proLékaře.cz | 20.11.2026

BCP-ALL. Děti v S1 skupině byly léčeny pouze chemoterapií, pacienti středního rizika byli indikováni k HCT dle výše minimální residuální nemoci po skončení indukce a pacienti vysokého rizika byli k HCT indikováni všichni. Izolovaný dřeňový relaps prodělalo 61 dětí, kombinovaný dřeňový relaps 11 pacientů, izolovaný extramedulární relaps 16 (testikulární 7, CNS 9). Remisi dosáhlo 92% (81) pacientů souboru, k HCT v druhé remisi bylo indikováno 54 dětí a 51 ji podstoupilo (2 prodělaly druhý relaps před HCT a zemřely a 1 rodiče odmítli transplantaci). Osm dětí (15%) zemřelo na potransplantační komplikace a 9 prodělalo relaps. 5letý EFS/OS transplantovaných je 66,7±6,6%/69,7±6,6%. Dvacet osm dětí bylo indikováno pouze k chemoterapii, žádné nezemřelo v remisi, 11 prodělalo druhý relaps. Jejich EFS/OS je 59,4±9,5%/81,5±7,5%. Deset dětí podstoupilo HCT v třetí remisi, 2 zemřely na potransplantační komplikace, 4 prodělaly relaps. Celkem žije 59 dětí (67%) souboru (v CR2: 48, CR3: 6, CR4: 1, floridní relaps: 1). Tři děti žijí po léčbě sekundární malignity. S mediánem sledování 8,3 r (1,5 - 13,5r) je 8 letý EFS/OS celé skupiny 88 dětí 57,0±5,4%/66,1±5,2%. Analýza výsledků podle stupně rizika relapsu: relaps nízkého rizika (testikulární: 3, CNS: 1) prodělaly čtyři děti (5% souboru) a všechny žijí. Z 56 dětí středního rizika (63% souboru) dosáhly všechny druhou remisi, 33 z nich (59%) bylo indikováno k HCT v 2. remisi a 32 ji podstoupilo, EFS/OS této skupiny je 66,2±6,5/81,0±5,4%. Z 28 dětí vysokého rizika (32% souboru) dosáhlo druhou remisi 75% (21) pacientů, 19 podstoupilo HCT v 2. remisi a EFS/OS této skupiny je 32,1±8,8/31,0±8,9%. Závěr: Výsledky léčby relapsu ALL v České republice jsou lepší než publikované výsledky většiny předních leukemických pracovních skupin. Jsou důsledkem volby optimálního léčebného protokolu, velmi dobré spolupráce leukemických center, časného hledání dárce k transplantaci ihned po diagnóze relapsu, optimálního časování HCT. Pro děti s relapsem vysokého rizika je nutné hledat nové léčebné postupy.

PSYCHOLOGIE

2874. UMĚNÍ KOMUNIKOVAT - ÚŽASNÝ LÉČEBNÝ NÁSTROJ

Kalvodová L., Škrobánková A. ***(Psychoonkologická sekce ČOS ČLS JEP, Brno; Hematoonkologická klinika, FN, Olomouc)***

Budoucí pacient onkologické kliniky přichází domů po komplexním vyšetření a všichni jemu blízcí se ptají: „ Tak co, jak to dopadlo, CO TI ŘÍKAL PAN DOKTOR?“ A zmatený budoucí pacient nedokáže odpovědět, nevzpomíná si na lékařova slova, bylo jich tolik, mnohá zněla cize, v paměti si podržel jedinou ucelenou informaci, ŽE MÁ RAKOVINU.

Rozmluva pacienta s jeho lékařem je v každém okamžiku léčby téměř stejně důležitá jako postupy a léky samotné. A přece umění vést dialog s pacientem může často být pro lékaře nepříjemná, zrádná a čas beroucí disciplína. Pokud nemá v sobě dar řeči, škola jej na ni nepřipravila, zvládá rozhovor jak nejlépe umí/neumí.

