsána tehdejšími ministrem zdra-

votnictví Adamem Vojtěchem spolu se zástupci ČBK a ERC jako historicky první „Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví“ (3). Touto dohodou byly mj. stanoveny kvalifikační požadavky pro nemocniční kaplany, upřesněny podmínky jejich činnosti, pověření, definovány pojmy a stanoveny podmínky vzájemné spolupráce MZ ČR a církví poskytujících duchovní péči v LZZ. „Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví“ byla na dalších 6 let posledním počinem MZ ČR v oblasti nemocničního kaplanství. K dalšímu posunu došlo až v roce 2025 schválením vládního návrhu novely zákona o zdravotních službách (zákon č. 290/2025 Sb.) (4).

NÁMITKY PROTI POVINNÉMU ZAJIŠŤOVÁNÍ DUCHOVNÍ PÉČE

V roce 2024, při projednávání návrhu novely zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), byla povinnost poskytovatelů lůžkové péče zajišťovat pro pacienty duchovní péči jedním z témat, k nimž se kriticky vyjadřovala řada připomínkových míst – ať už to byla Hospodářská komora ČR, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, Ministerstvo kultury ČR či Ministerstvo zemědělství ČR. Námitky směřovaly například k tomu, že víra je soukromou záležitostí každého člověka a povinnost zajišťovat duchovní péči nesouvisí se základním účelem fungování poskytovatelů zdravotních služeb, které navíc tato povinnost zatíží v oblasti

administrativní a ekonomické. Další připomínky se týkaly např. požadavku ekumenického charakteru poskytované duchovní péče či vzdělání nemocničních kaplanů, které podle názoru Ministerstva kultury ČR spadá do výlučné kompetence církví a náboženských společností, a nikoli státních orgánů, které by nově měly církvím a náboženským společnostem stanovit, jaké vzdělání mají mít jejich duchovní v oblasti teologie, filozofie či religionistiky (5).

Zmíněné Ministerstvo kultury ČR spolu s Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR a Ministerstvem zemědělství ČR pak kritizovalo skutečnost, že vyslání nemocničních kaplanů do nemocnic vyžaduje souhlas ČBK či ERC, čímž se však významně zužuje počet církví, jejichž kaplani mohou v nemocnicích působit. V Česku je registrován mnohem větší počet církví a náboženských společností, které nejsou členy ERC a kterým by tato možnost nebyla poskytnuta: „*Mají-li být ke kaplanské službě připuštěny pouze některé církve a náboženské společnosti, musí být jejich připuštění nastaveno tak, aby je mohla získat kterákoliv církev nebo náboženská společnost na základě objektivních kritérií.*“ (5)

Ministerstvo zdravotnictví ČR muselo vypořádat všechny vznesené připomínky k novele zákona, včetně těch, které se týkaly povinnosti zajištění duchovní péče v LZZ, aby návrh mohl být předložen Legislativní radě vlády a následně projít stanoveným schvalovacím procesem. Ustanovení o povinném poskytování duchovní péče v něm však nakonec obsaženo nebylo.

NOVELA ZÁKONA O ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH Z ROKU 2025

Stalo se tak v následujícím roce, kdy byl projednán a schválen další návrh novely zákona o zdravotních službách, který byl následně vyhlášen ve Sbírce zákonů dne 12. 8. 2025 v částce č. 290/2025 Sb., s účinností od 1. 1. 2026 (4). Novela zákona reagovala na aplikační problémy stávající úpravy a vedle modernizace organizace zdravotní péče či posílení práv pacientů přinesla mimo jiné také dlouho očekávané institucionální ukotvení duchovní péče v LZZ. Pravidla pro její poskytování jsou vymezena poměrně stručně a týkají se 3 subjektů: a) poskytovatelů lůžkové péče, b) příjemců duchovní péče a c) nemocničních kaplanů (NK).

Pro **poskytovatele lůžkové péče** je stanovena povinnost zajistit ve svém zdravotnickém zařízení duchovní péči prostřednictvím smluvního vztahu s nemocničním kaplanem, který splňuje níže uvedené požadavky, povinnost informovat o jejím poskytování na webových stránkách zdravotnického zařízení a v jeho rámci na veřejně přístupném místě. Dále je povinen vyčlenit vhodný prostor pro poskytování duchovní péče a konečně respektovat její liturgický průběh určený NK se zřetelem k bezpečnosti a zdraví pacientů.

Příjemce duchovní péče musí vyslovit s jejím poskytnutím souhlas. V případě pacienta, který toho není vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopen, tak může učinit osoba, kterou pacient určil v § 34 odst. 7. Pacient má právo přijmout v LZZ duchovní péči od duchovních církví a náboženských společností registrovaných v Česku nebo od osob pověřených výkonem duchovenské činnosti (§ 28 odst. 3 písm. j), tedy i od jiné osoby než od smluvního nemocničního kaplana. Zákon přitom výslovně stanoví, že poskytování duchovní péče „*nesmí mít povahu pobízení ke vstupu do církve nebo náboženské společnosti ani k vystoupení z ní, nebo k účasti či neúčasti na náboženských úkonech či úkonech církve a náboženské společnosti*“.

Pokud jde o **nemocniční kaplany**, ti musejí k výkonu své funkce splňovat stanovené požadavky, k nimž patří: písemné pověření církví nebo náboženskou společností registrovanou v Česku, bezúhonnost a příslušné vzdělání. To zahrnuje buď absolvovaný bakalářský studijní program teologie, magisterský studijní program filozofie či religionistika, případně studijní program v téže nebo příbuzné oblasti vzdělávání. Kaplani musejí mít rovněž absolvovaný vzdělávací program pro NK akreditovaný podle zvláštního právního předpisu (§ 108 odst. 2 písm. a) a násl. zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti ve znění pozdějších předpisů).

Zákon původně pamatoval také na situaci, kdy fyzická osoba vykonávala ke dni nabytí účinnosti tohoto zákona funkci NK, avšak výše uvedené podmínky nesplňovala. V takovém případě byla oprávněna tuto funkci i nadále vykonávat, pokud 6 měsíců ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona doložila splnění stanovených podmínek. Za jejich splnění bylo rovněž považováno absolvování programu ČZV „Nemocniční kaplan“ započatého přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona. Toto upřesnění se však do konečné podoby zákona nedostalo.

Zákon však ještě počítá s vydáním prováděcího právního předpisu, který má stanovit podrobnosti, zejména ohledně rozsahu činností nemocničního kaplana a personálního zabezpečení duchovní péče. Tento prováděcí předpis nebyl dosud vydán, což má samozřejmě význam pro praktickou aplikaci nové úpravy.

DISKUSE

Nová ustanovení zákona o zdravotních službách výslovně počítají s duchovní péčí jako s činností realizovanou ve zdravotnických zařízeních, zejména v rámci lůžkové péče. Zákon ukládá poskytovateli zdravotních služeb povinnost umožnit pacientům přístup k duchovní péči a vytvořit organizační a personální podmínky pro její výkon. To s sebou mj. přináší i potřebu interních předpisů upravujících spolupráci s kaplany. Do vydání prováděcího předpisu zůstávají otevřené otázky minimálního rozsahu povinností nemocnic či finančních dopadů (náklady na organizační zabezpečení, administrativu a zajištění prostor, případné spolufinancování atp.), kdy zejména menší nemocnice mohou tuto povinnost vnímat jako další finanční zátěž, neboť jak bylo uvedeno, zatímco dosud byla realizace duchovní péče v mnoha případech výsledkem dobrovolného rozhodnutí poskytovatele, nyní je její poskytování zákonnou povinností.

Lze proto předpokládat, že zejména tam, kde byla duchovní péče již delší dobu realizována a novela pouze legitimizuje a standardizuje existující praxi, budou převažovat její pozitivní. Náročnější však může být její implementace v menších zařízeních či v nemocnicích, kde dosud systematická duchovní péče nefungovala a její zavedení zde bude představovat vyšší regulační nároky i odpovědnost.

Novela výslovně počítá s existencí nemocničního kaplana jako osoby poskytující duchovní péči v rámci zdravotnického zařízení. Kaplan je vnímán jako specifický odborník, jehož činnost je zaměřena na pacienty, ale také na jejich blízké a zdravotnický personál. Zákon předpokládá, že kaplan bude splňovat určité kvalifikační předpoklady a rozsah jeho činnosti bude konkretizován prováděcím právním předpisem. Tím dochází k institucionalizaci a profesionalizaci této role v rámci systému zdravotních služeb, jehož součástí se duchovní péče stává. Novela zákona tak posiluje legitimitu

NK v rámci zdravotnického týmu a poskytuje jim vyšší míru právní jistoty. Zdravotníkům zároveň odpadá nejistota, kdo a za jakých podmínek může v nemocnicích tuto péči poskytovat, neboť NK musí postupovat podle závazných pravidel a procházejí odbornou přípravou (6).

Právo na duchovní péči tedy nově není pouze implicitně odvozeno od pacientových práv (svoboda náboženského vyznání apod.), ale je podporováno i explicitní zákonnou úpravou. Duchovní péče je přitom koncipována jako služba reagující na spirituální, existenciální a náboženské potřeby pacienta. Tím je posílena koncepce komplexní péče o pacienta, která vedle biologické, psychologické a sociální dimenze zahrnuje také dimenzi spirituální.

ZÁVĚR

Účinností zákona č. 290/2025 Sb. došlo k zakotvení duchovní péče do zákona o zdravotních službách. Novela přinesla nová ustanovení, která upravují poskytování duchovní péče ve zdravotnických zařízeních, vymezují právní rámec činnosti nemocničních kaplanů i rámec spolupráce mezi nemocnicemi a církvemi. Tento krok završuje dlouholetý vývoj, během něhož byla duchovní péče ve zdravotnictví v Česku fakticky realizována, avšak s nerovnoměrnou mírou institucionálního zakotvení mezi jednotlivými nemocnicemi, nejednotným vymezením role nemocničního kaplana a s tím spojenými možnými spory ohledně jeho přístupu do zdravotnického zařízení a se závislostí na především dvoustranných dohodách (a jejich dodatcích) mezi zástupci ČŘK a ERC či metodických pokynech MZ ČR. Novela zákona odstraňuje absenci výslovné zákonné úpravy a transformuje duchovní péči z oblasti metodického rámce do sféry explicitní zákonné regulace.

Dochází tím jak k posílení její legitimacy, k profesionalizaci role nemocničního kaplana a ke zvýšení jeho právní jistoty ohledně svého postavení v rámci zdravotnického zařízení, tak k posílení právní jistoty pacientů a zdravotníků ohledně poskytovatele duchovní péče. V kontextu akreditačních procesů a hodnocení kvality může být systémové zajištění duchovní péče vnímáno jako prvek „dobré praxe“.

Další vývoj bude nyní záviset především na podobě připravovaného prováděcího právního předpisu, který určí konkrétní rozsah povinností a tím i skutečný dopad na poskytovatele zdravotních služeb, a na tom, jak bude nová úprava implementována v praxi zdravotnických zařízení.

Seznam použitých zkratk

ČŘK	Církev římskokatolická
ČŽV	celoživotní vzdělávání
ČBK	Česká biskupská konference
ČR	Česká republika
ERC	Ekumenická rada církví
LZZ	zdravotnická zařízení lůžkové péče
MZ	ministerstvo zdravotnictví
NK	nemocniční kaplan/kaplaní

Literatura

1. Metodický pokyn o duchovní péči ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče poskytovatelů zdravotních služeb. *Věstník MZ ČR* 2017; 4: 2–7.
2. Maryšková J. Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR o duchovní péči. *Čas Lék Čes* 2017; 156: 391–393.
3. Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví. *Ministerstvo zdravotnictví ČR*, 11. 7. 2019. Dostupné na: <https://ppo.mzcr.cz/upload/files/zakladni-dokumenty-dohoda-o-duhovni-peci-ve-zdravotnictvi-5d2c75e066f5f.pdf>
4. Zákon č. 290/2025 Sb., zákon, kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, a některé související zákony. Dostupné na: www.zakonyprolidi.cz/cs/2025-290
5. Koubková M. Povinná duchovní služba v nemocnicích, ale jen pro křesťany. Komory i ministerstva kritizují novelu zákona o zdravotních službách. *Zdravotnický deník*, 18. 1. 2024. Dostupné na: www.zdravotnickydenik.cz/2024/01/urgentny-kaplani-kam-strili-pripominky-novely-zakona-372
6. Oblast poskytování zdravotních služeb. Klíčové změny. *Zdravé paragrafy – resortní newsletter legislativního útvaru Ministerstva zdravotnictví*, 2025; 12: 6. Dostupné na: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2025/12/Legislativni-newsletter-special-unboxing.pdf>

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

Mgr. et Mgr. Jana Maryšková, Ph.D.
Lidická tř. 479/63, 370 01 České Budějovice
e-mail: janamarys@seznam.cz

Redaktoři Časopisu lékařů českých od roku 1862 do současnosti

Petr Sucharda^{1, 2}

¹Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

²3. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Věnováno doc. PhDr. Ludmile Hlaváčkové

Čas. Lék. čes. 2026; 165: 23–29

ÚVOD

Významu a historii *Časopisu lékařů českých* (ČLČ), stejně jako dějinám Spolku českých lékařů (SČL), který byl jeho vydavatelem až do počátku roku 1950, byla věnována řada příspěvků, většinou přímo na stránkách ČLČ. V posledních pěti desetiletích se o to zasloužila zejména dlouholetá pracovnice Ústavu dějin lékařství FVL UK, resp. Ústavu dějin lékařství a cizích jazyků 1. LF UK v Praze doc. PhDr. Ludmila Hlaváčková, CSc. (1–5).

Na obálce posledního čísla ročníku 1911, cele věnovanému 50 letům vydávání ČLČ, vyšel přehled všech redaktorů v letech 1862–1911 (obr. 1) a v příloze 18 portrétních fotografií redaktorů ČLČ (obr. 2). Protože později přehled redaktorů zřejmě nebyl publikován, rozhodli jsme se na vydání z roku 1911 navázat a kromě přehledu (tab. 1) alespoň ve stručnosti zmínit osobnosti, které po více než 150 let ČLČ utvářely.

REDAKTOŘI A VEDOUcí REDAKTOŘI ČASOPISU LÉKAŘŮ ČESKÝCH

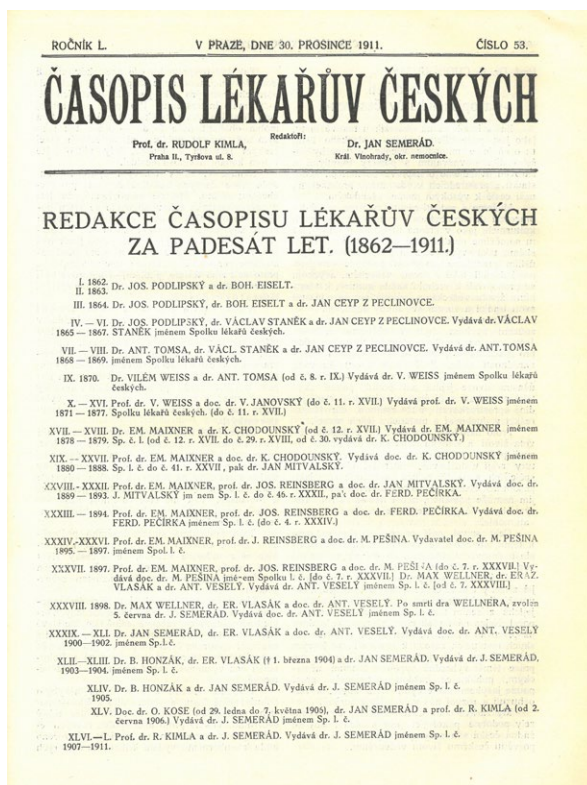
U zrodu ČLČ stáli redaktoři dva; ostatně až do roku 1956 nikdy nebyl pouze jeden redaktor; v některých letech byli i tři. V naprosté většině to byly významné osobnosti v českém prostředí, a to nejen medicínském; většina z nich (později) dosáhla na profesorská místa a někteří byli i rektory české univerzity. Až do roku 1918 byl vždy jeden z redaktorů jménem Spolku českých lékařů i vydavatelem ČLČ.

V prvních letech měl odbornou stránku na starosti **Bohumil Eiselt** (1831–1908), v roce 1862 třicetiletý docent pražské lékařské fakulty, její první česky přednášející učitel, později profesor a v roce 1871 zakladatel první české interní kliniky (6). Redakční a jazykovou stránku měl na starosti pražský praktický lékař **Josef Podlipský** (1816–1867), který již v letech 1857–1860 sestavoval 4 ročníky *Domácího lékaře*, přílohy přírodovědeckého časopisu *Živa*, jakési předzvěsti ČLČ (7). Bohumil Eiselt řídil ČLČ do roku 1865, Josef Podlipský až do své smrti v roce 1867 (8). Profesor Eiselt zmínil strastiplné počátky ČLČ ve vzpomínkách na vznik první české kliniky. I když redaktoři počítali s tím, že jim řada kolegů bude dodávat výpisky a výtahy z lékařských časopisů, mnohdy nakonec byli autory téměř všech textů sami. Příspěvatelů bylo málo a řada z nich psala německy, takže oba redaktoři řadu příspěvků sami překládali, „museli tvořit nová slova tam, kde scházela, a učit se ve slohu“ (9). První roky připomínal ve zmíněném vydání k 50 letům ČLČ také profesor Karel Chodounský, redaktor ČLČ v letech 1878–1888 (10).

Absolvent pražské lékařské fakulty, psychiatr a primář pražského ústavu choromyslných **Jan Bohumil Ceyp z Peclince** (1835–1879) byl redaktorem v letech 1864–1869.

Sám do ČLČ přispěl řadou odborných článků nejen o duševních poruchách, ale například i o hypertenze, spále nebo zánětu jater (11). V letech 1865–1869 byl redaktorem ČLČ také **Václav Staněk** (1804–1871), spoluzakladatel Spolku českých lékařů, v roce 1870 děkan pražské lékařské fakulty, autor slovníku české lékařské terminologie a také poslanec říšského sněmu v revolučním roce 1848 (12).

