

VITA NOSTRA REVUE

DEN OTEVŘENÝCH DVEŘÍ - PROJEVY PETRA WIDIMSKÉHO A MICHALA ANDĚLA - K OSMDESÁTINÁM
PROFESORA ROKYTY - PERINATÁLNÍ PALIATIVNÍ PÉČE - ROZHOVOR S ONDŘEJEM SLÁMOU -
JANA ŠEBLOVÁ: MEDICÍNA NA PŘÁNÍ - ANEB Z PACIENTA KLIENTEM - LIDSKÉ TĚLO Z TISKÁRNY
- LÉKAŘEM MEZI NEBEM A HORAMI - KOMENTÁŘE - ANTONÍN STŘÍŽEK V OBRAZECH

Máte chuť na lehký oběd?

Chcete ochutnat espresso z jednodruhové arabiky připravené na stroji s hlavami Faema E61?

Potřebujete po práci nebo po škole chvíli odpočinku u Kácovského piva?

Přijďte do Malého Edenu,
rádi Vás uvidíme.

Kavárna a komunitní centrum Malý Eden,
Ruská 1211 (přímo přes ulici od 3.LF)

Otevřeno: po-čt 9-21
pá 9-15

Po domluvě možno déle

více informací:
MUDr. Ondřej Balík - 774 449 364



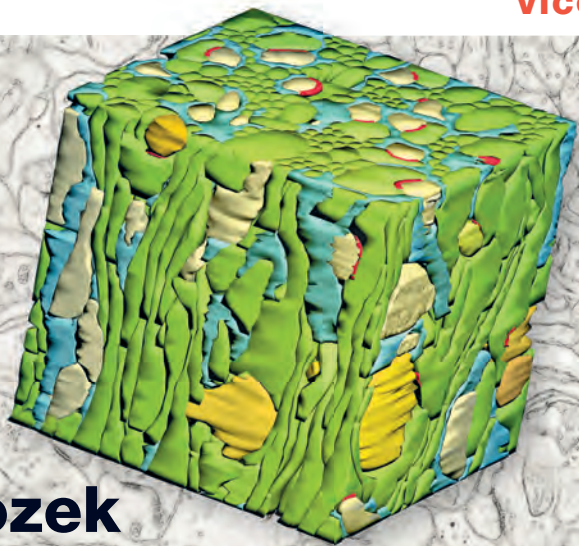
vesmír

Věda, příroda, člověk, společnost — Časopis s tradicí od r. 1871

**časopis Vesmír
není jen o vesmíru**

- Sledujeme stovky vědních oborů
- Věnujeme se i medicíně
- Články recenzujeme
- Čtete v tištěné i elektronické podobě

více informací na vesmir.cz/predplatne

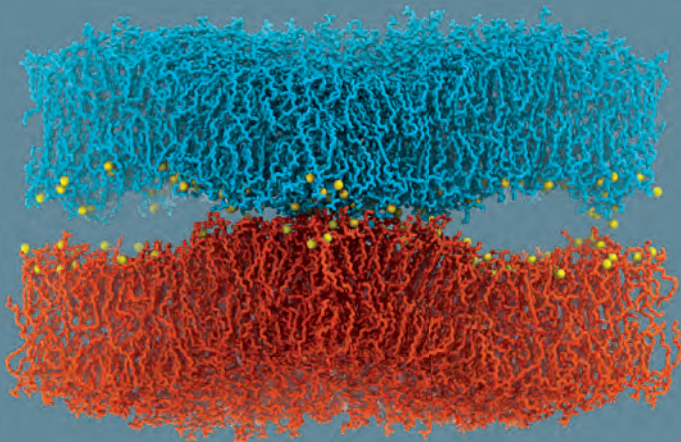


Mozek v kostce

2017/10

Chemie života

2016/9



Hodiny v nás

2016/5

2016/11

Hranice života a smrti



EDITORIAL2**FACULTAS NOSTRA**

Den otevřených dveří (Marie Stará) . . . . .	.4
Medické půlení pomohlo dětem se svalovou dystrofií (Monika Hejduková) . . . . .	.7
Jednou z priorit vedení fakulty je zkvalitnění doktorského studia a podpora jeho úspěšných absolventů (Petr Widimský) . . . .	.8
Můj poslední děkanský projev (Michal Anděl) . . . . .	.13
Univerzita ocenila na návrh fakulty dva světově uznávané lékaře (Jolana Boháčková). . . . .	.16
K osmdesátinám profesora Rokyty (Cyril Höschl) . . . . .	.19
Poznal jsem Richarda jako operní zpěvačku (Pavel Kučera) . . . .	.23

MEDICÍNA

Perinatální paliativní péče (Martin Loučka) . . . . .	.25
Léčba v souladu s životním příběhem (Anna Ouřadová) . . . . .	.27
Ministerstvo začíná podporovat paliativní péči v nemocnicích (Jolana Boháčková). . . . .	.36
Medicína na přání aneb z pacienta klientem? (Jana Šeblová). . . .	.37
Lidské tělo z tiskárny (Lukáš Seidl) . . . . .	.40
V Praze se objevilo přes dvacet případů spalniček (Jolana Boháčková). . . . .	.44
Malá historie infekčních nemocí od padesátých let minulého století a význam očkování (Vilma Marešová) . . . . .	.46
Doktorka z hor (Alena Plavcová). . . . .	.53

TEXT

Lékařem mezi nebem a horami (Kristina Höschlová)61
--	-----

RES PUBLICA

Železná kráva (Jiří Hanák). . . . .	.71
Obyčejný totalitarismus (Jiří Příbáň) . . . . .	.72
Česko je zemí morálního bezvědomí (Petr Honzejek). . . . .	.77
Hospodská „pravda“ o táboru v Letech (Ondřej Vaculík) . . . . .	.79

ORBIS PICTUS

Antonín Střížek82
---------------------------	-----

POST SCRIPTUM

Dejte mi pevný bod (Jaroslav Veis)94
--	-----

Editorial

Vážené čtenářky a vážení čtenáři našeho časopisu, jeho vážení příznivci, dámy a pánové,

v uplynulém období jsme prožili mnoho voleb politických i akademických a uvedení různých osobností do funkcí na základě výsledků těchto voleb. Největšobecnější byly volby prezidenta republiky, ve kterých podruhé zvítězil Miloš Zeman. Porazil profesora Drahoše sice těsným, ale přesto výrazným rozdílem. O tom, jak si představuje svůj budoucí mandát, nás přesvědčil ve svém inauguračním projevu na Pražském hradě, kde již při nástupu zdůraznil významné osobnosti svého politického komparzu. Například v první řadě seděla manželka kancléře prezidenta bez příslušných dokumentů paní Mynářová. Miloš Zeman, jak již bylo řečeno v připomínkách jeho příznivců i v připomínkách jeho odpůrců, společnost nesjednotil, ale nadále rozdělil. Svědčil o tom výběr pozvaných na Pražský hrad. Tradičně pozvánku nedostali rektori, kterým prezident určité věci nikdy nezapomene. Prezident rovněž kritizoval média, která se k němu nechovají servilně, po čemž někteří senátoři a poslanci opustili předčasně sál. Mezi nimi byl i bývalý rektor Univerzity Karlovy profesor Václav Hampl. O vztahu pana prezidenta a jeho spolupracovníků k univerzitnímu prostředí svědčí i to, že nejmenoval rektory na Pražském hradě, jak bývalo zvykem, nýbrž je jmenoval ministr školství, mládeže a tělovýchovy v Karolinu.

V Karolinu se také uskutečnila tradiční ceremonie k úvodu do nového funkčního období rektora profesora Tomáše Zimy se všemi akademickými poctami. Také na naší fakultě nastala významná změna, na kterou jsme

upozornili již v minulém čísle, děkanem byl zvolen profesor Petr Widimský na místo odcházejícího profesora Anděla. V tomto čísle našeho časopisu se profesor Anděl vyjadřuje ke své činnosti v článku, jenž stojí za přečtení. Zanechal významnou stopu v životě a v historii 3. lékařské fakulty a pokračuje nadále ve své činnosti jako proděkan a také, a to jsme velmi rádi, jako člen redakční rady časopisu Vita Nostra Revue.

O svých záměrech v nové funkci děkana píše i profesor Petr Widimský ve svém článku. Nezbyvá, než mu popřát hodně úspěchů a kuráže v jeho nelehké situaci. České vysoké lékařské školství se totiž nachází v krizovém období. Z jedné strany je vytvářen nátlak, aby se zvýšil počet studentů a tím stoupl počet lékařů. Nikdo se však nezamýšlí nad tím, zda když zvýšíme aritmeticky počet lékařů, zvýší se také jejich úroveň. Věříme, že nově zřízené kolegium děkanů lékařských fakult k řešení této situace přispěje. A doufáme, že i náš pan děkan bude významným hráčem na tomto poli.

Významným úspěchem 3. lékařské fakulty bylo to, že na její návrh přijala Vědecká rada Univerzity Karlovy usnesení, na jehož základě ocenila čestným titulem doktor Honoris causa dva významné vědce. Významného kanadského kardiologa profesora Salima Yusufa a dermatologa profesora Thomase Růžičku, který se zabývá dermatologickou onkologií, fotodermatologií, alergologií a je přednostou Kliniky dermatologie a alergologie na Ludwig Maximilian Universität v Mnichově. Připomínám, že profesor Thomas Růžička je také čestným zahraničním členem České lékařské akademie. O obou nechybí článek v našem v časopise.



Vedle toho publikujeme několik zajímavých článků týkajících se obecně medicínské problematiky. Velkým tématem je paliativní péče a článek Martina Loučky o perinatální paliativní péči je rozhodně velmi důležitý a zajímavý.

Lukáš Seidl popisuje „lidské tělo z tiskárny,“ tedy náhradní implantáty. Velké aktuální téma současnosti, na které je zaměřena i jedna z výstav v Národním technickém muzeu v Praze. Na podobné téma uspořádá Česká lékařská akademie 26. dubna v Národním technickém muzeu jednodenní konferenci, kde se mimo jiné bude o těchto náhradních orgánech jednat.

Děkuji těm, kteří přispěli svými články k oslavě mých 80. narozenin, a také těm, kteří se zúčastnili kon-

ference k těmto narozeninám a oslavy. Ještě jednou moc děkuji.

Přeji všem krásné jaro a byl bych rád, aby se naše společnost rozvíjela bez ohledu na různé projevy zaskomplexovanosti, zloby, nenávisti a nepřátelství. Byl bych rád, abychom všichni společně a dobře pracovali na tom, co je vlastní medicíně – pomáhat člověku k lepšímu životu a k životu v radosti.

Richard Rokyta, předseda redakční rady časopisu Vita Nostra Revue



Den otevřených dveří

Marie Stará, studentka 3. lékařské fakulty, foto: Bára Bláhová

Již tradičně se první lednový pátek otevřely dveře naší fakulty všem zájemcům o studium medicíny i ostatních oborů. Odpoledne 6. ledna se konal Den otevřených dveří – DOD 2018. Ačkoliv byl začátek programu ve dvě hodiny, vestibul fakulty se plnil zvědavými zájemci již okolo jedné.

Na organizaci letošního ročníku spolupracovalo studijní oddělení a studentský spolek TRIMED. Za vznikem a průběhem programu stály letos čtyři orga-

nizátorky – Kateřina Grygarová, Kateřina Koudelková, Marie Stará a Adriana Šulíková. Samotného dne otevřených dveří se ovšem zúčastnilo více než 130 dobrovolníků ze všech studijních oborů.

Program letošního DOD byl opravdu nabitý. Doprovodné programy se odehrávaly ve všech patrech budovy děkanátu. Návštěvníci si mohli vyzkoušet první pomoc v praxi, chirurgické šití, výuku anatomie či histologie,

,základní ošetrovatelské úkony a mnoho dalšího. Letos se zúčastnilo dobrovolného programu mnoho pomocníků studujících bakalářské obory. Ti se snažili zájemcům přiblížit, v čem spočívá studium jejich oboru a co mohou od studia očekávat. Zájemci měli možnost navštívit čtyři kliniky naší fakultní nemocnice, kde pro ně byl připraven interaktivní program.

V Syllabové posluchárně se konala informační přednáška o studiu všeobecného lékařství, zatímco v Burianově posluchárně byl program určen zájemcům o studium bakalářských oborů. V sále Radany Könirové byla připravena přednáška i pro zájemce o studium v anglickém jazyce. Celý program zahájil prof. MUDr. Michal Anděl, CSc. a jeho nástupce pro nadcházející děkanské období prof. MUDr. Petr Widimský, DrSc. Následoval informační blok o průběhu přijímacího řízení a samotného studia na naší fakultě, kterého se ujal MUDr. David Marx Ph.D., prodekan pro studium a výuku. Abychom studentům ukázali, že studium medicíny není jen o učení, a že naše fakulta nenesé přídomek „přátelská“ jen tak pro nic za nic, představili se v posluchárně hráči hokejového týmu HC TRIMED nebo studentský sbor A Patella.

Nedílnou součástí studentského života na naší alma mater jsou studentské spolky. Ve vestibulu budovy děkanátu byly připraveny stánky studentských spolků Andromeda, Medviet, IFMSA, TRIMED, RW TTC a Cesta ven. David Megvinet, předseda studentského spolku TRIMED, představil společně s Pavlem Dohnálkem, lokálním prezidentem IFMSA 3. LF, rozmanitost studentských aktivit i návštěvníkům informačních přednášek.

Pro loňský úspěch byla i letos zorganizovaná přednáška „nanečisto“, které se stejně jako loni ujal



doc. MUDr. Jan Trnka, Ph.D. Návštěvníci si mohli vyzkoušet, jak vypadá přednáška na vysoké škole, a proniknout do odlišného kurikula naší fakulty.

Fakulta hýřila životem až do pozdních odpoledních hodin. Studenti s radostí a nadšením odpovídali na zvědavé otázky návštěvníků. Nejčastější dotazy se týkaly přijímacích zkoušek a modulového způsobu výuky. Zaznělo ovšem i mnoho neobvyklých otázek, jako například otázky na stravování na fakultě. Návštěvníci měli možnost projít si celou budovu fakulty, vyzkoušet si mnoho věcí, které nás provází celým studiem a budou nás provázet i po jeho ukončení v našem profesním životě. Pozitivní nálada celého DOD, nadšení dobrovolníků z řad studentů i nabitý program, který zorganizovali sami studenti, jsou snad tou nejlepší reklamou, kterou jsme my, studenti, mohli během tohoto odpoledne udělat.



DOD 2018 v číslech a zajímavostech

- *program v Syllabově posluchárně navštívilo více než 650 návštěvníků*
- *program v Burianově posluchárně navštívilo více než 200 návštěvníků*
- *program v sále Radany Königové navštívilo přes 30 zájemců o studium ze zahraničí*
- *během odpoledne se rozdalo více než 1100 malých letáčků s programy*
- *z řad studentů se zapojilo více než 130 dobrovolníků ze všech oborů*
- *kromě budovy fakulty měli návštěvníci také možnost navštívit čtyři kliniky FNKV*
- *doprovodný program se odehrával na každém patře v budově fakulty*
- *celý Den otevřených dveří trval 210 minut*



Medické půlení pomohlo dětem se svalovou dystrofií

Monika Hejduková

Díky společnému úsilí organizačního týmu se podařilo v úterý 20. února úspěšně obnovit studentskou akci Medické půlení. Ta dříve patřila k jedné z největších akcí pražských lékařských fakult, organizátory tedy čekal nelehký úkol, aby splnili nemalá očekávání.

Tradice pořádání medického půlení se dodržuje na lékařských fakultách po celé České republice, v Praze je pro studenty především oslavou konce prvního semestru akademického roku. Už od svého založení je ale Medické půlení také akcí charitativní. Letos byl výtěžek věnován na aktivity Parent Project - organizace, jež se zabývá pomocí rodinám, ve kterých mají dítě se svalovou dystrofií.

Před samotnou akcí se konalo Medicafe, originální a úspěšný projekt studentské organizace IFMSA CZ, mezinárodní federace sdružující studenty ve více než 120 zemích světa. Medicafe se snaží popularizovat nejen lékařskou vědu, ale usiluje o to, aby přiblížilo témata z různých oborů medicíny formou tematických večerů v příjemném prostředí kaváren nejen studentům lékařských fakult. Únorové Medicafe s tématem „Život s dystrofií není jen přežívání“ vzniklo právě ve spolupráci se sdružením Parent Project. S návštěvníky se o svou zkušenost s nemocí podělil Martin a jeho maminka. Za Parent Project přišla předsedkyně sdružení Jitka Reineltová a kliniku těchto onemocnění přiblížila přítomným lékařka Jana Haberlová.

Na samotné medické půlení do Retro Music Hall s podtitulem „Happily ever after“ (šťastně až do smrti)

dorazilo přes 600 studentů, kteří se přišli nejen pobavit, ale i podpořit sdružení Parent Project. Celkový výtěžek z akce, který poputuje na konto tohoto sdružení, činil 68 500 korun.





Jednou z priorit vedení fakulty je zkvalitnění doktorského studia a podpora jeho úspěšných absolventů

Petr Widimský

Je pro mne nesmírnou ctí a velkým závazkem převzít z rukou Jeho Magnificence symboly děkanské funkce a současně od úspěšného, oblíbeného a fakultě dlouhá léta oddaně sloužícího spectabilis děkana převzít odpovědnost za vedení 3. lékařské fakulty – fakulty, s níž

jsem svázán po celý svůj profesní život. Rád bych v úvodu svého krátkého exposé poděkoval dvěma lidem, kteří pro fakultu vykonali velmi mnoho a kteří mají velkou zásluhu na její současné podobě.

Paní Jana Mužíková pracovala nesmírně pečlivě a spolehlivě jako tajemnice fakulty po čtyři funkční období. Je i její zásluhou, že fakulta je ekonomicky i administrativně stabilizována. Jménem všech pracovníků fakulty jí přeji zdraví a spokojenost do dalších let.

Profesor Michal Anděl byl děkanem s přestávkou celkem 14 let – tedy přesně polovinu doby po roce 1990. Podílel se na vzniku 3. lékařské fakulty přeměnou bývalé Lékařské fakulty hygienické a následně se mu podařilo (spolu s oběma dalšími děkany prof. Höschlem a doc. Svobodou) fakultě vtisknout originální tvář, a to nejen novým způsobem výuky, ale též směsicí přátelské atmosféry s akademickou náročností. V tomto je nám všem velkým příkladem. Včera v podvečer naši studenti připravili na fakultě panu děkanovi velice milé a přátelské neformální poděkování, ze kterého bylo velice silně cítit, jak je mezi studenty oblíben. Profesor Anděl na fakultě zůstává v pozici proděkana a vedoucího katedry vnitřního lékařství a věřím, že budeme z jeho moudrosti, vědomostí a zkušeností ještě dlouho všichni profitovat ku prospěchu celé fakulty.

3. lékařská fakulta se za posledních 20 let odlišila od ostatních lékařských fakult jiným (věříme, že progresivním) způsobem výuky i změnou přístupu ke studentům (což například začíná již osobitým způsobem přijímacího řízení). Tuto linii plánujeme dále rozvíjet. Pro absolventy lékařských fakult je nedostatek praktických dovedností stále ještě velkým handicapem. Právě tímto směrem chceme dále kultivovat náš systém výuky – zpestřit ji začleněním technických dovedností, využitím simulační výuky, rozšířením spektra spolupracujících zdravotnických zařízení a podobně.

Díky úspěchům medicíny se dnes lidé dožívají mnohem delšího věku (od roku 1989 se délka dožití mužů

prodloužila ze 68 na 76 let a u žen ze 75 na 82 let). To samozřejmě znamená mnohem větší počet starších žijících, avšak nemocných osob. Společnost (nejen v České republice) tedy ke zvládnutí tohoto stavu potřebuje více lékařů i dalších zdravotnických pracovníků. To je ještě umocňováno technologickým rozvojem medicíny, který vyžaduje více specialistů. Požadavek společnosti na výchovu většího množství lékařů a dalších zdravotnických profesí však nelze splnit bez vytvoření podmínek pro lékařské fakulty. Mám na mysli podmínky pro jejich personální i prostorový rozvoj a pro budování nových výzkumných kapacit. Proto ve spolupráci s Asociací děkanů lékařských fakult České republiky plánujeme vyvinout maximální snahu o navýšení prostředků poskytovaných státem na každého studenta lékařství a to v takové míře, aby byl umožněn extenzivní i kvalitativní rozvoj lékařských fakult.

Mladí lidé však mají vedle studia i jiné zájmy. A naši studenti to dokazují měrou vrchovatou. Jejich zájmy jsou velmi pestré a pomáhají na fakultě vytvářet skutečně jedinečnou tvůrčí atmosféru: studenti sami organizují kurzy první pomoci a akutní medicíny, studentskou vědeckou konferenci, cyklus přednášek Medicína jako věda, pracovní veletrh Trimed Job pro budoucí absolventy, ale také třeba amatérské divadlo, hokejový oddíl, vlastní kavárnu či charitativní běh vinohradským areálem. Entuziasmus studentů je živnou půdou pro skvělé projekty i v dalších oblastech.

Proto považuji za důležité, abychom tento obrovský potenciál našich nejlepších studentů využili ve prospěch rozvoje fakulty tím, že pro ty nejlepší se budeme snažit vytvářet takové podmínky, aby měli zájem na fakultě zůstat jako její učitelé a vědečtí pracovníci. I proto jako jednu z priorit si nové vedení fakulty dalo



zkvalitnění doktorského studia a podporu jeho úspěšných absolventů.

Ve spolupráci s ostatními lékařskými fakultami budeme kultivovat systém specializačního vzdělávání. Jeho přechod z jedné centrální organizace na osm lékařských fakult někteří exponenti předešlého systému kritizují a vzpomínají na starý centralizovaný systém. Jsem přesvědčen, že před lékařskými fakultami stojí úkol systém společně doladit tak, aby fungoval efektivně, srozumitelně a vedl ke zvyšování úrovně našeho zdravotnictví. Specializační vzdělávání je ve všech vyspělých státech světa (snad kromě několika zemí daleko na východ od nás) věcí lékařských fakult – jediné

tak může být zajištěna kontinuita mezi pregraduálním a postgraduálním vzděláváním.

Naše fakulta je svou lokalitou součástí mnohem většího celku – tzv. vinohradského areálu. Chceme rozvíjet tradiční vzájemně výhodnou spolupráci s Fakultní nemocnicí Královské Vinohrady, se kterou nás pojí pupěčnická šňůra od samého počátku, a chceme posilovat přátelské vztahy i s dalšími institucemi v našem sousedství – Státním zdravotním ústavem, Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví či Státním ústavem pro kontrolu léčiv.

Tým nejužších spolupracovníků jsem si vybral tak, že přibližně polovina z nich zaručuje kontinuitu

a druhá polovina mladou krev. V tomto krátké proslovu tedy hovořím nejen jménem svým, ale jménem celého týmu kolegia a též jménem členů Akademického senátu, který mi vyslovil důvěru – a věřím, že i jménem celé Akademické obce 3. lékařské fakulty. Naším společným cílem je vybudovat maximálně inspirativní prostředí, které poskytne co možná nejlepší podmínky k nabytí vědomostí a pěstování kritického myšlení. Laťka nastavená profesorem Andělem i oběma předešlými děkany je nesmírně vysoko. Slibuji jménem celého nového týmu spolupracovníků, že uděláme vše pro to, aby 3. lékařská fakulta dále vzkvétala.

Quod bonum, felix, faustum, fortunatumque sit!

Text je mírně upravenou verzí proslovu, který přednesl děkan 3. lékařské fakulty profesor Petr Widimský při slavnostní inauguraci v Karolinu 1. února 2018.

Gratulujeme jubilantům narozeným v lednu, únoru a březnu!

80. narozeniny oslavil

Prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
emeritní přednosta Ústavu normální, patologické a klinické fyziologie 3. LF UK

75. narozeniny oslavila

Doc. MUDr. Dobroslava Jandová
emeritní přednostka a docentka Kliniky rehabilitačního lékařství 3. LF UK a FNKV

65. narozeniny oslavili

Doc. MUDr. Karel Němeček, CSc.
docent Ústavu farmakologie 3. LF UK

MUDr. Magdalena Koťová, Ph.D.
Stomatologická klinika 3. LF UK a FNKV

60. narozeniny oslavili

Doc. MUDr. Pavel Těšínský
docent 2. interní kliniky 3. LF UK a FNKV

Prof. MUDr. Lukáš Rob, CSc.
přednosta Gynekologicko-porodnické kliniky 3. LF UK a FNKV

MUDr. Jiří Hladík
přednosta Ústav soudního lékařství 3. LF UK a FNKV

Prof. MUDr. Pavel Haninec, CSc.
přednosta Neurochirurgické kliniky 3. LF UK a FNKV

MUDr. Jitka Řezáčová
Ústav pro péči o matku a dítě



Můj poslední děkanský projev

Michal Anděl

Včera v noci se završil poslední den, kdy jsme stál v čele 3. lékařské fakulty naší milé Almae matris, Univerzity Karlovy. Byla to dlouhá řádka dní, ve kterých jsem měl tu čest fakultu vést, za fakultu vyjednávat i fakultě sloužit. Naši studenti spočítali, že jich bylo 5110. Měl jsem zvláštní privilegium být v prvních dvou obdobích děkanem po profesorovi Cyrilovi Höschlovi, významné postavě české medicíny a děkanovi, který zcela nově nasměroval osud naší školy. Ve svých dalších dvou obdobích jsem sloužil jako děkan po docentu Bohuslavovi Svobodovi, čestném muži a lékaři každým coulem. Za Bohuslava Svobody se fakulta dále rozvíjela a především získala, také díky paní tajemnici Mužíkové pevné hospodářské kořeny. Měl jsem tedy vždy na koho a na co navazovat, v tom nejlepším slova smyslu.

V tuhle chvíli rozhodně nechci bilancovat, co se v posledních osmi letech povedlo a co se nezdařilo. O tom jistě víte dobře vy, naši učitelé i studenti i zaměstnanci děkanátu, klinik a ústavů. V tuhle chvíli chci především moc děkovat. Ještě trochu jako děkan, ale především jako jeden z vás, který velmi často cítil vaši podporu.

V první řadě děkuji Univerzitě Karlově a jejím představitelům, rektorům a prorektorům, že jsem na univerzitu vůbec mohl v roce 1990 přijít a strávit již téměř 28 let svého pracovního života jako člen její akademické obce. Na univerzitu jsem se vždycky těšil, nejdřív marně a o to víc, také se Škvoreckým, na tu dívku, kterou tam

potkám, později s profesorem fyziky Richardem Feynmanem a jeho roztomilou knihou To snad nemyslíte vážně. Po roce 1989 padla pro mne důležitá bariéra a já jsem mohl svou starou touhu realizovat. Na tom, abych se definitivně rozhodl k přechodu z IKEM na naší fakultu měli největší podíl Richard Rokyta, Zuzana Roithová a zejména Cyril Höschl. Jemu děkuji, že mne nakonec přemluvil. Nikdy jsem toho nelitoval, naopak práce se studenty a postupný rozvoj mého oboru mne přivedly k okamžikům čistého štěstí.

Chtěl bych poděkovat všem, kteří se podíleli na dalším rozvoji našeho reformovaného kurikula a pomáhali tak vytvářet model alternativní výuky medicíny, model, který je v mnoha zemích již více pravidlem, než výjimkou. Nacházení nových učitelských rolí vyžadovalo spoustu píle i trpělivosti. Právě tak děkuji mnoha pracovníkům fakulty, kteří se plně ztotožnili s ideou univerzity jako instituce špičkové lékařské vědy, od které se odvíjí kvalitní výuka i kvalitní péče o nemocné. Počet publikací v kvalitních časopisech o tom podává zřetelné svědectví.

Moc děkuji všem proděkanům. Množství práce, kterou přidávají k běžným povinnostem univerzitního učitele, vědce a lékaře neuvěřitelně přibýlo. Díky nim a jejich organizačním schopnostem jsme zvládli úpravu kurikula, akreditaci i zavádění nových zákonů i předpisů. Proděkanky i proděkani mi často přispěli dobrou radou, především však pro mne představovali oporu při řešení složitých věcí.

Velmi také děkuji všem pracovníkům děkanátu, paní tajemnici, úředníkům děkanátu i pracovníkům správy budov, že se podíleli na dobrém chodu fakulty, na vytváření hezkého moderního a inspirujícího prostředí, ve kterém se dobře pracuje i studuje. V tuhle chvíli také děkuji dávnému zastupujícímu tajemníkoví fakulty profesoru Josefu Rosinovi za jeho všestrannou podporu. Moc děkuji všem pracovníkům Střediska vědeckých informací i Výpočetního střediska, kteří vytvářejí důležité zázemí pro výuku i pro výzkum na fakultě. Současně moc děkuji vedení Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Státního zdravotního ústavu, IKEM, ÚPMD, NUDZ, Ústřední vojenské nemocnice, Thomayerovy nemocnice i Nemocnice na Bulovce za spolupráci při klinické výuce našich studentů.

