

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA UK
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA UK

VITA NOSTRA REVUE

MIKROCT — NÚDZ — BOLZANOVA CENA — VÝROČÍ ALBERTA SCHWEITZERA — EXPEDICE LAMBARÉNÉ
ETICKÉ PROBLÉMY MEDICÍNY — PŘÍBĚH BOLESTI — LÉČBA KONOPÍM — PROLOMENÍ TĚŽBNÍCH LIMITŮ
STUDENTI V AFRICE A IZRAELI — VZPOMÍNKA NA MARIÍ FLEISSIGOVOU

EDITORIAL	2	RES PUBLICA	
Vzpomínka na Marii Fleissigovou	4	Rozhodnutí o prolomení limitů se odkládá	53
AKTUALITY		Vratislav Dostál: Limity těžby chrání téměř	
Martina Kubecová: Návrat komplexní onkologické péče do nemocnice	6	pět tisíc pracovních míst, upozorňuje Greenpeace	55
16 777 216 odstínů šedi pro biomedicínský výzkum	8	Akademie věd nabádá k zachování ekologických	
Unikátní výzkum využití nového mikroCT ocenili na konferenci v nizozemském Leidenu		limitů těžby v Severní hnědouhelné pánvi	57
<i>(rozhovor s Matějem Patzeltem)</i>	10	Přemysl Rabas: Bourání Jiřetína, stejně jako	
Cyril Höschl: Národní ústav duševního zdraví aneb konec Psychiatrického centra Praha	14	lov velryb nezaměstnanost neřeší	60
3. LF získala finanční podporu na několik výzkumů	18	Ondřej Vaculík: Brdy a Horní Jiřetín	61
MEDICÍNA		Jaroslav Veis: Prezidentova řeč	64
Petr Bartůněk: Česká expedice do Lambaréné inspirovaná strhujícím příběhem Alberta Schweitzera	21	Jiří Hanák: Jak Ukrajina ke štěstí přišla	66
Za osmiletý výzkum světového významu získal kardiolog Viktor Kočka Bolzanovu cenu		Jan Zrzavý: Přemluv bábu	67
<i>(rozhovor s Viktorem Kočkou)</i>	26	Marek Vácha: Vzkazy z Auschwitz	69
Tomáš Zábranský: Kam směřuje léčba konopím v České republice	31	Jan Burian: Norové, nelidští tvorové?	70
Richard Rokyta: Z plzeňského absolventa medicíny významným vědcem a odborníkem ve Švýcarsku	32	ORBIS PICTUS	
<i>(rozhovor s Pavlem Kučerou)</i>		Gavin Francis: Kolik tu máme příčných prahů?	73
Romana Šlamberová: Studenti českých lékařských fakult prezentovali své vědecké práce na konferenci v Hradci Králové	34	Daniel Horský: Lékařská pomoc na severu Ghany, od medika medikům	81
TEXT		Jan Kopecký: V sirotčinci v Zambii aneb Jak skloubit vášně pro Afriku s vášní pro medicínu	84
Etické problémy medicíny na prahu 21. století		Petr Ustyanovič: Stáž v Izraeli, jeden z nejlepších a nejoriginálnějších životních zážitků studenta medicíny	88
<i>(ukázky z knihy)</i>	37	POSTSCRIPTUM	
		Marie Fleissigová: Štěstí	90
		VE FOTOGRAFIÍCH	
		Jak plesala 3. lékařská fakulta	93

Editorial

Vážené čtenářky, vážení čtenáři našeho časopisu, členové akademické obce 3. lékařské fakulty, dalších akademických obcí Univerzity Karlovy a mnoha vysokoškolských a jiných institucí, vážené studentky a studenti, dámy a pánové,

Jak jste již poznali podle formátu časopisu i nové grafické úpravy, rozhodli jsme se pro jisté změny ve čtvrtletníku Vita Nostra Revue (VNR). Časopis vydává 3. lékařská fakulta už čtvrt století a poskytuje v něm prostor nejen pro informace o fakultě, ale i pro vědecké, lékařské, kulturní a sportovní události, které buď komentuje anebo hodnotí. Stranou nezůstávají ani otázky společenské a politické.

Protože máme velký zájem, aby časopis četli nejen zaměstnanci fakulty střední a starší generace, ale také studenti, rozhodli jsme se rozšířit portfolio autorů Vita Nostra Revue i o ně. Stojíme o to, aby se vyjadřovali k záležitostem fakulty a komentovali i události společensko-politické. Studentští autoři významně přispěli již v tomto čísle svými postřehy, zejména ze zahraničních cest.

Součástí obsahu VNR budou aktuální informace o fakultě, včetně studentské problematiky, přičemž studenti by se měli významně podílet i na přípravě časopisu. Aktuality čtenáři najdou na prvních stránkách Vita Nostra Revue, doplněné o barevné fotografie. Nadále se budeme v pravidelných rubrikách věnovat otázkám medicínským, nejnovějším poznatkům i situacím, k nimž přispěla lékařská komunita a samozřejmě také komunita 3. lékař-

ské fakulty. Totéž platí o otázkách univerzitních a v neposlední řadě i o tématech obecně politických, kulturních a sportovních. Nejde nám o aktuální zpravodajství, od toho jsou běžná média, ale o zasvěcené texty a originální názory. A samozřejmě budeme připomínat významné členy naší akademické obce, jejich úspěchy i výročí. Poslední stránky VNR bychom rádi věnovali barevné obrazové příloze.

Chtěli bychom vydávat co nejvíce originálních článků, ale budeme pokračovat i v přebírání některých informací z jiných zdrojů tak, jak jsme to dosud činili. Velmi bychom také uvítali, kdybyste nám přispívali i vy, naši čtenáři.

K dalším novinkám patří, že se rozšířila redakční rada. Nyní má devět členů, z toho dva zástupce studentů. Jména najdete v tiráži na poslední straně časopisu.

Během přípravy nové podoby Vita Nostra Revue nás postihla jen těžko nahraditelná ztráta, zemřela dlouholetá šéfredaktorka časopisu paní Mgr. Marie Fleissigová. Tato neobyčejná, nesmírně inteligentní a empatická žena zanechala během dlouhých let, po která náš časopis připravovala, v historii fakulty hlubokou stopu. Do de-



baty o budoucí formě VNR vnesla mnoho podnětů, jež by nepochybně i tentokrát dokázala realizovat. Ostatně, i témata, která ještě připravila do tohoto vydání, jsou zajímavá a čtivá. Připomněla nám výročí narození významného lékaře, teologa a nositele Nobelovy cena Alberta Schweitzera, do jehož nemocnice v africkém Lambaréné mířila v roce 1968 i československá studentská expedice. Neopomněla ani debatu o prolomení těžebních limitů v severních Čechách a do pravidelné rubriky Text vybrala několik originálních článků na téma etika v medicíně.

Novou šéfredaktorkou Vita Nostra Revue se stala paní Jolana Boháčková, která měla příležitost s paní Mgr. Fleissigovou alespoň krátce spolupracovat.

Budeme rádi, když nám budete přispívat svými texty a postřehy i vy, čtenáři. Přeji vám krásné a podnětné počtení a doufám, že se vám bude líbit i nový formát a grafické zpracování. Snad se budeme těšit z Vita Nostra Revue přinejmenším tak, jako jsme se z ní těšili dosud.

Richard Rokyta,
předseda redakční rady časopisu Vita Nostra Revue

Foto: Johana Střížková a Michal Ureš



Mgr. Marie Fleissigová,

23. ledna 1937 — 16. března 2015

Paní magistra Fleissigová k nám přišla v roce 1997 ze Špalíčku, kde se podílela na vydávání informačního bulletinu Občanského hnutí inForum. Ta práce jí byla hodně blízká, byla liberálka, obdivovatelka Václava Havla a Jiřího Dienstbiera a přinesla s sebou ducha prvních let devadesátých, široký kulturní rozhled a cit k českému jazyku. S Jiřím Dienstbierem ostatně studovala na filozofické fakultě naší univerzity v jednom ročníku. Studentská přátelství často rámuje budoucí životní postoje a Marie Fleissigová toho byla dobrým příkladem.

Vita Nostra Revue se v roce 1997 ujala po létech, kdy tento čtvrtletník vycházel nepravidelně. Vytvořila z něj časopis čtený a oblíbený nejen mezi učiteli naší fakulty, ale také profesory na fakultách dalších, poslanci zdravotního výboru sněmovny i senátory, úředníky ministerstva zdravotnictví. Zejména díky tomu, že Marie Fleissigová orientovala časopis na témata obecná, pochopitelně zejména ve vztahu ke zdraví, nemoci a zdravotnictví, ale také k obecné i celostátní politice, měla a má VNR takovou čtenost a takový respekt.

Pokud dobře počítám, vyšlo už více než sedm desítek čísel VNR. Každého čtvrt roku, s železnou pravidelností, i v době, kdy už byla těžce nemocná. Koncept, se kterým Marie Fleissigová přišla, tedy velká obecná témata, jejich souvislosti s otázkami zdraví, nemoci i zdravotnictví, je

stále nosný a pro VNR typický. Zachová jej i nová podoba VNR, která v sobě ponese ducha Marie Fleissigové.

Před řadou let prodělala operaci kvůli karcinomu plic. Přestála ji dobře, stejně jako její velký vzor Václav Havel. S léty se jí však pochopitelně hůře dýchalo a její stav se zhoršoval. Přesto jsme věřili, že tu s námi ještě pár let bude. Plánovali jsme, jak se se svými obecnými tématy uplatní v nově pojaté VNR.

Milá, respektovaná, vzdělaná Marie Fleissigová si pochopitelně získala obdiv a uznání svých spolupracovníků a především čtenářů. Teď, když víme, že se s ní na fakultě už nebudeme potkávat, cítíme, jak moc jsme ji měli rádi.

Jako už to bývá, i v případě Marie Fleissigové poznáváme, že nám dávala často víc, než jsme jí mohli oplácet. Vzpomínám, jakou práci jí dalo mámit ze mne děkanské projevy i řadu dalších textů, které jsem ve své funkci připravil. Posílal jsem jí je na poslední chvíli, možná trochu i proto, že jsem se obával přísného oka, s nímž bude posuzovat můj slovosled i moji gramatiku. Posuzovala však vždy vlídně a mile, a když mne dobře ocenila, moc jsem si toho vážil.

Jen pár dnů poté, co zemřela, jsem na malém vzpomínkovém shromáždění Syndikátu novinářů potkal řadu jejich přá-

tel a generačních druhů. Respekt, který vůči paní Marii vyjadřovali, i milé vzpomínky, jen dokreslily to, co jsem tušil: mezi námi tiše a nenápadně pracovala významná novinářka. Potvrdil jsem si, že náš časopis byl i jejím časopisem, byla nanějš pyšná a zcela jistě právem. Měla jej ráda, stejně jako fakultu a lidi na ní. A stejně tak jsme ji měli rádi – a vlastně stále máme – i my.

Ke všemu, oč se dlouhodobě Marie Fleissigová zasloužila, však musím přidat ještě něco navíc. Když jsem před lety hledal dokumenty o fakultě z padesátých až osmdesátých let, nebylo jich mnoho. Nyní jsme na tom zcela jinak: vedle týden co týden vydávaného informačního zpravodaje Vita Nostra Servis máme řadu menších i větších fakultních událostí zaznamenaných ve VNR. Objevovaly se v kontextu statí o českém a někdy i světovém kulturním i politickém životě, úvah o etice i právu či o organizaci zdravotnictví. Z tohoto hlediska je služba, kterou nám Marie Fleissigová přinášela, doslova nezaplatitelná: VNR tak představuje naši širší paměť. I za to, a snad především za to, velké díky, paní Marie.

Michal Anděl,
děkan 3. lékařské fakulty UK

Návrat komplexní onkologické péče do nemocnice

Martina Kubecová, přednostka Radioterapeutické a onkologické kliniky 3. LF UK a FNKV

Fakultní nemocnici Královské Vinohrady se podařilo získat zpět prestižní statut Centra vysoce specializované onkologické péče pro dospělé. Protože velká část veškeré podpory onkologických zařízení směřuje právě do těchto center, znovu získaný statut zajistí další rozvoj onkologické léčby a výzkumu. K obojímu se ve fakultní nemocnici váže dlouhá historie.

Začíná v roce 1922, kdy bylo ve FNKV zřízeno Radium-terapeutické oddělení. To se postupně vyvíjelo, až v roce 1990 vznikla Radioterapeutická a onkologická klinika 3. LF UK.

Onkologické oddělení a následně i klinika zaznamenala řadu prvenství na poli onkologie. Již v roce 1950 zde byl instalován vůbec první lineární urychlovač v ČSR, který dodala UNRA, a který fungoval až do roku 1965. V roce 1982 zde byl instalován první moderní lineární urychlovač a jeden z prvních automatických afterloadingových přístrojů pro brachyterapii.

V roce 1992 bylo na klinice založeno Onkologické centrum s vlastním organizačním řádem a výkonnými jednotkami – odbornými multidisciplinárními týmy pro jednotlivé diagnózy solidních nádorů i hematologických malignit.

I přes ztrátu statutu patřila klinika k nejprestižnějším

V roce 2006 FNKV, potažmo Radioterapeutická a onkologická klinika (RTO) získala statut komplexního on-

kologického centra, který jí byl pak 31. prosince 2008 nespravedlivě odebrán. Přesto klinika nikdy neztratila svoji prestiž, nepřestala dělat moderní medicínu, zaváděla nové terapeutické metody do praxe a díky pracovitosti celého kolektivu se jí podařilo udržet vysokou úroveň onkologické péče.

Od roku 2009 začala obnova technického parku. Byl instalován nový velký duální lineární urychlovač pracující s energiemi šest a 18MeV a celou škálou elektronového záření, na němž se denně ozáří 90 pacientů. V roce 2011 byl vedením nemocnice zakoupen nový simulátor, který je nezbytný pro přípravu a zahájení radioterapie, v roce 2013 byl rekonstruován brachyterapeutický sál a byl vybaven novým automatickým afterloadingovým ozařovačem pro brachyterapii včetně ozařovacího stolu.

Klinika poskytuje kromě radioterapie systémovou terapii – chemoterapii, imunoterapii, hormonální léčbu, léčbu podpůrnou a symptomatickou a všechny odléčené pacienty dispenzarizuje. Na 30 lůžkách, kterými klinika disponuje, se léčí pacienti, kteří nemohou na léčbu dojíždět nebo docházet ambulantně, buď z důvodu vzdálenosti bydliště nebo pro špatný celkový stav. Ambulantně je poskytováno 90 % péče.

Ročně se ve FNKV diagnostikuje 4 500 nových onkologických pacientů, z nichž přibližně 1 100 prochází léčbou na RTO klinice. Péče je poskytována nejen obyvatelům Prahy, ale téměř 40 % léčených je z mimopražských,

často velmi vzdálených oblastí. Těmto pacientům je poskytována vysoce specializovaná péče, která jim nemůže být nabídnuta v místě bydliště.

Od 1. ledna 2015 se podařilo FNKV získat zpět statut Centra vysoce specializované onkologické péče pro dospělé. Je to nejen prestižní záležitost, ale je to cesta zejména k dalšímu rozvoji onkologie ve FNKV, neboť veškerá podpora je směřována pouze na tato centra.



Otvírají se další nové možnosti

Kromě rozvoje dosud používaných léčebných metod se otvírá možnost aplikovat i léčbu cílenou (biologickou), včetně nových cytostatik i léčebných metod, např. apli-

kace Ra226 (Xofigo) u pacientů s metastatickým skeletovým postižením. V posledních letech významně vzrostl podíl cílené terapie v onkologii, nejen objevením nových preparátů, ale zejména rozšířením jejich indikací. Dále se významně začíná rozvíjet imunoterapie, která je předmětem řady studií.

Statut Centra vysoce specializované onkologické péče pro dospělé má význam také pro onkochirurgické obory, jako je chirurgie, gynekologie, urologie, ORL aj., neboť jejich onkochirurgická činnost musí být vázána právě na specializovaná onkologická centra. Předpokládá se tedy další rozvoj spolupráce mezi klinikami a odděleními včetně komplementu.

Získání statutu Centra vysoce specializované onkologické péče má velký význam i pro 3. lékařskou fakultu, kde probíhá pregraduální i postgraduální výchova. Fakulta bude schopna poskytnout přehled o komplexní onkologické péči svým studentům a lékaři v předatestační přípravě mohou pokračovat na klinikách v rámci FNKV.

Statut centra by měl přispět i k rozšíření nabídky multicentrických studií, k rozvoji vědy a výzkumu a ke spolupráci FNKV a 3. LF UK.

Ráda bych poděkovala všem, kteří se podíleli na získání statutu Centra vysoce specializované onkologické péče pro dospělé, zejména pak panu řediteli FNKV MUDr. Marku Zemanovi, MBA a jeho náměstkům, panu děkanovi 3. lékařské fakulty prof. MUDr. Michalu Andělovi, CSc. a dále velký dík doc. MUDr. Bohuslavu Svobodovi, CSc., poslanci Parlamentu České republiky, MUDr. Zuzaně Roithové, MBA, bývalé poslankyni Evropského parlamentu a všem spolupracovníkům ve FNKV, kteří nám v této aktivitě pomáhali, a všem zaměstnancům RTO kliniky, kteří se mnou věřili v obnovení tohoto statutu.

16 777 216 odstínů šedi pro biomedicínský výzkum

Jolana Boháčková, Jaroslav Veis

Na 3. lékařské fakultě vyrostla nová specializovaná laboratoř s unikátním mikrotomografem, který dokáže s vysokým rozlišením zobrazit vnitřní struktury drobných objektů a malých zvířat, například laboratorních myší. Zařízení výrazně přispěje ke zkvalitnění biomedicínského výzkumu. Posouvá hranice dosavadních možností v zobrazení měkkých tkání. Na chodu laboratoře se podílí kromě 3. lékařské fakulty také Ústav technické a experimentální fyziky a Fakulta biomedicínského inženýrství ČVUT v Praze. 10. března podepsali zástupci jednotlivých institucí smlouvu o spolupráci.

„Mikrotomograf je v současné době schopen zobrazovat v neuvěřitelném zvětšení detaily zatím nepředstavitelné. Přístroj je nyní využitelný pro zobrazování orgánů malých zvířat, eventuálně i celých malých zvířat. Lze si představit, že za pět až deset let se s pomocí takového přístroje budou vyšetřovat lidé,“ řekl děkan 3. lékařské fakulty Michal Anděl. MikroCT (počítačový tomograf s vysokým rozlišením) využívá metod rentgenové radiografie k 3D zobrazování vnitřních struktur drobných vzorků v rozsahu velikostí od desetin mm po několik cm, například laboratorních myší a jejich orgánových soustav. Smyslem výzkumu ovšem není jen samotné zdokonalení zobrazování vzorků, ale hledání cest k jeho budoucímu využití v humánní medicíně.

Přístroj se bude dále vyvíjet

Konkrétně se jedná o zařízení MARS původně vyvinuté na University of Canterbury (Nový Zéland). Pro potřeby biomedicínského výzkumu tomograf však dále upravili a zdokonalili pracovníci ÚTEF a FBMI ČVUT v Praze. „I nadále se budeme podílet na vývoji systému mikroCT, nad zdokonalováním jeho rozlišovací schopnosti. Náš podíl vidím i v oblasti počítačového zpracování a analýzy velkého objemu obrazových dat (často se pro tento obor volí pojem počítačové vidění). Při zpracování a analýze obrazových dat se snažíme získat informaci, která vyjde najevo až vhodnou počítačovou interpretací obrazových dat, tento systém nahrazuje vizuální subjektivní hodnocení člověkem. To nám umožní analyzovat výstupy z mikroCT s maximální přesností,“ popsal děkan Fakulty biomedicínského inženýrství ČVUT Jozef Rosina.

„Srdcem tomografu je unikátní detektor rentgenového záření, jenž se původně zrodil pro potřeby základního výzkumu částic,“ připomněl ředitel Ústavu technické a experimentální fyziky ČVUT Stanislav Pospíšil. Detektor Timepix je založen na technologii hybridních polovodičových detektorů vyvíjených v rámci kolaborace Medipix sdružené v CERN a ÚTEF. Detektor umožňuje rychle zobrazovat rentgenové snímky nezastřené šumem, s vysokým rozlišením



a s virtuálně neomezeným dynamickým rozsahem. Výsledný radiogram může obsahovat až 16 777 216 milionů odstínů šedi.

Díky spektroskopickým vlastnostem detektoru lze kontrast zobrazení zvýrazňovat výběrem vlnových délek fotonů rentgenového záření, což se nazývá „barevnou“ radiografií. Prostorové rozlišení tohoto zobrazovacího systému dosahuje úrovně cca 30 mikrometrů, což je o řád lepší než u nejmodernějších CT přístrojů používaných v humánní medicíně. Kombinace zmíněných vlastností umožňuje získat značný kontrast i v objektech, jejichž zobrazování je s využitím konvenčních systémů velice obtížné – například měkkých biologických tkání, které jsou těžištěm výzkumu v nově vzniklé interdisciplinární laboratoři.

„Metodický rozvoj využití detektoru pro biomedicínský výzkum probíhal ve spolupráci fyziků z ÚTEF s badateli z FBMI. Metodika zobrazování byla podřízena požadavkům týmu z 3. LF, pro jejichž výzkum je tomograf určen. A její další rozvoj na hranici současných možností pokračuje v těsné tvůrčí spolupráci všech tří pracovišť,“ dodal Stanislav Pospíšil.

Členy týmu, který se na vývoji mikroCT podílel, byli pod vedením ředitele Ústavu technické a experimentální fyziky ČVUT Ing. Stanislava Pospíšila, DrSc.: Ing. Jan Žemlička a Ing. František Krejčí, Ph.D. z ÚTEF; dále Ing. Jan Dudák, student doktorského studia na FBMI ČVUT; doc. MUDr. Petr Zach, CSc.; Bc. MUDr. Jana Mrzálková z Ústavu anatomie 3. LF UK a Matěj Patzelt, student 6. ročníku 3. LF UK.

Unikátní výzkum využití nového mikroCT ocenili na konferenci v nizozemském Leidenu

Jolana Boháčková

Matěj Patzelt, student šestého ročníku 3. lékařské fakulty uspěl se svou prací „Usefulness of Micro-CT in Morphology“ na mezinárodním studentském vědeckém kongresu v Leidenu v Nizozemí. V konkurenci více než 220 přednesených prací byl jeho příspěvek druhý nejlepší. Konference v Leidenu se koná jednou za dva roky a patří mezi největší studentské konference na světě. Letos se jí zúčastnili studenti z 38 zemí celého světa. Matěj Patzelt prezentoval výzkum, na kterém spolu s kolegy pracuje v nové specializované laboratoři s unikátním mikrotomografem zobrazujícím měkké tkáně.

Popíšte blíže vědeckou práci, se kterou jste se konference účastnil?

Jedná se o výzkum zobrazování měkkých tkání (plic, svalů, mozku, ledvin, ...) v mikroCT, což je přístroj, který funguje jako klasické CT v nemocnicích, jenom je určen pro studium malých vzorků (několik cm) a má výrazně větší rozlišení než klasické CT. Tím, že pracuje s rentgenovými paprsky, je problém právě v zobrazení měkkých tkání. Kost nebo zub se zobrazí pěkně, jak známe z klasických rentgenů, ale měkké tkáně většinou vypadají jako šedý flek.

Naším cílem je upravit, v našem případě hlavně myší a potkaní orgány tak, abychom zvýšili kontrast jednotlivých

tkání daných orgánů, díky čemuž by se jednotlivé struktury zobrazily. Například v ledvině chceme, aby cévy pohlcovaly jiné množství RTG záření než třeba vývodný systém (pánvička, ureter).

To znamená, že nějakým způsobem upravíte ledvinu nebo přístroj, který ji snímá?

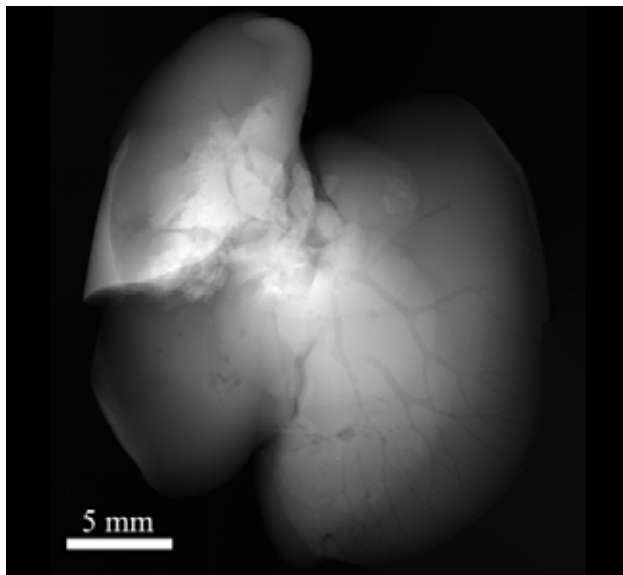
Naše práce spočívá v tom, že orgány vypreparujeme a pak vhodně upravíme. Napustíme je kontrastní látkou a fixujeme je v různých mediích, které změní pohlcování RTG záření. Fyzik, se kterým úzce spolupracujeme, zase upraví nastavení přístroje. Výsledkem jsou obrázky ledviny, na kterých je zobrazen celý vývodný systém ledviny, a pak třeba jiný obrázek, kde jsou její cévy.

Metody zpracování vzorků jsou známé a my je upravujeme a vylepšujeme, ale také vytváříme úplně nové, dosud nepoužité metody.

O jaké metody se jedná?

Vyvinuli jsme jednu zcela novou, dosud nikým nepublikovanou metodu. Pracujeme na ní a děláme nové snímky, abychom ji mohli publikovat. Jde o techniku fixace orgánů v médiu.



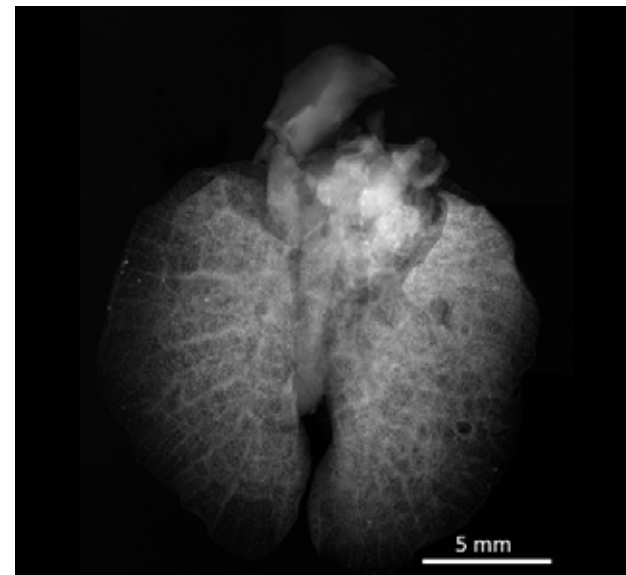


Jak funguje v laboratoři mezioborová spolupráce? Je náročné zkoordinovat vzájemně požadavky?

Náš tým je malý, takže to tak náročné není. Výhodou je, že fyzik Ing. Dudák pracuje navíc ještě na samotném mikroCT a způsobech jeho zdokonalování. Když je připravený pokus, tak se snímají tkáně a když zrovna pokus neběží, tak fyzik dělá výzkum a úpravy samotného přístroje, takže si každý přijde na své.

Ze začátku jsme prováděli základní pokusy, abychom našli limity a hranice zobrazování. Teď už fungujeme podle systematického plánu, na kterém jsme se domluvili. My připravujeme tkáně a orgány, fyzik je snímá a vytváří 3D rekonstrukce a my je potom v PC vyhodnocujeme a upravujeme. Oproti přípravě a snímání vzorku trvá samotné zpracování a vyhodnocení dat mnohem déle.

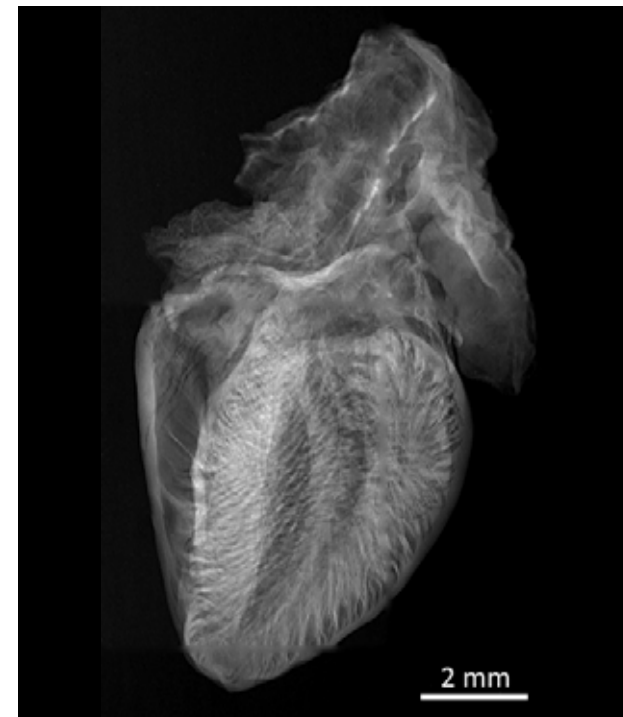
Jak dlouho bude trvat, než začnete zkoumat lidské tkáně?



Teď jsme ve fázi vytváření protokolů pro zpracování měkkých tkání pro jejich zobrazování v mikroCT. Touto novou metodou končit nechceme, chceme ji dále rozvíjet, stejně tak vylepšovat přístroj. Až budeme mít ucelené protokoly zpracování vzorků, tak bychom chtěli mikroCT používat jako nástroj pro další výzkumy, aby to nebyl jen výzkum samotného zobrazování, ale aby přístroj mohl rutinně sloužit jako další zobrazovací nástroj pro jiné výzkumy.

Měly by přijít na řadu lidské tkáně a to jak zdravé, tak s nějakou patologií. Na myších orgánech se to naučíme a vyzkoušíme a pak bychom začali snímat kousky lidských orgánů (nejdříve z anatomických preparátů, potom třeba bi-optické vzorky). S anatomickými vzorky bychom mohli začít tak za rok, za dva roky se snad dostaneme k bi-optickým. Ale záleží na mnoha dalších faktorech, jak rychle vše půjde.

Vraťme se ještě k samotné konferenci. Jak se hodnotily jednotlivé práce?



Myší orgány stabilizované v etanolu.

Před začátkem konference všichni zájemci odeslali abstrakta svých prací. Odborná komise je všechny vyhodnotila, a pokud splnily podmínky, byli autoři pozváni, aby je přednesli na konferenci. Ty nejlepší práce byly určeny pro prezentaci formou přednášky, ty méně kvalitní pak formou posteru.

Na přednášku jsme měli osm minut a dvě minuty byla poté diskuze. První kolo probíhalo téměř ve stejný čas. Byli jsme rozděleni do sekcí po sedmi a svoji prezentaci jsme přednesli před porotou a posluchači. Porota nás ohodnotila. Posuzoval se projev, prezentace, výzkum, abstrakt a další. Ze skupinky vždycky vyšel vítěz, který obdržel symbolickou odměnu.

Specializovanou laboratoř s unikátním mikroCT společně založila 3. lékařská fakulta, Ústav technické a experimentální fyziky a Fakulta biomedicínského inženýrství ČVUT. Mikrotomograf, který je stěžejním přístrojem laboratoře, využívá metod rentgenové radiografie k 3D zobrazování vnitřních struktur drobných vzorků od desetin mm po několik cm.

Po skončení prvního kola organizátoři obdrželi výsledkové listiny vítězů jednotlivých sekcí a z nich vybrali tři, kteří měli nejvíc bodů. A my tři jsme potom naše práce přednesli ještě jednou v hlavní posluchárně před všemi účastníky konference a před odbornou porotou, která určila konečné pořadí. Bylo to poprvé, co jsem přednášel před tolika lidmi a byl to skvělý zážitek.

Co pro vás znamená takový úspěch?

Jsem nadšený, je to úžasný úspěch. Minulý rok jsem v Istanbulu na mezinárodní studentské konferenci vyhrál s jinou prací a bylo to něco nepředstavitelného. Jenže tam bylo celkem asi 80 prací. V Leidenu se účastnilo se svými pracemi více než 220 lidí a jejich práce byly kvalitnější, takže druhé místo v Leidenu považuji za ještě větší úspěch. Znamená to pro mě, že výzkum, který provádíme, má smysl a že zaujal i v zahraničí.

Rád bych se vědecké činnosti věnoval i po skončení školy, takže bych chtěl navázat Ph.D. studiem. Chtěl bych se ale věnovat i klinice, konkrétně chirurgii, a rád bych se pokusil spojit to s vědeckou činností u nás v laboratoři. Závěrem bych chtěl poděkovat také kolegům z laboratoře, protože na projektu pracujeme společně. Konkrétně MUDr. Janě Mrzálkové a Ing. Janu Dudákovi.