V roce 1870 se redakce ČLČ obměnila. Šéfredaktorem se stal profesor **Vilém Weiss** (1835–1891), první přednosta první české chirurgické kliniky, trojnásobný děkan lékařské fakulty a poté rektor Karlovy univerzity (13). Redaktorem byl krátce **Antonín Tomsa**, městský fyzik v Králově Dvoře a městský okresní lékař v Praze, spoluautor „Odborné pathologie a terapie“ Bohumila Eiselta (13); od roku 1871 do roku 1877 **Vítězslav Janovský** (1847–1925), absolvent pražské lékařské fakulty v roce 1870, od roku 1872 (!) docent a od roku 1883



Obr. 1 Titulní strana *Časopisu lékařů českých*, vydání z 30. prosince 1911 (*Čas. Lék. čes.* 1911; 50 (53): 1601)



Obr. 2 Redaktoři *Časopisu lékařův českých* v proším padesátiletí (příloha *Časopisu lékařův českých* roč. 1911, č. 53; nestránkováno)



Obr. 3 Referentský klub *Časopisu českých lékařů* v roce 1881 – na snímku mimo jiné tehdejší redaktoři Emerich Maixner a Karel Chodounský, emeritní redaktor Vítězslav Janovský i budoucí redaktor Jaroslav Hlava (příloha *Časopisu lékařův českých* roč. 1911, č. 53; nestránkováno)

Tab. 1 Redaktoři Časopisu lékařů českých od roku 1862 do současnosti

Ročník	V letech	Redaktoři
I.–II.	1862–1863	dr. Josef Podlipský a doc. dr. Bohumil Eiselt
III.	1864	dr. Josef Podlipský, doc. dr. Bohumil Eiselt a dr. Jan Ceyz z Peclínovce
IV.–VI.	1865–1867	dr. Josef Podlipský, dr. Václav Staněk a dr. Jan Ceyz z Peclínovce
VII.–VIII.	1868–1869	dr. Antonín Tomsa, dr. Václav Staněk a dr. Jan Ceyz z Peclínovce
IX.	1870	dr. Vilém Weiss a dr. Antonín Tomsa
X.–XVI.	1871–1877	prof. dr. Vilém Weiss a doc. dr. Vítězslav Janovský
XVII.–XVIII.	1878–1879	dr. Emerich Maixner a dr. Karel Chodounský
XIX.–XXVII.	1880–1888	prof. dr. Emerich Maixner a doc. dr. Karel Chodounský
XXVIII.–XXXII.	1889–1893	prof. dr. Emerich Maixner, prof. dr. Josef Reinsberg a doc. dr. Jan Mitvalský.
XXXIII.	1894	prof. dr. Emerich Maixner, prof. dr. Josef Reinsberg a doc. dr. Ferdinand Pečířka
XXXIV.–XXXVI.	1895–1897	prof. dr. Emerich Maixner, prof. dr. J. Reinsberg a doc. dr. Matěj Pěšina
XXXVII.	1898	dr. Max Wellner, dr. Erazim Vlasák a doc. dr. Antonín Veselý
XXXVIII.–XLI.	1899–1902	dr. Jan Semerád, dr. Erazim Vlasák a doc. dr. Antonín Veselý.
XLII.–XLIII.	1903–1904	dr. Bedřich Honzák, dr. Erazim Vlasák a dr. Jan Semerád
XLIV.	1905	dr. Bedřich Honzák a dr. Jan Semerád
XLV.	1905–1906	doc. dr. Otakar Kose, dr. Jan Semerád a prof. dr. Rudolf Kimla
XLVI.–LVIII.	1907–1919	prof. dr. Rudolf Kimla a dr. Jan Semerád
LVIII.	1919	dr. Bohumil Prusík, prof. dr. Otakar Kutvirt a prof. dr. Rudolf Kimla
LIX.	1920	prof. dr. Karel Chodounský a dr. Antonín Wiesner
LX.	1921	prof. dr. Jaroslav Hlava, dr. Václav Jedlička a dr. Antonín Wiesner
LXI.–LXIV.	1922–1925	prof. dr. Jaroslav Hlava, dr. Václav Jedlička
LXIV.–LXVII.	1925–1928	doc. dr. Václav Jedlička, prof. dr. Josef Pelnář a dr. A. Šurda
LXVIII.–LXXXIV.	1929–1945	doc. dr. Václav Jedlička, prof. dr. Josef Pelnář a dr. Jiří Vítek
LXXXIV.–LXXXV.	1945–1946	prof. dr. Václav Jedlička, prof. dr. Josef Pelnář, doc. dr. Jiří Vítek
LXXXVI.	1947	prof. dr. Václav Jedlička, prof. dr. Josef Pelnář, doc. dr. Ivan Málek
LXXXVII.	1948	prof. dr. Josef Pelnář, doc. dr. Karel Raška, prof. dr. Václav Jedlička/dr. Otakar Šmahel
LXXXVIII.–XCI.	1949–1952	doc. dr. K. Raška, doc. dr. Otakar Šmahel a prof. dr. Josef Pelnář
XCII.–XCIV.	1953–1955	doc. dr. Otakar Šmahel, prof. dr. Josef Pelnář
XCV.–110.	1956–1971	prof. dr. Otakar Šmahel
110.–122.	1971–1983	doc. dr. Ota Riedl
122.–139.	1983–2001	prof. dr. Jan Petrášek
140.–146.	2002–2007	doc. dr. Petr Bartůněk
146.–154.	2007–2015	prof. dr. Jiří Horák
155.–	2016–	dr. Petr Sucharda

Pozn.: Číslo ročníku uvádíme ve shodě s tiskem do roku 1966 římskými číslicemi (ročníky I–CV), od roku 1967 číslicemi arabskými (ročník 106 a dále).

profesor a přednosta dermatovenerologické kliniky, první docent dějin lékařství a autor „Slovníku lékařského“ (14).

Jedním z nejdéle působících redaktorů ČLČ byl v letech 1878–1897 profesor **Emerich Maixner** (1847–1920), žák a zeť profesora Eiselta, internista, kardiolog, pneumolog a hematolog, přednosta propedeutické kliniky pražské lékařské fakulty, ale také vrchní redaktor „Ottova slovníku naučného“ (15). Do roku 1888 byl jeho spoluredaktorem profesor **Karel Chodounský** (1843–1931), žák a asistent Jana Evangelisty Purkyně, zakladatel české farmakologie, docent balneologie, aktivní sportovec a propagátor sportu. Do ČLČ přispíval od konce 60. let 19. století (16). Uvádí se, že pod jejich vedením získal časopis vysokou odbornou úroveň a velkou oblibu mezi českými lékaři.

Mezi významné osobnosti v redakci ČLČ patřil v letech 1889–1897 profesor soudního lékařství, trojnásobný děkan lékařské fakulty a rektor Univerzity v roce 1899 **Josef Reinsberg**

(1844–1930) (17). Spolu s ním a Maixnerem redigoval ČLČ v letech 1888–1893 oftalmolog docent **Jan Evangelista Mitvalský** (1861–1899), který založil přílohu *Zdravotnický věstník* (18); v letech 1889–1893 dermatolog, venerolog a sexuolog a od roku 1899 vrchní pražský policejní lékař docent **Ferdinand Pečířka** (1859–1922) (19); a v období 1895–1897 internista, pediatr a děkan lékařské fakulty v letech 1921–1922 docent **Matěj Pěšina** (1861–1943) (20).

V roce 1898 se redaktoři ČLČ stali jednak asistent českého patologicko-anatomického ústavu **Max Wellner** (1871–1899), který však zemřel ve 28 letech na plicní chorobu (21), jednak Antonín Veselý a Erazim Vlasák. Profesor **Antonín Veselý** (1863–1932) byl redaktorem ČLČ v letech 1898–1902; v té době působil na české I. interní klinice profesora Maixnera. Od roku 1921 byl prvním přednostou nově zřízené propedeutické kliniky. Věnoval se problematice plicních nemocí, zvláště tuberkulóze, a také balneologii (22). Starosta Spolku českých

mediků v letech 1886–1887 a absolvent české lékařské fakulty v roce 1889 **Erazim Vlasák** (1863–1904), redaktor ČLČ v letech 1899–1904, byl rovněž prvním primářem interního oddělení nově vybudované nemocnice na Královských Vinohradech (1902) a prvním předsedou Ústřední jednoty českých lékařů, který se zasloužil i o vybudování sanatoria pro léčení tuberkulózy na Pleši blízko Mníšku pod Brdy (23).

V roce 1899 se stává redaktorem ČLČ na dalších 20 let **Jan Semerád** (1866–1926), zakladatel Ústřední jednoty českých lékařů, člen tajné organizace okolo T. G. Masaryka Maffie usilující o vznik samostatného Československa, do roku 1919 ředitel Veřejné nemocnice na Královských Vinohradech a poté tajemník na ministerstvu veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy (24). Spolupracovníkem dr. Semeráda v redakci ČLČ byl v letech 1903–1905 chirurg a porodník **Bedřich Honzák** (1870–1933), primář a v letech 1928–1933 ředitel tehdy nové okresní nemocnice v Hradci Králové. V listopadu 1895 vystoupil na valné hromadě Spolku českých mediců s návrhem petice, aby byly ke studiu medicíny připuštěny i dívky. Návrh tehdy ve spolku padl, ale o 10 let později promovala jako vůbec první žena v českých zemích jeho sestra Anna Honzáková (25).

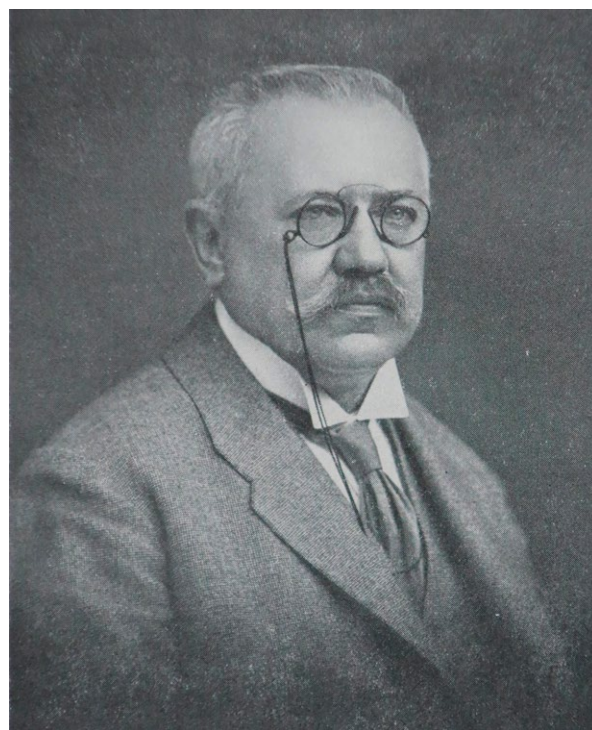
Vůbec nejkratší dobu za celou existenci ČLČ – čtvrt roku – byl jeho redaktorem docent **Otakar Kose** (1868–1928), který se vzdal funkce vzhledem k tomu, že se stal primářem v Olomouci. Po dosti bouřlivé diskusi na mimořádné valné hromadě Spolku českých lékařů 2. července 1906 (26) byl redaktorem zvolen anatom a patolog profesor **Rudolf Kimla** (1866–1950). Jako redaktor ČLČ pracoval až do roku 1919. Byl přednostou Ústavu všeobecné patologie, respektive Patologicko-anatomického ústavu a také děkanem lékařské fakulty, poté v letech 1936–1937 i rektorem UK.

V roce 1919 se na redakci Časopisu podíleli spolu s profesorem Kimlou i Bohumil Prusík a Otakar Kutvirt. Profesor **Bohumil Prusík** (1886–1964) po absolvování pražské lékařské fakulty (1910) nastoupil na II. interní kliniku profesora Josefa Thomayera. V roce 1921 se stal přednostou propedeutické kliniky. Věnoval se především angiologii (27). **Otakar Kutvirt** (1867–1929) byl od roku 1912 přednostou české otolaryngologické kliniky, profesorem otolaryngologie pražské lékařské fakulty a první prezident Československé otolaryngologické společnosti (28).

V březnu roku 1920 se do redaktorské funkce vrací profesor Chodounský, kterého po roce nahrazuje profesor **Jaroslav Hlava** (1855–1924), nejvýznamnější český patologický anatom, zakladatel ústavu patologické anatomie pražské lékařské fakulty (od roku 1921 Hlavův ústav), čtyřnásobný děkan a v akademickém roce 1906–1907 rektor Univerzity Karlovy. Redaktorem ČLČ byl v letech 1921–1925 (30). Druhým redaktorem byl v letech 1920 a 1921 **Antonín Wiesner** (1868–1938), od roku 1918 odborný rada a knihovník ministerstva zdravotnictví a tělesné výchovy (29).

Celých 27 let (v letech 1921–1948), byl redaktorem ČLČ další patolog profesor **Václav Jedlička** (1893–1971), dlouholetý přednosta II. patologicko-anatomického ústavu, předseda Spolku českých lékařů v letech 1955–1961, spoluzakladatel a první předseda Československé společnosti patologů (31).

Ještě déle, 30 let, od roku 1925 do počátku roku 1955, byl redaktorem ČLČ domazlický rodák profesor **Josef Pelnář** (1872–1964), jeden ze zakladatelů českého vnitřního lékařství, žák Thomayerův a přednosta II. interní kliniky pražské lékařské fakulty (1921–1939), na něhož mimo jiné navazoval profesor Josef Charvát (32). V letech 1925–1928 byl redakto-



Obr. 4 Prof. Jaroslav Hlava

rem také dr. **A. Šurda** (?–1948), asistent profesora Ladislava Syllaby na I. oddělení Všeobecné nemocnice, vzpomínáný jako svědomitý a nadšený pracovník redakce (33). Od roku 1929 až do srpna 1945 působil jako redaktor neurolog profesor **Jiří Vítek** (1901–1974), kterého zmiňuje nekrolog jeho syna profesora Jiřího Jakuba Vítka (34). Nakrátko (do října 1947) ho vystřídal mikrobiolog **Ivan Málek** (1909–1994), později profesor mikrobiologie a imunologie Lékařské fakulty UK v Hradci Králové, komunistický politik a člen ÚV KSČ, který odsoudil sovětskou invazi v roce 1968 a v důsledku toho byl politicky i profesně odstaven (35, 36).

Od začátku roku 1949 do konce května 1952 byl šéfredaktorem ČLČ docent **Karel Raška** (1909–1987), později profesor UK, zakladatel moderní československé epidemiologie a jedna z klíčových osobností angažujících se v globálním vymýcení pravých neštovic (37). Od 1. června 1948 byl vedoucím redaktorem ČLČ profesor **Otakar Šmahel** (1913–1978). Do roku 1955 působil na I. interní klinice, poté byl vedoucím interní katedry Ústavu pro doškolování lékařů, od roku 1961 ředitelem Výzkumného ústavu experimentální terapie v Praze. Od roku 1964 se v nově vzniklém IKEM věnoval vědecké práci v oblasti farmakoterapie, zejména cytostatik a obecné chemoterapii (38).

K datu vydání 13. čísla 110. ročníku (26. března 1971) byl profesor Šmahel po 18 letech z vedení redakce odvolán a na jeho místo byl jmenován docent **Ota Riedl** (1915–1983), který – pravděpodobně jako jediný vedle dr. Podlipského – zemřel „ve funkci“. Ze smutečního oznámení a celkem 3 nekrologů uveřejněných v ČLČ (39–41) je patrné, že vedle uznávaného klinika, pedagoga a vědce (spolu s profesorem Vladimírem Vondráčkem byl hlavním autorem ceněné učebnice „Klinické toxikologie“ vydané roku 1971) byl především výborným organizátorem a (jak uvedeno ve smutečním oznámení)

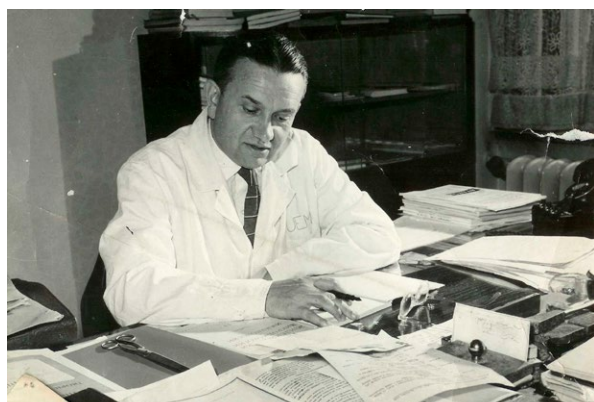


Obr. 5 Prof. Josef Pelnář

„zasloužilým pracovníkem v odborném lékařském tisku“. Byl také dlouholetým funkcionářem obou lékařských společností¹, které mu udělily řadu ocenění.

Po smrti docenta Riedla byl vedoucím redaktorem jmenován a funkci až do konce roku 2001 vykonával profesor **Jan Petrášek** (1929–2026), který zemřel v únoru tohoto roku ve věku 96 let a je mu věnována vzpomínka v tomto čísle (42).

Vedoucím redaktorem ČLČ v letech 2002–2007 byl docent **Petr Bartůněk** (*1939), jehož celý profesní život je spojen se IV. interní klinikou 1. LF UK a VFN v Praze, jíž byl v letech 1995–2000 přednostou a zásadně se zasloužil o její modernizaci a profilaci. Do povědomí široké veřejnosti se zapsal stu-



Obr. 7 Prof. Karel Raška



Obr. 6 Prof. Ivan Málek

dentskou expedicí do afrického Lambaréné, kterou inicioval a realizoval v roce 1968 a zážitky z ní později ztvárnil v knize „Za džunglí je Lambaréné“ (43, 44).

Od poloviny roku 2007 do poloviny roku 2015 vykonával funkci vedoucího redaktora profesor **Jiří Horák** (1945–2017), absolvent hradecké lékařské fakulty, od roku 1979 asistent I. interní kliniky dnešní 3. LF UK v Praze, později docent a profesor této fakulty a v letech 1990–2016 přednosta I. interní kliniky, významný – i mezinárodně činný – hepatolog. Jako vedoucí redaktor ČLČ se zasloužil o digitalizaci časopisu (45).

Přechodně funkci vedoucího redaktora v druhé polovině roku 2015 vykonával předseda redakční rady a předseda České lékařské společnosti JEP profesor Štěpán Svačina. Od roku 2016 je vedoucím redaktorem **Petr Sucharda** (46).

