

Vladimír Staněk a kol.

*Vzpomínky*  
*na Jiřího Widimského st.*



Vladimír Staněk a kol.

## Vzpomínky na Jiřího Widimského st.

### *Vyloučení odpovědnosti:*

Autoři i vydavatel věnovali maximální možnou pozornost tomu, aby informace uvedené v knize odpovídaly aktuálnímu stavu znalostí v době přípravy díla k vydání. I když tyto informace byly pečlivě kontrolovány, nelze s naprostou jistotou zaručit jejich úplnou bezchybnost. Z těchto důvodů se vylučují jakékoli nároky na úhradu ať již přímých, či nepřímých škod.

*Tato kniha ani žádná její část nesmí být kopírována, rozmnožována ani jinak šířena bez písemného souhlasu vydavatele.*

© prof. MUDr. Vladimír Staněk, CSc., FESC, 2023

© EEZY Publishing, s.r.o., 2023

Vydalo nakladatelství EEZY Publishing, s.r.o.,  
Vyšehrad Garden, Na Pankráci 322/26, 140 00 Praha 4  
[www.eezy.cz](http://www.eezy.cz)



ISBN 978-80-88506-02-7

Publikace je určena pro odbornou veřejnost.

---

# Obsah

Autoři textů a osobnosti uvedené v knize	8
Předmluva Miloše Táborského	12
1. část – Vzpomínky Vladimíra Staňka	14
2. část – Vzpomínky kolegů a přátel	30
1. Michal Anděl	32
2. Michael Aschermann	36
3. Jaroslav Hořejší	40
4. Jaromír Hradec	43
5. Josef Kautzner	49
6. Jiří Kettner	52
7. Ilja Kotík	55
8. Kateřina Lefflerová	58
9. Ján Murín	62
10. Bohuslav Ošťádal	66
11. Petr Ošťádal	71
12. Jan Pirk	74
13. páter Oldřich Prachař, minorita	77
14. Karel Roztočil	79

15. Miroslav Souček	83
16. Jiří Stiksa	86
17. František Toušek	98
18. Jiří Vítovec	100
3. část – Vzpomínky synů Jiřího a Petra a manželky Dagmar	102
Táta, hudba a tolerance	104
Dášo, dojdi pro pomoc!	115
Jak jsme se seznámili	153
4. část – Dodatky	166
Životopis	168
Publikační činnost	171
Fotogalerie	172

# UDĚLEJTE PRO SVÉ PACIENTY VÍCE ZVOLTE LP FORXIGA

3 v 1<sup>\*</sup>

**forxiga**  
(dapagliflozin)

## NOVINKA

Forxiga nově  
schválena pro léčbu  
HF v celém spektru  
ejekční frakce<sup>1</sup>

Chrání srdce a ledviny  
před komplikacemi  
diabetu<sup>1</sup>

DM2

HF

CKD

První a jediný gliflozin  
hrazený pro léčbu  
pacientů s CKD  
bez ohledu na  
přítomnost DM2<sup>2-5</sup>

CKD - chronické onemocnění ledvin;  
DM2 - diabetes mellitus 2. typu; HF - srdeční selhání.

\* Forxiga je indikována k léčbě: - dospělých pacientů se symptomatickým chronickým srdečním selháním, - dospělých pacientů a dětí ve věku 10 let a starších při nedostatečné kontrole diabetu mellitu 2. typu jako přídatná léčba k dietě a fyzické aktivitě, - dospělých pacientů s CKD.

LP Forxiga lze nasadit ve všech indikacích při eGFR  $\geq 25$  ml/min, limit pro vysazení není stanoven.

Reference: **1.** SPC LP Forxiga [datum revize textu 3.2.2023]. **2.** WWW.SUKL.CZ: Detail léčivého přípravku Forxiga - Ceny a úhrady [online] [cit. 2023-09-02]. **3.** WWW.SUKL.CZ: Detail léčivého přípravku Jardiance - Ceny a úhrady [online] [cit. 2023-09-02]. **4.** WWW.SUKL.CZ: Detail léčivého přípravku Invokana - Ceny a úhrady [online] [cit. 2023-09-02]. **5.** WWW.SUKL.CZ: Detail léčivého přípravku Steglatro - Ceny a úhrady [online] [cit. 2023-09-02].