Národní ústav duševního zdraví aneb konec Psychiatrického centra Praha

Cyril Höschl, ředitel Národního ústavu duševního zdraví

Ve čtvrtek 26. března 2015 byl slavnostně otevřen nový objekt Národního ústavu duševního zdraví v Klecanech u Prahy. Psychiatrické centrum Praha v Bohnicích po mnoha létech existence definitivně končí.

V areálu bohnické léčebny (dnes psychiatrické nemocnice) byl v roce 1961 založen Výzkumný ústav psychiatrický (VÚPs), kterému i po transformaci na Psychiatrické centrum Praha (PCP) patřily až do prosince 2014 pavilony 19 a 23 a provizorní „domeček“ v údolí bohnického areálu. K tomu po léta užíval i prostory v horních etážích pavilonu 21. Jeho prvním ředitelem byl MUDr. Lubomír Hanzlíček, DrSc., pozdější profesor psychiatrie na Lékařské fakultě hygienické a autor jedinečné psychiatrické encyklopedie. Psychiatrie byla na této fakultě od počátku sedmdesátých let do osmdesátých let přednášena právě ve VÚPs.

Během své existence ústav poskytl profesní záze-
mí mnoha zajímavým osobnostem. Kurt Freund, který rozhodujícím způsobem přispěl k pochopení sexuální deviací, působil později po emigraci v Torontu. Jaroslav Madlafousek, pokračovatel v práci K. Freunda, byl uznávaným odborníkem v oblasti studia nonverbálního chování. Michael Žantovský, dnes velvyslanec ČR ve Velké Británii a dříve v USA a mluvčí prezidenta

republiky, po mnoho let pracoval v laboratoři J. Madlafouska. Z ústavu také vzešli bratři Grofové. Paula Grofa, který nyní žije v Ottawě, proslavily zejména studie bipolárních poruch a lithioprofylaxe. Jeho bratr Stanislav působí v Kalifornii a je znám především jako odborník v transpersonální psychologii. Miloš Matoušek, přední odborník v psychiatrické elektroencefalografii, jenž pracoval v EEG laboratoři jak ve VÚPs, tak po revoluci opět v PCP, působil po léta jako profesor v Göteborgu. Jan V. Volavka byl vědeckým pracovníkem Nathan S. Kline Institute v Orangeburgu ve státě New York; do světového odborného písemnictví se zapsal zejména studiemi a monografií o násilném chování. Frank Engelsmann, přední psychometrik a metodolog, působil úspěšně na McGill University v Montrealu. Prof. Richard Balon, který do VÚPs přešel z Beřkovic, se stal významným americkým psychiatrem v Michiganu. Pracovníkem ústavu byl i před léty zesnulý známý surrealista Luděk Šváb. V ústavu též působili známí psychofarmakologové Jaroslav Baštecký a Oldřich Vinař. Byl zde rovněž tým aplikované matematiky a biomedicínského inženýrství, k němuž patřil také pozdější ministr školství Petr Vopěnka a manažer Software 602 Ivan Dvořák. Krátce zde také před revolucí pracoval současný šéfredaktor časopisu Reflex Radek Bajgar.



Foto: David Peltán

V roce 1990 se VÚPs přejmenoval na Psychiatrické centrum Praha (PCP) a jeho činnost se opět propojila s výukou psychiatrie na 3. lékařské fakultě UK. PCP bylo zároveň bází pro výuku psychologie na této fakultě a podílelo se na výuce neurovědy. Ředitel Psychiatrického centra byl zároveň v letech 1990–1997 děkanem fakulty.

V roce 2000 vyvrcholilo desetileté porevoluční úsilí mnoha nadšenců v ústavu získáním významné podpory Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, které na základě výsledků celostátní soutěže přidělilo PCP projekt „Centrum neuropsychiatrických studií“ (CNS). CNS pokrývalo jako tři hlavní oblasti výzkumu studium patofy-

ziologie mozku, zobrazovací metody (FMR, MRS, SPECT, PET a s tím související neuropsychologické a kognitivní testy), klinickou neurofyziologii a aplikovaný klinický výzkum (neuroendokrinní testy, vztah serotoninového a glycidového metabolismu, kognitivní funkce, prediktory terapeutické odpovědi aj.). Součástí tohoto programu bylo i oddělení PET Nemocnice Na Homolce, Fyziologický ústav AV ČR, Ústav normální, patologické a klinické fyziologie 3. LF UK a Oddělení magnetické rezonance IKEM. Projekt CNS skončil spolu s ostatními „centry“ v roce 2011.

Po celá krásná léta společné existence s kolegy v psychiatrické léčebně, z nichž mnozí přešli do léčebny od nás a také naopak, jsme svorně podléhali čarovnému kouzlu bohnického parku s jeho vzácnými jilmy, javory, kleny, buky, dubisky a pozoruhodnou dominantou kostela a prozkoumávali jsme i jeho okolí s divukrásným údolím Vltavy, vinoucí se od vinice svaté Kláry do Klecan, kde zjara, s každou novou nadějí, rašily sněženky a petrklíče, kde léto sálalo z rozpálených skal, podzim ohnivě barvil švestkové aleje, a kde zimu vítal sněhobílý příkrov křupající pod nohama. Někteří z nás pamatují bohnický areál ještě jako tradiční rurální léčebnu s rozkvetlými sady před branou, jež se namísto dnešních sídlišť táhly dolů k řece. Cesta z Prahy do práce, to byl výlet za město. Na Kobyliském náměstí se nepřestupovalo na autobus z metra, ale z tramvaje se dvěma vlečňáky s otevřenými plošinami.

Společná historie jak bohnického areálu, tak osudu české psychiatrie, jakož i četná osobní přátelství, učinila z PCP a PN Bohnice vzácně symbiotickou množinu, jež svorně usilovala o transformaci systému péče o duševní zdraví v naší zemi a vzájemně si vypomáhala jak v oblasti péče o nemocné, tak v oblasti vzdělávání, výzkumu, nábo-

ru pacientů, konzultací, školení a v každodenním provozu. Vždyť první porevoluční reformní ředitel PL Bohnice, dr. Zdeněk Bašný, přešel do léčebny právě z PCP, odkud vzešli i mnozí reformátoři a zakladatelé Fokusu – Jan Pfeiffer a Ondřej Pěč. Ušli jsme společně velký kus cesty, na kterou budou pamětníci jistě v dobrém vzpomínat.

Tato vazba nemohla však těm, kteří se angažují v neurovědním výzkumu na mezinárodní úrovni, zabránit v ambici, motivované mj. i snahou udržet „mozky doma“, získat – tentokrát pro psychiatrii – evropský projekt v rámci jednoho z operačních programů. Stalo se tak de facto v roce 2009, kdy jsme o projekt požádali, a de iure v roce 2011, kdy nám byl v hodnotě 971 milionů korun přidělen podpisem rozhodnutí o poskytnutí dotace OP VaVpI. Dotace zahrnuje cenu stavby, přístroje a provoz na první rok (2015).

Ačkoliv srdce nás stále táhlo do Bohnic, podmínkou projektu bylo, že nesmí být v Praze, protože je zamýšlen jako součást „vyrovnávání příležitostí regionů“ a Praha není „eligible“. Proto jsme hledali místo, které splní tuto nepřekonatelnou podmínku EU, ale zároveň bude k „naší léčebně“ co nejblíže. Tak jsme našli pozemky v Klecanech. Následovalo neskutečné martýrium komunikace s českou i evropskou byrokracií, jež trvá dodnes a není mu konec. Jeho absurdita by vydala na celou knihu (možná na to jednou dojde, protože co jsme zažili, je naprosto neuvěřitelné a za hranicí jakéhokoli chápání). Po cestě od spuštění projektu k jeho realizaci byl projekt stokrát ohrožen v samých základech a stokrát ještě bude. V této zemi nemá kromě iniciátorů a několika entuziastů nikdo zájem na tom, aby se cíl splnil, aby centrum fungovalo, aby se evropské peníze účelně čerpaly, aby výzkum běžel, a aby se výzkumníci vraceli z Ameriky zpátky, nýbrž jen a jen na tom udržet si svou

NUDZ je nyní rozčleněn do sedmi výzkumných programů (VP):

- VP1: NESTAR** – Výzkum neurobiologie stárnutí, závislosti a závažných duševních poruch, vedoucí Daniela Řířipová
- VP2: SPIMPE** – Strategické plánování v oblasti duševního zdraví a epidemiologie duševních poruch, vedoucí Petr Winkler
- VP3: NMEHBMS** – Národní elektronický systém duševního zdraví a monitorování stavu mozku, vedoucí Filip Španiel
- VP4: EPCLIRA** – Centrum epidemiologického a klinického výzkumu závislosti, vedoucí Ladislav Csémy
- VP5: SDACRIND** – Poruchy spánku a cirkadiánní rytmy u neuropsychiatrických onemocnění, vedoucí Jana Kopřivová
- VP6: ABEP** – Aplikovaná elektrofyziologie mozku, vedoucí Martin Brunovský
- VP7: CLINIC** – Klinické Centrum NUDZ, primář Pavel Mohr

židli, nic nepodepsat, nic neslíbit, nesplnit a všechno hodit na druhé.

Přes všechny tyto obtíže (nejdříve se bouřili klecanští občané proti tomu, aby jim ve městě přibyli „narkomani a devianti“, pak zase nestačila čistička odpadních vod, pak nás nechtěli připojit na vodovod, pak se na pozemku našla munice z II. světové války, pak nás zhrzení „kamarádi“ žalovali a posílali na nás kontroly, revize, prověrky, pokuty, sankce a buzerace) se podařilo stavbu ve třetím kvartále v roce 2013 konečně zahájit a ve čtv-

tém kvartále 2014 zkolaudovat. Projekt nebyl završen s podporou úředníků a politiků, ale právě naopak, byl na nich vyvzdorován a byl úspěšně dokončen navzdory jejich šikaně a sabotování (nicméně dodnes nejsou vy-psána výběrová řízení na větší přístroje, a to nikoliv naší vinou). Dokončení stavby lze tedy považovat za zázrak, jaký nemá v současných podmínkách této země snad obdoby. Zlínstavu, který budovu postavil, patří můj hluboký obdiv a dík, i kdyby tam bylo milion závad. To, co dokázali v tak šibeniční lhůtě, v tak nepříznivých podmínkách a za tak málo peněz, je neskutečné.

A tak dne 31. prosince 2014, po 53 letech své existence v areálu bohnické léčebny, VÚPs (PCP) zanikl a transformoval se v Národní ústav duševního zdraví (National Institute of Mental Health) v Klecanech. NUDZ/NIMH má právní kontinuitu s PCP a přejímá všechny jeho závazky. Představuje 13 960 m² nově vybudovaných prostor a plán v něm počítá s uplatněním celkem 279 pracovníků, z toho 203 výzkumníků, 165 studentů všech stupňů a na 20 absolventů Mgr. a Ph.D. studia. Klinika zahrnuje 56 lůžek, ambulanci, několik denních stacionářů, EEG a spánkovou laboratoř, rehabilitaci a pracovní terapii a MNR.

Klíčovým vybavením NUDZu bude magnetická rezonance 3T, konfokální laserový skenovací mikroskop, hmotnostní spektrometr LC/MS, digitální EEG systém s vysokým rozlišením, ultracentrifuga a další vybavení laboratoří.

Plně operativní provoz tohoto výzkumného centra inovativní medicíny zaměřené na duševní zdraví je plánován od 1. ledna 2016.

Osobně jsem přesvědčen, že dobudováním NUDZu se sice otevřela zcela nová kapitola vzájemných vztahů s psychiatrickou nemocnicí Bohnice, ale že to bude kapitola stejně dobrá a úspěšná, jako ta předchozí.

3. LF získala finanční podporu na několik výzkumů

Grantová agentura ČR schválila dva projekty:

Mechanismy vzniku, progresu a terapie monogenních typů diabetu

S nástupem genetiky se z původně široce pojatých skupin diabetu typu 1 a 2 vydělilo několik typů monogenně podmíněných poruch metabolismu (například MODY1 – 9). Klinické projevy jednotlivých mutací těchto genů se navzájem odlišují, jejich funkční analýza však vesměs dosud nebyla provedena. Na základě rozsáhlého prescreeningu se zaměříme na funkční analýzu mutací v genu pro glukokinázu a transkripční faktory způsobující MODY pacientů ve středoevropském prostoru. Výstupem projektu bude funkční validace mutací na úrovni enzymatické aktivity jednotlivých proteinů zodpovědných za vznik MODY a determinace změn jejich aktivity v odpovědi na podání inhibitorů a především aktivátorů těchto enzymů.

Zaměříme se rovněž na analýzu farmakokinetiky a farmakodynamiky již klinicky užívaných derivátů sulfonylurey u MODY pacientů s důrazem na možnou personalizaci způsobu podávání léčiv v návaznosti na genetické dispozice jednotlivých pacientů.

Cílem projektu je objasnění mechanismů vzniku a progresu MODY na základě funkční validace abnormalit v enzymatické aktivitě u molekul nesoucích mutace asociované s MODY. Zaměříme se nejen na bazální enzymatickou aktivitu, ale především na odpověď na podání preklinicky i klinicky užívaných farmakoterapeutik.

Výzkum vede RNDr. Petr Heneberg, Ph.D. z II. int. kliniky.

Nové elektroforeticko-elektrochemické přístupy pro studium metabolických nemocí

Pro objasnění role tukové tkáně v rozvoji diabetes mellitus II. typu budou vyvíjeny nové instrumentální přístupy založené na rychlé elektroforetické separaci v kombinaci s citlivou elektrochemickou detekcí.

Vývoj elektroforetických metod bude zaměřen:

- 1) na výrobu nové generace elektroforetických mikročipů na bázi světlo-citlivých materiálů;
- 2) na vývoj a výrobu kompaktního bezkontaktního vodivostního detektoru pro mikročipy s použitím moderních elektronických prvků;
- 3) na vývoj sub-minutových elektroforetických separací za použití krátké separační dráhy a vysokých intenzit elektrického pole;
- 4) na vývoj a výrobu elektrod na bázi grafénu a borem dopovaného diamantu pro ampérometrickou detekci metabolitů a hormonů;
- 5) na vývoj nových on-line postupů úpravy biologických vzorků pro elektroforetickou separaci.

Výsledkem bude platforma metod pro rychlý screening mastných kyselin, glycerolu, katecholaminů a metforminu v mikrodiálzách tukové tkáně.

Cílem projektu je vývoj nových postupů kapilární a čipové elektroforézy ve spojení s elektrochemickou detekcí pro rychlé stanovení mastných kyselin, glycerolu, katecholaminů a antidiabetika metforminu v mikrodiálzách tukové tkáně.

Výzkum vede doc. RNDr. Ing. Petr Tůma, Ph.D. (Ústav biochemie, buněčné a molekulární biologie 3. LF UK a FNKV).

Agentura pro zdravotnický výzkum schválila před několika dny pět projektů:

Katetrizační uzávěr ouška levé síně versus terapie novými orálními antikoagulancii u rizikových pacientů s fibrilací síní, řešitel: doc. MUDr. Pavel Osmančík, PhD.

Diagnostika a terapie orofaciální bolesti, řešitel: prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.

Studie sledující relapsy v centrálním nervovém systému u pacientů s difúzním velkobuněčným B-lymfomem léčených chemoterapií s nebo bez CNS profylaxe, řešitelka: MUDr. Heidi Móciková, Ph.D.

Poruchy metabolismu mastných kyselin při syndromu obstrukční spánkové apnoe, řešitel: doc. MUDr. Jan Polák, Ph.D.

Preklinické využití beauverolidů, cyklopeptidů entomopatogenních hub, řešitel: RNDr. Petr Heneberg Ph.D.

Srdečně blahopřejeme jubilantům

Prof. MUDr. Janu Kolínovi, který 2. února oslavil 90. narozeniny. Působil na oftalmologické klinice vihohradské nemocnice, v letech 1978 až 1991 jako její přednosta. V roce 1991 odešel do důchodu, ale dál se zabýval příčinami zrakového postižení a angažoval se v rámci Světové zdravotnické organizace.

Doc. Marii Lipoldové, která 20. ledna oslavila 60. narozeniny. Vynikající odbornice pracuje v Ústavu molekulární genetiky Akademie věd ČR a zároveň vyučuje na 3. lékařské fakultě.

Doc. MUDr. Tonko Mardešičovi, který oslavil 28. února 60. narozeniny. Tento vynikající gynekolog a odborník na reprodukční medicínu působí na Gynekologicko-porodnické klinice 3. lékařské fakulty a FNKV.

Prof. MUDr. Janu Leblovi, který 23. března oslavil 60. narozeniny. V současnosti je přednostou Pediatrické kliniky 2. lékařské fakulty, dříve byl přednostou Kliniky dětí a dorostu 3. lékařské fakulty a FNKV.



Česká expedice do Lambaréné inspirovaná strhujícím příběhem Alberta Schweitzera

Petr Bartůněk

Letos uplynulo 140 let od narození věhlasného lékaře a teologa Alberta Schweitzera, s jehož osobností jsem měl možnost se seznámit během studií medicíny prostřednictvím jeho knihy „Lidé v pralese“. Fascinující příběh muže, který se ve věku zralosti rozhodl studovat lékařství a odejít na celý život do džungle, aby pomáhal nemocným domorodcům. Kniha mně natolik zaujala, že jsem začal shromažďovat v oné době vše dostupné o této vpravdě renezanční osobnosti. Byl jsem brzy zcela zaujat životním příběhem tohoto výjimečného muže.

Od teologie k medicíně

Albert Schweitzer se narodil jako syn luteránského faráře v roce 1875 v Horním Alsasku. Po maturitě si zapsal na Štrasburské univerzitě filozofii a teologii a kromě toho se intenzivně věnoval hře na varhany i teorii hudby. Vedle nadšení z hudby Bachovy, jejímž se stal proslulým interpretem, rostl i jeho obdiv k Wagnerovi. Jak sám přiznával, hudba tohoto génia mu byla hlubokým zážitkem po celý život. Vedle studia teologického připravoval v Paříži v roce 1898 i dizertační práci z filosofie na téma „Kantova náboženská filosofie od Kritiky čistého rozumu až po náboženství uvnitř hranic pouhého rozumu“. V roce 1900 získal doktorát a stal se kazatelem a vikářem v kostele sv.

Mikuláše ve Štrasburku. O dva roky později zahájil své pravidelné teologické přednášky.

Lze říci, že zásadní zlom v jeho životě nastal v roce 1904, kdy se mu dostal do rukou časopis evangelických misíí vycházející v Paříži. V článku nazvaném „Potřebnosti pro misijní působení v Kongu“ se dočetl o katastrofálním zdravotním stavu obyvatel Gabonu a naprostém nedostatku lékařů a personálu, který by byl schopen utrpení tamějších domorodců zmírnit. Právě tato zpráva vedla třicetiletého, v té době již profesně i společensky etablovaného teologa k osudovému rozhodnutí: půjde pomáhat nejpotřebnějším!

Bylo nasnadě, že jeho plán vyvolal v okruhu přátel, spolupracovníků i kolegů škálu záporných reakcí, od rozpaků po energické odmítání. Jistě bylo neobvyklé, když respektovaný a oblíbený pedagog teologické fakulty zasedl do poslucháren anatomického ústavu, aby získal základy potřebné pro náročné studium medicíny, jehož absolutorium bylo bezpodmínečnou podmínkou plánované africké mise. Jeho zaujetí i odhodlání muselo být mimořádné, aby vedle náročných zkoušek na lékařské fakultě dokázal dokončit rozpracované práce teologické povahy. Navíc přistoupil i k vydávání Bachových varhanních skladeb s praktickými návody, jak hrát. Zodpovědnost jeho přípravy před cestou do Afriky je patrná i ze skutečnosti,

že po ukončení studia na lékařské fakultě odjíždí v roce 1912 do Paříže, aby v postgraduálním studiu tropické medicíny doplnil potřebné vzdělání i v této odbornosti. Před promocí na lékařské fakultě se stačil oženit s Helenou Bresslau, která se v této době připravovala pro pobyt v Africe v kurzu pro ošetřovatelky.



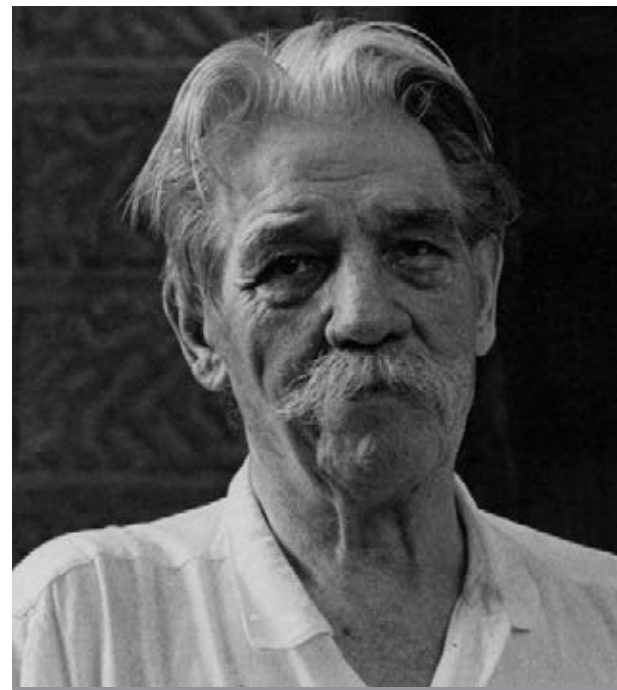
Nastala fáze horečné přípravy zahrnující bezpočet aktivit od četných varhanních koncertů s cílem získat prostředky k zakoupení a balení potřebného vybavení pro africkou ordinaci až po získání definitivního souhlasu s konáním lékařské praxe v rámci gabonské misie spadající do kompetence Pařížské misijní společnosti. Právě tato zdánlivě jednoduchá záležitost se ukázala být problémem. Důvodem byly jeho dříve publikované a nekonvenční názory, které se ukázaly být obtížně zvládnutelným limitem. Nicméně po překonání těchto

a jiných četných překážek se o Velikonocích roku 1913 manželé Schweitzerovi nalodili v Bordeaux na nákladní parník „Europe“, který směřoval k africkým břehům, aby po třech týdnech plavby dosáhli přístavu Libreville. Odtud pak odcestovali říčním parníkem po řece Oggoué do vlastního cíle, misijní stanice Lambaréné.

Schweitzerova lékařská činnost v Lambaréné byla především věcí denní praxe. Jejím předpokladem ovšem nebyla jen vlastní odborná činnost, ale nesmírné množství aktivit, které směřovaly k vytvoření přijatelných podmínek, alespoň zčásti splňujících kritéria evropské medicíny. Připočteme-li k výčtu nemocí, s nimiž se profesor Schweitzer denně setkával ve svojí, tehdy ještě doslova polní ordinaci, totiž k malárii, lepře, trypanosomiáze, elefantiáze, osteomyelitidám, dysenterii a četným případům scabies, realitu omezených terapeutických možností, absenci elementárních hygienických návyků domorodé populace a řadu dalších limitů, včetně nedostatku kvalitní vody či vysokých teplot a vlhkosti, šlo o nesmírně náročnou a vyčerpávající práci. Naplnit ji mohl jen ten, kdo ji chápal jako svoje poslání. Schweitzer toho dosáhl a proto se ještě za svého života stal legendou. Po právu získal za své celoživotní dílo v roce 1952 Nobelovu cenu za mír. Výstižná je i charakteristika z úst Alberta Einsteina: „Konečně muž v tomto tragickém století!“

Po stopách věhlasného muže do Lambaréné

Strhující životní příběh profesora Schweitzera mě tak přivedl k myšlence absolvovat prázdninovou praxi mezi pátým a šestým ročníkem právě v jeho nemocnici. Tato vize byla v průběhu času rozšířena o myšlenku materiální pomoci nemocnici v Lambaréné. Přibližně ve stejné době se mi podařilo z mých přátel a spolužáků vytvořit



ALBERT SCHWEITZER

Narodil se 14. ledna 1875 v Horním Alsasku, dnešní Francii. V roce 1913 odjel do Afriky a v Lambaréné v Gabonu (tehdy Francouzská rovníková Afrika) založil nemocnici, kterou financoval z darů a prostředků, které vydělával koncerty jako interpret varhanních skladeb J. S. Bacha. V roce 1952 mu byla udělena Nobelova cena za mír. K zajímavostem patří, že mu byl v roce 1928 udělen čestný doktorát Karlovy univerzity a při této příležitosti se setkal s T. G. Masarykem. Zemřel 4. září 1965 ve věku 90 let v Gabonu. Letos v lednu uplynulo 140 let od jeho narození.

tým, který splňoval náročná profesní kritéria nezbytná k zajištění cesty v nákladním voze napříč africkým kontinentem. Tak někdy v roce 1966 začaly horečné přípravy na cestu, která jakoby ignorovala nepřízeň onoho času... V tomto kontextu nemohu než zdůraznit klíčovou roli rektora UK pana profesora Oldřicha Starého, přednosta neurologické kliniky naší školy, tehdy Fakulty všeobecného lékařství, dnes 1. LF UK, bez jehož garance a osobní odvahy bychom nikdy cestu nemohli uskutečnit, ale to už je jiný příběh.

V průběhu příprav se díky významné pomoci velkých firem a podniků zahraničního obchodu podařilo zajistit dar skládající se ze zdravotnické techniky, pomůcek, léků i obvazového materiálu v nezanedbatelné ceně. Ten byl transportován v kontejnerech lodní dopravou, zatímco expedice měla na palubě jen první československý tranzistorový elektrokardiograf vyrobený a darovaný Chiranou (UNICARD) a kostní štěpy z tkáňové banky fakultní nemocnice v Hradci Králové, kterou tehdy vedl docent Klen, a které měly posloužit k rekonstrukčním operacím u pacientů znetvořených leprou.

Výpravu tvořila skupina osmi přátel. Vycházel jsem z přesvědčení, že úspěch výpravy se bude mimo jiné odvíjet od specifických odborných znalostí účastníků. Medici jsme byli proto jen dva, já a Jiří Plaček, spolužák z ročníku, známý svými všestrannými kutilskými schopnostmi a především prvotřídní řidič a mechanik. Nyní pracuje jako gynekolog v Kutné Hoře. Navigátorem a druhým řidičem byl Josef Vavroušek, čerstvě promován inženýr ČVUT. Po roce 1989 se stal ministrem životního prostředí. Zahynul pod lavinou v jeho milovaných Tatrách v roce 1995. Dalším byl Luboš Kropáček, můj spolužák z dětství s fenomenální pamětí, ovládající mimo všechny základní evropské jazyky i řadu dalších, například arabštinu, sta-

rocírkevní amharský jazyk, či svahili a jiné. V současné době je považován za předního českého arabistu, působí jako profesor na UK. Klement Kunz byl biochemik, tehdy pracoval jako aspirant Farmakologického ústavu LFH UK. V expedici měl na starosti zásobování a kuchyň. Roli psychologa výpravy plnil Miroslav Topinka. Původně náš spolužák z medicíny, který ale přešel na filozofickou fakultu. Dnes je tento nositel ceny Jaroslava Seiferta, resp. ceny F. X. Šaldy, považován za význačného básníka a esejistu. Kameru a fotoaparáty bravurně obsluhoval kameraman filmového studia Barrandov Jiří Stöhr a zpravodajem výpravy byl zkušený novinář a později i spisovatel Petr Bárta.

Přestože jsme vynaložili velké úsilí v přípravě i na cestě samotné a překonávali nesmírná úskalí, nakonec jsme do nemocnice v Lambaréné nedorazili. Hranice Gabonu jsme překročit nesměli. Několik týdnů jsme se snažili dosáhnout zrušení zákazu vstupu do Gabonu. Na naši podporu jednala řada institucí, osobností. Ale nic nepomohlo. Prezident Gabonu Bongo nereagoval na žádný z četných protestů, z nichž uvádím Společnost přátel A. Schweitzera v Basileji, Ekumenickou radu církví, rektorát UK, ministerstvo školství a další. Bohužel to byly důvody ryze politické.

Nezbývalo tedy, než použít loď. Na palubě lodi, kterou jsme pluli z konžského přístavu Point Noir do nigerijského Lagosu, jsme se setkali s nástupcem tehdy již zemřelého profesora Schweitzera, doktorem W. Munzem a s dcerou profesora Schweitzera, paní Rhennou

Eckert-Schweitzerovou. Symbolickou část daru, kterou jsme vezli přímo my, převzal lékař nemocnice Lambaréné – dr. Kopp, který se vracel z dovolené v Evropě.

Trpce symbolický byl náš návrat lodí do Evropy. Vyloďili jsme se v Marseille. Nad ránem 21. srpna 1968 nám dělníci z přístavu přinesli rádio a my jsme se tak dověděli o okupaci naší země.

Bolestná konfrontace s realitou třetího světa poznamenala každého z nás natrvalo. Nesmírně přispěla k uvědomění si povinnosti přispívat těmto zemím nejrůznějšími způsoby a prostředky.

Dnes

Díky společenské proměně v roce 1989 je svět současné mladé generaci otevřen a nabízí škálu možností jak participovat na pomoci potřebným. Zastoupení světové proslulého hnutí „Lékaři bez hranic“ v České republice bylo otevřeno už v roce 2006 a od té doby systematicky podporuje humanitární a zdravotnické projekty v řadě rizikových destinací, namátkou v Jižním Súdánu, Somálsku, Iráku, na Haiti a v řadě dalších zemí za účasti desítek našich mladých dobrovolníků, především z řad lékařů. Jsem velmi rád, že právě na naší klinice pracovali, resp. pracují tři z nich. Podobnou základnu humanitární pomoci tvoří neméně známá nevládní nezisková organizace „Člověk v tísni“, na jejichž projektech se podílí také řada mladých lékařů.

Expedice Lambaréné 1968

Osmičlenná studentská expedice do afrického Lambaréné v Gabonu směřovala do nemocnice založené Albertem Schweitzerem s dodávkou léků, lékařských přístrojů a dalšího zdravotnického materiálu. Nemocnice se dostala po občanské válce v roce 1960 do vážných existenčních problémů.

Československá výprava odstartovala 1. ledna 1968 a vrátila se 13. září téhož roku. Trvala 257 dní. Speciálně upravená Tatra 138 6x6 VN najela úctyhodných 35 tisíc kilometrů. Dodnes je vystavená v muzeu v Kopřivnici.

Členy expedice byli: hlava výpravy, lékař Petr Bartůněk, psycholog Miroslav Topinka, mechanik a navigátor Josef Vavroušek, tlumočnick Luboš Kropáček, řidič a mechanik Jiří Plaček, chemik a kuchař Klement Kunz, kameraman a fotograf Jiří Stöhr a novinář Petr Bárta.

Cíle bohužel posádka nedosáhla, protože rozhodnutím prezidenta země nebyla vpuštěna na území Gabonu. V té době se totiž zhoršily diplomatické vztahy mezi Československem a Gabonem, poté co jeden z vůdců nepovedeného gabonského puče získal azyl na československé ambasádě v Nairobi. Zásilku humanitární pomoci tedy členové expedice předali zástupcům nemocnice v čele s dcerou Alberta Schweitzera v gabonském přístavu Libreville na palubě francouzské lodi, která převážela výpravu z Konga do Nigérie.



Expedice Lambaréné 1988

O dvacet let později se vydala do téže nemocnice další československá výprava vedená medikem Miroslavem Křížem. Cestoval společně s Martinem Čechem, Janem Čechem, Milošem Kláštereckým, Vratislavem Mrázkem, Lubošem Pouškem a novinářem Markem Šálkem vozem Liaz přes Saharu. 3. února dosáhla expedice cíle a předala v nemocnici v Lambaréné zdravotnický materiál a 13 tisíc brýlí, které se podařilo nashromáždit veřejnou sbírkou.

Za osmiletý výzkum světového významu získal kardiolog Viktor Kočka Bolzanovu cenu

Jolana Boháčková

Univerzita Karlova udělovala Bolzanovu cenu za nejlepší a nejpřínosnější absolventskou vědeckou práci. K trojice oceněných patřil i MUDr. Viktor Kočka, Ph.D. ze 3. lékařské fakulty. Jeho doktorská dizertační práce na téma “Ischemická choroba srdeční – od patofyziologie ischemické mitrální regurgitace k perkutánní koronární intervenci” zvítězila v kategorii lékařských věd. Viktor Kočka se dlouhodobě zabývá klinickým výzkumem nových metod v intervenční kardiologii. Výsledky jeho osmiletého výzkumu mají světový význam a mohou sloužit jako základ v postupu zlepšování terapie.

V čem spočívala vaše dizertační práce?

Naše práce spočívala ve výzkumu ischemické choroby srdeční a měla podtitul od patofyziologie ischemické mitrální regurgitace k perkutánní koronární intervenci. Nacházeli jsme spojitost mezi těmito dvěma tématy. Dostali jsme se vlastně v rámci jedné práce od samotné chlopenní vady až k různým koronárním intervencím. Zkoumali jsme mechanismy, jakým způsobem spolu souvisí ischemická choroba srdeční a poškození chlopně. Když ischemická choroba postihne hlavní srdeční komoru, která pumpuje krev v srdci, komora se zvětší a přestane fungovat chlopně. Tento vztah jsme zkoumali v dizertační práci.

