

VITA NOSTRA REVUE

DOBROVOLNÍCI Z ŘAD STUDENTŮ V DOBĚ PANDEMIE – MICHAL ANDĚL: MŮJ ŽIVOT S VIRY –
JIŘÍ BENEŠ: ZRUŠENÍ PLESU – JANA ŠEBLOVÁ: MÉ PANDEMICKÉ JARO 2020 – O BEZDOMOVECTVÍ
A COVID-19 – PŘÍBĚHY Z ITIBA – PETR A PETRA TŘEŠŇÁKOVI: ZVUKY PROBOUZENÍ



EDITORIAL2

COVID-19

Dobrovolníci z řad studentů v době pandemie (Tomáš Sychra) . . .4
Můj život s viry (Michal Anděl)8
Zrušení plesu na 3. LF UK - lekce z demokracie (Jiří Beneš)10
Mé pandemické jaro 2020 (Jana Šeblová).12
Koronavirová epidemie a duševní zdraví (Jolana Boháčková) . . .15
O bezdomovectví a covid-19 a vlivu (ne)bydlení na zdraví
(Václav Melenovský)18
Covid-19 a urgentní medicína (Jana Šeblová)20
Vakcína, třešňový sad a nové výzvy (Michal Anděl)26
Anketa: Přednášky on-line, zkoušení na dálku a minimum
osobního kontaktu28

FACULTAS NOSTRA

Studentská vědecká konference se přesunula na podzim31
Zemřel význačný chirurg docent František Vyhnánek,
vedoucí lékař Traumacentra FNKV32
Jiří Roštlapil – 100 let (Pavel Čech).33

ORBIS PICTUS

Příběhy z Itiba (Lukáš Malý).37
LOVAH Exchange Holandsko (Lenka Rudolfová)44
O tabletové kultuře a toxikomanech v minulém režimu
(Jolana Boháčková).46

TEXT

Zvuky probouzení (Petr a Petra Třešňákovi)49

POST SCRIPTUM

Podivný rok 2020 (Jaroslav Veis).58

Editorial

Vážené a milé čtenářky, vážení čtenáři časopisu Vita Nostra Revue, kolegyně a kolegové, milé studentky a milí studenti,

předkládáme vám dvojčíslo našeho časopisu v roce 2020. Hlavním důvodem tohoto zdržení je situace způsobená pandemií koronaviru. Této problematice je také věnována velká část našeho časopisu.

Celý soubor textů o koronaviru uvádíme článkem Tomáše Sychry o pomoci našich mediků v době koronavirové krize, který doprovází bohatá fotografická dokumentace. Následuje text prof. Anděla, v němž se zabývá historií významných infekčních chorob po 2. světové válce a na vlastních případech a osobních zkušenostech řeší jejich medicínskou a sociální problematiku včetně možností očkování. Veškeré texty uvádíme také v angličtině, aby si je mohli přečíst studenti anglického kurikula.

Velmi si vážím článku prof. Jiřího Beneše, který rozebírá situaci začátků pandemie na naší fakultě a ukazuje její plausibilní řešení včetně zrušení plesu. Důležité je, že zdůraznil naprosto rozhodující úlohu lékařů a sester při řešení covidu-19, ale také přínos našich mediků jako významných spolupracovníků při praktickém řešení koronavirové krize. Studenti 3. LF UK první zorganizovali a prováděli tuto pomoc. K nim se pak přidali studenti ostatních lékařských a dalších fakult. Podíváme-li se na „celou historii“ covid-19, je jasné, že prošla mnoha úskalími, úspěchy a omyly. Ale rozhodující pozitivní úlohu sehrála obětavost a nasazení lékařů, sester i mediků. Velmi mě proto překvapily hlasy z ministerstva zdravotnictví o tom, že naše zdravotnictví je úplně v pořádku. Není. Kromě jiného není vyřešen problém úhrad ve vztahu k hodinovému měsíčnímu pen-

zu a následnému volnu po noční službě. Kdyby se tato zásada striktně dodržovala, pak by na denní provoz na klinikách zbylo málo lékařů.

Stejně tak divná jsou vyjádření pana ministra o průměrném platu 94 tisíc korun na pracovištích řízených MZ ČR. V naší rodině pracovalo a pracuje 11 lékařů a lékařek, poslední dvanáctá studuje první ročník LF UK v Plzni. Dva z nich byli a jsou přednosta klinik na LF UK v Plzni. Ostatní zastávají různé funkce, většinou vedoucí, ale máme i jednoho mladšího sekundáře. Takže se v problematice vyznám. Myslím si, že v obecných vyjádřeních by měli političtí představitelé vážit slova. Jinak to někdy vypadá, že nám někdo chce (možná nevědomky) škodit.

Vždy je velmi důležité, aby o problémech a jejich řešení psali lidé, kteří jsou s nimi v bezprostředním styku. Tyto cenné informace a zkušenosti nám sděluje členka naší redakční rady dr. Jana Šeblová. Její články jsou velice vtipné a výborně napsané, i s anglickým humorem.

Naše paní šéfredaktorka Jolana Boháčková shrnula poznatky o duševním zdraví obyvatelstva, které získali pracovníci NÚDZ v Klecanech jakožto doprovodný jev pandemie. Článek se jmenuje *Koronavirová epidemie a duševní zdraví*. Cenné je, že jsou pracovníci NÚDZ zapojeni do mezinárodního výzkumu. Tato problematika bude mít jistě i *postkoronavirovou* projekci.

Kolega Václav Melenovský píše o projektu Medici na ulici ve vztahu ke covidu-19 a úloze bydlení.

Sérii o covid-19 zakončujeme opět článkem prof. Anděla *Vakcína, višňový sad a nové výzvy*. Popisuje vývoj výroby vakcín v ÚSOL (Ústav sér a očkovacích látek). Ten je bohužel dávno zrušen a o jeho obnovení se nemluví. Podobně jako prof. Anděl jsem si se smíšenými pocity pře-



četl, že ministerstvo zdravotnictví pověřilo jím přímo řízené ústavy přípravou očkovací látky proti koronaviru SARS-CoV-2. Pracuji dlouho ve vědě a dobře vím, že žádný vynález se nedá shora nařídit. Na všem se musí dlouhodobě pracovat. Např. v ÚHKT není virolog, který by na této problematice pracoval. Posledním byl prof. Vladimír Vonka, jenž o problematice covidu-19 v ČR napsal fundovaný a přehledný článek do Revue České lékařské akademie (2020/16, 5-9). Do případného výzkumu by bylo třeba zapojit pracovníky AV ČR, např. Ústav molekulární biologie (prof. Hořejší) nebo Přírodovědeckou fakultu Jihočeské univerzity (prof. Grubhofer, prof. Lukeš). Je sice pravda, že mnoho objevů vzniklo náhodou, ale pouze tehdy, když ti objevitelé na problematice pracovali (Pasteur: „Náhoda přeje připraveným.“). Nebo, jak řekl prof. Cihlář (USA), přejeme všem, kteří něco vymyslí, velký úspěch, ale musí být připraveni.

Dále publikujeme informace ze zahraničí a děkujeme za ně. Dr. Lenka Rudolfová nás informuje o holand-

ské organizaci mladých praktiků LOVAH. Dr. Lukáš Malý v impresivním článku vypovídá o svých zkušenostech a zážitcích z Itálie. Moc krásné a zajímavé čtení. Nedávno jsem dostal knihu od dr. Tomáše Šebka *Nebe nad Jemenem*. Článek i kniha stojí na podobné lékařské i lidské filosofii. Paní Jolana Boháčková se při výchově svých několika dětí ještě zamýšlela nad knihou o drogových závislostech v Československu.

Na závěr bych rád připomenul, že v září oslaví Fyziologický ústav 50. výročí od svého založení. K této příležitosti měla vyjít brožura, ale z časových a finančních důvodů se tak nestane. VNR ve svém třetím čísle zveřejní několik článků, ve kterých bude vzpomenua i historie budovy Ke Karlovu 4 a její význam pro rozvoj fyziologických věd v Československu.

Richard Rokyta
předseda redakční rady Vita Nostra Revue



Dobrovolníci z řad studentů v době pandemie

Tomáš Sychra, student 6. ročníku Všeobecného lékařství 3. LF UK

Touhu pomáhat, zvláště v době krize, má v sobě téměř každý student medicíny. Ale otázky typu „Kde teď pomoc nejvíce potřebují? Na jakých pozicích můžu jako medik pracovat? Jak to bude s pojištěním?“ jsou pro jednotlivce špatně řešitelné. Právě proto fungoval koordinační tým dobrovolníků 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Řešil jak nabídku pomoci ze strany studentů, tak poptávku ze strany nemocnic a samozřejmě všechny ostatní nezbytnosti s tím spojené. Komunikace se zařízeními i dobrovolníky probíhala on-line, telefonicky a osobně, ve dne i v noci.

Počet zapojených dobrovolníků z řad studentů

První myšlenka se zrodila na zasedání Akademického senátu 3. LF UK 10. března 2020 na základě podnětů ze strany studentů. Došlo k založení facebookové skupiny „Dobrovolníci z řad studentů LF“, která aktuálně čítá více než 3 400 členů, a následně vznikla celorepubliková koordinační síť s organizačními buňkami na každé lékařské fakultě v ČR a také na Farmaceutické fakultě UK. Každá ze skupin měla v gesci určitý počet zdravotnických zařízení a zprostředko-

vávala jim pomoc ze strany svých studentů. Celkově se za dobu pandemie přihlásilo přes 5 400 dobrovolníků, z nichž v jednu chvíli téměř 3 900 aktivně poskytovalo svou pomoc. Celá iniciativa dostala podporu a záštitu rektora prof. MUDr. Tomáše Zimy.

Koordinačnímu týmu 3. LF se podařilo vytvořit databázi přes 900 dobrovolníků, z nichž téměř 700 aktivně pomáhá nebo stále pomáhá ve zdravotnických a jiných zařízeních. Mezi zdravotnická zařízení, ve kterých dobrovolníci 3. LF pomáhají, patří např. Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Nemocnice na Bulovce, Thomayerova nemocnice, Krajská nemocnice Liberec, Nemocnice Hořovice, Ústav pro péči o matku a dítě, Ústav hematologie a krevní transfuze a mnohé další. Postupně však docházelo k rozšíření dobrovolnické pomoci i do menších mimopražských zdravotnických zařízení, která pomoc více než potřebovala, studenti 3. LF se také často zapojovali v místě svého bydliště. Pomáhali nejen studenti medicíny, ale i bakalářských oborů. Všichni tito studenti byli distribuováni tak, aby byla pomoc co nejefektivnější.

K čemu jsme byli způsobilí?

Studenti všeobecného lékařství a ošetrovatelství jsou odborně způsobilí k práci sanitáře - ošetrovatele po ukončeném třetím, resp. čtvrtém semestru a po složení zkoušky z předmětu ošetrovatelství, péče o nemocné nebo obdobného předmětu, jak je uvedeno v zákoně č. 96/2004 Sb. Jelikož převážná část našich studentů nemá z ošetrovatelství zkoušku, ale zápočet, bylo nutné, aby dobrovolníci zkoušku složili dodatečně skrze e-learningový kurz v Moodle. Je otázkou, zda-li by studenti vyšších ročníků neměli mít další, předem dané kompetence, to však při nynější legislativě není možné.

Složení koordinačního týmu dobrovolníků

3. LF UK

A. Atakhanova, V. Brnková, O. Cieslar, A. Dvořák, V. Fetisov, K. Grygarová, A. Kantorová, R. Králová, K. Koudelková, V. Matraszek, V. Melenovský, P. Michenka, M. Moudrý, J. Pidhorodecký, S. Skamene, J. Slezák, V. Sobková, T. Sychra, M. Renza, K. Vernerová a mnoho dalších.

Pomoc, kterou dobrovolníci poskytovali, se týkala nejen nemocnic, ale také nouzových infolinek Státního zdravotního ústavu, Zdravotnické záchranné služby hlavního města Prahy, krajských hygienických stanic a celostátní informační linky Ministerstva zdravotnictví 1212. Dobrovolníci také organizovali hlídání dětí zdravotnického personálu FNKV. V souvislosti s epidemií došlo také k poklesu počtu lidí



schopných darovat krev, a proto byli studenti hromadně vyzváni k darování krve v Ústřední vojenské nemocnici a v Ústavu hematologie a krevní transfuze. Mezi další aktivity našich studentů patřilo i šití roušek, kterých rozdistribuovali na pět tisíc. Důležitou činností bylo také vytváření rešerší k vědeckým článkům ve spolupráci s odborníky z lékařského prostředí, mezi jinými např. s panem prof. MUDr. Ladislavem Machalou za účelem informování laické i odborné veřejnosti o onemocnění covid-19. Do pomoci se také zapojilo anglické curriculum, a to ve všech výše zmíněných aktivitách.

Šíření osvěty

Nešlo však jen o konkrétní personální či materiální pomoc, ale také o šíření informací o tom, jak se v této neobvyklé situaci chovat. Byl vytvořen algoritmus pro veřejnost, který přehledně shrnuje, jak se lze do pomoci zapojit, a na koho se v případě nejasností obrátit. Dalším důležitým úkolem koordinační buňky bylo bojovat proti averzi vůči rouškám a slovnímu napadání těch,

kterí je nosí. Právě proto byla vytvořena facebooková iniciativa s heslem #rouškaneníhanba, která měla obzvláště na počátku pandemie zdůraznit potřebu a důležitost tohoto ochranného hygienického opatření. Dále také vzniklo video zachycující, kde všude naši dobrovolníci pomáhají, obsahující pár povzbudivých slov od známých osobností z lékařského prostředí. Video zároveň mělo sloužit jako motivace studentům, kteří se zatím do dobrovolnických aktivit nezapojili.

Je obdivuhodné, kolik studentů se do pomoci aktivně zapojilo, a to i přesto, že distanční výuka, testy i zkoušení na 3. LF byly v plném proudu. Studenti často kvůli poskytování pomoci posouvali termíny svých zkoušek, a to i státnic, které skládají nyní v období prázdnin. Je skvělé, že se do pomoci zapojili i ti, kteří nemohli z různých důvodů pomáhat přímo ve zdravotnických zařízeních.

O výborné práci studentů svědčí bezpočet děkovných dopisů od představitelů všech institucí, ve kterých naši studenti pracovali. Studentům byla za dobrovolnické aktivity při pandemii covid-19 udělena děkanem



prof. MUDr. Petrem Widimským a Vědeckou radou 3. LF pamětní medaile 3. LF. S řadou příběhů z terénu se můžete seznámit ve speciálním dílu TRIEDRu - časopisu studentů 3. LF nebo zavítejte na výstavu #Pomáhám, protože můžu, která je volně přístupná v prostorách vestibulu děkanátu 3. LF po celou dobu prázdnin.

Pevně věřím, že studenti všech oborů lékařských fakult rádi pomohou i v budoucnu! Doufám však, že podobně kritická situace se již nebude opakovat. Snad byla tato vlna pandemie pro politické představitele České republiky dostatečným poučením a ukázkou stavu krizové infrastruktury našeho zdravotnictví. Pro zmapování situace jsme vytvořili dotazník, ve kterém získáváme přehled o zkušenostech, názorech a postojích studentů. Již máme téměř 400 velice zajímavých odpovědí a další přibývají každým dnem.

Na závěr bych chtěl všem pomáhajícím studentům upřímně poděkovat za jejich nasazení, obětavost a trpělivost, se kterou se do neznámé situace vrhli. Rád bych také poděkoval všem vyučujícím za vstřícný postoj a chtěl bych je poprosit o dostatečný počet prázdninových termínů testů a zkoušení tak, aby všichni studenti mohli do nadcházejícího semestru vykročit bez břemene chybějících zkoušek. Chtěl bych velice poděkovat celému koordinačnímu týmu dobrovolníků z řad studentů 3. LF. Velký dík patří také proděkanovi MUDr. Davidu Marxovi, který svými zkušenostmi a cennými radami celé iniciativě nesmírně pomohl.

Na www.trimed.cz/chcipomoci naleznete veškeré informace týkající se dobrovolnické činnosti, počty dobrovolníků v jednotlivých krajích, informační materiály pro dobrovolníky, poděkování, odkaz na speciální díl TRIEDRu, video #pomáhámprotožemůžu a mnoho dalšího.



Můj život s viry

Michal Anděl

Když jsem byl malý kluk, rodiče se báli, že děti mohou onemocnět poliomyelitidou, tedy dětskou obrnou. Dětem kvůli ní atrofovaly svaly na končetinách a některé pro poruchu dýchacích svalů byly umístěny do tehdejších přístrojů na umělou plicní ventilaci, železných plic. Celý svět znal obrázky z australské tělocvičny, ve které byly desítky dětí v železných plicích, které jim obepínaly hrudníčky, jen hlavičky koukaly ven. Trochu jsem se toho taky bál. Když přišla vakcína, zavedlo v roce 1960 Československo jako první země na světě plošnou vakcinaci dětí a všichni si oddychli.

Když se narodila moje máma, doznívala španělská chřipka. Zabíjela asi 40 milionů lidí. Když byla máma malá holka, rodiče se báli, že děti mohou onemocnět diabetem, z hlediska dnešní klasifikace diabetem 1. typu. Ten se stal díky inzulínu od počátku dvacátých let dobře léčitelný. Později se ukázalo, že možným spouštěčem autoimunního zánětu β -buněk Langerhansových ostrůvků pankreatu může být infekce, např. virem coksackie. Když mi byl v roce 1947 rok, byl u opic v ugandském Entebbe popsán virus Zika. O sedm let později byl popsán první případ nákazy u člověka. V sedmdesátých letech se infekce vyskytla v Mikronésii a v roce 2015 v řadě latinskoamerických států. Virus je nebezpečný zejména pro těhotné ženy, u jejich dětí se často objevovala mikrocefalie.

O prázdninách mezi třetí a čtvrtou třídou jsem dostal spalničky. Po mně můj bratr. Naštěstí bez komplikací. Tehdy na jejich komplikace děti umíraly.

Když mi bylo dvanáct, řádila asijská chřipka. Na zeměkouli zemřelo víc než milion lidí.

Ve dvaceti letech jsem dostal plané neštovice. Měly hodně těžký průběh a musel jsem ležet tři týdny v Nemocnici na Bulovce.

Když mi bylo dvaadvacet let, byla epidemie hongkongské chřipky. Vrátila se ještě za rok a o čtyři roky později. Na zeměkouli na ni zemřel další milion lidí, z toho sto tisíc v USA. Ten rok si ale pamatujeme jako rok pražského jara, sovětské invaze, květinových dětí či vraždy Roberta Kennedyho.

V roce 1970, když mi bylo dvacet čtyři, jsem měl u zkoušky z patologie nedostatečné znalosti o klíšťové encefalitidě. Zkoušku jsem složil až napodruhé.

Když mi bylo šestadvacet, ošetřoval jsem o Vánocích jako vojenský lékař absolvent asi tři sta vojáků nakažených chřipkou. Snad se jí říkalo typ London. Se zápallem plic jsem pak v lednu 1973 ležel ve Vojenské nemocnici.

V sedmdesátých letech se několik mých kolegů infikovalo hepatitidou B. Asi 30 let se proti hepatitidě B již běžně očkuje. V osmdesátých letech, když mi bylo mezi čtyřiatřiceti a čtyřiačtyřiceti, se kdekdo bál HIV. Díky lékům objeveným profesorem Holým je AIDS nyní nemocí, která nemusí zkrátit život.

V polovině osmdesátých let, když mi bylo skoro čtyřicet, jsem na jednotce intenzivní péče léčil profesora Karla Rašku. Měl slabé srdce, pokud si vzpomínám, po prodělané horečce Q. Předtím se významně zasloužil o celosvětové vymýcení pravých neštovic. Když se

z WHO na začátku sedmdesátých let vrátil do Prahy, vyhodili ho z vedoucího místa v ústavu, který vedl, a úplně mu zakázali vstup do Státního zdravotního ústavu.

V listopadu 2002 se z Číny šířila koronavirová infekce, která způsobovala SARS, těžký akutní respirační syndrom. Epidemie trvala až do poloviny roku 2003. V roce 2012 probíhala další koronavirová epidemie, tentokrát MERS, Middle East Respiratory Syndrome. Obě měly vysokou smrtelnost, v průměru 10 %, respektive 39 %.

Když mi bylo padesát devět let, kachny a labuť hnuly na ptačí chřipku. Byly obavy, že se přenesou na lidi.

V mých třiašedesáti, v roce 2009, tu byla mexická chřipka, nazývaná také prasečí. V Česku se jí nakazilo 2 477 osob a 102 z nich zemřelo. Proti oběma názvům se bránila mexická vláda.

Když mi bylo sedmdesát let, skončila po třech letech epidemie eboly, infekce s velmi vysokou smrtelností. Bill Gates roku 2015 prohlásil, že některá z budoucích epidemií představuje pro národy světa větší nebezpečí než zničující válka, a vyzval k tomu, aby se namísto investic do zbraní přesunuly do boje proti epidemiím. Letos se v Demokratické republice Kongo objevily nové případy eboly.

Loni, když mi bylo sedmdesát tři let, dvaadvacetiletý bratranec mého žáka a kolegy zemřel na chřipku. Kvůli chřipce také byla několik týdnů na umělé plicní ventilaci a mimotělní oxygenaci roční neteř jiného mého kolegy. Přežila. Sám jsem loni na podzim onemocněl velmi těžkou chřipkou B.

Epidemie mají vedle obrovských rizik i určitou výhodu: rychle a dramaticky na sebe upozorní. Tím vedou k rychlé mobilizaci. Jiné globální problémy se však hlásí pomaleji, a přestože mohou představovat obrov-

ské riziko, nejsou tak naléhavě vnímány: zaneřádění moří, oteplování planety, ještě větší nedostatek vody a sucho... Možná nás také může ohrozit ještě významně zhoubnější infekce. Taková rizika potřebují mnohem více spolupráce a méně konfrontace. Potřebují také svobodu, otevřenost, věcnost, inteligenci, um i solidaritu.

Teď je mi čtyřiasedmdesát a mé děti se bojí, že bych mohl onemocnět covidem-19. Před sto lety se báli rodiče, že se infekcí nakazí jejich děti, teď je tomu naopak. Až se objeví účinná vakcinace, budou jako první očkováni senioři?

Text byl původně napsán pro časopis Vesmír, kde 4. května 2020 vyšel. Vesmír 99, 251, 2020/5.