Veliký dík studentům. Je dobře známo, že starší člověk, který je ve styku s mladými lidmi, má menší riziko kognitivního postižení a subjektivně pocit pomalejšího stárnutí. To první musíte posoudit vy, to druhé se vám, milí studenti, moc dobře podařilo. Prostředí vzájemné důvěry, vzájemného doplňování a konečně i vzájemné inspirace mi po celou dobu mé děkanské služby bylo tak příjemné, že jsem občas zapomněl na počet desetiletí, o která jsem starší. Studentský spolek Trimed, IFMSA, či naše tři zpěvácká sdružení jsou báječná uskupení studentů, kteří chtějí nejen studovat, ale také pomáhat, inspirovat i bavit se.

Velký dík mým spolupracovníkům, lékařům, asistentům, docentům a také sestřičkám na 2. interní klinice, v Ústavu hygieny a v Centru výzkumu výživy,



metabolismu a diabetu. Mezi nimi jsem se cítil vždy jako mezi blízkými. Při této příležitosti chci moc poděkovat za všechnu podporu při ošetřování a léčení mé ženy Kateřiny v posledních dvou letech. Zejména péče o ni v prvních dnech loňského října na 2. a posléze 3. interní kardiologické klinice byla pro mne i pro mé dcery velkou posilou, útěchou a současně nás také moc dojímalá. Děkuji i mnoha dalším, kteří mi radou i vyšetřením v těch chvílích rychle a kvalifikovaně pomáhali. Moc si toho vážím a nikdy na to nezapomenu.

Konečně, ale také především, moc děkuji členům a členkám Akademického senátu, kteří vytvářeli prostředí věcné a přátelské diskuse nad problémy, nad kterými lze mít i ostré spory. Právě snaha dosáhnout konsensu vede na naší fakultě k jedinečné svornosti, kterou jsem často cítil. Marek Vácha, Felix Votava, David Lauer i řada jejich předchůdců a všichni členové senátu mají velký podíl na dobré atmosféře na fakultě. Markovi Váchovi děkuji také za to, že jsem se i díky němu naučil, že i ve výuce medicíny i dalších zdravotnických oborů je vedle cíle, tedy složení státních zkoušek, důležitá i cesta, která k tomuto cíli vede.

Všem také moc děkuji za jejich shovívavost k mým nedostatkům, k tomu, co jsem nedotáhl do konce i k tomu, co jsem dělal nedůsledně. A nakonec mi dovolu- te, abych poděkoval za velkou podporu mé rodině, mé ženě a mým dcerám. Musely se o dlouhou řadu večerů i víkendů dělit s univerzitou, ale rády to respektovaly.

Za chvíli mi pan rektor odebere děkanský řetěz a předá ho mému nástupci profesorovi Petrovi Widimskému. Jsem přesvědčený, že pod jeho vedením se bude fakulta kvalitně rozvíjet vědecky i na poli výuky studentů a že dobrá atmosféra na fakultě bude i nadále její devízou. Petr Widimský je zkušený vědec, jeden z mezi-

národně nejznámějších českých lékařů, rozhodný a racionální. Má zkušenosti z funkcí prorektora univerzity i proděkana fakulty. To vše jsou významné přísliby, že fakultu povede k mnoha budoucím úspěchům. Z celého srdce to přeji jemu i celé fakultě.

V tuhle chvíli přeji fakultě, ať pod vedením nastupujícího děkana vzkvétá a sílí, tedy *Ut floreat et crescat*. Všem jejím studentům v českém i anglickém kurikulu, akademickým pracovníkům, i všem dalším jejím zaměstnancům pak přeji vše dobré, štěstí i zdraví, tedy latinskou formulí, kterou jsem v roli děkana používal tak často:

Quod bonum felix faustum fortunatumque eveniat.

Text je mírně upravenou verzí proslovu, který přednesl bývalý děkan 3. lékařské fakulty profesor Michal Anděl při slavnostní inauguraci v Karolinu 1. února 2018.

Univerzita ocenila na návrh fakulty dva světově uznávané lékaře

Jolana Boháčková

Univerzita Karlova udělila 15. ledna na návrh 3. lékařské fakulty čestné doktoráty dvěma světově uznávaným lékařům a vědcům. Prvním z oceněných je profesor Salim Yusuf, ředitel Výzkumného ústavu pro zdraví populace na McMaster University v Kanadě a vedoucí Hamilton Health Sciences. V letech 2015 až 2017 byl prezidentem World Heart Federation, tedy jakýmsi světovým kardiologem číslo jedna. Druhým oceněným je profesor Thomas Ruzicka, který se narodil v Praze. Předmětem jeho vědeckého zájmu je dermatologická onkologie, fotodermatologie a alergologie a je přednostou Kliniky dermatologie a alergologie na Ludwig Maximilian Universität v Mnichově.



Salim Yusuf

je mezinárodně uznávaným kardiologem a epidemiologem, jehož práce po dobu posledních 35 let výrazně přispěly k zlepšení prevence a léčby kardiovaskulárních onemocnění, a tím ovlivnily osudy milionů lidí na všech kontinentech světa. Jeho epidemiologická práce ve více než 80 zemích světa ukazuje, že většina rizik

srdečních infarktů a mrtvic je spojena s několika stejnými rizikovými faktory. V současné době vede největší studii, která odhaluje roli sociálních změn u kardiovaskulárních onemocnění u 200 tisíců lidí z 800 měst a obcí ve 25 zemích s vysokým, středním a nízkým příjmem.

Medicínu vystudoval v rodné Indii v Bangalúru, po promoci získal stipendium university v Oxfordu a následně tamtéž obhájil PhD. Řadí se ke spolutvůrcům konceptu velkých randomizovaných studií v kardiologii. Koordinoval studie ISIS, které prokázaly význam beta-blokátorů, aspirinu, trombolýzy a dalších léčebných postupů u infarktu myokardu.

V roce 1984 po získání britské klinické kvalifikace v interním lékařství a kardiologii získal významnou pozici v USA na Národním institutu zdraví v Bethesdě, kde vedl studie týkající se ACE inhibitorů při srdečním selhání a vyjasnění role digitalis. Obě byly prvními velkými studiemi u srdečního selhání a sloužily jako

vzory pro další velké studie a v konečném výsledku vedly také k podstatnému zlepšení úmrtnosti nemocných. Někdy bývá profesor Yusuf označován jako otec moderních klinických studií. V roce 1992 se stal vedoucím oddělení kardiologie a viceprezidentem pro výzkum při McMaster University v Kanadě, kde založil Výzkumný ústav pro zdraví populace a stal se jeho ředitelem.

V průběhu své kariéry vyškolil více než 100 výzkumných pracovníků, z nichž mnozí jsou dnes mezinárodně uznávaní představitelé lékařského výzkumu. Podílel se na vzniku velkých výzkumných ústavů nebo progra-



Thomas Ruzicka

se narodil v Praze, ale maturoval už v Mnichově v roce 1971. Studoval medicínu na Heinrich Heine Universität v Düsseldorfu, kde se stal roku 1993 přednostou Dermatologické kliniky. V roce 2006 se stal přednostou Kliniky dermatologie a alergologie na Ludwig Maximilian Universität v Mnichově.

Předmětem jeho vědeckého zájmu je dermatologická onkologie, fotodermatologie a alergologie. Ve vědecké

mů v Kanadě, Indii, Argentině, Brazílii, Jižní Africe, Saúdské Arábii, Malajsii a Číně. Získal řadu národních i mezinárodních ocenění a čestných doktorátů.

V posledních pětadvaceti letech profesor Salim Yusuf velmi úzce spolupracuje s českými vědci – zejména z 2. a 3. lékařské fakulty. Na některých jeho mezinárodních výzkumných projektech se podílely střídavě všechny lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Jeho přínos české kardiologii ocenila v minulosti i Česká kardiologická společnost.

oblasti se zabývá kožními záněty, nádory a vztahy mezi těmito onemocněními a zejména problematikou atopické dermatitidy. Jeho publikace dokumentující efekt monoklonální protilátky proti receptoru pro IL-4 představuje novou naději pro pacienty s těžkou formou atopického ekzému.

Působil a působí v redakčních radách deseti špičkových vědeckých dermatologických časopisů. Za svou výjimečnou vědeckou a organizační činnost byl jmenován čestným členem American Academy of Dermatology. Čestné členství mu udělily také dermatologické společnosti maďarská, slovenská, česká, chorvatská, lotyšská, litevská, polská, bulharská, skotská, izraelská, srbská, rumunská, rakouská a taiwanská. Tři roky je také členem České lékařské akademie.

Profesor Thomas Ruzicka napsal 15 odborných knih, více než 950 originálních článků a více než 700 abstraktů přednášek a posterů. Získal řadu mezinárodních ocenění.



K osmdesátinám profesora Rokyty

Cyril Höschl

Naše životy, v jejichž úsvitu stojí nejasná představa budoucnosti, nabízející všechny myslitelné možnosti, a pocit, že ten hlavní život teprve přijde, se ve své polovině začnou podivuhodným způsobem lámat. Začneme postupně zjišťovat, že ten hlavní život je právě ten, který žijeme, budoucnost zdá se býti do značné míry odhalena, pocit nesmrtelnosti pomalu vyhasíná a je nahrazen obavou temnější. A do toho všeho se vše začíná neuvěřitelně zrychlovat. Toto celkem triviální poznání jsem si připomněl, když jsem v souvislosti s upřímnou snahou hezky popřát svému příteli a dlouholetému spolupracovníkovi prof. MUDr. Richardu Rokytovi, DrSc., k významnému životnímu jubileu, začal procházet své předchůdce v tomto úkolu a sledovat, jak jejich laudatia za posledních 20 let dozrávala, mutovala a zároveň zůstala protkána červenou nití Richardova životního příběhu a reprezentace jeho osobnosti v duších všech, kteří ho znají.

Když bylo 19. ledna 1998 Richardu Rokytovi 60 let, napsali čeští fyziologové prof. Trojan a doc. Mareš do Časopisu lékařů českých zhruba to, co později rozkošatělo (mj. také v důsledku poetičtějšího jazyka autorů) v jeho laudatiu k 70tinám z pera Šimona Vaculína v časopise Živa: díky zaměstnání svého otce, veterinárního lékaře, se Richard Rokyta narodil v Užhorodu na Podkarpatské Rusi. Než si mohl imprintovat kraj Nikoly Šuhaje jako svůj rodný, stěhoval se zpátky do Čech, a to do jednoho z nejkrásnějších pošumavských měst, do Klatov. Po maturitě roku 1955 se přihlásil ke studiu

na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Plzni. Jeho plzeňskou sudičkou byl neurofyziolog prof. Mysliveček. Šikovný student se mu zalíbil, a tak MUDr. Rokyta nastoupil ihned po skončení studií jako odborný asistent do Ústavu patologické fyziologie a dalším osudem se mu staly neurovědy. Stal se plzeňským a západočeským patriotem, což se dodnes projevuje také nezaměnitelným přízvukem a dikcí. Důležitým milníkem, zejména po pracovní stránce, byly jeho pobyty v Paříži, započaté v 60. letech. Jeho učitelkou byla profesorka D. Albe-Fessardová, velká průkopnice neurofyziologických metod ve studiu bolesti a první prezidentka Světové organizace pro studium bolesti. Francie se Richardovi stala láskou na celý život a francouzština druhou mateřštinou. Dokáže se tam pohybovat s naprostou jistotou jak v nejvyšší společnosti, tak v posledním dělnickém bistro. Z Paříže se paradoxně vrátil s českým kamarádem na celý život, akademickým malířem Josefem Velčovským. O mnoho let později si rovněž odtamtud přivezl velmi ceněný titul Chevallier des Palmes Academiques (Rytíř akademických palm), udělený za příspěvek k rozvoji francouzské kultury předsedou vlády.

Od počátku 80. let Richard Rokyta učí fyziologii na 3. lékařské fakultě UK v Praze a jako proděkan se v porevolučním kolegiu významně podílel na vzestupu této fakulty, zejména díky přestavbě curricula, které se od ostatních lékařských fakult liší svou integrovaností a problémovou orientací. Odborně se prof. Rokyta angažoval zejména ve vývoji české neurofyziologie,

věnoval se patofyziologii epilepsie, regeneraci v nervovém systému, či dokonce objektivní audiometrii u kojenců. Osudem se mu však stal thalamus a hlavně bolest. Mezi jeho nejcitovanější práce patří elektrofyziologické studie, poukazující na somatotopické uspořádání retikulárního thalamického jádra nebo na jeho význam v komunikaci mezi jednotlivými thalamickými jádry. Se svými spolupracovníky se věnuje např. mechanismům účinku elektrické stimulace motorické mozkové kůry pro potlačení neuropatických bolestí.

Bolestí se však prof. Rokyta nezabývá jenom z pohledu vědeckého, ale i organizačně, např. jako šéfredaktor časopisu *Bolest*, hlavní editor knihy *Bolest* (Tigis 2006) i jako člen výboru Společnosti pro studium a léčbu bolesti České lékařské společnosti J.E. Purkyně či organizátor každoročních Československých dialogů o bolesti, kterými se nesmazatelně zapsal do historie české algeziologie.

Ve všech laudatiích od roku 1998 až do letoška se objevuje poukaz na neuvěřitelnou Rokytovu všestrannost, neboť mimo studium a vědeckou činnost stihl ještě soutěžit v atletice, tenisu, lyžování a hrál dlouhá léta svůj milovaný fotbal. Závodní podobu sportu však záhy opouštěl a sportoval zejména pro radost. Ve svém plzeňském fotbalovém týmu organizoval i mezinárodní zápasy, zájezdy na jiné kontinenty a také se podílel na mezinárodních mistrovstvích lékařských jedenáctek.

Ve svém vřelém článku v *Živě* se Šimon Vaculín také snaží odpovědět na otázku, v čem zejména spočívá oslavenovo charisma. Odpovídá dvěma příhodami. První se týká malé oázy na Sahaře, kde na prof. Rokytu volá chudičkový a otrhaný Arab „Richard, savá!“ a v druhém rozhovoru pak stráví několik minut, což dosvědčuje, kolik lidí na světě Richard zná a kolik zná jeho. To je vý-

sledek jeho kontaktního naturelu, jazykového vybavení a puzení poznávat nové kraje a nové lidi. Navíc je Richard chodící encyklopedií s podtitulkem *Who is who*.

Druhý příběh, uvedený v *Živě*, se týkal jeho pracovitosti a nezdolnosti. Vždy o prázdninách nebo po ránech 25 let ordinoval jako drážní nebo obvodní lékař, jen aby si také okusil obyčejnou praktickou medicínu. Jeho úspěch v neposlední řadě spočívá i v tom, že si umí vybírat spolupracovníky. Když bylo Richardovi 65 let, napsali do časopisu *Bolest* M. Kršiak a J. Kozák, že ti, kdo poznali Richarda Rokyty blíže, oceňují přátelský neformální vztah, snadnost kontaktu s ním, smysl pro humor. Ti, kteří ho znají déle, si cení i jeho solidnosti a férovosti. Titíž autoři o pět let později v časopise *Bolest* přidali k Richardovým vlastnostem ještě nezdolnost a poukázali na to, jak se po dobrovolném podstoupení dvou náročných operací neuvěřitelně brzy postavil na nohy, cestoval do ciziny a pokračoval ve své práci. Také upozornili na často neformální charakter Richardovy argumentace, při níž mnohdy nechybí výrazivo o to trefnější, oč je neformálnější. Po této stránce svým naturelem připomíná Richard Rokyta někdejšího ministra zahraničí Jana Masaryka.

Před pěti lety jsem jinými slovy shrnoval výše uvedené v příspěvku pro náš časopis *Psychiatrie* a připomenul jsem, že vděční jsou mu nejenom jeho spolupracovníci, kteří ho zažili jako šéfa ve Fyziologickém ústavu a po řadu let i jako porevolučního proděkana pro vědu a zahraniční styky, ale také generace studentů, kteří „prošli jeho rukama“ a kteří museli chtít nechtít ocenit jeho charisma, nadšení pro obor a lidský rozměr. Pro většinu studentů je nezapomenutelný i v případě, že k nim byl jako examinátor mnohdy náročný. Ti, kdož Richarda znají, vědí, že je to skvělý kamarád, sportovec,

„parták“, jak on sám říká, a že se s mladickým elánem pouští do aktivit často dobročinných, pro něž mladší generace už zřídka kdy mívají vyvinutější smysl. Je třeba dodat, že prof. Rokyta je kromě výše uvedeného také nositelem ceny francouzské Akademie lékařských věd a držitelem Zlaté medaile města Grenoble za rozvoj československo-francouzské vědecké spolupráce.

Sluší se též připomenout, že Rokytyovy publikace věnované bolesti získávaly jednu cenu za druhou: cenu Nadace Paula Janssena za léčbu bolesti, cenu rektora Univerzity Karlovy za nejlepší vědeckou publikaci (monografie Bolest), Viklického cenu České lékařské společnosti J. E. Purkyně za vědecké publikace a ocenění v soutěži vysoce kvalitních monografií Univerzity Karlovy za knihu Bolesti zad, vydanou v nakladatelství Adéla v Plzni.

Byl to prof. Rokyta, kdo po listopadovém převratu přivedl do Prahy nejvýznamnější osobnosti světové fyziologie a zvláště neurověd, včetně nositele Nobelovy ceny Sira Johna C. Ecclese a Sira Andrew Fielding Huxleye, jimž Karlova univerzita udělila vysoká ocenění.

Prof. Rokyta je jako pedagog rozkročený celou školskou soustavou od středních zdravotnických škol (výuka somatologie a patologie), přes fyziologii a patologickou fyziologii přednášenou na lékařských fakultách v Praze a Plzni, až po postgraduální výuku lékařů, zejména v oblasti neurofyziologie, patologické fyziologie, bolesti, základů epileptologie aj. Prof. Rokyta také dlouhou dobu působí jako člen oborové komise postgraduálního studia neurověd.

Richard Rokyta se také významně angažoval v organizaci univerzitního života jako člen Akademického senátu jak 3. lékařské fakulty UK, tak celé Univerzity Karlovy. Výčet jeho publikační činnosti, akademických

funkcí a členství a funkce v odborných společnostech by vydal na dlouhý seznam. Je členem redakčních rad mnoha významných časopisů jako *Physiological Research*, *Neuroendocrinology Letters*, *Archives de Physiologie*, *Biochimie et Biophysique*, a členem redakčních rad či šéfredaktorem místních časopisů včetně *Bolesti*, *Psychiatrie* a *Československé fyziologie*. Richard Rokyta byl a stále je organizátorem kongresů, ať už doma (opakovaně výroční zasedání Společnosti vyšší nervové činnosti a kongresy České lékařské akademie), tak i v zahraničí, což vyplývalo z jeho funkcí prezidenta či generálního sekretáře výročního setkání *Société de Physiologie*, kongresu FEPS, IBRO apod.

V souvislosti s Českou lékařskou akademií je třeba zdůraznit jeho obrovskou zásluhu o to, že tradici této výběrové společnosti udržuje v posledních letech velice úspěšně jako její prezident a reprezentant na evropské úrovni.

Manželka prof. Rokyty je také lékařka, gynekoložka a jejich synové rovněž kráčejí v otcových šlépějích. Starší z nich, prof. MUDr. Richard Rokyta, Ph.D. (*1965) je internista zabývající se intenzivní medicínou a kardiologií, a mladší, MUDr. Pavel Rokyta (*1967) je gynekolog.

Konečně k Richardovým 80tinám Pavel Mareš z Fyziologického ústavu AV ČR opět připomíná v *Časopise lékařů českých* oslavencův přechod z Lékařské fakulty v Plzni do Prahy na dnešní 3. lékařskou fakultu a jeho působení v porevolučním kolegiu děkana, kde sehrál důležitou roli proděkana pro vědu a zahraniční styky. Také zdůrazňuje Rokytovo angažmá pro Českou lékařskou akademii a při organizaci jejích kongresů, jež tematicky pokrývají celou medicínu a umožňují jedinečná setkávání praktických lékařů a lékařů v terénu

se špičkovými odborníky a akademickými pracovníky a výzkumníky. Těchto setkání se pravidelně zúčastňují medicínské kapacity jako profesori Pafko, Pirk, Beneš starší i mladší, Anděl, Widimský, Kolář a v nedávné době také v Americe proslulý plastický chirurg prof. Pomahač.

Prof. Mareš v jednom ze životopisů oslavence děkuje za všechny Richardovy kamarády jeho manželce, paní docentce Gynekologicko-porodnické kliniky, MUDr. Věře Rokytové, DrSc. Dokázala s ním prožít i velmi složité životní chvíle a projevila ohromnou toleranci jak vůči mnoha jeho časově náročným zájmům a pracovním povinnostem, tak i vůči stovkám mnohdy z rodinného hlediska obtížných kamarádů, kteří vždy našli dveře jejich vilky v Plzni pohostinně otevřené. Podotýká, že bez ní by Richard nebyl tím, čím je. Do rodinného zázemí

samozřejmě patří i vnoučata, která miluje a dědečkovské povinnosti vykonává se zaujetím nejvyšším.

Osmdesátiny jsou věk, kdy bychom si rádi ke všem více či méně formálním vzpomínkám a přáním přidali ještě filmy, jež jsme si natočili do svých hipokampů během společných zážitků a chvil sdílených s přáteli a kolegy. U mne by to bylo s Richardem v kolegiu po listopadu 89, ať to již byla setkání ve Štíříně, ve švýcarském Sogliu, v Třešti u Jihlavy, v Zahrádkách u České Lípy nebo na romantickém řeckém ostrově. Nikdy na ty chvíle nezapomeneme a Richard je navždy jejich nedílnou součástí. Nám, Richardovým spolupracovníkům, je radostí zastihnout ho při jeho tak významném životním jubileu v plné síle a popřát mu dobré zdraví, spolehlivé přátele a hodně legrace nejméně do 120.



Poznal jsem Richarda jako operní zpěvačku

Pavel Kučera

Je to dnes skoro na den přesně 60 let, co jsem poznal Richarda Rokytu. S úctou i s radostí bych k příležitosti jeho 80. narozenin napsal pár slov, která se mi vybavují při vzpomínkách na dlouhá léta našeho vztahu.

Poznal jsem Richarda jako operní zpěvačku! Ano, končil zimní lyžařský kurs 1964 pro studenty medicíny, jehož zlatým hřebem bylo představení opery *Fra Diavolo* – o čackém rytíři, který k nelibosti svých druhů propadl půvabům mladičké hraběnky. Jak by také mohl odolat zteplilé krásce klasicky mužných rysů, jež, rozverně poskakující na scéně, svým barytonem procítěně rozechvěla atmosféru! No: *Myoclonia diaphragmatis acuta* a huronský potlesk diváků včetně dojímavého vzlykotu našich kolegyň. A ten pohledný, štíhlý mladík uklánějící se publiku, ano, to byl Richard Rokyta, tehdy o dva ročníky medicíny přede mnou.

Pak, zvolna, v nezapomenutelné atmosféře studia, sportu, kanadských žertů, ale i seriózní práce na Ústavu patologické fyziologie v Plzni, začalo naše kamarádství a přišla léta bojů, kterým se říká život.

Richard bojoval vskutku udatně a na mnoha frontách: pedagogické, vědecké, akademické i kulturní. Jeho úsilí přineslo zasloužená a vysoká ocenění nejen doma, ale i *extra muros*. Symbolicky bych rád přidal i gratulace dvou osobností, které Richarda Rokytu nastřelily na orbitu neurofyziologie – plzeňského Jaromíra Myslivečka a pařížské Denise Albe-Fessard.

I když nás osud od sebe oddálil, sledoval a obdivoval jsem jeho kariéru po celá léta. A přemýšlel, jak to jenom

dělá? Jak může mít tak široký záběr? Kde bere neustále iniciativu? Ambice a silné ego přece máme na akademické půdě mnozí... Došel jsem k závěru, že Richard má ještě něco navíc. Je totiž opravdu, *par excellence*, ztělesněním té Aristotelovy definice člověka „ζῷον πολιτικόν“. Je člověk vášnivě společenský a s nezměrným zájmem o vše, co se děje. A u toho ještě také musí být a hýbat věcmi.

Je rád mezi lidmi, snaží se je dát dohromady, a jde mu to! Jeho často zdvižený ukazováček a zvolání „...ale pozor, přátelé...“ přinášejí nejen zajímavý pohled na svět, v němž zápasíme, ale často ohlašují i postřeh vyžadující odolnou bránci a nezřídka hodný Hrabalových pábitelů. V době vzrůstajícího se egoismu a netečnosti je přímo hojivě znát osobnost s kuráží, nesobeckou kreativitou a srdečnou extroverzí.

Vážený pane profesore, milý Richarde, upřímně Ti blahopřeji k Tvým úspěchům a také Ti děkuji za všechny kamarády za Tvé nestárnoucí přátelství. Přeji Ti ještě hodně zajímavých let! Přeji Ti, abys o bolesti, jíž se zabýváš, mohl jen přemýšlet a psát! Přeji Ti, aby sis uchoval to, čeho si na Tobě tolik cením: zvědavost, tu nejmocnější zbraň v bitvě proti moudrosti stáří!

Prof. MUDr. Pavel Kučera je profesorem na Fakultě biomedicínského inženýrství Českého vysokého učení technického v Praze.



MEDICINA

Perinatální paliativní péče

Martin Loučka, Klinika psychiatrie a lékařské psychologie

Paliativní péči se u nás v poslední době dostává zvýšené pozornosti médií, laiků i odborné veřejnosti. Je to dobře, protože v mnoha ohledech v této oblasti výrazně zůstáváme za západní Evropou a například v mezinárodním srovnání časopisu *The Economist* jsme v hodnocení kvality péče v závěru života skončili až za zeměmi jako Mongolsko nebo Panama. Situace se pomalu zlepšuje a paliativní péče se postupně vkrádá do standardního vějíře možností, které by měly být vážně nemocným pacientům a jejich rodinám nabízeny. Přesto se ale paliativní péči v naší zemi nedaří tak úplně zbavit spojení se stářím, umíráním a hospicovou péčí. Všechny tyto tři pojmy k ní samozřejmě patří, představují však pouze jeden výsek toho, pro jaké problémy a situace je paliativní péče určena. Před nedávnem jsme si na 3. lékařské fakultě mohli tuto perspektivu rozšířit díky vystoupení Amy Kuebelbeck, jedné z hlavních představitelk perinatální paliativní péče v USA.

Amy Kuebelbeck je nezávislá novinářka a bývalá reportérka a editorka *The Associated Press* a dalších mediálních agentur. Je autorkou knihy *A Gift of Time: Continuing Your Pregnancy When Your Baby's Life Is Expected to Be Brief*, publikovanou nakladatelstvím *Johns Hopkins University Press*, která v mnoha amerických nemocnicích slouží jako základní výukový text pro tuto problematiku. Amy Kuebelbeck sama prožila perinatální ztrátu a tuto svou zkušenost popsala v autobiografické knize *Waiting with Gabriel: A Story of Cherishing a Baby's Brief Life*. Je editorkou webového

portálu *PerinatalHospice.org*, který od roku 2006 poskytuje komplexní informace o perinatální paliativní péči a jako přední odbornice na toto téma přednášela po celém světě.

Koncept perinatální paliativní péče se opírá o myšlenku, že pokračování v těhotenství i s vědomím velmi špatné prognózy dítěte je legitimní volba rodičů, kteří však budou v této situaci potřebovat specifickou podporu. Společný jmenovatel s paliativní péčí u dospělých pacientů je pak zaměření na komplexní péči a kvalitu života všech zúčastněných. Zjištění závažné nemoci nebo poruchy vývoje plodu znamená pro matku i další členy rodiny velký šok. Místo radostného očekávání jsou na jednu zahlceni úzkostí, výčitkami, zármutkem a nejistotou, co bude dál. Jak dokládá práce české expertky na toto téma doktorky Ratislavové ze Západočeské univerzity v Plzni, i v České republice se bohužel rodiče v podobných situacích často setkávají s nedostatkem empatie a doporučením, aby těhotenství za takových okolností ukončili. V případě, že uvažují o nepřerušování těhotenství, je na ně nahlíženo s nepochopením a někdy i výčitkami. Rozhodování je přitom velmi náročné a na rodiče klade velké etické i psychické nároky. Slovy jedné z respondentek výzkumu doktorky Ratislavové: „Pak si člověk vyčítá, že třeba kdyby... třeba někdy se zázraky dějou, ale když jsem viděla jak je ten mozek poškozený, že už tam skoro žádné nezbyl... taky jsme zvažovali, jestli je máme trápit potom nějakým nekvalitním životem... a kdo by se o ně postaral, až bychom

my tu nebyli... takže to bylo těžký... když člověk nechal odpojit vlastní dítě... to si pak říká, jestli udělal dobře, jestli vlastně to dítě nezabil on, jestli není vlastně vrah.“ Perinatální paliativní péče si klade za cíl pomoci rodičům rozhodnout se bez vnějšího nátlaku, dobře zvážit všechny možnosti a v případě, že se rozhodnou pokračovat v těhotenství, provázet matku i ostatní členy rodiny adekvátní podporou. Ta je poskytována jak během zbytku těhotenství, tak během porodu a po něm. Vedle emoční a psychosociální podpory se paliativní tým snaží připravit rodinu na to, co je čeká, hodně se pracuje s rituály a přípravou na narození a brzký pohřeb dítěte. Rodiče mají možnost vytvořit vzpomínky, které jim pomohou v pozdějším zármutku například formou otisku nožiček dítěte nebo fotografií – i v naší zemi fungují tzv. „andělští fotografové“, kteří pomůžou rodinám zachytit zemřelé nebo mrtvě narozené miminko důstojně (jejich seznam najdete na adrese perinatalnihospic.cz).