Jak výzkum vypadal a jak dlouho trval?

Dá se říci, že osm let. Nejdřív jsme zkoumali ischemickou mitrální regurgitaci. Snažili jsme se předpovědět, která chlopenní vada se zlepší po chirurgickém zákroku, to znamená, po operaci bypassu. Zjednodušeně řečeno, srdce, které trpí nedostatkem kyslíku, se operuje, vytvoří se přemostění, aby srdce mělo kyslíku dostatek. Pak se srdce zotaví a chlopnička, která je ovládaná takovými šlašinkami, se může také zlepšit. My jsme našli různé předpovídající ukazatele, podle kterých se dá usoudit, kteří pacienti se zlepší, a kteří nezlepší. Tím jsme vlastně začínali studii.

Pak jsme chtěli provést randomizovanou studii. Chtěli jsme náhodně rozdělit pacienty na ty, kteří prodělali chirurgickou operaci chlopně, a ty, kteří mají katetrizačně opravený průtok krve. Jedna skupina by tedy měla obnovený průtok krve a opravenou chlopeň a druhá jen katetrizačně obnovený průtok krve. Ale nepovedlo se nám najít dost pacientů. Zkoušeli jsme oslovit i další centra, ale jako akademický projekt to zkrátka nefungovalo. Museli jsme proto tuto část projektu ukončit, ale máme z ní nějaká data. V dizertační práci jsme pak díky těmto datům prokázali, že se pacientům, kteří už měli někdy v minulosti obnovený průtok krve, tedy prodělali revaskularizaci, daří dlouhodobě lépe.



Viktor Kočka (vpravo) při slavnostním převzetí Bolzanovy ceny.

V další fázi práce jsme se dostali k samotným revaskularizacím a zkoumali využití stentů. A právě kvůli tomuto základnímu výzkumu trvala práce tak dlouho. Museli jsme nejprve vybudovat fyzikální laboratoř ve Fyzikálním ústavu Akademie věd a poté jsme začali provádět výzkum na prasatech. Prováděli jsme úplně základní materiálový výzkum, zkoumali jsme možnosti potažení kovových koronárních stentů velmi tenkou vrstvou diamantu s použitím nanotechnologie. Při výzkumu na prasatech jsme zjistili, že stenty s tímto nanodiamantovým potahem mají opravdu lepší vlastnosti než stejné kovové stenty bez potahu.

Přesunuli jsme se tedy zpět k lidem a používali nejmolekulárnější stenty, které se samy vstřebají. Nejsou kovové, ale vyrobené z “chytrých materiálů” – polylaktátů, které tvoří několik kyselin mléčných spojených do jednoho polymeru. Ten se po několika letech rozpadne na vodu a CO₂. CO₂ člověk vydychá a voda je tělu vlastní tekutina, takže z nich vlastně nezůstane nic. Stali jsme se jedním ze dvou prv-

ních pracovišť na světě, které tuto metodu používalo k léčbě akutního infarktu. To druhé centrum je v Holandsku, v Rotterdamu. Výsledky této metody jsme poté publikovali současně v jednom čísle stejného časopisu.

A jak vás napadlo použít takové stenty?

Napadlo nás to současně při debatě s profesorem Widimským. Pracoval jsem na studii společně s profesorem Widimským a dalšími kolegy. Celý vědecký medicínský výzkum je týmová práce. Jsme celkem čtyři kolegové. Bez jejich spolupráce bych nedokázal nic.

Téma je docela široké, takže výzkum trval poměrně dlouho. Navíc jsme dva roky pracovali na randomizované studii, než jsme pochopili, že to nikam nepovede. Na základní výzkum stentů s diamantovým potahem jsme měli peníze z grantu Nanotechnologie pro společnost od Akademie věd na pět let.

Do hodiny v kardiocentru

Intervenční kardiologie už je v medicíně zavedený obor...

Je to zavedená realita. Navíc u akutních intervencí – tedy u pacientů s probíhajícím infarktem – máme v naší nemocnici řadu priorit a na přelomu tohoto století provedl profesor Widimský s kolegy několik opravdu převratných studií, díky kterým se tato metoda poté rozšířila i jinam. Můžeme v klidu a sebevědomě říct, že Česká republika patří v oboru mezi nejlepší na světě.

Máme navíc vhodné geografické podmínky na rozdíl od jiných vyspělých společností, kde jsou vzdálenosti mezi kardiocentry mnohem větší, takže pacienti s infarktem se do hodiny do kardiocentra nedopraví. Naše republika má výhodu, že je pokrytá hustou sítí silnic a většina

lidí žije v místech, ze kterých se během hodiny dokáže dopravit do krajského města. Každé krajské město má kardiocentrum s katetizační laboratoří, některá města jich mají dokonce několik. Takže všichni pacienti se dostanou na sál do hodiny. Na rozdíl třeba od skandinávských zemí, Kanady nebo USA, kde je potřeba překonávat mnohem větší vzdálenosti.

Celkově kardiologii Češi vnímají jako velmi vážený obor.

Srdce je takový magický orgán. Říkáme: „Bolí nás na srdci“, když máme nešťastnou lásku nebo nějaký smutek. Srdce je takový magický symbol už od mytologie.

Proč jste se vy rozhodl pro kardiologii?

Přitahuje mě, že je to rychlý obor, člověk se musí umět rychle rozhodovat. Přitahují mě ta rizika, adrenalin. Baví mě na kardiologii také spojení fyziky, složité techniky a biologie.

Až padesát procent Čechů umírá na kardiovaskulární onemocnění. To je víc než na Západě. Čím to je?

Ještě pořád víc kouříme a špatně jíme.

Takže je to životním stylem?

Možná také geny, nicméně tato onemocnění jsou multifaktoriální, nemají jednu příčinu. Roli hraje věk, pohlaví, geny, životní styl, léčba, ...

A dá se nějak obecně shrnout, jak předcházet kardiovaskulárním onemocněním?

Na prvním až patnáctém místě bude zmiňovaný životní styl, to znamená nekouřit, mít dost pohybu, roli hraje také tělesná váha. Pak na 16. místě a dále bude výborná lékařská péče, dobrá léčba vysokého cholesterolu a podobně.

Vy sám si hlídáte svoje srdce?

Zatím jsem mlád, ale hlídám si životní styl. Snažím se jíst rozumně, cvičím, nemám nějakou dramatickou nadváhu. Snažím se zdravě žít, ale samozřejmě má můj životní styl také mnoho chyb. Například toho moc nenaspím, mívám stres.

Délka života nebo kvalita života?

Stojíte někdy před dilematy, jestli pacienta léčit, když už mu léčba prodlouží život jen o málo let?

To je zásadní rozhodnutí, které děláme docela často. Je potřeba si uvědomit, že v medicíně, tak jak já ji chápu, jsou dva důvody, proč pacienty operovat nebo léčit nebo jakkoli jinak intervenovat. Jeden z nich je zlepšení prognózy a druhý zlepšení kvality života. Čím více se pacient blíží ke konci života, tím více ho zajímá právě kvalita života a už ho tolik nezajímá délka života. Když nabídnete pětáosmdesátiletému člověku, že tady může být ještě tři roky a bude řídit auto, užívat si života, trávit čas s rodinou, nebo tu bude o dva roky déle, ale v LDN v posteli, většina lidí si vybere tu variantu o dva roky kratší. Takže častěji se zabýváme zlepšením kvality života, než jen samotnou délkou života.

Často o tom s pacienty debatujeme. Na rovinu jim řekneme, co to znamená, že mají chorobu, která se dá léčit tak nebo tak. Řekneme jim, že všechno má nějaké důsledky, probereme všechny varianty. Přestože často máme obavu se s nimi takto bavit, většina pacientů otevřenost ocení a je schopná si sama dobře zvolit.

A odmítnou někdy léčbu?

Ano. V dnešním právním prostředí musí podepsat dokument, ve kterém stvrzují, že byli srozuměni s tím, jaké bude

mít odmítnutí léčby důsledky. Existuje takový seminář, v angličtině se tomu říká „heart team“, na kterém my se jako tým lékařů domluvíme, co si myslíme, že je pro pacienta nejlepší, a pokud to pacient nerespektuje, je to jeho svaté právo.

Žijeme v době, kdy si našťástí pacient může sám vybrat. My ho samozřejmě neztratíme a budeme ho dál jím zvoleným způsobem léčit a starat se o něj. Jen musí podepsat dokument, abychom my byli chráněni. Kdyby se pak třeba rodina rozhodla, že jsme pacientovi nevysvětlili dobře postup, je potřeba mít právní dokument, který chrání nás. Pacient je ale vždycky „šéfem“ svého zdraví.

Máte zkušenost s klinickou péčí o pacienty ze zahraničí.

Můžete to srovnat s ČR?

Rozdílů existuje spousta. Já jsem byl s rodinou čtyři roky v Irsku a byla to velmi zajímavá zkušenost. Jejich zdravotní systém není postavený na hierarchické struktuře. Nemají jednoho pana přednostu a primáře a pod ním několik šéfů oddělení, pak zkušené lékaře a pak mladé lékaře. Oni mají strukturu postavenou tak, že každý zkušený kardiolog tvoří na ostatních nezávislou jednotku. Nadřízeným atestovaného kardiologa nebo jiného odborníka není jiný lékař, ale ředitel nemocnice. Takže každý atestovaný lékař je vlastně sám sobě šéfem a pod sebou má tým mladých lékařů, sestřiček či fyzioterapeutů a sekretářek.

V Irsku výrazně víc používají střední zdravotní personál a nelékařský personál, tedy administrativní personál. Lékař tam daleko méně času stráví psaním u počítače, protože má diktafon, na který zprávu nadiktuje a do

počítače už ji přepíše administrativní pracovník. Navíc je zvykem, že tato zpráva je stručná. O to víc času může lékař trávit s pacienty.

Systém má ale také své nevýhody. Lékaři jsou sice výrazně lépe placení, ale je jich také výrazně méně. Běžnou praxí v Irsku jsou čekací doby. V Česku, i když pacient nemá zrovna infarkt, ale zkrátka nějaké potíže se srdcem, lékaři je velmi rychle vyřeší. V Irsku problém vyřeší stejně kvalitně, ale může se stát, že pacient na vyšetření čeká tři, čtyři měsíce. U nás čeká týden, dva.

V Irsku má státem řízené zdravotnictví omezený rozpočet a víc lékařů zaplatit nemůže.

Vyhovovala vám jiná hierarchie než u nás?

Má to své výhody i nevýhody. Jeden lékař v Irsku musí pokrýt širší spektrum kardiologie, takže v jednom oboru není obvykle tak dokonalý jako v Čechách. Já jsem tady v Čechách téměř stále na sále, ambulanci mám jen pár hodin, a o pacienty na koronární jednotce se výborně starají jiní kolegové. Mám tak větší šanci se specializovat.

Také učíte. Baví vás to?

Baví mě učit mladé lidi, mají nápady, baví mě jejich dotazy, interakce. Občas si musím něco dostudovat, takže je to výhodné i pro mě. Baví mě i samotný fakt, že můžu svoje zkušenosti předat dál. Také se mi líbí, jak to funguje na 3. lékařské fakultě. Myslím, že tu dokážeme vytvořit prostředí, kde se mohou medicíni něco naučit a rozvíjet se. Z toho mám radost.



Kam směřuje léčba konopím v České republice

Tomáš Zábranský

Břežnová konference „Léčebné konopí a kanabinoidy: Politika, věda a medicínská praxe“ zmapovala současný stav a nastínila směr, kterým se bude zpřístupnění léčebného konopí v České republice ubírat v nejbližších týdnech, měsících a letech. Léčebné konopí je v České republice sice legální, zatím se ovšem využívá pouze zřídka. Hlavní důvody jsou dva: nízká informovanost profesionálů i veřejnosti a nedostatečné zásobování tímto léčivem, způsobené především obstrukční „Hegerovou vyhláškou“ č. 221/2013. Konopí navíc stojí v lékárnách přes 300 korun a jeho úhradu z veřejného zdravotního pojištění zakazuje dodnes platné opatření obecné povahy (OOP sukl4/2013) z dílny téhož exministra.

Minimálně první z těchto důvodů se podařilo alespoň částečně konferencí odbourat. O konferenci byl tak obrovský zájem nejen ze zahraničí, ale především ze strany českých lékařů, sester a farmaceutů, že jsme ještě před zahájením museli v důsledku naplnění kapacity zastavit registrace.

První den konference byl věnován společenským a politickým otázkám zpřístupnění léčebného konopí. Druhý a třetí den byl věnován odborným přednáškám a praktickým školením, zaměřeným na používání léčebného konopí v praxi, den čtvrtý pak výhledům léčby konopím a látek z něj do budoucna, jak je vidí špičkoví světoví vědci, kteří na konferenci přednášeli.

Na konferenci se také setkali a diskutovali všichni, kteří v současné době situaci v oblasti konopí v České re-

publice ovlivňují. Politici, lékaři a aktivisté se shodli na jednom: pacienti i lékaři konopí potřebují. Všichni také vyjádřili vůli ke zpřístupnění konopí pacientům.

Mimořádně úspěšný byl vědecký program konference: z pěti nejcitovanějších vědců v oblasti výzkumu léčebného konopí a jeho aplikace v humánní medicíně v něm přednášeli hned čtyři – včetně žijící legendy profesora Raphaela Mechoulama, příslušníka elitního klubu 1 % nejcitovanějších vědců v historii.

Během konference byla v rámci neformálních mítinků, jimž konference dala prostor, založena pacienty a jejich organizacemi ze 14 zemí EU, Kanady a USA Mezinárodní koalice pacientů pro léčebné konopí (International Medical Cannabis Patients Coalition, IMCPC), sdružující nemocné, kteří se léčí konopím, případně se jím léčit chtějí, ale nemají k němu legální přístup. Její signatáři (kromě jiného) požadují, aby konopí bylo vyňato z úmluv OSN o omamných látkách nebo přinejmenším vyňato z první regulační skupiny úmluv OSN, kam patří „mimořádně nebezpečné drogy s velmi omezeným léčebným využitím“, a aby bylo celosvětově zpřístupněno všem, kterým může pomoci v léčbě jejich nemoci nebo v zmírňování symptomů.

Konference se stala dalším z milníků na nelehké a složitě cestě k legální, ekonomické i faktické dostupnosti léčebného konopí všem pacientům v ČR, jimž je indikováno pro zlepšení zdravotního stavu a/nebo kvality života.

Autor je epidemiolog a adiktolog a vedoucí organizačního výboru konference „Léčebné konopí a kanabinoidy: Politika, věda a medicínská praxe“.

Z absolventa plzeňské medicíny významným vědcem a odborníkem ve Švýcarsku

Richard Rokyta

Šestým zahraničním členem České lékařské akademie byl 17. února zvolen ve Švýcarsku žijící český lékař prof. MUDr. Pavel Kučera, Ph.D., emeritní profesor Lékařské fakulty Univerzity v Lausanne a na Ecole polytechnique fédérale v Lausanne, hostující profesor na 3. lékařské fakultě UK v Praze a na Fakultě biomedicínského inženýrství ČVUT v Kladně. Prof. Kučera převzal diplom členství 6. března na slavnostním shromáždění ČLA v Karolinu.

Kdy jsi se během svého dospívání rozhodl pro studium medicíny?

Asi v 15 letech mne velmi ovlivnila „Kniha o životě a smrti“ Axela Muntheho. Rozhodnutí ale padlo na gymnáziu. Měl jsem nejraději biologii a fyziku, chtěl jsem poznat jak funguje ten „měkký“ stroj lidského organismu a z jakých fyzikálních a chemických procesů pramení lidské vědomí, a chtěl jsem také být nějak užitečný bližnímu. Nikdy jsem tohoto rozhodnutí nelitoval. Naše generace měla štěstí prožít periodu intenzivního vývoje medicíny i technologie, který odpověděl na mnoho otázek, a který hlavně přinesl lidem účinnou pomoc.

Jaké máš nejvýraznější vzpomínky na svá studia na LF UK v Plzni?

Bylo to jedno z nejkrásnějších období mého života, které mi skutečně otevřelo obzor. Zajímaví učitelé nám vštěpovali nejen znalosti medicínských oborů, ale vedli nás také k citlivému přístupu k trpícímu člověku. Nezapomenutelné byly například stáže u prof. Karla Bobka, vášnivého pedagoga s neuvěřitelným pozorovacím talentem. Ale plzeňská fakulta nám dovozovala i bohaté kulturní a sportovní vyžití. V neposlední řadě mi mnoho přinesl život na koleji se vzájemnou konfrontací charakterů, vedoucí ke kolegiálnímu respektu i k opravdovému a trvalému přátelství.

Po promoci jsi nastoupil jako asistent na Ústavu anatomie LF UK v Plzni a později přešel na Ústav patologické fyziologie LF UK v Plzni. Co z tohoto období mělo největší význam pro tvůj další profesní vývoj?

Začal jsem s morfologií, základem jednoznačného popisu a pochopení stavby lidského „stroje“. V Plzni o modernizaci anatomie usiloval výborný učitel Jiří Heřt (tehdy docent), který ve mně vzbudil zájem o výzkum kostní tkáně. Ale výzkum mne nakonec dovedl k fyziologii, dynamickému oboru, jehož cílem je pochopit mechanismy adaptace na změny, jimž je organismus vystaven. Zamiloval jsem se do této vědy v prostředí plzeňského Ústavu patofyziologie, kde vládla živá, obohacující atmosféra a kritický přístup

k interpretaci výsledků. Prof. Mysliveček nás učil pochybovat o dogmatech a hledat řešení problémů v experimentu. Jeho důvěra a přátelství byly pro mne velmi cenné.

Co tě v roce 1968 nejvíce přimělo k emigraci?

I když se mi práce na fakultě líbila, měl jsem jako nestraník pro akademickou kariéru malé šance. Připravoval jsem tedy pozvolný přechod k praktické medicíně a začal jako obvodní lékař dojíždět do Přeštic. Bylo to ono slibující jaro, těšil jsem se na budoucnost a čekali jsme s manželkou první dítě. Dne 21. srpna, při návratu ze služby, jsem narazil na sovětské tanky a vojáky... S pocitem ponížení, hluboké nenávisti a hlavně nesnesitelné nemohoucnosti jsem odešel připraven dělat cokoli, ale zůstat sám sebou.

Jaké jsou nejvýznamnější výsledky tvé vědecké práce ve Švýcarsku?

V oblasti neurofyziologie a ve spolupráci s virology CNRS a Institut Pasteur to byla analýza nervových drah, po kterých se během myelo-encefalitidy propagují neurotropní viry (rabies, herpes). Výsledky zpřesnily mnohé funkční obvody centrálního nervového systému, neuroafinitu virů vzhledem k typu synaptických receptorů. V oblasti urologie a ve spolupráci s Ecole polytechnique fédérale de Lausanne to byla optimalizace cystoskopické fluorescenční detekce časných stadií karcinomu močového měchýře. Tato citlivá diagnostická metoda doznala klinického uplatnění a je adoptována v Evropě i v USA. V oblasti gastroenterologie a opět ve spolupráci s Ecole polytechnique de Lausanne jde o vývoj techniky dovolující ambulantně monitorovat motilitu trávicího systému. Metoda,

založená na stopování spolknutých magnetických kapslí, dovoluje popsat trojrozměrnou anatomii celé trávicí trubice, rytmus a dynamiku žaludečních a střevních pohybů a interakce mezi jednotlivými segmenty. Její technický rozvoj zajišťuje start-up společnost Motilis a její klinická validace současně probíhá v Aarhusu a v Londýně.

Jaké jsou tvé dojmy ze situace na českých univerzitách a zejména na lékařských fakultách?

Pokud jde o výuku medicíny, syllabus Karlovy univerzity je naprosto srovnatelný s nejvyspělejšími evropskými univerzitami. Byli jsme v EU podrobeni neúprosnému tlaku „bolognizace“ a budoucnost ukáže, zda nedojde k setření charakteru a specifity fakult. Mám dojem, ale to je možná jen názor stárnoucího, jako by šlo o pozvolnou změnu ve studiu medicíny: univerzitní pojetí nahrazuje profesionální škola. Ale snad je to nevyhnutelné. Rozhodně lituji faktu, že univerzity jsou často dotovány podle počtu studentů: zde o snížení úrovně nemůže být pochyb. Jsem také překvapen počtem náhle zrozených univerzit a akademických pozic.

Co se ti nejvíce v Čechách líbí a co tady máš rád?

Líbí se mi, že jsme konečně svobodní a přál bych si, abychom svobodu brali jako něco velmi křehkého, co je třeba chránit zodpovědnou a citlivou politickou prací. A také jako pojem, který je založen na schopnosti říci ne sobě samému, svému egoismu. Mám rád své rodné „černé“ Kladno a nevyslovitelně poetické České středohoří. Mám rád českou píseň. A nestárnoucí tvorbu Voskovce, Weriha a Ježka. Obdivuji jejich kuráž, moudrost, vtip, optimismus, humanismus a swing.

Studenti českých lékařských fakult prezentovali své vědecké práce na konferenci v Hradci Králové

Romana Šlamberová,

proděkanka pro postgraduální doktorská studia a pro studentskou vědeckou činnost na 3. LF UK

Na Vědecké konferenci studentů lékařských fakult České republiky, která se konala 20. a 21. listopadu 2014 na lékařské fakultě v Hradci Králové, své práce prezentovalo 29 studentů ze všech českých lékařských fakult. Osm prací patřilo do sekce nelékařských oborů, 10 do teoretické sekce a 11 do klinické sekce. Je potřeba ocenit vysokou úroveň všech příspěvků a bohatou a podnětnou diskuzi. Všem pořadatelům a jmenovitě pak proděkance doc. Aleně Stoklasové patří velké díky.

3. lékařskou fakultu v hodnotící komisi sekce lékařských oborů zastupovala prof. MUDr. Romana Šlamberová, Ph.D., a v sekci nelékařských oborů PhDr. Hana Svobodová a své příspěvky přednesli studenti 3. lékařské fakulty, kteří se umístili na předních místech fakulturní studentské vědecké konference pořádané v květnu 2014.

Lékařské teoretické a preklinické obory

Matěj Patzelt (školitelka Bc. MUDr. Jana Mrzilková)
– Využití mikroCT v morfologii

Cátia Jesus a **Inês Jesus** (školitelka doc. Anna Yamamotová) – Laterality and crossed-hand analgesia

Lékařské klinické obory

Julius Lukeš (školitel prof. Pavel Martásek) – Identification of novel mutations associated with Antley-Bixler syndrome

Edita Piačková (školitelé MUDr. Peter Vaško, doc. MUDr. Ivana Štětkářová, CSc.) – Vliv změny strategie péče o pacienty s akutním ischemickým iktem v letech 2010 – 2013 na mortalitu a výsledný funkční stav po trombolýze

Nelékařské obory

Petra Donnerová (školitelka MUDr. Iva Lekešová, CSc.) – Chronická parodontitis a diabetes mellitus II. typu

Všichni studenti 3. lékařské fakulty předvedli vynikající výkony a zvládli výborně i náročnou diskusi. Byli důstojnými reprezentanty fakulty, za což jim děkuji. Ocenění však jsou vždy omezená a proto jsem ráda, že i přes velkou konkurenci máme jednoho z našich reprezentantů opět na pomyslném stupni vítězů. V teoretické sekci se umístil na druhém místě Matěj Patzelt.

Výsledky:

Lékařské teoretické a preklinické obory

1. místo — **František Saňák**, Fakulta vojenského zdravotnictví UO, Hradec Králové: Efektory přirozené imunity
2. místo — **Matěj Patzelt**, 3. lékařská fakulta UK, Praha: Využití mikroCT v morfologii
3. místo — **Vladimir Aflakpui Elorm**, Lékařská fakulta UK, Hradec Králové: The effect of a recently synthesized areneruthenium trithiolato complex on leukaemic cells MOLT-4

Lékařské klinické obory

1. místo — **Kristýna Bajcurová**, Lékařská fakulta UK, Plzeň: LISA – nový software pro interaktivní volumetrii jater
2. místo — **Jan Bardoň**, Lékařská fakulta UP, Olomouc: Neuromodulační léčba neurologických a psychiatrických poruch
3. místo — **Michal Stodola**, Lékařská fakulta UK, Hradec Králové: Kapslová endoskopie v detekci premaligních lézí tračníku

Nelékařské obory

1. místo — **Lenka Cvrkalová**, 1. lékařská fakulta UK, Praha: Problematika komunikace sester s pacienty se zajištěnými dýchacími cestami na resuscitačním oddělení
2. místo — **Hana Adámková**, Lékařská fakulta MU, Brno: Noční myopie – vyšetření a přínos korekce v praxi

V hodnotících komisích zasedali:

Lékařské teoretické a preklinické obory

doc. MUDr. Alena Stoklasová, CSc., Lékařská fakulta Hradec Králové / prof. MUDr. Jiří Stulík, CSc., Fakulta vojenského zdravotnictví Hradec Králové / prof. MUDr. Romana Šlamberová, Ph.D., 3. lékařská fakulta Praha / doc. MUDr. Zdeněk Kleibl, Ph.D., 1. lékařská fakulta Praha / MUDr. Ľuboš Harvan, Ph.D., Lékařská fakulta Olomouc

Lékařské klinické obory

prof. MUDr. Jiří Mandák, Ph.D., Lékařská fakulta Hradec Králové / prof. MUDr. Ladislav Jebavý, CSc., Fakulta vojenského zdravotnictví Hradec Králové / prof. MUDr. Eliška Sovová, Ph.D., MBA, Lékařská fakulta Olomouc / doc. MUDr. Tomáš Kovárník, Ph.D., 1. lékařská fakulta Praha

Nelékařské obory

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., Lékařská fakulta Hradec Králové / prof. RNDr. Hana Kolářová, CSc., Lékařská fakulta Olomouc / doc. MUDr. Petr Bartůněk, CSc., 1. lékařská fakulta Praha / Mgr. Jana Heczková, 1. lékařská fakulta Praha / PhDr. Hana Svobodová, 3. lékařská fakulta Praha / Mgr. Eva Vachková, Ph.D., Lékařská fakulta Hradec Králové



Lékař a pacient ve 21. století

Radek Ptáček

Přelom 20. a 21. století je spojen s mimořádným nárůstem znalostí a možností v oblasti medicíny. Moderní technologie proniká do oblasti diagnostiky i léčby ve všech oborech. Dominantní akcent na biologické a technologické aspekty vede na jedné straně k mimořádným úspěchům, v řadě případů můžeme říci, že to, co bylo ještě před pár lety fatálním onemocněním nebo stavem, je dnes běžně řešitelné, na druhé straně ovšem tento trend vede k procesu dehumanizace medicíny. Pod tlakem technologického rozvoje se z medicíny postupně vytrácí osoba pacienta, ale i lékaře.

Medicína, jak ji známe v dosavadní lidské historii, je založena na vztahu lékaře a pacienta. Jedná se o hlavní „účinný faktor“, který je nenahraditelný a jedinečný. Nemohou ho zastoupit sebedokonalejší medicínské postupy nebo technologie. Nicméně řada odborných textů i studií poukazuje na skutečnost, že lékaři stále častěji při své práci vůbec nepřemýšlejí o pacientech jako o „lidech“, ale jako o izolovaném nálezu. To je více než znepokojivá skutečnost.

Lékaře nahrazují počítače a roboti, z pacientů se stávají digitalizované záznamy. Pacient vstoupí do scanneru, ten provede komplexní diagnostiku, aniž by pacient promluvil. Ideálně totéž zařízení bezodkladně provede léčbu a pacient odchází zdrav. Jestliže se medicína někdy ve vzdálené budoucnosti dostane na tuto úroveň, a člověk se tak prakticky stane nesmrtelným, bude možné uvažovat o vztahu lékaře a pacienta jako o historic-

kém jevu. Do té doby však zůstane individuální kontakt lékaře s pacientem jedním ze základních prostředků medicíny.

Klasický citát „vyléčit někdy, ulevit často, utěšit vždy“ naznačuje i dnes aktuální proporce možností moderní medicíny. Vyléčit pacienta stále patří mezi nejobtížnější a často i nemožné úkoly. Možnosti úlevy se zvyšují s novými technologiemi a postupy. „Utěšit“ je nicméně možnost, která je v moci každého lékaře u většiny pacientů. Je stejná dnes jako před několika staletími a bude stejná i na konci 21. století, to je zcela jisté. Nestojí to v zásadě nic, často ani mnoho času. Přesto jde o faktor, který pacienti postrádají čím dál tím více. Je to proces postupného vytráčení se lidského aspektu medicíny.

V množství nových etických problémů a otázek, kterými je medicína zaplavována s rozvojem technologií, vědy, ale také např. změnou sociálních a zdravotních systémů a politik, se v určitém pohledu zapomíná na hlavní aktéry medicíny – tedy pacienta, ale i lékaře a jejich vzájemný vztah.

Z tohoto důvodu lze základní klinický a etický imperativ pro medicínu 21. století definovat tak, aby pacient byl stále vnímán jako osoba, nikoliv pouze souhrn nálezů, lékař zůstal člověkem a léčba se odehrávala ve vzájemné interakci. Tento příspěvek je krátkým zamýšlením nad stavem a perspektivou vztahu pacienta a lékaře v moderní medicíně v klinických i etických souvislostech.

Medicína bez pacientů

Základním pilířem medicíny je kontakt lékaře s pacientem. Ten je nutný ve fázi diagnostické – kdy sice v řadě oborů dnes lékař nemusí pacienta ani spatřit, ale právě pouze osobní kontakt s ním dává diagnostickému procesu kontext. V procesu léčby je pak tento kontakt zcela nezastupitelný.

Mezi lékaře a pacienta v současné době proniká mnoho vrstev technologií, administrativy, ale také dalšího ošetřujícího personálu, takže lékař do kontaktu s pacientem ani nemusí přijít, a často skutečně nepřijde. Náležitou komunikaci lékaře s pacientem i prostou kvalitu jejich kontaktu lze zcela bez pochyb hodnotit jako samostatný účinný faktor, který ovlivňuje nejen to, jak pacient bude léčbu dodržovat, ale i to, jak bude účinná, jak dlouho bude trvat apod. (Ptáček, Bartůněk, 2011; Ptáček, Bartůněk, Mach, 2013). Nicméně právě komunikaci se v moderní medicíně lékaři věnují čím dál tím méně – spoléhají se primárně na „objektivní“ účinky moderních metod a pacienti, zcela pochopitelně, tento kontakt čím dál tím více postrádají.

Mimořádně významnou a zajímavou je v této souvislosti evropská studie z roku 2011 (Stavropoulou, 2011), která na vzorku 45 700 osob ze 24 evropských zemí zkoumala, proč pacienti dodržují, nebo nedodržují předepsanou farmakologickou léčbu – tzn. non/adherence. Zjištěním bylo, že základním faktorem je zde to, jak pacient svému lékaři důvěřuje, tzn., jaký má k němu vztah. Závěrem studie byla doporučení o nutnosti s pacienty náležitě komunikovat, řešit s nimi otázky a obavy spojené s léčbou a obecně u nich vytvářet důvěru. V tento moment pravděpodobně každý lékař (ale i pacient) řekne: „To je přece samozřejmé, to není žádné zásadní zjištění.“ Praxe je ovšem zcela jiná.

Odborné texty zaznamenávají nárůst patientské nespokojenosti v oblasti komunikace, zohledňování jejich psychických a sociálních potřeb i času, který jim lékař věnuje. Reader a kolektiv (2014) v aktuální metaanalytické studii analyzovali celkem 113 551 případů stížností pacientů z 59 studií uvedených v databázích Pubmed/Medline a ScienceDirect. Analýza přinesla zjištění, že stížnosti lze kategorizovat do tří skupin. První skupina obsahovala stížnosti vztahující se ke kvalitě samotné péče. Intuitivně lze očekávat, že stížnosti tohoto charakteru tvořily část největší, nicméně v uvedených studiích se jednalo „pouze“ o 33,7 %. Na druhém místě (35,1 %) byly stížnosti vztahující se k managementu zdravotní péče (prostředí, organizace péče, zpoždění). Samostatná kategorie zahrnovala stížnosti na vztah lékaře/zdravotníků k pacientům (29,1 %). Jednalo se o problémy, které byly kategorizovány do tří skupin:

Komunikace: žádná, nedostatečná nebo neúplná komunikace, nenaslouchání pacientům, neumožňování pacientům podílet se na komunikaci.

Lidskost a péče: nedostatek respektu, hrubé chování vůči pacientům, neuctivý přístup k pacientům a jejich rodinám.

Práva pacientů: fyzické, psychické nebo emocionální „zneužití“ pacientů, absence informovaného souhlasu, porušení důvěry, diskriminace.

Ze studie vyplývá, že pro pacienty je významnější, jak je zdravotní péče organizovaná a jakým způsobem jim je poskytována (úhrnem 64,1 %), než jaká je její kvalita. To samozřejmě souvisí i s tím, že pacient hodnotí přede-

vším to, „čemu rozumí“, nicméně potvrzuje skutečnost, že jestliže pacient svému lékaři důvěřuje, není pro něj podstatné, jaké má znalosti. O těch začne pochybovat, až když mu věřit přestane.

