

# VITA NOSTRA REVUE

DEN OTEVŘENÝCH DVEŘÍ – FYZIOLOGICKÉ DNY – SUROGÁTNÍ MATEŘSTVÍ – ROZHOVOR S PROF. MACHALOU O LÉČBĚ AIDS – RIZIKO SRDEČNÍCH ONEMOCNĚNÍ PO KOMPLIKOVANÉM TĚHOTENSTVÍ – 50 LET OD PRVNÍ ENDOPROTÉZY – CO BUDE PO SMRTI A JAK SE S TÍM SMÍŘIT – TERAPEUTICKÝ POTENCIÁL PSILOCYBINU – JANA ŠEBLOVÁ: NEVYVRATITELNÉ MÝTY ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ – LJUDMILA ULICKÁ: PŘÍPAD KUKOCKIJ – PLES 3. LÉKAŘSKÉ FAKULTY VE FOTOGRAFIÍCH

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

Více než tisícovka zájemců navštívila den otevřených dveří (Hana Voběrková). . . . .	.4
95. fyziologické dny na 3. lékařské fakultě (Romana Šlamberová) . . . . .	.9
Surogátní mateřství – dělohy k pronájmu (Barbora Řebíková) . . . . .	.11
Nerad bych na to dával razítko (Anna Ouřadová) . . . . .	.13
Riziko srdečních onemocnění po komplikovaném těhotenství (Ilona Hromadníková) . . . . .	.20
V únoru uplynulo 50 let od první operace endoprotézy kyčelního kloubu u nás (Jolana Boháčková) . . . . .	.22
Jaroslav Pihrt – 100 let (Pavel Čech) . . . . .	.24

**MEDICÍNA**

Co bude po smrti – a jak se s tím smířit? (Petr Třešňák). . . . .	.27
Terapeutický potenciál psilocybinu u farmakorezistentní deprese a distresu onkologicky nemocných (Anna Bravermanová, Filip Tylš). . . . .	.33
Anketa: Proč se lidé bojí smrti? (Jolana Boháčková) . . . . .	.37
Nově atestovaní gynekologové si povinně odslouží pět let v nemocnicích (Lukáš Rob, Jolana Boháčková) . . . . .	.40
Nevyvratitelné mýty českého zdravotnictví (Jana Šeblová) . . . . .	.42
Nechci vám ublížit (Hana Čápková) . . . . .	.45

**TEXT**

Případ Kukockij (Ljudmila Ulická) . . . . .	.51
---	-----

**RES PUBLICA**

Raději hrozný konec (Petr Holub) . . . . .	.59
Naše spalničková prohra (Martin Zvěřina) . . . . .	.63
Mohou se ženských sportovních soutěží účastnit muži? (Jeronym Boháček) . . . . .	.69
Bůh je nespravedlivý. Díky Bohu aneb o nezaslouženém dobru (Tomáš Sedláček) . . . . .	.70
Planetu přebírají mileniálové. Spolu s nimi „poteče“ doleva, ale tradiční strany při tom mine (Jiří Pehe). . . . .	.72
Chráněná pracovní místa aneb lepší vyhledávání chráněných dílen (Marek Lapka). . . . .	.78

**ORBIS PICTUS**

Opavdu vydařený měsíc na Tchaj-wanu (Kateřina Grygarová) . . . . .	.81
--	-----

**VE FOTOGRAFIÍCH**

Ohlédnutí za již 21. ročníkem tradičního reprezentačního plesu 3. lékařské fakulty . . . . .	.84
---	-----

**POST SCRIPTUM**

Pozlacená kráska v Bílém domě (Jaroslav Veis). . . . .	.94
--	-----

Vážení čtenáři a čtenářky našeho časopisu,

v posledním čísle ročníku 2018 jsem se s vámi loučil s dovětkem, abyste dobře vykročili do roku 2019. Doufám, že jste tak učinili. Samozřejmě se seběhlo mnoho událostí, byly splněny některé představy a sliby politiků, o některých se stále diskutuje, stále se dozvídáme o nových a nových skandálech, a kdyby člověk uvěřil všemu, co vidí v televizi a poslouchá v rádiu, tak by propadl naprosté beznaději. Ale stačí zajít do hospody a vidíte, že hospody jsou plné, není místo k sezení, lidé hodně jí, pijí pivo a podobně, takže to svědčí o dobré životní úrovni. A pak lidé volí tak, jak volí.

Na naší fakultě se událo několik významných věcí. Především to byl den otevřených dveří organizovaný vedením fakulty, studenty z organizace Trimed a dalšími. Mluvil jsem náhodně s několika účastníky, kteří byli přítomni na dni otevřených dveří na všech třech pražských fakultách a ti říkali, že naše prezentace byla zdaleka nejlepší, velmi jasná a nabitá informacemi, ale také milá. Byl jsem moc rád, když jsem to slyšel také od studentů, které jsem náhodně potkal ve vlaku.

Fakulta hostila také Fyziologické dny. Ty sice organizovala Česká fyziologická společnost, ovšem s velkou pomocí fyziologického ústavu pod vedením profesorky Šlamberové. Myslím, že akce to byla velmi důstojná a také velmi dobře obsazená. Dále fakulta a nemocnice vzpomněly na 50 let od první endoprotézy v Československu a zásluhy profesora Oldřicha Čecha. Konal se ples fakulty, několik fotografií rovněž přinášíme v tomto čísle.

V rubrice medicína vychází velmi zajímavý a výborný článek doktorky Šeblové o tom, co by mělo a nemělo být povinné pro ambulantní lékaře. Anna Ouřadová prezentuje novinky v léčbě HIV s prof. Ladislavem Machalou. Rád bych také upozornil na velmi kvalitní, zajímavý a skutečně zásadní článek z Respektu Hany Čákové pod názvem „Nechci vám ublížit“. Ve větší míře se zabýváme tématem obav ze smrti, na které jsme uspořádali mimo jiné anketu mezi lékaři a odborníky. V podstatě nekonečná anketa, nicméně je obecně zajímavé vidět, jak na tuto problematiku pohlížejí lidé, kterých se to týká.

Velmi aktuální a dobře napsaný je také článek od Martina Zvěřiny z Lidových novin o spalničkové prohře nebo další převzatý článek Tomáše Sedláčka *Bůh je nespravedlivý: Díky Bohu aneb o nezaslouženém dobru*. Tomáš Sedláček krásně rozebírá princip lidského snažení a lidského charakteru při úspěchu a neúspěchu. Staré české přísloví praví: „Když vidím kozu na dvorku svého souseda, řeknu, dej Bože, aby mu ta koza chćípla, a ne, abych měl já ještě lepší kozu.“ A to myslím že obsah článku naše předního ekonomu a komentátora vystihl.

Jeronym Boháček napsal úvahu o tom, zda se sportovních soutěží žen mohou zúčastnit i muži. Rád bych připojil jednu poznámku. Kromě známého příběhu Marty Navrátilové byla ještě jedna sportovkyně v běhu na 800 metrů v období před 2. světovou válkou, která dosáhla evropské a světové úrovně. Všechno vyhrála, ale její sláva pohasla, když se zjistilo, že je geneticky vlastně mužem. Po úpravách se stal lyžařským instruktorem pod jménem Koubek.



Uvádíme, jak je zvykem, také jmenný seznam významných osobností fakulty a nemocnice, které v lednu, únoru, březnu a dubnu slaví svá životní jubilea. O mnoha z nich se samozřejmě bude psát v časopisech jejich odborností, například o děkanovi fakulty profesoru Widimském vychází laudatio v časopise Revue České lékařské akademie a zřejmě těch časopisů bude několik. Stejně tak se bude psát o našem nejstarším oslavenci docentu Šprindrichovi, který se významně zasloužil o zavedení magnetické rezonance do FNKV a byl

také významným frankofonním lékařem. Téměř všechny osobnosti uvedené v našem seznamu by si zasloužily vlastní medailonek. Já bych jim rád popřál hlavně pevné zdraví, hodně osobního a pracovního štěstí a zdaru při uskutečňování svých plánů.

**Richard Rokyta**  
**předseda redakční rady Vita Nostra Revue**



## Více než tisícovka zájemců navštívila den otevřených dveří

Hana Voběrková, studentka 3. LF UK

Každoročně pořádaný Den otevřených dveří 3. lékařské fakulty připadl letos na druhý lednový pátek - 11. ledna. Již tradičně na organizaci spolupracovalo studijní oddělení a studentský spolek TRIMED, konkrétně tři hlavní organizátorky Kateřina Grygarová, Marie Stará a Kateřina Koudelková.

S odbitou dvanáctou hodinou začali pomalu ale jistě do vestibulu přicházet první zájemci o studium. Z tváří mnoha z nich číšela nervozita – ta však rychle opadla, jakmile narazili na první studenty, kteří na ně a jejich otázky již byli připraveni. Letos poprvé v barevně odlišených fakultních tričkách, díky nimž nebyl pro nikoho problém rychle se zorientovat a vyrazit pro informace přímo k zástupci vysněného oboru. Původně poloprázdná fakulta se tak zaplnila lidmi a ve dvě hodiny, na kdy byl naplánovaný oficiální začátek programu, se již takřka nedalo projít vstupní halou. Nebylo tak žádným překvapením, když se na úvodní informativní přednášku v Syllabově posluchárně, která se toho dne pro zájemce o český magisterský obor všeobecné lékařství ještě dvakrát opakovala, vměstnala jen malá část přítomných a přesto ji zaplnila do posledního místa.

Oficiální program v Syllabově posluchárně zahájil student pátého ročníku, moderátor František Šalanda



se svým saxofonem a postaral se tak o uvolnění vsudypřítomné napjaté atmosféry. Po úvodním slovu děkana 3. lékařské fakulty profesora Petra Widimského představil uchazečům naši fakultu a proces přijímacího řízení proděkan pro studium a výuku doktor David Marx. O možnostech seberealizace a rozvoje ve studentském spolku TRIMED a mezinárodní organizaci sdružující mediky IFMSA promluvili Radek Štefela a Pavel Dohnálek a celý blok programu zakončili akčním vstupem tři členové fakulního hokejového týmu HC Trimed David Marvan, Ondřej Vějdělek a Lenka Durániková.

Informační část programu pro zájemce o bakalářské a nově i navazující magisterské studium (obor intenzivní péče) probíhala souběžně v Burianově posluchárně a provázela jí moderátorka Monika Arsine Harutjunjan. Pro uchazeče o anglickou formu studia všeobec-

ného lékařství byl program připravený v sálu Radany Königové.

Kdo se ovšem nevešel na první kolo přednášek, nemusel všeset hlavu. V prostorách fakulty totiž na všechny příchozí čekal bohatý doprovodný program. Ve vestibulu a v prostoru před Syllabovou posluchárnou se mohli zájemci blíže seznámit s jednotlivými studijními spolky a jimi pořádanými událostmi, v prosklené kapce na všechny čekalo připravené občerstvení a v jednotlivých patrech byla rozmístěna stanoviště s chirurgickým šitím, anatomickou virtuální realitou, nácvikem první pomoci, měřením bioimpedance, ultrazvukem či EKG vyšetřením. Zájemci se také mohli zúčastnit exkurze na jednu ze čtyř klinik FNKV. Tento rok měli možnost ve dvou vlnách zavítat na oftalmologickou, radiodiagnostickou, II. interní a gynekologickou-porodnickou kliniku. Již tradičně vyvrcholil oficiální program oblíbenou





přednáškou nanečisto pod vedením docenta Jana Trnky, po níž oficiální program skončil a pokračoval od té chvíle volně, neformálním posezením ve studentské kavárně Malý Eden.

Desítky hodin práce více než stovky dobrovolníků tak dalo vzniknout nabitému odpoledni, kterého se ve výsledku zúčastnilo přes tisíc zájemců o studium na naší fakultě. Ať už šlo o zajištění doprovodného programu, provázení nemocnicí či osobní komunikaci s uchazeči, všichni naši studenti se – jak už je zvykem – postarali o fantastickou reprezentaci naší fakulty. Věřím, že právě díky nim jsme se s mnohými z těch, kteří se až do poslední minuty kladli stále zvědavější otázky (ať už ohledně formy studia, možnosti studovat v zahraničí nebo třeba naší celkové spokojenosti s fakultou), neviděli naposledy.









## 95. fyziologické dny na 3. lékařské fakultě

**Romana Šlamberová, členka výboru České fyziologické společnosti**

**ČLS JEP a přednostka Ústavu fyziologie 3. LF UK**

Už 95. ročník konference Fyziologické dny se konal ve dnech 5. až 7. února na 3. lékařské fakultě UK. Každoročně se účastní fyziologové České a Slovenské republiky z lékařských a přírodovědných fakult a také vědeckých ústavů akademií věd obou republik. Letos se konference zúčastnilo celkem 161 fyziologů.

Akci organizovali zástupci výboru České fyziologické společnosti doc. MUDr. Jakub Otáhal, PhD., a doc. MUDr. Vladimír Riljak, PhD., a fyziologové 3. lékařské fakulty UK, především prof. MUDr. Romana Šlamberová, PhD., doc. RNDr. Anna Yamamotová, CSc., a prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.

Purkyňovu přednášku v letošním roce přednesla prof. Romana Šlamberová na téma „Mých sedmnáct let

s pervitinem“. Pedagogickou přednášku na téma „Endogenní antinocicepční systém a možnosti jeho ovlivnění“ prezentovala doc. Anna Yamamotová, obě z Ústavu fyziologie 3. LF UK. V rámci zahájení konference byla předána ocenění obou fyziologických společností ČR a SR významným a zasloužilým členům.

Přednášky a poster byly prezentovány v několika sekcích. Nejhojněji zastoupená se ukázala sekce neurofyziologie, následována sekcí kardiofyziologickou, sekcí buněčné fyziologie, metabolismu a varia. Vedle vědeckých sekcí se v rámci konference koná i diskusní fórum na téma *Výuka fyziologie* pod vedením prof. MUDr. Zuzany Červinkové, CSc., z Ústavu fyziologie Lékařské fakulty v Hradci Králové. Diskuse se zaměřovala na otázky

postavení fyziologie v lékařském kurikulu. Hlavní téma představovalo zařazení praktické výuky a její forma.

Pozvání na konferenci letos přijal také vzácný host prof. John Jefferys z Oxfordské univerzity, který druhý den konference přednesl vyzvanou přednášku na téma „Epilepsy as an extreme form of physiology“. Prof. Jefferys je světovým odborníkem ve výzkumu mozku, během své vědecké kariéry přinesl velké množství zásadních objevů na poli epilepsie, mozkových oscilací a funkční organizace neuronálních sítí. Ve své přednášce shrnul současné poznatky o buněčných mechanismech fungování neuronálních okruhů a významu konektivity na vzniku oscilací, které jsou neurofyziologickým podkladem kognitivních pochodů. V další části přednášky se zaměřil na mechanismy, které jsou odpovědné za strukturální přestavbu a změnu funkce neuronálních okruhů a buněčné dynamiky neuronů, které vyústí v epileptogenní přestavbu nervové tkáně. Posluchače seznámil s procesy hrajícími úlohu v přechodu z normální funkce mozku do epileptického záchvatu. V závěrečné fázi před-

nášky se prof. Jefferys zaměřil na popis současných poznatků o příčinách a mechanismech SUDEP – náhlého neočekávaného úmrtí při záchvatu u pacientů s epilepsií. Přestože se celý život věnoval výzkumu mozku, duší je prof. Jefferys opravdový fyziolog. Význam fyziologie v moderní vědě elegantně demonstroval právě na příkladu výzkumu SUDEP. Přestože je epilepsie onemocněním centrální nervové soustavy, tak záchvaty mohou v případě SUDEP vyvolat závažné poruchy srdeční aktivity, či respirace, jež mohou mít za následek úmrtí pacienta. Prof. Jefferys zdůraznil, že v současnosti znalost fyziologie představuje pro vědce studující lidské onemocnění velkou výhodu, neboť jim umožňuje komplexní přístup a širší pohled do mechanismů daného onemocnění. Přednáška prof. Jefferyse byla pro posluchače velmi inspirující a setkala se s velkým ohlasem.

Dovolte mi závěrem poděkovat vedení fakulty v čele s panem děkanem prof. MUDr. Petrem Widimským, DrSc., za umožnění konání akce a bezplatné poskytnutí prostor.

## Česká fyziologická společnost

*Česká fyziologická společnost vznikla v roce 1945 na podnět prof. Viléma Laufbergera a prof. Ernesta Gutmanna. Chtěli vytvořit fórum pro diskuze a vědecké informace, zajistit mezinárodní spolupráci ve fyziologickém výzkumu a aktivně organizovat akce, které by zlepšily domácí úroveň fyziologie a usměrňovaly její vývoj. Celostátní sjezdy členů společnosti s mezinárodní účastí se konaly od roku 1952. Na základě rozhodnutí výboru společnosti v roce 1957 se staly hlavním domácíím fórem Fyziologické dny, pořádané zpočátku dvakrát ročně, od roku 1982 pak jedenkrát ročně.*

*Historicky první Fyziologické dny se konaly v Praze 23. až 25. ledna 1958. V prezenční listině je podepsán akademik Laufberger, který setkání zahájil a vystoupil i s první přednáškou na téma „Stanovení vzrušivosti“. Postupně se vytvořila tradice zahajovat Fyziologické dny čestnou přednáškou pojmenovanou podle J. E. Purkyně. První Purkyňovu přednášku v roce 1967 přednesl prof. Krůta na 19. Fyziologických dnech s tématem „Purkyňovo pojetí fyziologie“. Další tradiční čestnou přednáškou v rámci zahájení konference je pedagogická přednáška, od roku 1998 nazývaná Procházková. Po rozdělení Československa se Fyziologické dny konají vždy dvakrát v České republice a jedenkrát na Slovensku.*



## Surogátní mateřství – dělohy k pronájmu

Barbora Řebíková, Ústav etiky a humanitních studií 3. LF UK

Surogátní mateřství je definováno jako situace, kdy žena (náhradní matka) nosí a porodí dítě pro někoho jiného. Dítě může a nemusí být s náhradní matkou geneticky příbuzné. Surogátní matka se zaváže (ústně či písemně), že po porodu dítě odevzdá „objednávajícímu páru“ a dá souhlas k jeho adopci. „Objednávající pár“ si poté dítě adoptuje a stává se jeho zákonnými rodiči.

V rámci surogátního mateřství lze rozlišovat mezi altruistickou a komerční formou. Některé státy povolují jen jeho altruistickou formu, jiné ho zcela zakazují.

V České republice neexistuje zákon, který by surogátní mateřství upravoval. Dle zákona je matkou dítěte žena, která dítě porodí. Ročně se zde pomocí náhradních matek narodí stovky dětí.

Jako formu léčby neplodnosti nabízí surogátní mateřství například Klinika reprodukční medicíny a gynekologie ve Zlíně. Jeho „divoká“, oficiálně neinstytucionalizovaná forma plní internet v podobě seznamek a inzerátů nabízejících odnošení dítěte, oocyt či oocyt a možnost nevyužít IVF a podobně. Kazuistiky

dostatečně varují před tím, že se jedná o velmi komplikovaný a emočně, fyzicky i psychicky náročný proces s nejasným koncem. Všechno může dopadnout úplně jinak, než si zúčastněné strany naplánují.

Mělo by být v České republice surrogátní mateřství ošetřeno zákonem a proč? Jedná se o altruistickou oběť, byznys či potřebnou léčbu neplodnosti? Je surrogace eticky zavrženíhodná a právně nepřípustná, nebo není? Pustím se jen do nástinu problematiky a krátkých jasných odpovědí.

**Ano, mělo.** V České republice by podle mého názoru měl vzniknout zákon, který by surrogátní mateřství právně upravil. Tento zákon by neměl náhradní mateřství zakazovat. Neexistuje právo na dítě! Život je dar. Existuje ale velká touha po dítěti, kterou žádný zákon nezastaví a děti se náhradním matkám budou rodit dál. Děti, na jejichž nejlepší zájem žádný zákon nepamatuje, vzniklé pomocí procesu, před kterým raději zavíráme oči. Stává se tak, že „objednané dítě“ nakonec nikdo nechce. Není zcela zdravé a nesplňuje očekávání. Ročně se do procesu náhradního mateřství zapojí stovky párů, žen a dětí. I díky právnímu vakuu se stále jedná o kontroverzní téma a „v běžném provozu“ neexistují směrnice, které by dbaly na to, co je v nejlepším zájmu „objednaného“ novorozence, který pak někdy „zcela sám“ několik dní v porodnici čeká na to, až si ho „nějaká“ matka přijde vyzvednout. Lze rozlišovat mezi geneticou, surrogátní a sociální matkou.

Nejhorší možný způsob řešení etického problému je zavřít před ním oči. O surrogátním mateřství by se mělo mluvit. Rozvířít debatu, která nakonec povede k vytvoření veřejného mínění a zákona, který by snad měl/mohl toto mínění zohlednit. Veřejné mínění v České republice se může ukázat být natolik negativní, že zákon,

který ho zohlední, surrogátní mateřství zakáže. Nebo jen jeho komerční formu. Ale jen živá debata a vykresávání podoby osobního a veřejného mínění může ukázat všechny fazety tohoto jevu, za kterým se jednou může skrývat altruistická oběť, jindy byznys a vždy (?) léčba neplodnosti. Ve snaze zbavit téma kontroverznosti poukazovat jeho nejproblematictější místa a varovat před nimi. Posuzovat, hodnotit, zvažovat pro a proti, dát se do boje o nejlepší možné řešení nekonečně těžké etické otázky.

**Ne, není.** Domnívám se, že ne každá forma surrogátního mateřství je eticky zavrženíhodná a právně nepřípustná. Myšlenkový zápas by měl být nyní veden na frontě již existujícího stavu věci směrem k nalezení jeho nejlepšího možného řešení a nejpřípustnější formy. Při vědomí toho, že dokonalé řešení neexistuje a ideální matka, tradiční rodina, objektivní realita a jiné koncepty také ne.

### **První eticko-právní večer v Malém Edenu na téma surrogátní mateřství**

*V Malém Edenu se konal ve středu 16. ledna první eticko-právní večer organizovaný studentkami druhého ročníku všeobecného zdravotnictví Emílií Novotnou a Lucií Kerlínovou. Akci zaštil studentký spolek Cesta Ven, z. s. Pozvání diskutovat na téma surrogátní mateřství přijali právník Ondřej Frinta a Barbora Řebíková z Ústavu etiky a humanitních studií 3. lékařské fakulty, která diskuzi z pozic lékařské etiky také moderovala. Záznam celého večera je možné najít na Facebooku Cesty Ven. Akce se zúčastnilo zhruba 50 lidí a v jejím závěru organizátorky slíbily pokračování. Téma druhého eticko-právního večera ale zatím neprozradily.*

# Nerad bych na to dával razítko

Anna Ouřadová, studentka 3. LF UK

Oscarový film *Bohemian Rhapsody* připomněl život, ale i smrt teprve 45letého britského zpěváka skupiny Queen Freddieho Mercuryho. Zemřel roku 1991 ve svém domě v Kensingtonu v důsledku bronchopneumonie při rozvinutém syndromu získaného selhání imunity neboli AIDS. Již o pár let později přitom bylo možné pokročilou nákazu virem HIV v takovém stádiu léčit a zvrátit její dramatickou prognózu. Jak se dnes žije pacientům se stále nevyлéčitelnou infekcí a mohou skutečně bariérovou ochranu pomalu vystřídát antiretrovirové pilulky? Odpovídá specialista na antiretrovirovou léčbu a rozvoj rezistence u viru HIV prof. Ladislav Machala z AIDS centra Nemocnice na Bulovce.

**Na infekčním oddělení na Bulovce působíte od roku 1983. Vzpomenete si na svého prvního pacienta s infekcí HIV?**

Můj první pacient byl dokonce i úplně první český pacient s HIV. Měl jsem tedy to štěstí být při tom od úplného začátku. Pracoval jsem jako mladý sekundář na oddělení pod paní docentkou Staňkovou na Bulovce. Jednalo se o muže, těžkého hemofilika. Nakazil se iatrogeně transfuzí. Později se v rámci screeningu postupně odhalilo dalších 32 iatrogeně nakažených osob, z toho 17 hemofiliků, u zbylých tedy došlo k nákaze v rámci jednorázově podané transfuze při operaci či porodu.

**Jak jste mohli tehdy terapeuticky působit?**

Prvním pacientům jsme opravdu pomáhali spíš jen dobrým slovem. Bylo to krátce poté, co byl objev viru HIV v roce 1983 publikován. Nemoc jsme vlastně neznali, učili jsme se za pochodu a přísun informací byl navíc velmi omezený.

**Kdo je u nás dnes nejvíc ohrožen nákazou virem HIV?**

Vzmemme-li v potaz kumulativní kohortu od roku 1985, 66 procent nakažených akvírovalo virus homosexuálním přenosem. To je specialita střední Evropy, protože kolem nás na všechny světové strany přibývá především nakažených injekčních toxikomanů. Iatrogeně se u nás od roku 1986, kdy se zavedl screening odběrů v transfuzní službě, nenakazil už nikdo.

Nemoc AIDS byla rozpoznána a popsána ve Spojených státech v roce 1981. Ze současného pohledu se jednalo o velmi pozdě diagnostikované pacienty nazývané dnes *late presenters*. Přicházeli už s typickými oportunními infekcemi či nádory a s tehdejšími prakticky nulovými terapeutickými možnostmi nepřežívali déle než půl roku. V roce 1987 ve světě a o rok později u nás bylo do klinické praxe zavedeno první účinné antiretrovirotikum *zidovudin*. Monoterapie *zidovudinem* dokázala pacientům prodloužit život asi o rok. Neměla ale šanci na dlouhodobější úspěch, protože se obvykle rychle rozvinula rezistence.

Zásadní průlom přišel v polovině 90. let, kdy přišly do praxe inhibitory HIV proteázy a s nimi i koncept kombinované retrovirové terapie. To byl skutečný zázrak, který lidem výrazně prodloužil život. Ale i tyto léky, které dnes nazýváme časnou (*early*) kombinovanou terapií, jsou dnes překonané. Dnes máme nové molekuly, mluvíme o tzv. *recent* kombinované terapii. A zdá se, že pacienti na této terapii, pakliže se budou zodpovědně léčit a budou mít i kapku štěstí, mají šanci dožít se jim příslušné délky života.

### **Můžeme tedy říct, že infekce HIV na současné terapii nezkracuje pacientům život?**

Pokud pacient přijde včas, bude mít přístup k moderním lékům, bude se zodpovědně léčit, tak ano.

### **Co konkrétně znamená pro HIV pozitivního pacienta se zodpovědně léčit?**

V první řadě musí být připraven disciplinovaně brát léky. Léčba přípravky první generace byla skutečně velmi náročná – některé se musely například užívat třikrát denně tři hodiny před či po jídle. K tomu se pak zavedl ještě *boosting* ritonavirem, který se musel skladovat v lednici a užít nejpozději do dvaceti minut po vyndání. To musel mít člověk opravdu přesný rozvrh a na cestování třeba i promyšlený systém lednic. Dnes jsme u většiny pacientů na jedné tabletě denně. Podáváme tablety s fixní kombinací, ale stále trvá, že pacient musí léky užívat naprosto disciplinovaně řekněme s přesností plus minus 20 minut. Musí splňovat maximální adherenci, tedy měl by užít přesně alespoň 95 procent dávek. Pokud adherence poklesne, virus má otevřenou cestu k vytváření rezistence.

### **Jak často se rezistence rozvine?**

Stává se to v jednotkách procent. Týká se to právě skupiny pacientů, kteří nejsou schopni adherenci udržet. Antiinfektiva obecně jsou zvláštní skupina léků. Tady máme co do činění se živým soupeřem! To není jako, když léčíte třeba hyperlipidemii, kdy se pacient přeci jen nějakou dobu může učit zvykat si na pravidla.



### **Prof. MUDr. Ladislav Machala, Ph.D.,**

vystudoval Fakultu dětského lékařství UK v Praze. Je vedoucím AIDS centra při Klinice infekčních, parazitárních a tropických nemocí Nemocnice na Bulovce, kde se práci s HIV pozitivními pacienty věnuje od roku 1985. Vedle klinické praxe se zajímá především o problematiku rezistence viru HIV na antiretrovirotika (ve spolupráci s Laboratoří pro proteázy lidských patogenů doc. RNDr. Jana Konvalinky CSc. z Ústavu organické chemie a biochemie AV ČR) a také toxoplazmózou u HIV pozitivních pacientů (ve spolupráci s RNDr. Petrem Kodým CSc. z Národní referenční laboratoře pro toxoplazmózu Státního zdravotního ústavu Praha).

delné užívání léku. Tady žádný takový čas k dispozici nemáme a je třeba důsledně najet na disciplinované užívání hned od začátku, jinak hrozí rozvoj rezistence. Rezistence spolu s nežádoucími účinky jsou dva hlavní limitující faktory úspěchu antiretrovirotik.

### **Jaké šance má pacient, který přichází s některou s HIV asociovanou nemocí?**

Současnou léčbou jsme schopni propad imunity nejen zastavit, ale i vrátit ji supresí viru na lepší úroveň. Mám ve své klinické praxi pacienty, kteří přišli v polovině 90. let s velmi nízkými počty CD4 T-lymfocytů a s mnohočetným Kaposiho sarkomem. Začali se léčit, sarkom jsme zaléčili a dnes mají imunitu stejnou nebo možná i lepší než já. I někteří z již zmíněných hemofiliků, kteří měli to štěstí, že se dožili moderní léčby, žijí dnes v dobrém stavu.