Zrušení plesu na 3. LF UK - lekce z demokracie

Jiří Beneš, Klinika infekčních nemocí 3. LF UK a Nemocnice Na Bulovce

Na počátku března panovala v České Republice optimistická nálada. Ze sdělovacích prostředků jsme věděli, že v daleké Číně probíhá už dva měsíce rozsáhlá epidemie koronavirové infekce a že na tuto infekci již zemřely stovky lidí. Přicházely také první znepokojivé zprávy ze severní Itálie, kde se koronavirová infekce začala šířit ve čtyřech sousedících regionech (Lombardie, Piemont, Benátsko a Emilia Romagna). Naše vláda na tuto situaci reagovala tím, že aktivovala orgány hygienické služby, varovala obyvatelstvo před cestováním do zasažených oblastí a na letištích zavedla kontroly zdravotního stavu u osob, které odtud přilétaly. Zdálo se, že riziko zavlečení infekce do ČR je velmi malé a že všechny eventuelní případy importu budeme schopni včas zachytit a izolovat, takže česká populace nebude nákazou ohrožena.

Na naší fakultě v této době vrcholila příprava plesu, který pod záštitou děkana organizoval studentský spolek Trimed. Ples se měl konat v pátek, 6. března 2020, a byl pro něj připraven tradičně bohatý program, jehož sestavení a nácvik zaměstnával organizátory několik předcházejících měsíců.

V neděli 1. března byla v televizních novinách vysílána zpráva o tom, že v ČR byl potvrzen první případ covid-19. Děkan 3. LF proto svolal na úterý 3. března poradou krizového týmu. Na této poradě bylo dohodnuto několik preventivních opatření: omluva absencí ve výuce pro studenty, na něž byla po příjezdu ze zahraničí

uvalena karanténa; zrušení výuky pořádané v rámci Univerzity 3. věku a Dětské univerzity; posílení úklidu a hygienických služeb v prostorách fakulty apod. Proběhlo také hlasování o tom, zda se má konat ples, a většinou hlasů bylo rozhodnuto, že ano.

Mezitím se v médiích objevily informace o několika dalších případech zavlečení infekce ze zahraničí. Všichni pacienti s prokázaným onemocněním byli ihned izolováni na infekčních odděleních v Praze na Bulovce a v Masarykově nemocnici v Ústí n. Labem. To zdánlivě potvrzovalo dobrou připravenost ČR, pro odborníky však byla alarmující zmínka o klinickém průběhu nemoci u těchto pacientů. Jejich udávané příznaky byly totiž velmi mírné (rýma, mírně zvýšená teplota) a vůbec neodpovídaly popisu covid-19, který byl hlášen z Číny i z Itálie a který sloužil k vyhledávání osob podezřelých z nákazy (horečky nad 38 °C, kašel, dušnost). Tato skutečnost zpochybnila celý systém surveillance koronavirových infekcí, o který se naše hygienická služba opírala. Zároveň přicházely zprávy o narůstajícím počtu obětí epidemie v Itálii a o kolapsu zdravotnického systému v nejvíce zasažených regionech. WHO doporučila rozšířit rizikovou zónu z původních čtyř regionů na celou Itálii. To vzbuzovalo obavy, že desetitisíce Čechů, kteří se vydali v únoru lyžovat v italských Alpách, se mohly po návratu stát zdrojem infekce.

Děkan 3. LF proto znovu svolal krizový tým na čtvrtek 5. března, přičemž hlavním tématem bylo rozhod-

nutí o konání či nekonání zítřejšího plesu. Jednání se uskutečnilo v emočně napjaté atmosféře, na všechny doléhal pocit zodpovědnosti. Každý účastník v diskusi sdělil ostatním svůj názor a současně i argumenty, z nichž vycházel. Ukázalo se, že na základě posledních událostí změnilo pět z deseti členů krizového týmu své dosavadní přesvědčení. Následné hlasování, jehož se zúčastnili i tři zástupci studentů, rozhodlo o zrušení plesu. Hlavním důvodem pro zrušení plesu byla snaha zabránit explozivnímu šíření infekce mezi studenty i zaměstnanci fakulty. Přitom hrozilo nebezpečí, že od nich by se mohli nakazit i pacienti v nemocnicích, kde probíhala výuka.

Na další den odpoledne svolal děkan schůzi celé akademické obce. Před přibližně stovkou studentů i akademických pracovníků vystoupili jeden po druhém členové krizového týmu a znovu vysvětlili, jak hlasovali a proč. Pak odpovídali na různé dotazy z pléna. Celá diskuse byla otevřená, přátelská a věcná. Z celého shromáždění byl rovněž pořízen videozáznam. Studenti rozhodnutí o zrušení plesu přijali bez reptání, přestože bylo zřejmé, že se na tuto příležitost připravovali a těšili a zpráva o zrušení akce je skutečně zasáhla. Věc měla ovšem i ekonomické důsledky v podobě finančních ztrát za smluvně potvrzené pronájmy sálů a společenských místností a za objednané občerstvení. Přednostové klinik, většina akademických pracovníků a významná část studentů proto nepožadovali vrácení vstupného, čímž se ekonomická ztráta zmírnila.

Další vývoj dal úvahám našeho krizového týmu pravdu: V den zrušeného plesu se objevil první pacient, u kterého nebylo možné prokázat kontakt s infikovanou osobou nebo pobyt v zahraničí. Tím se potvrdilo podezření, že infekce se již vymkla kontrole a šíří se

v populaci. Vládním nařízením byly dne 10. března zakázány hromadné akce nad 100 osob a zrušena veškerá školní výuka včetně výuky na univerzitách. O dva dny později byl pro celou republiku vyhlášen nouzový stav.

Co k tomu dodat? Jsem hrdý na naše studenty, kteří projeví ukázněnost a smysl pro racionalitu, ale zároveň osvědčili i svou akčnost, protože ihned začali organizovat různé formy dobrovolnické pomoci pražským nemocnicím a celému zdravotnickému systému. Do akcí zdravotnické pomoci se pak v krátké době zapojily stovky studentů naší fakulty. V nemenší míře si vážím i vedení naší fakulty, které ukázalo prozíravost a rozhodnost. Ples 3. LF UK byl v České republice první zrušenou hromadnou akcí a fakulta předběhla oficiální zákaz takovýchto akcí o pět dnů.

Nejvíce ze všeho mě však potěšilo důsledné uplatňování demokratických principů v této vypjaté době. Každý z členů krizového týmu velmi silně pociťoval svůj podíl odpovědnosti. Nikdo se nesnažil využít situace ve svůj prospěch. Děkan ani nikdo jiný nevytvářel nátlak na ostatní. Lidé se řídili svým svědomím. Měl jsem pocit, že celá fakulta v tu dobu fungovala podle zásad „res publica“, kde na prvním místě stojí úsilí o zdárný vývoj vlastní obce. Podobný pocit mi zůstával v paměti z listopadu 1989. Jsem vděčný za to, že jsem takové chvíle mohl po třiceti letech znovu prožít.

Mé pandemické jaro 2020

Jana Šeblová

Covid se blíží, k nám ještě nedorazil – jen lidé začínají hekticky nakupovat. Trvanlivé potraviny, dle doporučení. Je epidemiologicky logické, že virus navštíví i nás, i když si člověk rozumu navzdory přeje, aby se zrovna nám vyhnul. Kolínka a špagety nám ale asi s imunitou nepomohou...

První tři případy – a paradoxní úleva – je to (konečně) tady! Už nemusíme čekat, můžeme NĚCO dělat! Jenže celožitovní automatické reakce na principu urgentní medicíny tady najednou neplatí. Tahle „AKCE“ nebude trvat hodinu, směnu nebo týden, zase ten spor racia se zbožnými, avšak iracionálními přáními a návyky.

Roušky nejsou. Překupníci mají žně, prodávají respirátor až za pět tisíc.

Začínají se aktivizovat dobrovolníci. Najednou se objevuje spousta neuvěřitelně ochotných lidí, kteří jinak bez světla kamer žijí svoje slušné životy – v nepandemickém světě na ně není vidět.

Z práce přicházejí první pokyny mailem. Omezení kontaktů ve směně, omezení pohybu na stanovišti mezi výjezdy, střídání na jídlo, nástup všichni na šestou. Žádné dovolené, pořad na telefonu, počítat s přesuny směn. Každé nachlazení hlásit zaměstnavateli, dokončit směnu, od druhého dne do karantény.

Boris Johnson si zatím za kanálem hraje na Winstona Churchilla a chce podruhé vstoupit do řeky britské odhodlanosti za cenu (jakýchkoliv) ztrát: „Připravte se na to, že v nadcházejícím období přijdete předčasně o některé své blízké...“ Jenže tím sděluje národu, že kaš-



le na staré a nemocné, a že je obětuje na oltář ... čemu? – své sebestřednosti? Není válka, je 21. století, a etika velí starat se o zranitelné skupiny obyvatel. Když o britské strategii slyší Trump, dává Británii na stejný black-list jako zbytek Evropy, kamarád-nekamarád.

Vláda vyhláší razantní opatření. My starší zůstaváme v klidu – velmi podobně to tu vypadalo 40 let. Zavřené hranice, prázdné obchody a režim „UDĚLEJ SI SÁM“, dnešním manažerským jazykem DO-IT-YOUR-SELF.

Jsou otevřené jen obchody s potravinami, lékárny, čerpací stanice a zverimexy. V prázdné lednici mám kořičí konzervy na tři týdny, protože v naší rodině vždy platilo a platí „Animals first!“. Domů si přináším třetí želvu, protože zverimexy jsou otevřené.

Pražané si nasazují náhubky, zatím dobrovolně. Heslo zní: „Moje rouška chrání tebe, tvoje rouška chrání mě.“

Pražané hubují jedince, co náhubek nemají.

Celá republika si nasazuje náhubky. Jestli se hubují i na venkově, netuším.

Zjišťuji, že rtěnka pod roušku je nesmysl. I další moje poznávací znamení, náušnice v délce pět a více centimetrů, berou za své. Koronavirus mi právě ukradl vnější znaky mé identity.

Lidé nás najednou mají rádi. Jsme úžasní lékaři a úžasné sestřičky a úžasní záchranáři, a úžasní všichni...hrdina kam se podíváš. My na to hledíme lehce nedůvěřivě, asi jako pejsek z útulku první dny v novém domově. Jako že teď na nás nebudou opilí pacienti hulákat, že „si přece platí daně“?

Ministerstvo vyhlašuje, že pro zdravotníky karanténa neplatí. Cítíme se trochu jako spotřební materiál.

Přituhuje. První pacienti.

Jak nás to tenkrát učili, před státníci z hygieny a epidemiologie – to zapovězené křížení čistých a nečistých provozů? Jak mám proboha rozdělit sama sebe na čistou a nečistou část, když v čisté mám pacienta, jehož srdeční frekvence je pořád a setrvale 180 a na adenosin jeho myokard vůbec, ale vůbec nereaguje, a v té infekční na mě čekají tři pacienti, abych vynesla verdikt, jestli půjdou domů nebo ne. Jenže jak se obléknu do těch slušivých karnevalových masek, jen tak z nich nevylezu....

První zemřelí. I jeden náš, co mu bylo mezi 50 a 60 a prohřešil se pouze nadváhou a jedním práškem na tlak. ECMO přišlo pozdě.

Covid mě začíná strašit ve snech. Zatím jen neškodně. Většinou si neobleču všechny OOP a někde pobíhám bez brýlí nebo ochranného pláště, zatímco všichni kolem jsou ustrojeni naprosto v pořádku, a já mám pocit profesionálního selhání. Zatím mě nestraší dilemata o péči o pacienty – a doufám, že to tak do konce pandemie zůstane. Sofinity volby na urgentním příjmu – to je moje noční můra. Neboť kolegové v Itálii, Španělsku, Švédsku a jinde je už zažívají.

„Maminko, nebudeš se bát, když půjdu pomáhat jako dobrovolník do nemocnice?“, píše mi mladší dcera z New Yorku. Budu, ale já se dětí také neptala, jestli mohou chodit do práce, ve které jsem dvakrát skončila na JIP místo doma....

Boris Johnson končí v nemocnici a pak na JIP. Boží mlýny zasáhly překvapivě rychle.

Snažíme se zorientovat v situaci a lovíme po síti odborné informace, kde se dá. 14 dní trávím čas mezi službami editováním a psaním doporučení pro dobu pandemie. Návody proti nudě v karanténě mě začínají silně iritovat.

Začínáme se trochu orientovat. Nemocnice také. Dělí se proud na infekční a neinfekční pacienti, dělí se týmy, odběrové stany jsou nahrazené buňkami vysunutými před vstupní dveře, medici s teploměry jsou strážci všech nemocničních bran.

Začínáme si osvojovat rutinu v covidovém modu. Už vím, jak na OOP! A už to zvládám i docela rychle.

Vezu pacienta s podezřením na kraniotrauma. Na vstupu do nemocnice zjištěna TEPLOTA! Těžký oříšek – na infekci ho bez CT odmítám odvézt a trvám si na

tom. Spolu s neurologem a chirurgem nakonec vítězíme. Prokrváčená kontuze.... Když vezu zaintubovaného pacienta na neurochirurgii, přemýšlím, jak by dopadl s méně tvrdohlavou posádkou. I toto je „covidová éra“.

Lidé začínají mít kasárenského režimu dost, chápu je. Kdo nepracuje ve zdravotnictví a neviděl plíce pacienta s covid-19, má pocit že se nic neděje. Že umírají jen staří a nemocní a je jich málo. Opravdu? Řekněte si to ještě jednou, a za toho „starého a nemocného“, za to nízké pořadové anonymní číslo si dosadte vašeho kolegu od vedle z kanceláře, co je tak trochu při těle a sportování moc nedá. Nebo sousedku, co šla vloni do důchodu, ale aby se doma nenudila a taky aby si vydělala nějakou korunu k tomu závratnému důchodu, chodí uklízet do nemocnice. I tak vypadají ti „nemocní zemřelí“. V zemích, kde začínal exponenciální nárůst u tisíců nakažených, mají desetitisíce mrtvých a oběti mezi zdravotníky. A ti zdravotníci nestíhají lidem pomáhat, protože je jich na přeplněných příjmech více, než je lidskými silami zvládnutelné. Ale to je daleko, že? Jen pár hodin jízdy autem.

Lid začal spontánně s rozvolňováním. Během služby na urgentním příjmu mám už zase třetinu opilců. Vítež dne má čtyři promile a jeho chování vůči nám je tak vstřícné, že nakonec voláme panickým tlačítkem policii. To jsem ráda, že se vše vrací do normálních kolejí.

Vláda začíná s rozvolňováním. Já také, беру si do služby náušnice. Snad přežijí gumičky čínských respirátorů, jejichž kvalita exponenciálně klesá s dobou od počátku pandemie. Na konci směny mám uši jak Spejbl s Hurvínkem. Ale s náušnicemi.

Lid se rozvolnil téměř úplně, jak o tom svědčí titulky v přehledu tisku: Potyčka na zahrádce skončila zraněním (měli při tom potýkání se roušky, když nekonzu-

movali?) – Noční napadení s vážným zraněním – pro zraněného letěl vrtulník....

Už nejsme národní poklad, ale ještě nejsme v režimu poskoků těch „co si přece platí daně!“ Aktuální znění: „Vždyť jsme vám tleskali, co byste chtěli?“

Současná rétorika sociálních (a jiných) sítí zní: člověk s rouškou = tupý nemyslný tvor, relikv totalitní éry. Nezaměňujeme tu náhodou medicínu za politiku? A ne-generalizujeme trochu přes čáru?

Přicházejí prázdniny. Všichni, až na Pražáky (a těm to přece patří) a na obyvatele Moravskoslezského kraje odhazují roušky a odjíždějí do Chorvatska. Léto budiž pochváleno! Většina čísel a křivek zase začíná stoupat.

Ale stejně to bylo hezké, ta krátká doba nouzového stavu, že? Jednou budeme dětem a vnoučatům vyprávět pohádku na dobrou noc:

A jednoho dne kde se vzal, tu se vzal, přišel zlý virus s korunkou kolem hlavy a zkusil se dostat lidem do buněk. Někteří onemocněli, a někteří dokonce umřeli. Ale ti ostatní – a dělo se to na celém světě – začali myslet jeden na druhého, byli ohleduplní a pomáhali si a měli čas na svoje děti a zvelebovali si své příbytky a zahrádky.auta nejezdila a letadla nelétala, vzduch se dal dýchat a do měst se zvědavě vydávala zvířata prozkoumat ta zvláštní klidná území. Karlův most a Kampa zas měly tu magickou atmosféru jako v dávných pověstech. Lidé si najednou vážili zdravotníků a zpívali a tleskali jim každý večer na balkónech. Politici říkali, jak pochopili, že lékaře a sestřičky a vůbec všechny, co poctivě pracují, musí zaplatit. A pak zazvonil zvonec a pohádky byl konec, a ty už běž spát, zlatíčko...

A co se stalo s tím zlým virem?

Co by, ten tu s námi zůstal už navěky.

Koronavirová epidemie a duševní zdraví

Jolana Boháčková

Vědci z Národního ústavu duševního zdraví od začátku epidemie nemoci covid-19 zkoumají vliv různých vládních opatření, ale i mediálního zobrazení situace na duševní pohodu obyvatelstva ČR. Zapojili se také do velké mezinárodní studie.

Úzkostné poruchy, deprese, sebevražedné myšlenky i diskriminace

Studie *Já a covid-19* měla za cíl zmapovat aktuální duševní zdraví Čechů v době koronavirové pandemie, zjistit, zda se obávají nákazy, jestli se v tomto období setkali s nějakou formou diskriminace, jak hodnotí účinnost přijatých opatření a podobně.

Skupina vedená dr. Michalem Pitoňákem z Národního ústavu duševního zdraví ve spolupráci s vědecko-popularizačním spolkem Queer Geography sbírala data formou online dotazníku ve dnech 3. až 14. dubna 2020. Výsledný výběrový soubor obsahoval 2 454 respondentů, z toho bylo 1 285 žen (52 %), 1 112 mužů (45 %) a 57 (2 %) osob, které se identifikovaly jako trans muži (24), trans ženy (3) nebo nebinární, genderqueer či genderově fluidní osoby (18). Respondenti v rámci vzorku relativně dobře reprezentovali jednotlivé kraje, nejméně respondentů bylo z kraje Karlovarského (83) a nejvíce pak z krajů Jihomoravského (219), Moravskoslezského (219) a z Prahy (552).

„V naší studii jsme se zaměřovali na zhodnocení stavu duševního zdraví, zejména pak na zjištění přítomnosti depresivních či úzkostných problémů. Z našich

výsledků vyplynulo, že 42 % žen a 57 % mužů nemělo žádné duševní potíže a jejich stav tak byl normální. Lehké duševní potíže značily výsledky u 35 % žen a 28 % mužů. Středně závažné a vysoce závažné duševní potíže pak vycházely u 23 % žen a 15 % mužů. Z toho výsledky 14 % žen a 10 % mužů ukazují na přítomnost úzkostných potíží a výsledky 15 % žen a 8 % mužů na přítomnost deprese, oba druhy potíží se často překrývají. Celkem 17 % (tj. 428) respondentů připustilo, že měli v posledním měsíci nějaké sebevražedné myšlenky. Ve vysoce závažném riziku sebevraždou pak bylo téměř dvojnásobek mužů (13 %) oproti ženám (7 %),“ vysvětluje doktor Pitoňák. Vyšší míra sebevražedného uvažování je častější u neheterosexuálních lidí.

Z celkového počtu 2 454 respondentů se 269 osob (11 %) setkalo s nějakou formou diskriminace či jiného druhu nevhodného chování v důsledku nemoci covid-19. Mezi nejčastější patřila nadměrná ostražitost a udavačství ze strany okolí (19 %), nevráživost vůči určitým skupinám (chalupáři, pendleři, Pražáci – 17 %). Mezi dalšími formami diskriminace se objevila například nenávisť na sociálních sítích a ve 3 % byly zaznamenány dokonce závažné případy související se snížením běžné dostupnosti zdravotní péče či odmítnutí péče.

Odpor vůči mikrobům a zvýšená hygiena

„U vnímané zranitelnosti vůči infekci jsme naměřili obecnou hodnotu, která obvyklé hodnoty převyšovala pouze mírně, avšak u druhého ukazatele – odporu vůči

mikrobům – jsme zaznamenali značně zvýšené hodnoty u mužů i žen. Nijak překvapivě proto můžeme shledat, že strach z infekce a odpor vůči mikroorganismům je v současnosti ve společnosti významně vyšší, než je tomu obvykle,“ popisuje dr. Pitoňák. Nepřekvapí, že 96 % respondentů dodržuje povinné nošení roušek. Zajímavější bylo zjištění, že častější mytí rukou či užívání dezinfekčního prostředku připustilo pouze 73 % respondentů.

Další z dotazů se týkaly toho, jak respondenti hodnotili zavedená opatření. „Největší shoda na účinnosti panovala ohledně izolace nakažených v domácí karanténě (66 % hodnotilo toto opatření jako zcela účinné) a zamezení kontaktu s osobami v největším ohrožení onemocnění (58 % hodnotilo toto opatření jako zcela účinné) a sociálního odstupu (52 % hodnotilo toto opatření jako zcela účinné). Jako nejméně účinné formy opatření byly naopak označeny omezení návštěv u lékaře (25 % označilo za zcela účinné) a pouze 19 % označilo za zcela účinné nošení roušek. Z našich výsledků vyplynulo, že nejvíce osob (65 %) souhlasí s tím, aby nošení roušek bylo povinné pro všechny v místech, kde je to odůvodněné, avšak že by mělo být dobrovolné v jiných místech (např. v parcích či v přírodě, kde nejsme druhým blíže než 2,5 metru),“ uzavírá dr. Pitoňák.

Češi se zapojili do velké mezinárodní studie

Národní ústav duševního zdraví pod vedením dr. Denisy Mankové se rovněž zapojil do rozsáhlé mezinárodní studie o covid-19 a (nejen) duševním zdraví. Měla by oslovit celkem 100 tisíc participantů ze 110 zemí na pěti kontinentech. Cílem je zhodnotit mezi běžnou populací, ale i zdravotnickými pracovníky, jak

byla od propuknutí pandemie covid-19 ovlivněna jejich tělesná a duševní pohoda. Do projektu s názvem *The Collaborative Outcomes Study on Health and Functioning during Infection Times (COH-FIT)* je zapojeno téměř 200 výzkumníků a byl schválen několika národními a mezinárodními odbornými organizacemi.