Pacienti tedy chtějí komunikovat, chtějí, aby jim lékař porozuměl, věnoval jim dostatek času a poskytl jim pocit, že je vnímá jako osobu, nikoliv pouze jako „případ“ nebo „nález“. V klinické praxi se to ovšem často neděje a pacienti se cítí zanedbáni. V této souvislosti se začíná hovořit o konceptu zanedbání pacienta, který je definován jako „selhání osoby poskytující péči při naplňování potřeb pacienta“ (Lachs, 1995), přičemž se jedná o psychosociální konstrukt, který zdůrazňuje nejen naplňování širších biologických potřeb pacienta (např. hydratace během léčby, kvalita stravy, ubytování), ale také psychosociálních potřeb. V širším smyslu bychom mohli říci, že fenomén „zanedbaného pacienta“ odpovídá selhávání etických aspektů zdravotní péče. Swahnberg a kol. (2006) v této souvislosti uvádějí, že až 73 % pacientů má během svého života zkušenost se zanedbáním etických principů při poskytování zdravotní péče ze strany ošetřujícího personálu. S jistou mírou zobecnění můžeme tedy říci, že každý pacient se někdy během svého života cítí ze strany ošetřujícího personálu zanedbán. Proč ovšem? Etiologií tohoto stavu se zabývá velké množství studií.

Jako příčiny zanedbávání pacientů, nedostatečné ochoty ke komunikaci nebo jejího opomíjení jsou uváděny dvě základní skupiny faktorů: (1) nadměrná pracovní zátěž, syndrom vyhoření a neuspokojivé pracovní podmínky a (2) nedostatečné vzdělání a trénink v komunikaci (Schubert et al., 2013; Reader, 2013; Ptáček, Raboch, Kebza, 2013). Paralelně ovšem tendence určitým způsobem „zanedbávat“ pacientovy emoční potřeby může být projevem mechanismů zvládnání – copingových mecha-

nizmů, kdy lékař zcela vědomě volí postupy a strategie, které minimalizují osobní kontakt s pacientem a tím mu neubírají tolik vnitřních zdrojů.

Lékař: „*Tu frakturu pošlete na rentgen, já se pak na ni podívám.*“

Zdravotní sestra: „*Budete chtít pak s pacientem mluvit?*“

Lékař: „*To je zbytečné, řekněte mu, že zprávu zašlu jeho ošetřujícímu lékaři.*“

Zdravotní sestra: „*...ta deprese (mužský pacient) na čtyřce už je opět neklidná, je to dost nepříjemné.*“

Lékař: „*Přijďte, sestřičky, diazepam, ono ho to zklidní.*“

Zdravotní sestra: „*A nechtěl byste se na něj podívat, pane doktore?*“

Lékař: „*Dejte mu ten diazepam, a když to nezabere, půjdu se tam podívat.*“

Lékař 1: „*Zítřka máme dva žlučníky a jednoho známého pana přednosty, prý se na to přijde podívat, tak si dej záležet.*“

Lékař 2: „*Tak ho vezmeme jako prvního, ať na něj máme klid.*“

Tato odborná „hantýrka“ je vlastně určitou technologickou komunikací, která sdělení některých věcí zjednodušuje. Nicméně tak, jak člověk mluví, obvykle i prožívá. Obdobná komunikace je hlavním důkazem, že ze zdravotnictví se osobnost pacienta pomalu a jistě vytrácí. Na jedné straně proto, že je jednodušší zabývat se nálezy v klidu pracovny, a na druhé straně proto, že se lékařům s pacientem komunikovat nechce. Je to emočně a fyzicky náročné, v mnoha případech je umění komunikace navíc pořádně nikdo neučil.

Lékaři často i uvádějí, že vlastně neví, jak by měli s pacienty mluvit – kromě vyloženě oborových medicínských záležitostí. Nejednou jsem slyšel, že je to příliš složité, že to vyžaduje školení, na které není čas, nebo psychologa, na kterého nejsou peníze. Velká část lékařů v klinické praxi popisuje, že by se chtěli zlepšovat v komunikaci s pacienty, ale pouze minimum z nich něco skutečně dělá.

S jistou „literární nadsázkou“ se dá říci, že z klasické medicíny se vytrácí pacient, jako osoba, jako člověk. Stávají se z nich izolované nálezy, hodnoty a obrázky. Poměrně výstižně to řekl profesor intervenční kardiologie, který studentům psychologie při přednášce vysvětloval, čím se zabývá jeho oddělení. Doslova řekl: „My tady v podstatě léčíme obrázky. Vidět pacienta a mluvit s ním můžeme z určitého úhlu naší odbornosti považovat za zbytečné.“ Pan profesor sice následně pohovořil velmi zasvěceně o významu komunikace lékaře s pacientem, nicméně jeho výrok do značné míry odrážel realitu.

Pro medicínu 21. století by se základním odborným i etickým východiskem měla stát skutečnost, že léčen je pacient jako osoba v komplexu všech svých potřeb, strachů a přání, nikoliv jednotlivé nálezy nebo diagnózy. Již dlouhá léta odborné práce píší o termínu „na pacienta zaměřená medicína“ (patient centered medicine) (Tongue et al., 2007; Bardes, 2014) – tedy medicína, ve které je pacientem člověk, nikoliv nálezy, metody apod. Věnujme se tedy v medicíně 21. století především pacientům.

Medicína bez empatie

S „vytrácením pacientů“ z moderní medicíny se zcela zákonitě vytrácí i to, co pacienti očekávají od lékaře na prvním místě – a to je empatie. Český můžeme říci soucit,

vcítění, pochopení. Problematice empatie se v samostatné kapitole věnují Francová a Hnilica, a proto téma zmíníme jen okrajově.

V současné době jsou často zdůrazňovány biomedicínské aspekty léčebného a diagnostického procesu, základním paradigmatem medicíny je evidence based přístup. Jestliže zcela pomíneme jeho klinické, metodologické a etické problémy, je to opět trend, který směřuje k odosobnění medicíny, a tedy i vytlačování empatie. Indikace léčebných postupů na základě „důkazů“ spočívajících v experimentálních a klinických studiích a jejich metaanalýzách na populacích, které jsou danému léčenému pacientovi vzdálené a možná i zcela nekompatibilní, odvádí lékaře od nutnosti hlubšího pochopení obtíží pacienta.

Tyto jsou přece „objektivně“ diagnostikovány a nyní je třeba nalézt již jen ten správný léčebný mechanismus, který bude dostatečně postavený „na důkazech“. Potřeba empatie, chápání a rozumění pacientovi se vytrácí. Řada studií zcela systematicky popisuje, že dostatečně individualizovaný, a tedy i empatický kontakt s pacientem může i zásadním způsobem ovlivňovat úspěšnost léčby (Stavropoulou, 2011). Můžeme v těchto kontextech hovořit rovněž o evidence based empatii.

Nedávno byl podán návrh, aby elektronické systémy, do kterých lékaři zadávají údaje o pacientovi, lékaře „donutily“ k empatii – např. tak, že v užití programu nebude možno pokračovat, jestliže se lékař nezeptá na určité „psychologicky“ promyšlené otázky, které by v pacientovi vyvolaly pocit empatie. Položení takové otázky by lékař potvrdil klávesou „enter“. Jedná se jistě o dobře míněnou snahu, ale empatie není otázka mechanická.

Jak ale ke ztrátě empatie dochází? Jak je to možné, když právě na studium medicíny se často hlásí mladí lidé s nadšením a touhou pomáhat? Možná bude až překvapu-

jící, ale již studium medicíny působí jako téměř zaručený prostředek na snižování empatie. Řada nezávislých studií dokládá, že míra empatie s pacientem se s postupujícím medicínským vzděláním vytrácí. Hojat a kolektiv (2009) v kontextu longitudinální studie dokonce hovoří o „erozi“ empatie, která se u studentů od prvního ročníku snižuje a již v ročníku třetím dosahuje svého minima (Bombeke et al., 2014). Studenti medicíny se v této souvislosti zároveň domnívají, že jim jejich vyučující neposkytují „dobrý vzor“ pro komunikaci s pacientem. Jiné studie hovoří o tom, že se studenti medicíny domnívají, že během studií ztrácejí zaměření na pacienta. Odborná studie, která byla publikována v prestižním časopise Medical Education (Bombeke, 2010), se dokonce jmenuje „Help, I am loosing patient-centerdness“ („Pomoc, ztrácím zaměření na pacienta“). Popisuje, jak studenti v průběhu studia medicíny doslova ztrácejí komplexní pohled na pacienta ve prospěch schopnosti diskrétní analýzy izolovaných medicínských problémů. Narážíme zde tedy na fenomén, že se člověk může velmi dobře a relativně rychle empatii odnaučit. Tato otázka samozřejmě není černobílá, faktorů, které působí na snižování empatie, je celá řada a mají i různou funkci.

Jestliže se lékař v průběhu studia empatii může „odnaučit“, může se jí opět naučit? „Psychologická nastavba“ vztahu pacienta a lékaře je obvykle považována za samozřejmost, která „přijde tak nějak sama“. Kurikula na lékařských fakultách sice obsahují obvykle několik desítek hodin psychologie, nicméně velmi často spíše akademicky laděné. Psychologie bývá hodnocena jako nejméně důležitý předmět v průběhu studia medicíny. Klinické dovednosti související s lékařskou konzultací je ovšem možné se velmi dobře naučit. V současné době je dostupné mimořádně velké množství studií, které sledují efektivitu „komunikačních a psychologických“

tréninků pro lékaře. Řada těchto studií byla shrnuta v předchozích publikacích (Ptáček, Bartůněk, 2011; Ptáček, Bartůněk, Mach, 2013). Tyto práce jasně poukazují na skutečnost, že klinickým kompetencím ve smyslu komunikace s pacientem, projevování empatie a vyjadřování pochopení je nutné se učit. V kolektivech lékařů a zdravotníků, kde byl nebo je systematicky prováděný trénink v komunikaci, se významným způsobem zlepšuje spokojenost pacientů, ale také lékařů. Nedostatečné komunikační kompetence jsou totiž zdroje stresu a nepohody nejen pro samotného pacienta, ale i lékaře (Meryn, 1998; Byrne, Lang, 2002).

Studium a výkon medicíny, zvláště v současné době, která mezi pacienta a lékaře staví moderní technologie, v jistém smyslu logicky vede k úbytku až vytrácení empatie. Medicína, která bude sice postavena na nejmodernějších technologiích, ale mezi ní a pacientem nebude chápající lékař, nemůže být fakticky úspěšná. Důležitou klinickou i etickou výzvou pro medicínu 21. století je, aby jakákoliv zdravotní péče byla poskytována s profesionálním pochopením a empatií, která pacientovi dá pocit, že je stále léčen jako člověk. Komunikační dovednosti lékaře musí být chápány jako samostatná klinická dovednost, stejně tak jako jakékoliv jiné specializované dovednosti. Lékaři a zdravotníci by se jim měli učit a v průběhu své profesionální praxe zdokonalovat. Toto lze chápat jako základní klinickou a etickou odpovědnost lékaře a pacienta ve 21. století.

Medicína bez lékařů

Z medicíny se „vytrácejí“ nejen pacienti a empatie, ale rovněž lékaři. Tento stav má dvě základní příčiny. Pacienti při různých ošetřeních a vyšetřeních potkávají lékaře stále

méně často. To je způsobeno zlepšujícími se technologiemi a zvyšující se kvalifikací zdravotního personálu. Řada odborníků v oblasti zdravotnictví má VŠ vzdělání, atestace v příslušném oboru a mohou vykonávat řadu činností bez odborného dohledu. Některé činnosti, které ještě před nedávnou dobou vykonával lékař, tak dnes vykoná přístroj nebo kvalifikovaný personál. Pacienti proto mohou fakticky vnímat, že kontakt s lékařem se stává výrazně méně častý.

Lékaři se ovšem vytrácejí i ze samotného systému fakticky fyzicky. V celém světě se velmi aktuálně řeší otázka, co lékaři dělají po absolutoriu medicíny. Zůstávají? Jak dlouho? Odcházejí? Proč? Tyto otázky neřeší pouze země s nízkou socioekonomickou úrovní, kde motiv k odchodu je poměrně jasný – nedostatečné pracovní podmínky, nízké ohodnocení při vysokém pracovním zatížení apod. Zabývají se jimi i vyspělé země, např. Moss a kol. (2004) studovali důvody odchodu z profese/ze země u absolventů medicíny ve Velké Británii, Zarkovic a kol. (2006) na Novém Zélandu a bylo by možné citovat řadu dalších studií. Výsledky v obou studiích obsahovaly určité procento studentů, kteří chtějí z oboru klinické medicíny odejít. Nejčastěji uváděli jako důvod nadměrnou pracovní a časovou zátěž neúměrnou finančnímu ohodnocení, které mohou dostat např. ve farmaceutických firmách. Mladí lidé tak začínají zvažovat přínosy jednotlivých kariérních možností. I v rozvinutých státech, kde profese lékaře patří mezi velmi prestižní, může být průměrný výdělek zde výrazně nižší než v profesích, které vyžadují nižší kvalifikaci i pracovní vytížení.

Jako mezní lze pak označit situaci např. ve státech bývalého východního bloku, a tedy také v České republice. Dokonce i svět situaci vnímá jako natolik alarmující, že se problematikou zabývají významné vědecké časopisy, jako je The Lancet nebo British Medical Journal (Kros-

nar, 2003; Holt, 2010, 2011), které publikují články o „masových odchodech“ lékařů nebo jejich exodu.

Nic samozřejmě není černobílé, lékaři z medicíny odcházejí po celém světě. Jako nejčastější příčina se uvádí syndrom vyhoření. Je to pojem, který vyvolává silné emoce, ale faktem zůstává, že napříč odbornou literaturou za posledních několik desítek let je uváděn jako primární příčina odchodu lékařů z oboru medicíny. Lékaři a zdravotníci se cítí přetížení – emočně i fyzicky, nedostatečně ocenění, vnímají nedostatečné ohodnocení své práce (Embriaco et al., 2006; Jourdain, Chênevert, 2010; Leiter, Laschinger, 2006).

Aktuální výzkum z roku 2013, kterého se účastnilo více než 7000 lékařů (Ptáček, Raboch, Kebza, 2013), zjistil, že přibližně 34 % lékařů ve zkoumaném vzorku pociťuje symptomy syndromu vyhoření a více než 64 % uvažuje o odchodu z profese (z různých důvodů). Bylo by mylné se domnívat, že se jedná pouze o situaci v České republice. Přibližně obdobný výskyt syndromu vyhoření uvádějí i další studie z řady jiných zemí (Volpe et al., 2014; Eelen et al., 2014; Misiołek et al., 2014). V této souvislosti je také nutné zmínit, že i v jiných profesích jsou lidé značně pracovním zatížením, mají velkou odpovědnost a malé ohodnocení. Také jsou vyhořelí a stresovaní. To, že se lékařům věnují odborné studie se zvýšeným zájmem, vyplývá z charakteru profese – lékařům svěřujeme do rukou naše životy a jejich vzdělání a trénink je mimořádně dlouhý a drahý. Tedy zatímco řidič tramvaje má náš život ve svých rukou sice také, jeho trénink a vzdělání jsou poměrně krátké, a proto nahradit ho není významnější problém, ať s touto polemikou budeme souhlasit, nebo nikoliv. Medicína představuje velmi specifický obor lidské činnosti, a proto k ní i takto musíme přistupovat a vytvářet pro její výkon takové podmínky, aby lidsky

i odborně kvalifikovaní lékaři a zdravotníci v ní chtěli zůstat. V širším lidském pohledu je totiž nutné eticky zacházet nejen s pacienty, ale i s lékaři a zdravotníky. Je obtížné apelovat na lékaře, aby se k pacientovi choval „eticky“, zatímco on má pocit, že s ním nikdo eticky nezachází. Zdravotnictví je nutné vnímat jako celek, v jehož středu je pacient a lékař, přičemž oba jsou lidé a chtějí, aby s nimi bylo takto nakládáno. Pro medicínu 21. století je pak v této souvislosti velkou výzvou, aby etika byla integrálním principem medicíny a vztahovala se ke všem zúčastněným, tedy lékařům i zdravotníkům.

Medicína bez medicíny

Jestliže se v medicíně vytrácejí pacienti – tedy ve smyslu osoby pacienta, a místo nich jsou léčeny izolované nálezy, jestliže lékaři jsou nebo mohou být „nahrazováni“ roboty a počítači a léčba se stává algoritmem stanoveným statisticky významnými důkazy, přičemž tyto algoritmy mohou „vypočítávat“ odborníci, kteří konkrétního pacienta nikdy neléčili (statistickí, biochemici, experti na klinický výzkum), vytrácí se i základní účinná esence medicíny – vztah lékaře a pacienta, který byl určující pro úspěch jakékoliv diagnostiky a léčby v dosavadních staletích. Latinský pojem ars medicina, tedy umění léčit, vyjadřuje skutečnost, že léčba není mechanická aplikace biomedicínského výzkumu, jak se to někdy může stávat. Medicína je uměním, v jehož středu musí stát lékař, který bude schopen přetvářet moderní poznatky vědy a tyto jako člověk člověku zprostředkovávat. Jestliže se z medicíny vytratí tento osobní aspekt, vytratí se z ní i medicína, jak ji známe. Bezpochyby velkou výzvou pro medicínu ve 21. století je, aby zůstala skutečně klinickou medicínou a nikoliv pouze biomedicínskou vědou o diagnostice a léčbě.

Závěr

V medicíně se na přelomu 20. a 21. století otevírá velké množství nových etických otázek, o jejichž existenci nebylo na přelomu 19. a 20. století ani tušení. Problematika kmenových buněk, farmakogenomiky nebo genetického poradenství a personalizované medicíny byla zcela mimo představy lékařů tehdejší doby. Je velmi pravděpodobné, že za dalších 100 let, tedy na přelomu 21. a 22. století, tomu bude úplně stejně. To, co se ovšem nezmění, je, že medicínu bude vytvářet lékař, pacient a jejich vztah. Pacient i ve velmi technologicky pokročilé medicíně bude mít potřebu komunikovat, sdělovat své obtíže a obavy a zároveň bude mít stále potřebu být chápán a utěšován – lékařem, odborníkem, kterému bude důvěřovat. Obdobně lékař zůstane člověkem, který bude mít své potřeby, slabosti a limity.

Základním odborným i etickým imperativem pro medicínu ve 21. století je, aby pacient i lékař zůstali člověkem a lékaři vnímali vztah s pacientem jako základní prostředek, který je sice z určité části iracionální, ale velmi účinný. Ať jsou faktické psychologické a fyziologické mechanismy tohoto vztahu jakékoliv, lékaři by se ani ve 21. století – v době absolutizované objektivnosti – neměli vzdávat „lékařského kouzla“, které mohou vytáhnout ze svého bílého rukávu a které bude v některých případech možná mnohem účinnější než nejmodernější objektivizované postupy.

Lékaři totiž i na konci 21. století, kdy medicína bude pravděpodobně už skutečně založená na důkazech, budou pro běžné lidi „kouzelníky“, „bohy“ a zachránci, kterým budou věřit. Lékaři by proto neměli svoji „kouzelnou moc“, která pravděpodobně nikdy nebude plně objektivizovatelná, vyměnit za chemické vzorce a počítačové algoritmy. S „tajemstvím bílého pláště“ by se z medicíny zcela vytratila medicína tak, jak ji známe.

Možná to jednou bude možné – až pacienta budou diagnostikovat a „opravovat“ nanoboti, člověk se tak stane v podstatě nesmrtelným a pojem „medicína“, jak ji známe dnes, bude pouze historickou zajímavostí. Do té doby je nut-

né akceptovat skutečnost, že každý lékařský postup je závislý na tom, zda pacient svému lékaři důvěřuje, zda cítí z jeho strany zájem a zda se cítí „jako člověk“. Je více než důležité, aby se tento aspekt medicíny neztratil ani ve 21. století.

Etické problémy transplantací orgánů

Robert Lischke

Ještě před 60 lety selhání životně důležitého orgánu znamenalo pro pacienty utrpení a jistou smrt.

Rozvoj chirurgických technik, a především zásadní pokroky v imunologii a zavedení účinné imunosuprese, která zabránila odmítnutí štěpu, umožnily zavedení transplantací orgánů do klinické praxe. Přišla tak naděje pro tisíce pacientů, kterým byl již darován orgán – od první transplantace ledviny, kterou v roce 1950 provedl Joseph Murray.

Jako důsledek výrazných úspěchů na poli transplantací medicíny a rychle narůstající incidence orgánových selhání je stále více a více pacientů zařazováno na čekací listiny pro transplantace, ale počet vhodných orgánů se zvyšuje velmi pomalu a zcela neadekvátně. V důsledku tohoto nepoměru se mnoho pacientů svého orgánu vůbec nedočká a zemře na čekací listině, nebo v lepším případě se čekací doba spojená se značným utrpením enormně prodlužuje. Tato situace je ještě výrazně horší v rozvojových zemích, kde přístup k transplantacím orgánů je minimální, či dokonce žádný. Nepoměr mezi potřebou a nedostatkem vhodných orgánů k transplantaci je základní etický problém transplantací medicíny.

Dnes panuje obecná shoda, že transplantace orgánů nejenže prodlužuje život, ale výrazně zvyšuje jeho kva-

litu a produktivitu především u dětí a starších dospělých a značně snižuje náklady na léčbu. Např. očekávané přežívání pacienta po transplantaci ledviny je o 20–40 % vyšší než pouze při samotné dialýze. Rovněž náklady na dialýzu jsou 3× vyšší než náklady na transplantaci během 5letého období.

Z těchto důvodů je na společnost kladen požadavek, aby bylo k dispozici více orgánů a aby tyto orgány byly alokovány pacientům, kteří je nejvíce potřebují a budou z provedené transplantace optimálně profitovat podle eticky uznávaných a obecně přijímaných pravidel.

Řešení těchto vážných problémů spolu se současným vývojem a pokrokem v oblasti tkáňového inženýrství, biologie kmenových buněk a xenotransplantací, které nabízejí příslib dalších terapeutických modalit v léčbě terminálního selhání orgánů, přináší řadu velmi složitých morálních a etických otázek.

Dárcovství orgánů od zemřelých dárců

Dostupnost orgánů od zemřelých dárců je stále velmi nízká a nedokáže zdaleka uspokojit všechny čekatele. Jedná se však o velmi důležitý a významný zdroj orgánů pro

transplantace. Pro zvýšení počtu orgánů z tohoto zdroje je zcela zásadní veřejná informovanost a vzdělávání o potřebě a smyslu darování orgánů jako „daru života“ pro jiného.

V různých státech a společnostech jsou odlišné systémy a pravidla možnosti darování orgánu od zemřelého. Na jedné straně je vázán odběr orgánu po smrti na určitou formu souhlasu potenciálního dárce nebo rodiny. Tento princip však nepochybně možnost využití potenciálních dárců snižuje. Jako velmi účinný je hodnocen princip „předpokládaného souhlasu“, v němž společnost schvaluje, že každý dospělý jedinec, který zemře, je potenciální dárce bez ohledu na přání jeho rodiny. Výjimkou jsou ti, kteří během života aktivně deklarovali na úředním místě nesouhlas s darováním orgánů v případě své smrti. V zemích, kde byl tento princip zaveden, došlo k výraznému nárůstu zemřelých dárců až na 40/1 milion obyvatel.

Většina hlavních náboženství, včetně křesťanství, judaizmu a islámu, nemá námitky k tomuto základnímu principu, jak bylo prohlášeno papežem Janem Pavlem II. v roce 1992, židovskou Rabínskou radou Ameriky v roce 1991 a rovněž islámským výborem Fatwa, který v roce 1979 uvedl, že „transplantace orgánů od zemřelých dárců se může uskutečnit za předpokladu, že existuje potřeba zachránit lidský život, a že povolení rodiny se nevyžaduje, protože lidské orgány patří Bohu, a ne rodině“.

V západních státech je velká snaha o plošné zavedení tohoto principu, který by nepochybně zvýšil počet orgánů od zemřelých dárců, ale objevuje se řada etických protiargumentů, které tento postup zpochybňují. Někteří se dokonce domnívají, že princip předpokládaného souhlasu s sebou nese určitý náznak nátlaku. V České republice je tento princip akceptován a používán.

V některých zemích, kromě těchto etických dilemat, se přidávají další sporné momenty, kdy kulturní a nábo-

ženské postoje týkající se smrti kladou zásadní význam na pohřeb neporušeného těla zesnulého. Nicméně etické principy, které se uplatňují ve vyspělých zemích, jsou nyní podporovány v mnoha rozvojových zemích specializovanými skupinami transplantačních lékařů, i když překážky jsou stále značné.

V některých rozvojových zemích, zejména v Číně, existuje praxe odběru orgánů u odsouzených k trestu smrti ihned po popravě.

Kromě uplatňování zásady předpokládaného souhlasu je v mnoha zemích zvažován a zaváděn systém finanční kompenzace pro rodiny zemřelých dárců orgánů. Nejedná se rozhodně o platbu za darované orgány, ale za náhrady nákladů na pohřeb a cestovné, a tyto platby nejdou přímo rodině, ale k institucím, které uvedené služby provádějí.

Třetím způsobem, jak získat více orgánů od zemřelých dárců, je liberálnější využívání marginálních dárců, tedy dárců vysokého věku, s přidruženými nemocemi a ne zcela dobrou funkcí toho kterého orgánu. Akceptování těchto orgánů k transplantaci přináší další etická dilemata, kdy je třeba stanovit hranici, který orgán ještě máme odmítnout, kdy odepřeme pacientovi možný benefit z transplantace a zda a kdy můžeme pacienta vystavit možnému vyššímu riziku, když incidence primární dysfunkce orgánu je větší při užití marginálních orgánů. Je však nepochybně, že tyto orgány při správné perioperační a pooperační péči mohou pomoci zachránit mnoho pacientů. Pacient musí být pečlivě informován a souhlasit.

Dárcovství orgánů od žijících dárců

V případě darování orgánů od žijících dárců představuje z etického hlediska nejvyšší hodnotu stav dárce a možná rizika spojená s odběrem orgánu, která musí být velmi

přísně posuzována bez ohledu na potřeby a zdravotní stav možného příjemce. Dárce z darování orgánu nic nezískává a naopak pouze riskuje komplikace, které mohou být s odběrem spojené. Jeho morálním ziskem je pocit pomoci bližnímu, avšak tato motivace nemůže ovlivnit posuzování rizik odběru.

Základním předpokladem darování jsou pak dobrovolnost a informovaný souhlas. Informovanost dárců musí být velmi detailní. Nároky na provedení odběru, jeho kvalitu a minimalizace možných komplikací musí být enormní a nepoškodit dárce je hlavním cílem transplantčního týmu.

Z hlediska příjemce orgánu od žijícího dárce se jedná o situaci značně výhodnou. Snižuje se doba čekání na vhodný orgán, operační výkon může být přesně naplánován a proveden v nevhodnějším období a při optimálním stavu dárce a příjemce, riziko primární dysfunkce štěpu je menší, incidence rejekčních epizod je rovněž nižší a tím i komplikace spojené s intenzivní imunopresivní terapií, dlouhodobé přežívání je rovněž lepší. Pochopitelně z každého darovaného orgánu od žijícího dárce profituje celý systém čekatelů na transplantaci, kteří mají spíše šanci dočkat se orgánu od zemřelého dárce. Musíme mít však stále na mysli, že hodnota a priorita života a zdraví dárce je v případě dárcovství od žijících dárců hodnotou nejvyšší. Alokace orgánu je ve většině případů určena přáním dárce.

Alokace orgánů od zemřelých dárců

Další zcela zásadní oblastí transplantční medicíny, která vyvolává vážné etické otázky, je způsob přidělování orgánů od zemřelých dárců. S narůstajícím počtem pacientů na čekacích listinách a omezeným počtem vhodných orgánů, které nemohou uspokojit všechny, se stalo nezbytným vy-

tvořit systém přidělování orgánů, který je vhodný z lékařského odborného hlediska a zároveň eticky spravedlivý a obecně přijatelný. Strategie alokace se značně liší podle jednotlivých orgánů a podle systémů zavedených v jednotlivých státech či nadnárodních transplantčních organizacích, jako je např. Eurotransplant. Systém alokace je a nepochybně dále bude tématem řady debat a bude se v čase měnit a vyvíjet ve snaze dosáhnout eticky nejpřijatelnějšího konsenzu.

První kritérium alokace je kritérium geografické, kdy orgány, které jsou k dispozici v dané oblasti, jsou alokovány dárci ze stejné oblasti. Pouze pokud v této oblasti není nalezen vhodný příjemce, orgán je nabídnut do jiného regionu podle přesně stanovených pravidel.

Druhým kritériem je kompatibilita v krevní skupině a v případě ledvin další parametry imunologické shody. Třetím zásadním kritériem jsou různé parametry pacientů čekajících na transplantaci: doba zařazení na čekací listinu, imunologická shoda u ledvin, vážnost stavu pacienta, a tedy urgencye a věk příjemce, kdy ve většině systémů mají pediatričtí pacienti určitou formu přednosti.

Pro určení vážnosti pacienta vznikly různé skórovací systémy (např. MELD – model for end-stage liver disease, LAS – lung allocation score), které byly vytvořeny především pro potřebu zachránit život čekajícího pacienta, eticky je tento systém snad nevhodnější.

Je zcela zásadní, aby alokace orgánů byla prováděna na základě medicínských kritérií a pro potřeby pacienta.

Objevují se další otázky, návrhy a etická dilemata: Má mít nějakou formu přednosti pacient, který již sám daroval orgán, nebo byl připraven orgán darovat? Darovat orgány od starých dárců starým příjemcům a dětské orgány dětským příjemcům? Darovat orgány virově infikovaných dárců podobně infikovaným příjemcům? Dalším etickým

problémem jsou transplantace imigrantů, což je stále narůstající záležitost v USA a v Evropě.

Potvrzení smrti

Stanovení smrti a následný odběr orgánů jsou zcela pochopitelně doslova naplněny etickými dilematy. Různé filozofické pohledy na smrt člověka a pluralita kritérií jsou eticky únosné. Avšak pro účely transplantací a odběr orgánů musí být stanoven pevný právní rámec. Před odběrem orgánů od dárce musí být splněna medicínsky akceptovaná kritéria potvrzující smrt mozku. V začátcích transplantční medicíny mohl být považován za dárce pouze pacient, u kterého došlo k zástavě srdce a ukončení dechové aktivity. Následně bylo zjištěno a medicínsky potvrzeno, že pokud dojde ke ztrátě všech mozkových funkcí, ale srdce stále bije při umělé plicní ventilaci, dárce jako lidské individuum je mrtvý a odběr orgánů za splnění dalších podmínek je možný.

Tento princip poprvé využil Christiaan Barnard v Kapuském Městě, když odebral srdce dárci se smrtí mozku, ale stále s bijícím srdcem, a provedl první transplantaci srdce. Tento výkon a jeho potenciální dopady ohromily svět a následně byl koncept smrti mozku široce akceptován ve většině společností a náboženství. Na stanovení smrti mozku se musí podílet lékaři, kteří nejsou nijak angažováni v následné transplantaci.

Obchod s orgány

Úspěch a rozvoj transplantací vede neustále k většímu nepoměru mezi potřebou orgánů k transplantaci a jejich nabídkou. Tato situace bohužel směřuje k rozkvětu mezinárodního obchodu s orgány, a to zejména v rozvojových zemích, kde kadaverózní orgány nejsou téměř nebo vů-

bec k dispozici, a tam, kde chudoba může být motivací k prodeji orgánu. Jedná se především o země Blízkého, Středního a Dálného východu.

Není překvapující, že tato praxe obchodování s lidskými orgány byla odsouzena lékaři, transplantáčními společnostmi, veřejností, mnoha vládami, státními institucemi a všemi velkými náboženstvími. Zdůrazňuje se, že obchod s orgány má vážný negativní dopad ve všech aspektech a na všechny vtažené do procesu vlastní transplantace, včetně dárce a příjemce, lokálního transplantáčního týmu, zdravotnických profesí a morálních a etických hodnot společnosti.

Většina odborníků zabývajících se etikou transplantací se domnívá, že prodej orgánů je urážkou nejen altruizmu, ale i základní lidské důstojnosti, a to z těchto hlavních důvodů: prodej orgánů podporuje vykořisťování chudých, podporuje špatnou kvalitu péče o dárce a zejména o příjemce v důsledku špatného výběru dárce a nedostatečného screeningu na přenosné nemoci, přináší neoprávněný zisk podnikatelům a lékařům, kteří pečují o své ego a finanční zájmy. To vše je v rozporu s uznávanými morálními a etickými přesvědčeními většiny společností, včetně velkých náboženství křesťanství, judaizmu a islámu. Dochází k poklesu altruizmu žijících dárců a rodin zemřelých dárců. Z lidských orgánů se tak stává komodita pro zisk a prodej, vytváří se prostor pro korupční chování, prostor k neoprávněnému a nespravedlivému přístupu k orgánům a jejich distribuci. Může být rovněž motivací ke kriminálním činům. Z těchto a dalších důvodů byl obchod s orgány zakázán ve všech západních společnostech, ve všech hlavních náboženstvích a v mnoha dalších zemích na celém světě.

Někteří zastánci obchodu s orgány tvrdí, že dobře vedený nákup orgánů a jejich správná distribuce může mít řadu výhod ve smyslu snížení mortality na čekacích

listinách a snížení celkových nákladů na léčbu. Existují návrhy, aby byly zřízeny národní organizace k regulaci prodeje orgánů, které by rovněž poskytovaly vzdělávací konzultace pro pacienty, zajistily vytvoření informovaného souhlasu, a dokonce poskytnutí jakéhosi opatrovníka dárce. Tyto organizace by regulovaly prodávání orgánů a všechny procesy s ním spojené.

Jedná se o velmi vážné etické dilema, jehož řešení je nepochybně velmi složité a zdaleka ne uzavřené.

Využití vězňů odsouzených k smrti jako dárců orgánů

V některých zemích je uplatňována praxe využití orgánů od popravených vězňů. Všechny západní společnosti toto počínání jednoznačně odsuzují. Všechny transplantační společnosti v Evropě a USA tuto praxi rovněž odsoudily a doporučily, aby byla opuštěna.

Eticky přípustné se zdá využití orgánů se souhlasem vězněného pro příbuzného či přítele. Nicméně je jasné doporučeno, že léčba vězňů by se měla řídit pokyny Všeobecné deklarace lidských práv.

Xenotransplantace

Myšlenka nahradit selhávající lidský orgán orgánem zvířecím je velmi stará. Dokonce bylo již provedeno několik orgánových transplantací především s využitím orgánů primátů. Jednalo se o transplantace ledvin, srdce a jater s různými úspěchy. S rozvojem transplantační medicíny a zoufalým nedostatkem vhodných orgánů se problematika xenotransplantací stává velmi aktuální a je jí věnována usilovná vědecká pozornost. Tato metoda teoreticky nabízí způsob, který by mohl problém s nedostatkem orgánů vyřešit.

Z etického hlediska přináší xenotransplantace pochopitelně mnoho otázek. Zásadní je volba zvířete. Zdrojem orgánů by neměli být vyšší primáti, jelikož se jedná o ohrožené druhy a značná část společnosti a různé organizace na ochranu práv zvířat se domnívají, že se jedná o tvory, kterým by měla být přiznána určitá lidská práva. Rovněž jejich orgány jsou málo výkonné a pro transplantace nevhodné. Nejperspektivnějším zdrojem se zdají být prasata. Řada medicínských problémů, jako je hyperakutní rejekce a přenos infekcí, se zdá být řešitelná především pomocí genetického inženýrství. Rovněž výkon orgánů je dostatečný a zdroje jsou téměř neomezené.

Nutné klinické zkoušky by měly podléhat celosvětové regulaci a země, které nejsou schopny naplnit potřeby striktní regulace, by měly xenotransplantace zcela zakázat. Regulace by měly řešit i otázky etické a na jejich tvorbě by se měla podílet široká veřejnost.

Informovaný souhlas s ohledem na medicínské a psychologické aspekty následného života se zvířecím orgánem bude samozřejmou nutností.

Závěr

Všechny zásadní etické problémy transplantační medicíny jsou spojeny s problémem rostoucího počtu čekatelů na transplantace a s nedostatkem vhodných orgánů, což vede k dlouhému čekání, rostoucímu utrpení při selhání orgánu a úmrtí pacientů na čekací listině.

Optimálním řešením tohoto nepoměru se zdá být podpora předpokládaného souhlasu s odběrem orgánů, podpora dárcovství od živých dárců, vytvoření systému finančních náhrad pro rodiny zemřelých dárců a pro žijící dárce.

Musí být respektována spravedlnost při alokaci orgánů, která je založena na principu medicínské naléhavosti a rovnosti čekatelů. Každý, kdo se podílí na procesu or-

gánové transplantace, musí konat pouze s ohledem na prospěch pacienta a ctít etické a morální hodnoty společnosti.

Etika v české chirurgii ve 21. století

Pavel Pafko

Na etiku chirurga, stejně tak jako na etiku nás všech, můžeme usuzovat pouze z jeho chování a komunikace s okolím, ať už jde o pacienta, nebo spolupracovníky. To, že chování či komunikace nevyovídá nic o vlastní etice člověka, věděl již Immanuel Kant. Příkladem mohou být dva vnuci, kteří denně navštěvují v nemocnici umírající babičku. Jeden vnuk proto, že doufá v pro něj příznivou závěť, zatímco druhý proto, že má babičku rád. Z pohledu pozorovatele však tento rozdíl není vidět. Přesto je etika obou diametrálně odlišná. Jaká byla etika lékaře, který nesl na prvního máje před rokem 1989 transparent Socialismus zvítězí? Co víme o tom, jak morální, či nemorální byl?

Při pozorování vztahů a komunikace chirurga k okolí (tedy zevních atributů etiky) musíme vycházet ze stadia vývoje společnosti, její ekonomické situace i právního prostředí. Máme-li mluvit o etice století, které je před námi, je těžké predikovat vývoj na tak dlouhou dobu. Kdo věděl koncem 50. let 20. století o tom, k jaké změně dojde v roce 1968, a kdo v 70. letech tušil sametovou revoluci v roce 1989? I mladší pamatují změny, ke kterým po této revoluci došlo, i to, jak se dotkly etiky našeho stavu. Nepochybně mnohé etické problémy přetrvávají a jsou různě řešeny na různých pracovištích.

To je realita.

Etika z mého pohledu není vědou objevující zákonitosti platné pro všechny a za všech okolností. Etika se tak jako celá společnost vyvíjí a často záleží na úhlu pohledu, ze kterého se na problém díváme. Etika je přece subjektivní hodnocení toho, co lze označit za dobré. Rozdílný bude jistě etický pohled a následné chování zaměstnance a majitele soukromého chirurgického zařízení na to, jak se nakládá se ziskem.

V následujícím textu se pokusím vyjádřit vlastní názor na možný vývoj etiky v chirurgii u nás na základě dlouholeté činnosti v oboru. Jistě mnozí čtenáři budou mít jinou zkušenost a ne se vším budou souhlasit. Základním etickým problémem humánní medicíny z mého pohledu je rozpor mezi snahou pacientovi pomoci, a přitom respektovat jeho autonomii. Tento problém např. ve veterinární medicíně není.

Informovaný souhlas a komunikace chirurga s pacientem

Informovanost pacienta, zejména před zahájením diagnosticko-léčebných postupů, bude i nadále povinností stejně tak jako v mimořádných případech možnost

pozdržet informaci, pokud by pacienta poškodila. Je to tak v souladu s Úmluvou na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (2001). Rychlý rozvoj medicínských, a tedy i chirurgických postupů, který předpokládáme ve 21. století, bude narážet na nedostatek financí. Vždyť již dnes ani ekonomicky nejvyspělejší země nejsou schopny poskytnout nejmodernější léčebné operační postupy všem, kteří to potřebují. Nůžky mezi růstem hrubého domácího produktu, který společnost generuje, a nejmodernějšími chirurgickými postupy se budou i nadále rozvírat. Informovanost pacienta o ceně té které operace rozšíří stávající informovaný souhlas, protože všeobecné pojištění nebude schopno náročné operace prováděné moderní technikou plně pokrýt. Dnes se o ceně výkonů nemluví, bylo by to považováno za neetické, a ani nemocný se o to nezajímá, protože všechny chirurgické výkony jsou plně hrazeny pojišťovnou. Představu budoucnosti již dnes u nás realizují stomatologové.

Z výše uvedeného vyplývá, že v budoucnu se budou muset nemocní, vyžadující nejmodernější a často materiálově nejdražší operační výkony, částečně podílet svou zvýšenou finanční spoluúčastí. Dojde tak k „dvojrychlostnímu“ zdravotnictví. Na jedné straně budou ti, kteří svou spoluúčast projeví formou komerčního připojištění nebo platbou cash, a na druhé pacienti, kteří budou spoléhat pouze na všeobecné pojištění. Toto dělení se dnes mnohým, a zejména politikům, zdá jako neetické (byť využívají časté zdravotnické programy pro VIP osoby). Dvojrychlostní zdravotnictví po jeho zavedení do praxe povede zejména v prvním rychlostním stupni ke změně způsobu komunikace mezi zdravotníky a pacienty. Ta je ostatně v současné době pacienty častěji kritizována než vlastní kvalita zdravotní péče. Tuto změnu lze očekávat

přednostně tam, kde je pacient předmětem zisku v pravém slova smyslu.

Bariérou, která by měla brzdit rozevírající se ekonomické nůžky a neetickou snahu o zisk za každou cenu, bude aplikace mezinárodních guidelines určujících, který postup je v dané situaci pro pacienta nejvhodnější. Výrazně to ovlivní indikace k operacím, u kterých neeticky postupující chirurg je veden vidinou zisku. Systém českých doporučených postupů, který se utváří bez nadsázky již desetiletí, dosud není nejen kompletní, ale není často lékařské komunitě ani známý. Malé české soubory pacientů těžko mohou konkurovat zkušenostem získaným na mnohonásobně větších souborech.

To bude značně limitovat dnešní postavení chirurga ve vztahu k pacientovi a způsob komunikace s ním. Dnes mají mnozí chirurgové pocit králů medicíny a svým paternalistickým chováním to pacientovi dávají najevo. Jistá unifikace operačních výkonů bude realitou a omezí často „individuální tvořivost“ jednotlivců, ne vždy podloženou důkazy o maximální prospěšnosti nemocnému.

Komunikace mezi lékaři

Nutnost změny financování našeho zdravotnictví je nepochybná. Bude nejspíše kopírovat systém většiny zemí Evropské unie. Změna pak zásadně ovlivní vztahy nejen mezi chirurgem a pacientem, ale i vztahy mezi chirurgem a s ním spolupracujícími lékaři. Pacienti, zejména privátně připojištění či samoplátci, budou na chirurgii posíláni ne někam, ale za někým. Tedy ne na chirurgické oddělení či kliniku, ale za určitým chirurgem. Osobní vztahy mezi lékaři budou zejména při ošetřování této skupiny nemocných dominantní. Omezí se doposud neosobní, byrokratická komunikace, která pacientovi velmi často neprospívá, a ten

pak „bloudí“ mezi zdravotnickými zařízeními. Myslím, že již dnes většina autorů této publikace, když ne všichni, v případě nutnosti chirurgického výkonu bude vyhledávat určitého operátora, ne pouze pracoviště. Že postupně dojde ke změně chování mezi zdravotníky a pouze všeobecně pojištěnými pacienty, je rovněž nepochybné. Těch bude zřejmě i v budoucnu většina. Jsou to oni, kteří „hlasují svýma nohama“ ve prospěch toho zařízení, kde bude chování personálu a kvalita poskytované péče dobrá. Pochod této většiny ukáže cestu menšímu počtu připojištěných. Úvaha však vychází z předpokladu, že kapacita zdravotnických zařízení bude tak velká, že nemocný si bude moci vybírat, jak je to běžné na západ od nás. Teoreticky tuto možnost výběru má nemocný již dnes také u nás. Pokud jde o lůžková zařízení, je to v současné době v praktické rovině špatně uskutečnitelné. Příčinou stavu a mnohdy neetického jednání pracovníků zdravotnických zařízení je současný způsob financování, kdy „peníze nejdou za pacientem“ a zařízení dostávají paušální platbu. Bohužel dnes jednají lékaři pod tlakem zevních (zejména ekonomických) okolností a nemohou naplnit myšlenku Etického kodexu ČLK, nabádající k nezávislému jednání, je-li to ku prospěchu pacienta.

Vztahy přednosta a lékařů oddělení

Současná hierarchie pracovníků na chirurgických odděleních se zřejmě bude měnit. Dojde k větší samostatnosti plně kvalifikovaných lékařů. Dosavadní pyramidální struktura – primář, jeho zástupce, vedoucí oddělení, sekundární lékaři – bude v průběhu století velmi pravděpodobně nahrazena angloamerickým systémem, v němž vedle sebe stojí samostatně pracující, plně kvalifikovaní chirurgové a každý z nich odpovídá za výcvik jednoho či dvou mladých adeptů v oboru. Vedoucí těchto minitýmů mají plnou odpo-

vědnost za své pacienty. Ostatně kvalifikovaní lékaři u nás již dnes nesou odpovědnost za pacienta, a to bez ohledu na to, ve kterém patře pyramidy se nacházejí. O výběru pacienta, kterého budou léčit, však nerozhodují, je jim přidělen.

Malá samostatnost kvalifikovaných chirurgů dnes vede k tomu, že po získání kvalifikace vyhledávají možnost uplatnění v ambulancním privátním sektoru bez povinnosti nočních či víkendových služeb. Možnosti odeslat nemocného do lůžkového zařízení v mnoha případech minimalizují riziko vlastního neúspěchu. Změna způsobu financování je základní podmínkou možné změny systému. Angloamerický systém, ve kterém se stává každý chirurg „podnikatelem“, jistě ovlivní jeho chování a komunikaci s nemocným na rozdíl od lékaře-zaměstnance.

Závěr

Vývoj etiky v chirurgii je ve velké míře závislý na vývoji oboru, jenž je podmíněn ekonomickou situací. V praktické rovině je to pak rozvoj techniky, co určuje rychlost tohoto vývoje. Podíváme-li se zpět, pak objev a zavedení anestezie, rentgenu, CT, optiky a endoskopických metod je toho jasným důkazem. Laparoskopické, torakoskopické a v současnosti i robotické operování však společnost již dnes není schopna plně financovat. Je proto mylná představa, že etické je jenom to, co slouží ku prospěchu jednotlivého nemocného člověka. Odklady a dlouhé čekání na operace to dokládají. Chirurg musí přihlížet i na potřeby těch, které momentálně nevidí, ale ví, že přijdou. Na jejich léčení bude potřebovat prostředky, které by pak neměl.

Převzato z knihy: PTÁČEK, Radek; BARTŮNEK, Petr a kol. Etické problémy medicíny na prahu 21. sotletí, 1. vyd. Praha: Grada Publ., 2014. ISBN 978-80-247-5471-0.



RES PUBLICA

Rozhodnutí o prolomení limitů se odkládá

ČT24

Tripartita se neshodla na žádné z variant prolomení limitů těžby hnědého uhlí. K jednání se zřejmě vrátí až v létě, tedy v době, kdy bude mít na stole zprávu o sociálních, ekonomických a bezpečnostních dopadech jednotlivých možností. Zatímco odboráři a zástupci zaměstnavatelů po uvolnění volají, v celé vládě prolomení limitů podporu nemá. „Tripartita dospěla jen k pracovnímu závěru, že máme rozpracovat sociálně ekonomické dopady jednotlivých variant, a to do konce června, včetně bezpečnostních dopadů případného těžení či netěžení a pak bude diskuze pokračovat,” vysvětlil ministr průmyslu a obchodu Jan Mládek (ČSSD).

„Limity jsou mediální téma, ale pro mě je nejdůležitější prosadit nyní aktualizaci státní energetické koncepce, která v zásadě říká, že nechceme jít cestou plynových elektráren, obnovitelných zdrojů, ale chceme rozvíjet jádro a maximálně využít hnědé uhlí,” dodal Mládek. Jestliže podle něho existují silné argumenty pro prolomení limitů, tak jsou v zásadě dva – zaměstnanost a využití uhlí pro teplárny.

Pokud by se limity prolomily, měl by podle něj stát zajistit, že se uhlí využije v teplárnách. A to z toho důvodu, aby lidé, kteří mají centrální topení, neplatili zbytečně více, než by museli, což by se stát mohlo v případě, že by se dále netěžilo. Vicepremiér a ministr financí Andrej Babiš (ANO) je však stále jasně proti prolomení limitů: „Nikdo ty limity prolomit nepotřebuje, je to jen hra, jak navýšit hodnotu hnědouhelných společností,” uvedl Babiš.

Vláda prý neměla kompletní podklady

Svaz průmyslu a dopravy ČR podpořil na tripartitě plné prolomení limitů těžby v severních Čechách, podobně jako odboráři. Přestože by tato varianta znamenala zbourání celého Horního Jiřetína a místní části Černice, klíčový zástupce zaměstnavatelů ji prosazuje a navrhl tripartitě, aby doporučila vládě plné využití zásob uhlí v lomu Československé armády (ČSA) i Bílina. Podle svazu na hnědém uhlí stojí polovina české energetiky a jeho nedostatek by zdražil energii a ohrozil dostupnost levného a ekologického zásobování teplem pro statisíce domácností. „Poškodilo by to i zájmy českého průmyslu. Mnoho nejdůležitějších českých průmyslových firem je závislých na dostupnosti levného domácího uhlí, které nemá v současné době adekvátní náhradu,” uvedl svaz.

Stejný cíl: plně prolomit limity, mají i odbory. „Z našeho pohledu bychom ale byli rádi, aby se do rozhodování vlády vrátila racionalita. Nebyly totiž brány v potaz všechny důvody, které by vedly k přijetí té či oné varianty, jak je představilo ministerstvo průmyslu a obchodu. Požádali jsme proto o úplné podklady, aby měla vláda objektivně napsáno, co která varianta znamená, jaké jsou její důsledky. A to nejen politické, ale zejména ekonomické, sociální a pro budoucnost ČR,” zdůraznil ještě před jednáním tripartity předseda ČMKOS Josef Středula s upozorněním, že v podkladech nebyly například zmíněny

dopady na zaměstnanost, na budoucí příjem státního rozpočtu, na oblast zásobování teplem nebo chyběly informace o zabezpečení prostředků pro zahlazení hornické činnosti na dolu ČSA.

Sám ministr Jan Mládek, jehož resort připravil čtyři možné varianty řešení, mínil, že vláda nakonec na nějaké rozšíření těžby přistoupí. To se však nestalo. Podle premiéra Bohuslava Sobotky by se mělo totiž najít takové řešení, které by nevyžadovalo bourání vesnic nebo částí měst, které s sebou prolomení těžebních limitů nese. Jako určitou možnost proto navrhl i speciální kompenzace. „Domnívám se, že by vláda měla zřídit sociální fond, který by financovala z navrhovaného zvýšení poplatků z vytěženého uhlí tak, aby tyto prostředky mohly být použity na podporu nových pracovních míst v regionech postižených útlumem těžby,” prohlásil Sobotka po jednání se starosty dotčených obcí.

Proti bourání domů v Horním Jiřetíně je také vicepremiér Pavel Bělobrádek (KDU-ČSL). Stejně tak jsou proti jakékoliv úpravě limitů ekologické organizace, představitelé Litvínova a Horního Jiřetína a také Strana zelených.

Stát si může nechat nad těžbou kontrolu

Ministerstvo průmyslu zpracovalo pro novou surovinovou politiku státu čtyři možnosti, jak s limity naložit. Vedle úpl-

ného prolomení limitů je možností jejich úplné zachování a také prolomení jen na dole Bílina, kde by neohrozilo žádná lidská sídla. Ministr Mládek prosazuje variantu posunutí limitů na dole Bílina a částečného prolomení na dole ČSA, která by znamenala zbourání zhruba 170 domů v Horním Jiřetíně. I ta však není podle odborářů optimální. Tato varianta číslo tři, tzv. malé prolomení na dolech Bílina a ČSA, tj. ta, která způsobí, že bude zbourána jen část z obce Horní Jiřetín a v druhé se bude bydlet, je podle nich „nedůstojná a neekonomická”. „To je důvod, proč jsme za to, prolomit těžební limity v plně šíři,” vysvětluje Středula.

Nicméně je tady ještě podle něho jedna možná varianta, která představuje dobrou myšlenku pro případ, že stát bude trvat na tom, aby měl nad těžbou kontrolu. „Je možnost, že si stát může zagarantovat, aby při plném prolomení limitů směl nadále rozhodovat, co se bude dít s vytěženým uhlím,” vysvětluje Středula.

A v případě, že by se těžba nakonec nekonala, měl by stát také přemýšlet o tom, jak se postaví k horníkům, kteří díky tomu přijdou v budoucnu o práci. „Jedná se o třináct až patnáct tisíc pracovních příležitostí, které by díky nerozhodnutí vlády v budoucnu nebyly,” říká Středula. A očekává od ministerstva financí jasné vyjádření také ohledně toho, jak se v budoucnu zodpoví z toho, až nebude mít pro české občany dostatek tepla.

(ČT 24, 2. února 2015, kráceno)

Limity těžby chrání téměř pět tisíc pracovních míst, upozorňuje Greenpeace

Vratislav Dostál

Rozšíření velkolomu ČSA a zbourání Černic, Horního Jiřetína a průmyslové zóny v Záluží by připravilo o práci 4 964 lidí, kteří zde pracují. V samotném velkolomu ČSA naopak v současné době pracuje méně než 600 lidí. Nadpoloviční většina z nich bude navíc v době ukončení těžby v roce 2022 v důchodovém věku, což negativní dopad uzavření dolu na zaměstnanost na Mostecku dále významně sníží.

Všem ostatním propuštěným horníkům by měl pomoci stát pomocí velkorysého sociálního programu financovaného zvýšením poplatků z těžby uhlí o pouhé 1 %, uvedla ekologická organizace Greenpeace.

„Vyplývá to z nových údajů o souvislostech těžby uhlí a zaměstnanosti na Mostecku zjištěných městem Horní Jiřetín v oficiálních materiálech těžební společnosti Severní energetická a dat úřadu práce,” uvedli ekologové.

Společnost Severní energetická, a.s., která velkolom ČSA provozuje, měla podle své výroční zprávy v roce 2013 celkem 851 zaměstnanců. Podle starších, podrobných dat publikovaných firmou v obchodním rejstříku ovšem pracuje třetina jejích zaměstnanců v úpravně uhlí v Komořanech, zatímco na samotný důl jich připadají dvě třetiny.

V současnosti tak těžba na velkolomu ČSA přímo zaměstnává pouhých 600 osob. To odpovídá 1,1 %

obyvatel okresu Most v produktivním věku a dokonce jen 1,5 % Ústeckého kraje v produktivním věku. Jednorázové propuštění všech zaměstnanců velkolomu ČSA by tak zvýšilo nezaměstnanost na Mostecku z 12,7 na 14,2 %.

Ve skutečnosti je ale úplná nezaměstnanost všech dosavadních pracovníků z ČSA velmi nepravděpodobná. Firma totiž nepustí všechny své zaměstnance současně, nýbrž postupně v průběhu až sedmi let (2015 – 2022). Ještě důležitějším faktorem je ale věková struktura zaměstnanců.

Podle oficiálních dat publikovaných firmou bylo v roce 2011 celkem 501 zaměstnanců Severní energetické (tedy téměř 55 %) ve věku nad 50 let. V okamžiku ukončení těžby v roce 2022 tedy bude polovina zaměstnanců firmy v důchodovém či těsně předdůchodovém věku (s nárokem na odchod do předčasného důchodu) a řady nezaměstnaných tedy nerozšíří.

„Dalším pozitivním faktorem je profesní struktura zaměstnanců,” tvrdí Greenpeace s tím, že nikdo z nich není „klasický“ horník, ale jedná se o vykonavatele kvalifikovaných technických profesí, kterých je obecně na trhu práce nedostatek – mj. 162 řidičů techniky, 77 zámečnicků a 67 techniků a mechaniků.

Dopady zavření chemičky

Mnohem více zaměstnanců než povrchové doly na Litvínovsku zaměstnávají firmy v průmyslovém areálu Záluží u Mostu – zejména petrochemická skupina Unipetrol.

Podle dostupných údajů má v uvedené průmyslové zóně práci 4 153 lidí. Podle plánů na prolomení limitů těžby prosazovaných Severní energetickou a hornickými odboráři by přitom těžba po roce 2050 celou zónu v Záluží zlikvidovala. Plán ministra průmyslu Jana Mládka na tzv. malé prolomení limitů by paradoxně rypadla k chemičce přivedl ještě dříve, přibližně za třicet let.

Zastánci těžby zpravidla argumentují, že jde o vzdálenou budoucnost. „Ve skutečnosti se o osudu petrochemického průmyslu v Záluží rozhoduje již dnes. V případě, že dojde k prolomení limitů, totiž nebudou mít vlastníci chemičky (polský PKN Orlen) žádnou motivaci investovat do rozvoje areálu určeného k likvidaci,“ připomíná Greenpeace.

V Evropě je v současnosti přebytek petrochemických kapacit a některé z nich budou v nejbližších letech uzavřeny. Je pravděpodobné a logické, že polský vlastník by jako první zavřel rafinerii, jejíž osud by byl prolomením limitů tak jako tak zpečetěn. Tisíce lidí, kteří v Záluží pracují, by tak nepřišli o práci v daleké budoucnosti, ale již v nejbližších letech.

Na území samotného Horního Jiřetína a Černic, které by v případě prolomení limitů velkolom ČSA spolkl během deseti let, je navíc dalších 811 pracovních míst.

Navyšte těžební poplatky, navrhují ekologové

Limity těžby tedy chrání více pracovních míst, než by pomohlo udržet jejich prolomení. To však neznamená, že by propouštění zaměstnanců z velkolomu ČSA nepředstavovalo sociální problém.

Město Horní Jiřetín i Greenpeace proto navrhuje, aby stát zajistil účinná opatření na zlepšení situace zaměstnanců těžebního průmyslu, jejichž pracovní místa zaniknou.

V případě mladších osob by se mělo jednat o posílení nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti, v případě osob v předdůchodovém věku či se zhoršeným zdravotním stavem by se jednalo o možnost předčasného odchodu do důchodu za zvýhodněných podmínek.

Financování těchto opatření by přitom bylo možné bez jakéhokoliv zvyšování zátěže veřejných rozpočtů oproti současnosti. Město Horní Jiřetín a Greenpeace navrhuje, aby stát zvýšil těžební poplatky z těžby hnědého uhlí (tzv. úhrady z vydobytého nerostu) ze současných 1,5 % na 15 %. To by podle nich vedlo ke zvýšení příjmů státního rozpočtu o 2,86 miliardy korun ročně.

Pouhá osmina takto získané částky (tedy 358 milionů korun ročně) by umožnila zajistit zlepšení sociální pomoci horníkům ohroženým nezaměstnaností v rozsahu přesahujícím veškeré dnešní mzdové náklady na zaměstnance Severní energetické, a.s., tedy 325 milionů Kč v roce 2013.

(Deník Referendum, 28. ledna 2015)

Akademie věd nabádá k zachování ekologických limitů těžby v Severní hnědouhelné pánvi

Radim Šrám

Územní ekologické limity těžby v Severní hnědouhelné pánvi (dále SHP) byly vyhlášeny usnesením vlády v roce 1991 jako povrchovou těžbou nepřekročitelné linie chránící zbytky osídlení, památek, přírody, krajiny, dopravní a technické infrastruktury a obyvatel pánevních okresů tehdejšího Severočeského kraje před pokračováním několik desetiletí trvající bezprecedentní devastace povrchovou těžbou uhlí a jejími důsledky na lidské zdraví a krajinné ekosystémy, včetně lesů Krušných hor.

Vláda v usnesení uložila vrátit se k tomuto tématu do roku 2005 znovu v souvislosti s přípravou Státní energetické koncepce, připravované Ministerstvem průmyslu a obchodu ČR v letech 2003 – 2004. Učinila tak s předpokladem, že oněch zhruba 14 let umožní jednak zahádit rekultivacemi krajiny a regenerací sídel nejhorší jizvy způsobené těžbou, jednak že se mezitím česká legislativa a správní praxe pro řešení podobných střetů zájmů a respekt k soukromému majetku dostanou na evropské standardy a konečně, že také technologická úroveň těžby, energetiky a racionalita využití energií v průmyslu, zemědělství i u drobných spotřebitelů za ta léta dostanou na úroveň, která dovolí šetrnější přístup těžby i využití uhlí na krajinu i osídlení.

Protože se tyto optimistické předpoklady do roku 2003 nesplnily, vydalo MŽP ČR na přelomu let 2003 –

2004 k připravenému znění Státní energetické koncepce MPO ČR, která prosazovala prolomení územních ekologických limitů těžby na Velkodole Čs. armády, spojené s likvidací Černic a Horního Jiřetína, již před rokem 2020, záporné stanovisko o vlivech na životní prostředí (SEA), a vláda ČR schválila koncepci v modifikované podobě bez prolomení těchto limitů před rokem 2030.

V současnosti se toto téma znovu otevírá v souvislostech s úvahami o řešení hospodářské krize, o konkurenceschopnosti a energetické bezpečnosti hospodářství ČR, rostoucí nezaměstnanosti, aniž byl uplynulý čas od vyhlášení limitů využit pro výraznější změnu orientace našeho hospodářství od těžby a vývozu surovin a energie, a v tom i životního prostředí, od těžkého hutního, chemického a strojírenského průmyslu k sofistikovanějším výrobám s větším množstvím zhodnocení vstupů, vyšším podílem lidského umu a práce.

K úvahám o nutném prolomení limitů vedou paradoxně i zjednodušené interpretace závěrů tzv. „Pačesovy komise“ k dalšímu zaměření české ekonomiky a energetiky, tedy práce, na které se spolupodílela i pracoviště AV ČR.

Za této situace považuje Komise životního prostředí Akademie věd ČR (KŽP AV ČR) za důležité, aby připomněla občanům a rozhodovacím místům nejen v dotčených obcích, v Ústeckém kraji, ale i v ústředních or-

gánech státní správy některé další důležité okolnosti a souvislosti, které s rozhodováním o zachování nebo prolomení územních ekologických limitů těžby souvisejí, jsou neméně důležité a nelze je proto ignorovat:

- Hygienicko – epidemiologické práce a výzkumná porovnání s oblastmi nenarušeného životního prostředí v ČR, prováděné od počátku 90. let minulého století v SHP dodnes prokázaly, že znečištění ovzduší, vody a půdy v SHP spolu s narušenou sociální skladbou, vnuceným způsobem života a životosprávou, stresem a nedostatky v příležitostech k regeneraci sil vedly u obyvatel SHP nejen k výrazně zvýšené nemocnosti, vyšší úmrtnosti, ke sníženému věku dožití, zpomalenému vývoji dětí a k dalším negativním důsledkům pro tehdejší populaci postiženého území, ale propadly se do jejich genetické výbavy a ovlivňují negativně i charakteristiky potomků postižených obyvatel do dalších generací. Povrchová těžba uhlí s jejími ohni, zápary, prašností a hlukem jsou spolu s energetikou a chemickým průmyslem na ně navazujícími dodnes hlavním zdrojem znečištění ovzduší, půdy i vod. Toto znečištění po výrazném, ale přechodném poklesu v 90. letech po odsíření elektráren a dalších velkých zdrojů znečištění ovzduší, začíná stagnovat a někde znovu růst. Hrozí nebezpečí, že pokud bude zátěž území a jeho obyvatel pokračovat, tyto charakteristiky se nejen nezlepší, ale mohou se ještě zhoršovat synergickým a kumulativním působením.
- Podobně i kontaminace půdy v celé SHP a v blízkém okolí, především v Krušných horách, způsobují i po letech obtíže s obnovou lesních porostů a jsou příčinou opakovaných neúspěchů u pokusů o reintrodukcii původních dřevin, rostlinných i živočišných druhů,

dříve zde hojných. Také zde lze očekávat zlepšování až po desítkách let a jen za předpokladu, že zátěž již nebude pokračovat.

- Je prokázáno, že těžba pod úpatím Krušných hor až po výchoz sloje, odlehčující patu jejich svahů na delším úseku představuje geologicko-stabilitní a bezpečnostní riziko, ohrožující důlní provoz, těžební mechanismy i pracovníky lomů, ekosystém bučin na těchto svazích, tvořící zejména po rozvratu smrčín ve vyšších polohách hor důležitou a nenahraditelnou součást územního systému ekologické stability tamní krajiny. Rovněž nutností odvedení vod stékajících z hor mimo těžební jámy mění odtokové poměry do té míry, že to hrozí místním nedostatkem vody v některých oblastech podhůří.
- Ve vztahu ke globálním souvislostem změn klimatu a k celosvětové snaze omezit emise CO₂, k ekonomickému profilu kraje a nezaměstnanosti, je další orientace jen na těžbu uhlí jako vyčerpatelného zdroje energie či chemické suroviny nesprávná. V dalších desetiletích přijde nutně další útlum uhelné energetiky a uhlí získá ve stále větší míře charakter cenné chemické suroviny pro inteligentnější využití, než masivní pálení s nízkou účinností a vývoz elektřiny a tím i životního prostředí kraje do zahraničí. Zachování zásob uhlí za liniemi územních ekologických limitů pro další generace je nanejvýš žádoucí.
- Z tohoto pohledu KŽP AV ČR nepovažuje za systémově správné a logické trvat na úplném odpisu zásob uhlí za těmito územními limity, ale doporučuje jejich převod ze zásob bilančních do zásob nebilančních, a to z důvodů převahy jiného veřejného zájmu, než je jejich okamžitě vydobytí a využití jen jako paliva. Orgány veřejné správy by naopak měly podporovat jako protikri-

zové opatření vznik nových pracovních míst v jiných oborech podnikání, které v budoucnu místa v doznívající těžbě postupně nahradí a vytvoří onen žádoucí nový, dlouhodobě udržitelný ekonomický profil kraje, bez negativních vlivů na životní prostředí.

- K tomu je nutno přispět mimo jiné i výraznou modernizací zdrojů a soustav zásobování teplem pro obytnou a občanskou sféru, která je na rozdíl od elektroenergetiky výrazně zaostalá, poruchová, vykazuje obrovské ztráty v rozvodech a v místech konečného užití. Je při tom třeba využít kromě vlastních prostředků majitelů a správců i podpor z veřejných zdrojů včetně fondů EU, neboť jde o svrchované veřejný zájem.
- Kromě stránky materiální je třeba vzít v potaz i dlouhodobé synergické a kumulativní negativní působení zhoršeného životního prostředí, ohrožení majetku a existenční nejistoty lidí v ohrožených obcích, z nichž někteří se před těžbou museli za život stěhovat i několikrát, a kteří potřebují konečně klid a jistotu dožití ve své obci, ve své občanské komunitě, v důvěrně známém prostředí. Lze očekávat, že odklad využití těchto zásob za liniemi územních ekologických limitů vytvoří časový prostor nejen pro zahojení jizev na krajině a osídlení, pro nalezení šetrnějších způsobů těžby a lepší využití uhlí, ale i pro zahojení jizev na duších dnešní generace tamních obyvatel. Další generace, které budou žít v již „uklizené“ krajině a regenerovaných sídlech, mohou pak být vstříc-

nější pro hledání kompromisů mezi potřebou těžby a ochranou prostředí za těmito limity, pokud rozsah a způsob těžby uhlí, jeho doprava a následné využití budou podřízeny požadavkům ochrany životního prostředí, přírody, krajiny i lidského zdraví, jak tomu musí být v civilizované společnosti.

- Dlouhodobě devastované území neposkytuje obyvatelům Ústeckého kraje ani životní jistotu, ani pocit domova. Důsledkem je odliv vzdělaných mladých lidí a zhoršující se sociální struktura obyvatel. Viditelné zlepšení životního prostředí tak stále není na pořadu dne.

Všechny tyto argumenty mluví v současné době jednoznačně ve prospěch zachování územních ekologických limitů těžby v SHP přinejmenším v následujících dvou desetiletích a pro jejich zakotvení v územně plánovací dokumentaci Ústeckého kraje i obcí, na území kterých se zbývající zásoby uhlí nacházejí. Pro budoucnost kraje a jeho obyvatel je žádoucí, aby stát konečně naopak výrazněji podporoval diverzifikaci ekonomického profilu kraje, aby se z jednostranného, pro ekonomickou a sociální stabilitu i pro životní prostředí nevhodného zaměření postupně dostal do pestřejší nabídky pracovních příležitostí v oborech, využívajících jiné jeho přednosti, než konečné a neobnovitelné zdroje surovin a energie, jako je uhlí.

Autor je lékař a předseda Komise pro životní prostředí Akademie věd ČR.

Bourání Jiřetína, stejně jako lov velryb nezaměstnanost neřeší

Přemysl Rabas

Japonsko a státy usilující o znovuoobnovení volného lovu velryb slavily před pár lety dílčí úspěchy. Získaly další chudé rozvojové země do velrybářské komise. Daly jim na pivo, jak se někdy korupci pěkně česky řekne, a oni budou hlasovat, jak země vycházejícího slunce bude pís-kat.

Ne, že by se velryby nyní nezabíjely, ale musí se to všelijak maskovat vědeckým výzkumem a jsou s tím starosti. Proto je třeba dost hlasů, které prolomí moratorium na lov. Hlásá se, že ochrany již netřeba, kytovců je habaděj a hlavně, když se nebudou lovit, přijde mnoho lidí o práci. Uvolněním lovu by sice bylo možné rybařům zajistit na dalších několik let práci, ale nakonec by o ni stejně přišli. Nejpozději současně se zabitím poslední velryby. Bohužel zároveň s tím přijde příroda, my, ale také všechny budoucí generace o několik druhů těch největších živočichů, které se kdy na této planetě vyskytovali.

Ta argumentace velrybářských loby je mi jaksi povědomá. Známe jiné ohrožené živoucí organismy. Severočeské obce. Když jich za pár desetiletí zmizelo více než 200, byla nad ostatními vyhlášena počátkem devadesátých let

ochrana – ekologické limity těžby. Nyní jiná lobby, nicméně té velrybářské dosti podobná, chce prolomit toto moratorium na ochranu obcí a vyhrožuje, že v opačném případě poroste nezaměstnanost a ohrozí se prosperita.

Je prosperita spojena s těžbou? Jak je tedy možné, že po víc než sto letech rozvoje hornictví je tu největší nezaměstnanost a nejnižší vzdělanost? Jak to, že z bývalého podniku MUS zbyla z dvanácti tisíc zaměstnanců třetina? Jak to, že se tu lidé dožívají v průměru o několik let méně než jinde v republice?

Prolomením limitů se problémy neřeší, ale jen o pár let odsunou. Obětujeme další obce, které vznikly už za Přemyslovců, pro pouhých dvacet let těžby navíc? A co bude potom? Pak budeme mít úplně stejný problém s nezaměstnaností. Jen tu již nebudou ty velryby, totiž obce. Dům můžeme ocenit třeba i dva a půl násobkem odhadní ceny, ale jak oceníme ztrátu historie, tradice, identity a vlastních kořenů? Budou pro všechny příští generace ztraceny, stejně jako ty velryby...

(Aktualne.cz, 3. února 2015)

Brdy a Horní Jiřetín

Ondřej Vaculík

Padl mi pohled na titulky v Lidových novinách „Bezmoc ve válečné zóně“, a ačkoli uvozuje reportáž z ukrajinského Mariupolu, začal jsem jím nadepisovat aktuální stav světa obecně. Bezmoc je nám známa a válečná zóna má povahu společenského nepokoje, napětí, strachu, nedůvěry, zášti, kde zatím nerachotí zbraně a mrtví neklesají k zemi. Zřejmého vnějšího nepřítele sice nemáme, ale jakési nepřátelské vnitřní napětí jako by doutnalo na mnoha frontách.

Pocit, stav bezmoci je stále častější, protože „nepřítel“ se nám rozpliznul do všeho, čímž se jen hrotí nepřátelské postoje, jako bychom kráčeli s napřaženou pistolí a každé dveře nejprve museli rozkopnout ve strachu a obavě z toho, kdo za nimi – a s jakými úmysly – může stát.

To jsem si uvědomil při nedávné rozhlasové debatě o konci vojenského újezdu v Brdech. Zdá se logické, že když je konečně vojenský újezd Brdy zrušen zákonem a armáda brdský újezd o rozloze 26 tisíc hektarů opustí do roku 2016, zůstane ono území tím, čím bylo před tím, než jej armáda zabrala.

Ostatně ani československá, ale ani československá socialistická armáda nikdy netvrdila, že to území bude využívat navěky; z této dočasnosti se radujme! Ona to území zabrala v několika etapách v nadřazeném zájmu obrany státu nad zájmy lidí, kteří tam žili, včetně jejich vlastnických práv.

Museli opustit domovy i své majetky za cenu tu většího, tu menšího, nebo i vůbec žádného (kulaci) odškodné-

ho a jinou volbu neměli. Některé obce postupně zanikly, jiným byla zabrána podstatná část území, jejich katastru, s lesním a vodním hospodářstvím.

Je přeci přirozené a žádoucí, aby obce získaly zpět, o co tehdy přišly. Druhá věc je, v jakém režimu budou na území hospodařit. Jestliže je naprostá shoda v tom, že většina území oplývá přírodním bohatstvím, které si zasluhuje zvláštní ohledy a ochranu, pak je chraňme. Svou povahou a hodnotou, jak se přírodovědci a ochránci přírody shodli, brdský vojenský újezd vyhovuje podmínkám pro chráněnou krajinou oblast (na rezervaci to není), a vhodnější instituci, než je správa CHKO, pro takový úkol nemáme.

Zda správa bude chráněnou krajinou oblast spravovat správně, lze hodnotit a kritizovat až po vyhlášení CHKO Brdy, před tím je to bezpředmětné. Na účinnou ochranu Brd máme všechny nástroje.

Tak proč taková nedůvěra? Proč takové obavy z nenasytých developerů? Pouze obecní zastupitelstva rozhodují o tom, komu prodají či neprodají své pozemky, a když nebudou chtít, developer si prostě nevrzne. A žádná vrchnost jim to nemůže vnutit. Obce si schvalují své územní plány a další ochranou nad tím je CHKO.

Do rozhlasové debaty mohli posluchači volat. Účastnil jsem se už asi čtvrté, a vždy se ozývá zhruba totéž. Naprostá nedůvěra k jakékoli veřejné správě – samosprávě i státní správě. Až úpěnlivé volání po tom, aby Brdy

i nadále chránila armáda, přestože většina volajících připouštěla, že ochrana Brd armádou je v posledních letech nedostatečná a Vojenské lesy a statky zvláště v poslední době Brdy spíše drancují, než aby je pěstovaly jako budoucí CHKO.

Tímto dokumentuji zvláštní stav společenské bezmoci, jež vyvolává napětí a dává příležitost rozhodovat silou nějaké autoritativní, popř. militantní moci, čímž vytváříme prostředí jakési latentní válečné zóny. Stále více jsme si vzájemně zneprátení a jen díky tomu, že je to tak chaotické, zatím nikde není jednotné fronty, která by vyhlásila válku takříkajíc napříč politickým spektrem.

Podobně to vidím s „prolamováním limitů“ a možnou likvidací Horního Jiřetína v Podkrušnohoří. Ten způsob, kdy si kdosi neustále – již dvacet let – pohrává s kalkulačkou a vypočítává, že o cosi více uhlí a zbouraný Jiřetín je pro nás menším zlem vzhledem k zaměstnanosti v regionu, je cynickým pěstováním nepřátelství mezi pofidérním celospolečenským zájmem, představovaným pomyslnou skupinou horníků, a těmi (námi), které na stále otevřenější frontě zastupují obyvatelé Horního Jiřetína v úloze obránců kulturních statků.

Ta pomyslná kalkulačka v rukou mocných je symbolem pomyslné rozbušky nálože společensky přebunzírovanější, než jsou všechny uhelné sloje za limity. Mnohokrát bylo řečeno, v čem je hodnota osídlení, jehož dějiny přesahují sedm set padesát let, a o které se zvláště v po-

slední době obyvatelé starají v tíživých poměrech hrozící možné zkázy.

Oni za nás bezprostředně nesou úzkost z „rozhodovacího procesu“ mocných, které představuje olbřímí rypadlo, jež se jako mastodont a strašlivá obluda nezadržitelně přibližuje k Jiřetínu, jehož obyvatelé neustále bubnují na poplach, a my můžeme s nimi protestovat, prosit obludu, zaříkávat a vykuřovat ji, a když se nám občas podaří sesadit jednoho, kdo ji může ovládat, už je tu druhý a zas třímá osudovou kalkulačku v ruce.

Už celou jednu generaci, která tuší, že nikdo nemá odvahu mastodonta zastavit, odrovnávají na hrozbě likvidace Jiřetína. Že je to menší zlo? Naopak, neúprosnost pohybu je zlem úplně největším.

Ti s kalkulačkou se nechali slyšet, že obyvatelům se poskytne bohaté výkupné. Čili že o osudu obce s tradicí, kulturou a památkami mají nyní rozhodnout ti, kdo půjdou z Jiřetína za lepším? A co my, jimž jde o Jiřetín také? Nebo předchůdci, kteří když město vyhořelo, napřeli všechny síly, aby je obnovili? Dostanou in memoriam odškodné za zmařenou investici? Co stavitel barokního kostela Nanebevzetí Panny Marie J. B. Mathey? Kdo dostane odškodné za opuštěnou školu?

Nakonec nejde jenom o Jiřetín, ten je symbolem; pro smír ve společnosti by se vyplatilo rypadlo v zatím latentní válečné zóně včas zastavit. Jak toho ale dosáhnout?

(Deník Referendum, 10. února 2015)



Prezidentova řeč

Jaroslav Veis

Že mluvený projev je jedním z nezbytných nástrojů každého, kdo se už přímou volbou nebo dědictvím po předcích octl v čele státu, nelze pochybovat a čtyřoskarový film *Králova řeč* (2010) to dost přesvědčivě ilustruje. Král Jiří VI., vědom si nedostatků právě v tomto oboru, se handicapu dokázal zbavit s pomocí logopeda, s nímž se později spřátelil, a vydobyl si všeobecný respekt.

Český prezident na tom byl, pokud jde o výchozí pozici, mnohem lépe než on. Jeho mluvený projev byl od prvního veřejného vystoupení na Letenské pláni poslední listopadovou sobotu 1989 přijímán veřejností pozitivně. Jediným a dosud přetrvávajícím problémem prognostikovy, později politikovy a nejnověji prezidentovy řeči je nezřetelná výslovnost zubodásňových souhlásek r a l, kdy kmitavé r z jeho úst zní jako bokové l a naopak.

(Malá odbočka: Nerozlišování r a l je typické pro některé východoasijské jazyky, například pro korejštinu, a když se mluvčí pustí do jazyka jiného, dochází k půvabným nedorozuměním. Vykládá se tlumočnický vtípek, že jeden z tamních politiků na anglickou otázku reportéra „How often have you elections here? – Jak často máte u vás volby?“ odpověděl po pravdě „Plactically evely molning – Prakticky každé ráno“. Podobného efektu dosahuje náš pan prezident svou specifickou výslovností slova „posl/ranci“. Kdyby se podobně jako Jiří VI. obrátil na logopeda, ten by mu jistě poměrně snadno pomohl, a navíc by možná získal kamaráda.)

Kamenem úrazu prezidentovy řeči však tato drobná vada není. Je jím naopak až přílišná snadnost, s níž svůj Miloš Zeman mluvený projev staví a přednáší. Jeho nejspíše vrozená schopnost spatra formulovat dlouhá souvětí, jejichž jednotlivé součásti na sebe navazují, nevybočují z větné vazby a ani neztrácejí logiku, je obdivuhodná. Však mu ji také jeho političtí kolegové vždy záviděli.

On sám si je této své schopnosti dobře vědom a umí se za ni pochválit a při té příležitosti zaopovrhovat všemi, kdo své projevy čtou z papíru a nepronášejí z hlavy jako on.

A přece prezidentova řeč často, dokonce stále častěji, uvízne na mělčině. Projevům Miloše Zemana až příliš často něco zcela zásadního chybí – opravdový obsah, poselství, chcete-li moderněji message. Formálně dokonale a spatra pronášené a logicky znějící věty postrádají obsah přesahující horizont dnů, okamžitých politických potřeb, osobních zájmů. Vyniklo při poslechu prezidentova vánočního – ale ano, poselství... a od té doby ještě vícekrát. Projev u příležitosti dne holocaustu byl na první poslech sice silný svým názorem na vyhlášení války islámskému státu, na druhý už vynikala prázdnota vlastního gesta bez sebemenší reflexe reality a možností, na třetí pak naprosto nedoložená osočení Ferdinanda Peroutky (ale i Winstona Churchilla) z nadbívání nacismu. Bláznovskou čepici nasadil projevu jeho další život, kdy mluvčí Ovčáček článek, který byl „na levé straně v dolní



polovině, jak si prezident díky fotografické paměti dobře pamatuje“, dohledává...

Nabízí se hypotéza, že „při jeho inteligenci“ si toho je vědom, a právě to je důvodem, proč svou řeč tak často šperkuje bonmoty, které ovšem skutečnými bonmoty (vtipy) nejsou – a to nejen proto, že je donekonečna opakuje. Přidanou hodnotou se tak stále častěji stává provokace, a to za každou cenu. Tím se ovšem prezident stále víc přibližuje jím tak pohrdaným komentátorům. Upoutá-li jeho řeč něčím pozornost, pak je to úporná snaha o silný názor na celý svět a překračování tabu: dnes běžné a funkční komentátorské pomůcky.

Prezidentovi by nepochybně jen prospělo, kdyby si svou řeč někdy napsal, přečetl po sobě, třeba i nahlas, dal ji někomu přečíst, zajímal se o jeho názor, a pak třeba zahrál, že ji pronáší spatra a „na první dobrou“. Spíše však někomu jinému než dvojici jeho akolytů Kmoníček – Ov-

čáček, připomínající svou bizarní oddaností stále víc duo Klausových vykladačů Hájek – Jakl.

Ale jak již bylo řečeno, možná to ví sám – a taky to, že psaní mu jde hůř, než mluva. Psané slovo je prostě prezidentovou slabinou na rozdíl od obou jeho předchůdců v roli hlavy českého státu. Zemanovým nejvýznamnějším – a stále připomínaným textem je tak jeho čtvrt století starý článek *Prognostika a přestavba z Technického magazínu*. Jeho ostatní psané dílo, zčásti v podobě rozhovorů – zpovědí, však nikdy nemělo šanci, aby se dožilo puberty, natož plnoletosti, a to včetně memoárově laděného a nejznámějšího knižního titulu *Jak jsem se mylil v politice*. Lze se důvodně obávat, že do dějin se Miloš Zeman zapíše nejvíc tím, čemu dnes filmoví kritici a fanoušci říkají „hláška“. Za ty se ovšem neudílejí ani Čeští lvi, natož Oskaři.

(Rozšířená verze textu, který vyšel v Lidových novinách 28. ledna 2015.)

Jak Ukrajina ke štěstí přišla

Jiří Hanák

Ještě v půli sedmnáctého století byla Rzecz pospolita neboli Polsko-litevská unie spolu s Francií rozlohou i počtem obyvatel největší velmocí Evropy. Sahala daleko na východ za Dněpr, jistý čas jí patřil i Smolensk, o Kyjevu ani nemluvě. A právě v Kyjevě v oné době studoval registrovaný kozák Bohdan Chmelnyckyj. Kozák rodem, registrovaný proto, že byl jako mnoho jiných kozáků v placených službách státu. Kozáci žili v řídce obydlené „divoké zemi“ nebo též „ukrajně“, která tvořila jižní část polsko-litevského státu. Tak vznikl název Ukrajina, jinak též (litevská) Rus či Ruthenia či latinsky Roxolania.

Chmelnyckému učinil jakési hospodářské příkoří polský úředník. Obrátil se na krále Kazimíra a ten mu dal za pravdu, nezměnilo se však nic. I využil nálad neregistrovaných kozáků, kteří tak jako tak těžko snášeli jakoukoliv autoritu, natožpak vládu katolických Ljachů čili Poláků, a vedl je do povstání. Jeho „golitba“, čti holota, několikrát drtivě porazila vojska Rzeczy pospolité.

Chmelnyckyj začal aspirovat na dědičného ukrajinského knížete. Měl však tolik fištrónu, aby si uvědomil, že stále mocné Rzeczy pospolité nemůže trvale odolávat. I požádal cara Alexeje Michajloviče, aby vzal Ukrajinu pod ochranu. Car rozuměl poddanství, Chmelnyckyj jen ochranu. Větší bere: po prvním úderu Rzeczy pospolité podepsal Chmelnyckyj v Perejeslavi v roce 1654 poddanství Ukrajiny Moskvě. Týkalo se zatím jen levobřežní Ukrajiny. Ostatní však byla jen otázka času. A tak Ukrajina ke svému štěstí přišla. Kdo si ale myslí, že takové štěstí stojí za psí tentononc, nechť si vybaví výrok cara Mikuláše I. (1825–1855), že největší štěstí, které může jakýkoliv národ potkat, je stát se součástí ruského impéria.

Ukrajina se stala korunním klenotem ruské koloniální říše. S mírným přeháněním můžeme říci, že co byla Indie

pro Británii či Alžír pro Francii, to byla Ukrajina pro moskevskou Rus. Po ztrátě Indie klesla Británie na pouhou regionální mocnost, totéž se stalo Francii pro ztrátě Alžírsko. Totéž hrozí dnešnímu putinovskému Rusku. Bez ovládnutí Ukrajiny by carevna Kateřina Veliká (rozená Sophie von Zerst und Anhalt, německá protestantka) nemohla dobýt Krym, dnes „od věků ruský“, ačkoliv po mnoho staletí patřil Tatarům), bez Ukrajiny by nemohla carská říše nasměrovat svůj tlak na Podunají, na Balkán a zejména ku zlatému jablku, tj. k ovládnutí černomořských úžin Bosporu a Dardanel. Ostatně, jen proto Prozatímní vláda po únorové revoluci 1917 nevystoupila z války a nezabránila tak bolševická revoluci, protože úžiny byly Rusku západními velmocemi slíbeny po vítězství nad Německem a jeho spojencem Tureckem v první světové válce. A to nehovořím o lidském a ekonomickém potenciálu Ukrajiny, platném dosud.

Pokud chce Vladimír Putin obnovit ruské impérium – a on se tím netají, nemůže Ukrajině dovolit její svobodně zvolenou evropskou orientaci. Nikoliv v druhé řadě by to mohlo také znamenat počátek rozpadu nynější ruské koloniální říše. Po kolapsu SSSR se jen tři baltské země vymanily z ruského chomoutu. Jiné národní identity, které dosud Ruská federace ovládá přímo či nepřímo, by mohla Ukrajina dříve či později inspirovat. Proto na Ukrajině Rusko intervenuje.

Po staletí až do dnešní doby byli Ukrajinci Moskvou degradováni na ne-národ a ne-stát. Po uloupení Krymu a po ruské agresi v Donbase jsme svědky znovuzrození ukrajinského národa. A to je štěstí, ke kterému Ukrajina opravdu přišla, byť si to Moskva představovala malounko jinak.

Přemluv bábu

Jan Zrzavý

Ke konstantám porevolučního období patří snění o přirozeném zániku masové komunistické strany. Průměrný věk kandidáta KSČM v komunálních volbách na podzim roku 2014 byl skoro 60 let, podstatně víc než u jiných stran, a tak není divu, že se zase objevily útěšné úvahy (kardinál Duka), že komunistů se netřeba bát, protože záhy vymřou. (Jako bychom na dnešní politické scéně nepotkávali jiné jevy, kterých se máme bát asi i víc, a přitom jsou v rozpuku.) Háček je, že takhle jsme se utěšovali už v 90. letech: KSČM záhy zanikne, neboť ji volí samí starci. KSČM nezankla a samí starci ji volí pořád. Výpočty ukazují, že v každých volbách komunistům přibude třetina voličů, obdobné množství zase někam odejde (k jiným stranám, k nevoličům nebo do hrobu), přičemž průměrný volič KSČM zůstává sice nejstarší ze všech, ale nijak nápadně nestárne. Zvláštní.

Svět je dnes plný dětí, které nechodí, nemluví, nemají zuby; není divu: kdo se narodil v strašlivém roce 2014, je tím pochopitelně poznamenán. Pokud vám tato úvaha připadá divná, zkusme si říct něco podobného, ale povědomějšího: staří lidé u nás jsou trvale postiženi tím, že většinu svého života prožili v komunismu, proto mají obtíže s adaptací na demokratické poměry, volí KSČM, místo cest kolem světa se starají o vnoučata a bez odporu si nechávají vnutit falešné zázračné hrnce. Proslulý předvolební klip Přemluv bábu sice podle všeho pomohl odvrátit volební malér, ale učinil to na základě špatné analýzy reality.

Myslíme si, že staří lidé jsou determinováni svou generační historií, zatímco děti jsou takové, jaké jsou, prostě jenom proto, že jsou to děti. Jsou determinovány svou věkovou kohortou; z té vyrostete, kdežto generaci si nesete s sebou. Všechny děti jsou bezzubé a negramotné a všichni

pubertáči vzpurní, všichni lidé stárnou, hluchnou a přicházejí o zuby, ale jen generacím, které při vědomí zažily léto 1989, dodnes cuknou koutky, když vidí soudruha Jakeše.

Jsou lidé, kteří přesně vědí, co dělali 5. března 1953 či 22. listopadu 1963, ale ubývá jich; většina z nás si dosud dobře pamatuje 11. září 2001 (letěl jsem do Londýna prvním povoleným letem a užil si samopalníky na Heathrow – to tehdy nebyl, milé děti, denní chleba jako dnes a zítra); naše děti budou mít svá vlastní generační velevýznamná data. Generace a věková kohorta se různě proplétají, ale jsou to dvě různé věci, a chceme-li pochopit, o co jde, nesmíme je zaměňovat. Ti staří, kdo dnes volí KSČM, byli před dvaceti lety ve středním věku a volili pravici. Ti, kdo před několika lety udělali z Evy a Vaška nejprodávanější úkaz české pop (?) music (???), vrískali o čtvrt století dřív na koncertech Olympiku, a kdyby tu tehdy nevládli ti komunisté, které dnes volí, vrískali by na Rolling Stones. Volič KSČM je něco jako pacient na onkologii: v mládí se to stane jen ve velmi politováníhodných případech, ve stáří tam skončí značná část populace; a neubývá jich. (Chtěl bych být muškou na zdi, když se schází politbyro partaje, která ví, že je volí především „starší, nízkopříjmoví, méně vzdělaní obyvatelé venkova a malých měst“. Obětují se ti papaláši pro své voliče, anebo si nich v soukromí dělají srandu?)

Stárnu a už to na sobě pozoruju. Napjatě čekám, který z příznaků věkové kohorty, do níž se nořím, se dostaví jako první, zda to bude hlas pro KSČM, rakovina prostaty, cédecčko s dechovkou či hluchota, která se dnes jeví být favoritem, ale nechvalme dne před večerem.

(Lidové noviny, Orientace, 7. března 2015)



Vzkazy z Auschwitz

Marek Vácha

Etika snad začala nenápadnou větou z knihy Exodus – Nepřidáš se k většině, páchá-li zlo. (Exodus 23, 2). Naše morálka je od té chvíle založena na představě, že existují věci, které jsou špatné, ačkoli jsou legální a dokonce ačkoli je činí většina.

V roce 1935 začínají platit Norimberské zákony, beroucí práva Židům. Od roku 1941 platí zákon o nošení žluté hvězdy. Kdo od této chvíle perzekvoval židovské obyvatelstvo, jednal legálně. Většina tak činila, nebo mlčela.

V lednu 1942 na konferenci ve Wannsee bylo rozhodnuto o konečném řešení. Konference trvala devadesát minut, dobu jedné vysokoškolské přednášky. Přes polovinu účastníků mělo titul doktor. Jednalo se o doktory medicíny, rovněž i o doktory filozofie.

Náročnou logistiku transportů zajišťovaly stovky poctivých úředníků, pečlivě plnících povinnosti. Bylo hlostejno, zda vlaky přepravují dřevo, kameny nebo lidi; důležité byly tunokilometry. Po válce tak vzniká představa, že mnohem víc než těch, co zákony nedodržují, bychom se možná měli bát těch, co je dodržují.

Byli bychom velmi rádi, aby lidé, kteří prováděli lékařské experimenty, byli psychopati, lidé s duševními chorobami, sadisté a primitivové, lidé z jiného vesmíru než my. Všechno, co o tom víme, svědčí o opaku. Lidé, kteří ty věci prováděli, byli děsivě normální. Lidé národa Beethovena, Schillera, Goetheho, Immanuela Kanta, Caspara Davida Friedricha, příslušníci jednoho z nejkulturnějších národů v Evropě. Lékaři, kteří by v mírových dobách chodili s manželkami na procházky a přispívali na charitu.

Prof. Dr. med. Carl Clauberg si dal jednoduchý výzkumný úkol, jak s co nejmenším množstvím technického personálu za co nejkratší čas vysterilizovat co největší počet žen.

Na konec s lítostí konstatuje, že nejlepší je chirurgie.

Elie Wiesel ve svých pamětech popisuje setkání s Dr. med. Dr. phil. Josefem Mengelem. Mengele byl prý vždy hezky oblečen, s bohatou slovní zásobou a tichým hlasem, dvojnásobný doktor medicíny a doktor filozofie, který mládí prožil na nejlepších německých univerzitách.

Od nynějška víme, že člověk může číst večer Goetheho a Rilkeho, hrát večer Bacha a ráno jít do své denní práce v Auschwitz. V Auschwitz tak člověk definitivně ztratí víru. Ne víru v Boha, nýbrž v člověka.

V Auschwitz na člověka padne děsivá hrůza, že stačilo málo a byli bychom mezi oběťmi, stačilo se narodit o několik desetiletí dříve. Na konci prohlídky ale dopadne ještě jiná hrůza, větší. Chybělo málo, a byli bychom mezi vykonavatelé. Stačilo se narodit o pár desítek kilometrů vedle. První otázka po osvobození byla, jak je možné, že toho nějaký národ byl schopen. Otázka se velmi rychle překloupila: existuje vůbec na světě nějaký národ, který by toho nebyl schopen? Dnes si už netroufáme vyloučit nepředstavitelné.

Všichni myslíme, že „to“ udělali ti druzí. Mezi baráky člověk nahlédne do propastí své vlastní duše a uvědomí si, že ten druhý přebývá v neznámých hlubinách mého vlastního nitra, že je možností mého já.

Dodnes nevíme, co se vlastně stalo, nevíme, kde byl člověk, kde byla naše věda, naše filozofie, naše náboženství, že tomu nedokázaly zabránit?

S našimi studenty sem jezdíme rok co rok. Pořád totiž ještě je naděje, že poznáním historie ji přece jen nebudeme nuceni opakovat.

(Aktualne.cz, 27. ledna 2015)

Norové, nelidští tvorové?

Jan Burian

Válka světů

Když jsem si naposledy povídal s nějakým Norem, bylo to o demokracii, o svobodě, o lidských právech, veřejnoprávních médiích a vůbec o politice. V duchu jsem žasl nad tím, jak nám to pěkně šlo, a říkal si, že když si dneska chcete o podobných věcech promluvit s nějakým Čechem, chvíli trvá, než si ujasníte, co si pod těmi všemi pojmy vlastně představujete.

Bylo příjemné zjišťovat, že slova u nás často zpochybňovaná a rozměňovaná mají najednou docela jasný a důstojný obsah. Příklad? Mluvili jsme o svobodě, ale nemuseli jsme si neustále zdůrazňovat, jak moc se s ní pojí odpovědnost. Bavili jsme se o zákonech, ale nemuseli jsme si vysvětlovat, že kromě nich jsou tu i zvyklosti a papírově neuchovávaná pravidla společenského a politického života, jejichž existence je podobně důležitá. Moc hezky jsme si popovídali...

Pak přišel „Měsíc česko-norského nepřátelství“ a rázem mi je smutno z té prapodivné nepokory, která nás postihla, i z toho, jak mediálně zajímavým se stalo vymítání norského ďábla.

Na základě kauzy jedné nešťastné rodiny, jíž norské úřady odebraly děti, a o které u nás téměř nikdo nic neví, jsme málem vyzýváni k pálení norských vlajek. Vypadá to jako střet civilizací, ne-li válka světů. Zlí Norové ukradli české matce syny: to je útok nehumánní norské byrokracie na bezbranné bytosti, nejde-li rovnou o obchod s dětským masem... Kdo to jsou ti nelidové? Sadisté? Náboženští fanatici? Dokonce i veřejnoprávní televize jitrí emoce diváků, a když se člověk chce dozvědět seriózní informace, pomalu aby hledal mezi řádky.

Dozvědět by se je sice mohl, jenže by to nebyl takový tahák, tak atraktivní mediální zboží. Především z nich vyplývá, že norské úřady v žádném případě nesmějí zveřejnit důvody odebrání dětí, a to z důvodů jejich ochrany. Nesmějí – a basta. K našemu překvapení tedy chrání děti, ne svůj vlastní úřad, a i kdyby z nich tisk udělal kanibaly a zločince, musejí vydržet. Těžko chápeme, že veřejnosti do trápení dvou malých dětí nic není; máme přece svobodu informací, je tu demokracie, takže máme právo to vědět, ne? Ach, můj milý Nore...

Ani když se ukáže, že důvodem k odebrání dětí nebývá v Norsku několik rodičovských plácnutí přes zadek, nestačí to. Máme se prý spolehnout na to, že tamní úřady vědí, co dělají, jenže nás neoblafnou! Nejsme zvyklí věřit jakýmkoli úřadům, víme, jak to chodí, a proč by to mělo být v Norsku jinak? Takže nám nemůže stačit ani to, že za norské rozhodnutí se po prostudování části tajných materiálů postaví i naši vysocí státní úředníci.

Nestačím se divit, když kolem sebe slyším, jak naše veřejnost zapáleně posuzuje správnost nebo nesprávnost postupu norských úřadů. Neměli bychom přece jen připustit, že jinde mohou dělat některé věci jinak? A příčí se mi, když si při podobných příležitostech okamžitě oblékáme jakýsi nehezky národní dres, ve kterém pak děláme leda ostudu. Chováme se před světem tak nedospěle, že je jen štěstí, že nám nějaký Nor nemůže zařídit potřebnou pěstounskou péči. Možná by to na čas pomohlo, ale zákony mu to prostě nedovolují...

(Napsáno pro Týdeník Rozhlas. Aktualne.cz, 1. února 2015)





ORBIS PICTUS

Kolik tu máme příčných prahů?

Gavin Francis

*Kniha Joanny Bourkeové **The Story of Pain: From Prayer to Painkillers (Příběh bolesti – Od modlitby k lékům na tišení bolesti)**, vydaná loni nakladatelstvím Oxford University Press vzbudila ve světě poměrně značnou pozornost. U nás ji recenzoval časopis Respekt (Martin M. Šimečka – **To bolí, Respekt 4. ledna 2015**). S laskavým svolením London Review of Books přetiskujeme esej na téma této knihy z pera skotského spisovatele a lékaře Gavina Francise (LRB, 21. srpna 2014)*

Zrovna jsem vyšetřil člověka, který přišel s bolestmi hlavy, a chystal jsem se zavolat další pacientce s bolavými zády, když na mě zamávala recepční. „*Volá paní Lagnariová,*“ zašeptala skoro jevištním způsobem. „*Její manžel má strašlivé bolesti. Zajdete se na něj podívat?*“

Lékaři se během studia učí nedělat rychlé závěry. Předpokládá se, že by si měli nejdřív odpovědět na řadu otázek a prohlédnout pacienta ze všech stran, než si začnou dávat dohromady seznam možných diagnóz. I tak jsem si pořád nebyl jistý, proč přesně se bolesti pana Lagnariho zhoršují. Měl pokročilý nádor pankreatu, který se mu rozšířil do jater. Možná že se nádor zvětšil, napadlo mě, a teď tlačí na nervy v okolí. Taky zvětšující se metastázy v játrech mohou roztahovat pouzdro jater, což dokáže vyvolat nesnesitelnou bolest. Před týdnem jsem mu zvedl dávky opioidů a možná už si vybudoval rezistenci. Taky se mu v některé hluboké žíle v nohou mohla vytvořit trombóza – to je u tohoto typu nádorů dobře známá komplikace. A nebo má bolest důvody čistě existenciální: pan Lagnari ví, že umírá.

Dřív než jsem stačil zazvonit, otevřela mi jeho žena doprovázená synem. Pozvali mě do malé předsíně a v očích měli strach. „*Ted' se trochu uklidnil,*“ zašeptal syn, aby ho

otec nemohl zaslechnout. „*Ale myslí si, že už to má sečteno.*“ Přikývl jsem, tenhle pocit mohl být užitečnější než to, co mi řekne pan Lagnari.

Seděl v posteli s několika polštáři za zády. Obličej měl bledý a od poslední návštěvy ještě sešel. Když se něco kolem pohnulo, šklubl sebou a natáhl ruce před sebe, jako kdyby si chtěl chránit břicho. Pokoj byl jen o málo širší než jeho dvojpostel. Pokynul mi rukou na uvítanou a druhou vypnul televizi.

„*Vzal jsem si něco z toho, co jste mi tu nechal minule,*“ řekl, „*a je to o trochu lepší.*“ Zatínal však přitom zuby. Měl náplast s fentanylem, z nichž se opioid skrz pokožku dostává přímo do krevního oběhu. Dal jsem mu i lahvičku s morfiem, aby jej užíval, když už náplasti nebudou stačit.

„*Jak se cítíte?*“

„*Je to palčivá, strašlivá bolest, tady*“ – ukázal si prsty na solar plexus – „*a tady*“; roztáhl prsty a přejel si přes sternum a pravou stranu hrudi.

„*Bolí to víc, když se nadechnete?*“ zeptal jsem se.

„*O něco,*“ řekl.

„*Co nohy? Bolí nebo otékají?*“ Zavrtěl hlavou a nadzdvíhl pokrývku, aby ukázal lýtku; byla bledá a chřadla, avšak beze známek trombózy.

Posadil jsem se k němu na postel. „Zmenšuje se bolest v nějaké poloze?“

„Když si sednu a trochu se předkloním, je to trochu snesitelnější.“

Vyšetřil jsem mu břicho, opatrně zatlačil na žaludek a pak jsem přitiskl ruku na vpadlinu pod pravým žebrem. Hlasitě se nadechoval a vydechoval. Nezdálo se, že by játra byla větší nebo citlivější, než když jsem ho vyšetřoval naposledy.

„Tak co myslíte,“ řekl a upřeně se na mě díval. Obvykle se snažil mluvit zlehka, jako kdybychom se bavili o počasí. Teď však klopil oči, začal uhlazovat pokrývku mezi svou nohou a místem, kde jsem seděl. Pak se zeptal: „Už umírám?“

Probírat otázky smrti se nebojím – bojím se jen toho, že špatně odhadnu to, jak je pacient připraven přijmout nevyhýbavou odpověď. „No, blíží se to,“ řekl jsem. „...ale neumím opravdu odhadnout, kolik času vám zbývá. Mohou to být dny, třeba týdny.“

„Ale měsíce ne?“

„Rád bych vám dokázal odpovědět... Můžu vás taky poslat do nemocnice na důkladné vyšetření,“ řekl jsem úmyslně hodně tiše a pozoroval ho přitom, zda se bude snažit chytit jakékoli šance odsunout to, co se blíží. Věděl, na co narážím.

Chvilí bylo ticho. „Ne, už ne,“ řekl. „Zůstanu doma.“

„Mohli bychom místo náplastí nasadit injekce,“ řekl jsem. „Jsou účinnější, ale můžete po nich být ospalý.“

„To zní dobře,“ řekl a bylo znát, že se mu ulevilo, když jsme zase začali mluvit o tom, jak zvládnout bolest, a ne o smrti.

Vrátil jsem se na kliniku. Čekalo mě ještě šest nebo sedm pacientů, hora papírování, pak další návštěvy. Nakonec jsem se ještě vrátil. Dostal už dávku morfia, lehká sedativa, lék proti nevolnosti a teď spal. „Asi hodinu tu byl kněz,“ dozvěděl jsem se od dcery. „Vypadal pak o hodně klidnější.“

To bylo v úterý večer; ve čtvrtek dopoledne pan Lagnari zemřel.

Oblast, kde provozuji v Edinburghu praxi, se více méně kryje se zdejší farností. Farář se vyhýbá tomu, aby mým pacientům radil, jak se mají nechat léčit. Avšak ještě nedávno, ve druhé půli 20. století, by někteří katoličtí teologové panu Lagnarimu odmítli dát na utišení bolesti morfium, i když by bylo zřejmé, jak blízko je smrti. V knize *The New Problems in Medical Ethics* (Nové problémy lékařské etiky, 1956) člen řádu benediktýnů Peter Flood soudí, že křesťan trpící bolestí by měl utrpení přijímat „jakožto Bohem povolené pro naše dobro“. Bolest je „privilegium spojující nás s mučednickým utrpením Kristovým“. Považuje za nezbytné, aby lékař lidem sděloval, jak blízko smrti jsou, aby nepromarnili příležitost k pokání, a neohrozili tak přijetí v nebi. Léky tlumící bolest bylo možné podávat jen v malých dávkách, ne však odpadlíkům od víry – důvodem byly obavy, že by jim to mohlo zabránit v návratu do lůna církve. Jezuita Eugene Tesson v téže knize schvaluje podávání léků tišících bolest pouze těm umírajícím, kteří „se odevzdali Bohu“, a také v případech, kdy „hrozí, že propadnou zoufalství a mohou Boží dobrotu začít proklínat“.

Tyto názory nám připomínají, že pohled na bolest a její chápání se liší nejen mezi jednotlivými stoletími a kulturami, ale i mezi různými pacienty i lékaři, kteří se s ní musejí utkávat. Vnímání bolesti se může proměňovat i pro každého z nás tím, jak plynou dny, týdny, roky. Smysl bolesti nemá žádné hranice. Dát dohromady vnímání bolesti v průběhu dějin, a to jak z úhlu pohledu těch, kdo jí trpěli, tak těch, kdo od ní ulevovali, je úkol téměř nemožný. Joana Bourkeová se proto v knize *Story of Pain* (Příběh bolesti) soustředila na období od poloviny 18. do poloviny 20. sto-

letí a vychází z literatury, která vyšla v angličtině. Věnuje se tomu, jak bolest trpící zároveň i izoluje, jak ji popisují pacienti i lékaři, tomu, zda a jak indikuje skrytou patologii; jaký vztah má k náboženské problematice a jak na ni reagují ti, kdo jí trpí, i ti, kdo ji tiší.

„Každý se rodí s dvojím občanstvím,“ napsala Susan Sontagová, „jednak v království těch, kteří jsou na tom se zdravím dobře, a jednak v království chorých.“ Básník a filosof John Donne soudil, že nemoc je jakási říše, že ukrádá a kazí naše životy: „Nemoc ve mně zakládá své království, impérium, a bude mít jistá Arcana Imperii, tajemství státu, jimiž se bude řídit.“ Oba pohledy jsou pravdivé. Pan Lagnari nejprve za mnou přišel s tím, že ho už dlouho bolí žaludek a vždycky po jídle se to zhorší. Krátce předtím si nechal udělat gastroskopii, která prokázala, že žaludek je zdravý, a také ultrazvukové vyšetření a krevní testy, na které jsem ho poslal, byly normální. Zkusil jsem antacidy a antispasmatika, ale obával jsem se, že příčinou jeho bolestí není žaludek, játra a ani žlučník, nýbrž pankreas (který je příliš hluboko, než aby ho dokázala zachytit ultrazvuková vyšetření), a tak jsem ho poslal na CT vyšetření. Prokázalo, že má rozsáhlý a neoperovatelný nádor. Bylo to, jako kdyby mu někdo vystavil pas do království nemocných. Místo bolavého břicha najednou cítil hluboko ve vnitřnostech „hryzáni“. „Vyžírám mě to zevnitř,“ popisoval to. Jeho bolesti najednou dostaly smysl, avšak ten smysl byl tak hrůzyplný, že se s ním začal ukrývat; rodina se mu snažila pomáhat, avšak on je požádal, aby ho nechali na pokoji. Podle jedné studie z roku 1990 se téměř dvě třetiny pacientů s rakovinovými metastázami nejen začnou stranit lidí, ale také před svými blízkými skrývají skutečnou intenzitu bolestí, protože je nechtějí znepokojoval. Také pana Lagnariho bylo obtížné přesvědčit, aby přiznal, jak silné bolesti jsou, protože v jeho očích, čím byla bolest větší, tím víc rakovina postupovala.

Susan Sontagová psala knihu *Illness as Metaphor* (Nemoc jako metafora), když se léčila s nádorem prsu. Píše v ní, že metafory choroby jsou často stigmatizující a zvyšují utrpení nemocného. Chápe však také, že metafory mohou i osvobodovat tím, že nám umožňují definovat, co bylo nezřetelné, a rozšířit tak samotné poselství. Její esej je paradoxně metaforami přímo napěchována: „TBC způsobuje, že tělo zprůsvitní“, „nemoc je nocí života“ a podobně. Při popisu bolesti ovšem musíme po takových metaforách sáhnout, jinak bychom nesvedli své vnitřní pocity vyjádřit. „Bodavá“, „tupá“, „ostrá“, „pulsující“, „svíravá“, „palčivá“, „řezavá“ – studenti medicíny se učí celý katalog nejrůznějších termínů s vírou, že přesná charakteristika bolesti napomůže s diagnózou její příčiny. Ten proces však není objektivní: nádor pana Lagnariho se tím, že se o něm dozvěděl, nijak nezměnil, co se však změnilo, byl význam bolesti, kterou trpěl, a s touto změnou významu se změnil i způsob, jímž bolest popisoval.

Mnohé z těch metafor se naučíme už v dětství: slyšel jsem chlapečka, který brnění v nohou popisoval slovy „v noze mi to šumí“, avšak od chvíle, kdy mu bylo řečeno, že ho noha „brní“, přestal tu báječnou metaforu skoro užívat. Typ metafor souvisí i s pohlavím – muži jsou náchylnější hledat paralely mezi bolestí a násilím – a je determinován i kulturně. Dotazník bolesti McGill University vznikl v roce 1971 jako objektivní způsob, jak určovat stupeň bolesti, ukázalo se však, že je nepřeložitelný. Jeho součástí je například možnost spojit bolest s pocitem trestu, což je třeba pro Finy zcela nepochopitelné spojení. Nebo jak může Japonec z Hokkaida využít anglosasky orientovaný dotazník, který po něm chce, aby rozlišil mezi bolestí hlavy jakoby „medvědí“, bolestí způsobenou klováním datla, případně chobotnicí či krabem. (Ukazuje se, že asociace s vodními živočichy se pojí s chladem.) „Kultura a jazyk mohou ve sku-

tečnosti ovlivňovat vnímání, myšlení a rozpoznávání do té míry, že mohou ovlivnit i faktické vnímání bolesti,“ napsali v roce 1976 antropologové Horatio Fabrega a Stephen Tyma. V době, kdy na Západě převládala humorální teorie fungování těla, se bolesti často popisovaly, podobně jako tělesné štávy, jako migrující. Parní stroj zase přinesl metafory zhroucení a nápravy a bakteriální teorie uvedly do života metafory invaze a bitvy.

V roce 1917 napsal jeden lékař z Iowy, že bolest „*vyvolává v lékaři ostražitost*“, a je pro něj tím, čím je „*kompas pro mořeplavce*“. Tato důvěra ve věrohodnost bolesti jakožto diagnostického pomocníka je v pozadí deseti kritérií, které mě učili brát v potaz, když jsem studoval medicínu. Co je sídlem bolesti, kde v těle je možno ji lokalizovat? Jaká je míra její krutosti (když má pacient určovat tuto míru ve škále od jedné do deseti, může vzniknout solidní základ pro každodenní srovnání)? Charakter bolesti je metaforickým popisem toho, jak je pociťována: „*palčivost*“ může indikovat kyselý reflux, „*křečovitost*“ může znamenat koliku atd. Vyznařování odkazuje k přesunu bolesti do jiné části těla (bolest infarktu myokardu se například často přesouvá do čelisti a levé ruky). Načasování může odkazovat k periodicitě křečí nebo k denní fázi, kdy je bolest pociťována akutněji než jindy (například bolest hlavy související s mozkovým nádorem je tím horší, čím déle ležíte, takže často lidi probouzí). Nástup bolesti odkazuje ke způsobu, jímž ji poprvé pociťujeme, například bolest vyvolaná krvácením do mozku je často přirovnávána ke kopnutí koně, stejně jako akutní orgastická bolest neboli coital cephalgia, za níž bývá občas zaměněna; aktivita, jež bolest vyprovokovala však umožní odhadnout, která z možností je pravděpodobnější. Přitěžujícím faktorem může být předklánění, zhoršující bolesti hlavy při sinusitidě, totéž však může být faktorem ulehčujícím

cím při nádorech pankreatu (snižuje to tlak na pankreas). Asociovanými symptomy mohou být nevolnost, doprovázející často infarkt myokardu, nebo poruchy vidění, které se objevují při migréně.

Projít si tento seznam může při stanovení diagnózy nepochybně pomáhat, nemělo by však dostat přednost před tím, aby pacient sám odvyprávěl, co pociťuje. Sklon lékařů kategorizovat jak pacienty, tak choroby může vést k obsesi bolest popisovat, přestože dnes už víme, že spojení mezi bolestí a diagnózou vůbec nemusí být přímé. Nedávná studie odhaluje, že v 10 až 20 procentech případů neexistuje vazba mezi symptomy bolesti a chorobami, které se pod ní skrývají, a v některých oborech, jako je například gynekologie nebo neurologie, to může být až 70 procent. Dává to smysl: naštěstí ne každý, kdo přijde na naši kliniku s bolestmi hluboko uvnitř břicha, musí mít nádor pankreatu. Někdy to mohou být žlučové kameny, jindy gastritida, někdy prostě úzkost – a někdy nic z toho. Tato malá míra korelace může některé lékaře vést až k cynickému postoji: podle další nedávné studie lékaři odhadují, že mezi pacienty s chronickými bolestmi může míra jejich simulování dosahovat 30 až 40 procent.

Dotazník McGill Univerzity, ale i další podobné hledají co nejobjektivnější způsob, jak hodnotit bolest. Tento však byl sestaven v rámci omezené populace bílých středostavovských Američanů. Když pacienti dostanou do rukou takový katalog možností, často to zkreslí jejich popis, a dokonce i vnímání bolesti, kterou pociťují. Některé lékaře proto napadlo, zda by nebyla spolehlivější nonverbální gesta, výrazy tváře a reakce na vyšetření. Často se tak dají poznat příznaky těžké apendicitidy: pacient se pohybuje váhavě, chrání si oblast slepého střeva rukama a ve snaze předejít náhlým nárazům do břicha má všechny svaly napjaté. Pracoval jsem s chirurgem,

který diagnostikoval apendicitidu otázkou: „*Kolik přičných prahů je před vjezdem do nemocničního parkoviště?*“ (Všichni pacienti s pokročilou apendicitidou to věděli přesně, tak byl pro ně přejezd bolestivý). Stejně tak vám ustaraný výraz v obličeji a uštváný pohled prozradí, že dotýcného zcela ovládla panika. Výraz pana Lagnariho posledních pár dnů předtím, než zemřel, i způsob, jímž se předkláněl, mi daly spoustu informací o tom, jak se cítí. Gesta však mohou pomáhat, jen když jsou vidět, a to, že je nevidíme, neznamená, že by nebyla přítomna ani bolest. Předsudky o vypovídací schopnosti gest však dávají některým lékařům absurdní míru důvěry v přesnost jejich odhadu utrpení.

Věčným problémem je odhad míry bolesti u dětí, a to nemám na mysli jen děti, které ještě nemluví. Dokonce i ty, které už mluvit dokážou, často na dotaz, jak se cítí, odpovídají buď souhlasně, nebo záporně podle toho, jak jim otázku položíme. Důsledkem bylo to, že děti jsou často posuzovány podle gest. Ne vždy se však na takovou diagnózu lze spolehnout. „*Bolest v oblasti hlavy vyvolává sevření obočí,*“ čteme v Treatise on the Disease of Children (Léčení dětských nemocí) z roku 1835. „*Bolest břicha bývá příčinou zdvižení horního rtu, zatímco bolest na hrudi se převážně projevuje zúžením chrípí.*“ Pamatuji si, že jsem viděl sérii snímků, řekl bych, že asi ze sedmdesátých let 20. století, na nichž bylo dítě, které se udusilo při akutní epiglottitidě – infekci způsobující otok hrtanu. Dítě na snímcích postupně rudlo, ústa mělo dokořán a hrůzu v očích a na posledním snímku už bylo po smrti. Přednášející řekl, že ty snímky jsou neetické, a dnes už by je nikdo neudělal, avšak že si přesto myslí, že bychom je měli vidět, abychom si uvědomili, jak důležitá je pediatriká pohotovostní služba.

Debaty z 19. a počátku 20. století, jak nejlépe interpretovat dětský výraz, se možná zdá nečekaná v údobí, kdy

lecko zpochybňoval, zda děti vůbec bolest cítí. Názor, že bolestné sténání je pouhým projevem reflexů, byl dost rozšířený a týkalo se to nejen dětí, ale i žen a jiných rasových skupin než bělochů. V roce 1896 tak paradoxně jeden student medicíny napsal do London Hospital Gazette, že cizinci pochybných národností jako jsou „*Židé, Turci a nevěřící*“ se během ošetření v ordinaci ve východním Londýně bolesti děsili, zatímco „*dobří britští dělníci vydrželi potichu a bez hnutí dokud zákrok nebyl u konce*“. V téže době napsal zase jeden amerických chirurg, že „*negři*“ mají „*sníženou citlivost nervového systému*“. Jak si však mohli běloši nárokovat mravní sílu snášet bolest bez stížností, když právě černoši předvedli takovou houževnatost během staletí otroctví? Protimluv byl rozřešen tím, že Severoevropanům byla přisouzena nejen neobyčejně rozvinutá citlivost na bolest, ale také zvýšená schopnost ji snášet. Ještě v roce 1959 otiskl British Medical Journal studii ze stomatologické fakulty v Melbourne, jež se snažila prokázat, že čím světlejší má člověk oči, tím větší má schopnost snášet bolest: „*Jak se barva mění ze šedomodré přes zelenou, oříškovou a hnědou na temně hnědou, roste v průměru i reakce na bolest.*“ Podobné předsudky prosakovaly i do debat o tom, jak pociťují bolest ženy a jak muži. Francis Galton tvrdil, že evropské ženy se mohou zdát být citlivější než evropští muži, avšak tato charakteristika, která mohla naznačovat nadřazenost mužů nad jinými rasami, neznamená, že by ženy byly ještě nadřazenější. Naopak, jejich zvýšená senzitivita měla příčinu spíše v „*nervové zranitelnosti*“ než v „*ještě ožehavější moci diskriminace,*“ která povyšovala muže. Bílá hegemonie byla vyhrazena pro muže, avšak jen pro ně.

Jemná citlivost bílých mužů z nich však nedělala soucinné lékaře a zejména chirurgy. Necitlivost lékařů k utrpení je v západní kultuře běžná. Zejména chirurgové museli před zavedením anestetik prokazovat neobyčejnou nemilosrd-

prostě nemohli vykonávat svou práci (Charles Darwin opustil studia medicíny, protože nesnesl pohled na operace.) V dobách, kdy byla v módě frenologie, se soudilo, že chirurgové, podobně jako řezníci, mají velký „*orgán destruktivity*“, který lze zahlédnout jako bulku nad ušima, a ten jim dává schopnost působit bolest bez výčitek svědomí. V lidské povaze fungují jisté principy, píše Adam Smith v úvodu do své knihy *The Theory of Moral Sentiments* (Teorie mravních citů, 1759), díky nimž „*zájem o osud ostatních lidí a jejich štěstí potřebuje každý jednotlivce, byť z toho nemá nic, vyjma potěšení je vidět*“. I dnes lékaři prokazují neobyčejně vysokou úroveň uspokojení z vlastní práce; avšak to, že pracujete na štěstí ostatních, nezbytně neznamená, že musíte být citlivější k jejich utrpení. Lékaři však stáli o to, aby byli za soucitné považováni, zejména v časech, kdy na většinu nemocí neexistovala účinná léčba a soucitný postoj byl leckdy to jediné, co mohli nabídnout. Lékař John Gregory jen pár let poté, co Teorie mravních citů vyšla, napsal, že soucitný postoj „*přirozeně vyvolává náklonnost a důvěru pacienta, která je v mnoha případech nejvyšším možným důsledkem jeho uzdravení... pacient vnímá jeho [lékařův] přístup, jako kdyby k jeho úlevě přispíval nějaký anděl strážný*“. O sto let později, v době, kdy už na sebe začali lékaři nahlížet jako na „*muže vědy*“, se na soucit pohlíželo jako na cosi nemožného, vhodného pro sestry, ne však pro doktory.

Rádi si myslíme, že si dnes vedeme lépe, avšak pokud jde o posuzování bolesti, jsou doktoři pořád beznadějní; podle některých studií dokonce platí, čím je klinický lékař zkušenější, tím hůř dokáže změřit bolest svého pacienta. „*Neustále setkáváni se s nemocemi těla i duše, obměna pacientů, soutěživost a kritika lékařské myšlení omezují a zatvrzují, takže se nakonec začne projevovat čistě v profesionální a nesentimentální podobě*“, řekla před víc než stoletím jedna ze sester Dětské nemocnice v Melbourne. Neurovědci soudí,

že vidět někoho, kdo trpí bolestí, působí na naše nervy podobně, jako kdybychom tou bolestí trpěli sami. Pokud tomu tak je, pak se dá očekávat, že schopnost empatie se u profesionálů, kteří dennodenně pracují s lidmi trpícími bolestmi, se bude snižovat; v neposlední řadě z důvodů sebeobraných.

Od chvíle, kdy se pan Lagnari dozvěděl, že má rakovinu, se jeho bolesti rychle stupňovaly. Samozřejmě že nádor se zvětšoval, stejně jako metastázy v játrech, ale nárůst bolesti urychlovalo i jeho vnímání, že je napaden. Na počátku jsme bolest tlumili kombinací protizánětlivých léků (mohou být v případě takto vyvolané bolesti jater účinné) s kodeinem a paracetamolem, které tlumily bolest v jeho břiše. Chodil za mnou ob týden a předepisované dávky pomalu rostly, dokud nedosáhly doporučeného maxima. Když se bolesti zase zhoršily, navrhl jsem mu, že bychom mohli přejít na morfium. Je účinné, snadno dostupné a maximální dávky neexistují. Může vyvolávat zácpu a nevolnosti, ale ty lze léčit, a tak zbývá jedna nevýhoda, a to je možnost vzniku závislosti. To ovšem v případě pana Lagnariho nebylo tak podstatné, předpokládalo se, že morfium bude brát, dokud nezemře. Možná to byl důvod, proč se ke změně stavěl tak neochotně. „*Morfium?*“ zvedl tázavě obočí. „*To už je to se mnou tak špatné?*“ Tahle obava je docela běžná. Dvojice badatelů podnikla v roce 1996 ve východní části Londýna výzkum, který odhalil široce rozšířený názor, že „*pokud bolest nedokážeme zvládnout bez zvýšení dodané pomoci, pak je to bolest, která nám dává najevo, že smrt se blíží*“. Pan Lagnari nebyl připraven svou bolest zvládat; mohl už být v království nemocných, avšak nechtěl v něm být zase tak daleko, aby to nedokázal zvládat jen s „*obyčejnými*“ léky. Byla to však bolest, co ho během času donutilo překonat nechuť k morfiu.

Účinná anestetika byla známá už kolem roku 1800 a o přínosných účincích morfia se vědělo ještě mnohem déle. Proč však trvalo anestetikům tak dlouho, než se rozšířila, a proč se jak lékaři, tak trpící dál zabývají zvládnutím bolesti méně, než by si zasloužila? V roce 1799 zval Humphry Davy v Bristolu členy svého okruhu básníků a vědců na večírky, kde jeden po druhém vdechovali oxid dusný – rajský plyn. „*Davy objevil úžasný plyn*“, psal jistý Robert Southey svému bratrovi, „*jsem si jistý, že v nebi musí být jako vzduch právě tenhle záračný plyn přinášející potěšení*.“ Davy uvažoval o tom, že by plyn mohl být v chirurgii užitečný, avšak moc a houževnatost humorální vize těla vedla k tomu, že to považoval za nebezpečné; soudil, že jakákoli ztráta krve při operaci by mohla v důsledku způsobit, že by anestetikum nefungovalo. V té době převažovalo dualistické vidění: tělo a duše držely pohromadě díky „*nervovému dráždění*“; a soudilo se, že jakékoli znecitlivění nervu přináší riziko smrti. V průběhu 19. století se s pokrokem ve fyziologii obavy zklidňovaly, ale chirurgové se i nadále anestetikům vyhýbali. Nadále se soudilo, že bolest má svou pozitivní funkci, že její tlumení by mohlo vyvolat procesy, k nimž by jinak nemuselo dojít, a dokonce i to, že by chirurgové mohli přijít o pověst lidí s ocelovými nervy, kdyby pacienti během operace jen tak bezvládně leželi. Obavy projevovala i veřejnost. Vyskytli se lidé, kteří se obávali, že by lékaři mohli pacienty pod vlivem anestetik sexuálně zneužívat, a někde v pozadí prosakoval i strach, že by se tím porušil jakýsi božský zákon: copak kniha Genesis netvrdí, že život provází utrpení?

Když za války Severu proti Jihu konfедераční generál Thomas „Stonewall“ Jackson podstupoval v roce 1863 amputaci ruky, odmítl chloroform: „*Vždy jsem považoval podávání chloroformu za chybu, zejména pokud byla smrt nablízku*

... *Ze všeho nejvíc by se mi nelíbilo, kdybych měl odejít na věčnost v takovém stavu*.“ Nehledě na katolický přístup k úlevě od bolesti přetrvávaly však obavy podobné té Jacksonové mezi lékaři i širší veřejností ještě ve 20. století. Ve dvacátých letech psal Clifford Hoyle z nemocnice Brompton o bromptonském koktailu, směsi morfia a kokainu, která jak připouštěl, může uspišit smrt. „*Umírající člověk by měl dosáhnout stavu bezvědomí co nejmírněji a tak rychle, jak je to jen možné*.“ Přimlouval se rovněž za léčbu existenciální úzkosti s pomocí whisky (když jsem pracoval v nemocnici na Skotské vysočině, byl jsem často žádán, abych předpisoval jakožto léčebný prostředek dvojitou whisky), stejně jako nabídku prostředků na uvolnění a prášků na spaní pro příbuzné kolem smrtelného lože – což je dosud široce rozšířená praxe.

I když léky na tlumení bolesti patří mezi nejdělečnější produkty, řadu bolestí se dosud nedaří účinně tlumit. Podle některých studií mají kliničtí praktici tendenci je podceňovat i nedostatečně o ně pečovat, přičemž u žen, dětí a starších lidí jsou obvykle nejvíc přehlíženy. V systémech zdravotní péče, jaký je například ve Spojených státech, kde kvalita péče je přímo úměrná finančním možnostem pacienta, je míra snížení péče až zarážející. „*Chudí lidé taky nepředpokládají, že budou mít Rolls Royce nebo večeřet v prvotřídních francouzských restauracích*“, řekl jeden anesteziolog. „*Proč by tedy měli předpokládat, že dostanou Cadillac mezi analgetiky zadarmo?*“ To ovšem je problém společenského systému jako takového, nikoli jen zdravotní péče. Lze totiž namítnout, že jezdit v Cadillacu je luxus, zatímco úlevu od bolesti lze v zemi, jež si to může dovolit, považovat za právo.

Problém není samozřejmě omezen na Spojené státy; v malé indické nemocnici, kde jsem jeden čas pracoval, nebylo k dispozici morfium. Indie je přitom jedním ze tří

největších producentů této látky na světě, jenže jeho valná většina je vyhrazena pro lukrativní zahraniční trh. Což vlastně ilustrují i závěry knihy Joany Bourkeové – totiž že nestačí jednoduše to, že vzdělaní klinici dokážou bolest rozeznat ve všech jejích fyzických i existenciálních rozměrech: „*Rozhodnutí o tom, co znamená ‚účinná úleva‘, jsou nejrůznější a tvorba spravedlivého systému distribuce úlevy vyžaduje významné pročištění politicko-ekonomických systémů.*“ Karteziánský model bolesti je prostě chybný: „*Bolest nevyvolávají jen přirozené fyziologické procesy, ale pramení i z našich interakcí se společností,*“ píše a právě skrze přehodnocování našich interakcí se společností k ní musíme přistupovat.

Kniha Joanny Bourkeové je velkolepým svátkem výzkumu: autorka hledala v padesáti různých archivech a cituje víc než tisícovku originálních pramenů. The Story of Pain (Příběh bolesti) hodně osvětluje způsob, jímž jsme si bolest v průběhu posledních tří století konceptualizovali, to, jak jsme ji zvládali a velmi často taky nezvládali. Hned v úvodu přiznává, že „*patriarchální tón viktoriánských dob*“ převládající v mnoha textech ji iritoval. Avšak i její vlastní způsob vyprávění je často výsměšný, ba nepřátelský, čímž někdy sama klade překážky historii, kterou musí vyprávět. Ač si uvědomuje, že oddělit fyzickou bolest od emocionální či existenciální je nemožné, zamrzí, jak překvapivě málo pozornosti věnuje nezájmu minulých staletí o tyto mnohem hůře uchopitelné i definovatelné formy utrpení. Řada klinických studií přitom prokázala, že obavy ze smrti, kladení si otázek po smyslu života či sama duševní muka existenciální bolest

zesilují a zhoršují i vnímání bolesti „*fyzické*“. Možná že lékaři fyzickou bolest léčí méně, než by mohli – její další formy však zlehka škrábou po povrchu. Lze přirozeně namítnout, že tyto formy bolesti nejsou středem zájmu lékařů, že je to záležitost psychologů, zástupců církve a souvisí spíše s mírou orientace společnosti na podporu těm, kdo ji potřebují. Jako lékař jsem ale často žádán, abych tišil bolest jak fyzickou, tak existenciální. Vzpomínám, že jsem pečoval o jednu praktikující křesťanku, která prožívala akutní krizi hledání smyslu života. Když jsem jí navrhl, aby si o tom promluvila se svým duchovním, odpověděla: „*Nemyslíte, že takovou věc by se měl zabývat odborník?*“ Když některý můj umírající pacient respektuje názory svého faráře, pastora nebo imáma, vždycky mám pocit úlevy: možnost sdílet s někým tíži odpoví na existenciální otázky pomáhá. Praxi provozuji jen zčásti a absolvuji tak pět až šest tisíc klinických setkání za rok. Odhaduji, že tak polovina z nich se týká zvládnutí bolesti v tom nejširším slova smyslu. Když ale má člověk méně než deset minut na pacienta, není na to dost času, a někdy jediné, co mohu udělat, je vyslechnout ho, předepsat mu správný druh léku a odkliknout správnou kolonku na monitoru počítače pro účely kontroly státních úřadů („*péče*“ není *péčí*, dokud ji nezaznamená monitor). Avšak abych mohl udělat pro své pacienty to nejlepší, musím hledat nové způsoby, jak tišit jejich bolest. Pokud se snažíme pochopit, jak se lékařské pohledy na bolest vytvářely, i to, proč se s ní tak často nedokážeme vypořádat, pak nám kniha Joany Bourkeové může pomoci.

