

# VITA NOSTRA REVUE

PRAŽSKÝ PŮLMARATON - STUDENTSKÁ VĚDECKÁ KONFERENCE - PROFESOR TULSKÝ O PALIATIVNÍ MEDICÍNĚ  
- VÁLEČNÁ MEDICÍNA - SEPSE A ANTIBIOTIKA (JIŘÍ BENEŠ, MARTIN MATĚJOVIČ, FILIP PRUŠÍK) - ROZHOVOR  
S PORODNÍKEM RADOVANEM VLKEM - MICHAL ANDĚL: JAK VNÍMÁ RIZIKO SOUČASNÁ ČESKÁ SPOLEČNOST -  
TOMÁŠ ŠEBEK: AFRICKÁ ZIMA. V JIŽNÍM SUDÁNU S LÉKAŘI BEZ HRANIC - JARMILA ŠTUKOVÁ: ŽIVOT VE VÁLCE

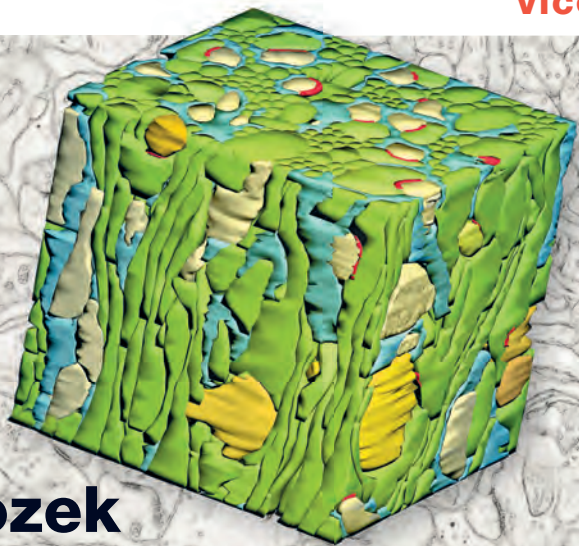
# vesmír

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](http://vesmir.cz/predplatne)**

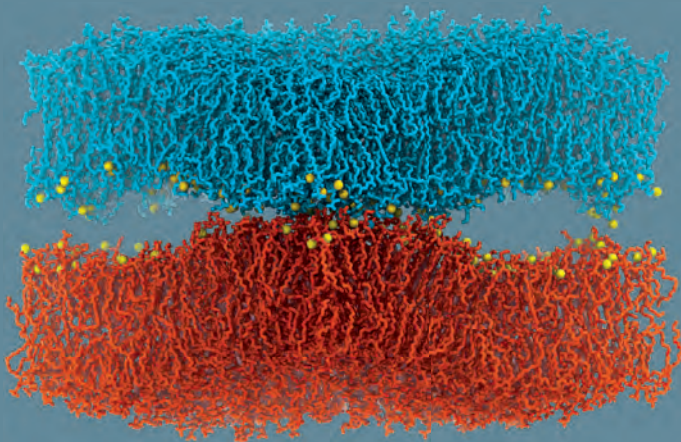


## Mozek v kostce

2017/10

## Chemie života

2016/9



## Hodiny v nás

2016/5

2016/11

## Hranice života a smrti



**EDITORIAL . . . . .2****FACULTAS NOSTRA**

Dvacet vozíků s více než stovkou běžců závodilo na pražském půlmaratonu (Monika Arenbergerová, Jolana Boháčková) . . .4

80 studentů soutěžilo ve studentské vědecké konferenci (Romana Šlamberová) . . . . .6

Studentská vědecká konference ve fotografiích . . . . .10

Ocenění . . . . .12

Práce s vážně nemocnými je hluboce naplňující (Anna Ouřadová) . . . . .15

Medicínskou práci a krajní podmínky ve válečných oblastech představili lékaři, zdravotní sestry a další odborníci (Jolana Boháčková). . . . .18

**MEDICÍNA**

Až třetina pacientů, které sepse postihne, umírá (Jolana Boháčková). . . . .21

Vývoj názorů na patofyziologii a léčbu sepse (Jiří Beneš) . . . . .24

Rezistence nezačíná na Petriho misce (Filip Prusík) . . . . .28

Z pacientek se stávají klientky. Za služby u porodu by si rády připlatily (Jolana Boháčková)). . . . .31

Sítě sociální či asociální? (Jana Šeblová) . . . . .38

Láska, ztráta a nevědomost v bitvě u Alder Hey (Christina Pattersonová) . . . . .41

**TEXT**

Africká zima, V Jižním Súdánu s Lékaři bez hranic (Tomáš Šebek). . . . .46

**RES PUBLICA**

Jak vnímá riziko současná česká společnost (Michal Anděl) . . . .61

Přehlížená místa českých dějin (Jeronym Boháček) . . . . .67

Proč se Latinská Amerika stěhuje do Jeruzaléma (Jan Fingerland) . . . . .69

Vlaštovčina noční můra (Ondřej Vaculík) . . . . .71

Babiš zamořil Česko (Petr Holub) . . . . .74

Spravedlnost v Čapím hnízdě (Jindřich Šídlo) . . . . .78

Komunisté odřezávají západní kotvu Česka (Petr Honzejek) . . . .80

**POST SCRIPTUM**

Rok 1968: Poloviční nebo polovičaté výročí? (Jaroslav Veis) . . . .82

**ORBIS PICTUS**

Život ve válce (Jarmila Štuková) . . . . .84

# Editorial

Druhé číslo vychází velice brzo po čísle prvním, ale jak pravil Kristus, den se nachýlil a než jsme se stačili vzpamatovat z čísla 1, přicházíme s číslem 2. To je bohaté na různá témata. Představujeme nové děkany lékařských fakult, nového ředitele nemocnice na Bulovce a nového ředitele Fakultní nemocnice Ostrava. Velmi výraznou událostí byla Studentská vědecká konference, kterou připravila a organizovala paní proděkanka profesorka Šlamberová. Chtěl bych jen dodat, že letošní konference mě zaujala tím, že byla neobyčejně bohatě navštívená. Posluchárny se neustále plnily, diskuze byly na slušné úrovni, takže si myslím, že se postupně studentská vědecká konference vrací k těm, obvykle připomínaným, „zlatým šedesátým“. Tehdy skutečně SVK představovala podstatnou část činnosti studentů. Mnoho dnešních významných přednostů klinik a ústavů pochází právě z doby 60. let, kdy mezi sebou soutěžili na studentských vědeckých konferencích.

Přinášíme i reportáž o významné besedě s profesorem Tuskym z Harvardu, expertem na paliativní péči, která se dnes stává rozvíjejícím se oborem. Pamatuji doby, kdy jsme měli jednu Purkyňovu společnost Bolest a paliativní medicína, dnes jsou to dvě zcela nezávislé disciplíny. Paliativní péče se rozvíjí také proto, že se lidé dožívají mnohem vyššího věku a také se jej dožívají v přijatelném zdravotním stavu. A když tento přijatelný zdravotní stav chceme ještě zlepšit, tak musíme paliativní péči dále rozvíjet.

V aktualitách se věnujeme jubilantům, všem jim moc gratuluji. Osobně gratuluji své kolegyni paní docence Yamamotové, se kterou výborně spolupracujeme. Úplně

jsem se zarazil, když jsem četl, kolika let se letos dožívá. Ale jak pravil klasik evoluční medicíny v kritických vývojových periodách „stages, but not ages“. Je to určitě stav těla a myslí, ale není to věk, který by byl rozhodující.

Nejvýraznějším článkem tohoto čísla je text odcházejícího děkana profesora Michala Anděla. Přetiskujeme jeho proslov v Karolinu při oslavách založení Univerzity Karlovy. Profesor Anděl píše o schopnosti české populace vnímat různá rizika. Myslím si, že se z této filozoficko-medicínské studie můžeme mnoho naučit.

V medicíně se věnujeme tentokrát antibiotikům a sepsi. Získali jsme vynikající odborníky, především profesora Jiřího Beneše, přednostu Kliniky infekčních nemocí 3. lékařské fakulty a Nemocnice Na Bulovce, dále doktora Prusíka, šéfa oddělení antibiotik v nemocnici na Královských Vinohradech. Jsou to výborné studie a upozorňují na rizika a novinky právě v podávání antibiotik a to z vlastní zkušenosti. To je vždy důležité a v medicíně to platí obzvláště, aby každý člověk nestudoval metodu jenom teoreticky. Já osobně nemám rád název teoretické ústavy. Teorie, to je matematika, ale medicína je experimentální a klinická. A ta experimentální medicína musí provádět svoje experimenty a z nich potom vyvozovat závěry, či-li není to žádná teoretická medicína, kdy lékař sedí s tužkou a papírem a souvislosti si vymýšlí. Samozřejmě i to se dělá v rešerších, pracuje se vlastně takovým studijním způsobem, ale žádná rešerše nemůže nahradit vlastní práci. Rešerše je vstup do vědecké práce, teprve vlastní práce přináší výsledek. Profesor Martin Matějovič nám poskytl rozhovor o velmi významné situaci, která nastává



v českých nemocnicích, a tou je sepse. Jeho studie ukazují na nebezpečí tohoto zrádného onemocnění a možnosti jeho léčení.

Podobně doktor Vlk zobecňuje trendy v porodnictví, což je dnes obor na ústupu zájmu absolventů lékařských fakult. To je obrovská škoda, protože to je obor, v němž jsou účastníci většinou zdraví, zdravá matka a zdravé dítě. Samozřejmě, že existují velká rizika a zejména vstupem některých právních klíčků do tohoto oboru se stal nebezpečným. Jednou z oblastí, v níž se objevuje nejvíc stížností stran pacientů, je právě průběh a vedení porodu.

Doktorka Šeblová má jako vždy velmi kvalifikovanou úvahu o sociálních médiích a to jak o jejich účinku, tak negativech. Náš spolupracovník Jaroslav Veis přeložil zajímavý článek o odpojení Alfieho Evanse od přístrojů ze Sunday Times. Velmi krásné fotografie nám zapůjčila paní Jarmila Štuková, naše válečná zpravodajka z Mosulu.

Naši studenti hodnotí nejen sami sebe, ale také své učitele, a proto uveřejňujeme výsledky ankety Syllabova křída. Konalo se také velmi zajímavé sympozium na téma válečná medicína. Fakultu navštívili špičkoví odborníci z oboru. Myslím, že se jedná o obor, který se bohužel začne opět rozvíjet, protože ve světě se vede neskutečné množství válek. Doufejme, že se o válečné medicíně budeme pouze dozvídat a nebudeme muset povinně narukovat jako váleční chirurgové nebo internisté.

Protože toto číslo vyjde ještě před prázdninami, tak vám přeji, abyste prožili krásnou dovolenou. Vy, kteří máte rozepsané články, abyste je dopsali, vy, kteří pojedete na kongresy, abyste si je hezky užili, ale zejména vy, kteří pojedete na dovolenou, tak abyste si odpočinuli a to jak v krásné české vlasti a v jejím nejbližším okolí, tak samozřejmě i v exotických krajinách u moře,

na horách a podobně. Důležité je, aby člověk byl šťastný podle svých představ. Kdo je šťastný u rybníka, ať jede k rybníku, kdo je šťastný v Himalájích, ať jede do Himalájí. To vám přeji za celý kolektiv redakční rady časopisu Vita Nostra Revue.

Richard Rokyta, předseda redakční rady





## Dvacet vozíků s více než stovkou běžců závodilo na pražském půlmaratonu

Monika Arenbergerová, Jolana Boháčková

Přes 11 tisíc lidí se sešlo v sobotu 8. dubna dopoledne před Rudolfínem, aby odstartovali další pražský půlmaraton. All Runners are Beautiful znělo heslo již 20. ročníku Sportisimo ½ Maratonu Praha 2018. Jeho nedílnou součástí byl už devátým rokem také projekt *Running With Those That Can't (RWTTTC)*.

Na startovní čáře se sešli běžci s dvaceti vozíky s dětmi, které by si bez pomoci půlmaratón nikdy „nezaběhly“. Tuto tradici zahájil před devíti lety za 3. lékařskou fakultu UK Scott Keel a Petr Oliva. Oba se stali mezitím úspěšnými lékaři, jeden v USA a druhý v Praze.

„Nápad založit RWTTTC vzešel z hlavy studenta Scotta Keela, který byl v roce 2009 významně pohybově omezen. I když se nejednalo o nic závažného, pochopil na vlastní kůži, jak toto omezení ovlivní běžný život. Pomoc nalezl u svého spolužáka Petra Olivy. Společ-

ně se rozhodli na tuto problematiku zaměřit a založili organizaci RWTTC,“ vysvětluje Jan Pidhorecký, který převzal štafetu po svých spolužácích a patří k hlavním organizátorům běhu, jehož cílem a myšlenkou je od začátku zvýšit povědomí o osobách se speciálními a komplexními potřebami a pomoci s jejich integrací do činností každodenního života.

V prvním ročníku se na start postavily dva vozíky s několika kamarády a nadšenci v roli běžců. Letos už startovalo dvacet vozíků a sto dvacet běžců, z toho asi pětadvacet běžců patřilo ke studentům či absolventům 3. lékařské fakulty. „Vozíček se závodníkem společně se šesti až sedmi běžci tvoří skupinku, která společnými silami protne cílovou pásku,“ popisuje Jan Pidhorecký,

jak běh vypadá a dodává: „Pro mnoho závodníků na vozíku je to událost, při které někteří poprvé zažijí závodní atmosféru, dobrodružství, medaili na krku, silné emoce, ale především široký úsměv na tváři.“

Specifického závodu si dokonce všimli v zahraničí. „Naše organizace inspirovala nově vzniklou charitu v Srbsku - Running Together, kde podobným způsobem pomáhají místním dětem. Přejeme si, aby lidé v sobě našli sílu a čas a podali ruku těm, kteří nemohou,“ uzavírá organizátor.

Ceny v cíli hendikepovaným závodníkům předal sám rektor Tomáš Zima spolu se s děkanem Petrem Widimským.





# 80 studentů soutěžilo ve studentské vědecké konferenci

**Romana Šlamberová, proděkanka pro doktorské studium**

*a studentskou vědeckou činnost, koordinátorka SVK*

Měsíc květen je již tradičně spojen se studentskou vědeckou konferencí. Letos se konala 22. května a do osmi kategorií (čtyři přednáškové - bakalářská, teoretická, klinická a postgraduální, a čtyři posterové sekce) se přihlásilo celkem 80 studentů se svými pracemi. Konferenci zahájil děkan fakulty profesor Petr Widimský.

Čestným hostem byl emeritní děkan profesor Michal Anděl s přednáškou „Od těžké k jemné chemii“. Účast na přednášce byla hojná a přednáška měla velký úspěch. Jako poděkování obdržel profesor Anděl z rukou studentů čestný diplom.

Velký úspěch slavila i přednáška profesora Ladislava Machaly na téma „Mých 33 let s HIV“, jakožto zvaného hosta z řad čerstvě habilitovaných či jmenovaných pedagogů naší fakulty.

Jako novinku jsme v letošním roce vyzkoušeli hlasování o cenu diváka pomocí mobilní aplikace Best Talk, která se osvědčila, takže jí použijeme i v dalších ročnících. Aplikace umožňuje hodnocení řečníků v průběhu prezentace i po ní a umožňuje také podávat cílené otázky. Jedná se tedy o hlasovací nástroj poskytující zpětnou vazbu o kvalitě prezentací. Rovněž se, podobně jako v loňském roce, paralelně s naší SVK konala soutěž Science Slam.

Prezentující studenti byli hodnoceni podle předem definovaných kritérií body od jedné do 10, přičemž jedna je nejhorší a 10 nejlepší ohodnocení. Maximální počet bodů od jednoho hodnotitele byl 30. Body všech členů komise pak byly sečteny a na základě dosaženého bodového ohodnocení bylo stanoveno pořadí pro každou sekci zvlášť.

Ve všech sekcích bylo finančně oceněno první až třetí místo s finanční odměnou ve výši 10 tisíc korun za první místo, za druhé místo 5 tisíc korun a za třetí místo 2 tisíce korun. Výjimkou byla bakalářská posterová sekce, kde bylo uděleno jen první místo v hodnotě 5 tisíc korun vzhledem k nízkému počtu soutěžících. Podobně jako v předchozích letech uděloval speciální cenu také děkan, a to v hodnotě 10 tisíc korun. Dalším, méně formálním, oceněním byla cena diváka. Všichni zúčastnění měli možnost hlasovat pro jakoukoli přednáškovou či posterovou prezentaci. Vítěz zvolený diváky, stejně tak jako vylosovaný hlasující divák, obdrželi iPad. Finanční ocenění, stejně jako zajištění celé konference bylo dotováno z projektu Specifický výzkum, který se nám podařilo získat od Univerzity Karlovy.



## **Teoretická sekce - prezentace**

- Eliška Selingerová, Grygoriy Zolotarov (školitel RNDr. Milan Reiniš, CSc.) - *Expression profiling and epigenetic regulation of interferon-gamma response in two different cancer cell line models*
- Matěj Knopp, Roman Aschengeschvantner, Joud Belal (školitelé Mgr. Kristýna Malenínská, MUDr. Otakar Raška, Ph.D.) - *Active allothetic place avoidance task: the effect of short tonic-clonic epileptic seizures on spatial memory acquisition in rats*
- Stanislav Povýšil (školitel doc. MUDr. Jan Polák, Ph.D.) - *Reversní Krebsův ve svalových buňkách při expozici hypoxii*

## **Teoretická sekce - poster**

- Adéla Hrdličková (školitel Ing. Jiří Suttner, CSc.) - *Stanovení 2-hydroxyglutarátu v plazmě pacientů s AML*
- Josef Horák (školitelé MUDr. Pavel Vodička, CSc., Ing. Alena Opattová, PhD., prof. MUDr. Marie Černá, DrSc.) - *Role dlouhých nekódujících RNA v patogenezi kolaterálního karcinomu*
- Jakub Slezák (školitel prof. MUDr. David Kachlák, Ph.D.) - *Duplikácia ramus superficialis nervi radialis*

## **Klinická sekce přednášky**

- Barbora Kuchtová (školitelka MUDr. Bc. Jana Mrzílková, Ph.D.) - *Traktografie bazálních ganglií u pacientů s Alzheimerovou chorobou*
- Ekaterina Orlova (školitelka prof. RNDr. Ilona Hromadníková, Ph.D.) - *First trimester screening of circulating exosomal miRNA and the evaluation of their potential to predict hypertensive disorders*
- Daniel Hlaváček (školitel prof. MUDr. Valér Džupa, CSc.) - *Komplikace osteosyntézy zadního segmentu pánve iliosakrálními šrouby*

## **Klinická sekce poster**

- Jan Křemen (školitelka MUDr. Bc. Jana Mrzílková, Ph.D.) - *Volumetry of insular cortex in diagnostics of AD*
- Alexandra Morozova (školitelka MUDr. Yuliya Zaytseva, Ph.D.) - *Comparative analysis of theory of mind tests in first episode psychosis patients*
- Barbora Anna Petrovičová (školitel Mgr. Daniela Urbaczka Dudysová, MA) - *akustická stimulace pomalovlnného spánku u zdravých mladších a starších osob a její vliv na konsolidaci deklarativní paměti*

## **Postgraduální sekce přednášky**

- MUDr. Elena Wildová (školitel prof. MUDr. Michal Anděl, CSc.) - *Kvantifikace inzulínové sekrece po podání syrovátkových proteinů u zdravých jedinců a u diabetiků 2. typu*
- MUDr. David Šilhán (doc. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D.) - *Parietální atrofie na magnetické rezonanci mozku u Alzheimerovy choroby s časným začátkem*
- Mgr. Ing. Eva Fárková (školitelka PhDr. Jana Kopřivová, Ph.D.) - *Role chronotypu a spánkové hygieny v léčbě obezity*

### **Postgraduální sekce postery**

- Ing. Miroslav Těšínský (školitel RNDr. Petr Heneberg, Ph.D.) - *Glukokináza: gen ovlivňující jak diabetes, tak zhoubné bujení*
- 
- Mgr. Peter Zach (školitel MUDr. Tomáš Páleníček, Ph.D.) - *40Hz auditory steady state response u farmakologických modelů psychózy: předběžné výsledky*
- Mgr. Helena Buchtová, Mgr. Krystina Maleninska (školitel RNDr. Štěpán Kubík, Ph.D.) - *Maternal separation in rats as an animal model in schizophrenia*

### **Bakalářská sekce - postery**

- Bc. Andera Ondrušíková (školitelka PhDr. Marie Zvoníčková) - *Činnost sestry koordinátorky na centrálním příjmu interních klinik ve FNKV*

### **Bakalářská sekce - prezentace**

- Lucie Žídková (školitelka Mgr. Petra Křížová, DiS.) - *Dentální hygiena u pacientů s epidermolysis bullosa congenita*
- Michaela Hajduková (školitel MUDr. Otakar Raška, Ph.D.) - *3D Moiré: The relationship between jaw movement and body posture*
- Filip Hrdlička (školitel MUDr. Jan Vacek, Ph.D.) - *Testování posturální funkce dle dynamické neuromuskulární stabilizace u zdravých jedinců*

### **Cena děkana**

- Aneta Muselová, Kateřina Šimánková (školitelka doc. MUDr. Olga Džupová, Ph.D.) – *Neurologické komplikace infekční endokarditidy*

### **Cena diváka**

- Ben Eden (školitelka PharmDr. Magdaléna Šustková, CSc.) – *Nové syntetické drogy v ČR – dostupnost na trhu a užívání mezi studenty vysokých škol*

### **Cena hlasujícího diváka**

- Zuzana Fellerová

Letošní konference se konala v „osmičkovém roce“, který se již v několika historických momentech ukázal důležitý z hlediska událostí pro Českou republiku. Proto jsme rádi, že v letošním roce máme možnost rovněž pořádat Studentkou vědeckou konferenci lékařských fakult ČR a SR.

Kromě výročí 100 let od založení Československa či 670 let od založení Univerzity Karlovy je třeba připomenout, že uplynulo 65 let od začátku výuky ve Vnohradském areálu. Rovněž já osobně mám malé výročí z hlediska pořádání SVK na naší fakultě, protože v roce 2008 jsem převzala od docenta Lea Kleina pořádání konference a již tehdy mi byl velmi nápomocen doktor Peter Ivák (v té době ještě student).

Chtěla bych touto cestou poděkovat všem studentům i absolventům, kteří se podíleli na organizaci konference i na jejím hladkém průběhu, především však doktoru Josefu Fontanovi. Můj velký dík patří také doktorce Martině Hábové a jejím kolegům za pomoc při tvorbě sborníku a zajištění čísla ISBN. Rovněž pak velký díl práce odvedli i všichni porotci, kteří s velkým nasazením hodnotili v průběhu celého dne jednotlivá vystoupení studentů. Neměli bychom také zapomínat na obětavost školitelů, kteří se věnují studentům při plnění jejich studentské vědecké aktivity a prožívají s nimi jejich předkonferenční stres.

### **Vystoupení studentů letos hodnotily odborné komise v následujícím složení:**

- **Komise pro rozdělení příspěvků:**  
Prof. MUDr. Pavel Kalvach, CSc.,  
Prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.,  
Prof. RNDr. Jan Kovář, DrSc.
- **Komise pro bakalářskou sekci:**  
PhDr. Hana Svobodová, Ph.D.,  
Doc. RNDr. Anna Yamamotová, CSc.,  
Mgr. Marek Vácha, Ph.D.
- **Komise pro teoretickou přednáškovou sekci:**  
Doc. MUDr. Miloslav Franěk, Ph.D.,  
Mgr. Lenka Rossmeislová, Ph.D.,  
MUDr. Jana Mrzílková, Ph.D.
- **Komise pro teoretickou posterovou sekci:**  
Doc. MUDr. Jan Trnka, Ph.D.,  
MUDr. Klára Bernášková, CSc.,  
Doc. MUDr. Petr Zach, CSc.
- **Komise pro klinickou přednáškovou sekci:**  
Prof. MUDr. Zuzana Mořovská, Ph.D.,  
Doc. MUDr. Jolana Rambousková, CSc.,  
Doc. MUDr. Pavel Kraml, Ph.D.
- **Komise pro klinickou posterovou sekci:**  
Prof. MUDr. Lucie Bankovská-Motlová, Ph.D.,  
Doc. MUDr. František Duška, Ph.D.,  
Prof. MUDr. Ivana Štětkářová, CSc..
- **Komise pro postgraduální přednáškovou sekci:**  
Prof. RNDr. Jan Kovář, DrSc.,  
Prof. RNDr. Eva Samcová, CSc.,  
Prof. MUDr. Josef Stingl, CSc.
- **Komise pro postgraduální posterovou sekci:**  
Prof. MUDr. Tomáš Kozák, Ph.D.,  
Prof. RNDr. Ilona Hromadníková, Ph.D.,  
Prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA

***Dovolujeme si všechny pozvat na Studentskou vědeckou konferenci lékařských fakult ČR a SR, kterou bude naše fakulta hostit ve dnech 17. až 18. října 2018. Přijďte podpořit studenty reprezentující naši fakultu!***



# Studentská vědecká konference ve fotografiích



Foto: Ivo Barabáš



Foto: Ivo Barabáš



Foto: Ivo Barabáš



Foto: Barbara Bláhová

# Ocenění

## Unie pacientů ocenila profesora Arenbergera

Za celoživotní přínos ocenila Unie pacientů dermatovenerologa **prof. MUDr. Petra Arenbergera, DrSc.,FCMA**, přednostu Dermatovenerologické kliniky 3. lékařské fakulty UK a FNKV. Profesor Arenberger je předsedou České dermatovenerologické společnosti a patří k nejuznávanějším českým i evropským dermatovenerologům. Je autorem mnoha monografií, učebnic a vědeckých článků. Dva roky pracoval na univerzitě v Mnichově a také na Stanfordově univerzitě v Palo Alto v Kalifornii. Jeho klinické práci dominuje psoriáza a kožní nádory, stojí za dlouholetou preventivní akcí Stan proti melanomu.

Cenu si profesor Arenberger převzal 19. dubna na slavnostním večeru v Praze, kde byl rovněž oceněn onkolog a odborník na paliativní péči **MUDr. Ondřej Sláma, PhD.** Získal Hippokratovu cenu určenou pro lékaře, který vykonal čin lidskosti. Je vedoucím lékařem ambulance podpůrné a paliativní onkologie Masarykova onkologického ústavu v Brně. Rozhovor s Ondřejem Slámou o paliativní péči vyšel v minulém čísle Vita Nostri Revue.





## František Koukolík se stal Rytířem českého lékařského stavu

Neuropatolog a spisovatel **MUDr. František Koukolík, DrSc., FCMA**, byl 15. března slavnostně pasován na Rytíře českého lékařského stavu. Titul každoročně uděluje Česká lékařská komora jedné z osobností české medicíny, která výkonem své lékařské praxe nebo vědeckou činností významným způsobem přispěla k rozvoji medicíny, a která se svým morálním jednáním stala příkladem a vzorem pro své kolegy. František Koukolík přednáší na 3. lékařské fakultě UK a zároveň byl členem vědecké rady fakulty.



## Rektor ocenil nejlepší absolventy lékařských oborů

Rektor Univerzity Karlovy Tomáš Zima uděloval 18. dubna ve Vlasteneckém sále Karolina prestižní ocenění vynikajícím absolventům univerzity. Cenu prof. MUDr. Karla Weignera pro nejlepší absolventy lékařských oborů obdržel **MUDr. Karel Kieslich**, který vystudoval všeobecné lékařství na 3. lékařské fakultě.

Kromě vynikajících studijních výsledků a úspěchů na studentských vědeckých konferencích dosáhl také mimořádných úspěchů ve své pedagogické a vědecké činnosti. Ve své výzkumné činnosti se zaměřil na oblast neurověd, zejména na výzkum anatomických změn u neurodegenerativních onemocnění. Od třetího roč-

níku vyučoval semináře, praktika a pitevní cvičení z anatomie a posléze také fyziologie. Dvakrát získal ocenění Syllabova křída pro nejlepšího studentského vyučujícího na 3. lékařské fakultě. Po celou dobu studia se věnoval také popularizaci vědy a vzdělávání i mimo akademickou půdu.

Nyní studuje na University College London, kde s využitím metod počítačnické psychiatrie zkoumá roli dopaminu v depresi a jiných psychiatrických onemocněních.

## Cenu od Alzheimer nadačního fondu získala Pavla Čermáková

V rámci slavnostního večera Konference neuropsychiatrického fóra v Galerii Louvre byla 27. dubna předána cena Jana Bureše. Získala ji **MUDr. Pavla Čermáková, Ph.D.**, odborná asistentka Oddělení lékařské psychologie 3. lékařské fakulty, vědkyně Národního ústavu duševního zdraví a absolventka všeobecného lékařství na 3. lékařské fakultě. Cenu uděloval Alzheimer nadační fond za nejlepší odbornou publikaci mladých autorů za rok 2017 zaměřenou na problematiku Alzheimerovy nemoci a demencí v oblasti neurologie, psychiatrie, geriatrie a neurověd.