„Zajímají nás demografické údaje, informace o profesi (zdravotní péče/policie/hasiči/pracovníci v armádě vs. ostatní), fyzickém a duševním zdraví a chování, faktorech týkajících se okolního prostředí, jak před pandemií covid-19, tak v jejím průběhu a po ní. Cílem studie je rozpoznat, kdo je ve vyšším či nižším riziku rozvoje fyzických či psychických zdravotních potíží během pandemie a během různých stupňů restrikcí,“ vysvětluje dr. Manková. Dalším cílem je identifikovat rizikové a protektivní faktory, které poskytnou informace preventivním a intervenčním programům zaměřeným na pandemii covid-19 a na další pandemie v budoucnu. Díky získaným poznatkům by tak mohla být zajištěna efektivnější ochrana rizikových skupin.

Výzkum bude probíhat ve třech etapách: první již začala, další se chystá za několik měsíců a poslední se uskuteční rok po skončení pandemie. „Jedná se o dobrovolný, bezplatný a anonymní průzkum probíhající na webových stránkách <https://www.coh-fit.com>. Průzkum je rozdělen do tří oblastí, dle věku respondentů – zúčastnit se tak mohou dospělí, adolescenti i děti ve věku 6 až 13 let. Nedospělí participantů potřebují souhlas zákonného zástupce, dotazník je plně v češtině,“ dodává doktorka Manková. Již nyní vyplnilo dotazník několik desítek tisíc respondentů z celého světa. První výsledky lze očekávat v horizontu čtvrt roku.

Způsob sledování médií ovlivňuje duševní zdraví

Podle další studie NÚDZ mají na duševní zdraví v době epidemie vliv také volební preference, druh médií, které lidé sledují, nebo to, zda čtou pouze titulky či jdou víc do hloubky.

Již během vrcholící pandemie provedli výzkumníci z NUDZ několik internetových šetření, která přinášejí první výsledky. Mimo jiné se zabývali rolí médií, ze kterých lidé čerpali informace o aktuální situaci. Média si rozdělili do několika kategorií podle míry důvěryhodnosti poskytovaných zpráv, tedy od médií veřejnoprávních (ČT, ČRo, ČTK) až po média dezinformační. Zjišťovali také, s jakou četností respondenti tyto typy médií sledovali. „Prvního z internetových šetření se zúčastnilo přes 1,5 tisíce respondentů, kteří odpovídali na řadu dotazů včetně duševního zdraví a využívání různých médií. V souladu s očekáváním potvrdili, že míra obav z nákazy, ekonomických a dalších negativních dopadů covid-19 zvyšovala úzkost a depresivitu během epidemie. Zjistili jsme také, že pravidelnější sledování veřejnoprávních médií zlepšovalo celkový duševní stav, zatímco zvýšená důvěra ve zpravodajství více orientovaná na dramatictější podání úzkostnost naopak zvyšovala,“ popisuje náměstek pro vědu a výzkum NÚDZ prof. Jiří Horáček.

Negativní dopad na duševní zdraví byl výraznější u lidí, kteří se omezují pouze na rychlé orientování o dění čtením titulků nežli u těch, kteří čtou články celé nebo si k nim ještě navíc dohledávají další podrobnosti a informace. „Tento pozoruhodný nálezn by nabízel poměrně snadnou možnost, jak dopadům podobných událostí na duševní pohodu předcházet. Jednoduše stačí číst zpravodajské články celé, přemýšlet o nich a neomezovat se jen na rychlé tčkání po titulcích. Titulky

mají spíše upoutat naši pozornost, a proto jsou často nadnesené, zjednodušující a vyvolávají strach a obavy,“ doplňuje profesor Horáček.

Vědci dále zjistili, že voliči různých politických stran reagovali na epidemii odlišně. Dr. Veronika Fajmonová, členka výzkumného týmu se specializací na politickou psychologii, shrnuje: „Lidé, kteří by volili vládní strany (ANO, ČSSD) nebo KSČM, která podporuje současnou vládu, vykazovali mírně menší dopad na duševní zdraví než voliči hlavního sněmovního opozičního proudu.“ Což není nálezn zcela překvapivý. „Je pravděpodobné, že voliči vládních stran více věřili opatřením vlády a epidemie měla menší dopad na jejich duševní pohodu,“ dodává prof. Horáček.

Míra, do jaké je člověk schopen tolerovat nejistotu, také významně ovlivňovala dopad pandemie na duševní zdraví. „Schopnost zvládat nejistotu je osobnostní rys, kterým se různí lidé navzájem odlišují. Poslední desetiletí přinesla řadu problémů, které jsou spojeny s nejistotou: klimatickou změnou s globálním oteplováním počínaje, přes uprchlickou krizi až k pandemii covid-19. Naše výsledky potvrzují, že zvyšování schopnosti tolerovat nejistotu, kterým se zabývá řada psychologických metod, může být důležitým faktorem, při předcházení dopadům těchto problémů na duševní zdraví,“ doplňuje doc. Ladislav Kesner, vedoucí výzkumného týmu.

V Národním ústavu duševního zdraví nyní připravují celopopulační šetření, které má tyto předběžné výsledky potvrdit či rozvést. S ohledem na možné další vlny epidemie je hlavním cílem týmu NÚDZ stanovit ještě letos konkrétní doporučení pro prevenci dopadů covid-19 a podobných problémů na duševní zdraví.

O bezdomovectví a covid-19 a vlivu (ne)bydlení na zdraví

Václav Melenovský, absolvent všeobecného lékařství na 3. LF UK

Od začátku našeho působení v projektu Medici na ulici jsme stavěli na pravidelnosti našich ošetření a na termínech, které jsme nikdy nerušili, bez ohledu na nepřízeň počasí či zkouškových období. V den zrušení prezenční výuky jsme však nuceni naše ošetřování lidí bez domova odvolat do sehnání dostatečných ochranných pomůcek. Přichází dny až týdny, kdy se snažíme spolu se všemi ostatními rozkoukat v nově nastalé situaci, v nových opatřeních, doporučeních a poznacích o novém onemocnění.

S příchodem prvních ochranných pomůcek obnovujeme činnosti prvních venkovních ošetřoven, zavádíme pozici triážníka, který se všech příchozích ptá na příznaky a měří jim teplotu. Zanedlouho reaguje také magistrát Hlavního města Prahy a charitativní organizace – ve shodě s doporučeními mezinárodních organizací věnujících se bezdomovectví přicházejí zvěsti zřízení humanitárních kempů i celých hostelů pro nejnemocnější a nejstarší (tedy nejzranitelnější) z lidí žijících na ulici. Jsme ihned přizváni ke spolupráci v kempech a hostelech a záhy začínáme ošetřování v rozsahu, o kterém se nám předtím ani nesnilo. V několika hodinových směnách několikrát do týdne ve dvou týmech objíždíme jednotlivá ubytovací zařízení, do toho nízkoprahově ošetřujeme v centru města. Od začátku máme nicméně o naše klienty strach – velká část z nich je polymorbidních, trpí dlouhodobou malnutricí a vysvět-

lovat jim koncept *social distancing* je opravdový oříšek. Lidé bez domova, ač jsou často vidět ve veřejném prostoru a na místech s velkou koncentrací lidí, většinou žijí v podstatné sociální izolaci (a deprivaci) a často se setkávají jen s několika dalšími přáteli z ulice nebo s poskytovateli nízkoprahových služeb. Náš strach, že jakmile by onemocnění mezi lidmi na ulici proniklo, začalo by se rychle šířit, se naštěstí nenaplnil, doslechli jsme se pouze o jednotkách případů mezi našimi klienty. Bohužel jinak tomu je například ve velkých městech v USA, kde jsou lidé bez domova tou nejzasaženější populací, podílí se na tom především nedostatečná testovací kapacita, pozdní zavedení plošných opatření, ale i celkové nastavení zdravotního systému neumožňující obratnější reakci.

Odvážné kroky magistrátu a charitativních organizací, které několika stům starších a nemocných lidí bez domova zajistily střechu nad hlavou, zajisté přinesly své plody.

Pana Švejnara (jméno změněno) jsme znali již několik let, je to asi sedmdesátiletý pán, kterého jsme potkali během ošetřování v kanceláři sociální prevence na Praze 1 v rámci naší snad nejvíce nízkoprahově ošetřovny. Pan Švejnar pro mne byl doslova obrazem toho, kam může člověk na ulici klesnout. Se svými třemi igelitkami seděl se svěšenou hlavou na židli v nepraném oblečení, většinou míval šatní vši, a to často v míře, kterou

jsem u jiných dosud neviděl. Prodělal několik infarktů a často míval synkopy, kvůli kterým byl opakovaně hospitalizován. Během uplynulé zimy strávil několik týdnů na JIP kvůli hypotermii. Pro sociální pracovníky, se kterými spolupracujeme, byl velice známá firma a také tvrdý oříšek, snahy o opatření bytu končily tím, že pan Švejnar byt po krátké době opustil a vrátil se do svého „přirozeného prostředí“ – na ulici. Měli jsme strach, že nepřežije zimu.

Proto nás všechny velice potěšilo, když na nás při jedné z našich „covidových“ ošetřovacích směn zpoza dveří na hotelovém pokoji vykoukl právě pan Švejnar. K obrovskému překvapení vypadal o hodně lépe – umytý a v čistém oblečení, v pokoji, kde měl ustlanou postel a na stolku vyrovnány několikery noviny a pár knih. I komunikace s ním se již neomezovala na jeho bezmyslenkovité odsouhlasení všech našich doporučení. Vyprávěl nám o obchodě s gramodeskami v Nerudově ulici, který s kamarádem zakládá, chodí se tam prý stále dívat na výlohu a ptal se nás, které desky bychom chtěli sehnat. Během ubytování navštěvoval své ambulanti lékaře, kteří mu upravili medikaci tak, aby již netrpěl opakovanými synkopami. Radnice jeho městské části mu shání bydlení, na které bude nyní se střechou nad hlavou čekat. Kolik výdajů za zdravotní péči v podobě intenzivní péče na JIP a několika výjezdů záchranné služby se může ušetřit tím, že má člověk střechu na hlavou?

To, že lidé bez domova jsou podstatně nemocnější než bydlící populace a že dostatečná sociální a primární zdravotní péče může veřejnému zdravotnickému systému ušetřit nemalé výdaje, dává veliký smysl a tento fakt také není žádnou novinkou. Dokazuje to nespočet článků v zahraničních odborných časopisech. Meta-

analýza časopisu *The Lancet* například uvádí, že lidé žijící v populacích trpících sociálním vyloučením (lidé bez domova, sexuální pracovníci/pracovníci, lidé ve výkonu trestu a uživatelé návykových látek) mají úmrtnost přibližně osmkrát vyšší u mužů a dvanáctkrát vyšší u žen ve srovnání s průměrnou populací. Dle studií z USA mají lidé bez domova delší a častější hospitalizace, častěji využívají urgentní péči a jejich výdaje za zdravotní péči významně převyšují národní průměry.

V českém kontextu nám zatím *evidence based data* v oblasti zdravotní péče o osoby bez domova chybí, a proto nezbyvá než doufat, že podobné studie vzniknou brzy také u nás a stanou se tak vhodným nástrojem pro další nejen medicínská, ale i politická rozhodnutí.



Covid-19 a urgentní medicína

Jana Šeblová

První, co bylo nutné pochopit na úplném začátku pandemie, byl jednoduchý fakt, že bez rozdílu specializací se zvládnutí nové nemoci týká úplně všech oborů. Nebyl to problém infekční medicíny, hygieniků, intenzivistů, internistů, urgentistů, kardiologů, radiologů, lékařů paliativní medicíny, mikrobiologů či virologů... byl to problém nás všech. Všichni jsme se museli učit navzájem a museli jsme velmi úzce spolupracovat, a to doopravdy, nejen na

papíře. Z tohoto důvodu vznikalo mnoho doporučených postupů na mezioborové bázi, případně bylo široce sdíleno.

Po počátečním nedostatku informací (myšleno odborných, nikoliv zpráv v obecných médiích) se objevil jejich nadbytek a bylo nutné články přijímat s příslušnou mírou kritického náhledu, tedy přinejmenším se důkladně podívat na metodiku a statistické zpracování a na zdroje.

Dovolila bych si zde stručně shrnout, co bylo buď specifické pro oblast urgentní medicíny nebo které „know-how“ z jiné specializace nám pomohlo.

Hodnocení rizika a ochrana zdravotníků i pacientů

Bezpečnost zdravotníků se stala jednou z priorit, a to jak kvůli ochraně jejich zdraví, dále pro udržitel-
nost celého systému zdravotnictví a v neposlední řadě i z pohledu snížení rizika šíření nákazy mezi pacienty nemocným bezpříznakovým zdravotníkem. K zajištění všech aspektů bezpečnosti patřila režimová opatření (rozdělení týmů, jednotný nástup směn, minimalizace pohybu na pracovištích, rozdělení na „infekční“ a „neinfekční“ části urgentních příjmů, a samozřejmě dezinfekce dle všech aktuálních doporučení). Zásadním opatřením však bylo stanovení míry rizika v každém konkrétním případě a definování minimálních požadavků na osobní ochranné prostředky (OOP).

V podmínkách urgentní medicíny probíhalo stanovování možného rizika přenosu covid-19 (tedy modifikované třídění - triáž) na třech úrovních:

- **dispečer/ka operačního střediska** vyhodnocoval/a epidemiologická kritéria (nařízená karanténa, pozitivní testy na přítomnost viru, kontakt s covid-19 pozitivní osobou) i klinická kritéria (známky respirační infekce, teplota nad 37,5 °C, kašel, ztráta čichu a chuti, gastrointestinální příznaky). U části výjezdů nebylo možné tyto údaje získat (pacient v bezvědomí, zástava oběhu, závažný úraz apod.).
- Druhou úrovní hodnocení bylo vyšetření členy výjezdového týmu zdravotnické záchranné služby (ZZS). Na základě podrobnější anamnézy,



klinického vyšetření a vyhodnocení monitorovaných parametrů upřesnili epidemiologický stav pacienta.

- Třetí třídící úroveň se stal **vstup do nemocnice**, a to jak pro pacienty, přivážené ZZS, tak i pro ty, kteří se dostavili přímo. Pokud měla nemocnice urgentní příjem, tak bylo nutné jej rozdělit, a to včetně personálu, na infekční a neinfekční trasy.

Samozřejmostí bylo předávání informací o epidemiologickém vyhodnocení stavu pacienta v celém řetězci péče: od operačního střediska výjezdové skupině a pak po upřesnění příjmovému místu nemocnice.

Výsledkem tohoto třídění byly tři skupiny pacientů: pacienti s nemocí covid-19 a pozitivně testovaní, druhou skupinu tvořili pacienti s minimálním rizikem (bez klinických příznaků a bez epidemiologické anamnézy), a třetí skupinu pacienti, jejichž stav z hlediska možné nákazy se nedal určit. Tito se automaticky brali (i s ohledem na závažnost jejich stavu a předpoklad provádění rizikových procedur a zákroků) za potenciálně pozitivní.

Od stanovení infekčního rizika se odvíjelo užití OOP. Pro ošetřování pacientů s nízkým rizikem byl doporučen respirátor FFP (nebo N95) po dobu 12tihodinové směny, ochranné brýle a rukavice. U pacientů s vyšším rizikem se přidával štít a ochranný empír a pro stejnou kategorii pacientů a současně s předpokladem tzv. aerosol generující procedury místo empíru voděodolný plášť, čepice a rukavice (lépe dva páry). Po kontaktu s rizikovým pacientem se veškeré použité OOP ihned po skončení ošetření zlikvidovaly jako infekční odpad.

Pro všechny pacienty platilo, že by měli mít po celou dobu ošetření chirurgickou ústenku, pokud to jejich zdravotní stav dovozoval.

Transportovat či netransportovat?

U pacientů, kteří byli ošetřeni na místě posádkou ZZS, bylo nutné rozhodnout o transportu do zdravotnického zařízení. Pacienti s respiračním infektem nemuseli být nutně převáženi k vyšetření, neboť by se zvyšovalo riziko jak pro ně, tak pro ostatní pacienty a zdravotníky. Musela však být stanovena bezpečná kritéria pro ponechání na místě. To by bylo důležité hlavně v situaci, pokud by se kapacita nemocnic blížila své hranici nebo ji dokonce překročila (příznivý epidemiologický vývoj nebyl v polovině března vůbec jasný).



Indikační kritéria pro transport do nemocnice byla stanovena takto:

- věk 60+
- závažná kardiopulmonální morbidita, diabetes mellitus, obezita, další závažná onemocnění včetně poruch imunity apod.
- saturace hemoglobinu kyslíkem pod 93 %
- klidová dechová frekvence ≥ 22 /min.
- klidová tepová frekvence > 110 /min.
- porucha vědomí (útlum, dezorientace).

Vedoucí výjezdové skupiny (lékař nebo záchranář) mohl po vyhodnocení všech faktorů (klinický stav, průběh, rizikové faktory, prognóza) rozhodnout individuálně, nicméně sjednocení kritérií se mohlo stát vodítkem a oporou hlavně pro nelékařské posádky, které jsou na výjezdy nižších priorit často vysílány.

Pokud posádka ponechávala pacienta v ambulantní péči, musel vedoucí týmu pacienta i členy domácnosti poučit o nutnosti monitorování zdravotního stavu a o tom, aby byl denně v alespoň telefonickém kontaktu se svým ošetřujícím lékařem (toto zohledňovalo často dvoufázový průběh nemoci covid-19 a poměrně rychlou progresi respirační insuficience, pokud došlo ke zhoršování stavu). Pacient a všichni členové domácnosti také byli seznámeni se zásadami osobní hygieny, protiepidemickými opatřeními, s monitorováním zdravotního stavu a s tím, které příznaky je nutné považovat za závažné, a kdy se obrátit neprodleně na linku 155.

Zdravotnický systém však musel řešit i běžná onemocnění nesouvisející s pandemií, nebo onemocnění či úrazy u pacientů se souběžnou nákazou covid-19 a samozřejmě i závažné stavy s centrovou péčí (akutní koronární syndromy, cévní mozkové příhody, závažné



úrazy, popáleniny apod.). Centroví pacienti museli být směřováni do adekvátní péče podle platných kritérií. Péče o pacienty v ohrožení života nesměla být protiepidemickými opatřeními zásadně ovlivněna, a bylo na jednotlivých nemocnicích, aby zajistily jak provoz, tak informování ZZS o vstupním místě (mohlo být někdy jinde, než bylo běžné).

Prakticky ve všech zemích došlo v segmentu urgentní péče k přechodnému poklesu pacientů jak v terénu (ZZS), tak na urgentních příjmech. Část tohoto poklesu byla u stavů nižších priorit, kdy se pacienti obávali jít do jindy přeplněných ambulancí a své zdravotní obtíže řešili telefonickou konzultací s ošetřujícím lékařem, ale některé země hlásily i pokles počtu akutních cévních příhod nebo akutních koronárních syndromů. Přesnější zhodnocení bude možné až s delším časovým odstupem, až budeme mít souhrnná epidemiologická data i těchto neinfekčních závažných nemocí. V prvních týdnech pan-

demie poněkud ubylo úrazů pro snížení rizikových činností díky karanténě, ale tento trend se neudržel dlouho.

Urgentní příjem

Všechny nemocnice musely vyřešit oddělení příjmu pacientů se suspektní nebo potvrzenou nemocí covid-19 od pacientů, kde riziko bylo nízké, a kteří byli ošetřováni pro jiný klinický problém. Bylo také nutné rozdělit ošetřující personál, a pokud to bylo možné, mít i záložní týmy pro případ karantény více pracovníků. Všechny úseky urgentního příjmu musely být zdvojeny – po stránce prostorové, materiální i personální. Často si to vyžádalo změny i v běžných postupech. Pro managementy nemocnic i pro samotné zdravotníky to byl organizačně poměrně náročný úkol, navíc bylo nutné toto rozdělení provést co nejrychleji, aby mělo smysl. Ideálně probíhalo „infekční“ třídění pacientů ještě před vstupem do zdravotnického zařízení, značná část nemocnic (i v zahraničí) k tomu využívala kontejnerové buňky, kde bylo možné i základní ošetření. To se osvědčilo hlavně tehdy, pokud byl pacient s respiračním infektem ošetřen ambulantně (kritéria stejná jako u pacientů netransportovaných ZZS).

Třídění pacientů z hlediska možného infekčního rizika nenahrazovalo běžné třídění na urgentním příjmu, tedy stanovení priorit ošetření. V obou proudech musela být urgentní péče (pacienti s prioritou 1) poskytnuta bezodkladně. I ostatní pacienti museli být ošetřeni dle charakteru svých obtíží a dle naléhavosti standardním způsobem.

Pacienti s minimálním rizikem covid-19 byli ošetřováni v běžném režimu. Pacienti se suspektní nebo potvrzenou infekcí covid-19 byli ošetřováni a případně hospitalizováni v izolačním režimu (vyčleněné oddě-

lení nebo vyčleněné izolační pokoje) do doby potvrzení nebo vyloučení nákazy. Všechny nemocnice musely ad hoc vyčlenit nebo zřídit i tzv. „covidové jednotky“ s možností umělé plicní ventilace pro případný příjem pacientů s respiračním selháním. Díky tomu došlo k navýšení kapacity intenzivní péče a tím i rezervy pro případný exponenciální růst nakažených pacientů se závažným průběhem.

Zákroky a techniky v neodkladné péči a kardiopulmonální resuscitace

K rizikovým zákrokům patřily procedury, spojené s tvorbou potenciálně infekčního aerosolu (tzv. aerosol generující procedury):

- techniky zajištění dýchacích cest (tracheální intubace, zavedení supraglotických pomůcek, koniotomie, ale i ventilace samorozpínacím vakem s obličejovou maskou nebo odsávání z dýchacích cest);
- kardiopulmonální resuscitace;
- dekomprese hrudníku (punkce, hrudní drenáž nebo thorakostomie);
- zavedení nasogastrické sondy;
- nebulizační léčba.

Jelikož je nebulizační léčba standardním postupem léčby astmatického záchvatu i exacerpace chronické obstrukční plicní nemoci, bylo v „covidové“ době doporučeno použít přes nebulizační masku chirurgickou ústenku. Pro neinvazivní ventilaci se doporučovaly systémy s helmou.