ZÁVĚR

Časopis lékařů českých byl prvním a dlouhá léta jediným česky vydávaným odborným lékařským periodikem. Důvodem pro jeho vznik byla nejen potřeba předávání odborných informací, ale také snaha o prosazení a emancipaci českého jazyka v odborném medicínském prostředí (1, 47, 48). Nedílnou funkcí ČLČ bylo předávání organizačních a profesních informací členům SČL, respektive celé odborné veřejnosti. Spolek českých lékařů uveřejňoval v ČLČ zápisy z jednání svých orgánů, nejružnější organizační informace a samozřejmě i osobní zprávy – ostatně jak je patrné ze seznamu použité literatury, většinu údajů o redaktorech jsme čerpali právě z nekrologů a laudacií uveřejněných na stránkách časopisu.

¹ Sloučením existujících lékařských spolků vznikla v roce 1949 Československá lékařská společnost J. E. Purkyně a vedle ní od května 1969 existovala i Česká lékařská společnost.

To vše kladlo mimořádné nároky na redakci ČLČ, jejímiž členy – redaktory a vedoucími redaktory – byly většinou nejvýznamnější osobnosti české medicíny, profesori lékařských fakult, přednostové ústavů a klinik; k dnešnímu dni jich bylo celkem 36. Do počátku 50. let byli redaktori voleni valnou hromadou SČL a někdy to nebyla zrovna jednoduchá a klidná jednání (26). Jeden z redaktorů (později vedený jako vedoucí redaktor) měl úlohu především organizační; ten také byl formálním vydavatelem. Praxe byla taková, že jeden z redaktorů bude zaměřen více na praktickou, klinickou medicínu, druhý na medicínskou vědu.

I v pozdějších letech ČLČ uveřejňoval řadu praktických informací – od programů pondělních diskusních večerů Spolku českých lékařů a recenzí knih přes zápisy z jednání prezidia lékařské společnosti až po tzv. špičky, tedy několikařádkové zajímavosti z odborného tisku na volném místě za koncem článku. Samozřejmě se i do ČLČ promítala aktuální politická situace, takže například vydání ze 14. května 1971 bylo cele věnováno 50. výročí založení KSČ a socialistické zdravotní politiky. To vše museli v té době zajišťovat a hlídat vedoucí redaktori. Souhrny byly navíc uveřejňovány nejen v angličtině, ale také v ruštině a francouzštině.

Tepře v roce 1956 se v tiráži objevuje tajemník redakce (prvním byl dr. J. König), technický redaktor a také literární redaktorka Růžena Potměšilová, uváděná od roku 1967 jako zástupkyně vedoucího redaktora. První ročník ČLČ měl soukromého vydavatele – pražského knihkupce Vincence Schmieda, který jako jediný netrval na podmínce většiny nakladatelů zajistit alespoň 400 odběratelů (8); pak již byl nakladatelem přímo Spolek českých lékařů. Zajímavostí je, že celých 85 let (od roku 1864 do konce roku 1949) ČLČ tiskla táž firma – Eduard Grégr a syn. V roce 1950 funkci nakladatele převzalo *Zdravotnické nakladatelství*, později pojmenované *Avicenum*. V posledních letech se na vydávání ČLČ spolu s ČLS JEP podílela společnost *Mladá fronta*, od roku 2016 je to společnost *MeDitorial*, která zajišťuje nejen redakční zpracování pro tisk, ale především on-line prezentaci a distribuci časopisu. V této společnosti má ČLČ na starosti redaktor Martin Čermák, bez něhož by časopis byl jen spoustou nul a jedniček v počítači vedoucího redaktora.

Časopis lékařů českých již dávno pozbyl svého výsadního postavení, zůstává však prezidiálním časopisem České lékařské společnosti JEP. Profiluje se jako vědecké postgraduální periodikum, které prostupuje napříč celou medicínou, má mezioborovou integrující roli a v neposlední řadě poskytuje prostor tématům a sdělením z oborů, jež nemají vlastní specializovanou periodika. Významnou úlohu má rovněž z hlediska mapování dějin lékařství – a jejich součástí je nepochybně i mnoho jeho vlastních redaktorů.

Pozn.: Časopis nesl v letech 1863–1889 a znovu od ročníku XLV. do 7. 2. 1925 název *Časopis lékařů českých*. Proč tomu tak nejspíše bylo, vysvětluje v jazykovědné analýze na následujících stranách profesorka Martina Šmejkalová (49).

Literatura

1. Hlaváčková L. Význam založení Časopisu lékařů českých v rámci rozvoje naší odborné publicistiky. *Čas lék čes* 1981; 120 (52): 1585–1588.
2. Fejfar Z. Význam Spolku českých lékařů kdysi a dnes. *Čas lék čes* 1992; 131 (20–21): 615–633.
3. Hlaváčková L. 140 let Časopisu lékařů českých. *Čas lék čes* 2002; 141 (1): 3–7.
4. Hlaváčková L. Před 150 lety vyšlo první číslo Časopisu lékařů českých. *Čas lék čes* 2012; 151 (1): 3–4.

5. Kvasnička J, Sucharda P. Spolek českých lékařů v Praze a jeho činnost v posledních desetiletích. *Čas lék čes* 2022; 161 (7–8): 332–335.
6. Procházka F. Ke stoleté památce narozenin profesora dra. Bohumila Eiselta. *Čas lék čes* 1931; 70 (35): 1193–1204.
7. Anonym. Med. dokt. Jos. Podlipský. *Čas lék čes* 1867; 6 (39): 305.
8. Sucharda P. Jan Evangelista Purkyně a Časopis lékařů českých. In: Svačina Š, Škrha J, Trč T (eds.). Jan Evangelista Purkyně a jeho význam pro současnou i budoucí medicínu. *Mladá fronta*, Praha, 2017.
9. Eiselt B. O vzniku a začátcích české lékařské kliniky. *Ed. Grégr a syn*, Praha 1908: 17–18.
10. Chodounský K. K padesátiletí „Časopisu lékařů českých“. *Čas lék čes* 1911; 50 (53): 1602–1604.
11. Anonym. Dr. Jan Boh. Ceyp z Peclince. *Feuilleton. Čas lék čes* 1879; 18 (35): 278–279.
12. Anonym. Drobnoti – Václav Staněk. *Čas lék čes* 1871; 10 (12): 95–96.
13. Maydl K. Řeč prof. dr. Karla Maydla při zahájení klinických přednášek dne 19. října 1891. *Čas lék čes* 1891; 30 (Suppl.): 1–12.
14. Anonym. Janovského aera v české dermatologii. *Čas lék čes* 1925; 64 (13): 482–485.
15. Hlava J, Thomayer J, Syllaba J. Spolek českých lékařů v Praze. Smuteční schůze věnovaná na paměť † prof. Dra. E. Maixnera. *Čas lék čes* 1920; 59 (44): 698–700; *Čas lék čes* 1920; 59 (45): 710–712.
16. Rybák O, Bouček B, Polák E. Za † prof. dr. Karlem Chodounským. *Čas lék čes* 1931; 70 (21): 766–768.
17. Slavík B. Prof. dr. Josef Reinsberg. *Feuilleton. Čas lék čes* 1929; 68 (34): 1200–1203.
18. Vlasák E. Docent dr. Jan Mitvalský. *Čas lék čes* 1899; 38 (50): 1009–1011.
19. Janovský V. Prof. dr. Ferdinand Pečírka. *Čas lék čes* 1922; 61 (4): 61–62.
20. Pelnář J. MUDr. Matěj Pešina zemřel. Zprávy. *Čas lék čes* 1943; 82 (11): 312.
21. Anonym. MUDr. Max Wellner mrtev. *Čas lék čes* 1899; 39 (17): 341.
22. Ulrich V. Prof. MUDr. Antonín Veselý †. *Čas lék čes* 1932; 51 (23): 705.
23. Anonym. MUDr. Erazim Vlasák. *Čas lék čes* 1904; 43 (10): 243–245.
24. Pelnář J. MUDr. Jan Semerád – redaktor a organisátor. *Čas lék čes* 1926; 65 (30): 1123–1124.
25. Anonym. Primář MUDr. B. Honzák zemřel. *Čas lék čes* 1936; 72 (48): 1696–1697.
26. Spolek českých lékařů. Mimořádná valná hromada dne 2. července 1906. *Čas lék čes* 1906; 45 (44): 1226–1228.
27. Žák A. Připomenutí osobnosti prof. Bohumila Prusíka. *Čas lék čes* 2016; 155 (2): 60–63.
28. Přecechtěl A. Profesor dr. Otakar Kutvirt mrtev. *Čas lék čes* 1929; 68 (31): 1093–1095.
29. Wiesner Antonín, 1868–1938. *Středočeská knihovna v Kladně*. Dostupné na: https://ipac.svkkl.cz/arl-kl/cs/detail-kl_us_auth-p00925665-Wiesner-Antonin-18681938/?disp=6&iset=1
30. Dundr P, Povýšil C, Hlaváčková L, Černý K. Profesor Jaroslav Hlava a jeho následníci – vzpomínka u příležitosti 100. výročí otevření Hlavova ústavu. *Čes-slov patol* 2021; 57 (4): 233–243.
31. Kaš S. Profesor MUDr. Václav Jedlička – patologický anatom. *Prakt lék* 2010; 90 (10): 622–623.
32. Mařatka Z, Hlaváčková L. Josef Pelnář (1872–1964), osobnost a dílo. *Karolinum*, Praha, 2000.
33. Weber K. Za dr. A. Šurdou. *Čas lék čes* 1948; 10: 306.
34. Charvát F. Odešel prof. MUDr. Jiří J. Vítek (29. 3. 1935 – 19. 12. 2014). *Cesk Slov Neurol N* 2015; 78/111 (2): 237.
35. Šmahel O. Šedesát let akademika Ivana Mála. *Čas lék čes* 1969; 108 (42): 1265.
36. Drobník J. Memento stých narozenin Ivana Mála. *Vesmír* 2010; 89 (5): 5.
37. Beran J. Eradikace varioly – významný světový zdravotnický úspěch iniciovaný českým lékařem aneb něco ze života profesora MUDr. Karla Rašky, DrSc. *Čas lék čes* 2010; 149 (6): 308–309.
38. Anonym. Prof. MUDr. Otakar Šmahel, DrSc. Smuteční oznámení. *Čas lék čes* 1978; 117 (8): 256.
39. Fučík M. Za doc. MUDr. Otou Riedlem, CSc. *Čas lék čes* 1983; 122 (10): 291–292.
40. Dub O. Za Otou Riedlem. *Čas lék čes* 1983; 122 (10): 292–293.
41. Tvaroh F. Odešel moudrý a hodný člověk. *Čas lék čes* 1983; 122 (10): 293.
42. Sucharda P. Zemřel profesor Jan Petrášek. *Čas lék čes* 2026; 165 (1): 46.
43. Žák A. Docent Petr Bartůněk osmdesátiletý. *Čas lék čes* 2019; 158 (6): 261–262.

- 44. Bartůněk P.** Za džunglí je Lambaréné. *Artis – Michaela Dusíková*, Praha 2021.
- 45. Sucharda P.** Prof. Jiří Horák zemřel. *Čas lék Čes* 2017; 156 (3): 167.
- 46. Češka R.** Vedoucí redaktor ČLČ sedmdesátníkem. *Čas lék Čes* 2026; 165 (1): 48.
- 47. Anonym.** Do následujícího padesátiletí! *Čas lék Čes* 1911; 50 (53): 1608–1610.
- 48. Hlaváčková L.** Časopis lékařů českých a Spolek českých lékařů v boji za českou universitu a lékařskou fakultu. *Čas lék Čes* 1982; 121 (51): 1569–1573.
- 49. Šmejkalová M.** Jazykové dilema lékařů(v) českých. *Čas lék Čes* 2026; 165 (1): 30–32.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

MUDr. Petr Sucharda, CSc.

3. interní klinika 1. LF UK a VFN
U Nemocnice 1, 128 08 Praha 2
e-mail: petr.sucharda@lf1.cuni.cz

pr⁺Lékaře.cz
největší informační zdroj pro lékaře



Přináší současné poznatky z medicíny
a celoživotní vzdělávání

- +** Kreditované on-line kurzy ČLK a SLK
- +** Více než 60 vědeckých časopisů včetně archivu
- +** Specializované tematické zpravodaje
– žádné informace Vám neuniknou!



www.prolekare.cz/registrace

REGISTRACE ZDARMA

Jazykovědné dilema lékařů(v) českých

Martina Šmejkalová, Blanka Nedvědová, Pavel Sojka

Katedra českého jazyka PedF UK v Praze

Čas. Léč. čes. 2026; 165: 30–32

OTÁZKA REDAKCE ČLČ

V roce 1862 vycházel první ročník pod názvem Časopis lékařů českých, ale v letech 1863–1889 a znovu od ročníku VL (1906) až do vydání 7. 2. 1925 jako Časopis lékařů českých. Má toto historické kolísání tvarů opodstatnění z hlediska jazykovědného?

ODPOVĚĎ

Nejprve k výchozímu stavu. V nejstarších dobách byl genitiv plurálu u tzv. o-kmenů maskulin bez koncovky (*chlap*). Aby nedocházelo k nežádoucí homonymii s tvary nominativu singuláru (*chlap*) a akuzativu singuláru (opět *chlap*), nahradila toto bezkoncovkové zakončení u-kmenová koncovka -*ov*. U genitivu plurálu maskulin se proto v starších dobách vyskytovala podoba s -*ov* (*chlapov*). Toto dlouhé *o* podlehlo pravidelné hláskové změně *o > uo > ů* (*chlapov > chlapuov > chlapův*). Stejná situace nastala i u měkké varianty, jak přesně říká Pavel Kosek: „... u-kmenová koncovka -*ov* pronikla do genitivu pl., kde nahradila nulovou formu: mnoho *oráč* → mnoho *oráčův*.“ (1)

Guru české historické jazykovědy Jan Gebauer k tomu podotýká: „Koncovka -*ov* vzata jest od ů-kmenův, *chlapov*, *dubov* podle synův, stsl. -*ovъ*. Mění se časem v -*uov*, -*ův* a **ztrátou souhlásky v -*o*, -*uo*, -*ů*** (zdůraznili aut. článku) [...]; a jest pravidlem od historických dob nejstarších a dosud. [...] Varianta nejstarožitnější -*ov* drží se až do poč. XVI stol., a **nejmladší -*ů* začíná se dosti záhy v XV** (zdůraznili aut. článku); v Lact. (1511) jsou obě vedle sebe v příkladech hrzichow 79^b, dělniku 34^a atd.“ (2)

A zde leží jádro problému. Varianty genitivu plurálu se podle tohoto výkladu v historii běžně vyskytovaly vedle sebe. Je ale otázka, do jaké míry si tyto varianty reálně konkurovaly v dobové řečové praxi 19. století. Autoři mluvnic, které budeme představovat dále, se tehdy nemohli opřít o spolehlivá a reprezentativní data. To, co v mluvnicích uváděli, mohlo navazovat na starší texty, nebo mohli autoři vycházet ze svého vlastního noremního povědomí.

Pohlédneme-li do mluvnic z poloviny 19. století, tedy do doby, kdy byl založen Časopis lékařů českých, vyskytují se zde podoby buď jenom s -*ů*, nebo s -*ův* s -*ů*. Tady je třeba příklad z mluvnice českého jazykovědce Jana Slavomíra Tomička z roku 1850 (3) (obr. 1). Vidíme, že progresivnější varianta s -*ů* je na prvním místě. A co více, jen o rok mladší vydání mluvnice Václava Hanky zpracované na základě známé mluvnice proslulého obrozence Josefa Dobrovského, která byla vydána již v roce 1809 (4), uvádí **pouze** variantu jednu, a to tu progresivnější: -*ů* (5) (obr. 2).

		Množný.	
Nom.	hráči	meče	pole.
Akk.	hráče	meče	pole.
Gen.	hráčů	mečů	polí.
Dat.	hráčům	mečům	polím.
Lok.	hráčích	mečích	polích.
Soc.	hráči	meči	poli.

Obr. 2 Hanka V. Mluvnice českého jazyka na základě soustavy Dobrovského / od Václava Hanky (5)

II. Sklonění jmen statných mužského pohlaví druhé třídy.

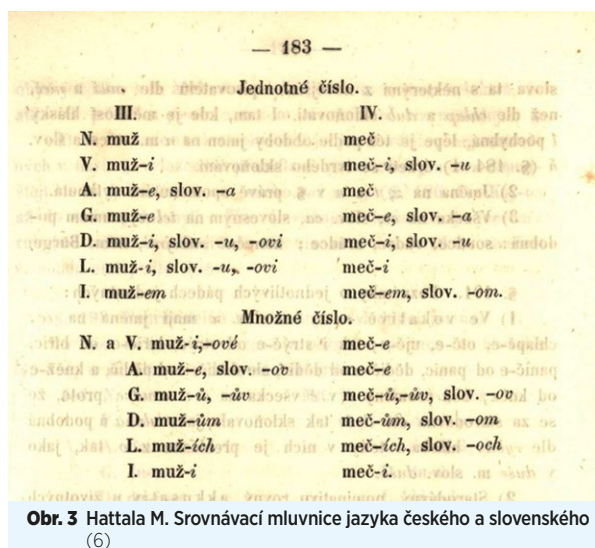
§. 42. Koneční souhlásky: c, č, d, j, l, ň, r, š, ť, ž.