### Zkrácená informace o léčivém přípravku FORXIGA<sup>®</sup> 10 mg potahované tablety

**Kvalitativní a kvantitativní složení:** Dapagliflozinum propandiolium monohydricum odpovídající dapagliflozinum 10 mg v 1 potahované tabletě. Jedna 10 mg tableta obsahuje 50 mg laktosy. **Terapeutické indikace:** Diabetes mellitus 2. typu (DM2) - u dospělých pacientů a dětí ve věku 10 let a starších - jako přídatná léčba k dietě a fyzické aktivitě ke zlepšení kontroly glykémie - jako monoterapie, pokud je podávání metforminu nevhodné v důsledku intolerance; - jako přídatná léčba k jiným léčivým přípravkům k léčbě DM2. Výsledky studií ve vztahu ke kombinované léčbě s jinými léčivými přípravky, vlivy na kontrolu glykémie a kardiovaskulární příhody a studované populace viz SPC. **Srdeční selhání (SS)** - k léčbě dospělých pacientů se symptomatickým chronickým srdečním selháním. **Chronické onemocnění ledvin (CKD)** - k léčbě dospělých pacientů s chronickým onemocněním ledvin.

**Dávkování a způsob podání:** Doporučená dávka je 10 mg dapagliflozinu jednou denně. Pokud je dapagliflozin podáván v kombinaci s inzulinem nebo inzulinovými sekretagogy, lze uvažovat o jejich snížení dávce, aby se snížilo riziko hypoglykémie. Přípravek se podává perorálně, jednou denně, kdykoli v průběhu dne, s jídlem nebo mimo jídlo. Tablety se polykají celé. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku.

**Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Není nutná úprava dávky s ohledem na funkci ledvin. Nedoporučuje se zahájit léčbu dapagliflozinem u pacientů s eGFR < 25 ml/min. Účinnost dapagliflozinu na snížení glykémie závisí na funkci ledvin, a je snížena u pacientů s eGFR < 45 ml/min a pravděpodobně chybí u pacientů s těžkou poruchou funkce ledvin a je třeba vařit další léčbu snižující hladinu glukózy, pokud je nutná další kontrola glykémie.

Dapagliflozin se nemá používat k léčbě pacientů s diabetem 1. typu. U pacientů s těžkou poruchou funkce jater je zvýšená expozice dapagliflozinu. Nedoporučuje se upravovat dávku dle věku. V důsledku mechanismu účinku zvyšuje dapagliflozin diurézu, která může vést k mírnému snížení krevního tlaku. Opatrnosti je zapotřebí u pacientů, u kterých může pokles krevního tlaku vyvolat dapagliflozinem představa riziko. U pacientů léčených inhibitory společného transportéru pro sodík a glukózu (SGLT2), byly vzácně hlášeny případy diabetické ketoacidózy (DKA) u rizikových pacientů je třeba počít pacienta. Před zahájením léčby mají být pacienti vyšetřeni s ohledem na riziko DKA. Více informací viz SPC. Pokud se vyskytnou známky nebo symptomy ketoacidózy, mají být pacienti poučeni, aby si změřili hladinu ketonů. Po uvedení přípravku SGLT2 na trh byly u pacientů hlášeny případy nekrotizující fasciitidy perineae (Fournierova gangrén). - jde o vzácnou, ale závažnou a potenciálně život ohrožující příhodu, která vyžaduje neodkladnou péči, která vyžaduje neodkladnou péči. **Těhotenství a kojení:** Nejsou dostupné údaje o použití dapagliflozinu u těhotných žen. Jakmile je zjištěno těhotenství, musí se léčba dapagliflozinem přerušit. Není známo, zda se dapagliflozin a/nebo jeho metabolity vylučují do lidského mateřského mléka. Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje: Přípravek Forxiga nemá žádný vliv nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. Pacienti mají být upozorněni na riziko hypoglykémie, pokud je dapagliflozin podáván souběžně s deriváty sulfonylmočoviny nebo s inzulinem. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášenými nežádoucími účinky v klinických studiích byly infekce pohlavních orgánů, výskyt hypoglykémie při srovnání s placebem, jejich frekvence se zvyšují při kombinaci se SU či inzulinem. Dalšími častými nežádoucími účinky byly infekce močových cest, zácpa, dysurie, polyurie, bolest zad, zvýšený hematokrit, zvýšený kreatinin či zvýšená močovina v krvi, snížená tělesná hmotnost, dyslipidémie a vyrážka. Méně časté jsou plísňové infekce, objemová deplece, žízeň, zácpa, sucho v ústech, narkóza, vulvovaginální pruritus, pruritus genitální, zvýšený kreatinin či zvýšená močovina v krvi, snížená tělesná hmotnost, zvýšené DKA při použití u DM2, velmi vzácné angioedémy, tubulointersticiální nefritida. U pacientů užívajících inhibitory SGLT2, včetně dapagliflozinu, byly velmi vzácně hlášeny případy Fournierovy gangrén. Celkový bezpečnostní profil Fournierovy gangrén. Celkový bezpečnostní profil Fournierovy gangrén. Celkový bezpečnostní profil Fournierovy gangrén. Celkový bezpečnostní profil Fournierovy gangrén.