### **Jak často musí pacienti na léčbě docházet na pravidelné prohlídky a co je třeba kontrolovat?**

Především sledujeme stav imunity, tedy progresi HIV infekce, respektive odpověď na léčbu. Základním markerem je počet CD4 T-lymfocytů. Druhým markerem je *virová nálož*, která nás informuje o aktivitě replikace viru. Měří se jako počet molekul HIV RNA v krvi. Cílem je dnes dosáhnout takzvané nulové virové nálože. Když se léčba dobře nastaví a pacient ji správně užívá, stačí, když se kontrolují jednou za půl roku.

Na konci září roku 2018 americké Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) otevřeně deklarovalo rovnici  $U=U$ , v češtině  $N=N - \text{nedetekovatelný} = \text{nepřenositelný}$ . Tedy že pacienti, kteří dosáhli nedetekovatelné nálože, nemohou infekci přenést na svého

*Od roku 1985 bylo v České republice diagnostikováno celkem 3368 HIV pozitivních osob, z nichž 434 zemřelo, z toho 299 na následky rozvinutého AIDS. Za rok 2018 bylo u nás nově zjištěno 178 nakažených virem HIV, což je o 108 méně než v roce 2016. Celosvětově žije s infekcí virem HIV přes 40 milionů nakažených a ročně v důsledku onemocnění 1,2 milionu osob umírá. 90 procent HIV pozitivních pacientů pochází z nejhudších oblastí světa.*

### **sexuálního partnera. Kolik pacientů neměřitelnosti dosáhne?**

Určitě až devadesát procent lidí, kteří správně užívají léky, dosáhne nulové virové nálože.

### **Co jim k jejich „nule“ říkáte, jak mají s takovou informací naložit?**

Osobně mám s  $U=U$  několik problémů. My dnes víme, že lidé s nulovou virovou náloží jsou z hlediska přenosu sexem i krví prakticky neinfekční. Strašně nerad bych na to ale někomu dával razítko. První otázka je, jak je ta „nula“ stará. Je z minulého týdne? Minulého roku? Nebo třeba ještě starší? Studie, které dělali v CDC, byly prováděny na velkých souborech lidí, kteří se pravidelně testovali. Ne každý ale chodí na testování pravidelně. A já se obávám, že značná část populace není schopna kriticky zhodnotit, jaká všechna pravidla je třeba pro tu „nulu“ dodržovat. Mohli by si to vysvětlit i tak, že „nula“ znamená jednou pro vždy „nula“ a pak budou argumentovat s „nulou“ starou dva, tři, čtyři roky. Přitom já ve své praxi vidím, že ne všichni mají tu „nulu“ pořádku.

### **Za jak dlouho se může hladina zvýšit, když přestanu brát léky?**

Třeba už když si dotyčný zapomene vzít prášky s sebou na dovolenou. Existuje zde významný *rebound fenomén*.



### **Takže to nepovažujete za takový revoluční zlom?**

Pro HIV pozitivní komunitu to určitě zásadní zlom je a to já chápu. Desítky let museli HIV pozitivní podepisovat, že budou mít jednoho sexuálního partnera, že budou používat bariérovou ochranu a tak podobně. Takže zde padá zase jedna významná bariéra a stigma. Oni to ale spojují s jednou věcí: když má někdo nedetekovatelnou nálož, tak by také nemusel o své HIV pozitivitě informovat tu druhou stranu, tedy svého sexuálního partnera. Naši pacienti na území České republiky jsou ze zákona povinni informovat o své pozitivitě zdravotníky. Informovanost sexuálních partnerů je v rovině morální. Ale neinformovat toho druhého jenom proto, že mám nulovou virovou nálož, to já osobně nepovažuji za fér.

### **Česká společnost AIDS pomoc by ráda dosáhla zrušení informační povinnosti HIV pozitivních u lékařů. Má podle vás smysl informování lékaře vymáhat zákonem?**

Já si myslím, že smysl to má. Jednak to hraje významnou roli diferenciaciálně diagnosticky a pak bych to považoval vůči lékaři za nefér.

### **Současným trendem v prevenci HIV je preexpoziční profylaxe neboli PrEP. Jak se užívá a komu je určena?**

Preexpoziční profylaxe zahrnuje užívání dvou nukleosidových inhibitorů reverzní transkriptázy (emtricitabinu a tenofoviru) preventivně, tedy zdravými jedinci, kteří se vědomě vystavují riziku infekce HIV. Pro PrEP používám přirovnání, které sice kulhá, jak se říká, na všechny čtyři, ale zhruba tomu odpovídá. PrEP totiž funguje jako svého druhu antikoncepce, tedy dotyčný užívá prášek, aby se vyhnul následkům pohlavního styku. Užívá se buď denně, třeba i po dobu několika

let, nebo tzv. *on demand* – když se rozhodnu, že příští víkend si chci užít, tak začnu lék užívat už před víkendem a skončím po neděli.

### **Takže kdokoliv, kdo se cítí být v riziku, přijde do některého z HIV center a požádá o PrEP. Nazákladě čeho mu ho předepíšete?**

Především musím mít jistotu, že dotyčný je HIV negativní. Pokud by byl žadatel už HIV pozitivní a začal by užívat profylaktické dávky léků, které jsou ale pro léčbu již etablované infekce nedostatečné, vypěstuje si rezistentní virus, který pak může s pocitem falešné bezpečnosti šířit dál. Jsem zásadně proti, aby se předepisoval PrEP *statim*, tedy, že si nějaká partička třeba řekne, že si chce dneska zařadit a zajde si předtím na Bulovku. My vyžadujeme odběr na HIV na našem pracovišti, doporučujeme vstupní odběry přinejmenším také na infekční hepatitidy, ale snažíme se, aby si nechal dotyčný vyšetřit i ostatní sexuálně přenosné agens. Tenofovir, jedna ze složek PrEPu je také poměrně nefrotoxický, čili paušálně vyšetřujeme i hladinu kreatininu, odhad glomerulární filtrace a nález v moči. Pokud byste přišla konkrétně vy jako žena, tak bych také pohovořil o možném vlivu léku na případné těhotenství.

### **Byly právě debaty kolem preexpoziční profylaxe důvodem, proč jste rezignoval na své místo v mezirezortní komisi ministerstva zdravotnictví pro řešení problematiky HIV/AIDS?**

Ano, PrEP je podle mne podávání prostředků, které nejsou irelevantní vůči lidskému zdraví. Ještě větší starost však mám, jak už jsem řekl, ohledně možného vzniku rezistence. Novým fenoménem současné doby je například *chemsex* – tedy sex pod vlivem drog, které zvyšují sexuální

apetenci i výkonnost. Dotyční se pod vlivem drog méně kontrolují, a jsou tedy podle zastánců PrPE ve větším riziku a právě PrEP by je měl ochránit. Já se ale bojím, že pokud nejsou schopni kontrolovat svůj výběr sexuálních partnerů, těžko budou mít pod kontrolou správné užívání léků PrEP. Zapomenou-li správně užívat léky, mohou se nakazit v přítomnosti subinhibičních hladin léků. Virus se uchytí a velmi záhy si dokáže vytvořit na léky rezistenci. Dotyčný pak bude pod vlivem falešné bezpečnosti šířit navíc rezistentní variantu viru. Jak už jsem o tom mluvil, antiinfektiva nejsou jako ostatní běžná léčiva. Když je „uvolníme ze řetězu“, náš protivník si snadno vytvoří rezistenci. Bojím se, že takto kombinace emtricitabinu a tenofoviru pro terapii HIV nakonec ztratíme.

Já nejsem příznivec projektu preexpoziční profylaxe ani z morálních důvodů, ale to je mé soukromé mínění. Proto jsem také na členství v komisi rezignoval, nechtěl jsem být v této věci přehlasován. Ale rozhodně nijak nebráním, aby PrEP byla poskytována na našem pracovišti – u nás na klinice je samozřejmě k dispozici.

**SÚKL právě počátkem února 2019 stanovil pevnou maximální cenu za PrEP na 1 106 korun oproti předchozím 14 tisícům za originální přípravek a osmi tisícům korun za generika. Lidé tak přestanou cestovat za levnějšími léky do Německa.**

I u nás jsou vyvíjeny z určitých míst tlaky, aby byl PrEP hrazen pojišťovнами kompletně.

**Například ve Skotsku je ale PrEP hrazen pojišťovnou, i Německo na lék dlouhodobě přispívalo.**

Osobně mám problém přispívat svým solidárním zdravotním pojištěním na něco takového. Možná jsem

ve svém věku již moc konzervativní, ale stále se domnívám, že trošku zdrženlivosti nikomu neuškodí. To je můj první, i když soukromý problém. Zadruhé – a tady bohužel mluvím z mé klinické zkušenosti – když je něco tzv. „zadarmo“, tak si toho lidé tolik neváží. Alespoň nějaký poplatek za léky zajistí lepší adherenci. Vzpomínám si například, jak to bylo, když se platila položka 30 korun za recept. Předepisoval jsem tehdy pacientům antiretrovirotika na čtvrt roku v ceně vysoko přes 100 tisíc korun a oni byli nespokojení, že musí platit těch 30 korun. Já jsem přitom měl pocit, že díky těm 30 korunám budou ty prášky alespoň zodpovědněji užívat. Myslím proto, že i PrEP by měla být lidmi, kteří ji chtějí užívat, hrazena alespoň v takové výši, která by byla dostatečně stimulační ve smyslu správného užívání.

**Není přesto racionálnější přispívat v systému veřejného zdravotnictví na PrEP než draze léčit nakažené? Zmíněné země argumentují také výrazným poklesem nově diagnostikovaných.**

Zastánci tím samozřejmě argumentují: PrEP stojí ročně něco přes 10 tisíc korun, léčba jednoho HIV pacienta pak několik set tisíc korun. Žadatel o PrEP se podle nich prý obvykle za deset let „vyřadí“ a pak už profylaxi nebude potřebovat a ušetří se tím velké peníze, které by musely být vydávány na jeho léčbu, kdyby se nakazil. Nejsem si však jistý, že tyto počty fungují tak jednoduchým způsobem.

I u nás poklesl za poslední dva roky počet nově diagnostikovaných případů, myslím si ale, že tento pokles především souvisí s dostupností léčby a změnou paradigmatu. Dnes zahajujeme terapii hned po stanovení diagnózy a nečekáme na pokles imunity. Většina pacientů dosahuje nulové virové nálože a virus se nešíří dál.

To si myslím, že je skutečný důvod poklesu nově diagnostikovaných případů nejenom v Česku, ale i v jiných zemích Evropské unie.

### **Mohl by PrEP nějak přispět k řešení epidemie HIV ve světě?**

WHO a UNAIDS Program OSN pro boj proti HIV/AIDS koncipoval vizi 90-90-90: pokud bude 90 procent všech nemocných diagnostikováno, 90 procent z nich se bude léčit a 90 procent z nich dosáhne nulové virové nálože, což současná terapie umožňuje, mohli bychom se do roku 2020 s infekcí HIV vypořádat, přestala by se dál šířit. Takový je koncept i bez podávání profylaxe. Na druhou stranu určitě takový koncept lépe funguje *in silico* namodelovaný v počítači, aplikovat ho v rozvojových zemích bude mnohem obtížnější. I u nás, kde žije podle statistik kolem 2 800 lidí s diagnostikovanou infekcí HIV, se domníváme, že navíc žije kolem 700 až 800 lidí s infekcí HIV, kteří doposud nebyli diagnostikováni. Takže doplňuji takový bonmot – obávám se, že ani v Horní Libni, kde leží naše klinika, to nebudeme mít do roku 2020 dostatečně podchycené, natož pak v zemích jako je třeba Burkina Faso.

### **Je PrEP vhodný i pro zdravotníky, kteří vyrážejí do ohnisek infekce do Afriky pracovat jako chirurgové nebo porodníci?**

Nemyslím si, že by byl tento koncept dlouhodobého užívání PrEP v této situaci vhodný. Je to podobné jako u malárie: pokud pojedete do oblasti výskytu malárie na 14 dní, doporučuje se brát antimalarika. Pojedete-li tam ale jako lékařka bez hranic, tak vám doporučuji mít *stand-by* terapii permanentně u sebe. Z mnoha důvodů – léky stojí peníze a nejsou irrelevantní vůči vašemu

zdraví. V ochraně před HIV je hlavní důsledné respektování všech metod a postupů prevence jako používání ochranných pomůcek a dodržování všech zásad sterilizací a dezinfekcí. My víme, že HIV je našťěstí, co se týče chemických a fyzikálních vlivů, velmi citlivé agens a všechny sterilizační a dezinfekční metody vyvinuté například proti stafylokokům nebo virům hepatitidy B jsou *overkill*em na HIV. Vždycky ale bude docházet k nepredikovatelným nehodám, proto doporučuji mít u sebe *postexpoziční profylaxi* a nečekat, až mi ji pošlou z hlavního města. A pokud mám podezření, tak neváhat – ten časový aspekt je velmi důležitý.

### **Nedávno proběhla médii zpráva o druhém, tentokrát londýnském pacientovi vyléčeném z HIV. Podstoupil transplantaci kostní dřeně kmenovými buňkami s chybějícím receptorem CCR5, který virus využívá k průniku do buněk. Zažíváme nový průlom v kauzální terapii?**

Myslím, že je to „průlom“ spíše symbolický, který ilustruje obecnou naději do budoucna, že se nám jednou podaří problém HIV definitivně vyřešit. Z praktického hlediska má ale tento postup, dle mého názoru, jen velmi omezený význam a týká se jen malé skupiny pacientů. Především je nutno říci, že transplantace kostní dřeně se v těchto případech dělala proto, že tito pacienti mimo HIV trpěli nádorovým onemocněním z krevních buněk, které již nešlo jinak léčit a transplantace tak byla jedinou možností, jak jim zachránit život. Eradikace HIV infekce byla v rámci této riskantní léčebné metody v podstatě něco jako bonus. Stručně lze říci, že pro pacienty, kteří jsou „jen HIV pozitivní“, by léčba transplantací kostní dřeně v současné době byla neadekvátně riskantní. Díky současným možnostem antire-

trovirové léčby dokážeme jejich zdravotní stav zlepšit prakticky bez vedlejších účinků a *last but not least* také mnohem laciněji.

**Poznatky o současné terapii a profylaxi znějí značně optimisticky navzdory tomu, že stále nemáme eradikační terapii nebo preventivní vakcínu. Přestává být HIV alespoň v našich zeměpisných a ekonomických šířkách takovým strašákem?**

Pacienti často na první návštěvu ordinace přicházejí s tím, že už se dnes přece HIV nemusíme bát. Máme prý výborné léky a jestli dosud nemáme léčbu definitivní, která by infekci eradikovala, tak ji jistě za pár let mít budeme. Já zas až takový optimista nejsem, samozřejmě *never say never*, nějaká bomba z čistého nebe spadnout vřdycky může. Výzkum problematiky léčby a vakcíny proti HIV patří k nejprestižnějším cílům biomedicínského výzkumu a je to i čistě intelektuálně nesmírně zajímavé téma. Přesto si myslím, že jak objev kauzální terapie, tak i vakcíny nejsou otázkou nejbližší budoucnosti, takže nedoporučuji na to spoléhat.

Důležité je nepodceňovat riziko a přistupovat k HIV s respektem. HIV infekce dnes přestala být rychle smrtícím onemocněním. Stále ji sice neumíme definitivně vyléčit, ale umíme ji již efektivně léčit a zajistit naprosté většině pacientů za již zmíněných podmínek dlouhodobou dobrou kvalitu života a zachování práceschopnosti.



### **IFMSA 2019**

*Začátkem března se ve městě Portorož na Slovinském pobřeží konalo 68. světové valné shromáždění IFMSA. Kromě volby nového prezidenta a výkonné rady, hlasování o přijetí Kosova do IFMSA a zasedání stálých výborů akci doplňovala řada doprovodných programů, které se zabývaly například dopadem změny klimatu na lidské zdraví, jaderným odzbrojením nebo problematikou pacientů s HIV a AIDS. Česká delegace před valným shromážděním vystoupila se dvěma prohlášeními, v nichž se vymezila proti nárůstu nesnášenlivosti a strachu ve společnosti i politice a vyzvala Federaci k akci. Valného shromáždění se účastnil i Jiří Sýkora z 3. lékařské fakulty, stávající národní koordinátor pro lidská práva a mír IFMSA Czech Republic.*

# Riziko srdečních onemocnění po komplikovaném těhotenství

**Ilona Hromadníková, Oddělení molekulární biologie  
a patologie buňky 3. LF UK a ÚPMD**

Dlouhou dobu, zhruba od roku 2013 jsme se zabývali myšlenkou, jaký vliv mají závažné těhotenské komplikace (gestační hypertenze, preeklampsie a fetální růstová restrikce) na kardiovaskulární zdraví matek a dětí narozených z takto komplikovaných gravidit. Předmětem našeho zájmu bylo popsat epigenetický profil v průběhu výskytu těhotenských komplikací a následně po narození dětí.

Zaměřili jsme se zejména na studium exprese mikroRNA, které se podílejí na řízení funkce kardiovaskulárního systému a rovněž hrají důležitou roli v patogenezi kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních onemocnění. Postupně jsme v průběhu let popsali expresní profil těchto mikroRNA v placentární tkáni a pupečnickové krvi odebraných v době porodu a také v periferní žilní krvi matek v době výskytu těhotenských komplikací.

Dále jsme se soustředili na popsání epigenetického profilu postnatálně a postpartálně. Do ambulance jsme pozvali matky a jejich děti ve věku tři až jedenáct let narozené z takto komplikovaných těhotenství a rovněž matky a jejich děti, které se narodily v termínu a bez komplikací. Následně jsme mezi těmito skupinami matek a dětí porovnali expresní profil mikroRNA, které se podílejí na řízení kardiovaskulárního systému. Zjistili jsme, že celá řada mikroRNA má u některých matek a u některých dětí narozených z komplikovaných tě-

hotenství abnormální expresní profil a vybrali jsme ty mikroRNA, které dokáží nejlépe detekovat potenciální kardiovaskulární riziko.

Matky po prodělaném komplikovaném těhotenství a děti narozené z komplikovaných těhotenství mají obecně zvýšené riziko pozdějšího rozvoje kardiovaskulárních onemocnění. Naše studie identifikovala biomarkery (v podobě tzv. kardiovaskulárních mikroRNA), které dokáží určit, které matky a které děti mají kardiovaskulární riziko již zvýšené a které zatím nikoliv. V tom tkví právě unikátnost a originalita naší studie. Nově identifikovaná riziková skupina matek a jejich dětí po těhotenských komplikacích, které jsou zatím bez jakýchkoliv příznaků kardiovaskulárních onemocnění, ale mají aberantní epigenetický profil, který je asociován s poruchami kardiovaskulárního zdraví, pak může profitovat z časných preventivních programů zaměřených na kardiovaskulární zdraví a z případné dispenzarizace a pravidelného sledování u praktických či specializovaných lékařů.

S výsledky studie provedené na matkách a dětech narozených z komplikovaného těhotenství jsme se obrátili na technologické skauty 3. LF UK (MUDr. Josefa Fontanu, Tomáše Sychru a Mgr. Michala Zimu), neboť jsme si uvědomovali případnou možnost komercializace těchto vědeckých výsledků, zejména poté, co se na

nás začaly obracet některé biotechnologické společnosti s nabídkami případné vědecké spolupráce.

Na konci října 2019 jsme pak podali na Úřad průmyslového vlastnictví dvě patentové přihlášky (PV 2018-595: Postnatální epigenetický profil kardiovaskulárních mikroRNA u dětí narozených z komplikovaných gravidit – nové biomarkery kardiovaskulárního rizika a PV 2018-597: Postpartální epigenetický profil kardiovaskulárních mikroRNA u matek po komplikované graviditě – nové biomarkery kardiovaskulárního rizika).

V průběhu celého procesu přípravy a aplikace patentových přihlášek nám asistovalo *Centrum pro přenos poznatků a technologií*, zřízené Univerzitou Karlovou. Jmenovitě bych chtěla poděkovat zejména panu Mgr. Matěji Machů, PhD., jenž působí na UK jako poradce pro právo duševního vlastnictví, který mi byl po celou dobu k dispozici a svými cennými zkušenostmi významně přispěl k úspěšné aplikaci našich patentových přihlášek.

Po podání patentových přihlášek jsme zahájili spolupráci s dceřinou společností Univerzity Karlovy, *Charles University Innovations Prague s.r.o.* (CUIP), kde se pan Mgr. Otomar Sláma, MPA, a tým jeho spolupracovníků zasazují o propagaci našich vědeckých výsledků s cílem potenciální komercializace. Ve spolupráci s CUIP budou výsledky naší vědecké práce prezentovány letos na veletrzích, jenž jsou organizovány s cílem propojit vědecké týmy s potenciálními investory a především s biotechnologickými společnostmi a farmaceutickým průmyslem. V blízké době budou výsledky naší vědecké práce prezentovány na veletrzích *Biospot* v Praze a *Bio-Varia* v Mnichově.

## Gratulujeme jubilantům narozeným v lednu, únoru, březnu a dubnu!

### 85 let

**Doc. MUDr. Jan Šprindrich, CSc.**

docent Radiodiagnostické kliniky 3. LF UK a FNKV, od roku 1991 do roku 2003 působil jako přednosta v čele kliniky, dlouhá léta je členem Radiologické společnosti ČLS JEP, v letech 1997 až 2005 byl jejím předsedou, patří k předním osobnostem české radiologie

### 75 let

**Prof. MUDr. Pavel Kalvach, CSc.**

profesor a do roku 2006 přednosta Neurologické kliniky 3. LF UK a FNKV, v období let 1999 a 2003 byl generálním sekretářem a v letech 2003 až 2007 pak viceprezidentem Evropské federace neurologických společností

**Doc. MUDr. Monika Kneidlová, CSc.**

docentka Kliniky pracovního a cestovního lékařství 3. LF UK a FNKV

**Doc. Ing. František Melichar, DrSc.**

docent Kliniky nukleární medicíny 3. LF UK a FNKV

**Doc. MUDr. Bohuslav Svoboda, CSc.**

emeritní děkan 3. lékařské fakulty a přednosta Gynekologicko-porodnické kliniky 3. LF UK a FNKV, nyní přednosta Gynekologické kliniky ÚVN

**Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.**

člen České psychoanalytické společnosti, v roce 1990 založil Ústav lékařské etiky při 3. lékařské fakultě UK a dlouhá léta jej vedl

### 70 let

**MUDr. Alena Doubková, CSc.**

odborná asistentka Ústavu anatomie 3. LF UK a FNKV

*pokračování na str. 23*



## V únoru uplynulo 50 let od první operace endoprotézy kyčelního kloubu u nás

**Jolana Boháčková**

Operace endoprotézy kyčle se za uplynulých 50 let příliš nezměnila, říká ortoped profesor Oldřich Čech, který operoval první totální endoprotézu kyčelního kloubu v Československu v roce 1969. Pacientka se švýcarským modelem žila přes 30 let. Profesor Čech se ale podílel také na vývoji českého typu kloubní protézy, kterou

vyráběli v Poldi Kladno. Řekl to novinářům na tiskové konferenci k výročí operace v Sálu Radany Königové na 3. lékařské fakultě 27. února.

Profesor Čech, který se narodil v roce 1928, operoval do svých 75 let. První zkušenosti načerpal na klinice ve Švýcarsku. „V roce 1968 pracoval profesor Oldřich Čech na

ortopedické klinice v St. Gallen a přinesl domů švýcarské zkušenosti, které mu umožnily v únoru 1969 implantovat první totální endoprotézu kyčelního kloubu nejenom v Československu, ale v celém východním bloku tehdy rozdělené Evropy,“ říká přednosta Ortopedicko-traumatologické kliniky 3. lékařské fakulty a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady profesor Martin Krbec. „Začátky moderní endoprotetiky ve světě položil sir John Charnley v Británii tím, že vyvinul a od roku 1962 začal implantovat totální endoprotézu kyčelního kloubu s nízkým třením mezi kovovou hlavicí a polyetylénovou jamkou. Metoda se rychle rozšířila do kontinentální Evropy, kde se o její další vývoj zasloužil profesor Maurice Edmond Müller právě ze švýcarského St. Gallen,“ dodává.

Přídělový systém tehdejšího komunistického režimu ale neumožňoval dovážet dostatek kloubních protéz ze Švýcarska. Podle profesora Čecha tehdy stála protéza zhruba 900 švýcarských franků. Bylo tedy třeba vymyslet její českou obdobu. „Když jsem vystudoval medicínu, nastoupil jsem na ortopedii nemocnice na Kladně. Jezdili jsme tam s Poldováký na lyže,“ popsal profesor Čech počátky jednání s ocelárnou Poldi Kladno, kde se s jeho pomocí podařilo v roce 1972 vyvinout vlastní typ, který dostal jméno Poldi-Čech. Profesor odhaduje, že za svůj život endoprotéz voperoval kolem 7 tisíc.

Počty operací v Česku rok od roku rostou. Podle dostupných údajů jich bylo v roce 2004 kolem šesti tisíc, v roce 2012 ale již dvojnásobek. „Podle odhadů se dnes těchto operací v Česku udělá kolem 18 tisíc za rok,“ říká profesor Krbec a dodává: „Je běžné, že dobrý implantát se správnou operační technikou vydrží, pokud má pacient kvalitní kost, i 20 až 25 let.“ Pacienty je ale podle něj třeba sledovat a v případě uvolnění kloubu jej znovu usadit.

Kritická fáze operace je podle odborníků i v současné době upevnění jamky a dříku do kosti a kluznost jejich povrchů. „V posledním desetiletí se stále častěji využívají necementované endoprotézy, u kterých kost vrůstá do porů v protéze,“ vysvětluje Martin Krbec. Testuje se také možnost udělat jamku i kloub z keramiky. „Má ideální kluzné vlastnosti, minimální otěr. Ale je to spojení příliš natvrdo a starší typy praskaly, protože je keramika křehká,“ nastínil profesor Krbec budoucnost endoprotéz.

## Gratulujeme jubilantům narozeným v lednu, únoru, březnu a dubnu!

### 65 let

**Doc. MUDr. Jaroslav Feyereisl, CSc.**

*přednosta Ústavu pro péči o matku a dítě v Podolí*

**MUDr. Lubomír Pekař**

*Neurochirurgická klinika 3. LF UK a FNKV*

**Prof. MUDr. Petr Widimský, DrSc.**

*děkan 3. LF UK, přednosta 3. interní – kardiologické kliniky*

### 60 let

**Doc. MUDr. Tomáš Pešl, PhD.**

*docent Kliniky dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a FNKV*

**MUDr. František Staněk, CSc.**

*lektor 3. interní – kardiologické kliniky 3. LF UK a FNKV*

**Prof. MUDr. Tomáš Vaněk, CSc.**

*profesor Kardiologické kliniky 3. LF UK a FNKV*



# Jaroslav Pihrt – 100 let

**Pavel Čech, Kabinet dějin lékařství 3. LF UK**

V období let 1868 až 1880 odešlo z Rakouska-Uherska do Ruské říše bezmála 16 tisíc Čechů, které carská vláda zlákala sliby práva na levnou půdu, národní školy, samosprávu, svobodu náboženského vyznání, dočasné osvobození od daní i zproštění vojenské povinnosti. Převážně ve Volyňské gubernii se Češi usadili v mnoha vesnicích s ukrajinským obyvatelstvem a vytvářeli v nich menšinu s podnětným vlivem na tamní hospodářský i kulturní život; vedle toho sami založili mnoho nových, ryze českých vesnic, mezi jinými roku 1872 tu, již dali jméno Miluše. Za první světové války zformovali volyňští Češi v ruské armádě Českou družinu, základ pozdějších československých legií.

Uprostřed války sovětského Ruska s obnoveným Polskem přibyl 2. prosince 1919 do půl druhé stovky obyvatel Miluše novorozený volyňský Čech **Jaroslav Pihrt**.

Po porážce Rudé armády v březnu 1921 připadla západní část Volyně včetně chlapcova rodiště vítěznému Polsku, stala se Volyňským vojvodstvím druhé Polské republiky a tamní volyňské Čechy potkal lepší osud než ty východní, vystavené v Sovětském svazu brutální kolektivizaci zemědělství, pronásledování, věznění a popravám kulaků a inteligence.

Roku 1938 složil Jaroslav na gymnáziu v Lucku maturitu a zapsal se na Lékařskou fakultu Varšavské univerzity; brzy nato byl však jako polský občan povolán do služby v polské armádě. 1. září 1939 zažil jako voják vpád Wehrmachtu, se zbraní se účastnil statečného pol-



ského odporu proti drtivé převaze útočníka a při bojích v západním Polsku byl raněn.

## **Medicínu vystudoval až v Praze**

Náležitě pak své válečné zranění doléčil až na chirurgické klinice prof. Diviše v Praze, kde v letech 1945 až 1950 vystudoval Lékařskou fakultu Univerzity Karlovy a roku 1951 nastoupil jako sekundář na Otorinolaryngologickém oddělení Vinohradské nemocnice, vedené profesorem Vladimírem Hlaváčkem. Jaroslav projevoval nadání i píli a badatelské sklony; s touto výpravou se uvedl do odborné literatury přehledem výskytu, patogeneze a léčby afebrilní nitrolební komplikace zánětu středouší. Od začátku přitahovaly jeho zájem

vedlejší nosní dutiny a jejich plnění kontrastními a léčebnými látkami.