Psychologům se to dobře mluví, jazyk a řeč je jejich léčebný nástroj, umí s ním zacházet, poznají, jak v každé chvíli užít nejen slova, ale také mimoslovní techniky. Poznají, kdy s pacientem mlčet, kdy informaci opakovat, kde zvýšit hlas, kdy nabídnout odpočínek s douškem vody. Oni se to také museli naučit, i když dokážou odhadnout, jakou mají před sebou osobnost pacienta a v jakém psychickém rozpoložení se nachází.

Chceme posluchačům kombinací obecného poznatku a konkrétního příběhu ukázat, jak psycholog řeší slovem každou možnou situaci, ve které se pacient octne v léčbě i po ní.

Užijeme šablonu, kterou jistě všichni zdravotníci znají, která je všeplatná pro chování a prožívání všech lidí, kteří se dostanou do těžké, krizové, život ohrožující situace.

E. Kubler – Ross postulovala zákonité lidské psychické reakce na závažnou zprávu, událost.

ŠOK

Jak se chovat k člověku, který si právě vyslechl šokující informaci. Co vidíme? Obrannou pozici těla schoulením do fetální polohy a ztuhnutí v ní, nechápavá mimika, odvracení zraku, zrychlené dýchání, pocení, zoufalá snaha porozumět informaci, kterou dostává.

PŘÍBĚH p.Věry, která téměř ze dne na den začala „bojovat“ o život - „ ... všechno začalo začátkem března, kdy jsem vyrazila se svými dětmi na kolečkových bruslích na výlet. Při cestě domů jsem se střetla s pejskem ... byla z toho zlomená ruka. Rána se nehojila, postupně se můj zdravotní stav zhoršoval ...“

POPŘENÍ – ODMÍTÁNÍ

Po odeznění šoku nastupuje otázka PROČ JÁ? CO JSEM UDĚLAL/A ŠPATNĚ? a vzápětí popření TO NEJSOU MÉ VÝSLEDKY, SPLETLI JSTE SE, ODCHÁZÍM OVĚŘIT SI INFORMACI K TĚM, KTERÝM VĚŘÍM. Je to většinou

proLékaře.cz | 20.11.2026

bojový postoj s užitím jasných neverbálních prostředků odmítání, narovnání těla, klopení zraku, odvracení se, hlasitá jasná řeč, opakování negativních argumentů proti informaci.

PŘÍBĚH p.Marie, která musela ujít dlouhou cestu, aby dokázala nazývat věci pravým jménem – „ ... mám nějaké problémy s krví, ale nemyslím si, že je to rakovina. Tím, že mi vyšetřují krev, musím být tady, ale nic to nebude a zase půjdu domů ...“

AGRESE

Tak přece je to pravda, mám rakovinu. A znovu zpočátku sebeobviňování, co bylo v životě pacienta špatně, že dostal nemoc se velmi brzy překlopí v zlostnou, až nenávistnou reakci jak verbální, tak nonverbální. Psychickým zpracováním pravdy o nemoci je lítost nad zradou svého těla a samotnou neschopností s tím něco sám aktivně udělat. Smutek se tu překlápí do razantního odmítání všech zdravých lidí ve svém okolí – blízkých – NECHOĎTE ZA MNOU A NIC MI NENOSTE, sester – CO MI TO DĚLÁTE? NIC NECHCI, svého těla – NEBUDU NIC JÍST NEMÁM HLAD, DEJTE MI POKOJ. Nemluví nebo když mluví, tak nadává, kritizuje, je nenávistný a je připraven k boji se všemi.