**Zvláštní opatření pro uchování:** Nevyžaduje se. **Druh obalu a velikost balení:** Al/Al blister, 28 a 98 potahovaných tablet v neperforovaných kalendářních blistrech; 30x1 a 90x1 potahované tablety v perforovaných jednodávkových blistrech. **Držitel rozhodnutí o registraci:** AstraZeneca AB, SE 151 85 Södertälje, Švédsko. **Registrační číslo:** EU/1121795/007-008, EU/1121795/009-010. **Datum revize textu:** 3. 2. 2023.

\*Všimněte si, prosím, změny v informacích o léčivém přípravku.

© AstraZeneca 2023. Registrovaná ochranná známka FORXIGA je majetkem AstraZeneca plc. Referenční číslo dokumentu: 030220234PI. Přípravek Forxiga 10 mg je v ČR hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Na trhu nemusí být aktuálně dostupná všechna balení. Přečtěte si pozorně úplnou informaci o přípravku, kterou naleznete na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky (EMA) <http://ema.europa.eu> nebo na adrese zástupce držitele rozhodnutí o registraci v ČR: AstraZeneca Czech Republic s.r.o., U Trezorky 921/2, 158 00 Praha 5 - Jinonice, tel.: +420 222 807 111, <http://www.astrazeneca.cz>.

CZ-4218 | Datum přípravy: 2/2023

**AstraZeneca Czech Republic s.r.o.**

U Trezorky 921/2, 158 00 Praha 5 - Jinonice | tel.: +420 222 807 111 | [www.astrazeneca.cz](http://www.astrazeneca.cz)

**AstraZeneca**

## Autoři textů a osobnosti uvedené v knize

V této knížce je uvedena řada jmen známých osobností. Kvůli lepší čtivosti textu jsou všechny jejich tituly uvedeny zde v úvodu a v dalším textu budou osobnosti uváděny vždy jen jménem a příjmením, případně tam, kde je to v kontextu nutné, jen jedním titulem vyjádřeným slovně (profesor, docent, doktor).

*(Poznámka redakce: u některých osobností zmíněných v knize se nám bohužel nepodařilo ověřit všechny tituly, v seznamu se tak mohou vyskytovat drobné nepřesnosti.)*

### **Autoři vzpomínkových textů:**

prof. MUDr. Michal Anděl, CSc., FCMA  
prof. MUDr. Michael Aschermann, DrSc.  
Mgr. Jaroslav Hořejší  
prof. MUDr. Jaromír Hradec, CSc., FESC  
prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc. FESC  
doc. MUDr. Jiří Kettner, CSc. FESC  
MUDr. Ilja Kotík  
MUDr. Kateřina Lefflerová, CSc.  
prof. MUDr. Ján Murín, CSc.  
prof. MUDr. Bohuslav Ošťádal, DrSc.  
prof. MUDr. Petr Ošťádal, PhD.  
P. Mgr. Oldřich Prachař, OFMConv.  
prof. MUDr. Jan Pirk, DrSc.  
MUDr. Karel Roztočil, CSc.  
prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.  
prof. MUDr. Vladimír Staněk, CSc., FESC  
doc. MUDr. Jiří Stiksa, CSc.

prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA  
MUDr. František Toušek, FESC  
prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc.  
Dagmar Widimská  
prof. MUDr. Jiří Widimský, CSc.  
prof. MUDr. Petr Widimský, DrSc., FESC, FACC