Živých.		Neživých.	
Jednotný počet.		Jednotný počet.	
	Vzor:		Vzor:
Nom.	zeť		plášť
Gen.	zeťe		pláště
Dat.	zeťi, ovi		plášti
Akk.	zeťe		plášť
Vok.	zeťi (e)		plášti
Lok.	zeťi, ovi		plášti
Instr.	zeťem		pláštěm
Množný počet.		Množný počet.	
Nom.	zeťi, ové (é)		pláště, ové
Gen.	zeťů, ův		plášťů, ův
Dat.	zeťům		plášťům
Akk.	zeťe		pláště
Vok.	zeťi, ové (é)		pláště, ové
Lok.	zeťích		plášťích
Instr.	zeťi		plášti

Obr. 1 Tomiček JS. Česká mluvnice nově vzdělaná (3)

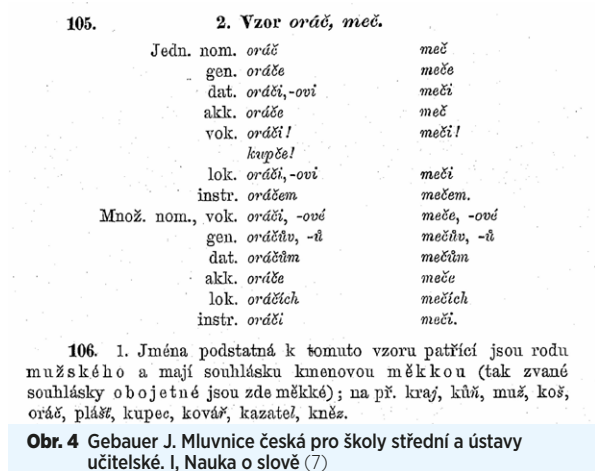
Poněkud méně progresivní než Hanka je ve své mluvnici jiný vlivný jazykovědec Martin Hattala (6), který sice používá jiné skloňovací vzory, ale jinak, jak patrné, také staví koncovku -*ů* na první místo. Koncovky -*ův* se však podobně jako Tomiček rovněž neodřiká (obr. 3). Vidíme tedy, že mohou nastat dvě varianty. Buď mluvnice, do nichž jsme nahlédli, uvádějí pouze progresivnější variantu -*ů*, nebo je archaičtější varianta s -*ův* v přehledu skloňování až na druhém místě. A to je možná důvod, proč zakladatelé časopisu původně šli progresivnější cestou a odvážně zvolili pro 1. ročník modernější variantu Časopis lékařů českých.

Logicky se tedy nabízí otázka, proč redakce od této praxe vzápětí upustila a vrátila se ke staršímu -*ův*. Je možné, že archaičtější varianta jim připadala stylově vyšší; je možné, že podlehlí převažujícímu domnělému dobovému úzu (který zatím ale není podrobně zmapován a pravděpodobně nebyl zmapován ani tehdy); a v neposlední řadě je možné, že koncovka -*ův* jim připadala vhodnější pro psaný text.



Obr. 3 Hattala M. Srovnávací mluvnice jazyka českého a slovenského (6)

Opravdové překvapení však přichází až s mluvnicemi nejvyšší autority Jana Gebauera, který ovlivnil české mluvnictví, ale i české školství na několik desítek let. Tedy ono to vlastně překvapení není, protože víme, že Gebauer vnímal svoje školní učebnice jako vedlejší produkt vlastního životního opusu – „Historické mluvnice jazyka českého“ (2). Takže je známo, že tyto školní učebnice byly historizující. Ve školní mluvnici („Mluvnice česká pro školy střední a ústavy učitelské“), podle níž se prokazatelně učili téměř všichni studenti gymnázií, tedy i budoucí lékaři, se totiž pořadí koncovek obrací a znovu se zavádí vývojově starší stav, kdy se na první místo klade koncovka -ův (7) (obr. 4).



Obr. 4 Gebauer J. Mluvnice česká pro školy střední a ústavy učitelské. I, Nauka o slově (7)

A nedosti na tom. Tato dvoudílná učebnice se záhy ukázala pro studující jako příliš obtížná, a proto Gebauer vytvořil její zestručněnou jednodušší variantu – „Krátkou mluvnici českou“ (8). Vyšla v mnoha vydáních, byla velmi populární a učili se podle ní téměř všichni středoškoláci (9). A v ní, stejně jako v předchozí mluvnici dvojdielné, je opět varianta s -ův na prvním místě (my držíme v ruce vydání z roku 1901) (8). Po Gebauerově smrti se přepočítávání jeho „Krátké mluvnice“ ujal další známý jazykovědec Václav Ertl, který

ji částečně modernizoval, ale koncovky -ův se přece jen nechtěl vzdát. Přepočítával i dříve zmíněnou „Mluvnici českou pro školy střední a ústavy učitelské“ (10) a tam už vidíme paradigma jako před téměř osmdesáti lety u Hanky (obr. 5). Na s. 179 k tomu ovšem zůstává poznámka: „Archaisticky se vyskytuje (sic! – stále ještě) starší stav *hadův, hradův* (jako analogický k měkkému vzoru *oráč* – pozn. aut. článku).“ (10)

182			
294.	b) Vzor oráč, meč.		
Jedn. nom.	oráč	meč	
gen.	oráče	meče	
dat.	oráči, -ovi	meči	
ak.	oráče	meč	
vok.	oráči! kupče!	meči!	
lok.	oráči, -ovi	meči	
instr.	oráčem;	mečem.	
Množ. nom.	oráči, -ové, kazatelé	meče, -ové	
gen.	oráčů	mečů	
dat.	oráčům	mečům	
ak.	oráče	meče	
lok.	oráčích	mečích	
instr.	oráči;	meči.	

Obr. 5 Gebauer J, Ertl V. Mluvnice česká pro školy střední a ústavy učitelské. I, Hláskosloví, nauka o slově (10)

Zbývá pohled do slovníků. Reprezentativní a dosud nepřekonaný „Příruční slovník jazyka českého“ (1935–1957, on-line) zachycuje ve svých heslových statích několikrát tvar *lékařův*, avšak násobně více tvar *lékařů* (11).

ZÁVĚR

Jak jsme demonstrovali, úzus v mluvnicích 19. a počátku 20. století byl velmi rozkolísaný. První ročník *Časopisu lékařů českých* mohl odrážet moderní pojetí, jak jsme ho ukázali například u Hanky (5), tedy s výhradním -ů. V dalších ročnících se mohl projevovat retardační vliv jiných mluvnic, v nichž se varianta -ův, byť až na druhém místě, udržovala velmi dlouho (což ukazuje, jakou setrvačnost měl jejich historizující přístup), ale možná i dobový psaný úzus.

Proč se mladší ročníky časopisu vracejí zdánlivě neložicky k archaičtější variantě, lze pokládat za prokázané: největší mluvnickou autoritou (a autorem vlastně jediné moderní mluvnice) od roku 1890 byl Jan Gebauer – a ten ve svých školních mluvnicích, jež dozajista studovali i budoucí lékaři a které byly hojně využívány odbornou veřejností, jednoznačně prosazuje archaičtější variantu -ův (čili *lékařův*).

Poděkování

Tento text vznikl s podporou Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR – Institucionální podpora dlouhodobého rozvoje výzkumných organizací Cooperatio – Karlova univerzita, Pedagogická fakulta (2026). Obrázky v textu jsou pořízeny z digitálních variant zdrojů uvedených v sekci Literatura. Práce používá data Vokabuláře webového a Národní digitální knihovny, která poskytuje výzkumná infrastruktura LINDAT/CLARIAH-CZ (https://lindat.cz) podporovaná Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR (projekt č. LM2018101). Digitalizované kopie z Vokabuláře webového převzaty s laskavým svolením oddělení vývoje jazyka Ústavu pro jazyk český AV ČR, v. v. i.

Literatura

1. **Kosek P.** Historická mluvnice češtiny I. Masarykova univerzita, Brno, 2014: 37. Dostupné na: <https://hdl.handle.net/11222.digilib/130625>
2. **Gebauer J.** Historická mluvnice jazyka českého: Díl III., Tvarosloví. I. Skloňování. *Nákladem F. Tempského*, Praha, Vídeň, 1896: 56–57.
3. **Tomíček JS.** Česká mluvnice nově vzdělaná. *Sklad knihkupectví Calvova*, Praha, 1850: 37. Digitalizovaná kopie: Vokabulář webový. *Ústav pro jazyk český AV ČR*, v. v. i., oddělení vývoje jazyka. Dostupné na: <https://vokabular.ujc.cas.cz/moduly/mluvnice/digitalni-kopie-detail/TomMluv1850/strana-37>
4. **Dobrovský J.** Ausführliches Lehrgebäude der böhmischen Sprache, zur gründlichen Erlernung derselben für Deutsche, zur vollkommeneren Kenntniß für Böhmen. *Johann Herri*, Praha, 1809: 235. Digitalizovaná kopie: Vokabulář webový. *Ústav pro jazyk český AV ČR*, v. v. i., oddělení vývoje jazyka. Dostupné na: <https://vokabular.ujc.cas.cz/moduly/mluvnice/digitalni-kopie-detail/DobLehr1809/strana-235>
5. **Hanka V.** Mluvnice českého jazyka na základě soustavy Dobrovského / od Václava Hanky. *Václav Hess*, Praha, 1849: 105. Digitalizovaná kopie: *Google Books*. Dostupné na: <https://books.google.cz/books?id=iMUGAAAAQAAJ>
6. **Hattala M.** Srovnávací mluvnice jazyka českého a slovenského. *Nákladem Calve-ova kněhkupectví*, Praha, 1857: 183. Digitalizovaná kopie: Vokabulář webový. *Ústav pro jazyk český AV ČR*, v. v. i., oddělení vývoje jazyka. Dostupné na: <https://vokabular.ujc.cas.cz/moduly/mluvnice/digitalni-kopie-detail/HatMluv1857/strana-183>

7. **Gebauer J.** Mluvnice česká pro školy střední a ústavy učitelské. I, Nauka o slově. *Nákladem F. Tempského*, Praha, Vídeň, 1890: 78. Digitalizovaná kopie: *Univerzitní knihovna Univerzity Hradec Králové – ARL*. Dostupné na: <https://arl.uhk.cz/titulaky/u1059-1-txt.pdf>
8. **Gebauer J.** Krátká mluvnice česká. *Nákladem F. Tempského*, Praha, Vídeň, 1901: 38.
9. **Šmejkalová M.** Čeština a škola: úryvky skrytých dějin – český jazyk a jeho vyučování na středních školách 1918–1989. *Karolinum*, Praha, 2010.
10. **Gebauer J, Ertl V.** Mluvnice česká pro školy střední a ústavy učitelské. I, Hláskosloví, nauka o slově. *Československá grafická Unie*, Praha, 1926: 179, 182.
11. **Příruční slovník jazyka českého. Státní nakladatelství, Školní nakladatelství, SPN**, Praha, 1935–1957. Digitalizovaná podoba: *Ústav pro jazyk český AV ČR*, v. v. i. Dostupné na: <https://psjc.ujc.cas.cz>

Pozn.: Citace a odkazy na literaturu byly upraveny v souladu s územ ČLČ.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

prof. PhDr. Martina Šmejkalová, Ph.D.
katedra českého jazyka
Pedagogická fakulta UK
Magdalény Rettigové 4, 116 39 Praha 1
e-mail: martina.smejkalova@pedf.cuni.cz

Eduard Albert a Albertov

Ke 185. výročí narození zakladatele moderní chirurgie

Helena Kokešová

Masarykův ústav a Archiv AV ČR, v. v. i., Praha

Čas. Lék. čes. 2026; 165: 33–39

SOUHRN

Rozsáhlá studie se zaměřuje na osobnost Eduarda Alberta (1841–1900) v celé šíři jeho odborného, kulturního a společenského působení. Albert je představen nejen jako zakladatelská postava moderní chirurgie v habsburské monarchii, ale také jako literát, překladatel, mecenáš a politický prostředník českých zájmů ve Vídni. Text sleduje jeho životní dráhu od skromných poměrů ve východních Čechách přes vrcholnou kariéru na vídeňské univerzitě až po „druhý život“ jeho odkazu, ztělesněný v pojmenování a symbolickém významu pražského univerzitního areálu Albertov.

KLÍČOVÁ SLOVA

Eduard Albert, dějiny lékařství, chirurgie, antiseptise, Albertov

SUMMARY

Kokešová H. Eduard Albert (1841–1900) and Albertov.

On the 185th anniversary of his birth

The study focuses on the personality of Eduard Albert (1841–1900) in the full scope of his professional, cultural and social activities. Albert is presented not only as a founding figure of modern surgery in the Habsburg monarchy, but also as a writer, translator, patron and political mediator of Czech interests in Vienna. The text follows his life path from modest circumstances in East Bohemia through his peak career at the University of Vienna to the "second life" of his legacy, embodied in the name and symbolic meaning of the Prague university campus Albertov.

KEYWORDS

Eduard Albert, history of medicine, surgery, antiseptis, Albertov



Obr. 1 Litografie portrétu Eduarda Alberta z roku 1893 s jeho podpisem (archiv Městského muzea Žamberk)

ÚVOD

Eduard Albert patří mezi nejvýznamnější postavy české medicíny a kulturního života konce 19. století. Jeho jméno nese dodnes část pražské čtvrti Albertov s komplexem budov Přírodovědecké fakulty a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Tento článek si klade za cíl zhodnotit nejen Albertův přínos pro rozvoj chirurgie, ale i jeho roli v českém kulturním a politickém životě v kontextu habsburské monarchie a osvětlit souvislost pojmenování lokality Albertov s jeho osobností a odkazem.

ŽIVOTNÍ CESTA: Z PODHŮŘÍ ORLICKÝCH HOR NA VIDEŇSKOU UNIVERZITU

Eduard Albert se narodil 20. ledna 1841 v Žamberku v rodině hodináře a městského důchodního Františka Alberta a Kateřiny, rozené Zdobnické (1–3). Původní rodinné příjmení Vojtěch bylo na počátku 19. století změněno vrchností na Adalbert a později zkráceno na Albert. Po absolvování národní školy v rodišti musel mladý Albert odejít na roční handl do Šumperka, aby se zdokonalil v němčině – nezbytné podmínce pro další studium.

Následně navštěvoval německé gymnázium v Hradci Králové, v Rychnově nad Kněžnou a opět v Hradci Králové, kde v roce 1861 úspěšně odmaturoval. Albertův vstup na vídeňskou univerzitu na podzim roku 1861 nebyl snadný. Původní žádosti, aby mohl navštěvovat josefínskou vojenskou akademii a stal se vojenským lékařem, nebylo vyhověno. Navíc se potýkal se značnými hmotnými obtížemi. Jak sám vzpomínal, přišel do císařského města s pouhými 14 zlatými a několika doporučeními na profesora Karla Rokitanského a lékaře Aloise Bednáře. Studium financoval díky kondicím a půjčkám, které definitivně splatil až po nástupu na chirurgickou kliniku v Innsbrucku.

Počáteční pocity osamělosti mu pomáhalo překonat zejména zaujetí přednáškami anatoma Josefa Hyrtlta. Mezi



Obr. 2 Pamětní deska na rodném domě Eduarda Alberta v ulici Pod Radnicí 149 v Žamberku (foto: archiv autorky)

jeho významné učitele kromě Hyrtl patřili zakladatel moderní patologické anatomie Karel Rokitský, chirurg Johann Dumreicher a internista Josef Škoda, tedy osobnosti, které formovaly tzv. Druhou vídeňskou lékařskou školu 19. století. Tato škola kladla důraz na empirické pozorování, patologickou anatomii a systematickou diagnostiku. Albert zde získal pevné metodologické základy, které později uplatnil v chirurgii (4).

Dne 22. ledna 1867 byl Albert promován na lékaře, chirurgický doktorát složil v roce 1869. Po promoci pracoval na I. chirurgické klinice profesora Dumreichera ve Vídni, kde se záhy stal asistentem a v roce 1872 byl habilitován z chirurgie. Roku 1873, ve věku pouhých 32 let, Albert přijal místo přednosta chirurgické kliniky a operačního ústavu v Innsbrucku¹ (3). V tomto univerzitním městě strávil osm produktivních let (1873–1881), během nichž si vybudoval výbornou pověst chirurga i pedagoga. V Innsbrucku také navázal přátelství s hrabětem Eduardem Taaffem, tehdy tyrolským místodržitelem, které mělo v budoucnu sehrát klíčovou roli v jeho životě.

K Albertově úspěchu přispívala i jeho manželka Marie, rozená Pietschová (1845–1924), dcera lékaře z Králík. Oženil se s ní tajně 8. února 1868, neboť tehdy platilo na-

řízení, že asistenti se nesmějí ženit. Albert musel manželku před svými nadřízenými několik let skrývat. Svému učiteli Dumreicherovi ji představil až před odchodem do Innsbrucku. Profesor Arnold Jirásek o ní napsal: „Jako byl Albert rozený vůdce, tak jeho choť byla dámou v tom sladkém a zářivém smyslu slova, jejíž vliv zušlechťující a očišťující se už dnes bohužel zřídka vyskytuje.“ Marie Albertová obklopila manžela svou pečlivostí a starostlivostí, zjednala mu klidné zázemí a do jeho hektického pracovního života nezasahovala (2, 5). Albertovi měli jediného syna Georga (1869–1943), dcera Olga zemřela v dětském věku² (2, 6).

Zlomovým okamžikem v Albertově kariéře byla nečekaná smrt jeho mentora Johanna Dumreichera v listopadu 1880. Albert se tak stal kandidátem na uvolněné místo přednosta I. chirurgické kliniky ve Vídni, což bylo nejvýše postavené chirurgické místo v celé monarchii. Přestože musel čelit silné konkurenci, díky minoritnímu votu Albertových příznivců a osobní známosti s již zmíněným ministerským předsedou Taaffem se mu podařilo toto prestižní místo získat. Císař František Josef I. jej 2. února 1881 jmenoval přednostou I. chirurgické kliniky. Albertovým nástupem na vídeňskou univerzitu v květnu 1881 začalo jeho téměř dvacetileté působení ve Vídni, které bylo ukončeno náhlou smrtí v rodném Žamberku v noci z 25. na 26. září 1900. Albert zemřel ve věku 59 let, uprostřed své vědecké a společenské činnosti (2).