Roku 1953 se Vinohradská nemocnice stala klinikou základnou Lékařské fakulty hygienické Univerzity Karlovy. Sekundář Pihrt tomu podřídil své výzkumné zájmy a zaměřil se na profesionální onemocnění dýchacích cest, počínaje nosní dutinou – nejprve na zvířecím modelu, poté vyšetřováním profesionálně exponovaných osob. Na klinice se osvědčoval jako rozený učitel, přesto však po celých prvních deset let zůstal v postavení sekundáře; teprve roku 1961 byl jmenován odborným asistentem.

## **Jmenován docentem, profesuru „zařízl“ režim**

Výsledky svého výzkumu i klinickými zkušenostmi přispěl do Hlaváčkovy monografie o život neohrožujících a proto zanedbávaných profesionálních škodách na zdraví (*Poškození krčních, nosních a ušních orgánů vlivem zaměstnání*. Praha 1962). Cementárenské pracovníky podroboval funkčním respiračním testům. Konzervativně i radikálně operoval vedlejší nosní dutiny. Na I. evropském kongresu sportovního lékařství v Praze v červnu 1963 prezentoval práci o vlivu nosní obstrukce na sportování a u těžké problematiky setrval i v dalších letech. 1. října 1968 byl jmenován docentem svého oboru. Trvalo však víc než tři roky, než byl 1. ledna 1972 docentem otorinolaryngologie konečně také ustanoven.

Studijním pobytem ve Štýrském Hradci na klinice prof. W. Messerklingera, otce funkční endoskopické chirurgie vedlejších nosních dutin, prohloubil své znalosti patofyziologie horních cest dýchacích a uspořádal je v monografii (*Patofyziologie nosního dýchání z hlediska zaměstnání*. Praha 1974).

Za stážování na Klinice plastické chirurgie přenesl docent Pihrt na kliniku ORL zdokonalenou techniku kožních plastik k rekonstrukci hltnu kožními štěpy po odstranění rozsáhlých nádorů trávící trubice a hrtnu; navíc se zdokonalil v rinoplastice a učinil ji na své klinice častým výkonem. Operační postupy na klinice obohatil také užíváním stimulátoru lícního nervu při operacích příušní žlázy.

Roku 1976 podstoupil před vědeckou radou fakulty řízení ke jmenování řádným profesorem otorinolaryngologie; jednoznačně příznivý průběh i výsledek nabízel naději blížící se jistotě, že Pihrtova profesura je hotovou věcí. Jenže případ uvázl v drápech stranického aparátu, ten zavětřil příležitost ukázat, kdo tady nakonec rozhoduje o všem, a za hrobového mlčení atrapy akademické obce docentu Pihrtovi tu profesuru „zařízl“.

V následujících letech pak profesor Chládek a zamítnutý profesor Pihrt provedli a publikovali spolu pěknou řádku operací nádorů z celé oblasti oboru, a když profesor odcházel na odpočinek a docent Pihrt byl od 1. října 1981 pověřen vedením kliniky, řádku článků ještě prodloužili a studentům přidali návrh učební text (*Doplňkové archy otorinolaryngologie pro posluchače lékařské fakulty hygienické*. Praha 1982).

Docent Pihrt pak napsal ještě jeden učební text (*Praktická cvičení v otorinolaryngologii*. Praha 1984). Otorinolaryngologickou kliniku LFH UK vedl do roku 1987, kdy ho nepevné zdraví přimělo k odchodu do důchodu, jehož mu bylo v harmonickém prostředí rodiny dopřáno více než deset let. Zemřel v Praze 16. února 1998.

## Změna

Jeden den jsi tak živý tak živoucí  
jak záblesky na plátně kina  
další den si připíšeš  
s černými havrany

V jedné vteřině se změní noc v den  
a den se změní v noc  
v jedné vteřině život zmizí  
a není cesta zpět

Ivana Štětkařová



# MEDICÍNA

# Co bude po smrti – a jak se s tím smířit?

## Ke kořenům našeho nejhlubšího strachu

**Petr Třešňák**

**Pár kilometrů za Prahou se během letošního roku pravděpodobně rozběhne projekt, který v dosavadní historii české vědy nemá obdoby. Pokud se Národnímu ústavu duševního zdraví (NUDZ) podaří získat potřebné povolení, vybere padesátku pacientů, kteří trpí pokročilou rakovinou doprovázenou silnou úzkostí a naléhavými obavami ze smrti. A učiní jim zajímavou nabídku: experimentální léčbu, která by lidem na prahu smrti podle zkušeností ze zahraničí mohla výrazně ulevit.**

Oním lékem nebude žádný převratný farmaceutický patent, ale sloučenina, kterou najdeme volně v přírodě. Halucinogenní látku psilocybin obsahují některé druhy hub rostoucí na mnoha místech planety a lidé je pojídají už tisíce let k navození změněných stavů vědomí. Posledních sedm let se tahle sloučenina začala testovat ve Spojených státech, Velké Británii či Švýcarsku právě u pokročilých onkologických pacientů. Nedokáže pochopitelně rakovinu léčit, ale v jiném ohledu vykazuje až nečekaně silný účinek: pacienti se po jediném sezení s psilocybinem přestávají bát, co přijde poté, až nemoc přemůže jejich tělo.

„Stavu, jímž někteří vážně nemocní lidé trpí, se říká existenciální distres a mívá projevy, třeba pocit bezmoci nebo nesmyslnosti života, na které nepomáhají běžná psychofarmaka,“ vysvětluje náměstek ředitele NUDZ Jiří Horáček. „A efekt psilocybinu je opravdu úctyhodný. Klinické studie ukázaly, že dlouhodobě uleví až osmdesáti procentům pacientů.“

Loni na podzim představil profesor Horáček tahle čísla na semináři v jedné pražské nemocnici onkologům

a paliativním lékařům a oznámil jim, že by podobný výzkum s pacienty rád provedl i v Česku. Zdravotníci, kteří se denně setkávají s umírajícími, reagovali zvědavě, i když s určitou opatrností. Přece jen jde o podávání halucinogenní drogy, která běžně není legální. Někteří ale přislíbili psychiatrům spolupráci, takže pokud bude dost zájemců, projekt by se mohl letos rozběhnout.

Jeho přitažlivost přitom nespočívá jen v potenciálu úlevy nemocným na sklonku života. Způsob, jak látka pracuje s lidskou myslí, totiž zajímavě poodkrývá naše vztahování se ke smrti jako takové. Pomáhá lépe rozpoznat kořeny strachu, jež někteří vědci prohlašují za vůbec nevlivnější hybnou sílu v lidském životě.

## Hudba na pozadí

Podle evolučních psychologů skrývá osud druhu homo sapiens přímo ve svém jádru jeden palčivý paradox: dar, který člověk dostal od evoluce do vínku a jenž mu umožnil ovládnout planetu Zemi, se zároveň stal i jeho hlavním prokletím.

Oním darem je vysoce vyvinutá mozková kůra, evolučně nejmladší část řídicího centra. Díky ní dokážou lidé přemýšlet, rozlišovat minulost a budoucnost, plánovat a uvědomovat si sebe sama. Tento vyspělý mozek ale přebývá v těle podobném všem ostatním živým organismům. Je stejně tak vybaven automatickým programem pro přežití, jenž má jeden základní úkol – za každou cenu se vyhnout smrti. Na ohrožení reaguje pocitem hrůzy, spuštěním příslušných sebezáchovných reakcí.

A zatímco mufloni, kapři nebo vrabci tenhle software zapínají jen tehdy, když se na obzoru objeví predátor, a jinak o vlastní konečnosti pravděpodobně neuvažují, člověk to má těžší. Díky vyšším mozkovým funkcím si uvědomuje, že smrt, která v něm spouští přednastavenou hrůzu, jednou nevyhnutelně přijde. Respektive – může přijít kdykoli.

O tomto tématu přemítají filozofové, duchovní nebo umělci odnepaměti a zhruba před třemi dekádami se ho ujala i exaktní věda. Nejvlivnější teorií reflexe smrti se postupně stala tzv. teorie zvládnání strachu (*terror management theory*), která tvrdí, že palčivý rozpor mezi vědomím nevyhnutelnosti konce a biologicky zakódovaným děsem z něj vytváří v lidském životě jakési setrvalé napětí. Zatímco mufloni v klidu přežvykují na lesní mýtině, příslušníci *Homo sapiens* neustále prožívají podprahovou obavu, kdy už „to“ přijde. Jako by na pozadí našich životů hrála jakási děsivá hudba a nedala se vypnout.

„Platíme vysokou cenu za to, že jsme si vědomi sami sebe,“ píše v nedávno vydané knize *The Worm at the Core* (Červ v jádru) trojice amerických psychologů, zakladatelů zmíněné teorie. Vědomí smrtelnosti podle nich ovlivňuje prakticky vše, co člověk v životě dělá. Stálo u zrodu prvních náboženských systémů, které

jsou pokusem, jak neřešitelný rozpor smrtelnosti překlenout. Bylo motorem vzniku různých kulturních konceptů a ideologií, jež skýtají rozechvělým smrtelníkům jisté útočiště v nejistém vesmíru. A nenápadně řídí také naše každodenní rozhodování.

## Kladivo a krucifix

„Ucítím, jak vcházím do tunelu bolesti, a pak budu osvobozen do světla. Zatímco se mé pohřbené tělo začne rozkládat pod zemí, má duše vystoupá na nebesa a setká se se Spasitelem,“ napsal v roce 1987 soudce městského soudu v americkém Tucsonu Michael Garner. Jeho odpověď na otázku, jak si představuje svou vlastní smrt, nás ale tolik zajímat nemusí. Důležitější je to, co soudce Garner udělal, když odložil pero. Otevřel spis s případem jisté Carol Ann Dennis, prostitutky, kterou policie minulou noc přistihla, jak loví ve městě zákazníky (což bylo tou dobou ve státě Arizona zakázané). Měl jí vyměřit odpovídající trest, stejně jako šestadvacet jeho nic netušících kolegů z městského soudu, které psychologové zapojili do tohoto experimentu.

Můžeme hádat, že soudce Garner tehdy nad počínáním neřestné ženy pocítil spravedlivé rozhořčení, protože zamířil vysoko. On a jeho kolegové uložili prostitutce zaplatit do státní pokladny v průměru 455 dolarů. Jak ale ukázaly soudní archivy, obvyklá taxa za prostituci byla v té době téměř desetkrát nižší – průměrně padesát dolarů. Pozoruhodný rozdíl způsobila u pánů a dam v talárech jediná věc – myšlenky na vlastní smrt, které jim výzkumníci před rozhodováním vnukli zmíněnou otázkou.

Podobných pokusů zkoumajících, jak naše nevědomí realizuje onen „management hrůzy“, od té doby v odborné psychologické literatuře přibývalo víc než tisíc. Je-

jich aranžmá bývá obvykle podobné: skupina účastníků pokusu provádí tutéž činnost (nebo odpovídá na tytéž otázky) a polovině z nich vědci navodí nějakým způsobem myšlenky na smrt. Možností, jak to udělat, je několik, dnes se často používá například milisekundový videozáblesk slova „smrt“ na obrazovce, který vědomá mysl nezachytí, ale v podvědomí se téma člověku stihne usadit. Následně výzkumníci porovnají rozdíly v reakcích obou skupin – a ty jsou většinou docela výmluvné.

Vědomí smrtelnosti vyvolává podle psychologů zesílenou identifikaci s vlastní sociální skupinou a jejími hodnotami, ať už jde o národ, náboženské vyznání nebo například politický světónázor. Posiluje religiozitu, nacionalismus a odpor k cizincům, ale kromě toho také silně zvyšuje potřebu vlastní hodnoty, touhu vytvořit v životě něco mimořádného, vlastnit luxusní zboží, chuť pojmenovat své děti stejným křestním jménem, jaké máme sami, či obdiv k celebritám. Znejistěli smrtelníci také preferují autoritativní vůdce, pořádek a přísné tresty, nevdají jim mučení zločinců, znechucuje je lidské tělo, věří magickým souvislostem nebo třeba nadsazují velikost papírových bankovek.

Některé experimenty, jež v psychologických laboratořích proběhly, jsou téměř roztomilé. Jindy vcelku racionální pozemšťané, které olízla představa smrti, například udávali, že přítomnost známého herce na palubě letadla snižuje riziko pádu stroje. Anebo: po připomínce smrti měli účastníci pokusu mnohem větší ostych použít nástěnný kříž s Kristem k zatlučení hřebíku či americkou vlajku jako cedník při řešení technického úkolu s omezeným počtem předmětů.

Nelze přehlédnout, že tuhle rozmanitou paletu zjištění spojuje zjevný společný jmenovatel: připomínka vlastní konečnosti posiluje potřebu vztahovat se k něče-

mu, co jí – alespoň zdánlivě – může přesáhnout. Nejistota, co čeká na druhé straně, je příliš absolutní na to, aby si s ní lidská mysl dokázala poradit, a představa nicoty se vzpírá všemu, co známe. Máme přirozenou a zřejmě nevyhnutelnou potřebu držet se toho, co se jeví alespoň trochu jisté, trvanlivé a smysluplné.

## Laskavost ve všech věcech

Erika Faltysová (41) tuhle potřebu v poslední době prožívá silně. Na smrt myslí každý den, protože se pomalu vyrovnává s tragédií, které se lidé obávají snad ze všeho nejvíce. Jednomu z jejích dvou synů diagnostikovali lékaři v pěti letech zhoubný nádor mozku. Po dvou operacích a nekonečném martyriu chemoterapií a ozarování nemoc sice ustoupila a rodinu čekalo pár klidných a radostných let. Jenže loni na podzim se rakovina, pro niž mají Faltysovi genetickou predispozici, vrátila potřeť.

„Tentokrát mi lékaři řekli, že už nemohou nic dělat,“ říká polohlasem paní Faltysová v obývacím pokoji svého bytu ve středočeském Mníšku pod Brdy. O kus dál leží na gauči její syn Matouš, pospává po injekci morfia. Včera mu bylo jedenáct let. Starají se o něj zdravotníci domácího hospice Cesta domů, a přestože rakovina rychle prorůstá nervovou tkání, bolestmi chlapec k velké úlevě rodiny netrpí. Nádor však zasáhl v mozku centrum sytosti, takže Matouš má prakticky neustále hlad a v posledních týdnech hodně přibral. „Teď už moc času nemá, může to přijít každým dnem,“ dodává tiše matka, aby umírajícího syna neprobudila.

Navzdory žalu, který prožívá, svolila paní Faltysová k rozhovoru o tématu smrti a otevřeně přemítá, čeho se bojí, zda vnímá v tragické situaci nějaký smysl a jak si představuje to, co nastane pro její dítě „potom“.

Povoláním speciální pedagožka a terapeutka není věřící a ani v těchto dnech se neupíná k žádné představě Boha nebo věčné duše, prý by to stejně nefungovalo. Se synem o smrti otevřeně nemluví, zdá se jí, že na to není zralý, a nechce posilovat jeho úzkosti, že přijde o mamčinu blízkost. „Nechávám to na něm a on uvažuje v takových pohádkách, které ho chrání, ale umožňují mu to téma nějak zpracovat,“ vysvětluje Faltysová a dává příklad. „Nedávno Matoušek vyprávěl příběh o hadovi, kterých se přitom hrozně bojí. Hlavní postavou byl myšáček, který se šel v tom příběhu koupat s maminkou a plaval na volné moře, až si ho vzaly vlny. Pak se před ním objevil zlatý had. Houpal ho a hladil a vyléčil mu jizvu na hlavě, takže byl myšáček zase zdravý.“

Ona sama se prý myšlenkám na synovu smrt také dlouho v hrůze vyhýbala, ale poslední týdny, kdy o něj nepřetržitě pečuje, na ni realita dolehla naplno. „Matoušek je nesmírně laskavá bytost a vždycky, když si uvědomím, že tady už brzy nebude, zaplaví mě nesnesitelný stesk a pocit, že zrovna on přece neměl umřít,“ vysvětluje matka.

Hodně jí prý pomáhá četba knih Viktora Frankla, rakouského psychologa, který přežil nacistické věznění a po válce vyvinul terapii založenou na hledání pocitu smyslu v těžkých chvílích. I ona sama už prý občas něco podobného dokáže – když pozoruje z okna stromy a zpívající ptáky, mívá někdy pocit, že v nich jakási esence jejího syna může zůstat přítomná i poté, co jeho tělo odejde. „Chvílemi věřím, že bude přítomný ve všech věcech. A že mým úkolem je tu jeho laskavost nést v sobě, a tak spolu neztratíme spojení,“ svěřuje se paní Faltysová. „A pak se to zase ztratí a je mi strašně smutno.“

Matka vstává od stolu a odchází pohladit syna, který se na chvíli probudil a má hlad. Domlouvají se, že mu

za chvíli udělá hranolky, jen co novináři odejdou. Sama paní Faltysová v minulosti dvakrát onemocněla rakovinou. Než dá rozpálit olej, padne ještě otázka, jak zkušenost synova umírání změnila její pohled na vlastní smrt vzhledem k vyšší pravděpodobnosti onemocnění, kterou má v genech. „Samozřejmě chci žít co nejdéle se svým manželem a starším synem, ale zároveň je představa konce pro mě teď nějak jednodušší,“ usměje se matka. „Mám pocit, že půjdu za Matouškem.“

## Rozlišit, co je za tím

Česko je sice země s vlašným vztahem k formálnímu náboženství, zdravotníci, kteří pracují s umírajícími, ale říkají, že na smrtelné posteli lidem často pomáhají různé metafyzické představy – znovushledání s blízkými tam „na druhé straně“ patří mezi ty nejčastější. „Všichni se smrti nějak bojíme,“ shrnuje své zkušenosti evangelický kaplan Matěj Hájek, který provází onkologické pacienty v nemocnici i doma. „Zdá se mi, že v pozadí je vlastně strach z osamělosti, protože máme nějakou základní existenciální touhu, abychom šli do dobrých rukou a nebyli izolovaní. Ta je obecně lidská, přesahuje jednotlivé kultury nebo náboženství.“

Výzkumy mimochodem ukazují, že duchovnost zdaleka nefunguje coby pojistka proti smrtelné úzkosti. Často je to spíše naopak. Hodně záleží na způsobu spirituálního prožívání a například představa přísného posuzujícího Boha může člověka na smrtelné posteli pořádně vystresovat. V některých zbožných zemích třetího světa vychází z průzkumů dokonce výrazně vyšší úzkost lidí ze smrti než na sekulárním Západě.

Paliativní lékaři říkají, že pokud pacient trpí úzkostí, vždy je dobré nejprve zjistit, co je příčinou v pozadí. Velmi často to bývá skrytý strach z bolesti a dalších

komplikací umírání, obava ze ztráty soběstačnosti a závislosti na druhých, nevyřešené vztahové zádrhele nebo třeba neklid z toho, jak manželka uplatí hypotéku. „Když se nám to podaří rozlišit, velká část té úzkosti se dá snížit pouhým rozhovorem, nějakými praktickými opatřeními nebo psychoterapií,“ vysvětluje ředitel pražského výzkumného Centra paliativní péče Martin Loučka.

I tak ale zůstává část pacientů, pro něž se úleva hledá obtížně, protože jejich utrpení je spíše existenciální než praktické – hrůza z toho, co bude, až nebude to, co známe. Někdy může být tenhle stres docela velký, a v odborných kruzích se dokonce vede debata, zda je etické u takových pacientů přistoupit k tzv. paliativní sedaci, laicky řečeno ztlumení do spánku, což se běžně dělá, jen pokud umírající trpí krutými bolestmi nebo se dusí.

Pro léčbu tohoto existenciálního distresu, jak se odborně říká, vznikly v zahraničí speciální psychoterapie, které pomáhají pacientovi utřídit si životní příběh a nalézt v něm nějaký úlevný smysl, což je kvalita, která se v přijetí vlastní smrtelnosti zdá být klíčová. A o pozornost se hlásí také v úvodu zmíněná metoda, která podle svých zastánců dokáže něco podobného. I když poněkud neobvyklým způsobem.

## Stvořitel a psilocybin

„Viděla jsem nádherné kamenné tváře, které se rozpadaly v prach a zase z něj povstávaly. Pochopila jsem, že taková je podstata života, povstává a zase se rozpadá,“ zapsala si před dvěma lety na papír žena jménem Chrissy. Padesátice trpící pokročilou rakovinou prsu s metastázemi do plic byla tehdy ve Spojených státech jednou z účastnic psilocybinového experimentu.

Prožila při něm mystický zážitek porozumění kolo-běhu života a nevyhnutelnosti smrti. Když ji psychologové po několika měsících nechali vyplnit baterii testů, vykazovala Chrissy znatelný pokles úzkosti, deprese a beznaděje, a naopak nárůst pocitu smyslu života. „Ta zkušenost způsobila, že se moje domněnky o životě staly skutečností, o kterou se mohu opřít,“ dodávala žena.

Kazuistika Chrissy je jednou z těch, které psychiatr Jiří Horáček představil loni na podzim onkologům a paliativním lékařům pro ilustraci toho, jak psychedelická léčba vlastně funguje. Ze studií totiž vyplývá jedna zajímavá korelace: čím silnější mystický prožitek pacient s drogou prožije, tím víc se mu uleví a se smrtí se lépe smíří.

Jiří Horáček to vysvětluje tím, že psychedelické látky dokážou ustálené vzorce naší psychiky přeformátovat. „Člověk běžně vnímá svoje já jako jedinečné a lokální, takže se jeho blížící ztráta zdá být děsivá,“ vysvětluje psychiatr a neurovědec. „Psilocybin tuto strukturu dočasně uvolní prožitkem neomezenosti bytí a umožní tak člověku překročit fatálně chybný koncept jedinečnosti. Vidíme pak prostě za ta omezení, která jsou dána evolučním nastavením naší mysli.“

Taková logika není popisována poprvé: velmi podobně mizí úzkost z toho, co bude „potom“, u lidí, kteří prožili mystický zážitek během klinické smrti. Tam bývá pocit smíření trvanlivější, protože posun v existenciálním vnímání přinesla skutečná blízkost fyzické smrti, nikoli látka měnící vědomí. Ale princip zůstává stejný: zážitek bytí překračujícího naše fyzické tělo ulevuje biologicky zakódované úzkosti z toho, že jej musíme opustit.

Profesionálové pracující s umírajícími lidmi se v rozhovorech k projektu profesora Horáčka staví vstřícně,



ale s lehkou skepsí. Obávají se, aby zde nevznikl dojem, že komplexní péči může nahradit jedna pilulka s halucinogenem. A mají také pochybnost, zda zážitek, který člověk získá tak „snadno“, může skutečně přinést zásadní změnu ve složitém procesu lidského vypořádávání s konečností.

„Když umírám v pětatřiceti a nechávám tu tři děti, tak můj strach, co s nimi bude, možná nezmizí po mystickém prožitku, že jsme všichni jen zrnko prachu,“ uvažuje výzkumník v oblasti paliativy Martin Loučka. „Ale souhlasím, že je dobré dát tomu výzkumu šanci.“

Matěj Hájek, kaplan z pražského ústavu hematologie, jehož pacienti s leukemií by se měli projektu účast-

nit, to vidí podobně. „Zdá se mi to trochu jako úniková strategie, prostě přeformátujeme vnímání chemickou látkou,“ přemýšlí. „Na druhou stranu, strom se pozná po ovoci, a pokud to pacientům přinese skutečně úlevu, tak proč ne. Teologicky se na to můžeme dívat třeba tak, že stejně jako nám dal Stvořitel jiné nástroje, aby nám ulevil, například teplé oblečení, dal nám i tyhle látky. Tak je pojďme vyzkoušet a uvidíme.“

---

*Autor je redaktorem týdeníku Respekt, kde text vyšel 4. února 2019 (2019/6).*

## **Z ministerstva zdravotnictví: Pojišťovny nově hradí pětiletým dětem prohlídku sluchu na ORL**

*Zdravotní pojišťovny nově hradí odborné vyšetření sluchu u otorinolaryngologa u pětiletých dětí. Dítě by k němu měl poslat jeho praktický lékař při pětileté prohlídce, případně může své dítě na tuto bezplatnou prohlídku objednat i rodič. Předěje tím případnému riziku, že se dítě bude špatně učit, protože učitelům nebude dobře rozumět.*

*„Screening sluchu prováděný neonatologu a otorinolaryngologu se dosud dělal a dělá u novorozenců. Těžkou sluchovou vadu přitom má podle statistik jedno až dvě z tisíce narozených dětí, tedy sto až dvě stě dětí ročně v České republice. Středně těžkou vadu odhalí lékaři u 600 až 1200 dětí za rok,“ uvádí Roman Prymula, náměstek ministra zdravotnictví pro zdravotní péči.*

*Před několika lety lékaři ORL kliniky ve Fakultní nemocnici Hradec Králové vyšetřili sluch všem prvňáčkům v sedmnácti hradeckých školách. Děti, u nichž měli podezření na nedoslýchavost, poslali na ORL do nemocnice. Tam odborníci zjistili, že téměř 10 procent dětí trpí nedoslýchavostí, přičemž u dvou procent šlo o poruchu trvalou.*

*„U mnoha z nich o vadě či poruše sluchu nevěděli rodiče ani učitelé. Nevědomky prostě při komunikaci s dítětem zvýší hlas. A ve škole si dítě sedne na místo, kde lépe slyší, takže si učitelé ničeho divného nevšimnou,“ podotýká profesor Viktor Chrobok, přednosta Kliniky otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku FN a LF UK Hradec Králové a předseda České společnosti otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP.*

*Vadu sluchu nerozpoznali ani pediatři při prohlídce dítěte v pěti letech. „To neznamená, že by něco dělali špatně, jen vyšetření sluchu šepotem prostě nemusí zachytit všechny potíže. Zažil jsem děti, které šepot slyšely normálně, odborné audiometrické vyšetření u nich ale odhalilo nedoslýchavost. Záleží také na tom, jak dítě spolupracuje, zda se snaží, nebo prohlídku víceméně ignoruje. Při audiometrickém vyšetření na ORL se jedná o pečlivější a dokonalejší vyšetření, než je šepot,“ upozorňuje profesor Chrobok.*

# Terapeutický potenciál psilocybinu u farmakorezistentní deprese a distresu onkologicky nemocných

Anna Bravermanová, Filip Tylš

**Psilocybin** patří do skupiny psychoaktivních alkaloidů a přirozeně se vyskytuje v řadě druhů hub. Spolu s LSD, DMT a meskalinem se psilocybin řadí mezi **klasická psychedelika**, což jsou látky působící jako agonisté na serotonergních receptorech a navozující specifické prožitky, tzv. změněný stav vědomí. Tyto prožitky charakterizují změny na úrovni vnímání, myšlení, emotivity a prožívání vlastního já, přičemž jejich intenzita závisí na užití dávce.

Na neurobiologické úrovni za tento změněný stav zodpovídá narušení filtrační funkce thalamu, který rozhoduje o relevantnosti do mozkové kůry vstupující informace, a také samotná zvýšená excitabilita kůry, kterou přestávají dostatečně regulovat inhibiční vlivy podkorových struktur. Jinými slovy, mozkové kůře jsou zpřístupněny i ty informace, které by jinak byly považovány za šum, a zároveň je její činnost méně uspořádaná, resp. více entropická oproti normálnímu stavu.

Pohledem funkčně-zobrazovacích metod pak lze intoxikaci psilocybinem vidět jako celkové zvýšení chaotičnosti systému mozku, narušení mozkové konektivity (míry propojení jednotlivých částí) a tudíž i obvyklého fungování komplexních mozkových sítí.

Psychologicky orientované teorie pak hovoří o tom, že psychedelika otevírají cestu do nevědomí a mohou tak zprostředkovat kontakt s informacemi běžnému vě-

domému stavu nepřístupnými, včetně například dříve prožitých traumat.

Psychedelika, převážně LSD, byla intenzivně klinicky testována v průběhu 50. až 70. let minulého století v USA, Velké Británii i jinde v Evropě, v bývalém Československu až do r. 1974. První americké studie se zaměřovaly na modelování psychózy pomocí LSD. Záhy byla pozorována účinnost LSD při léčbě alkoholismu. U skupiny terminálně nemocných pacientů bylo původně LSD zkušeno jako možné analgetikum, avšak zajímavější než přechodný analgetický efekt bylo zjištění, že někteří pacienti po aplikaci LSD dokázali volně hovořit o blížící se smrti. Následovaly studie se stovkami pacientů v rámci *LSD-asistované psychoterapie*, které prokazovaly pozitivní ovlivnění nálady, zmírnění úzkostně-depresivní symptomatologie u onkologicky a terminálně nemocných pacientů.

Tento pozoruhodný vývoj na více než 30 let přerušil celosvětový zákaz volného použití psychedelik, což prakticky znamenalo významné omezení i pro výzkumné účely. Až do současnosti se tak psychedelika, včetně psilocybinu, řadí na nejprísněji kontrolovaný seznam psychotropních látek. Toto zařazení výzkumníci v poslední době kritizují a na základě argumentů dokládajících relativní bezpečnost a efektivitu psilocybinu doporučují jeho reklasifikaci. I přes stávající legislativní

omezení se zejména v posledním desetiletí výzkum s psychedeliky významně rozrůstá a moderně designovanými studii navazuje na dříve získané poznatky.

Nutno zmínit, že mechanismus účinku i fenomologie intoxikace LSD a psilocybinu se velmi podobají, zásadním rozdílem je poloviční doba účinku psilocybinu oproti LSD. V současnosti je tedy psilocybin jedním z nejpoužívanějších psychedelik v klinických studiích, které hodnotí jeho terapeutický potenciál zejména u psychiatrických poruch – deprese, úzkostně-depresivní symptomatologie a distres (nepříjemný emocionální zážitek psychologické, sociální a/nebo duchovní povahy), onkologická onemocnění, závislosti a obsedantně-kompulzivní porucha.