**Osobnosti zmíněné v knize:**

Måns Arborelius  
prof. MUDr. Alfred Belán, DrSc.  
doc. MUDr. Zdeněk Beneš, CSc.  
Prof. Erik Berglund, MD., PhD.  
Hilding Berglund  
Kerstin Berglundová  
MUDr. Karel Bergmann  
Anna-Greta Berggrenová  
Prof. Michel Bertrand, MD., PhD.  
Prof. Gösta Birath, MD., PhD.  
Prof. Jan Bjure, MD., PhD.  
prof. MUDr. Ivan Blažovjeh, DrSc.  
Prof. Eugen Braunwald, MD, PhD., FACC, FAHA  
prof. MUDr. Jan Brod, DrSc.  
MUDr. Vladimír Brodan, CSc.  
Prof. Arne Carlsten, MD., PhD.  
prof. MUDr. Renata Cífková, CSc.  
Julius H. Comroe, MD.  
Prof. Dr. Jevgenij Čazov, DrSc.  
doc. MUDr. Václav Červenka, CSc.  
MUDr. Robert Čihák, CSc.  
Prof. MUDr. Severin Daum, CSc.

Prof. Henri Denolin, M.D, Ph.D.  
Prof. Donato, MD., PhD.  
prof. MUDr. Vladimír Dufek, CSc.  
prof. MUDr. Juraj Fabián, DrSc., FESC  
prof. MUDr. Zdeněk Fejfar, DrSc.  
prof. MUDr. Ota Gregor, DrSc.  
prof. MUDr. Miloš Grimm, DrSc.  
MUDr. Jan Hammer  
Prof. Peter Harris, MD., PhD.  
prof. MUDr. Libor Hejhal, DrSc.  
prof. MUDr. František Herles, DrSc.  
Prof. Herzog, MD., PhD.  
MUDr. Oldřich Horák  
Prof. Paul G. Hugenholtz, M.D, PhD., FESC., FACC  
MUDr. Jiří Hurych  
prof. MUDr. Kristián Hynek, DrSc.  
prof. MUDr. Josef Charvát, DrSc.  
MUDr. Miloš Janota, CSc.  
MUDr. Pavel Jebavý, CSc.  
doc. MUDr. Pavel Jedlička, CSc.  
MUDr. Jan Kasalický, CSc.  
prof. MUDr. Lambert Klabussay, DrSc.  
prof. MUDr. František Kölbel, DrSc., FACC  
prof. Michel Komajda, MD., PhD., FESC  
MUDr. Otto Klein  
Prof. Franz Loogen, MD., PhD.  
prof. MUDr. Pavel Lukl, CSc.  
prof. MUDr. Prokop Málek, DrSc.  
prof. MUDr. Václav Monhart, CSc.  
prof. MUDr. Mikuláš Ondrejčka, CSc.



MUDr. Alois Ouředník  
Milton Packer  
doc. MUDr. František Pirk, DrSc.  
prof. MUDr. Zbyněk Píša, CSc.  
prof. MUDr. Bohumil Prusík, DrSc.  
doc. MUDr. Ivo Přerovský, CSc.  
prof. Paul Sadoul, MD., PhD.  
doc. Bror Söderholm, MD., PhD.  
prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.  
prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA  
prof. MUDr. Milan Šamánek, DrSc.  
prof. MUDr. Otakar Šmahel, DrSc.  
prof. MUDr. Miloš Štejfa, DrSc.  
prof. MUDr. Mikuláš Takáč, DrSc.  
dr. Oldřich Uhlíř  
Dr. Varnauskas  
prof. MUDr. Josef Veselka, CSc.  
prof. MUDr. Vlastimil Víšek, DrSc.  
prof. MUDr. Jan Vojáček, DrSc.  
prof. MUDr. Klement Weber  
Prof. Paul Wood, MD.  
Prof. Julius Gyula Papp, MD., PhD.

*Milé dámy, vážení pánové, vážení členové České kardiologické společnosti,*

dovolte mi, abych na úvod této knihy zavzpomínal osobně na pana prof. MUDr. Jiřího Widimského, DrSc., FESC, FAHA. Připravili jsme u příležitosti XXXI. výročního sjezdu ČKS a blížícího se stého výročí jeho narození knihu, jež je důstojnou připomínkou osobnosti české kardiologie, která výrazně v odborné i osobní rovině překročila hranice naší země a české kardiologie jako takové.