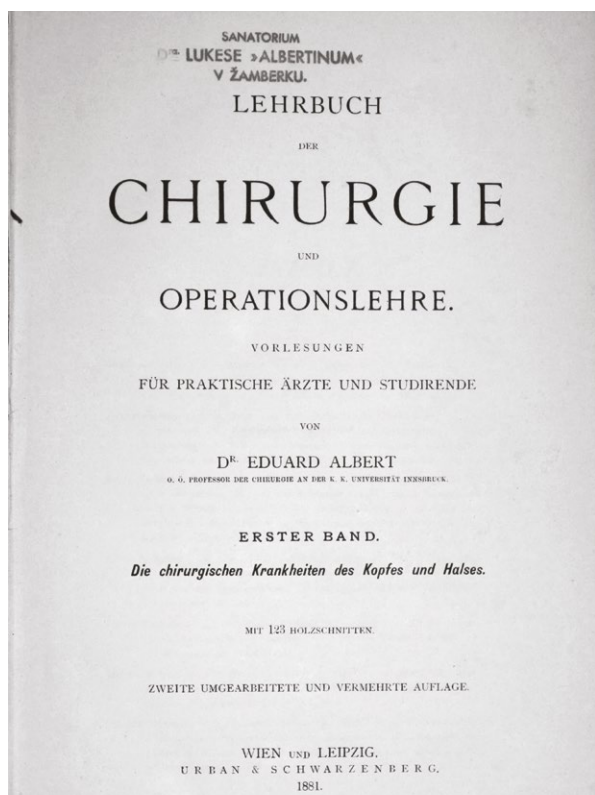
Obr. 3 Profesorský sbor lékařské fakulty vídeňské univerzity v roce 1881. Albert stojí první zleva (archiv MÚA AV ČR)

VĚDECKÝ PŘÍNOS: ZAKLADATEL MODERNÍ CHIRURGIE

Albert patřil mezi nejvýznamnější chirurgy své doby a jeho přínos k rozvoji oboru je nezpochybnitelný. Jeho slavné učebnice chirurgie se dostalo velkého uznání, protože jako první systematicky vycházela ze zásad antiseptiky – převratného objevu, který radikálně změnil chirurgickou praxi (7, 8).

¹ Österreichisches Staatsarchiv Wien, Allgemeines Verwaltungsarchiv, Ministerium für Kultus und Unterricht, fasc. 1000, sign. 5 Med. Innsbruck, Professoren A.

² Georg začal studovat medicínu, po roce však přestoupil na filozofickou fakultu, kterou v roce 1895 ukončil doktorátem z filozofie. Později se živil soukromými hodinami angličtiny a literárními příspěvky. V prvním manželství s Marií, roz. Planinschegg, se narodily tři děti: Emma v roce 1904, Ernst v roce 1908 a Edith v roce 1912. Více (2), s. 34–41. Potomci Emmy, prapranvnuce Eduarda Alberta, jdou ve stopách svých předků: Wolfgang Sieberer je revmatolog, Georg Sieberer je filozof. S pravnučkou Eduarda Alberta jsem se osobně setkala ve Vídni v červnu 2022. Další dcera Georga Edith, provdaná Wilhelm, měla dceru Edith a syna Friedricha. Georgův jediný syn Ernst vystudoval práva na vídeňské univerzitě, do konce června 1936 byl přihlášen na adrese Herrengasse 6, poté odešel do Berlína. V červenci roku 1942 mu bylo v Německu odebráno německé občanství a odňat doktorský titul. V lednu 1946 byl naturalizován v Londýně. Další údaje se mi zatím nepodařilo zjistit.



Obr. 4 První svazek Albertovy učebnice „Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre“ (archiv Městského muzea Žamberk)

Jako jeden z prvních chirurgů v habsburské monarchii systematicky zavedl Listerovy antiseptické metody. Nešlo pouze o technickou inovaci, ale jednalo se o zásadní změnu myšlení, kdy se chirurgie z „rizikového řemesla“ stávala vědeckou disciplínou s kontrolovatelnými výsledky. Albertova znalost matematiky a deskriptivní geometrie, kterou získal už na gymnáziu, mu umožnila inovativně řešit mnohé otázky mechaniky kloubů a architektury kostí. V Innsbrucku provedl řadu průkopnických výkonů, které jej proslavily daleko za hranicemi monarchie. Tyto úspěchy přispěly k jeho pověsti jako jednoho z nejodvážnějších a nejmodernějších chirurgů své doby³ (9).

Leopold Schönbauer o něm napsal: „Albert war ein hervorragender Lehrer, ein glänzender Operateur. Sein berühmtes Lehrbuch der Chirurgie baute als erstes auf den Grundlagen der Antisepsis auf. Seine Kenntnisse in der Mathematik und darstellenden Geometrie befähigten ihn, zahlreiche Fragen der Gelenkmechanik und Knochenarchitektur einer Lösung zuzuführen.“⁴ (10)

Byl nejen brilantním operátorem, jehož kliniku navštěvovali lékaři z celé Evropy i zámořských zemí, ale také vynikajícím učitelem. Během svého působení v Innsbrucku i ve Vídni vychoval desítky žáků, kteří pokračovali v jeho díle. Mezi nejvýznamnější v českém prostředí patřili Karel Maydl, Otakar Kukula, Jaroslav Bakeš či Jaroslav Mathon, ve Vídni pak zakladatel moderní ortopedie Adolf Lorenz, chirurgové Julius Hochenegg, Rudolf Frank, Carl Ewald a další⁵ (2).

Albertova vědecká práce byla mimořádně plodná. Publikoval stovky odborných prací zahrnujících původní studie, kazuistiky i překlady zahraničních děl. Byl také aktivním popularizátorem dějin lékařství a soudobého medicínského bádání. Jeho přínos k rozvoji chirurgie byl



Obr. 5 Stereoskopický snímek pitvy vedené prof. Albertem ve Wiener Kranken Anstalten v roce 1900 (archiv Městského muzea Žamberk)

³ K těmto výkonům patří: první nefrektomie (odstranění ledviny) v Rakousku-Uhersku; první tyreoidektomie (odstranění štítné žlázy) v regionu, operace technicky nesmírně náročná kvůli riziku krvácení a poškození hlasivek; jejunostomie (vyvedení tenkého střeva břišní stěnou) jako metoda výživy u neoperabilních nádorů žaludku; dodnes používaný Albertův a Albertův-Lembertův steh; průkopnické práce v oblasti kostní a kloubní chirurgie, zejména zavedení artrodézy (chirurgického znehybnění kloubu) u pacientů s dětskou obrnou či tuberkulózou kloubů.

⁴ Albert byl vynikající učitel a skvělý operátor. Jeho proslulá učebnice chirurgie jako první stavěla na základech antisepse. Jeho znalosti matematiky a deskriptivní geometrie mu umožnily řešit mnoho otázek týkajících se mechaniky kloubů a struktury kostí.

⁵ Albert se tak nepřímo, skrze své žáky, podílel na budování české lékařské školy, ačkoliv mu profesura na pražské univerzitě zůstala odepřena.

oceněn řadou vyznamenání včetně jmenování císařským radou (Hofrat), členstvím v mnoha vědeckých společnostech a čestným doktorátem *Royal College of Surgeons of England* (11, 12).

ČESKÉ NÁRODNÍ UVĚDOMĚNÍ A VZTAH K ČESKÉ AKADEMII VĚD A UMĚNÍ

Přestože Albert dosáhl oslnivé profesní kariéry ve Vídni a získal vysoké společenské postavení v rakouské společnosti, nikdy neztratil zájem o české prostředí. Byl zastáncem umírněného nacionalismu, který neusiloval o izolaci, nýbrž o začlenění českého národa do proudu vědeckého a kulturního života velkých národů.

Byl všestrannou, téměř renesanční osobností – vedle lékařské profese se věnoval literární kritice, překladům, poezii a v neposlední řadě i politice. V literární oblasti se zasloužil především o vydání čtyřsvazkové antologie německých překladů české poezie, na nichž se podílel autorsky i překladatelsky ve snaze zprostředkovat české umění německému publiku. Tyto počiny vzbudily pozornost širokých kruhů českých i německých čtenářů. Jeho celoživotní literární přátelství s Jaroslavem Vrchlickým dokládá nejen Albertova monografie věnovaná tomuto básníkovi, ale i jejich vzájemná korespondence čítající stovky dopisů a odrážející hluboký intelektuální dialog daný společným zájmem o literaturu a umění (13–19).

V české společnosti proslul Albert jako významný mecenáš. Vědom si svých skromných začátků finančně přispíval talentovaným umělcům i vědcům, z českých zemí například básníkovi Josefu Svatopluku Macharovi, historikovi Antonínu Rezkovi, jazykovědci Janu Gebauerovi, malíři Mikoláši Alšovi, malíři a sochaři Josefu Strachovskému či hudebníkovi Alfredu Heyssigovi. V Albertově korespondenci a také v jeho proslulé Pamětnici (návštěvní knize jeho vily v Žamberku) máme k dispozici četné důkazy o jeho štědrosti, o bezplatném léčení mnohých rodáků, kterým pomáhal hmotně i přímluvami, o financování stavby kaple sv. Vojtěcha na žamberském hřbitově, o příspěvcích na stavbu Národního divadla atd. (2, 20).

Podporoval i další české vědecké a kulturní instituce. Významnou součástí jeho odkazu je vztah k České akademii věd a umění, jejíž vznik a první kroky bedlivě sledoval. Založení České akademie věd a umění v roce 1890 bylo z velké části politickým krokem, který měl symbolizovat české národní uvědomění a vědeckou samostatnost. Albert, ačkoliv usazený ve Vídni, tuto instituci aktivně podporoval a udržoval s ní úzké kontakty. Byl i jedním z řečníků na slavnostním shromáždění Akademie, které se konalo 18. května 1891, kde vystoupil s přednáškou „O dvou světech“. Stal se řádným členem České akademie věd a umění a publikoval v jejích vědeckých sbornících (2, 21).

Tato činnost vedle členství v mnoha rakouských a německých vědeckých společnostech dokládá jeho snahu spojovat oba světy – český a rakouský. Po Albertově smrti jeho dlouholetý spolupracovník Karel Maydl uveřejnil v *Almanachu České akademie* rozsáhlý nekrolog, v němž ocenil Albertův přínos českému vědeckému životu a připojil i přehled jeho publikací (22).

VIR BONI OFFICII

Ačkoliv se Albert otevřenému angažmá v politice zpočátku bránil, zcela stranou stát nedokázal. Živě se zajímal

o soudobé politické dění a nebyl pouze pasivním pozorovatelem, naopak mnohdy aktivně zasahoval do české politiky. Koncem 80. a počátkem 90. let 19. století se dostal do centra složitých jednání mezi mladým realistickým hnutím kolem Tomáše Garrigue Masaryka a etablovanými politickými stranami. Albert zastával pozici prostředníka mezi realisty a staročeskou stranou reprezentovanou Františkem Ladislavem Riegrem a Karlem Mattušem (2, 23). Vzájemná korespondence mezi těmito osobnostmi odhaluje Albertovu aktivní roli v pokusech o politické dorozumění a hledání možnosti kompromisu⁶. Jeho úsilí však bylo komplikováno nedůvěrou mezi politickými tábory i podezřením vůči Albertovi samotnému ze strany některých kruhů staročeské strany.

Albert také rezignoval na vlastní kandidaturu do říšské rady, přesto byl jeho vliv na českou politiku klíčový. Působil jako tzv. *vir boni officii* – muž dobrých služeb, neoficiální vyslanec a zprostředkovatel. Využíval svého vysokého společenského postavení a přímých kontaktů s předními politiky monarchie k prosazování českých požadavků. Jeho přátelství s ministerským předsedou Eduardem Taaffem a osobní známosti s dalšími ministry mu tak umožňovaly působit jako neformální prostředník mezi českou reprezentací a vídeňskou vládou.

Klíčovou roli hrál Albert v takzvané české lobby ve Vídni, což byla neformální skupina českých intelektuálů a úředníků, kteří hájili české zájmy v rakouské metropoli. Ve Vídni bydlel za Votivním kostelem na rohu Maximilianplatz a Frankgasse. Jeho prostorný byt plnil funkci českého salonu ve Vídni, kde se scházeli ti, kdo v české politice, vědě a kultuře něco znamenali nebo chtěli znamenat. S přáteli se pravidelně setkával také v plzeňských pivnicích v Riedhofu a Kaiserhofu, patřil i ke členům stolní společnosti Die Nische. Také v Albertově vile v Žamberku se vystřídala řada hostů, jak mimo jiné dokládají jejich zápisy v Pamětnici (24, 25).

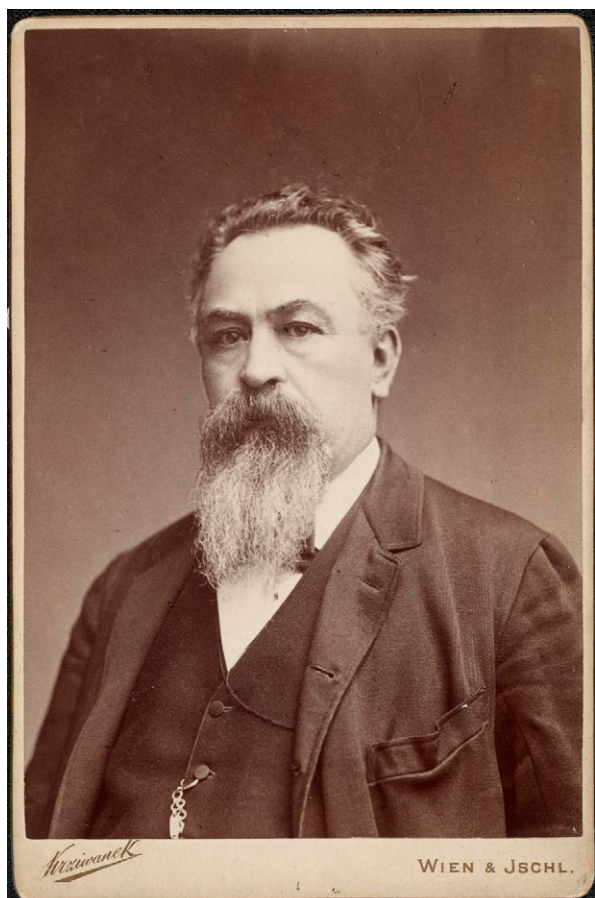
Dne 12. ledna 1895 byl jmenován doživotním členem panské sněmovny. V literatuře se traduje, že Albert dvakrát odmítl ministerské křeslo, poprvé hraběti Taaffemu a podruhé v roce 1900 Ernestu von Koerbrovi. Albert nakonec od politické činnosti upustil a zůstal při své nepolitické politice, tedy při činnosti mecenáše, rádce a prostředníka, nikoli veřejně činného politika (2).

Albert byl osobností pohybující se mezi českým a německým jazykovým prostředím. Dlouho lavíroval mezi českou a rakouskou společností, mezi češtvím a rakušanstvím, aby nakonec zůstal v hraničním pásmu, kde se obě společnosti stýkaly a nacházely společné zájmy (2, 26, 27). Tato pozice mu umožňovala být jakýmsi mostem zprostředkovávajícím dialog mezi různými politickými a kulturními kruhy. Zároveň však tato pozice na pomezí vyvolávala nedůvěru – někomu byl příliš český, jiným příliš rakouský.

ODKAZ A HISTORICKÁ PAMĚŤ: DRUHÝ ŽIVOT EDUARDA ALBERTA

Eduard Albert zemřel náhle 26. září 1900 v rodném Žamberku ve věku 59 let během pobytu ve vile, kterou si zde nechal postavit. Pohřeb se konal v neděli 30. září 1900 za velké účasti zástupců pražské i vídeňské univerzity. V rodné hrobce pod presbytářem kaple sv. Vojtěcha, kterou nechal sám Albert vystavět, byl pochován pouze rok. Koncem

⁶ Edice korespondence E. Alberta s Josefem Kaizlem, Karlem Kramářem a Antonínem Rezkem byla publikována in (1)



Obr. 6 Portrét Eduarda Alberta z pozdějšího období života, pořízený známým vídeňským fotografem Rudolfem Krziwanekem (Österreichische Nationalbibliothek, Bildarchiv Austria)



Obr. 7 Hrob Eduarda Alberta na Ústředním hřbitově ve Vídni (foto: Andrea Chyba)

listopadu 1901 bylo jeho tělo převezeno do Vídně a pohřbeno do čestného hrobu na Ústředním hřbitově (2).

Zpráva o Albertově smrti se rychle rozšířila a vyvolala vlnu nekrologů. Bezprostředně po Albertově smrti v roce 1900 převládal obraz „velkého muže“ – výjimečného chirurga a mravní autority, jehož život měl sloužit jako *exemplum* osobního vzestupu, pracovitosti a loajality ke státu i národu. Tento interpretační rámec je patrný již v nekrologích publikovaných v českém i vídeňském tisku, ale především v textech jeho žáků a současníků, zejména Karla Maydla a Otakara Kukuly, kteří Alberta prezentovali především jako zakladatele moderní české chirurgie a pokračovatele nejlepších tradic vídeňské lékařské školy (2).

Zásadní vliv na dlouhodobé vnímání Alberta měla monografie Arnolda Jiráska vydaná poprvé roku 1941 a znovu v rozšířeném vydání roku 1946 (3, 28, 29). Také *Časopis lékařů českých* se k jeho osobnosti opakovaně vracel při významných výročích, přičemž jednotlivé jubilejní texty odrážejí proměny pohledu na jeho odkaz v průběhu 20. století (30–34). V poválečné a zejména normalizační historiografii byl Albert připomínán převážně v rámci dějin lékařství. Jeho osobnost byla redukována na odborný přínos v oblasti chirurgie, zatímco kulturní a politické aktivity zůstávaly na okraji zájmu.

V roce 2000, při 100. výročí Albertova úmrtí, byla v jeho rodném Žamberku uspořádána výstava a konference věnovaná jeho životu a dílu (35). Nejnověji se mu věnovala autorka tohoto sdělení ve své disertační práci a následných publikacích, jež přinesly nový a podrobnější pohled na Albertovu politickou činnost a roli v české lobbii ve Vídni.

V českých zemích měla renomé tzv. Albertova knihovna založená z podnětu Arnolda Jiráska. Jejím prvním svazkem byl právě zmíněný Jiráskův životopis Eduarda Alberta. Tato edice knih byla v roce 1956 přejmenována na Albertovu sbírku a její svazky důkladně rozebíraly různá medicínská témata. Do roku 1990 vyšlo 87 titulů. Na návrh profesora Zdeňka Kršky byla tato edice nedávno obnovena. Jsou v ní publikovány příspěvky českých i zahraničních specialistů z různých oborů medicíny. Současná edice byla zahájena v roce 2019 monografií „Onemocnění slinivky břišní“ (36).

Albertův odkaz žije dál nejen v historické paměti české i světové medicíny, ale také v názvech ulic a areálů: v Žamberku je po Albertovi pojmenováno náměstí a ulice, jeho jméno nese odborný léčebný ústav Albertinum, kde je podobně jako na rodném domě umístěna pamětní deska, a dále ulice v Hradci Králové, Olomouci a Kroměříži⁷ (2). V roce 1909 byla ve Vídni odhalena Albertova busta v arkádách univerzity za účasti jeho žáků a přátel (37). V Praze připomíná Albertovu osobnost areál Albertov, jeho busta odhalená 17. listopadu 2020 je umístěna ve foyer Fyziologického ústavu 1. LF UK.