## **Psilocybin v terapii rezistentní deprese a psychického distresu**

Deprese a úzkostně-depresivní porucha mají ve společnosti vysokou prevalenci, avšak asi 20 procent pacientů zůstává k léčbě deprese standardními antidepresivy (AD) rezistentní, zhruba třetina dosáhne jen částečné remise. U pacientů s onkologickou diagnózou se úzkostně-depresivní symptomatologie objevuje ještě častěji, než v běžné populaci. Minimálně u čtvrtiny onkologických pacientů je klinicky zjevná deprese, různou míru psychického strádání, tzv. distres však zažívá ještě více z nich. Psychické strádání pak přispívá ke zhoršené kvalitě života a vyšší mortalitě. Účinnou farmakoterapii může limitovat opožděný či nedostatečný efekt standardních AD, recentní meta-analýza dokonce nenalezla rozdíl v účinnosti nejčastěji předepisovaných AD depresivním onkologickým pacientům oproti placebo. Klíčovou výzvou současnosti tedy je, zda by mohl právě psilocybin pomoci s léčbou deprese a distresu.

Po podání psilocybinu nebyly popsány žádné závažné somatické komplikace, pouze mírně roste tepová frekvence a krevní tlak, přičemž se normalizují s metabolizací látky. Psilocybin má nízkou toxicitu, s níž je spojená vysoká relativní bezpečnost. Pro terapeutické využití je výhodou středně dlouhá doba účinku (4 až 6 hodin), dobrá absorpce při perorálním podání a fakt, že u něj nehrozí riziko vzniku závislosti. Vlastní psychické účinky (změny percepce, myšlení a emotivity) jsou integrální součástí zkušenosti a nelze je chápat jako nežádoucí, neboť bylo prokázáno, že intenzita psychedelického účinku – hloubka prožitku – koreluje s anti-depresivním efektem.

Existují však psychologická rizika podání psilocybinu, a to v podobě náročné psychedelické zkušenosti, až tzv. *bad trip*, kdy se v průběhu intoxikace mohou objevit silně úzkostné až paranoidní stavy, které mohou zapříčinit zdraví ohrožující chování jedince, s případným rizikem dekompenzace do psychózy či postraumatické stresové poruchy. Výjimečně může po intoxikaci psilocybinem přetrvávat tzv. *hallucinogen persisting disorder* či psychotické reminiscence, tzv. *flashbacks*. Tyto komplikace mohou nastat při nevhodném „setu“ - tedy osobním nastavení jedince, a „settingu“ - nevhodném a nebezpečném prostředí.

V převážné většině starých a ve všech moderních studiích je však psilocybin podán v rámci tzv. *psychedeliky-asistované psychoterapie* (PAP), která zahrnuje důkladné seznámení pacienta s akutními účinky látky v rámci přípravných sezení a navázání dobrého terapeutického vztahu mezi pacientem a terapeutem. Samotné sezení s látkou se odehrává v bezpečném a podpůrném prostředí a následuje zpravidla několik integračních sekcí. V rámci takto ošetřeného terapeutického rámce

nebyly přetrvávající nežádoucí účinky popsány. Neexistuje žádná evidence o tom, že by psilocybin zapříčinil rozvoj schizofrenního onemocnění, avšak nutno upřesnit, že ze současných klinických hodnocení jsou vždy vylučováni pacienti s osobní či rodinnou anamnézou psychózy.

## **Onkologicky nemocní pacienti se méně báli smrti**

V nedávné době byly dokončeny tři klinické studie sledující efekt psilocybinu v rámci psilocybinem asistované psychoterapie na zmírnění deprese a úzkosti u onkologicky nemocných pacientů. První studie potvrdila bezpečnost psilocybinu a jeho terapeutický efekt u dvanácti pacientů v pokročilém stádiu onkologického onemocnění. Dávka 0,2 mg/kg psilocybinu redukovala úzkosti až na tři měsíce a zmírnila u pacientů deprese v šesti měsíčním sledování.

Druhá nedávná studie potvrdila bezpečnost, antidepresivní a anxiolytický efekt vysoké dávky psilocybinu u 51 pacientů s život ohrožujícím onkologickým onemocněním. Po dávce 22 mg až 30 mg/70kg psilocybinu u pacientů výrazně klesla deprese a úzkost a strach ze smrti, zároveň u nich stoupla kvalita života, nacházeli smysl života a optimismus, a tento efekt přetrvával dlouhodobě. I po šesti měsících asi 80 procent pacientů vykazovalo klinicky významné zmírnění deprese a úzkosti. Pacienti popisovali pozitivní změny v postoji k životu a sobě, v náladě a vztazích a ve spiritualitě prožitku na vysoké dávce psilocybinu, 80 procent z nich potvrdilo nárůst životní pohody a spokojenosti se životem.

Poslední, nedávno dokončená studie prokázala okamžité, podstatné a trvalé snížení úzkostné a depresivní symptomatiky u devětatvace ti onkologicky nemocných

pacientů po vysoké dávce (0,3 mg/kg) psilocybinu, která jim byla podána v rámci extenzivní psychoterapie. 60 až 80 procent pacientů vykazovalo klinicky významnou anxiolytickou a antidepresivní odpověď i po půl roce od absolvování léčby, méně se báli smrti a zlepšila se jim kvalita života. V současnosti jediná dokončená studie prokázala antidepresivní efekt dvou v týdenním odstupu následujících dávek (10 mg a 25 mg) psilocybinu u dvanácti pacientů s farmakorezistentní depresí (nikoliv jako komorbidita onkologické diagnózy). Tento efekt nastoupil po vyšší dávce v rámci hodin, po jednom týdnu setrval u osmi pacientů, po třech měsících přetrvával u sedmi z nich.

Přechodný změněný stav vědomí navozený psychedelickou dávkou psilocybinu zahrnuje umocněné emoce, které se mohou střídat a nabývat od blažených po značně úzkostné stavy, často doprovázené zrakovými iluzemi až halucinacemi; zrychlení či zpomalení v myšlení a změny zaměření pozornosti; zážitky změněného vnímání času a prostoru; zážitky nevýslovnosti až hluboce smysluplné prožitky. Takový stav pacientům přinesl hluboké vhledy do jejich životní situace, nové porozumění nemoci a smrti až spirituální/mystické prožitky, které měly zásadní a dlouhodobý vliv na zmírnění jejich úzkostně-depresivní symptomatologie a zlepšení kvality života.

Ačkoliv podklad antidepresivního a anxiolytického efektu psilocybinu není dosud zcela objasněn, zřejmě se jedná o kombinaci řady mechanismů. Akutní agonismus na serotonergních receptorech s následnou downregulací receptorů je zřejmě zodpovědný za časný efekt. Podkladem dlouhotrvajícího účinku je pak velmi pravděpodobně indukce intenzivního neuroplastického procesu. Za psychologický korelát neuroplastických

procesů u zdravých jedinců i depresivních pacientů je považován tzv. *afterglow efekt*, v průběhu kterého předpokládáme zvýšenou účinnost doprovodné psychoterapie. Na antidepresivním účinku psilocybinu se pravděpodobně podílí samotná transformativní psychedelická zkušenost, jež vede k většímu napojení na sebe, na druhé a svět a přijetí vlastních emocí. Psychoterapeutická podpora a pomoc s integrací psilocybinem indukovaných prožitků do pacientova života pak hraje zásadní roli v dlouhodobé změně afektivity a vyšší kvalitě života.

*Autorka textu MUDr. Anna Bravermanová pracuje v Národním ústavu duševního zdraví v Klecanech a zároveň působí na 1. lékařské fakultě UK. MUDr. Filip Tylš, PhD. rovněž působí v Národním ústavu duševního zdraví a také na 3. lékařské fakultě UK. Oba jsou členy České psychedelické společnosti.*



## **O parazitech a lidech** **Jan Votýpka a kolektiv autorů**

*Naše planeta je planetou parazitů a parazitický způsob života patří k nejrozšířenějším životním strategiím na Zemi. Proč nás paraziti zajímají? Proč se lidé parazitů bojí? A existuje vůbec důvod mít z parazitů strach? Na tyto a další otázky se populárně-naučná kniha O parazitech a lidech snaží odpovědět.*

*Představuje lidské i zvířecí cizopasníky a způsob jejich života z různých úhlů, od lékařského a veterinárního přes biologický až po historický a umělecký. Život ohrožující paraziti se na našem území vyskytují vzácně, ti méně nebezpeční jsou však stále běžní a mít vlastního cizopasníka není žádnou vzácností: většina dětí se nakazí vešmi a i roupi se v dětských kolektivech vyskytují často, přibližně pětina populace je infikována prvokem toxoplasmou. V tropech a subtropích*

*představují paraziti dodnes velmi vážný zdravotní problém, na druhé straně se uvažuje i o jejich pozitivním přínosu pro naše zdraví a imunitu, a dokonce se využívají v léčbě.*

*Kniha se dělí do dvaceti kapitol, tedy jedenácti hlavních a devíti spíše kratších vedlejších kapitol. Skoro na polovinu se autorsky podílel jeden z editorů svazku, Jan Votýpka z katedry parazitologie při Přírodovědecké fakultě Univerzity Karlovy a zároveň pracovník Biologického centra Akademie věd. Jeho texty poskytují knize jakousi kostru, v úvodu vymezuje pojem parazit a další základní parazitologické termíny, následující kapitoly představují nejběžnější parazity: od těch vyskytujících se různě v České republice po druhy, s nimiž se nezřídka setkáváme v kuchyni či ve vlastní posteli. Další kapitoly rovněž sepsali přední čeští parazitologové jako Iva Kolářová, Martin Kolář, Petr Horák, Petr Kodyma a další.*

*Tematicky je kniha velice rozmanitá a zároveň čtivá, zajímavé a důležité informace v ní najdou také chovatelé psů, koček, různých hospodářských zvířat i exotičtějších živočichů. Za zmínku stojí i text Josefa Chalupského, ve kterém rozebírá vliv parazitů na různé historické a politické události, respektive jaký význam v líčených případech hrály patogeny těmito parazity přenášené (například mor a blechy).*

*Triton, 2018, 348 stran.*

# Anketa: Proč se lidé bojí smrti?

Jolana Boháčková

K většímu tématům aktuálního vydání Vita Nostra Revue patří strach a obavy ze smrti. Předchozí texty čtenáře seznamují s jednou z alternativ, jak usnadnit umírání terminálně nemocným pacientům – s využitím psilocybinu. Je ovšem třeba se smrti bát? A proč? Na to jsme se zeptali dalších lékařů a odborníků v oboru.

## Bojíte se smrti? Proč?

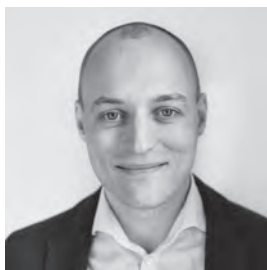


**Prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc.**

ředitel Národního ústavu duševního zdraví v Klecanech

Smrti se nebojím, jsa obětí falešného pocitu, že se mne (zatím) netýká. Ale možná je v tom i něco víc, protože když jsme jednou nouzově přistávali s velkým dopravním letadlem po transatlantickém letu, tak jsem pocítil zvláštní klid provázený pocitem, že se vlastně nic neděje, neboť můj věčný stav byl nebytí, teď jsem chvilku byl, a poté se vlastně vracím do původního stavu věčného nebytí. Pouze mi vadilo, že se nemohu rozloučit s nejbližšími a zařídit ještě pár věcí. Daleko víc než smrti, která je na sklonku

života pro všechny zúčastněné spíš vysvobozením a před tím je neradno se jí bát, se obávám nemohoucnosti, kdy se nůžky mezi tím, co bychom chtěli, a tím, co můžeme, nezvratně a krutě rozevřou.



**PhDr. Martin Loučka, Ph.D.**

ředitel Centra paliativní péče, na 3. LF UK vyučuje v rámci lékařské psychologie témata paliativní péče a sdělování špatných zpráv

Smrti jako takové se, troufám si říci, nebojím. Doufám, že až budu jednou umírat, budu v péči laskavého ošetřujícího lékaře, pečlivých zdravotních sester a také paliativního týmu, který v rámci možností podpoří mne i mé blízké. Snažím se žít tak, abych si jednou mohl říct, že to mělo smysl a že tu po mně zůstává o kousek víc dobra, než kdybych nežil. Jistě se ale trochu bojím toho, aby smrt nepřišla nečekaně a příliš

brzy, ve chvíli, kdy na to nebudu připraven ani já, ani mé okolí. Život mne zatím velmi baví a jsem vděčný za každý nový den.



### **MUDr. Martin Havrda**

#### **primář 1. interní kliniky 3. LF UK a FNKV, specialista paliativní péče ve FNKV**

Myslím si, že se smrti jako takové nebojím, nepřipadá mi nijak hrozné umřít. Jen si uvědomuji, že se to hezky říká ve chvíli, kdy člověk neočekává, že by zemřel, i když jen naivní člověk by si nepřipouštěl myšlenku, že se to může stát kdykoliv. Možná, že tváří v tvář vlastní smrti, když už to člověk ví, tak je to jiné.

Kdybych zjistil, že mám brzy umřít, asi by mě více než otázka vlastní smrti zneklidňovala otázka, zda bude postaráno o mé blízké, jestli jsem nezanedbal přípravy na to, co s nimi po mé smrti bude. Řešil bych, kdo a jakým způsobem mě zastoupí v tom, co mám na starosti, zejména v rodině, jak velké problémy má smrt komu přinese a jak se dají tyto problémy řešit. Rád bych se rozloučil, kdyby na to byl čas.

Jinak si myslím, že je to jeden z důležitých úkolů, které máme za života - starat se, abychom mohli klidně umřít.



### **Prof. MUDr. Ivana Štětkařová, CSc., MHA**

#### **přednostka Neurologické kliniky 3. LF UK a FNKV**

Nebojím se smrti, nemám strach z toho kratičkého okamžiku, kdy nastane konec, kdy se přehoupneme do jiné dimenze. Měla jsem několik zážitků v těsné blízkosti smrti a přechod od živého k neživému se zdá být laskavý. Pak už ale není nic, žádné zážitky, žádná radost, není fyzická bolest ani žádná duševní trýzeň. Čas, který nám je vyměřen, bychom měli prožít spokojeni, vážit si sebe i ostatních a radovat se z každodenních maličností. Jsem přece tady takhle jen jednou...

Co bych opravdu nechtěla, je pomalé umírání, to opravdu ne, být okolí na obtíž, závislá na dobrodiní jiných. Jsem proti zbytečné smrti, která nastane z přílišného hazardu a nedostatku pokory. Trýzní mne, když někdo zemře mladý a není mu dáno prožít život od začátku do konce.



### **Prof. MUDr. Lucie Bankovská Motlová, Ph.D.**

#### **vedoucí Oddělení lékařské psychologie na 3. LF UK**

Jelikož po smrti je to jako před narozením, nebojím se.



### **Prof. MUDr. Petr Widimský, DrSc.**

**děkan 3. LF UK, přednosta 3. interní – kardiologické kliniky 3. LF UK a FNKV**

Samozřejmě, strach ze smrti je normální pocit každého člověka, snad kromě některých velmi nemocných a/nebo velmi starých osob. Strach ze smrti je přirozený instinkt, který ovládá nejen nás, ale i jiné živočichy. Mám tím na mysli normální, přirozený strach, který nás nutí k opatrnosti nebo k vyhýbání se nebezpečným situacím, zvířata nutí k útěku před nebezpečím nebo ke skrývání se.

Velmi silně jsem strach ze smrti pocítil v září roku 1990, když jsem jel s kolegy Hrdličkou a Gregorem autem na kongres Evropské kardiologické společnosti do Stockholmu (letadlo pro nás bylo v té době finančně nedostupné). Jeli jsme Praha - Stockholm (1500 km) non-stop a kolem třetí hodiny ranní jsem při řízení usnul za volantem svého „Žiguli“. Probudily mne nárazy auta do patníků a kodrcání pravé poloviny vozu po trávě vedle silnice. Podařilo se mi vrátit na silnici a zastavil jsem. Roztřesený jsem vystoupil z auta, abych obhlédl poškození vozu - a v tu chvíli jsem se roztřásl ještě víc: asi 20 metrů před autem silnice procházela skalní soutěskou, kde na malém úseku chyběla krajnice s trávou. Uvědomil jsem si, že kdybych se probudil o pár sekund později, narazili jsme v plné rychlosti (asi 130 km/h) do té skály... Strach z blízkosti smrti se mě pak držel ještě několik týdnů.



### **MUDr. Zuzana Roithová, MBA**

**předsedkyně představenstva holdingu Jihočeské nemocnice, a.s., bývalá senátorka a europoslankyně, členka Vědecké rady 3. LF UK**

Vnímám ji jako samozřejmou součást daru života, který je časově omezen. S tímto nezměnitelným faktem se lidé vyrovnávají postupně během života, někteří lépe, jiní hůře.

Myslím ale, že ve společnosti dnes spíše než strach ze smrti jako takové rezonuje strach z umírání, které je vnímáno mnohými jako bolestný proces zejména pro lidi osamocené a nemocné. Nikdo nevíme s předstihem za jakých okolností, kdy a zda náhle bez rozloučení či naopak dlouho budeme umírat. Proto se ani netrápím touto starostí a to nejen proto, že medicína umí stále lépe zvládat fyzickou bolest nevyčísitelně nemocných.

Moudřejší je místo obav z umírání přijmout předem i tuto poslední etapu života pozitivně jako bilanční příležitost a možnost důstojně a s hloubkou prožít konec svého života s rodinou a přáteli.





## **Nově atestovaní gynekologové si povinně odslouží pět let v nemocnicích**

**Lukáš Rob, Jolana Boháčková**

Pokud budou chtít nově nastupující ambulantní gynekologové získat smlouvu se zdravotní pojišťovnou, budou se muset zavázat ke dvěma službám měsíčně v nemocnici po dobu pěti let. Povinnost zakotvuje memorandum podepsané 16. ledna ministrem zdravotnictví se zástupci odborné společnosti a zdravotních pojišťoven.

*„Ambulantní gynekologové a porodníci se budou podílet na zajištění pohotovostní služby v nemocnicích s porodnickým oddělením minimálně v rozsahu dvou pohotovostních služeb v měsíci po dobu pěti let od data uzavření smluvního vztahu, a na porodech a operačních výkonech po dobu pěti let od data atestace,“ uvádí se v memorandu. Povinnost se týká lékařů, kteří složí atestační zkoušku po podpisu memoranda, tedy po 16. lednu 2019. O komentář k této problematice jsme požádali přednostu gynekologicko-porodnické kliniky prof. MUDr. Lukáše Roba, CSc:*

V odborné společnosti se již několik let mluvilo o tom, že by bylo vhodné, aby lékaři po atestaci odcházející do soukromých ordinací měli „povinnost“ podílet se na službách LSSP (Lékařská služba první pomoci) v nemocnicích. Tento model funguje např. v některých spolkových zemích Německa.

U nás tato možnost doposud existovala pouze na dobrovolné bázi. Privátně pracující lékaři si vyčlenili půl den jako klinický a formou dohody přijali měsíčně několik služeb. Tento systém jsme používali také ve Fakultní nemocnici Motol, ale i nyní ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, odkud námi vychovaní lékaři odcházejí do soukromých ordinací, ale aby neztratili kontakt a erudici, jsou ochotni formou dohody přijmout jednu až dvě služby měsíčně. V menších okresních nemocnicích se jen díky této formě dařilo udržet LSPP na odděleních gynekologie a porodnictví.

Bohužel jsme v našem oboru stále častěji vystavováni soudním sporům a tak řada mladých lékařů uvažuje racionálně: „Proč se stresovat ve službě, když mohu mít klidný život v ambulanci... za to mi ty peníze za službu nestojí...“ Ubývá tak lékařů ochotných podílet se na

zabezpečení LSPP na lůžkách a zejména stresující jsou pak porodní sály.

V současnosti máme v privátním sektoru okolo 1500 gynekologů a v zhruba 90 lůžkových zařízeních na celé území mezi 600 až 700 gynekology. Práce ambulantních registrujících gynekologů je dobře bodově nastavena, ačkoli je samozřejmě zodpovědná, je méně stresující. Pokud si není ambulantní gynekolog s něčím jist, pošle ženu například ke specialistovi majícímu a ovládajícímu ultrazvuk, urogynekologickou specializaci nebo specializaci reprodukční medicíny. Akutní případy pošle do spolupracujícího nebo nejbližšího lůžkového zařízení. Systém funguje.

V hodinové mzdě však nemůže lékař v nemocnici konkurovat příjmu ambulantního specialisty a tak jistou kompenzací v měsíčním platu zaměstnanec nemocnice představují pohotovostní služby a víkendové služby. Nicméně i tak se „dobře“ pracující registrující gynekolog pohybuje platem na úrovni primáře oddělení se všemi jeho službami a příslužbami.

Je však korektní, aby se primář a jeho kolektiv věnovali mladému lékaři pět a více let do atestace, trpělivě ho vše učili a on jim není ochoten pomoci ve službách, aby oddělení mohlo dále existovat? Osobně jsem se při diskuzích na toto téma zasazoval o povinnost sloužit v nemocnicích po dobu 10 let od atestace.

# Nevyvratitelné mýty českého zdravotnictví

Jana Šeblová

Dnes se od zamyšlení nad medicínou a pacienty obrátím k nám, lékařům. Někteří starší kolegové, co praktikovali ono pověstné pá-so-ne a služby obden, považují dnešní mladé za zpovykvané: občas chtějí jít po práci domů a uvítali by, kdyby jim zbylo trochu času i na něco jiného, než na medicínu. Osobně považuji přístup dnešních mladých lékařů za projev zdravého rozumu a odpovědnosti – především k pacientům, ale i sobě, svému zdraví a ke svým blízkým. Při vzpomínce na 80,5 hodiny práce v kuse mi je nevolno ještě dnes.

Že je české zdravotnictví perpetuum mobile vědí všichni, co v něm pracují. Za zhruba 7,5 procenta českého HDP máme zdravotní péči v mnoha oblastech světové úrovně, a nesporně je pro občany dosažitelnější, než pro běžné Američany za 18 procent jejich amerického HDP. Zřizovatelé všude hlásí nedostatek personálu, chybí lékaři mnoha odborností (dle poptávky a inzerátů snad už úplně všech) a některá oddělení se zavírají nebo redukuje počet lůžek kvůli nedostatku sester. Přesto se nějakým kouzelným způsobem dodržuje zákoník práce, který definuje maximální počet hodin ve směně, povinné volno mezi směny či maximální počet přesčasových hodin. Ten je – a pokud již jste lékaři s praxí, nesmějte se či nezoufejte – 150 za rok. Pokud souhlasíte s vyšším limitem, můžete být v práci o 416 hodin více, než je celoroční norma, vyšší objem přesčasů může být sankcionován inspektorátem práce.

V mé pracovní minulosti jsem několikrát strávila v práci i kolem 380 až 420 hodin za jeden měsíc. Omlu-

vou mi budiž, že to bylo na krátké kritické období a ne-normalitu toho uspořádání jsem si uvědomovala, jako primárka jsem však měla pocit zodpovědnosti za chod svěřeného pracoviště. Znáám kolegy, co pracují zhruba v rozsahu dvou pracovních úvazků dlouhodobě, někteří z finančních důvodů dobrovolně, druzí mají pocit, že to tak prostě být musí. I bez podobných sebedestrukčních heroických výkonů však jako každý zdravotník považuji za normální někdy pracovat o víkendech, v noci či o svátcích, a i těch hodin mít o něco více, než je běžná pracovní doba. V zájmu svého duševního zdraví se poslední léta snažím, aby to bylo jen „o něco málo“ více...

Dostupnost zdravotní péče kdykoliv a kdekoliv je podle přesvědčení běžného občana zadarmo. Za 30 let od doby, kdy padla vláda jedné strany, neměl nikdo z politiků odvahu sdělit veřejnosti, že kvalitní zdravotnictví něco stojí. Český občan nebyl schopen strávit ani představu spoluúčasti nižší než jedna jízdenka MHD v Praze, a tak byl třicetikorunový poplatek zase rychle zrušen. Od nevyvratného přesvědčení o bezplatném nároku na nepřetržitou dostupnost zdravotní péče se odvíjí jakýsi pocit, že lékař je obecní majetek, a pokud si chce o svém profesním směřování rozhodovat sám, musí se mu v tom třeba i nad rámec legislativy zabránit. Vymýšlejí to zaměstnavatelé a občas se s podobnými nápady přidá i ministerstvo.

*„Smlouvu má mladý lékař na dobu určitou, atestace v nedohlednu, zatímco psaní posudku na obzoru, a on chce stále ještě dělat medicínu a léčit lidi. Už odolal nástrahám*

*farmaceutických a jiných firem, nevarovala ho skepse starších kolegů, neodradila ho ani praktická ukázka z organizace zdravotnictví za nových ekonomických poměrů – ještě stále jeho nadšení převažuje nad možnými pochybnostmi. Ještě stále si nepřipouští, že v povolání, které si vybral, platí jakási podivná trojčlenka: čím více povinností a omezení je mu uloženo nad rámec zákona, tím méně má právo.“*

Pokud máte pocit, že jde o příspěvek do současné diskuze k tématu „Férové pracoviště“, jste na omylu – výše uvedené jsem napsala do časopisu Vita Nostra Review v únoru 1993 v příspěvku nazvaném „Otroci titulu aneb causa dodatek“. Tehdy nemocnice vymyslela dodatek k pracovní smlouvě absolventů do jednoho roku praxe, že souhlasí s tím, že jim nebudou propláceny služby. Později se plošně zejména ve fakultních nemocnicích rozšířila ještě horší praxe: lékaře absolventy nemocnice braly na minimální úvazky a zbytek času měl mladý lékař být „na stáži“, přičemž na té pseudostáži zcela normálně pracoval. Výjimkou nebyly ani úvazky 0,1. Situace to byla velmi podobná jako ve zmiňovaném roce 1993 – lékař bez atestace se většinou neodvážil moc nahlas domáhat svých práv, protože na posudku školi-tele závisí jeho hodnocení, uvolnění na stáže předepsané vzdělávacím programem, a tím i možnost přístupu k atestační zkoušce. Navíc dnes díky neustálým změnám vzdělávání mohou mladí atestovat nesrovnatelně později, než v dřívějších profesních generacích, kdy byl funkční dvoustupňový systém postgraduální přípravy.

V dnešní době, kdy jsme členy EU s volným pracovním trhem, odcházejí mnozí lékaři, ať již se specializovanou způsobilostí nebo i bez ní, do zahraničí. Někdo jde za vyšším výdělkem (i toto je zcela legitimní důvod), jiní preferují čitelnější pracovní podmínky a strukturovanější přístup ke vzdělání, jiný jde – tak jak to býva-

lo zvykem v mnoha profesích – do světa na zkušenou. A právě v kontextu odchodů lékařů za hranice jsem zachytila diskuzi o návrhu, že by se studenti medicíny museli smluvně zavázat, že několik let po dokončení školy zůstanou pracovat v České republice. Nechtěla jsem věřit svým očím a šla jsem se podívat na letopočet, zda jsme se nevrátili nějakým obračecem času o desítky let zpět do doby socialistických umístěnek. Sama ta úvaha je absurdní, neboť se vztahuje pouze na lékaře. Pokud se kdokoliv z jakéhokoliv oboru, od IT specialistů přes architektky, umělce, inženýry, ekonomy až k modelkám nebo sportovcům profesně prosadí v zahraničí, stává se předmětem obdivu a objevuje se na titulních stránkách novin. Pouze lékař by o tom nesměl ani uvažovat, protože, jak jsem se i dnes v diskuzích k danému tématu dočetla, „vystudoval za dělnické peníze“, a tudíž na jeho znalosti a dovednosti má nárok jen a pouze český občan. Ten mu laskavě umožnil studovat a poté mu neméně laskavě dovolí ho léčit.

S dalším nápadem, jak řešit nedostatek lékařů určité specializace nad rámec legislativních předpisů, přišla odborná společnost ve spolupráci s ministerstvem a pojišťovny. Česká gynekologická a porodnická společnost a další subjekty se dohodly, že ambulantní gynekologové a porodníci se budou podílet na zajištění pohotovostních služeb v nemocnicích v rozsahu minimálně dvou služeb za měsíc. Týká se to lékařů, kteří složí atestační zkoušku a budou si muset v nemocnici „odkroutit“ pět let. Na první pohled to vypadá spíše pozitivně – jistě se shodneme, že práce v nemocnici je odlišná od ambulantní praxe, může být odborným přínosem pro lékaře a benefitem pro pacienty. Může to však fungovat v navrhovaném režimu jakýchsi nucených prací? Dovolím si o tom pochybovat. Když lékař

bez vlastní motivace přijde dvakrát do měsíce ve čtyři hodiny převzít službu a jeho (jejím) jediným přáním bude přežít nějak bez úhony do rána, nebude to bezpečné ani pro něj (jí), ani pro pacienty. Nebude znát běžný denní provoz daného zdravotnického zařízení, kolegy, se kterými bude řešit konzilia, bude se potýkat s nemocničním informačním systémem, odpoledne si v letu přebere pacienty a ráno je ještě ve větším letu předá. Pokud by výše uvedený návrh byl pouze doporučením dobré praxe a pobídkou pro zaměstnavatele, jak zájemcům umožnit pracovat jak v nemocnici, tak v ambulantní sféře (například umožněním zkrácených úvazků nebo nadstandardní finanční nabídkou), znělo by to úplně jinak a pozitiva by nesporně převážila.

