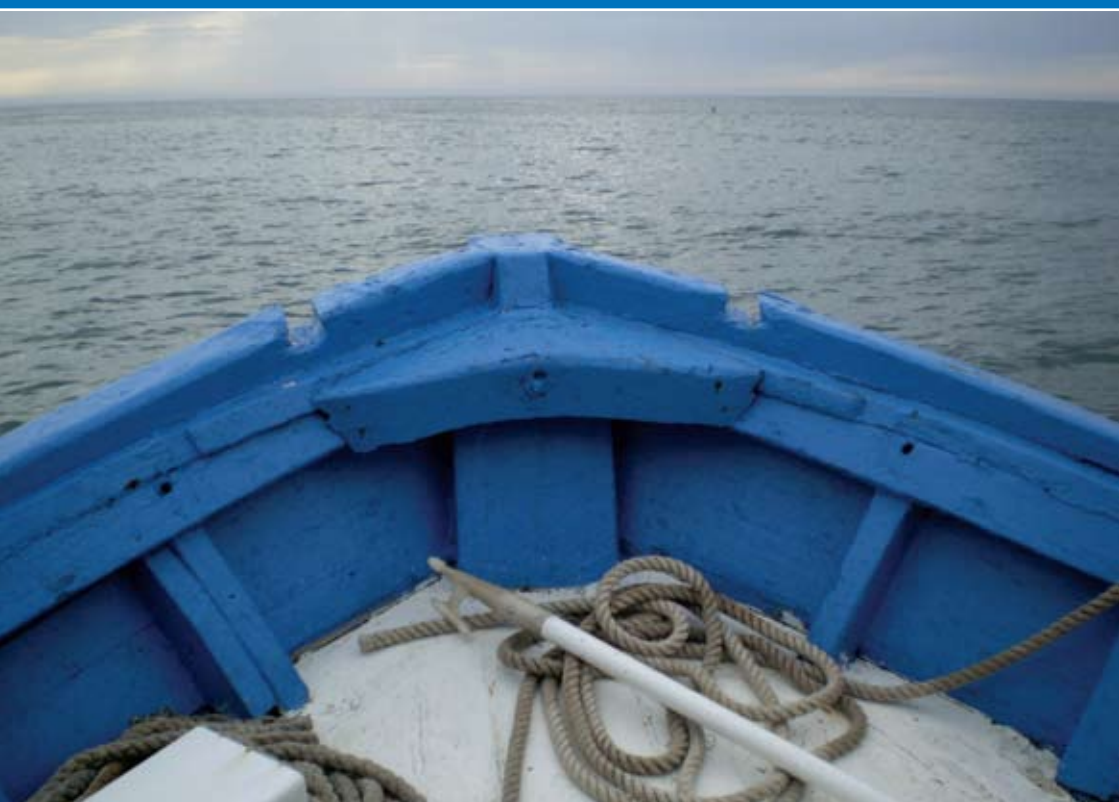


JAK DÁL PO LÉČBĚ LYMFOMU

Informační příručka pro pacienty



Kolektiv autorů, patientské sdružení Lymfom Help, 2010

JAK DÁL PO LÉČBĚ LYMFOMU

Informační příručka pro pacienty



Kolektiv autorů, patientské sdružení Lymfom Help, 2010

Vydání této příručky by nebylo možné bez podpory odborníků, kteří s naším sdružením dlouhodobě spolupracují a jejichž podpory si nesmírně vážíme.

Texty společně zpracovali:



MUDr. David Belada, PhD., II. interní klinika – oddělení klinické hematologie, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta a Fakultní nemocnice Hradec Králové



MUDr. Pavla Štěpánková, II. interní klinika – oddělení klinické hematologie, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta a Fakultní nemocnice Hradec Králové



PhDr. Mgr. Jeroným Klimeš, PhD.



JUDr. Pavel Musil

Odborná konzultace:

MUDr. Heidi Móciková, PhD., Oddělení klinické hematologie, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady



OBSAH

| | |
|---|----|
| 1. Úvod | 5 |
| 2. Dvacet dobrých rad do začátku | 6 |
| 3. Psychické záležitosti rekonvalescence | 8 |
| 4. Životní styl po léčbě (lázeňské pobyty, výživa, očkování, apod.) | 14 |
| 5. Poléčebné zdravotní komplikace | 28 |
| 6. Sociálně právní problematika | 35 |
| 7. O nás | 44 |



*„Bouře jsou příčinou toho,
že stromy zapouštějí kořeny
hlouběji.“*

George Herbert

ÚVOD

Onemocnění lymfomem se každého pacienta i jeho blízkých hluboce dotýká. Bere nám naše dosavadní jistoty a pevnou půdu pod nohama. Nám nezbyvá, než tuto životní výzvu přijmout a vytrvat. Proces uzdravování se tak může stát příležitostí k hlubokému poznání sebe sama a k nalezení dalších zdrojů síly. Překonáním nemoci můžeme získat nové sebevědomí a také tichou úctu k sobě samým.

Přežili jsme. Jsme obohaceni o novou zkušenost. Otevřely se nám nové dveře. K bolesti. K radosti. K otázkám. Ke hledání. K nalézání. K lásce. K sobě. K budoucnosti... Díky moderní léčbě se mnoho pacientů dostává do fáze remise a po ukončení léčby se před nimi otevírají nové životní obzory. Tým autorů této publikace pro vás připravil příspěvky na témata, která s návratem do běžného života bezprostředně souvisejí. Naším přáním je, abyste i po léčbě prožívali šťastný a plnohodnotný život.

Posbírejte tedy špetku informací z této brožury, přidejte pořádnou dávku vůle, hrst optimismu a kapku štěstí, okořeňte odvahou. Vše promíchejte a vydejte se vstříc dalšímu životu.

Dostatek silných kořenů vám přeje

Mgr. Petra Štětková

spoluzakládající členka Lymfom Help, o.s.
léčba lymfomu v roce 1999

DVACET PRAKTICKÝCH RAD DO ZAČÁTKU

Mgr. Petra Štětková

1. Přijměte zodpovědnost za svůj život a zdraví a hledejte cesty, jak obojí zlepšovat. Jak píše H. Haškovcová ve svém díle *Spoutaný život*: „Člověk, byť postižený, není pouze obětí nepřízně osudu, ale také strůjcem svého dalšího života.“
2. Učte se naslouchat sobě samým, svým potřebám, svému tělu. Žijte v maximální možné míře jako ostatní lidé, ale respektujte vlastní možnosti.
3. Pečujte o své tělo – v průběhu léčby dostalo pořádně zabrat. Mějte ho v úctě za to, že celý proces léčby zvládlo, a přemýšlejte, jak mu udělat radost. Dopřejte si aktivity, které vám pomohou upevnit zdraví – zařadte do svého režimu pravidelný a přiměřený pohyb. Pokud jste před nemocí nesportovali, zkuste procházky, jógu, plavání a otužování.
4. Jezte pestře a střídavě. Vážné onemocnění by mělo být důvodem k zamyšlení nad dosavadními stravovacími návyky. Podle výzkumů ovlivňuje potrava naše zdraví až ze 60 procent. Navíc příjemný pocit, že pro sebe něco děláte, vám zvýší seběvědomí a zbavíte se úzkosti z rizika dalšího onemocnění. Životosprávu měňte postupně: každý měsíc zařadte do svého jídelníčku jednu drobnou pozitivní změnu, např. větší podíl čerstvé zeleniny a ovoce, pití vody s citronem místo slazených a sycených limonád, vyloučení pochutin a nezdravých potravin, omezení jídla po šesté hodině večerní apod.
5. Zařadte do svého života co nejvíce aktivit, které mají pozitivní vliv na vaše zdraví a upevňují pocit vnitřní jistoty: prevence, pravidelné kontroly u lékaře, přiměřený pohyb a zdravá strava, omezení alkoholu apod.
6. Lázně. Proč ne? České lázeňství je na výborné úrovni! Využijte možnost relaxovat a posílit svou imunitu.
7. Najděte si své uplatnění. Pokud je to možné, vraťte se do zaměstnání a vyjednejte si přiměřený úvazek.
8. Postupujte krok za krokem. Udělejte si plán: dávejte si malé, reálné a konkrétní cíle. Pomoci vám může psaní deníku nebo vylepení plánu na viditelné místo.
9. Dbejte o dobré mezilidské vztahy.
10. Rituály pomáhají. Zařadte do svého denního programu pravidelné aktivity a pěstujte své koníčky.
11. Zkoušejte nové věci. Kdy jindy než právě teď byste měli mít čas na splnění svých snů? Jste na novém začátku! Toužili jste kdysi zpívat? Chodit na ryby? Navštívit nová místa? Už na nic nečekejte a pusťte se do toho!
12. Buďte kreativní. Objevujte svou tvořivost. Zkuste arteterapii: pomocí obrázků nebo koláží z časopisů se pokuste zachytit svá přání, vztahy, pocity.
13. Věnujte pozornost nejen uzdravování těla, ale i duše: statistiky právem sebevědomě hovoří o úspěších léčby, jen velmi málo pozornosti se však věnuje psychologickým příčinám a následkům prodělaných vážných onemocnění. Vnímejte své pocity, v případě potřeby se nebojte vyhledat pomoc psychologa, terapeuta nebo duchovního. Pomohou vám porozumět vašim emocím a náladám, obavám; obecně tomu, co se ve vašem životě děje. Pomohou vám vidět nové souvislosti.
14. Humor a nadhled pomáhají. Když je vám smutno, mějte v zásobě dobrého přítele, zábavnou hru nebo pár veseloher na DVD. Při déle trvajícím pocitu beznaděje neváhejte a vyhledejte odborníka.
15. Hleďte v životě harmonii a rovnováhu. Dostatečně odpočívejte a spěte. Stres? To je zakázané slovo!
16. Mějte rádi sami sebe! Hleďte cesty, jak si dělat radost. Uplatňujte pozitivní životní přístup či využívejte afirmací – opakovaných povzbudivých vět.
17. Hleďte své vlastní vnitřní zdroje. Rozvíjejte svou spiritualitu. Odpouštějte a buďte vděční.
18. Nic nefunguje? Hleďte dál. Zdroj vaší skutečné síly i ta pravá cesta se ukrývají právě ve vašem nitru.
19. Neváhejte obrátit se na občanské sdružení Lymfom Help, naši členové mají mnoho cenných zkušeností a na našich stránkách najdete řadu užitečných informací.
20. A na závěr slovo zkušeného psychologa: „Dnešní den je prvním dnem „zbytku našeho života. Záleží na něm a na jeho náplni, jak ho prožijeme – zda ho necháme zplanět nebo zda bude kvalitně prožit.“ (Křivohlavý Jaro, Vážně nemocný mezi námi)



PSYCHICKÉ ZÁLUDNOSTI REKONVALESCENCE

PhDr. Mgr. Jeroným Klimeš, PhD.

Lékařská rétorika může pro pacienty skrývat jisté úskalí: jestliže lékař říká, že chemoterapie nemá trvalé následky, zpravidla míní jen somatické následky a nemyslí na následky psychické. A právě o těch bychom si měli něco říci. Zaměříme se především na ty zrádné, které se těžko odhalují intuitivním vhledem či amatérským přístupem.

Období rekonvalescence by mohlo být charakterizováno poupravenou průpovídkou našich předků: „Lékaři doléčili, Bůh (příroda) uzdravuje.“ Je to období, ve kterém pacient ještě není úplně zdravý, ale lékaři už nemají co léčit. Pacient může mít při pohledu na pasivního lékaře pocit, že je vše vyřešeno a že by se měl cítit stejně dobře jako před nemocí. To je ovšem iluze. Teprve nyní začíná i několikaleté období, v němž se bude organismus pomalu vzpamatovávat. Rekonvalescence bývá těžší období, než se na první pohled jeví.

REAKTIVNÍ HYPOCHONDRIE A PSYCHICKÁ OBRANA „POPŘENÍ“

V naší mysli pracuje přirozený systém obranných mechanismů – zejména popření – díky nimž nejsme svazováni strachem ve všech situacích, kdy se s nějakou

malou pravděpodobností může něco špatného přihodit. Například všichni víme, že i za bílého dne můžeme být přepadeni v parku, přesto parkem běžně procházíme zcela bez obav. Minimální riziko přepadení v parku za bílého dne z naší mysli vytěsnila psychická obrana popření.

Bohužel, podobně jako skutečné přepadení v parku za bílého dne, také prodělaná chemoterapie tento systém obrany prolomí a mnoho pacientů pravidelně prožívá hrůzu z toho, že se choroba vrátí. Dominantní složkou rekonvalescence u onkologického onemocnění je právě **překonání strachu z návratu choroby**.

Mnoho nevinných vjemů získává díky nemoci zlověstný nádech, např. když mě dříve píchlo u srdce, nevěnoval jsem tomu větší pozornost. Když mě píchne u srdce po prodělané nemoci, objevuje se strach: co když zase nějaká zvětšená uzlina tlačí na aortu? Podobnou obavu může vyvolat i propocené pyžamo, nutkavé očičhávání se a další. I při úspěšné rekonvalescenci trvá asi tak dva až tři roky, než se přirozený systém obrany znovu obnoví a než zmizí reaktivní hypochondrie.