Pavla Čermáková absolvovala postgraduální studium na Karolinska Institutet ve Stockholmu ve Švédsku, kde obhájila dizertaci na téma Kardiovaskulární nemoci u demence a získala titul Ph.D. v lékařských vědách. Během postgraduálního studia se účastnila dvouleté výzkumné školy *Swedish INterdisciplinary Graduate School in register-based research – SINGS*. V roce 2015 absolvovala pětiměsíční stáž na National Institute of Health v Bethesda ve Spojených státech amerických, kde pracovala ve skupině zaměřené na neuroepidemiologii při *National Institute of Aging*.

Ve svém výzkumu se zabývá stárnutím mozku, prevencí demence snížením cévních rizikových faktorů

a komorbiditami u pacientů s duševním onemocněním. Má zkušenosti s analýzou dat ze švédských a českých zdravotnických registrů a z epidemiologických populačních studií.



# Práce s vážně nemocnými je hluboce naplňující

Anna Ouřadová

V květnu navštívil 3. lékařskou fakultu profesor James Tulsy, MD, z Harvard Medical School, expert v oboru paliativní péče a lékařské komunikace. Tato exotická kombinace profesora prestižní americké univerzity v odvětví medicíny, kterému zatím v českém prostředí věnujeme spíše povinně volitelné hodiny než prestiž a akademické tituly, přilákala pozornost studentů i pedagogů. Ve formátu *Q&A session* jsme se mohli z první ruky dozvědět, co chystá nového na svém paliativním oddělení, jak odolávat šířící se epidemii syndromu vyhoření nebo třeba jak se stát dobrým komunikátorem.

## Paliativní péče není jen pro terminálně nemocné

Toto nejčastější nedorozumění panující především mezi zdravotníky má podle Tulského svůj jasný původ: paliativní péče se zrodila na hospicovém hnutí a hospice skutečně pečují o pacienty v terminálním stádiu onemocnění. Co se týká široké veřejnosti, je ale situace docela odlišná. Jak prokázal pár let starý výzkum americké zastřešující organizace Center to Advance Palliative Care (CAPC), 90 procent americké populace nemá povědomí paliativní péči de facto žádné, protože drtivá většina Američanů se s tímto termínem za svůj život nikdy nesetkala. CAPC se chopila příležitosti a vyzvala všechny odborníky v paliativní péči ke společnému budování „nové image paliativní péče“. Jejich návrh zněl podle Tulského asi takto: „*Jako paliativní tým poskytneme nadstavbovou péči pacientům s vážným onemoc-*

*něním a jejich rodinám. Zaměřujeme se na kvalitu života, pomáháme s managementem komplikovaných symptomů a podporujeme klienty v důležitých rozhodnutích v souladu s jejich hodnotami a cíli. Tedy nic o péči v závěru života, ani slovo o smrti nebo umírání. Pokud se my sami s touto definicí ztotožníme a budeme ji používat, naši pacienti to budou akceptovat.“*



### **Profesor James Tulsy, MD,**

*je přednostou Oddělení psychosociální onkologie a paliativní péče Dana-Farber Cancer Institute / Harvard Cancer Center v Bostonu a vedoucím Oddělení paliativní medicíny na Brigham and Women's Hospital v Bostonu. Dlouhodobě se věnuje výzkumu a vzdělávání v oblasti komunikace mezi lékařem a pacientem, publikoval stovky článků v odborných časopisech a je také jedním z autorů slavné učebnice o tom, jak sdělovat špatné zprávy, vydané nakladatelstvím Cambridge University Press.*

*Foto: Ivo Barabáš*



Tulsky zdůraznil, že zdaleka ne všechna paliativní péče přitom leží v rukou paliativních specialistů a rozdělil ji na takzvanou primární a sekundární. Co by tedy z rejstříku paliativních dovedností měl zvládat každý ošetřující lékař či sestra v rámci poskytování primární paliativní péče a co už je záležitostí pro konzultanta-specialistu nebo paliativní tým? „*Pomyslnou hranicí je moment, kdy jako lékař dlouhodobě pečujete o svého pacienta a najednou nevíte, jak dál. Ať už jde o nezvládnání nějakého symptomu nebo v komunikaci stále jen kroužíte kolem tématu a nedaří se ho otevřít. Podobně si ke spolupráci zveme specialisty i v jiných záležitostech. Když máte v péči pacienta s diabetem a nedaří se vám snížit jeho glykovaný hemoglobin, přestože jste vyzkoušel všechny strategie, zavoláte si ke spolupráci specialistu.*“ A co z paliativních dovedností by si měl odnést každý student medicíny? Podle Tulskeho je to určitě nácvik sdělování špatných zpráv a základní management symptomů, další komunikační dovednosti jako je stanovení cílů péče a podobně by pak měla rozvíjet především specializační příprava.

## **Práce s vážně nemocnými pacienty je hlu- boce naplňující**

Asi každého účastníka besedy zajímalo, jak organizuje paliativní péči Tulskeho domovská prestižní americká nemocnice. Brigham and Women's Hospital při Harvard Medical School disponuje asi 700 nemocničními lůžky, jejichž paliativní potřeby pokrývají celkem tři konziliární paliativní týmy. Každý z týmů má svého lékaře, nurse practitioner (pozice, která v evropském zdravotnickém systému zatím neexistuje, ale velmi zjednodušeně řečeno se jedná o sestru, která je oprávněna také k předepisování léků) a sekundujícího lékaře

ve specializačním vzdělávání. Týmy společně sdílí sociální pracovníky, kaplana a také farmaceuta. Dohromady projde pod rukama paliativního týmu na 9 tisíc pacientů ročně, tedy zhruba 40 až 50 denně. Paliativní oddělení má také svá vlastní paliativní lůžka, kde denně pečují o zhruba 12 pacientů. Lůžka jsou primárně určená onkologickým pacientům, což je ale dáno podle profesora Tulskeho spíše historicky a patrně se do budoucna otevrou i neonkologickým pacientům. Celé oddělení paliativní péče tak čítá do posledního na 150 zaměstnanců.

Aktuálně připravuje profesor se svým týmem zahájení provozu specializovaného paliativního programu s názvem *Heart Pal* určeného vybraným pacientům s pokročilým srdečním selháním (anglické slangové *pal* - česky kamarád), který bude zahrnovat kontinuální služby paliativního týmu (lékař, *nurse practitioner*, sociální pracovník) jak v nemocnici, tak v domácím prostředí. Klinika se rozhodla projekt zafinancovat mimo jiné na základě dvou randomizovaných klinických studií *Palliative Care in Heart Failure: The PAL-HF Randomized, Controlled Clinical Trial* a *Social Worker-Aided Palliative Care Intervention in High-risk Patients With Heart Failure (SWAP-HF): A Pilot Randomized Clinical Trial*, které potvrdily signifikantní zvýšení kvality života, zmírnění úzkosti a deprese v intervenovaných skupinách, jimž byla vedle konvenční terapie poskytnuta paliativní péče. Profesor Tulsky věří, že na *Heart Pal* postupně navážou dalšími dílčími „*Pal-Programmes*“ pro pacienty s renálním selháváním, po transplantacích u hematologických malignit nebo s pokročilými plicními chorobami.

V Brigham and Women's Hospital proběhl před nedávnou dobou také průzkum mezi lékaři zaměřený na

*physician wellness*, což bychom mohli nazvat opakem syndromu vyhoření. K velkému překvapení samotného Tulského vyšlo jejich oddělení ze všech 17 nejlépe, a to i přesto, že pečují o nejkřehčí pacienty a na jejich lůžkách umírá nejvíce pacientů. „Vedoucí ostatních oddělení za mnou pak chodili a ptali se mě, jak to děláme. Těch důvodů je určitě víc, ale mezi nejdůležitější patří určitě fakt, že pečujeme sami o sebe i jeden o druhého. Jedenkrát do týdne se s celým týmem setkáváme na půlhodinku, které říkáme *Remembrance* (v češtině *vzpomínka nebo památka*). Čteme jména všech, kteří v uplynulém týdnu na našem oddělení zemřeli. Sdílíme navzájem pocity a příběhy s nimi spojené. Studenti, kteří na našem oddělení stážují, často mluví o tom, že konečně vidí medicínu, kvůli které se rozhodli studovat. Konkrétní lidské příběhy, konkrétní vztahy mezi zdravotníky a jejich pacienty. Osobně jsem přesvědčený, že péče zaměřená na pacienta (*Person Oriented Care*) je o tolik víc naplňující.“

A musí mít paliatr pro práci s vážně nemocnými nějaké výjimečné vlohy? V první řadě prý musí jako lékař velmi dobře dělat svou práci, míní Tulsky. A pak je určitě nutná schopnost pracovat v týmu. „Snažíme se budovat prostředí, ve kterém jsme si všichni rovni. Prostředí, ve kterém ani kolegové sociální pracovníci nemají problém mluvit se mnou o tom, že bych podle nich měl něco dělat jinak. Taková spolupráce vyžaduje připravenost dávat, ale i přijímat feedback.“

## **Komunikace je dovednost stejně jako hra na klavír**

K jedné ze základních dovedností paliatra, ve níž je speciálně trénován, patří oblast komunikace. Dozvěděli jsme se, že profesor Tulsky je také spoluzakladatelem neziskové organizace *Vital Talks*, která trénuje zdravot-

níky v komunikačních dovednostech. *Vital Talks* vytvářejí mobilní aplikace (například *Vital Tips*) a pořádají tréninkové programy. „Náš program staví na dvou základních věcech. V první řadě učíme klienty rozpoznávat, že většina problémů v komunikaci souvisí nějakým způsobem s emocemi. Ať už to jsou emoce pacienta nebo lékaře. Učíme je tyto emoce rozpoznávat a zacházet s nimi. Obecně platí, že lidé s vámi ochotněji něco sdílejí, když projevíte empatii, namísto abyste kladli otázky. Projevení empatie uklidňuje, zatímco otázky znepokojují. Pro úspěšné vedení konverzace také musíte mít předem promyšlenou strukturu. Říkáme tomu *talking map* a máme jich celou řadu pro konkrétní situace. Například velmi často činí lékařům potíže komunikovat tzv. *pozdní cíle péče* (*late goals*). Pro tento typ konverzace používáme *REMAP talking map*: *Reframe – Expect emotion – Map values – Align – Plan*. Každé písmeno shrnuje daný bod konverzace. Komunikace je dovednost podobně jako hra na klavír nebo jízda na lyžích. A tu získáváme a zdokonalujeme jenom tak, že musíme mít možnost odpozorovat, jak dobře vedená komunikace probíhá, musíme ji sami cvičit a musíme dostat k vlastní praxi zpětnou vazbu.“

Společné komorní setkání zarámovalo především 60 minut vyhraněného času a nezbývá než ještě jednou poděkovat profesorovi Tulskému za návštěvu a inspirativní setkání. Děkujeme také PhDr. Martinu Loučkovi z Ústavu lékařské psychologie za organizaci.

# Medicínskou práci a krajní podmínky ve válečných oblastech představili lékaři, zdravotní sestry a další odborníci

**Jolana Boháčková**

Tým české pobočky IFMSA uspořádal v dubnu za podpory fakulty a organizace Lékaři bez hranic čtyřdenní cyklus na téma válečná a urgentní medicína. Mezi studenty fakulty, ale i pedagogy byl o první ročník této zdařilé akce velký zájem. O své zkušenosti z nejrůznějších zahraničních misí a válečných konfliktů se podělili lékaři, zdravotní sestry, reportéři či logisticy a vojáci.

O svém působení v nemocnici v kurdskými jednotkami ovládané části Sýrie pohovořil MUDr. Pavel Roleček, který pracuje jako lékař v oboru anesteziologie, intenzivní medicíny a resuscitace v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem a zúčastnil se již několika misí pod záštitou Lékařů bez hranic. Jezdí do zemí zasažených válečnými konflikty. Svou přednášku zaměřil na pobyt v Sýrii, představil velmi zajímavé kazuistiky ze syrské nemocnice a limitní podmínky, ve kterých pracoval, ale hovořil také obecně o tom, jak by se měl lékař připravit na misi. Dalším lékařem, který představil svou práci, byl pplk. MUDr. Tomáš Henlín z Ústřední vojenské nemocnice v Praze. V letech 2012 až 2015 se účastnil několika zahraničních misí v Afghánistánu jako příslušník polního chirurgického týmu.

O práci zdravotníků a omezených podmínkách v oblastech zasažených válkou mluvili také Mgr. Mario Pytel a Mgr. Jiří Čáp z pozice zdravotních sester. Mario Pytel je členem 7. polní nemocnice Armády České republiky a jeho specializací je anesteziologicko - resuscitační a intenzivní

péče. Má na starosti zdravotnické zabezpečení vojenských jednotek NATO na území České republiky a v zahraničních misích. Působil v Afghánistánu, Iráku či Pákistánu. Hovořil ale především o operaci Sophia - vojenské intervenci za účelem transportu uprchlíků a eliminace pašeráků ve Středozemním moři. Jiří Čáp zastává v současné době pozici vrchní sestry Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče Transplantcentra IKEM. V roce 2002 byl vyslán s Armádou ČR do Afghánistánu, kde tři měsíce pracoval jako staniční sestra anesteziologického a resuscitačního oddělení polní nemocnice v Kábulu.

Zajímavá byla rovněž přednáška stavebního inženýra Ing. Zdeňka Müllera, který pro Lékaře bez hranic pracuje jako logistik. Na svoji první misi do Iráku odjel v polovině roku 2015 a do oblasti se opakovaně vrací. Zajišťuje každodenní chod zdravotnických zařízení organizace i zázemí pro její spolupracovníky. Na fakultě popisoval hlavně svou misi v Sýrii, kde měl za úkol rozběhnout projekt pohotovostní a chirurgické jednotky při nemocnici ve městě Hassakeh.

V neposlední řadě se ale o své zkušenosti z oblastí postižených válkou podělila také známá fotografka, reportérka a dokumentaristka MgA. Jarmila Štuková. Fotila například ve válečných zónách v Afghánistánu a Iráku. S jejím laskavým svolením publikujeme v rubrice Orbis Pictus sérii jejích fotografií právě z Iráku.



## Noví ředitelé nemocnic

Ve Fakultní nemocnici Ostrava působí od května jako ředitel **MUDr. Evžen Machytka, Ph.D.** Je to špičkový lékař specializovaný na oblast endoskopické léčby obezity a metabolického syndromu, ve Fakultní nemocnici Ostrava pracoval 20 let jako lékař na oddělení gastroenterologie, metabolismu a výživy a dlouhodobě vyučuje na lékařské fakultě. Podílí se na vývoji nových endoskopických nástrojů a léčebných postupů. Jako výzkumník úzce spolupracuje s nejlepšími světovými univerzitami a klinikami jako je Harvardova univerzita v Bostonu, americká Mayo Clinic či Erasme Hospital v Bruselu. V roce 2017 získal ocenění České gastroenterologické společnosti a Americké gastroenterologické společnosti za nejlepší výzkum.

Také Nemocnice Na Bulovce má od května nového ředitele. Stal se jím **Ing. František Novák**, který v nemocnici pracoval jako provozně-technický náměstek a po odvolání ředitelky Andrey Vrbovské byl pověřen řízením nemocnice. Vystudoval Vysoké učení technické v Brně, následně několik let pracoval jako projektový manažer. V Nemocnici Na Bulovce působí od roku 2012.

## Noví děkani lékařských fakult

V únoru se na čtyři roky ujali funkce noví děkani tří lékařských fakult. Nové vedení má samozřejmě 3. lékařská fakulta UK, ale také Lékařská fakulta UK a FN Plzeň a Lékařská Fakulta Masarykovy univerzity v Brně.

**MUDr. Jindřich Fínek, Ph.D.**, v únoru nastoupil jako děkan plzeňské lékařské fakulty. Je sám absolventem této fakulty. V roce 1983 nastoupil jako lékař na onkologické a radioterapeutické oddělení FN v Plzni, jehož primářem se stal v roce 1995. Od roku 1996 vyučuje studenty na lékařské fakultě, titul profesor získal v roce 2012. Od roku 2014 je přednostou Onkologické a radioterapeutické kliniky LF UK a FN Plzeň.

**Prof. MUDr. Martin Bareš, Ph.D.**, vede od února letošního roku Lékařskou fakultu Masarykovy univerzity. Předtím působil jako prorektor pro akademické záležitosti a zástupce přednosty pro vědu a výzkum I. neurologické kliniky Fakultní nemocnice u sv. Anny. Profesorem v oboru neurologie se stal v roce 2005.

## Gratulujeme jubilantům narozeným v dubnu, květnu a červnu!

### 80. narozeniny oslavil

**Ing. Pavel Stopka, CSc.**

chemik Ústavu anorganické chemie AV ČR, soudní znalec a spolupracovník Ústavu normální, patologické a klinické fyziologie 3. LF UK

### 70. narozeniny oslavili

**Prof. MUDr. Jan Pirk**

přednosta Kardiocentra IKEM, přední český kardiolog a spolupracovník a školitel na 3. LF UK

**Prof. MUDr. Jan Libiger, CSc.**

přednosta Psychiatrické kliniky FN Hradec Králové, vedoucí katedry psychiatrie LF UK, bývalý předseda Neuropsychofarmakologické společnosti, dříve působil také na 3. LF UK

### 65. narozeniny oslavili

**Prof. MUDr. Antonín Jabor, CSc.**

profesor Ústavu laboratorní diagnostiky 3. LF UK a FNKV

**MUDr. Olga Jiroutová**

odborná asistentka Stomatologické kliniky 3. LF UK a FNKV

**Doc. RNDr. Anna Yamamotová, CSc.**

docentka Ústavu normální, patologické a klinické fyziologie 3. LF UK

### 60. narozeniny oslavili

**MUDr. Josef Šach**

odborný asistent Ústavu patologie 3. LF UK a FNKV

**Doc. MUDr. Zdeněk Vojtěch, PhD.**

působí na neurologickém oddělení Nemocnice Na Homolce, je odborníkem na epilepsii a spolupracovníkem Neurologické kliniky 3. LF UK a FNKV

**Prof. RNDr. Pavel Hozák, CSc.**

profesor Ústavu molekulární genetiky AV ČR, dříve působil v Ústavu biochemie, buněčné a molekulární biologie 3. LF UK

**Mgr. Jana Nováková, MBA**

odborná asistentka Ústavu ošetřovatelství 3. LF UK



**MEDICINA**

# Až třetina pacientů, které sepse postihne, umírá

Jolana Boháčková

Ačkoli se lidé bojí hlavně onkologických a kardiovaskulárních onemocnění, k nejčastějším zabijákům celosvětově patří infekční nemoci. Téměř polovinu úmrtí v nemocnicích má na svědomí sepse. O jejím výskytu, příčinách a nutnosti včasné diagnostiky pojednal pro Vita Nostra Revue prof. MUDr. Martin Matějovič, PhD., FCMA, přednosta 1. interní kliniky FN a LF v Plzni a zároveň vedoucí výzkumného programu Biomedicínského centra při LF v Plzni, které už 20 let zkoumá mechanismy, kterými sepse pacienty zabíjí.

## Co se při sepsi v těle pacienta děje?

Odborná nová definice sepse říká, že jde o život ohrožující orgánovou dysfunkci, která je způsobená deregulovanou odpovědí hostitelského organismu na přítomnost infekce. Zjednodušeně lze říci, že u většiny pacientů s infekcí je imunitní, metabolická a hormonální odpověď organismu přiměřená a antimikrobiální léčba je obvykle dostačující k vyléčení. V některých případech však interakce mezi původcem infekce a hostitelem způsobí nepřiměřenou odpověď, která se vymyká kontrole. Důsledkem je rozvoj závažné poruchy funkce některých ze životně důležitých orgánů a orgánových systémů. Jinými slovy prostá infekce se mění v sepsi, která je na rozdíl od nekomplikované infekce nositelem mnohem závažnějšího průběhu a celkové prognózy.

Mezi varovné příznaky rozvoje sepse patří schvácenost, zrychlená srdeční a dechová frekvence, porucha chování ve smyslu zmatenosti či naopak apatie. Pokud není sepse v této fázi včas odhalena a léčena, následuje pokles krevního tlaku, rozvoj šoku a selhávání vnitřních orgánů, ledvin, srdce či plic.

## Existuje nějaká typická skupina pacientů, které sepse postihuje?

Sepse si nevybírání. Postihuje všechny věkové kategorie, vyskytuje se napříč všemi sociálními vrstvami, postihuje děti a slavné osobnosti nevyjímaje... Mezi nejvíce rizikovou populací ale patří seniři, lidé upoutaní na lůžko, pacienti s oslabenou obranyschopností (např. po chemoterapii, transplantacích, nemocní s řadou přidružených diagnóz) a pacienti po náročných chirurgických výkonech.

## Kolik postihne ročně pacientů?

Lidé se bojí hrozby onkologických onemocnění a kardiovaskulárních chorob. Méně se ale ví, že infekční nemoci jsou celosvětově hlavní příčinou morbidit a mortality. Jsou zodpovědné za přibližně 30 procent všech úmrtí. Sepse je jednoznačně hlavní příčinou úmrtí na infekční choroby. Každoročně na světě postihne 30 milionů pacientů, z nichž 25 až 30 procent zemře. Pacient přijatý s diagnózou sepse má šest až desetkrát vyšší riziko úmrtí než pacient s akutním infarktem myokardu a čtyři až pětkrát vyšší, než pokud by byl přijatý s cévní



mozkovou příhodou. Existuje jen málo chorobných procesů s tak vysokou mortalitou. Kvalifikované odhady a epidemiologická data dnes jasně hovoří o sepsi jako o jedné z nejčastějších příčin smrti vůbec. Ve vyspělých zemích se počet hospitalizovaných pacientů se sepsí za posledních osm let zdvojnásobil a je vyšší než počet hospitalizací v důsledku infarktu myokardu. Sepse je také ve 30 až 50 procentech příčinou všech úmrtí v nemocnicích.

### **Proč v posledních letech postihuje stále více lidí?**

Úmrtnost na sepsi se nezvyšuje. Díky včasnější diagnostice, lepší edukaci a moderních možnostech intenzivní péče naopak klesá. Ale roste její incidence. Důvodů je celá řada. Mezi nejvýznamnější patří stárnoucí, křehká populace pacientů trpících řadou vážných přidružených chorob (například cukrovka, srdeční selhání, chronické selhání ledvin, jaterní cirhóza či obstrukční nemoc plicní), které snižují nejen odolnost organismu vůči infekcím, ale výrazně limitují schopnost zotavení organismu z kritického stavu. Svou roli také hraje zvyšující se výskyt multirezistentních původců infekce.

### **Říkáte, že lékaři dnes dokáží sepsi diagnostikovat dříve než v minulosti. Jaké jsou tedy její typické příznaky?**

Na sepsi je především nutné aktivně myslet. Její projevy mohou být typické (celková schvácenost, horečky, zimnice třesavky, pokles krevního tlaku, dušnost, zmatenost, apatie, výrazná svalová slabost, pokles tvorby moči či další známky akutní orgánové dysfunkce) a společně s laboratorními parametry zánětu není těžké diagnózu závažné infekce, respektive sepse stanovit.



**Prof. MUDr. Martin Matějovič, PhD., FCMA,** promoval na Lékařské fakultě v Plzni v roce 1993. Zaměřil se na vnitřní lékařství a intenzivní medicínu. Část postgraduálního studia absolvoval na univerzitě v německém Ulmu. V roce 2004 byl jmenován docentem a v roce 2009 profesorem vnitřního lékařství. V roce 2006 se stal přednostou I. interní kliniky FN a LF v Plzni. Zároveň působí jako vedoucí výzkumného programu Biomedicínského centra při LF v Plzni. Získal řadu národních a mezinárodních ocenění a vědeckých stipendií, je recenzentem prestižních zahraničních časopisů, přednesl desítky přednášek na našich i zahraničních vědeckých fórech a je autorem mnoha vědeckých publikací a několika monografií. Je členem České lékařské akademie.



V řadě případů je ale její průběh velmi různorodý a netypický. Obecně platí, že na sepsi musíme myslet vždy, když se stav pacienta náhle či neočekávaně zhorší a nemáme pro to jasné vysvětlení. Sepse je mistrem v napodobování řady jiných chorob. Díky této své heterogenitě zůstává její včasné rozpoznání stále obtížné, neexistuje žádný zlatý standard či biomarker pro potvrzení její diagnózy.

### **Co následuje poté, co lékař diagnostikuje sepsi?**

Sepse je imperativem urgentnosti, je nezbytné se jí naučit vnímat jako skutečnou *medical emergency*, tedy stav, který zasluhuje neodkladné zahájení diagnostického a terapeutického managementu. Podobně jako je tomu u srdečního infarktu nebo cévní mozkové příhody, tak úplně stejně to platí u sepse. Čím dřív zasáhnete, tím větší je šance, že pacient přežije a vše zvládne bez větší újmy.

Základní pilíře léčby jsou antimikrobiální léčba, kontrola zdroje infekce, tekutinová léčba a případně farmakologická podpora oběhu. Klíčovým aspektem je co nejčasnější podání správných antibiotik ve správné dávce. Každá hodina zpoždění v podání antibiotik od stanovení diagnózy sepse významně zvyšuje úmrtnost.

V praxi musíme co nejdříve učinit tři zásadní kroky při rutinním vyhodnocení a managementu pacienta s podezřením na závažnou infekci: 1) správné stanovení diagnózy infekce a její včasná léčba (zahrnuje odběry k mikrobiologickému vyšetření včetně hemokultur a již zmíněné včasné podání vhodných antibiotik), 2) aktivní posouzení akutní orgánové dysfunkce k rychlé stratifikaci rizika pacienta a pojmenování stavu jako „sepsy“, 3) rozpoznání a léčba hypotenze jako jednoho z klíčových určovaatelů prognózy pacientů s infekcí (po-

dání balancovaných krystaloidních roztoků a bezprostřední vyhodnocení jejich efektu, konzultace intenzivisty o dalším směřování pacienta).

### **Vedete centrum, které se výzkumem sepse zabývá. Můžete upřesnit, na čem pracujete?**

Vybudovali jsme dosud jediné experimentální pracoviště v České republice, které se této otázce věnuje na mezinárodní úrovni. Za 20 let práce jsme vyvinuli modely sepse, které svým průběhem, hemodynamickým, metabolickým a imunologickým profilem věrně kopírují patofyziologii sepse u pacientů. Modely trvají déle než 24 hodin, způsob léčby a možnosti monitorace plně odpovídají klinickému prostředí. Výsledky proto mají značný translační potenciál. Snažíme se přijít na mechanismy, kterými sepsy zabíjí své nositele, testujeme perspektivní, nové léčebné metody, spolupracujeme s řadou významných zahraničních vědeckých institucí. Technologické zázemí Biomedicínského centra, know-how mnoha kolegů a úzká provázanost se všemi výzkumnými laboratořemi centra nám dovolují studovat širokou problematiku od orgánové až po detailní subcelulární úroveň.

Významně jsme přispěli k pochopení mechanismů, které jsou zodpovědné za rozvoj akutního selhání ledvin či myokardiální deprese v sepsi. Uznáním jisté formy excelence v této oblasti je i nedávné získání projektu FIND (**Fighting Infectious Diseases**) v rámci výzvy pro excelentní výzkum Operačního programu Výzkum, vývoj a vzdělávání.

# Vývoj názorů na patofyziologii a léčbu sepse

Jiří Beneš

Pojem „sepsy“ pochází ze starého Řecka. Používal jej již Hippokrates ve 4. století před Kristem a označoval jím hnití nebo rozklad tkáně komplikující závažnější poranění.

V průběhu 19. století se ustálila představa, podle níž se sepse vyvíjí v důsledku uvolňování toxických látek z hnisajících a odumírajících tkání do krve. Odtud pochází lidový název pro sepsi - „otrava krve“, který se používá dodnes.

Koncem 19. století byly objeveny bakterie a rozpoznán jejich význam pro vznik různých nemocí. Na základě těchto objevů byl výklad sepse změněn a převládá názor, že podstatou sepse jsou bakterie množící se v krvi, produkující toxiny a zaplavující organismus.

Brzy se však ukázalo, že ani toto vysvětlení není dostačující. Onemocnění odpovídající této definici nepochybně existují, ale existují také případy, kdy sepse není provázena prokazatelnou bakteriemií. Řešení tohoto problému podal německý bakteriolog Hugo Schottmüller, který v roce 1914 formuloval novou definici sepse. Podle jeho pojetí se při sepsi v organismu vytvoří ložisko bakteriální infekce, z něhož se trvale nebo intermitentně vyplavují mikrobi do krevního řečiště; tento děj je provázen subjektivními i objektivními příznaky závažného celkového onemocnění, zatímco lokální projevy vyplývající z existence ložiska ustupují do pozadí. Uvedený klinický popis sepse platí v zásadě dodnes a platí i zásada, že stanovení diagnózy sepse musí vést lékaře k hledání ložiska a jeho odstranění.

Léčba sepse v této době byla především chirurgická a spočívala ve vypuštění nahromaděného hnisu nebo případně v excisi tkání zasažených infekcí. Další možností bylo použít specifická antiséra, obsahující protilátky proti vyvolávajícím bakteriím; podmínkou tohoto postupu však byla rychlá identifikace mikroba, včetně ověření jeho sérotypu. Touto cestou se vydala hlavně německá lékařská škola, v čele s profesorem Emilem Behringem (1854-1917).