ALBERTOV JAKO UNIVERZITNÍ PROSTOR A MÍSTO PAMĚTI

Ulice Albertov získala svůj název 1. května 1905, kdy Sbor obecních starších na svém zasedání kromě názvů jiných ulic schválil následující: „Na pozemcích Slupských nově vzniklé ulice

⁷ Albertovu vilu od dědiců zakoupil Josef Wieser a zřídil tam vodoléčebný ústav nazvaný Albertinum. Po jeho smrti v roce 1905 majetek odkoupil Spolek ke zřizování a vydržování léčeben pro nemoci plicní v království Českém, markrabství Moravském a vévodství Slezském a zřídil tam první Sanatorium pro nemocné skrofulosou a tuberkulosou v českých zemích, jehož základem se stala Albertova vila. První rok zde byla pouze letní kolonie pro děti postižené tuberkulózou a skrofulózou, lékařem se stal praktik ze Žamberka Václav Barkman, manžel Albertovy neteře Marie Svatové, a ošetřovatelky byly z Cerveného kříže. První ředitel Jan Panocha nakonec vybudoval léčebnu s celoročním provozem o 130 lůžkách. V 60. letech 20. století se potom díky lékům, které výrazně zkrátily délku léčby tuberkulózy, postupně změnila i skladba pacientů. V současné době sídlí v areálu Odborného léčebného ústavu Albertinum plicní oddělení, psychiatrické oddělení, oddělení následné a dlouhodobé lůžkové péče, oddělení paliativní péče a sociální služby.



Obr. 8 Dnešní podoba Albertovy vily v Žamberku, která je součástí areálu Albertinum (foto: archiv autorky)

nazvány buďte, a to: a) ulice jdoucí od Karlova k nemocnici Alžbětinek Albertov a b) ulice tuto pod pravým úhlem protínající a spojující ulici Horskou a Apolinářskou Preslova.“ (38)

Toto pojmenování bylo výrazem uznání Albertových zásluh o českou medicínu a vědu obecně. Jméno ulice pak dalo název celému univerzitnímu areálu, který zahrnul lékařskou a později také přírodovědeckou fakultu (39).

Volba jména Eduarda Alberta nebyla náhodná. Představoval ideál českého vědce, který dosáhl mezinárodního uznání, přitom však nezapřel své české kořeny a aktivně podporoval rozvoj české vědy a kultury. V době, kdy byla ulice pojmenována, začala česká univerzita teprve budovat své vědecké zázemí (k rozdělení univerzity na českou a německou došlo v roce 1882), což bylo také otázkou národní prestiže. Nebylo to však jednoduché, výstavba areálu postupovala pomalu a s ob-

tížemi, jak dokládá například zpráva obecního staršího Jana Krouského, kterou přednesl v dubnu 1910 kvůli zanedbanému a neupravenému okolí v sousedství univerzitních budov (40).

Pojmenování Albertova mělo i širší rozměr. V době narůstajících národnostních napětí představoval Albert příklad osvíceného nacionalismu, který neusiloval o izolaci, ale o rovnoprávné začlenění české vědy do evropského kontextu. Tento přístup byl atraktivní zejména pro mladou českou vědeckou obec budující novou českou univerzitu.

Na počátku 20. století byly na Albertově postupně vybudovány ústavy zaměřené na fyziologii, patologii, hygienu, chemii, farmakologii a další základní obory, které se staly páteří preklinické výuky dnešní 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Významné postavení mezi pracovišti zaujímají Hlavův ústav a Purkyněův ústav.

Na dlouhodobou tradici navazuje projekt Kampus Albertov, jehož cílem je modernizace a rozšíření zázemí pro 1. lékařskou fakultu a Přírodovědeckou fakultu UK. Nově budované Biocentrum a Globcentrum mají vytvořit podmínky pro mezioborovou spolupráci a výzkum odpovídající současným mezinárodním standardům.

Albertov tak zůstává živým prostorem české akademické medicíny – místem kontinuity, kde se historická tradice ústavů přirozeně propojuje s potřebami současné výuky a výzkumu (41).

ZÁVĚR

Eduard Albert byl výjimečnou osobností, jejíž význam přesahuje rámec medicíny. Byl nejen výborným chirurgem a pedagogem, ale i literátem, překladatelem, mecenášem a prostředníkem mezi českou a rakouskou kulturou. Jeho jméno, zachované v názvu pražského Albertova, připomíná ideál českého intelektuála, který dokázal sloužit vědě na



Obr. 9 Busta Eduarda Alberta z roku 2020 ve foyer Fyziologického ústavu 1. LF UK na Albertově (foto: archiv 1. LF UK)



Obr. 10 Albertov, pohled od východu – vlevo budova ústavů Přírodovědecké fakulty UK, vpravo sídlo několika ústavů a kliník 1. LF UK (foto: Petr Sucharda)

mezinárodní úrovni, a přitom zůstat věrný svému národnímu společenství.

Albertův život ilustruje složitost národnostních vztahů v habsburské monarchii i možnosti, jež nabízela mnohonárodnostní říše schopným jedincům. Albert byl produktem i spolutvůrcem specifické kultury vídeňské medicíny 19. století, zároveň však zůstal pevně zakotven v českém kulturním a politickém kontextu. Tato dualita – nebo spíše schopnost pohybovat se mezi dvěma světy – byla zdrojem jeho síly, ale i příčinou napětí a nedůvěry ze strany obou národních táborů.

Pojmenování lokality Albertov bylo důstojným uznáním Albertových zásluh a současně symbolickým aktem potvrzujícím českou vědeckou samostatnost. Dodnes je Albertov živoucí připomínkou této výjimečné osobnosti a jejího příspěvku k rozvoji české medicíny, vědy a kultury. V době, kdy vznikala česká univerzita a budoval se její vědecký základ, byl Eduard Albert jedním z nejpřesvědčivějších důkazů, že čeští vědci mohou uspět i na nejvyšší mezinárodní úrovni a že tento úspěch nemusí být vykoupen zradou národních zájmů.

Albertův odkaz dnes žije ve třech rovinách: V rovině vědecké jsou to principy moderní chirurgie a antiseptiky, které zachraňují životy dodnes. V rovině kulturní je to idea mostu mezi národy. A v rovině hmotné je to Albertov – pulzující srdce vědy, kde se denně setkávají tisíce studentů pod neviditelným dohledem muže, který věřil, že „nejkrásnějším údělem člověka je sloužit trpícímu lidstvu“⁸.

Literatura

1. Kokešová H. Eduard Albert. Příspěvek k životopisu a edice korespondence. *Scriptorium*, Praha, 2004.
2. Kokešová H. Eduard Albert (1841–1900). Český intelektuál ve Vídni. *Vyšehrad*, Praha, 2014.
3. Jirásek A. Eduard Albert. *Česka chirurgická společnost*, Praha, 1946.
4. Lesky E. Die Wiener medizinische Schule im 19. Jahrhundert. *Hermann Bohlaus Nachf.*, Wien, 1965.
5. Kokešová H. Marie Albertová – neznámá žena slavného muže. In: Sborník prací východočeských archivů 11. *Státní oblastní archiv Zámruksu*, Zámruks, 2007: 223–230.
6. Kokešová H. Eduard Albert. Ein böhmischer Intellektueller in Wien. *Böhlau Verlag*, Wien, 2021.
7. Albert E. Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. *Urban & Schwarzenberg*, Wien, 1877–1880.
8. Albert E. Die Diagnostik der chirurgischen Krankheiten in 20 Vorlesungen. *Braumüller*, Wien 1876.
9. Huter F. Hundert Jahre Medizinische Fakultät Innsbruck 1869 bis 1969. II. Teil. *Oesterreichischen Kommissionsbuchhandlung*, Innsbruck, 1969: 318–320.
10. Schönbauer L. Albert, Eduard. In: *Neue Deutsche Biographie*. Bd. I. *Duncker & Humblot*, Berlin, 1953: 137–138.
11. Kukula O. Rozvoj české chirurgie v letech 1848–1898. *Nákladem Spolku českých mediků*, Praha, 1899.
12. Holzer G, Kokešová H. Adolf Lorenz und sein Mentor Eduard Albert. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 2021, 171 (9/10): 230–237.
13. Knoesl B. Jaroslav Vrchlický – Eduard Albert, vzájemná korespondence. *Nakladatelství Československé akademie věd*, Praha, 1954.
14. Jedlička J. Eduard Albert, Josef Thomayer a Jaroslav Vrchlický. *Čas lékař čes* 1966; 105: 554–558.
15. Albert E. Poesie aus Böhmen. *Alfred Hölder*, Wien, 1893.
16. Albert E. Neuere Poesie aus Böhmen. *Alfred Hölder*, Wien, 1893.
17. Albert E. Neueste Poesie aus Böhmen. *Alfred Hölder*, Wien, 1895.
18. Albert E. Der Blumenstrauß von Karl Jaromir Erben. In deutscher Uebers. hrsg. von Dr. Eduard Albert. *Alfred Hölder*, Wien, 1900.
19. Albert E. Lyrisches und Verwandtes aus der böhmischen Literatur, *Alfred Hölder*, Wien, 1900.
20. Hlaváčková L. Mecenášství E. Alberta a Česká akademie věd a umění. In: Pokorný J (ed.). Česká akademie věd a umění 1891–1991. *Historický ústav AV ČR*, Praha, 1993: 133–139.
21. Kokešová H. Eduard Albert a Česká akademie věd a umění. *Práce z dějin Akademie věd* 2015; 7/1: 2–18.
22. Maydl K. Prof. Dr. E. Albert. *Almanach české akademie věd císaře Františka Josefa pro vědy, slovesnost a umění* 1901; 11: 128–158.
23. Korespondence T. G. Masaryk – staročesi. Kokešová H, Quagliatová V (eds.). *Masarykův ústav a Archiv AV ČR*, Praha, 2009.
24. Sekera M, Buriánek P. Česká lobby ve Vídni. *Dějiny a současnost* 1995; 17/1: 22–25.
25. Kokešová H. Karel Kramář a česká lobby ve Vídni. In: Bilek J, Velek L (eds.). Karel Kramář (1860–1937). Život a dílo. *Masarykův ústav a Archiv AV ČR*, Praha, 2009: 163–176.
26. Křen J. Konfliktní společenství. Češi a Němci 1780–1980. *Academia*, Praha, 1990.
27. Haslinger P. Nation und Territorium im tschechischen politischen Diskurs 1880–1938. *Oldenbourg Verlag*, München, 2010.
28. Svítal-Kárník J. Eduard Albert, život a dílo velkého Čecha. *Nakladatelství Vyšehrad*, Praha, 1941.
29. Kokešová H. Chirurg o chirurgovi. Arnold Jirásek a jeho práce o Eduardu Albertovi. *Práce z dějin Akademie věd* 2013; 4/2: 163–186.
30. Kukula O. Prof. Dr. Eduard Albert *. *Čas lékař čes* 1900; 39: 999–1003.
31. Jedlička R. Profesor dr. Eduard Albert. K 25letému výročí jeho smrti. *Čas lékař čes* 1925; 64: 1430–1431.
32. Mathon J. Eduard Albert, chirurg, učenec a člověk. *Čas lékař čes* 1941; 80: 1–7.
33. Jedlička J. Eduard Albert a Jan Gebauer. *Čas lékař čes* 1971; 110: 691–695.
34. Rozsivalová E. Tomáš Garrigue Masaryk a Eduard Albert. *Čas lékař čes* 1990; 129: 321–327.
35. Pírková V, Pírek F. Eduard Albert. *Městské muzeum*, Žamberk, 2000.
36. Krška Z. Onemocnění slinivky břišní. *We Make Media*, Praha, 2019.
37. Maisel T. Die Denkmäler im Arkadenhof der Universität Wien. Biographische Skizzen. *Archiv der Universität Wien*, Wien, 1990.
38. Pojmenování ulic (schválené sborem obecních starších dne 1. května.). *Věstník obecní Královského hlavního města Prahy* 1905; 9: 71.
39. Laštovka M a kol. Pražský uličník. Encyklopedie názvů pražských veřejných prostranství. *Academia*, Praha, 2022: 63.
40. Interpelace obecního staršího Krouského. *Věstník obecní Královského hlavního města Prahy* 1910: 115.
41. Kampus Albertov. Univerzita Karlova v Praze, 2026. Dostupné na: <https://kampusalbertov.cuni.cz/KA-1.html>

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

PhDr. Helena Kokešová, Ph.D.

Oddělení osobních a historických fondů
Masarykův ústav a Archiv AV ČR, v.v.i.

Gabčíkova 10, 182 00 Praha 8

Tel.: 286 010 117

e-mail: kokesova@mua.cas.cz

⁸ Albertův citát z úvodu k jeho „Učebnici chirurgie“, volně parafrázováno.

MUDr. Vavřinec Pospíšil – první český otorinolaryngolog v Olomouci

Ivan Kalivoda

Oddělení otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Nemocnice AGEL Nový Jičín, a. s.

Čas. Lék. čes. 2026; 165: 40–43

SOUHRN

Ačkoli Vavřinec Pospíšil nepatřil k výrazným protagonistům české otorinolaryngologie začátku 20. století, i tak si zaslouží, aby neupadl v zapomnutí. 42letý absolvent lékařské fakulty stal jedním z posledních asistentů zakladatele první české otologicko-faryngologické kliniky v Praze profesora Emiliany Kaufmannové a poté se vrátil zpátky do rodiště na Haně. Zde 16 let poskytoval specializovanou péči obyvatelům Olomouce i širokého okolí, protože byl prvním českým odborným lékařem v tomto regionu.

KLÍČOVÁ SLOVA

Vavřinec Pospíšil, otorinolaryngologie, Olomouc, historie

SUMMARY

Kalivoda I. MUDr. Vavřinec Pospíšil – the first Czech otolaryngologist in Olomouc

Although Vavřinec Pospíšil was not among the prominent protagonists of Czech otorhinolaryngology at the beginning of the 20th century, he still deserves not to be forgotten. The 42-year-old graduate of the medical faculty became one of the last assistants of the founder of the first Czech otological-pharyngological clinic in Prague, professor Emilian Kaufmann and then returned to his birthplace in Haná. For 16 years, he provided specialized care to the residents of Olomouc and the surrounding area, as he was the first Czech specialist doctor in this region.

KEYWORDS

Vavřinec Pospíšil, otorhinolaryngology, Olomouc, history

ÚVOD

Při pátrání v historii otorinolaryngologie v českých zemích jsem několikrát narazil na jméno Vavřince Pospíšila (1). Navzdory tomu, že zemřel skoro před 100 lety a že ani nevíme, jak vypadal, neboť se nedochovala žádná fotografie, podařilo se dohledat části jeho životního příběhu.

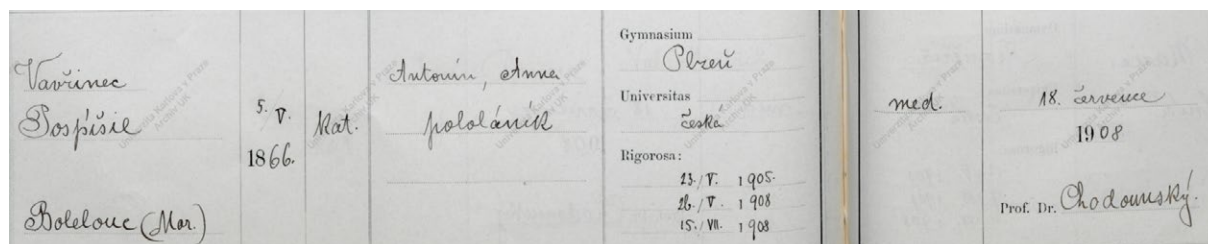
ŽIVOTOPIS

Vavřinec Pospíšil se narodil v Boleloui u Olomouce (dnes součást městyse Dub nad Moravou) 5. května 1866 do rodiny zemědělce – půllánika (hospodařil na půlce lánu, tj. na cca 9 hektarech) Antonína Pospíšila a jeho manželky Anny (2). Studoval na vyšším c. k. slovanském gymnáziu v Olomouci, maturoval však na Gymnáziu v Plzni v roce 1887 (2, 3). Důvod, proč maturoval až v 21 letech není znám, pravděpodobně byl nemocen (jeho kolega a pozdější přednosta ORL kliniky v Brně profesor František Ninger v Pospíšilově nekrologu uvedl, že pro churavost se nezúčastňoval ani schůzí Československé otolaryngologické společnosti) (4). Ke studiu na Lékařské fakultě české univerzity Karlo-Ferdinandovy nastoupil v akademickém roce 1887 a studium ukončil promócí

18. července 1908 (2) (obr. 1). V té době mu bylo 42 let a jeho univerzitní studium trvalo 21 let!

Po absolutoriu získal zaměstnání jako externí lékař na Otologicko-faryngologické klinice prof. MUDr. Emiliany Kaufmannové a rovněž působil jako lékař záchranné stanice v Praze (4, 5). Na klinice se zařadil mezi asistenty profesora Kaufmannové (1852–1912): Otakara Kutvirta (1867–1929), Karla Výmolu (1864–1935), Jana Langa (1880–1918) a Františka Ningeru (1886–1966) (1). „Mladý“ dr. Pospíšil vypomáhal hlavně svému krajanovi, tehdy asistentovi kliniky dr. Langovi, rodákovi z Loštic u Olomouce (který bohužel zemřel v mladém věku), a zůstal na tomto pracovišti ještě i po převzetí kliniky prof. MUDr. Otakarem Kutvirtem v roce 1912 (4). Musela to být profesně zajímavá situace, neboť profesor Kutvirt byl o rok mladší než dr. Pospíšil. Ten byl v roce 1913 jmenován nehonoranovým asistentem a v této funkci setrval až do odchodu do své soukromé praxe (4, 5).