VHODNÁ ŽIVOTNÍ FILOSOFIE

Existuje mnoho tvrzení, která nás mají vyburcovat k většímu výkonu a která nejsou pravdivá, pokud je bereme doslova, např.: „Nemoc je otázka vůle, když se jí nepoddám, zvítězím.“ Toto tvrzení může zabrat při mírných obtížích, ale ne u závažné choroby. Nemoc je někdy silnější než ozdravné síly organismu a řekněme si na rovinu, nad každým z nás jednou smrt zvítězí.

Pokud by pacient skutečně věřil zmíněnému tvrzení, musí z něj logicky odvodit, že nemoc či smrt jsou jeho osobním selháním, a taková životní filosofie způsobuje chronický stres – k útrapám z choroby se připojuje ještě opovržení nad vlastním slaboštvím.

V období rekonvalescence přechází tato stresující filozofie ve zbytnělou potřebu ovládnout situaci, to znamená žít přehnaně podle zásad zdravé výživy, úzkostně se vyhýbat všem patogenům, příliš intenzivně sportovat atd. Čím více se člověk těmto strachům poddává, tím větší mají sílu. Obecně platí, že **křečovitě snahy o manipulaci či ovládnutí procesů, jež jsou mimo naše možnosti, zřetelně zhoršují naši duševní pohodu**, protože chronicky vyvolávají představu o neúspěchu.

Špatně snášejí následky choroby také ti jedinci, kteří se bojí stárnutí, neboť léčba lymfomu urychlí stárnutí přibližně o pět let. Lidé se sklonem řešit problémy křečovitou silou vůle navíc často zanedbávají spánek, ale právě spánková deprivace a stres jsou tím, čeho by se měli pacienti v období rekonvalescence vyvarovat především.

OBRÁCENÍ MOTIVACE OD SEBE SMĚREM K OKOLÍ

Egocentrická motivace – mám na to, zvítězím, je to můj nárok apod. – je příjemně funkční v období, kdy má člověk vyhlídky na úspěch a kdy se mu daří. V období života po chorobě mohou být vyhlídky méně optimistické, a proto je vhodnější obrátit svou motivaci směrem k druhým lidem (**motivace allocentrická**) či k Bohu (**motivace teocentrická**).

To jsou přející postoje, v nichž odhlížíme od svého já, a orientujeme se na úspěch druhých: „I když já sám nemohu, budu rád, když se bude dařit ostatním“, „I když nevím, co bude za pár měsíců, přesto dnes mohu napsat pro své děti pár slov o svém dětství“, „Mohu darovat do muzea svou sbírku, stejně si ji už neužiji“.

U věřících je stejný postoj vyjádřený modlitbou: „Co pro tebe, Bože, mohu ještě v tomto období udělat, než mě k sobě povoláš?“ Allocentrické postoje dokáží navodit pocit užitečnosti a smysluplného života i u těch (věřících i nevěřících), jejichž život již končí nebo nebyl příliš úspěšný.

REÁLNÝ POHLED NA PSYCHICKÉ NÁSLEDKY CHOROBY

Podobně zavádějící je i rčení: „Co tě nezabije, to tě posílí“. Může vést k povzbuzení, nicméně v praxi platí spíše: „Co tě nezabije, to tě zmrzačí.“ Pacienti v rekonvalescenci by si neměli namlouvat, že jsou nemocí a léčbou nedotčeni. Naopak je třeba, aby si zřetelně uvědomili, jak je nemoc poznamenala a jak stále zčásti ovlivňuje jejich chování a prožívání.

Mnoho pacientů si během chemoterapie nevyřeší otázky života a smrti, jen se v nich rozdmýchá strach ze smrti. V rekonvalescenci může být výsledkem ještě více zbytnělé popření: „Já jsem věděla, že to musím přežít,“ spolu s masivní snahou zapomenout na nemoc.

UVĚDOMĚNÍ SI VLASTNÍCH POCITŮ A PSYCHICKÁ OBRANA „PROJEKCE“

Jiným pozůstatkem nemoci může být naopak výrazná potřeba o ní neustále hovořit v nejrůznějších souvislostech. Právě intenzita nutkání o chorobě hovořit je známkou prožívaných a možná i neuvědomovaných pocitů. Velmi dobře je dokáže zamaskovat zejména psychická obrana projekce.

Příklad: Nedávno jsem hovořil s přítelem o právě prodělané léčbě agresivního nádoru. Byl překvapen tím, jak byl po celou dobu nemoci naprosto klidný a necítil ani náznak strachu o sebe sama. Jediné, o čem se obával, byla jeho stará matka, která by byla pohřbena již třetího syna, a to by jí nerad udělal. Třetinu celého našeho společného večera představovaly hovory o chorobě! Přitom okolí ho obdivovalo, jak důstojně těžké období zvládal.

Většina lidí reaguje na životní rány **aktivačně**: emoce je zavalí a oni vybuchují, panikaří, plaší se apod. Nicméně existuje i skupina lidí, kteří reagují **inhibičně** (jako „mrtvý brouk“) – na mírné rány osudu zareagují mírným zklidněním, ale na velké rány osudu naprostým umrtvením.

To je případ i mého přítele. Zklidněním reagoval na stresové situace po celý život a choroba v tomto směru nebyla žádnou výjimkou. Skutečnost, že jeho psychika se i přes zdánlivý klid intenzivně zaobírá chorobou, je zřejmá z toho, že měl výraznou potřebu o ní mluvit. Na první pohled je také zřejmé, kam si uložil strach o svůj život – promítl jej do své matky – proto se tomuto druhu psychické obrany říká projekce. Kdykoli na něj padla tíseň a strach z toho, co ho čeká, představil si, jak špatně by matka snášela jeho smrt, a svůj aktuální prožitek strachu si vyložil jako strach o ni, nikoli o sebe.

Problém takových lidí je, že matou své okolí zdánlivým klidem, který se chybně interpretuje jako moudrost a vyzralost. Okolí vlastně netuší, jak tito lidé ve skutečnosti trpí, a často má i sklon je nepřiměřeně zaměstnávat či zatěžovat.

DLOUHODOBÁ NECHTĚNÁ NEPLODNOST

Prodělaná chemoterapie snižuje možnost mít vlastní děti. Při IVF (in vitro fertilizace, neboli oplodnění ve zkumavce) má štěstí jen jeden ze čtyř párů, proto není dobré se na umělou reprodukci příliš upínat a slibovat si od ní zázraky.

Dlouhodobá nechtěná neplodnost je těžší postižení, než si běžná populace dokáže představit, protože je to postižení neviditelné, ale také utajované, za které se lidé stydí. Většina lidí se s ním snaží vypořádat po svém a z neznalosti opakují stále stejné chyby. Čím více investují neplodné páry do pořízení vlastního dítěte a upínají se na tuto vizi, tím méně jsou schopny jít později jinou, alternativní cestou. Tím jsou myšleny zejména různé formy **náhradní rodinné péče (NRP)**, jako je adopce, pěstounství či hostitelství.

Největší problém nastává u těch dlouhodobě nechtěně neplodných lidí, kteří cestu NRP dříve striktně odmítali a zvažují ji jen jako nouzové řešení. Výzkumy prokázaly, že tento druh žadatelů mimo jiné lpí na nízkém věku dítěte, má sklon klást na dítě nepřiměřené nároky a dokonce mu zatajovat jeho adoptivní původ.

Jak se vyhnout běžným chybám

Chce-li se pacient vyhnout zbytečnému opakování uvedených chyb, které mohou vést až k poškození dítěte, je dobré se začít zajímat o NRP dlouho před tím, než je zcela vyloučena možnost umělé reprodukce.

Jinými slovy, nedaří-li se počít dítě přirozenou cestou déle než jeden rok, je třeba začít studovat oblast náhradní rodinné péče. Na oddělení úřadu sociálně právní ochrany dítěte při městských úřadech (OSPOD) se může zájemce seznámit s tím,

co NRP obnáší. Přípravné kurzy pro budoucí osvojitele či pěstouny jsou bezplatné a mohou být velmi přínosné.

Zajímavé a čtivé jsou také knihy našeho předního odborníka na tuto oblast, profesora Zdeňka Matějčka. Některé z nich uvádíme v závěru příručky v doporučené literatuře. Řadu informací dnes běžně nalezneme také na internetu, např.:

<http://neplodnost.klimes.us>.

Lidé, kteří pociťují při představě dítěte z ústavu odpor a zároveň si v hloubi srdce uvědomují, že jim nakonec nic jiného stejně nezbyde, mají přirozený sklon oblast náhradní rodinné péče systematicky ignorovat. To je bohužel ta nejškodlivější „obrana“.

Dilema lze vyřešit následujícím postupem:

- 1) odsuňte rozhodnutí zda jít cestou NRP či ne o jeden rok,
- 2) toto období využijte k tomu, abyste celou oblast opravdu důkladně prostudovali jen jakoby teoreticky. Za rok studia budete mít mysl jasnější pro rozhodnutí, které odpovídá vašemu životnímu směřování a povaze.

TĚŽKÁ NEMOC JAKO DOVOLENÁ OD TÍŽIVÉ IDENTITY

V období, kdy jde o život, se všechno jeví černobíle – většina dřívějších problémů se pod tíhou nemoci jeví jako bezvýznamná a člověk je nemusí řešit, to je velká úleva. Pro mnohé pacienty dokonce tak velká, že se jim v roli pacienta líbí víc než v dřívějším životě. Týká se to zejména vyhýbavých a zčásti i depresivních pacientů, které okolí neustále kritizuje: „Už máš holku? Proč nemáš práci? Nemůžeš pořádkem vysedávat před bednou a nic nedělat! Proč ještě nemáš dítě? Jak si vlastně představuješ svou budoucnost? K čemu jsi na tomto světě?“ atd. Pro tyto lidi sice představuje návrat do běžného života vytoužené tělesné uzdravení, ale současně i ztrátu celé řady příjemných privilegií vyplývajících z role nemocného člověka. Není divu, že v období rekonvalescence jsou v mnohem menší psychické pohodě, než byli na konci léčby.

Pokud pozorujete takový sklon u svých blízkých nebo u sebe, měli byste zvážit psychoterapii. Pomoc odborníka dokáže člověku pomoci postavit se čelem ke staronovým problémům, které nemoc jen dočasně odsunula na vedlejší kolej.

NEMOC JAKO UNIVERZÁLNÍ VYSVĚTLOVACÍ RÁMEC

Velké události – ať bolestné či radostné – často slouží ke zdůvodňování nejrůznějších nápadností. Prodělaná choroba je tak výraznou událostí v životě člověka, že přímo volá po vysvětlování čehokoliv: „Proč mám tak řídké vlasy? Proč nemám chuť na sex? Mám problémy s kůží, to je určitě z toho ozařování. V práci mi nechtějí

dát odpovědnější funkci – mají strach, že bych mohl zase onemocnět. Manžel se se mnou chce rozejít, hnusí se mu po nemoci mé tělo...“

Závažnými životními událostmi si lidé někdy omlouvají své povahové nedostatky. Tvrdí například, že nemohli studovat kvůli minulému režimu, místo aby si popravdě přiznali, že byli špatní studenti. Podobně i nemoc slouží k omlouvání charakterových vad. Namísto aby člověk řešil třeba partnerské problémy, nic s nimi nedělá a vinu fatalisticky svádí na prodělanou nemoc a na partnera. Vztah se mu nerozpadá proto, že byl nemocný, ale protože včas neřešil partnerskou krizi.

REKONVALESCENCE JAKO ŽIVOTNÍ PŘÍLEŽITOST

Strach ze ztráty života vede někdy k zesílenému lpění na příjemných zážitcích, ale paradoxně právě toto křečovitě lpění způsobuje neschopnost si jich skutečně užít. Člověk si totiž lépe užije to, co přišlo jako dar, než něco, o čem je přesvědčen, že na to má svaté právo. Na období rekonvalescence je dobré hledět jako na dar, protože i to může kdykoli skončit návratem nemoci. Je dobře brát každý den rekonvalescence jako nečekaně nalezenou bankovku, jejímž prostřednictvím mohu udělat radost sobě nebo svým blízkým. Všichni víme, jak nerozumné by bylo pěstovat si pocit nároku na to, že i zítra musím na ulici najít další bankovku s Emou Destinovou.

Prožívání každého dne jako daru snižuje úzkostné strachy z toho, že se choroba může kdykoli vrátit.

*„Pokud uznáme, že k životu patří i protivenská
a kameny úrazu, pak je všechno, co se nám přihodí,
pouze ukazatelem, který nás vede správným směrem.
Proto můžeme klidně hledět do budoucnosti.“*

Roland Leonhardt



ŽIVOTNÍ STYL PO LÉČBĚ

MUDr. David Belada, PhD.; MUDr. Pavla Štěpánková; MUDr. Heidi Móciková, PhD.