Všechny výše zmiňované nápady, které vznikly v různých obdobích v minulých téměř 30 letech, mají jedno společné – snaží se za málo peněz pořídit co nejvíce lékařské muziky, jsou nesystémové, vůči lékařům vždy nějakým způsobem neslušné a z dlouhodobého hlediska nemohou nic vyřešit. Zaměstnavatelé by se měli snažit vytvořit takové podmínky, aby si mohli z uchazečů vybírat. Fantazii se meze nekladou: atraktivní plat, benefity, vzdělávání, školky pro děti, kratší úvazky, perspektivu osobního růstu, péči o zaměstnance... A ministerstvo by už mohlo pochopit, že změny parametrů postgraduálního vzdělávání každé dva roky jsou cestou do pekel, cestou, která je pro mnoho mladých lékařů směrovkou do jiné země – dokud ještě mohou za práci odejít.

## Antibiotika - systematika, vlastnosti, použití

Jiří Beneš

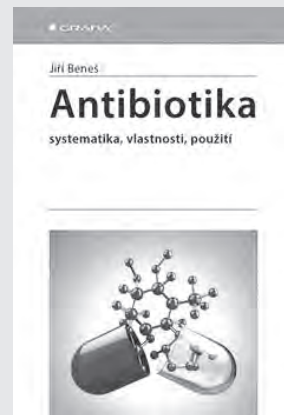
*Kniha shrnuje důležité informace o tématu v přehledu z domácí i světové literatury, vše doplňují komentáře a postoje autora, který se tématem zabývá 25 let. Monografie popisuje jednotlivé skupiny antibiotik a v rámci každé skupiny i všechny důležité zástupce. Čtenář získá přehled o mechanismu účinku, spektru působení, principech rezistence, farmakokinetice a rizicích spojených s léčbou. Kromě oficiálních údajů jsou připojeny i komentáře a praktická doporučení, jak antibiotika nevhodněji podávat.*

*Monografie sestává ze čtyř částí. V úvodu jsou představeny základní pojmy a souvislosti, které se týkají antibiotické léčby: definice antibiotik; vysvětlení jejich výjimečného postavení mezi ostatními léčivými přípravky; terminologie používaná při popisu jejich farmakokinetických a farmakodynamických vlastností; mechanismy vzniku rezistence na antibiotika; nežádoucí účinky a lékové interakce.*

*Stěžejní část knihy se věnuje systematice. Základní dělení rozlišuje šest skupin antibiotik, podle mechanismu působení; toto členění obsahuje některé originální prvky, které se vymykají ze zavedených schémat. U jednotlivých přípravků je vždy popsána chemická struktura, spektrum účinku, mechanismy rezistence, farmakokinetické vlastnosti, nežádoucí účinky, doporučené dávkování a klinické využití. K tomu jsou připojeny komentáře, které ukazují a zdůvodňují možnosti využití těchto přípravků mimo registrované indikace a dávkovací schémata.*

*Třetí část obsahuje obecné rady, jak vést antibiotickou léčbu: jaký typ přípravku zvolit; čím se řídit při výběru dávkovacího režimu; kdy a jak antibiotika kombinovat; jakým způsobem je vhodné léčbu ukončit. Závěr tvoří tabulka shrnující všechna antibiotika registrovaná v ČR v roce 2017.*

*Grada, 2018, 600 stran.*



# Nechci vám ublížit

## Mladí lékaři dostávají v nemocnicích případy, na které nestačí

**Hana Čáповá**

Divný pocit na hrudi, jaký nikdy nezažil, zvedl pětadvacetiletého Pavla V. v podvečer od televize. Napadlo ho, že takhle nějak by mohl vypadat infarkt. Muž byl kromě občasného vyššího tlaku zdravý jako řípa, o den dřív, v neděli, si byl s kamarády zahrát fotbal. Pocit byl tak nepříjemný, že s manželkou raději vyrazili na pohotovost plzeňské fakultní nemocnice. Předpokládali, že pro lékaře prestižního pracoviště bude hračka odhalit, co se děje, a případně včas zasáhnout.

Na centrálním příjmu nemocnice ho kolem půl sedmé večer přijala sedmadvacetiletá lékařka Lenka Pražáková. Měla osm měsíců po škole, na příjmu byla sama se sestrou a nevěděla, kam dřív skočit. Pacienty jí sem vozila sanitka s majáčkem, přivážel je personál nemocnice, když měl za to, že je třeba přeložit je na jiné oddělení, kromě toho chodili i sami, tak jako Pavel V. (na přání rodiny neuvádíme celé jméno - pozn. red.) Jen na lékařské začátečnici ležela odpovědnost, že určí nejrůznější diagnózy desítek lidí správně.

Tragédii, která se před pěti lety během několika následujících hodin v plzeňské fakultní nemocnici odehrála, zná dnes skoro každý začínající lékař či student medicíny. A mají strach, že jednou si roli v podobné tragédii může vylosovat kdokoli z nich.

### Hned bych si všimla

Mladá lékařka zapsala, že Pavel V. přišel kvůli „diskomfortnímu pocitu na hrudi“, změřila myoglobin, látku, která signalizuje infarkt, udělala elektrokardiografii (EKG). Usoudila, že křivky z EKG jsou v pořádku a myoglobin je sice zvýšený, ale nijak dramaticky. A stanovila diagnózu - náhlé zvýšení krevního tlaku. Pavel V. dostal lék na jeho snížení a pro jistotu na pohotovosti zůstal. V čekárně zkolaboval, lékařka Pražáková mu znovu udělala EKG, ani tentokrát na něm žádnou patologii neviděla. Krátce před půlnocí poslala Pavla V. domů s doporučením, aby si do konce týdne zašel k praktickému lékaři kvůli tlaku.

V tu chvíli zbývalo do tragédie jen pár hodin. Pojistka, která jí mohla zabránit, selhala. Podle pravidel nemocnice měl každého pacienta, kterého začínající lékař poslal z příjmu domů a nenechal ho v nemocnici, zkontrolovat zkušený atestovaný lékař. V den, kdy přišel do nemocnice Pavel V., to byla lékařka s více než dvacetiletou praxí Eva Jánská. Jenže ta měla ten večer na starost kromě kontroly mladé kolegyně z příjmu také celou interní kliniku a zároveň byla ve funkci konziliáře - internisty, kterého si kolegové z jiných oddělení zvou, když se nad některým pacientem chtějí poradit ve skupině - pro celou nemocnici.

Na pacienta Pavla V. se podívat nepřišla, spokojila se s telefonem, do kterého jí Pražáková řekla, že EKG je v pořádku, a o infarkt tedy nejde. Kvůli přetrvávající bolesti šel Pavel V. hned ráno k praktikovi, tam zkolaboval a po převozu do fakultní nemocnice, krátce před půl jedenáctou dopoledne, zemřel na infarkt.

Večer na centrálním příjmu byla šance Pavla V. na přežití mnohonásobně vyšší. Kdyby včas zasáhl kardiolog, konkrétně 95procentní. Jenže mladá lékařka Pražáková infarkt neodhalila a zkušená kolegyně, která nad ní měla dozírat, se na EKG nešla podívat. Později u soudu vypověděla, že kdyby grafy viděla, hned by si všimla patologických změn a kardiologa by přivolala.

Začínající lékařka Lenka Pražáková odešla od soudu s trestem 18 měsíců vězení s podmíněným odkladem na dva roky, její zkušenější kolegyni uložil soud trest o půl roku delší, se stejnou dobou odkladu. Pražáková se podle soudců provinila nevědomou nedbalostí, podcenila bolest na hrudi a nesprávně vyhodnotila křivky EKG. Jánské vyčetli vědomou nedbalost, protože věděla, že má pacienta, kterého mladá kolegyně posílá domů, vidět osobně, a přesto se spokojila s tím, že ta jí jeho stav popsala jenom do telefonu.

Soud uznal, že na začínající lékařku byly zařazením na centrální příjem „kladeny velké nároky“, byla „hozena do vody“. Ale věděla, že bez posvěcení atestovaného lékaře nikoho poslat domů nesmí, a měla trvat na tom, aby starší kolegyně přišla osobně. Ta se hájila tím, že měla příliš práce, a na mladou kolegyni se proto spolehla. Podle rozsudku plzeňského krajského soudu se na pacienta, který šel z příjmu domů, zkušený lékař obvykle přišel podívat, nebylo to však pravidlem, zhruba každý desátý člověk se setkal jen s málo zkušeným lékařem.

Případem se stále zabývají soudy, kvůli odškodnění

vdovy a syna, kterému bylo v době tragédie šest let. Plzeňský krajský soud jim přiznal dohromady tři a čtvrt milionu korun, obě strany, nemocnice i poškození, se ale dovolaly k Nejvyššímu soudu. A civilní soud přidal do případu novou rovinu, vinu nemocnice. Podle soudce Davida Kotrbatého, který případ řešil v první instanci, by nac entrálním příjmu rozhodně neměl být nezkušený lékař sám, ale trvale by tam s ním měl být i lékař atestovaný. S tím však nemocnice nesouhlasí, tisková mluvčí Gabriela Levorová píše, že „standardní postup“, tedy kontrolu těch pacientů, kteří jdou domů, „nebylo nutné měnit“, stačí dbát na jeho „důsledné dodržování“. Mladá lékařka z nemocnice odešla, její starší kolegyně tu pracuje dál. O případu se nechtějí bavit.

## Měl jsem štěstí

Drobný černovlasý mladík v brýlích u malého stolku v rohu kavárny zaklapne počítač a nakažlivě se usměje. Právě udělal zkoušku z infekčního a tropického lékařství, poslední v tomto semestru. Od chvíle, kdy s čerstvým diplomem nastoupí do nemocnice, dělí Tomáše Sychru, studenta pátého ročníku 3. lékařské fakulty v Praze, rok a půl. Chce být všeobecným břišním chirurgem.

Když začne mluvit o tom, co ho čeká na cestě k atestaci – tedy během v průměru pětiletého „kolečka“, kdy sbírá zkušenosti v různých medicínských oborech, než se podle zákona stane opravdu samostatným lékařem –, zvážní. „Mám spoustu teoretických znalostí, ale medicína se učí praxí. Bojím se, že se mi v nemocnici nebude nikdo věnovat tak, jak by měl,“ říká. Plzeňský případ podle něj není jediný, který kvůli smrti nebo vážnému poškození pacienta skončil u soudu a mohl za to začínající lékař, na kterého nikdo nedohlížel, jak bylo třeba.

„Nechci někomu ublížit,“ říká Sychra. „Bojím se, že na nadsazeném rčení, že každý mladý lékař má rezervované místo pro svého pacienta na hřbitově, něco je.“ Tomáš Sychra je přitom student celkem aktivní a z praxe se snaží nasát co nejvíc, už od druhého ročníku chodí ve volném čase na noční služby do nemocnic, byl na neurochirurgii, plastické chirurgii, transplantacním oddělení i kardiochirurgii. Pomáhal sestřám i lékařům, s čím bylo zrovna třeba, odsával, držel háky, občas mohl zašít menší ránu. V rámci programu Erasmus vyjel na půl roku do Hannoveru, byl tam ve škole i v nemocnici. Na 3. lékařské fakultě organizuje veletrh práce Trimed Job, kde se medicí každý rok baví se začínajícími lékaři o jejich zkušenostech a setkávají se s potenciálními zaměstnavateli.

Kdyby na zmíněný Trimed Job zavítal člověk, který lidi v bílých pláštích vidí jako sebevědomé paternalistické „bohy“, byl by překvapen. Jako červená nit se jednotlivými vystoupeními táhne právě strach mediků a začínajících lékařů ze selhání, a hlavně z toho, že je starší zkušené kolegyně nebudou chtít učit, předávat jim znalosti a v začátcích jim krýt záda svými zkušenostmi.

Například podle projektu Sekce mladých lékařů České lékařské komory, nazvaného Férové pracoviště, cítilo v roce 2017 uspokojujivý dohled nad svou prací 63 procent ze zhruba dvou tisíc dotázaných lékařů do 35 let a jen 33 procent z nich si myslelo, že jim zkušenější lékaři dostatečně předávají praktické dovednosti (že je školitel na cestě k atestaci „řádně vede“). Z podobného podhoubí, s cílem „sdružovat lékaře, kterým záleží na pracovních podmínkách a systému vzdělávání“, vznikl před deseti lety i konkurenční spolek Mladí lékaři. U jeho zrodu stál dnes už atestovaný onkolog z brněnského Masarykova onkologického ústavu Jiří Šedo - a dnes je jeho místopředsedou. Vedla ho k tomu

zkušenost ze stáže v USA, kam vyjel v posledním ročníku medicíny; půlroční pobyt strávil na lékařské fakultě na Harvardu. Nešlo ani tak o to, že by za oceánem léčili jinými přístroji, léky či metodami. Šeda zaujalo, jak pracují se začínajícími lékaři.

„Byl jsem na různých specializacích, a všude to bylo stejné,“ vypráví brněnský onkolog. Na každý den mu byl přidělen lékař, se kterým bude pracovat. Očekávalo se, že si den předem z nemocničního informačního systému nastuduje vše o pacientech, se kterými se má následující den sejit. „Já, student, jsem si pacienta sám vyšetřil a odreferoval mladému začínajícímu lékaři, co jsem zjistil,“ říká. „Pak jsme šli za zkušeným atestovaným lékařem a probrali s ním problematiku, on si to překontroloval, promluvil s pacientem, my jsme pak udělali záznam z konzultace, atestovaný lékař nám ho schválil a podepsal.“

Naznačený postup zní logicky, ale podle Šeda právě tahle hierarchie, důsledná kontrola a zároveň s tím i předávání erudice v Česku na mnoha pracovištích chybí. „Praktické začátky lékařů často probíhají stylem - hodíme vás do vody a naučte se plavat sami,“ říká.

Také Jiří Šedo si vybavuje, že se ještě jako student medicíny na jedné ze stáží na interně velké fakultní nemocnici ocitl v situaci, která mohla skončit vážným poškozením pacienta. „Byl jsem tam sám jako medik s mladou nezkušenou lékařkou, bez lékaře, který na ni měl dohlížet,“ vypráví. „Najednou nás volala sestra, že jeden z pacientů na lůžku zkolaboval.“ Mladá lékařka se nikdy předtím s podobnou situací nesetkala.

„Srdce bije, srdeční zástava to není,“ běželo tehdy medikovi hlavou. „Může za tím být mozková příhoda, musíme rychle udělat vyšetření na cétěčku, počítačovým tomografu,“ navrhl a lékařka souhlasila. Úplně



v tom stresu zapomněli zjistit, jestli pacient není náhodou diabetik. Naštěstí před CT vyšetřením lékařka zavolala i kolegu z jiného oddělení, zkušeného anesteziologa. A právě hladina cukru bylo to první, na co se ptal vyjevených mladých kolegů. A opravdu, nízká hladina glukózy byla příčinou bezvědomí. Věc sama o sobě šla dobře vyřešit, bylo ovšem nutné reagovat rychle – a zamýšlené vyšetření na tomografu mohlo být fatální ztrátou času. „Měli jsme štěstí, že se nic nestalo,“ říká Šedo. „Pacient také mohl naší vinou skončit s vážně poškozeným mozkiem.“

## **Pokus omyl**

Na schůzku s novináři s sebou Šedo přivedl mladou lékařku, kterou poměry na interním oddělení jedné okresní nemocnice vyděsily natolik, že se rozhodla pro jiný obor.

Atestaci měla na této interně jen zhruba pětina lékařů, a ti, kdo ji měli, sloužili především v ambulantních ordinacích, kardiologické, gastroenterologické a dalších. Ambulance různých odborností musí totiž okresní nemocnice mít, aby nabízela „komplexní péči“. Na lůžkovém interním oddělení tak byli sami neatestovaní lékaři. „Když jsem tam přišla, největší zkušenost měla lékařka se dvěma roky po škole, my ostatní, bylo nás celkem šest, jsme byli úplní začátečníci,“ říká mladá žena. „Od ní jsme se tu učili medicínu, všichni jsme se na ni obraceli a ona nám říkala, jak co řešit. To není správné, takové vzdělávání nemá žádný kontext.“

Navíc zmíněná nejzkušenější lékařka byla po čase úplně vyčerpaná a odešla. Takový koloběh byl v nemocnici běžný, kdo získal jen trochu zkušeností, učil čerstvé absolventy, a obvykle po čase prchl. V nemocnici byl tak trvale nedostatek lidí, i ti začínající sloužili, v pod-

statě bez dozoru, spoustu přesčasů. „Když vás nevede někdo zkušený, učíte se metodou pokus omyl,“ říká lékařka. „Třeba nasadíte nějaká antibiotika, a když nefungují, zkusíte jiná.“

Nakonec zvedla kotvy také ona. Neunesla nápor práce – během noční služby měla na starost nejen lůžkové oddělení interny, ale i lidi z léčebny dlouhodobě nemocných a z rehabilitace, celkem víc než 100 pacientů, kromě toho musela přijímat akutní případy, klidně deset nebo 15 lidí za čtyřicetihodinnou službu. Měla strach ze selhání, bála se, že něco přehlédne. Práce internisty se jí zprotivila. Rozhodla se raději atestovat jako praktická lékařka a otevřít si ordinaci. Anonymně chce mluvit proto, že k tomu potřebuje také zkoušky z interního lékařství a nechce si proti sobě starší kolegy poštvat.

## **Budu si diktovat**

„Pozice mladých doktorů je horké téma,“ připouští přední český odborník na kvalitu ve zdravotnictví, proděkan 3. lékařské fakulty David Marx. Zákon sice říká, že neatestovaný lékař má mít odborný dozor (pokud je v praxi méně než 30 měsíců) a dohled, pokud pracuje déle, neříká už ale, jak konkrétně mají dozor a dohled vypadat.

Zmiňuje jen, že dozorující lékař má být začátečníkovi k dispozici do 15 minut a dohlížející do 30 minut. „Když máte třeba čtyři měsíce praxe, sloužíte sám a řešíte dušné dítě nebo pacienta s krutou bolestí břicha, může být 15 minut strašně dlouhá doba,“ říká Marx.

Zákon mluví také o tom, že začínající lékař má mít svého školitele, podle Marxe ale příliš obecně. Operuje s dobou, po kterou je mladý lékař v praxi, nikoli s tím, co konkrétně umí.

„V Česku se nikomu nechce do jednoznačného stanovení kompetencí,“ vysvětluje Marx. „Tím myslím, že já jako školitel jasně vyjmenuji, jaké výkony už může konkrétní mladý lékař dělat samostatně na základě toho, že jsem ho například nějakou dobu pozoroval a že pod mým vedením provedl těch výkonů iks správně, a podepší se pod to. To nejde stanovit plošně, odslouženou dobou, začínající lékaři jsou různí, někdo je schopen samostatně pracovat za dva měsíce a někdo za dva roky.“ Marx vzpomíná, že když v devadesátých letech pracoval jako lékař a dělal školitele mladých lékařů v Británii, byla povinná práce s mladými lékaři, dohled nad nimi a stanovení kompetencí naprostá samozřejmost: „Kdybych to neudělal, dostanu vynadáno, a kdybych to neudělal opakovaně, tak mě vyhodí.“

Nutnost dát zacvičování začínajících lékařů jasnou standardizovanou podobu jde podle Marxe ruku v ruce s obrovským posunem v medicíně během posledních několika desetiletí. Přibývá léčebných a diagnostických metod, medicína je stále efektivnější, ale také čím dál specializovanější. A tím složitější je do ní prakticky proniknout. „Ještě v osmdesátých letech minulého století nebylo činností, ke kterým lékař potřeboval dlouhodobý zácvik, ani zdaleka tolik,“ říká. „Dnes to v některých oborech trvá léta, než se z lékaře stane samostatný odborník, který se obejde bez supervize.“

Přístup k mladým lékařům se podle proděkana Marxe liší v jednotlivých nemocnicích, oborech i mezi zkušenými lékaři. „Je řada primářů a vedoucích pracovníků, kteří intuitivně nebo na základě zkušeností ze zahraničí přistupují ke vzdělávání strukturovaně,“ popisuje. „Jiní ale řeknou, mně to taky nikdo neukazoval, hodili mě do vody – a plavat jsem se musel naučit sám.“

Podle Marxe, který dělá i soudního znalce, se v případech, když se stane nějaká tragédie, stále častěji mluví nejen o odpovědnosti mladých lékařů a jejich kvalifikovaných kolegů, ale také o odpovědnosti instituce a jejího vedení, a on to vítá: „Ředitel by měl odpovídat za to, že pacient nebude poškozen kvůli tomu, že se něco stanoveného nedodrželo nebo nebylo zavedeno.“ A mění se podle něj také studenti: „Častěji než o tom, že lékaři nejsou dost dobře zaplacení, mluví o strachu z toho, že hned na začátku selžou a dostanou se do nějakého průšvihů.“

V rámci předmětu veřejné zdravotnictví, který na 3. lékařské fakultě vede, se David Marx snaží mediky seznámit právě i s tragickými příběhy a vést je k tomu, aby takovým situacím předcházeli. Marxův student Tomáš Sychra má i díky tomuhle předmětu plán, jak nezaplnit své „místo na hřbitově“. „Lékaři chybějí, proto si dnes i začínající lékař může vybírat, trochu diktovat podmínky,“ říká. „Když mě budou někde nutit k samostatným službám dřív, než se na ně budu cítit, nemám tam být, půjdu jinam.“ Věří také, že bude schopen si uvědomit, na co ještě stačí a na co už ne. „Mladí lékaři si často nechtějí připadat trapně, volat co chvíli zkušenějšího lékaře,“ říká. „Ale já jsem rozhodnutý. Klidně budu vypadat jako hlupák, hlavní je pacient.“ „To je hezká představa,“ reaguje místopředseda Mladých lékařů Jiří Šedo. „Musí se ale připravit na tvrdý střet s realitou systému, který je nějakým způsobem zaběhaný. Mladý lékař v něm má jen malou možnost fungovat tak, jak by si představoval.“

---

*Autorka je redaktorkou časopisu Respekt, kde její článek 4. března 2019 vyšel.*

**TEXT**



# Případ Kukockij

Ljudmila Ulická

(úryvek)

Tentokrát poněkud netradičně v rubrice Text nepředstavujeme nic z odborné či populárně-naučné literatury, ale vybíráme úryvek z čistě beletristického díla. Jeho ústředním hrdinou je však lékař a medicínské téma je stěžejním motivem románu.

Hlavní hrdina příběhu, nadaný a ambiciózní lékař Pavel Alexejevič Kukockij se snaží prosadit znovuzavedení práva na potrat, o něž sovětské ženy přišly Stalinovým nařízením z roku 1936. Tento boj za vnitřní svobodu člověka a možnost vlastní volby však překazí jeho slibně zahájenou kariéru. A oťrese také jeho idylickým rodinným životem, když do něj navíc vpadne sirotek po sousedce, jež zemřela právě při nelegálním potratu. Není to ale žádný bojovný román o prosazování potratů, Sovětský svaz patřil k prvním mezi zeměmi, kde byly předtím potraty povoleny. Ústředním tématem knihy je svobodná volba – žena by měla mít možnost zvolit si, jestli bude mít dítě nebo ne. Z pohledu lékaře navíc vyvstává otázka záchrany života – je důležitější život matky nebo nenarozeného dítěte?

Kukockého případ je typický pro Sovětský svaz 40. a 50. let, kdy se soukromí ocitlo ve vleku nelidské epochy. Ludmila Ulická rozehrává svůj román na pozadí krátké poválečné euforie, stalinských kampaní proti genetice a kosmopolitismu, Stalinovy smrti a následného dočasného tání. Čtenáře provází tehdejší Moskvou, Petrohradem, ale i rozvalinami starověké civilizace na černomořském pobřeží. Děj příběhu se přehoupne až do 80. let.

Ve všech románech Ludmily Ulické hlavní hrdinové disponují nějakou výjimečnou schopností, u Kukockého je to „nitrovidění“ – lékař bez techniky člověka skenuje, dokáže rozpoznat, jaké nemoci ho sužují. Tato schopnost ale nijak nehýbe syžetem, představuje spíš jakousi metaforu jeho výjimečnosti.

Kromě Pavla Kukockého se v románu objevuje také řada ženských postav, které se postupně stávají důležitějšími než sám Kukockij, ten ale o jejich osudu částečně rozhoduje. Důležitou roli hraje i genetik Ilja Goldberg, přítel hlavního hrdiny, který s Kukockým často diskutuje a probírají spolu aktuální genetické teorie, ačkoli je genetika pronásledovanou vědou. V té době ji studovala také sama autorka románu Ludmila Ulická.

První Pavlova vědecká práce byla věnována jistým cévním poruchám, které vyvolávají samovolné potraty v pátém měsíci těhotenství. Poruchy se týkaly těch nejmenších kapilár a Pavel se tehdy obíral myšlenkou ohledně možnosti působit na procesy v periferních oblastech krevní a nervové soustavy, jelikož se domníval, že se dají řídit snadněji než vyšší části. Jako všichni sekundáři se staral o pacienty na lůžkovém oddělení a dvakrát týdně ordinoval na poliklinice.

Když toho roku na poliklinice vyšetřoval ženu s opakovanými potraty ve čtvrtém a pátém měsíci těhotenství, uviděl nádor žaludku s metastázemi – s jednou velmi zjevnou v játrech, s druhou, slaboučkou v oblasti mezihrudí. Rituál pacientčina vyšetření nepřerušil, ale poslal ji k chirurgovi. Pak dlouho seděl v ordinaci, než zavolal další pacientku, snažil se pochopit, co se to s ním stalo, kde se vzal ten schematický, barevný obrázek značně pokročilé rakoviny...

Od toho dne se u Pavla Alexejeviče objevil ten podivný, ale prospěšný dar. V duchu mu říkal „nitrovidění“ a v prvních letech opatrně zjišťoval, zda někdo z kolegů nemá podobnou zvláštní dovednost, ale nic nevystopoval.

S postupem let se jeho vnitřní zrak ustálil, zesílil, získal vysokou rozlišovací schopnost. V některých případech viděl dokonce i buněčné struktury jakoby obarvené Ehrlichovým hematoxylinem. Zhoubné změny měly intenzivně fialový odstín, oblasti aktivní proliferace se mihotaly drobně zrnitou nachovou barvou... Zárodek od prvních dní těhotenství viděl jako zářivý světle modrý obláček...

Bývaly dny a týdny, kdy Pavla Alexejeviče „nitrovidění“ opouštělo. Nepřestával pracovat: dál vyšetřoval pacienty a operoval. Vědomí profesionální jistoty ho ne-

opouštělo, ale v jeho duši panoval mírný neklid. Mladý doktor byl pochopitelně materialista, mystiku nemohl vystát. S otcem se vždycky posmívali matččině zálibě navštěvovat velkosvětské sedánky, kde se vyvolávali duchové, nebo bláznivé mystické seance s magnetismem.

Svůj dar Pavel Alexejevič vnímal jako samostatnou, na něm nezávislou bytost. Netrápil se jeho mystickou povahou, přijal ho jako užitečnou výpomoc ve své profesi. Postupně se ukázalo, že jeho dar je asketa a nenávidí ženy. Už jen příliš sytá snídaně „nitrovidění“ oslabovala, takže Pavel Alexejevič si zvykl nesnídat a poprvé se najedl až během oběda nebo, když odpoledne ordinoval na poliklinice, až večer. Pokud šlo o fyzické styky s ženami, ty dočasně jakoukoli průzračnost vyšetřovaných pacientů vylučovaly.

Pavel Alexejevič byl dobrý diagnostik, jeho lékařská praxe takovou nezákonnou podporu vlastně nevyžadovala, ale vědecká práce jako by volala o pomoc: skrytý osud cév uchovával tajemství, která jako by každou chvíli měla vyjít na povrch... A tak se osobní život Pavla Alexejeviče dostal do jistého rozporu s vědeckým, a když se rozešel se svou přerývanou láskou, chirurgickou sestrou se studenýma a přesnýma rukama, mírně se vyhýbal milostným stykům, lehce se obával ženské agresivity a zvykl si na abstinenci. Nijak zvlášť těžká zkouška to pro něj nebyla – jako všechno, k čemu dochází z vlastní vůle. Zřídka se mu líbila některá sestřička nebo mladičká lékařka a Pavel Alexejevič moc dobře věděl, že každá k němu příběhne na první zavolání, ale „nitrovidění“ mu bylo dražší.

Svůj dobrovolný celibát si musel chránit – byl osamělý, na tehdejší nuzácké poměry bohatý, ve svém oboru slavný, nebyl sice krasavec, ale zato mužný a přitažlivý, a stačil by jediný z těchto důvodů, aby každá žena, která

si všimla jeho zaujatého pohledu, zahájila takový útok, že by Pavel Alexejevič sotva stačil vzít nohy na ramena.

Některé jeho kolegyně se dokonce domnívaly, že trpí skrytou mužskou vadou, a spojovaly ji s jeho profesí: jaké touhy může mít muž, který každý den citlivými prsty z povinnosti šmátrá v tajných ženských temnách...