V Olomouci působil jako odborný lékař státních drah (4). Od roku 1914 provozoval jako odborný ušní, nosní a krční lékař soukromou praxi, kterou otevřel 15. dubna v Olomouci v domě Kino Edison (obr. 2 a 3). Zpráva, že MUDr. Pospíšil začne ordinovat, se dávala na vědomí po celé střední Moravě, zejména



Obr. 1 Matrika doktorů české Karlo-Ferdinandovy univerzity

ve formě inzerátů v novinách (6–10). Od roku 1924 provozoval ambulanci na adrese Palackého 3 (naproti Pöttingeu, tj. Ústavu pro výchovu dívek hraběte Pöttinga) a pracovně činný zůstal až do své smrti (11) (obr. 4). Dlouhá léta byl jediným českým odborným lékařem v Olomouci, neboť primář a později přednosta ORL oddělení, respektive kliniky Zemské nemocnice v Olomouci prof. MUDr. František Lédl začal v Olomouci ordinovat až na podzim 1925 (12). Od té doby zde působily paralelně dvě soukromé ordinace (obr. 5).

MUDr. Pospíšil byl činný i publikačně. Do *Časopisu lékařů českých* přispěl v roce 1912 článkem o využití secacorninu při krvácení z nosu (obr. 6) a v roce 1914 prací o léčbě chronických otitid Noviformem (4, 5, 13, 14).

Byl členem Československé otolaryngologické společnosti, pravděpodobně i členem zakládajícího komitétu této společnosti. Ve zprávě o činnosti společnosti z roku 1923 figuruje jako jeden ze 40 otorinolaryngologů v Československu a jeden z 8 moravských odborníků v tomto oboru (obr. 7) (15).

MUDr. Vavřinec Pospíšil,
emcer. asistent české ušní kliniky profesora Dra. Kutvirta v Praze,

začne ordinovati po svátcích velkonočních ve středu dne 15. dubna jako odborný lékař nemocí
uší, nosních a krčních

v Olomouci v domě Kino-Edison

od 9.—11. hodin dopoledne a od
2.—4. hodin odpoledne.

Obr. 2 Oznám o zahájení praxe v Olomouci v budově Kino-Edison



Obr. 3 Bývalé Kino Edison – místo, kde dr. Pospíšil ordinoval

Odborný lékař nemocí uší, nosních a krčních
MUDr. Vavřinec Pospíšil,
bývalý asistent české ušní kliniky prof. Kutvirta
v Praze. — Ordinuje od 10.—14. hod.
v Olomouci, Palackého č. 3 (naproti Pöttingeu).

Obr. 4 Oznám o zahájení praxe v Olomouci na Palackého ulici

Doktor Pospíšil zemřel dne 3. ledna 1930 v Olomouci ve věku 63 let na kachexii způsobenou karcinomem močového měchýře (16, 17). Pohřeb se konal dne 6. ledna v 15 hodin (obr. 8) a jeho tělesné ostatky byly převezeny do pardubického krematoria (4, 16). Je pohřben v rodinné hrobce v Dubu nad Moravou (obr. 9), která se nachází na hřbitově u monumentálního poutního kostela Očišťování Panny Marie.

Vavřinec Pospíšil nebyl ženatý a neměl ani děti, jak vyplývá z jeho parte i ze záznamu z knihy zemřelých (16, 17). Pozůstalí na něj vzpomínali jako na šlechetného muže, který vykonal spoustu dobrých skutků (16). Ve své závěti odkázal větší peněžní částky národním a jiným účelům – například Tělocvičné jednotě Sokol v Olomouci odkázal 12 000 Kč, což v té době byl poměrně velký obnos (18).

Čeští odborní lékaři v Olomouci

Pro nemoci ženské a porodnictví:
Dr. Reini Felix, Masaryk. n. 17, ord. 9—12, 14—16, v neděli 8—10. Telefon 926.

Pro nemoci kožní, pohlavní a kosmetiku:
Dr. Burián Václav, Komenského 22, ord. 13—16, v neděli 9—11.
Dr. Houdková-Bekárková Marie, Anglická 4, ord. 9—13, jen ve všední dny.
Doc. Dr. prim. Odstrčil Jaroslav, Englova 5, ord. 11—13, 15—16.

Pro nemoci ušní, krční a nosní:
Prim. Dr. Lédl František, Masarykovo nám. 5, ord. 10½—12, 14—15.
Dr. Pospíšil Vavřinec, Palackého 3, ord. 11—13.

Pro nemoci oční:
Dr. Koldovský Květoslav, Palackého tř. 2, Ord. od 12—16. Telefon 871.

Pro nemoci vnitřní a roentgenologii:
MUDr. Šrámek J., Úřední čtvrt. Úřednická ul. č. 3, Ord. 9—13.

Pro tuberkulosu a nemoci plicní:
Dr. Michálek František, Palackého n. 2, (budova okresní nemocenské pojišťovny) ord. 13½—15 hod. Tel. 1015.
Dr. Bordovská-Micháliková Vlasta, Palackého nám. 2, (budova okresní nemocenské pojišťovny), ord. 10—11½. Tel. 1015.

Pro nemoci dětské:
Dr. Divišová Marie, Masarykovo 23, 9—11, 13—14, jen ve všední dny.

Obr. 5 Čeští odborní lékaři v Olomouci v roce 1929

Z čes. kliniky pro nemoci uší, nosní a hltanové.
Na paměť dvacitiletého vedení kliniky prof. dra Kaufmanna.

Dr. VAVŘINEC POSPÍŠIL,
volont. assist. kliniky:

Jak se osvědčuje secacornin při krvácení z nosu?

Obr. 6 Hlavička článku dr. Pospíšila z Časopisu lékařů českých z roku 1912

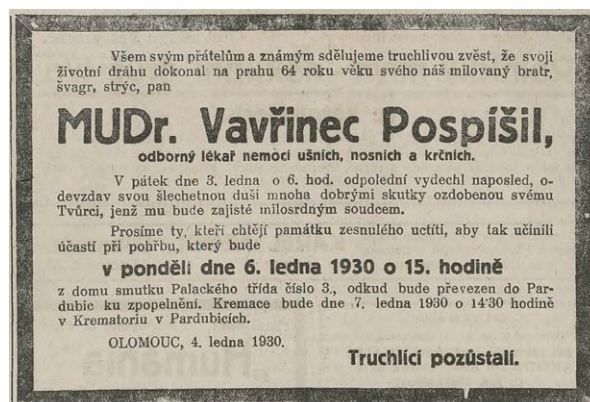
ČLENOVÉ VÝBORU ČS. OTOLARYNGOLOGICKÉ SPOLEČNOSTI.

Prof. Dr. O. Kutvirt, předseda.
 Prof. Dr. J. Císler, místopředseda.
 Doc. Dr. A. Přecechtěl, jednatel.
 Prof. Dr. K. Výmola, pokladník.
 Dr. Fr. Dohnal, zapisovatel.
 Dr. Vojtěch Zika, zapisovatel.
 Prof. Dr. F. Ninger.
 Náhradníci: Doc. Dr. K. Greif, Dr. Fr. Klučina.
 Revisori účtů: Doc. B. Dědek, Dr. F. Navrátil.

SEZNAM ČLENŮ ČS. OTOLARYNGOLOGICKÉ SPOLEČNOSTI.

- | | |
|---------------------------------|-----------------|
| 1. Prof. Dr. Kutvirt Otakar, | Praha. |
| 2. Prof. Dr. Výmola Karel, | Praha. |
| 3. Prof. Dr. Císler Josef, | Praha. |
| 4. Prof. Dr. Ninger František, | Brno. |
| 5. Doc. Dr. Přecechtěl Antonín, | Praha. |
| 6. Doc. Dr. Dědek Bohumil, | Praha. |
| 7. Dr. Javůrek Jaromír, | Praha-Lužáčov. |
| 8. Dr. Navrátil František, | Mor. Ostrava. |
| 9. Dr. Tesař Václav, | Praha. |
| 10. Dr. Seemann Miloslav, | Praha. |
| 11. Dr. Novák Boleslav, | Praha. |
| 12. Dr. Horníček Vít, | Praha. |
| 13. Dr. Jindra Vratislav, | Brno. |
| 13. Dr. Poljak Ladislav, | Praha-Vinohr. |
| 15. Dr. Dohnal František, | Praha-Vinohr. |
| 16. Dr. Hecht Otakar, | Plzeň. |
| 17. Dr. Valeš Václav, | Praha. |
| 18. Doc. Dr. Greif Karel, | Praha. |
| 19. Dr. Kritznér Ludvík, | Praha. |
| 20. Dr. Kurka Josef, | Brno. |
| 21. Dr. Mendl David, | Kolín. |
| 22. Dr. Zika Vojtěch, | Mladá Boleslav. |
| 23. Dr. Jureček Štěpán, | Praha. |
| 24. Dr. Frotzl Josef, | Praha. |
| 25. Doc. Dr. Wiškovský Bedřich, | Bratislava. |
| 26. Doc. Dr. Záviška Pavel, | Bratislava. |
| 27. Dr. Pospíšil Vavřinec, | Olomouc. |
| 28. Dr. Horák Jaroslav, | Praha-Vinohr. |
| 29. Dr. Lédl František, | Brno. |
| 30. Dr. Kunz Karel, | Brno. |
| 31. Dr. Řeháček Ladislav, | Praha. |
| 32. Dr. Klučina František, | Praha-Smíchov. |
| 33. Doc. Dr. Netušil František, | Praha. |
| 34. Dr. Kryže Bohumil, | Bratislava. |
| 35. Dr. Köhler Rudolf, | Praha. |
| 36. Dr. Jodasová Miloslava, | Praha. |
| 37. Dr. Soukup Emil, | Brno. |
| 38. Dr. Goldmann R., | Jihlava. |
| 39. Dr. Souláková-Skalická, | Praha. |
| 40. Dr. Kopáček V., | Praha. |

Obr. 7 Seznam členů Československé otolaryngologické společnosti v roce 1923



Obr. 8 Nekrolog MUDr. Vavřince Pospíšila



Obr. 9 Hrob MUDr. Vavřince Pospíšila

ZÁVĚR

Někdy se při bádání v historii musíme smířit s tím, že ne na všechny otázky dostaneme odpověď. Pravděpodobně se již nedozvíme, proč MUDr. Pospíšil studoval na lékaře tak dlouhou dobu a jak vypadal. Třeba se to ještě někdy zjistí a možná taky ne. Je však přínosné, že i útržkové informace o životě prvního českého otorinolaryngologa v Olomouci se povedlo alespoň částečně dohledat, a pokud je někdo v budoucnu využije v dalším bádání, bude autor článku plně uspokojen.

Literatura

1. Kalivoda I, Komínek P, Chrobok V. Historie ORL – 100 let. Tobiáš, Havlíčkův Brod, 2021.
2. Matrika doktorů české Karlo-Ferdinandovy univerzity II (1900–1908): 945.
3. Program c. k. vyššího gymnasia slovanského v Olomouci 1878: 44.
4. Ninger F. Úmrtí. Čas lék čes 1930; 8 (69): 351.
5. Navrátil M. Almanach českých lékařů. Vlastním nákladem, Praha, 1913: 244.
6. Selská stráž 1914; 14: 7.
7. Přerovský obzor 1914; 15: 6.
8. Zpravodaj – orgán okresní jednoty živnostenských společenství v Prostějově, hájící zájmy živnostnictva a středních vrstev vůbec 1914; 25: 7.

9. *Selské listy* 1914; 33: 4.
10. *Stráž na Hané* 1914; 12: 9.
11. *Československý deník* 1924; 222: 5.
12. *Československý deník* 1929; 77: 9.
13. **Pospíšil V.** Jak se osvědčuje secacornin při krvácení z nosu? *Čas lék čes* 1912; 34 (51): 1052–1057.
14. **Pospíšil V.** Léčení chronických otitid Noviformem. *Čas lék čes* 1914; 23 (53): 723–728.
15. Zpráva o druhém výročním sjezdu Československé společnosti otorinolaryngologické ze dne 19. a 20. května 1923. *Ed. Grégr a syn*, Praha, 1923.
16. *Československý deník* 1930; 4: 7.
17. Kniha zemřelých pro probošt. farní úřad sv. Mořice v Olomouci za rok 1930. *Sbírka matrik Severomoravského kraje*, ZA v Opavě, inv. č. 12981, sign. O III 58: 77.
18. *Pozor* 1930; 172: 3.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

MUDr. Ivan Kalivoda, MBA

Oddělení otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku
Nemocnice AGEL Nový Jičín, a. s.
Purkyňova 2138/16, 741 01 Nový Jičín
e-mail: ivan.kalivoda@nnj.agel.cz

Zemřel profesor Jan Petrášek, dlouholetý redaktor ČLČ

Ve věku 96 let zemřel 12. února 2026 prof. MUDr. Jan Petrášek, DrSc., emeritní profesor 1. LF UK a po dobu téměř 20 let vedoucí redaktor Časopisu lékařů českých.

Dlouhý profesní život profesora Petráška jsme podrobně popsali u příležitosti jeho životních výročí (1, 2) a referovali jsme i o jeho pamětech (3). Proto jen ve stručnosti připomínáme:

Narodil se 8. září 1929 ve Vrátně u Českých Budějovic, ale jeho srdce celý život patřilo Třeboni, kam se do pozdního věku rád vracel. Po absolvování Lékařské fakulty UK v roce 1953 nastoupil do nemocnice v Českém Krumlově. V roce 1956 uspěl v konkurzu na místo sekundárního lékaře Charvátovy kliniky Všeobecné nemocnice (tehdy Fakultní nemocnice II). „Třetí interně“ zůstal věrný téměř 70 (!) let a zapsal se do její historie především jako propagátor kardiologické péče o kriticky nemocné, ale také jako průkopník echokardiografické diagnostiky. Především díky jeho úsilí vznikla na klinice v roce 1970 jedna z prvních jednotek intenzivní péče v tehdejší Československu. Je jeho nespornou zásluhou, že 3. interní klinika získala nezpochybnitelnou pozici vedle endokrinologie a metabolismu také v kardiologii, zejména té neinvazivní.

V roce 1983 převzal po zesnulém docentu Oto Riedlovi *Časopis lékařů českých* a jako vedoucí redaktor ho řídil více než 18 let – a to při plném zatížení nejen pedagogickém, ale i jako zástupce přednosty kliniky profesora Vladimíra Pacovského. V té době to znamenalo bez jakékoli výpočetní techniky zredigovat a k tisku připravit každý týden číslo o zhruba 30 stranách – dnes jen těžko představitelné...



Kromě svých vlastních publikačních aktivit (autorství 3 monografií, 30 knižních kapitol, skript a více než stovky časopiseckých prací) byl neúnavným recenzentem – jeho poslední příspěvek jsme uveřejnili ještě začátkem minulého roku.

I když se zdraví pana profesora postupně horšilo a jeho stav vyžadoval opakované hospitalizace, ještě v průběhu loňského roku na kliniku občas přišel. Ze zkušenosti ve vlastní rodině vím, jak lidé, kteří se dožijí takto vysokého věku, trpí generační osamělostí – žádný jejich vrstevník tu už není a když k tomu ještě přijdou i o většinu rodiny...

S profesorem Petráškem odchází poslední z generace významných klinických odborníků, kteří vyrostli na Charvátově interní klinice, jako byli profesori Jaroslav Páv, Josef Šobra a další.

Literatura

1. Svačina Š, Sucharda P. Prof. MUDr. Jan Petrášek, DrSc., osmdesátníkem. *Čas lék čes* 2009; 148 (8): 351–352.
2. Svačina Š, Sucharda P. Prof. MUDr. Jan Petrášek, DrSc., jubiluje. *Čas lék čes* 2014; 153 (4): 222.
3. Haškovcová H. Recenze knihy: Petrášek J. Vzpomínky aneb Honem, než to zapomenu. *Galén*, Praha, 2018. *Čas lék čes* 2019; 158 (3–4): 137.

Petr Sucharda

K nedožitým devadesátinám profesora Josefa Marka

Přídomek 3. interní kliniky 1. LF UK v Praze zní „klinika endokrinologie a metabolismu“. I když to je trochu ne-spravedlivé k dalším tradičním oblastem interny, pěstovaným na klinice řadu desetiletí (zejména k neinvazivní kardiologii, ke které patří i arteriální hypertenze; pokud osteologii a obezitologii zahrneme do metabolismu), je vlajkovou lodí kliniky klasická endokrinologie. Kromě samotného profesora Josefa Charvátka a mimořádného vědce profesora Vratislava Schreibera patřil ke kapitánům této lodí i prof. MUDr. Josef Marek, DrSc., který by se začátkem tohoto roku dožil 90 let.



Narodil se 23. ledna 1936 v Praze, ale vystudoval Lékařskou fakultu UK v Plzni. První 4 roky pracoval na interně v klatovské nemocnici a docentka Zdeňka Límanová vzpomíná, jak se s ním seznámila v Sušici (kam v roce 1962 nastoupila na umístěnkou). Protože interní lůžka v Klatovech byla v létě uzavřená, zajel si do Sušice, „aby si tam jen tak vyšetřoval, proklepával a poslouchal pacienty“.

Po ročním působení na interní klinice plzeňské fakultní nemocnice nastoupil mladý, ještě ne třicetiletý lékař jako asistent na 3. interní kliniku vedenou profesorem Josefem Charvátkem. Postupně složil dvě atestace z interny, v roce 1975 obhájil kandidátskou práci na téma „Některé klinické a laboratorní projevy akromegalie“, o 4 roky později habilitoval s tématem „Prolaktin“ a v roce 1984 obhájil doktorskou disertační práci na téma „Růstový hormon, somatomediny a prolaktin v klinice“. Svoji mimořádnou píli a neuvěřitelným entuziasmem se postupně stal nejvýznamnějším českým

klinickým endokrinologem. Profesorem však byl jmenován až v roce 1990, po změně režimu, pro který se nikdy aktivně neangažoval. V tom roce se také stal třetím přednostou 3. interní kliniky 1. LF UK a tuto funkci zastával do roku 2001.

Encyklopedické znalosti nejen endokrinologie a obrovská klinická zkušenost byly jednou obdivuhodnou stránkou osobnosti profesora Marka. Tou dominantní byla mimořádná laskavost a především obětavost, se kterou se vždy věnoval svým pacientům, ale i spolupracovníkům a podřízeným, kdykoliv měli nějaký problém, se kterým jim mohl pomoci. Plným právem byl v roce 1997 pasován na Rytíře českého lékařského stavu.