POHYB A DOPORUČENÉ SPORTY – JAK SE VYROVNAT S ČÁSTEČNÝM ÚBYTKEM FYZICKÝCH SIL

Únava jako přirozený obranný mechanismus organismu

Chemoterapie i ozařování představují pro každý organismus významnou zátěž, která se projeví únavou a snížením celkové výkonnosti. Na únavě se mohou podílet i další objektivní faktory, např. úbytek červených krvinek (chudokrevnost), úbytek svalové hmoty z důvodu dlouhodobého pobytu na lůžku, zhoršení výživy apod. Pokud jsme vyloučili postižení orgánů, které by mohlo únavu způsobovat, můžeme ji definovat jako obranný a ochranný mechanismus člověka zaměřený na regeneraci organismu a načerpání nových sil. Tento druh přirozené únavy po odpočinku mizí.

Charakter únavy po náročné léčbě

Únava po chemoterapii často nezmizí ani po přiměřeném odpočinku. U některých pacientů se fyzický stav po několika měsících zcela upraví a oni nepozorují rozdíl oproti stavu před léčbou lymfomu. U jiných únava přetrvává i několik let po léčbě a zcela nevytizí nikdy, což samozřejmě výrazně ovlivní kvalitu jejich

dalšího života: mění se fyzická i mentální kondice, sexuální aktivita, mění se role v osobním i pracovním životě.

Z tohoto důvodu je v současné době v rámci všech klinických studií velmi bedlivě sledována i následná kvalita života vyléčených pacientů. Cílem léčby není jen zbavit nemocného samotného lymfomu, ale pomoci mu prožívat plnohodnotný život také po léčbě.

REGENERACE TĚLA

Klasické masáže

Klasická ruční masáž se využívá jako doplněk léčby všude tam, kde je nutné uvolnit ztuhlé svaly a svalové úpony. Provádí se pod vyšším tlakem a dochází při ní k prokrvení svalů, čímž se urychlí jejich regenerace. Pokud je svalový a kosterní aparát v pořádku, není u nemocných s lymfomem nutné ohledně klasických masáží žádné zásadní omezení. Opatrnost je třeba zachovat pouze u nemocných s poruchami prokrvení, s těžkou osteoporózou kostí a u nemocných těsně po operačních zákrocích.

Manuální lymfodrenáž a její specifika v souvislosti s onemocněním lymfomem

Jiná situace je u manuální lymfodrenáže: je to speciální hmatová technika zaměřená na posílení funkce povrchového mízního systému – mobilizuje mízní tekutinu z podkoží a podporuje její oběh. Povrchové míznice vracejí z tkáňového moku do krevního oběhu asi 10 % látek, které pro svou velikost nemohou být vstřebávány krevní kapilárou. Ze zdravotních důvodů je manuální lymfodrenáž předepisována nemocným s vrozenými nebo získanými lymfatickými otoky.

U pacientů s lymfomy je situace složitější: lymfomy jsou vlastně zhoubné nádory mízních uzlin a provádění lymfodrenáží v době aktivního nádoru by mohlo vést k jeho rozšíření do dalších částí těla. Proto se zásadně nedoporučuje provádět lymfodrenáže PŘED nebo BĚHEM léčby lymfomu.

Po skončení léčby – pokud došlo k vymizení lymfomu – je možné tuto metodu v určitých případech zvážit, ale vždy je nutné se předem poradit s ošetřujícím onkologem. Pro dosažení dobrého léčebného efektu je nezbytná důkladná znalost anatomie mízního systému, pochopení principu ošetření a jeho důsledné provedení. Vzhledem k náročnosti ho může provádět pouze zdravotnický pracovník po absolvování specializovaného kurzu a indikovat by ho měl lékař vždy po zvážení všech přínosů a rizik.

LÁZEŇSKÉ POBYTY A PROCEDURY

Chemoterapie a ozařování představují pro nemocné velkou psychickou i fyzickou zátěž. Jednou z vhodných metod zotavení je lázeňská léčba, na kterou má každý pacient po prodělané léčbě lymfomu nárok. Lázeňský pobyt má pomoci upravit metabolické změny v organismu po léčbě a celkově jej regenerovat.

Mezi další oblíbené procedury dále patří:

Kryoterapie – léčba mrazem

Tato moderní metoda využívá extrémně nízkých teplot. Během sezení je pacient vystaven působení chladu až minus 150 °C. Krátkodobé intenzivní podchlazení organismu velmi blahodárně působí na bolesti kloubů, na některá revmatická onemocnění či na lupénku a připisuje se mu také pozitivní vliv na imunitní systém. Jelikož se jedná o novou metodu, není ještě možné zcela jednoznačně vyjádřit, jak vhodné je její použití pro nemocné s lymfomy. Nicméně pokud už byla léčba ukončena, lze tuto metodu aplikovat.

Vodoléčba

Vodoléčba zahrnuje celou řadu koupelí, plavání, pobyt v rehabilitačním bazénu či cvičení ve vodním prostředí, které je velmi dobrou terapií pro pacienty s poruchami pohybového aparátu. Všechny níže uvedené formy koupelí lze většinou nemocných po úspěšné léčbě lymfomu doporučit.

Uhličitá koupel – voda o teplotě 34 °C je sycena plynným oxidem uhličitým a koupel trvá 15 minut. Po ní následuje zábal provázený pocitem příjemného celkového prokrvení bez přehřátí organismu.

Celotělové a končetinové vířivé koupele – pacient je na 15–20 minut zcela ponořen do vodní lázně o teplotě cca 38 °C. Vzhledem k vyšší teplotě vody hrozí v tomto případě větší zatížení pacientům s vysokým krevním tlakem, oběhovými poruchami a osteoporózou.

Skotské stříky – jde o střídavou aplikaci teplé a studené vody na celé tělo pod velkým tlakem.

Saunování

Pobyt v sauně má na lidský organismus velmi dobrý vliv: zklidňuje činnost srdce, prohlubuje a uvolňuje dýchání, ustupují díky němu bolesti kloubů a svalů a regenerují se orgány a stěny mozkových cév. Sauna také uklidňuje a tlumí předešlé rozrušení, tísnivé pocity, nervozitu, nespavost apod.

Saunováním se rozšiřují kožní cévy, čímž dochází k silnému okysličení těla a tvorbě protilátek; pocením se pak ven z těla dostávají škodlivé látky. Tělo získává větší odolnost, zlepšují se nervově-cévní reflexy, upevňují se kožní a slizniční cévy.

Pacientům po léčbě lymfomu lze saunování běžně doporučit, protože jeho omezení souvisejí spíše s cévními a srdečními chorobami.

Suchá plynová koupel

Tato metoda využívá plastových vaků, do kterých se formou suchých injekcí aplikuje přírodní plyn s obsahem 99,7% CO₂. Plyn se vstřebává i přes oděv, rozšiřuje cévy a přímo ovlivňuje receptory v kůži. Tuto proceduru lze dobře využít u pacientů s poruchou prokrvení končetin; dále také urychluje hojení ran a pozitivně působí na správnou funkci ledvin.

Slatinný zábal a koupel

V tomto případě se na celé tělo nebo jen na jeho část nanese slatina/rašelina předehřátá na 42 °C. Potom následuje celkový zábal prostěradlem a dekou na zhruba 15 minut, při němž je dosaženo prohřátí a příjemného pocitu uvolnění.

Solná jeskyně

Také pobyt v jodisovaném prostředí solné jeskyně lze jen doporučit – navozuje relaxaci a uvolňuje dýchací cesty. Vhodná je však pravidelnost.

Jak si vybrat

Pro výběr lázeňského zařízení neexistují žádná omezení; každé lázně jsou specializované na určitou oblast této péče. Výběr zařízení je vhodné probrat s ošetřujícím lékařem: praktický lékař vypisuje žádost o schválení hrazeného lázeňského pobytu na základě doporučení specialisty (hematoonkologa), poté musí být žádost ještě schválena příslušným revizním lékařem. Nárok na lázně má pacient minimálně první rok po skončení léčby.

POBYTY U MOŘE

V prvním roce po ukončení léčby se pobyt u moře většinou nedoporučuje. Obavy existují zejména z prudké reakce kůže na intenzivní sluneční záření, ze špatné adaptace organismu na vysoké teploty a také stále přetrvávající nižší odolnosti organismu proti infekčním chorobám. Přímou souvislost mezi pobytem u moře a rizikem návratu choroby však nikdo neprokázal.

V dalších letech po léčbě už není vážný důvod proč se pobytem u moře vyhybat. Platí stejná pravidla slunění a hygieny jako pro kohokoliv jiného: intenzivní opalování celkově není zdravé, ať je člověk po onkologické léčbě, nebo ne.

OPALOVÁNÍ V SOLÁRIÍCH

Z medicínského hlediska se tento způsob opalování obecně nedoporučuje. UV záření ze solárií je vysoce rizikovým faktorem pro časný nástup rakoviny kůže (melanomu); jedinci, kteří solária navštěvují pravidelně, podstupují až dvakrát vyšší riziko onemocnění nejagresivnější formou rakoviny kůže než ti, kteří si do skleněného lůžka nikdy nelehli. Podle nových poznatků jsou vůči zvýšené intenzitě UV záření mnohem citlivější zejména mladí lidé do pětadvaceti let. Za posledních třicet let se výskyt rakoviny kůže zvýšil téměř čtyřikrát.

DOPORUČENÁ VÝŽIVA PO LÉČBĚ LYMFOMU

Na správnou výživu je potřeba dbát už v průběhu léčby, zejména pokud je v důsledku chemoterapie snížen příjem potravy pro nevolnost či nechutenství. Stejná výživová pravidla platí i pro pacienty po ukončené léčbě. Podvýživa či špatné složení stravy totiž snižují nejen celkovou výkonnost a regeneraci, ale také obranyschopnost organismu.

Vhodná výživa těsně po ukončení léčby

Těsně po skončení léčby cytostatiky mohou ještě doznívat známky tzv. mukositivity, což je zánět sliznic vyvolaný nízkým počtem bílých krvinek. V této době je potřeba zajistit organismu **dostatečné množství tekutin** a jíst co nejméně dráždivou stravu. Několik týdnů či měsíců po skončení léčby se doporučuje strava odpovídající běžným zásadám zdravé výživy.

Výjimkou jsou nemocní po alogenní transplantaci (od cizího dárce), kteří mají kvůli dlouhodobě podávaným lékům trvale oslabenou imunitu. Ti by neměli jíst potraviny náchylné při běžné pokojové teplotě na plísně (např. sýry s plísní na povrchu, ořechy, delší dobu otevřené kompoty atd.).

Zásady zdravé výživy

Cílem správné výživy během i po ukončení léčby onkologického onemocnění je **zvýšit příjem biologicky hodnotné stravy**. Žádné jednotlivé jídlo nebo skupina jídel nezajišťují dostatečný příjem všech potřebných živin. Biologická hodnota stravy se nejlépe zajistí její pestrostí: to znamená jíst více druhů potravin z každé z hlavních skupin, pokud možno každý den nebo vícekrát týdně.

Bílkoviny

Dobrym zdrojem bílkovin je maso, mléčné výrobky, vejce, cereálie a luštěniny. Jako odlehčený a dobře stravitelný zdroj bílkovin se onkologickým pacientům doporučuje podmásli, netučný tvaroh, jemné libové telecí, jehněčí nebo drůbeží maso, dále rybí maso a celozrnné pečivo. Protože někteří nemocní trpí nechutenstvím

k masu, dostávají se stále více do popředí náhradní formy bílkovin, jako jsou sója nebo tofu.

Vitaminy, minerály a stopové prvky

Biologicky hodnotná strava musí obsahovat také dostatek minerálů, vitaminů a stopových prvků. Některé z těchto látek **podporují imunitu**, mají **ochranné vlastnosti** nebo působí jako **antioxidanty**. Mezi nejvýznamnější antioxidantní látky patří vitaminy A, C, E, dále betakaroten (z něhož může vznikat vitamin A) a stopové prvky selen a zinek.

Antioxidační systém zabraňuje poškození různých tkání a buněk v našem těle reaktivními formami kyslíku. Tyto formy kyslíku běžně vznikají i v těle zdravých osob, ale u nich jsou rychle zneškodněny. U onkologických pacientů vznikají reaktivní formy kyslíku při chemoterapii a při infekčních komplikacích. Nemocný s vyčerpanými zásobami vitaminů se může reaktivnímu kyslíku špatně bránit a může u něj docházet k poškození tkání. Přesná doporučení pro užívání vitaminů a stopových prvků u nemocných s nádory však dosud nebyla stanovena.

Přínos rostlinné stravy

Také v rostlinné stravě se vyskytuje řada látek jako flavonoidy, fytoestrogeny a další, které sice nemají tradiční výživovou hodnotu, ale mohou mít **ochranné vlastnosti proti reaktivním formám kyslíku** a dokonce i vlastnosti protinádorové. Některé z těchto látek jsou již známé a víme, že jsou obsaženy například v česneku, cibuli, sójových bobech, brokolici, růžičkové kapustě, květáku, zelí, citrusových plodech a dalších. I když jejich úloha nebyla dosud přesně vysvětlena, byl opakovaně prokázán nižší výskyt nádorů u těch nemocných, jejichž strava obsahovala vyšší podíl ovoce a zeleniny.