PŘÍBĚH p.Marka, který s úsměvem dokázal ublížit a nějakou dobu trvalo, než si přiznal proč - „ ... vždyť to sama vidíte! To fakt nemá cenu! ...“

SMLOUVÁNÍ

Pacient vyčerpaný předešlými agresivními výpady se ve svém psychickém nastavení mění v pokorného prosebníka, který se obrací k veškeré moci světské i božské a prosí. O možnost dokončení svého životního poslání, o čas, ve kterém bude moci přivítat narození vnoučat, o prodloužení života za pokoru a usmíření. Prosby adresuje všem kolem sebe, často se sepjatýma rukama a s očekáváním magického dětského zázraku, dychtivě, upřímně.

PŘÍBĚH p.Líby, která zvládla rubínovou svatbu a ještě o dost víc - „ ... jsem s jedním chlapem 55 let a když nic jiného tak to s těmi chemoterapiemi do července zvládnu ...“

DEPRESE

Vysvobození nepřichází, pacientova psychika se prudce propadá do bezmoci a beznaděje, úzkost přináší intenzivní pocity blízkosti smrti, VŠE JE ZTRACENO, NENÍ MI POMOCI a v bezesných nocích v hlavě koluje emoční smyčka o pár slovech MÁM RAKOVINU, BUDU UMÍRAT V BOLESTECH, NEMÁM ŠANCI ŽÍT. Hluboká sebelítost, nekonečná frustrace, zmarnění životních přání a tužeb, obrovská, nekonečná únava. Patologický stav těžké deprese. Tento stav by měl být včasně rozpoznán a léčen.

PŘÍBĚH p.Ivana, který se znovu začal usmívat – „ ... vždycky jsem byl spíše *smutný muž*, ale až teď si s tím moc nevím rady, zvlášť když je to nejen nemoc, co mne trápí ...“

SMÍŘENÍ

Překonáním deprese se završuje celý cyklus martyrií, psychických krizí, provázejících pacienta v léčbě. Potřeba blízkých se stává nezbytností, dokáže se i zasmát se sestrami, mluví, konečně mluví o tom, že chce žít a věří, že se mu to spolu s lékaři podaří. Pohlíží na nemoc jako na nutné zlo, kterého je nutno se zbavit. Kooperuje s porozuměním.

PŘÍBĚH sl.Šárky, která měla krásné oči a v sobě obrovskou sílu - „ ... Přijde mi, že je to pro mne jednodušší než pro ostatní. Já jsem připravená, oni ne ...“

Psycholog si sice oddechne, ale stále je na stráži, protože velmi dobře ví, že křehkost pacientovy psychiky je v léčbě i dlouho po ní rozvratitelná a náchylná krizovým selháním. Psycholog svého pacienta provází nejen u lůžka, ale je mu nablízku, je mu k dispozici, kdykoliv pacient potřebuje najít rovnováhu v novém životě. Největší poctou práci psychologa je, když bývalý pacient po kontrole u onkologa jde si povídat se SVÝM psychologem.

LITERATURA

DeVito, J.A.: Základy mezilidské komunikace, Grada 2001

Tschutschke, V.: Psychoonkologie, Portál 2004

Tate,P.: Příručka komunikace pro lékaře, Grada Publishing, a.s. 2005

Kubler – Ross,E.: Otázky a odpovědi o smrti a umírání, Arita, Turnov 1993

Adam,Z., Vorlíček, J. a spol.: Obecná onkologie, LFMU 2004

2916. ROZHOVORY LÉKAŘŮ A OŠETŘUJÍCÍHO PERSONÁLU S RODINOU

Kynkorová H. (*KOC, Krajská nemocnice, Liberec*)