Novou etapu v léčbě sepse přinesl objev antibakteriálních vlastností sulfonamidů (1932) a zejména léčebné použití penicilinu (1941). Úspěšnost antibiotické terapie byla vnímána jako ohromující a v prvních desetiletích po druhé světové válce se skutečně zdálo, že problém bakteriálních infekcí je s definitivní platností vyřešen.

Bohužel, ačkoli se dařilo léčit různé infekční nemoci, sepse si stále udržovala poměrně vysokou smrtnost. Pečlivá pozorování ukázala, že pacienti umírali i tehdy, když již byla infekce jako taková zvládnuta, čili když byla vyhubena celá nebo téměř celá populace patogenních bakterií, které sepsi vyvolaly. Tento vývoj byl vysvětlován intoxikací organismu působením bakteriálních toxinů. Postupně se však začaly hromadit důkazy, že tato koncepce neodpovídá realitě. Při pokusech na zvířatech se ukázalo, že sepse nastává i po intravenózním podání mrtvých bakterií nebo i pouhých částí bakteriálních buněk, které samy o sobě nepoškozovaly savčí tkáň. Teprve na přelomu sedmdesátých a osmdesátých let 20. století se ukázalo, že sepse je způsobena

sátých let minulého století se podařilo prokázat, že obraz sepse způsobují nikoli bakterie jako takové, nýbrž prozánětlivé mediátory, které jsou po kontaktu s bakteriemi uvolňovány z leukocytů. To znamená, že přinejmenším v některých případech člověka při sepsi zahubí jeho vlastní imunitní mechanismy rychleji a účinněji, než by to dokázaly samotné bakterie.

V následujícím období se intenzivně zkoumaly prozánětlivé mediátory a celá kaskáda dějů, které tyto mediátory navozují. Jedním z hlavních cílů badatelského úsilí bylo zjistit, jakým mechanismem dochází při sepsi k multiorgánovému poškození nebo dokonce k multiorgánovému selhání. V prvním přiblížení se zdálo, že dostačující vysvětlení spočívá v poruše mikrocirkulace, která v septickém organismu nastává v důsledku generalizované zánětlivé reakce (SIRS, systémová zánětlivá odpověď, anglicky *systemic inflammatory response syndrome*). Podle této představy se sepsi odlišuje od běžných infekcí především v tom, že prozánětlivé mediátory jsou z leukocytů uvolňovány nejen v ložisku infekce, ale vyplavují se i do cévního řečiště a zde působí na úrovni kapilár ve všech tkáních organismu. Patogenní proces zde začíná aktivací kapilárního endotelu a pokračuje dilatací kapilár, zvýšením jejich permeability a přípravou ke spuštění hemokoagulační i fibrinolytické kaskády. Následkem těchto pochodů unikají tekutiny z krevního řečiště do intersticia, následuje hypovolémie, intersticiální edém v plicích i dalších tkáních a posléze diseminovaná intravazální koagulopatie (DIC) a septický šok.

Popsané změny dokáží dobře ozřejmit rozvoj hypotenze, šokové plíce a DIC, nestačí však pro pochopení metabolických změn, které sepsi doprovázejí a které se spolupodílejí na rozvoji multiorgánového selhání.

Jedná se zejména o zablokování glykolýzy v periferních tkáních, neschopnost využít vlastní tukové zásoby), a z tohoto stavu vyplývající intenzivní proteokatabolismus a glukoneogenezi. Těmto metabolickým změnám je přiznávána stále větší důležitost, což se projevilo ve formulaci poslední konsenzuální definice sepse, kterou vypracoval tým odborníků pod vedením prof. Mervyna Singera (2016). Spolehlivá teorie vysvětlující příčiny metabolických změn zatím chybí, dosavadní znalosti však naznačují, že základním problémem je porucha funkce mitochondrií.

Je možné, že snížení aktivity mitochondrií je způsobeno hibernací, čili řízeným útlumem, a jeho cílem je šetřit omezené energetické zdroje, které má organismus během sepse k dispozici. Existuje však i další hypotéza, vycházející z faktu, že mitochondrie jsou potomky dávných bakterií, příbuzných dnešním rickettsiím, které byly začleněny do prvotní pra-eukaryotní buňky. Podle této hypotézy používá organismus v boji s invadujícími bakteriemi i některé evolučně staré mechanismy, které neselektivně omezují růst a množení mikrobů. Mezi tyto mechanismy patří horečka, kompetice o ionty železa (nezbytné pro přenos elektronů v dýchacích řetězcích) a také přímé zablokování bakteriálních dýchacích řetězců. Všechny tyto mechanismy jsou nevýhodné i pro lidský (savčí) organismus, ten je však konstruován tak, že krátkodobé působení těchto nepříznivých okolností vydrží. Celá filosofie tohoto postupu je založena na tom, že působení těchto mechanismů zdrží průběh infekce po dobu 10 až 20 dnů, čili do období, kdy se vyvine mnohem účinnější imunitní odpověď, založená na tvorbě specifických protilátek. Podle této hypotézy je tedy příčinou selhávání orgánů nedostatečně selektivní

imunitní reakce na závažnou infekci. Je možné říci, že nevině mitochondrie tímto způsobem dodatečně doplácí na svůj nezávadělný původ.

Posledně jmenovaná úvaha nás vrací k úvahám o interakcích mezi bakteriemi a hostitelským organismem, respektive jeho imunitním systémem. Vnímáme-li sepsi jako stav, kdy se bakterie mohou nezadržitelně šířit po celém organismu, pak příčinou tohoto stavu mohou být dvě různé okolnosti. První možností je, že se jedná o vysoce virulentní mikroby, proti nimž standardní imunitní systém nenachází dostatečně účinnou obranu. Tuto situaci můžeme pozorovat u infekcí způsobených bakteriemi s mimořádně vyvinutým pouzdem (meningokoky, pneumokoky, někdy i streptokoky skupiny A, historicky rovněž mor) anebo takových, které tvoří vysoce účinný toxin, usmrcující leukocyty (*Bacillus anthracis*, *Staphylococcus aureus* produkující Pantonův-Valentinův leukocidin, různá klostridia). Sepse tohoto typu zpravidla postihují dosud zdravé osoby a probíhají perakutně. Nemoci tohoto typu jsou obecně dobře léčitelné, jsou-li diagnostikovány dostatečně rychle. Příčinou jejich dosud vysoké smrtnosti je skutečnost, že se vyskytují sporadicky, udeří náhle a svou oběť zahubí dříve, než se stačí aktivovat zdravotní péče.

Zcela odlišnou skupinu představují případy, kdy sepsa nastává v důsledku selhání imunity (typicky po intenzivní cytostatické léčbě, ale nezřídka i z jiných příčin, včetně těžké malnutrice) anebo závažným porušením fyziologických bariér (například u rozsáhlých popálenin nebo po perforaci střeva; do stejné kategorie patří i katérové sepsy). Tyto sekundárně vzniklé sepsy jsou obvykle způsobeny vlastními, málo patogenními bakteriemi, a je velmi těžké jim čelit, jestliže se nepodaří rychle odstranit vyvolávající příčinu.

Na uvedených příkladech je dobře patrná velká heterogenita sepsí, která vede mnohé experty k závěru, že sepsa není nemoc, ale spíše syndrom, který se může vyvinout z různých výchozích stavů. Epidemiologicky koncipované studie, které na tuto skutečnost neberou zřetel, mohou snadno dojít k nesprávným závěrům. Bylo například zjištěno, že incidence sepsy ve vyspělých zemích činí 50 až 100 případů na 100 tisíc obyvatel ročně, a stále narůstá. V USA je sepsa desátou nejčastější příčinou smrti. Smrtnost sepsy se udává v rozpětí 20 až 50 procent, smrtnost septického šoku dosahuje 40 až 80 procent. Výsledky studií provedených v České Republice vyznívají podobně. To vše navzdory možnostem, které současná medicína nabízí, od vysoce účinných antibiotik až po sofistikované přístroje umožňující umělou plicní ventilaci, podporu oběhu nebo hemodialýzu, jimiž disponují pracoviště intenzivní péče. Je však možno říci, že tato zpráva je špatná nebo dokonce alarmující? Je možné na základě těchto údajů usuzovat na nedostatečnou léčebnou péči a nutnost lepší edukace lékařů i sester?

Podle mého názoru nikoli. Lidé z principu nejsou nesmrtelní, a to znamená, že nějakým způsobem umřít musí, ať už se bude lékařská věda snažit jakkoli. Proč by neměli někteří z nich umřít právě na sepsi? Jistěže je tragédie, jestliže na sepsi zemře dosud zdravý člověk. Takových tragédií je však naštěstí málo a jejich výskytu zdravotnický systém ani při lepší organizaci nezabrání – stejně jako není v silách policie úplně zabránit výskytu vražd nebo úmrtí v důsledku dopravních nehod. Naproti tomu většinu případů sepsy, které jsou vykazovány ve statistikách, tvoří polymorbidní pacienti, u nichž sepsa představovala poslední komplikaci jejich pokročilé základní choroby. Domnívám se, že v tomto kontextu je



úmrtí na sepsi akceptovatelné a není projevem nedostatečné léčebné péče.

Myslím si také, že sepse je přirozený a zároveň poměrně milosrdný způsob umírání: netrvá dlouho, nemocný obvykle brzy ztratí vědomí, nemá bolesti a netrpí pocitem dušení. Kdybych si mohl vybrat, jak jednou zemřu, zvolil bych mnohem raději sepsi než maligní chorobu, městnavé srdeční selhání, plicní fibrózu nebo demenci. Úmrtí na sepsi je z mého pohledu dobrá smrt a na tomto mém názoru nehraje žádnou významnou roli okolnost, že mým oborem je infektologie.

Protože jde o kontroverzní téma, musím ještě na závěr dodat několik slov: svou úvahou nechci razit představu, že pacient s terminální sepsí nemá být léčen. Myslím, že u každého aspoň trochu perspektivního nemocného se má zdravotnický tým snažit o vyléčení a na naší klinice se to vždy děje. Domnívám se však, že když adekvátní terapie selže a nemocný pouze přežívá v intenzivní péči bez naděje na návrat k normálnímu životu, může být právě sepse přijatelným řešením bezvýchodného stavu.

---

*Prof. MUDr. Jiří Beneš, CSc., je přednostou Kliniky infekčních, parazitárních a tropických nemocí 3. LF UK a Nemocnice Na Bulovce. Zabývá se zejména problematikou závažných bakteriálních infekcí a antibiotické léčby.*

# Rezistence nezačíná na Petriho misce

Filip Prusík

Odolnost bakterií lze také definovat jako jejich schopnost odolat terapeutickým hladinám antimikrobních léčiv. Již z této věty vyplývá, že určitý stupeň rezistence k některému antibiotiku můžeme nalézt prakticky u každého bakteriálního izolátu.

Rezistenci můžeme klasicky navíc dále rozdělit na přirozenou a získanou. Modelovým příkladem je odolnost ke stěnovým antibiotikům u bakterií, které žádnou stěnu nemají (mykoplazmata, chlamydie, ...). Pro někoho je ale možná překvapující, že získaná rezistence byla přítomná mezi bakteriemi ještě v období „předantibiotické éry“. Vysvětlení je logické, neboť antibiotika jsou vlastně jen produkty jiných mikroorganismů, které byly, jsou a budou nástroji boje na mikroskopické úrovni, souboje, který je obdobný tomu na makroskopické úrovni. Kde je meč, bude za chvíli i štít.

Moderní antibiotika jsou jen tyto původní molekuly, sice čisté či mírně modifikované, ale stran mechanismu účinku stále původní. Antibakteriální chemoterapeutika jsou sice molekuly nově chemicky syntetizované, ale na některé z nich, například ze skupiny chinolonů, vzniká rezistence již v průběhu léčby. Stačí často jedna bodová mutace (tak častá v uspořádání bakteriálního chromozomu) a schopnost odolat antibiotiku je na světě.

Po masivním nástupu antimikrobních přípravků do medicíny, jak humánní tak veterinární, se objevila u rezistentních mikroorganismů jasná selekční výhoda.

S nadsázkou je možné konstatovat, že Charles Darwin by zaplesal nad tím, jak dokázalo lidstvo potvrdit jeho teorii v praxi. Situace se dostala až do bodu, kdy máme potvrzené bakteriální kmeny odolné oproti všem doposud známým antimikrobním preparátům. Kruh se tak uzavírá a v některých regionech se dostáváme reálně do „postantibiotické éry“.

Přes všechna výše zmiňovaná fakta jsou antibiotika jedny ze zásadních léčiv, které umožnily a umožňují účinně léčit do jisté doby smrtelné choroby. Zavedení chirurgické antibiotické profylaxe výrazně snížilo počty pooperačních komplikací a podobně. Při rozhodnutí o nasazení konkrétního antimikrobního preparátu by tedy lékař měl zohlednit nejen přínos pro pacienta, ale i případné riziko pro ostatní pacienty příslušného oddělení, nemocnice, potažmo celého zdravotního systému. Odborně: Antibiotika mají svou epidemiologii.

Zdravotní systém v České republice má v současnosti zavedenou dostupnou zdravotní péči, laboratorní diagnostiku a nástroji antibiotické politiky možnost ovlivňovat spotřebu antimikrobních preparátů. Z tohoto pohledu a z pohledu rezistence je na tom Česko mnohem lépe než státy, které spotřebu a spektrum aplikovaných antibiotik nijak neovlivňují.

V Evropě (viz mapka) existuje, co se týče stavu rezistence, takzvaný severo-jihní gradient. Severské státy mají obecně stupeň rezistence mnohem nižší než státy

na jihu. Je zde nepochybný vliv přístupu k dostupnosti a volnosti předepisování antimikrobních preparátů.

Antibiotika by měla být předepisována jen na bakteriální infekce. Pouze v těchto případech může pacient z jejich použití profitovat. K diagnostické úvaze o tom, že se jedná právě o bakteriální nákazu, máme v současnosti vedle klinického vyšetření i celou řadu laboratorních markerů zánětu, které nám (jak v absolutním čísle, tak svou dynamikou) výrazně pomáhají v rozhodnutí, kdy antibiotika nasadit i kdy ukončit jejich podávání. Kromě již klasických CRP, hladiny leukocytů, jsou to nově například *prokalcitonin* či *presepsin*.

Stanovení hodnot známek zánětu je s výhodou používáno i v primární péči - takzvaný *POCT (Point of Care Testing)*. Jedná se o laboratorní testy, které jsou uzpůsobeny pro použití i nelaboratorními pracovníky. I praktický lékař si tak může přímo při vyšetřování pacienta v reálném čase stanovit třeba CRP z prstu. Například zavedení rychlých testů na detekci přítomnosti antigenu *Streptococcus pyogenes* ve výtěru v krku dle provedených studií snížilo zbytečné podávání antibiotik zvláště v dětské populaci.

V reálné klinické medicíně je velice vhodné odebrat před nasazením antibiotik vzorky na mikrobiologické vyšetření. Výsledek kulturačního vyšetření může během několika dnů rozhodnout o změně či ukončení antibiotické terapie. Tento princip je jednou ze základních strategií racionální antibiotické politiky. Kultivace, která je sice časově náročná, je prakticky jedinou metodou, která identifikuje citlivost/rezistenci vyvolávajícího patogenního agens. I negativní výsledek kultivace má svou výpovědní hodnotu. Příznaky některých neinfekčních onemocnění mohou být shod-

né s bakteriální infekcí. Namátkou - bolest v krku, hematurie, šok a podobně. Právě negativita kultivace výtěru z krku, kultivace moči či negativní hemokultivace často rozhoduje o ukončení empirické antibiotické terapie či až o změně původní diagnózy. Naopak lze konstatovat, že neodebrání vzorků pro mikrobiologickou diagnózu či jejich pozdní odebrání pod clonou již nasazených antibiotik, často způsobí následné diagnostické rozpaky a nadužívání antimikrobních preparátů. V ČR a v rozvinutých zemích, stran zdravotního systému, je dostupnost mikrobiologické diagnostiky jedním z faktorů, který výrazně určuje trendy v bakteriální rezistenci.

Každý klinický pracovník řeší prakticky denně otázku, zda antibiotika nasadit a následně, po jak dlouhou dobu pokračovat v jejich aplikaci. Zbytečně dlouhá délka léčby motivovaná například obavou z rekurence infekčního onemocnění se výrazně podílí na celkovém selekčním tlaku, kterému jsou vystaveny mikroorganismy zejména v nemocničních zařízeních i primární péči.

Některé infekce prokazatelně vyžadují dlouhodobější léčbu. Klasickými příklady je léčba tuberkulózy, osteomyelitidy či infekční endokarditidy.

V současnosti některá doporučení opřená o výsledky studií naopak u infekcí typu nekomplikované infekce močových cest či dokonce ventilátorové pneumonie a nekomplikované gramnegativní bakteriémie hovoří o mnohem kratší době léčby antibiotiky, než bylo a je zvykem. U nekomplikované cystitidy se tak v současnosti doporučuje jen několikadenní léčba. U ventilátorové pneumonie a výše zmiňované nekomplikované gramnegativní bakteriémie je délka ATB terapie smysluplná jen po prvních sedm dní. Delší léčba již

nepřináší pacientům žádnou výhodou porovnání s delším podáváním.

Protože každý pacient stoná jinak, protože většina pacientů má kromě infekčního onemocnění i jinou chorobu, je vždy třeba pravidelně hodnotit, zda antimikrobní léčba přispívá ke zlepšení jeho klinického stavu. Každý lékař v naší republice má právo se obrátit na antibiotické středisko s žádostí o radu a pomoc v záležitosti antimikrobní léčby svých pacientů. Slepé ordinování antibiotik je slepou uličkou. V případě neracionální preskripce antibiotik se naprosto logicky a neodvratitelně dostaneme se do stádia, kdy již nebudou fungovat. Až uvidíme poly- a pan- rezistentní izoláty v okolí antibiotických disků na Petriho miskách, bude již pozdě. Autor tohoto textu již podobnou situaci mnohokrát zažil. Vážení čtenáři, ono cimrmanovské „to je pro vás, pane faráři“ se prosím snažme vlastní zodpovědností co nejvíce v čase oddálit.

---

*MUDr. Filip Prusík je primářem Úseku mikrobiologie a antibiotického střediska v Ústavu laboratorní diagnostiky 3. LF UK a FNKV.*



# Z pacientek se stávají klientky. Za služby u porodu by si rády připlatily

Jolana Boháčková

**Mladých lékařů, kteří by chtěli pracovat v porodnici, ubývá. V budoucnu možná budou mít porodní asistentky daleko větší pravomoci, podobně jako na Západě. Jak vlastně budou jednou porody vypadat? Dočkají se ženy toho, že si legálně připlatí za lékaře nebo porodní asistentku? O svých zkušenostech a současných trendech v porodnictví hovoří MUDr. Radovan Vlk, primář vinohradské porodnice.**

**O vás je všeobecně známo, že jste porodníkem mnoha českých celebrit. Vybírají si dnes ženy, s kým chtějí родit?**

Je to obecný trend ve světě a já v tom vidím jednu z cest budoucnosti porodnictví. Natalita je nízká, ženy často rodí jen jednou až dvakrát za život, a tak hledají zkrátka člověka, kterému mohou v průběhu porodu důvěřovat. Porod pro ženu představuje unikátní zážitek, který jistě patří k těm emotivně nejsilnějším.

V rozvinutém světě si ženy mohou vybírat, a to nejen kde, ale i s kým budou rodit. Existují soukromé porodní asistentky, které po domluvě přijedou k porodu do porodnice. Pracují jeden, dva dny v týdnu v nemocnici, s tou pak mají smlouvu a mohou tam jezdit mimo pracovní dobu k privátním porodům. A totéž mohou i lékaři. Takto fungují některé porodnice například v Kanadě nebo v Rakousku. Je však samozřejmé, že zdravotnický systém není založen jen na privátních porodech, každá porodnice poskytuje standardní služby.

A privátního lékaře si nevybírají jenom tzv. VIP osobnosti. Jakákoliv rodička, ať už sousedka z ulice, prodavačka ze zeleniny nebo učitelka z mateřské školky, která zkrátka chce родit u někoho zkušeného, komu důvěřuje, ať už je to porodní bába nebo lékař, má možnost si soukromý porod domluvit.

**Je tato služba i v Čechách nějak formalizovaná?**

Není, vůbec. Bohužel. Jako příklad mohu uvést některá data ze sousedního Rakouska. V jedné z porodnic mají oficiální ceník, kde se platí až 2 000 euro za porod. Z této částky si určité procento ponechá porodnické zařízení, zbytek dostane lékař. Ten samozřejmě sumu zdaní, takže mu za porod zůstane 1 000 až 1 200 euro. Ano, nemluvíme o malých částkách. Nicméně pacientka je spokojená, protože má lékaře, kterého si vybrala, lékař je spokojený, protože je za nadstandardní práci dobře ohodnocen. Kolegové v nemocnici mohou být také spokojeni, protože se během noční služby na porodnici nemusejí starat o privátní porody, ke kterým

přijede jiný lékař, a tím mají relativně méně práce. A nakonec, i samotné porodnické zařízení nemá důvod být proti: procentuální část z uvedené ceny za nadstandard je vlastně finančním bonusem. Většina rodiček je totiž z daného regionu a stejně by přišly do stejné porodnice rodit. Ve vyspělém světě to zkrátka funguje.

I v Praze samozřejmě přibývá žen, které nechtějí jít do porodnice, aniž by věděly, co je čeká. Také si chtějí vybírat lékaře a jsou ochotné za to zaplatit. Porod totiž není pouze otázka medicínská, ale i otázka psychosociální. Zase uvedu příklad: žena navštěvuje spoustu let moji soukromou ordinaci, „prožiju“ s ní svatbu, pak rozvod, dva potraty, druhé manželství, a ona pak opět otěhotní, zeptá se mě, zda bych mohl přijet k jejímu porodu. Je ochotná nadstandardní služby uhradit. Já jí ale oficiálně musím říct, že to nejde. Dostávám se tak vlastně do nepříjemné situace, protože bych se o ni rád postaral.

Na tomto místě je nutné říct, že potřeba privátních porodů vychází primárně ze strany pacientů, nikoli lékařů. Mnoho laiků si bohužel myslí, že hlavní motivací je snaha lékařů si přivydělat. Ale přitom rodičky oslovují nás.

Paradoxně teď je situace taková, že lidé, kteří mají konec a známosti, právě ty tzv. VIP osobnosti, si dokážou najít lékaře, který je ochoten se o ně „neoficiálně“ postarat. Kdyby tato služba byla formalizovaná, byla by naopak za jasně formulovaných podmínek dostupná všem.

### **A proč to v Česku nejde?**

Já tomu říkám „pseudosociální“ cítění. Někteří politici, ale i jiné odpovědné osoby mají pocit, že by neměla existovat nějaká privilegovaná skupina lidí, kteří budou

mít služby navíc. U nás ale mají všichni lidé bez rozdílu dostupnou péči, dostupnou operativu, lékaře i porodní asistentky, máme hustou síť porodnic. Takové zdravotní služby mnohdy nemají ani ve vyspělých státech. A přitom lidé nemusejí kromě povinného zdravotního pojištění zaplatit prakticky nic navíc. Chybí vůle k takovému kroku ze strany ministerstva i pojišťoven. Budoucnost porodnictví ale podle mě bude spočívat v privátní individuální péči, ať už za ni lidé budou přímo platit nebo bude hrazena formou určitého připojištění.

### **V některých porodnicích u nás si ale mohou ženy vybrat a zaplatit porodní asistentku.**

Tyto služby poskytují soukromé porodní asistentky, které však musí mít s nemocnicí pracovní smlouvu. Nemocnice přistupují na takovýto systém, aby vyhověly přáním některých těhotných žen. Bohužel ani tato cesta není v ČR jednoznačně specifikována. Problém například vzniká, jakmile porodní asistentce skončí plánovaná noční služba a brzy ráno přijede její rodící pacientka. Po noční směně nemá dle zákoníku práce v porodnici co dělat. Takže formálně nemůže být zodpovědná za průběh porod. Pro mnoho nejasností v poskytování péče nechce většina nemocnic na tento systém přistoupit.

### **Změní se postavení porodních asistentek?**

**V Česku ale, pokud vím, nemají vůbec porodní asistentky právní zodpovědnost za průběh porodu...**

V Česku má hlavní zodpovědnost za porod sloužící lékař. Zodpovědnost porodních asistentek je relativně malá. Na rozdíl od již zmiňovaného Rakouska, kde

porodní asistentka často pracuje v porodnickém zařízení určitý počet let, porodnice jí pak sníží úvazek na minimum a ona zároveň vykonává funkci soukromé porodní asistentky. V nemocnici ji všichni znají a rádi s ní podepíší smlouvu, na základě které jezdí do porodnice se svými privátními pacientkami. Porodní asistentka má tedy nejenom deklarované schopnosti a znalosti, ale i onu právní zodpovědnost.

U nás porodní asistentky nemají ani jasně dané pravomoci. Porodní asistentka je soběstačná, vede fyziologický porod a musí být schopná posoudit, kdy je třeba zavolat lékaře, protože hrozí nebo již nastaly komplikace. Ale po celou dobu, i když tam fyzicky lékař přítomen není, je za porod odpovědný on. U nás v Česku totiž praktikujeme takzvané lékařské vedení porodu, ale nikdo přesně neví, jak by mělo v praxi vypadat. Má být po celou druhou dobu porodní na sále lékař? Nebo má být dostupný? Jak rychle?

### **Porodní asistentky by byly ochotné přijmout právní odpovědnost?**

Dle mých zkušeností ji porodní asistentky chtějí. Uvědomují si, že odpovědnost jde ruku v ruce s odbornou způsobilostí. A v brzké budoucnosti ji budou muset mít, protože porodníků-lékařů ubývá. Mladí lékaři moc nechtějí pracovat v porodnici. Když už se rozhodnu pro obor porodnictví a gynekologie, volí raději onkogynekologii nebo kliniku asistované reprodukce, což je relativně bezpečná a dobře placená práce.

### **Bezpečná v tom smyslu, že lékaře nemá nikdo důvod žalovat? Mladí lékaři opravdu nechtějí dělat porodnictví kvůli žalobám?**

Ano, často. Ale také kvůli práci v noci a o víkendech. Miminka se neptají, kdy se mají narodit. Je mnoho jiných oborů medicíny, kde se lékař s prací v noci setká jen výjimečně.

### **Říká se, že porody často začínají v noci...**

Takhle to funguje ve zvířecím světě, kde některé druhy pudově častěji rodí v noci. U člověka možná kdysi tento mechanismus také existoval, ale dnes již nefunguje. Poměr porodů v noci a ve dne je vyvážený. Samozřejmě indukované porody se plánují přes den a obvykle mimo víkend, ale přirozená porodní činnost nastupuje v noci i ve dne stejně. Někdy však mají zdravotníci pocit, že v noci víc pracovali, protože jsou nastavení na to, že v noci obvykle spí. Zkrátka, tři porody během noci nám dají víc zabrat než tři porody během dne. Nebo to tak aspoň vnímáme...

### **Setkáváte se s trendem, že se stávají z pacientek klientky?**

V porodnictví se tento trend objevuje. S oblibou říkám, že u nás je díky internetu a médiím každý tak trochu porodník. Ženy skutečně hodně mluví do toho, jak by měl porod vypadat. Zatímco do kardiologických zákroků a ortopedických operací nikdo nemluví, o důvodu nebo dokonce o technice císařského řezu s námi vedou ženy i jejich příbuzní dlouhé diskuse.

Pravdou je, že až 90 procent porodů může proběhnout zcela fyziologicky bez nutnosti jakéhokoli medicínského zásahu. Existují proto krajní názory, že porod vlastně není medicínský úkon. Přibližně deset procent porodů se však zkomplikuje, zpravidla aniž bychom to věděli dopředu. Potom se porod jednoznačně stává medicínským výkonem.



Jak bylo již řečeno, ve většině případů ženy nepotřebují pomoc medicíny, porod je záležitostí psychosociální. V těchto případech se vlastně pacientka stává klientkou. Pokud porod probíhá, jak má, můžeme se s ženou bavit o všech možných přáních. Základním stavebním kamenem porodu pak není léčebný krok, ale samotná komunikace s rodičkou. K ženě přistupujeme jako ke klientce, které se snažíme vyhovět.

## Doma porodí velmi málo žen

**Existují nějaké typické rodičky? Například ženy, které by nejraději rodily v přírodě, a naopak ženy, které si přejí porodit císařským řezem?**

V posledních letech se „názorové nůžky“ postupně, ale jistě rozevírají. Často mluvíme o tzv. demokratizaci porodnictví. Pacientky mají své představy o porodu a snaží se je prosazovat. Některé ženy si přejí родit přirozeně, vaginálně, bez zásahů, ideálně v domácím prostředí. Pak se ale objevují také ženy, které nechtějí родit vůbec a přejí si plánovaný císařský řez. Tyto pacientky vždycky budou, ale bude jich relativně málo. Osobně si myslím, že nemá moc cenu s těmito těhotnými bojovat, protože je stejně nepřesvědčíme. Můžeme jim vysvětlit, co je z našeho pohledu bezpečné a co není. Ale každý člověk vnímá rizika jinak. Pro nás jedno procento komplikací představuje velké číslo, pro někoho ale ne. Nicméně ženy, které rodí doma, jsou v České republice spíše výjimkou.