Čeho se v jídelníčku vyvarovat

Doporučuje se omezit nebo zcela vyloučit uzeniny, jídla připravená na přepalovaných tucích a rafinovaný (bílý) cukr. Co se týká alkoholu, není nezbytná úplná abstinence, malé množství (1 pivo či 2 dcl vína denně) může být naopak prospěšné pro zvýšení celkové chuti k jídlu.

Potravinové doplňky

Při léčbě podvýživy nebo při nedostatečném příjmu běžné stravy je možné zařadit tzv. **nutriční suplementy** – jsou to **vyvážené směsi všech potřebných živin**. Obsahují cukry, tuky, bílkoviny, vitaminy, minerální látky a stopové prvky. Jsou dostupné většinou v tekuté formě a jsou určeny k okamžitému použití formou popíjení po malých dávkách (tzv. sipping – srkání, upíjení) mezi jídly. Za všechny jmenujme např. Nutridrink, Fresubin, Fortimel a další. Většina nabízených tekutých

přípravků má sladké příchutě, ale existují také chuťově neutrální verze a vyrábějí se i přípravky ve formě džusu, které neobsahují tuky. Pro případ, že nemocný tektuté přípravky špatně snáší, jsou dostupné potravinové doplňky v práškové formě (Nutrison Powder). Jsou bez příchuti a mohou být rozpuštěny buď ve vodě, nebo je lze přidávat do omáček, polévek či do jiných součástí stravy.

Vedle komplexních přípravků jsou na trhu k dostání i doplňky obsahující pouze jednu hlavní živinu (bílkovinu Protifar, sacharid Fantomalt) a přidávají se do jídel či nápojů.

Alternativní způsoby léčby založené na stravě

Vzhledem k závažnosti nádorového onemocnění a tomu, že standardní protinádorová léčba nemusí mít dostatečný účinek, obrací se řada pacientů k alternativním způsobům léčby a jejich prostřednictvím i k různým speciálním dietám. Existuje mnoho alternativních dietetických přístupů, a třebaže jejich zastánci často udávají řadu příkladů úspěšného léčení, nebylo prokázáno, že by tyto speciální diety mohly pravidelně vést k uzdravení nemocných nebo ke zlepšení jejich nádorové choroby.

Alternativní dietetické postupy často obsahují některé zásady zdravé výživy v jejím dnešním vědeckém pojetí, ale jako celek většinou nesplňují požadavky kladené na plnohodnotnou výživu. Pacient s nádorovým onemocněním, obzvláště pokud má sklon k hubnutí, potřebuje stravu s dostatečným zastoupením všech nezbytných živin a ve vhodném poměru.

Hubnutí provázené ztrátou bílkovinné hmoty nepochybně zhoršuje celkový stav onkologického pacienta, zhoršuje jeho imunitu, schopnost hojení tkání a vede velmi často ke zhoršení celkového výsledku onkologické léčby.

Obecná výživová doporučení k prevenci nádorových onemocnění:

- denně pravidelně jíst nejméně 3 porce zeleniny;
- denně pravidelně jíst nejméně 2 porce ovoce;
- jíst hodně celozrnných obilovin;
- udržovat žádoucí tělesnou hmotnost (index tělesné hmotnosti BMI 20–25);
- snížit příjem tuku v zájmu udržení žádoucí tělesné hmotnosti;
- jíst méně červeného masa (ne více než 140 g denně);
- neužívat vysoké dávky vitaminových přípravků;
- omezit příjem alkoholu (nejvíce dvě skleničky vína denně u žen, tři u mužů);
- nejíst příliš slaná jídla a potraviny znehodnocené plísní.

OČKOVÁNÍ PO LÉČBĚ LYMFOMU

Základní pravidla pro očkování

Otázka očkování po chemoterapii je velmi diskutovaná a názory na ni se mohou na jednotlivých pracovištích lišit. Shoda panuje u pacientů, kteří podstoupili **transplantaci kostní dřeně či kmenových buněk**, a jimž se doporučuje přeočkování proti bakteriálním onemocněním způsobeným Pneumokoky, Meningokoky, Haemophilly. Zahájení očkování je doporučeno nejdříve za 3 měsíce po ukončení léčby. Dále je vhodné provedení kontroly hladiny protilátek proti infekčním onemocněním, proti nimž byli pacienti v minulosti očkovaní (tetanus, záškrť, černý kašel, dětská obrna, žloutenka typu B). Potřebná vyšetření a plánování očkovacího schématu probíhá v očkovacích centrech v jednotlivých nemocnicích. Doporučení pro pacienty léčené chemoterapií se liší podle typu lymfomu a podle intenzity a složení použité chemoterapie (léčby).

Pacienty po léčbě **Hodgkinova lymfomu** chemoterapií ABVD obvykle není nutné přeočkovávat. Naopak u nemocných léčených chemoterapií BEACOPP je vhodné provést alespoň vyšetření protilátek proti výše uvedeným bakteriálním onemocněním, zejména Haemophilu. V případě, že jsou zjištěny nízké hladiny protilátek či opakované infekce zmíněnými bakteriemi, je vhodné přeočkování.

Pro pacienty po léčbě **nehodgkinského lymfomu** zatím obdobná doporučení nejsou. Obdobná situace je i u pacientů, kteří jsou léčeni tzv. udržovací léčbou rituximabem. V obou případech je nutno postupovat čistě individuálně a řídit se zejména hladinami protilátek proti jednotlivým onemocněním a očkování mezi jednotlivé dávky léčby správně načasovat.

Očkování proti chřipce

Zvláštní pozornost si zaslouží očkování proti chřipce. Každoroční sezónní výskyt chřipky má zpravidla charakter epidemie, při níž je infikována až třetina obyvatel planety. Chřipka je jedním z několika běžných infekčních onemocnění, které je i v době moderní medicíny velmi těžko léčitelné.

Pro pacienty s porušenou imunitou je nebezpečné nejen samotné onemocnění chřipkou, ale i riziko druhotné bakteriální infekce (např. zápalu plic). Chřipka totiž ještě dále sníží imunitu nemocného již dříve oslabenou kvůli absolvované chemoterapii, a tím se náchylnost k napadení bakteriální infekcí ještě zvýší. Proto se doporučuje zvážit očkování proti chřipce, které je jedním z nejdůležitějších preventivních opatření proti této infekci.

Obecně se v populaci doporučuje očkování lidí nad 65 let věku, u mladších 65 let je vhodné očkování osob v rizikových skupinách, k nimž pacienti po léčbě hematologického onemocnění patří.

Kdy se nechat očkovat proti chřipce

Doporučená doba očkování je mezi začátkem října a koncem listopadu, přeočkování pak každoročně. Množství vzniklých protilátek po očkování se může lišit podle schématu léčby a době po jejím ukončení. V očkovacím centru je možno provést kontrolu hladiny protilátek a případně doplnit další dávku očkování, aby byla zaručena jeho optimální účinnost.

V průběhu chemoterapie se obvykle očkování proti chřipce neprovádí. Účinnost v průběhu léčby je kolem 20 % (vzhledem k epidemiologické situaci ale doporučovala centra v USA očkování při výskytu „prasečí“ chřipky H1N1 i v průběhu léčby). Je vhodné zvážit očkování členů domácnosti zejména u těch pacientů, kteří jsou léčeni intenzivní chemoterapií v chřipkové sezóně.

Další druhy očkování

Zvažujete-li očkování před cestou do zahraničí, očkování proti žloutence typu B či klíšťové encefalitidě, v zásadě proti tomu není námitek za předpokladu, že od chemoterapie uplynula dostatečně dlouhá doba, a to minimálně tři měsíce. Vždy je nutno vzít v potaz individuální stav, tzn. druh absolvované léčby a plánovanou vakcínu. Posouzení vhodnosti a naplánování očkování je v kompetenci lékaře centra pro očkování.

OBRANYSCHOPNOST PO CHEMOTERAPII

Každá chemoterapie představuje velký zásah do obranyschopnosti (imunity) organismu. Hloubka poruchy obranyschopnosti závisí na povaze samotného onemocnění stejně jako na délce a složení podané léčby.

Sledování imunity během léčby

V průběhu léčby se sleduje aktuální míra snížení imunity u nemocného a ošetřující lékař pravidelně vyhodnocuje krevní testy, doporučuje vhodná režimová opatření, zahajuje podávání antibiotik či léků proti virovým infekcím a podpůrných léků k obnově krvetvorby. Zde je třeba uvést, že po skončení chemoterapie ještě nějakou dobu trvá, než dojde k obnovení všech funkcí imunitního systému, není třeba se předčasně znepokojovat a raději podstoupit preventivní opatření doporučená lékařem, která sníží riziko zasažení infekcí.

Obnova imunity po léčbě

Rychlost a míra obnovy imunity závisí na mnoha okolnostech: na věku pacienta, na druhu lymfomu, na složení a intenzitě léčby, případně na dalších onemocněních nezávislých na lymfomu samotném. Velmi zjednodušeně se dá tato doba odhadnout na tři měsíce po ukončení chemoterapie, jeden rok po autologní

transplantaci a dva roky po alogenní transplantaci. Dlouhodobá porucha imunity nastává u nemocných po alogenní transplantaci v souvislosti s podáváním tzv. imunosupresiv tj. léků záměrně snižujících imunitu (např. léky Prograf, Sandimmun, kortikoidy). V tomto období platí pro transplantované pacienty obdobná režimová doporučení jako v průběhu léčby samotné, a to zejména vyvarování se kontaktu s akutně nemocnými a důsledné dodržování základních hygienických opatření. U většiny pacientů časem postupně klesá riziko vzniku infekcí a není obvykle nutné podávat preventivní léčbu antibiotiky.

U některých nemocných však může přetrvávat snížení obranyschopnosti delší dobu. Projevuje se častějšími infekčními onemocněními jak virovými tak bakteriálními. O těchto komplikacích je nutné informovat ošetřujícího hematologa, který provede patřičná laboratorní vyšetření, jako jsou analýza krve, kultivace pro zjištění konkrétní bakterie/viru a případně doporučí vyšetření v imunologické ambulanci. Imunolog pak může konkrétně zjistit přetrvávající poruchu v imunitním systému a doporučit podpůrnou imunomodulační léčbu (tzn. podávání léků pro zvýšení imunity).

Posilování imunity

V dnešní době je na trhu volně dostupná celá řada preparátů, které slibují snažší a rychlejší zotavení po léčbě, posílení organismu či snížení rizika návratu onkologického onemocnění. Řada z nich bohužel zneužívá tísnivé situace nemocných a jejich ochoty udělat pro uzdravení cokoliv.

Na tomto místě je nutné zachovat zdravý rozum a uvědomit si, že neexistují žádná vědecky doložená data o účinnosti „zázračných“ preparátů, ale na druhou stranu nelze všechny tyto preparáty dopředu zavrhnout. Vždy je třeba zohlednit, zda daný přípravek vědecky a jasně prokázal účinnost u nemocných se stejným nebo podobným typem onemocnění.

Vhodné je užívání vitaminů, případně je možné zkusit bylinné potravinové doplňky zakoupené v lékárně. V lékárně je vždy zaručeno, že výrobek je „nerizikový“ co do původu a způsobu výroby. Doporučit některý konkrétní z volně prodejných přípravků z lékárny je velmi problematické, v každém případě se vyplatí sledovat obsah účinných látek, výrobky porovnat a myslet na to, že dražší neznamená lepší.

Léky, které prokazatelně zvyšují imunitu (např. Broncho-Vaxom, Ribomunyl, Luivac atd.) jsou zejména při opakujících se infekčních onemocněních vázány na lékařský předpis a o vhodnosti jejich užívání je třeba se poradit s ošetřujícím hematologem.

Základem podpory imunity po léčbě je zdravý životní styl s dostatkem pohybu i odpočinku, s pestrou stravou a vyloučením rizikových vlivů (kouření, nadměrné požívání alkoholu).



POHLAVNÍ ŽIVOT BĚHEM LÉČBY A PO JEJÍM UKONČENÍ

Nádorové onemocnění i jeho léčba mohou mít pochopitelný vliv na snížení přirozeného zájmu o sex, ale je-li léčba dobře snášena a pacient je v psychologické pohodě, lze v pohlavním životě normálně pokračovat. Nádorové onemocnění není přenosné a partnerovi či partnerce nehrozí riziko nakažení. Rozhodně se však doporučuje používat bezpečnou antikoncepci a na početí dítěte pomýšlet až s odstupem dvou let od ukončení chemoterapie či radioterapie.