Rozhovory s rodinou (jak se postarat o sebe i o ně) V přednášce se snažím popsat jednoduchou strukturu rozhovoru lékařů a ošetřujícího personálu s rodinou pacienta. Zaměřím se na jednoduchá doporučení, konkrétní kroky. Pokud to lze, komunikujte s rodinou spolu s pacientem (pokud pacient vysloví souhlas o jejich informování). Vyhnete se tak většině (ne všem) „informačních šumů“, nedorozumění a případnému zamlčování mezi členy rodiny a pacientem. Plánované rozhovory (seznámení s diagnózou, seznámení s průběhem léčby, s výsledky kontroly apod.) 1. postarejte se o své vlastní pohodlí (žízeň, hlad, wc) 2. mějte po ruce kapesníky, sklenici vody 3. představení, přiví-

proLékaře.cz | 20.11.2026

tání (důležité z hlediska „usazení“, získání důvěry) Přivítejte podáním ruky (případným představením). 4. strukturování času a obsahu - sdělte, kolik zhruba na sebe máte času a co bude obsahem sdělení. 5. obsah a forma - Používejte co nejméně odborných výrazů (i ty pro Vás běžné většina pacientů nezná), mějte po ruce brožurky, nákresy, snímky apod. - Počítejte s tím, že mnoho věcí si pacient ani rodina nezapamatují (vliv emocí, stresu) - I vzhledem k tomu, že si mnoho věcí nezapamatují, hledají pak informace na internetu – dejte rodině i pacientovi tip na weby, kterým důvěřujete a informační brožury 6. práce s emocemi rodiny a pacienta: - Pláč (smutek, šok) - podejte pacientovi kapesníky, dejte najevo, že taková reakce k tomuto rozhovoru patří. Zeptejte se, zda můžete pokračovat (i když pokračovat musíte v každém případě). - Zlost – projevte pochopení, ale obraťte pozornost k tady a teď (Chápu, že máte vztek, že se nemoc Vašeho tatínka nepoznala dříve, ale jsme tady a teď proto, abych Vás informoval, co lze dělat nyní, jaké jsou možnosti) - Strnulost (šok) – pacient nebo příbuzný nereaguje nebo reaguje zpomaleně – popište, co vidíte (vidím z výrazu Vaší tváře a z Vašich reakcí, že Vás tento rozhovor asi zaskočil – jste schopen pokračovat?), pokud to lze, navrhněte další schůzku (může být i ten samý den odpoledne). 7. závěr hovoru – je dobré stručně shrnout, co jste řekli, dát prostor otázkám. Doporučte schůzku s psychologem, sociální pracovnicí apod. – s kým je potřeba, ideální je mít po ruce konkrétní kontakty a ty rodině dát do ruky (až odezní emoce, mohou využít). 8. práce s vlastními emocemi (po skončení hovoru) - Uvědomit si, co „to se mnou udělalo“ - Vyvětrání, prodýchání, napití (= zastavení se, ukončení, uzavření). - Při opakování nebo narůstání intenzity nepříjemných pocitů to řešit (např. na balintovské skupině) – prevence vyhoření Neplánované rozhovory - Pokusit se dodržet výše uvedené hlavní body - Když nemůžete zrovna mluvit, asertivně odmítněte a navrhněte hodinu, kdy má zatelefonovat nebo přijít (mám tu pacienta, zavolejte po 13 hodině). - Řadu živelných a neplánovaných hovorů lze omezit plánovanými rozhovory

2922. PSYCHOLOG V TÝMU

Lhotová P., Jirsová K., Garnolová P.
(Nemocnice Na Pleši, Nová Ves pod Pleší)

V péči o onkologicky (i jinak nemocné) pacienty se dlouhodobě hovoří o pozitivním vlivu tzv. celostního přístupu, tj. rozšíření medicínské péče o psychologické a sociální faktory. Prospěšnosti tohoto přístupu bylo již věnováno mnoho výzkumů, přednášek a odborných publikací. Většina z nich se zaměřuje na monitorování potřeb pacienta a možností, jak tyto potřeby uspokojit. Jen málo statí se však zabývá tím, jak přístup realizovat v praxi. Na našem mateřském pracovišti, Nemocnici Na Pleši, se o to snažíme již několik let. K diskuzi v této oblasti bychom tak rádi přispěli představením našeho modelu spolupráce a ukázali, co se daří a zmínili i problémy, se kterými se potýkáme.