Zajištění vstupu do oběhu (periferní žilní kanyla nebo intraoseální vstup) a zavedení permanentního močového katetru naopak k rizikovým postupům nepatřily.

Ke snížení rizika vytváření aerosolu byly některé z uvedených postupů modifikovány (indikace zůstávaly samozřejmě stejné). Doporučovala se technika dýchání samorozpínacím vakem s držením obličejové masky obouřuč, přičemž vak stlačuje druhá osoba.

Při tracheální intubaci minimalizovat rozpojování okruhu, nasadit předem antibakteriální filtr a kapnometr, ověřovat umístění kanyly pomocí kapnometru nebo ultrazvukem. Při umělé plicní ventilaci se snažit maximálně omezit nutnost rozpojení okruhu. Při provádění koniopunkce, hrudní drenáže nebo při zavádění nasogastrické sondy nikdy neponechávat kanylu, sondu nebo set volně otevřeně do prostoru, tedy použít uzavřený systém pro dýchání, nasadit na drenážní set stříkačku nebo chlopeň a Janettovu stříkačku na NG sondu.

Tato doporučení byla logická, avšak vyžadovala změnu zažitých pohybových stereotypů při provádění těchto činností.

Během kardiopulmonální resuscitace bylo vysoké riziko expozice aerosolu, protože rizikové byly téměř všechny úkony: komprese hrudníku, ventilace samorozpínacím vakem, zajištění dýchacích cest jak intubací, tak pomocí supraglotických pomůcek i odsávání z dýchacích cest. Velký důraz byl tedy kladen na adekvátní OOP, byť jejich použití mohlo vést k malému oddálení zahájení KPR. Diagnostika zástavy oběhu se měla provádět pouze distančně (pohledem), případně s hmatáním pulsu na velkých tepnách. Pro základní KPR preferovat u dospělých pacientů provádění nepřímé srdeční masáže bez dýchání, což platilo i pro instrukce operačního střediska (tzv. telefonicky asistovanou neodkladnou resuscitaci). Při zajišťování dýchacích cest – na rozdíl od současných doporučení – na tuto chvíli přerušit

srdeční masáž. Indikace a kontraindikace KPR se nijak neměnily.

Odběrové sanitky, operační středisko a další úkoly urgentní medicíny

V samém počátku šíření infekce musely zdravotnické záchranné služby zřídit tzv. odběrové týmy. Jeden nebo více sanitních vozů a odpovídající počet řidičů (minimálně dva na jeden vůz) byl vyčleněn pro zajišťování PCR testů v domácnostech pacientů podle rozhodnutí hygienické služby. Takto byli testováni i pacienti, kteří splňovali kritéria pro ambulantní péči, ať již byli ošetřeni zdravotnickou záchrannou službou nebo v nemocnici. Minimalizoval se tím pohyb rizikových pacientů po zdravotnickém zařízení, což zase snižovalo riziko komunitního šíření.

Práce operátorů a operátorek ZZS je náročná sama o sobě, v pandemické době se tyto nároky ještě zvýšily. Nad rámec běžných činností prováděli první triáž stran epidemiologického rizika, aby posádka měla alespoň základní dosažitelné informace. Do doby zřízení informační celostátní linky 1212 museli vyřizovat i mnoho dotazů ze strany veřejnosti. Museli komunikovat i s přetíženou hygienickou službou a koordinovat činnost odběrových sanitek.

A nelze nezmínit členy SPIS – což je Systém psychosociální intervenční služby. Její vyškolení peři a krizoví interventi pomáhali v dobrovolnickém režimu, na kterém je celá činnost SPIS založena, na podpůrné telefonické lince celostátního call centra. Pomáhali komukoliv, na koho právě dopadla samota v době karantény nebo obavy z neznámého. A byli tu nejen pro veřejnost, ale i pro zdravotníky, na které toho třeba v onu chvíli bylo moc.



Vakcína, třešňový sad a nové výzvy

Michal Anděl

S radostí, avšak i se smíšenými pocity jsem se včera dočetl, že pracovníci Státního zdravotního ústavu, IKEM a Ústavu hematologie a krevní transfúze budou připravovat výrobu očkovací látky proti novému koronaviru SARS-CoV-2. Odkud pramení mé smíšené pocity snadno vysvětlím: až do roku 1997 měla Česká republika ústav, který očkovací látky a séra vyvíjel a vyráběl. Nejprve byl součástí Státního zdravotního ústavu, vznikl jako jeho oddělení, které se zabývalo výrobou očkovacích látek proti vzteklině a pravým neštovicím.

V roce 1928 zde začala výroba perorální živé BCG vakcíny pro očkování novorozenců proti tuberkulóze. Od počátku třicátých let se SZÚ podílel na očkování proti záškrtu, které se z pokusného stadia stalo metodou zavedenou hygienickou službou. Postupně byly očkovány statisíce dětí, v roce 1933 to bylo 80 tisíc, v roce 1934 více než 150 tisíc a většinu očkovacích látek s vy-

pětím všech sil vyráběl SZU! Na počátku třicátých let vyrobil ústav vakcínu proti břišnímu tyfu, podílel se i na potlačení epidemie tularémie v letech 1937 až 1938.

V době Protektorátu Čechy a Morava pokračovala v ústavu pod významným německým dohledem zejména výroba sér a očkovacích látek. Podařilo se však uchovat určitou autonomii ústavu: zvýšila se sice výroba protitetanového séra a séra proti záškrtu pro potřeby Wehrmachtu, ale byla zachována jejich produkce i pro české obyvatelstvo. Po druhé světové válce již v obnoveném SZU a pak v Ústavu sér a očkovacích látek z něj vyděleného probíhal výzkum vakcín proti klíšťové encefalitidě a poliomyelitidě (dětské obrně). Legendární pracovník tohoto ústavu, docent Dimitrij Slonim (1925–2017) se významně podílel na eradikaci poliomyelitidy v naší zemi. Aplikace očkovací látky proti spalničkám vedla k vymýcení tohoto onemocnění již v roce 1982. Ústav

kromě výroby očkovacích látek prováděl vynikající výzkum. Ten byl vedle výzkumných i terénních aktivit Ústavu epidemiologie a mikrobiologie v dnešním Státním zdravotním ústavu a činnosti profesora Karla Rašky u Světové zdravotnické organizace zásadním důvodem toho, že Československo patřilo mezi světově respektované země s nejuspěšnější prevencí infekčních onemocnění.

Ústav sér a očkovacích látek bohužel nepřežil devadesátá léta. V roce 1997 jeho činnost skončila. Příčinou byl nejen neuvážený privatizační proces. Projel se tu jak prezíravost vůči preventivnímu segmentu medicíny, tak bláhová víra, že některé komodity, například očkovací látky, můžeme získávat snadno v rámci globálního obchodu. Jistě, velké koncerny dovedou lépe zajistit jejich testování a bezpečnost. Otázkou však zůstává, zda při rozumnějším přístupu k privatizaci se z Ústavu sér a očkovacích látek právě taková velká světová firma nemohla stát. Farmaceutičtí obři nesídlí jen v největších světových zemích, ale i ve Švýcarsku, Dánsku či Belgii.

Kdysi, asi před 45 lety můj školitel v čerstvě vzniklém IKEM, dr. Vladimír Brodan pronesl trefné přirovnání, které se tenkrát týkalo právě rušeného Ústavu výživy lidu. „Víš, jak se v Čechách vysadí třešňový sad?“ Nechápatě jsem se na něj podíval. „Nejprve máš kvetoucí třešňový sad, který plodí skvělé třešně. Pak přijde někdo, kdo rozhodne, že na jeho místě vznikne parkoviště. Stromy se porazí, kořeny vytrhají, přijedou bulldozery, třešňovku zplanýrují, a plochu vyasfaltují. Po pětadvaceti letech si někdo vzpomene na krásné velké třešně. Nastane dlouhé jednání, po kterém je rozhodnuto, že se třešně vrátí na původní místo. Asfalt a štěrky jsou odstraněny, navezena zemina a jsou zasazeny

drobné malé stromky. Po deseti letech již nesou dobré plody.“

Česká krajina je poseta spoustou podobných příkladů. K likvidaci jednotlivců a pracovních týmů docházelo za nacistického protektorátu, v padesátých letech, i za normalizace po sovětské okupaci. Bohužel, i v devadesátých letech některé případy restrukturalizace vedly k tomu, že s vaničkou se vylily i děti. Snad je čas si na některé z nich vzpomenout a pokusit se je vzkřísit. Restart hospodářství po první vlně epidemie covid-19 totiž nesmí být jen restartem již existujících firem. Musíme prokázat také schopnost vidět v nových problémech nové výzvy, byť mnohé mohou mít i staré kořeny. Přestože je jasné, že vývoj nové vakcíny je trnitá cesta, její úspěšné testování je v podmínkách naší země extrémně obtížné a obstát v konkurenci by bylo téměř nemožné, je taková výzva na první pohled sympatická. Musí však být ověřena její proveditelnost. Nezbytné bylo, aby se přidali i lidé a týmy z ústavů Akademie věd a univerzit. Nutná by byla i mezinárodní spolupráce, zejména na úrovni Evropské unie. Pro úspěch by bylo také důležité, aby se nejednalo jen o projekt přípravy jedné očkovací látky, ale o resuscitaci jednoho odvětví, které mělo u nás tradici. Pak už lze jen věřit, že příprava nové vakcíny bude provázena nejen mohutným zakladatelským duchem, jaký vládl ve Státním zdravotním ústavu před 95 roky, ale také takovou státní podporou, kterou tento segment hospodářského života potřebuje. Souvisí s jednou z nejcennějších hodnot, které ve společnosti máme.

Text původně vyšel v mírně upravené verzi 11. května 2020 v Lidových novinách.

Anketa: Přednášky on-line, zkoušení na dálku a minimum osobního kontaktu

Změny a nařízení v době koronavirové pandemie postihly především běžný provoz nemocnic, ale v nemalé míře také vysoké školství. Několik přednostů a akademiků popisuje, jak takový „dočasný“ provoz v praxi vypadal.

1. Co pro vás po pracovní stránce znamenala „covidová“ opatření?

2. Jak se opatření promítla do výuky mediků? Vyhovovalo vám to?



Prof. MUDr. Romana Šlamberová, Ph.D.,
proděkanka pro doktorské studium a studentskou vědeckou činnost,
přednostka Ústavu fyziologie 3. LF UK

1. V době nouzového stavu jsme měli naplno rozběhlé pokusy, takže i přes značnou omezení a za dodržení předepsaných opatření jsme v malém počtu i nadále docházeli na náš ústav a pokračovali v rozdělané práci. Experimentální práce se z domova bohužel provádět nedá.

Mimo činnosti na vlastních experimentech jsme však byli na „home-office“ a komunikovali on-line, s využitím dostupných prostředků virtuální komunikace. Vše fungovalo bez problémů, podařilo se nám udržet pracovní výkon i nasazení. Co se bohužel nedalo touto cestou nahradit, byl sociální kontakt, jak uvnitř našeho kolektivu, tak i s našimi studenty. Osobně se domnívám, že všechno zlé může být i pro něco dobré a že tato koronavirová krize pomohla rozhýbat dosud zkostnatělé struktury a rozjet elektronizaci v některých odvětvích

naší společnosti, které se jí dlouhodobě bránily. Doufáme, že se to bude týkat ve větší míře i úřadů.

2. V rámci naší výuky (Modul struktura a funkce) ve druhém ročníku jsme bez zásadnějších komplikací poměrně rychle najeli na on-line výuku. Jako jedni z mála na fakultě jsme používali celouniverzitně podporovaný systém *Microsoft Teams* jak pro online přednášky a jejich záznam, tak pro semináře a následně i pro distanční zkoušení. I některá praktická cvičení byla demonstrována pomocí tohoto softwaru (v oblasti praktické výuky byly samozřejmě dopady mimořádných opatření nejvíce citelné). Zahraniční studenti si dokonce iniciativně udělali svůj komunikační kanál pro celý ročník i jednotlivé kruhy a tak veškerá komunikace s námi, vyučujícími, byla po pokusech s jinými aplikacemi vedena se zahraničními studenty výhradně přes *Microsoft*

Teams. Pro studenty českého kurikula se pak osvědčila i aplikace *Moodle*.

Moje osobní zkušenost s přednáškami uskutečňovanými takto virtuálně měla plusy i mínusy. Samotný software je jednoduchý na ovládání a fungoval bez problémů. Po první nervozitě a nezvyku přednášet vsedě bez očního kontaktu se studenty jsem si zvykla. Občas jsem vyzvala studenty ke slovní reakci, abych se ujistila, že na druhé straně někdo je a poslouchá. Především pak u zahraničních studentů, kterých je v ročníku méně, jsme si alespoň při závěrečné diskusi zapnuli všichni kamery, abychom se navzájem viděli a mohli navázat bližší kontakt. Bylo milé vidět je sedět uvolněně v domácím prostředí a nikoliv v lavicích v posluchárně. I tak ale musím říct, že preferuji přednášky, při nichž mám přímý kontakt se studenty



**Prof. MUDr. Andrej Sukop, Ph.D.,
přednosta Kliniky plastické chirurgie 3. LF UK a FNKV**

1. Covidová opatření naprosto změnila řízení a chod Kliniky plastické chirurgie. Bylo nutné prakticky 90 % provozu zcela utlumit, sesunout všechna oddělení a jednotky intenzivní péče jak dospělých, tak dětí na jedno patro kliniky, aby se maximálně redukoval počet přítomných zaměstnanců. Bylo nutné organizačně obvolat všechny pacienty a zrušit elektivní operativu a po několika týdnech znovu celou kliniku, která ročně provede přes 8 tisíc výkonů restartovat. Tento proces představoval nesmírné zatížení celého úředního aparátu kliniky. Během covidových opat-

a mohu vidět jejich reakce a tomu přizpůsobovat svůj projev.

Co se týče volitelného kurzu, který vedu, tak tam jsme již z předchozích let měli všechny hodiny natočené na kameru a tyto záznamy měli studenti plně k dispozici. Hodnotím velmi pozitivně, že jsme semináře i praktickou výuku předchozí roky nahrávali a nyní jsme tak byli připraveni. Otázkou je, jak intenzivně studenti této možnosti využili. Studentům jsme totiž nabídli i možnost s námi tematiku probíranou v kurzu osobně (virtuálně či fyzicky v malém počtu) diskutovat v předem stanovených termínech, zájem však byl mizivý. Všichni studenti zapsaní do našeho kurzu pak splnili stanovenou povinnost vytvořením prezentace (posteru) na vybrané téma a kurz tedy i za mimořádných opatření úspěšně absolvovali.

ření se neredukovaly pouze ošetření akutních úrazů a operace u pacientů s nádorovou problematikou.

Celkově měla pandemie paradoxně nesmírně pozitivní dopad na celý kolektiv, který se dokázal semknout a okamžitě reagovat na situace, jež se měnily i několikrát denně. Jako přednosta jsem byl hrdý na všechny zaměstnance kliniky, kteří díky osobní invenci a nasazení umožnili naprosto hladký chod kliniky.

2. Díky včasným informacím z fakulty a neuvěřitelnému nasazení ICT oddělení se podařilo v průběhu několika dní zcela přejít na distanční způsob vzdělávání. Studenti měli k dispozici jak on-line výuku, tak všechny dostupné materiály k výuce ke stažení.

Bohužel praktickou výuku, při níž si studenti mohou manuálně vyzkoušet jednotlivé chirurgické postupy, nenahradí žádná distanční výuka. Na druhou

stranu jsme po pandemii umožnili všem studentům z 3. LF UK neomezené stáže na ambulancích, odděleních a operačních sálech.



MUDr. Lucie Hubičková Heringová, Ph.D.
přednostka Ústavu histologie a embryologie 3. LF UK

1. Celá distanční výuka byla nová a neznámá, a co je neznámé, to je přirozeně přijímané s obavami. Na obavy ale nebyl čas, bylo potřeba učit a pracovat s novými, dosud vesměs neznámými nástroji distanční výuky. Bylo potřeba sladit se i s nově nastavenými omezeními, které zasáhly do chodu rodiny. Ze začátku tedy pro všechny změněná situace určitou zátěž představovala. A zátěž zvýrazní vztahy mezi lidmi, dobré vztahy posílí, chabé vztahy se stejně tak zvýrazní.

2. Moc mě těšilo, jak jsme na ústavu „naskočili“. Založili jsme WhatsApp skupinu, přes kterou jsme si domluvili, jak budeme nově učit: Domácí úkoly/Homeworks, Pracovní listy/Worksheets, Pracovní sešit/Workbook a tak dále – to byly nové nápady jak starších, tak mladších kolegyně, kterými jsme se studenty snažili udržet v bdělém, studijním stavu (zdůrazňuji „studijním“, protože bdělí byli mnozí studenti v tu dobu dostatečně). Od paní doktorky Maňákové dostali studenti (300 studentů 1. ročníku) osobní komentář ke třem vypracovaným domácím úkolům, a jak se později ukázalo, úroveň znalostí a vypracování později velmi korelovala s výsledkem u závěrečné zkoušky.

Díky našim mladým kolegům – Bc. Markétě Riegerové a dnes už MUDr. Petrovi Šuhajovi, kteří už dříve věnovali stovky hodin práce, aby převedli histologické preparáty z reálné podoby do virtuální, jsme je mohli promptně za-

řadit do distanční výuky. Starší kolegyně, které byly převedeny do režimu „home-office“ a neměly všechny technické možnosti pro „streamování“ výuky, doplnily preparáty nebo přednášky podrobným a vysvětlujícím komentářem, který nám do budoucna zůstane jako další studijní materiál. Musím zdůraznit, že všechny moje vyučující kolegyně pracují na částečný úvazek, jímž doplňují svoje další vytížení, ať už se jedná o pracovní úvazek, důchod anebo péči o malé děti, čili i to bylo náročné. Práce zadané medikům a zkontrolované kolegyněmi se pak soustředily u paní sekretářky Renaty Pesrové, která poslední email obdržela od nás o půlnoci a druhý den ráno v šest odpovídala na další.

Myslím si, že jsme pracovali naplno, s ohledem na ostatní a bez ohledu na výši úvazku, což se asi v takové situaci očekává, ale není to samozřejmé, a mně toto zjištění potěšilo v „covidové době“ nejvíc.

Jestli mi to vyhovovalo? Nutnost naučit se novým kouskům s nástroji distanční výuky ji do budoucna obohatí. Mne osobně už dříve možnosti e-learningu přitahovaly, přestože (nebo právě proto), že nejsem vůbec počítačový typ, a tak jsem absolvovala letní školu e-learningu na univerzitě v estonském Tartu. Navzdory této zkušenosti, mne ale dříve zkoušet nebo konzultovat před zkouškou přes Meet prostě nenapadlo. To až nutnost mě donutila. A vlastně mě to bavilo a myslím, že se to i dařilo. Jak jsme se ale shodli s ostatními vyučujícími - není nad osobní kontakt, výuku nevyjímaje.

Studentská vědecká konference se přesunula na podzim

Studentská vědecká konference 3. LF UK se v letošním roce z důvodu pandemie covid-19 přesunula do podzimních měsíců. 20. října 2020 se však uskuteční v plné parádě. Konference bude již tradičně rozdělena do čtyř kategorií – teoretické, klinické, bakalářské a postgraduální – a stejně jako v předchozích letech, i letošní ročník nabídne jak zajímavé přednášky, tak poutavé poster. Premiéru si však odbude sekce postgraduální, která bude celá probíhat v anglickém jazyce.

Novinkou letošního ročníku je také soutěž „Medicina v roce 2050“, kde mohou studenti prezentovat svou vizi zdravotnického světa za třicet let. Účastníci konference následně jednotlivé vize ohodnotí a vítěz bude oceněn iPadem. Letos se také poprvé spustí webová aplikace, vytvořená speciálně pro naši konferenci.

Na konferenci nebudou chybět ani čestní hosté, v letošním roce v podání absolventů naší fakulty. V dopoledním programu vystoupí přednosta Kliniky transplantční chirurgie IKEM doc. MUDr. Jiří Froněk, Ph.D., FRCS, a po obědě přednese svou přednášku na téma Nové směry terapeutické endoskopie doc. MUDr. Jan Hajer, Ph.D. Celou konferenci pak okoření ještě ředitel Charles University Innovations Prague s.r.o. (CUIP) Mgr. Otomar Sláma, MBA, MPA a to svou přednáškou „Jak okrást vědce“.

Všem účastníkům přejeme hodně štěstí a všem návštěvníkům spoustu nových nabytých poznatků. Věříme, že Studentská vědecká konference naváže na úspěšné ročníky posledních let a budeme se těšit na Vaši návštěvu.

Tým organizátorů SVK 2020



Zemřel význačný chirurg docent František Vyhnánek, vedoucí lékař Traumacentra FNKV

Doc. MUDr. František Vyhnánek, CSc., se narodil 27. listopadu 1944 v Praze. Od promoce na lékařské fakultě v roce 1968 celý život zasvětil chirurgii. Svoji chirurgickou dráhu začal v roce 1969 na chirurgickém oddělení Nemocnice ve Slaném. V roce 1972 nastoupil na Chirurgickou kliniku Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a stal se žákem významného českého chirurga - prof. Poláka. V pozdějších letech byl vyhledávaným vinohradským chirurgem nejen pro svoji chirurgickou zručnost, ale i pro rozsáhlé medicínské znalosti a obdivuhodně laskavý přístup ke všem pacientům.

Po celý profesní život uváděl nové, moderní postupy v chirurgii do své každodenní praxe. Byl známý svým širokým mezioborovým rozhledem, proto se stal jedním ze zakladatelů a propagátorů perioperační výživy v chirurgii a oboru úrazová chirurgie. V rámci „své nemocnice a své fakulty“ příkladně zastával funkce přednosty Traumacentra FNKV, vedoucího katedry chirurgických oborů 3. LF UK a zástupce přednosty Chirurgické kliniky pro vědeckou činnost. Dlouhodobě byl členem výborů mnoha českých i zahraničních profesních organizací (Česká chirurgická společnost, České společnosti úrazové chirurgie, Společnosti klinické výživy a intenzivní metabolické péče a dalších).