Jedním z cílů perinatální paliativní péče je pomoci rodičům v tom, aby netrpěli pocity viny a výčitkami. Jak dokládá výše zmiňovaný výzkum doktorky Ratislavové, rodiče jsou během narození vážně nemocného dítěte (ať už se o špatné prognóze vědělo předem nebo ne) pod velkým tlakem a pokud nedostanou informace citlivou formou a ideálně s časovým předstihem, mnohdy udělají rozhodnutí, kterých zpětně litují. Příkladem jsou mrtvě rozené děti, které často rodiče ani neuvidí, protože je na tuto možnost nikdo nepřipravil. Přitom by bylo realizovatelné, aby rodiče dítě viděli, mohli jej obléci, umýt, pojmenovat ho, rozloučit se s ním a také ho pohřbít. Z výzkumu doktorky Ratislavové se ukazuje, že 95 procent matek, které své mrtvé dítě viděly nebo

chovaly v náručí, byly za tuto zkušenost vděčné a naopak 68 procent matek, které tuto možnost neměly, toho po čase litují. Ze statistik zároveň vyplývá, že v ČR mrtvě rozené dítě vidí nebo pochová méně než třetina matek, v USA nebo Švédsku je to přitom 80 až 90 procent matek.

Význam perinatální paliativní péče je dnes stvrzen doporučenými postupy odborných společností, které ji považují za nezbytnou součást péče v situaci, kdy je očekávané narození dítěte spojeno s terminální diagnózou. V zahraničí běžně fungují týmy perinatální paliativní péče při porodnicích a neonatologických klinikách, v naší zemi se zatím formálně ustavené týmy tohoto typu neobjevují a myšlenka je rozvíjena spíše zapálenými jednotlivci a neziskovým sektorem, viz například organizace Dítě v srdci (ditevsrdci.cz), za jejichž příspěvní se přednáška Amy Kuebelbeck na naší fakultě realizovala.

Léčba v souladu s životním příběhem

Anna Ouřadová

Paliativní péče je v poslední době často skloňována v médiích, ale jaká je její pozice uvnitř odborné lékařské veřejnosti? Nakolik už patří k etablovaným oborům a na kolik ji ovlivňuje ideologie? Měly by být paliativní týmy součástí všech nemocnic a kdo zaručí jejich úroveň? O tom a mnoha dalších otázkách jsme hovořili s odborníkem z nejpovolnějších – předsedou České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP Ondřejem Slámou.

Ráda bych začala definicí České společnosti paliativní medicíny, která zní: Paliativní medicína se zabývá léčbou nevléčitelně nemocných různých diagnóz se snahou o dosažení nejlepší možné kvality jejich života. Snaží se respektovat individualitu lidské osobnosti a její jedinečnost ve všech čtyřech základních rozměrech holistického – celostního pohledu (biologický, psychologický, sociální, spirituální). Tento typ léčby lze poskytovat v různých prostředích s ohledem na potřeby nemocného a jeho celkový stav. Zastavím se hned u první věty: co to znamená léčit nevléčitelně nemocné?

Lingvisticky se to může zdát matoucí, že někdo léčí nevléčitelně nemocné. Ale právě o tom je velký kus medicíny chronických onemocnění, která dnes tvoří většinu agendy oborů, jako je interna, neurologie, onkologie a další. U chronických onemocnění nemůžeme dosáhnout kompletní remise, navrátit plné zdraví. Našimi intervencemi získávají pacienti čas života navíc. U některých diagnóz se počítá v měsících, u jiných na léta.

První rovina našich léčebných postupů se zaměřuje na ovlivnění základního onemocnění. Používáme ne-

kurativní, tedy paliativní intervence, kterými zpomalujeme přirozený průběh onemocnění a mírníme jeho symptomy. Dobře se to ukazuje na onkologických onemocněních, kde se snažíme pomocí například chemoterapie nebo i slavné biologické léčby navodit remisi nádorového bujení. Ale je to aplikovatelné například i na chronické srdeční selhání nebo chronickou obstrukční plicní nemoc, kde zase chceme dosáhnout určité kardiální kompenzace, optimálních respiračních funkcí a tak podobně.

Ale souběžně s těmito postupy zaměřenými na management základního onemocnění přichází v určitý moment na scénu paliativní péče, která sleduje jeden hlavní cíl: dosáhnout i přes nevléčitelnost přijatelné kvality života a nasměřovat všechno naše léčebné konání tak, aby to celé dávalo smysl. Snahou paliativních specialistů tedy je zasahovat léčebně především v souladu s pacientovými hodnotami, aspiracemi a preferencemi. Dnes se hodně mluví o personalizované medicíně, která ušije pacientovi léčbu na míru. Tím je méněna terapie, která bude vycházet z konkrétního genetického profilu nebo jeho farmakogenomických dispozic. Ale paliativní medicína



do této debaty přináší nový rozměr a mluví především o tom, že léčba by měla být tzv. v souladu s pacientovým životním příběhem.

To vypadá, že se tedy většina lékařů ve své praxi věnuje paliativní medicíně. Pečuje o své chronicky nemocné pacienty, léčí jejich symptomy...

Ano. My se snažíme v rámci paliativní medicíny ve všech strategických dokumentech mluvit právě o těch dvou úrovních paliativní péče: o paliativní péči obecné a specializované.

Obecná představuje kompetenci, kterou by měli mít všichni lékaři v rámci svých odborností a své agendy v péči o chronicky nemocné. Reálný stav věcí se totiž má tak, že pacienti s potřebou paliativní péče se vyskytují ve všech segmentech zdravotního systému. Leží na internách, na standardních lůžkách, odděleních LDN, JIP, ARO, tedy na odděleních různých odborností a všude tam musíme na jejich potřeby umět zareagovat.

Vedle toho ale vyvstávají u pacientů s pokročilým nevléčitelným onemocněním komunikačně, symptomově nebo organizačně velmi složité situace, kdy je lékaři i pacientovi k užitku, mají-li k dispozici někoho odborně ještě o stupeň vzdělanějšího a erudovanějšího. A tady se dostáváme na rovinu specializované paliativní péče. Pro komplikované případy by měla v nemocnicích pro lékaře existovat nabídka paliativních specialistů, konkrétně struktura zvaná konziliární paliativní tým. Indikační kritéria pro přizvání konziliárního týmu budou záviset také na kompetenci v paliativních dovednostech u konkrétního oborového specialisty.

MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

Předseda České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP, vedoucí ambulance paliativní medicíny na Masarykově onkologickém ústavu, přední český odborník na paliativní péči. Absolvoval řadu zahraničních stáží v Evropě i USA, za významný přínos paliativní péči v ČR získal v roce 2017 ocenění Avast Foundation Award.

Co bychom kromě léčby symptomů zařadili mezi paliativní kompetence?

Vedle managementu tělesných symptomů přináší paliativní medicína do celého toho pomyslného balíku péče důraz na komunikaci: vyjasňují se cíle léčby, plán péče, mluví se o prognostickém rámci. Paliatři zastávají názor, že pacientovi by mělo být srozumitelné, v jaké situaci se nachází a před jakými rozhodnutími a volbami stojí.

Dále organizace péče: pokud není dobře nastavená alternativa, pacienti ve velmi pokročilých stádiích se často zbytečně dostávají do prostředí intenzivní medicíny – zejména ARO a JIP, které už pro ně nebývají nijak prospěšná, a kde třeba někdy velmi diskomfortně dožívají.

Když se někdo rozhodne pro návratovou atestaci v oboru paliativní medicína, v čem se stane erudovanější oproti jeho oborovým kolegům? Jaký získá „skill“ navíc?

Těžištěm atestační přípravy je určitě management symptomů a komunikace. Paliatr nepoužívá jiné léky než ostatní lékaři, ale je více trénovaný a erudovaný právě ve složitých situacích, které v posledních měsících života chronického onemocnění nastávají. Je specialistou

v „rozpovídání a dopovídání“ složitých komunikací jako například rozhodnutí o ukončení chemoterapie nebo využití JIP v případě zhoršení stavu.

Vy jste už naznačil, že indikační kritéria pro paliativního specialistu se budou odvíjet od paliativní zdatnosti oborového speciality. Neexistují přesto nějaká kvantifikovatelná kritéria?

V onkologii jsou rozhraní zřetelnější. Pacient je nejprve léčen všemi dostupnými modalitami protinádorové léčby. Ve chvíli, kdy už jsou všechny možnosti vyčerpány, je převeden do režimu symptomatické paliativní péče. Je velmi užitečné, aby se zapojil paliativní tým, který pak s pacientem probírá ukončení protinádorové léčby, plán další péče a tak dále.

V oborech jako je kardiologie nebo nefrologie souvisí zapojení paliativního týmu s již zmíněnou komplexností potíží. Pro tyto situace je třeba, aby v nemocnicích existoval vypracovaný program paliativní péče, stejně jako dnes mají nemocnice program nutriční nebo rehabilitační péče.

V něm by měl být zakotven i mechanismus určitého screeningu potřeb paliativní péče, který označí pacienty, kteří by pravděpodobně ze zapojení konziliárního paliativního týmu profitovali.

Doposud jsme mluvili především o konziliárním paliativním týmu, jaké další formy specializované paliativní péče máme k dispozici?

Dostupné formy jsou celkem čtyři. V prostředí nemocnice je to již zmiňovaný konziliární tým nebo ambulance v rámci outpatient clinic. Já osobně právě v takové ambulanci pracuji a naše služby poskytujeme

jednak ambulantním pacientům zvenku a zároveň konziliárně pro pacienty hospitalizované na lůžkách. Dále to jsou formy lůžkové paliativní péče, přičemž v Česku je známý především model lůžkového hospice. Méně známý je pak model lůžkových oddělení paliativní péče v rámci nemocnice.

Určitě bychom našli příběhy pacientů, kterým byla paliativní péče poskytnuta příliš pozdě. Může být závažnou chybou nabízet ji i příliš brzy?

Svým způsobem určitě ano. Paliativní specialisti bývají zvyklí bavit se otevřeně o závažných věcech, o umírání, o nevléčitelnosti nemocí. A je pravda, že v „paliativním zápalu“ mohou pacienta zaskočit. Zpravidla tím, že otevrou některá témata a agendy dřív, než by o nich byl pacient připravený mluvit, přemýšlet nebo k nim zaujímat nějaká stanoviska.

Ale v zásadě je dnes moderním trendem právě takzvaná časná integrace paliativní péče, z anglického *early integration of palliative care*. Paliativní specialisté vstupují na scénu už v průběhu nekurativních léčebných postupů, kdy se začínají objevovat potíže, které primární ošetřující lékař již třeba ne úplně dobře zvládá, nebo tuší, že je do budoucna zvládat nebude. Ukazuje se, že v managementu chronických progresivních onemocnění má časné zapojení příznivý vliv na kvalitu života pacientů i na racionálnost z hlediska farmakoekonomického, tedy z hlediska čerpání zdravotní péče. A poměrně překvapivě měla časná integrace podle některých studií příznivý vliv i na délku života, tedy že pacienti s časnou integrací paliativní péče nakonec žili déle.

Dobu délky dožití bych jako argument raději odložil stranou, ale samotný fakt, že pacienti s touto službou

žijí kvalitněji a že tato služba nestojí žádné finance navíc, ba naopak, na úrovni nemocnice šetří náklady, se mi zdá jako velmi významný parametr či přidaná hodnota paliativních konziliárních týmů.

Jak reagují pacienti na pojem paliativní medicína? Nemůže je například vystrašit?

Pro většinu českých pacientů je to neznámé slovo, někteří si ho ale záhy vygooglují. Moje častá zkušenost je, že bývají nabídkou přizvat paliativní tým zaskočení. Čtou to jako prognostickou informaci: „Je to s vámi velmi špatné, už zveme na scénu paliativní tým.“ Proto je potřeba koncept časně paliativní péče srozumitelně vysvětlit nejen lékařům, ale i pacientům. Neumíme čas, který jim zbývá, nijak zvlášť prodloužit, ale společně uděláme všechno proto, aby ho mohli prožít co možná nejkvalitněji a smysluplně bez nesnesitelného utrpení.

S jakými nejčastějšími předsudky nebo nedorozuměními vůči práci paliativních specialistů se setkáváte mezi kolegy-lékaři?

První bych nazval obavami z přílišné „informační toxicity“ - aby paliativní tým pacienta netraumatizoval příliš explicitními debatami o nevléčitelnosti, o dohledné smrti nebo vůbec tematizováním konce života. Druhý druh obav naráží především na model časně integrované paliativní péče, ve kterém paliativní tým vstupuje do péče souběžně s péčí oborového specialisty. Některé týmy se setkávají s tím, že je lékaři nechtějí zvát z obavy, aby neviděli, že oni sami neumí dobře léčit bolest nebo ne úplně dobře zvládají složitější komunikaci. Jiní to berou spíš jako věc prestiže ve smyslu: „Já

to přece zvládnou sám“ a přizvat nějakého dalšího odborníka vnímají jako svůj hendikep.

A pak je tu poslední okruh problémů: lékaři jsou často vůči svým chronicky nemocným pacientům v roli dlouholetých ošetřujících lékařů, mají s nimi vztah a připadá jim zvláštní předávat své pacienty do péče někomu jinému. Paliativní tým by ale neměl přebírat pacienty ze dne na den, přechod by měl být pro pacienta postupný, srozumitelný a hladký.

První atestace v oboru paliativní medicína byly v České republice uděleny v roce 2005, tedy teprve nedávno. Je paliativní medicína mladým oborem?

Bolest, deprese, umírání... to řešila medicína od svého samotného vzniku. Ale paliativní medicína je nový obor v tom smyslu, že se na celou problematiku závěru života dívá v novém kontextu: jak dobře využívat moderní medicínu, jaký je přiměřený rozsah jejích diagnostických a terapeutických postupů u pacientů, u kterých to nepovede k úplnému vyléčení. Historicky toto přemýšlení vzniklo někdy na konci 60. let v hospicovém hnutí. Zde bylo hlavním tématem zajištění dobré péče a ochrana důstojnosti při umírání. V té době protagonisté hospicové péče často chápali hospic jako radikální alternativu k odosobněnému a přetechnizovanému přístupu k umírajícím v nemocnicích. Následující desetiletí ukázala, že taková dichotomie je falešná. Systematické přemýšlení o potřebách nevléčitelně nemocných a umírajících pacientů se posléze se rozšířilo i do prostředí nemocnic, tedy do akutní péče. Jako samostatný obor se paliativní medicína rozšířila v zemích jako Velká Británie a Spojené státy, které jsou kolébkou paliativních hospicových témat, až někdy v půlce 80. let.

Obor teprve vyzrává a vyjasňuje si svou roli, která se bezpochyby ještě vyvíjí. Zpočátku byl přínos paliativní péče vnímán jen v péči o terminálně nemocné, především o onkologické pacienty v posledních týdnech života. Z dnešního pohledu se ta časová osa jakoby prodloužila a rozšířilo se i spektrum diagnóz. Dnes už jsme si vědomi toho, že z paliativní péče profitují i pacienti s neonkologickými diagnózami, u kterých paliativní intervence může trvat i několik let.

Existovala u nás nějaká forma paliativní péče i před listopadem 1989?

Již v 80. letech existovaly samizdatově vydané překlady prací Elisabeth Kübler Rossové, průkopnice komunikace s umírajícími pacienty, a existovaly dokonce samizdatové překlady textů od Cicely Saunders, zakladatelky prvního hospice St Christopher's Hospice v Anglii. V Československu byli lékaři, které to zajímalo jako téma a inspirovalo je to k přemýšlení, ale určitě neexistoval obor, který by nesl toto označení. Ani zařízení, ani instituce, které by mohly být chápány jako zařízení specializované paliativní péče.

Jak byste tedy shrnul dosavadní vývoj paliativní medicíny u nás?

U nás se po roce 1989 díky veliké a velevýznamné roli doktorky Marie Svatošové začalo rozvíjet především hospicové hnutí. Vznikaly první lůžkové hospice, kterých máme k dnešnímu dni v České republice celkem 18. A české hospice jsou opravdu místa výborné paliativní péče srovnatelné s britskými a irskými hospici, kolébkami hospicového hnutí. Hospice od počátku chápaly své poslání tak, že je třeba pacienty včas vysvo-

bodit z nemocniční mašinérie, která na potřeby terminálně nemocných neumí adekvátně reagovat. Panoval v nich až takový protinemocniční duch.

Od začátku devadesátých let ale začínalo být i u nás zřejmé, že při vši kráse hospiců dožívá stále většina pacientů v nemocnicích. Začala se tedy rozvíjet nejprve forma domácí péče. Iniciativní a velmi dobrou roli zde sehrála katolická charita, která rozvíjela v 90. letech systém domácí, ale především sesterské péče.

Vývoj posledních zhruba pěti let ukázal, že má-li být pečováno i o klinicky složité a nestabilní pacienty v domácím prostředí, bude nutné významně posílit doktorskou složku. A tak vznikl pilotní projekt s názvem mobilní specializovaná domácí péče (MSDP). Ta je plnou alternativou k nemocnicím, která umožní dožít doma i klinicky nestabilním pacientům, protože poskytuje nepřerývanou 24/7 doktorskou-sesterskou péči.

Přesto ale nadále platí, že paliativních pacientů v závěru života dožívá nakonec stále nejvíc v nemocnicích. V tomto směru přišla pár let nazpátek velkorysá podpora formou grantového programu Nadačního fondu Avast. Jejich projekt *Spolu až do konce* finančně podpořil celkem 18 nemocnic, aby rozvíjely nemocniční paliativní program v různých podobách: formou konziliárního týmu, speciálních lůžek, ambulance a tak dále. A v loňském roce navázalo na tento impuls Ministerstvo zdravotnictví odstartováním vlastního projektu nemocniční paliativní péče.

Ještě bych ale chtěl zmínit jeden bod rozvoje - budování sítě paliativní péče na regionální úrovni. Kraj Vysočina v loňském roce formuloval krajskou koncepci paliativní péče. Pojmenovává v ní, co by na krajské úrovni mělo být dostupné, aby se paliativní péče dostala

ke všem potřebným. Koncepce zahrnuje také program krajem dotovaného vzdělávání nemocničních doktorů nebo krajskou podporu týmů mobilní specializované paliativní péče. Aktuálně se tedy z paliativní problematiky stává téma zdravotně-politické. To je nový a podstatný rozměr dosavadního vývoje.

Čekají nás nějaké výzvy do budoucna?

Teď před námi stojí především pečlivá koordinace na všech zmíněných úrovních. Bude potřeba přesně pojmenovat a ukotvit, co by měl z paliativních kompetencí zvládnout praktický lékař, co by měl zvládnout internista, přesněji definovat indikační kritéria pro přizvání konziliárního paliativního tým, stanovit, kolik takových týmů by mělo být k dispozici třeba v rámci jednoho kraje a tak dále... A je třeba dořešit, jak budou tyto služby financovány.

Už jste zmínil, že nemocniční paliativní péče se u nás začala rozvíjet díky finanční podpoře Nadačního fondu Avast. Je zvláštní, že je jedna celá oblast medicíny rozvíjena ze soukromých zdrojů?

Nadačnímu fondu Avast se v nemocniční paliativní péči podařila skutečně výborná věc. Poštouchl nemocnice, aby se otestoval určitý model. Když se ukázalo, že ho má cenu rozvíjet, převzalo iniciativu ministerstvo a začalo se pracovat na tom, aby se tak říkajíc „dostal do systému“. Našel se vhodný model úhrady rozpočtu veřejného zdravotnictví, kterým se služba stává novým standardem péče. Je třeba říct, že nadační fond Avast přitom pracuje mimořádně profesionálně, jejich správní rada má kolegium poradců, s kterými témata promýšlí.

Rozhodně i v zahraničí to byly velmi často právě nadace, které zafinancovaly v paliativě nějaký pilotní projekt, který byl později integrován. Veřejné zdravotnictví je mnohdy těžkopádné, není tak inovativní a není nastaveno na experimentování. Pochopitelně v jiných oblastech medicíny jsou inovace často posunovány dopředu farmaceutickými firmami, díky kterým se zkoušejí různé nové léčebné postupy. Jejich role v paliativní oblasti je ale spíše omezená.

Aby se mohla specializovaná paliativní péče dál rozvíjet, bude potřeba, jak jste sám uvedl, posílit doktorskou složku. Cítíte mezi mediky a mladými lékaři zájem o paliativní medicínu?

V Brně máme více než deset let povinně volitelný předmět paliativní péče a míváme u studentů velmi dobré hodnocení. Oni sami říkají, že by chtěli v budoucnu něco takového dělat. Vidí v tom konkrétní medicínu, konkrétní pacienty, konkrétní klinické problémy a přitom plno zajímavé kliniky. Měli by se ale v první řadě pořádně vzdělat v nějakém velkém kurativním oboru a paliativu si udělat až nástavbově. Nastoupit po fakultě do hospice nebo na paliativní ambulanci určitě není dobrá volba.

Zájem lékařů o nástavbový obor paliativní medicína pak souvisí spíš s kariéřním postupem, a tam vidím základní úskalí. Lékař se chce zpravidla vzdělávat v oboru, kde se mu nabízí nějaká profesní kariéra. Protože v Česku se nemocniční paliativní týmy teprve ustavují a nabídky profesních kariér pro atestované lékaře jsou zatím limitované. Ale kurzy, které pořádáme v rámci atestačního vzdělávání, jsou otevřené právě i pro lékaře mimo atestační přípravu a jsou plné až přeplněné.

Měla by podle vás být výuka paliativní medicíny plnohodnotnou součástí povinného kurikula studentů všeobecného lékařství?

Ano a elektivní povinně volitelný předmět samozřejmě není řešení. Na Masarykově univerzitě jsme proto v rámci nové akreditace zavedli povinnou týdenní stáž v zařízení paliativní péče, je součástí předstátnicové praxe. Bude se to ale týkat až studentů šestého ročníku za dva roky. Do té doby musíme také vyřešit, abychom měli dostatek zařízení, do kterých studenty za dobrou paliativní praxí poslat.

Z mého pohledu by ale paliativní medicína měla být zcela jasně součástí pregraduální výuky napříč různými předměty. Spíš než formou nějakého semestrálního předmětu zakončeného zkouškou by měla být reflektována v rámci různých oborů, nejenom v etice a psychologii, ale i v interně a dalších oborech.

Pokud chceme dát najevo, že témata paliativní medicíny jsou pro nás důležitá natolik, že chceme na konci studia ověřovat, zda mají studenti v této oblasti dostatečné kompetence, pak bychom měli přemýšlet i o zařazení takto zaměřených státnicových otázek. Je to svým způsobem symbolický, ale významný krok. V rámci České paliativní společnosti zastáváme názor, že by bylo vhodné takové koncepční kroky řešit i na úrovni kolegia děkanů lékařských fakult, spíše než na každé fakultě zvlášť.

Jaká je situace na lékařských fakultách zahraničních univerzit?

To je v různých zemích různé, v Německu dokonce vyšla zákonná norma, která stanovuje povinných 40 hodin výuky paliativní medicíny jako součást pre-

graduálního kurikula. Ale různé německé lékařské fakulty se s tím popasovaly různě, některé jen vyloženě formálně. Například v Británii je paliativní medicína standardní součástí povinného kurikula. Tam má ale mnoho nemocnic lůžkové oddělení paliativní péče a prakticky každá má konziliární paliativní tým. Dá se říct, že je tam paliativní medicína v běžné praxi obecně víc přítomná.

Kdybych jako medička nebo lékařka chtěla vidět, kde ve světě dělají špičkovou paliativní medicínu, jaké instituce byste mi doporučil?

Z našeho blízkého okolí je řada německých univerzit, které jsou příkladné propojením výborné klinické praxe s výukou studentů. Zejména v Mnichově funguje univerzitní klinika paliativní péče při Ludwig Maximilian Universität, která rozvíjí všechny formy paliativní medicíny, podílí se na výuce mediků a dělá i výzkumnou práci. Nebo například Göttingen. Pokud jde o samostatná zařízení paliativní péče, tak bych zmínil bruselské centrum paliativní péče při jejich národním onkologickém ústavu a pak je celá řada zajímavých centrem amerických a anglických.

Sám jste zmínil, že paliativní medicína stojí do jisté míry na kořenech hospicového hnutí. Je paliativní medicína dnes stále spíš hnutí nebo je to obor medicíny jako každý jiný?

Já myslím, že paliativní medicína má v sobě prvky obojího. Vznikla z aktivistických kořenů a právě teď probíhá její cesta do mainstreamu, ve kterém chce být, protože správně cítí, že se tam odehrávají paliativně relevantní rozhodnutí.

Vaše otázka míří k tomu, že i paliativní medicína má určitou, často i nereflektovanou filozofii. Stojí za ní určité chápání člověka, chápání vztahu lékař-pacient a tak dále. V paliativní komunitě probíhá intenzivní reflexe a diskuze o těchto filozofických východiscích, která jsou v řadě případů ideologická. A je pravda, že mnoho lékařů toho pomyslného mainstreamu cítí nad ideologičností některých paliativních postupů rozpaky. Zároveň ale paliativní scéna nezaujímá nějaká závazná etická nebo závazná filozofická stanoviska, v tomto ohledu je to všechno na rovině pluralitní diskuze, která je velmi zajímavá.

A patří vůbec ideologie do světa medicíny?

Patří, ale zároveň je potřeba ji reflektovat. Člověk musí i v zápalu vnímat, kdy argumentuje hodnotově nebo kdy *evidence-based* diskurzem. Kdo tvrdí, že žádnou ideologii nezastává, tak podle mě spíš nemá náhled na to, co dělá. Ideologie pro mě osobně je spíš pozitivní označení. Když si všímám ideologie, tak jsem si vědom, že existuje nějaký systém hodnot, nějaký rámec, ve kterém se pohybuji. V čem se z hlediska ideologie nebo hodnot paliativní medicína potkává s mainstreamem, je ten velký důraz na individualizaci péče, terapii šitou na míru.

Potřeby dětí s život limitujícím nebo život ohrožujícím onemocněním a jejich rodin

Nedávno vyšla nová studie Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP, která detailně popisuje potřeby nevléčitelně nemocných dětí a jejich rodin v oblasti zabezpečení zdravotních služeb i v oblasti zabezpečení jejich psychosociálních potřeb. Studie mapuje potřeby rodin, které pečují o dítě s život limitujícím nebo život ohrožujícím onemocněním. Těmto rodinám se totiž v určitý okamžik zcela zásadně změnil život. Od příchodu nemoci jejich dítěte prochází rodiče, sourozenci a další blízcí dítěte vlnami úzkosti, nejistot, výčitek a vyčerpání. I když je nemoc dítěte nevléčitelná, mohou být tyto chvíle alespoň dočasně vystřídány úlevou i radostí, a to zejména v momentech, kdy se rodina může spolehnout na pomoc druhých. Vzhledem ke komplexním potřebám nemocných dětí není pro přátele a známé vždy snadné najít ten správný způsob, jak tyto rodiny podpořit. Často je potřeba do péče zapojit odborníky z nejrůznějších profesí. Svým způsobem se dají všechny relevantní služby zahrnout pod termín dětská paliativní péče, která se na rozdíl od paliativní péče u dospělých nevěnuje nemocnému a jeho rodině pouze v posledních týdnech nebo měsících života. Nová studie by měla pomoci pochopit, co je pro tyto rodiny opravdu důležité.

Studii na objednávku Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP vypracovalo Centrum paliativní péče. Jejími autory jsou Mgr. Kristýna Poláková, Mgr. Anna Tučková a PhDr. Martin Loučka, PhD.