V naší nemocnici má onkologie dlouholetou tradici, jsou zde dvě oddělení, která čítají dohromady padesát lůžek, dalších 50 pacientů týdně projde onkologickou ambulancí. Spektrum diagnóz je velmi široké, péči u nás najdou všichni pacienti se solidními nádory. Naši lékaři pracují s pacienty ve všech klinických stadiích onemocnění, léčbu provádí chemoterapií, ozařováním, symptomaticky. K takto širokému spektru pacientů nelze přistupovat pouze podle jednoho vzorce, individuální je přístup je nezbytný.

Zdravotní tým tvoří lékaři, sestry, ošetřovatelé, fyzioterapeutka, sociální pracovnice, nutriční terapeutka a psycholožka, do širšího týmu patří i duchovní a dobrovolníci. Tento široký tým pracuje podle vnitřních pravidel a zvyklostí, u jednotlivých pacientů má vždy hlavní slovo lékař, který indikuje další péči a u nějž se schází všechny informace o pacientovi. V ojedinělých případech je psychologická konzultace iniciována pacientem, jeho rodinou nebo někým dalším z týmu. I v takové chvíli však konziliu předchází schůzka psychologa s lékařem, kde si předáme informace a přidáváme mezi cíle setkání i jeho potřeby. Jednotliví členové týmu se setkávají volně dle potřeby, všichni společně pak při týdenní velké vizitě, kde se tvoří cílený plán pro každého pacienta a výsledky práce se pravidelně hodnotí. Kromě toho má velká vizita funkci i psychohygienickou a supervizní, diskuze v týmu pomáhá lépe reflektovat vnitřní pohnutky a pocity, které mají členové týmu ve vztahu k pacientovi.

Práce psychologa na oddělení je pestrá, pracuje s pacienty, poskytuje podporu rodinám, diskutuje s lékaři. Nejpodstatnější část práce na oddělení tráví psycholog s pacienty. Povaha této práce se odvíjí od mnoha činitelů (aktuální kondice, psychický stav, ochota spolupracovat). K pacientovi by však psycholog měl jít vždy se zadáním, které je rozlišeno minimálně v typu práce – krizová intervence, psychoterapeutická práce, psychodiagnostika. Zadání se může v průběhu spolupráce s pacientem měnit, rozšiřovat nebo naopak zužovat, vždy s ohledem na aktuální potřeby pacienta, resp. ošetřujícího lékaře.

Role psychologa má být odlehčující. Lékař, ev. další zdravotní personál, na něj přenese činnost týkající se psychické pohody pacienta a jeho rodiny. Už z podstaty není vztah pacienta k lékaři rovnocenný, pacient od

proLékaře.cz | 20.11.2026

něj očekává odborné vedení léčby a čerpá z jeho „autoritativní“ pozice jistotu a klid. To samo často stačí pro zvládnutí léčby, další podporu potřebují jen někteří pacienti. A právě zde je role psychologa, jehož pozice je někde mezi zdravotníkem a laikem, odborníkem a blízkou osobou. Pohybuje se na oddělení, hovoří s pacienty i příbuznými, je blízko lékařům a sestrám, ale pomáhá „pouze“ slovem. Právě psycholog tak může být osobou, se kterou je pro mnohé pacienty snazší hovořit o svých pocitech a o nemoci. Někdy je to proto právě psycholog, komu pacienti svěří i více o svých obtížích. Kromě podpůrné role pro pacienta (o té někdy jindy) se tak může dozvědět, jak pacient své nemoci rozumí, co si pamatuje z rozhovorů s lékaři, jak chápe léčebný plán, jaká má ještě tělesná trápení atd., a může tak v roli prostředníka podpořit komunikaci mezi pacientem a lékařem. Je velmi zajímavé, že tento proces funguje, i když pacient ví o blízké spolupráci lékaře s psychologem.