Jiné pacientky zase preferují císařský řez, aniž by k tomu měly jakýkoliv medicínský důvod. Nechtějí родit, bojí se bolesti, obávají se, že porod nezvládnou. Ale těch je také relativně málo. Snažíme se jim vysvětlit, že císařský řez není malá operace, a ženy, které porodí vaginálně bez komplikací, jsou za tři dny v pořádku. Zatímco po císařském řezu trvá rekonvalescence daleko déle, později nastupuje kojení a podobně. Představíme jim možnosti analgezie u porodu a mnohdy je přesvědčíme. Ale ne všechny. Znovu chci zopakovat, že porod je psychosociální záležitostí a pokud žena zkrátka porodit nechce, tak neporodí.



**Proč jsou domácí porody tak velké téma? Týkají se přeci velmi malé skupiny žen.**

Myslím, že je to především díky médiím. Před několika lety například vyšel v mnoha ohledech hezky napsaný článek v Reflexu, ze kterého ale člověk nabyl dojmu, že domácí porod je srovnatelná alternativa s porodem v nemocnici. Vyplývalo z něj, že až polovina žen by ráda rodila doma. Přitom v naší zemi podle odhadů doma porodí ani ne půl procenta žen.

**Setkáváte se s tím, že ženy odmítají úkony, které vy musíte provést? Objevují se případy, v nichž jsou lékaři žalováni za to, že něco neudělali. Ačkoli to žena předtím odmítla.**

Právní ochrana na straně pacientů je totiž daleko vyšší než právní ochrana na straně lékařů. Na internetu se objevují návody na to, jak se bránit doktorům, kteří ženám chtějí v porodnici ublížit. A s tímto některé pacientky do porodnice přicházejí. Já to vnímám jako závažný problém, protože u porodu hraje velkou roli důvěra mezi lidmi.

Jako příklad můžeme užít monitorování plodu za porodu. Existují jasná pravidla, jak sledovat stav plodu v děloze. Mezi jednotlivými monitorováními má žena možnost jakkoli se volně pohybovat. Ale některé ženy nechťejí být monitorovány vůbec, protože je jim to nepříjemné. Na mě to ale působí tak, že preferují své pohodlí před bezpečností dítěte. My dodržujeme určitá pravidla, která jsou v porodnictví daná a jsou velmi podobná po celém vyspělém světě. Jsou nastavená tak, aby zbytečně neobtěžovala pacientky, ale aby dítě i matka byli v bezpečí.

**Setkáváte se s porodními plány?**

V Praze opravdu hodně. Osobně jsem spíše odpůrcem porodních plánů než jejich podporovatelem. Myslím si, že žena za porodu je příčetná osoba, která je v každé dané chvíli porodu schopná říct, co by preferovala, nebo naopak, co nechce. Pohled prvorodičky na porod se často velmi dynamicky mění až v jeho průběhu. A navíc, většina těhotných napíše do porodního plánu to samé: nechce zbytečně nástřih, chce informovat o všech lécích, co dostane, o všech úkonech, nechce zbytečně epidurální analgézi, rozhodně nechce kleště, chce bonding, chce nechat dotepat pupečník a podobně. Z mého pohledu to jsou buď samozřejmosti soudobého porodnictví, nebo žádosti, o kterých se dá aktuálně diskutovat až v dané fázi porodu.

**Všude to třeba normální není...**

Proto by se měly jednotlivé porodnice veřejně prezentovat, aby si rodičky mohly vybírat podle svých potřeb.

**Myslím, že mnoho žen si vůbec nedokáže představit, jak porodní proces ve skutečnosti vypadá. Od dob, co se porody přesunuly do nemocnic, ženám chybí osobní zkušenost. Dřív bývaly u porodů sester, matek, sousedek, zkrátka věděly, co je čeká.**

Souhlasím, že chybí. Zajímavé je, že ačkoli ženám chybí ta zkušenost a představa, mají tendenci psát si právě ony zmíněné plány minimálně na čtyři strany A4.

**Setkal jste se s termínem porodní násilí? Lékaři prý u porodů zbytečně intervenují proti vůli rodičích žen. Zbytečně intervenují? A proč? Tak zase příklad: o půlnoci přijede rodící žena, porod probíhá fyziologicky,**

vede ho porodní asistentka, žena porodí v šest hodin ráno. Já mezitím mám šanci se aspoň pár hodin vyspat na lékařském pokoji. Jen tak si ale nastavím na tři hodiny ráno budíka, abych dal pacientce infuzi nebo jinak zasahoval do porodu, přestože mě porodní asistentka nezavolala. Myslíte si, že bych to tak udělal? Já přeci nechci pacientce ubližovat, nechci zbytečně zasahovat do integrity jejího porodu a zároveň si rozhodně nechci přidělovat „zbytečnou“ práci.

## **S vyšším věkem prvorodiček přibývá komplikací v těhotenství i u porodu**

**Mluví se o stoupajícím věku prvorodiček. V Praze se průměrný věk prvorodiček vyšplhal nad třicet let. Přibývá zároveň komplikací v těhotenství a při porodu?**

Zároveň se ale posouvá i medicína a díky tomu mnoho komplikací umíme řešit nebo alespoň snižovat pravděpodobnost jejich vzniku. Přibývá starších a nemocných maminek, přibývá komplikací v průběhu těhotenství i v průběhu porodu a proto také například stoupl počet císařských řezů. Některé pacientky jsou natolik rizikové, že jim předem doporučíme císařský řez. Věk je jeden z významných rizikových faktorů. Nijak se tento jev ale neobjevuje v perinatálních výsledcích, v nichž patříme k nejlepším v Evropě. Jsme srovnatelní s Rakouskem, lepší výsledky v Evropě mají jen severské země.

**Mají kvůli vyššímu věku matek děti častěji nějaké vady?**

Mají, ale my je často a poměrně brzy v průběhu těhotenství umíme odhalit. Žena, která otěhotní ve čtyřiceti,

má jednoznačně vyšší riziko, že její plod bude mít nějakou genetickou nebo vrozenou izolovanou vadu. Riziko výskytu nejčastější genetické anomálie, Downova syndromu, je u čtyřicetileté ženy řádově jedno procento, zatímco u těhotné ženy v pětadvaceti letech hovoříme o riziku jednoho promile. Ženy mají možnost podstoupit tzv. genetický screening, a na základě výsledků krve a hodnocení naměřených ultrazvukových parametrů se rozhodnout o dalším osudu těhotenství. Z genetické indikace je možno podstoupit ukončení těhotenství až do 24. týdne těhotenství. A většina z pozitivně testovaných se rozhodne těhotenství opravdu ukončit. Ve srovnání s vyspělou Evropou u nás na základě vrozené vady ukončí těhotenství relativně největší procento žen. Možná je to tím, že jsme sekulární stát. Protipól představují například země Beneluxu, kde hodně těchto těhotných pokračuje v těhotenství a stará se pak o dítě s hendikepem. Dokonce se mezi dobře situovanými rodinami mluví o „módě“.

**Bohatá společnost se dokáže o hendikepované děti postarat...**

V rozhodování budoucích rodičů často hrají zásadní roli ekonomické aspekty. Možnost nechat si dítě s hendikepem mnohdy zvažují inteligentní a zabezpečené lidi. Jeden z rodičů musí zpravidla opustit zaměstnání a starat se o dítě s vadou. Rodinu pak živí jeden plat. Hlavní roli v rozhodování, zda si miminko nechat či ne, hraje subjektivní vnímání maminek, zejména pak její snaha a schopnost se vyrovnat se ztrátou těhotenství ve vysokém stupni gravidity. Tato rozhodování se dají těžko nějak objektivizovat či pausalizovat.

## **Setkal jste se s termínem hypnoporod, o kterém se mluvílo v souvislosti s porodem vévodkyně Kate?**

Je to jedna z popisovaných alternativ, jak ovlivnit porodní děj. V podstatě se pracuje se stavem vědomí a žena se určitým způsobem na porod dlouhodobě připravuje. Bohužel, naprostá většina populace těhotných není pro hypnózu přiměřeně citlivá. Většina studií zabývajících se hypnózou za porodu neuvádí lepší výsledky ve srovnání s placebem. Otázkou zůstává, jak a s využitím jakých analgetických metod Kate skutečně rodila. To, že vypadá pár hodin po porodu skvěle, nemusí souviset s hypnoporodem, ale pouze s tím, že zkrátka rodila potřetí, bez problémů a sama celkově dobře zvládá porod. Tato schopnost je částečně dána i geneticky. A tým kadeřníků, vizážistek a možná i fyzioterapeutů udělá také svoje, ne?

## **Chtějí stále ženy u porodu své partnery?**

Bývají u více než poloviny porodů. Mně osobně to nevadí, někdy si i myslím, že vzájemné sdílení něčeho tak velkého, jako je porod dítěte, může vést k utužení svazku budoucích rodičů. Naproti tomu existují psychologické práce, které se zabývají tím, jak moc pozitivně nebo naopak negativně zážitek porodu tatínka ovlivní v jeho budoucím životě. Pro některé muže je porod bohužel jednoznačně negativním zážitkem a někteří dokonce trpí následnými sexuálními poruchami.

Mají být tedy přítomni budoucí otcové u porodu? Odpověď je dle mého široce komplexní. Lidé se snaží neustále vymýšlet něco nového. Podobně to bylo před pár desítkami let s porody do vody. Tato „módní bublina“ rychle splaskla. Možná jsme se poučili z historie. Přímořské národy přece tradičně také nerodí do vody.

Stejně tak tatínkové se nikdy v historii neúčastnili porodu. Možná bychom se i v tomto bodě měli poučit od našich předků... Kdysi žena rodila v jedné místnosti, kde jí pomáhaly všechny další ženy z rodiny, a muži čekali ve vedlejší místnosti. Ženy pak věděly, jak vypadá porod, měly tu zkušenost a u vlastního porodu se pak neptaly, jak mají tlačit. Manžel šel hned po narození miminka dovnitř, do místnosti porodu, pochoval si dítě a byl v kontaktu s ním i se ženou. Do té doby čekal vedle. Dle mého všechno toto souvisí s úctou k ženě, se soukromím, respektem a s úctou k porodu. Ta nám všem pořád trochu chybí. Neustále se snažíme v porodnictví vymyslet něco nového, teď je vlna porodních plánů, ale možná je na čase se přiznat, že nic jiného už nevymyslíme. Princip porodního děje je po staletí stejný a jsem přesvědčen, že i dalších 200 let tomu tak zůstane.

# Sítě sociální či asociální?

Jana Šeblová

Je to ode mne trochu troufalost, vyjadřovat se k sociálním sítím a komunikaci ve virtuálním světě. Jsem příslušník generace, která vyrostla ve světě „offline“ a pro nás tehdy (s výjimkou autorů science fiction) jediném reálném. Technologie, sítě, internet, virtuální komunikace, mobilní aplikace a umělá inteligence však jsou zde a my se učíme, lépe nebo hůře, s nimi žít. Tento text píše v době, kdy Prahu navštívila robotka Sofia, která má nejen státní občanství, ale kromě inteligence, kterou bychom u počítačově řízeného robota očekávali, má i emoce a nechybí jí humor.

Co se týká sítí, počáteční nadšení ze sdílení společného virtuálního světa trochu opadá, aktuální otázkou je dnes zajištění soukromí uživatelů a ochrana před nechtěnou reklamou. Rizika rozhodně zanedbatelná nejsou: možnost zneužití osobních dat, manipulace s celými sociálními skupinami, agresivita ve vyjadřování daná (možnou) anonymitou obou stran, dezinformační války, bezpečnost dětí a dospívajících, kyberšikana... Bez rozmachu sociálních sítí bychom nediskutovali, zda někdo má pravdu nebo pravdu alternativní, protože by nám obsah diskuze připadal nesmyslný; manipulace s fakty je v tomto prostředí snazší a rozlišování pravdy a lži je obtížnější.

## Co však virtuální komunikace a medicína?

Existují sítě zaměřené na informování o pracovních možnostech či na shromažďování a prezentaci pu-

blikační a vědecké činnosti uživatelů (ResearchGate, AcademiaEdu, LinkedIn, PartnerUP a mnohé další). Jiné jsou spíše soukromé s možností vytvoření zájmových skupin (Facebook, Twitter, Google+, Youtube, Instagram atd.) Mnoho odborných organizací a spolků má své profily a skupiny i na těchto nejrozšířenějších obecných sítích prostě proto, že se část komunikace a s ní i viditelnosti organizace přesouvá na tyto platformy. Kromě webových stránek, kde bývají oficiální, a tudíž i trochu těžkopádné informace, je komunikace na sociálních sítích pružnější, rychlejší a také zábavnější. I v odborné společnosti urgentní medicíny, která je součástí ČLS JEP, nyní diskutujeme o vytvoření profilu na sítích. Web sice máme odedávna, avšak jeho obsah podléhá určitým pravidlům a musí zachovávat formu i postup zveřejňování příspěvků: proces připomínkování, souhlas členů výboru, oficiální strohý tón, korektury, periodicita aktualizací. A začíná nám být jasné, že pokud oznámíme konání kongresu atraktivním titulkem nebo vznik sekce pro mladé lékaře na sociální síti formou, která je mladým bližší, informace doputuje k cílovým uživatelům daleko spolehlivěji, než newslettery s oficiální hlavičkou či odkazy na suchopárny web. Navíc sám systém sdílení přes přátele zajistí potenciální šíření i lidem, kteří se o danou akci nebo aktivitu zajímat mohou, ale běžnými způsoby se o ni nedozvědí.



Část těchto skupinových aktivit může mít (a mívá) i vzdělávací charakter, spontánní nebo regulovaný. Narazila jsem na diskuze o kasuistikách, EKG křivkách či na edukační příspěvky jako takové. Youtube navíc dodá výuková videa dostupná odkudkoliv a kdykoliv se nám zachce se vzdělávat. Vzdělávání prostřednictvím sítí se stává předmětem přednášek, ale i diskuzí pro a proti. Silná i slabá stránka tohoto typu výuky je, tak jako u mnoha jiných věcí, tatáž: příspěvky neprocházejí recenzním řízením, a tudíž obsah může (i když samozřejmě nemusí) být zavádějící. Na druhou stranu rychlost, pružnost a velké množství diskutujících subjektů dle zastánců tohoto způsobu šíření informací vyváží zdlouhavé recenzování několika málo uznávanými autoritami. Výhodou je i zaměření na praxi a konkrétní (v případě medicíny) klinické situace a problémy, protože ty se do učebnic a renomovaných časopisů nedostanou.

Velkou budoucností výuky je zcela jistě simulační medicína. Dnešní modely se už blíží Sofii – při léčení reagují na správné i chybné postupy změnami klinického stavu tak, jak by reagoval pacient. Na sofistikovaných modelech se dají bezpečně učit jednotlivé postupy, ke kterým jsou potřeba manuální dovednosti, a další rovinnou výuky je řešení celých klinických scénářů. I nácvik řešení mimořádných událostí se přesouvá do virtuálního prostředí. Simulační medicína umožňuje získání dostatečných zkušeností bez ohrožení bezpečnosti pacientů.

Rozvoj komunikačních možností urychlil a rozšířil koncept „open science“, hnutí za všeobecné zpřístupnění vědeckého výzkumu a dat, za snazší a transparentnější publikování. Pracuje s otevřenými daty, metodologiemi, recenzemi, zdroji a přístupem.

V prostředí urgentní medicíny vznikl projekt FOAM(ed) – Free Online Access Medical Education na Twitteru a Google+, v různých jazykových mutacích s různými obsahy, včetně medicínských blogů, které jsou stále oblíbenější. Bonmot vystihující nejen toto médium, zní:

Jestliže chceš vědět, jak se praktikovala medicína před pěti lety, kup si učebnici.

Jestliže chceš vědět, jak se praktikovala medicína před dvěma lety, čti odborný časopis.

Jestliže se chceš seznámit se současnou praxí medicíny, jeď na (dobrou) konferenci.

Jestliže chceš vědět, jaká bude medicína v budoucnosti, naslouchej na chodbách a používej FOAM.

V každém případě je kvalita vzdělávacího obsahu na určité síti, ať již formální či ad hoc spontánně vzniklá, závislá na diskutujících a jejich kultivovanosti. Pokud se účastní mladší i zkušenější lékaři a obě strany ctí pravidla slušné diskuze a jsou ochotné předkládat otázky, názory a argumenty vhodnou formou, a zároveň mají pořádku na paměti etické mantinely, může být výsledek pozitivní a obohacující. Na diskuze je navíc podstatně více času, než bývá vyhrazeno na konferencích, autor si může svůj komentář rozmyslet a napsat v klidu domova (nebo pracovny). A čím více lidí se účastní, tím může být korekce podobnější recenznímu řízení. Na druhou stranu je zde riziko šíření neověřeného či obsolentního postupu nebo zveřejňování detailů, které mohou být napadnutelné z hlediska povinné mlčenlivosti zdravotníků.

Přes mlčenlivost a etiku se dostávám k jednomu velkému nebezpečí sítí, a tou je sdílení příspěvků o pacien-

tech nebo naopak natáčení nehod a zásahů záchranných složek náhodnými svědky a jejich následné zveřejnění na síti nebo dokonce předání (bulvárním) médiím. První situace, a to, že si zdravotník neuvědomí právní mantinely a meze slušnosti je spíše na ústupu (v porovnání se situací před 10 až 20 lety). Všichni procházíme různými semináři a školeními s právním obsahem, bez toho dnes již bohužel studovat medicínu a zdravotnické obory nelze. Navíc podléháme poměrně přísné kontrole ze strany zaměstnavatelů.

Druhá strana mince, tedy že někdo natáčí nehody, úrazy a zásahy a pak je bez svolení účastníků někam umístí, je bohužel na vzestupu. První velká (až globální) diskuze na toto téma se odehrála před téměř 21 lety, při nehodě Lady Diany v pařížském tunelu. Nejen, že bulvární novináři pronásledovali vůz s princeznou (přičemž všechny vozy se řídily městem rychlostí zcela vybočující z dopravních předpisů, aniž by k tomu kdokoliv měl důvod a oprávnění), ale po nehodě místo poskytnutí první pomoci fotili a točili záběry umírající zkrvavené oběti. V 90. letech se takto (i u nás) chovali zaměstnanci médií (příčí se mi označit je za novináře), vybavení fotografickou a jinou technikou. Dnes se paparazzim stává každý, kdo má smartphone a hroší kůži k tomu. Pro pacienty či jejich blízké mohou podobné záběry být velmi traumatizující, a další past se skrývá v komentářích. Jde ale i o nás, zdravotníky – může dojít k dezinterpretaci našeho konání na místě, zvlášť při vystřižení určité části videa z kontextu. Někdy však může jít i o bezpečnostní riziko – jeden kolega kdysi ošetřoval zraněného z přestřelky ruskojazyčných mafií a dramatický záběr si jedna televizní stanice vzala jako upoutávku, obličej lékaře, který se sklání nad zraněným, byl

opakován stále dokola. Na klidu a pohodě to kolegovi nepřidalo.

Každopádně sítě existují, a musíme se učit s nimi žít. Stejně jako u mnoha jiných fenoménů platí staré přísloví o dobrém sluhovi a špatném pánovi. Snažme se využít pozitiva a možnosti, které nám poskytují, a vědomě pracujme na omezení negativních dopadů. Myslím, že to by mohlo platit ve světě online i offline.

# Láska, ztráta a nevědomost v bitvě u Alder Hey

**Christina Pattersonová**

Byl šťastné, usměvavé děcko. Narodil se s tou správnou vahou a v čase, kdy měl. Tři dny po narození vzala matka Kate Jamesová Alfieho Evanse domů. Bylo jí právě osmnáct. Jejím přítelem, Tomu Evansovi, bylo o rok víc. Dítě neplánovali, avšak když ho 9. května 2016 poprvé drželi v náručí, okamžitě se do jeho baculatých tváříček a nosu jako knoflíčku zamilovali. Těšili se, že budou spolu žít jako rodina a na chvíli, kdy jejich malý syn poprvé kopne do míče.

Když letos nad ránem 28. dubna zemřel, měl malý Alfie už několik podepsaných dresů hráčů Evertonu. Nikdy si však sám do míče nekopl. Byl nevidomý a neslyšel. Nedokázal dokonce ani polykat. Nevěděl, že papež František o něm tweetoval, a že jedna římská nemocnice měla připravené soukromé tryskové letadlo, aby ho mohlo dopravit z Liverpoolu. Nevěděl o lékařích a sestrách, kteří ve dne v noci pracovali na tom, aby ho udrželi na živu. A nevěděl ani o tom, že v předcházejícím týdnu jeho otec, který dokázal obměkčit srdce po celém světě svým bojem za to, aby mohlo bít srdce jeho syna, plánoval soukromě nechat stíhat tři z oněch lékařů za přípravu vraždy.

Jak k tomu všemu došlo? Co se stalo, že pohádka o rodičovské lásce vzala tak špatný konec? Jak se několik z nejlepších světových pediatrů proměnilo v očí Toma i ochránců malého Alfieho ve „vrahy“? A jak se nám všem mohlo stát, že zaměstnanci jedné ze špičkových světových dětských nemocnic dostanou radu, aby

do práce nechodili v pracovních oděvech, protože by jim lidé mohli nadávat?

Samozřejmě, že už s něčím podobným určité zkušenosti máme. Charlie Gard byl loni v létě nejznámějším dítětem světa. Stejně jako Alfie byl po narození šťastný a usměvavý, avšak když mu bylo osm týdnů, začal se při kojení dusit. Odvezli ho do londýnské nemocnice na Great Ormond Street. Rodičům řekli, že má mitochondriální poruchu a nepřežije. Stejně jako Alfie, ani Charlie neviděl, neslyšel, nehýbal se nepolykal a neplakal. Měl těžkou epilepsii. Nemohl dýchat bez podpory. Jeho rodiče však odmítli přijmout fakt, že je nevléčitelně nemocný. Když nemocnice požádala soud o povolení odpojit ho od umělé ventilace, spojila se Charlieho matka Connie Yatesová s médii, aby jí v jejím boji pomohla.

Příběh se začal šířit. Connie zahájila crowdfundingovou akci, aby získala peníze na kontroverzní léčbu v Americe. Když Vrchní soud rozhodl, že není v nejvyšším zájmu jejich syna, aby do Ameriky odcestoval, spolu s Charlieho otcem Chrisem Gardem a podporovateli, které nazývali „Charlieho armádou“ sesbírali podpisy pod petici premiérce, požadující Charlieho „propuštění na svobodu“. Odvolací soud rozhodnutí Vyššího soudu podpořil, stejně jako Nejvyšší soud a Evropský soud pro lidská práva. Charlieho rodiče se nevzdali. Podpořil je Donald Trump i papež František.

Avšak ani papež nedokázal zvrátit závěr Vyššího soudu, že malý Charlie trpí a mělo by mu být dovoleno





zemřít. A tak ho loni 28. července políbili na rozloučenou.

Nelze s absolutní jistotou potvrdit, zda i Alfie trpěl mitochondriální poruchou, byť řada lékařů soudí, že to bylo průkazné. Dva měsíce po narození se u něho začala rozvíjet „divergentní šilhavost“. Ve čtyřech měsících většinu času prospal. V sedmi měsících, 14. prosince 2016, ho odvezli do dětské nemocnice Alder Hey v Liverpoolu, protože měl epileptické křeče. V nemocnici zůstal, dokud nezemřel. Lékaři říkají, že byl v kómatu. Vyšetření potvrdila, že většina jeho bílé mozkové hmoty byla zničena. Všichni medicínští experti souhlasí, že trpěl neurodegenerativní poruchou, která byla „katastrofální a neléčitelná“. Takže poté, co byl Alfie rok udržován při životě s pomocí umělé ventilace, požádala nemocnice Vyšší soud o povolení odpojit ho.

V prosinci loňského roku pak byla zahájena právní bitva, která se, jak to vypadalo koncem dubna, proměnila ve válku na život a na smrt. Tom s Kate si na pomoc najímali nové a nové právníky. Když soudce Hayden vynášel 20. února rozhodnutí, zastupovala je už šestá právnícká firma. Měli k dispozici odborné posudky nejméně čtyř pediatrů, včetně zkušeného a respektovaného týmu dětské nemocnice Bambino Gesù v Římě.

Žádný z těch lékařů se nedomníval, že je nějaká naděje na chlapcovo uzdravení, avšak Tom s Kate odmítli vzdát svůj boj za to, aby Alfie zůstal naživu. Požádali o povolení odletět s ním do Říma k další léčbě, Vyšší soud je však odmítl vydat. „Je zcela zřejmé,“ řekl soudce, „že je nutno využít všech důvodných možností.“ Avšak zároveň řekl, že byl „ubezpečen“, že pokračovat v podpoře umělou ventilací není nadále „v Alfieho nejvyšším zájmu“. Dodal, že si uvědomuje, že toto rozhod-

nutí „bude pro Alfieho rodiče i širší rodinu zdrcující zvěstí“.

Pro jeho rodiče nepochybně zdrcující bylo. Od té chvíle měli v obličejích vepsanu bolest. Vyjadřovali ji také na internetu: fotografiemi a videozáběry na oficiální facebookové stránce Alfieho armády, která má víc než 600 tisíc členů. Jsou tam fotografie malého Alfieho spolu s modrým plyšovým medvídkem a šedým slonem, nebo v matčině náruči. Když ty fotky vidíte, máte chuť pohladit tu buclatou tvářičku a zdvihnout ho do náručí.

Alfieho rodiče se 1. března proti výnosu Vyššího soudu odvolali a 6. března se dozvěděli, že odvolání bylo zamítnuto. Požádali tedy 8. března, aby rozhodnutí přezkoumal Nejvyšší soud. Ten 20. března odmítl případ přezkoumávat a rodičům ani nedovolil podat další odvolání. Jejich žádost o další přezkum rozhodnutí pak 28. března odmítl i Evropský soud pro lidská práva.

Mohlo to být konečné rozhodnutí, kdyby rodičům 4. dubna papež František nevyjádřil ve svém tweetu podporu. „Co nejupřímněji doufám,“ napsal, „že bude vykonáno vše, co je nezbytné k tomu, aby soucit s malým Alfie Evansem neustal a hluboké utrpení jeho rodičů nebylo oslyšeno.“ O dva týdny později je přijal k soukromé audienci.

Není zcela zřejmé, zda se papež domníval, že „hluboké utrpení jeho rodičů“ bylo ignorováno. Pokud ano, mýlil se. Kdokoli si přečte Haydenovo rozhodnutí, nemůže si nepovšimnout jeho soucitnosti. Říká v něm, že Tom je „svému synovi zcela oddaný“. To, jak svůj případ vznáší, je „neobyčejně působivé“. Všiml si také, že ač Tom skončil se školní docházkou v 16 letech a vyučil se pak fasádníkem, klade medicínským expertům „hluboké a působivé“ otázky.

Kate podle jeho slov se „praktické péči o Alfieho věnovala o něco méně“, avšak zdobila jeho postýlku hračkami, stěny pokrývala fotografiemi a vytvářela kolem něho atmosféru plnou míru a důstojnosti. Alfieho život byl, jak soudce říkal, „naprosto důstojný“. Otázkou však bylo, zda jako takový může být zachován a on dospěl k bolestnému rozhodnutí, že nikoli. O obou rodičích se však vyjadřoval s respektem.

Právě tento respekt však další vývoj podrobil testu. Například Tomův další výběr právníků se zdá být přinejmenším nemoudrý. Patřil mezi ně například Paul Diamond z Křesťanského právního centra, evangelikální právnícké firmy, účastníci se kampaní proti právům lesbické, gay, bisexuální a transgenderové menšiny a proti právu na potrat. Firmě byly soudně vytýkány „emotivní nesmysly“. Diamondův kolega Pavel Stroilov je soudcem Haydenem popisován jako „fanatický a pomýlený mladík“. Podle soudcova názoru připravil Alfieho rodičům svědeckou výpověď „plnou urážek a žluči“. Právě on zcela zjevně Toma přesvědčil, aby požádal jako soukromá osoba o stíhání, byť od něho bylo později upuštěno.

Čím déle soudní bitva trvala, tím víc žluči i emocií v ní bylo. Poté, co Evropský soud pro lidská práva odmítl dát Alfieho rodičům svolení odvézt syna k léčení do Říma, udělila mu italská vláda italské občanství.

Ještě těžce noci však nemocnice Alder Hey s posvěcením Vyššího soudu Alfieho ventilátor vypnula. „Nemůžu uvěřit, že naše země byla dnes ochotná dát dvouletému děcku smrtící injekci,“ prohlásil jeden z typicky zmatených členů #AlfiesArmy na Twitteru. „Je to odporné!!! Avšak je to taky protiprávní a nesmí se to stát ani vrahům a pedofilům[sic].“

Také offline bylo k vidění spousty agresivity. Nemocnice Alder Hey byla celé týdny obléhána lidmi mávajícemi transparenty; do chvíle, kdy Alfie dodýchal, žádali jeho „propuštění na svobodu“.