Ministerstvo začíná podporovat paliativní péči v nemocnicích

Jolana Boháčková

Ministerstvo zdravotnictví chce ve spolupráci s Českou společností paliativní medicíny sjednotit a standardizovat paliativní péči v českých nemocnicích. Za peníze z evropských fondů spouští první fázi projektu v zařízeních, kde umírá přes 70 procent pacientů.

Cílem projektu je zvýšit dostupnost paliativní péče v nemocnicích s akutní, následnou a dlouhodobou péčí prostřednictvím nového samostatného programu. Měřítkem úspěchu projektu bude podle ministerstva to, že do konce roku 2025 bude alespoň pět pilotních nemocnic v programu paliativní péče pokračovat (tzn. v rámci nemocnic bude poskytována paliativní péče prostřednictvím paliativních týmů dle vytvořených postupů).

Aktivitu vítá i předseda České společnosti paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně Ondřej Sláma, podle nějž by konečným cílem měly být služby poskytované v takové kvalitě a kvantitě, aby pacient se závažným onemocněním měl reálnou volbu druhu a místa poskytování péče.

Paliativní týmy pečující o umírající podle vytvořených postupů a doporučení v současnosti fungují v řadě zařízení po celé České republice, ale doposud jen díky grantům. V osmnácti nemocnicích například existuje projekt Spolu až do konce, který podpořil Nadační fond Avast. „Paliativní péče v nemocnicích je nákladná a zatím není nijak hrazena zdravotními pojišťovnami.

Z toho důvodu jsme závislí na finanční podpoře od subjektů, které tuto péči podporují,“ říká Martin Havrda, primář na 1. interní klinice FNKV. Patří k zakladatelům paliativního týmu na této klinice.

Podle ministerstva zdravotnictví v České republice umírá ročně asi 108 tisíc lidí, asi 65 procent zemře v nemocnici. Ze statistik vyplývá, že mnoho jich je do nemocnice převezeno na poslední dny či hodiny života. „Vznik paliativních týmů v nemocnicích je důležitý. Důležité je i metodické vedení a vzdělávání, přičemž v každé nemocnici musí uspořádání paliativní péče odpovídat lokální situaci a potřebám,“ vysvětluje Martin Havrda. Upozorňuje však, že je nutno také zabezpečit udržitelnost paliativní péče. Nestačí pouhá investice do začátku, ale je třeba zajistit i následnou podporu.

Medicína na přání aneb z pacienta klientem?

Jana Šeblová

„Honem, honem, tatínek je na tom zle, ale on se léčí se srdcem a nesmíte mu dávat ty elektrické rány!“ vybíhá před rodinný domek mladší muž, zatímco vystupujeme z dojíždějící sanitky. Výzva zněla: dušnost, kardiak.

„Dokud bude při vědomí, tak mu jistě žádné výboje dávat nebudu,“ říkám, abych si neuváženými sliby nezačala na konflikt, pokud by došlo v rámci resuscitace na defibrilaci – během let na záchranné službě jsem si přizpůsobila několik přísloví a jedno z nich zní: Nechval dne před večerem a nečiň závěry před dojezdem. V tomto konkrétním případě jsme neresuscitovali, i když k zástavě zase tak daleko nebylo; pacient se stupňující se dušností tak dlouho odmítal navštívit lékaře, až si „vypěstoval“ ukázkový plicní edém. Na resuscitaci naštěstí nedošlo a se synem jsme si pak vyjasnili, že tatínek měl pro fibrilaci síní několikrát pokus o kardioverzi. Je to sice medicínsky trochu jiný příběh, než defibrilace pro fibrilaci komor, ale z laického pohledu rána jako rána....

V praxi záchranné služby bývají přání a zaklínání příbuzných spíše zoufalou prosbou o záchranu a v okamžiku, kdy je tým na místě a začíná se odehrávat nějaká koordinovaná činnost, konkrétní požadavky na způsob provedení oné záchrany již většinou ustanou. Někdy se objevují požadavky na konkrétní cílové zařízení („Dědeček chodil k panu profesorovi tam a tam...“), ale i v těchto případech se většinou dá domluvit a vysvětlit, že v případě zlomeného krčku dědečka pan profesor kardiologie v ambulanci slovatné nemocnice nebude ta

správná volba. Vždy hodně závisí na schopnosti a ochotě lékaře nebo záchranáře bez pocitu nevděku vysvětlit, co a proč dělám.

Poměrně citlivou otázkou je indikace zdravotní pitvy. V legislativě jsou definované situace, kdy pitva být provedena musí. Jednou z nich je neúspěšná resuscitace, kdy lékař na místě musí odeslat na pitvu k určení příčiny smrti, a navíc byl posledním ošetřujícím lékařem právě zemřelého. Na druhé straně je zcela pochopitelné, že pro rodinu se odehrává ve zrychleném sledu řetěz emočně velmi náročných dějů, jejichž zvládnutí může přesahovat momentální zvládací mechanismy příbuzných, a oznámení o pitvě může být poslední kapkou. Přesto je potřeba vše pravdivě vysvětlit, neboť jenom tak se dá předejít ještě horšímu stresu, když se ve dveřích objeví pohřební služba a netušící plačící rodině to oznámí oni.

Pacient jako partner lékaře či klient konzumující zdravotní služby

V dnešní medicíně je potřeba mnoho odborných znalostí, nicméně vztah lékaře a pacienta více než kdy v minulosti určuje schopnost komunikace. A neplatí to jen v naší postkomunistické zóně, kdy ještě nedávno nerudní socialističtí lékaři vrčeli na pacienty a dávali jim zalepené obálky, které pacienti tajně rozlepovali a od zdravotníků v rodině se snažili zjistit, co znamenají ta divná latinská slova. Dnes probíhá redefinování vztahu zdravotníků a pacientů všude, jen se začíná z různých

startovacích čar. Hovoří se o partnerském přístupu a právníci nás na drahých seminářích školí, že „Přání pacienta jest nejvyšším zákonem“. Ale je to opravdu tak?

Není sporu o tom, že bychom se měli umět s pacienty dohodnout a konat s jejich souhlasem – nám samotným by se jistě nelíbilo, kdyby s námi někdo zacházel jako s nesvéprávným objektem. Ještě před nějakými deseti, patnácti lety jsem popudlivějším kolegům doporučovala, ať si zkusí roli pacienta: s odložením civilního oblečení člověk často ztrácel svoji identitu a často i důstojnost. A jako bonus se nedobral vůbec žádných informací, co se děje či dít bude. Pacient-zdravotník měl jedinou výhodu, že znal systém zevnitř a dokázal alespoň něco odhadnout. Na druhé straně, jak poznamenal před několika lety na konferenci o komunikaci profesor Pafko, pacient není a ani nemůže být ve zcela rovnoprávném postavení, nepřichází do nemocnice či ordinace přátelsky a nezávazně konverzovat. Není mu dobře, má zdravotní problém, bolesti a strach, zatímco lékař má mít znalosti a schopnosti ho toho všeho úplně nebo alespoň do jisté míry zbavit.

Též koncept „klientského“ přístupu k pacientům má své limity. Je zásadní rozdíl, zda si vybíráme vybavení kuchyně a barvy stěn tak, aby ladily, a můžeme trvat na svém osobním vkusu oproti návrhům bytového architekta (nakonec v té příšerné kuchyni budeme bydlet my a ne ten architekt), nebo zda se bavíme o léčbě zhoubného nádoru, který nám právě teď zjistili. Lékař by měl umět vysvětlit podstatu nemoci či úrazu (je-li na to čas) a možnosti léčby i výhody a nevýhody oněch možností. Vždy se však musí pohybovat v mezích daných léčbou lege artis. Pokud se lékař dostane za tyto mantinely, ať již z neznalosti, ze snahy vyhovět pacientovi nebo snahy vyhnout se konfliktu („Já si platím daně a chci tenhle

lék, tenhle postup, četl jsem o tom na internetu“), riskuje celou svoji profesní kariéru.

Oborem, který je asi nejvíce vystaven tlaku pacientů-klientů, je nesporně estetická medicína, kde jsou v drtivé většině i přímé úhrady výkonů, protože nejsou nezbytné pro zdraví. Čas od času se v médiích objeví bizarní obrázky mužů či žen, kteří se postupně nechali na vlastní žádost znetvořit, oblíbené jsou proměny do podoby panáčka Kena či panenky Barbie. Někdy jsou podobné případy prezentovány čistě jako kuriozita, někdy je to doprovázeno opatrnou otázkou, kde jsou meze lékařské snahy vyhovět pacientovi. Solidní plastičtí chirurgové se snaží s pacienty probrat, co je reálné, a od některých zákroků je odradit, pro méně solidní jsou však peníze příliš velkým lákadlem.

I porodnictví se dnes stává bitevním polem přání, která nejsou vždy v souladu s lékařsky odůvodněnými postupy. Od kolegů porodníků slyšíme některé až bizarní podoby požadavků sestavených do porodních plánů, přičemž hlavní slovo stran průběhu má matka příroda, na tu se však nastávající rodiče většinou neobracejí. Jedním z výbušných témat jsou domácí porody, které jsou zatím sice početně okrajovým jevem, ale jejich zastánci a propagátoři (a zastánkyně a propagátorky) tvoří hlasitou a mediálně viditelnou skupinu. Tato problematika se praxe zdravotnické záchranné služby dotýká čím dále více. V okamžiku, kdy se objeví komplikace, rodící žena, k níž zcela náhodně zaskočila na odpolední kávu porodní asistentka, volá na tísňovou linku a přenáší zodpovědnost na zdravotníky. I zde jsme se v praxi setkali s nejrůznějšími podobami přání: přestřihněte pupečník a jeďte, odvezte dítě, neodvezte dítě, nikam mě neberte, i když krvácím... Problém je, že v okamžiku vstupu na scénu rozehrané hry má zdravot-

ník plnou medicínskou i právní odpovědnost za to, co se děje a jak na to bude reagovat. V případě, že by nekonal a došlo by k závažnému zdravotnímu následku, u soudu neobstojí obhajoba: „Oni to tak chtěli“.

V minulém čísle VNR byl článek Jaroslava Veise o opiátové krizi v USA. Jednou z příčin této krize, která smrtící závislost přenesla z ulic a od lidí na okraji společnosti do rodin střední a vyšší třídy není jen reklama farmaceutických firem, ale i snaha lékařů vyhovět svým pacientům. V americkém systému, kde klientský přístup a komerční báze primární péče jsou velmi akcentované, začali pacienti vyžadovat léčbu bolesti těmi nejúčinnějšími prostředky – proč snášet bolest, třeba i mírnou, když ji snášet nemusím. A lékaři se báli jak žalob, tak ztráty pacientů. Jednou ze smutných obětí (a důkazem toho, že bohatství a sláva opravdu nijak nechrání před ranami osudu) je Michael Jackson. Jeho lékař sice uměl vyhovět všem požadavkům stran preskripcie i aplikace analgetik, hypnotik i anestetik, kurz resuscitace však vynechal, jak dokázal jeho telefonát na tísňovou linku. Sám lékař Conrad Murray byl za neúmyslné zabití odsouzen na čtyři roky, byl sice propuštěn po dvou letech, ale nenávratně ztratil licenci k výkonu lékařského povolání. Kromě toho čelil žalobám Jacksonových fanoušků za psychickou újmu způsobenou úmrtím jejich idola a dlouhou dobu byl samozřejmě záporným hrdinou titulních stránek převážně bulvárních médií.

Extrémní podobou požadavků ze strany pacientů jsou požadavky týkající se euthanasie či asistované sebevraždy. Lékaři i etikové varují, že tam, kde došlo k uzákonění euthanasie, se posunují hranice a hovoří se o fenoménu kluzkého svahu. Bylo již vyhověno zdravým pacientům, kteří nenacházeli v životě smysl (a můžeme diskutovat, zda to byla či nebyla neléčená deprese

či jiná diagnóza nebo existenciální krize ve filosofickém smyslu). V Belgii byla uzákoněna i euthanasie dětí a zvyšuje se počet euthanasií psychiatrických pacientů. V souvislosti se švýcarskými klinikami, které nabízejí na komerčním základě asistovanou sebevraždu, se mluví o „sebevražedné turistice“.

Pojedete letos na dovolenou na Šumavu, nebo se necháte zabít pod švýcarskými Alpami?

Lékaři a pacienti ve 21. století

Zcela jistě se vztah lékařů a pacientů posunul a nikdo z nás by nechtěl být pouhým objektem péče, sami pro sebe vyžadujeme respektování našich osobních hodnot a plánů, které se samozřejmě promítají i do přístupu ke zdraví a zdravotní péči. To samé – tedy respekt k individualitě a zohlednění preferencí pacienta – bychom měli umět poskytnout i našim pacientům. Na druhé straně jsou přání, kterým vyhovět při nejlepší vůli nelze, protože bychom pacienta vědomě poškodili. Pokud nejsme schopni slušně a racionálními argumenty konkrétního pacienta přesvědčit a nabídnout mu rozumnou alternativu léčby, která by pro něj byla přijatelná, nezbyvá, než odmítnout. I za cenu momentálního konfliktu. V opačném případě se dostáváme do konfliktu se svým svědomím, se zákony i s onou Hippokratovou přísahou, na kterou se všichni odvolávají, aniž by ji kdy četli.

Práva pacientů nemohou a nesmí znamenat nerespektování práva a léčby lege artis.

Lidské tělo z tiskárny

Lukáš Seidl

Náhrady končetin, zubů nebo kloubů jsou dnes už běžné. Technologický pokrok a nové vynálezy ale ženou medicínu dál. Tuzemští lékaři nedávno pacientovi voperovali plně funkční umělé srdce. Ve Španělsku před pár měsíci vědci vyrobili živou lidskou kůži. Blíží se doba, kdy bude možné „opravit“ celého člověka? Pro českou kardiologii to byl jeden z historických úspěchů. A pro osmapadesátiletého muže, jenž trpěl oboustranným srdečním selháním, jediná šance, jak přežít.

„Vzhledem k jeho vyššímu věku, stále se zhoršujícímu zdravotnímu stavu a vzrůstající plicní hypertenzi nemohl podstoupit transplantaci srdce, ani mu nemohla být implantována standardní dlouhodobá srdeční podpora. Po vyhodnocení všech jeho vyšetření jsme rozhodli, že bude naším prvním pacientem, který dostane nové umělé srdce,“ vysvětlil Jan Pirk, přednosta Kardiocentra pražského Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM).

Na více než osmihodinové operaci spolupracoval čtrnáctičlenný tým odborníků. Zmíněnému pacientovi implantovali plně funkční srdeční náhradu. „Obsahuje sedmáct integrovaných senzorů, které aktuálně vyhodnocují klíčové parametry pacienta. Proto systém dokáže automaticky regulovat i srdeční tep v závislosti na aktuální zátěži pacienta při denních činnostech,“ vysvětluje přednosta Kliniky kardiiovaskulární chirurgie IKEM Ivan Netuka. Česko je po Francii a Kazachstánu teprve třetí zemí na světě, kde se taková operace povedla. Umělé srdce váží okolo 800 gramů, je tedy přibližně

tříkrát těžší než běžné lidské srdce. Části, jež přicházejí do kontaktu s krevním proudem, jsou tvořeny plně biologickým materiálem. Cena orgánu se pohybuje v řádu milionů korun, náklady operace v IKEM však byly hrazeny z rozpočtu klinické studie.

„Když jsme 31. ledna 1984 udělali v Institutu klinické a experimentální medicíny první transplantaci srdce v tehdejší Československu, byl to pro nás pomyslný strop lékařských možností a nikdo z nás by nepredikoval, že za třiatřicet let bude možné implantovat pacientovi srdce umělé,“ netají Pirk fascinaci nad tím, co současné technologické vychytávky lékařům umožňují.

Kůže z Madridu

Umělé srdce je považováno za zatím nejlépe zvládnutý náhradní orgán, který je možné implantovat přímo do lidského těla. Ne však jediný. Nové technologie, zlepšující se materiály i detailnější poznatky z oblasti zdravotnictví umožňují vědcům a lékařům posouvat možnosti současné medicíny stále dál.

Španělští vědci z madridské Univerzity Karla III. představili v minulém roce plně funkční lidskou kůži, již vytiskli na 3D tiskárně. Převratná je zejména v tom, že je schopna produkovat vlastní kolagen, tedy hlavní strukturální kožní bílkovinu. K její výrobě použili výzkumníci speciální „bioinkousty“ skládající se z uměle namnožených kožních buněk, proteinů a dalších biologických sloučenin. Během půl hodiny se jim podařilo

vytisknout 100 centimetrů čtverečních kůže. Vědci předpokládají, že by jednou mohla najít využití při transplantacích, ale také jako materiál pro testování nových farmaceutických či kosmetických produktů.

O výrobu umělé kůže se badatelé již delší dobu pokoušeli prostřednictvím využití různých laboratorních technik. 3D tisk je však nyní podle nich přelomový. „Dává nám možnosti, které byly dříve nemyslitelné. Můžeme třeba kontrolovat výrobu kůže v čase a prostoru,“ říká vedoucí výzkumu a spoluautor speciální tiskárny José Luis Jorcano.

Orgány na míru

Právě 3D tisk považují biomedicinští inženýři v oblasti tkáňových a orgánových náhrad za revoluční. S jeho pomocí je možné vyrábět náhrady sestrojené na míru konkrétnímu pacientovi, dalšími výhodami technologie jsou vysoká přesnost, rychlost i finanční dostupnost. V Česku je průkopníkem využití 3D tisku pro aplikace v medicíně České vysoké učení technické v Praze (ČVUT). „Tento systém umožňuje zkrátit výrobní proces, snížit hmotnost implantátu a současně prodloužit jeho životnost. To se týká například umělých kloubů,“ vysvětluje TÝDNU Jozef Rosina, proděkan Fakulty biomedicínského inženýrství ČVUT a přednosta Ústavu lékařské biofyziky a lékařské informatiky 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. „Domnívám se, že nás čeká doba, kdy se budou 3D tiskárny využívat při tisku lidských orgánů,“ dodává.

Zároveň zmiňuje, že už nyní existuje speciální nanomateriál, kterým lze vytisknout syntetické kostní implantáty podporující rychlou regeneraci a růst kosti. Tvořen je směsí hydroxyapatitu, klíčové součásti kostní tkáně. „Vzhledem ke své povaze je tento materiál ob-

zvláště vhodný k léčbě defektů kostí u dětských pacientů,“ upřesňuje Rosina.

3D tisk hraje důležitou roli také v dalším zajímavém projektu - vývoji umělého brzlíku, klíčového orgánu lidské imunity, kde dozrávají bílé krvinky chránící organismus před nebezpečnými viry, ale také třeba před rakovinnými buňkami. Popsaný výzkum provádí tuzemská nanotechnologická společnost Nanopharma, jejíž vědci představili umělý brzlík jako vůbec první na světě. Nyní probíhá jeho další zdokonalování. „Zjednodušeně řečeno, jde o jakousi kostru vytvořenou 3D tiskem z nanovláken, jež po určitý čas poskytuje domov a zázemí buňkám, které se na ní postupně množí, vytvářejí tkáň a časem celý orgán,“ popisuje umělý brzlík šéfka Nanopharmy Liliana Berezkinová.

Brzlík byl již úspěšně vyzkoušen na myších, nyní se chystají jeho testy v rámci klinické studie na onkologických pacientech. Pokud se vše podaří, do běžné medicínské praxe by se mohl dostat za deset až dvanáct let. „Přece jenom jde o komplexní orgán. My se navíc nesnažíme udělat ho v plné velikosti, ale v podstatě nasimulovat v podobě malé kapsulky, která by se implantovala pod kůži. Brzlíková tkáň by zde pak produkovala bílé krvinky, jež likvidují infekci a podporují funkci imunitního systému. Po čase by se kapsulka rozpadla a materiál vstřebal,“ vysvětluje Berezkinová.

Játra, plíce, ledviny

V minulém roce bylo v České republice transplantováno celkem 842 orgánů. Nejčastěji, v 469 případech, šlo o ledviny. „Průměrná doba čekání na transplantaci ledviny je u nás kolem jednoho roku, ale jsou někteří komplikovaní pacienti, kteří čekají tři a více let,“ říká ředitel Koordinačního střediska transplantací Miloš

Adamec. Právě ledviny přitom představují orgán, jehož plně funkční náhrada v podobě tělesného implantátu se zatím nedaří. „Umělá ledvina už samozřejmě existuje, ale zdaleka neumí nahradit plně funkční orgán,“ potvrzuje Adamec. Pacienti musejí docházet na dialýzu, případně podstoupit transplantaci od živého či mrtvého dárce. Američtí vědci sice nedávno představili slibně vyhlížející výzkum směřující k vývoji umělé ledviny, naděje jsou v tomto ohledu vkládány také do kmenových buněk, z nichž by se mohly jednou ledviny v laboratořích „pěstovat“, kdy konkrétně bude něco takového možné, je však zatím nejasné.

„V současné době neumíme implantovat ani umělá játra, plíce, žaludek... obecně jsou to nejčastěji orgány, které zbavují organismus odpadních látek. Většina problémů se zatím řeší tak, že zařízení se nachází mimo organismus člověka,“ popisuje profesor Rosina. Třeba umělé plíce připomínají rozměrnou krabici stojící vedle postele pacienta a slouží pouze jako dočasná náhrada. „Ale pracuje se na miniaturizaci všech těchto zařízení, a pokud se to povede, je to dobrý krok k možné následné implantaci,“ dodává lékař. Další intenzivní výzkum probíhá ve vývoji implantátů využitelných v oblasti hlavy. Například při vážných poraněních či deformacích vzniklých jako následek zhoubných nádorů. Mimořádná pozornost je věnována rovněž bionickým končetinám či očním náhradám, jež by dokázaly zachovat funkce původního orgánu (viz Inteligentní orgány).

Přehnaný optimismus

Někteří vizionáři prorokují, že postupem času dokážou vědci a lékaři nahradit každou část lidského těla. Včetně mozku. Uznávaný britský kardiochirurg Stephen Westaby například prohlásil, že vyjma specifických

případů odpadne do deseti let nutnost transplantace srdce a životně důležitý orgán se bude naprosto běžně nahrazovat uměle.

Okamžik, kdy bychom dokázali celé lidské tělo poskládat z plně funkčních náhrad, bude přesto zřejmě ještě nějakou dobu výsadou sci-fi filmů. Nejenom kvůli finančně nákladným a zdoluhavým klinickým studiím, jež musejí zavedení implantátů do běžné praxe vždy předcházet. Další problémy představují etické otázky i fakt, že v určitých případech se příroda prostě přelstít nedá. „Například orgánové transplantace budou i v příštích generacích velmi důležitou součástí léčby,“ je přesvědčen lékař Adamec.

O soumraku transplantační medicíny pochybuje také biofyzik Rosina. „I když se umělé orgány zlepšují každým dnem, nevím, jestli to stihneme rychle, podle mě určitě ne za deset let, možná až v řádech mnoha desítek let. To proto, že první odhady vědců byly velice optimistické, ale realita je trochu jiná,“ podotýká a dodává, že další komplikace představují otázky biologické bezpečnosti používaných materiálů či možné nežádoucí reakce imunitního systému člověka. „Řekl bych ale, že jsme již za začátkem periody, jejímž výsledkem na konci bude zcela jiný typ medicíny,“ uzavírá Rosina.

Inteligentní orgány

Biomedicinští inženýři se stále pokoušejí tělesné implantáty zlepšovat. Zdokonalují jejich funkce, výdrž, šetrnost vůči organismu, rozměry i například „chytrost“. Inteligentní orgány jsou vyrobeny z materiálů, které reagují na změny ve svém okolí, přijímají a zpracovávají tyto podněty. Klasickým příkladem jsou takzvané bionické končetiny, například ruka. Pracuje na principu ovládní malého servomotoru, na každý prst je jeden, s předem naprogramovanými úchopy pomocí svalů na amputované ruce. Elektrické impulsy ze svalů ruky jsou zachytávány snímači a převáděny do výstupů, úchopů. Pokud by se do umělých prstů vložily další senzory, umožní to nositeli třeba zprostředkovat hmat.

Zlepší život, ušetří peníze

Jedním z problémů umělých náhrad tkání a orgánů jsou vysoké náklady na jejich výrobu. „Pokud ale vydrží v organismu desítky let nebo v budoucnu až do konce života, významně to cenu snižuje,“ říká lékař a biofyzik JOZEF ROSINA.

Vývoj implantátů prošel za poslední dobu značným pokrokem. Budou jednou takové implantáty schopny nahradit všechny tkáně a orgány v lidském těle?

Všechny asi ne, ale rozhodně jejich velkou část. Skupiny vědců intenzivně pracují na tom, abychom dokázali nahradit další nefunkční tkáně a také celé orgány. Domnívám se, že pokroky v této oblasti v budoucnu významně změní medicínu.

Jak konkrétně?

Nevidomým umožní pomocí bionického oka vyhýbat se překážkám, rozeznávat tvary, kontrasty světla, ale také větší předměty a písmena, umělá krev dokáže rozvážet kyslík do tkání výrazně rychleji než naše vlastní, kochleární implantáty již dnes umožňují neslyšícím slyšet. Bionické končetiny urychlí návrat do běžného života mnohým lidem, kteří je ztratili. Vidíme také, kam se posunul vývoj a uplatnění zubních implantátů, umělých nitroočních čoček, páteřních fixátorů, kloubních náhrad a podobně.

Jak se implantáty zkoušejí?

Testování probíhá často v podmínkách tkáňových kultur, ty však vnitřní prostředí člověka plně nenahradí. Při testování

implantovaných vzorků se proto používají i pokusná zvířata a následně se hodnotí, jak zvíře implantát snáší, jaký je stupeň zánětlivé odpovědi v okolí implantovaného orgánu, sleduje se opouzdření implantátu, vznikají-li v místě implantace nebo i mimo nádory, popřípadě sraženiny... Sleduje a hodnotí se také struktura životně důležitých orgánů, které by mohly být poškozeny substancemi vyloučenými z vlastního implantátu či produkty jeho biologické degradace.

A co finanční hledisko? Například umělé srdce stojí miliony korun, to není zrovna málo.

Cena je problém, ale pokud implantáty vydrží v organismu desítky let nebo v budoucnu až do konce života, významně to cenu snižuje. Nesmíme zapomínat, že léčba pacientů vhodných k implantaci například nového srdce, ledviny a mnohých dalších orgánů je ekonomicky velice náročná. Proto se domnívám, že vývoj implantátů může být cestou konečné ekonomické úspory.

Text původně vyšel v časopise Týden 29. ledna 2018.

V Praze se objevilo přes dvacet případů spalniček

Jolana Boháčková

Hygienická stanice hlavního města Prahy (HSHMP) nedávno oznámila, že v Praze přibývá pacientů se spalničkami, nemocí, která se díky proočkovanosti v České republice již téměř nevyskytovala. Podle hygieniků ale proočkovanost v Česku v posledních letech klesá. Mezi nakaženými bylo i devět dětí, jejichž rodiče odmítli očkování.

„Prozatím máme hlášeno 23 případů. Jedná se o 14 dětí ve věku od jednoho roku do sedmnácti let a devět dospělých,“ uvedl ředitel HSHMP Jan Jarolímek začátkem března. Všichni nemocní byli hospitalizováni v nemocnici a ukázalo se, že devět dětí a tři dospělí nebyli proti spalničkám očkováni. „Děti nebyly očkovány proto, že očkování v řádném termínu rodiče odmítli. Z našeho pohledu se tato skutečnost jeví jako značně problematická a postoj rodičů jako nezodpovědný,“ myslí si šéf pražských hygieniků Jarolímek.

HSHMP prostřednictvím Společnosti praktických lékařů pro děti a dorost informovala o zvyšujícím se výskytu onemocnění spalničkami v Praze všechny pražské dětské praktické lékaře. „Protože začínající spalničky se mohou podobat i jiným nemocem. Pražští dětské praktičtí lékaři tak podle našeho názoru mohou nyní spalničky brát více na zřetel a provést příslušná laboratorní vyšetření, kterými je možnost spalničky spolehlivě prokázat,“ vysvětluje Jarolímek. Součástí léčby je i povinná hospitalizace.

Spalničky jsou vysoce nakažlivé virové infekční onemocnění šířící se vzdušnou cestou kapénkami nebo

přímým kontaktem s infikovanými slinami či hleny. Onemocnění začíná horečkou, kašlem, rýmou, světlolplachostí a zarudnutím očních spojivek. V ústech na sliznici tváří se mohou objevit bělavé tečky se zarudlým okolím. Čtvrtý až pátý den je patrná sytě červená až fialová vyrážka, která začíná na záhlaví a šíří se na obličej, krk, břicho a končetiny.