## 2.

Kromě rodinné věrnosti medicíně měli muži Kukočtí ještě jeden osobitý rodový rys: manželky si obstarávali stejně, jako se dobývá válečná kořist. Praděd se oženil se zajatou Turkyní, děd s Čerkeskou a otec s Polkou. V rodině se tradovalo, že všechny ty ženy byly nesmírné krasavice. Nicméně příměs cizí krve jen málo měnila rodovou podobu mohutných, brzy plešaticích mužů s vystouplými lícními kostmi. Rytinový portrét Avdže Fjodoroviče, který je dílem neznámého, ale zjevně v Německu studovaného umělce, a který potomkové Pavla Alexejeviče schraňují dodnes, svědčí o síle této krve nescoucí rodinné rysy napříč časem.

Také Pavel Alexejevič uzavřel válečné manželství – unáhlené a nečekané. Jeho manželka Jelena Georgijevna nebyla zajatkyně ani rukojmí, poprvé ji spatřil v listopadu dvaadvacátého roku v nevelkém sibiřském městečku V., kam evakovali kliniku, již řídil. Ležela na operačním stole a byla v takovém stavu, že si Pavel Alexejevič moc dobře uvědomoval, že život ženy, jejíž tvář ještě ani neviděl, není v jeho moci. Přivezli ji sanitkou a pozdě. Velmi pozdě...

Vprostřed noci Pavla Alexejeviče přivolala jeho zástupkyně Valentina Ivanovna – byla to skvělá chirurgyně, věděla, že i Pavel Alexejevič jí důvěřuje, ale tohle byl nějaký zvláštní případ. V čem – sama vysvětlit ne-

dokázala. Poslala pro něj do bytu, nechala ho vzbudit a poprosila, aby přišel. Když vešel do operačního sálu se zvednutýma rukama připravenýma k operaci, skalpelem právě rozřezávala ošetřený povrch...

Stál za zády Valentiny Ivanovny. Jeho zvláštní vidění začalo samovolně fungovat a Pavel Alexejevič už neviděl jen operační pole, kde pracovala Valentina Ivanovna, ale celé ženské tělo, výjimečně ladnou a lehkou páteř, úzký hrudník s tenkými žebry, s bránicí položenou o trochu výš, než je běžné, a pomalu se svírající srdce osvětlené bledězeleným plamenem, který pulzoval v souladu se svalem.

Viděl – a nikdo by to nedokázal pochopit, nikomu by nemohl vysvětlit ten neobyčejný pocit – úplně blízké tělo. Dokonce stín u vršku pravé plíce, stopa po tuberkulóze prodělané v dětství, se mu zdál milý a povědomý, stejně jako obrysy dávno známé skvrny na tapetách u hlavy postele, kde člověk každý večer usíná.

Podívat se na tvář té mladé a zevnitř tak krásně stavěné ženy mu bylo trochu trapné, ale přece rychle pohlédl nad bílé prostěradlo, které ji přikrývalo až po bradu. Všiml si dlouhého hnědého obočí s huňatým střepečkem u kořene nosu a úzkých nosních dírek. A bledá byla jako křída. Pocit trapnosti, že si prohlíží její obličej, byl tak silný, že sklopil oči a pohlédl směrem, kde měly být vlnité záhyby perleťového střeva. Červovitý výběžek praskl, hnis se vyli do střešní dutiny. Zánět pobřišnice. To viděla i Valentina Ivanovna.

Slabý nažloutle růžový plamen, který existoval jen v jeho vidění, s jakousi vzácnou květinovou vůní, zlehka teplý na dotek, prosvěcoval ženu a byl vlastně její součástí.

Také viděl, jak křehké jsou její kyčelní klouby kvůli nedostatečné vypouklosti hlavice stehenní kosti...

Vlastně nebyly daleko vykloubení. I pánev je nesmírně úzká, takže při porodu se dá čekat natažení nebo přetržení stydké spony. Děloha je však dospělá, už rodila. Takže jednou to vyšlo... Zhnisání se stačilo zmocnit obou větévek vaječníků i tmavé vyplašené dělohy. Srdce tlouklo slabounce, ale v klidném rytmu, zato z dělohy sálala hrůza. Pavel Alexejevič už dávno věděl, že jednotlivé orgány mají vlastní cit... Copak se ale něco takového dá pronést nahlas?

Hm, rodit už nebudeš... – ještě netušil, či dítě ta žena umírající mu před očima neporodí. Potřásl hlavou a odehnal přízračné obrázky... Valentina Ivanovna natáhla klubko střev a dostala se k červovitému výběžku. Všechno bylo plné hnisu...

„Všechno vyčistit... Všechno pryč...“

Nepodaří se ji zachránit. Prokletá profese, napadlo Pavla Alexejeviče, než vzal z rukou Valentiny Ivanovny nástroje.

Pavel Alexejevič věděl, že náčelník lazaretu Ganičev má několik lahviček amerického penicilinu. Byl to zloděj a překupník, i když Pavlu Alexejevičovi by měl... Ale dá mu je?

3.

Několik prvních dní, kdy Jelena sice neumírala, ale nebyla ani úplně živá, se Pavel Alexejevič stavoval v jejím koutku pokoje odděleném plentou a sám jí dával injekce penicilinu, který byl určen pro vojáky a byl jim tedy už podruhé ukraden. Nenabývala vědomí. Tam, kde se nacházela, byly mluvící bytosti, napůl lidé a napůl rostliny, celé to mělo jakýsi děj, jehož se účastnila div ne jako hlavní hrdinka. Byla starostlivě natažená na obrovském bílém plátně a sama si částečně připadala jako to plátno a lehké ruce cosi prováděly, jako by na ní

vyšívaly, v každém případě Jelena cítila jemné bodání droboulinkých jehliček, bylo to spíš příjemné.

Kromě těchto starostlivých vyšíváčů byli i jiní, nepřátelští, snad to byli Němci, možná dokonce i v uniformě gestapa, a ti si nepřáli jen její smrt, ale něco mnohem horšího než smrt. Zároveň Jeleně cosi napovídalo, že to všechno je poněkud přízračné, že je to částečný klam a už brzy někdo přijde a odhalí jí skutečnou pravdu. A celkově tušila, že všechno, co se s ní děje, souvisí s jejím životem a smrtí, že za tím stojí cosi mnohem důležitějšího a že je to spojené s chystaným odhalením poslední pravdy, která je důležitější než sám život.

Jednou pak zaslechla rozhovor. Nízký mužský hlas se na kohosi obracel a žádal o biochemii. Ženský stařecký hlas to odmítal. Biochemii si Jelena představovala jako velkou skleněnou krabici s barevnými zvonivými trubičkami, které jakýmsi záhadným způsobem souvisejí s horskou krajinou, v níž se to všechno odehrávalo...

Pak krajina, barevné trubičky i neskutečné bytosti náhle zmizely a Jelena pocítila, jak jí kdosi klepe na zápěstí. Otevřela oči. Světlo bylo tak hrubé a ostré, že oči zase přivřela. Člověk, jehož tvář jí připadala známá, se na ni usmál:

„To je dobře, Jeleno Georgijevno.“

Pavel Alexejevič se zarazil: byl to právě ten případ, kdy část je víc než celek – o tolik měla větší oči než zbytek obličeje.

„To vás jsem tam viděla?“ zeptala se Pavla Alexejeviče.

Její hlas byl docela slaboučký, úplně jako z papíru.

„Nejspíš ano.“

„A kde je Táněčka?“ zeptala se, ale odpověď už neslyšela, znovu začala plout mezi barevnými skvrnami a mluvícími rostlinami.

Táněčka, Táněčka, Táněčka, zazpívaly hlasy a Jelena se uklidnila: všechno bylo v pořádku.

Po nějaké době se definitivně vrátila. Všechno se urovnalo: nemoc, operace, nemocniční pokoj. Pozorný doktor, který ji nenechal umřít.

Navštěvovala ji Vasilisa Gavrilovna – na oku bělmo, tmavý šátek zavázaný nížko, sražený až k obočím. Nosila klikvové pití a tmavé sušenky. Dvakrát přivedla dceru.

Doktor za Jelenou zpočátku chodil dvakrát denně, potom jako za všemi ostatními jen během ranní vizi-ty. Plentu dali pryč. Jelena teď začala jako jiní pacienti vstávat a chodila k umyvadlu na konci chodby.

Pavel Alexejevič ji na oddělení nechal tři měsíce.

Jelena si tenkrát pronajímala část místnosti za kar-tounovým závěsem v chatrném dřevěném domku na kraji města. Bytná byla na pohled stejně sešlá a navíc výjimečně hádává. Před Jelenou už vyhnala čtyři nájem-níky. Sibiřské město, kde před válkou žilo sotva padesát tisíc obyvatel, praskalo ve švech pod náparem evakuo-vaných: vojenská továrna, v jejíž konstrukční kancelá-ři pracovala Jelena, lékařská fakulta s klinikami a dvě divadla. Pokud nebudeme počítat baráky pro vězně kou-sek za městem, žádné nové bydlení pro lidi se tu za léta sovětské vlády nepostavilo. Lidé namačkaní jako sardin-ky zaplňovali každou škvírku, každou díрку.

Doktor před Jeleniným propuštěním z nemocnice zajel služebním autem s řidičem do jejího bytu. Bytná se auta lekla a schovala se do komory. Na zaklepání otevře-la Vasilisa Gavrilovna. Pavel Alexejevič se s ní pozdravil – omráčil ho silný zápach pomýjí a špíny. Aniž by si od-ložil kožich, udělal tři kroky, odhrnul závěs a koutkem oka nahlédl do nuzáckého hnízda. V rohu velké postele seděla Táňa s velkým bílým kotětem a dívala se na Pavla Alexejeviče vylekaně, ale se zájmem.

„Okamžitě všechno sbalte, Vasiliso Gavrilovno, stě-hujete se,“ pronesl k vlastnímu údivu.

Nechat těžce nemocnou, sotva se z toho zázrakem dostala, na takovém smetišti bylo nemožné.

Za čtvrt hodiny byl všechn majetek sbalený do vel-kého kufru a uzlu, Táňa oblečená a tři bytosti ženského rodu včetně kočky seděly na zadním sedadle automobi-lu.

Pavel Alexejevič je odvezl k sobě. Klinika sídlila ve staré vile, byt Pavla Alexejeviče byl na stejném dvoře, v přístavbě. Kdysi tu byl čeledník a kuchyně pro služeb-nictvo. Teď zprovoznili velká kamna – vařilo se na nich pro pacienty –, místnost přepažili a Pavlu Alexejevičovi vyčlenili dvě místnosti se samostatným vchodem. V jed-nom z pokojů ubytoval tuto rodinu. Svou budoucí rodi-nu.

(...)

Tentokrát Pavel Alexejevič úkol omezil – nepředložil celý projekt, ale jen jeho fragment, který se týkal z jeho hlediska nejpalčivějšího problému – povolení potratů.

Uplynulo několik měsíců a Pavel Alexejevič už pře-stal čekat jakoukoli odpověď, když vtom v devět hodin ráno, zrovna když měl krátkou poradou, zavolali ze Sta-rého náměstí. Pavel Alexejevič se omluvil a s nespokoje-ným výrazem v tváři odešel z lékařského pokoje. Kdosi porušil pravidlo: během porad ho obyčejně k telefonu nevolali. Ale tentokrát šlo o předvolání na ÚV, na audi-enci, navíc okamžitou.

O deset minut později ho služební auto odvezlo z kli-niky. Vedle řidiče seděl zamračený Pavel Alexejevič. Před-volání bylo nečekané, jeho stylistika velmi zlověstná. Obzvláště se mu nelíbil ten spěch. Před odjezdem stačil



udělat jen dvě životně nezbytné věci: vypil sklenici zředěného lihu a vzal si aktovku, kterou měl pro tuto příležitost dávno přichystanou. Až cestou ke Starému náměstí ho napadlo, že se měl zajet domů rozloučit s rodinou...

Na vratnici u vchodu číslo šest ho zastavili a poprosili, aby tam nechal aktovku. V aktovce stála plochá anatomická sklenice s víčkem zataveným pečetním voskem. Ta sklenice měla v následujícím rozhovoru sehrát rozhodující roli. Po vleklém vysvětlování a přetahování mu dovolili, aby si vzal aktovku na audienci s sebou. Pavla Alexejeviče pak dva zjevně dozorcí dlouho vedli kobercovými chodbami. Ta ne zrovna příjemná cesta zaváněla jakousi noční hrůzou. Pavel Alexejevič ještě jednou zalitoval, že se nestavil doma. Dozorcí se zastavili přede dveřmi, jeden zprava, druhý zleva:

„Tady.“

Vstoupil. Sekretářka renoirovského typu s perleťově růžovou zářící tváří Pavla Alexejeviče poprosila, ať počká. Posadil se na přísnou dřevěnou lavici, široce roztáhl kolena a postavil mezi ně starou aktovku, s níž jeho otec svého času chodil referovat k ministrům dávno pohřbené vlády... Pavel Alexejevič se připravil na dlouhé čekání, ale zavolali ho už za dvě minuty. Alkohol se mezitím dostal do všech zákrutů nervového systému a rozlil své ničím nerušené teplo a klid. V dlouhatánské, neforemné kanceláři u ohromného psacího stolu seděl maličký člověk s oteklou tváří, jakoby vymodelovanou z mýdla – byla to jedna z těch tváří, co se na prvomájových průvodech pohupovaly v poryvech jarního větru.

Ledviny má mizerné, obzvláště levou, automaticky zaznamenal Pavel Alexejevič.

„Obeznámili jsme se s vaším dopisem,“ prohlásil monarchisticky stranický šéf.

Tón hlasu i sotva postřehnutelné opovržení ve tváři prozrazovaly, že věc je prohraná.

Tím spíš nemám co ztratit, napadlo Pavla Alexejeviče a pomalu rozepnul přezky aktovky. Šéf umklkl, udělal ledovou pauzu. Pavel Alexejevič vytáhl zlehka opočenou hranatou sklenici, dlaní otřel přední sklo a postavil ji na stůl. Šéf se v křesle vyplašeně odtáhl, a když nateklým prstem ukázal na preparát, nepřátelsky se zeptal:

„Co jste to sem přitáhl?“

Byla to vyříznutá děloha, nejmohutnější a nejsložitěji uspořádaný sval v ženském organismu. Byla podélně rozříznutá a rozevřená, barvou připomínala vařenou hnědožlutou krmnou řepu, ještě v silném formalinu nestačila vyblednout. Uvnitř dělohy se nacházela klíčící cibule. Otřesná bitva mezi plodem omotaným pevnými bezbarvými nitěmi a poloprůsvitným dravým váčkem, který připomínal spíš tělo mořského živočicha než obyčejnou cibuli vhodnou do polévky nebo salátu z červené řepy, už skončila.

„Všimněte si prosím, toto je těhotná děloha s klíčící cibulí. Cibule se zavede do děložního hrdla a začne tam klíčit. Kořeny prorostou plodem a cibule se pak vyjme i s ním. Pochopitelně, pokud se všechno povede. Nepovedené případy putují ke mně na stůl nebo rovnou na Vagaňkovský hřbitov... Těch nepovedených je víc...“

„Děláte si legraci...“ odvrátil se stranický funkcionář.

„Mohl bych vám přivést kilo takových cibulí,“ odpověděl slušně Pavel Alexejevič bledému funkcionáři. „Oficiální statistika, což nemohu skrývat, absolutně neodpovídá pravdě.“

Šéf se vzpřimil:

„Co vám dává právo... Jak se opovažujete...“

„Opovažuju se, opovažuju. Když se mi po pokoutním potratu podaří ženu zachránit, musím jí do karty napsat ‚samovolný potrat‘. Protože, když to neudělám, pošlu ji do vězení. Nebo její sousedku, která má taky malé děti, a polovina našich dětí už beztak nemá otce. Tahle cibulka, věřte mi, je sice ta nejdůmyslnější, ale rozhodně ne jediná metoda, jak přerušit těhotenství. Kovové kleštičky, katetry, nůžky, nitroděložní vstříkávání čertví čeho... jódu, sody, mýdlové vody...“

„Přestaňte, Pavle Alexejeviči,“ začal úpěnlivě prosit úředník, který si vzpomněl, že před válkou se i jeho manželka k něčemu takovému uchýlila. „Dost. Co ode mě chcete?“

„Potřebujeme výnos povolující potraty.“

„Zbláznil jste se! Copak nechápete, že existují zájmy státu, zájmy národa? Ve válce jsme přišli o miliony mužů. Máme problém s doplněním obyvatelstva. To, co tu říkáte, to jsou naivní řečičky,“ upřímně se rozohnil úředník.

Sklenici jsem si nevzal zbytečně, napadlo Pavla Alexejeviče. Zdá se, že rozhovor se obrátil v jeho prospěch. Začal ho správně, musel ho ještě správně ukončit.

„Přišli jsme o miliony mužů, a teď přicházíme o tisíce žen. Poctivý lékařský potrat neznamená ohrožení života,“ Pavel Alexejevič se zamračil. „Ke zvýšení porodnosti stačí růst blahobytu...“ Pavel Alexejevič se s ním střetl pohledem. „Zůstává spousta sirotků. Dětské domovy přece také žijí ze státního rozpočtu... Musíte to povolit. Jinak to všechno budeme mít na svědomí my...“

Šéf zkřivil rty, hluboké vrásky klesly k bradě:

„Dejte to pryč... Musíte to říct tam těm nahoře,“ ukázal rukou do nebe.

„Tak já vám tu nechám preparát. Možná se bude hodit?“

Pán kanceláře zamával rukama:

„Zbláznil jste se! Dejte to okamžitě pryč...“

„Podle neúplné a zdaleka ne úplné statistiky se jich provede dvacet tisíc ročně. Jen v Rusku...“ nasupil se Pavel Alexejevič. „Jste za ně zodpovědný.“

„Berete si toho na sebe hodně!“ vyštěkl stranický úředník a dočista se přestal podobat svému prvomájovému portrétu.

„Protože vy si svou vinu vůbec nepřipouštíte,“ odsekl Pavel Alexejevič.

A s tím se rozloučili. Preparát zůstal stát na velkomožném stole vedle psací soupravy ozdobené litinovou palicí proletářského spisovatele...

---

*Nakladatelství Paseka, 2018, 408 stran, překlad z ruského originálu Alena Machoninová.*



**RES PUBLICA**

# Raději hrozný konec

Petr Holub

Žluté vesty zasahují také v českém zdravotnictví. K poličním protestům ve Francii přirovnává právník Ondřej Dostál akci osmačtyřiceti senátorů, kteří podali stížnost k Ústavnímu soudu a stejně jako francouzští demonstranti vydělili vládní politiky. „Stížnost je natolik zásadní, že může zbořit celý zdravotnický systém,“ varuje ministr Adam Vojtěch (ANO). Pokud dá Ústavní soud senátorům za pravdu, budou zrušeny veškeré regulace, podle kterých se každoročně rozdělují 300 zdravotnických miliard. O nabídce zdravotní péče rozhodne volný trh.

Není to blesk z čistého nebe. Nespokojenost s kvalitou zdravotnictví probublá čas od času v odlehklých regionech, obvykle když zruší nějakou nemocnici. Malé špitály na sebe většinou nedokážou vydělat, jejich rozpočty trpí nutností zvyšovat platy doktorům i sestřám a úhrady pojišťoven nestačí. Jedna po druhé se ruší městské nemocnice, ze kterých jsou v poslední době nejznámější případy Frýdlantu a Sušice. Mohou přežít jen tam, kde jim radnice na platy zdravotníků přidá ročně částku na úrovni přes deset milionů. Ovšem pro města velikosti Žatce nebo Kadaně znamená taková dotace zapomenout na jakékoli rozvojové projekty.

Víceméně za vodou jsou krajské nemocnice. Mohou spoléhat na hejtmany, kteří podporu v řádu desítek milionů ročně poskytnou bez řečí. Může se však stát, že krajským nemocnicím chybějí stovky milionů, jak se přihodilo ve Zlíně. V roce 2016 kraj zdejší špitál oddlužil, ovšem rozpočet zůstává napjatý i nadále.

Nepříjemná situace motivovala hejtmana Jiřího Čunka (KDU-ČSL) k zásadním krokům. Nejdřív se rozhodl zrušit starou nemocnici a postavit sedm kilometrů za Zlínem novou, která by získala lepší smlouvy od pojišťoven a kterou by staré dluhy netížily. Zároveň při semináři s právníkem Dostálem pochopil, jak nespravedlivý systém diskriminuje venkovské zdravotnictví. Ve spolupráci se senátorem Ivem Valentou (ODS) ze sousedního Uherského Hradiště proto koncem minulého roku vznikla ústavní stížnost, která navrhuje nespravedlivý systém zrušit. Sami autoři byli překvapeni, jak velký měla v Senátu ohlas. Stížnost s podpisy většiny členů horní komory odnesl senátor Valenta koncem roku na soud do Brna.

Za nezodpovědného populistu se označuje prezident Miloš Zeman, který jako vůdce chudého venkova hanobí blahobytnou Prahu, která bohatství získala na účet venkovanů. Tato nevraživost českého a moravského venkova vůči centru však existuje a má i konkrétní důvody, jak teď ukazují podpisy 48 senátorů. S pár výjimkami pocházejí z venkovských regionů, kde se nemocnice ruší, odcházejí odtamtud praktičtí lékaři a nejbližší ordinace leží desítky kilometrů daleko. Jak to odpovídá ústavnímu slibu, že „občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči“, těžko říci. Pochopitelně se k protestu přidal senátor Zbyněk Linhart (STAN), který žije v Šluknovském výběžku a měsíce hledá cestu, jak pro odlehlý region s 55 tisíci obyvateli udržet malou nemocnici s interním

a chirurgickým oddělením. „Stát dělá dlouhodobě neúspěšnou regionální politiku a rozdíl mezi chudými a bohatými se stále zvětšují,“ vysvětluje senátor, že úpadek venkovského zdravotnictví je pouze jedním z příkladů selhání úřadů. Nejvíc podpisů ovšem dodaly Středočeský a Moravskoslezský kraj, stejně vysokou podporu má stížnost také na západě Čech. „Reálná dostupnost zdravotní péče v těchto krajích je padesátiprocentní proti městům s velkou státní nemocnicí,“ tvrdí právník Dostál, který je spoluautorem stížnosti. O propasti mezi venkovem a městem svědčí, že se naopak nepodepsal žádný z dvanácti pražských senátorů, ze čtyř brněnských pouze jeden a obdobně revoltu odmítají senátoři z Olomouce a Hradce Králové, kde rovněž fungují velké fakultní nemocnice.

Široká podpora není zásluhou promyšlené organizace. „Kolegové se přidávali spontánně,“ tvrdí předseda senátorského klubu ODS Miloš Vystrčil. Každý totiž snadno pochopil motiv. „Peníze z pojišťoven nestačí, aby uhradily zdravotní péči, a to není spravedlivé ani k lidem, ani ke zdravotníkům,“ shrnuje hlavní potíž zkušený zákonodárce. „Dítě potřebuje operaci, a ta není hrazena. Lékař nemůže léčit, i když ví, co by bylo pro pacienta nejlepší. To se musí změnit,“ požaduje. Proto podepsal dokument, se kterým nemusí do všech detailů souhlasit.

## Všechny důvody k revoluci

Vzpoura senátorů může přerůst v revoluci, protože revoluční jsou jejich požadavky. Míří přímo do srdce zdravotnického systému, jak ho známe od roku 1992. Stížnost požaduje zrušit jen několik odstavců ze zdravotnických zákonů, spolu s nimi však řadu dokumentů, které nastavují zdravotnické ceny. Nejdůležitější jsou

úhradové vyhlášky, které každoročně stanovují platby pojišťoven pro jednotlivé typy nemocnic a ambulancí. Vedle toho budou zrušeny všechny podklady, ze kterých tyto vyhlášky vycházejí – od seznamu, který určuje relativní cenu za jednotlivé výkony, přes rámcové smlouvy pojišťoven, které stanoví sazby za péči v jednotlivých špitálech a ordinacích, až k mimořádným finančním předpisům pro specializovaná centra, která léčí drahé pacienty například s kardiologickou nebo onkologickou diagnózou. Vesměs jde o dokumenty, které jsou podle senátorů základem hlavní nespravedlnosti, totiž že různé nemocnice nebo různí lékaři inkasují za stejnou práci různé úhrady. Namísto neprůhledného systému budou napříště pojišťovny rozhodovat transparentně podle obchodního práva. Péči objednájí u jednotlivých lékařů a nemocnic podle ceny, která bude stanovena ve veřejné soutěži. Tento plán naplnil ministra zdravotnictví Vojtěcha zoufalstvím, když upozornil, že trh nedokáže uspokojivě regulovat dostupnost ani cenu zdravotní péče. Svědčí o tom příklad Spojených států, kde je zdravotnictví nejdražší a z vyspělých zemí nejhůř dostupné.

Překvapivě s ministrem souhlasí i zástupci nestátních nemocnic. Uznávají, že senátorská stížnost vznikla na základě reálných potíží a nerovných pravidel. „Přesto nemá smysl dávat všechnu moc sovětům,“ varuje místopředseda Asociace českých a moravských nemocnic Petr Fiala. Termínem „sověty“ myslí zdravotní pojišťovny, které by mohly péči občanům libovolně omezit. Pokud dnes není dostupná, napříště by se dala rozhodnutím úředníků pojišťoven přiškrtit mnohem víc.

Současný systém stojí na pojišťovnách, jejich pozici však oslabují tzv. dohadovací řízení, při kterých se pojišťovny nějak musejí s asociacemi lékařů dohodnout



na rozsahu péče i ceně. Výsledek jednání pak ministr zveřejní v každoroční úhradové vyhlášce. Tento netržní, zato však samosprávný prvek tuzemského zdravotnictví by se vyřadil z provozu, kdyby senátoři uspěli a Ústavní soud možnost vydávat úhradové vyhlášky zrušil. „Vidím v tom pokus zlikvidovat veřejné zdravotnictví,“ míní místopředseda Fiala.

Manažeři velkých nemocnic zase upozorňují, že senátoři hrají s kartami hejtmanů, kteří chtějí získat víc peněz pro své špitály. Tuzemské zdravotnictví trpí dlouhodobě nedostatkem peněz. Politici se rádi chlubí tím, že kvalitou nezaostává ani za nejvyspělejšími státy západní Evropy, odmítají však zajistit srovnatelné příjmy. Obvykle se citují údaje Eurostatu, podle kte-

rého se zdejší zdravotníci musejí spokojit s příjmy na úrovni sedmi procent HDP, zatímco vyspělé země jsou obvykle nad deseti procenty, například Rakousko utrácí 10,4 procenta. Západní ekonomiky jsou však víc výkonné, a pokud se třeba přepočtou zdravotnické výdaje na obyvatele, tak rakouský systém v roce 2017 utratil za jednoho pojištěnce 4221 eur, český 1194 eur. Jakkoli dokážou Češi nakupovat léky laciněji a jakkoli zdejší zdravotníci dosud pracují za výrazně nižší mzdy, udržet stejnou kvalitu medicíny při čtyřikrát nižších výdajích není dlouhodobě možné. Může se to projevit delšími čekacími lhůtami na operace či vyšetření, jejich horší dostupností na venkově nebo byrokratickými průtahy při schvalování drahých operací.

Neudržitelnost takového stavu popsala loni na jaře zpráva expertů OECD. Upozornili, že stát hradí pojistné za šest milionů občanů, kteří nevydělávají, jeho příspěvek ovšem dosahuje jen 22 procent nákladů pojišťoven. V květnu reagoval premiér Andrej Babiš s tím, že příjmy zdravotníků zvýší na devět procent HDP, kde však vezme potřebných 100 miliard, dodnes neprozradil. Peníze nepřišly a hejtmani hledají jiný penězovod, jednoduše na úkor těch, co jich mají podle jejich názoru přebytek, tedy špitálů v Praze a Brně. Při všeobecném nedostatku však jenom rozšíří potíže i tam, kde jsou ještě schopni s příjmy přidělenými úhradovou vyhláškou nějak vyjít.

## Chceme služby jako v hlavním městě

Pražákům je hej, zní všeobecné přesvědčení, přesto nejsou k dispozici data, o kolik víc proti venkovu čerpají za zdravotní péči obyvatelé hlavního města. Přesněji řečeno, data jsou v pojišťovnách i na ministerstvu zdravotnictví, na světlo ale s nimi nejdu. Poslední dílčí údaje jsou z roku 2012, kdy Všeobecná zdravotní pojišťovna zveřejnila základní sazby, podle kterých platí jednotlivým nemocnicím. Pražské státní špitály anebo soukromé nemocnice z jiných měst obvykle dostávaly za stejný výkon o polovinu víc než ústavy na úrovni okresu. Od té doby se ovšem základní sazby sblížily, jen není jasné o kolik.

Ve skutečnosti hejtmani a senátoři tolik nereagují na nespravedlnost systému, ale na projevy dlouhodobé krize. Není divu, že z venkova utíkají lékaři a že se tam zavírají nemocnice. Nakonec se do měst přesunuje stále víc lidí bez ohledu na profesi. Rakušané dokážou udržet výkonnou nemocnici v odlehlém kraji s třiceti tisíci obyvateli, ovšem mají k tomu čtyřikrát víc peněz. Potíže

venkova ještě prohloubily evropské dotace, které umožnily krajským nemocnicím na rozdíl od těch pražských bez omezení nakupovat drahé přístroje. Tím ovšem vzrostly náklady na provoz, které úsporný systém nebyl schopen uhradit. Také dluhy zlínské nemocnice se dají zdůvodnit tím, že se nově založený kraj snažil dostat medicínu na vyšší úroveň. Pokud dnes venkov požaduje po velkých nemocnicích v Praze a jiných městech, ať se o své příjmy rozdělí, rozšíří krizi na celou zemi.