Někteří k tomu popíjeli pivo. Jiní tam dokonce nafoukli gumové hrady a sledovali své děti, jak si na nich hrají. Další bránili dopravě, včetně sanitek a pokoušeli se vzít nemocnici na zteč.

Nemocnice poté rozeslala otevřený dopis, v němž oznámila, že se její zaměstnanci stali objektem „slovních hrozeb i hrozeb násilím“. Urážky oznamovali i pacienti a návštěvníci nemocnice a zasahovala i policie z Merseyside.

Středobodem dění, připomínajícího válku, byl „válečník“. Chlapec, který poté, co byl odpojen z umělé ventilace, dál dýchal. „Válečník vrací úder“, napsal Tom na Facebook k dalšímu videu svého syna: „Je tu dál s námi.“ Psal, že jeho syn, „stále bojuje“ a soudil, že jeho diagnóza byla chybná.

Vypadalo to jako zázrak. Nebo to skutečně byl zázrak? Loni, když jsem psala pro tyto noviny o Charlie Gardovi, probírala jsem jeho případ s Dominikem Wilkinsonem, konzultujícím neonatologem a profesorem lékařské etiky v Oxfordu. Zeptala jsem se ho teď i na Alfieho. Bylo možné, že by se lékaři mylili?

„Vždy je důležité, aby lékař cítil pokoru,“ řekl mi, „a byl schopen uznat, že udělá chybu. Avšak v tomto případě všichni experti, kteří Alfieho vyšetřovali, souhlasili s tím, že jeho stav je terminální a léčba je jen paliativní.“

Když lékaři vypnou přístroje, někdy pacient odejde velmi rychle, avšak dost často dál nějaký čas dýchá bez nich. Neznamená to, že diagnóza byla chybná.

Znamená to, že proces umírání se ubírá svým vlastním tempem.“

Onoho čtvrtka večer, po dlouhých debatách s lékaři z Alder Hey, se začalo zdát, že Tom se blíží k přijetí stejného názoru. Řekl, že by si chtěl „vybudovat vztah“ k nemocnici. Požádal, aby ho „nechali o samotě“. Ocenil profesionalitu zdravotníků i jejich „důstojný přístup“, poděkoval Alfieho armádě a požádal ji, aby se rozešla domů. Řekl také, že pochopil „nápor momentálních událostí, který nás všechny drtil“.

Pokud jde o omluvu, dál asi nikdy nepostoupí. I když alespoň nějaká by tu na místě byla. Valnou většinu všech nákladů na právní bitvy nesou daňoví poplatníci, lidé, kteří by si sami nikdy nemohli dovolit nést podobné náklady, pokud by šlo o ně samotné. Cenu za šestnáct měsíců trvající čtyřiaadvacetihodinovou péči o jeho syna nesou rovněž daňoví poplatníci, z nichž někteří čekají dlouhé měsíce na vlastní vyšetření a operace. V jednu chvíli on sám aktivně povzbuzoval názory, že lidé, kteří péči poskytovali, si zaslouží být terčem nenávisti.

Tom je mladý a impulzivní. Když mu bylo 15, bodl při hádce o kolo dalšího teenagera nožem. Musel teď dospět za strašlivých okolností, na očích všem médiím, které si sám pozval, aby ho v jeho boji podpořila. A především musí čelit mučivému vědomí, že jeho synovi veškerý boj u všech soudů život nevrátí.

---

*(The Sunday Times, 29. dubna 2018, s. 24-25). Článek z anglického originálu přeložil Jaroslav Veis.*



**TEXT**



# Africká zima

## V Jižním Súdánu s Lékaři bez hranic

(úryvek z knihy)

Tomáš Šebek

Kniha Africká zima představuje autentickou zповěď z Jižního Súdánu, nejmladšího státu světa, jehož území už celá desetiletí sužují ozbrojené konflikty. Na začátku roku 2017, kdy zemi navíc zasáhla vlna kritického nedostatku potravin, se do míst, kde se až příliš daří infekčním a tropickým nemocem, vydal na misi Lékařů bez hranic chirurg Tomáš Šebek z Nemocnice Na Františku. Po zkušenostech s úrazovou chirurgií z kolébky vůdů na Haiti a válečnou medicínou v severním Afghánistánu se spolu s kolegy ocitl v prostředí, kde má tradiční léčitel a jeho alternativní přístup k pacientovi daleko větší respekt než lékař vzdělaný na Západě. Proti fixaci zlomenin papírem anebo poléváním vařící vodou může reputaci chirurgického týmu v očích místních pozvednout snad jen tím, že v absolutní pustině obklopující nemocnici v Agoku provede první operaci mozku dospívajícího Jihosúdánce. S laskavým svolením nakladatele publikujeme ve Vita Nostra Revue úryvek z knihy.

### DEN 4 Agok!

Tři dny ležela v posteli s těžkou peritonitidou. Třináctiletá holka. Její „druhá matka“ – zatím nechápu, co to přesně znamená – se vzhledem ke společenskému tlaku neodvážila udělat rozhodnutí za tu pravou, která do nemocnice cestovala tři dny. Až ta svolila, abychom ji operovali. Po otevření břišní dutiny z ní tečou doslova panáky zelenavého páchnoucího hnisu. Ze všech segmentů, jednoduše celé břicho zalité hnisem. V domácích podmínkách nevídaná věc. Tady realita každodenního života.

Konečně se ráno stihnu nasnídat. Dva banány a džus. Odjezd na letiště v 7.00. Kontroluju, jestli má Ulrike všechny dokumenty. Jede poprvé, tak ať nemáme na letišti potíže. Beru si ji na starost, stejně jako dřív zkušenější zodpovídali za mě. No a když je všechno naložené, zjistím, že jsem to já, kdo nemá letenku! A bez ní mě nepustí ani do vstupní brány. Takže potom co všechno z batohů narychlo vyházím na zem, nalézám letenku zpupně sbalenou v zadní kapse džín. Letenku podělaná! Asi únava posledních cestovních dní. Ne, spíš jsem prostě idiot.

Na parkovišti před letištěm se rozloučíme s řidičem a s Ulrike následujeme dav. Hned za vstupem stojí

velká váha. Do uniformy Spojených národů oblečený chlapík nás bere přednostně. Klade všechny moje zavazadla na váhu a konstatuje 31,5 kg. Povolených je 25 kg. Můj tázavý pohled řeší jeho blahosklonná odpověď: Dnes to tolerujeme. Něco jako zelený letecký pátek? Ani mě nepřekvapí, že rámem projdu s 1,5 litrem vody ve flašce.

Kdybyste viděli gate v Agoku, moc by se vám líbila. Je to řada rozmlácených sedaček zastíněná vetčným stanem, jinak ale na čerstvém vzduchu. Tedy v průvanu výparů proudových motorů všech startujících letadel. Dělalí motorové zkoušky přímo do našich ksichtů. Jak osvěžující – to teplo a smrad. Gate je společná pro všechny lety a nedoporučuje se tady čekat se sluchátky na uších. Občas totiž přijde chlapík a zařve vaši destinaci. Jen jednou, neopakuje se. Pak se část davu zvedne, někdo odejde směrem k letadlu, další čekající obsadí zoufale málo zbylých sedaček. K letadlu jedeme rozflákaným minibusem, který vypadá přesně tak, jak to znáte třeba z Indie. Našlapanej. Protože veze pasažéry hned k několika odletům. Občas zastaví a řidič zařve jednu konkrétní destinaci. Kvůli chlápku, co sedí vzadu, vystoupí nejdřív většina autobusu, aby vzápětí zase nastoupila. A jede se dál. Destinace Agok! Vystupujeme. Letadlo WHP, turbovtule, Dornier 228–200, 18 míst pro cestující a cargo. Piloti místní. Kopilot mladá baba! To mě fakt dostalo. Vzlet z dráhy 13–31 B, 600 km severoseverozápad, výška asi 1500 metrů nad mořem.

Po vzletu je pod námi Bílý Nil. Nádhera. Džuba je ještě docela zelená oáza. Motorové interference mě za pět minut bezpečně uspí, budím se automaticky před přistáním. Poušť. Totální. Sem tam tukul, trocha dobytka, malá říčka nebo brčál. Pilot se naprosto bezpečně

trefí na úzký strip písečného šterku. Jenom mám trochu dojem, že zapomněl, že veze pasažéry, a ne krabice. Prostě přistává asi jako já, co mám po svých 330 přistáních pořád dojem, že mi uniká ta hladkost zkušenějších. Rolujeme na konec dráhy a v tu ránu je tu moře dětí a naše toyoty. Pilot je ledově klidný a děti zřejmě vyhmátnou přesně chvíli, kdy se zastaví poslední rotor.

Průjezd městem do nemocnice není nijak překvapivý. Jen je tady čistěji než v Džubě, asi že je tu dost sucho. Přesněji troud. Přes čtyřicet stupňů ve stínu, máme 11 hodin dopoledne. Vjíždíme do areálu a začíná další kolečko nekonečných, ale v mnoha ohledech důležitých a občas i zajímavých brífinků.

Z toho nejzajímavějšího mě odvolá Anitha. Malá Indka, chirurgyně, tři týdny tady byla sama. Chce dělat laparotomii (řez na břiše) u malé holky a nějak ji napadlo, že by mi to mohlo udělat po týdnu cestování radost.

Po odsátí hnisu a několika výpláších konstatujeme rozpadlý apendix jako příčinu zánětu břišní dutiny. Apendektomie, revize celého břicha, odebereme část velké předstěry, která je ze své funkce břišního policajta vyčerpaná až do stadia totální nekrózy (mrtvé tkáně). Dréna a do 30 minut hotovo.

Před dnešní poslední schůzí oběhnu tábor, zbytek nemocnice nechám na zítra. Turecké záchody, venkovní sprchy, ze kterých teď večer voda neteče, desítky tukulů, prádelna, dílny našich automechaniků, generátory, vodárna s věží, studna, lékárna, bunkr, domek radioperátora. Detailně až později. Standardní setup mise Lékařů bez hranic.

Páteční pizza se dělá v hliněné peci našeho táborového pekaře, která má rozměr tukulu. Impozantní architektonická dominant! Rozpálená doběla, Italové by

čuměli. Standa přiloží. Standa je lékárník. Ano, jsme tu dva Češi. Než se pizza dodělá, ukazuje mi zběžně lékárnou, tři obrovské budovy. Zajímám se o set na kraniotomii (otevírání lebky). Následuje společná večeře a telefonát domů. Na to, že jsme v poušti na území nikoho, je internet super. WhatsApp.

Na tabuli v jídelně píšou: Only when a mosquito lands on your testicles, you learn to solve problems peacefully, without violence. (Až v momentě, kdy ti přistane komár na koulích, začneš problémy řešit nenásilně.) Konfucius.

## DEN 5

### Podaná ruka mi zůstala v ruce...

Otevřel jsem paži z vnitřní strany, abych si prohlédl brachiální tepnu. Asistuje Anitha a myslím, že ji to baví. Mě zase baví, že není nafoukanej mačo chirurg. Přes svou mladickou, leč skvělou zkušenost zůstává pokorná. Indičtí chirurgové mají prý neskutečné praktické zkušenosti. Potvrzuju. Pažní tepnu otvírá na svém oblíbeném močovém katetru č. 8 a krytu od stříkačky, což jsem poprvé vynalezl v Afghánistánu, když jsem ošetřoval aortu. V tepně je trombus (sraženina). Nemůžeme dělat nic, Fogartyho katetr nemáme. Amputujeme tuhle gangrenózní diabetickou ruku nad loktem. Bylo jí 22 let a zůstala mi v ruce...

Ráno v 8.00 první hlášení. Nemáme lokální doktory, a dokonce ani clinical officers jako ostatní oddělení v nemocnici. To nejsou doktoři, ale mají za sebou čtyři roky medicínského vzdělání. Takže sestra chlap, co měří ke dvěma metrům jako všichni tady, předává

noční službu. Nic moc se nedělo. Pak procházíme vizi-tu. Anitha to seká jako chirurg. Žádné okolky. Ale co má být hotovo, je hotovo. Máme sotva čtrnáct pacientů, žádný stres.

Než dostanu poslední z řady brífinků od naší tábo-rové náčelnice Kerri z New Yorku, stačí Anitha ošetřit pět pacientů na sále. Sice menší věci, převazy a abscesy, ale během šedesáti minut?! Na poslední stačím ještě přijít mrknout. Prostřelené lýtko, několik dní stará rána. Debridement, proplachy, krytí a další převaz za tři dny. Protože nemáme chirurgy, jsou papíry na nás dvou zahraničních pracovnících. To je pro mě nové. Pří-jem, operační kniha, registr, denní vizita a doporučení medikace s plánem. Anitha je teda fakt rychlá! Ale zase má několik měsíců tady přede mnou náskok.

Pak mě provází nemocnicí. Porodnice má asi 40 lů-žek plus 5 novorozeneckých. Snad jsou tady schopni opečovat dítě s porodní váhou nad 1500 g. Ale žádné ventilátory, inkubátory, mašinky. Vyhříváné lůžko ma-ximálně. Porodní sál má asi čtyři stoly a momentálně se nerodí. Pak mi ukazuje triage, místnost, kde se rychle doslova třídí všichni pacienti z ulice. Pokud splní krité-ria pro přijetí, pokračují na ER – emergency. Kdo nespl-ní, je celkem zdravý a obrací se na dvě další nemocnice v místě, daleko menší a výrazně hůře vybavené.

Na pěkně organizované emergency vidím během dne asi šest chirurgických pacientů mezi celkovou stovkou, co sem denně dorazí. Taky šestiletou holku. Strčila si nějaké kulaté semeno hluboko do pravého zvukovodu. Nejdřív ho při marném pokusu extrakce zatlačí peánem hlouběji Anitha. Ještě hlouběji ho při dalším pokusu za-tlačím já. Přesně, jak se to dělat nemá. Ale jak se to dělat v těchhle podmínkách má? Žádám anesteziologickou

odsávačku ze sálu. Se vzduchem to nejde, zalejvám ucho vodou. Nic. Dojdu do jídelny pro stolní olej. Kdo maže, ten jede. Nejede. Takže jako obvykle. Když to nejde silou, jde to ještě větší silou. Konfucie, vyliž si! říkám si v duchu. Je to venku. Mírně perforovaný bubínek přičítám samotný holce. To jsem přece nemohl být já! No... A navíc se to zahojí samo.

Oběd si hlídám. Ne před kočkama, kozama, ježkama, ještěrkama a další havěti, co s námi žije v táboře. Hlídám ho před náletama ze vzduchu! V korunách ojedinelých stromů sedí luňák a je to ostrovid. Vylezeš s jídlem z jídelny, zacílí tě ve vteřině a nežereš. To supi, co sedí asi tři metry ode mě, jsou bázlivější. Trochu jak holubi v Praze. Dupneš, popoletí. Neděláš nic, čekají, až chcípneš.

Ten dvaadvacetiletý kluk je diabetik závislý na inzulinu. Není to tu časté, ale ojedinelé taky ne. Přišel s uhnulým prostředníkem a nálezem z Dopplera (sonografické vyšetření cév) kdesi z Džuby. Čtrnáct dní starým. Předpokládáme sraženinu v podpažní tepně. Dneska mu zčernaly ostatní prsty a ztratil pulzace už i na pažní tepně. Telemedicína jede. Volám Radkovi, cévnímu mistrovi z jedné pražské fakultní nemocnice. Je to neskutečné, ale občas to díky připojení vypadá, jako by seděl vedle mě. Dělal by v mých podmínkách totéž, co jsem navrhnul. Ale já tomu nerozumím, on ano. Potřeboval jsem ujištění.

Rychlá večere, umýt vlastní zakrvácené stehno, protože jsem to dělal vsedě a ten kluk mi krvácel do kalhot, a konečně vyzkoušet první běhání v Agoku! Je pozdě, tábor se zavírá po setmění, a navíc nemám buddyho. Můžeme jen ve dvou. A tak s poslední špetkou světla běhám asi dvousetmetrovou rovinku za tukuly v táboře.

Sem a tam. Po sedmi kilometrech mám dost. Ve stínu bylo v 15.00 přes 40 stupňů. Teď slunce zašlo, odhaduju to na 32 °C. Vypil jsem dneska pět litrů vody s limetkama. Mám americkou flašku s měrkou. Věděl jsem, že se tady rozpiju. Doma je to hrnek čaje ráno a sklenice vody večer.

Dneska jsem poprvé „on-call“. Vysílačka, kanál 3. Jdu do sprchy. Studená nevadí. Poprvé si peru spodky. Připomíná mi to Haiti a otázky, které jsem dostával ohledně toho, jestli je to práce pro mě a jestli se na to hodím. Čili, umíte si ještě v dnešní době vyprat spodky v ruce? Já moc ne...

## **DEN 6 Gido Croco!**

Sedí na stole na emergency. Určitě přes padesát. Řekl bych k šedesáti. Rybář. A dme se pýchou v hloučku čumilů a posluchačů, kterým vypráví poněkoli káté svůj příběh. Mají ho za hrdinu, Gido Croco aneb Děda Krokodýl. Oprávněně. Popral se s krokodýlem a vyhrál. Ukousl mu pravou patu. Ne on krokodýlovi, aby nedošlo k mýlce. Krokodýl jemu! A když ji bránil, ten rybář, ukousl mu půlku prsteníku na levé ruce, ten krokodýl. Vždycky jsem se té diagnóze v mezinárodní klasifikaci nemocí ICD-10 smál, co je to za kravinu... Bylo to v Abyei, kde je řeka. Je to maximálně dvě hodiny cesty autem. Šel to tři dny. Krokodýl Dundee!

Včera byla sobotní párty. Je to vždy jednou za 14 dní. Pozvou se místní kolegové a prý se většinou začne záhy tančit. Začalo se okamžitě. Hraje Afrika! A já jsem oka-

mžitě v jejich hloučku a hýbe to se mnou, že dost koukám. Hluboké tóny, vibrace, africké nebe nade mnou... Asi atavismus. V nejlepším mě zavolají na emergency. Postřelenej. Respektive prostřelený obě nohy. Vlevo rozstřelená lýtková kost, vpravo totálně zdevastované zánártí a zřejmě i patní kost s hleznem. Otevřené. Stabilizuju na sádrové dlaze, antibiotika, zítra první na sál. V noci mi ho kvůli tomu neotevřou. Uléhám do svého tukulu po půlnoci, kdy párty a nejhlasitější sound system v okolní poušti teprve kulminuje. Obávám se, že u toho neusnu. Ve tři ráno mě budí vybité baterie vysílačky, kterou mám na polštáři, pokud jsem „on-call“. Takže jsem usnul. Paráda! Takže mě budí nutnost výměny baterie? Do háje! Musím vstát a dojít asi 200 metrů k radistům do komůrky pod anténou, kde máme všechny náhradní baterie. Cvak. A je sedm ráno. Doma neusnu při tikajících hodinách, tady v klidu při osmdesáti decibelech.

Ranní vizita je úmorná. Ale to jsem zažil všude, na Haiti i v Afghánistánu. I doma... Je hlavně úmorný vedro. Přes den to leze ve stínu už ke 43 °C. Chirurgie je stanová. Ani nechci vědět, kolik stupňů je uvnitř. Projedeme to za hodinu a po desáté začneme toho zastřeleného. Buď mám kliku, anebo umím opravdu vykecat z jalový krávy tele. Málokdy se podaří místní přesvědčit, aby souhlasili s obyčejnou sádrou. A jen zřídka se zevní fixací. Hřebíky v noze prostě nikdo nechce a šaman vedle nemocnice asi ordinuje něco lepšího. Mně stačilo pět minut, abych toho chlapíka přesvědčil.

Je to komplikovaná tříštivá zlomenina hlezna a patní kosti. Některé úlomky kostí zmizely už kdesi na ulici. Vyberu všechny uvolněné, vystříhám cáry tkání, vypláchnu snad dvěma litry fyziologického roztoku. Pak

tři piny do holenní kosti, dva do první zánártní, jeden dlouhý napříč přes patu. Používáme švýcarský Gexfix. A nemáme rentgen. Sety nejsou kompletní a oproti projektům, kde je používáme na denní bázi, jsou docela chudě vybavené. Improvizuju se spojka a karbonovýma trubkama, celé to pěkně pruží. Nakonec to všechno poskládám, ale rádiovou terminologií „teču“. Skoro dvě hodiny. Teda s vymytím té levé prostřelené nohy.

Poobědvám a chvíli se můňám nedělním brzkým odpolednem. Teda spíš motám. Je vedro na chcípnutí. Kolem druhý jdu zpátky do nemocnice. Mám operační sál deset metrů vzdušnou čarou za hlavou své postele v tukulu. Je to jako odskočit si do práce od plotny. Kontroluji pár pacientů a jdu se podívat na kolegy internisty. Momentálně jsou tu dva lékaři, co mají diplom. Oba zahraniční pracovníci. Na 160 lůžek, jestli jsem se spadlou bradou dobře rozuměl. Můžu nějak pomoci? Jo, mohl bys zítra dělat třeba Paracheck – test na malárii. No jasně!

Patní kost je z poloviny venku, je už černá, nekrotická. Jestli fakt tři dny šel, tak překlasifikuji termín hrdina. Noha je oteklá, na plosce tři zející a momentálně trochu zelené trhance. Asi od krokodýlích zubů. Všechno špinavé. Ale děda v pohodě a bez teploty. Bolest buď necítí, anebo necekne, protože to hrdinové nedělají. Pak sundám ukousnutý poslední článek prsteníku, kost je taky černá. Otok minimální, nesmrdí to, iodine a sterilní čtverce, zítra ráno sál.

A je to tady! Večer se otevírá brána divoké Afriky! Vrátný ji otevřel pro Mađara Martona, Čecha Standu a mě. Invadujeme do krajiny vlevo od brány. Povoleny výběh k řece a zpátky. Každý máme svou vysílačku. Na hlavní třídě se lidi smějou nebo zdraví. Doběh-



neme až k té řece, je to asi kilometr a půl. Tedy řeka tam momentálně není, jen zbytek bažin. Na mapě má v období dešťů minimálně 20 metrů napříč. Všude jen vyprahlá poušť, tukuly, kozy a krávy, dvoumetroví místňáci.

Z výběhu mě volají na emergency. Fakáček s otevřenou exartikulací (vykloubením) jednoho z kloubků. Dívá se na mě z dlaňové strany přes šlachy ohybače. Crčí ze mě pot a chci co nejrychleji z nevětrané místnosti vypadnout. Zatáhnu, lupne to zpět, obvaz, sádrová dlaha, příjem, analgetika, antibiotika a ráno na sál. Hotové do deseti minut. Doběhnu zbytek do celkových sedmi kilometrů na novém fotbalovém hřišti vzadu v našem areálu. Dneska zabetonovali branky. To bude paráda, zahrát si fotbal s místními běžci, už se nemůžu dočkat!

Osm let. Někdo ho píchl hřebíkem do levé strany hrudníku. Volám Alfonsa, vedoucího našeho lékařského týmu, umí to s dětmi lépe. Už jsem říkal, že rentgen nemáme. Ne, zatím počkám, na hrudní drén to není, normální saturace (okysličení), žádné známky poranění plíce či pohrudnice. Další příjem. Říkali mi, že se možná budu nudit. Jsem 36 hodin „on-call“ a jediný chirurg. Anitha ale občas ze zájmu jde se mnou. Než jsem odpoledne odcházel do nemocnice v poušti, zakecal jsem se se šťastnějšími kolegy. Zprvve nebyli v neděli „on-call“, zadruhé šli „standby“ do bazénu!

Musíte si uvědomit, že budete pracovat a pohybovat se v neznámém prostředí a žít v nesmírně náročných a stresujících podmínkách. A je nutné se zamyslet nad vlastní motivací, profesionálními aspiracemi a emoční vyrovnaností. Agok Paradise.

## DEN 7 Rodím tě, Afriko!

Když zatnu skalpel do dělohy, zase je to o trochu silněji, než je nutný. Mezi řezem se mi tlačí prdelka, kterou jsem jemně pohladil, ale nakonec neporanil. Do mozku to z rukou dorazí o milisekundu později. Musím promazat spoje. Takže zadek a kulky máme venku. První smolka odchází mimo operační pole. Sunu prst tam, kde intuitivně čekám zaklesnutí kolem kyčle za tříslu, abych tahal nohu. Za pravou jde levá. Levé rameno následuje pravé. Hlava zůstává v děloze a je dost seklá, kolem krku pupečník. Sklápím tělíčko doprava, mírně tah a mrňous kouká ven. Podvázat pupečník a za minutu řve na stole u pediatriů. Moje první sekce tady je kvůli nepostupujícímu porodu!

Biohodiny se přestavěly. Vstává mi to zase v 5.00. Ale leží mi to do 7.00. A to je proti domovu nové. V pondělí je jídlo nejhorší. Docházejí veškeré zásoby, jídlo se pro nás dováží z Džuby a zásobovacím letadlem. Na poušti toho moc nevypěstuješ. Výjimkou jsou pouze Standova rajčata, která tenhle čarovný lékárník pěstuje před tukulem. Takže domácí chleba, nutela a poslední banán k snídani. Pak do nemocnice za plotem. Anitha se postará o sál, má tam dvanáct kousků, většinou větší převazy a nové abscesy. Já si beru zbytek nemocnice, konzultace a hlavně minor surgery.

Minor neboli něco jako ambulantní sálek je něco, co velké kluky chirurgie už moc nebaví... Zdánlivě nicotné a nikdy nekončící převazy tam, kde je na takové případy sál zbytný. Já razím pravidlo, že žádná práce nemůže existovat bez zábavy. A tak se mezi převazy se sestrou, jejíž jméno prostě nevyslovím, pouštím do velkého prá-

dla. Stěžovat si, že něco nefunguje, to je jednoduché. Udělat něco, to bolí, ale může situaci celkem jednoduše řešit. Přerovnal jsem jim tam všechny skříně. Prostě taková malá inventura.

Postavil si mě do pozoru. Jeden z clinical officers na IPD. Tedy téměř doktor z interního oddělení. A proč že má, sakra, na svých přetížených lůžkách chirurgického chlapíka po amputaci pravé paže?! Mám zkušenost jen s projekty, kde je chirurg chráněný druh. Tohle je nové! Tady děláme méně než internisti, tak je silový poměr opačný. Dobře, hochu, válka... Nechám ho vyprskat a co nejmedovějším hlasem pravím: Máš ho tu proto, že je to diabetik prvního stupně. A protože nechceš, aby ho jednobuněčný chirurg léčil inzulinem, tak mu ho pěkně zajistíš a změříš mu glykémii. A pak je samozřejmě u nás na oddělení vítán! Odcházím středem. Víím, že mu to zabere pár hodin. Mohl být slušnější, ne?

První dítě potratila. Druhé se rodilo u nás v roce 2015 a bylo mrtvé. Než ji přesunou k nám na chirurgii a na sál, jdu si zacvičit s ultrazvukem. Gel, zapnout a pohlídat si, kde má sonda tu správnou stranu. A pak deset minut koukám na oba konce páteře toho ztraceného plodu. A nemůžu mu najít hlavu! Ty vole, taková velká koule v břiše? Je mi jasné, že všichni okolo stojící doktoři a sestry jen ze slušnosti dávno nehýkají, co jsem to za pako. Já ji hledal v pánvi, a ona je pod játry matky. Poloha koncem pánevním. Alespoň jsem ověřil, že plod je v pořádku, srdce jsem nějak našel hned, a kdybych nebyl pitomec, hledal bych hlavu na spojnici játra – srdce – hlava. Protože jsem si na oddělení matku „našel“ já, budu ji taky operovat. Možná bych ale víc uvítal, kdyby mi to Anitha po těch letech trochu připo-

mněla. Kožní řez v původní jizvě a rozdělení fascie jde rychle. Pak se ale seknu na břišních svalech a srůstech kolem. Hrdinně do břicha, ale leje ze mě jako z konve. Nerozhlašuju kolem, že jsem z toho konce pánevního trochu na nervy. Říkám místo toho: Vedro, co? Nakonec tahám placentu a šiju dělohu. Vpravo jsem ji roztrhnul trochu k čípku, ale nakonec nijak divoce. Zavřít břicho a za 30 minut vše hotovo. Dobrý, vole, nic jsi nepodělal. Snad.

Obejdu s Anithou emergency, vysbíráme pár pacientů. Pak odpolední hlášení. A po něm odnáším speciální dřevěný berle z těžkého afrického dřeva. I tak jsou tomu mladýmu dlouhánovi krátký. Přesto ho nutím, aby se zevním fixátorem vstal a chodil. A když si tak pět minut povídáme, je kolem mě hlouček asi padesáti lidí. Všichni fandí a jeden stařík přebírá vedení hry ode mě a jímá se mladýho učit. S radostí předávám štafetu a pomalu se vytlačím z kruhu nadšených lidí, kterým hra s berlemi přišla jako vítaná kratochvíle.