Na základě iniciativy pražských hygieniků byl na množství protilátek proti spalničkám vyšetřen i zdravotnický personál, který s nemocnými přišel do kontaktu. „Již na začátku února letošního roku jsem oslovil ředitele pražských nemocnic s žádostí o součinnost a vytipování zdravotnického personálu, u kterého by bylo vhodné nechat provést vyšetření na protilátky. Celkem tak již bylo vyšetřeno skoro 300 pražských zdravotníků,“ upřesňuje Jarolímek a dodává: „U osob, u nichž se hladina protilátek proti spalničkám ukázala jako nedostatečná, jsme nařídili mimořádné očkování. Ministerstvo zdravotnictví již poskytlo příslušné vakcíny.“

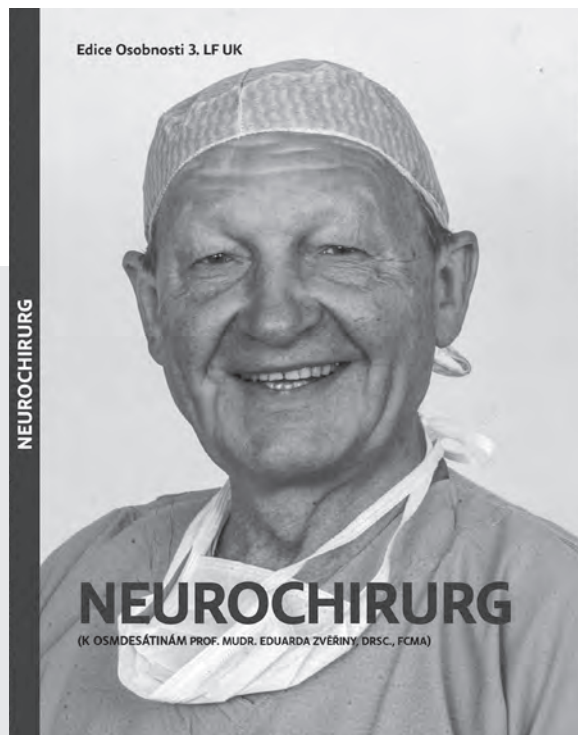
Vzhledem k tomu, že spalničky jsou často považovány za dětskou nemoc, bývá podle hygieniků onemocnění u dospělých odhaleno později, a spalničky jim tak mohou způsobit vážnější problémy. Onemocnění může zkomplikovat zápal plic, zánět středního ucha, vedlejších dutin nosních nebo zánět mozku. U neočkovaných a oslabených jedinců může průběh onemocnění v extrémních případech skončit až fatálně. Na spalničky není žádný specifický lék. Léčí se pouze projevy onemocnění - horečka a další nepříjemné symptomy.

V Česku a Evropě se v uplynulých dekadách dařilo díky vysoké proočkovanosti populace spalničky téměř vymýtít. Bohužel v posledních letech proočkovanost v Česku a Evropě klesá. Spalničky se tak v terénu zákonitě objevují stále častěji. Loni například propukla lokální epidemie v Moravskoslezském kraji, dříve také v kraji Ústeckém. Stejně tak epidemii spalniček již zažilo několik evropských zemí včetně Německa a Itálie.

K důslednějšímu očkování proti spalničkám vyzvala již 25. února 2015 na zasedání v dánské Kodani evropské země a státy střední Asie Světová zdravotnická organizace.

Nerochirurg Eduard Zvěřina

Jako pátý svazek edice Osobnosti 3. lékařské fakulty UK vychází u příležitosti životního jubilea autobiografické vyprávění významného českého lékaře prof. MUDr. Eduarda Zvěřiny, DrSc., FCMA. Prof. Zvěřina se během své dlouhé kariéry prosadil jako vynikající mikroneurochirurg a nemalý je i jeho přínos k rozvoji neurochirurgie jako vědy. V knížce vypráví příběh svého rodu, popisuje svou cestu k medicíně, vzpomíná na své učitele i spolupracovníky. Jako ve všech svazcích edice je životní příběh doplněn i několika autorovými texty, gratulacemi kolegů k jubileu, bibliografií a obrazovou přílohou.



Malá historie infekčních nemocí od padesátých let minulého století a význam očkování

Vilma Marešová

Očkování má na území českých zemí dlouhou historii, začíná již za Rakouska-Uherska v roce 1803 očkováním proti pravým neštovicím, koncem 19. století očkováním proti vzteklině. Ve druhé polovině 20. století byly do základního očkování zařazeny další očkovací látky. Díky dětským lékařům byla proočkovanost dětí tak vysoká, že kromě imunity jednotlivce byla významná i imunita kolektivní. Výskyt infekčních nemocí významně poklesl.

Dnešní populace, jak lékařská, tak laická, téměř nezná klasické dětské infekční nemoci ani rizika jejich komplikací. Vzniká tak v posledních letech pocit, že očkování je zbytečné a že je zdrojem komplikací, a proto je lépe neočkovat. Nemoci, kromě pravých neštovic, ale nezmizely, pro vnímavé neočkované osoby jsou

i budou rizikem. Navíc se nyní vyskytují v netypických věkových kategoriích, kde se na jejich diagnózu ani nemyslí. Proto je důležité vracet se k průběhu i k možným závažným komplikacím u neočkovaných osob.

Infekční nemoci představovaly ještě v první polovině minulého století nejčastější příčinu úmrtí dětí již v nejtělejší věku a byly považovány společně s válkami za největší metly lidstva. Pasivní a aktivní očkování se stalo ve 20. století jedním z nejvýznamnějších opatření v prevenci, vzniku a šíření infekčních nemocí. Po 2. světové válce již významně převažuje aktivní imunizace. Největším úspěchem očkování byla v roce 1980 eradikace varioly. Na tomto úspěchu měli podíl také významní čeští lékaři – epidemiologové. I když se předpokládala

Tab. 1: Úmrtí na infekční nemoci (EPIDAT)

Rok	Polio	Záškrt	Černý kašel	Tetanus	Spalničky	Zarděnky	Příušnice
1945	16	822	433	85 (56)	160	0	0
1950	13	139	166	57 (16)	179	0	1
1955	3	81	46	18 (3)	42	1	2
1960	1	13	4	1 (1)	48	1	0
1961-1970	0	12	12	1	291	1	4
1971-1980	0	0	0	0	0	0	3
1981-2000	0	0	0	0	0	0	1

Pozn.: V závorkách jsou uvedena úmrtí novorozenců.

v té době i poměrně rychlá eradikace dětské obrny, je eliminace polia úspěšná prozatím ve třech světadílech. Od roku 1945 přibýlo preventabilních nemocí a z tabulek 1 až 3 je zřejmé, že zavedením očkování jejich výskyt významně klesl, nebo se vyskytují jen vzácně. Tato situace však navádí ke snížení bdělosti v pravidelném očkování a bohužel i k protivakcinačním akcím nejen u nás, ale i v dalších zemích, což se projevuje i zvýšeným výskytem některých nemocí, jako je dáivý kašel, příušnice a v poslední době i spalničky. Vnímavé osoby si tyto infekce mohou importovat i ze zahraničí.

Infekční nemoci v době očkování

Historie infekčních nemocí a očkování lze dobře sledovat od konce 2. světové války. Z tabulky 1 vyplývá, že v této době byl záškrť nejčastější příčinou dětské úmrtnosti. Kromě toho nemoc měla také významné komplikace: postižení srdce, případně nutnost tracheostomie. Dohromady bylo více než 1500 úmrtí na záškrť, tetanus, černý kašel a spalničky. V tomto pořadí se ob-

jevovaly vakcíny v našem očkovacím kalendáři (tab. 4). V roce 1946 bylo zahájeno očkování proti záškrť. V dalším desetiletí, v roce 1952 bylo do očkovacího kalendáře zařazeno očkování proti tetanu a v roce 1959 se přidává očkování proti pertusi jako trojkombinace československé vakcíny, známé jako Alditepera, složené ze dvou toxoidů: tetanového, difterického a bakteriinu proti dáivému kašli. Právě bakteriin byl nejčastější příčinou vedlejšího účinku: významné horečnaté reakce po očkování. Po roce 1950 je ještě počet nemocných se záškrťem, tetanem a spalničkami dost vysoký, ale během 10 let pak výskyt uvedených nemocí významně klesá (viz tab. 2).

Záškrť je pouze lidské akutní až perakutní onemocnění, vyvolané toxinem *Corynebacterium diphtheriae*. Zdrojem nákazy je člověk. V současné době se záškrť vyskytuje ve východní Evropě, v bývalých státech Sovětského svazu. Klinicky je charakteristickým pablatnový záněť tonzil, případně postižení i dalších sliznic

Tab. 2: Hlášení infekčních nemocí v letech 1955–2001 (EPIDAT)

Rok	Přenosná dětská obrna	Záškrť	Dáivý kašel	Tetanus	Spalničky	Zarděnky	Příušnice	Tuberkulóza
1955	133	1 232	30 402	27	42 246	0	0	1 683
1965	0	21	657	1	22 591	8 763	47 559	198
1975	0	1	16	0	17 998	3 059	100 553	58
1985	0	0	35	0	26	68 024	58 065	46
1995	0	0	14	0	1	420	5 303	67
2000	0	0	187	0	9	749	120	21
2001	0	0	124	3	6	894	107	0

Tab. 3: Výskyt preventabilních infekcí v letech 2005–2014 (EPIDAT)

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Tetanus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Záškrt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Černý kašel	412	234	186	767	955	662	324	738	1 233	2 521
Spalničky	0	7	2	2	5	0	17	22	15	222
Zarděnky	8	8	4	14	6	4	28	0	0	1
Příušnice	1 803	5 172	1 297	402	357	1 067	2 885	3 902	1 553	677
Hib	16	9	8	4	4	10	2	154	133	105
VHB	361	307	307	306	247	244	192	154	133	105
Polio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Pozn.: Hib – Haemophilus influenzae typ b, VHB – virová hepatitida B

Tab. 4: Zavedení očkování v Československu, resp. v České republice (10)

Rok	Nemoc	Očkovací látka
1946	záškrt	toxoid
1952	tetanus	TAT
1953	TBC	živá vakcína BCG
1959	záškrt + tetanus + černý kašel	Alditepera (DTPwP)
1959	polio	neživá vakcína Salkova v.
1960	polio	živá vakcína Sabinova v.
1969	spalničky	živá vakcína 1 dávka
1977	spalničky	živá vakcína 2 dávky
1981	zarděnky	živá vakcína dívky 12 let
1987	příušnice	společně se spalničkami (MoPa Vac)
1996	spalničky + zarděnky + příušnice	Trivivac
2001	virová hepatitida B (VBH)	novorozenci + 12letí
2001	Haemophilus influenzae typ b (Hib)	vakcína DTaP + Hib
2007	záškrt + tetanus + černý kašel + Hib + IPV + VHB	hexavakcína (DTaP + Hib + IPV + VHB)
2007+	HPV lidský papilomavirus, rotavirové průjmy, plané neštovicové opar, pneumokokové infekce, VHA, MEK	individuálně, pneumokokové infekce a HPV plošné dobrovolné očkování

HPV – lidský papilomavirus (human papilloma virus), VHA – virová hepatitida A, MEK – meningoencefalitis klíšťová

dýchacích cest, ale může být také na spojivkách, kůži a genitálu. Kromě místního postižení toxin proniká i do krve a vede k toxickému postižení vláken periferních nervů, ale i svalových vláken myokardu: difterická polyneuritida, nekróza svalových vláken, postižení myokardu a toxická nefritida. Základním lékem je difterický globulin a podání penicilinu G, intenzivní péče u pacienta s maligní diftérií, případně tracheostomie. Pokud pacient přežije – maligní diftérii a difterickému krupu podléhá 30 i více procent postižených – je prognóza dobrá, ale rekonvalescence je zdlouhavá.

Dávivý (černý) kašel. Původcem nákazy je *Bordetella pertussis* (*B. parapertussis*) gramnegativní kokobacil, kterého pouzdro i stěny obsahují antigeny, které se uplatňují v patogenezi nemoci. Zdrojem nákazy je vždy člověk, v současné době častěji dospělý, často s netypickým, velmi lehkým průběhem nemoci. Nakažlivost je vysoká, přenos se děje kapénkovou infekcí, inkubační doba je sedm až 14 dní, po katarálním stadiu se objevuje u dětí typické záchvatové stadium, těžké záchvaty kašle i 30krát za den s apnoí, s poruchou vědomí, s krvácením do CNS, očí. Pokud novorozenec nebo kojeneček přežil, bylo riziko encefalopatie, změny intelektu i epilepsie. Po plicních komplikacích se objevovala atelektáza, mohly vzniknout i bronchiektázie. I starší děti byly decimovány kašlem trvajícím i šest měsíců.

Tetanus. Jedná se o rannou infekci s vážnou prognózou, vyvolanou neurotoxinem *Clostridium tetani*. Anaerobní tyčka má schopnost tvořit velice rezistentní spóry. Vegetativní forma produkuje neurotoxin – tetanospazmin, který vytváří charakteristický klinický obraz. Protože mikrob je běžným saprofytem střeva koní,

hovězího dobytka a stolicí těchto se dostává do půdy, k nákaze dochází i po drobných, ale uzavřených zraněních kontaminovaných půdou. Toxin blokuje vedení vzruchu, které vede ke zvýšenému tonu až křečím příčně pruhovaného svalstva. Zároveň nastávají i poruchy vegetativního svalstva. Onemocnění začíná trismem, dále křečí mimického svalstva, zvýšené napětí šíjového svalstva, zad břicha až generalizací křečí. Čím je inkubační doba kratší, tím je průběh závažnější. Pacient je při vědomí. Prognóza je špatná, asi polovina nemocných umírá. U částečně imunních osob může být lokální tetanus, který má prognózu dobrou. Od šedesátých let 20. století neznáme novorozenecký tetanus (při vstupu infekce pupečním pahýlem) s velmi špatnou prognózou. Základním lékem zůstává hyperimunní antitetanický lidský globulin, chirurgické ošetření a penicilin.

Výsledky dobré proočkovanosti proti uvedeným infekcím jsou však zřejmé již v roce 1970 (viz tab. 1, 2). Tetanus je díky očkování po léta onemocněním vzácným, po roce 2000 byly hlášeny pouze tři onemocnění a žádné úmrtí. Zdálo by se, že očkování je zbytečné, ale toto onemocnění eliminovat nelze. Jedná se totiž o zoonózu, spóry *Clostridium tetani* mohou přetrvávat v půdě dlouhodobě. U vnímavého neočkovaného jedince je vždy prognóza špatná. Záškrt nebyl od sedmdesátých let 20. století až do současné doby v České republice hlášen a v Národní referenční laboratoři (NRL) izolované kmeny *Corynebacterium diphtheriae* neprodukovaly toxin, který je příčinou onemocnění.

Výskyt v některých evropských zemích byl popsán a onemocnění se vyskytuje v Asii, v Africe i v dalších zemích a vzhledem k cestování přes světadily, často i s kojenci, nelze z hlediska prevence toto onemocnění pomíjet.

Určitým problémem zůstává výskyt dávivého kašle. I když po zavedení očkování proti pertusi významně poklesla incidence onemocnění, byla hlášena pouze jednotlivá onemocnění, maximálně desítky onemocnění, v novém tisíciletí počet onemocnění stoupl na stovky a v posledních dvou letech dosahuje až tisícovky (viz tab. 3). K vzestupu došlo nejdříve ve věkové kategorii 12letých dětí, po zařazení vakcinace pro tuto skupinu se výskyt posunul do vyššího věku. Jinak je výskyt rozptýlen do všech věkových skupin u dětí i dospělých, jež jsou pak rizikem pro nákazu novorozenců a dosud neočkovaných kojenců, kde onemocnění probíhá nejzávažněji a je rizikem i úmrtí. Zdrojem pro novorozence je nejčastěji matka nebo kdokoliv z rodiny, jenž je v úzkém kontaktu s novorozencem. Zvažují se různá opatření pro snížení rizika: očkování těhotných matek, očkování členů rodiny apod. Příčinou může být také změna vakcíny (bakterin versus acelulární vakcína). Snížení reaktogenicity je sledováno zřejmě sníženou protilátkovou odpovědí. Právě pro vnímavost nejzranitelnější skupiny – novorozenci a neočkovaní kojenci – je důležité se preventivně zaměřit na členy rodiny. Úmrtí tří kojenců v posledních 10 letech, kde zdrojem byli členové rodiny, jsou výstrahou.

Ke změně dochází také u dalších preventabilních onemocnění: spalniček, příušnic a nejméně zarděnek. Navíc právě k této vakcíně je řada nekvalifikovaných výhrad a vůbec se neuvažuje o tíži a komplikaci u přirozených spalniček.

Spalničky patřily do zavedení očkování mezi nejzávažnější exantémové nákazy dětského věku. Jedná se o vysoce nakažlivé onemocnění. Zdrojem je nemocný,

který je infekční od prvních příznaků katarálního stadia až do šestého dne po výsevu vyrážky. Nákaza probíhá zpravidla manifestně. Onemocnění zanechává dlouhodobou imunitu. Vstupní branou jsou dýchací cesty, po pomnožení ve sliznicích dýchacích cest se virus přes lymfatickou tkáň dostává do krevního oběhu, dochází k virémii a krví se virus dostává do dýchacího ústrojí, kůže, mozku i dalších orgánů. V místech replikace viru vznikají zánětlivé změny, které se s maximem projeví v dýchacích cestách a vyrážkou. Onemocnění má dvě stadia: prodromální a exantémové stadium. V katarálním stadiu jsou známky zánětu v horních i dolních cestách dýchacích, stádium vyrážky začíná obvykle čtvrtý den od začátku nemoci, výsev makulopapulózní vyrážky je charakteristický, má tendenci splývat a trvá obvykle 4–5 dní. Průběh může ovlivnit podání imunoglobulinů. Těžký, život ohrožující průběh má onemocnění u osob s poruchou buněčné imunity, s vysokou horečkou, poruchou vědomí, hemoragickou vyrážkou, těžkou intersticiální pneumonií. Komplikace jsou především u dětí mladších tří let, primární komplikací je intersticiální pneumonie, laryngitida, zvláště obávaná je spalničková encefalitida. Riziko encefalitidy je 1 : 1000 nemocných a její prognóza závažná: 10 až 30 procent dětí nemocných umíralo a další třetina přežívala s těžkými následky. Na rozdíl od přirozeně získaných spalniček, riziko encefalitidy po očkování proti spalničkám je 1 : 1 000 000 očkovaných – 1000krát nižší. Spalničky způsobují přechodné snížení buněčné imunity. Sekundární bakteriální komplikace jsou u dětí také časté: otitidy, bronchopneumonie, perakutně probíhající apendicitida. Právě snížení počtu očkovaných je příčinou epidemii spalniček ve Spojených státech amerických, Německu, Austrálii a v dalších zemích a také u nás.

Zarděnky jsou dalším exantémovým onemocněním, které má však většinou mírný průběh, vyrážka je drobnější, růžová, nesplývá, často vyrážce předchází nápadné zduření šjiových, nučeálních i retrourikulárních uzlin, často se vyskytuje zduření sleziny. Komplikací mohou být artralgie až artritidy spíše u dospělých žen, encefalitida není častá (1:5000 nemocných). Nebezpečné je onemocnění rubeolou v těhotenství s následnými vertikálně přenesenými vrozenými zarděnkami. Vrozené zarděnky podle doby nákazy mohou probíhat jako zarděnková embryopatie, zarděnková fetopatie (Greğův syndrom). Klinické a virologické projevy se označují jako vrozený zarděnkový syndrom. Proto se nejdříve očkovaly jen dívky. Očkování však nesnížilo počet přerušovaných těhotenství z této indikace, proto se očkování přesunulo do druhého roku života a jsou očkováni i chlapi. Výskyt zarděnek se snížil po zavedení očkování a nyní se příliš nemění.

Příušnice jsou akutním infekčním onemocněním s otokem slinných žláz, mohou být postiženy také pohlavní žlázy – více u mužů (orchitida, epididymitida), u žen je oophoritida vzácná, pankreatitida se může objevit také již v akutním stadiu. Relativně častá je encefalitida s vysokým počtem mononukleárů v mozkomíšním moku (1000/3). Onemocní většinou neočkované děti mezi pátým až 15. rokem, ale mohou onemocnět i dospělí. Před zavedením očkování byla četnost meningoencefalitid vysoká, většinou probíhaly ale příznivě. Vzácně bylo postižení sluchu. Postiženi jsou především mladí muži, převážně neočkovaní nebo očkováni pouze jednou dávkou. Prognóza je většinou dobrá, po orchitidě, zvláště oboustranné, může dojít k oligospermii

až sterilitě. Na přelomu století došlo k vzestupu počtu nemocných, většinou se jednalo o dospělé osoby, které nebyly očkované nebo dostaly jen jednu dávku. V roce 2005 bylo hlášeno celkem 5172 onemocnění, nyní zaznamenáváme významný pokles, v roce 2014 bylo hlášeno již pouze 677 případů.

Pokud se u těchto živých vakcín dodržují kontraindikace uvedené v příbalovém letáku, rizika komplikací po očkování jsou minimální. Porovná-li se riziko encefalidity po přirozeně získaných spalničkách a po očkování, riziko u očkovaného je 1000krát nižší. Navíc riziko nebylo prokázáno v souvislosti s autismem.

Poliomyelitis acuta je jedno z nejzávažnějších onemocnění postihujících CNS s ireverzibilními parézami dolních končetin a s následnými trvalým postižením. Československo zahájilo očkování v roce 1959, od roku 1960 pak živou perorální vakcínou podávanou celostátně v očkovací kampani na jaře. Vzhledem k tomu, že Evropa je považovaná za polio prostou a divoký virus již v odpadních vodách necirkuluje, byla jako ve většině evropských zemí změněna na neživou (IPV) a zařazena do hexavakcíny.

Virová hepatitida typu B (VHB) je vyvolaná virem patřícím do čeledi *Hepadnaviridae*. Virus má tři antigeny: HBcAg, HBsAg, HBeAg. K nákaze dochází krví či krví kontaminovanými nástroji, pohlavním stykem, ale také vertikálně z matky na plod transplacentárně nebo krví během porodu. Po akutním onemocnění často dochází k trvalému nosičství HBsAg. Do chronické VHB přechází asi 10 procent akutních VHB.

Terapie chronické hepatitidy je dlouhodobá a velice nákladná.

Po očkování imunokompetentního jedince přetrvává ochrana dlouhodobě.

Invazivní infekce H. influenzae typ B představují hnisavé meningitidy nejčastěji ve věku od šesti měsíců do pěti let, epiglottitida ve věku jednoho až čtyř let, tyto diagnózy jsou ve více než 90 procent onemocnění. Vzácně jsou sepse či artritidy. Hnisavá meningitida byla často s ireverzibilním postižením sluchu a na perakutní probíhající epiglottitidu do zahájení očkování umřely jedno až dvě děti za rok. Po zavedení očkování se situace významně změnila.

V článku jsou uvedeny pouze nemoci, které jsou zařazeny do základního – povinného očkování. I z toho je zřejmé, že očkování významně ovlivnilo průběh kdysi život ohrožujících infekcí nebo těch, které zanechávaly celoživotní trvalé následky. I když je situace příznivá, nejsou dobré tendence k falešné bezpečnosti. Rizika očkování zůstávají stále stejně nízká, díky očkování se však výrazně změnila počty nemocných, takže se zdá, že komplikace převyšují onemocnění. Všude tam, kde došlo k významnému snížení proočkování, a tím i kolektivní imunitě, se infekce velmi rychle vrací a ohrožují ty, co se nenechali z vlastní vůle očkovat, ale bohužel i ty, kteří skutečně nemohli být očkováni, kde očkování bylo opravdu kontraindikováno. Právě proto nejen v našich zemích, ale také ve Spojených státech amerických, nyní i v Německu či v UK je doporučena povinnost očkovat při vstupu do kolektivních dětských zařízení. Odpovědnost není jen individuální, ale také kolektivní. Rozvážným přístupem k očkování lze v České republice

udržet situaci, kterou nám v Evropě již v padesátých letech 20. století záviděli. Navíc rizika nákazy rostou migrací obyvatel, cestováním do rizikových oblastí světa i s malými dětmi, které bychom měli dostatečně a rozvážně chránit.

Doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc. je vedoucí Katedry infekčního lékařství, Nemocnice Na Bulovce a 2. LF UK. Text původně vyšel v Časopise lékařů českých, 2015, číslo 4.

Doktorka z hor

Alena Plavcová

Horská záchranářka, horolezkyně, houslistka a dcera známého psychiatra Kristina Höschlová o tom, jak pásla kozy ve Švýcarsku, o intuici, o smrti a o noční samotě v lese.

Když jsme spolu šly v pátečním poledni smíchovskou ulicí, vypadala mezi vybledlými Pražáky jako exotický ptáček. Vysokohorsky opálená (to si na Šumavě nepořídíte), oblečená do zářících barev, rudých punčocháčů. Zvláštní žena: je srdečná, a zároveň si udržuje odstup. Jako záchranářka pomáhá lidem ze všech sil, ale současně bývá ráda sama. V lese, ve velehorách i uprostřed jezera.

O zkušenostech alpské záchranářky vydala nedávno knihu Lékařem mezi nebem a horami. Je to vlastně její deník. Přečtete ho jedním dechem.

Jsou nějaké povahové předpoklady pro práci záchranáře?

Záchranáři jsou vesměs veselí lidé, což má svoji logiku. Nás nevolá nikdo, kdo necítí tíseň, ti lidé, i když se třeba později zjistí, že jim nic moc není, vyznařují úzkost, strach. To se na vás přenáší – ať chcete, nebo ne. Takže kdyby záchranář byl nějaký ze všeho zoufalý tragéd, dlouho by to nevydržel. Taky pomáhá dělat si legraci.

Tipnu si: černý humor, který by nám ostatním přišel hodně drsný.

No to vůbec nesmím říkat nahlas, z čeho si děláme legraci. Myslím, že třeba váleční reportéři mají podob-

ně cynický humor. Ale co je na tom vlastně za velkou tragédií? Někdo se narodí, někdo trpí, někdo umře. To se prostě děje, je to součást života. Náš humor spočívá právě v tom nadhledu.

Stejně nevěřím, že bolest a úzkost na vás nenechají žádnou stopu.

Nemám pocit, že bych se tím nějak moc zabývala, ale někde v podvědomí se to člověku určitě usadí. V horách ale nebývají úrazy tak fatální. Bolesti a utrpení jsem nejvíc viděla, když jsem pracovala na resuscitačním oddělení, tam vás to zasáhne hodně. Protože tam se lidi proberou a třeba nemají nohu. Nebo nevýslovně trpí v nějakém terminálním stadiu rakoviny. A vy byste jim pomohla jen nějakou injekcí, po které by umřeli – a to neuděláte. Já, aniž bych si to nějak vědomě ordinovala, tu tíhu lidského utrpení smývám v přírodě. Tím je to vyřešené. A skvělé je, že tu možnost máte vždycky. Když jsem pracovala jako záchranářka v jednom z největších horských středisek v Alpách, ve francouzském Avoriazu, jezdila jsem na běžkách brzo ráno, přes den jsem nemohla, nebo naopak když slunce zapadalo. A to jsou krásné momenty, je úplné ticho, nikde nikdo. I tady v Čechách miluju rána, kdy je všude klid. Skončím noční službu a v sedm ráno si jdu zaplavat do jezera. Vychází

slunce, jsem uprostřed vody... Nebo běžím do lesa, vím, že mi stačí proběhnout se, a je to zase dobrý. V přírodě je mi od malička dobře, lesa se neštítím.

Fotí si vás turisté, když visíte na navijáku z vrtulníku?

To nevím, spíš si fotí vrtulník, řekla bych. Občas si sami sebe natáčejí pacienti, protože jim to asi připadá cool, chtějí si to dát na Facebook – jaké drama, jaký zážitek mají za sebou.

Pracovala jste v lyžařských destinacích, kam jezdí bohatí lidé. Žádali při úrazu převoz do privátního zařízení místo do nejbližší nemocnice?

Mám jeden zážitek z doby před dvanácti lety, kdy jsem poprvé pracovala ve švýcarských horách ve zdravotním středisku. Měla jsem k dispozici staré auto Subaru Justy, občas nešlo nastartovat. Tím jsem jezdila pro pacienty. A jednou nějaká parta blbla v noci na sjezdovce, volali ve dvě ráno, že si tam jedna žena zlomila nohu. Přijela jsem pod sjezdovku v tom starém mikroautíčku, mezitím tu ženu přitáhli na bobech dolů. A tam právě ti lidé začali vykřikovat: „Co to je? To je Afrika tady, nebo co?“ A já říkám: „Ne. To je Švýcarsko.“ Tak chvíli nadávali. Ale stejně jim nezbylo nic jiného než milou paní do toho Subaru nějak poskládat. Ono ale, upřímně řečeno, ať k těm zraněným dorazíte jakkoli, bývají spíš vděční. Protože je jim jasné, že moc nemají na vybranou.

Zachraňovala jste tam někdy Čecha nebo Češku?