Měl jsem pana profesora rád a moc jsem si ho vážil zejména za to, že za přísným přístupem k lékařům, kandidátům kardiologických atestací, při obhajobách doktorandského studia, habilitačních řízeních a řízeních ke jmenování profesory byla především poctivá snaha kolegy a kolegyně naučit obor velmi detailně a poctivě a především posouvat percepci a rozvoj kardiologie výrazně dále.

Jeho jméno bude vždy spojeno s kardiologií. Začínal v Nemocnici Karlovy Vary a poté ihned v roce 1951 nastoupil do Ústavu pro choroby oběhu krevního (ÚCHOK) v Praze, který byl spolu s dalšími jednotkami tzv. Krčských ústavů transformován v roce 1971 v Institut klinické a experimentální medicíny (IKEM). Po založení IKEM v roce 1971 se stal Jiří Widimský přednostou II. interní výzkumné základny, která byla po roce 1989 přejmenována na Klinikou kardiologie IKEM. V té době se také stal profesorem vnitřního lékařství 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy (1978).

Jako jeden z mála českých kardiologů se Jiří Widimský prosadil výrazně i ve světovém kontextu, a to zejména problematikou plicní cirkulace. Od roku 1976 do roku 1984 byl členem výboru Evropské kardiologické společnosti, pracoval také jako její viceprezident. V 70. letech minulého století byl navíc konzultantem Světové zdravotnické organizace.

Byl autorem přibližně tisíce odborných publikací a šedesáti monografií nebo kapitol v monografiích. Řada z nich byla publikována dokonce v zahraničí. Jeho přednášky pro studenty nebo lékaře byly vždy precizní a velice informativní.

Pan profesor získal za svůj život řadu ocenění, ale tím největším je vzpomínka velkého počtu českých kardiologů, které vychoval a kontinuálně vzdělával. Z osobnosti, které se všichni při atestacích obávali (zejména z důvodu požadavku znalostí všech aktuálních studií a jejich interpretací), je potřeba akcentovat jak odbornou, tak lidskou stránku, a především poctivou snahu o rozvoj české kardiologie.

Za to já osobně jsem vděčný a pevně věřím, že vás monografie zaujme. Pro naši společnost je velmi důležité, zejména v této složité době, připomínat si osobnosti a nezapomínat.



Váš

*Miloš Táborský*





*7. část*

Vzpomínky Vladimíra Staňka

S Jiřím Widimským jsem se setkal poprvé někdy na jaře roku 1964. Pracoval jsem tehdy na interním oddělení nemocnice v Nymburce, bydlel jsem v Praze a snažil jsem se dostat na některou z pražských klinik. Hlásil jsem se na různá konkurzní místa, ale buďto nikdo neodpověděl, nebo mi oznámili, že byl vybrán jiný uchazeč. Nestalo se, že by mě někdo chtěl vidět. V té době byl vypsán konkurz na místo lékaře v Ústavu pro choroby oběhu krevního v Praze-Krči. Věděl jsem, že ředitelem ústavu je Jan Brod, a toho jsem měl v paměti zafixovaného jako nefrologa. Četl jsem jeho knihu. Přihlásil jsem se a ke svému překvapení jsem byl pozván k pohovoru. Kde přesně ústav byl, jsem nevěděl, ale podle informací ve vrátnici nemocnice jsem jej našel a vešel do čekárny ambulance, kde již bylo kolem dvaceti uchazečů. Komise se skládala z Jana Broda, primáře Bergmanna, Jiřího Widimského a Jiřího Hurycha. Později jsem pochopil, že ten tam byl za (komunistickou) stranu. K mému překvapení jsem dostával otázky jen z medicíny. Čekal jsem otázky stran politické angažovanosti, a když nepřicházely, tak jsem jim v předstihu řekl, že ve straně nejsem a nikak se neangažuji. Grimasami v obličeji mi dávali najevo, že to snad nevádí. Odcházel jsem se smíšenými pocity, neměl jsem dojem, že bych komisi nějak oslnil. Po určité době jsem dostal dopis, ve kterém stálo, že přicházím v úvahu k přijetí do ústavu, a později přišlo oznámení, že jsem byl přijat. Poté mě kontaktoval Jiří Widimský. Dali jsme si schůzku u krčského hřbitova, zavedl mě k sobě do bytu, který byl nedaleko, a vysvětlil mi, že budu pracovat v jeho skupině, která se zabývá kardiologií, speciálně pak kardiopulmonální fyziologií. To bylo pro mě překvapení, myslel jsem, že budu dělat nefrologii. Tak jsem se dostal ke kardiologii. Jiří Widimský mi dal dvě monografie v angličtině a němčině, abych si je během dvou měsíců, které zbývaly do mého přijetí, prostudoval s tím, že jede na dovolenou a uvidíme se až po prázdninách.

Když jsem nastoupil do ústavu, zjistil jsem, že se výzkumná skupina sestávala z Jiřího Widimského, Jana Kasalického a čtyř laborantek. Provoz o prázdninách nebyl, a tak jsem si četl uloženou literaturu a hledal jsem, co Jiří Widimský publikoval. Jeho jméno jsem znal jenom z článku v Časopise lékařů českých o vybavení a chodu nemocnice v Göteborgu. Tam byl nedávno na studijním pobytu. Zjistil jsem, že se věnoval zprvu hypertenzi, konkrétně hypertenzi u mladých lidí, a později fyziologii malého oběhu a plicní funkci. Jiřímu Widimskému bylo tehdy 39 let a mně 31. Tehdy již publikoval dvě monografie o juvenilní hypertenzi a o cor pulmonale u tuberkulózy. Monografie vyšly česky, ale i v němčině a publikoval originální práce v amerických a švédských časopisech. Byl kandidátem věd, tehdy ještě bez pedagogického titulu.

V 50. a 60. letech minulého století byla v kardiologii hlavním tématem výzkumu klinická fyziologie. Až do konce 60. let byla kardiologie vlastně jen takovým oborem popisným. Krevní tlak jsme uměli změřit díky Korotkovovi od roku 1910, ale neuměli jsme ho léčit, srdeční infarkt jsme uměli diagnostikovat od roku 1915, ale neuměli jsme udělat nic, aby se poškození zmenšilo, arytmie jsme uměli diagnostikovat a pojmenovat, ale neuměli jsme je odstranit. Klinické projevy arteriosklerózy, klaudikace a anginu pectoris jsme diagnostikovali, ale neměli jsme léky k prevenci ani prostředky k obnovení průtoku. Chlopenní vady jsme uměli rozpoznat, ale náhrady chlopní se u nás začaly provádět až od poloviny 60. let. Neuměli jsme tedy léčit, ale objevily se nové prostředky ke studiu hemodynamiky díky srdeční katetrizaci, metody měření minutového objemu a díky izotopům možnost měřit regionální krevní průtok v plicích. Využitím těchto metod se získávaly nové poznatky o hemodynamice. Tématem výzkumu tedy byla klinická fyziologie. Veškerá pozorování a měření se prováděla u pacientů, kteří přicháze-

li na rutinní diagnostickou katetrizaci. Platilo, že každá diagnostická katetrizace se využila k účelům výzkumným. Spektrum pacientů, kteří přicházeli na vyšetření, odpovídalo tehdejší době. Doznívala tuberkulóza, časté bylo cor pulmonale u nemocných s obstrukční chorobou plicní a u nemocných s plicní tuberkulózou a fibrózou různé etiologie. Mitrální stenóza bývala tehdy běžnou diagnózou. Hypertenze se léčila teprve od poloviny 60. let a často předtím přecházela do obrazu maligní hypertenze se změnami na očním pozadí, hypertrofií levé komory, srdeční slabostí a poškozením funkce ledvin.

Když se Jiří Widimský vrátil po prázdninách do práce, byl plný nápadů a impulzů z pobytu ve Švédsku. Do laboratoře obstaral jeden z prvních Astrupových přístrojů, ve Švédsku úspěšně absolvoval kurz využití izotopů v lékařství a navázal spolupráci s Ústavem pro využití izotopů v Krči. Další z jeho aktivit pramenila z jeho dřívější činnosti jako fiškuse na tělovýchovném lékařství. Zabýval se reakcí malého i velkého oběhu na svalovou práci. Na katetrizačním sále byl trvale instalován ergometr a hemodynamická měření se standardně získávala jak v klidu, tak při námaze. K získávání pacientů vhodných ke studiu využíval kontakty s různými pracovišti, s tělovýchovným lékařstvím, s pneumologickou klinikou, s pracovním lékařstvím, s chirurgickými klinikami. Tak se k němu dostávali pacienti s plicními fibrózami různé etiologie, pacienti po pneumonektomii i mladí sportovci. Mohl tak vytvářet unikátní soubory, výsledky publikoval v zahraničí a postupně získával věhlas jako odborník na plicní cirkulaci i respiraci. Sledovali jsme změny plicního oběhu v závislosti na svalové práci. Sledovali jsme tlaky a průtoky v plicním řečišti při opakované práci, ty byly při opětovném cvičení nižší jako ekvivalent rozcvičky. Sledovali jsme u zdravých tlaky v plicnici při prolongovaném cvičení, ty klesaly coby ekvivalent druhého dechu. Srovnávali jsme reakci u mla-



dých a starých. Měřili jsme tlak a průtok v plicním řečišti při uzavěru pravé či levé větve plicnice balonkovým katétrem. Skutečnost, že tlak stoupal minimálně a pacient neměl potíže ani při námaze, sváděla některé k tomu, že vysvětlení klinického obrazu masivní embolie hledali ve vazokonstrikci plicních tepen. Teprve později se zjistilo, že musí být uzavřeno více nežli 50 % plicního řečiště. Později, když byla v ústavu zřízena koronární jednotka, jsme publikovali práce o monitorování hemodynamiky a respirace v průběhu masivní plicní embolie a o dlouhodobé prognóze nemocných, kteří prodělali plicní embolii. Zajímavé byly i práce, které se týkaly respirace. Ve spolupráci s pneumologickou klinikou jsme získali soubor nemocných s biopstickou ověřenou idiopatickou plicní fibrózou (Haman-Rich). Pro tyto nemocné je typický výrazný pokles tenze kyslíku a saturace v arteriální krvi při práci. Konvenční vysvětlení bylo, že při ztluštění alveolokapilární membrány se při námaze zvyšuje průtok a zkracuje kontaktní čas mezi krví a alveolárním plynem. Použili jsme model okluze plicnice. Při uzavěru jedné z hlavních tepen se průtok neměnil, takže neokludovanou plící protékalo za jednotku času dvojnásobné množství krve, kontaktní čas se logicky zkrátil, ale tenze a saturace krve kyslíkem se neměnila. Příčinou desaturace je tedy nerovnoměrnost ventilace a perfuze. Při práci je příčinou desaturovaná smíšená žilní krev protékající neventilovanými oblastmi. Barvičkovou metodou jsme měřili objem krve v plicích a změny při námaze. Další metodou, kterou jsme užívali, byly izotopy. Hledala se vazomotorika plicních tepen. Tehdy ještě doznávaly důsledky epidemie revmatické horečky a v nemocnicích leželi lidé s mitrální stenózou. Problémem byla vysoká plicní cévní rezistence zvláště u nemocných se zachovaným sinusovým rytmem. Hledala se vazokonstrikce v plicním řečišti. Vědělo se, že se u nemocných s mitrální stenózou průtok přesouvá do horních partií plic. Zajímalo nás, do jaké míry jsou příčinou organické změny v dol-

ních partiích a do jaké míry je příčinou vazokonstrikce. Studie ukázala na přítomnost vazomotoriky. Při poloze na boku byla dolní plíce méně perfundována a více ventilována. Je rozdíl mezi zdravými lidmi a nemocnými se stenózou mitrální chlopně. Nemocní s chlopenní vadou se vyšetřovali katetrizačně i při práci. Nebyla echokardiografie a plochu ústí jsme vypočítávali podle Gorlinovy formule. Práce o změně vypočtené velikosti ústí aortální chlopně při práci se dostala do guidelines. Naše skupina se postupně rozšiřovala, přišel do ní Jiří Hurych, Pavel Jebavý a Miloš Janota.