Přestože svým pacientům věnoval vždy mimořádně mnoho času, desítky let zastával přes 20 významných funkcí, včetně viceprezidenta České lékařské komory, předsedy vědecké rady Ministerstva zdravotnictví ČR, předsedy oborové rady IGA MZ ČR a mnoha dalších. Celých 12 let (2002–2014) byl předsedou České endokrinologické společnosti ČLS JEP a poté plným právem jejím předsedou čestným; byl i čestným členem Evropské endokrinologické společnosti. Publikoval přes 400 prací, mj. opakovaně mezinárodní doporučení pro léčbu akromegalie. Jeho nejznámějším dílem je „Farmakoterapie vnitřních nemocí“, jedna z vůbec nejprodávanějších medicínských učebnic, jejíž přepracované a doplněné 5. vydání již nese v názvu jeho jméno – „Markova farmakoterapie vnitřních nemocí“ (Grada, Praha, 2019).

Profesor Josef Marek učil a naučil klinickou medicínu celé generace studentů i mladých lékařů. Jen závažné zdravotní problémy ukončily jeho přes 50 let dlouhý a bohatý klinický a pedagogický život. Zemřel 22. října 2019. v medicíně s etickým zaměřením pokračuje jeho dcera Markéta, významná hematoložka.

Petr Sucharda

Vedoucí redaktor ČLČ sedmdesátníkem

27. ledna se dožil 70 let vedoucí redaktor *Časopisu lékařů českých* MUDr. Petr Sucharda, CSc.

Narodil se v Praze a po absolvování Akademického gymnázia ve Štěpánské ulici byl přijat ke studiu všeobecného lékařství na tehdejší Fakultu všeobecného lékařství UK (dnes 1. LF UK). Jako pomocná vědecká síla se na Ústavu biologie pod vedením profesora Vladimíra Křena věnoval studiu imunitního systému potkana, ale směřoval jednoznačně k interně – po promoci v roce 1981 využil nabídku profesora Vladimíra Pacovského a nastoupil jako sekundární lékař na 3. interní kliniku pražské Fakultní nemocnice II – a Charvátově klinice již zůstal věrný.

Po atestaci z interny byl nasměrován k profesoru Jiřímu Šonkovi a stal se tak jedním z mála tehdejších obezitologů. Složil atestaci z interny II. stupně a od roku 1993 je asistentem 1. LF UK, v současnosti garantem několika předmětů bakalářských studijních oborů a autorem učebních textů.

Na rozdíl od dalších kolegů z ročníku na klinice (prof. Václav Hána, prof. Jiří Widimský jr.) nepostupoval po vědecko-pedagogické dráze; po nástupu profesora Štěpána Svačiny na místo přednosty 3. interní kliniky byl jmenován primářem a tuto funkci vykonával 15 let. Ještě předtím, v lednu 1993, byl značně kuriózním způsobem zvolen předsedou Svazu českých lékařů – stavovské organizace navazující na krátkou existenci v letech 1968–69. Jako předseda členské organizace Konfederace evropských nezávislých odborů (CESI) byl jedním z jejích místopředsedů, byť šlo hlavně o výraz porevoluční sympatie evropských kolegů k politicky nezávislému sdružení českých lékařů. Spolu s dalšími lékařskými organizacemi včetně ČLČ spoluzaložil Jednotu českých lékařů, která však měla jepiči život. Funkce se vzdal na podzim 1995, kdy se většina tehdejšího vedení svazu přiklonila k radikálním názorům Davida Ratha.

Kromě členství v Akademickém senátu fakulty a univerzity (funkci předsedy Hlavní volební komise Akademického senátu UK zastával řadu let) se k veřejnému působení vrátil až v roce 2019, kdy byl přijat na místo ředitele odboru zdravotní péče Ministerstva zdravotnictví ČR. Pracoval také jako vedoucí odboru smluvních vztahů ve Všeobecné fakultní nemocnici.

Na klinice se od začátku 90. let věnoval ultrasonografickému vyšetřování, díky kterému obhájil kandidátskou disertační práci na téma „Analýza textury ultrasonografických obrazů“ (2001). Jeho hlavním odborným zaměřením však zůstala obezitologie, zejména 40 let práce v obezitologické ambulanci 3. interní kliniky. Od vzniku České obezitologické společnosti ČLS JEP je členem jejího výboru, od roku 2002 vykonává s malou přestávkou funkci jejího vědeckého sekretáře. Je také členem Českého institutu metabolického syndromu, o. p. s. Většina článků, které publikoval v českých odborných periodících, je zaměřena na propagaci nových poznatků a směřů v obezitologii, stejně tak jeho přednášky na českých konferencích a kongresech.



Za své učitele s velkým „U“ považuje kromě profesorů Vladimíra Křena a Vladimíra Pacovského především porevolučního přednostu 3. interní kliniky profesora Josefa Marka, k němuž měl i lidsky blízko a kterého (úspěšně) navrhl na Rytíře českého lékařského stavu (1997).

Pověření vedením nejstaršího českého lékařského časopisu před 10 lety pro něj sice bylo novou pracovní oblastí, ale jak sám říká, s redaktorskými geny (otec byl ředitelem nakladatelství a maminka se věnovala vědeckým informacím ve zdravotnictví), sklonem k perfekcionismu a láskou k češtině na to i trochu myslel. Jako editor se podílel na monografii „Propedeutika klinické medicíny“ (Marek J, Kalvach Z, Sucharda

P a kol., Triton, Praha, 2002), s profesorem Pacovským vydal pro nejširší veřejnost „Jazykozpyt medicíny“ s podtitulem „Knížka o medicínské terminologii nejen pro zdravotníky“ (Galén, Praha, 2008).

Jako (vedoucí) redaktor ČLČ usiluje o co nejširší spektrum publikovaných textů, kterým rád pomáhá k jazykové i formální dokonalosti. Časopis má sice zdaleka nejširší potenciální okruh čtenářů, ale je závislý na ochotě a nezděděné nadšenosti autorů. K těm patří – a to je mezi českými lékařskými časopisy unikum – také profesionální i amatérští historici medicíny. Naplnit 8 čísel ročně není jednoduché, ale jak sám opakuje, „doc. Eiselt a dr. Podlipský to na začátku 60. let 19. století měli mnohem těžší“.

Znám Petra Suchardu více než čtyřicet let, proto bych nechtěl, aby zůstalo jen u čistě faktografického *curriculum vitae*, a snad mohu dát alespoň trochu nahlédnout do jeho soukromí. Nevím, že by ve svém volnu věnoval většinu času nějakému zásadnímu koníčku. 25 let je „vesničanem“, takže se nevyhne práci na zahradě, měl několik psů, z nichž hovář Andy z Kytínského ráje byl před lety způsobným účastníkem několika vědeckých kongresů. Mimo medicínu ho zajímají i další obory jako historie, paleontologie či etologie, můžete ho potkat na koncertech klasické hudby. Jako čtenář je příznivcem Haruki Murakamiho a Simona Mawera, od něj si už bohužel další knihy nepřičte. V současnosti ho nejvíce těší cestování, ale žádná exotika – s chotí Andreou si oblíbili nepříliš vzdálené Rakousko, kde je jejich ideálem kombinace jezera, ve kterém se dá i v září plavat, a okolních hor, po kterých rádi chodí.

Ti, co znají obezitologa Petra Suchardu osobně, vědí, že i díky příznivým genům je celý život stíhlý, žije zdravě, z hlediska preventivní medicíny téměř ukázkově – a to se ani neživí kořínky, ani netráví hodiny v posilovně. Takže v jeho případě snad není přání mnoha dlouhých, úspěšných a plných let jak v soukromém, tak i v pracovním životě jen společenskou zdvořilostí.

Petrě, opravdu vše nejlepší!

Richard Česka

Den seniorů ČLS JEP

V úterý 13. ledna se nejen v Praze tvořila silná ledovka, což bohužel poněkud omezilo účast na každoročním setkání dlouholetých členů České lékařské společnosti JEP, pořádaném jako obvykle v přednáškovém sále Lékařského domu v Sokolské ulici v Praze 2.

Pozvání k přednášce přijala PhDr. Helena Kokešová, Ph.D., z oddělení osobních a historických fondů Masarykova ústavu a Archivu AV ČR, která za téma zvolila „Eduard Albert a Albertov“. Život a dílo tohoto velkého Čecha ve Vídni přibližuje

jeme laskavostí paní doktorky v samostatném článku v tomto čísle. Do následné diskuse se mimo jiné zapojili přítomní významní chirurgové profesori Pavel Pafko a Eduard Zvěřina.

V další části vystoupila vynikající šansoniérka Marta Balejová v doprovodu klavíristy Radima Linharta. Kromě francouzštiny zazněla i čeština, když uvedla několik slavných písní Edith Piaf ve vlastním přebásnění a právem sklídila velký úspěch.

Petr Sucharda



PŘEDNÁŠKOVÉ VEČERY SPOLKU ČESKÝCH LÉKAŘŮ V PRAZE (DUBEN – ČERVEN 2026)

Spolek českých lékařů v Praze pořádá pravidelné přednáškové večery s diskusí. Začátek je vždy v 17.00 hodin v Lékařském domě, Sokolská 31, Praha 2.

TRAPLŮV VEČER ÚSTAVU PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ

13. dubna 2026

Ústav pro péči o matku a dítě a mezinárodní spolupráce

- Drahoňovský J. Předoperační aplikace Enzianovy klasifikace u endometriózy
- Krofta L, Hašlík L. Plánovaný porod v termínu na základě posouzení růstu plodu s cerebroplacentárním poměrem nebo bez něj u těhotenství s nízkým rizikem (studie RATIO37)
- Krofta L. Perinatální a dvouleté neurovývojové výsledky u pozdní formy fetální restrikce: protokol randomizované studie TRUFFLE 2
- Krofta L, Straňák Z. Fetální chirurgie u středně těžké formy levostranné diafragmatické hernie
- Širc J, Korček P. Měření regionální cerebrální oxygenace u extrémně nezralých novorozenců
- Straňák Z. Randomizovaná studie léčby hypotenze u nedonošených novorozenců

SMETANŮV VEČER KLINIKY DĚTSKÉ A DOSPĚLÉ ORTOPEDIE A TRAUMATOLOGIE 2. LF UK A FNMH

20. dubna 2026

Nejčastější vady dětského a adolescentního věku

- Berounský K. *Pes equinovarus*, možnosti konzervativní terapie pomocí Ponsetiho metody
- Běsálková K. Dětská plochá noha
- Krejčí D. *Hallux vagus juvenilis* a jeho léčba
- Potfajová E. Neurogenní vady nohy a přednoží, strategie léčby
- Hofman J. Vrozená dysplazie kyčelní
- Poch V. Vrozené kyčelní vady
- Havlík J. Avaskulární nekrózy v dětské ortopedii

PŘEDNÁŠKOVÝ VEČER INTERNÍ KLINIKY 2. LF UK A FNMH

27. dubna 2026

Technologie v diabetologii; jaterní selhání

- Brož J, Michalec J. Technologie v diabetologii nejen v ambulantní péči
- Krollová P. Hybridní uzavřený okruh může pomoci všem – kazuistika I
- Malá Š. Hybridní uzavřený okruh může pomoci všem – kazuistika II
- Hoffmanová I. Máme zanevít na jaterní biopsii?
- Duong A. T. Fulminantní jaterní selhání – kazuistika I
- Stieranková N. Fulminantní jaterní selhání – kazuistika II

STÁRKŮV VEČER ENDOKRINOLOGICKÉHO ÚSTAVU

4. května 2026

- Zajíčková K. Fibrózní dysplazie/McCuneův-Albrightův syndrom diagnostikovaný v dospělosti
- Svojková M. Jak interpretovat vysoké hladiny testosteronu u mužů?
- Randák D. Interference v laboratorní diagnostice endokrinních onemocnění
- Dvořáková M. Příběh začal kaménky...

POLÁKŮV VEČER CHIRURGICKÉ KLINIKY 3. LF UK A FNKV

11. května 2026

Komplexní multioborová péče v léčbě obezity

- Brunerová L. Konzervativní léčba obezity
- Urbanová W. Registr bariatrické/metabolické chirurgie ve FNKV
- Trtílek J. Psychologické aspekty bariatrické chirurgie
- Nesnídalová A. Nutriční příprava pacientů k bariatrickému výkonu
- Kormanová Doležalová K. Chirurgická léčba obezity
- Puťoš M. Synchronní resekce jater a bariatrická chirurgie

PRUSÍKŮV VEČER IV. INTERNÍ KLINIKY 1. LF UK A VFN

18. května 2026

Novinky v oboru

- Šmíd V. Jaterní choroby v roce 2026
- Novotný A. Novinky v léčbě idiopatických střevních zánětů
- Hrabák P. Aktuální možnosti invazivní endosonografie
- Novák F. Novinky v nutriční péči

KABRHELŮV VEČER ÚSTAVU HYGIENY A EPIDEMIOLOGIE 1. LF UK A VFN

25. května 2026

- Horňáková A. Budoucnost hygieny a epidemiologie: role v měnící se společnosti
- Tuček M. Pracovnílékařské služby aktuálně
- Králíková E. Screeningové programy a léčba závislosti na tabáku
- Smejkal P. Antimikrobiální rezistence
- Smejkal P. Očkování v éře postfaktické

PLACÁKŮV VEČER INTERNÍ KLINIKY 1. LF UK A ÚVN

1. června 2026

Výzkumné projekty Interní kliniky

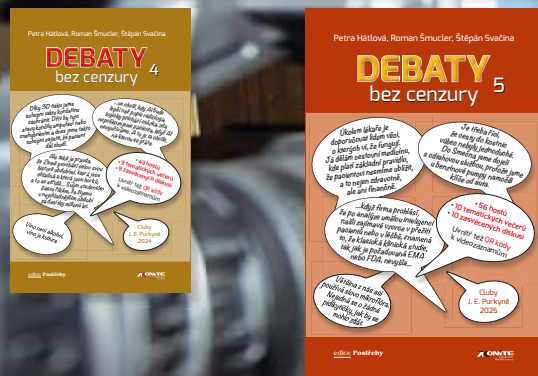
- Němečková E. FAI: Když CT odhalí více, než bychom chtěli vědět
- Křivohlavý T. Síticová oxymetrie a echokardiografie: průnik metod v odhadu srdečního výdeje
- Koula M. Imunitní checkpoint inhibitory v kontextu autoimunitních chorob jater
- Paleček J. RedNASH – empagliflozin a jeho vliv na histologii u steatohepatitidy
- Bronec M. Anti-VEGF a VEGFR jako rizikové faktory klinicky afunkčních pituitárních neuroendokrinních tumorů

Vzdělávací akce jsou pořádány dle stavovského předpisu ČLK č. 16 a jsou hodnoceny 2 kredity.

Přednášky jsou zařazeny jako volitelný předmět pro studenty 1. LF UK v Praze.

Vstup na akci je možný bez předchozího přihlášení.

EDICE, KTEROU MUSÍTE MÍT



AXONITE
nakladatelství
lékařské literatury

Oblíbená řada knih **Debaty bez cenzury** dostala již **5. pokračování**. Stejně jako předcházející čtyři, je i ona z prostředí **Clubu J. E. Purkyně**, které moderují prezident České stomatologické komory doc. Roman Šmucler a předseda České lékařské společnosti J. E. Purkyně prof. Štěpán Svačina. Tyto Cluby se staly fenoménem zahrnujícím všemožná témata – vždy však uchopená a oddiskutovaná odborníky z daných oblastí. Všechny knihy dohromady přináší **52 inspirativních setkání a debat na Clubech J. E. Purkyně**. **Nechybějí ani QR kódy, které čtenáři umožní okamžité přesměrování na videozáznam z těchto debat.**

- Jak učit medicínu a vychovávat lékaře v 21. století
- Nemoci minulého tisíciletí
- Filmy o přírodě a historie Ekofilmu
- Rodičovství v medicíně
- Národní identita a spor o smysl českých dějin
- Československé pohraničí v předvečer druhé světové války – vnější perspektiva
- Dárcovství krve, tkání a buněk – psychosociální, etické a právní otázky
- Zvítězí buňky nad umělou inteligencí?
- Probiotika ano, či ne?
- První rok po promoci...

Toto vše jsou témata již 5. knihy řady Debaty bez cenzury.



Objednávejte na e-shopu **www.axonite.cz**

DOPORUČUJEME



KNIHA O MODERNÍCH LÉČÍCH NEJEN NA OBEZITU A DIABETES

Kupte si knihu zaměřenou na inkretinové léky, které patří mezi nejúčinnější přípravky na léčbu diabetu a nyní získávají stále větší popularitu i při léčbě obezity. Nejúspěšnějšími přípravky této skupiny jsou v současnosti Ozempic, resp. Wegovy (semaglutid) a Mounjaro (tirzepatid). Obě molekuly dosahují při léčbě obezity naprosto neuvěřitelných výsledků. Kniha z pera známého českého diabetologa a obezitologa prof. MUDr. Štěpána Svačiny, DrSc., jde však ještě dále a seznamuje nás i s dalšími benefity, které tyto léky přinášejí – jsou u nich zaznamenány také přínosy v oblasti zlepšení kardiovaskulárního zdraví, zlepšení funkce ledvin, snížení projevů lupénky, snížení až vymizení chrápání (spánková apnoe), zlepšení Parkinsonovy a Alzheimerovy choroby, přínosy u osteoporózy, u různých infekčních a zánětlivých onemocnění atd.

Kniha všechny tyto skutečnosti dokumentuje i formou přehledných tabulek a grafů. Velmi zajímavé jsou rovněž informace, kam směřuje další vývoj této lékové skupiny, jaké další molekuly se připravují a co od nich můžeme v budoucnu očekávat.

Kniha je určena všem lékařům, kteří mají pacienty s diabetem anebo chtějí pomoci svým obézním pacientům efektivně zhubnout a zároveň jim přinést benefity i v dalších oblastech jejich zdraví.

Knihu objednávejte zde

<https://www.axonite.cz/Inkretinova-lecba-historie-soucasnost-a-perspektivy-d243.htm>



NABÍDKA ČASOPISŮ

ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI J. E. PURKYNĚ



NAKLADATELSKÉ A TISKOVÉ ODDĚLENÍ ČLS JEP
SOKOLSKÁ 31, 120 00 PRAHA 2
tel.: 296 181 805, e-mail: nto@cls.cz
www.cls.cz