FERTILITA – SCHOPNOST OPLODNĚNÍ PO LÉČBĚ LYMFOMU

Díky moderním diagnostickým a léčebným metodám se v současné době daří vyléčit stále větší procento pacientů s lymfomy a je tedy důležité umožnit jim navázat život přerušovaný nemocí „se vším všudy“ včetně radosti z narození dítěte. Následkem léčby však může dojít k poškození pohlavních buněk (vajíček a spermií) a tedy plodnosti bývalých pacientů. Každá léčba chemoterapií plodnost více či

méně ovlivňuje a míra jejího poškození závisí na mnoha okolnostech, především na dávkách a složení chemoterapie a na věku pacienta. Je-li nemocnému doporučena léčba pro lymfom (chemoterapie či ozařování) s očekávaným vysokým rizikem vzniku neplodnosti, standardně nabídne ošetřující lékař preventivní kroky k ochraně pohlavních buněk. K tomu je nutná spolupráce pacienta, ošetřujícího lékaře a dalších specialistů.

Preventivní opatření u mužů

U mužů se jedná o vyšetření spermiogramu: životaschopné spermie se odeberou, zamrazí a uchovají se ve tkáňové bance. Jestliže dojde léčbou k poškození spermií, mohou partnerky pacientů podstoupit umělé oplodnění v tzv. centrech asistované reprodukce. Podle kvality spermatu je možné zvolit buď přímo zavedení spermií do dělohy partnerky, nebo **in vitro fertilizaci** (IVF, tzv. oplodnění ve zkumavce) a přenesení embrya do dělohy ženy. Tato metoda je v současnosti nejběžnější léčbou neplodnosti.

U některých pacientů, zejména bylo-li u nich onemocnění diagnostikováno v pokročilém stádiu, je možné, že poškození tvorby spermií bude tak výrazné, že jejich odebrání a zamražení není možné. I pro tyto muže však existuje šance mít geneticky vlastní potomky. V centrech asistované reprodukce se provádí odběr spermií přímo ze zárodečné tkáně varlat či nadvarlat a tyto se pak dají použít k IVF.

Preventivní opatření u žen

Ochrana plodnosti u žen je komplikovanější než u mužů, protože vajíčka jsou více náchylná na mimotělní manipulaci a obtížněji se získávají z organismu ženy. Možností zachování vajíček u žen je několik, vhodnost a úspěšnost jednotlivých postupů je však velmi rozdílná a při jejich volbě je nutná spolupráce hematologa s gynekologem.

Metoda zamražení embryí

Dobře ověřená a spolehlivá metoda je zamražení embryí. Žena nejdříve podstoupí hormonální stimulaci vaječnicků, a poté chirurgický zákrok v celkové narkóze, při němž jsou odebrána vajíčka. Ta se v laboratorních podmínkách spojí se spermiemi partnera a vzniklá embrya se následně uchovávají zamražená v tkáňové bance. Tato metoda má však několik omezení. Jednak je třeba právního souhlasu partnera, který dá k celému výkonu a pozdějšímu použití embryí písemný souhlas, a jednak je nutné, aby zdravotní stav pacientky byl „neakutní“ a bylo možné odložit zahájení léčby o dobu potřebnou k hormonální stimulaci a odběru vajíček (3–4 týdny).

Po skončení léčby pro lymfom a v bezpečném časovém odstupu pak může být v centru asistované reprodukce naplánováno umělé oplodnění spočívající

ve vyšetření, provedení hormonální stimulace a zavedení rozmražených embryí do děložní dutiny. Úspěšnost uvedené metody se udává na 40–50 %.

Zamražení tkáně vaječníků

Velmi perspektivním se v současnosti jeví zamrazení tkáně vaječníků; zákrok se provádí v krátkodobé celkové narkóze za jednodenní hospitalizace. Takto získaná tkáň může být zpětně transplantována do těla ženy, kde dojde k obnově produkce ženských pohlavních hormonů a zrání vajíček. Ta je pak možné využít metodami asistované reprodukce.

Ve světě již existují desítky žen, kterým se takto podařilo otěhotnět a porodit dítě, přestože funkce jejich vaječníků byly po prodělané onkologické léčbě trvale poškozeny.

Zajímavostí jistě je, že zpětnou transplantaci tkáně vaječníků není nutné provést zpět do dutiny břišní, ale provádí se například do oblasti podkoží na předloktí. Podstatná je tu totiž hormonální funkce vaječníků.

Farmakologická ochrana plodnosti

Chemoterapie působí zejména na rychle se množící buňky a mezi ně patří bohužel i zárodečné buňky vaječníků. Farmakologická ochrana (tj. působením léků) je založena na principu, že vaječniky lze přivést působením léků do klidového stádia (podobně jako u malých děvčat), a tím se sníží jejich citlivost k poškozujícím cytostatikům. Tato léčba však není stoprocentní, selhává zejména u těch onemocnění, kde je nutné podávat vysoce agresivní chemoterapii. Navíc je v současné době dostupná pouze v několika onkologických centrech či v rámci klinických studií.

Vliv chemoterapie na menstruaci

V závislosti na druhu podané chemoterapie přestane většina žen menstruat nebo se jejich menstruační cyklus stane nepravidelným. Neznamená to však, že by nemohly otěhotnět. Je velmi vhodné používat po dobu léčby spolehlivé prostředky k zabránění početí.

Doba obnovení pravidelného menstruačního cyklu po ukončení léčby do plné úpravy se významně liší. Pokud se měsíčky nedostaví ani za 6 měsíců od ukončení chemoterapie, je nutné poradit se s ošetřujícím hematologem a také s gynekologem, kteří zajistí potřebná vyšetření a rozhodnou o zahájení léčby upravující tvorbu pohlavních hormonů. Tyto hormony jsou důležité nejen pro obnovu možnosti početí, ale také k prevenci předčasné menopauzy se všemi jejími riziky (osteoporóza – řídnutí kostí, riziko časného vzniku srdečního infarktu, nepříjemné subjektivní vjemy – návaly, psychická nerovnováha apod.).

Těhotenství

Těhotenství se kvůli riziku časného návratu lymfomu nedoporučuje ještě asi dva roky po skončení léčby. V dostatečném odstupu po ukončení chemoterapie už rovněž nehrozí riziko poškození plodu a obvykle není ani nutné jej sledovat ve specializovaných poradnách pro riziková těhotenství.

Pokud došlo k otěhotnění ještě v průběhu léčby či během prováděných kontrolních vyšetření (zejména PET/CT), je riziko postižení plodu velké a je nutná konzultace s gynekologem a genetikou.

Přímá dědičnost lymfomu nebyla prokázána, a proto není třeba vyhýbat se těhotenství z obavy před jeho dědičností v remisi onemocnění (tedy pokud nejsou žádné známky aktivity lymfomu). Rovněž ve studiích hodnotících zdravotní stav dětí narozených onkologicky léčeným pacientům nebyl prokázán vyšší výskyt vrozených vad, vliv na porodní hmotnost ani změna poměru mezi počtem narozených chlapců a dívek.

Další možnosti oplodnění

Pokud dojde k selhání všech metod, je stále ještě možné využít in vitro fertilizaci s použitím dárcovského vajíčka či spermií.

Úspěšnost umělého oplodnění je ovlivněna mnoha faktory, mimo jiné věkem ženy, zdravotním stavem atd. Statistiky uvádějí, že úspěšnost oplodnění metodou IVF se pohybuje okolo 25 %, ovšem to je průměrná hodnota. U některých párů je naděje vyšší, u jiných nižší.



POLÉČEBNÉ ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE

MUDr. David Belada, PhD.; MUDr. Pavla Štěpánková; MUDr. Heidi Móciková, PhD.

Klinická diagnóza lymfom zahrnuje celou řadu podtypů, které se od sebe liší mimo jiné tím, jakým způsobem se léčí. Přestože se jedná o onkologickou, tedy prvotně život ohrožující diagnózu, mnoho typů lymfomu lze úspěšně léčit a pacienti žijí léta bez jakýchkoliv známek onemocnění, někteří mohou být dokonce zcela vyléčeni. Prognóza pro jednotlivé nemocné tedy závisí na konkrétním typu lymfomu, ale také na celkovém zdravotním stavu, rozsahu onemocnění atd. Lékařský tým vždy dopředu zvažuje míru rizika léčby a jejích možných komplikací, a to ne jenom těch, které přímo souvisejí s podávanou léčbou, ale také těch, které se mohou objevit později, tzv. pozdních komplikací, o nichž se zmíníme v následujícím textu.

Základní součástí léčby lymfomů je chemoterapie a její kombinace s dalšími léky (např. monoklonální protilátky, kortikoidy) či léčebnými postupy (ozařování, transplantace kostní dřeně či kmenových buněk). Někteří nemocní mohou podstoupit i chirurgický zákrok, někteří jsou léčeni kombinací výše zmíněných možností. Přestože se v následujícím textu budeme zabývat různými pozdními komplikacemi, nemusí se vás osobně vůbec týkat, ani se u vás nemusí vyskytnout. Jde nám zde o uvedení výčtu všech možných komplikací, které se mohou objevit po léčbě i za několik měsíců či dokonce let po léčbě, a upozornit, jak nesmírný

význam mají všechna doporučení ošetřujících lékařů pravidelně podstupovat **lékařské prohlídky**. Čím dříve se komplikace odhalí, tím lépe se může léčit. Svou důležitou roli můžete navíc sehrát i vy sami úpravou životního stylu.

MOŽNÉ POZDNÍ KOMPLIKACE PO CHEMOTERAPII

Pravděpodobnost zniku druhotných nádorů

Pravděpodobnost vzniku druhotných nádorů po chemoterapii není příliš vysoká a souvisí s toxicitou podávané chemoterapie, která může poškodit genetickou výbavu zdravé buňky. Vyšší riziko je u mladších pacientů, jejichž nezralé tkáně a orgány jsou vůči působení cytostatik zranitelnější. Tyto druhotné nádory nemají nic společného s původním onemocněním. Může se jednat o nádory zažívacího traktu, prsu, plic, štítné žlázy, vznik akutní leukémie apod.

Druhotné zhoubné nádory se mohou objevit po skončení léčby za různě dlouhou dobu (i za 15–20 let), a protože jejich výskyt nedokážeme dopředu odhadnout, je třeba všechny pacienty dlouhodobě a pravidelně sledovat, často i po mnoho let po skončení léčby. Jedině včasnou diagnostikou lze nebezpečí odhalit a co nejdříve zahájit příslušnou léčbu.

Riziko druhotných zhoubných nádorů vede v poslední době odborníky ke snaze co nejvíce snížit intenzitu chemoterapie, aniž by se celkově snížila účinnost léčby. V obecné rovině je bohužel prognóza druhotného zhoubného nádoru většinou horší, než jaká by byla, kdyby vznikl jako samotný bez vztahu k podávané chemoterapii. I přes tato rizika je nutné si uvědomit, že podání cytostatik nemocným s lymfomy má z celkového hlediska jednoznačně obrovský přínos. Pacienti s Hodgkinovým lymfomem mají v současné době 90% šanci, že budou zcela vyléčeni, a to právě díky chemoterapii. Před zavedením chemoterapie se vyléčilo naprosté minimum nemocných.

Postižení plicních funkcí

To souvisí zpravidla s podáváním cytostatika bleomycinu a projevuje se jako akutní nebo chronický zánět plic (při celkových dávkách bleomycinu nad 400 mg je toto riziko až 10%). Během celé doby léčby a zhruba ještě 2–3 měsíce po jejím ukončení se doporučuje pacienty pečlivě sledovat, aby se zachytily časně příznaky tohoto postižení – jsou jimi kašel, horečka a zhoršené dýchání. V případě podezření je nezbytné provést rentgenové snímky plic doplněné případně o počítačovou tomografii (CT).

Mechanismus poškození plic není přesně znám, ovšem zánět plic je léčitelný kortikoidy a většinu nemocných se podaří vyléčit. Klinicky velmi závažný průběh má pouze asi 1 % případů.

Pravděpodobnost postižení funkce srdce

Postižení funkce srdce jsou pozorována zejména u nemocných léčených tzv. antracyklinovými cytostatiky (doxorubicin, daunorubicin, mitoxantron atd.), u kterých může dojít k přímému poškození buněk srdečního svalu. Naštěstí i výskyt této pozdní komplikace je relativně vzácný, přesto se doporučuje pravidelné sledování funkce srdce pomocí ultrazvuku, které může tyto poruchy odhalit a včas se může zahájit léčba.

Riziko se zvyšuje v závislosti s obecně známými rizikovými faktory pro vznik srdečně-cévních onemocnění jako jsou cukrovka, vysoký krevní tlak, obezita, kouření nebo vysoká hladina cholesterolu. Z toho vyplývá, že kontrola a léčba těchto zdánlivě neškodných nemocí a zlovyků je v souvislosti s prodělanou léčbou velmi významná a může přispět ke snížení rizika komplikací po chemoterapii.

MOŽNÉ POZDNÍ NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY KORTIKOIDŮ

Kortikoidy nejsou přímo cytostatika, ale mají prokázaný protinádorový efekt a v mnoha případech zvyšují účinnost chemoterapie. Z těchto důvodů bývají součástí léčebných režimů. Na druhou stranu mají bohužel poměrně mnoho nežádoucích účinků. K pozdním nežádoucím účinkům lze zařadit vznik osteoporózy (řidnutí kostí), která zvyšuje riziko zlomenin kostí při úraze nebo i samovolně. Při podezření na osteoporózu je vhodné denzitometrické vyšetření (vyšetření hustoty kostí) a při potvrzení této diagnózy je třeba užívat vhodné léky.