Byla to zajímavá éra, začínalo určování krevních plynů, scintigrafie plic a myokardu, rozvíjela se kardiostimulace a na všech studiích jsem participoval, některé jsem publikoval jako první autor. Množství publikovaných originálních výsledků publikovaných v zahraničí vedlo k tomu, že Jiří Widimský se stal všeobecně známým a uznávaným odborníkem, a to nejen u nás, ale i v zahraničí. Pocty a uznání na sebe nenechaly dlouho čekat. V roce 1966 byl kooptován do výboru České kardiologické společnosti a setrval v něm téměř třicet let. V roce 1967 zakládá spolu se Severinem Daumem a Milanem Šamánkem Evropskou společnost pro patofyziologii dýchání, ve které zastává později funkci předsedy, a ve stejném roce i Českou a Slovenskou společnost pro patofyziologii dýchání. V roce 1968 obhájuje docenturu na téma plicní hypertenze.

Praha byla v té době jakousi mekkou plicní cirkulace. Bylo to díky tomu, že v Praze pracovaly tři týmy, které plicní cirkulaci studovaly. Kromě naší laboratoře zde byla laboratoř Severina Dauma v Ústavu experimentální terapie profesora Šmahela a ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze skupina kolem Aloise Ouředníka na klinice Františka Herlese. Týmy byly do jisté míry konkurenční, na veřejnosti na odborných setkáních se tvrdě, navenek někdy až nepřátelsky diskutovalo,

ale v soukromí byly vztahy přátelské. Všechny spojoval zájem o vědu a politické názory byly shodné.

Tak plynula 60. léta až do srpna 1968. Invaze spřátelených armád zastihla Jiřího Widimského ve Švédsku, byl tam s celou rodinou. Jiří Widimský se během svého pobytu ve Švédsku naučil natolik dobře švédsky, že mu místní šéf nabídl placené pobyty na oddělení klinické fyziologie. Jan Brod se zprvu zdráhal mu potřebné volno poskytnout, ale nakonec mu to povolil. Koncem srpna 1968 byl právě v Göteborgu s celou rodinou. Já jsem se v té době připravoval na cestu do Británie, kam jsem měl nastoupit 1. září.

Do Anglie se mi podařilo s obtížemi odcestovat a v následujících týdnech a měsících jsme si vyměňovali dopisy, ve kterých jsme podle mo-



*Vladimír Staněk přednáší, na plátně František Herles a tři Widimští*

mentálního stupně deprese jeden druhého střídavě nabádali, aby se vrátil do Prahy. Nakonec jsme se vrátili oba. Jiří v roce 1968 dříve, já až začátkem roku 1970.

Po návratu do Prahy jsem v ústavu sčítal personální ztráty. Ředitel ústavu Jan Brod a dalších sedmnáct vědeckých pracovníků odešli do emigrace. Ústav prozatímně vedl primář Karel Bergmann a mezi personálem panovala deprese a obavy z budoucnosti. Zatímco mnozí byli v roce 1969 v depresi, Jiří Widimský nelenil. Zjistil jsem, že již v roce 1969 zorganizoval spolu s Aloisem Ouředníkem první mezinárodní sympozium o plicní cirkulaci, které se pak opakovalo v pětiletých intervalech až do konce roku 1994. Přitom ještě stačil v roce 1969 obhájit doktorát věd. V té době nejistoty a obecně špatné nálady se dokázal soustředit na práci, což většina jiných nezvládala. V roce 1971 dochází ke sloučení samostatných výzkumných ústavů do dnešního Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) a Jiří Widimský je jmenován přednostou dřívějšího Ústavu pro choroby oběhu krevního, který byl přejmenován na II. interní výzkumnou základnu. Vedení skupiny ponechal mně a sám se věnoval dalším tématům, spolupracoval se skupinou periferní cirkulace na tématu trombózy a plicní embolie, věnoval se rehabilitaci po srdečním infarktu, epidemiologii ischemické choroby srdeční a probíhající mezinárodní studii o efektu klofibrátu u ischemické choroby srdeční. Stále se však věnoval malému oběhu a plicní cirkulaci, v letech 1974–1976 byl prezidentem Evropské společnosti pro patofyziologii dýchání a po skončení mandátu byl v letech 1974–1984 členem výboru Evropské kardiologické společnosti a v posledních čtyřech letech pak dokonce viceprezidentem Evropské kardiologické společnosti. Vrací se ke svému tématu z mládí a zakládá u nás pracovní komisi pro hypertenzi.