Večer vybíháme s Martonem znovu na prašnou silnici před pouštním ústavem. Dneska dva vpravo a kilometr a půl vlevo. Celkem tedy sedm, než se zavře brána. Po chvilce se nedá mluvit, jazyk se přilepil kdesi na patro. Přidávají se děti, a když nemůžou kousek běžet, alespoň nám tleskají. Občas uhneme rozjetému busu, motorce, výjimečně kolu. A potkáváme dva psy. Můj první pes, fena Agatha Marpha, rhodéský ridgeback, byla potomkem afrického otce. Nevyzpytatelné oči. Ne-líbíš se? Budu kousat! Agatha nekousala. Ale byla svoje, nezkrotitelná. Ti místní mají vzteklinu. Všichni. Skoro všichni. S trochou nadsázky. Dívám se na ně ostře jako na Agathu...

## DEN 8

### Ježku, vypadni!

V noci před tukulem volá Anitha: Tom! Po druhém Tomovi se budím. Máme urgentní císařský řez. 0.28. Jojo, už jdu. Za pět minut se připojím k ostatním na sále. Chybí porodní bába, ale začínáme bez ní. Anitha je zase rychlá jako blesk, za dvě minuty od řezu tahá dítě ven. Placenta praevia neboli vcestné lůžko. Plodová voda totálně zkalená, dítě bezvládné. Říkám si, jestli na dosavadní tři porody v mé historii tady není těch patologií trochu moc? Anitha běží resuscitovat dítě. Zkouším sešít všechno zpátky stejně rychle, jako Anitha řezala. Na matku dohlížím sám, protože anesteziolog Rafael vede resuscitaci novorozence u babyboxu. Tak takhle tady spolupracujeme.

Něco venku strašně funí! Ještě minutu a rovnýma nohama skáču z postele na betonovou podlahu. Cosi důkladně probírá moji skříňku a dělá u toho neskutečný bordel! Plazí se to v igelitkách a strašně šustí! Had? Popadám čelovku a maximální kužel světla pouštím do rohu ve skřínce. Ježek? Běž do háje, ježku! Tys mě vylekal... Potom co si na něj ještě zpitomělý spánkem sáhnu holou rukou a syknou pár nadávek, hledám, čím bych ho vypudil z tukulu. Ten parchant si mezitím zalezl do nejdolejšího kouta za postelí. Začíná noční stěhování. Je fakt dost rychle, ale do dveří se mu nechce. Když si takhle pět minut hrajeme na honěnou, probudí ve mně lovce. Hupsnu na něj, klobouk přes jeho záda a padáme spolu z tukulu ven. Je roztomilej, řekl bych si přes den. Teď mně ale teda pěkně nazdvihl mandle...

Po ranní vizitě obsluhuji sál. Je to trošku jinak, než na co jsem byl zvyklý dříve. U běžných popálenin,

převazů a abscesů asistuju sestřám. Vysvětluju, jak být dostatečně agresivní a proaktivní, aby se pacienti hojili co nejrychleji. Naopak hlídám, aby – s nadsázkou – při důkladné očištění doslova neoddělovali končetiny. Většina sester tady jsou chlapi. Nejvíc mě ale bolí, že mám na starosti veškerou dokumentaci. Zapsat do registru na sále, zapsat do registru karty pro budoucí datové sběry, protokol, upravit medikace a určit další plán. Papíry jak doma. Nasekáme až 15 převazů za necelé tři zbylé dopolední hodiny.

Po obědě si jdu na chvíli sednout na emery (emergency), abych pochopil, jak to tady chodí. Kecáme o Súdán a Africe obecně. Když mi vyjmenovávají asi desátou ozbrojenou skupinu, která tady nebo v okolních zemích operuje, totálně se ztrácím. V tom byl Afghánistán trochu jednodušší. Přesunu se na triage post. Místo, kde dochází k prvnímu třídění. Je tu obrovský obrat lidí. Proutěná chajda, ale systematicky uspořádaná a zjevně výborně organizovaná. Jinak by se to sem prostě nevešlo... Se zájmem pozoruju, jak se dělá test Paracheck na malárii. Princip těhotenského testu. Malárii tady má snad každý druhý. Jen během ranní vizity zjišťujeme, že ji dostal další z našich chirurgických pacientů. Když hlásí, že je malátný, není to lenost. Je to malárie.

Matka zřejmě spadla z motorky. Vaginální krvácení se po příjmu nezmiřnilo, tak porodní báby rozhodly o urgentní sekci. Na Afriku se tahle akce odehrává překvapivě rychle. V závěru ve stejném intervalu, řekl bych, jak by to asi fungovalo u nás doma. Po zápase sešívám překvapivě minimálně trženou dělohu a vkládám ji zpět do břicha. Vysušit, steh fascie, dva stehy na podkoží, kůže a je to v pár minutách hotové. Ještě tamponem



odstranit sraženiny a jdu se mrknout k dítěti. K anesteziologovi, který ho běžel resuscitovat, se do minuty přidává první chirurg. Já, druhý, zašívám a zároveň přes plentu hlídám monitor matky. Ne že bych tu anestezii vedl, ale asi bych musel, kdyby bylo potřeba. Byl to pro dítě hodně dlouhý interval, Apgar skóre nic moc, ale za pár minut dítě konečně trochu kňourá a občas zařve. Odsávat, kyslík, pokusy nitrožilně dodávat nějaké léky. Příběh o matce, dítěti, anesteziologovi, chirurgyni a chirurgovi končí dobře. Gynekolog s porodní bábou nepřítomni, omluveni.

Včera večer mě děsně řezal močový měchýř. Usnul jsem až po íbáči. Přes den je to dobrý. Jen se divím, že po osmi litrech vody za den vymočím sotva pár panáčků. Všechno vypotím. Večer běžím svou obligátní sedmičku kolem fotbalového hřiště a jdu splavenej do sprchy. A jako obvykle v ní močím na zem. Taky to děláte, ne? A později se dozvídám, že to zřejmě děláme všichni a že by logistickí uvítali, kdybychom to už nedělali. Jenže mně tady na zem teče červená. Poprvé v životě mám hematurii – krev v moči. Trochu mě to vyděsí, a tak se zamyslím. A udělám si další čtyři litry vody do flašek. A vypiju to během večera a noci. V noci se znovu rozmočím – žlutá. Neradno tudíž podceňovat hydrataci v Africe, kde je přes den ve stínu až 45 °C a v noci lehce pod 30 °C.

Každý rok umírá na malárii více než jeden milion lidí, a to i přes to, že existují jednoduché a efektivní prostředky pro boj s touto nemocí. Mám to štěstí, že mám antimalarickou profylaxii běžně k dispozici. Dneska je druhý anesteziolog doma. Má malárii. Na jedné lodi jsme tu v tom ohledu, že nás místní komáři žerou všechny stejně.

## DEN 9

### Copak si dnes dáme, vašnosto?

Stando, nezlob se, musím zase... Takhle se mu dneska omlouvám už podruhé. Tříkrát jsem se ale nemusel omlouvat nikomu. Průjem. Každý cestovatel to zná. Tak dnes trochu z jiného soudku a začnem pěkně zotra! Hajzlíky jsou turecké. Jen jednou stačí v lejnech na konci hluboké a smrduté díry utopit telefon a napříště si před podřepnutím raději důkladně vyprázdnete všechny kapsy. A odložíte vysílačku. Kdo kadí, není na příjmu! Pravá zkouška ale přijde až podle Konfucia. Přesně tak, jak je v táborové jídelně popsána situace, kdy se na skrótu usadí komár... Hlavně v klidu! Totiž v případě neklidu si naděláte do kalhot. To minimálně.

S přibývajícímí léty mě ranní vstávání přestává bavit. Třetí nadechnutí samuraje je už dávno v háji. A první bezvědomé noci tady jsou taky pryč. Pacienti za zdí kecají do pozdních nočních hodin. A jiní pro změnu vstávají ve tři ráno. Do toho hýká osel. A taky celá porodnice. A alespoň jednou v noci se musím vymočit. Je to klika, když mě nevolají k případu. Rána bych zrušil. Se zalepenýma očima a s kartáčkem v puse klopytám k umývárně. Dva venkovní dřezy. Pak předřepnout. Budky jsou kamenné s plechovýma dveřma. Takže to parádně rezonuje. Ale na to se můžu vys... a následuje první jídlo dne.

Snídaně. Zatím jsem ji moc nevychytil. Ještě jsem si ani jednou nestihl uvařit čaj. Pekař nám přímo v táboře peče chleba velikosti housky. Asi nejlepší a nejčerstvější jídlo je můj nejoblíbenější místňák. Máznu to nutelou, do misky nasypu zobání a zaliju krabicovým mlékem. Zatmelím se jedním nebo dvěma banány. Vydrží to na celé dopoledne.



Rýží, fazole a brambor najdu k obědu skoro vždycky. Místní ženský to tu klohní na takových plechových miniohništích. Do nich jim pravidelně sedají děti, které pak vídám za plotem v nemocnici na příjmu. S popálenou zadnicí. A pak je koza na sto způsobů. Někdy taky vařená, pečená anebo čerstvá zelenina, hlavně rajčata. Dneska i bramborové chipsy. Dávám si to všechno dohromady a zalejvám se litry vody.

Večer jsou zbytky od oběda. Plus každý pustí uzdu fantazii. Máme tady slušný skládek plný zakonzervovaných pokladů. Mě vařit nebaví. A nevdá mi jíst totéž pořád dokola. Dám si repete oběda. Přidám mango, avokádo, meloun, ananas anebo nekonečně oblíbený banán. Chalas. Později večer už mě nehoní mlsná naprázdno, protože přišla opožděná dodávka mých věcí, které se v Džubě nevešly na palubu letadla. Hlavně tedy žrádlo. Rozdělím se o všechno. Ale nakonec rozdané zase postupně konzumuji hlavně sám. Snad ti ostatní stačili taky něco ochutnat...

Tukul mám chudý, jsem jen projíždějící doktor. Ale čistý. Židle, stůl, skříňka. Zaprášenou moskytiéru nad postelí jsem sundal. Už tak je všude prachu dost a na moskyty kašlu. Sajou tak jako tak. Na čtyři ke stropu vytažené bambusové stojany vážu šňůru z padáku a postel doslova ověším krámy. Asi by se tam líp vyjímaly třeba klobásy. Ale jsou tam spodky, čelovka a další. Hadry jsem nechal v zazipované tašce, před škorpiónem mám respekt. Co je na policích, to je v igelitu. Prachy jsem rozmístil asi na tři místa. Ve dne celý tukul zavírám včetně oken. Díky tomu je tam ucházející teplota do 30 stupňů. V noci mám naopak otevřeno. Už jsem si zvykl, že zvenku dovnitř leccos přijde nebo příleze. Sušenku mi pravidelně odnášejí ještěřky.

Facka přes celou hubu. Co tady plýtváš vodou, ty parchante! Tak nějak si překládám staccato v místním dialektu od matky, co právě plísňí vlastní dítě. Vlezlo si pod jeden z ústavních kohoutků a jalo se hrát si ve vodě. Voda je tady všechno. Všiml jsem si, že Anitha občas na vizitě pleskne pacienta, co se hrabe v ráně nebo jinak sám sobě škodí. Je to roztomilé víc než cokoliv jiného. Ti lidé to tady vnímají jako zcela adekvátní a většinou se ještě omlouvají. Na emery propleskává matka svoje apatické, asi tříleté dítě. Těžká malárie. Už ani nepřijímá vodu. A když mě volají na internu, dal bych nejradši parádní záhlavec tomu místnímu mágovi, co na počkání a bez důvodu provádí uvulektomie – odstranění čípku na patře. Občas kvůli tomu totiž někdo umírá poté, co mu tímto neodborným zásahem zajizví hltan nebo jícen, a už se nenají...

Odpoledne věnuji shánce po instrumentech a vybavení na sál, které tady hodlám potřebovat. Příkladně K-drát. Obyčejný ocelový drát se špičkou, který se upne do vrtačky a dá se jím provrtat a stabilizovat kost. Na vrtačku můžu zapomenout. Tlustou verzi drátu nacházíme s Anithou na sále, a protože nemáme chirurgické štípačky, zajdeme do dílny. Klasickými to štípnu a rozbrusem sježu na každém nové hroty a začistím prdelky všech drátů. A šup do sterilizace. Tohle mě fakt baví. Později v lékárně najdu balení tenkých drátů na menší kosti, například na ruce. A taky cévní svorky. A šup do sterilizace. Až na misích jsem si uvědomil, jaký máme doma komfort. Máme všechno. A ještě to za mě někdo nakoupí a sestry zkompletují. To až zase budu doma nadávat, že mám tupý nůžky... Ale v závěru hlavně přicházím o zábavu, že si to můžu na ponku v dílně připravit sám.

Lékaři bez hranic používají PlumpyNut pro výživu podvyživených dětí. Budete ji moci ochutnat na některé z dalších výstav Polní nemocnice MedEx, které se konají po celé Evropě. Já PlumpyNut zkusil. Nechutná mi. Dětem tady zachraňuje život.

## DEN 10

### Zádíčka nejsou prdelka, víme?

Za hltanovou záklopkou vidím jen hnis. Beru si od anesteziologa laryngoskop a odsávačku. Nedostává se dál jak deset centimetrů pod záklopku. A to ani s nasogastrickou sondou určenou dětem. Je tam blok. Nějaký místňák jí ve víře úzdravy z chronického kašle uříznul patrový čípek. Přestala kašlat. Jenomže taky přestala jíst a pít. Uzavřel jí hltan, respektive horní část jícnu. Kdybych tak tady měl endoskop. Ale nemám. Tupý chirurg sám v poli. Občas potřebujeme vzít za ručičku.

Na sál vezeme malou transplantaci kůže. Když leží, zjišťují sestřáci, že nám expirovalo balení elektrodermatomu, což je přístroj na odběr vrchní vrstvy kůže ke transplantaci. Máme ji přesunout na zítra, Tome? Ne ne, máte Humbyho nůž? To je takový dlouhý převít. Něco jako nastavitelný podélný perořízek, kterým se odstraní úzké pruhy kůže z dárcovské oblasti, ale není na rozdíl od elektrodermatomu na elektřinu. Máme, ale ten předchozí chirurg to odmítal použít... Davaj! A už to hobluju a transplantuju.

Matka této slečny s uříznutým patrem nechápe, jak děsnou věc ten místní provedl. Musím všechno trpělivě vysvětlit, aby se na něj zase neobrátila namísto toho, aby nás nechala dceři pomoci. Vzdělání je jediný

problém. Netušíme, jakou máme oproti ostatnímu světu obrovskou výhodu, když jsme vzdělání. Dokonce jí to nakreslím. To se zdá nakonec z celého mého třicetiminutového výkladu s překladem jediné pochopitelné. Mezitím musím žádat o svolení své šéfy tady, v Džubě i v Ženevě, abych mohl udělat gastrostomii. Tedy otevřít břicho, udělat malou díru do žaludku, protáhnout tudy močovou cévku (jinou nemáme), nafouknout balónek a nakonec ji tudy začít krmit.

Na emery přistál další chlapík z Mayomu. Oni proti sobě s místními bojují, a proto nikomu nevěří. Přijel s tak těžkým otokem nohy, že mu odumírají svaly pod svalovými obaly. Je to takzvaný kompartment syndrom. Potřebuje fasciotomii neboli nářezy svalových obalů, aby se svaly uvolnily. Poté co dostane od anesteziologa spinální anestezii, rozhodne se, že nás spěšně opustí, a pokouší se na gumových nohách odejít ze sálu. To samozřejmě nejde. Voláme překladatele. Vezeme ho na předsálí a tam se opět vesele komunikuje. Nakonec souhlasí, ale na sál půjde jen pod podmínkou, že se přidá i překladatel. Taková taškařice to je. Svaly jsou mrtvé a fasciotomie mu už asi moc nepomůže. Jak mu budeme vysvětlovat nutnost amputace, až se to celé zinfikuje? To teda nevím...

Za chvíli za ním přistává na emery jedenáctiletý kluk. Porazil ho nějaký cizí Land Cruiser. Byl jsem venku před nemocnicí. Jede tu jedno auto za deset minut. Údajně ho volala matka a on vběhl pod to jediné, široko daleko projíždějící. Tříštivá zlomenina stehenní kosti vlevo, pravděpodobně rotační posun. Už jsem psal, že rentgen nemám. Honem reponovat a stabilizovat, než do toho stehna vykrvácí. Dávám morfin, reponuju na ruce, sádrová dlaha přes pánev. Za chvíli přestane plakat. Když se při konečné bandáži na chvíli rozhlédnu

kolem, čumí na mě z různých rohů plenty snad dvacet příbuzných. Zazubím se. Zazubí se.

Když jsem se odpoledne myl na filtru, tekla z koutku vařící voda. Nádrže jsou na střeše a africké slunce nezregulujete.

Když se umývám večer k dalšímu císařskému řezu, už je jen vlažná. Matce je 24, dítě je ve 30. týdnu, jde o takzvanou eklampsii. To je stav, kdy je matka v přímém ohrožení života pro možný otok mozku při vysokém tlaku. Dovnitř mi to jde v rádech vteřin. Mám zpět svůj haitský styl. Ale jsem pako. To, co se mi ukáže jako první, zbrkle hodnotím jako zadeček. Jsou to zádička, takže jsem omylem vyndal pravou ruku. Ještě že jsem ji nevykloubil nebo nezlomil klíček. O to hůř se mi nyní manipuluje s hlavičkou. Chvilí zápasím. Kdyby to dítě bylo větší, jsem v háji. Klika, že je venku!

Večer procházím ústavem a potkávám Mary. Ta je tady třetí měsíc. Zlomená pravá stehenní kost. Odmítla stabilizaci zevním fixátérem, odmítla trakci a na sádře se válí pár týdnů. Celou tu těžkou věc sundáváme. Stehno není zhojené, cítím pohyb, pakloub? Dělá takovou stehenní trubku. Trochu místní postup, ale už jsem si ho osvojil. Mary se na něm do večera s berlema rozchodí. Mám radost. Nerudnému osmiletému klukovi jsem dal taky berličky. Začal kmitat až poté, co jsem mu dal jeden z molitanových míčků pro tenisty začátečníky. Jo, i takové kravinky jsem si přivezl pro africké děti.

---

*Kniha Africká zima s podtitulem V Jižním Súdánu s Lékaři bez hranic autora Tomáše Šebka vyšla v Nakladatelství Paseka v říjnu roku 2017.*





# RES PUBLICA

# Jak vnímá riziko současná česká společnost

Michal Anděl

Dostalo se mi zvláštní pocty, že jsem byl vyzván panem rektorem, abych přednesl přednášku u příležitosti výročí založení naší univerzity. Je to nejen čest, ale také velká výzva také proto, že letos vzpomínáme sta let od vzniku Československé republiky. Za těchto okolností se i člověku, který byl dlouhou dobu děkanem a je více než dvacet pět let profesorem, trochu zatočí hlava. Kdybych mluvil jen o svém úzkém oboru, asi bych příliš posluchačů nezaujal. Proto si dovolím mluvit obecněji a využít zejména jednoho z privilegií, které mi zaměstnání na univerzitě přineslo: totiž možnosti setkávat se s odborníky různých zaměření, slyšet jejich přednášky, otázky při nich i jejich otázky při přednáškách jiných, při profesorských řízeních před vědeckými radami či při udělování čestných doktorátů a při mnoha dalších příležitostech. A při své řeči kombinovat to, co je mi blízké, tedy medicínu s obecnějšími pohledy na problém.

Právě setkávání, která jsem připomněl, dovolují rozvíjet síťovou funkci orgánu, jenž je největším známým zázrakem evoluce vesmíru, totiž lidského mozku. V poslední době se ukazuje, že mozek není, zjednodušeně řečeno, pouze sídlem vědomí, smyslů, řeči, paměti, bolesti a emocí či řídicím orgánem nebo integrátorem pro aktivitu dalších orgánů, případně jejich buněk v jednom lidském těle. Velmi významná je i jeho síťová funkce, která ho propojuje s jinými mozky, respektive s jejich nositeli.

Jedním z nejvýznamnějších aspektů kognitivní revoluce, která podle Yuvala Harrariho snad také díky

nové genetické mutaci proběhla zhruba před 70 až 30 tisíci roky, bylo, že naši předkové dospěli k novému způsobu myšlení a ke komunikaci novým jedinečným jazykem, neobyčejně tvárným. Právě schopnost komunikace a spolupráce začíná být považována za další faktor evoluce lidského mozku – pro lov a také obranu byla vzájemná komunikace a spolupráce nutná. Přirozený výběr favorizoval ty, kteří jí byli schopni, a také ty, kteří mohli při těchto činnostech mít různé specializované role. Dříve se mělo téměř jednoznačně za to, že k evoluci lidského mozku přispěl konzum živočišného proteinu. V poslední době se však objevily názory ukazující, že právě potřeba spolupráce mezi lovci vyžadovala komunikaci a také schopnost rozvíjet specifické schopnosti, jakými byli například pozornost, smysl pro detail, schopnost rozeznávat stovky či tisíce různých signálů, sdělovat si je a při lovu či boji a dalších činnostech spolupracovat. Spolupráce mohla tedy být významným evolučním činitelem. Tato síťová role mozku je faktorem zřejmě vyžadujícím významnou pozornost.

Jistě málokdo bude pochybovat, že právě univerzity představují místo uplatnění typického produktu mozku, totiž intelektuálního života. Univerzita svým studentům i akademickým pracovníkům nabízí unikátní příležitost využívat její přirozenou síť – síť složenou z intelektuálů různých oborů, kteří se setkávají při mnoha příležitostech. Od těch, jakými je dnešní slavnost, přes profesorská řízení, mezioborové diskuse na fakultách až po možnost seznámit se s knihami, člán-



ky či dalšími publikacemi členů této sítě. Systém výuky zatahuje do této sítě nové mozky našich studentů a ti, kteří pozorně naslouchají jejich dotazům, či někdy projevům nesouhlasu, mohou významně z této univerzitní sítě těžit. Dovolím si připojit i spekulaci. Zhruba tisíc let existence univerzit v Evropě, což je 40 až 50 generací, může představovat také další evoluční faktor, protože favorizuje jedince schopné velkých intelektuálních výkonů. Jejich množství ve společnosti narůstá a společnost tak má možnost obsazovat místa s vysokými nároky na tyto výkony. Úžasný rozvoj vědy i techniky v posledních třech stoletích snad takovou odvážnou myšlenku dovoluje.

Letošní výročí založení Československé republiky představuje i pro mne velkou výzvu spočívající v tom, že již uplynul dostatečně dlouhý čas, abychom se mohli svobodně zamýšlet, kdo jsme to vlastně my, současní Češi. Jaké jsou naše kořeny, co je naším zájmem a také jaká jsou současná i budoucí rizika našeho bytí? Byly to právě tyto věci, které hýbaly českou společností v posledním roce, a tak si dovolím o tomto tématu chvíli hovořit. Tématem mé dnešní přednášky je totiž riziko a jeho vnímání v současné české společnosti.

Etymologie slova riziko je spojena s řeckým *ritha*, což znamená kořen, ale později užíváno i pro útes. V latině již *resicum* jasně znamenalo útes. Podle Rolfa Skjonga se slovo dostalo do latiny již jako řecký navigační termín *rhizikon*, *rhoza*, což znamenalo kořen, kámen, či útes a bylo metaforou pro obtíže, kterým by se měli mořeplavci na moři vyhnout. Do moderních jazyků se, opět dle Skjonga, dostalo na konci středověku, v době, kdy se mentalita společnosti otevírala objevování světa. I pro nás může být synonymem plavby jednotlivce i společnosti na neklidném moři. Plavba ovšem

současně vede k novým obzorům a objevům a kromě rizika má v sobě zabudovanou i šanci. V roce 1507 je znám německý pojem *Risigo*, což byl technický termín pro obchod s významem podnikání a naděje pro hospodářský úspěch. V roce 1621 bylo francouzské *risquer* převzato do angličtiny.

Velký Websterův slovník slovo riziko definuje jako možnost ztráty, zranění, nevýhody nebo destrukce. Riziko může být také definováno jako intencí interakce s nejistotou. A nejistota má potenciál nepředvídatelného či nekontrolovatelného výsledku. Z tohoto hlediska dle anglické verze Wikipedie je také riziko důsledek akce uskutečněné v prostředí nejistoty. V některých definicích rizika však je ale zmíněna také šance.

Kromě zdravotních rizik, mému zaměření nejbližších, existují rizika ekonomická, bezpečnostní, environmentální, sociální, psychologická, politická, pojišťovací a v moderní době také často diskutovaná rizika používání informačních technologií.

Kalkulace rizika je zcela běžný kvantitativně analytický postup pro pojišťovací procedury, v preventivní medicíně pak pro vyjádření rizika expozice chemickým látkám, lékům, postupům či rizikovému chování. Běžně je riziko kalkulováno především v ekonomii a pojištnictví. Riziko můžeme kvantitativně vyjádřit jako očekávanou hodnotu nevídaného výsledku. Můžeme také porovnávat rizika a vyjadřovat relativní riziko toho či onoho postupu.

V medicíně se s pojmem riziko setkáváme zvláště často. Známe rizikové faktory onemocnění, například infarktem myokardu, diabetem 2. typu či rakovinou žaludku. Známe i rizika, která dané onemocnění přináší: z mého oboru je například diabetes mellitus nejvýznamnějším rizikovým faktorem aterosklerózy a je-

jích komplikací, totiž infarktu myokardu a dále selhání ledvin, oslepnutí či netraumatické amputace dolní končetiny. Medicínská rizika se snažíme snižovat. Před rizikem příliš velké dávky ionizujícího záření chrání rentgenology dozimetrie. Riziko nemocniční nákazy zmenšíme desinfekcí rukou a stetoskopů.

S pojmem riziko a jeho kontrola intuitivně zacházíme kromě medicíny i v mnoha dalších povoláních – od stavitelů jaderných elektráren, přes organizátory dopravních bezpečnostních akcí až po tvůrce norem, kteří přicházejí s předpisy upravujícími bezpečnost osobních výtahů, hloubku vzorku na pneumatikách či osazování protipožárních dveří v budovách.

Víme, že i zdravotní riziko se dá matematicky vyjádřit a že je možné ho kalkulovat jak pro jedince, tak pro společnost. Je možné porovnávat jednotlivá rizika a z hlediska zdravotního rizika například zjistit, že riziko ohrožení života je stejné při ujetí 5 tisíc kilometrů automobilem, vykouření 100 cigaret, práci jeden rok v chemickém průmyslu či provozování dvou hodin holezectví.

Velkými zdravotními riziky pro českou společnost jsou obezita, kouření, alkoholismus a úrazy. Čeští občané významně častěji, než je evropský průměr, trpí obezitou. Její výskyt je větší ve venkovských oblastech naší země a mezi těmito venkovskými oblastmi jsme v Evropě na třetím místě. Domnívám se, že s tím souvisí nejen zvýšený energetický příjem stravy, ale také nižší konzum zeleniny, ve kterém patříme do dolní třetiny evropských zemí. V Česku kouří 21 procent všech obyvatel, v Německu oproti tomu jen 15 procent, v Norsku 12,5 procenta a ve Švédsku jen necelých devět procent všech obyvatel. Za cigarety utrácí Češi a Moravané nejvíce z celé Evropy. Ve spotřebě alkoholu jsme na čtvrtém

místě v Evropě, ve spotřebě piva dokonce na prvním.

Kouření a obezita patří mezi základní rizikové faktory předčasného úmrtí, zejména na ischemickou chorobu srdeční, do které patří i infarkt myokardu, a úmrtí na nádorová onemocnění.

Občané Česka, stejně jako řady dalších evropských států, jsou vystaveni mnoha potenciálním rizikům environmentálním: výskyt pesticidů, tedy například glyfosátu v rostlinách, či v půdě a ve spodních vodách, byl opakovaně předmětem titulků článků na prvních stranách novin. Účinky insekticidů neonikotinoidů na nervovou soustavu hmyzu v poslední době významně zajímají i vědce, kteří se zabývají obratlovci, dokonce i savci. Bisfenol A a bisfenol S jsou zřejmě všudypřítomné a vyskytují se například i v obalových plastech potravin či v papíru pro termotiskárny. Environmentální a zdravotní rizika polychlorovaných bifenyly byla známa již za komunismu zejména po masivním znečištění prostředí v okolí města Strážské na východním Slovensku. Nověji se objevila rizika nádorových onemocnění pro zaměstnance výroby teflonu, tedy polytetrafluoretylenu. Proto bude jeho produkce brzy zakázána. Diskutuje se i masivní používání polybromovaných uhlovodíků, které se přidávají například do textilí včetně potahových látek či do polystyrenu, jímž se zateplují budovy. Jsou stále významněji přítomné v tukové tkáni lidí. Mnohé ze jmenovaných látek působí jako endokrinní dysruptory nebo jako potenciální kancerogeny.

V naší zemi jsou stále oblasti, ve kterých je vzduch masivně zamořen z lokálních topenišť, z průmyslu a z naftových motorů oxidy dusíku a škodlivými mikročásticemi. Bizarně působí zprávy o tom, že snad až milion automobilů s naftovými motory má odlučovače těchto částic odmontovány nebo nefunkční.