Přeložil Jaroslav Veis.

Lékařská pomoc na severu Ghany, od medika medikům

Daniel “Kwabena” Horský,

student 4. ročníku medicíny na 3. LF UK

Když začínám psát tento příběh, musím si sám sobě položit otázku, proč o tom vůbec píši, proč se s vámi chci podělit o svou zkušenost z Ghany. Měl jsem možnost navštívit několik cizích zemí a prožil při tom mnoho dobrodružství, ale nikdy jsem neměl větší potřebu mluvit o nich víc, než se svými blízkými přáteli. Cesta do Ghany byla v mnohém jiná. Nebyla jen o tom, že jsem se rozhodl cestovat a převést si spoustu neuvěřitelných zážitků, ale i tom, že bych chtěl pomoci. Chtěl bych využít svých možností a investovat je do něčeho, co má smysl. Možná díky tomu, že moje motivace byla poprvé v životě jiná, méně „*sobecká*“, zažil jsem něco, co mě jistým způsobem změnilo. To je důvod, proč o svém zážitku rád mluvím a předávám jej dál.

Vše začalo před rokem na jedné konferenci pro zdravotníky, kde vystoupil vedoucí organizace OM (Operace Mobilizace) s žádostí o pomoc. Název OM může znít poněkud zvláštně, ale rozhodně se nejedná o vojenskou instituci. Je to křesťanská organizace s kořeny v USA s příbližně padesátiletou historií. Pobočky má ve více než 110 zemích světa a jedna z nich se nachází i v Ghaně. Nápad na uspořádání Ghana Medical Help vzešel právě z OM Ghana. Důvodem je obrovský nedostatek kvalifikovaných pracovníků ve zdravotnictví na severu Ghany.

Nabídka k účasti na Ghana Medical Help byla zajímavá, ale poté, co jsem zjistil, že bych si musel sehnat víc než 40 tisíc korun, usoudil jsem, že to asi nebude nic pro mě. Nicméně představa pomáhat v Ghaně mě neopustila a se spolužačkou jsme se přihlásili na přípravný víkend, kde jsme se měli dozvědět bližší podrobnosti o cestě. Nejednalo se o nic závazného, ale myšlenka uplatnit alespoň něco málo z našich znalostí a mít možnost sdílet naši víru, nás tolik nadchla, že bylo rozhodnuto.

Během prázdnin jsem vystřídal asi tři brigády a spousta mých známých a přátel mi přispělo na cestu, včetně mých spolužáků. Byl jsem sám překvapený, že lidé jsou ochotní dávat peníze. Nakonec jsem mohl ještě část financí věnovat na nákup léků v Africe.

Český lékařský tým je na světě

Náš český tým se skládal ze čtyř lidí: Pavel (vedoucí OM v ČR), Petr (gastroenterolog), Stanislava (zubařka) a já. Moje spolužačka se nakonec nemohla zúčastnit. Vzhledem k tomu, že Afričané mají jiné představy o termínech a plánování, neměli jsme v podstatě tušení, jak bude vypadat ghanský tým, kolik lidí se k nám připojí, a jestli se



vůbec zúčastní nějaký místní lékař. Byli jsme velice příjemně překvapeni, když jsme se po příjezdu na základnu OM dozvěděli, že na sever s námi pojede několik zdravotních sester, lékařů, farmaceutů, pastorů a v neposlední řadě kuchařek. Celý výjezd byl připravený, jen se příliš neobtěžovali nás o tom informovat. Bylo to takové první setkání s africkou kulturou. Časem jsme si na jejich přístup zvykli a chodili všude pozdě (dle jejich měřítek na

čas). Pak bylo těžké vrátit se zpět do světa plného termínů a deadlinů.

Nemělo by cenu popisovat celý výjezd od začátku do konce a tak se zmíním o několika situacích, které jsou pro mě důležité.

Spali jsme ve dvou vesnicích u místních lidí a každý den vypadal obdobně. Ráno jsme sbalili věci potřebné k ošetřování a vyjžděli do okolních komunit. Lidé o nás většinou

věděli a čekali na nás. Prvním úkolem bylo sehnat překladatele (v Ghaně se mluví více než čtyřiceti jazyky). Jednalo se o učitele, místní pastory a některé mladé lidi, kteří uměli anglicky. Já jsem spolupracoval s medikem z Ghany, který měl už bohaté zkušenosti s podobnými zdravotnickými výjezdy. Přestože jsme pracovali dohromady a dostali základní trénink, nebyl jsem na první den vůbec připravený. Všechno pro mě bylo naprosto nové a nevěděl jsem, kam dřív skočit. Pacientů bylo nepočítaně a častokrát se stalo, že jsme nestihli ošetřit všechny. Po prvním týdnu jsem se jakž takž naučil rozlišovat některé z tamních nejběžnějších nemocí podle symptomů.

Malárie a průjmová onemocnění

Asi nejčastější chorobou je malárie. Překvapilo mě, že někteří místní vůbec nevěděli, jak se malárie přenáší, a tak jsme se začali více zaměřovat na prevenci a vysvětlovali jsme lidem, že mají používat moskytiéry. Hodně se objevovala i průjmová onemocnění, která jsou často způsobena nekvalitní vodou a naprosto nehygienickými postupy při přípravě a konzumaci jídla.

Několikrát se nám stalo, že jsme se setkali s člověkem, kterému jsme nebyli schopni pomoci. Jednalo se třeba o lidi, kteří potřebovali nějaký chirurgický výkon. Takovým jsme poskytli informace, kde se mohou nechat odoperovat a lidem s nejzávažnějším onemocněním byl poskytnut i finanční příspěvek na zákrok. Nezapomenu na muže v jedné z nejchudších oblastí. Přišel k nám na ošetření s velkou kýlou, která sahala přibližně do půli stehna. Muselo ho to nesmírně bolet. Řekl jsem mu, že pokud to tak nechá, je jen otázkou času, kdy se objeví komplikace, které mohou být smrtelné. Odpověděl mi jednoduše: „Já vím, ale už nemám peníze, abych mohl

jet za lékařem, natož si zaplatit operaci. Zkrátka zemřu, stačí, když mi dáš léky na bolest.“ Nevím, jestli nakonec dostal nějakou finanční podporu, každopádně to pro mě byl dost silný zážitek. Nezbylo mi, než abych se modlil ke svému Bohu za toho člověka. Byla na něm vidět vděčnost za to, že se nějací Evropané obtěžovali s tím, aby přijeli právě do jeho vesnice a pokusili se mu pomoci. Odcházel domů s novou nadějí a silou přežít další den. Lidé tu každý den zápasí o svůj život, ale přijde mi, že se dokáží víc radovat, víc si pomáhat a víc si užívat každé vteřiny.

Poslední den výjezdu přišlo mnoho lidí. Ošetřovali jsme až do pozdního večera. Já jsem zůstal poslední, kdo ještě přijímal pacienty a další už začínali balit věci, protože jsme potřebovali odjíždět. Když jsem viděl, jak všichni, co zůstali neošetřeni, ještě bojují o místo v řadě, napadlo mě, jak je svět nespravedlivý. Mohl jsem se klidně narodit v jedné z těchto vesnic a nikdy se pravděpodobně nepodívat za hranice Ghany. Ale já jsem dostal to privilegium a narodil se v České republice, kde máme naprosto neomezené možnosti – ve srovnání s tím, co jsem viděl v Africe. Naše tělo dostává veškeré látky, které potřebuje pro vývoj, můžeme studovat zadarmo, máme přístup ke kvalitní zdravotnické péči a mnoho dalšího. Na cestě zpět jsem o tom musel přemýšlet a došlo mi, že ta výsada je zároveň obrovskou zodpovědností.

Chtěl bych povzbudit vás mediky (nejen), kteří jste otráveni ze školy (práce), nevidíte v tom smysl nebo máte pocit, že by to chtělo změnu. Nebojte se využít své znalosti a zkušenosti tam, kde jsou potřeba víc než v České republice, Německu nebo Velké Británii. Je to velmi obohacující zkušenost, nejen z medicínské stránky. S čistým svědomím můžu říct, že měsíc, který jsem strávil v Ghaně, byl zatím nejlepším měsícem mého života.

V sirotčinci v Zambii aneb Jak skloubit vašeň pro Afriku s vášní pro medicínu

Jan Kopecký

student 4. ročníku medicíny na 3. LF UK

Rád bych se s Vámi podělil o moment, kdy jsem si splnil životní sen. Již od útlého dětství jsem se chtěl, inspirován dokumentárními pořady, podívat do Afriky. A ne jen do Egypta nebo na slony z džípu v Keni, ale do opravdové Afriky. Tato moje touha se znovu ozvala, když jsem začal studovat medicínu.

S postupem času na lékařské fakultě a s přibývajícím kontaktem s pacienty se mi do mysli neodbytně vkrádal pocit, že můj život na evropském kontinentu ubíhá velmi pohodlně a v relativně předvídatelných kolejích. Vzrůstala ve mně potřeba pomáhat lidem a zároveň jsem si uvědomoval, že ji těžko nasytím, neboť samostatně pacientům ještě pomáhat nemohu, ve specializovaných oborech se vyznám pramálo a vůbec, společnosti jsem platný jako vodní lyže na Sahaře.

Ve své deziluzi jsem začal přemýšlet, jak bych mohl skloubit svou vašeň pro Afriku a vašeň pro medicínu. Řešení přišlo naštěstí docela rychle, a jak to bývá, i úplně náhodou. Na své tehdejší brigádě jsem potkal lékaře, který pracoval mnoho let v Etiopii a Zambii. Když jsem se o jeho minulosti dozvěděl, začal jsem se před ním rozplývat o svém snu a on mi dal emailovou adresu na ředitelku katolického sirotčince v Zambii, kam jako lékař kdysi

dojžděl. Než jsem se nadál, už jsem seděl na palubě letadla do Zambie se slibem, že můžu šest týdnů pomáhat v sirotčinci Kasisi Children's Home, asi 45 minut cesty autem z hlavního města Lusaky.

Po přistání s dvěma velkými kufry plnými vybavy pro děti a několika svými svršky (jedu přeci do horké Afriky, tam moc oblečení třeba nebude) jsem byl na letišti očekáván jeptiškou z řádu, jenž sirotčinec provozuje, a slečnou mého věku, která se ukázala být kolegyní dobrovolnicí z Polska. Jeptiška, sestra Krisztina (jak se později ukázalo, většina osob zajišťujících chod sirotčince byly polské jeptišky) se hbitě chopila mého zhruba dvacetikilového kufru a utnula veškeré mé námítky říznou poznámkou, že jsem přeci jejich host.

Ze sestry Krisztiny se vyklubala i hlavní řidička sirotčince (na svou pozici byla náležitě hrdá) a odvezla mě rovnou do dětského domova, kde jsem měl strávit příštích šest týdnů. Na místě jsem se setkal s jeho ředitelkou, sestrou Mariolou, ženou malého vzrůstu, ale obrovského charismatu a životní síly, která sirotčinec a komunitní centrum Kasisi vede již 13 let. Další sestra, šprýmařka Janina mě provedla po budovách sirotčince a měl jsem poprvé možnost se seznámit s jeho obyvateli.



Sirotčinec pro 250 dětí

Sirotčinec poskytoval útočiště dětem prakticky od narození (nejmladší holčičce bylo šest měsíců) až po třiačtyřicetileté „bardy“, kteří se stále během univerzitních prázdnin vraceli na místo, kde vyrůstali. Místní děti mi okamžitě učarovaly. Bylo jich něco kolem 250 (nikdy nepostály dost dlouho, abych je mohl spočítat) a všechny byly kouzelné.

V sirotčinci také bydleli tři psi, fena labradora na hraní a dva teriéři na lov hadů. Ano, přes sirotčinec se občas propláží kobra nebo černá mamba, pozorným psím hlídačům prý však neunikne ani tento nejrychlejší had na světě. Ale i tak si mám raději v noci svítit na cestu baterkou. Díky za radu, hned jsem klidnější. Také jsou tu pavouci. Těch jsou prý dva druhy, ten plochý je v pohodě a chytá komáry, pozor je třeba si dát na ty, kteří mají typické pavoučí tělo a dlouhé nohy. No a hádejte, k jakému druhu patřili ti tři, co jsem našel večer v koupelně? Nicméně jsme uzavřeli dohodu, že dokud se nepohnou ze své sítě, tak je nechám žít. Dohodu po celou dobu mého pobytu obě strany dodržovaly.

Kromě hadů a pavouků jsem narazil i na další zádrhle. Například se ukázalo, že jsem přijel na konec období zimy. To, že bude ráno chladno, jsem věděl dopředu. Že budu ale každý den ráno vstávat do 5° C a navlékat na sebe všech sedm kusů oblečení, co jsem dokázal přibalit do kufrů plných pomoci dětem, jsem nečekal. Ještě že se ke konci začalo trochu oteplovat a vystačil jsem jen s jednou mikinou.

Sirotčinec je katolický a náboženství tvoří neoddělitelnou, podstatnou část života v Kasisi a i od nás dobrovolníků se očekávala účast alespoň na nedělních ranních mších, lépe i na sobotních, které jsou v sedm ráno. Naštěstí účast na mších ve všedních dnech v šest ráno nebyla povinná.

Jediný zdravotník

Nejzásadnější novinkou ale bylo, když mi sestra Mariola řekla, že jsem tam jediný člověk se zdravotnickým vzděláním, a tedy se budu plně věnovat ošetřování dětí (do té doby jsem myslel, že budu maximálně vypomáhat s ošetřováním, tak dvě hodiny denně). V praxi můj život v Kasisi tedy vypadal tak, že jsem každé ráno vstával okolo 5:45 ráno, abych stihl podat antibiotika dětem, kterým jsem je nasadil. Poté jsem obcházel děti v jejich pavilonech a kontroloval jsem ty, které za mnou před tím přišly s nějakou nemocí. Po této občůzce jsem otevřel ošetřovací místnost a tam byl k dispozici, kdyby se objevil nějaký nový pacient.

Protože jsem přijel během africké zimy, do chladného suchého období (střídá se s teplým suchým obdobím a teplým vlhkým obdobím), tak se nějaký ten pacient vždy našel. V Zambii totiž není zvykem se před zimou chránit například teplou obuví, popíjením horkého čaje nebo nošením šály. A tak téměř všechny děti pobíhaly ráno v cca 5° C bosé. Není tedy divu, že spotřeba sirupu proti kašli raketově narůstala a později jsem své snahy vzdal a místo marného stíhání všech kašlajících dětí jsem raději počkal, až přijdou samy. Také různé infekce trávicího traktu a kožní infekce byly častou diagnózou. Ještě, že jsem měl čerstvě absolvovaný kurz Mikrobiologie a infekčního lékařství, to byla moje spása.

O různě vypjaté momenty také nebyla nouze. Dvakrát za mnou přiběhly ošetřovatelky na večeri, že si nějaké dítě rozseklo čelo. Hlavně ten první případ si budu pamatovat nadosmrť. Jednalo se o velmi živého tříletého chlapce, který se uhořel o postel. Velmi důležitou informací byla chlapcova HIV pozitivita. Ránu nad levým okem jsem obhlédl a vyčistil. Byla dlouhá asi dva centimetry a hluboká téměř na kost. Buď se s chlapcem pojedete do soukromé ne-

mocnice zhruba hodinu cesty a sirotčinec zaplatí nemalou sumu, anebo to zvládneme vyřešit na místě. Volba byla jasná. Naštěstí v jinak na nástroje chudé ošetřovně bylo všechno potřebné k šití ran k dispozici a farmakologická výbava byla dobrá. Nebylo to tehdy mé první šití, ale bylo to poprvé, co jsem šil ránu malému dítěti, co mi nerozumí ani slovo a ještě je HIV pozitivní. Všechno naštěstí dobře dopadlo, rána se zhojila téměř bez jizvy a klučina si mohl vesele hrát dál.



Další horkou chvíli mi připravil jiný chlapec, který byl také HIV pozitivní a kousl ho jeden z psích hlídačů. Pes byl řádně očkován, takže vzteklina byla vyloučena. Vzpomněl jsem si ale na poučku, že kousnutí zvířaty jsou vždy infikovaná a ránu je potřeba důkladně vydezinfikovat. Nechtěl jsem nic zanedbat a pustil se do toho. Při výplachu rány mi ale nešťastnou náhodou stříkla dezinfekce z chlapcovy rány přímo do oka. Nebudu vám lhát, v tu chvíli mě polilo horko. Logicky jsem ale zhodnotil, že v ráně nebyla žádná viditelná krev, chlapec užívá antiretroviro-

vou terapii a byla to hlavně dezinfekce, co se mi dostala na spojivku. Riziko přenosu bylo tedy menší, než malé. Také testy provedené doma potvrdily mou HIV negativitu. Při příštím ošetřování si ale určitě vezmu ochranné brýle!

Děti nakažených virem HIV pobývalo v sirotčinci zhruba 50. Dvakrát denně docházely do ošetřovny pro své léky, které dostávaly přímo od ředitelky sirotčince v jakémsi denním rituálu. Bylo pro mě velmi smutné sledovat dlouhý zástup dětí všech věkových skupin, čekajících na svou hrst léků. Na druhou stranu jsem obdivoval, jak jsou statečné a nedovolí viru, aby jim vzal radost z dětství. Nejvážněji na tom byla šestiletá holčička jménem Elisabeth, jejíž srdce vlivem působení viru v kombinaci s agresivní léčbou začalo selhávat. Měla typický kašel při plicním edému a při jejím vyšetření jsem s hrůzou zjistil, že celá pravá plíce je utlačená rozsáhlým fluidothoraxem. Přes svůj vážný stav dokázala každou chvíli vykouzlit na tváři jeden z nejroztomilejších a nejkrásnějších úsměvů, jaký jsem kdy viděl. Její pravidelné návštěvy v ošetřovně, když se jí přitížilo a potřebovala dodávat kyslík, byly pro mě velmi náročné a byly chvíle, kdy jsem se neubráníl slzám.

Podobně silných zážitků mám ze své cesty mnoho. Afrika naprosto naplnila má očekávání. Když jsem se procházel po typické červené hlíně a slyšel místní lidi zpívat a hrát na bubny, tak tato melodie rezonovala celým mým tělem a dotýkala se nejniternějších zákoutí mé duše. Našel jsem si kamarády na celý život mezi dětmi i dalšími dobrovolníky a poprvé v životě jsem měl pocit, že někomu opravdu pomáhám. Prožil jsem v Zambii chvíle neuvěřitelně krásné a velmi smutné a každá jedna z nich se mi pevně vryla do paměti. Afrika ke mně promluvila, chytila za srdce. A protože je to kontinent houževnatý, jen tak se nepustí. Už nyní plánuji svou další cestu a vím přesně, kam povede. A kam povede ta Vaše?

Stáž v Izraeli, jeden z nejlepších a nejoriginálnějších životních zážitků studenta medicíny

Petr Ustyanovič, student medicíny na 3. LF UK

V červenci 2014 jsem měl možnost vyjet na měsíční stáž s IFMSA do Jeruzaléma v Izraeli a musím uznat, že to byl jeden z mých nejlepších a nejoriginálnějších životních zážitků. Celý program IFMSA je perfektní příležitostí, jak se dostat na měsíc do zcela jiné kultury, jiné nemocnice, případně jiné výzkumné laboratoře. A to beze strachu, že by se tam člověk neměl na koho obrátit.

Již před začátkem stáže jsem byl v kontaktu s národní koordinátorkou, byly mi nabídnuty výlety, které jsem si mohl zaplatit, a samozřejmě mi zodpověděla všechny otázky. Bohužel samotný začátek stáže byl poněkud náročný na dopravu a zorientování se, jelikož v Izraeli bohužel člověka nikdo na letišti nevyzvedne a tudíž si musí poradit sám na základě instrukcí. To by ještě šlo. Ale vláčet se se všemi věcmi na jeden konec města do nemocnice, kde se musíte zaregistrovat a dostanete povlečení, polštář a deku, se kterými se musíte spolu se všemi ostatními věcmi zase táhnout na druhý konec města na fakultu a kolej – to už bylo opravdu hodně náročné. A když jsem zjistil, že mě poslali do špatné univerzitní budovy (podotýkám, že univerzitu tvoří jeden obrovský kampus) a další hodinu jsem tam v pravé poledne bloudil se všemi věcmi, tak jsem opravdu nadával jak špaček.

Nespornou výhodou stáže IFMSA je, že máte na měsíc ubytování v ceně. V mém případě šlo o klasické koleje, tak

jak je známe u nás. Hlavní nevýhodou bylo, že zrovna v této koleji (asi jako jediné v celém Jeruzalémě) nebyl internet. Ale naštěstí univerzitní kampus s internetem stál za rohem.

Hodinu do nemocnice, hodinu a půl zpět

Bohužel větší nevýhodou bylo, že jsem musel dojíždět každé ráno cca hodinu do nemocnice a odpoledne hodinu a půl zpátky kvůli dopravním zácpám. V podstatě člověk nastoupil na jedné konečné zastávce a vystoupil na opačné konečné na druhém konci města. Tam jsem navštěvoval nemocnici Hadassah in Ein Kerem, což je obrovská soukromá nemocnice na kopci, obklopená přírodou a malými vesnicemi (ano, nemocnice byla sotva na hranicích Jeruzaléma, pokud vůbec).

Stáž zde byla celkem příjemná, mladší doktoři se mě laskavě ujali a snažili se překládat, ale měli toho sami celkem moc, takže se mi věnovala především jedna starší doktorka. Naopak zbylí starší doktoři mě ignorovali, jako bych byl „terms and conditions“. Celkově vzato to ale bylo fajn a hodně jsem se tam dozvěděl. Navíc mě ostatní doktoři zva-

li do svých ambulancí, kde měl každý specializaci na trochu něco jiného, takže jsem se nenudil. V nemocnici jsme měli jedno jídlo (oběd) denně v ceně, další výhoda IFMSA, jeli-



kož toto je do určité míry garantováno v každé zemi.

Válečná situace

Co se volného času týče, opravdu jsem se nenudil. Jednak proto, že Jeruzalém je nádherné a obrovské město, jednak proto, že v den mého příjezdu začala válka. Shodou okolností moje kolej byla umístěna ve východním Jeruzalémě, který byl obklopený arabskými čtvrtěmi. V průběhu času jsem přivykl zvukům střelby, vojenským vrtulníkům přelétajícím nad hlavou atd. Ironicky díky tomu, že jsem tam byl pouze jako student a cizinec, cítil jsem se vcelku bezpečně. Rád jsem chodíval nakupovat do arabské čtvrti Starého města a s nikým jsem tam nikdy neměl problém. Na druhou stranu musím uznat, že během mého pobytu se situace chvílemi velmi přitvrzovala. Nejednou jsem viděl demonstrace, armádní zátarasy a dokonce pár zastávek tramvaje za kampusem bylo zcela zdemolováno místními muslimy.

Pominu-li však celou tuto válečnou situaci, musím uznat, že Jeruzalém je město, které má rozhodně co nabídnout. Prakticky každý den jsem se někam podíval – ochozy

a uličky Starého města, promenády, Olivetská hora, Getsemanská zahrada, prakticky vše, na co si vzpomenete, včetně večerního pivka s ostatními studenty.

Bohužel většina „social programu“ (party, pláže, kultura atd.) byla koncentrována do Tel Avivu, kam přijíždělo nejvíc stážistů, takže naše malá skupina se musela zabavit sama, což však pro skupinu stážistů z celého světa nebyl problém. Místní studenti nám zorganizovali výborné výlety na sever a na jih. Koupali jsme se v Mrtvém moři, navštívili jsme obrovský geologický kráter, jehož návštěvník sotva vidí z jednoho konce na druhý, také jsme se zastavili v Nazaretu (město, kde Ježíš prožil dětství a mládí). A jako třešnička na dortu byla cesta na Masadu, starověkou pevnost na vrcholu izolovaného skalního útesu na východním okraji Judské pouště, nedaleko Mrtvého moře. Nejen, že jsme dorazili k úpatí dost brzo na to, abychom stihli vyběhnout nahoru a podívat se na dech beroucí východ slunce nad Mrtvým mořem, ale samotná cesta probíhala jako plnohodnotná diskotéka. Autobus byl totiž vybavený diskokoulí, světly, lasery a samozřejmě povícero kvalitními reproduktory. Všichni jsme to v uličce pořádně roztočili! Rozhodně zážitky, na které budu do smrti vzpomínat.

Vězte, že není možné sepsat ani desetinu všeho úžasného, co jsem za ten měsíc zažil. I přes probíhající válku se o nás pobočka IFMSA starala a radila nám, a i když mi nad hlavou vybuchla jedna z raket, neměl jsem potřebu utíkat, protože jsem se tam necítil sám a opuštěný, ale naopak jsem byl s novými přáteli, které jsem tam poznal. Bral jsem to jako životní zkušenost a tím, že jsem tam byl v takovéto bojové době a zároveň se seznámil s mnoha lidmi, získal jsem zcela novou perspektivu na celý probíhající konflikt. Tento měsíc byl jedním z těch, na které nikdy nezapomenu.

Štěstí

Marie Fleissigová

V jednom srpnovém prázdninovém týdnu jsem byla docela šťastná ženská. Nepotkalo mě sice žádné zvláštní štěstí (s velkým Š), bylo to jen štěstí malé, s malým začátečním písmenem, nicméně ke mně zalétla aspoň miniaturní „muška zlatá“, a to dokonce pověrečně třikrát za sebou.

Za prvé před víkendem, kdy bylo právě nadobyčej krásně a kdo mohl, opustil Prahu, se nám najednou v koupelně pod umyvadlem objevila loužička a rostla a rostla... Být v domácnosti i jen obyčejně šikovný mužský, ukážu mu to významně a nechám na něm, aby s tím něco udělal (feministky, nečtěte to!). Ale když chlapa v bytě nevidět, natož dostatečně ochočeného s hasákem nebo těsněním, musí se nějaký odjinud přivolat. Znáám sice jednoho instalátéra, bydlí nedaleko, jenže je to pán v letech, co přes léto bývá většinou na chatě a aby odtamtud kvůli mně přijel? Málem jsem se proto už smířovala s tím, že budu muset objednat nějakou superslužbu za superceny (byl totiž pátek podvečer), ale přece jen jsem pro jistotu tomu svému instalatérovi zavolala. A to mě potkalo to první štěstí, protože pan instalatér si právě

v ten den přijel pro důchod a hned nazítří měl v plánu zase odcestovat. Přišel tedy k nám, docela ochotně, vyměnil jakousi hadičku mezi umyvadlem a pračkou, loužička zmizela, ani tak moc to nestálo.

Podruhé mě štěstí potkalo hned v neděli na to – při odjezdu z chalupy, už za soumraku, se nám auto rozjelo s rámusem – prázdná pneumatika. Normální řidič (feministky – nečtěte!) si s tím poradí, byť bude u toho funět a sakrovat. Když jsou však ve voze dvě samotné ženské (a nemusí to být blondýnky), pak sice mohou vědět, kde je ve voze rezerva a hever a jak se má co odšroubovat a kam co zasunout, ale zato zdaleka nevědí, zda se jim podaří všechny šrouby nejen povolit, ale také utáhnout tak pevně, aby jim kolo hned na prvním hrbolu neupadlo. Ve vesnici máme ale hodného a šikovného souseda, který nám už pár desítek let pomáhá se vším možným. Někdy sice se těžko shání, protože z domova ho na potulky po okolí vyhánějí věčné telenovely a seriály a mobil u sebe nemívá, nicméně před hodinkou se u nás zastavil na kus řeči, vypil kafe a řekl, že ještě jede za synem do sousední

vesnice. Tam jsme ho tedy snadno odchytily, naši prosbu vyslyšel a pomohl nám. Po cestě domů jsme si pak s dcerou libovaly, jak je dobře, že nás taková nepříjemnost nepotkala někde na dálnici, mezi cizími, kde bychom jen těžko někoho stoply.

Třetí malé štěstíčko souvisí s tím, že do oken v Praze i venku strkám léta letoucí truhlíky s kytkami. Vždycky je trochu na sešikmeném parapetu podložím kuličky, aby stály rovně, pak omotám provazem a přivážu k okenním pantům. Do ulice, na sever, se mi osvědčují pelargónie, na jižním kuchyňském okně, do dvora, kde bývá v teplejších dnech výheň, se daří úspěšně jednomu z druhů rozhodníku; jmenuje se sedum telephium, Herbstfreude. Je to opravdu Podzimní radost – koncem léta bohatě rozkvétá tmavočerveně nebo tmavorůžově; rozrůstá se mi také nejen v truhlíku, ale i na záhonech u chalupy tak, že ji rozdávám do různých zahrad v Podolí, na Hřebenka, do Průhonic i na jeden pražský hřbitov. Možná tu kytku také znáte, někde se jí prý říkají „zeličko“, má tuhé kožnaté listy a dosahuje až 60 cm. Právě takovou výšku

nabrala a bohatě mi vykvetla už v půli srpna. Vytvořila tak velký trs, že pak stačilo snad jen zamávání motýlích křídel nebo usednutí vosy na okolíku, aby se truhlíček obtěžkaný takovou krásou přímo před mýma očima převážil, z provázků vyklouzl a sletěl dolů do dvora. Zatrnulo ve mně, protože na tom místě mají kuřácký koutek lidé z pošty v našem domě, našťěstí však byla sobota, pošta byla zavřená, a ani kuřáci, ani nikdo jiný na dvoře nebyl, nikomu se tedy nic nestalo.

Ovšem největší štěstí měli ti kuřáci-pošťáci, že na ně nic nedopadlo, a to přitom dodnes netuší, čemu vlastně unikli.

To ale myslím tak bývá, že mnohdy ani netušíme, jaké štěstí nás vlastně potkalo. Ví mladý člověk, jaké to je štěstí být mladý? A zdravý, že netrpí nějakým neduhem? Talentovaný, že se mu dostalo daru nadání bádát, zkoumat, tvořit? Žít v klidu, netřít bídu s nouzí, mít střechu nad hlavou? A není vůbec štěstí v dnešní době, poznamenané sháněním peněz, potkat slušné lidi, ochotné pomoci?

(Vita nostra revue, 2008, 17. ročník, číslo 3)



Jak plesala 3. lékařská fakulta

Valentýna Rážová, studentka 1. ročníku medicíny na 3. LF UK, foto **Antonín Krč**

Můj první dojem po příchodu na Reprezentační ples 3. lékařské fakulty UK se nesl ve znamení zmateného proplétání se mezi lidmi a hledání alespoň trochu známých tváří. To naštěstí netrvalo dlouho.

Společně se spolužáky jsme v průběhu večera zhlédli několik velmi povedených studentských představení, ať už pěveckých či tanečních, a zatančili si v rytmu moravských písní i klasických tanečních skladeb. Jedním z nejzajímavějších vy-

stoupení večera bylo studentské předtančení – průvodce celým šestiletým studiem na 3. lékařské fakultě, které nepostrádalo vtip ani spád a udrželo tak pozornost diváků až do konce.

Během večera se předávala i Syllabova křída. Hlavní cenu za celoživotní přínos fakultě získal profesor Richard Rokyta. Celý večer panovala uvolněná a přátelská atmosféra, kterou podtrhovaly krásné prostory Národního domu na Vinohradech.



VITA NOSTRA REVUE: Časopis 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze.
Vychází 4× ročně v českém jazyce.

Vydavatel a sídlo redakce: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta,
Ruská 87, 100 00 Praha 10. IČO: 00216208; www.lf3.cuni.cz.

Ročník 25, číslo 1, datum vydání duben 2015

Redakční rada:

Předseda: prof. MUDr. Richard, Rokyta, DrSc. FCMA

Členové: prof. MUDr. Michal Anděl, CSc., FCMA; Jolana Boháčková;

PhDr. Martina Hábová; MUDr. Lucie Hubičková Heringová, Ph.D.; Lucie

Olivová, Jakub Polách, doc. MUDr. Hana Provazníková, CSc.; Jaroslav Veis.

Šéfredaktor:

Jolana Boháčková, 3. lékařská fakulta UK, Středisko vědeckých informací,

Ruská 87, 100 Praha 10, e-mail: vnr@lf3.cuni.cz, jolana.bohackova@lf3.cuni.cz

Grafický návrh a zpracování: Carton Clan, Neklanova 17, Praha 2

Tisk: TIGIS Print, spol. s r. o.; U Elektry 650/2; Praha 9

Expedice: SEND Předplatné, spol. s r.o.; Ve Žlábku 1800/77, Praha 9

Objednávky na distribuci a inzerci: přijímá šéfredaktor

Časopis je zájemcům zasílán bezplatně.

Fotografie a ilustrace bez uvedeného zdroje: archiv 3. LF UK a autoři příspěvků

Registrace: MK ČR E15377

ISSN 1212-5083

Web časopisu: <http://www.lf3.cuni.cz/vnr>