Aby vše výše uvedené mohlo fungovat, je třeba – aby všichni v týmu vzájemně znali své role a odborné možnosti, respektovali práci ostatních a nepřekračovali vlastní kompetence. Vše zastřešuje podpora vedení, která práci týmu fakticky umožňuje. Třešinkou na dortu je pak vzájemná souhra a důvěra, která se tvoří postupně, se společnými úspěchy i neúspěchy.

I na našem oddělení máme mnohé starosti, jako tým nás nejvíce tíží pracovní vypětí. Říkáme si, jaké by to bylo, kdybychom měli více času – na pacienty, na svou práci, na rozhovory s kolegy, na vzdělávání. Můžeme však říct, že všichni přikládají ruku ke společnému dílu, k realizaci komplexního bio-psycho-sociálního přístupu a komplexní pomoci a podpoře těch, které potkala onkologická diagnóza. Ve svém důsledku se domníváme, že práce v týmu přispívá nejen ke kvalitnější a efektivnější péči o pacienty, ale také k větší spokojenosti těch, co péči poskytují.

KONFERENCE ZDRAVOTNÍCH LABORANTŮ 1

2868. Z HISTORIE HEMATOLOGICKÝCH LABORATOŘÍ HOK OLOMOUC

Indrák K., Jarošová M. ***(HOK, FN, Olomouc)***

Abstrakt sdělení není k dispozici.

2986. HISTORIE VÝVOJE LABORATORNÍCH METOD V HEMATOLOGII V POSLEDNÍCH 30 LETECH

Slavík L., Juráňová J., Pikalová Z., Sýkorová M., Zadražilová V., Lapčíková A. ***(Hemato-onkologická klinika, FN, Olomouc)***

V posledních 30 letech došlo k bouřlivému vývoji hematologie, kdy řada metod nalezla velké využití v diagnostice mnoha chorobných stavů ať už maligních či nemaligních. Jak oblast analýzy krevních buněk, tak oblast srážení krve procházela velmi bouřlivým vývojem z důvodu rozšiřování počtu a využití tohoto vyšetření. Laboratoř cytomorfologie už před 30 lety využívala prvních poloautomatických počítačů krvinek. V našich laboratořích, které se nacházely v suterénu 1. interní kliniky, byl prvním analyzátorem Coulter S. Ten přináší zásadní zefektivnění práce v hematologické laboratoři a zkrácení času vyšetření. Následovalo mnoho dalších hematologických analyzátorů, které postupně přinášely další parametry včetně prvních modelů pro tří- a pěti-populační diferenciál leukocytů. V druhé polovině 80. let byla analýza leukocytů doplněna o fluorescenční mikroskopii jako předstupeň pro zavedení průtokové cytometrie, která je dnes nedílnou součástí diagnostiky hematologických malignit. Vývoj na poli koagulace byl neméně zajímavý. Rozvoj koagulačních metod přinesl až nástup automatizace, která odstranila v provedení vyšetření, který odstranil manuální detekci fibrinového vlákna (detekce háčkem ve vodní lázni). První poloautomatické přístroje Schnitzer und Gross přicházejí v roce 1970 a stejně jako na poli krevních obrazů přináší revoluci v dostupnosti vyšetření. Další rozvoj laboratoře přichází v 80. letech s rozvojem péče o hemofiliky, kdy byla zavedena vyšetření F VIII a F IX a zejména ruku v ruce s rozvojem diagnostiky trombofilních stavů v 90. letech minulého století. Prvním plně automatickým koagulometrem je ACL 100 s centrifugačním systémem detekce a kapacitou dosud neuvěřitelných 100 testů za hodinu. Přichází éra velkého rozvoje řady testů a nutnost statimové dostupnosti řady vyšetření, kdy na koagulační pole vstupují random access analyzátory dosud dostupné pouze pro biochemii. U nás je to přístroj ACL Futura a Advance, což jsou předchůdci dnes využívaných přístrojů ACL Top, které přinášejí plnou automazaci do koagulačních vyšetření včetně cap piercingu a preanalytických modulů.