Do Avoriazu moc Čechů nejezdí, je to daleko. Ale jednou mě tam volali k paní, která neuměla žádný jiný jazyk než češtinu. Byla ze všeho dost vyplašená. A ještě víc se pak divila, když jsem na ni promluvila česky. To byla fakt moc ráda.

Jak jste se vlastně v Alpách ocitla?

V roce 2001, to jsem ještě studovala, jsem se o prázdninách rozhodla, že pojedu stopem do Alp a tam si přes léto vydělám někde na pastvinách. Bylo mi celkem jedno, jestli to bude Švýcarsko, Francie, nebo Itálie. V báglu jsem měla bochník chleba a dvě štangle salámu a byla jsem rozhodnutá, že když nic neseženu, než ten salám sním, zase se vrátím. No a opravdu jsem našla práci ve švýcarském Verbieru, pásala jsem kozy.

To musel ale potom, speciálně ve Švýcarsku, být velký statusový skok – od pasačky k lékařce...

To právě bylo dosti zajímavé. Protože do toho Verbieru, kde jsem pásala kozy a později pracovala jako doktorka, opravdu jezdí milionáři, je to velice luxusní destinace. Ti lidé si chodili na farmu, kde jsem působila, kupovat sýry. Dodnes si pamatuju, s jak neskutečným despektem na mě koukali, skoro jako na nějakého oligofrenika. Mě to bavilo. A když se mě někdo z nich zeptal, odkud jsem, říkala jsem, že z Afghánistánu. No a později jsem pracovala v té samé vesnici v ordinaci. A doktor má ve Švýcarsku opravdu status pánaboha, prostě už od dveří se mi ti samí lidé, kteří nad tou chudinkou pasačkou ohrnovali nos, ukláněli k zemi. Určitě mě ani nepoznali, vůbec nebyli schopní si to spojit. Mně to přišlo docela legrační, že po pár letech ti samí lidé, kteří by si o mě ani neopřeli kolo, se mi najednou klaní jen proto, že jsem doktor.

Když vás ke zraněnému spouští z vrtulníku, co všechno s sebou musíte mít?

Snažím se, aby toho bylo co nejmíň, protože je hrozná pakárna se s tím tahat. Jenže předem moc nevím, co budu potřebovat, a pak mě mrzí, když mi něco chybí.



Kristina Höschlová (38)

Lékařka a záchranářka se specializací na anesteziologii a urgentní a horskou medicínu. Po absolvování 3. lékařské fakulty UK v Praze pracovala šest let v traumacentru Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a u záchranné služby. Před čtyřmi lety byla s Lékaři bez hranic v Afghánistánu, v mezinárodní nemocnici v Kundúzu. Čtyři zimní sezony působila jako urgentní lékařka záchranné služby v alpských lyžařských střediscích ve Švýcarsku, v Brianconu a u Mont Blanc Helicopteres v Avoriaz ve Francii. Organizuje mezinárodní kurzy pro lékaře, horské záchranáře a horolezce, je lékařkou letecké a pozemní záchranné služby Libereckého kraje a záchranné služby ASČR Praha-západ. Ve volném čase se věnuje horolezectví, v roce 2005 při výstupu na Mount Everest dosáhla vlastního výškového rekordu 7200 m n. m. Je jedním ze čtyř dětí psychiatra Cyrila Höschla a akademické malířky Jitky Štenclové.

Vždycky je to dilema. Časem se naučíte podle toho, jak je úraz nahlášen, trochu odhadnout, co bude potřeba. V nejhorším si zavolám vysílačkou vrtulník, který mi potřebný materiál spustí.

Kolik ten „vercajk“ váží?

Ani to nechci vědět. Mně se o tom dokonce zdávalo, jak se s tím bořím v hlubokém sněhu. Měla jsem ty kabely čtyři a různě je kombinovala.

Když je třeba dvanáct pod nulou, sněží, špatně přístupný terén, asi není nejlepší nápad zraněného svléknout a vyšetřovat, že?

Vždycky balancujete mezi tím, že mu nechcete ještě víc ublížit, když ho budete svlékat a vystavovat podchlazení, a potřebou trochu vědět, co mu je. Hodně napoví mechanismus toho, jak se úraz stal: prostě mluvím s lidmi, kteří to viděli, do čeho narazil, jakou rychlostí. Pak se podívám na konstituci toho člověka. Protože i mírný mechanismus může hodně ublížit netrénovanému, obéznímu nebo starému člověku. A naopak velice brutální mechanismus trénovanému mladému člověku tolik neublíží. Hodně pracujete s intuicí. A ono se konečně dá vyšetřovat i přes péřovku, když máte trochu zkušenost. Snažím se v těch nepříznivých podmínkách dělat nezbytné minimum a pak třeba ještě něco ve vrtulníku, kde už je člověk trochu chráněný.

Pomůže někdy pohlázení a vlídné slovo víc než hrst prášků?

O tom jsem čím dál víc přesvědčená. Protože psychický stres v horách je větší než jinde. Když jako záchranářka zasahuju v Česku, jsem u těch lidí doma. I tam může hodně pomoci, když člověka uklidníte,

protože on trpí už tím, že neví, co mu je. Hory jsou pro většinu lidí ještě k tomu hostilní, nepřátelské prostředí. Bojí se, neznají to tam, je tam zima – takže dodání pocitu bezpečí hraje opravdu velkou roli. A je to vlastně i vypočítavé, protože při vlídném slovu se ušetříte natáhováním injekcí na uklidnění.

Zajímáte se o pacienta i později, když ho předáte do nemocnice?

Vždycky jsem si zjišťovala, jak na tom je, právě abych si ověřila, jestli moje diagnóza byla správná.

Stalo se vám někdy, že jste si nevěděla rady?

Ani ne. Ten pocit si nemůžu dovolit, paralyzoval by mě. Vždycky se dá něco vymyslet. Já si řeknu: „Dobře, nevím, co mu je. Ale vidím objektivně, že jsou vážně ohrožené jeho životní funkce.“ To znamená, že řeším to, co zrovna vidím. A je mi jedno, že nevím, co je za tím, protože to v té situaci ani zjistit nemůžu.

Bývají statečnější zranění muži, nebo ženy?

Řekla bych, že to není dané pohlavím, spíš charakterem. Rozdíl jsou obrovské. A co je zajímavé, když jsem ošetřovala děti, všimla jsem si, jak bývají dokonalým otiskem svého rodiče.

Co vlastně bývá v horách nejčastější příčinou úrazů?

Já myslím, že úrazy jsou normální součástí aktivit na horách. To není tak, že by někdo něco dělal špatně. To je, jako kdybyste se ptala, co člověk dělá špatně, že má občas rýmu. Statisticky vychází na tisíc lyžařů dva a půl zraněného denně. A z těch dvou a půl jen mizivé procento potřebuje do nemocnice. Takže to je úplně normální. Zkrátka se nám všem může občas stát, že se zraníme.

Vy prý při lyžování nenosíte helmu.

Já mám helmu jen na motorce. Nepřijde mi nijak praktické ji nosit při sportu. Ono nic není černobílé: kdo má helmu, tomu se nic nestane, a kdo ji nemá, tomu ano. Jsou studie poukazující na to, že ti s helmami se chovají agresivněji. Má to logiku: člověk má v helmě utlumené smysly, nevnímá moc okolí a dává mu to falešný pocit nezranitelnosti. Takže lidé v helmě jezdí riskantněji.

Setkala jste se jistě i s tím, že někdo zemřel. Prožíváte to? Berete to jako své selhání?

Ne. Vůbec. Pro mě je smrt – je to zvláštní – vlastně podružná věc. Já vidím tíseň toho zraněného člověka, musím dělat soustředěně a precizně svoji práci – ulevit mu a zastavit ničivý proces poranění. Ale nejsem všemocná. Pro nás záchranáře je důležité, abychom měli dobrý pocit z toho, co jsme udělali. A jestli ten člověk nakonec umře, nebo ne, už není naše věc. My jsme jen takové výhybky v jeho osudu.

Mimochodem, je to pro vás nějaká výhoda, být psychiatrova dcera? Notabene dcera psychiatra se známým jménem?

Já to tak vůbec nevnímám. Já jsem dcera svého otce. A jestli je psychiatr, o tom já nic nevím. Já jsem s ním v práci nikdy nebyla. A k tomu jménu – já jsem s tátou nikdy nebyla v konfliktu, respektujeme se. Ale nikdy jsem se taky nepotýkala s tím, že by to jméno byl nějaký můj punc.

Jak jste se dostala k horolezectví?

Hory mám ráda odjakživa. Strávila jsem dětství v Podještědí, kde jsme měli chalupu. Ještěd je hezký

kopec, pořád mě fascinuje. A pak jsem chtěla objevovat nějaké další kopce.

Prý jste byla svérázná už jako dítě. Například jste odešla na tři dny do lesa a živila se jen tím, co jste našla.

To je pravda. Nebo jsem se taky zahrabávala.

Jak, zahrabávala?

Jednou na silvestra jsem vylezla sama někam do hor, vyhrabala si záhrab, protože jsem chtěla vyzkoušet, jestli se v tom dá spát. A dá.

Kolik vám bylo?

Tohle moje období, kdy jsem lezla po horách a vymýšlela takové věci, bylo tak mezi mým patnáctým a třiadvacátým rokem.

Jste samotářka?

Jak to myslíte? No člověk chodí v horách většinou s někým nebo s partou. Málokdo jde sám. Já proti lidem nic nemám, mám spoustu přátel a je mi s nimi dobře. Ale na druhou stranu mi nevdá přespat sama v lese. Neřekla bych, že jsem samotářka. Samotáře si představuji jako člověka, který se vysloveně nechce s lidmi moc bavit. A to není můj případ. Ale neděsí mě být sama.

Šlo vám někdy o život?

No to asi jo. Minimálně třikrát už jsem si myslela, že jsem mrtvá. Zajímavé bylo, že ani v jednom z těch tří momentů to ve mně nevzbuzovalo nějakou úzkost nebo děs. Žádný křik o pomoc. Poprvé se to stalo při autonehodě, bylo mi třináct, byla jsem v bezvědomí. Pamatuju si, jak jsem si říkala: Aha, tak jo, jsem mrt-

vá. Trošku dřív, než jsem myslela, ale tak... uvidím, co se bude dít... Pak se to stalo dvakrát v horách. Jednou se na mě na jižní stěně švýcarské čtyřtisícovky Grand Combin shora řítily kameny. Věděla jsem, že nemám šanci dostat se dolů živá. Nejdřív mě to vyděsilo, ale pak jsem si řekla, že se nebudu koukat nahoru a nebudu nad tím přemýšlet. A přežila jsem. No a potřetí jsem myslela, že jsem mrtvá, když jsem spadla do ledové trhliny. Traverzovala jsem plató La Saleina v oblasti Trientu v masivu Mont Blancu. Bylo to trhlinové pole a já byla už k smrti unavená. Přes předposlední trhlinu vedl sněhový most. Nechtělo se mi to obcházet, vlezla jsem na něj a propadla se. Zachytila jsem se asi po deseti metrech na takovém ledovém mezimostku. Byla jsem srozuměná s tím, že jsem mrtvá. Zjištění, že mrtvá nejsem, mě překvapilo. To není možný, říkala jsem si, to je dobrý!

Jak jste se z té trhliny dostala?

Vysekala jsem se nahoru turistickým cepínem.

Musela jste si někdy sama volat záchranáře?

Právě v té trhlíně jsem o tom chvíli uvažovala. Ale stejně tam nebyl signál. Někdo ale viděl dalekohledem, jak jsem tam zahučela, a zavolal záchranáře, takže vrtulník přistával, zrovna když jsem se vykopala nahoru. Vytáhli mi aspoň batoh. Záchranáře jsem pro sebe nevolala nikdy. Ani když jsem se vybourala na motorce, v okrese Praha-západ, kde jsem pracovala jako záchranářka. Naopak jsem se hodně snažila, aby záchranáře nikdo nevolal. Věděla jsem, který kolega zrovna slouží, byl to taky motorkář, a dovedla jsem si představit, jak by se mi smál.

Na Everestu jste se dostala až do výšky 7200 metrů. Zažila jste na sobě výškovou nemoc?

Na Everestu ne. Ale zažila jsem výškovou nemoc hned na začátku svých výletů do vysokých hor, to mi bylo dvacet, na Kavkaze. Prostě jsem se vůbec neaklimatizovala a lezla na Elbrus, rovnou nahoru. Schválně. Já věděla, že dostanu výškovou nemoc, ale hrozně mě zajímalo kdy. Tak jsem šla výš a výš – a pořád nic. No a pak v sedle, v pěti a půl tisících metrech, se mi udělalo špatně. Ten průběh jsem na sobě sledovala, naštěstí jsem se nedostala do život ohrožujícího stavu. A bylo dobré, že jsem to poznala.

Vás nikdy nelákal kariéerní postup někde na klinice?

Ne. Já jsem od začátku chtěla dělat záchranářství, už když jsem šla na medicínu. A potom jsem na klinice nějaký čas pracovala, tady ta potenciální cesta byla přede mnou – ale já na to nemám povahu. A popravdě, právě teď se s něčím podobným trošku potýkám, protože vedu firmu, která organizuje mezinárodní kurzy pro horské záchranáře, lékaře a horolezce. A najednou ve chvíli, kdy se vám daří, začnete cítit ten strašný tlak. Přicházejí někdy i špatné emoce, třeba závist... A já si uvědomuju, že na nějaké soupeření či agresivní prosazování se opravdu nemám národu. A taky jak moc mám pořád ráda práci lékaře-záchranáře.

Ještě s sebou všude vozíte housle?

No teď zrovna je mám u houslaře, rozklížily se mi. Snad mi je správi. Já s nimi pořád cestuju, protože cvičit se musí, to se nedá nijak očůrat. A občas někomu zahrāju. Pod Everestem, ve výšce 5500 metrů, jsem hrála horolezcům a šerpům Dvořákovu Humoresku. Mě baví hrát v exotických destinacích Dvořáka. Ale hrála jsem

třeba i černočům ve stromové chýši v rovníkové Africe – Pabla de Sarasata a Montiho Čardáš.

Říkala jste, že vám nevádí být sama se sebou. Zjistí člověk o samotě něco o sobě?

To teda určitě. Já se moc neumím vžít do lidí – a je to většina mých kamarádů –, kteří prostě neovládají být sami. Ono totiž když máte někoho vedle sebe a přijdou špatné emoce, lehce je překryjete – řeknete o tom, kdo vám ublížil, že je to blbec, vysmějete se mu společně. Když je člověk sám, je sám i s těmi emocemi. Sám si to musí vyřešit. Což má vlastně tu výhodu, že si nemůžete dovolit uchovávat žádné negativní myšlenky, protože by vás sežraly. Kdybych se o samotě začala štourat v tom, jak je to hrozné, že mi někdo ublížil, brzo bych se oběsila. Takže člověk si to musí zpracovat a obrátit v něco pozitivního.

To se dobře radí, ale hůř udělá. Asi na to musíte mít povahu.

Někdy to musíte udělat i vědomě. Já často cestuju sama. A člověk je na cestách samozřejmě mnohem křehčí, když je sám, zranitelnější, ale taky vnímavější. Takže třeba si najednou bere věci, které by si v partě vůbec nebral. Ale to vás právě cvičí v takové vnitřní disciplíně.

Když chodíte v horách sama, nemají vás za podivínku?

To víte, že společnost vás tlačí k představě, že přece v horách člověk nemá chodit sám. Prožila jsem si pocity nejistoty i nízkého mínění o sobě, protože jsem si říkala, že zřejmě musím být špatná, když to ostatní nedělají. Až později mi došlo, že jsem se prostě takhle, s tím sólo chozením, už narodila a je to v pořádku. Když

jsem byla malá, dávali mi rodiče velkého barevného kulicha, abych byla vidět, až se zase vydám někam sama. Protože rodina šla na procházku a já se prý už ve třech letech otočila a šla jinam. Takových historek mají rodiče spoustu. Třeba jak jsem si na vrcholu Klínovce, to mi bylo asi pět, najednou vzala medvídku a prostě se rozhodla, že jdu sama. Samozřejmě jsem se uprostřed neznámých hor ztratila. Začala jsem natahovat. Ale nějací chlapi, co tam zrovna spravovali lanovku, mi poradili, abych se pořád koukala na ty sloupy od lanovky a šla podle nich z kopce dolů, až dojdu na parkoviště. Tak jsem se opravdu i s tím medvídkem prodírala maliním

pod lanovkou až dolů. Zatímco rodiče už alarmovali horskou službu. Našli mě, jak si na parkovišti na kládě spokojeně kejevám nohama.

Text vyšel v Lidových novinách 9. února 2018. V rubrice Text přinášíme úryvek z nové knihy Kristiny Höschlové Lékařem mezi nebem a horami. Zmiňuje se o ní také v rozhovoru.

TEXT



LÉKAŘEM MEZI NEBEM



A HORAMI

Lékařem mezi nebem a horami

(úryvek z knihy)

Kristina Höschlová

Avoriaz 2 Tvrdá škola

[21. prosince 2014]

Mont Blanc Helicopteres je soukromá letecká společnost, která krom jiných aktivit zajišťuje po dobu zimní sezony záchranu ve třiceti lyžařských střediscích na území mezi Ženevským jezerem a údolím Chamonix. Většina středisek je součástí oblastí Portes du Soleil a Grand Massif.

Během sezony, která zde trvá téměř pět měsíců, vrtulníky přepraví osm set až tisíc nemocných, z toho čtvrtina vyžaduje přítomnost lékaře.

Celkem 93 procent případů jsou traumata. Lehká poranění se převáží do místních zdravotních center, do nemocnic pak lékař doprovází těžší úrazy, které zpravidla vyžadují operaci či pokročilé vyšetřovací metody, jako je například CT.

Mont Blanc Helicopteres funguje v Avoriaz už od roku 1988. Od roku 2001 je kromě pilotů a navigátorů trvalou součástí týmu lékař, který zároveň spolupracuje s Centre Médical v Avoriaz.

Bydlím v jakési kajutě o velikosti třikrát tři metry v osmém patře dřevem obloženého paneláku. Ráno před sedmou sježu výtahem, obuju lyže a můžu vyrazit. Pane-

lák, jako ostatně všechny jemu podobné budovy v Avoriaz, je přímo na sjezdovce. Škoda, že jsou tu na chodbách koberce. Říkám si totiž, jaká by byla frajeřina vyjet na lyžích rovnou z pokoje.

V sedm hodin vleky nejezdí. Zato sjezdovky jsou už pohádkově upraveny. Vystoupám po nich do nejvyšší stanice ve 2500 m, kde se mohu kochat duhově řeřavým východem slunce a pohledem na mlhou zalitá údolí.

Je slunná neděle a Avoriaz plné turistů. Většina ostatních okolních lyžařských center je zavřená, čímž klesá počet potenciálních pacientů pro naše letecké zásahy.

Sněhu je málo a je tvrdý, včera si po celkem nevinném pádu jeden pán zlomil krční páteř a teď leží na neurochirurgii v Annecy.

Právě se sluníme před základnou, když mi na vysílačku volají záchranáři z nejvyšší partie ski areálu, že tam mají pána, který má křeče, zvrací a pomočil se. Spadl ve vysoké rychlosti, praštil se do hlavy a byl dvě minuty v bezvědomí. Není o čem diskutovat, beru si sedák a letíme.

Pilot Alain s kopilotem Cookiem, kterého jsem naučila říkat česky Sušenka, mě vysadí z visu a já zapadnu po kolena do navátého svahu na kraji černé sjezdovky. Sami se mezitím odporoučí na další dva zásahy nevyžadující lékaře.

Na ledové plotně leží na boku chlap, zvrací a mezi zvracením sprostě nadává – dobré znamení. Dva mladí záchranáři, kteří mohou dohromady vážit tolik co pacient, se ho snaží všemi silami udržet, aby po té ledové plotně nesesvištěl do údolí. Diagnostikují těžký otřes mozku a chci ho odsud rychle dostat do nemocnice s možností CT vyšetření.

To ještě netuším, že teď to teprve bude napínavé.

Veškeré transporty do nemocnic je třeba konzultovat s tzv. Centrem 15. Teď už vím, proč je tento pojem tolik opředen mýty, načpělými úzkostmi.

Centrum 15 je kantonální dispečink, kde sedí spousta koordinátorů, z nichž část tvoří lékaři. Dialog s centrem ovšem není jednoduchá záležitost. Po pěti minutách čekání mě přepojí na jakousi paní „supervizorku“. Mé sdělení zdá se chápe, a že prý mě brzy vyrozumí, kam poletíme. Uběhne dalších pět minut, během kterých si pacient vztekle strhává krční límec a obohacuje nás o pár nových francouzských sprostých slov míněných na mou adresu, když mu dávám do žíly protiblicí léky. Přichází další telefon z Centra 15, který sestává z dalších pěti minut čekání na přepojení. Tentokrát jsem padla na jakéhosi lékaře, jehož xenofobie vibruje z telefonu, ještě než promluví. Zaznamenáváje můj přízvuk, ihned se postaví do opozice a rozhodne se nejen nepřipustit náš let do Annecy, ale ani nenavrhnout jiné řešení. Uprostřed jeho arogantního monologu se hovor přerušuje, právě ve chvíli, kdy náš klouzající pacient vyvrhne další dávku natráveného fondue a sprchy sprostých slov na naši adresu. Zlatí kluci záchranářští, trpělivě mu utírají pusy a přidělávají znovu strhnuté fixační pomůcky.

Chlap se třese zimou, aby ne, jsme tu už skoro půl hodiny, přičemž začínám klesat na duchu. Znovu vytáčím Centrum 15, kde to pro změnu nikdo dvě minuty nezvedá. Co teď? Musíme odtud co nejrychleji. Do zdravotního centra by nás vzali hned, ale chlap potřebuje CT mozku. Do nemocnice nemůžeme, dokud nám to prokleté Centrum 15 nepovolí let.

Alain s Cookiem mezitím přistáli pod sjezdovkou a čekají, až chlapa svezou hoši na lyžích dolů a já seběhnu s batohy.

Poslední naděje – volám Bernarda, kolegu z Avoriaz, který v Centru 15 slouží a zná tamní „dobroděje“. I on nakonec potřeboval spoustu trpělivosti, aby konečně získal schválení našeho letu do Annecy. Celkem tedy zbytečných padesát minut na místě – jaké rozčarování, v centru alpské medicíny...

Je to tvrdá škola. Uvědomuji si, jak jsme u nás v Česku zhyčkaní velmi dobře fungujícím systémem přednemocniční péče. To, že tady pracuji s víceméně improvizovanými pomůckami v náročném terénu a sama, považuji za zábavné zpestření. Ale to, že kvůli nekonečným frustrujícím telefonátům nemám ani prostor tu medicínu dělat, je nový faktor, se kterým se budu muset během následujících čtyř měsíců vyrovnat.

Sotva se spolu s končícím dnem vzneseme z Annecy, výhled z okna mi dává na toto rozčarování pozapomenout a já hltám dechberoucí pohled na sluncem zlatý masiv Mont Blancu, jehož vrchol se třpytí jak vánoční hvězda. Dole pod námi se zelenají louky, lesknou modrá jezera a na útes v Avoriaz sedáme právě ve chvíli, kdy poslední paprsek zmizí za obzorem.

Avoriaz 3 První lekce improvizace

[25. prosince 2014]

Se skútreem mě baví jezdit. Když projíždím Avoriaz, občas беру kolemjdoucí nestopující stopaře. Vyplácí se to – tuhle jsem dostala voňavý koláč, když jsem souseda popovezla z pekárny.

Na základně máme dva vrtulníky – jeden lehčí, jednomotorový Écureil B2 s navijákem, a jeden větší, EC 135 – stejný jako v Liberci.

B2 je šikovný na manévry v terénu, akorát se s ním nemůže letět do městských nemocnic, protože je jednomotorový.

Často se stává, že mě pilot vysadí u zraněného malým vrtulníkem, vrátí se na základnu nebo pro jiné pacienty, jejichž transport nevyžaduje lékaře, a pak se pro mě a pacienta zas vrátí. Pokud potřebujeme zraněného transportovat do velké nemocnice, přiletí v EC 135, pokud jen do horských zdravotních center, vracíme se Écureilem.

EC 135, kterou tu teď máme naštěstí jen dočasně, říkáme „Vomi-Heli“ neboli „Blinkačka“. Máme ji půjčenou z departementu Tours (střed Francie), kde létá jako lékařská záchranka. Helikoptéra je tak dokonale naimpregnovaná starým smradem zvratků, že se nám zvedá žaludek už preventivně před každým letem. Předělali jsme ji na kabriolet, létáme zásadně s otevřenými okénky.

Stav permanentní improvizace se mi líbí. Při prvním vzletu s Vomi-Heli koukám, že Alain s kopilotkou Severine komunikují tak, že si Severine odklopí sluchátka a Alain jí řve do ucha. Nefunguje mu připojení k interkomu. Zdá se, že to není výjimečná záležitost,

protože Alainovi to ani nestojí za komentář a se svým nekonečně flegmatickým přístupem jen po přistání utrousí: „Když mi něco budeš vyprávět, nediv se, že ti neodpovídám.“

Mám provizorní strategii na Centrum 15. Estelle a Quentin jsou dva mladí doktoři na stáži. Jsou moc prima a navíc toho hodně vědí, což je výhodné. Proto jsem komunikací s centrem hned začerstva zaměstnala Quentina (který mi mimochodem říká „docteur senior“, což si raději nijak nevykládám), čímž se čas mrznutí na sjezdovce o něco zkracuje.

Improvizujeme denně. Nová baterka EKG monitoru nám přijde za tři dny, teď monitor vydrží bez připojení k síti sotva dvacet minut. Lékařskou zprávu zatím píšu rukou dvakrát, zapoměly se objednat průpisové papíry. Protože vybavení záchranářského kufru historicky vytvářeli praktičtí lékaři, výběr anestetik i přístrojů je značně omezen.

Zatím si nejsem zcela jista svým postojem k situaci. Na jednu stranu to беру jako skvělé zpestření, moct dělat tu samou práci s jinými a omezenými pomůckami, na druhou stranu si říkám, že by se tu dalo dost věcí usnadnit.

Toto dilema jsem prozatím uzavřela ve smyslu zlaté střední cesty. Ráda se nechám vytrhnout ze stereotypu neobvyklým prostředím, a naopak kolegům pozvolna a nenápadně podstrkuji pár inovací.

Oni jsou zato mistři neinvazivní traumatologie. Mám pocit, že mají i rentgenové oči. Vzhledem k tomu, že jim za ty desítky let pod rukama prošly tisíce zlámaných hnát, dělají diagnostiku i přes péřovku a oteplováky. Podvědomě se to čeká i ode mne, což je nsnadná výzva. Je společensky neúnosné, abych

na sjezdovce nerozeznala luxaci ramene od zlomené hlavice pažní kosti nebo chybně diagnostikovala zlomeninu v případě přetrhaných kolenních vazů. V sobotu má chumelit, tak budu v Centre Médical studovat rentgenové snímky.

Avoriaz 4 Léčba srdečních arytmíí ve strojovně lanovky

[28. prosince 2014]

V horách napadla spousta sněhu. Ráno si proto přivstanu, abych si mohla vychutnat první sjezd smrkovým průsekem pod lanovkou. Ještě trochu posněhává, vyrazili jsme spolu s dalšími třemi kamarády a jízdu si náramně užíváme, stejně tak jako čerstvý vzduch, lehké průzračné vločky a radost ze života.

V deset hodin už parkuji lyže v šatně Centre Médical a převlékám se do bílé kamizolky. Zatím to nevypadá na letové počasí, tak se přidávám ke kolegům, kteří obsluhují příjmové ambulance.

Jsmo tu celkem tři, občas čtyři. Bernard, který má na starosti převážně praktické lékařství, Jean-Marc, doktor sportovní medicíny, a občas je tu traumatolog Marc-Hervé, šestašedesátiletý bard, jehož letošní sezona je v Avoriaz čtyřicátá.

Já trávím pět dní v týdnu na vrtulníku, den v Centre Médical a den mám volno. Kromě toho mám v týdnu dvě noční příslužby, kdy k naléhavým případům vyjždím na skútru.

Tolik zlámaných hnát, jako tady na příjmu vidím během dne, vidím u záchranky v Čechách sotva za rok.

Jsem ráda, že se můžu znovu učit pracovat s echem, sádrovat nebo před repozicí píchat anestetika přímo do zlomenin, čemuž se říká hematom blok.

I za neletového počasí se minimálně jednou denně projedu na skútru ke zraněnému na sjezdovce.

Právě když jednoho takového cvalíka s vykloubeným ramenem, které se mi nepodařilo venku zakloubit, svážíme na příjem, volají záchranáři, že kdesi mají paní – kardiačku s bolestmi na hrudi.