MOŽNÉ POZDNÍ KOMPLIKACE PO OZAŘOVÁNÍ

Vznik druhotných nádorů po ozařování

Souvislost mezi ozařováním a rizikem vzniku druhotného zhoubného nádoru je podobná jako u výše popsané léčby chemoterapií. V případě ozařování však vznik nádoru **ve většině případů přímo souvisí s ozařovanou oblastí**. Proto jsou např. nemocní ozařovaní v oblasti dolní části krku náchylnější k možnému vzniku nádoru štítné žlázy, ženy po prodělané radioterapii v oblasti hrudníku mají zase vyšší riziko vzniku nádoru prsu. Z tohoto důvodu jsou opět nezbytné pravidelné kontroly u příslušných odborníků dle místa, které bylo ozařováno, tj. krční oblast – štítná žláza, hrudník u žen – kontrola prsů, atd., aby se eventuální nádor zachytil co nejdříve, kdy jsou šance na jeho vyléčení nejvyšší.

Preventivní vyšetření prsů

U žen léčených ozařováním má být preventivní vyšetření prsů prováděno před 40. rokem věku. Zahájeno by mělo být 8 let po radioterapii a opakuje se jednou

za dva roky. Při podezření na přítomnost nádoru je nutné další vyšetření, například magnetickou rezonancí. Mammografická vyšetření však nemají být prováděna před 25. rokem věku. Důvodem je relativně nižší výtěžnost tohoto vyšetření ve srovnání s riziky vyplývajícími z rentgenového záření. U mladých dívek a žen je proto vhodnější jako preventivní vyšetření spíše ultrazvuk. Samotná mamografie je používána až v druhém sledu v případě, kdy je podezření na nějakou abnormalitu prsní žlázy zjištěnou na ultrazvuku.

Postižení plicních funkcí

Vedle postižení plic v důsledku léčby bleomycinem se vyskytuje i zánět plic po radioterapii, tzv. poradiační pneumonitida. Léčí se rovněž kortikoidy, při bolestech na hrudníku se podávají léky proti bolesti.

Postižení srdečních funkcí

Toto postižení vzniká jako následek radioterapie v oblasti hrudníku. Vlivem ozáření může dojít k přímému postižení cév, které zásobují srdeční sval, a následky se mohou projevit i za 10–15 let po prodělaném ozáření. Preventivně se proto doporučuje podstoupit pravidelná vyšetření jako je zátěžová elektrokardiografie nebo vyšetření věnčitých srdečních cév pomocí tzv. koronarografie. Přitom je důležité, aby pacienti měli normální hodnotu krevního tlaku, hladiny cholesterolu, nebyli obézní apod.

Je dobré si uvědomit, že jestliže byli nemocní ozařováni ve věku mezi 20. až 30. rokem, mohou se příznaky srdeční choroby objevit v relativně velmi nízkém věku, tedy v době, kdy ještě nejsou běžně očekávány. Pokud se objeví první příznaky nedostatečného prokrvení srdečního svalu (bolesti na hrudi, dušnost apod.), je nezbytné ihned provést výše doporučená vyšetření.

Poruchy funkce štítné žlázy

Po ozařování krční oblasti je možné, že se vyskytnou poruchy související se sníženou funkcí štítné žlázy, což může nastat různě dlouho po prodělaném ozáření. Téměř u 50 % případů se porucha objevila dokonce až po 20 letech. Pacienti si většinou stěžují na celkovou slabost, únavu, nezáměr o své okolí, jsou zimomřiví, mohou trpět zácpou, mohou mít suchou kůži, zvýšenou lomivost nehtů, sklou k obezitě, může jim zhrubnout hlas. Léčba je relativně jednoduchá a spočívá v dodávání chybějících hormonů ve formě tablet, díky nimž se stav upraví, ovšem chybějící hormony je třeba dodávat pravidelně po celý život.

MOŽNÉ KOMPLIKACE PO TRANSPLANTACI

Autologní a alogenní transplantace kostní dřeně a transplantace kmenových buněk

Pro některé nemocné a u některých typů lymfomu je zařazena do léčby transplantace kostní dřeně, při které se postižené krvetvorné buňky nahradí zdravými. Jelikož se krvetvorné buňky vyskytují také volně v krvi (tzv. kmenové buňky) ustupuje se v současné době se od transplantace kostní dřeně pro její náročnost a se stejným úspěchem ji nahrazuje tzv. **transplantace kmenových buněk**.

Podle toho, zda-li jsou transplantované krvetvorné buňky od dárce, či jedná-li se o buňky vlastní, rozlišuje se transplantace alogenní a autologní. Při autologní transplantaci se použije vlastní dřeň zbavená „špatných“ nádorových buněk, při alogenní transplantaci se do těla nemocného infúzí vpraví buňky od dárce – od příbuzného, nebo od nepříbuzného dárce z registru.

Jednotným cílem je, aby se transplantované buňky uchytily a nastartovala se tak zdravá krvetvorba.

Rizika a komplikace související s transplantacemi

Provedení transplantace obsahuje několik kroků náročných pro zdravotní stav pacienta, ale pokud je tato metoda lékařským týmem doporučena jako součást léčby, zvyšuje se šance na uzdravení i přes rizika všech komplikací.

Jedná-li se o **autologní transplantaci**, nemocnému je v první fázi podávána velmi silná chemoterapie či imunochemoterapie, která má vyšší protinádorový účinek než běžná chemoterapie, ale současně je doprovázena potenciálně závažnějšími nežádoucími účinky. Ty postihují také krvetvorbu, která může být zcela poškozena. Proto je nezbytné s předstihem zajistit zdravé krvetvorné buňky, které jsou pacientovi odebrány z krve a zamraženy. Několik dní po ukončení intenzivní chemoterapie jsou pak vráceny transfúzí zpět do těla. Během 2–3 týdnů se znovu uchytí, rozmnoží se v kostní dřeni a obnoví se tak přirozená krvetvorba. Komplikace související s podáváním intenzivní chemoterapie jsou relativně časté, protože celý výkon je pro organismus pacienta velmi náročný.

Podstatou **alogenní transplantace** je vedle zničení nádorových buněk intenzivní chemoterapií (někdy také v kombinaci s ozařováním) snaha především o to, aby tělo pacienta přijalo krvetvorné buňky dárce za vlastní. K tomu je potřeba dlouhodobě a výrazně utlumit imunitní systém pacienta. S tím samozřejmě souvisí následná snížená obranyschopnost proti infekcím. Zde je třeba zmínit, že zdravé imunitní krvinky dárce napomáhají navíc očistit tělo od zbytků nádoru, a právě díky tomu je možné alogenní transplantací vyléčit i lymfomy, které se jinak vyléčit nedají. Komplikaci v tomto případě způsobuje kombinace stavu po intenzivní chemoterapii a současně razantní snížení imunity nutné pro přijetí cizí tkáně.

Frekvence výskytu komplikací je nejvyšší během prvního roku po transplantaci, pak již klesá. Obecně je po autologní transplantaci nižší výskyt komplikací než po transplantaci alogenní.

Zvýšené riziko infekcí po transplantaci

Záměrně oslabená obranyschopnost organismu může způsobit, že se v průběhu transplantace či po ní objeví celá řada infekcí, které by jedince s dostatečnou imunitou téměř nepostihly. Přes všechnu péči bývají infekce skutečně jednou z nejzávažnějších komplikací celého výkonu, proto je nezbytné dodržovat během transplantace přísně sterilní podmínky transplantačních jednotek v nemocnicích. Pacient je izolován ve zvláštním, zpravidla jednolůžkovém pokoji, či v případě alogenní transplantace ve sterilním boxu, smí přijímat pouze správně tepelně zpracovanou stravu apod. Všichni pacienti musí být po transplantaci pravidelně sledováni (zpočátku jednou týdně, ale i častěji), aby se eventuální nebezpečí infekce podařilo včas zachytit a léčit.

Reakce štěpu proti hostiteli v případě alogenní transplantace

Další komplikací bývá příliš agresivní chování štěpu v oslabeném těle příjemce, jedná se o tzv. reakci štěpu proti hostiteli. Ta je v malé míře vítaným jevem, protože žádoucím způsobem likviduje možné zbytky lymfomu, ale její intenzivní forma může být pro pacienta velmi nebezpečná.

PREVENCE RELAPSU NEBO JEHO ODDÁLENÍ

Přestože se u velké části nemocných podaří dosáhnout tzv. dlouhodobé remise, tedy stavu, kdy je onemocnění pod kontrolou a pacient je vlastně zdrav, u žádného nemocného nedokážeme bezpečně vyloučit návrat lymfomu (tzv. relaps). Obecně je nejvyšší šance na úplné vyléčení u pacientů s Hodgkinovým lymfomem. U agresivních nehodgkinských lymfomů (např. velkobuněčný lymfom) je riziko návratu lymfomu nižší (cca 20–30 % podle typu lymfomu), zatímco u chronických lymfomů (např. folikulární lymfom) bývá naopak vyšší (cca 50–100 % podle typu a rozsahu lymfomu v době diagnózy).

Udržovací léčba

Většina pacientů s nehodgkinským lymfomem je léčena chemoterapií, ke které je přidána tzv. monoklonální protilátka rituximab (lék se nazývá MabThera), která umí nádorové buňky rozpoznat, navázat se na ně a cíleně je pak zničit. Zvyšuje se tak úspěšnost léčby, již by samotnou chemoterapií nebylo možné dosáhnout. Úspěch léčby znamená, že pacient je klinicky zcela bez příznaků nemoci a diagnostická vyšetření neodhalí žádný zbytek nádoru.

Následně je možné podávat tzv. **udržovací léčbu**. Jak vyplývá z názvu, jejím cílem je udržet dosažený stav, je to tedy jakási prevence návratu lymfomu, díky níž se daří relaps oddálit o mnoho let. Bohužel tento způsob léčby je vhodný jen pro určité typy lymfomů a tedy jen pro část nemocných.

Význam zdravého životního stylu

Nemocní po prodělané léčbě (chemoterapii nebo ozáření) by měli dbát o zdravý životní styl, který může podpořit snížení rizika relapsu, či vzniku dalšího nádorového onemocnění. V praxi to znamená zákaz kouření, maximální omezení stresu, udržování správné tělesné hmotnosti, pravidelné cvičení, dodržování předepsané bezpečnosti práce např. používání ochranných prostředků při manipulaci s chemikáliemi.

Význam lékařské prevence ostatních nádorových onemocnění

Jelikož všichni pacienti po chemoterapii či ozáření jsou obecně náchylnější ke vzniku druhotných nádorů, je velmi vhodné respektovat veškeré dostupné preventivní programy, např. vyšetření tlustého střeva po 55. roce nebo alespoň vyšetření stolice na přítomnost stopového množství krve.

U žen, které prodělaly ozáření hrudníku, se doporučuje pravidelné preventivní samovyšetřování prsu alespoň jednou za měsíc a pravidelné gynekologické kontroly.



SOCIÁLNĚ-PRÁVNÍ PROBLEMATIKA

JUDr. Pavel Musil

INVALIDNÍ DŮCHOD

Kdy vzniká nárok na invalidní důchod

Podmínky vzniku nároku na důchod upravuje zákon č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění ve znění pozdějších novel. Nárok na invalidní důchod vzniká, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti u dané osoby nejméně o 35 %.

Nově od 1. 1. 2010 je dřívější dvoustupňový systém důchodů (částečný invalidní důchod a plný invalidní důchod) nahrazen systémem třístupňovým.

Nově se tedy mluví o důchodech I., II. a III. stupně.

Jestliže pracovní schopnost poklesla:

- a) nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu I. stupně,
- b) nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu II. stupně,
- c) nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu III. stupně.

Procentuální míru určuje při hodnocení poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti posudková komise. Ta přiřadí dané konkrétní nemoci procentuální míru podle přílohy vyhlášky č. 359/2009 Sb.

Pravidla pro rozhodování posudkové komise

V prvé řadě je třeba určit zdravotní postižení, které je příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Je-li postižení více, jednotlivé hodnoty poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti se nescítají; v tomto případě se určí, **kteře zdravotní postižení je rozhodující** a procentuální míra poklesu se stanoví podle něj. Vychází se z funkčního postižení, na kterém se podílí jak nemoc, tak terapie. Přitom se hodnotí celkový stav, postižení funkce orgánů nebo tělesných systémů, dlouhodobé nebo trvalé postižení způsobené následkem terapie, rozsah zachovaných funkčních schopností a schopnost vykonávat denní aktivity.

Při souběhu několika nemocí, resp. více příčin nepříznivého zdravotního stavu, má posudková komise možnost upravit procentuální míru až o 10 %. Dále ve vztahu k tomu, jakou předchozí výdělečnou činnost daný člověk vykonával, k jeho dosaženému vzdělání, zkušenostem, znalostem a schopnosti rekvalifikace, může posudková komise korigovat hodnotu stanovenou vyhláškou až o 10 % (celkem max. o 10 %).