Ondřej Dostál i senátoři připouštějí, že přišli s radikálním návrhem. Prý nečekají, že jim dá Ústavní soud ve všem za pravdu, bude jim stačit, když odstraní nejkřiklavější nespravedlnosti. Stížnost považují za poslední možnost něco změnit. Státní úřady i pojišťovny odmítají s venkovskými zdravotníky diskutovat, při jednání o cenách je ministerstvo na straně pojišťoven, které se místo pomoci postiženým oblastem snaží hlavně ušetřit. Senátorská stížnost opravdu nenabízí řešení a hrozí tím, že rozvrátí systém, který dosud funguje. „Je to stejné jako v případě Žlutých vest,“ míní právník Dostál. „Všichni se tvářili, že je ve Francii všechno v pořádku, dokud je neprobudily statisícové demonstrace.“ Stížnost senátorů rozbíjí sen, že je možné při současných nákladech udržet dostupnou a kvalitní péči.

---

*Autor je komentátorem serveru Echo 24 a Týdeníku Echo, v němž text vyšel 21. února 2019.*



## Naše spalničková prohra

Martin Zvěřina

Prvního listopadu minulého roku zemřela v Jeruzalémě na následky spalniček šestnáctiměsíční holčička. V Izraeli šlo o první smrt na tuto chorobu po patnácti letech. Batole nebylo proti nemoci očkované, stejně jako jeho rodiče, příslušníci ultraortodoxní sekty Naturej Karta (Chevrat ha-chajim), která odmítá nejen očkování, ale i Stát Izrael, jehož existenci považuje za projev rouhání, protože založit ve Svaté zemi stát může jen Mesiáš.

Od té doby zemřely v Izraeli na spalničky další dvě osoby: osmnáctiměsíční batole a dvaosmdesátiletá žena. Šíření spalniček má v Izraeli podobu epidemie, přičemž loni bylo zaznamenáno více než 2800 nakažených. Tři případy úmrtí přesně odpovídají statistickým

údajům z Evropy. „Zhruba jeden člověk na tisíc nemocných umírá, a to i v nejrozvinutějším zdravotnictví,“ říká imunolog Roman Prymula.

Také v Česku počet nemocných v posledních letech dramaticky stoupá. Loni bylo za celý rok hlášeno 207 případů, za první dva měsíce letošního roku máme již 170 nemocných. Lze s tím něco dělat? Pomohla by větší přísinnost státu vůči těm, kdo odmítají své děti proti spalničkám očkovat? Nebo potřebujeme lepší osvětu?

### Nemoc léčit neumíme

Spalničky zatím neumíme léčit, přitom jde o velmi nakažlivou chorobu, každý nemocný nakazí v průměru 18 dalších jedinců. Od roku 1980 u nás nikdo na



spalničky nezemřel, ve vzdálenější minulosti však byla úmrtí velmi častá. Při dobývání Střední a Jižní Ameriky redukovaly Evropany importované nakažlivé choroby domorodé obyvatelstvo až o 90 procent. Na souostroví Fidži zemřelo v druhé polovině 19. století přímo na spalničky 40 tisíc lidí ze 150 tisíc obyvatel.

Dodnes jsou spalničky celosvětově jednou z hlavních příčin dětské úmrtnosti. V Československu zemřelo v roce 1930 na spalničky 294 nemocných, z toho bylo 264 dětí, ještě v roce 1971 statistiky zaznamenaly dvacet mrtvých. To si již většina lidí nepamatuje, choroba se u nás donedávna nešířila, takže lidé mají tendenci nebezpečí přehlížet. Odborníci ale popisují průběh nemoci dost dramaticky: „Virus spalniček napadá na začátku sliznice dýchacích cest, velmi časté jsou záněty středouší či zápaly plic, u těch může být průběh velmi dramatický a často vede k respiračnímu selhání,“ říká MUDr. Zuzana Blechová z Kliniky infekčních nemocí 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. „Další komplikací může být, že na postiženou sliznici nasedne pneumokok či mikrob, takže nemocní mají sekundární pneumonii. Zde máme alespoň antibiotickou možnost léčby, u těch primárních možnost léčby není – nemáme protivirový lék.“

Podle lékařů jsou nebezpečné zejména další komplikace, které onemocnění přináší: „Už během infekce způsobuje virus záněty mozkové tkáně a s těmi je spojena vysoká možnost trvalého poškození nebo úmrtí,“ říká doktorka Blechová. „Pak je druhá neurologická komplikace, které se obáváme nejvíc: je to subakutní sklerotizující panencefalitita. To je pozdní komplikace, která se popisuje řádově x let po přirozeně prodělaném onemocnění. A tam není šance, jak nemocnému pomoci.“ Tato komplikace je sice dost vzácná, ale také ve všech případech smrtelná.

## Nejsme ostrov

Česko není ostrov a nákazy státní hranice nerespektovaly nikdy. V současnosti se s šířícími se spalničkami potýkají všechny evropské země. Situace byla ideální do roku 2010, kdy Česko – i shodou okolností – nezaznamenalo jediného nemocného, a v letech předtím i potom to byly jednotlivé případy. Celoevropské statistiky do této doby vykazovaly historické minimum deseti případů spalniček na milion obyvatel.

Po roce 2009 jsou už celoevropské počty nakažených vyšší, v letech 2010 a 2011 čísla vylétla k desítkám tisíc nemocných. Z 29 sledovaných evropských států hlásily vyšší výskyt v roce 2011 Francie, 2012 Rumunsko, 2013 Německo. V roce 2014 vedla Itálie, o rok později Německo, v roce 2016 Rumunsko, v roce 2017 to byla opět Itálie, roku 2018 kralovalo žebříčkům Rumunsko, následované Francií a Řeckem. A když se podíváme mimo unijní státy, jsou velmi významnými zdroji nákazy v našem okolí Ukrajina či Srbsko.

Proč tolik otravných výčtů? Aby bylo zřejmé, že výskyt spalniček primárně nesouvisí ani s příslušností té či oné země k západní či východní Evropě, ani s migrační vlnou. Světová zdravotnická organizace (WHO) si dala za cíl eliminaci spalniček v evropském regionu do roku 2010, pak byla meta posunuta na rok 2015 a posléze na 2020. Příští rok se datum eliminace zřejmě opět posune do budoucnosti. A možná dost vzdálené.

V zemích Koruny české se začalo očkovat v roce 1821 proti pravým neštovicím, první Československá republika zavedla povinné očkování i přeočkování a v roce 1980 byly pravé neštovice eradikovány, tedy celosvětově vymizely. Pak se začal výčet nemocí, proti kterým se očkujeme, rozšiřovat o záškrt, černý kašel či přenosnou

dětskou obrnu – Československo bylo prvním státem na světě, kterému se podařilo tuto nemoc eliminovat.

Vakcinace proti spalničkám byla v Československu spuštěna v září 1969, a to s dětmi narozenými v roce 1968 a staršími 10 měsíců (v roce 1970 se hranice posunula na 12 měsíců a od roku 1982 až na 15 měsíců věku). Z důvodu podchycení neočkovaných dětí a těch, které nemají dostatek protilátek, se v letech 1975 až 1978 očkovali všichni prvňáci a v letech 1979 až 1981 též všichni žáci osmých tříd základní školy. Od roku 1982 se u nás praktikuje dvoudávková vakcinace, kdy se první dávka podává po dosažení 15. měsíce věku a druhá za šest až devět měsíců po ní.

Od počátku roku 2018 proti spalničkám očkujeme též dospělí – každého nového pracovníka přicházejícího na infekční či dermatovenerologické pracoviště.

Od letošního 22. února ministr zdravotnictví Adam Vojtěch nařídil v přímo řízených nemocnicích očkování personálu urgentních příjmů, oddělení pediatrie, infekce či dermatovenerologie jednou dávkou trojvakcíny proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám. Monovakcína proti spalničkám totiž není v Česku momentálně k dispozici.

Výskyt spalniček se v Československu po druhé světové válce počítal až do počátku 70. let v řádu desítek tisíc nemocných (nejvíce v roce 1966, skoro 90 tisíc případů). Ještě v roce 1990 bylo zachyceno 2420 případů onemocnění spalničkami. Nemoci však díky očkování trvale ubývalo až do roku 2010.

Nejvýraznější demonstraci změny situace jsme mohli pozorovat počátkem roku 2014. Sedmačtyřicetiletý turista po návratu z Indie, téměř na konci inkubační doby, navštívil divadlo v Ústí nad Labem a zde nakazil sedm lidí a odstartoval tak lokální epidemii, která se

projevila na celoroční celostátní statistice 221 onemocnění 186 „zářezy“. A přitom rok předtím bylo nemocných celostátně 15, v roce následujícím pak jen devět. Podobné lokální epidemie jsme od té doby zaznamenali vícekrát, v roce 2017 v Moravskoslezském kraji a v loňském roce v Praze a okolí.

Česko patří mezi evropské země s nejvyšší proočkovaností, třebaže její procento v posledních letech klesá. Podle nejnovější statistiky je mezi dětmi narozenými v letech 2013 až 2015 celorepubliková proočkovanost 89 procent, nejvíce očkovaných žije v Královéhradeckém kraji, nejméně v Praze. Proočkovanost 89 procent je pro zastavení šíření epidemie spalniček nedostatečná – vzhledem k obrovské nakažlivosti se bezpečná hranice u této nemoci udává jako 95 procent. Nicméně bavíme se „jen“ o proočkovanosti zmíněných populačních ročníků, jako celek je populace samozřejmě chráněná lépe, protože převážná většina obyvatel byla vakcinována v dobách, kdy se tomu buď nedalo vyhnout, anebo nebyly protivakcinační aktivity ještě v módě. Termínem nedostatečně chráněný jedinec v souvislosti se spalničkami označují vakcinologové též ty, kteří prodělali očkování jednou dávkou. Proočkovanost celé populace bude samozřejmě v čase klesat, protože rychlý obrat v mentalitě rodičů odmítačů čekat zatím nemůžeme. Nicméně dokud nezačnou vymírat silné ročníky pokryté očkováním narozené po roce 1968 a „kazit“ statistiku, můžeme být relativně v klidu.

Vakcinace je sice povinná a za nedodržení očkovacího kalendáře hrozí pokuty, nicméně situace se stále rozvolňuje. Odpůrci se dočkali zásadní ochrany od soudů. Ústavní soud se odmítáním očkovat zabýval dvakrát, v nálezech z počátku roku 2011 a pak na konci roku 2015, a v obou konstatoval, že musí být respektováno

právo na svobodu víry a sekulárního svědomí. Ve výjimečných případech tedy stát nemá od odmítačů vymáhat pokutu, byť by se jejich odpor zakládal například jen na víře, že očkování škodí. V roce 2015 byla proočkovanosť vyšší než dnes, takže platilo: „S ohledem na vysokou míru proočkovanosťi populace nemůže výjimečné nevyvucení očkování, beroucí zřetel na mimořádné okolnosti konkrétního případu, ohrozit ústavně chráněné zájmy na ochraně veřejného zdraví.“

## Represe nefunguje

Výsledkem je ovšem stav, kdy chytřejší, sociálně dobře situovaní jedinci, kteří mají na advokáty, mohou neočkovat bez sankcí, zatímco ti, kdo sofistikovaně a soudem přijatelně „výhrady svědomí“ nejsou schopni formulovat, platit pokuty musejí. Proto je dobře, že hygienické stanice ani ministerstvo na pokutách nebazírují. Výsledkem je ovšem tendence klesající proočkovanosťi.

Nefunguje ani sekundární represe. Co je platné, že zákonodárci rozhodli, že do školky a na dětský tábor nevakcinované dítě nesmí, když je zároveň možné, aby se očkováni i neočkováni setkali v povinném roce předškolní výchovy. A systém vykazuje i další trhliny – najde se spousta lékařů ochotných na žádost rodičů na dítěti „najít“ kontraindikaci vylučující vakcinaci. Ta pak slouží ve školce a na táboře jako „omluvenka“. Vyskytly se dokonce případy, a proti nim chce ministerstvo i lékařská komora tvrdě vystoupit, že lékař vykázal podání vakcíny, a přitom ji vylil.

K politice tvrdé ruky jsou skeptičtí i příznivci vakcinace: „Zvýšit represu se pokoušela řada evropských zemí a není to dostatečně účinné. Nedovedu si představit represivní opatření, které by to zastavilo. Na to lidé musejí přijít sami,“ říká doktorka Blechová.

Je možné dnes populaci motivovat a přesvědčit, aby se nechala očkovat z uvědomělosti? Stěžejí, internet ovládají informace, které jsou neověřitelné či mají nulovou relevanci, ale to vlastně nikoho nezajímá. Stejně jako fakt, že článek britského lékaře Andrewa Wakefielda pro prestižní časopis Lancet z roku 1998, který dokazoval souvislost očkování a autismu, byl odhalen jako podvodný a byl zcela vymazán. Bez ohledu na tuto skutečnost se pořád dokolečka opakuje, že očkování způsobuje autismus. Když potřebujeme rychle získat nějakou informaci, ptáme se zpravidla vyhledavače – a ten nám servíruje zase jen výběr ze zdrojů, které by nám podle našeho dosavadního vyhledávání mohl konvenovat. A jsme v pasti internetu: nevládnou nám fakta, ale naše předpojatosti a vyhledavače.

Zastánci očkování mají za to, že dobrovolnost vakcinace by situaci jen zhoršila. „Říkalo se, že kdyby očkování bylo dobrovolné, tak bychom se očkovat nechali... Konečně máme po x letech přesná data o proočkovanosťi, vznikla kombinací databází pojišťoven a databází Ústavu pro zdravotnické informace a statistiku, a ta ukazují, že zatímco u hexavakcíny se v posledních šesti letech proočkovanosť drží plus minus desetiny procenta na 93 procentech, u dobrovolných, jako očkování proti pneumokoku, je pokles za šest let markantní – spadli jsme až o 15 procent a dnes jsme na nějakých 63 procentech. To bohužel znamená, že povinnost nějaký význam má,“ říká náměstek ministra zdravotnictví Roman Prymula a dodává: „Velmi zajímavé křivky jsou z Itálie, kde měli povinnost jen v některých regionech, a proočkovanosť klesala. Zavedli povinnost všude, 12 vakcín bylo povinných, šlo to dramaticky nahoru, pak nastoupilo k moci Hnutí pěti hvězd a zrušilo očkování úplně. Všichni čekají, kam to spadne.“

## Jediný argument: smrt

I epidemioložka Blechová je skeptická: „Menšinu, která se odmítá očkovat, přesvědčí pouze úmrtí, když se do populace vrátí. Ve Španělsku zemřelo dítě na záškrť, v Evropě se objevují úmrtí na tetanus. Tu situaci znám modelově u meningokokových infekcí; když zemře dítě či mladý člověk na meningokokovou infekci, tak se v okolí najednou všichni chtějí očkovat. Úmrtí samozřejmě nikomu v žádném případě nikdo nepřeje, ale nedovedu si představit jiný argument, který by pohnul veřejností napříč, než že uvidí, jak lidé umírají na infekce, které tu padesát sto let nebyly. Antivakcinisty nic jiného nepřesvědčí. Tam není racionální argument, to není otázka rozumu.“ Extrémy na obou stranách barikády, tedy zavilí odpůrci očkování, případně jeho stejně zavilí propagátoři, se dopouštějí podobných informačních faulů. Odpůrci si stěžují na cenzuru či přímo na spiknutí mainstreamových médií, odpůrci svádějí nízkou proočkovanost na ruské trolly či populisty a příležitostně si třeba trochu cinknou statistiky. Například tvrzením, že v roce 2018 byla v Evropě epidemie nejhorší – vtip je ovšem v tom, že zahrnou Srbsko či Ukrajinu s desítkami tisíc nemocných, přitom tyto dva státy se mezi 29 zemí sledovaného evropského regionu prostě nezapočítávají.

Co má tedy dělat příslušník mlčící většiny, který je střízlivým příznivcem očkování? Nic, očkovat se a nadále přihlížet. A nenadávat těm rodičům, kteří děti neočkují, třeba proto, že v blízké budoucnosti se spalničky budou po Česku šířit zejména prostřednictvím těch, kdo byli očkovaní jedinou dávkou, což jsou ročníky narozené v letech 1970 až 1979. Zatím ani vakcinologové nevědí, jestli tyto lidi přeočkovávat – nicméně na šíření nemoci se podílejí výrazněji než neočkované děti. Je jich totiž řádově víc.

Epidemiologická situace se bude jen zhoršovat a s tím bude antivakcinační tažení ztrácet na přesvědčivosti. Dnes jsou to spalničky, zítra to může být například hepatitida; množící se nákazy budou názor mělce ovlivnitelných obracet, už kvůli pocitu bezprostředního ohrožení. Jak říká epidemioložka Blechová: „K přirozenému životu – bioživotu – patří umírání na infekce. Přirozeně prodělané onemocnění přináší úmrtí. U nás nikdo neviděl záškrť, nevidáme tetanus, nemáme tu léta obrnu, lidé mají pocit, že ty nemoci neexistují. A spalničky, když tu v šedesátých letech byly, tak každé tisíce dítě na ně zemřelo – měly těžké neurokomplikace.“

Lékaři by měli radikálně změnit rétoriku, ale toho nejsou schopni. Skvěle vypracované tabulky, verifikované studie i nezpochybnitelný pokles nemocnosti je ničím v konfrontaci s emocí – „příběhem“, tedy konkrétní a třeba klidně vymyšlenou osobou, která prostřednictvím webových stránek „říká pravdu“. Proti tomu lze bojovat pouze subverzí – pracně dokazovat lež a odhalovat manipulace a přitom být velmi obratný v „měkkých“ dovednostech, jako je přesvědčivost či empatie. Ale hlavně by měli zapracovat na pochopení pro pocity a obavy pacientů. Jenže na to nemají lékaři čas ani výcvik. Jak špatné musíte mít marketingové oddělení, aby lidé nenáviděli tak užitečnou věc jako očkování?

---

*Autor je vedoucím rubriky komentářů a názorů Lidových novin, v jejichž příloze Orientace text vyšel 9. března 2019.*



# Mohou se ženských sportovních soutěží účastnit muži?

Jeronym Boháček

Pokud se tématu náhodou nevěnujete, tak vás odpověď možná trochu překvapí. Aby se soutěžící mohla účastnit sportovního klání v kategorii žen, vyžaduje po ní Mezinárodní olympijský výbor splnění dvou podmínek. První je značně subjektivní, sportovkyně by se měla prohlásit ženou. Druhá je objektivně měřitelná, sportovkyně by měla mít hladinu testosteronu méně než 5 nmol/L<sup>1</sup>. Taková žena tedy nejen, že se mohla narodit a dospět jako muž, ale s výjimkou snížené hladiny testosteronu může<sup>2</sup> (nemusí) mít veškeré další mužské pohlavní znaky. V ženské soutěži tedy mohou startovat poněkud netypické ženy mužského pohlaví, jednoduše řečeno – muži.

Ve Spojených státech se již nějakou dobu ženského sportu účastní ženy, které se narodily jako muži. Jejich výsledky budí, nepříliš překvapivě, rozporuplné reakce. Patří k nim i Fallon Foxová, hvězda bojových sportů. Jedné ze svých soupeřek, Tamice Brentsově, v prvním kole přerazila lebku poblíž oka, způsobila otřes mozku a další zranění.

V běhu na 100 metrů v soutěži dorostenců (středoskoláků) z Connecticutu loni zvítězily Terry Millero-

vá a Andraya Yearwoodová, obě původně muži. Druhá jmenovaná připouští, že je silnější, než běžné holky, ale ostatní sprinteri prý mají jiné výhody, někdo je vyšší... a někdo má bohatší rodiče.

Pro Čechy může být zajímavé, že proti účasti mužů v ženských soutěžích se postavila legendární Martina Navrátilová.

Snaha o inkluzi *transžen* do ženských soutěží má ještě jeden zajímavý důsledek. Přestože drtivá většina sportovkyň má výrazně méně testosteronu než zmíněných 5 nmol/L, některé se z průměru přirozeně vymykají – dosahují výrazně vyšších čísel. Svě o tom ví Caster Semenová, která zjistila, že pokud by nechtěla soutěžit za muže, musela by podstoupit „léčbu“ a uměle si snížit hladinu testosteronu na požadovanou úroveň.

V anglicky mluvících zemích se rozšířil názor, že být mužem či ženou je výhradně společenský konstrukt a *transloby* má podporu médií, univerzit a části establishmentu, účast mužů v ženských soutěžích je asi tolik nepřekvapí. Váhám, jak na to zareagují fanoušci z dalších zemí – Ruska, Egypta, Číny nebo třeba z Čech. Pro nepřátele západního pojetí svobody to bude jen další doklad toho, že jsme se zbláznili.

<sup>1</sup> Původně, od roku 2015 to bylo 10 nmol/L, změněno v roce 2018 na 5 nmol/L. Pro srovnání, ženy mívají hladinu testosteronu 1 až 3 nmol/L, výjimečně však i násobně víc.

<sup>2</sup> Od roku 2015 se mohou *transženy* účastnit ženských soutěží, aniž by musely projít operativní změnou pohlaví.



## Bůh je nespravedlivý. Díky Bohu aneb o nezaslouženém dobru

**Tomáš Sedláček**

Když člověk náhodou ztratí tisíc korun, bere to úplně jinak, než když tisíc korun náhodou nalezne. Po emotivní stránce by se mělo jednat o zážitek symetrický – z nálezů tisícikoruny by se člověk měl radovat se stejnou intenzitou, s jakou truchlí při její ztrátě. Behaviorální ekonomie však zjišťuje, že ve skutečnosti zde symetrie nepadá. Ztráta je bolestivější než získání. A podle některých studií až dvakrát tolik.

Další asymetrie, která zde probíhá, je asymetričnost vnímání spravedlnosti. Člověk ztrátu bere jako nespravedlivou, kdežto nález tisícikoruny slovem „nespravedlivý“ obvykle neoznačí. Teoreticky je přece stejně ne-

spravedlivé, pokud tisícikorunu náhodou naleznu nebo náhodou ztratím. Ale když o obnos přijdu, člověk má tendenci si říct, to není fér, kdežto u nálezů nás to, že to také není fér, nenapadne. Je to vůči nám „pozitivně nespravedlivé“ - dostali jsme nespravedlivě cosi, o co jsme se nezasloužili. Je to stejně nespravedlivé jako náhodná ztráta, akorát opačným směrem. Vlastně by se dalo říct, že spravedlnost vnímáme dost nespravedlivě, že jsme vůči nespravedlnosti nespravedliví. Vnímáme jen její negativní část.

Osud k nám může být nespravedlivý nejen ve špatném slova smyslu (mám se hůře, než si zasloužím), ale

přece také v kladném smyslu (mám se lépe, než si zasloužím).

## **Mám se lépe, než si zasloužím**

Koneckonců jeden můj kamarád, když se ho někdo zeptá, jak se má, odpovídá „lépe, než si zasloužím“. Tuto odpověď často přebírám a říkám si, jak moc by nám pomohlo, kdybychom ji říkali jako celá civilizace. Nezasloužil jsem se o to, ani to není nikterak spravedlivé, že jsem se narodil do 21. století, do doby míru a zároveň do nejbohatší doby v rámci celých dějin naší západní civilizace. Sklízíme plody úsilí našich předků, na kterém jsme se nikterak nepodíleli. My všichni můžeme říci, že se máme ekonomicky lépe než lidé v podobném postavení před několika generacemi.

Podobně se to děje v makroekonomii – nárůst bohatství, HDP, akciových trhů považujeme za náš automatický „spravedlivý“ nárok, kdežto symetrický propad bereme úkorně, jako nespravedlnost, něco, co se vymyká běžnému, „správnému“ běhu věcí. Vezměte spokojenou společnost, na deset let jí zdvojnásobte blahobyt, poté jej trošku snižte – řekněme o třetinu – a máte vyrobenu nespokojenou, reptající společnost, byť je o poznání bohatší než před deseti lety, kdy byla šťastná.

## **Pozitivní nespravedlnost**

S konceptem pozitivní nespravedlnosti máme problém obecně a šířeji než jen v tomto ekonomickém smyslu. Nespravedlnost máme vžitou jako něco, co je špatně, málokdy vnímáme, že nespravedlnost může být i kladná. Existuje-li nezasloužené zlo, symetricky by mělo existovat i nezasloužené dobro.

Tento princip „pozitivní nespravedlnosti“ je také v jádru křesťanství, je to možná i jeho nejoriginálnější

prvek. Když se na to člověk podívá tímto úhlem, zjišťuje, že mnohá Ježíšova podobenství se snaží vysvětlit právě toto a těží právě z poukazování na asymetrii (ne) spravedlnosti.

Tak například známé podobenství o dělnících na vinici. To jeden veliký pán chodil a nájímal po celý den dělníky, aby mu pracovali na poli. Někteří pracovali od rána celý den, jiní pracovali dne jen půl, ti večer najatí jen hodinu. No, a všichni dostali stejnou mzdu, tedy denár, běžnou mzdu za jeden odpracovaný den. Můžete si asi představit, co se strhlo: ti, kteří pracovali celý den, začali křičet, že to přece není spravedlivé, aby jeden dostal za celodenní dřinu (a tehdy se ještě opravdu dřelo) stejnou mzdu jako někdo, kdo si ledva stihl vyhrnout rukávy. To je přece vůči těm, kteří pracovali celý den, nespravedlivé, to musí uznat každý. To zkrátka není fér.

Jenže omyl. Paradoxně jediní, kteří dostali spravedlivě zaplacenou, byli právě ti, kteří řvali nejvíc: totiž ti, kteří pracovali celý den. Ti dostali svůj denár, odměnu za celodenní práci, kterou řádně odvedli. Všichni ostatní – a zejména ti, kteří pracovali jen chvíli – dostali nespravedlivě štědrú mzdu. Ti si však nestěžovali, ti, kteří dostali nespravedlivě mnoho. Na nespravedlnost si stěžovali právě ti, vůči kterým se realita zachovala přesně spravedlivě. Stěžovali si, protože nechápali – stejně jako my – pozitivní nespravedlnost. Ježíšova podobenství pochopitelně není o vedení lidí, ale jistě je symbolickým vyjádřením pro celou vaši existenci, vztah s Bohem či jinými lidmi. Tato pozitivní nespravedlnost je v jádru křesťanství, skrytém kompasu naší civilizace. Bůh je nespravedlivý! Díky Bohu!

---

*Autor je ekonom a text vyšel 8. března 2019 v Hospodářských novinách.*





## Planetu přebírají mileniálové. Spolu s nimi „poteče“ doleva, ale tradiční strany při tom mine

Jiří Pehe

Už na začátku 70. let minulého století přišel americký politolog Daniel Bell s teorií post-industriálních společností (které tehdy začaly na Západě vznikat), v nichž se určující hybnou silou stával terciární sektor, v němž hrály důležitou roli komunikace a individuální kreativita. Bell i další teoretici předvíдали, že hierarchické

struktury rozhodování industriálního věku – jak v hospodářství, tak v politice – budou stále více nahrazovány fungováním v sítích.

Americká politoložka Anne-Marie Slaughterová pak o tři desetiletí později ukázala v knize *Nový světový pořádek*, jak se sítě coby určující způsob fungování mo-

derních společností začaly prosazovat i v architektuře mezinárodních vztahů. Popsala, jak na základě sílicí nadnárodní spolupráce různých složek vlád a státní správy národních států vzniká husté předivo nadnárodních pravidel hry a jak raketově roste počet mezinárodních organizací ve všech sférách lidské činnosti.

Politici národních států sice dál mluví o národních zájmech a suverenitě, ale ve skutečnosti se různé úrovně státní správy stále více nadnárodně integrují ve prospěch mezinárodně sdílených pravidel hry. Podle Slaughterové tak vznikají sítě sítí, které už de facto v nadnárodní sféře fungují často nezávisle na státech, z nichž vznikly.

## **Tekuté politické uspořádání**

Akcelerující globalizace a rychlé technologické změny navíc začaly ovlivňovat i fungování politiky na národní úrovni. Jedním z jevů je postupný úpadek politických organizací, které svým charakterem odrážejí masové, nicméně hierarchicky organizované struktury, jež vyztužovaly industriální věk. Nejviditelněji tento proces postihl tradiční politické strany, které se svými aparáty i institucionalizovaným (pokud možno masovým) členstvím stále méně odrážejí rostoucí „tekutost“ moderních společností, kterou popsal sociolog Zygmunt Bauman. Viditelný je i ústup klasických politických ideologií, jakož i rozmlžení klasického pravolevého dělení politiky.

Jednou z obětí této změny byla do jisté míry i liberální demokracie – přinejmenším v té podobě, v níž fungovala na Západě do roku 1989. Když si Francis Fukuyama představoval, že po pádu Sovětského svazu se tento model rozšíří do zbytku světa a nastane „konec historie“, činil tak i proto, že ještě nemohl plně před-

jímat novou dynamiku spojenou s akcelerující globalizací a novými technologiemi, které začnou měnit také fungování moderních společností a pozmění i samotné paradigma liberální demokracie z dob studené války.

Což o to, jistý „konec historie“ po roce 1989 sice opravdu nastal, ale nikoliv v podobě nastíněné Fukuyamou. Jde spíše o konec modernity tak, jak se zformovala na konci 18. století. Jinými slovy: jsme svědky postupného konce či transformace některých zásadních výtvorů modernity z konce 18. století, jako byl vznik klasického kapitalismu, stranické politiky, fyzických forem občanské společnosti, klasických médií, patriarchalismu atd.

V éře globalizace nahradily (národní) podnikatele coby určující síly hospodářství nadnárodní korporace (často bez konkrétních vlastníků), čímž se také mimochodem rozvolnilo dříve pevné spojení mezi demokracií a trhem. Politika, občanská společnost i média se stále více přesouvají do kyberprostoru, což má nejrůznější dopady. A ve výčtu jevů, které způsobily za posledních třicet let radikální změny, by se dalo pokračovat, včetně třeba postupné feminizace západního světa, rostoucího významu menšin, nástupu identitární politiky atd.

## **Na obzoru nový svět**

Změny byly natolik zásadní, že je ani nejlepší teoretici nedokázali plně uchopit. Dokladem je celá řada teorií s předponou „post“, které se odkazovaly (a mnohé dosud odkazují) na dobře popsané politické, ekonomické a společenské struktury industriálního věku s tím, že naše současnost je cosi „po“ – co nejsme zatím schopní definovat.

Po několika desetiletí bylo zřejmé, že odchází starý svět, ale ten nový se zatím plně nenarodil. Nebo lépe

řečeno: revolučních změn je tolik, že změnu, kterou procházíme, není možné holisticky uchopit.

Podstatu ekonomických a technologických změn od nástupu industriální éry dobře popsaly teorie průmyslového vývoje od průmyslu 1.0 (pára a mechanika), přes průmysl 2.0 (nástup elektroniky) a průmysl 3.0 (informační technologie) až po průmysl 4.0 (digitalizace a vytváření kyberneticko-fyzických výrobních procesů). Jenže společenské změny v rámci oslabujících národních států, jakož i na nadnárodní úrovni, které způsobily nástup průmyslu 3.0 a nyní 4.0, je o mnoho složitější uchopit.

Jedním z dopadů globalizace a nových technologií bylo na jedné straně celkové bohatnutí světa, v němž v dříve chudých společnostech nyní existují stamiliónové střední třídy, ale zároveň rostoucí nerovnost v distribuci bohatství. Globalizace zásadním způsobem hrála do karet „připraveným“, tedy těm, kdo už měli kapitál.

„Kapitalismus“, zkrocený na Západě v druhé polovině 20. století na národní úrovni sociálními státy, se ve své globální podobě takřkajíc opět utřhl z řetězu. Globalizace nabídla nejen možnost obcházet v nezápadních částech světa standardy a regulace běžné na Západě, ale také nové způsoby obcházení zdanění na národní úrovni (daňové ráje) nebo vyvádění zisků ze zemí, kde korporace kvůli levné pracovní síle podnikají, do zemí, kde jsou registrovány. Vznikla tak a dál posiluje několikaprocentní vrstva superbohatých, jejichž bohatství se rovná majetku zbytku světa.

Zároveň je v posledních třiceti letech zřejmé, že finanční trhy a podnikatelské aktivity nadnárodních korporací se globalizují mnohem rychleji než politika, což vedlo k rozevírání nůžek mezi lokálně fungující národní

politikou a globálně fungujícími trhy. Výsledkem byly krize, jako byla ta řecká, v níž globálně fungující trhy de facto vytvořily ze země ekonomický protektorát. Nemluvě o skutečnosti, že celá řada národních států se zadlužila (a dostaly se tak pod tlak globalizovaných finančních trhů) částečně i proto, že z peněz daňových poplatníků musela zachraňovat velké, nadnárodně fungující banky a korporace.

## **Nacionální populismus jako první reakce**

Nejviditelnější reakcí na rychle rostoucí počet nejistoty budících jevů spjatých s globalizací a novými technologiemi je nástup nacionalisticko-populistických hnutí. Ta míří především na ty sociální skupiny v západních společnostech, které samy sebe buď vnímají jako poražené v procesu globalizace, nebo jsou celkově otřeseny rychlým tempem změn.

Recepty na nápravu poměrů v podání nacionálních populistů jsou všude stejné: renacionalizace politiky, návrat k údajně osvědčeným hodnotám i institucím, sli-by jednoduchých řešení komplexních problémů. Není divu, že nacionalisticko-populistické strany našly publikum především u starších, méně vzdělaných lidí. Nebo obecněji v těch částech západních společností, které s nostalgií vzpomínají na přehledný život před pádem bipolárního světa a nástupem globalizace. Týká se to přitom částí veřejnosti na obou stranách dřívější železné opony.

Zejména v anglosaských zemích, které byly ve 20. století na jedné straně pilíři liberální demokracie, ale zároveň byly více než kontinentální Evropa v zajetí neoliberálních ekonomických receptů (včetně menšího důrazu na zmenšování sociálních rozdílů s pomocí silného sociálního státu), byl nástup nacionalistického

populismu v posledních letech devastující. V USA zvítězil nacionalista a nepřítel dosavadních mezinárodních pořádků Donald Trump, zatímco Velká Británie se rozhodla vystoupit z Evropské unie. Výsledkem byl v obou zemích zatím především politický chaos.

Nacionalisticko-populistické strany posílily i v kontinentální Evropě, přičemž v zemích se slabými tradicemi demokracie, jako jsou ty střeoevropské, se nacionální populisté dokonce dostali moci. To se stalo kupříkladu i v Itálii a Řecku – zemích EU nejvíce otřesených migrační vlnou a ekonomickými problémy.

Jenže nacionalistický populismus nemůže přinést řešení výše popsaných komplexních problémů. Je jen vějíčkou pro znejistělé části západních společností. A tou jsou v Evropě zejména starší lidé, jejichž zlobu na globalizaci a nejistotu tváří v tvář novým jevům lze poměrně snadno nasměrovat k odmítání evropské integrace nebo větší společenské plurality. V USA k tomu pak přistupuje fenomén „bílého muže“, který ztrácí v americké společnosti dřívější vliv, jakož i fenomén států americké Unie, které jsou ekonomicky nejvíce postiženy globalizací – tedy odchodem tradičních průmyslových aktivit do levnějších destinací.

## Nastupuje generace mileniálů

Nacionální populismus je ovšem jen přechodný politický jev. Už kvůli tomu, že v zemích, kde se prosadil, produkuje místo jistoty a stability spíše politický chaos. Ale také proto, že nenabízí žádná skutečná řešení výzev, které proces globalizace i nové technologie vytvářejí. Globalizace je poháněná technologickým a vědeckým vývojem, politika ji buď může produktivně využívat, anebo se jí stavět do cesty. V druhém případě čeká státy, které tak činí, prohra.

V něčem však byl nástup nacionálního populismu užitečný. Politicky začal aktivizovat mladší části západních společností, které si uvědomily, že pokud nechají správu věcí veřejných v rukou předešlých, v podstatě konzervativních generací odchovaných sociální stabilitou a přehledností bipolárního světa druhé poloviny 20. století a poněkud ztracených ve světě nových technologií, může to mít potenciálně katastrofální následky.

Generace mileniálů, která už vyrostla v prostředí globalizace i nových technologií, na jedné straně sice často nepožívá sociálních výhod, které mají jejich rodiče a prarodiče, a je zasažena v podobě prekarizace „tekutosti“ na pracovním trhu, ale zároveň je v tomto „tekutém“ světě doma. Stále více chápe, že tradiční strany, zejména ty levicové, nejsou jejich mluvčími, že ideově i institucionálně zamrzly v minulém století.

V USA, v nichž – i kvůli jejich technologickému náskoku před zbytkem světa – sociální vývoj obvykle předbíhá Evropu, můžeme tak (i v reakci na nacionální populismus Trumpovy administrativy) sledovat nástup hnutí, jimž už americká politická věda začala říkat „mileniální socialisté“. Ačkoliv se Trump i Republikánská strana budou snažit v příštích prezidentských volbách tyto politiky (vlastně především politicky, často s menšinovými kořeny) portrétovat jako neomarxisty, je ve skutečnosti tato „nová levice“ mnohem komplexnějším jevem a s marxismem má málo společného.

Správně kupříkladu vystihla, že hlavním problémem současných USA i světa obecně jsou extrémní nerovnosti nejen na domácí, ale i na globální scéně, takže jedním z jejich hesel je zdanění superbohatých. K dalším patří zdravotnictví i vysoké školství dostupné všem. A samozřejmě další boj za práva menšin a mezinárodní

spolupráci. Důležitým symbolem je i Trumpova zeď na hranicích s Mexikem, protože pro generaci mileniálů ztělesňuje středověkou představu, že integrující se svět moderních technologií lze rozdělit fyzickými a politickými bariérami.

Není náhodou, že tyto postoje ztělesňuje většina kandidátů (zejména kandidátek) za Demokratickou stranu na Trumpova vyzyvatele v prezidentské volbě v roce 2020. Současného prezidenta sice nakonec může porazit možná jen středovější kandidát, ale jisté je, že jeho politika probudila k životu generaci volající po mnohem levicovější politice, než jaké jsme byli v USA zatím kdy svědky.

## **Doleva, ale ne k sociální demokracii**

Podobný typ „nové levice“ se začíná probouzet k životu i v Evropě. Jsou to hnutí a strany, které volají po zdanění superbohatých, skoncování s daňovými ráji, prohlubování práv menšin, boji za zlepšování životního prostředí, digitální demokracii. Posílení Zelených v Německu nebo nástup Pirátů u nás jsou toho dobrými příklady.

Tato změna společenské atmosféry má přitom dopady i na tradiční strany, které musejí rychle hledat nové způsoby komunikace a témata. V nedávném průzkumu mínění německých voličů se tak 77 procent členů a voličů sociální demokracie vyslovilo pro posun doleva, zatímco jen 34 procent příznivců křesťanských demokratů chce posun směrem k většímu konzervatismu. Pod posunem „doleva“ si přitom mnoho respondentů představuje nikoliv tradiční sociáldemokratismus, ale spíše komplexnější levicovou agendu Zelených.

Jinými slovy: zdá se, že revoluce, která probíhá už nějakou dobu v podobě globalizace, průmyslové digita-

lizace a robotizace i nových komunikačních prostředků, si možná konečně našla svoje politické vyjádření v podobě generace mileniálů. Ač se ho starší politici snaží zdiskreditovat coby „mileniální socialismus“, není socialismem v tradičním slova smyslu. Je to především snaha docílit větší rovnosti v domácím i globálním měřítku, starost o ekologii a boj za respekt pro nejrůznější menšiny. Důraz není na vlastnění, ale na sdílení, fungování v sítích. A je v něm silně přítomna sílící role žen.

Jisté je, že s nástupem této generace už demokratická politika nikdy nebude, co byla. Politické strany, které se utěšují tím, že i mileniálové zestárnou a pak je začnou volit, jsou odsouzeny k zániku. S touto generací vstupujeme do světa jiného způsobu komunikace i politických postojů: v nejobecnější rovině jakéhosi nového typu levicového liberalismu ve smyslu důrazu na svobodu a rovnost všech, ale i respektu pro pluralitu menšin, doprovázeného silným odporem k praktikám ekonomického neoliberalismu.

---

*Autor je politolog, publicista a ředitel New York University Prague. Text vyšel v Deníku N 5. března 2019.*



# Chráněná pracovní místa aneb lepší vyhledávání chráněných dílen

Marek Lapka

V dnešní provázané době orientované na prodej není problém zakoupit jakékoliv zboží nebo službu během několika minut. Stačí jednoduše navštívit jakýkoliv vyhledávač, chvíli brouzdat po internetu, a jakmile nás něco zaujme, zakoupíme to. Jak je to ale se službami nebo produkty z chráněných dílen? A co to vlastně je?

## Chráněná dílna nebo chráněné pracovní místo?

Chráněná dílna označuje starý pojem pro „instituci“ určenou pro osoby se zdravotním postižením (OZP). Dílny mohou být vedeny občanskými sdruženími, neziskovými organizacemi nebo obcemi. V dnešní době však chráněné dílny neexistují, protože s účinností od 1. ledna 2012 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti byly nahrazeny institutem chráněného pracovního místa.

V aktuální právní úpravě nedostávají zaměstnavatelé OZP nebo OZP samostatně výdělečně činné příspěvek od Úřadu práce na vytvoření chráněné dílny, ale dostávají příspěvek na zřízení chráněného pracovního místa, příspěvek na podporu zaměstnání OZP a příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů chráněného pracovního místa. Zaměstnavatel tak může vytvořit několik chráněných pracovních míst v rámci jedné chráněné dílny.

Chráněné dílny mohou být svým způsobem vnímány jako sociální podniky. Jsou unikátní v tom, že kombinují prvky ziskového i neziskového sektoru, identifikují problém ve společnosti a snaží se nalézt řešení „na míru“.

## Podpora OZP

Existují různé formy podpory OZP, které může každý z nás snadno realizovat. Některé najdeme v legislativním ukotvení. Každý jistě slyšel o termínu společenské odpovědnosti firem. Ta se může projevovat motivací zaměstnavatelů zaměstnávat při celkovém počtu 25 pracovníků alespoň jednu OZP. Každá taková firma si může rozmyslet, zda přivítá v pracovním kolektivu OZP či zda využije tzv. formu „náhradního plnění“.

Náhradní plnění spojuje občanskou solidaritu, ale také zákonnou normu, která motivuje firmy k podpoře chráněných dílen. Ale jak to v praxi vlastně funguje? Vzhledem k tomu, že je pro některé zaměstnavatele složité vytvořit podmínky pro zaměstnávání OZP, stát umožňuje náhradní plnění skrze 1) odebírání výrobků, služeb či produktů chráněných dílen, 2) odvod přímého poplatku do státního rozpočtu.

## Služby chráněných dílen

Chráněné dílny v současné době nabízejí širokou nabídku služeb a produktů. Proto bývá pro firmy výhodné zvolit tuto formu plnění. Splní zákonnou povinnost,

zároveň tak podpoří integraci OZP do společnosti. Náhradní plnění je pak oboustranně výhodné. Firma získá kvalitní služby a ještě přispěje k upevnění pracovních návyků i ocenění práce osob, pro něž by jinak uplatnění na komerčním pracovním trhu bylo komplikované.

Doufáme, že se časem změní pohled na podklad zákonné normy a zaměstnavatelé ocení při jejich zaměstnání elán a zápal OZP, než aby volili snadnější cestu náhradního plnění.

V obrovském množství případů je těžké – ne-li nemožné – chráněné dílny dohledat, a proto vznikl projekt **Chráněné dílny OZP**, který si dává za cíl propojit veřejnost a chráněné dílny, aby bylo možné jednodušeji využít jejich služeb. Zaměstnavatelé OZP nebo OZP mohou na novém portálu ChraneneDilnyOZP.cz bezplatně nabízet své produkty a služby.

„*Najděme kvalitní služby a podpořme je!*“ je mottem projektu *Pomáhejme si navzájem – Integrate bez negace*. Projekt vzešel z nápadu tří přátel, kteří založili organizaci Volnočasovky SPORT, z. s. Jelikož je web otevřen veřejnosti, nabízí i na blogu prostor pro diskuze a sdílení důležitých témat. Věříme, že podpora chráněných dílen a s tím související rozvoj osob se zdravotním postižením spočívá i ve sdílení témat s nimi spojených.

Kdo hledá na internetu možnosti náhradního plnění nebo se snaží nalézt krásný dárek, najít spolehlivé lidi, kteří mu uklidí byt, může se se svojí poptávkou obrátit na tento web.

## Zakončení s úsměvem na rtech

Sociální podnikání v sobě spojuje prvky byznysu a občanské odpovědnosti při maximálním využití zdrojů a větší míře finančních nákladů. O to větší přináší užitek, úsměv a hlavně možnost uplatnění osob, které

by měly jinak omezené možnosti při uplatnění na trhu práce. Chráněné dílny jsou vlastně pracovně-integrační instituce. Pokud je proto první bariérou jejich vyhledání, bude vytvoření a využívání snadného vyhledávače správným krokem k podpoře služeb chráněných dílen.

---

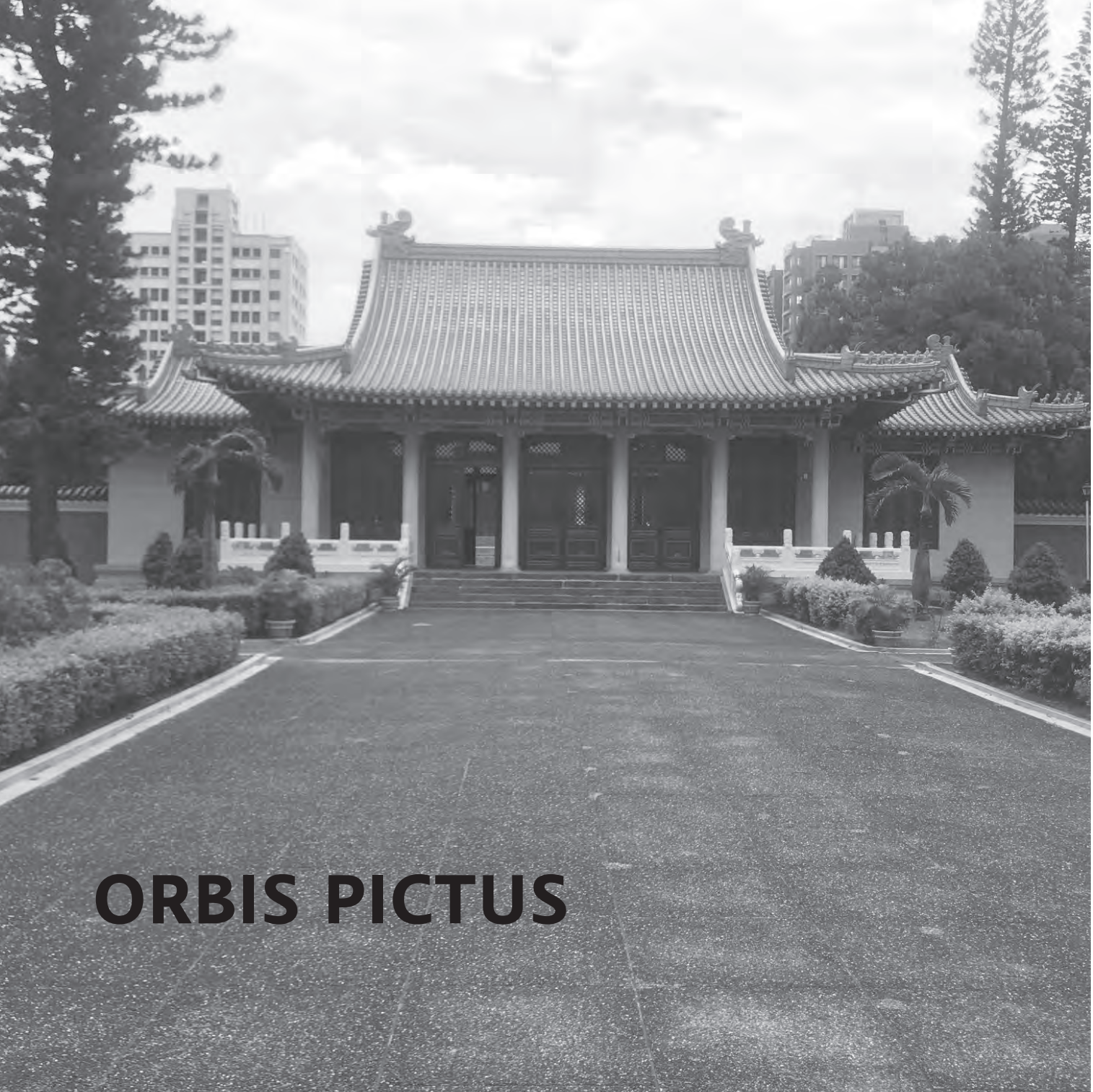
*Autor textu, PharmDr. Marek Lapka, je lektorem na Ústavu farmakologie 3. LF UK, a jedním z autorů projektu ChraneneDilnyOZP.cz.*

## Krátká poznámka

*Při své návštěvě v Bostnu a setkání s profesorem Pomahačem na Harvard Medical School jsem navštívil i památnou místnost, která byla zasvěcená laureátům Nobelovy ceny za fyziologii a medicínu za rok 1990. Obdrželi ji členové Harvard Medical School americký chirurg Joseph E. Murray (\*1919) a americký plastický chirurg Edward Ponall Thomas (\*1920) za objevy týkající se orgánových a buněčných transplantací jako klinické metody.*

*Ačkoliv je Harvard Medical School nejlepší lékařskou fakultou ve Spojených státech amerických a čtvrtou nejlepší na světě, od té doby Nobelovu cenu nikdo na Harvardu nedostal. (rr)*





**ORBIS PICTUS**

# Opravdu vydařený měsíc na Tchaj-wanu

Kateřina Grygarová, studentka 3. LF UK

Minulé léto pro mě bylo ve znamení objevování nových věcí. Když si teď zpětně vzpomenu na to, že ještě před rokem pro mě stáž na Tchaj-wanu představovala sen, na který jsem se těšila, přijde mi neuvěřitelné, jak rychle to uběhlo. IFMSA stáž mi doporučovala spousta přátel a Tchaj-wan je země, která mě zaujala na první pohled.

Poté, co jsem v Česku vyřídila všechny formality, smlouvu i všechny zkoušky, mohla jsem se těšit na měsíc strávený v Asii. Kamarádka, která stáž na Tchaj-wanu absolvovala pár let přede mnou, mi řekla: „Tchaj-wan je

úžasný. Nádherná země, nejhodnější lidi a nejchutnější jídlo.” A měla pravdu.

Ačkoli jsem spoustu času trávila v laboratoři v genetickém centru v *China Medical University Hospital* v Tai-chungu, všichni se snažili, abych si ze stáže odnesla co nejvíce. Ráno mi tutorka sdělila denní program, na který jsem měla možnost se během dopoledne teoreticky připravit, a odpoledne jsme pracovali se samotnými buněčnými kulturami. A jelikož obyvatelé Tchaj-wanu jsou opravdu pyšní na své jídlo, každý den o polední



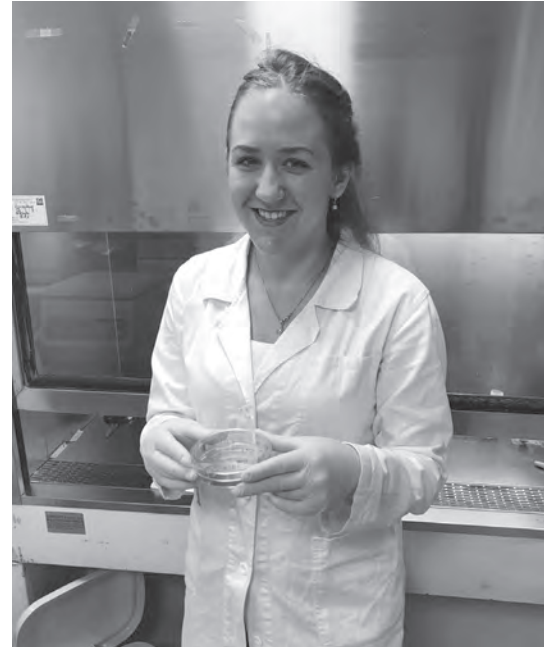


pauze mě brali do jiné restaurace a já tak měla možnost ochutnat opravdu vše.

Díky tomu, že nás studentů na stáži bylo v celé nemocnici poměrně hodně, večery a víkendy jsem trávila nejen ve společnosti místních, ale také se studenty z Belgie, Nizozemí, Řecka či Kanady. Během jednoho víkendového workshopu jsme také mohli vidět a dokonce si sami vyzkoušet, jak se praktikuje tradiční čínská medicína, jindy jsme pro změnu pod vedením vyhlášeného šéfkuchaře zkusili připravit tradiční tchaj-wanské pokrmy.

V nemocnici jsem pak měla možnost vidět opět jiný systém, než jaký funguje u nás. Díky obrovskému technologickému posunu Tchaj-wanu v posledních letech je vše digitalizované a na jednotlivých odděleních se vyskytuje hodně nejmodernějších přístrojů (já měla například během stáže možnost navštívit také oddělení kosmetické a plastické chirurgie, kde dominovaly dva *Da Vinci systémy*).

Kdybych to měla shrnout, tak mohu s klidem říct, že se jednalo o jeden z nejvíce obohacujících měsíců v mém životě. Poznala jsem spoustu fantastických lidí, podívala jsem se na místa, na která bych se normálně asi nedostala, a měla jsem možnost vidět medicínu na druhém konci světa. Opravdu vydařený měsíc!





## **Ohlédnutí za již 21. ročníkem tradičního reprezentačního plesu 3. lékařské fakulty**

**Národní dům na Vinohradech, 8. března 2019**

**Foto: Martin Barabáš a David Megvinet**





















## Pozlacená kráska v Bílém domě

Jaroslav Veis

Je málo domů, do kterých se touží politici ze všech zemí světa podívat zevnitř tolik jako do domu číslo 1600 na Pennsylvania Avenue ve Washingtonu, jemuž se říká Bílý. Platí to i o českých politicích, a to ještě déle, než existuje samostatný český stát.

První z nich, prezident T. G. Masaryk, tam poprvé vstoupil před víc než sto lety, 19. června 1918 odpoledne. Návštěva to byla, řečeno dnešním diplomatickým slovníkem, pracovní. Prezident Woodrow Wilson ho pozval, aby si promluvil o tom, jak se čeští legionáři v Rusku zapojí do boje proti bolševikům. To se Masaryk dosud zdráhal podpořit, stál víc o to, aby se legie přesunuly do Francie a tam bojovaly s Němci. Jenže bylo to právě české angažmá na Sibiři, které vedlo Wilsona na oplátku k tomu, aby podpořil vznik Republiky československé.

Bílý dům byl tenkrát docela otevřený a návštěvy velmi neformální. Ostatně host musel nejprve projít stádem ovcí, které Wilson na trávníku kolem prezidentské rezidence choval. Jejich vlnu prý prodával a nemalý výtežek posílal na válečný účet.

Masaryk přišel do Bílého domu ještě jednou, 10. září 1918. Dochoval se telegram tehdejšího Masarykova osobního tajemníka Jaroslava Císaře, poslaný před tou druhou návštěvou, který neformálnost tehdejšího

protokolu jen podtrhuje: *State Department telefonuje, ze mate byt v Bilem Dome zitra ve dve hodiny odpoledne, ne ve dve patnact, jak drive oznameno. Mate pouzit hlavniho vchodu.*

Na rozdíl od zvacího telegramu se nedochovala zpráva o tom, zda Masaryk americkému prezidentovi přinesl nějaký dar. S velkou pravděpodobností nic, dar však dostal on: souhlas s projektem Československé republiky.

A pak uteklo století plné dramát, o němž se říká, že bylo se dvěma světovými válkami, děsivým traumatem holocaustu a nelítostným experimentem komunismu nejkrutější ze všech, a k zadnímu vchodu Bílého domu přijela černá limuzína s poslední českou státnickou návštěvou. Ne že by ten zadní vchod znamenal něco zásadního, ale doba se změnila, ovce už tráví kolem Bílého domu nešhubou a hlavní vchod je určen oficiálním státním návštěvám, zatímco ta, na níž byl pozván na dnešní dobu nebývale rychle český premiér Andrej Babiš, byla označena za pracovní.

Na čem americký prezident Trump s českým premiérem pracovali, tak úplně přesně nevíme, rozhodně spíše na symbolech než na něčem konkrétním. Jenže žijeme ve světě symbolů a gest: ty jsou velmi podstatné a Babišova cesta do Bílého domu je symbolem západních vazeb

naší země na rozdíl o těch směřujících do Moskvy a do Pekingu, v nichž si libuje český prezident Zeman.

Co však víme docela přesně, je, co český premiér americkému prezidentovi přivezl. Pochlubil se s tím na svém Facebooku hned večer po návratu z Bílého domu. Fotografie automatické pistole v dřevěné etuji doplnil on (nebo možná jeho věrný píárista Marek Prchal) 7. března ve 21:23 těmito slovy: *Tahle pozlacená kráska je dar pro pana prezidenta Donalda J. Trumpa. Jmenuje se „CZ 75 Republika.“ Stvořila ji CZ firearms – Česká zbrojovka ke 100. výročí našeho samostatného státu. Na celém světě je jenom sto exemplářů a tenhle má výrobní číslo 1946. Stejně jako rok narození amerického prezidenta. Uložený je v dřevěné kazetě ze tří druhů dřeva a s portrétem Tomáše Garrigua Masaryka. Připomíná, že jsme si naši svobodu vybojovali. A taky jak šikovné u nás máme lidi.*

Souhlasím, že lidi máme šikovné a že svoboda není zadarmo. Jenže od premiérový návštěvy v Bílém domě uplynulo do chvíle, kdy tohle Post Scriptum píšu, dvanáct dnů a hned třikrát jsem se dočetl o tom, co dokázaly pistole i další ruční zbraně: V Christchurchu na Novém Zélandu postřílel antimigračně laděný atentátník 49 muslimů na modlitbách ve dvou mešitách. V nizozemském Utrechtu zastřelil sedmatřicetiletý turecký imigrant tři lidi v tramvaji. Ve Vínohradské nemocnici střílel z „dámské“ pistole pacient na dva další, jeden z nich střelbu nepřežil. Bojím se odhadovat, o kolika dalších střelcích a mrtvých se dočtu, než tento text bude vytištěn a než se dostane ke čtenářům.

Jakkoli premiérova návštěva byla pozitivním a potřebným symbolem, darovat pistoli dobrým symbolem nebylo. Přestože vedle Masarykova obrázku na vnitřní

straně etuje je i náš prezidentský znak a na hlavní pistole heslo „Pravda vítězí“. Ano, vítězí, ale ne proto, že by k tomu potřebovala zásobník plný nábojů ráže 9 mm.



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 29, číslo 1, prosinec 2019

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.; 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>