Alain s Cookiem a helikoptérou EC 135 (novou, která už nesmrdí) se rozhodnou pro slalom mezi trahajícími se mraky. Z vrtulníku vysedám jako vánoční stromeček: protože nám pro sněhovou kalamitu ještě nepřišla baterka k EKG monitoru, jsem vybavena kromě tří kufrů a krabičkou s trombolýzou (lék, kterým se ve Francii infarkt často léčí v terénu) i manažerským kufříkem obsahujícím ambulanci EKG. Je to takové to s přísavkami, jaké jsem vždy vídala na českých kardiologických ambulancích.

Takový soubor pomůcek má k akčnosti daleko, ač zároveň nějak tuším, že brodic se s těmi všemi batohy a kufříky hlubokým sněhem, vyvolávám dojem terminátora schopného vzkřísit i kostlivce. Ještě že přihlížející netuší, že většinu udělatek budu za chvíli opět zkoumat poprvé...

Paní je zabalená v záchranářských saních a říká, že mívá srdeční arytmie a teď ji tlačí na hrudi.

Chci vyšetřit EKG, ale ne venku v minus deseti stupních. Jsme poblíž dvou hospod – obě jsou ale narušené k prasknutí... Záchranářka Marion má geniální nápad: otevírá strojovnu lanovky, kde sice strašně hučí ozubená kola, ale je tam i celkem teplo a trocha světla.

Tuhle práci dělám sice šestnáct let, ale můžu říct, že tady mám občas pocit, jako bych ji dělala poprvé. Už jen proto si naplno vychutnávám další naprosto absurdní situaci: v lyžařských přezkáčích klečím v louži roztátého sněhu na špinavé podlaze a z manažerského kufříku vytahuji chobotnici kancelářského EKG. Za zády se mi točí ozubená kola a z kanadských saní na mě úzkostně kouká růžově vyzdobená paní Angličanka, která v třesoucích se zmrzlých rukou svírá růžový mobil a se slzami v očích mi sděluje, že prý jí na infarkt loni zemřel manžel.

Infarkt to není, ale supraventrikulární tachykardie ano. Srdce jí bije 200 za minutu.

Koukám, co vybrat z ampulkového baru, který je ještě z předchozího zásahu plný tajícího sněhu. V duchu si pochvaluji, jak je jednoduché mít malý výběr – volím všemocný diazepam, kyselinu acetylsalicylovou a dilatizem a koukám, že se paní rychle dělá líp, což dosvědčují i napojené přístroje.

Pilot Alain nemá dobré zprávy. Zatahuje se a do nemocnice v Thononu se už vzduchem nedostaneme.

Začíná tedy další štafeta – aneb jak zkusit během odpoledne co nejvíce dopravních prostředků.

Přes Centrum 15 objednávám hasiče (ve Francii dělají transport pacientů), kteří přijedou k dolní stanici vleku, kam záchranáři paní povezou na lyžích. Já lyže nemám, takže paní nechávám napospas jízdě, která do nemocnice zabere ještě dvě a půl hodiny. Pak se opět obalím svými kufříky a nasedám na sedačkovou lanovku, abych se dostala zpátky do Avoriaz.

Avoriaz 5 Polární medicína

[31. prosince 2014]

Rychle si oblékám sedací úvazek, Cookie mi narazí dělnickou přílbu a sotva dosednu na lavici vrtulníku Écureil B2, už jsme ve vzduchu a míříme ke krásnému ostrému hřebínku Bassachaux. Když ho míváme, jako bychom škrtali o špičky smrků, které dávají jeho ladné linii vyniknout na obzoru, a hned za ním se zhoupneme do doliny Chatelu.

Než se naděju, už visím mimo vrtulník, Cookie mě vyhodil na navijáku ven, a pak si vychutnávám krásné, žel krátké klesání na laně. Vůkol mrazivé a třpytící se hory a pode mnou sněžná pláň kus od sjezdovky. Dopadnu do duchny čerstvého prašanu a zabořím se i s batohem po bradu. Hoši, jako vždy, odlétají kamsi za jinými pochůzkami a mně trvá notnou chvíli, než se v lehkém sněhu vyhrabu do svislé polohy. Dokonalý brouk chrobák. Pacientka je ode mě sice padesát metrů, stojí mě ale dalších pár minut a pořádné zadýchání, než se k ní dohrabu.

Čerstvá duchna nového sněhu láká k řádění mimo sjezdovky. Je však plná pastí. Není podkladový sníh, proto pod netknutou třpytivou plání číhají ostré šutry. Právě do takového slečna narazila a teď má vytočené koleno, otevřenou ránu, ze které čučí zlomená česka. Dívka leží zabořená do sněhu, venku je minus dvanáct. Deky, do kterých ji zatím zabalili záchranáři, jí spíš kryjí výhled na díru v koleně, než aby ji zahřály.

Píchnout léky do žíly? Nápad hned zavrhuji při pohledu na její bílé, do necitliva zmrzlé ručky.

Vytahuji tedy z kapsy MAD (mucosal atomization device), což je taková stříkačka, která rozprašuje a kterou se dají léky aplikovat do nosu.

Ve Francii tuto skvělou věc nikdo nezná. Už týden sháním distributora, přes kterého bychom MADy objednali. Zatím marně – proto je budeme pašovat z Česka. V kapse mám jednu jedinou stříkačku, kterou jsem si z domova přivezla a každý večer ji resterilizuji k dalšímu použití.

Zatímco léky v nose holku omamují, přemýšlím, jak ji z hluboké díry ve sněhu vytáhneme a srovnáme do transportovatelného tvaru.

Rozhodnu se využít čtyři přihlížející lyžaře a dle příruček první pomoci je rovnám vedle omámené a třesoucí se pacientky. Svízel je v tom, že každý mluví jiným jazykem, chvíli si říkám, že kdybych mluvila česky, bylo by to asi jedno. Lyžaři ale očividně příručky první pomoci znají, proto chápavě asistují při rovnání poraněné.

Zatímco záchranáři dívku stahují na saních na spodní DZ (Drop Zone, rolbou upravená plošina k přistání), mě – jak pytlík od čaje – vytáhne pilot Seb s kopilotem Cookiem do vzduchu a položí na místo, kde se nakonec potkávám s pacientkou a naším druhým vrtulníkem. Je to EC 135, která má dva motory a může do města.

Vzhledem k tomu, že takové historiky jsou časté, chodím už do práce vybavená jak na expedici. Nejednou jsem už pěkně promrzla a vyhládla.

Hrabání ve sněhu je koneckonců má každodenní pracovní náplň. Všimla jsem si, že pilotům nevadí vrtulník zabořit po kabinu do prašanu, dokonce bych řekla, že se v tom vyžívají (dokud jim hluboký sníh nezacloní výhled). Pro mě to znamená výsadek po pás a pak hrabání

a padání, což občas vzbuzuje soucitnou účast i u pacientů. Navzdory dekoru, který se snažím navenek zachovávat, musím říct, že ve mně toto rochnění vyvolává spíš pobavení a jakousi dětskou radost – už jen proto, že to považuji za další úžasné zpestření lékařského řemesla.

Vzhledem k popsanému pracovnímu prostředí jsem se rozhodla upravit vyšetřovací postupy. Pacienti jsou oblečeni do důmyslně zastrkaných pěti vrstev oblečení, navíc při mém příchodu už na kost zmrzlí. Tlak neměřím, oběh hodnotím podle pulzu. Další rozhodnutí činím podle: „Kde vás bolí? Zahýbejte rukama a nohama.“ Zlomeniny se dají poznat přes bundu. Je v bezvědomí? Úraz hlavy. Je v bezvědomí a špatně dýchá/má rychlý pulz? Asi vnitřní poranění. Dost napomůže výpověď svědků, jak se pacient kutálel a do čeho všeho narazil.

Prostředí kovaných bardů horské traumatologie, kterým pacienty svážím, mě nutí rychle se učit. Naštěstí snadno získávám zpětnou vazbu o konečné diagnóze, což je bezvadné.

Někteří z vás reagovali na zprávy o ne zrovna ideálním přístrojovém a lékovém vybavení rozčarováním, co že to je za válečnou medicínu.

Rozčarování nesdílím, myslím, že pacienti to zas tak nepocítí. To, že jim píchám morfin místo fentanylu, je jim snad jedno, a že místo jednoho rychlého EKG přístroje mám tři zašmodrchané, také nepoznají. To vše je problém, který se víceméně týká jen mě.

Připadám si jako filtr, který zpracovává neobvyklé a často nelehké výzvy, aby nakonec vyplivl slušnou péči o pacienta. Pravda, ne vždy je ta péče zrovna elegantní, ale zas si říkám, když je špatné počasí, vrtulník neletí a doktor není k dosahu, taky nakonec přežijí. Člověk zapadlý do díry desítky kilometrů od civilizace halt

nemůže očekávat zástup univerzitních expertů s jednotkou intenzivní péče na zádech.

Je poslední den roku. Do práce jezdím většinou na běžkách, proto ještě, spolu s řevavým západem slunce, jedu po službě projet nádhernou stezku na hřebenu Joux Verte lemovanou osamělými smrky. Na obzoru ční Point de Nyon, Point Percé, Nantaux a La Grange a nad Avoriaz se rozsvěčují první hvězdy. Z hor vyzařuje ne skutečný klid a silvestrovský cirkus v centru Avoriaz se mi zdá jak pohádka od Disneyho.

Avoriaz 6 Hra na tenkém ledě

[6. ledna 2015]

Poslední noc byl úplněk. Předvedl se nám zaznamenaníhodným způsobem, když se vyhoupl nad vrcholky hor jak obrovský lampion. Barvu měl oranžovou, to díky rudě žhnoucímu obzoru na západě. Je šest hodin večer a my vrtulníkem jak kosmickou lodí prolétáme věncem ostříbřených štítů, které nám v poslední fázi návratu odkryjí vrchol nejvyšší, Mont Blanc.

Jsou slunečné dny a mrazivé noci, proto lyžaři na ledových plotnách hojně padají. Denně teď máme třináct zásahů, z čehož většinu tvoří vyvrácená kolena, vykloubená ramena, zlomené klíčníce a podobná poranění, která nevyžadují lékaře. Mě záchranáři volají k pacientům s těžkými zlomeninami, pády s trvajícím poruchou vědomí nebo netraumatologické problémy.

Už jsem se naučila, že hluboký sníh dělá vyvrácená kolena, zato tvrdé plotny těžké otřesy mozku a zlome-

né stehenní kosti. Na ty máme figl – na sjezdovce jim pícháme femorální bloky. To znamená, že se v tříslé zasáhne nerv inervující stehno a vpraví se k němu anestetikum. Sice tuším, že vzhledem k píchání „naslepo“ není umrtvení stoprocentní, ale k utlumení bolesti pro další hodiny handrkování po spádových nemocnicích je to prima.

Běžný zásah vypadá asi takto: vrtulník mě vysadí na nějakém vymrzlém severním svahu, kde teplota těžce kontrastuje se slunečnou pohodou lehátka před základnou. Zraněný leží na ledu, je přikryt záchranářskou dekou a třese se zimou. O vyšetření zlomeniny se snažím pohmatem pod vrstvami bund a oteplováků. Jen málokdy si jsem jistá, zda je končetina jen vykloubená, nebo k tomu i rozlámaná. Ono to ale celkem hraje roli, protože vykloubeniny jdou do zdravotních center, kdežto složitější zlomeniny do nemocnic.

Pak pacienta omámím léky do žíly nebo do nosu a popřípadě píchnu femorální blok. Do toho musím vyplnit pacientovy nacionále (ze 70 % jsou to cizinci), napsat lékařskou zprávu, vykecávat se s Centrem 15 a zároveň průběžně komunikovat na dálku s pilotem, který mě informuje ohledně měněního se počasí a já zas jeho o požadavcích na dopravní prostředek. Zrovna dnes mi telefonování vzalo padesát minut, když jsem ráno v mrazničce ski areálu Grande Terge našla hochu s rozbitou hlavou a těžkým otřesem mozku.

Mám další figl – nepohodlí a mrznutí pacientů kompenzuji utěšováním, povzbuzováním, hlazením dětských tváříček a utíráním nudit. Moc víc toho nezmůžu, dobře to funguje a aspoň nemusím hrabat v batohu pro další léky. A kdo ví, třeba má můj český přízvuk nějaké léčebné kouzlo.

Ono to léčení samo o sobě totiž vůbec není složité, ale upřímně na mě silně doléhá spíš tíha zodpovědnosti, když musím s tak limitovanými prostředky udělat stěžejní rozhodnutí o konečné destinaci pacienta.

Hodina po poledni, slunečná zahrádka narvané hospody uprostřed sjezdovek. Záchranáři mě volají k pánovi, kterému se udělalo nevolno. Usměvavý sedmapadesátiletý Angličan se prý léčí se srdcem a před osmi lety měl infarkt. Vyrazil prý poprvé po třiceti letech na lyže a ta námaha mu nedělá dobře. Udělalo se mu údajně chvíli nevolno, ale teď už je to zas všechno dobré. Na hrudi ho nebolí a nebolelo. Srdce mu bije pravidelně, tlak má jak junák a já na něm nic podezřelého neshledávám. Mám mu měřit EKG? V podmínkách vytopené sanitky ano. Tady to ale znamená jej do půl těla svléct uprostřed narvané venkovní restaurace, navíc oslněna sluncem na monitoru sotva něco vidím.

Stav uzavírám jako prekolapsový a vzhledem ke kardiologické anamnéze ho svážíme k dovyšetření do zdravotního centra v nejbližší vesnici. Za pár hodin mám zpětnou vazbu: byl to infarkt jak vyšitý... Pro pacienta sice vše dopadlo dobře, následně byl dopraven do kardiocentra v Annecy, mě ale mrazí při pomyšlení, že se mu kdykoliv během překládání z heliportu do zdravotního centra mohlo zastavit srdce.

Je to tvrdé ponaučení, které mi přikládá pár kilo navíc k nákladu nových výzev, které jsou mi tady prostřeny. Je to jedna velká hra na tenkém ledě – mezi tak omezenými vyšetřovacími možnostmi a maximální zodpovědností pro konečné rozhodnutí.

Zároveň si říkám, jak je na světě všechno dobře zařízené. Mé ranní a večerní projížďky na lyžích mi, v obklopení nekonečně klidných a krásných hor, vždy dávají odlehčit notnou část z tíhy toho nákladu čerstvě prožitých příběhů.

Avoriaz 7 Měsíc na planetě lyžařů

[16. ledna 2015]

Dělám bilanci po měsíci: záchranáři se už konečně odnaučili mi vykat. Piloti si už zvykli na moje švihadlo a dokonce si ho začali půjčovat a baví mě groteskními sestavami, které v těžkých pohorkách předvádějí. Pes Bubu si na švihadlo už také zvykl, neštěká, jenom ho občas chytá packou.

Byla tu dost cítit bariéra mezi „lékařem“ a „ostatními“, kterou se snažím cihlu po cihle rozkládat, protože být schovaný za bariérou je trochu smutné.

Stříkačky do nosu jsou už konečně na cestě. Většina přístrojů už funguje a větší část záchranářského vybavení se mi podařilo upravit tak, aby mě nestresovala. Na ten zbytek jsem si našťestí zvykla – motivována moudrem, že evolučně přežívají jen ti nejpřizpůsobivější jedinci.

Dobrodějové z Centra 15 si už také zvykli na můj přízvuk a toho experta, který se pořád staví do opozice, slušně posílám do háje.

Daří se mi dostat na lyže jednou týdně a občas i ráno, když chumelí a nelétá se. Můžu říct, že skiareálem jsem okouzlená – ač prý sněhové podmínky na zdejší poměry stále nejsou ideální, dá se tu blbnout od rána do večera a užívat si výhledů od masivu Mont Blancu po Ženevské jezero a pohoří Jura na obzoru.

Medicína tady rozhodně není sedavé povolání, což mně ani nevadí, protože se mi tak občas poštěstí povozit se na lyžích i v pracovní době.

Pátky bývám v Centre Médical. Ráno si ještě jedu zalýžovat, pak zaparkuju lyže v šatně a převléknu se do bílého „pyžama“. Ve chvíli, kdy kolega Bernard, který ten

den slouží leteckou, loví ze strže kluka s rozlámanou stehenní kostí, páteří, otřesem mozku a hypotermií (31°C), volají záchranáři do Centre Médical, že potřebují doktora k dalšímu člověku. Prý byl v bezvědomí, teď se probírá, ale má porušenou hybnost pravé části obličje a bere prý léky na ředění krve (které u úrazů hlavy zvyšují riziko krvácení do mozku).

Takže zas natahují mokré oteplovací a vydávám se na lyžích na základnu vrtulníků. Počasí je vrťkavé, mlha houstne a vítr sílí, vrtulníkem to už nepůjde. K jízdě za pacientem proto vystřídám kromě lyží další dva dopravní prostředky – skútr a kabinovou lanovku.

Opět strojovna lanovky a moje špinavá kolena. Pacienta posílám dál do nemocnice sanitkou, a když se vracím zpět na útes Avoriaz, volají záchranáři, že mi do horní stanice lanovky svezli dalšího zmateného promrzlého lyžaře s rozbitou hlavou.

Skoro polovina našich pacientů jsou Angličané. Jsou bodří a vcelku trpěliví. Přes Vánoce se tu zase vylodila půlka Paříže, což bylo znát dle ukňouraných paniček s ohromnými okuláry značky Gucci. Navzdory tomu, že rubl zeslábl o polovinu, přijelo sem také mnoho ruských dovolenkářů. Mezi nimi i zarputilý mladík Denis s roztrženou slezinou, kterého jsme v šoku převáželi do traumacentra v Annecy. Šestiletého moldavského chlapečka jsem se kromě rajského plynu snažila rozptýlit básničkou „Raz dva tri čtyre pjať, vyšól zájčik paguljať“, když jsem mu sešívala roztržené obočí. Na jeho fňukání nakonec nejvíc zabralo, když jsem mu ukázala svoji jizvu na stejném místě, kterou jsem utržila, když mi byly tři roky.

Opálená Jihoafričanka, jejíž vykloubené rameno se nám nepodařilo zakloubit ani pod koňskými dávkami narkotik. Tmavý Afričan, kterému se při pluhování roz-

jely nohy, natáhl si vazy, vypadalo to, že umírá, a hystericky mě začal mlátit, když jsem mu chtěla dát do nosu analgetika. To mě uklidnilo, že rozhodně neumírá, a nemohla jsem se ubránit vzpomínce na film popisující lyžařské zážitky jeho krajanů.

Během jedné večerní služby jsem přijímala Supermana. Přišel v modročervené kombinéze a fňukal. Létaující pozice se vztyčenou paží je bohužel ideální k vykloubení ramenního kloubu, což jsme diagnostikovali ode dveří. Pak se nám rozplakal, že chtěl být fotbalistou, místo toho tu hraje každý večer divadlo, jak létá, a teď má kvůli zranění po kšeftu.

Život v Avoriaz je jako na jiné planetě. První večer, když jsem dorazila, mi Bernard řekl: „Mně ta sezona vždycky přijde jako expedice na lodi. V prosinci se naložíme a v dubnu vystoupíme.“ Má pravdu, i ten pokojík v desetipatrovém baráku, kde bydlím, je jako kajuta. Na rozdíl od transoceánské plavby ale můžu co ráno a večer z „lodi“ vystoupit a užít si ticha nehybných a věčně klidných hor.

Knihu Kristiny Höschlové Lékařem mezi nebem a horami vydalo nakladatelství Galén (www.galen.cz) koncem roku 2017.

A black and white photograph showing two figures made of mud or clay. The figures are positioned in the foreground, with one slightly behind the other. Both figures have a somber expression and are wearing thick, dark chains around their necks. The chains are connected to a concrete wall on the right side of the frame. The background consists of a rough, uneven ground surface with some sparse vegetation and a concrete ledge. The overall tone is somber and evocative.

RES PUBLICA

Železná kráva

Jiří Hanák

Máme v republice nebezpečnou epidemii. Přesto, že se stále šíří, a bez ohledu na to, že její obětí je už (s rodinnými příslušníky) pětina obyvatel, žádná z dosavadních vlád proti tomu nic podstatného neudělala.

Oné epidemii se říká různě: dluhová past, exekuční tyranie, dluhová bezmoc atd. Nacisté, když před válkou získávali cestou k moci hlasy, hovořili o „úrokovém otroctví“ (Zinsknechtschaft). Osobně bych však dával přednost termínu ze starší české literatury: železná kráva! Chalupníček si pořídil krávu, aby měl mléko a hnůj, splácí ji, splácí, doplatit se nemůže, až zjistí, že on nedojí krávu, ale ona jeho. I nastoupí bezmocný vztek a pocit ponížení.

To byla v rukou nacistů vynikající žíravina k rozleptávání demokracie v Německu a začíná jí být i v rukou extremistů v dnešním Česku. Protože člověk se železnou krávou doma a s exekučními supy přede dveřmi neřeší problémy demokracie. Řeší své ponížení, přehlížení a bezmoc. Řešení pak nachází u extremistů. Němci po podpisu smlouvy s extremistickým ďáblem říkali, že vyměnili demokracii za svobodu od hladu.

První desítky okresů, obzvláště týraných exekucemi, vévodí okresy z tak zvaných Sudet. Jako by se nad tou oblastí vznášel jakýsi temný duch místa. Už od počátku dvacátých let to bývalo semeniště extremistů hnědých i rudých a docela si rozuměli. Například „slavnou“ mosteckou stávkou horníků počátkem třicátých let (skončila krachem) vedli spolu komunisté a nacisté. A to všechno proto, že demokratická Praha ekonomické

problémy oné oblasti bohorovně přehlížela. Tož se nedivme. Po válce se tzv. Sudety zplundrovaly a rozkradly, ačkoliv majetek odsunutých Němců měl sloužit jako reparace. Nedivme se podruhé. A to, co se tam za vlády komunistů přece jen vybudovalo, zmizelo ve vichru divoké tunelářské privatizace devadesátých let. Tož se nedivme potřebí.

Divme se však dvěma věcem. Zprvč proč ani jeden z finálních prezidentských kandidátů neudělal ve své kampani z oné exekuční hrůzy jeden ze svých úhelných bodů? Profesor Drahoš asi proto, že se nestačil orientovat. A milovaný ochránce dolních deseti milionů? On pro ně neudělal nikdy ani to, co by vrána na ocase unesla. Proč mrhat zbytek zdraví, když „dolní lid“ ve své bezmoci v něm vidí dobrého cara, kterému jen parchanti kolem brání v konání dobra?

Nejvíce bychom se však měli divit sociální demokracii. Téma „železná kráva“ bylo a je pro ni jako stvořené. Neudělali nic a nic od nich nečekejme. Dštili nesmyslné nadávky, hádali se a budou se hádat, kdo rychleji a výše vyšplhá Miloši Zemanovi do prodloužených zad. Takže problém železná kráva už dopředu přenechali panu Babišovi, aby si na něm nasbíral body. Což on svou populistickou ekvilibristikou nepochybně učiní.

Pane Bože, kdy toto všechno a jak skončí?

Autor, doyen českých politických komentátorů, publikoval text jako Poslední slovo v Lidových novinách 17. února 2018.



Obyčejný totalitarismus

Jiří Přibáň

Když se kanadský filosof a politik Michael Ignatieff v televizním rozhovoru pro BBC v roce 1994 ptal slavného marxistického historika Erica Hobsbawma na jeho ortodoxní podporu komunismu, Hobsbawm diváky šokoval poznámkou, že smrt miliónů sovětských občanů, kteří se stali oběťmi stalinského teroru, by stála za to, pokud by se podařilo vybudovat skutečnou komunistickou společnost. V době všeobecného opojení z rozpadu komunistických režimů v zemích sovětského bloku a z konce studené války, která s sebou vedle bipolárního uspořádání světa nesla také neustálé nukleární ohrožení, tr-

val Hobsbawm s chladným odstupem na tom, že masové vraždy a utrpení jsou univerzálním znakem moderní doby, a proto by i revoluční násilí bylo v pořádku, pokud by vedlo ke zcela novému sociálně spravedlivému řádu.

V jiném rozhovoru z pozdější doby na otázku novináře a historika Iana Burumy, co si myslí o zvěrstvech, krutostech a systematickém vyvražďování inteligence, rolníků a dalších společenských skupin, jakého se dopouštěli Stalin, Pol Pot nebo Mao Ce-tung, jen suše odpověděl, že ty desítky miliónů zavražděných nebyly zrovna neekonomičtějším řešením.

Tuto cynicky otažitou roli nezaujatého historika však Hobsbawm kombinoval s velmi osobním odůvodňováním vlastního komunistického přesvědčení, když opakovaně tvrdil, že tomu nemůže porozumět nikdo, kdo nebyl osobním svědkem a účastníkem oněch historických chvil a událostí. Jako by víra v komunistickou společnost pramenila v niterném prožitku a emocionálním zápalu jedince a celé generace, přestože ona myšlenka a revoluční pohyb byly odůvodňovány jako součást „objektivních zákonů“ lidských dějin.

Co tedy v dnešní době znamená, řekneme-li komunismus nebo komunistický totalitní režim? Lze ho srovnávat s fašismem a nacismem, přestože se jedná o vzájemně nepřátelské ideologie se zcela protikladnými politickými cíli? A jsou to otázky hlavně pro historiky, nebo se týkají i naší současnosti? Z kritiky totalitarismu se po roce 1989 stala oslava porážky komunismu, takže se samotný pojem postupně vyprazdňoval do té míry, že ho někteří představitelé nové generace historiků dnes odmítají používat a mylně jej považují za ideologický termín z období studené války. Přitom stačí zmínit Mussoliniho oslavnou definici totálního státu, která zní: Vše uvnitř státu, nic mimo stát, nic proti státu, abychom viděli, že již před sto lety existovala totalitní kritika liberální politiky a od ní odvozené budování „nového státu“, ve kterém vládne vůdce nebo úzká elita opírající se současně o masovou podporu i represivní aparát a kde neexistuje rozdíl mezi soukromou a veřejnou sférou a všechny materiální i duchovní výtvořky společnosti jsou kontrolovány státní mocí.

Když se totalitarismem po druhé světové válce a porážce nacismu zabývala Hannah Arendtová v dnes již klasickém díle Původ totalitarismu, posloužil jí jako základ pro filosofickou kritiku modernity i jako ideální

typ popisující zcela konkrétní a historicky novou formu politiky. Někteří marxisté a stoupenci světového komunismu tuto knihu nikdy nepřijali, protože se nemohli smířit s tím, že stalinistický komunismus je v ní přímo srovnáván s nacionálním socialismem. V jejich očích toto srovnání nedávalo smysl, protože nacismus byl přece ztělesněním zla a krize humanity, zatímco komunismus byl naopak jen jiným názvem pro tuto humanitu a světlé zítřky lidstva. A ti, kdo z kritických pozic marxistické teorie stalinismus odmítali, ho často chápali jen jako jednu z mnoha totalitních tendencí modernity, jak je popisovali například Adorno s Horkheimerem v Dialektice osvícenství.

Koncentrační tábor

Ve stejné době, kdy Adorno s Horkheimerem tvrdili, že nadnárodní kapitalismus vykazuje stejné rysy panství jako národní socialismus, ovšem Arendtová zformulovala filosoficky originálnější, a především stále platnou definici totalitarismu, když ho popisovala coby extrémní formu politického existencialismu. Na rozdíl od starších tyranských nebo autoritářských režimů dokázal podle ní totalitarismus mobilizovat masy obyvatelstva tím, že jim prostřednictvím uceleného ideologického systému nabídl odpovědi na metafyzické otázky po smyslu minulosti, přítomnosti i budoucnosti.

Totalitarismus dokázal do zcela moderní politické organizace integrovat odvěké pátrání člověka po smyslu jeho vlastní existence, světa a dějin. Politicky propojil existenciální a kosmologické otázky, které kdysi patřily do světa mýtů, náboženství a filosofie. Z toho důvodu také na rozdíl od jiných represivních režimů ty totalitní dodnes nepronásledují jen odpůrce, ale zrovna tak provádějí systematické represálie i vůči svým

politickým stoupencům nebo celým skupinám obyvatel. V těchto režimech vládne ideologie a hlavním poznávacím znakem je koncentrační tábor, který není jen instancí státní represe, ale zrovna tak hospodářské a ideologické mobilizace.

V kontrastu k totálně destruktivní síle nacismu a jeho kultu rasově ospravedlněného a oslavovaného násilí zamlžuje vnitřní proměna, delší trvání a proklamovaný univerzalizmus komunistických režimů intelektuální kořeny a obecné znaky totalitarismu. Bylo by však mylné považovat pojem totalitarismu za pouhý projev ideologických sporů minulosti, který je dnes historicky a morálně nepoužitelný, a proto není důvod ho užívat v historických, politických, sociálních nebo právních vědách. Namísto toho je třeba se ptát, proč a jak dokázaly totalitní ideologie zapojit filosofii do politického násilí a represálií tak, jak se to předtím v lidských dějinách žádné jiné revoluční politické síle nebo hnutí nepodařilo. Otázky, jaké si v souvislosti s původem a typologií totalitarismu položila před skoro sedmdesáti lety Hannah Arendtová, tak zůstávají aktuální. I s jejich pomocí můžeme sledovat tři existenciální znaky každého totalitarismu, a to historický legalismus, politické spiknutí a sociální izolovanost vedoucí k osamění.

Zákon avantgardy

Hobsbawmova generace komunistů kdysi vycházela z ostrého dělení světa, v němž na jedné straně stály nacionalistické a imperialistické síly reakce a proti nim internacionální síly pokrokového lidstva, jehož byli komunisté politickou avantgardou a intelektuálními vůdci. Proti iracionálnímu chaosu a svodům moderního nacionalismu stál racionální řád komunistické vize, která naopak moderního člověka přivedla k sobě samé-

mu a naplnila současně jeho autentické bytí i historické poslání.

Vyvolenost komunistů nespočívala v příslušnosti k určité rase nebo třídě, nýbrž v tom, že na rozdíl od ostatních nedělali politiku, ale „tvořili“ dějiny, nebo spíše Dějiny. Ty také ospravedlňovaly komunistickou revoluční etiku, pro kterou představa politické důvěry a dodržování slov i pravidel symbolizovala jen slabost, zatímco neomachiavellistické svěcení prostředků vyšším účelem fungovalo coby základní norma chování.

Největší zločin spočíval v tom, když se nějaký komunista odchýlil od oficiálního kurzu Strany. Být proti Straně znamenalo být proti Dějinám, což ani historik Hobsbawmova formátu nechtěl dopustit, a proto jeho dogma nezpochybnila ani maďarská revoluce v roce 1956 nebo osud pražského jara v roce 1968, i když většina jeho kolegů a přátel postupně pod vlivem těchto a dalších historických událostí komunistickou ideologii i politiku opouštěla. Hobsbawmův životní a profesionální příběh je fascinující tím, jak se v něm projevuje paradox historika, který chce být za každou cenu na straně objektivního zákona Dějin. Takový ideologický legalismus nemá nic společného s historickou vědou a jeho platnost závisí výhradně na tom, co Karl Popper označil jako bídu historicismu.

Jen absolutní potřeba dodržovat takové objektivní zákony Dějin může také vysvětlit, proč ve stalinských procesech obžalovaní dobrovolně spolupracovali se svými vyšetřovateli, takže se nakonec obhajoba i obžaloba staly společným dílem těch, kdo páchali justiční vraždy, i jejich obětí. Právě takovou oddanost pravdě Dějin popisuje Arthur Koestler v románu Tma o polednách, který bychom mohli označit za fiktivní intelektuální dokudrama z období stalinských procesů, v němž

se hlavní hrdina a někdejší revolucionář Rubašov stále snaží vysvětlovat svou beznadějnou situaci revoluční logikou a politickou i historickou nutností, s jakou je třeba hrát dané role včetně role zločince a zrádce revoluce. Historie, jak Rubašovovi připomíná jeho vyšetřovatel a někdejší přítel i soudruh z občanské války Ivanov, je amorální a nezná svědomí nebo morální skrupule, a proto prvním příkázáním revolucionáře je „nepovažovat svět za nějaký metafyzický bordel pro emoce“. Revoluce je podle Ivanova „nejnadějnější experiment v dějinách“, který se přece nezruší jen kvůli soucitu s několika stovkami tisíc nevinných obětí! Lidstvo má údajně historické právo na sobě takové experimenty provádět, takže ani jeho přítel Rubašov, který se ocitl v roli nevinné oběti, jim nesmí stát v cestě a bránit šťastnému lidstvu v tom, aby došlo ke svému vysněnému cíli.

Trvat na tom, že i mé falešné doznání a následný trest smrti nějakým způsobem zapadají do velkolepé logiky Dějin, znamená totální triumf politického systému nad člověkem. Komunistické revoluci se tu podařilo historické vítězství spočívající v tom, že ani svým nevinným obětím neumožnila, aby s nimi ostatní měli soucit a aby se z nich stali morální hrdinové a oběti bezpráví.

Politika spiknutí

Historie, literatura, politika i reálné životní tragédie ukazují, v čem byl totalitní nejen stalinistický režim, ale již samotný revoluční komunismus. Arendtová v této souvislosti připomíná, že totalitní ideologie neznají nepřátelství, protože ho nahradily pojmem spiknutí.

Totalitarismus zná jen politiku spiknutí, která nezávisí na tom, co se ve skutečnosti děje a s čím máme zkušenost, ale mění se s ideologickými požadavky doby.

Nestačí spiknutí odhalovat, ale je třeba ho i neustále a totálně likvidovat, což v důsledku znamená stupňování teroru a toho, co Arendtová označila za tyranii logičnosti, která podle ní „začíná podrobením myslí logice jako nikdy nekončícímu procesu, s nímž člověk počítá jako s něčím, co má zplodit a zrodit jeho vlastní myšlenky“. A dodává, že „totalitní vláda může být v bezpečí jen do té míry, v jaké dokáže zmobilizovat sílu vlastní vůle člověka k tomu, aby ho vehnala do gigantického pohybu historie nebo přírody, jenž prý používá lidstva jako svého materiálu a nezná zrození ani smrt“.

Tyto věty jsou zásadní, protože odhalují důležitý znak totalitarismu, a to proměnu všech zákonů na zákony pohybu. To znamená, že napříště už neexistuje shoda ohledně toho, na čem se lidé dohodnou a co ve společnosti platí jako zákon – consensus juris. Pro komunisty se lidstvo samo stalo ztělesněním zákona, a proto všechny lidské zákony jsou samy o sobě pohybem. Když Engels nazval Marxe „Darwinem historie“, vyjádřil přesně tuto shodu mezi historismem a naturalismem, která znamená, že historický a přírodní pohyb jsou jedno a totéž a tento pohyb zůstane zákonem i tehdy, když znamená zabíjení, uchvácení moci a totální teror. Také tento teror, jak by potvrdil Hobsbawm, totiž jen plní úlohu dějinného zákona a naplňuje jeho absolutní normu. Jakákoli vzpoura proti tomuto zákonu pohybu je pokus o spiknutí, které je třeba vymýtit. Vzhledem k tomu, že pohyb je zákonem, však platí, že cokoli se kdykoli může stát spiknutím. Základní rys totalitarismu tak spočívá v povýšení teroru na zákonnost. Totální teror není jen další formou tyranické vlády, protože nejde o absenci zákona a libovůli, ale naopak o prosazení železného zákona, kterým je lidstvo připoutáno ke svým dějinám. Lidé jsou uvězněni

v zákonech přírody nebo dějin a jejich svrchovaným účelem je urychlení tohoto zákonného pohybu.

Egoismus v komunismu

Co je sociálním důsledkem totalitarismu? Paradoxně to není kolektivismus, ale izolovanost vedoucí k osamění člověka. Zatímco tyranie ničí veřejnou sféru, když vylučuje občany z možnosti podílet se na politickém životě, totalitarismus navíc ruší i sféru soukromou, a tím lidi od sebe izoluje a vyvolává v nich v důsledku pocit, že nepatří ani světu, ani sobě. Jak poznamenal maďarský spisovatel Péter Esterházy, jeden z paradoxů komunismu spočíval v tom, že pod slupkou oficiální kolektivistické ideologie vytvořil jednu z nejegoističtějších společností v dějinách lidstva. Pod prapory sbratřeného lidstva myslel člověk především na to, jak se sám a bez ohledu na druhé co nejlépe přizpůsobit daným podmínkám.

Francouzská filosofka Simone Weilová kdysi označila marxismus za nejpokleslejší formu náboženství, kterou jeho ideologové používají jako opium pro lid. Tuto variaci na někdejší Marxův výrok o náboženství coby opiu lidstva následně využil v roce 1955 Raymond Aron v knize *Opium intelektuálů*, ve které mimo jiné kritizoval pokryteckou schopnost tehdejších marxistických myslitelů kategoricky odmítat a hlasitě odsuzovat liberálnědemokratické formy vlády a společnosti – a současně zcela mlčet o zločinech a represích páchaných ve společnostech stojících podle nich na správných ideologických základech. Podobně jako Arendtová i Aron poukazoval na dogmatismus a fanatismus zaslepující marxisty do té míry, že ignorovali i jasné empirické důkazy o těchto masových zločinech. Víra v komunismus tak fungovala jako zvláštní forma sekulárního nábo-

ženství, které ovšem namísto společenství víry vytvořilo masu vykořeněných a izolovaných fanatiků neschopných kritického myšlení a politické uvážlivosti.

Osamocnost a atomizace člověka ve společnosti je odvrácenou stranou dogmatického racionalismu, jakým byl komunismus. Rakouský spisovatel Hermann Broch popisoval modernizaci a racionalizaci světa jako historický proces rozpadu hodnot, ve kterém se rozum postupně zesvětštuje, ale tím se také paradoxně stále víc projevuje a prosazuje jako iracionální síla. Takto hodnotově rozkolísaný rozum rozpoutává i „němotu iracionálna“, která podle Brocha končí v bezobsažné a dogmatické hře konvencí.

V dnešní době není totalitarismus bezprostřední ideologickou hrozbou, reálné riziko však představuje ve spojení s novými technologiemi. Podíváme-li se na současnou komplexní společnost, zjistíme, že tři existenciální znaky totalitarismu v ní snadno najdeme a že se jim daří právě v prostředí moderních technologií. I dnes osamělí a izolovaní lidé věří nejrůznějším teoriím spiknutí a jejich odhalováním údajně jen potvrzují přírodní nebo historické zákony, které určují vývoj lidstva.

Myslím, že nejúčinnější odpověď na toto existenciální volání po novém totalitarismu můžeme najít právě v závěrečných větách Brochových *Náměsíčníků*, ve kterých se z temnot racionálního světa bez hodnot ozve „hlas člověka a národů, hlas útěchy a naděje a bezprostředního dobra“, který čtenáři řekne: „Nedělej si nic zlého! Vždyť jsme tady všichni!“

*Jiří Přibáň (*1967) je právní filosof, působí na univerzitě v Cardiffu. Text byl otištěn v Salónu Práva 2. února 2018.*



Česko je zemí morálního bezvědomí

Petr Honzejk

„Takže Andrej Babiš nebude premiérem?“ dotázal se autora tohoto textu zahraniční novinář, jako by si jen ověřoval hotovou věc. „A proč by neměl být?“ zněla překvapená reakce. „No, protože je definitivně soudně potvrzené, že spolupracoval s komunistickou tajnou policií. To jako u vás v Česku nevádí?!“ „No... popravdě řečeno... nevádí,“ začervenál se autor.

Rozhovor ilustruje hloubku příkopu, který nepozorovaně vzniká mezi Českem a západním světem. Zatímco například v Německu by bylo těžko představitelné,

aby v čele vlády zasedl člověk, který byl agentem komunistické Stasi, u nás je spolupráce premiéra s StB většinou lidí šumafuk. Voliči o Babišově škraloupě věděli a ani to s nimi nehnulo – Babiš dostal skoro 30 procent hlasů. A politické strany, které s ním nechtějí vládnout, zmiňují jako zásadní problém jen jeho trestní stíhání kvůli dotačnímu podvodu. O spolupráci s StB už neztratí ani půl slova. Česko se nepozorovaně propadá stále hlouběji do relativismu a rezignace na morální kritéria politiky.

Pro pořádek dodejme, že právně vzato nic nebrání tomu, aby spolupracovník komunistické tajné policie byl předsedou vlády České republiky. Ještě v roce 2014 sice viděl leckdo problém v tom, že se ministrem financí stává právě Babiš, tedy člověk, který nemůže předložit negativní lustrační osvědčení. Jenže normy, které mezitím vstoupily v platnost spolu se služebním zákonem, jasně říkají, že lustrace se vztahují pouze na vedoucí úředníky státní správy, nikoli na ministry a jejich náměstky. Je sice poněkud paradoxní, že se v demokratické zemi těší vrcholoví reprezentanti státu vyšší benevolenci než jejich podřízení, zdálo by se, že je to spíš byzantská praktika, ale zkrátka je to tak. Jak říká úsloví: Co je dovoleno Jovovi, není dovoleno volovi...

Hlavně je ale potřeba přiznat si realitu. A ta je taková, že Babišovým voličům by bylo úplně jedno, kdyby se ukázalo, že jejich idol byl spolupracovníkem čehokoli. V loňských volbách jasně promluvila část společnosti, která je tak či onak nespokojená s vývojem po listopadu 1989. Přestože je na tom Česko objektivně nejlépe v historii, převážila navrčenost na demokratické politické strany, které nedokázaly většinu přesvědčit, že zajistí fungování státu a také rychlé dohánění Západu, které si lidé vysnili. Takže značná část voličů uvěřila Babišovi, že to prostě zařídí. A dala mu bílko šek.

Proto také Babišovi nedá žádnou práci odrážet veškerou kritiku tím, že je to „kampaň“, „spiknutí mafie“ a podobně. Není asi přesné říkat, že většina Čechů věří tomu, že existuje globální antibabišovské spiknutí, které sahá od soudů v Bratislavě, které ho odmítly vymazat ze seznamu spolupracovníků StB, přes českou policii a státní zastupitelství, které ho viní z dotačního podvodu, až po bruselský úřad OLAF, který konstatoval, že dotace na Čapí hnízdo byly s odpuštěním šmářko. Větši-

ně Čechů je to ale prostě a jednoduše úplně jedno. Dávnější minulost je zapomenutá, nedávná minulost ignorovaná, současnost vylepšená hromadou koblih. To vše ve jménu Babišem slíbené zářné budoucnosti. Je to trochu podobné, jako když lidé v polovině minulého století ve jménu šťastných zítřků zavírali oči před „přehmaty“, ale to už je dávno, takže kdo by na takové průměry dal. Vždyť víme, je to kampaň!

Výsledek? Definitivní soudní potvrzení, že Babiš byl spolupracovníkem StB, nebude mít na českou politiku zřejmě žádný velký vliv. Prezident Miloš Zeman už dal najevo, že vlastně o nic nejde a Babiše jmenuje premiérem podruhé. Sociální demokraté dost pravděpodobně všechno skousnou, vstoupí do vlády, komunisté zajásají, podpoří ji a bude to. Politický provoz pojedje dál v duchu toho, čemu Babiš říká pragmatismus.

Stejně je ale potřeba říci: Pokud je premiérem člověk, který je obviněn z podvodu a je evidovaným spolupracovníkem StB, není to zcela normální. A pokud navíc tento člověk dokola vykřikuje, že všichni kolem jsou zloději, podvodníci a mafiáni, a cítí oprávnění dávat komukoli školení z morálky, je to ještě horší. Protože k tomu může dojít jen v zemi, která upadla do morálního a historického bezvědomí.

Místopředseda pirátů Mikuláš Ferjenčík na Facebooku napsal: „Česko 2018: Trestně stíhaný, soudem potvrzený agent StB je předsedou vlády. Neztrácíme naději, před svítáním bývá nejtemněji.“ Díky třicetiletému Ferjenčíkovi za optimismus. My starší ale bohužel víme, že se možná teprve začalo stmívat.

Autor je komentátorem Hospodářských novin, v nichž text vyšel 14. února 2018.

Hospodská „pravda“ o táboru v Letech

Ondřej Vaculík

Onehdy jsem zhlédl na „čtyřiadvacítce“ České televize diskusní pořad, jehož záměrem bylo objasnit historii a poslání Kárného pracovního tábora v Letech u Písku, dobrat se pravdy. Tábor vznikl nařízením protektorátní vlády z července 1940 na základě už dřívějšího vládního rozhodnutí, ještě před naší okupací Německem, o převýchově rizikových skupin obyvatel.

Do konce roku 1941 prošlo táborem v Letech 770 osob, z nichž Romů nebylo ani padesát. „Cikánským“ se tento tábor stal od srpna 1942, kdy se status tohoto zařízení změnil, a podmínky se zpřísnily, a tábor vskutku sloužil k soustředování Romů, povětšinou určených k deportaci do táborů vyhlazovacích.

Podle evidence táborem prošlo více než tisíc tři sta osob, více než pět set jich skončilo v Osvětimi, přímo v táboře v Letech jich zemřelo více než tři sta, většinou na tyfus, jenž se jako epidemie rozšířil táborem na konci roku 1942. Pak byl lág obehnan vysokým dřevěným plotem s ostnatým drátem a hlídán ozbrojenými strážemi. V srpnu 1943 byl tábor uzavřen a posléze vypálen.

I z těchto několika údajů, historicky doložených, je jasné, jak strašné podmínky v táboře panovaly a jakému zlu sloužil. Vzhledem k utrpení lidí, kteří v něm živořili, není podstatné, jestli tábor budeme nazývat koncentrákem, táborem kárným, pracovním, cikánským táborem nebo jinak. Prostě koncentroval lidi, oddělené muže, ženy i děti, tedy tak, aby jich co nejméně zůstalo naživu – s pomocí táborů vyhlazovacích. Údajně nepřežilo ani jedno dítě, které se v táboře narodilo.

Oné televizní debaty se účastnil archeolog Plzeňské univerzity Pavel Vařeka, ředitelka Muzea romské kultury Jana Horváthová a Martina Lehmannová, ředitelka Památníku Lidice (jména jsem dodatečně dohledal, snad opravdu ony se debaty účastnily). A ještě historik, jehož jméno mi uniklo. Všichni se snažili obeznámit diváky s pravdivou historií tábora a přesvědčit pochybující diváky o tom, že toto truchlivé místo si vskutku zaslouhuje, aby z něj byl odstraněn vepřín ze 70. let minulého století, jehož areál opravdu zabírá většinu plochy tábora, jak archeolog Vařeka upřesnil.

Z hlediska objasnění historie tábora v Letech byla taková debata užitečná a hodna veřejnoprávního média, ale vzhledem k jeho obětem vlastně ponižující. Snaží se uvádět na pravou míru pomýlené výroky některých politiků, například Andreje Babiše: „To, co píší v novinách ti blbečci, že tábor v Letech byl koncentrák, to je lež, byl to pracovní tábor; kdo nepracoval, šup a byl tam.“

Těm však nejde o hledání pravdy a nepomohlo by, ani kdyby vznikla komise historiků, psychologů a politiků, která by zkoumala, zda potenciál doložitelného utrpení obětí tábora je menší, roven nebo větší, než je výše výkupného za vepřín. Badatelský přístup ke zkoumání lidského utrpení v letském táboře je sice z historického hlediska zajímavý, ale z lidského strašný! Protože jeho smyslem je obhájit ve společnosti něco, co by mělo být naší morální povinností, o níž se nepochybuje.

Urází to nejen Romy, ale všechny, kdo těžce nesou, že ten vepřín tam pořád je, a o tom, že by tam neměl být, pochybuje dokonce i prezident jako morální autorita společnosti.

Také v televizní debatě se účastníci pozastavili nad tím, proč má společnost tendenci hrůzyplnost tábora zlehčovat a mluvit o dírách v plotě, „jimiž přece mohl kdokoli a kdykoli tábor opustit“. A tady se veřejnoprávní televize musela v rámci korektnosti uchýlit ke lži: Prý si neradi přiznáváme, že za krutý režim v táboře nenesou odpovědnost Němci, ale čeští četníci a dozorcí.

Svatá prostoto! – chtělo by se říci: A co o pár let později politické procesy, žalářování, jáchymovské a příbramské peklo, kde my, Češi a Slováci, jsme byli (až na výjimky) původci všech krutostí! Napadlo by někoho říci, že například známá věž smrti v Ostrově byla pouze jakýmsi nápravným opatřením pro zlobivé? A kdo nesouhlasil s vedoucí úlohou KSČ – šup tam s ním?

Marně archeolog Vařeka důsledně klade na stůl ohořelé kousky oděvů a historik korektně dokládá počty obětí, a velice se snaží i televizní moderátor. A čím více se všichni budeme snažit doložit to, co je otázkou morálky, tím to celé bude horší. Jaképak mudrování: Značné části společnosti je tohle všechno jedno, vadí jí něco jiného, a nyní cituji odposlech z hospody: že „kvůli cikánům by se měl bourat vepřín – a za takové peníze“.

„Každý ví,“ pravil jiný chlapík u toho stolu a upřeně mi hleděl do očí, „že vepřín je užitečnější než cikáni.“ A chtěl, abych mu přitakal a s ním se té jeho „moudrosti“ smál. Pak jiný chlapík zalitoval: „Škoda, že takový cikánský tábor zanikl, dneska by se možná hodil víc než tehdy, nepracujou, tak šup tam s nima, konečně někdo řek pravdu, sláva Babišovi!“

Může člověk argumentovat nějakou doloženou mírou utrpení? Kdyby řekl, že tam nepřežilo ani jediné dítě, voni by se snad ještě radovali, neboť to možná ani nevěděli. Nebylo tak těžké si takové chlapíky představit jako táborové dozorce. – To je tak kopnout do sebe pět fernetů a vydat se nocí směr Česká Kubice a dál.

Cítíme velikou bezmoc: co můžete dělat proti obecně sdílené pomatené ideologii? S níž mnozí politici počítají jako s hybnou silou společnosti, včetně pana prezidenta... A není ten předešlý hospodský odstavec jen dalším stupněm nejnekorektnějšího psaní? Neměl jsem také raději místo toho výstižně – a neškodně – popsat útržek ženského oděvu promořeného tyfem? Nevím si rady a vlastně se bojím, že někdo vytrhne ta strašná slova z kontextu a použije je proti mně, což se mi začíná stávat. Budu se bránit tím, že také já „patřím mezi ty blbečky, co píšou v novinách, že tábor v Letech byl koncentrák“.

Autor je publicista a místostarosta v Hořovicích. Text vyšel 28. února 2018 v Deníku Referendum.



ORBIS PICTUS ORBIS PICTUS ORBIS PICTUS ORBIS PICTUS ORBIS PICTUS

Antonín Střížek (1959)

patří k těm českým malířům, kteří se v době stále komplikovanějších uměleckých projektů, expanze konceptuálního umění a stále většího průniku moderních informačních technologií do výtvarného projevu nebojí malovat klasicky a přitom být zcela současný. Zachycuje život města i detaily a zátiší, vypovídající o lidech, kteří město (ale nejen město) obývají. Ač je známější jako malíř, patří Antonín Střížek i mezi nejzajímavější české fotografy. Je zastoupen v desítkách významných galerií i soukromých sbírkách a veřejném prostoru, pravidelně vystavuje v Česku i v zahraničí. Svými pastely a fotografiemi doprovodil výpravnou knihu věnovanou 60. výročí 3. lékařské fakulty UK „Q.B.F.F.F.S“ (Praha, 2013).



Výloha (2018)



Noční město (2017)



Peking I (2017)



Peking II (2017)



Silnice (2015)



Kavárenské zátiší (2015)



Myslíkova ulice (2008)



Krajina (1998)



Slepičí zátiší (2013)



North by Northwest (2007)



Zátiší s květinami (2008)

Post scriptum

Dejte mi pevný bod

Jaroslav Veis

„Dejte mi pevný bod a já pohnu zemí,“ pronesl starořecký matematik a astronom Archimédés ze Syrakús, když vysvětloval, na jakém principu funguje páka. Úsloví se už třiatdvacet století protlouká dějinami a jeho původní jednoznačné fyzikální určení se během času výrazně rozšířilo. Zaštiťovali se jím zejména snílci, reformátoři i revoluční despotové, když mysleli na to, jakými pákami by změnili chod dějin.

Někdy mám pocit, že mi taky chybí pevný bod. Nikoli proto, abych pohnul světem, nýbrž proto, abych se v dnešním, prý tekutém světě něm vyznal.

Jeho tekutost ještě před koncem 20. století kodifikoval v Anglii žijící polský sociolog Zygmund Bauman, když se snažil popsat pozdní moderní či chcete-li postmoderní věk, plný nejistot, protikladů a paradoxů. Jeho pojem tekutá modernita se ujal všude – a jedenadvacáté století jako by se snažilo skutečně tekutým být.

Baumanova tekutá modernita se mi připomněla den či dva poté, co jsem ukládal čísla posledního ročníku Vita nostra revue do knihovny, trochu jimi listoval a říkal si, jak skvělé je, že studenti fakulty jezdí do subsaharské Afriky i jiných koutů světa, všude, kde je zapotřebí pomáhat při odstraňování utrpení, bídy a hladu, a jak dobře je, že o tom do VNR píší.

Otevřel jsem si totiž na webu článek New York Times s dlouhým titulkem Obezita – nepředvídaná epidemie

v Keni a napříč Afrikou (27. ledna 2018). Jeho autor Jeffrey Gettleman upozorňuje na paradoxní vývoj: novým problémem nejchudšího kontinentu zeměkoule, jehož prokletím odjakživa byla podvýživa obyvatel, kde se genocidní kmenové války střídaly se suchem a hladomory, odkud lidé prchali a prchají do Evropy právě proto, že nemají, jak nasytit své děti, se stává obezita a s ní související civilizační nemoci.

Podle studie Institute for Health Metrics and Evaluation na University of Washington roste výskyt obezity v subsaharských zemích naprosto nečekanou rychlostí. V Burkině Faso vzrostl u dospělých za posledních 36 let na čtrnáctkrát, v Ghaně, Togu, Etiopii a Beninu pětkrát. Osm z 20 zemí s největším růstem výskytu obezity je v Africe.

Příčinou je ekonomický růst, jakkoli je v Africe ve srovnáním s jinými částmi světa jen ne-duživý. Je však globální a jeho hlavní nositelé, nadnárodní řetězce, už ze své podstaty neznají hranic a roztékají se ze svých mateřských zemí po všech polednicích i rovnoběžkách. Jedním z nejglobálnějších fenoménů tohoto trendu pak je šíření nadnárodních prodejních sítí s regály nabízejícími to, čemu se říká „junk food“, vysoce kalorické produkty potravinářského průmyslu s minimální nutriční hodnotou. Čím dál víc obyvatel afrických zemí se dnes sytí právě těmito potravinami – a čím dál víc z nich se

zároveň přesouvá z vesnických sídlišť do rychle rostoucích velkoměst, kde není důvod pohybovat se tak aktivně jako na venkově. Co z toho plyne, je jasné. (Navíc „junk food“ patří i vyššímu sociálnímu statutu. Neposmívejme se tomu, není to tak dávno, co se před prvními McDonaldu, které se otevíraly ve východoevropských metropolích, vinuly dlouhé fronty.)

Problém je o to složitější, že obecně jsou africké systémy zdravotnictví s vydatnou pomocí západního světa nastaveny na boj se zcela jinými chorobami, než jsou ty související s obezitou – s AIDS, malárií, tuberkulózou nebo tropickými nemocemi. Na nepřenosné nemoci jako je diabetes nebo nemoci krevního oběhu zbývá jen málo kapacit. Takže například v Keni, jedné z nejrozvinutějších zemí subsaharské Afriky se 48 milióny obyvatel je pouhých 40 kardiologů a o nic víc není ani endokrinologů a diabetologů.

Tohle je vážně problém, přičemž ten tradiční zůstává: jen o pár set kilometrů dál jsou stále největší hrozbou hladomor a s nim související epidemie infekčních chorob.

Když jsem ten článek dočetl, pustil jsem si Český rozhlas Plus. Četli v něm zrovna z tisku. Deník E 15 přinášel ten den zprávu, že naší konzervářské jedničky Hamé se podařilo konečně pořádně prorazit do Afriky. Zpráva končila větou, že českým potravinám se na subsaharském trhu začíná dařit nejen v segmentu paštik a vepřového ve vlastní šťávě. Nejvíc jsme tam loni vyvezli cukrovinek – skoro deset tisíc tun.

Napadlo mě, jestli manažeři Hamé nebo v čokoládovnách myslí na to, že by mohli alespoň část zisku ze svého globálního podnikání nasměrovat do nějakého fondu, jehož prostřednictvím by mohl být alespoň z nepatrné části financována náprava toho, co právě

spolupáchají. Možná, že by se mohli dozvědět něco od studentů a lékařů, kteří do míst, na nichž se jim právě začíná dařit, přijíždějí pomáhat. Ale to bych asi chtěl až příliš globální uvažování.

Chtělo by to fakt nějaký pevný bod.

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 28, číslo 1, březen 2018

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; Anna Ouřadová;

doc. MUDr. Hana Provazníková, CSc.; MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.; Jaroslav Veis.

Šéfredaktorka:

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

Ruská 87, 100 00 Praha 10, e-mail: vnr@lf3.cuni.cz, jolana.bohackova@lf3.cuni.cz

Grafický návrh: Carton Clan, Petrohradská 3, Praha 10

Sazba: Jan Murdych

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 šéfredaktorka

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>