Souhra a kombinace výše uvedených faktorů představuje pro jedince zvýšení rizika vážných onemocnění a předčasných úmrtí. Podle dat Eurostatu patříme s Rumunskem, Maďarskem a Slovenskem stále mezi země s nejvyšší úmrtností na ischemickou chorobu srdeční. Činí v průměru 276 zemřelých na 100 tisíc obyvatel. U Čechů se tak objevuje významně vyšší riziko úmrtí na infarkt myokardu či selhání srdce než u Němců či Rakušanů, nemluvě již o Norech či Francouzích. I v úmrtí na nádorová onemocnění jsme v nejhorší třetině zemí Evropské unie s počtem 278 zemřelých na 100 tisíc obyvatel. Při hodnocení regionů Evropy je dokonce region severozápad Čech na neslavném prvním místě s 363 úmrtími na nádorová onemocnění na 100 tisíc obyvatel. Při srovnání s Německem jsou tato čísla o 10 až 20 procent vyšší. Za ještě významnější považuji, že přestože délka životů našich obyvatel se přibližuje nejvyšší evropským zemím, doba života prožitého ve zdraví je u nás stále významně kratší.

Protože v naší zemi nenastala v posledních desetiletích dramatická změna genetického zázemí naší populace příchodem vysokého procenta osob z jiných regionů, musíme se po právu domnívat, že vysoká nemocnost kardiovaskulárními onemocněními, diabetem a nádorovými onemocněními má právě původ v zevních faktorech. Ty souvisí s životním stylem, fyzickou aktivitou a příjmem potravy, alkoholu a kouřením a také s různými dalšími látkami, které z potravy či vdechovaného vzduchu dostáváme.

V Česku ale také vnímáme vysoké riziko úmrtí a úrazy. U nás na ně zemře 44 lidí na 100 tisíc obyvatel, v Německu oproti tomu jen 27. V úmrtnosti na dopravní úrazy nás předhání jen Chorvatsko, Bulharsko a Slovensko, Česko ji má počtem osm na 100 tisíc obyvatel

téměř dvojnásobnou proti Německu. A to neuvádím ještě výrazně nižší skandinávská čísla.

Vnímání některých rizik je nám vrozené. Astronom a kosmolog Carl Sagan se domníval, že lidem je vrozený strach z výšek, strach z plazů, a protože jsme denními savci, tak také strach ze tmy. Ochota vnímat rizika je selektivní. Tato selektivita je vytvářena výchovou, zkušeností, vzděláním, informovaností i sociální atmosférou. Tu v posledních stoletích významně dotvářejí media, v posledních dvaceti letech pak ta elektronická. Schopnost akcentovat některá rizika, jiná bagatelizovat, popírat či ignorovat je vlastností některých obratných mediálních a politických manipulátorů. Ti dovedli v nedávné či dávnější minulosti vytvářet takový pocit ohrožení a nebezpečí, který odpovídal jejich cílům. Jak se zcela recentně dovídáme, je využívání dat ze sociálních sítí nebezpečným nástrojem, který je může zdůrazňováním některých rizik a potlačováním jiných vytrhnout z kontextu a tak doslova manipulovat společnost.

Proč jsou v současné české společnosti některá rizika významně zdůrazňována, zatímco jiná jsou fatálně přehlížena, je jistě věc hodná zkoumání. Pro společnost jde o otázku zásadní. Je jistě významné také vědět, proč se část české společnosti dotčeně ozývá, je-li z důvodů ochrany před poškozením zdraví zakázána chemická látka používaná jako rumová příchut'. Místo, abychom považovali za pozitivní, že Evropská unie má nástroje, kterými snižuje riziko onemocnění, pozastavují se mnozí nad omezením svobody tyto látky konzumovat. Podobné je to s kouřením. Po přijetí zákona zakazujícího kouřit ve veřejných prostorách včetně restaurací byla media plná nejrůznějších návrhů, jak tyto normy obházet, a starostí o rušení nočního klidu kuřáky, kteří se budou houfovat před vchody do restauračních

zařízení. Proč je riziko v důsledku přijetí několika desítek či stovek uprchlíků výrazně dramaticky vnímáno, zatímco mnohem větší riziko úmrtí na úrazy, včetně těch dopravních, na nádory, na kardiovaskulární onemocnění je vnímáno mnohem méně naléhavě? Z tohoto hlediska předvolební diskuse velmi často redukovala rizika pro naši zemi a její občany jen na rizika spojená s migrací. Ostatní jakoby neexistovala. Kupodivu se zdá, že tento přístup získal u poměrně velké části našich občanů velký ohlas.

Rozhodně nejsem přívržencem masové imigrace z ekonomických důvodů do Evropy ze zemí méně rozvinutých, rozhodně nechci rizika tohoto jevu ani trochu podcenit. Na druhé straně je však třeba zkoumat nejen jeho rizika, ale také jeho šance. Při uzavření Evropy masové imigraci je pak třeba ji neuzavírat těm, kteří by byli pro naši společnost přínosem. To pro oblast vědy platí mnohonásobně. Především se však domnívám, že je nutné diskutovat a vzájemně vážit skutečně všechna současná rizika. Zdůraznění jen některých rizik však může vést ke zkreslenému pohledu na současnost i k chybným rozhodnutím do budoucna.

I při nejlepší vůli může špatné hodnocení rizik a šancí vést k nejisté cestě. To platí pro jakákoliv rizika, včetně těch politických a sociálních. Úplná státní nezávislost, jejíž sté výročí letos slavíme, patří mezi vůbec nejvýznamnější události naší historie. Přesto i tady není možné se vyhnout otázce, zda při vzniku Československé republiky byla správně hodnocena všechna rizika politických rozhodnutí, která rodící se stát na svém počátku přijímal a jaké byly důsledky těchto rozhodnutí pro jeho stabilitu.

Akcentace rizik spočívajících pro česky mluvící část obyvatel Čech a Moravy ze strany jejich německy

mluvících spoluobčanů byla zřejmě také jedním z motivů koncepcí jednotného československého národa s přiřazením Podkarpatské Rusi. To, že tato koncepce opakovaně selhala, vedlo k těžkým situacím na podzim 1938, na jaře 1939, v roce 1968 a 1969 a konečně v roce 1992.

I pro naši současnou roli v Evropě a ve světě je potřeba umět rozumně vážit šance a rizika. Podněty k tomu mohou dávat politici i novináři. Od svobodné diskuse nad těmito tématy pro nás tak důležitými nemohou stát stranou intelektuálové. Jedním z nejdůležitějších úkolů, který nás opakovaně oslovuje, je hledat odpověď na otázku, co my moderní Češi jsme geneticky, jazykově a kulturně. Nedávno ho zmínil při diskusích o českém státním právu i pan prorektor Gerloch.

Významným úkolem pro celou společnost a zejména pro univerzity je správně posoudit rizika a šance uzavřenosti a otevřenosti. Uzavřenost konzervuje, a proto má své přívržence. Tradičně to bývala spíše šlechta a po ní ti, kteří měli zájem na udržení existujících privilegií. Vývoj v západní části evropské civilizace a v severní Americe vedl postupně ke koncepci rovnosti lidí a posléze ke koncepci lidských práv. Ruku v ruce s tím se otevíraly příležitosti vzdělání a následného společenského vzestupu mnoha lidem z původně nepriviligovaných vrstev. Vyžadovalo to postupné navyšování otevřenosti. Pro všechny se postupně také otevíraly brány středních škol a univerzit. Západní univerzity jsou široce otevřené nejen studentům, ale i učitelům z nejrůznějších zemí. Zásadní měřítko spojené s kvalitou, tedy jak studentů, tak jejich profesorů přináší otevřeným univerzitám spoustu prospěchu: nejde jen o množství publikací a nejvyšší ocenění typu Nobelova cena, ale také o důsledky rozvoje vědy pro technologii, průmysl,

zemědělství či obchod, přičemž dalším důsledkem jejich rozvoje je prosperující hospodářství, ze kterého mají prospěch všichni. Jen pro zajímavost na švýcarských univerzitách je mezi profesory 40 až 60 procent cizinců. Nejvíce, tedy šedesát procent, je jich zaměstnáno na nejlépe hodnocené kontinentální univerzitě, totiž Eidgenössische technische Hochschule v Curychu. Důsledkem tohoto faktu je více než 20 Nobelových cen za posledních 40 let či množství financí na podporu vědy, které tato technická univerzita získává. Otevřenost významně pozitivně ovlivňuje nejen vysoké školy, ale také celé národní hospodářství. Naopak uzavřenost našich vysokých škol představuje velký problém. Nejde jen o nedostatečné finanční nabídky pro zahraniční akademiky, ale také o překonání psychologické bariéry spojené s akceptací těch, kteří přicházejí odjinud. Otevřenost jistě určité riziko přináší, na druhé straně je však významné riziko uzavřenosti. Ostatně důsledky 40 let komunismu nejen pro vědu, ale i pro celé hospodářství jsou toho dobrým dokladem.

Život jednotlivců i jejich velkých skupin je vždy spojen s riziky. Jejich vnímání je také vždy spojeno s emocemi. Je to pochopitelné. Ohrožení života, zdraví, existence či vůbec sociálních jistot se dotýká jádra našeho bytí. Za těchto okolností je však nutné o rizicích přemýšlet i diskutovat klidně, důstojně a s vědomím nejen problémů, ale také šancí, které přinášejí. Zcela otevřenou pak zůstává otázka, proč jsou Češi a Moravané tak přezíraví k rizikům, která skutečně ohrožují jejich životy a zdraví, a která mohou představovat i limity pro budoucí národní bytí. Mám na mysli pokles porodnosti a demografickou změnu z ní vyplývající.

Jak jsem již řekl, ve statistikách spotřeby cigaret či alkoholu jsme na předních místech. Na předních mís-

tech jsme také ve výskytu nejzávažnějších chorob. Současně jsme také na prvním místě v Evropě v množství lidí, kteří se deklarují jako ateisté. Intuitivně cítím, že by to mohlo nějak souviset. Přinejmenším nedostatkem jakékoliv víry, dokonce i víry ve vědecky prokázané jevy. Již vůbec nemluví o tom, že víra podporuje kladné emoce, naději a lásku. To však již je téma na přednášku někoho v těchto věcech mnohem povolanějšího.

Začal jsem sítí, která spojuje naše mozky, která je typická pro univerzity. Tato síť dává šanci i naději. I pro téma, o kterém jsem dnes mluvil. Šanci na to, že rizika pro jednotlivce i pro společnosti budou skutečně posuzována v celé šíři v kontextu rizik a také šancí ostatních. A snad naději, že budou při tom převažovat kladné emoce. Takovou síť je potřeba rozšiřovat i mimo náš univerzitní a intelektuální skleník do drsnějších klimatických podmínek.

Svoji dnešní slavnostní přednášku skončím citátem Winstona Churchilla, který snad k jejímu tématu docela dobře padne: „Pesimista vidí problém v každé příležitosti, optimista vidí příležitost v každém problému.“ Víím, že univerzita příležitosti nejen vítá, ale také je podporuje, byť jsou z definice riskantní. Moc rád bych takový přístup viděl v celé české společnosti. Té bych současně přál, aby viděla všechny útesy, přesto se však nedala odradit od plavby.

---

*Text je mírně upravenou verzí proslovu, který přednesl prof. Michal Anděl ve Velké aule Karolina 5. dubna 2018 při slavnostním zasedání pořádaném u příležitosti 670. výročí založení Univerzity Karlovy.*





## Přehlížená místa českých dějin

**Jeronym Boháček**

Na letošní podzim připadá oslava stého výročí založení samostatného československého státu a zároveň také konce jednoho z nejděsivějších konfliktů lidské historie - první světové války. Začala jako válka impérií a končila jako válka totální. Střetly se v ní milionové armády tehdy již průmyslových společností a proti všemu očekávání trvala dlouhé čtyři roky. Češi bojovali na obou stranách, jednak v rakouské armádě na straně Centrál-

ních mocností, jednak v revolučním vojsku, známých legií po boku zemí Dohody.

Budoucí prezident Masaryk válku považoval za světovou revoluci, ve které principy demokracie bojovaly proti monarchickému principu. Centrální mocnosti považoval za ztělesnění teokracie a hlavně militantního pangermanismu. Zájem českého národa proto spojil se zájmem republikánské Francie a parlamentní Velké

Británie. U spojenců prosazoval rozbití Rakousko-Uherska a vytvoření samostatného národního státu Českoslováků. Uspěl, z profesora rebela se stal otec vlasti a jeho náhled utváří historické povědomí Čechů do dnešních dnů.

Na druhé straně pomyslné barikády stál tehdy mladý císař a poslední český král Karel. Moc a odpovědnost získal po smrti svého prastrýce Františka Josefa roku 1916. Tedy třetí válečný rok, tehdy již děsivou krvavostí konfliktu nebylo možné přehlédnout, ale válečná vřava bez ustání pokračovala a co hůř, její konec zůstával v nedohlednu.

Nejpodivněji z dnešního pohledu působí, že v množství zájmů a spojenectví se zcela znejasnilo, za co obě uskupení bojují. Jednotlivé vlády měly své zájmy, ale ani Centrální mocnosti, ani státy Dohody nedokázaly jednoduše vyjádřit své společné válečné cíle, ani jednoduše říci, za jakých podmínek by uzavřeli příměří. Vypadalo to, jako by jediná cesta k míru vedla přes úplnou porážku nepřítele. Marně roku 1916 vyzvala většina v německém parlamentu (socialisté, křesťané i liberálové) k ukončení války a návratu k předválečným hranicím. V samotném Německu později moc převzali militaristé, francouzští politici chtěli připojit Alsasko-Lotrinsko, pokrokáři zřizovat republiky, nacionalisté zvětšovat či rovnou vytvářet vlastní státy ... a lidé věrní vlasti dál zabíjeli jeden druhého. Za takové situace se Karel pokusil vyjednávat, za prostředníka si vybral bratra své manželky Zity, prince Sixta Bourbonso-Parmského, proto jednání vešla ve známost jako tzv. Sixtova aféra. Sixtus sloužil ve francouzské armádě a zároveň cestou přes neutrální Švýcarsko mohl navštěvovat císaře ve Vídni. Ani Sixtovo vyjednávání, ani další pokusy však neuspěly a válka mohla nerušeně pokračovat.

Vítězné státy Dohody se nakonec rozhodly poražené Německo oslabit a republikanizovat, vyšly vstříc touze českých, srbských a polských nacionalistů a poražené Rakousko-Uhersko vymazaly z mapy. Nově založené Československo se mohlo pyšnit republikánským založením, rovným volebním právem a v neposlední řadě také zavedením osmihodinové pracovní doby. Jeho pozice na geopolitické šachovnici oslabovala Německo a oddělovala jej od Ruska. Vítězní spojenci „dohodli“ pro ČSR velkoryse pojaté hranice, v důsledku čehož téměř třetina občanů nového státu od počátku nepovažovala za svůj.

Založení republiky rozštěpilo českou dějinnou paletu. Masaryk chápal smysl českých dějin v směřování k reformě a demokracii, které se projevilo již za husitství. V těchto představách pro katolickou monarchii nebylo místo, revoluční založení republiky se tak stalo mýtickým rokem nula a předcházející dějiny obdobím temna, ve kterém se ztratila nezávislost rakouských soudů, parlamentem schvalovaná vláda a rozšíření volebního práva. Uvažujeme-li dnes o významných postavách našich dějin, samozřejmě známe otce republiky TGM a vzdáleného reformátora Husa, jehož „Pravda vítězí“ zdobí vlajku nad Pražským hradem. V krajině však chybí sochy Josefa II., který z vlastní vůle prosadil náboženskou toleranci a přes odpor šlechty (z)rušil nevolnictví. Také jí chybí socha člověka, který sice nevěřil ve světovou revoluci, zato se navzdory patologicky nemocné době pokusil o mír. Socha Karla, posledního českého krále.

---

*Autor je absolventem Fakulty humanitních studií UK a mimo jiné se zabývá také vznikem Československa.*



## Proč se Latinská Amerika stěhuje do Jeruzaléma

Jan Fingerland

Uznání Jeruzaléma za izraelskou metropoli nebo přesun ambasád tamtéž prosazují v zásadě tři skupiny: protestanti, Latinoameričané a bývalé socialistické země. Proč tomu tak je?

O pochopení zemí bývalého sovětského bloku pro Izrael se ví. Také náklonnost některých, zejména evangelikálních protestantů vůči Izraeli, je známý fenomén. Reformace znamenala velký návrat k židovským kořenům křesťanství a někteří protestanti dokonce už v raném novověku začali sepisovat plány na obnovu židov-

ského království s centrem v Jeruzalémě, městě krále Davida.

### Protestantská radost

Část protestantů se domnívala, že návrat Židů do vlasti je nutnou podmínkou druhého příchodu Mesiáše, případně že tento návrat bude doprovázen hromadnou konverzí Židů ke křesťanství. Řada křesťanských příznivců Izraele ale popírá, že by jejich láska k židovskému státu byla takto podmíněná.



Křesťanský sionismus zejména v anglosaských zemích hrál velkou roli i ve 20. století, kdy už byla otázka vzniku židovského státu velmi reálná. A nyní opět, kdy se Trumpovi dostalo ve věci přesunu ambasády velké podpory právě od řady protestantských osobností.

Případně se rovnou spekuluje, že americký prezident, kterému jsou podobné otázky asi ukradené, celou věc učinil právě ve snaze udržet si podporu evangelikálních kruhů.

Na slavnostním otevření americké ambasády v Jeruzalémě mluvili hned dva evangelikální duchovní, John Hagee a Robert Jefferess. Zejména ten druhý je kontroverzní postavou, mimo jiné kvůli svým problematickým výrokům na adresu muslimů, ale také mormonů a Židů.

## Daleké sympatie

Jinou skupinou, která podpořila přesun ambasády, jsou latinskoamerické státy. Guatemala následovala bezprostředně po Spojených státech, a reálně své úřady přesunula dokonce už před několika týdny. Guatemalský prezident Jimmy Morales je momentálně v Izraeli. Novou ambasádu v Jeruzalémě za pár dní otevře paraguayský prezident Horacio Cartes, přesun úřadu už si odhlasovali také v Hondurasu. Proč právě tyto státy? I zde je evangelikální linka.

Zmíněný Morales je letniční křesťan, a vůbec v tradičně katolické Guatemale se rychle mění podíl protestantů, jichž je nyní už 40 procent. Podobný trend příklonu k protestantství, většinou evangelikálního druhu, je i v Hondurasu.

Existují i jiné zdroje latinskoamerických sympatií k Izraeli. V Mexiku narozená americká politoložka Dina Siegel Vannová poukazuje na to, že zmíněné tři země podporovaly Izrael od počátku. Jakožto mladé

státy byly zaujaty příběhem znovuustavení Izraele jako podobného projektu, malého státu, který musí čelit protivenstvím.

Konkrétně Guatemala – podobně jako tehdejší Československo - hrála roli už při formování plánu na rozdělení Palestiny v roce 1947 a pak byla jedním z vůbec prvních států, který Izrael uznal.

## Lék na korupci

Jsou tu ale i mnohem prozaičtější pohnutky. Jihoamerické státy například mají zájem spolupracovat s Izraelem v oblasti bezpečnosti a chtějí také získat technologie pro oblast zemědělství a další obory. Jiné důvody ani tak nesouvisejí se vztahem těchto zemí k Izraeli, jako spíše ke Spojeným státům.

Izraelský politolog Arje Kacowicz upozorňuje, že někteří z tamních vůdců mají problémy, které by rádi vyřešili bližším vztahem s Donaldem Trumpem. Například Jimmi Morales čelí korupčnímu skandálu, zatímco prezident Hondurasu Juan Orlando Hernandez byl obviněn z volebních podvodů.

České sympatie vůči Izraeli jsou v něčem podobné a v jiných ohledech odlišné od těch latinskoamerických. Korupční skandál se ale u nás asi nikomu přesunem ambasády do Jeruzaléma vyřešit nepodaří.

---

*Autor je komentátorem ČRO Plus, kde byl text vysílán 16. května 2018.*



## Vlaštovčina noční můra

Ondřej Vaculík

Jak poznáme, že se svět mění a nastupuje to špatné? Ne-  
poznáme, stejně jako klimatická změna se to děje ne-  
nápadně. Jako když upolín nedostatkem vláhy jednoho  
jara již nevykvetě.

Upolíny na naší louce právě dokvétají. Letos vlivem  
sucha kvetly sotva tři týdny. Loni to byl díky vláze mě-  
síc. Asi ten nejkrásnější v roce. Loni jsem neviděl ni-  
koho, kdo by tuto chráněnou květinu trhal. Letos ta-  
kových lidí bylo několik. Jedna paní si nesla trs, který  
musela obepínat oběma rukama. Jako by o upolínu ne-

věděla, jak je křehký, že svou žlutou hlavičku, složenou  
z mnoha lístků, svésí rychleji a zmalátní dřívě, než ho  
donese do vázy.

A také že je jedovatý! Kromě toho, pochopitelně, upo-  
lín je chráněný, takže naše upolínová louka je zázrak  
a nemá výdrž a pevnost kopretin. Vždycky se bojím, aby  
něco, co se nám jeví jako sama věčnost, nebylo jen tak mi-  
mochodem letos naposled. Pomíjivost bývá nenápadná.

Té nevědouce, toho necitu kolem nás. Radek Ště-  
pánek, přírodovědec, novinář a básník v básni „V mlze“



vystihuje zmar slovy: „Pevná zem mizí kdesi hluboko. Po nohách přicházím i o tělo, ani na něm už nezáleží: jsem osamělou hlavou v prostoru ohraničeném falešným nebem a vplouvám do šedi. Na mokré louky mlha padá ve vrstvách bahna prvohorních moří.

Jaký odkaz v ní zůstane zachovaný z dneška? Mnohost druhů střídá početnost jediného ve všech šířkách i délkách na zemi i nad ní: už se to stalo mnohokrát, ale náhodou jsme právě při tom. Kdo přijde po nás, bude muset kopat hluboko pod sebou, proniknout slepenci asfaltu a betonu, nánosy plastových usazenin.“

Mysle na přírodu, myslím zejména na člověka. Mnohé lidi stále více vidím jako upolíny neurvale trhané; máme mizivou naději, že svými kořeny se pevně drží země a jen tak se nedají. Člověk je vlastně stejně ohrožený jako příroda! Je na nás někde nějaká rezervace? Kam by surovost nesměla ani po značených cestách?

## Najde si cestu ke každému

Dřív! Dříve jsem si myslel, že zlovůlí nechvalně slul minulý, zlovolný a zlomocný režim. Nevraživost měl přímo v povaze jako součást svých pochybných zářných zítřků, na něž chytal své služebníky. Jak vidno, funguje to i bez režimu! Podobno invazi křídlatky severské, kopřiv a bodláků a hrůzostrašných bolševníků. Jsme možná ještě více součástí přírody, než tušíme, nebo než bychom si přáli. „Cosí se pochrámalo. Drtivá lidská síla je příliš silná.“ Píše Hana Librová v doslovu Štěpánkovy sbírky *Hic Sunt Homines*. K jeho básni „Podběl“ podotýká: „Po několika letech se zdá, že roční doba zmizela.“ Ten klimatický pocit vyjadřuje také mezilidskou úzkost.

Na náměstích můžeme svobodně provolávat dobro i zlo, ale zatímco to prvé vadne jak upolíny ještě dříve,

než se rozejdeme, křídlatka si najde cestu na každé pracoviště. Ještě o tom ani nevíte, ale už ji máte za psacím stolem, zapustila se u zásuvky s nabíječkou. Křídlatka vás nakonec vyhostí, vypudí, něco si proti vám vždycky najde, a vy místo uznání poletíte.

Nečekejte od křídlatky žádný dobrý úmysl, žádných ohledů. Úspěch či zásluhu zúžila na to, z čeho sama roste: na osobní prospěch. Pryč s tím, co nejde proměnit na peníze, dí křídlatka. Od křídlatky nečekejte ani smilování, před ničím se nezastaví. Nánosy plastových usazenin.

Mimochodem, konkrétně: Ministryně Karla Šlechtová, stále v demisi, se znelíbila Andreji Babišovi. Čím by však mohla lidem vadit více, než je eventuálně ona sama? Babiš si vždycky ví rady: Honem nějaké „kompromis“, čehož se podle mého ujaly vždy připravené Lidové noviny. A investigativně vynesly na světlo: Tři sta deset tisíc korun stálo ministerstvo pro místní rozvoj šestadvacet objednávek letištního VIP salonku pro Karlu Šlechtovou, když někam služebně letěla. To je dvanáct tisíc za let. A v Lidovkách (16. 5. 2018) je to otvírák s palcovými titulky.

Marně se ministryně brání, že vždy letěla jen ekonomickou třídou, žádnou VIP. Na obranu Šlechtové přemýšlím: A pro koho tedy ten VIP salonek na Letišti Václava Havla vlastně je? Havel ho nepotřebuje. Pro Karla Gotta? Řekl bych, že každý ministr, než nastoupí do funkce, už má ve spodním šuplíku křídlatku, jen o ní ještě neví. A stejně tak i ředitelé (hlavně těch národních institucí) a také všichni policejní prefekti, soudní radové, náčelníci, ba i hlavní vrchní páni lesů a hvozdu, také fořti všech dálnic a železnic, možná v šatnách i subrety. Také hradlař by se pro jistotu měl podívat za přestavníky. Křídlatkou si nemůže být jist ani převozník.

## Arkádie, skalnatý útes

Radek Štěpánek píše: „Vlaštovka krouží nocí, okřídlená hrstička strachu, neschopná naučit se netopyřímému vidění světa. Na verandě, kde předtím tolikrát srazil základy jejího hnízda, stojí chlap v pyžamu. Hlídá svou fasádu, svůj dům a úděl.“ Pořád toužíme po Arkádii, „starověké představě řádu světa jako harmonie a v jistotě dobrého díla Stvořitele-va,“ píše v doslovu Hana Librova. Představa „tkví v evoluční antropologické libosti, kterou Stephen R. Kellert označuje jako biofilie. Ta byla přímo či nepřímo přítomná ve všech etapách dějin kultury a ovlivňuje náš vztah k přírodě dodnes.“

Vizi mezilidské „arkádie“ jsme měli i po roce 1989 a jevila se nám uskutečnitelná. Velice jsme se činili, ale nedošlo nám, jak určující je pro ni klima, tedy něco, co se vymyká našim schopnostem, možnostem. Ať nám tedy nikdo nevyčítá, že vše je špatně – také Babiš prý (Zemana pro jeho špatný zdravotní stav už vynechávám) je výsledkem naší zbrabané práce, tedy celého toho našeho slavného polistopadového vývoje. He! (Jak jste mohli dopustit takhle všechno zmršit, ptají se děti.) Nikoli, to je součást klimatických změn, podobně jako když upolín nedostatkem vláhy jednoho jara již nevykvete. Pomíjivost bývá nenápadná.

Hana Librova pokračuje: „Později se odborný výklad přesunul k dynamickým procesům: Pokud vůbec nějaký řád v přírodě existuje, nespočívá v harmonii. Jeho základem je pohyb, který bývá, lidskýma očima viděno, plný zla: evoluce postavená na boji o život, v němž vítězí silnější nad slabším, a zlo predáčnické, zajišťující existenci živé přírody prostřednictvím potravních řetězců – tvorové se navzájem požírají. Přesvědčit našince, dědice

arkadské biblické tradice, že zlo je základem světového řádu, je nesnadný úkol.“

Radek Štěpánek: „Noční můra vlaštovky zatím krouží jeho bděním (toho chlapa, pozn. O. V.) mezi světly lamp. Nemůže letět jinam, protože jinde už není. Kdo čekal velký třesk, bude zklamaný. Svět naráží na své hranice jen jemným šelestěním křídel.“

Chlapa v pyžamu, co sveřepě hlídá svou fasádu, se těžko zbavíme, protože v našem klimatu se cítí být součástí „evoluce postavené na boji o život“. Jako by mu o život usilovala vlaštovka. A my jsme ohroženi pochybností o smyslu našeho veřejného snažení, naší angažovanosti.

Jak jdeme životem, naše „představa řádu světa jako harmonie“, naše „arkádie“, stále více mizí v nedohlednu a na její místo plíživě zaléhá křídlatka. Může nás utěšit snad jen okolnost, kterou poznamenává Hana Librova: „Ve skutečnosti byla Arkádie nehostinnou skalnatou částí Peloponésu“. Nepřímo jsme mimochodem dokázali, že naděje na blaženost, nechceme-li se jí úplně vzdát, býti může, ale vskutku není z tohoto světa.

---

*Sbírku básní Radka Štěpánka Hic Sunt Homines vydala Masarykova univerzita / Nakladatelství MuniPress, Brno 2018. Autor textu Ludvík Vaculík je publicista a místostarosta v Hořovicích. Text vyšel 22. května 2018 v Deníku Referendum.*



## Babiš zamořil Česko

Petr Holub

Z úlu vyletí včelka Mája a vesele si zpívá. Doletí na pole s řepkou, nadýchá se pesticidů, spadne a je po ní. Na tragickém osudu televizní postavičky ilustrovala německá veřejnoprávní televize, jak jedy užívané zemědělci ničí vše živé v přírodě. Zvláště to mají na svědomí ďábelské glyfosáty, které je třeba okamžitě zakázat.