Jak si zažádat o invalidní důchod

Žádosti o důchod sepisují okresní správy sociálního zabezpečení – OSSZ (v Praze Pražská – PSSZ, v Brně Městská – MSSZ). Místní příslušnost se řídí místem trvalého bydliště žadatele.

Žádost může být podána i prostřednictvím zmocněnce vybaveného písemnou plnou mocí. Protože zmocněnec musí za žadatele uvést a podepsat některá zásadní prohlášení a sdělení (například o výchově nezletilých dětí, o pobírání dávek nemocenského, o dobách odpracovaných od ukončení povinné školní docházky, o náhradních dobách pojištění), které zmocněnec nemusí detailně znát, je vhodné, aby se žadatel o důchod nechal při sepisování žádosti zastupovat pouze ve výjimečných a nutných případech.

Pokud existuje předpoklad, že žadatel bude v pracovní neschopnosti dlouhodobě, je dobré podat žádost o přiznání invalidního důchodu cca 3 měsíce před vypršením roční neschopnosti. Tím by na sebe mělo navazovat pobírání dávek nemocenského pojištění a důchodu a žadatel se tak vyhne nepříjemné situaci, kdy by bez příjmu čekal na přiznání důchodu.

Co se předkládá při podávání žádosti o invalidní důchod:

- občanský průkaz (u cizinců pas či povolení k pobytu);
- doklady o studiu, popřípadě učení (i nedokončeném);
- muži předkládají doklady o výkonu vojenské služby;
- ženy předkládají doklady prokazující výchovu dětí;
- potvrzení zaměstnavatele o zvláštním příspěvku horníkům vypláceném před rokem 1996;

- potvrzení zaměstnavatele o vyplácených náhradách za ztrátu na výdělku po skončení pracovní neschopnosti náležející za pracovní úraz (nemoc z povolání);
- pokud občan chce důchod vyplácet na účet u peněžního ústavu, musí k žádosti přiložit vyplněný a bankou potvrzený tiskopis „Žádost o zařízení výplaty důchodu poukazem na účet“;
- doklady prokazující zaměstnání v cizině;
- chybí-li některé doby pojištění, předkládají se náhradní doklady, které prokazují výdělečnou činnost – potvrzení zaměstnavatele, pracovní smlouvy, svědecká prohlášení aj.;
- evidenční list důchodového pojištění z posledního zaměstnání (předkládá zaměstnavatel na vyžádání OSSZ).

Možnost odvolání v případě neuznání invalidity

Pokud nebyl žadateli invalidní důchod přiznán nebo mu byl snížen na jiný stupeň, případně zcela odejmut, může žadatel podat proti rozhodnutí písemné námitky jako řádný opravný prostředek, a to do 30 dnů ode dne jeho oznámení (doručení) žadateli jako účastníku řízení.

Námitky se podávají tomu orgánu, který rozhodnutí vydal. Námitky jako řádný opravný prostředek proti rozhodnutí správy sociálního zabezpečení ve věci přiznání důchodu nebo odebrání důchodu jsou novinkou oproti systému platnému do 31. 12. 2009, kdy se týkaly jen těch rozhodnutí, kterými byl prováděn přepočít důchodu.

Soudní přezkoumání rozhodnutí OSSZ

Požádá-li účastník řízení o předložení podkladů pro výpočet důchodu nebo pro vyčíslení přeplatku, který je povinen uhradit před uplynutím lhůty k podání námitek, počíná nová lhůta běžet ode dne, kdy mu byly tyto podklady doručeny. Pokud námitkám nebylo vyhověno, má žadatel o invalidní důchod možnost domáhat se soudního přezkoumání rozhodnutí OSSZ žalobou u krajského soudu (v Praze u Městského soudu v Praze). V případě, že nebyly podány nejprve námitky u správy sociálního zabezpečení, není žaloba k soudu přípustná.

V souvislosti s podáním žaloby platí, že:

- žaloba je osvobozena od soudního poplatku;
- ze zákona vyplývá, že v řízení o žalobě posuzuje zdravotní stav zvláštní posudková komise MPSV ČR;
- žalobce je oprávněn uplatňovat i jiné důkazní prostředky, předkládat jim obstaraná odborná lékařská vyjádření, žádat revizní znalecký posudek apod.

ZAMĚŠTNÁNÍ A INVALIDITA

Možnost pracovat při snížené pracovní neschopnosti

Zákon o důchodovém pojištění neupravuje žádné podmínky nebo překážky pro výplatu invalidního důchodu jakéhokoli stupně při výdělečné činnosti, a proto se invalidní důchod vyplácí bez ohledu na případnou výdělečnou činnost. Nezáleží na tom, jestli příjemce důchodu vykonává výdělečnou činnost v rámci zaměstnání nebo jestli vykonává samostatnou výdělečnou činnost ani nezáleží na rozsahu pracovního úvazku nebo výši příjmu.

Nicméně v praxi existuje reálné riziko, že při zjištění, že příjemce invalidního důchodu pracuje, vyzve jej správa sociálního zabezpečení **k přezkoumání zdravotního stavu posudkovou komisí**, aby zjistila jak je slučitelná dlouhodobě snížená schopnost soustavné výdělečné činnosti s tím, že si příjemce důchodu pravidelně vydělává.

Návrat do zaměstnání po léčbě

Nastoupí-li zaměstnanec do práce po skončení dočasné pracovní neschopnosti, je zaměstnavatel povinen zařadit ho na jeho původní práci a pracoviště. Není-li to možné proto, že původní práce odpadla nebo pracoviště bylo zrušeno, zařadí ho zaměstnavatel na práci odpovídající pracovní smlouvě.

Povinnost informovat zaměstnavatele o invaliditě

Povinnost informovat zaměstnavatele vzniká jen v tom případě, kdy invalidita resp. její důvod **bezprostředně souvisí s výkonem práce**, tedy kdy je nutné, aby zaměstnavatel tuto informaci vzhledem charakteru pracovní pozice věděl.

Z hlediska zákoníku práce platí tato pravidla:

- 1) Zaměstnavatel smí v souvislosti s jednáním před vznikem pracovního poměru vyžadovat od fyzické osoby jen takové údaje, které bezprostředně souvisejí s uzavřením pracovní smlouvy.
- 2) Zaměstnavatel nesmí od zaměstnance vyžadovat informace, které bezprostředně nesouvisí s výkonem práce a s pracovní-právním vztahem. Tyto informace nesmí zaměstnavatel získávat ani prostřednictvím třetích osob.

Povinnosti zaměstnavatele při zaměstnávání lidí se sníženou pracovní schopností

Podle zákona o zaměstnanosti je povinností zaměstnavatele, který zaměstnává více než 25 osob v pracovním poměru, zaměstnávat také osoby se zdravotním postižením ve výši povinného podílu, který činí 4 % z celkového počtu zaměstnanců. Tento povinný podíl plní zaměstnavatel:

- zaměstnáváním v pracovním poměru;

- odebráním výrobků nebo služeb od zaměstnavatelů, kteří zaměstnávají více než 50 % zaměstnanců se zdravotním postižením;
- odebráním výrobků nebo služeb chráněných pracovních dílen nebo zadáváním zakázek těmto subjektům;
- odebráním výrobků nebo služeb od osob se zdravotním postižením, které jsou osobami samostatně výdělečně činnými;
- odvodem do státního rozpočtu nebo kombinací těchto možností.

V případě, že zaměstnavatel zaměstnává osoby se sníženou pracovní schopností, vyhne se povinnosti odvodu do státního rozpočtu za neplnění povinného podílu zaměstnanců se zdravotním postižením.

Zaměstnavatel je povinen zajišťovat pro zaměstnance se zdravotním postižením na svůj náklad potřebnou úpravu pracoviště a úpravu pracovních podmínek. Dřívější omezení možnosti rozvázat pracovní poměr s osobou se zdravotním postižením byla zrušena. K ukončení pracovního poměru se žádný souhlas úřadu práce již nevyžaduje, platí jen podmínka, že je zaměstnavatel povinen písemně oznámit toto rozvázání pracovního poměru příslušnému úřadu práce.

MATEŘSKÁ A INVALIDNÍ DŮCHOD

Zatímco rodičovský příspěvek je vyplácen nezávisle na invalidním důchodu, peněžitá pomoc v mateřství (mateřská) je dávkou nemocenského pojištění. Proto v době, kdy je matka dostává invalidní důchod, není účastna na nemocenském pojištění a **nemá tak nárok na pobírání mateřské**. Mateřská však náleží matce v případě, že na ni nastoupila v ochranné lhůtě šesti měsíců (180 kalendářních dnů); toto neplatí v případě invalidity třetího stupně.

Znamená to tedy, že nárok na mateřskou vznikne, pokud:

- je žena účastna na nemocenském pojištění (je zaměstnaná);
- trvá ochranná lhůta 6 měsíců po skončení zaměstnání;
- pobírá nemocenskou až do začátku šestého týdne před očekávaným porodem a získala aspoň 270 kalendářních dnů účasti na nemocenském pojištění v posledních dvou letech před porodem a nevykonává práci zaměstnání, z něhož byla mateřská přiznána.

INVALIDNÍ DŮCHOD U STUDENTŮ

Student je osobou pojištěnou z hlediska důchodového pojištění, a proto se doba studia započítává do doby rozhodné pro vznik nároku na důchod.

Za předpokladu, že student splnil podmínky zákona o důchodovém pojištění, má právo na invalidní důchod. Tyto podmínky vyplývají z § 40 zákona o důchodovém pojištění. Nárok na invalidní důchod závisí na věku pojištěnce a době pojištění:

| Pojištěnec ve věku: | Potřebná doba pojištění: |
|---------------------|--------------------------|
| do 20 let | méně než jeden rok |
| od 20 let do 22 let | jeden rok |
| od 22 let do 24 let | dva roky |
| od 24 let do 26 let | tři roky |
| 26 let do 28 let | čtyři roky |
| nad 28 let | pět roků |

Do doby pojištění potřebné pro splnění nároku na invalidní důchod se započítává i období studia na střední nebo vysoké škole v České republice, a to před dosažením 18 let věku, nejdříve však po ukončení povinné školní docházky a po dosažení věku 18 let po dobu prvních 6 let tohoto studia.

NÁROK NA PRŮKAZ ZTP

Průkazy ZTP se vydávají podle § 86 zákona č. 100/1988 Sb. v platném znění a podle § 31 vyhlášky č. 182/1991 Sb. v platném znění. Garantují mimořádné výhody občanům těžce zdravotně postiženým. Podmínky přiznání průkazu TP, ZTP nebo ZTP/P upravuje Příloha č. 2 vyhlášky č. 182/1991 Sb. v platném znění.

STUPNĚ ZTP

Mimořádné výhody I. stupně (průkaz TP) se přiznávají v těchto případech postižení:

- ztráta úchopové schopnosti nebo podstatné omezení funkce horní končetiny (například na podkladě anatomické ztráty, ochrnutí, mízního edému);
- anatomická ztráta několika prstů na obou nohou nebo ztráta nohy v kloubu Lisfrankově nebo Chopartově a výše, až po bérce včetně;
- podstatné omezení funkce jedné dolní končetiny (například na podkladě funkčně významné parézy, arthrózy kolenního a kyčelního kloubu nebo ztuhnutí kolenního nebo kyčelního kloubu, stav po endoprotéze, pakloub bérce nebo stehenní kosti);

- omezení funkce dvou končetin (například na podkladě lehké hemiparézy nebo paraparézy, arthrotického postižení nosných kloubů obou dolních končetin, těžší formy osteoporózy, polyneuropathií, nestability kloubů nebo zánětlivého postižení kloubů);
- zkrácení jedné dolní končetiny přesahující 5 cm;
- onemocnění páteře, stavy po operacích a úrazech páteře s přetrvávajícími projevy nervového a svalového dráždění, insuficiencí svalového korzetu a omezením pohyblivosti dvou úseků páteře;
- postižení cév jedné dolní končetiny s těžkou poruchou krevního oběhu (například s trofickými změnami, mízním edémem, klaudikacemi, s těžkým vaskulárním komplexem);
- záchvatová onemocnění různé etiologie spojená s opakovanými poruchami vědomí, závrativé stavy.