Své znalosti nezištně předával studentům 3. LF, mladším kolegům na klinice i lékařům z celé republiky v rámci specializačních doškolovacích kurzů. Jeho



poctivý, důsledný a profesionální přístup byl odměněn láskou pacientů a uznáním odborného světa. Za svoji práci byl odměněn mnoho ocenění. K těm nejvýznamnějším patřilo ocenění udělené rektorem Karlovy Univerzity za celoživotní dílo – Pamětní medaile Univerzity Karlovy. Další pamětní medaile mu byly uděleny též 3. lékařskou fakultou, Českou i Slovenskou chirurgickou společností, Českou společností pro úrazovou chirurgii a dalšími.

Doc. Vyhnánek organizoval tradiční Traumatologické dny – v roce 2020 měl proběhnout již XV. ročník. Díky své dobré mezinárodní reputaci byl dokonce pověřen spoluorganizovat Světový traumatologický kongres v Praze.

Úmrtím doc. Vyhnánka ztrácí akademická a chirurgická obec významného, váženého a úspěšného chirurga a milého a oblíbeného kolegu. Čest jeho památce!

Jiří Roštlapil – 100 let

Pavel Čech, Kabinet dějin lékařství 3. LF UK

Když Pražan narozený 10. ledna 1920 přišel 17. listopadu 1939 o vysokoškolské studium, živil se jako traktorista, potom úředník Výsadní obilní společnosti a posléze úředník ministerstva zemědělství až do r. 1947; po osvobození však nadto v letech 1945–1949 vystudoval zновуotevřenou a dosud jednotnou českou Lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze. Po promoci pracoval v pražské Vinohradské nemocnici jako sekundární lékař nejprve v Ungárově oddělení pro léčbu záření, pak v Hodkově ambulancím alergologickém oddělení, než byl r. 1951 povolán k mimořádné službě v Čs. armádě; jako šéflékař vojenského učiliště a vedle toho současně lékař OÚNZ Litoměřice získal tehdy široký rozhled v praktické medicíně.

Syllabův asistent, gastroenterolog a diabetolog

Takto vybaven se r. 1954 vrátil do Vinohradské nemocnice, v té době už klinické základny jedné ze tří dceřiných větví rozdělené pražské lékařské fakulty – té větve, jíž byl určen hygienický směr a název Lékařská fakulta hygienická. Dr. Roštlapil nastoupil na interní propedeutické klinice, přejmenované 15. října 1954 na II. interní kliniku, pod mimořádným profesorem Jiřím Syllabou jako přednostou. Do odborné literatury se uvedl kazuistickým článkem (Případ otravy sublimátem zachráněný preparátem BAL. *Prakt Lek* 1956; 36(15/16): 379–380). Odborným asistentem II. interní kliniky byl jmenován r. 1960, kdy už zřetelně tíhl ke gastroente-

rologii; zdokonaloval se v ní hospitacemi u docenta Zdeňky Mařatky a značný díl své badatelské tvorby jí zasvětil ve spolupráci s vinohradskou patoložkou Miroslavou Zrůstovou (Jaterní změny při Kimmelstielově-Wilsonově syndromu. *Čs Gastroent Výž* 1962; 16(2): 100–105, s M. Zrůstovou). Játra se mu stala orgánem první volby (Lze vleklé choroby jaterní posuzovat jako prediabetický stav? *Prakt Lek* 1963; 43(21): 810–812), biopsie metodou (Klinický význam cílené a necílené jaterní biopsie. *Cas Lek Cesk* 1964; 103(40): 1102–1106) a ze zkoumaných nemocí zaujala jeho převažující pozornost úplavice cukrová (Dnešní prevence diabetu. *Acta Univ Carol [Med] Suppl* 1964; 10(19): 87–91, s J. Syllabou, M. Lochařem, L. Rosou a E. Wichnerovou): biopsii jater u pacientů s touto chorobou věnoval články (Jaterní biopsie u diabetiků. *Čs Gastroent Výž* 1965; 19(1/2): 25–26, s M. Zrůstovou) i součást kandidátské práce (*Cena jaterní biopsie u jaterních chorob a u úplavice cukrové*. Praha 1965). Klinické poznatky ověřoval v experimentech na zvířatech (Experimentelle Angiopathie und Lebersteatopathie durch langfristige Ketonkörper-



verabreichung bei Ratten. *Acta Diabetol Lat* 1966; 3: 194–201, s M. Zrůstovou), přednášel o nich na diabetologických sympoziích a kongresech a z textů přednášek sepsal habilitační práci. R. 1968 byl jmenován a 1. 1. 1970 ustanoven docentem patologie a terapie nemocí vnitřních; mezitím byl r. 1969 jmenován školským zastupcem přednosta kliniky, jímž se r. 1970 stal tehdejší docent V. Víšek.

Víškův docent, předseda ČDS

Zabýval se pak účinkem sulfonylmočovinného perorálního antidiabetika II. generace glibenklamidu na endokrinní tkáň slinivky (Případ pozorované regenerace Langerhansových ostrůvků po glibenklamidu u diabetika. *Vnitr Lek* 1971; 17(12): 1203–1206, s M. Zrůstovou) a diabetem z hlediska patologické anatomie (Příčiny smrti u pitvaných diabetiků ve srovnání s nálezy u nediabetiků. *Prakt Lek* 1972; 52(20): 759–766, s M. Zrůstovou a V. Dvořákovou). R. 1973 byl zvolen předsedou České diabetologické společnosti. S M. Dryákovou se zaměřil na toleranci glukózy a její testování (Vliv různého zatížení glukózou na průběh perorálního glukózového tolerančního testu. *Prakt Lek* 1974; 54(2): 65–67, s M. Dryákovou). Při srovnávání stadií arteriosklerózy aorty, věnčitých a mozkových cév v souboru 1796 diabetiků a stejně početné skupiny nediabetiků zemřelých v letech 1957–1971 nacházel u diabetiků podstatně častější především koronární arteriosklerózu III. stupně (Diabetes mellitus und seine Gefässerscheinungen. *Z Ges Inn Med* 1975; 30(11): 65–68, s M. Zrůstovou). Na sítnici diabetiků zjišťoval vyšší četnost morfologických cévních a nervových změn, než by odpovídalo oftalmoskopickému nálezu (Diabetic retinopathy. A clinical and morphological study. *Acta*

Diabetol Lat 1975; 12(5–6): 272–288, s M. Zrůstovou a F. Vrabcem). Publikoval stručnou monografii o PAD (Současný stav léčby perorálními antidiabetiky. In: *Novinky v medicíně* č. 16. Praha 1977, s. 63n., s K. Zelenkou). U biguanidů věnoval pozornost strážce nežádoucích účinků (Biguanidy a laktacidosa. *Vnitr Lek* 1978; 24(8): 772–777, s K. Zelenkou) i kontraindikace (Nebezpečí užití alkoholu při léčení biguanidy. *Vnitr Lek* 1979; 25(4): 374–379, s K. Zelenkou a M. Křišťanem). Nálezem axonálních i myelinových změn degenerativního typu v nervových zakončeních okoohybných svalů diabetiků podpořil domněnku o oftalmoplegii jako prvním projevu v preklinické fázi diabetu (Diabetic changes of the extra-ocular muscles in man. *Acta Diabetol Lat* 1979; 16(1): 55–62, s M. Zrůstovou a F. Vrabcem). Echokardiografie 23 diabetiků ukázala výrazné ztlustění zadní stěny levé komory a zvýšený poměr tloušťky k poloměru komory, u diabetiků s hypertenzí také výrazné ztlustění mezikomorového septa (Srdce diabetiků v echokardiografickém obraze. *Vnitr Lek* 1981; 27(10): 976–980, s P. Gregorem, P. Widimským, V. Červenkou a V. Víškem). Přednáška 22. 3. 1982 (Diabetická kardiopatie. Z přednáškového večera Spolku českých lékařů v Praze. *Cas Lek Cesk* 1982; 121(26): 831, s M. Zrůstovou) se stala jeho derniérou: o 4 týdny později – 19. dubna 1982 – tento člen Evropské diabetologické společnosti, člen Evropské epidemiologické skupiny pro studium diabetu, korespondující člen sekce diabetu Endokrinologické společnosti NDR a člen Federace mezinárodních Dunajských sympozií o úpravě cukrové v průběhu příprav Dunajského sympozia 1982 a krátce před nabytím hodnosti doktora lékařských věd v Praze zemřel.

Gratulujeme jubilantům narozeným od ledna do srpna!

85 let

MUDr. Tomáš Sereghy

odborný asistent Neurochirurgické kliniky 3. LF UK a FNKV

80 let

Doc. MUDr. Milan Kment

docent Interní kliniky 3. LF UK a FNKV

Prof. MUDr. Josef Stingl, CSc.

profesor Ústavu anatomie 3. LF UK

75 let

RNDr. Jiří Fišer, CSc.

odborný asistent Ústavu soudního lékařství 3. LF UK a FNKV

70 let

MUDr. Václav Buřka

odborný asistent Kardiologické kliniky 3. LF UK a FNKV

Doc. MUDr. Miroslav Bulvas, CSc.

docent Chirurgické kliniky 3. LF UK a FNKV

MUDr. Jara Hornová, CSc.

odborný asistent Oftalmologické kliniky 3. LF UK a FNKV

MUDr. Alexander Kolský, CSc.

odborný asistent Kliniky dětí a dorostu 3. LF UK a FNKV

MUDr. Svatopluk Svoboda

odborný asistent Kliniky plastické chirurgie 3. LF UK a FNKV

65 let

MUDr. Eva Lahodová

odborný asistent Ústavu jazyků 3. LF UK

Doc. MUDr. Tonko Mardešić, CSc.

docent Gynekologicko-porodnické kliniky 3. LF UK a FNKV

MUDr. Tamara Svobodová, CSc.

odborný asistent Kliniky dětí a dorostu 3. LF UK a FNKV

Doc. MUDr. Zdeňka Zádorová, Ph.D.

docentka Interní kliniky 3. LF UK a FNKV

60 let

MUDr. Martin Herold

odborný asistent Kardiologické kliniky 3. LF UK a FNKV

MUDr. Jiří Kletenský

odborný asistent Kliniky plastické chirurgie 3. LF UK a FNKV

MUDr. Petr Kopsa

přednosta Kliniky revmatologie a rehabilitace 3. LF UK a TN

Doc. MUDr. Pavel Kraml, Ph.D.

docent Interní kliniky 3. LF UK a FNKV

MUDr. Petr Křepelka, Ph.D.

odborný asistent Ústavu pro péči o matku a dítě

Doc. MUDr. Otto Lang, Ph.D.

přednosta Kliniky nukleární medicíny 3. LF UK a FNKV

MUDr. Jiří Marvan, Ph.D.

odborný asistent Ortopedicko-traumatologické kliniky 3. LF UK a FNKV

MUDr. Miloš Matouš

odborný asistent Ústavu patofyziologie 3. LF UK

MUDr. Věra Špatenková, Ph.D.

odborný asistent Kliniky anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a FNKV

MUDr. Jan Vacek, Ph.D.

odborný asistent Kliniky rehabilitačního lékařství 3. LF UK a FNKV

Doc. Ing. Jana Vránová, CSc.

docentka Ústavu lékařské biofyziky a lékařské informatiky 3. LF UK

PhDr. Marie Zvoníčková

odborný asistent Ústavu ošetřovatelství 3. LF UK



ORBIS PICTUS

Příběhy z Itiba

Lukáš Malý

Od Hemingwaye jsem se naučil, že čím méně řeknete, tím více sdělíte. Víme, že toho napsal třikrát tolik, než zveřejnil. O to jde. V charakteru psaní je tajemství. Pokud to skutečně víte, je to tam, a nemusíte to opakovat. Nemusíte si stěžovat, že to můžete říct jen náznakem...

(Arnošt Lustig, Interview, vybrané rozhovory 1979-2000)

Někdy mám dojem, že to co prožíváme v Itibo společně se studenty, lékaři a místními zdravotníky, lze těžko popsat slovy, natož někomu sdělit. Arnošta Lustiga jsem měl velmi rád a vážím si ho. Prožil těžký život a dokázal to přenést do svých knih. V jeho knihách to je. Nemusí to opakovat a stěžovat si, že to může říci jen náznakem. Vždy mě zajímalo, jak by popsal prožitky v Itibo někdo, kdo vládně jazykem lépe. Občas studenti nebo lékaři píšou blog, někdo fotí, píše deník, natáčí video. Vždy se tam otiskne, jaký člověk je, jak ten měsíc vnímá on sám. Jistě mohu ukázat statistiky pacientů, diagnózy, se kterými se léčili, ale ukáže to jen jednu stranu.

Z naší fakulty odjíždí každoročně do Itiba něco kolem dvaceti studentů a několik lékařů různých specializací. Každý měsíc je jiný a přece stejný. Vždy mi dlouho trvá, než vstřebám to, co jsme prožili s minulou skupinou, a už je tady nová. Opět vysvětlování, co kde je, jak se léčí malárie a obsluhuje rentgen, jak ovládat pračku, jak punktovat ascites, jak přehodit plynovou bombu v kuchyňce za sporákem, specifika Keni, návštěva etnografického muzea v Kisumu nebo Nairobi.

Ty tři měsíce mi většinou stačí a asi bych nebyl schopen být tam půl roku v kuse. Doma to vše několik měsíců rezonuje. Jsem rád, že jsou všichni zpátky doma

a v pořádku. Pozvolna začínají přípravy na další tři měsíce a už se těším na novou partu, další studenty, kteří jsou pro mě inspirací, a pacienty, kterým můžeme být prospěšní. Myslím, že následující řádky bude každý číst úplně jinak – ten, kdo tam nebyl, i ten, kdo měl možnost to prožít. Pokusil jsem se vybrat úryvky z deníku a týdenních reportů, které se v Itibo po večerech a nocích snažím psát. Nejdou po sobě, je to zachycení náhodných okamžiků a tvoří mozaiku různých událostí i příběhů našich pacientů.

...

Je první pracovní den v Itibo, uklízení jednotky intenzivní péče a operačního sálu, doplňování materiálů a seznámení lékařů i studentů s chodem kliniky. Únava celého týmu po náročné cestě je znát a první pacienti jsou tady. V podvečer, již ve službě, přichází muž pod vlivem alkoholu, po havárii na motorce. Kromě drobných oděrek a tržné rány na horním rtu je bez dalších obtíží. Dostal tetanovku a odchází domů.

...

Sotva jsme dorazili zpátky do domečku, abychom si vybalili (po tmě, jelikož nešla elektrina), přivezli příbuzní 22letou ženu, dle anamnestických údajů posekanou mačetou. Později doplňujeme anamnézu: útočník



byl manžel. Po prvotním zajištění masivního krvácení v oblasti spánku a zevního zvukovodu, analgetizaci, zajištění žilních vstupů a infuzní terapii převážíme pacientku na operační sál. Štěstí v neštěstí, jde elektřina! Velká a náročná příprava sálu, tým pracoval, jak nejlépe uměl. Pacientka byla analgosedována s efektem za použití benzodiazepinu, tramadolu a ketaminu (ten tady máme moc rádi pro jeho minimální kardiodepresivní účinky). Rozsáhlá sečná rána byla v oblasti temporální krajiny – a oblasti zygomatického oblouku, kde byla nejhlubší, zasahující hluboko do kosti. Velkým štěstím bylo, že se zásek vyhnul temporomandibulárnímu kloubu, a že nebyl hlubší až do fossa infratemporalis. Podle fyzikálního vyšetření ráno po výkonu se nezdálo, že by byla porušena inervace faciálním nervem. Elektřina sice šla, ale ne tak dobře, aby nám fungoval rentgen. Zásek mačetou byl veden dozadu přes zevní zvukovod, kde byl zásek již povrchnější a pokračoval směrem dozadu na auriculou až k processus mastoideus (kde byl narušen už jen povrchový periost). Krvácení bylo v okolí drobné, velmi výrazné pak z arteria auricularis anterior, kterou jsme podvázali a po protrahovaném krvácení ošet-

řili dalším podvazem. Přeseknutý byl celý boltec včetně chrupavky. Po lokálním opichu, vyčištění rány fyziologickým roztokem s betadinou jsme stavěli krvácení podvazem krvácející tepny a provedli rozsáhlou revizi celé rány. Záseky do kostí byly hlubší, nicméně bez dislokace a revize neukázala zasažení hlubších struktur. Po ošetření arterie byla provedena sutura podkoží a kůže a nasazení tlakového obvazu. Boltec jsme vzhledem k nestabilitě pacientky již nešili. Výkon trval 2 hodiny 45 minut a 20 minut příprava sálu. Pacientku jsme pak převezli na JIP, kompletně zajistili neinvazivním monitoringem. Zajištěná byla také antibioticky. Pooperační bolest jsme řešili morfinem kombinovaným s metamizolem a paracetamolem s dobrým efektem, jako aditivního analgetického efekt jsme využili také dexametazonu (vč. jeho antiedematozního působení). Aplikovali jsme Exacyl (tranexamová kyselina) a tetanovku. Celou noc službu konající studentky zajišťovaly intenzivní péči, plnily ordinace, sledovaly efekt analgetizace. Pacientka se ráno probudila, orientovaná, orientačně bez neurologické symptomatiky. Následoval náročný transport do Fakultní nemocnice Kisii, kde jsme pacientku předali místním zdravotníkům k CT vyšetření a případné další revizi, jelikož náš výkon byl pouze neodkladný a život zachraňující (nemáme dostupné CT, neměli jsme ani časové možnosti vzhledem k nestabilitě pacientky a masivnímu krvácení k víceméně kosmetickým výkonům na boltci).

Nacházíme se v oblastech, kde možnosti zdravotního pojištění jsou pro běžného člověka velmi omezené. Paní pojištěná nebyla a je tedy otázkou, zda vůbec bude mít peníze na CT. Jako první se nás ve Fakultní nemocnici zeptali, zda-li na to paní má peníze. Manžel pacientky ihned po incidentu utekl a nikdo o něm nic neví. Nacházíme se v oblastech, kde je výrazný fenomén



„dvoukolejnosti práva“. Platí zde oficiální právo a zákony Keni a do toho se místní lidé drží zvykového práva, které leckdy řeší problémy po svém. Nebylo by tedy moc s podivem, kdyby lidé z jejího okolí manžela našli a jednali v duchu hesla „oko za oko“.

...

V týdnu bylo několik hospitalizovaných pacientů – dvě dámy s dekompenzovaným diabetem. Jedna, že neužívala adekvátně perorální antidiabetika, a druhá z důvodu současně probíhajícího infektu močových cest. Po opatrné rehydrataci se pacientky zlepšily (druhou jsme rehydratovali déle a museli přidat inzulin). Na oddělení bylo hospitalizováno více lidí – také pacient s bolestmi břicha, který mě navíc abstinenční příznaky, jelikož je pravidelný uživatel místního alkoholického drinku „čanga“. Jeden večer přišel tatínek s klukem, který měl veliké bolesti břicha. Nakonec jsme podávali klystýr – a ráno diagnostikovali ze stolice parazita: entamoeba histolytica. Tu noc se sešli na pokoji dva mladí kluci. Ten druhý „potkal zed“, jak nám přeložila Divvina (místní clinical officer) a měl otřes mozku. Měli

jsme po delší době v Itibo zase pediatrický pokoj. Kluci dostali bublifuk a dopadlo to tak, že oba leželi v posteli a s bublifukem si hrál otec jednoho z nich.

..

Často míváme i pacienty s psychiatrickými diagnózami. Duševní poruchy a poruchy chování jsou v těchto oblastech dosti specifické (s ohledem na jiný sociokulturní kontext). Lze se tady setkat s afektivními poruchami (např. různé úzkostné stavy) a poruchami chování způsobenými užíváním návykových látek (alkohol, marihuana). Mnoho pacientů trpí konverzními stavy (disociativní poruchy). Jde o tzv. „african disease“, v podstatě se jedná o odpojení psychického a tělesného prožívání. Často se tak stává po nějakém psychickém, emočním vypětí, stresující události. Pacienti jsou přiváženi na ambulanci ve stavu podobném kómatu, nebo jsou hluční a extrémně alterovaní. Zrovna dnes ráno jsme řešili další velmi závažný případ. Dokonce nám tento pacient noc

předtím pobíhal po Itibo (dostal se přes bránu) a zničil stěrač na sanitce (doufám, že to půjde zítra opravit). V minulosti užíval marihuanu a postupně se u něj rozvinuly příznaky schizofrenie. Měl religiózní bludy, křičel, že si pro všechny



přijde satan, a že jsou všude znamení ďábla... Naštěstí se po několika hodinách trochu zlepšil, a otec si pro něj přišel. V těchto podmínkách je psychiatrické onemocnění naprostá tragédie. Systém psychiatrické péče není úplně funkční, příbuzní si už s ním nevěděli rady. Doporučili jsme pokračovat v hospitalizaci v psychiatrické nemocnici vyššího řádu. Jsou tam schopní podávat i depotní antipsychotika. V průběhu týdne jsme řešili i pacienta, který přišel pro nespecifické bolesti břicha, nic na něm nebylo nápadné, ale během večera se u něj rozvinul delirantní stav. Byl to opět denní konzument místního alkoholu „čanga“, po domácky vyrobené pálenky, do které se dle informací místních lidí přidává i voda z baterií. Tiapridal je naštěstí registrovaný i v Keni.

...

V pátek byl normální pracovní den, obvyklé množství pacientů, obvyklé těšení se na sobotu bylo ještě intenzivnější, neboť nás čekal menší výlet do přístavního městečka Kisumu na břehu Viktoriina jezera. Páteční služba je známý „terminus technicus“ a zřídka kdy bývá v duchu poklidném, stejně tak je tomu i v Africe. Večer, kolem deváté hodiny, přivezli pacientku s „african disease“ a chvíli na to dalšího pacienta...

... velmi rozsáhlé a závažné poranění v oblasti pravé tváře a oka, na chodbách je chaos, příbuzní, kamarádi. To je zrovna příhodné, aby vypadl elektrický proud. Máme čelovky na hlavě? Ano, jsou na dosah. Jdeme na to? Při rozsáhlejších poraněních si předtím vzpomenu na rady Aleše a uklidním se tak. Pomáhá mi to, Aleš mě toho moc naučil. Zachovat klid. Zvládneme to! Člověk musí být rozvážený, mít velký respekt a pokoru, ale nesmí mít strach! Pacienta ošetřujeme na horním chirurgickém sálku, připravujeme rovnou síto s chirurgickými nástroji pro mikrochirurgii ...

V noci přivázejí na motorce pacienta, který požil insekticid (postřik proti hmyzu), pravděpodobně na bázi karbamátů. Pacient se pohádal s otcem, požil menší množství – v sebevražedném úmyslu. Intoxikace jsou vždy obrovským problémem i v podmínkách střední Evropy. Tady mají lékaři a studenti možnosti velmi omezené, musejí si poradit bez toxikologické laboratoře a opřít se o podrobnou anamnézu a fyzikální vyšetření. Organofosfáty mají specifický zápach. V tomto případě šlo o látku na postřik používanou v zemědělství. Šikovná medička pacientovi aplikovala infuze s atropinem, společně s Divinou vyvolaly zvracení pomocí roztoku se solí, sledovaly vitální funkce. Léčba je svízelná i v Evropě. Podávají se dlouhodobé reaktivátory acetylcholinesterázy, atropin, hemoperfuze. Pacient byl při vědomí, naštěstí se podařilo většinu požití látky dostat z pacienta ještě předtím, než se stačila vstřebat. Pacient byl zajištěn na standardním oddělení. Otravy organofosfáty mají až 40% mortalitu, v místních podmínkách ještě vyšší, v závislosti na dávce.

...

V neděli jsme objevili na jedné z postelí štěnice. Asi se sem dostaly od nějakého pacienta z ambulance, možná někdo přinesl z Kisumu v minulosti. Nikdy předtím štěnice v Itibo nebyly. To, co se dělo od neděle až do čtvrtka, se asi nedá popsat ani slovy. Za plného provozu Itiba jsme vystěhovali dva největší pokoje, prováděli dezinfekci za pomoci organofosfátů, prali, čistili, mořili, znova prali, chaos. Cimex lectularius, název zní velmi honosně. Je to parazit, který se zamířil do člověka, živí se sáním lidské krve a to hlavně v noci, když ho vydechovaný oxid uhličitý láká ven z úkrytu. Přes den se schovají do postelí, povlečení a všech možných zářezů a nejsou vidět. Na kůži způsobí

bují svědivé zarudlé makuly (prosáklé, svědivé, lehce vyvýšené drobné otoky). Naštěstí běžně nepřenášejí žádné onemocnění, nicméně kousance jsou velmi nepříjemné. Léčí se pomocí antihistaminik a dezinfekce obydli. Ta je však dosti náročná i v České republice, natož tak na rovníku. Zde se užívají postříky na bázi organofosfátů. Hrozně páchnou, těkají, slzí z nich oči, svědí v krku.

Celý tým ale fungoval úžasně a náročná situace se zvládla. Leckdy jsme už opravdu nemohli, nicméně studenti i lékaři se s tím poprali často i s vtipem, takže snad to za nedlouho bude jenom zajímavá kapitola v deníku, na kterou nebudu vzpomínat, ale nezapomenu. Taková je ale Afrika, nejsou to jen hezké fotky zvířat, safari, fotky „akčně vypadajících mladých lékařů a lékařek“, malých dětí. Je to i tahle práce. Proces desinfekce byl poměrně logisticky náročný. Nesměli jsme kontaminovat čisté prádlo. Bylo nutné namořit veškeré oblečení, ložní prádlo, všechno. Do plastových pytlů jsme vše ukládali, pomáhali i místní zaměstnanci. Po čase jsme to vytahovali, sušili a následně prali. Zrovna je období dešťů, každý si dokáže představit, co to znamená. Organofosfáty nesmí přijít do styku s pokožkou. Všechno jsme konzultovali se zkušenou parazitoložkou, Státním zdravotním ústavem České republiky a hlavně s Alešem Bártou (na kterého jsem intenzivně vzpomínal). Po několik dní se pralo skoro v kuse, jelikož se vejde málo věcí do pračky, střídali jsme se ve věšení prádla, čištění, práci na ambulanci, při porodech, na chirurgii, na odděleních... Odpadní jímka nestíhala tolik vody pojmout, tedy další problémy. Smutným faktem je, že stačí jedna jediná štěnice, která si někde zalezla a tohle se může opakovat. Tak jsme si dělali legraci, že to bude přesně tak, jako když končí nějaký katastrofický film

o nezvladatelném viru, který se nakonec někde nevinně znova objeví před závěrečnými titulky.

Pacientů bylo v tomto hektickém týdnu opět velmi mnoho. Přivezli pětadevadesátiletou babičku naší porodní asistentky Faith se zlomeninou krčku kosti stehenní...

...

Hustě prší, porod nepostupuje, je to hodně blbě. Jdu na ICU, klouže mi to pod nohama. Jakub Slezák sedí na sesterně, má službu. „Ahoj Kubo, jak to jde?“ „Tady je to v pohodě, vědomí beze změn, pacient stabilní“. Večer bylo v Itibo rušno, hromadná nehoda - tři zranění. Jeden pacient nám zůstal na pozorování a Kuba slouží. Našel jsem, co potřebuji, a jdu zpátky na porodnici - uklouzl jsem a bílé kalhoty jsou úplně černé. Elizabetha: „Lucas, call for dr. Jana, its severe!“ Tak zpátky do domečku. Naštěstí máme tento měsíc v týmu gynekoložku. S Janou jdeme hustým deštěm, je jí špatně, celý den jí nebylo dobře, přicházíme na porodnici. Deštník je děravý a malý, teče nám za krk. Jana vyšetřuje: „We need to refer her, she needs SC“. To už je domeček na nohou, ve dveřích potkám Dorku. „S čím mám pomoci?“ Příbuzní sehnali transport, medicí pomáhají rodiče, jede se do Nyamiry, Bětka jede s nimi. Itibo usíná, jsou čtyři ráno...

...Afrika se pomalu probouzí do dalšího dne. Starosti předešlého dne jsou pryč, začínáme znova. Další pacienti, další příběhy, ranní hlášení, kafe.

Včera jsme měli pacientku s tyreotoxikózou (alespoň klinicky a anamnesticky to vypadalo). To je závažné onemocnění, kdy dojde k vystupňování příznaků hypertyreózy. Stav, který akutně ohrožuje život pacienta. Dochází k němu při zvýšené funkci štítné žlázy často kombinované s jiným akutním onemocněním. Pacientka byla úzkostná, měla tachykardii, hypertenzi,



strumu. Jelikož nemáme v současné době možnost krevních odběrů na posouzení štítné žlázy, museli jsme zahájit léčbu na základě klinických příznaků, fyzikálního vyšetření a anamnestických údajů. Podávali jsme betablokátory, carbimazol a kortikosteroidy. Pacientku jsme monitorovali na jednotce intenzivní péče. Studenti celou noc sledovali tlak a kontrolovali celkový stav. Ráno jsme jí ve stabilizovaném stavu mohli přeložit do zařízení vyššího řádu.

Další závažnou pacientkou byla asi čtyřicetiletá žena se závažným srdečním selháním, nasedajícím na dilatační kardiomyopatii, naštěstí nešla do plicního edému jako paní včera. Ascités jsme punktovali, navýšili diuretika, verospiron a šla domů. Ulevilo se jí.

V současné době je očekávaná délka dožití v Keni vyšší, než tomu bylo v minulosti. Stoupá také prevalence kardiovaskulárních i degenerativních onemocnění. Mnoho našich pacientů trpí hypertenzí i diabetem. V těchto dnech máme zrovna hospitalizovaného pacienta, je mu 40 let, přišel pro chronické bolesti, nechutenství, nevolnosti a ránu na dolní končetině (absces, vytéká mu z toho velké množství hnisu). Měl sníženou citlivost pro bolest, polyneuropatii v důsledku dlouhodobě špatně kompenzovaného diabetu. Krásná spolu-

práce chirurgického týmu s týmem majícím na starosti oddělení. Pacienta si převzali a začali opatrně s infuzní rehydratační léčbou, přidali také inzulin. Celou noc pravidelně měřili glykémii, monitorovali celkový stav pacienta. Doplnili také injekci tetanu a antibiotika, jelikož dekompenzace diabetu byla v důsledku probíhající závažné infekce na dolní končetině. Stav se dále vyvíjí, v těchto dnech měníme antibiotika, CRP nám neklesá tak, jak bychom si představovali, pokračujeme v pravidelných převazech, snažíme se kompenzovat vnitřní prostředí, jelikož měl hypokalémii. Komplexní péči zajišťují studenti i místní personál perfektně.

...

Dalším případem byla i starší žena s HIV infekcí, těžkou hypoglykemií, demencí (etiologicky asi kombinace více příčin, také encefalopatie v rámci HIV) a velmi závažnou infekcí v oblasti dolní končetiny. Při příjmu měla krevní cukr 2.2 mmol/l. Byla somnolentní. Zjistili jsme, že dlouhodobě užívala Metformin v kombinaci s Glibenclamidem. Zde to je velmi oblíbená



dvojkombinace, která je i součástí „guidelines“ ministerstva zdravotnictví. Glibenclamid mohl způsobit takto závažnou hypoglykémii, společně s nechutenstvím, zvracením a probíhající infekcí. Ve spolupráci s chirurgickým týmem a jejich intervencí se pacientka pozvolna zlepšovala, nicméně pak byl nezbytný překlád do nemocnice vyššího řádu k zajištění dlouhodobé a následné péče. Studenti celou noc sledovali glykémii, i přes kontinuální podávání koncentrovaných roztoků cukrů přímo do žíly se dvakrát za noc znova dostala do těžké hypoglykémie. Bylo nutné aplikovat opakovaně 40% glukózu. Nicméně se vše podařilo a byli jsme velmi rádi, že tohle všechno přežila.

...

V Africe nejde nikdy nic tak, jak si člověk představuje z romantických filmů. Minule to byly štěnice, nyní to je vodovodní potrubí. Máme ale v týmu medika Toma, pro kterého vyměnit těsnění ve vodovodním potrubí není problém, takže jsme byli zachráněni! Chtěl jsem na to použít peán, to už Tom nevydržel a naznačil, že se na to raději koukne. Hodně lidí si představuje, že práce v misijní nemocnici jsou jen vyčerpávající služby, mnoho pacientů, samá chirurgie. Pravdou je, že je to často zdánlivě obyčejná práce – vaření, praní, uklízení, opravování. Fotky klamou, až 80 % lidí, kteří přicházejí do Itiba, má problémy skoro identické jako čeští pacienti v ordinaci praktického lékaře. Diferenciální diagnostika je trochu jiná a možnosti omezené. Večery v Itibo trávíme často na terase, povídáním o všem možném. Při svitu svíček, nad námi obloha jižní polokoule, úžasná atmosféra! Někdy koukáme na filmy, jindy hrajeme různé hry, jako třeba: „sedí pes nebo nesedí pes“ (těžko vysvětlit pravidla). Často se ale odbíhá na ambulanci, někdy i v hustém dešti a za svitu čelovek na hlavě...

Intermezzo: Teď sem přišla Dorca a dala mi sušené maso, prý ať mám energii na psaní reportu a z vedlejšího pokoje slyším od Martina: „Děcká, pojďte si říkat vyjmenovaná slova“...tak asi tak tady žijeme. V kuchyni pečou pizzu.

...

Zápis z deníku 6. září 2019, Pohoří Oloololo, Národní park Masai Mara:

...Prudký sráz dolů a nádherný výhled na celou pánev spolu s říčkou Mara se nedá popsat, nestačí to ani vidět, musí se to prožít. Ráno se nachází nad planinami mlžný opar, africká země se probouzí do dalšího dne. Slunce pomalu vychází a dole pozvolna kráčejí majestátní sloni, žirafy, buvoli a tisíce pakoňů. Koukám na obzor, je tam něco více. Něco, co člověka přesahuje. Není to obyčejný pohled, je to dialog, rozhovor. Z planiny vane svěží vítr, pozvolna se ohřívá, jak slunce stoupá nahoru. Za chvíli bude tam dole neskutečné, spalující horko. Na tváři cítím lehký vánek. Ten, který přináší dobrodružství, příběhy lidí žijících daleko odtud. Takový ten okamžik, když ke konci léta začnete pocítovat vůni vzdáleného podzimu. Ten pocit, když končí žně, blíží se letní bouřka a jdete k domovu. Lehce se zvedá vítr a něco přichází. V srdci i v hlavě mi doznívají příběhy našich pacientů...za pár dnů se vrací skupina zpátky domů. Vracím se také já, tři měsíce tady byly náročné a nádherné zároveň. Cítím neskutečnou autenticitu okamžiku...

MUDr. Lukáš Malý, absolvent 3. LF UK, nyní působí na Ústavu etiky a humanitních studií 3. LF UK, v Itibo Health Centre – ADRA ČR (Keňa) a ve Slezské nemocnici Opava – interní oddělení.

LOVAH Exchange Holandsko

Lenka Rudolfová, lékařka Kliniky pracovního a cestovního lékařství 3. LF a FNKV

Na konci ledna tohoto roku jsem se zúčastnila výměnného programu praktických lékařů, organizovaného organizací LOVAH, což je holandská obdoba spolku Mladých praktiků. Programu se účastnili praktičtí lékaři z celé Evropy, vč. Izraele. V plánu bylo nejen podívat se do ambulance praktického lékaře, ale zároveň velká urogynekologická konference v Rotterdamu.

Příprava probíhala tak, že po odeslání kandidatury se nám ozval spolek LOVAH e-mailem s potvrzením a ujistěním, že pro nás hledají "buddies" – tj. hostitele z řad holandských mladých praktiků, kteří nás ubytují, provedou a společně s námi se zúčastní celého programu. V mém případě se původní lékařka omluvila a z programu odstoupila, dostala jsem tedy dva skvělé hostitele – Franciscu a Barta. S Franciscou jsem se setkala v den příjezdu v Utrechtu, kde mě na dvě noci ubytovala. Bohužel je ale v druhém ročníku přípravy, kdy pracuje v nemocnici, do ordinace jsem tedy musela popojet do vesničky Ede k Bartovi. Bart je původem tropický lékař, který si dodělává atestaci z praktického lékařství.

Mladí praktici se v Holandsku vzdělávají také v 3letém programu. První a třetí rok stráví v ordinaci praktika, druhý rok pracují na Emergency, na LDN a na psychiatrii. Součástí vzdělávání je jednou týdně teoretický den na fakultě, kde mají kurzy a píší pravidelně testy. Po absolvování všech stáží se tedy stávají automaticky samostatnými „atestovanými“ praktickými lékaři. V průběhu vzdělávání jsou finančně podporováni holandskou vládou ke sbírání zkušeností v ordinacích kolegů i v zahraničí formou

každoročního budgetu. Dokonce i na vybavení své lékařské brašny, která je v ruce zdejších praktiků, mají budget.

Praktický lékař zde povinně vykonává pohotovostní službu dva až třikrát do měsíce, za její vykonání je ale v době přípravy ohodnocen školitel. Z jedné takové se Bart den před naším setkáním vrátil.

Den v ordinaci začínal v 8 hodin. Kromě nás s Bartem byla na malé klinice také jeho kolegyně v přípravě, školitel, dvě zdravotní asistentky, čtyři administrátorky, fyzioterapeut a lékárná, do níž lékaři posílali elektronicky recepty, které naordinovali. Pacienti si je tak mohli vyzvednout pouze tam.

První hodina byla pro neobjednané pacienty po 10 minutách. Dále cca do 12 hodin objednaní, jedna domácí návštěva, hodina na oběd a zároveň společné sezení a konzultace se středním personálem, odpoledne dvě hodiny objednaní pacienti, hodinová konzultace se školitelem (denně!) a večer hodina na telefonické konzultace s pacienty. V průběhu ordinační doby jsme ošetřili tři náhlé akutní případy, většinou bolesti na hrudi.

Praktický lékař v Holandsku ošetřuje všechny od narození, nedělá preventivní prohlídky, neočkuje, nekóduje výkony, netiskne zprávy, nedělá pracovní lékařské služby a nevede neschopenky. Zároveň je jediným lékařem, za kterého platí zdravotní pojišťovna bez příspěvku pacienta. Zdravotní pojištění je v zemi povinné. Platí se návštěvy nemocnice, kam se ovšem nelze mimo pohotovosti dostat bez doporučení praktického lékaře. Platí se i krevní odběry a léky, vše je ovšem regulováno maximální výší doplat-

ku daného plošně, který rok od roku mírně roste. Přitom nemají přetížené čekárny. Odběry provádí zdravotnický asistent, stejně tak screening, včetně cytologie cervixu. Gynekologické prohlídky jsou tak doporučeny pouze jednou za pět let. Sety na okultní krvácení se zasílají poštou, veškerá prevence je placená státem. Výsledky vyhodnocuje taktéž asistent, s lékařem pouze konzultuje významné nálezy. Administrátorky pak sdělí výsledek pacientovi.

Zdravotní dokumentace se netiskne, jak jsem zmínila. V Holandsku je síť zdravotnických zařízení propojena elektronicky – např. propouštěcí zpráva se nedává pacientovi, posílá se přímo do počítače praktika. Celý proces tak je rychlý a efektivní. Na mé otázky, co se stane, když spadnou počítače a zápisy se ztratí, mi Bart odpovídá, že toto je na zodpovědnosti IT a jejich zálohách. Pacient má nyní možnost online zkontrolovat, jaké zápisy o něm existují, může si je přečíst a ohradit se k nim. Umíte si toto představit u nás?

V průběhu dne se v diskuzi dostáváme k několika tématům specifickým pro Holandsko. V zemi je legální prostituce, užívání marihuany a eutanazie. Jako první myšlenka mě napadla, jak je to s incidencí onemocnění plic a sexuálně přenosnými chorobami, očekávala jsem nárůst. Opak je ovšem pravdou – většina Holanďanů je sice svobodomyšlných, ale aktivních lidí, kteří marihuanu nekouří a jezdí všude na kole. Prostituce je navíc snadno regulována státem se zajištěním pravidelných kontrol „pracovnic“.

Eutanazie je v Holandsku legální, jako v první evropské zemi od roku 2002. Jako způsob smrti si ji vybere cca 4,4 procenta zemřelých. Vzhledem k události, kdy byla v roce 2016 lékařka stíhána pro vraždu pacientky s Alzheimerovou chorobou, je to nyní ožehavé téma. Holandská vláda tak od roku 2019 upravuje zákon s přísnějšími podmínkami pro asistovanou sebevraždu.

Třetí den pobytu jsme se přemístili jednotlivě do Rotterdamu, kde si nás vyzvedli lékaři z místního spolku LOVAH. Dovedli nás do hotelu, provedli centrem města a vytvořili pro nás odpolední program, v jehož rámci jsme navštívili denní centrum a azylový dům pro bezdomovce. Rotterdam je pokrokový v poli „street medicine“. Magistrát totiž od roku 2006 poskytuje ubytování a zdravotní péči bezdomovcům, což ve městě snížilo kriminalitu a užívání drog. Povedlo se jim snížit počet případů TBC i úmrtnost bezdomovců – ti dle statistik umírají až o 16 let dříve než vrstevníci, často i následkem násilí. Pomoc ovšem nedostane každý – je určena pouze pro Holanďany, cizincům je poskytnuta pomoc s návratem do země původu, kde jsou odkázáni na místní organizace. Dle slov sociální pracovnice ovšem velká část zahraničních bezdomovců svou situaci nechce nikterak řešit.

Po večeři v centru města a návštěvě pivovaru jsme se vydali k hotelu, odkud jsme čtvrtý den vyrazili na konferenci. Odehrávala se ve staré továrně na čaj a kávu, přednáškové sály byly tematicky pojmenovány. Celá urogynekologická konference byla stylově pojata od reklamních předmětů až po závěrečný večírek. Vše bylo pro mladé lékaře spíše zábavnou formou, završené večeří s hudební produkcí do časného rána. Probírala se témata sexuálně přenosných onemocnění, prevence početí, inkontinence i transsexuality. Byl zajištěn simultánní překlad do anglického jazyka a za všechny zahraniční účastníky mohu říct, že jsme byli vskutku nadšeni.

Návrat už byl po vlastní ose, stejně jako příjezd. Návrat do reality českého zdravotnictví byl pozvolný, kontakty a zkušenosti nám ovšem zůstanou. Podobnou zkušenost bych doporučila velice srdečně všem kolegům – ať jako odlehčení z každodenní rutiny, tak jako významnou součást celkového rozhledu.

O tabletové kultuře a toxikomanech v minulém režimu

Jolana Boháčková

O užívání drog v socialistickém Československu má mnoho lidí velmi mlhavé představy. V období mezi válkami si většina představí kokain a morfin v uměleckých kruzích pražské smetánky, ale po válce to vypadá, že se socialistické Československo s toxikomanií vypořádalo. Podle historika Jana Koláře, který se dějinám drog věnuje, ale historické prameny svědčí o opaku. Poválečný boom farmaceutického průmyslu vypěstoval něco, co autor nazývá tabletovou kulturou skrytou za zdmi domácností. Na ní pak již navazuje generace, která vytváří vlastní drogové „koktejly“ z dostupných farmak a zároveň již i jakési komunity. Tématem se zabývá v knize s názvem *O problému, který měl nebyť*.

O moderní toxikomanii se dle autora dá mluvit již od 19. století, kdy se z opia začal izolovat morfin. Ten původně dostávali vojáci vracející se z válek s bolestivými zraněními. Pak se v Německu začal průmyslově vyrábět kokain, který se dovážel také do meziválečného Československa. Nicméně kokain a morfin byly především záležitostmi Prahy a umělecké elity a lidí z prostředí nočního života tehdejší metropole. Za druhé světové války se pak užívání kokainu dostalo do útlumu a pře-trval pouze morfinismus.

Po roce 1945, zejména pak v 50. letech se obrovsky rozvinul (a ne jen v Československu) farmaceutický průmysl, který doslova chrlil nové léky a registroval nové lékové skupiny. „Oproti 370 přípravkům, které produ-

koval národní podnik SPOFA v roce 1950, se v kvalitativním plánu na roky 1964/1965 můžeme setkat s 487 specialitami v tuzemsku vyráběnými, 104 dovezenými z kapitalistických států a 31 ze zemí socialistických,“ uvádí ve své knize Jan Kolář. Navíc byla veřejně vyzdvi-hována cenová a teritoriální dostupnost léčiv.

Bohužel však trvalo několik let, než se ukázalo, že užívání řady preparátů má i své stinné stránky jako návykovost, psychické poruchy a další somatické potíže uživatelů. „Případy závislostí objevující se v Československu začaly přerušovat od druhé poloviny 50. let do masové podoby tabletové kultury. Jedná se o široké pojmenování zahrnující domestikaci užívání léků na každodenní bázi, a to i při banálních obtížích či pro úpravu psychické i fyzické kondice, a to zejména střední a straší generace,“ píše Kolář. Uživatelé léčiv se stali závislými obvykle až sekundárně „v důsledku prvotního ordinovaného užívání léčiv“. Typickými uživateli nebyli vůbec mladí „výrostci“, kteří by usilovali o dosažení jakýchsi stavů blaženosti.

Liberalně státem distribuované léky se staly běžnou součástí domácích i podnikových lékárníček. Ačkoli určitá kontrola kvality léčiv tehdy existovala, nikoho nenapadlo hluboce prověřovat možná rizika závislosti.

Popsaný model závislostí podle Koláře nadále existoval i v 70. a 80. letech a zůstával dominantní, nicméně již koncem 60. let se k němu připojil nový fenomén –

toxikomanická subkultura mládeže. Nevznikala však jako na Západě kolem marihuany, heroinu či kokainu, protože tyto „klasické“ drogy se u nás téměř nevyskytovaly. Mladí toxikomané si na rozdíl od starší generace opatřovali léky často nelegálním způsobem a nezřídka kdy si z nich vyráběli různé „koktejly“.

Z opioidů byly oblíbené například Morfin, Dolsin a Novopon a touha po nich zapříčinila v 70. letech výskyt zcela nového jevu – vykrádání lékáren a skladů léčiv. „Zaznamenány byly i případy zdravotních sestřiček, které šetřily opiáty na těžce nemocných pacientech, aby je mohly samy konzumovat nebo donést partě,“ uvádí Kolář ve své monografii. Lidé, kteří se stávali součástí drogových komunit, často pracovali ve zdravotnictví nebo farmaceutickém průmyslu a mnohdy primárně o tuto práci usilovali, aby mohli pro své souputníky shánět a krást různé preparáty.

Kromě opioidů toxikomaní užívali také Triphenidyl, různá antidepresiva či neuroleptika a postupně se naučili farmaka různě kombinovat, aby zvýšili jejich účinky. Například kodeinový roztok zvaný „áčko“ připravovali z běžně dostupného Alnagonu, který ostatně znali jako lék už od svých rodičů, kteří se dosti často původně za účelem tišení bolesti stali na něm závislími. A samozřejmě nemůžeme opomenout známou povzbuzující drogu, vyráběnou z efedrinu – pervitin. Zajímavou skupinou jsou syntetické těžké látky. „Čičači“ toluenu a čistícího prostředku Čikuli byli často teprve středoškoláci a učni, kteří pořádali různé seance v uzavřených prostorách. Bohužel se občas stalo, že tyto večírky někdo nepřežil.

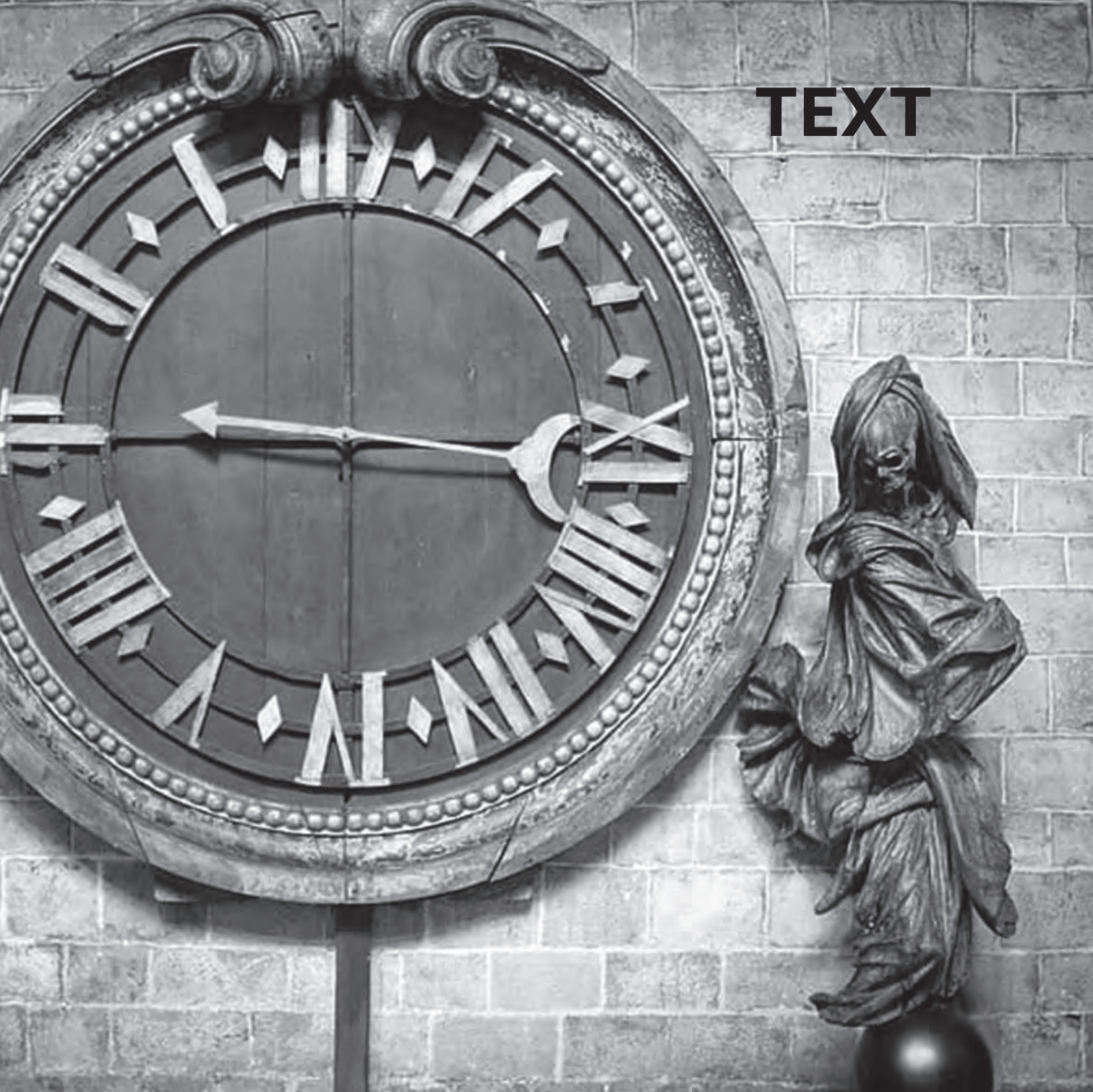
O toxikomanických partách z období od konce 60. let autor nenachází mnoho písemných pramenů, protože tehdejší stranické a státní orgány, přes četná varo-

vání psychiatrů, kteří se ze závislími narkomany v tu dobu setkávali v psychiatrických léčebnách, předstíraly, že tento problém, „imperialistický nešvar“ neexistuje. Postoj se měnil v momentu, kdy začalo být získávání farmak spojeno se závažnější kriminalitou, kterou nešlo dále ignorovat. Například v letech 1980 až 1982 řešila veřejná bezpečnost v Praze 56 případů vloupání do lékáren a více než desítku vloupání do dalších zdravotnických zařízení. Řadu trestných činů páchali lidé pod vlivem drog za použití násilí, jindy kradli, aby si za utržený lup mohli koupit drogy. Objevuje se i prostituce spojená toxikomaníi. Jsou známy případy, kdy si starší muži vydržovali mladé chlapce, kterým „platili“ drogami. V 80. letech se o toxikomanii už mluvilo jako o jednom z problémů socialistické společnosti.

Nicméně pomohlo tomu celkové ovzduší 80. let. Samotný Gorbačov v Sovětském svazu vyzdvihl otázky alkoholismu a toxikomanie jako jedny z nejpálčivějších problémů tehdejší doby. Bylo jen otázkou času, kdy se téma dostane do popředí i u nás.

Více v knize Jana Koláře – O problému, který měl nebyť. Vyšla v nakladatelství Doplněk v Brně 2018.

TEXT



Zvuky probouzení

(úryvek z knihy)

Petr a Petra Třešňákovi

Manželé Třešňákovi vyprávějí příběh o výchově dcery Dorotky, postižené autismem ve spojení s mentální retardací. Kniha není primárně svědectvím o autismu, ale spíše o tom, jak se rodiče a rodina vyrovnávají s narozením takového dítěte, kde berou sílu a jak hledají rovnováhu v extrémně náročné životní situaci. Rodiče Dorotky otevřeně líčí vnitřní proměnu, kterou jim roky nepřetržité péče přinesly. Zachycují kouzelné momenty s netypickým dítětem, ale i děsivá dramata dívčina neklidu a sebepoškozování. S laskavým svolením autorů a nakladatele přinášíme úryvek z knihy, která vyšla letos v brněnském nakladatelství Druhé město.

PROLOG

Určitě takové sny znáte. Vysoko v horách jdete po úzké skalní římsce, rychle se stmívá a padá mlha. Je vidět sotva na půl metru. Kámen pod nohama klouže.

Zdá se skoro nemožné, že by s každým krokem mohla noha bezpečně přistát na stezce a nesklouznout do propasti. Rozrušená mysl podvědomě očekává pád. Tělo se chvěje v předzvěsti zlomku vteřiny, kdy se důvěrně známá zkušenost kontaktu se zemí promění v děsivé promáchnutí prázdným prostorem. Kdy nebude pochyb, že se mění všechno, co platilo dosud.

A přesto se očekávání pádu nenaplnuje. Mlha houstne, strach a závrať svírají žaludek, když vítr na chvíli rozfouká průhled do nekonečné hloubky pod vámi. Ale kroky vedou dál po kamení a každý úspěšný došlap na pevnou skálu vás zaplavuje vzrušením jako nepředpokládaný, téměř nemožný happy end. Všechno vám říká, že spadnete. Ale vy jdete stále vpřed.

Jako by tělo bylo vedeno nějakým prastarým poutem se zemí. Smlouvou, jejíž obsah neznáte, ale jež se čím dál zřetelněji projevuje tímhle nepravděpodobným úspěchem. Přechodem římsy smrti, v nějž jste se zdráhali i doufat.

Jste na druhé straně, propast se zavřela. Země je znovu bezpečná a široká.

Během posledních třinácti let jsem si často připadal jako noční chodec na kluzké skalní římsce. Zmatený špatnou viditelností, ochromený nejistotou a rizikem pádu jsem síle vlastních kroků dokázal věřit, až když byly za mnou a já se ohlížel zpátky.

Když se mně a mé ženě Petře narodila dcera Dorotka, nic přitom nenasvědčovalo tomu, že se v horách našich životů smráká. Byla krásné, zdravé a silné dítě, jaké jsme si přáli. Narodila se v plodovém vaku, což některé kultury považují za znak výjimečnosti nebo

požehnání. Svým způsobem to platí, tehdy mi ovšem ještě nedocházelo, že symbolika odkazuje k poněkud hlubšímu významu těch slov.

Když o tom zpětně přemýšlím, myslím, že jsme jako rodina měli slušné vnitřní i vnější kapacity přijmout dítě s postižením. Vyrovnat se s takovým faktem by bylo v každém případě bolestné a náročné. Ale v zemi, jejíž sociální systém jakžtakž funguje, se slušnými, i když nijak závratnými výdělky a pevným partnerským vztahem bychom to určitě zvládli. Někdy si trochu samolibě představuji, jak příkladní bychom byli rodiče jen lehce postiženého dítěte. Nemíním svá slova jako zlehčování takové situace, jež je vždycky náročná jedinečným způsobem. Chci tím jen říct, že drama, které vstoupilo do našeho života s Dorotčinou nemocí, předčilo všechny představy o tom, co může slovo „postižení“ znamenat.

Jedna z mých nejstarších vzpomínek, v níž už naplno účinkuje pocit zoufalství, pochází z doby, kdy začínalo být jasné, že Dorotčin vývoj neprobíhá normálně a ona odmítala v noci spát.

Jsou dvě hodiny ráno a z dětského pokoje se ozývá kopání do dveří a ohlušující řev tříleté holčičky. Tluče do dřeva rukama i hlavou, kope, pláče, křičí. Není nám s mou ženou vůbec jasné, co se to vlastně děje. Dorotka už rok a půl neusíná normálně a nedá se uspat žádným běžným způsobem. O technikách, jak dítě naučit spát, už jsme přečetli dvě knihy. Postupujeme podle jejich doporučení: uložit s malým rituálem a pomazlením, nechat dítě v jeho pokoji, jednou za čas přijít, pohladit, uklidnit.

Jenže Dorotka se nedá uklidnit ani postupem z příručky. Naučila se přelézt ohrádku postýlky. Chodí po bytě, křičí, bouchá do věcí. I to by ještě mohlo být normální chování vzpurného batolete, jenže... to trvá ně-

jak moc dlouho. Celé hodiny, občas dlouho přes půlnoc. A není to jediný večer, který bychom mohli vysvětlit třeba počasím nebo Dorotčiným rozrušením. Každý další přinese stejnou situaci. Zdá se, že neklid tříletého dítěte je silnější než my, což nás začíná děsit. Dorotka je nezastavitelná.

Dveře jejího pokoje nelze zamknout, někde se ztratil klíč. Musím je držet, jinak by chodila po bytě snad do rána. Jen když je uzavřena ve svém pokoji, časem se unaví a usne. Když je někdo s ní, neusne vůbec. Držím kliku, tělem vibrují otřesy z druhé strany. Snažím se sám sebe uklidňovat, zhluboka dýchám, ale moc mi to nejde. Hlavou víří myšlenky, co bude dál. Nedokážu na ně odpovědět, ani je zastavit. Ještě netuším, že tohle je teprve začátek.

O autismu, správně řečeno poruše autistického spektra, se v posledních letech hodně mluví i píše. Občas se zdá, že je tahle diagnóza dokonce trochu v módě. Autistů přibývá, například přesné statistiky ze Spojených států ukazují téměř trojnásobný nárůst diagnózy v populaci posledních dvaceti let. To je vysoké číslo, nikdo ovšem přesně neví, co znamená. Jsme svědky tajuplné epidemie, nebo jen dokážeme nemocné lépe podchytit a přesněji diagnostikovat? A je porucha autistického spektra vlastně jednou nemocí se stejnou příčinou, nebo společným přístavem pro velmi různorodé potíže, které zatím neumíme rozlišit?

Být „na spektru“, jak se občas říká, může totiž v realitě znamenat velmi odlišné projevy i obtíže. Autismus je jako velký deštník, pod nímž se v dešti chaotického života třetího tisíciletí tlačí velmi rozmanitá individua,

kteřá někdy nemají mnoho společného. Diagnóza je přidělena ve chvíli, kdy dítě při vyšetření vykazuje určité množství symptomů na definované škále. A podle míry hendikepu se pak rozlišuje několik typů této neurovývojové poruchy.

Jedné její podobě se donedávna říkávalo vysokofunkční (dodejme pro pořádek, že tento výraz je spíše na ústupu coby nepřesný a nekorektní). Znamená, že člověk se navzdory odlišně fungující nervové soustavě, svým zvláštnostem a hendikepům obvykle dokáže s okolním světem domluvit a do jisté míry v něm samostatně fungovat. S vysokofunkčním autismem se občas pojí mimořádná inteligence a vlohy, zhruba v duchu stereotypu geniálního podivínství, který tak silně formoval film *Rain Man* s Dustinem Hoffmanem.

Se značným zpožděním se do obecného povědomí v posledních letech dostává i méně viditelná — a také méně přitažlivá — část tohoto spektra. Děti a dospělí, kteří vykazují v některých ohledech podobné rysy, problém však u nich dosáhl takové hloubky, že fungovat v našem světě dokážou jen s velkými obtížemi a vysokou mírou podpory. Jejich adaptabilita na prostředí, rytmus a obvyklý způsob života jsou dramaticky snižené, mívají velmi omezené možnosti komunikace a učení.

Někdy nemluví vůbec nebo nepoužívají řeč ke komunikaci, ale jen coby jakousi ozvěnu. Občas se domluví gesty nebo systémem obrázkové komunikace, ale zpravidla jen na nejzákladnějších věcech, pokud vůbec. Bývají extrémně přecitlivělí na smyslové podněty, rigidní ve svých rituálech nebo neschopní porozumět tomu, co se kolem nich děje. Psychologie a neurologie zatím chápou jen velmi omezeně, co se v jejich mozcích vlastně děje, sporadická osobní svědectví (ve světě vyšly, pokud

vím, zatím tři knihy psané nízkofunkčními autisty, kteří se naučili komunikovat skrze počítač) popisují zcela jinak vyladěnou nervovou soustavu a spolupráci mozkových funkcí. Cinknutí skleniček pro ně může mít sílu výstřelu z pistole, některé barvy nebo pohyby vyvolávají doslova orgasmickou přitažlivost, obraz a zvuk přicházející z okolí mohou být desynchronizované a provést jednoduchý úkol může být nemožné, dokud si ho dopředu detailně nepředstaví.

Můžeme si jen domýšlet nekonečnou paletu odlišností, bizarních vjemů nebo kognitivních specifik, jakou autismus lidskému mozku dokáže připravit. Počítačové simulátory nebo psychedelické látky dokážou nabídnout jistou představu, ale naše fantazie vycházející z obvyklého fungování mozku, jaké většina z nás zažívá, zůstává nutně omezená.

Něco však pohledem zvenčí chápeme velmi dobře. Nízkofunkční autismus se často projevuje chováním, které bývá popisováno jako problémové, náročné nebo představující výzvu. Jde o přirozenou reakci postiženého člověka vůči světu, který ho stresuje a s nímž se nedokáže domluvit. Podoby takového chování mohou být rozmanité — křik, agresivita vůči druhým nebo sobě, neklid, destrukce věcí, sexuální projevy, útky do neznáma nebo nutkavost k sociálně nevhodným rituálům a činnostem.

Pokud se takové chování u dítěte s autismem projevuje, nemusí to znamenat, že ho bude provázet trvale. Vhodnými terapeutickými postupy, dobrým nastavením podpůrné péče, úpravou prostředí, rozvojem komunikace a částečně také medikací se dají jeho projevy snížit, nebo i odstranit. Potenciál takové změny k lepšímu je pokaždé jiný. Někdy to jde úplně, jindy částečně, občas jen velmi málo.

K realitě mnoha zemí mimo bohatý západní okruh (včetně České republiky) přitom patří, že terapie pro děti a dospělé s autismem v nich není v potřebné míře dostupná. A stejně tak chybějí podpůrné sociální služby, takže zátěž nese často rodina sama, nestačí na ni a náročné chování má tendenci sílit v začarovaném kruhu frustrace.

Přítomnost takových projevů je jedním z hlavních faktorů, které rozhodují o tom, jak se bude člověku s autismem v životě dařit. A také jak se bude dařit jeho rodině. Kvůli náročnému chování dnes v Česku odmítá děti i dospělé s autismem většina sociálních služeb, nebo občas dokonce i speciální školy pro postižené děti. Řada rodin nedokáže svým dětem ani sehnat vhodného asistenta nebo jej zaplatit.

Je to pozoruhodný paradox. Systém sociální péče financovaný státem existuje proto, aby pomáhal lidem s různou formou postižení vyrovnat jejich hendikep a žít v rámci možností běžný život. Ale tam, kde je největší a vyžaduje největší míru podpory, systém selhává. Dává od svých klientů ruce pryč a rodiny zůstávají samy. Stát na účinnou pomoc nemá finanční ani lidské kapacity.

Dorotčiny problémy začaly mimo jiné popsanou nespavostí a velmi rychle se rozvinuly do podoby, která mě i mou ženu ochromovala. Hlavní zátěž, kterou její situace přinášela a přináší, se dá asi nejuvstíženěji popsat termínem nespoupráce. Zatímco zdravé děti mají přirozenou chuť ke kooperaci s okolím, skrze niž se rozvíjejí a učí, Dorotka se zhruba od dvou let nedala nijak „řídít“. Snad by ji taková metafora neurazila, ale

běžné dítě dostanete s jakýmsi nehmotným dálkovým ovládáním. Má samozřejmě svou svobodu a svou hlavu, ale v základních věcech na rodiče a na okolí reaguje. Každopádně je toho schopné. Řeknete „pojď ke mně“ a ono jde. Zavoláte „zastav“ a ono zastaví. Tančíte živětem v jisté komunikující souhře, která se s přibývajícím věkem prohlubuje.

S Dorotkou to bylo jinak. Chodila si zcela, kam chtěla, brala do ruky a zase zahazovala cokoli, vlezla, kamkoli ji zrovna napadlo. Kladla odpor při jakékoli manipulaci, při oblékání, mytí nebo usazování do auta. Jak rostla, bylo stále zřetelnější, že její svéhlavost vychází z abnormálního fungování mozku a nepatří k přirozeným batolecím rozmarům. A jak sílila, překonávání tohoto odporu při každodenní péči nás stále více vyčerpávalo. A také děsilo.

Byla hyperaktivní, neklidná a ve chvílích nespokojenosti (které bohužel přicházely stále častěji) se propadala do záchvatů vzteku. Spouštěčem mohla být vnější stresující událost, jemné podněty dráždící její precitlivělý systém nebo frustrace z nemožnosti komunikovat. Dorotka dodnes nemluví.

Ale mnohdy to vypadalo, že dráždění vedoucí k sebe-destrukci přichází zevnitř a zcela bezdůvodně coby důsledek neznámé systémové chyby. Jako kdyby v neurových sítích jejího mozku zkratovaly elektrické výboje a vyvolávaly nesnesitelný neklid, snad dokonce bolest, u níž je těžké rozlišit, zda je víc mentální, nebo fyzická.

Jednou za čas přicházela období dekompenzací, při nichž se Dorotka propadala na dlouhé týdny do hluboké temnoty. Její stav se zhoršil, oči zakalily a setrvala ji ovládal intenzivní neklid. Bila se pěstí do tváře, mlátila hlavou o zeď nebo o podlahu, úplně přestávala spát. Celé dny jen běhala ode zdi ke zdi jako zvíře v kle-

ci nebo se svíjela na zemi. Dětský psychiatr, který měl Dorotku v péči, ji označil za jeden z nejtěžších případů autismu, s jakým se kdy setkal. V šesti letech skončila poprvé hospitalizovaná v psychiatrické léčebně. Zoufalá, přikurtovaná k lůžku a tlumená nejsilnější možnou antipsychotickou medikací.

Celý systém našeho prožívání, životních očekávání a praktického fungování se v tu chvíli začal rozpadat. Naše vyčerpání hraničilo s kolapsem, naše reakce nabývaly posttraumatické podoby. Každodennost se proměnila v bezútěšnou řeholi. Chronicky nevyspalí jsme bránili Dorotce v sebepoškozování, zkoušeli ho zastavit všemi možnými způsoby, neúspěšně. Obíhali jsme doktory i léčitely. Celé dny jsme poslouchali její řev, který drásal smysly. Překonávali jsme odpor při každém pohybu, do úmoru uklízeli následky jejího řádění.

Samozřejmě — mohli jsme od ní utéct, „dát ji do ústavu“, jak se říká, i když průzkum možností velmi brzy ukázal, že podobné dítě si žádné pobytové sociální zařízení do péče nevezme. Navíc jsme ji milovali. Byla to naše holčička, v klidných chvílích byla okouzlující, zábavná a přítulná. Nechtěli jsme ji opustit tak malou, nechat samotnou padat do propasti, jež se zdála být bezedná. To nás zavazovalo zůstat.

Byla to past, v níž život ztrácel smysl. Minulost se stala nepodstatnou, přítomnost nesnesitelnou a budoucnost osídlil paralyzující strach. Jak tohle může skončit? Budeme jednou přihlížet, jak se utluče ve vystupňovaném šílenství? A jak dlouho to vůbec přežijeme my?

Ocitli jsme se blízko dna. A to byla chvíle, z níž se začala rodit tahle kniha.

O autismu byla napsána celá řada textů, od odborných pojednání, přes osobní příběhy po pedagogické příručky, jak k dětem přistupovat. Pár jsem jich přečetl a coby rodič a novinář také mluvil s různými lidmi, kteří lidem s autismem pomáhají. Znáám spoustu dalších rodičů s podobně postiženými dětmi.

Je přirozené, že většina knih se věnuje praktickým otázkám spojeným s autismem. Jak situaci zvládnout, jak dítě rozvíjet, jak mu pomoci komunikovat nebo přemoci stres. Jsou to klíčová témata, protože každý rodič touží své dítě dovést co nejlíže k uzdravení, jakkoli se zdá být nekonečně vzdálené. A každá rodina potřebuje dobře vyladit soukolí svého praktického fungování.

Tahle témata by také měla rezonovat v celospolečenské diskusi, protože společnost vytváří náruč předpokladů, aby rodiny jako ta naše vůbec mohly důstojně žít. Jako novinář a poslední roky i aktivista v této oblasti se to snažím připomínat a stejně to dělá i moje žena. Mimo jiné proto, že kvalita Dorotčiny budoucnosti do značné míry závisí na tom, zda český sociální systém bude mít kapacity pro její typ chování.

Mezi rodiči jsou velmi oblíbené také příběhy uzdravení nebo výrazného zlepšení dětí s autismem. Najdete jich spoustu a oním klíčem k vysvobození zakletých princů a princezen ze strašidelného zámku může být jednou speciální terapie, nějaká forma diety nebo třeba exotická pouť na koních za šamany. Viděl jsem řadu otců a matek chycených svým zoufalstvím do pavučiny iluze uzdravení a sám jsem se do ní nějaký čas taky zaplétal. Nechci se v téhle knize vysmívat ani jim, potažmo nám, ani oněm pilulkám spásy. V mém osobním příběhu mají svou roli a jsou součástí procesu léčení, i když pro mě nakonec pracovaly trochu jiným způsobem, než bylo původně inzerováno jejich hlasateli.

Ale každého, kdo by se do této knihy začel s nadějí, že objeví další možnost, co ještě pro své dítě „vyzkoušet“, chci předem varovat. Nic takového v ní není. Nečekaná nebo téměř zázračná uzdravení se bezpochyby stávají, ale ať o nich svědčí ten, kdo je zažil. V mém životě se vztah autismu a léčení projevuje mnohem tajuplnějším, mnohvrstevnatým a méně jednoznačným způsobem. Jenom o něm dokážu vyprávět.

Četl jsem také několik autobiografií lidí s autismem, ať už autorů s vysokou inteligencí, kteří jazykem přirozeně vládou, nebo vzácných svědectví nízkofunkčních autistů, již se s obrovským nasazením svého mentálního aparátu naučili obsluhovat klávesnici. Jsem vděčný lidem, jako jsou Temple Grandinová nebo Josef Schovanec za jejich fascinující, poučné a zábavné vhledy, ale ještě víc Naokimu Higašidovi nebo Carly Fleischmannové, kteří pro mě pootevřeli okno do nonverbálního světa mé dcery. Jejich texty mám vůbec nejraději.

Moc bych si přál, aby naše Dorotka mohla někdy takovou knihu napsat, ale zároveň vím, jak málo je to pravděpodobné. Četl bych ji dokola a do slepé mapy své nevědomosti zakresloval chybějící hory, řeky a příběhy. Mé staré já by si nic nepřálo víc než jí porozumět. Způsobem, který všichni známe, komunikačními kanály slov a významů, na něž jako lidé spoléháme.

Chtěl bych tolik vědět, co se v ní dělo, když se zoufale tloukla do hlavy. Proč se tolik bránila přebalování na zadní sedačce auta. Co ji fascinuje na tom, když si špičkou banánu přejíždí po předloktí. Proč je pro ni tak těžké udržet pozornost u jednoduchých činností. Co znamená zvuk „bajíja“, který vydává, když má dobrou náladu.

Mé staré já by chtělo znát spoustu odpovědí. Jenže je nikdy znát nebude. A mé nové já se začalo rodit právě skrze opouštění této touhy.

Čím déle jsem se v roli rodiče dítěte s autismem ocital, tím více jsem zjišťoval, že jsou věci, o nichž se mluví a píše jen málo. Není divu, jde o dilemata spíše niterná, osobní a často i nepřipouštěná. Odbory sociální péče, lékaři ani speciální pedagogové vám s nimi neporadí.

V mé zkušenosti radikální životní změny se ale tyhle jemné, těžko uchopitelné otázky stávaly zásadními. Cítil jsem, že je snadné — a dost možná i nutné — nechat se strhnout vírem praktické péče, která člověka zcela pohltí a promění život v monotónní vyčerpávající řeholi. Jen přežít v Dorotčiných záchvatech jediný den nás stálo spoustu sil. Vnímал jsem obrovské riziko vyhoření.

A brzy na mě začaly doléhat otázky, jaký to má celé vlastně smysl. Dorotka se beztak trápí a její stav se nelepší. Mám šanci tohle rodičovství přežít ve zdraví, nebo nutně skončím jako deprivovaná oběť? Mám doufat ve zlepšení, nebo se jen zklamu? Je její nemoc náhodná hříčka přírody, nebo nese nějaký význam? A pokud si začnu myslet, že nese, nebudu se jen utěšovat sebeklamem?

Na otázky po smyslu náročné existence dřív dávaly odpovědi náboženské systémy. S postupující sekularizací se téma stáhlo do soukromí, a čím pohodlnějším se život stává, tím méně se jím lidé zabývají. Za naplněný život se dnes celkem automaticky považuje dosažení přiměřeného materiálního zajištění, smysluplná práce, pevné zdraví, fungující vztahy nebo úspěšně završená výchova dětí.

V extrémních situacích se ale tenhle koncept rozpadá a existenciální pochybnosti naléhavě vystupují. Což je zřejmě důvod vysokého nárůstu religiozity v oblastech postižených živelnou pohromou, jaký popisují sociologické výzkumy nebo psychologické teorie traumatu.

Z hlediska běžných životních očekávání se naše rodinná situace jevila jako tragédie, navíc nikoli jednorázová, z níž se člověk má šanci vzpamatovat, ale dlouhodobá, chronická, s žalostnou perspektivou. Cítil jsem silnou potřebu dát té zkušenosti nějaký snesitelný rámec. Představa nahodilého neštěstí, které mě trvale vyřadí z možnosti normálně žít a dost možná i předčasně zahubí, ji činila ještě nesnesitelnější a hlavně zbytečnou.

Takhle nějak, z prosté potřeby psychicky „přežít“, najít modus operandi, v němž dokážu vnímat život i s touhle zátěží jako smysluplný a chvílemi radostný, se začalo rodit mé přemýšlení o autismu.

Zpočátku to mohla být svého druhu mentální hra. Způsob, jak se nezbláznit v kolotoči frustrace, jak si ukrátit čas zapletený v sevření, které Dorotce bránilo v další ráně do obličeje. Ale pro mě skýtal nový prostor seberealizace tam, kde se zdálo, že žádný nezůstal.

Mohl jsem studovat, jak mě a mou ženu takhle radikální zkušenost rodičovství mění. V něčem surově okrádá, v něčem jiném posiluje a obohacuje. Vidět, co vysílá do širšího okolí, jak jej děsí, vyvolává strach z bezmoci a zároveň aktivuje velkou solidaritu. Pozorovat, jak nelítostně tříbí vztahy, které jsme měli, a odděluje pravé perly od falešných. Vnímat záblesky paralel, v nichž se Dorotčina nemoc zjevovala jako zrcadlo dnešního světa, jako amalgám jeho patologie a zároveň příslib možné léčby.

Svou roli v mé chuti hledat semínka významů sehrála i spirituální praxe, které jsem se začal intenzivněji věnovat. Ale ne v tom smyslu, že bych se začal opírat o deklarované pravdy o nemoci a utrpení a pověšil na ně svou situaci jako na úlevný věšák. Meditace, modlitba a hledání pevného bodu v bouři tohoto životního příběhu rozšiřovaly moje vnímání, prohloubily vnitřní potřebu smyslu a poskytovaly mi nástroje, jak to celé co nejlépe zvládnout. Jako bych začínal vnímat nějaký nový rozměr své neblahé skutečnosti. Byl živý. Dokázal sytit ty doposud zjevené, které se podlamovaly pod nevíтанou tíhou.

Občas má moje skeptičtější já sklon vidět celé tohle filozoficko-duchovní přemítání o autismu jako trik. Každý z nás si vytváří narativ svého života, sepisuje vnitřní samomluvou příběh o sobě samém, který činí jeho život snesitelnějším, hodnotnějším, vítězným. Ptal jsem se často, jestli moje vnímání Dorotčina postižení není jenom optickým klamem, iluzí, jež má kótovat pocitem smyslu prostor, kde ve skutečnosti žádný smysl není.

Nechci tyhle pochybnosti smést ze stolu moc snadno, ostatně vytvářejí užitečnou korekci mým únikovým tendencím, které by chtěly příliš rychle udělat z neštěstí požehnání, a myslet si, že mám vyhráno. Snadné řeči o autismu jako daru mě vždycky trochu dráždily.

Ale po oněch třinácti letech života s Dorotkou nemám pocit, že bych žil iluzí. Falešné konstrukce reality obvykle nevydrží první vítr, sesunou se do vln bezradnosti jako věž ze špejlí. Trikem na sobě samém lze možná docílit dočasné snesitelnosti, ale ne smíření. Smíření se nikdy nerodí ze sebeklamu.

To, co mě utvrzuje, že autismus mi nepřinesl jen zoufalou nutnost držet se stébla iluze, ale jedinečnou příležitost k růstu je — ohlédnutí. Když se dívám zpát-

ky na sebe samého, vnímám teď existenci jako větší bohatství než onen zmatený muž vrávorající po kluzké skalní římsě. Jsem otevřený tomu chápat nemoc, která ke mně s Dorotkou přišla, jako příležitost k učení, coby mimořádnou ochutnávku esence života v jeho tvořivosti i zániku. Esence takové intenzity, že spouští procesy, jejichž význam nedokážeme v přítomné chvíli vůbec dohlédnout. A co je asi nejdůležitější — učím se tomuto procesu důvěřovat.

Vůbec nejvíc mi v tom pomáhá moje žena Petra, která se — pro mě stále z nepochopitelného důvodu — zdá být ve svých úvahách a prožívání vždy o několik kroků napřed. Během psaní tohoto textu jsme o Dorotce a uplynulých letech po jejím boku mnohokrát mluvili. Nacházeli i ztráceli společnou řeč, vzájemně se obohacovali, učili se podporovat a někdy se také celé noci hádali. Naše perspektivy se potkávají v tom podstatném, ale naše osobní zkušenost se během těch let s Dorotkou mnohokrát lišila.

V nejtěžších obdobích propuknutí nemoci a psychických propadů trávila Petra s naší dcerou takřka veškerý svůj čas, stála přímo pod vodopádem bezmoci a hrůzy, odkud se nedalo nikam vystoupit. V roli matky bezprostředně otevřené potřebám svého dítěte spoluprožívala všechny Dorotčiny běsy na vlastní kůži. Já jsem odcházel každé ráno do práce, svírán sice úzkostí, do čeho se večer vrátím, ale přeci jen s možností ze situace mentálně uniknout, pozorovat ji z většího odstupu, chvíli si odpočinout.

Když jsme nad napsanými stránkami mého textu naše dvě perspektivy porovnávali, docházelo nám, že obě mají v příběhu, který chceme vyprávět, svou roli. Moje přirozené vypravěčství, které má sklon domáhat se v prostoru mnohotvárné reality života dramatických

oblouků, potřebovalo uzemnit, aby občas nezaměnilo pravdivost za efekt. Petřina intenzivní zkušenost s Dorotkou ji mnohem víc přiblížila tomu, co je skutečně důležité. Její systém se během průchodu onou temnou nocí až neúprosně vyladil vůči rozlišování jemných vlivů, které dokážou Dorotku poslat ke dnu, nebo ji z onoho dna pozvedat.

Napsal jsem většinu této knihy, v jistou chvíli mi ale mé dílko začalo připadat trochu jako golem. Působivá hromada hlíny, které něco podstatného schází, aby mohla skutečně ožít. Aby mohla sdělovat, co nám leží na srdci. Petřina zkušenost je šemem Dorotčina příběhu, jehož celek ožívá v našem propojení. Pro záhadné téma autismu je to docela symbolické, otevřenost a spolupráce různých kvalit vytváří terén, v němž se lidem s autismem může dobře žít. Potřebují rozmanitost, prostředí vzájemného naslouchání.

Zkusíme tedy s mou ženou vyprávět společně. Na několika místech knihy jí předávám slovo, aby do ní vložila zkušenost matky, sdílela esenci, kterou objevila na dně onoho hořkého poháru Dorotčiny nemoci jako jediný možný lék.

Vyprávíme o našem společném ztrácení, hledání a nacházení důvěry v život. Naše kniha nevznikla jako ventil zoufalství a bezútěšnosti, i když přijetí těchto dvou pocitů tvoří její základy. Nedozvíte se v ní příliš o autismu jako takovém, nepovažujeme se za odborníky na tuto diagnózu a leckdy se můžeme i věcně plést. Spoustu informací necháváme vědomě či nevědomě uniknout naší pozornosti.

Knihy vznikla coby osobní příběh hledání smyslu v epicentru krajní existenciální situace, která se vymyká běžným způsobům chápání a běžným možnostem zvládnání. Je to pokus o reflexi rodiče těžce postiženého

dítěte, ale pevně věříme, že vypráví něco obecnějšího o zákonitostech lidského zrání. Tak jako věříme, že autismus je jedním z důležitých zrcadel dnešního života. Píšeme ji pro ostatní rodiče v podobné situaci i pro kohokoli, kdo si připustil, že život se může vyvinout jinak, než si přejeme. A že to ve výsledku může být dobře.

Nechci se pouštět do duchovních úvah o transformaci skrze utrpení. Připadám si stále ještě na začátku velmi nejisté cesty. Nemohu ale zastírat, že spirituální praxe mi v mém speciálním rodičovství poskytla hodně podpory a učila mě nacházet otevřenost vůči situacím,

kteřé jsem měl tendenci odmítat nebo jimi strádat. Pojem spirituální osobně vnímám jako synonymum pro nevyhnutelné. Je to rovina skutečnosti, k níž vás život dříve či později z nějaké strany dovede, stejně tak jako vás žízeň dovede ke studni.

Je to ono zjevování smlouvy, která mě převedla přes skalní římsu, aniž bych měl sám v sebe důvěru, že to mohu dokázat. Není přitom ani tak podstatné, co je v té smlouvě napsáno. Podstatné je, že ji stále znovu zkoušíme číst.

Děti úplňku

Manželé Třešňákoví rovněž přišli s nápadem natočit film o rodinách s dětmi s těžkou podobou autismu. Z vlastní zkušenosti vědí, že život dětí jako je Dorotka si jen málokdo dokáže představit a je potřeba ho veřejnosti nejprve ukázat. Ve spolupráci s Českou televizí tedy vznikl film Děti úplňku (2017).

Dorotka a její rodina celý snímek zahajují. Další příběh vypráví o třináctileté Adélce, která bydlí s rodiči a třemi sourozenci v malém domě na kraji Prahy. Kamera jí zachycuje ráno při vstávání a brzy je jasné, jak nesmírně náročný společný život je. Adélka ani chvíli neposedí, hází věcmi, ubližuje si a potřebuje prakticky nepřetržitou asistenci dospělého člověka.

Další protagonistka Máca je už dospělá a žije se svou matkou Marcelou nedaleko Turnova. Před několika lety jim zemřel otec a manžel a film ukazuje, jak obtížné je, když rodič zůstane na péči o potomka s autismem sám. Vyčerpání, nekonečný kolotoč uklízení rozházených věcí a především sociální izolace dělají ze života sisyfovskou dřinu, které se maminka Mácy snaží čelit svérázným humorem.

Míša je asi nejnáročnější z filmových hrdinů. Je mu přes dvacet let a odmítlo ho přijmout už několik sociálních služeb, takže bydlí v malém panelákovém bytě se stárnoucími a vyčerpanými rodiči. Většinu času tráví v posteli s ohrádkou, protože jinak je agresivní a útočí na ně. V minulosti museli rodiče mnohokrát volat na pomoc záchranku, protože Míšu nedokázali uklidnit.



Post Scriptum

Podivný rok 2020

Jaroslav Veis

Oblíbeným mediálním žánrem přelomu každého roku bývá vedle bilance též výhled, nás čeká. Nebylo tomu jinak ani před rokem letošním. Třeba seriózní server Aktuálně.cz soudil, že hlavní události roku 2020 budou tyto: Pro Evropu bude stěžejní další průběh brexitu. Celý svět bude upírat pozornost na Spojené státy, kde bude probíhat předvolební kampaň a v listopadu prezidentské volby. Budou panovat obavy z dalšího chování severokorejského diktátora Kim Čong-una.

Milovníci sportu se měli těšit na tokijskou olympiádu, příznivci cyklistiky na Tour de France, fanoušci Slávie na její další ligový fotbalový titul.

Jenže poslední den roku 2019 byla Světová zdravotnická organizace informována čínskými úřady, že ve městě Wu-chan došlo ke 44 případům těžké pneumonie neznámého původu. Nikdo netušil, že ona informace byla hodně přistřižená. Betakoronavirus SARS CoV-2 totiž už tou dobou už ve Wu-chanu řádl mnohem víc než Číňané přiznávali.

Z „mokrého tržiště“ s oficiálním názvem The Huanan Seafood Wholesale Market, na němž se prodávalo vše živé i mrtvé od sépií a sardinek po hady a netopýry zachvátil město, které má s předměstími víc obyvatel než Česká republika. Nekontrolovaně se pak od samého počátku roku šířil světem.

Letošní výhledy i plány prakticky celého celého lidstva tak rozmetal a poté přetvořil po svém organismus o velikosti pouhých 120 nanometrů a jím způsobená pandemie nemoci covid-19. Během několika měsíců zastavil ekonomiku, zpomalil globalizaci a způsobil nebo spoluzpůsobil smrt statisíců lidí, zejména v obou Amerikách.

Nemocí covid-19 v různých formách prokazatelně onemocnělo několik desítek miliónů lidí. Také proto, že politici se dlouho nemohli rozhodnout, zda je covid-19 jen další „chřipečka“ nebo vražedná nemoc.

Je škoda, že druhá nejslavnější hra Karla Čapka se už skoro vůbec nehraje. Jmenuje se Bílá nemoc a je o pandemii, která vypukla – v Číně. Kdyby se hrála, třeba bychom si připustili, že se něco Čapkem kdysi vyfabulovaného děje. Stejně tak je škoda, že svět téměř vytěsnil ze své kolektivní paměti španělskou chřipku, jejíž pandemie právě před sto lety zahubila čtyřikrát víc lidí než celá první světová válka.

(Mimoходом, Španělsko v tom tenkrát bylo nevině. Počátek pandemie lze rovněž vystopovat do Asie, odkud ji armády roznesly po světě. Jen se o ní vzhledem k cenzuře ve válčících zemích nepsalo. Ve Španělsku, které bylo neutrální, válečná cenzura nebyla a noviny o zabijácké nemoci i referovaly. Zprávy o nové chřipce se proto nerozletěly do celého světa ze Spojených států,

kde byl oficiálně zaregistrován první případ, nýbrž právě ze Španělska.)

Vraťme se však ke změnám programu, který měl svět v roce 2020 mít. Některé země od počátku března, kdy se epidemie naplno rozhořela, uzavřely úplně, jiné jen trochu, některé během času svůj přístup měnily.

Paradoxně nejvíc se koronaviurus šířil ve Spojených státech. V zemi, jež je víc než sto let centrem nejvýznamnějších vědeckých i medicínských inovací, pionýrem všech lékařských výzkumů, světovým hegemonem, etalonem individuální svobody.

Souběžně se právě ve Spojených státech rozpoutala další pandemie, tentokrát společenská a politická. Nedořešený rasový konflikt a hnutí Black Lives Matter

se v nejrůznějších mutacích přelil do celého západního světa a k němu se přidružily i další konflikty. Příliš dlouho byly odsouvány stranou a neřešeny, vyvažovány ústupky zprava i zleva. Úsilí opět jednou přepsat dějiny odnesly zatím jenom kamenné a bronzové pomníky.

Pandemii covidu-19 biochemik Jan Konvalinka výstižně označil jako cosi „mezi banalitou a tragédií“. Obávám se, že jeho příměr lze zobecnit: celý svět je momentálně na rozhraní mezi banalitou a tragédií.

A to nás pořád ještě čekají listopadové volby amerického prezidenta, nejmocnějšího politika planety, které mohou svět buď uklidnit nebo ještě více rozkývat.

Ještě že s tou Slávií to dopadlo to dopadlo podle očekávání.

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

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

Ročník 30, číslo 1–2, srpen 2020

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, jolana.bohackova@lf3.cuni.cz

Překlad do angličtiny: Ing. Jana Hábová

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>



english version

česká verze