Německo použilo v kampani proti glyfosátu řepkové pole, protože právě na řepku se tento přípravek

nejčastěji používá. Podle studie Univerzity Göttingen na plných 87 procentech její plochy. Německo je v evropském srovnání řepkovou velmocí, pěstuje ji na 11 procentech obdělávané půdy a čtvrtina všech glyfosátů končí na žlutých polích. Proto překvapuje, že se zpráva o smutném konci Máji nedostala do Česka. Přece je druhou rodnou zemí dětského seriálu o nebohé včelce a v rozloze řepkových polí nemá v Evropě

konkurenci, protože v roce 2016 podle Eurostatu zabírala 16 procent z dvou a půl milionu hektarů obdělávané půdy. Německo je se Slovenskem a Estonskem na druhém místě.

Řepková pole ovšem v Česku stejně dokázala poprask vyvolat. Důvodem byl nečekaně rychlý začátek pylové sezony, který nastal v období, kdy rozkvetla řepka. Země se najednou ocitla uprostřed alergické epidemie, města zasypal žlutý pylový prášek, a přirozenou reakcí postižených byla spekulace, podle níž za všechno může řepka, a v důsledku tedy premiér v demisi Andrej Babiš, který, jak známo, má pěstování řepky na svědomí. Stížnostem se vysmál komentátor Lidových novin, které rovněž patří do Babišova koncernu Agrofert. „Řepka je žlutá. Pyl je žlutý. Řepku má rád málokdo. Andrej má jistě nějakou řepku. A je to: Babiš zamořil Česko,“ napsal komentátor, který se mohl opřít o stanoviska mnohých expertů. „To je úplná blbost, aby žlutý prach byla řepka,“ prohlásil například Ondřej Rybníček z Fakultní nemocnice v Brně s tím, že města zaplavil pyl z borovic a smrků. Helena Kazmarová ze Státního zdravotního ústavu zase v Mladé frontě Dnes připomněla, že se těžká pylová zrna z řepky nedostanou dál než 150 metrů od pole. „Řepka současně není významným alergenem a není ani hlavní příčinou potíží alergiků,“ prohlásila Kazmarová. Neudržel se sám Babiš: „K řepce jeden možná překvapivý fakt. Z celkové úrody řepky v ČR vypěstuje moje bývalá firma jenom 5 procent. Ano, pouze 5 procent,“ napsal na Twitter. Pozdvižení dočasně pominulo.

Také německý poprask s řepkou a glyfosátem odezněl, i když měl hlubší kořeny. Před třemi lety publikovala Světová zdravotnická organizace výzkum, ze kterého vyplývá, že glyfosát, nejčastěji používaná che-

mická látka na hubení plevelu, která se nejčastěji prodává pod značkou Roundup, způsobuje rakovinu. Na to reagovala Evropská komise, která publikovala jiný výzkum, podle kterého je riziko zanedbatelné. V konfliktu vyhrál bruselský názor. Proto bojovníci s glyfosátem změnili strategii. Při ošetřování polí pro řepku likviduje glyfosát veškeré rostliny, tím se v důsledku zlikviduje hmyz a ptáci, kteří se jimi živí, nemluvě o půdní flóře. To jim v Německu potvrdil dokonce Spolkový úřad pro ochranu přírody. Aktivisté shromáždili přes milion podpisů pod tzv. evropskou peticí a žádostí zakázat glyfosát se musela zabývat Evropská komise. Loni v listopadu ji po dramatickém hlasování odmítla, pouze zkrátila povolení užívat tento účinný přípravek z deseti na pět let.

Německý stejně jako český příklad ukazují, že řepka sice přitahuje pozornost, přesto protestní kampaně vyvolané hospodařením na žlutých polích dříve či později uváznou na mělčině. Proč nemají výbuchy nespokojenosti žádný efekt, není těžké vysvětlit. Zemědělství se provozuje na průmyslovém základě, zaměstnává výzkumníky a proniknout do jeho tajností nebývá snadné pro člověka z města, který se přírodou pohybuje pouze v autě. Proto zaznamenaná nápadná žlutá pole, a pokud hledá viníka nízké kvality potravin nebo třeba pylové záplavy, tak se nabízí právě řepka. To však neznamená, že měšťáci při pohledu z auta nezahledli vážné nebezpečí, kterým industrializované zemědělství hrozí lidem i přírodě. Jen nejsou schopni tuto hrozbu okamžitě pojmenovat. Ve skutečnosti glyfosát ohrožuje lidské zdraví i přírodu. Hodně pravdy skrývá i výkřik Lidových novin: Pyl je žlutý, řepka je žlutá, Babiš má řepku a zamořil Česko.



## Příliš mnoho dobra škodí

Pochopit problém řepky a prostředků ochrany rostlin proti škodlivým organismům nejde bez toho, že se člověk vypraví na venkov. Důležitá je už první informace, že zemědělci považují glyfosát za jednoho z nejlepších pomocníků. „Je to nejvíc prozkoumaný herbicid, který zlikviduje najednou veškerý plevel,“ chválí přípravek Jan Staněk z Asociace soukromého zemědělství. Zákaz glyfosátu ničemu nepomůže, jenom zkomplikuje zemědělcům život a jeho důsledky zatíží přírodu ještě víc než dosud. Dostatečným varováním byl zásah Evropské komise před čtyřmi lety. Tehdy zakázala tzv. neonikotinoidy používané pro moření osiva řepky. Tím sedláci likvidují hned na počátku vegetačního období řepky hlavní škůdce. Svůj verdikt Brusel neodvolal ani letos v dubnu, i když si zemědělci stěžovali, jak se jim prodraží. Jako náhradu musí používat během celého vegetačního období různé druhy postřiků na vzešlé porosty řepky, které mají větší negativní vliv na necílové druhy hmyzu, než mělo moření osiva řepky. „Zákaz moření osiva řepky neonikotinoidy se nám vrátil jako bumerang,“ potvrzuje František Kocourek z Výzkumného ústavu rostlinné výroby. Dodává, že obavy z přípravků používaných v zemědělství jsou přehnané, protože většina rizikových přípravků pro zdraví člověka i životní prostředí používaných ještě před dvaceti lety už není povolena. „Dnes jsou rizika přípravků na ochranu rostlin používaných v zemědělství minimální,“ uvedl profesor Kocourek.

Superlativy si Staněk neodpustí, ani když mluví o řepce. „Nejde jenom o to, že je možné na řepce díky výkupním cenám víc vydělat, ale dobře funguje jako přerušovač,“ vysvětluje sedlák z Českobudějovicka.

Plodiny se musí na jednotlivých polích střídát, protože některé odebírají z půdy příliš mnoho živin a při opakovaném vysazování se daří jejich škůdcům. Řepka je v tomto směru oblíbená kvůli rozvětvenému systému kořenů, který provzdušňuje půdu, zároveň se větší část rostlin zaorá a zlepšuje kvalitu půdy. „Problém není samotná řepka, ale širé rodné lány,“ upozorňuje Staněk. Myslí tím model hospodaření na rozlehlých plochách, který ještě posílil z dob socialismu. Tím se snižuje pestrost vegetace, krajina ztrácí vodu a odolnost proti erozi. I v tom se shodne s pohledem vědců, kteří zjistili, že za úbytek některých živočichů, ze kterých jsou nejnápadnější motýli, nemůže samotné hnojení a postřiky přípravky na ochranu rostlin, ale skutečnost, že fragmenty krajiny, kde se jim daří, jsou odděleny příliš rozlehlými plochami monokultury. „Obecně hmyzu v zemědělské krajině u nás v posledním období neubývá, jak lze dołożyć na rostoucích populacích netopýrů, plně závislých na stavu hmyzích druhů. Druhové spektrum hmyzu se v zemědělské krajině ovšem mění, jedněch druhů nebo celých skupin ubývá, jiných přibývá a stále nové druhy hmyzu se na naše území šíří, jak vlivem oteplování, tak aktivní činností člověka,“ dodává profesor Kocourek.

Přesto dávají zemědělci i experti laikům za pravdu v tom základním. Ze všech plodin zatěžuje řepka životní prostředí nejvíc. Měření Českého hydrometeorologického ústavu odhalilo v podzemních vodách metabolity herbicidů ve stále rostoucí koncentraci. „Z naměřených dat lze potvrdit dlouhodobou kontaminaci podzemních vod zmíněnými látkami, a tedy i dopad pěstování biopaliv první generace na kvalitu vodních zdrojů v České republice,“ stojí v oficiální zprávě. Za biopaliva první generace považují hydrologové vedle řepky ještě kuku-



řici a cukrovou řepu. Za další dopady mohou sami zemědělci, pokud pěstují řepku na jednom poli častěji než jednou za čtyři roky. Tím způsobí epidemii parazitů typu hlízenky houbové, na které už postřiky nezabírají, a mohou se rozšířit. Proto bylo pěstování řepky úplně zakázáno v některých regionech Velké Británie a Šska. Vliv na lidské zdraví byl doložen zatím jen u alergií. V řepce bylo odhaleno devět alergenů. Odborné společnosti v Německu uvádějí řepku mezi nejrizikovějšími rostlinami spolu s jilmem a břízou.

## Past na zemědělce

Městští laici z lánů řepky vyčtou, že v zemědělství něco není v pořádku. A opravdu je nejlépe vidět na řepce, že si zemědělství příliš zvyklo na průmyslové postupy, které začnou ohrožovat krajinu, živočichy a lidské zdraví, když překročí míru.

Západoevropské země už zjistily, že se to s řepkou nemá přehánět, a například Francie a Velká Británie za poslední dva roky omezily výměru řepkových polí po sto tisíci hektarech. Dobrodružný byznys přebírají východoevropské země v čele s Rumunskem, nikde však nedosahuje českých rozměrů. Právě za viníka toho, že Češi překročili míru udržitelnosti, může být označena jedna osoba, tedy Andrej Babiš.

Rozšíření výměry řepky je spojeno s jejím využitím jako bionafty, kterou Evropská unie ještě před deseti lety považovala za ekologické palivo. Její příběh se příliš neliší od boomu slunečních elektráren. Ještě jako agrární lobbista dokázal Babiš v roce 2010 přemluvit opozičního vůdce Bohuslava Sobotku, aby těsně před volbami zařídil ve sněmovně mimořádný termín. Bylo totiž potřeba přehlasovat prezidentské veto, kterým

chtěl Václav Klaus zabránit projektu, podle kterého stát až do roku 2015 zvýhodní bionaftu daňovými úlevami. Ve sněmovně poté veto nepodpořila jenom část klubu ODS. Se Sobotkou pak Babiš ve společné vládě protáhli podporu řepkového byznysu do roku 2020, i když už vyšlo najevo, že její používání zvětšuje ve srovnání s obyčejnou naftou objem škodlivých exhalací. Podle ministerstva zemědělství odešlo v minulých letech 30 až 50 procent řepky vypěstované v Česku na výrobu tuzemské bionafty.

Mezitím se Babiš stal jediným tuzemským výrobcem metylesteru řepkového oleje pro výrobu bionafty. Loni pokryl z 56 procent poptávku společnosti Čepro, zbytek zajistily cizí firmy. Už méně významný je fakt, že Babišův Agrofert řepku pěstuje, vykupuje a vyrábí i dodává potřebné glyfosáty. Rozšířením řepky zabočil vlak českého zemědělství na slepou kolej. Zemědělci teď budou těžko hledat cestu, jak překonat ekonomickou závislost na zbytečném a škodlivém byznysu s bionaftou.

---

*Autor je komentátorem Echa 24 a Týdeníku Echo, v němž text vyšel 17. května 2018.*



## Spravedlnost v Čapím hnízdě

Jindřich Šídlo

Vzhledem k tomu, jak příběh Čapího hnízda začíná nabírat standardní délku výkonu spravedlnosti v této zemi, tedy nekonečno, některé klíčové momenty začínáme vnímat s jistou dávkou únavy: Dobře, a dál?

Verdikt státního zastupitelství z 3. května si to ale nezaslouží. Je mimořádně důležitý. Říká nám, že Andreji Babišovi zhasla podstatná naděje. Návladní Ja-

roslav Šaroch prozkoumal jeho stížnost velmi pečlivě, až to budilo jisté pochybnosti, co na tom Šarochovi tak trvá, když případ dozoroval od počátku.

Výsledek by příznivci konspiračních teorií mohli číst zhruba takto: To je ale chytrá taktika. Takže obvinění Jaroslava Faltýnka je zrušeno, nejspíš, aby se nemohlo říct, že je to účelová politická objednávka. Ale

Babiš i jeho blízcí jsou stíháni dál, protože díky Faltýnkovi teď přece nikdo nemůže říct, že by šlo o účelovou politickou objednávku. Rafinované.

Anebo se na to lze podívat střízlivýma očima. Babiš, Faltýnek a další hrdinové v podstatě banálního příběhu údajného úvěrového podvodu procházejí běžnými procedurami trestního práva. Dostává se jim zacházení jako komukoliv jinému v systému, který jistě není bezchybný, ale stále v něm fungují pojistky.

Nebo aby to pochopil osobně předseda vlády, o tom, jestli někdo něco ukradl, rozhoduje v Česku soud na základě obžaloby státního zastupitelství. Nikoliv kupříkladu předseda vlády ochotný vykládat o tom, kdo je zloděj a co ukradl, celé hodiny. Říká se tomu právo na spravedlivý proces, v němž se obžalovaný může dočkat osvobozujícího rozsudku a Andrej Babiš má velké štěstí, že žije v zemi, která mu to garantuje.

Což je pro její občany vcelku důležitý pocit, na jehož základě si také ke své zemi vytvářejí jistou míru loajality. Může-li policie pod dozorem státního zástupce stíhat i předsedu vlády, žijeme ještě v relativně normální svobodné zemi.

Je to ovšem sám předseda vlády, kdo systematicky tenhle pocit nabourává. Samozřejmě, že se jako obviněný může hájit, jak sám uzná za vhodné, tedy i hysterickými výkřiky, že celé Čapí hnízdo je temné spiknutí, účelová politická objednávka nebo jak to přesně říká.

Jen je trochu nepříjemné, že to říká z pozice předsedy vlády, nejmocnějšího muže země. Pokud si ona nikdy blíže nepopsaná mafie stojící za Čapím hnízdem, troufne na samotného premiéra, jak si asi v souboji stojí obyčejný neprivilegovaný občan?

A proč by měl věřit, že Babiš a jeho jednobarevná vláda ministrů, z nichž mnohým už stejně o nic nejde, svou propůjčenou moc nezneužívá úplně stejně, případně podle hesla „naši na ně klekli“ ještě mnohem hůř?

Zvykli jsme si už na ledacos. Andrej Babiš už jako stíhaný politik vyhrál jasně volby. Stal se prvním obviněným předsedou vlády v české historii. Stále ještě to neznámá, že je vinen. Možná se ještě v tomhle volebním období dočká rozsudku.

Pokud sežene pro svou vládu většinu, má právo vládnout. Nemá ale právo destruovat zbytky důvěry v právní stát, který tu, doufejme, bude i poté, co ho jednou voliči pošlou do penze či do opozice – a to se jistě stane, tak jako každému politikovi.

Jinými slovy: to nejlepší, co Andrej Babiš ve své politické kariéře může udělat, je sklapnout podpatky, mlčet a čekat na spravedlnost. Předem díky.

---

*Autor je komentátorem a pro Seznam Zprávy připravuje pořad Šťastné pondělí. Text byl vyslán na ČRO Plus 7. května 2018.*



## Komunisté odřezávají západní kotvu Česka

Petr Honzejk

Do jednání o české vládě vtrhla globální politika. Komunisté pohrozili, že když v programovém prohlášení zůstane bod, který počítá s posílením zahraničních misí české armády, může Andrej Babiš na jejich podporu zapomenout. Jde zjevně do tuhého. Zahraniční mise armády, to není nějaká technikálie; je to náš zásadní příspěvek NATO, příspěvek ke kolektivní obraně. Bez

velké nadsázky lze říci, že to je kotva, která nás drží na Západě. A komunisté se ji pokoušejí odříznout. Při jednání o vládě se tak najednou hraje o samotnou civilizační příslušnost Česka. A nikde není psáno, že to nakonec musí dopadnout dobře.

V poslední době se stalo módním říkat, že komunisté jsou vlastně už jen neškodní strejci a tetky, pro

kteře staré ideje představují jen fasádu, za níž si mohou provozovat svoje kšefty a kšeftíky. Jenže, jak nyní vidíme, není to možná popis nepřesný, ale zcela určitě není vyčerpávající. I gumovost komunistů, symbolizovaná pragmatismem předsedy Vojtěcha Filipa, má svoje limity. A jedním z nich je právě vztah k NATO.

Důvod? Pud sebezáchovy. Voliči komunistů jsou po většinou lidé, kteří se zásadně vymezují proti směru, kterým se Česko po roce 1989 vydalo. Nostalgicky vzpomínají na reálný socialismus, na „jistoty“, „pořádek“, vzhlížejí k putinovskému Rusku, které si asociují s poměry, jež jim konvenují. Naopak NATO je pro ně něco jako kolektivní čert a české členství v alianci synonymem zla. Kdyby vedení KSČM jen tak kývlo na podporu vlády, která chce posílit českou vazbu k NATO, padl by pro ně jeden ze základních důvodů, proč vlastně komunisty volit. Už neplatí, že tito lidé nemají v politickém smyslu kam jít – je tu SPD, která s komunisty ve dvojboji „nechceme NATO – máme rádi Putina“ nadmíru úspěšně soutěží.

Sledujeme vlastně úsměvný paradox: komunisty tlačí k protialianční „zásadovosti“ při jednání o vládě hlavně ryzí sebezáchovný pragmatismus. Ale to je vedlejší. Důležitý je neblahý efekt, který to na českou politiku má. Osmadvacet let byly v Česku u moci partaje, které západní příslušnost nejenže nezpochybňovaly, ale braly ji zcela přirozeně za svou. Komunisté jsou jiní. Jejich chystané mocenské angažmá představuje drsný civilizační zlom. A je třeba jasně říci, že jsou za něj zodpovědní výhradně ti, kdo je k moci pouštějí. Andrej Babiš sice může skuhrat, že mu nic jiného nezbyvá, protože s ním nikdo jiný do vlády nechce, Jan Hamáček zase prohlašovat, že brání „většímu zlu“ či že mu jde o záchranu ČSSD. Na jejich odpovědnosti to nic nemění.

Pistoli u hlavy jim nikdo nedrží. Na odporu komunistů k zahraničním misím české armády je jasně vidět, že vládnout s nimi opravdu není totéž jako vládnout s jakoukoliv jinou stranou.

Je samozřejmě možné, že od komunistů je to celé jen hra, jak zvýšit vlastní cenu: ošívají se kvůli zahraničním misím a ve skutečnosti jim jde jen o to, aby získali více postů – či lepší – ve státních firmách a na ministerstvech. Finální kšeft ve stylu „vy si plňte své spojenecké závazky a nám dejte křesla a prachy“ asi není úplně vyloučený. Ale z důvodů, které jsou popsány výše, by to byl pro komunisty risk. Otázky jsou tak dvě: kam až budou ochotni komunisté zajít a do jaké míry jim bude ochoten vyjít vstříc Babiš a zejména ČSSD, ve které aktuálně sílí proruský proud reprezentovaný místopředsedou Jaroslavem „Nočním vlkem“ Foldynou.

V téhle souvislosti nelze pominout ani roli prezidenta Miloše Zemana. Ten je nejaktivnějším příznivcem vlády nejen s podporou komunistů, ale i s SPD. Prezident samozřejmě ví, že je-li prozápadní vláda s podporou KSČM problematická, prozápadní vláda s podporou KSČM a SPD by byl už totální oxymoron. A lze se domnívat, že tuhle variantu netlačí přesto, že to tak je, ale právě proto...

Výsledek těžko odhadovat. Nicméně už jen to, že se naše spojenecké závazky staly předmětem jednání o podpoře vlády, znovu potvrzuje, že se Česko nachází v bodě zlomu.

---

*Autor je komentátorem Hospodářských novin, v nichž text vyšel 15. května 2018.*



## Rok 1968: Poloviční nebo polovičaté výročí?

Jaroslav Veis

Letos si připomínáme hned dvě významná výročí moderní české státnosti. První, nezpochybnitelně pro naše moderní dějiny nejdůležitější, je stoleté a má přesné datum – 28. říjen. Je to výročí tak významné, že i samotné Slovensko, kde si jinak tento svátek připomínají jen českoslovenští nostalgici, učinilo výjimku a letos ho oslaví se státní pompou a podporou. (Napřesrok prý už zase na něj zapomenou.) Nebylo to vždy výročí vítané. Komunistům nevonělo, a tak se jej pokusili zakamuflovat tvrzením, že je to sice tak trochu den zrození republiky, ale především Den znárodnění. 28. října 1945 podepsal Edvard Beneš znárodnovací dekrety, čímž učinil jeden ze zásadních kroků na cestě země do otroctví.

Letošní 28. říjen bude oprávněně velká sláva. Jediné, co nám stoleté narozeniny republiky může pokazit, je snad jen výběr lidí, které prezident letos vyznamená: bohužel má ve zvyku osobnosti navržené oběma komorami parlamentu i občany před nimiž se sluší se vší úctou sklonit hlavu proškrtat, a mezi ty, které schválí vpasírovat některé své milce, o něž by si nejspíš člověk ani kolo neopřel. Ale i přes tento zádrhel je záhodno vážit si toho výročí a oslavit je.

A pak tu máme výročí poloviční: rok osmašedesátý, padesát let od „československého, někdy též pražského

jara“. Je také důležité, onoho roku se národ vzepřel, pokusil se nadechnout a uniknout z pasti komunismu. Je to však výročí poněkud poloviční; nejen časem, který od něho uběhl, ale i způsobem, jímž ho vnímáme. Vlastně takové polovičaté.

Začíná to už tím, že chybí ten správný den, kdy si ho připomínat. Jistě, jedno datum po ruce je, 21. srpen. Ten je však dnem okupačním a plným ponížení, mementem, které se připomíná, ne však oslavuje. Které datum však by se mělo zvolit k oslavám, nebo přesněji – co vlastně z událostí onoho roku slavit? Nástup komunistických reformátorů v čele s Dubčekem (5. leden, 30. březen)? Volbu generála Svobody prezidentem? Stěží.

Osmašedesátý rok má totiž v naší paměti dva významy. Není to jen pokus o reformu bolševické verze socialismu, už z principu předem odsouzeného k neúspěchu. Ten rok se zároveň převážná část národa pokusila o docela obyčejný návrat k normálním, tedy předválečným či prvorepublikovým pořádkům. Ti lidé nechtěli hledat třetí cestu k socialismu s lidskou tvářící, ale chtěli návrat obyčejné svobody, zejména svobody slova, bez níž jsou nemyslitelné ty ostatní.

Po necelý půl rok tenkrát dokonce byla. Zrodila se spontánně, podle pamětníků někdy v březnu, kdy se

cenzoři, jak pára nad hrncem vytratili ze svých kanceláří, které měli v každé redakci. Lidem ji tehdy nikdo nedaroval, svobodu slova si vzali sami. Díky ní se zformovalo Sdružení bývalých politických vězňů K 231 a obnovovalo se předivo předválečných spolků, dnešními slovy občanské společnosti. Komunističtí reformátoři jen přihlíželi a báli se, co na to Moskva. Ta zase se ze všeho nejvíc bála právě svobody slova.

O tom, že právě o ni šlo, v první řadě ostatně svědčí i dopis, který v lednu 1969 napsal Jan Palach, když se rozhodoval ke své oběti. Jeho prvním požadavkem bylo zastavit vydávání sovětské dezinformační tiskoviny Zprávy, druhým pak zrušit cenzuru, obnovenou po sovětské okupaci.

Právě Palachova oběť nejvíc zdůrazňuje rozpaky, které s tím, jak ubíhá čas, s připomínáním osmašedesátého roku máme. Nechybí mu jen ono správné datum, kdy si ho připomenout. Chybí mu i hrdinové. V jeho průběhu se na okamžik zdálo, že by jím mohli být tehdejší reformátoři s Dubčekem v čele. Podpis Moskevských protokolů a Dohody o „dočasném“ pobytu sovětských vojsk je však z kladných stran kroniky rázem vymazal.

Na dvacet let na těch kladných stránkách vydržel jediný z reformátorů, který tehdy v Moskvě nepodepsal, František Kriegel. Jenže v devadesátých letech ho dohnal rok 1948, kdy byl jedním z nejvyšších funkcionářů komunistických milicí, a to mu značná část společnosti neopustila. Bylo to dosti nespravedlivě, Kriegel nejenže během druhé světové války bojoval v Barmě na straně Spojenců, ale dalšími desetiletími odčiňoval své hříchy aktivním odporem proti komunistickému režimu.

Takže jediný z hrdinů onoho roku, který to půlstoletí v paměti národa jako hrdina přežil, je právě Jan

Palach. To vzpomínka na jeho čin vyburcovala v lednu roku 1989 společnost k prvním masovým protestům proti normalizačnímu režimu. V devadesátých letech se stal tématem knih. Agnieska Hollandová o něm natočila silný televizní film Hořící keř, letos má mít premiéru další, jehož režisérem je Robert Sedláček.

Testem času tak z onoho osmašedesátého roku bez poskvrny prošel jen ten, kdo do něho zasáhl, až když osmašedesátý skončil. Student, který byl jeho hrdinou – i obětí.

ORBIS PICTUS  
ORBIS PICTUS  
ORBIS PICTUS  
ORBIS PICTUS  
**ORBIS PICTUS**

**ORBIS PICTUS**

## Život ve válce

Fotografka a dokumentaristka Jarmila Štuková se od roku 2005 zaměřuje na oblasti zasažené válkou, chudobou a sociálními problémy. Znamé jsou její reportáže o dětské prostituci v Etiopii, zemětřesení na Haiti, útoky kyselinou na ženy v Indii, žehlení prsou mladým ženám v Kamerunu, násilí proti ženám v Afghánistánu či reportáž z válečné zóny v Iráku. Za mnohé své práce získala ocenění v soutěži Czech Press Photo.

Na svých cestách po zemích sužovaných válkou, chudobou nebo nedemokratickými režimy potkala také mnoho mladých talentovaných lidí, kteří se i v těžkých podmínkách snažili dělat to, co je naplňuje. Fotila mladé parkouristy v Afghánistánu, skateboardisty v Bangladéši, rapery v Ugandě nebo tanečnický breakdance v Gaze. Právě pro ně založila se svým mužem projekt One Blood, který má propojit světovou street kulturu.

Je třeba zmínit i kampaň Vagonáři, na které se Jarmila Štuková podílí. Vypráví příběhy dětí a mladistvých, kteří přelézali vagony na opuštěných nádražích a těžce se přitom popálili o elektrické vedení. Většinou jen pro vidinu uznání na sociálních sítích. Fotografka stojí za spotem s názvem Jedna blbá fotka, který má za cíl drsnou rétorikou zabránit vzniku dalších úrazů elektrickým proudem.

Jarmila Štuková byla také jedním z hostů, kteří přednášeli v rámci cyklu Válečná a urgentní medicína na 3. lékařské fakultě. Vita Nostra Revue věnovala sérii snímků z Iráku, kde fotila nejen muže na frontě a život v poničené zemi, ale také ekologickou katastrofu, kterou válka přinesla: jednotky Islámského státu při ústupu zapálily ropné vrty.



*Bojovníci PKK obcházejí sutiny města Sindžáru v severním Iráku, který měl v té době pod kontrolou Islámský stát*





*Dívka z tradiční vesnice Karandžues - Irák 2011*



*Frontová linie irácké armády u Kajjary, na jih od Mosulu. Iráčané se zde často stávali terčem snajprů IS*





*Hořící ropná pole u Kajáry, města na jih od Mosulu. Islamisté z IS zde zapálili ropu, když se museli stáhnout před iráckou armádou*



*Při bojích v Mosulu zemřely tisíce civilistů, během dobývání z poničeného města uprchl skoro milion lidí*



*Sebevražední atentátníci jsou jednou z nejúčinnějších a nejbrutálnějších zbraní islámských radikálů*





*Šalán Chodida (23 let) - jezída ze Sindžáru, který se přidal k pešmergům, aby mohl bojovat proti Islámskému státu*



*V Kajjáře rozpoutal Islámský stát ekologickou katastrofu*



*Zoufalí uprchlíci ve stanu v jednom z uprchlických táborů nedaleko Mosulu*





*Denně přijíždělo na armádní stanoviště na padesát rodin prchajících z místa bojů ve městě Mosul.  
Odtud je pak vojáci vysílali do různých uprchlických táborů*

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](http://www.lf3.cuni.cz).

Ročník 28, číslo 2, červen 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](mailto:vnr@lf3.cuni.cz), [jolana.bohackova@lf3.cuni.cz](mailto: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>