Mimořádné výhody II. stupně (průkaz ZTP) se přiznávají v těchto případech postižení:

- anatomická ztráta jedné dolní končetiny v kolenním kloubu nebo ve stehně;
- anatomická ztráta dvou dolních končetin v úrovni Lisfrankova nebo Chopartova kloubu a výše;
- funkční ztráta jedné dolní končetiny (například na podkladě těžkého ochrnutí nebo plegie této končetiny, těžké poruchy funkce dvou nosných kloubů se ztrátou opěrné funkce končetiny, stav po implantaci endoprotézy kyčelního nebo kolenního kloubu s výrazně porušenou funkcí operované končetiny);
- současné funkčně významné anatomické ztráty části jedné dolní a jedné horní končetiny nebo obou horních končetin v úrovni bérce a předloktí;
- podstatné omezení funkce dvou končetin se závažnými poruchami pohybových schopností při neurologických, zánětlivých, degenerativních nebo systémových onemocněních pohybového aparátu (například na podkladě středně těžké hemiparézy nebo paraparézy, podstatného omezení hybnosti kyčelních a kolenních kloubů zpravidla o polovinu rozsahu kloubních exkurzí);
- onemocnění páteře, stavy po operacích a úrazech páteře se středně těžkými parézami, výraznými svalovými atrofiemi nebo se závažnými deformitami páteře s omezením exkurzí hrudníku, ztuhnutím tří úseků páteře;
- těžké obliterace cév obou dolních končetin s výrazným trofickým postižením a výrazným funkčním postižením hybnosti;
- chronické vady a nemoci interního charakteru značně ztěžující pohybovou schopnost (například vady a nemoci srdce s recidivující oběhovou nedostatečností trvající i při zavedené léčbě, dechová nedostatečnost těžkého stupně, selhání ledvin ve stadiu dialýzy, prováděné závažnými tělesnými

- komplikacemi, onkologická onemocnění s nepříznivými průvodními projevy na pohybové a orientační schopnosti);
- i) oboustranná praktická hluchota nebo oboustranná úplná hluchota, kterou se rozumí celková ztráta slyšení podle Fowlera 85 % a více, více než 70 dB;
 - j) kombinované postižení sluchu a zraku (hluchoslepota) funkčně v rozsahu oboustranné středně těžké nedoslýchavosti, kterou se rozumí ztráta slyšení podle Fowlera 40 až 65 %, a oboustranné silné slabozrakosti, kterou se rozumí zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí na lepším oku, kdy maximum je menší než 6/60 a minimum rovné nebo lepší než 3/60, nebo oboustranné koncentrické omezení zorného pole v rozsahu 30 až 10 stupňů, i když centrální ostrost není postižena;
 - k) oboustranná těžká ztráta zraku, kterou se rozumí zraková ostrost s korekcí, kdy maximum je menší než 3/60, minimum lepší než 1/60.

Mimořádné výhody III. stupně (průkaz ZTP/P) se přiznávají v těchto případech postižení:

- a) anatomická ztráta dolní končetiny vysoko ve stehně s anatomicky nepříznivým pahýlem nebo v kyčli;
- b) anatomická ztráta obou končetin v bérkách a výše nebo ztráta podstatných částí horní a dolní končetiny v úrovni pažní a stehenní kosti nebo obou horních končetin v úrovni paže;
- c) funkční ztráta jedné dolní a jedné horní končetiny (například hemiplegie nebo těžká hemiparéza) nebo obou dolních končetin (například paraplegie nebo těžká paraparéza, těžká destrukce kolenních a kyčelních kloubů);
- d) těžká porucha pohyblivosti na základě závažného postižení několika funkčních celků pohybového ústrojí; funkčním celkem se rozumí trup, páteř, pánev, končetina;
- e) disproporční poruchy růstu provázené závažnými deformitami končetin a hrudníku, pokud tělesná výška po ukončení růstu nepřesahuje 120 cm;
- f) dlouhodobé multiorgánové selhávání dvou a více orgánů, pokud podstatně omezuje pohybové nebo orientační schopnosti;
- g) neúplná (praktická) nevidomost obou očí, kterou se rozumí zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60, 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 st. kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, nebo úplná nevidomost obou očí, kterou se rozumí ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí;
- h) oboustranná praktická hluchota nebo oboustranná úplná hluchota u dětí do ukončení povinné školní docházky;

- i) střední, těžká a hluboká mentální retardace nebo demence, je-li IQ horší než 50, psychické postižení s dlouhodobými těžkými poruchami orientace a komunikace;
- j) kombinované těžké postižení sluchu a zraku (hluchoslepota) funkčně v rozsahu oboustranné těžké nedoslýchavosti až hluchoty, kterou se rozumí ztráta slyšení podle Fowlera horší než 65 %, a oboustranné těžké ztráty zraku.

Mimořádné výhody I., II. nebo III. stupně lze přiznat také v případech nemocí a vad, které nejsou uvedeny ve výčtu, ale přesto podstatně omezují pohybovou nebo orientační schopnost podle v rozsahu a závažnosti srovnatelných s uvedenými indikacemi. Po onemocnění Hodgkinovým lymfomem se obvykle přiznávají výhody ZTP podle II. bodu písmene h) výše – chronické vady a nemoci interního charakteru značně ztěžující pohybovou schopnost, onkologická onemocnění s nepříznivými průvodními projevy na pohybové a orientační schopnosti.

Jak si zažádat o mimořádné výhody

Žádost se podává u obecního úřadu příslušného podle místa bydliště žadatele, v Praze u úřadu příslušné městské části. Protože na vydávání průkazů se vztahuje správní řád, rozhodnutí by mělo být vydáno do 1 měsíce, ve složitých případech do dvou měsíců od podání žádosti.

„Důležitá je vůle a disciplína. Disciplína znamená mít rád sebe sama a být pro sebe důležitý.“

Pablo Russel

SDRUŽENÍ LYMFOM HELP

O NÁS

Občanské sdružení Lymfom Help vzniklo v roce 2005 z vlastní iniciativy pacientů, které znepokojoval závažný nárůst onemocnění maligním lymfomem a potřeba co největší informovanosti. Usilujeme o vytvoření zázemí a zdroj pomoci pro ty, kteří léčbou procházejí nebo už se ocitli na cestě zpět do svého života, stejně jako pro jejich příbuzné a blízké, kteří jim chtějí být v těžkém životním období oporou.

NAŠE CÍLE A AKTIVITY

Hlavní cíle

- 1) Sdružujeme nemocné trpící lymfomem, jejich příbuzné a blízké, ale úzce spolupracujeme také s lékaři, kteří se podílejí na léčbě tohoto onemocnění, se zdravotními sestrami a ošetřujícím personálem či dalšími patientskými a sesterskými organizacemi.
- 2) Vytváříme komunikační prostředek pro sdílení zkušeností mezi nemocnými, jejich rodinami či přáteli a okolím.
- 3) Shromažďujeme informace a údaje o dostupné lékařské péči a pacientech (s jejich výslovným souhlasem), které by mohly dále posloužit ke zlepšení péče o nemocné trpící lymfomem.
- 4) Zajišťujeme dostupnost informací o onemocnění samotném, o možnostech léčby a následné péče i dalších otázkách, se kterými se nemocní setkávají.
- 5) Snažíme se zviditelnit pojem onemocnění maligním lymfomem (páté nejčastější onkologické diagnózy) mezi českou veřejností:
 - realizujeme mediální aktivity, benefice, informační kampaně;
 - prostřednictvím médií se snažíme zlepšit znalosti o onemocnění maligním lymfomem, bojovat proti zažitým předsudkům a mýtům o onkologických onemocněních.
- 6) Poskytujeme pomoc a podporu nemocným trpícím lymfomem, jejich příbuzným a blízkým.

KONKRÉTNÍ AKTIVITY

Setkávání pacientů

- **Celostátní** – ve spolupráci s předními hematology ČR pořádáme celodenní podzimní konference za účasti renomovaných odborníků, kteří zde prezentují aktuální témata z oblasti onkologické léčby, psychologie, stravování, životního stylu apod.
- **Regionální** – zpravidla jednou ročně pořádáme v různých městech ve spolupráci s fakultními nemocnicemi (Hradec Králové, Olomouc, Plzeň) tématicky zaměřená setkání.
- **V rámci Prahy** – tato setkání se konají každý měsíc (s výjimkou letních prázdnin) a bývá na nich přítomen také lékař k nezávazné konzultaci. Účast není třeba dopředu potvrzovat.
- **Neformální** – připravují a realizují je samotní členové či příznivci sdružení ze své vlastní iniciativy (mohou to být výlety do přírody, za zajímavostmi v okolí apod.).

Bulletin

Dvakrát ročně vydáváme tištěný informační bulletin, který obsahuje nejen informace o akcích a projektech sdružení, ale také naučné články související s léčbou a diagnostikou lymfomů a s onkologickou problematikou obecně. Distribuujeme jej na specializovaná léčebná centra (VFN Praha, FN Královské Vinohrady, FN Motol, FN Hradec Králové, FN Olomouc, FN Brno, FN Plzeň), kde jsou k dispozici všem pacientům.

Brožury a příručky

Samostatně nebo s přispěním spolupracujících lékařů, právníků, dietologů, psychologů či jiných organizací vydáváme různé informační brožury a příručky. Tyto publikace jsou k dostání v našich prostorách, na našich akcích nebo na nemocničních pracovištích, která se na léčbu lymfomů specializují.

Poradenství zdarma

- **Telefonní linka** – vedle informací o sdružení a jeho aktivitách zde můžete získat odpovědi na otázky související s diagnostikou a léčbou maligních lymfomů.
- **Anonymní internetová poradna** – prostřednictvím našich webových stránek nám můžete zcela anonymně napsat dotazy ohledně konzultace svého zdravotního stavu či léčebného postupu. Odpovědi od našich předních hematologů vám budou zaslány emailem během několika dnů.

Webové stránky www.lymfomhelp.cz

- informace o našich aktivitách a službách;
- praktické informace o onemocnění maligním lymfomem (diagnostika, vyšetřovací metody, doporučené léčebné postupy apod.);
- kontakty na odborná pracoviště, která se na léčbu maligních lymfomů specializují.

SPOLUPRACUJÍCÍ ORGANIZACE A UŽITEČNÉ ODKAZY

- **Kooperativní lymfomová skupina** – www.lymphoma.cz
- **Liga proti rakovině** – www.lpr.cz
- **Program Amélie** – bezplatná odborná i laická psychosociální pomoc pro onkologicky a jinak vážně nemocné i jejich blízké s pobočkou v Olomouci www.programamelie.cz
- **Gaudia proti rakovině** – psychosociální pomoc pro onkologické pacienty u lůžka a pro jejich příbuzné a blízké – www.gaudia.cz
- **Arcus onkocentrum** – ozdravné pobyty pro onkologické pacienty www.arcus-oc.org
- www.mojemedicina.cz
- www.linkos.cz

DOPORUČENÁ LITERATURA

K problematice náhradní rodinné péče doporučujeme knihy předního odborníka, Prof. PhDr. Zdeňka Matějčka, CSc.

Matějček, Z.: Náhradní rodinná péče. Praha, Portál 1999.

Matějček, Z.: O rodině vlastní, nevlastní a náhradní. Praha, Portál 1994.

Matějček, Z. a kol.: Počátky našeho duševního života. Praha, Panorama 1986.

Matějček, Z., Dytrych, Z.: Děti, rodina a stres. Praha, Galén 1994.

Matějček, Z., Dytrych, Z.: Jak a proč nás trápí děti. Praha, Grada 1997.

Matějček Zdeněk: Po dobrém, nebo po zlém? Portal, Praha, 1993

Dunovský, J., Dytrych, Z., Matějček, Z.: Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě, Grada, Praha, 1995

Výživová doporučení byla převzata z velmi pěkné a přehledně zpracované práce Doc. MUDr. Tomáška, CSc., která je dostupná na internetových stránkách:

<http://www.linkos.cz/pacienti/vyziva.php>.

Najdete zde i objektivní hodnocení jednotlivých alternativních dietních přístupů, možnosti podpůrných nutričních doplňků.

Ilustrační fotografie do této publikace byly vybrány z příspěvků lidí, kteří se přihlásili do motivačního projektu pořádaného sdružení Lymfom Help. Jedná se o VÝZNAMNÉ a často zdánlivě nevýznamné MALÍČKOSTI kolem nás zachycené objektivem lidí, kteří se osobně setkali se závažným onkologickým onemocněním, a představují výpověď o hluboké naději v život.

Tento projekt nebyl určen pouze pacientům s onkologickým onemocněním, ale všem, kteří se s nemocí setkali ať už u svých příbuzných a známých či v rámci své profese.

Fotografie jsou nejen poselstvím o lidském odhodlání a vytrvalosti bojovat s nepřízní osudu, ale především o bezbřehé naději v prostý život.

Jak dál po léčbě lymfomu

Informační příručka pro pacienty

Autoři: MUDr. David Belada, PhD.; MUDr. Pavla Štěpánková; PhDr. Mgr. Jeroným Klimeš, PhD.
a JUDr. Pavel Musil

Odborná konzultace: MUDr. Heidi Móciková, PhD.

Grafická úprava Irena Komrower

Vydalo občanské sdružení Lymfom Help, Praha 2010

Kontakt:

Lymfom Help o.s.

Lotyšská 8, Praha 6, 160 00

Arménská 14, Praha 10, 101 00

Tel.: 724 370 065 (každé pondělí a středa 9.00–18.00 h)

E-mail: info@lymfomhelp.cz

www.lymfomhelp.cz

Číslo účtu: 35-9667260207/0100

Tato publikace vznikla s laskavým přispěním

Ministerstva zdravotnictví ČR

Partner projektu:



