

Vývoj anesteziologie a resuscitace v kladenské nemocnici a vzpomínky primáře MUDr. Vladimíra LEMONA

Pokorný Jiří sen., Lemon Vladimír

Komise pro historii oboru ČSARIM

Anest. intenziv. Med., 24, 2013, č. 4, s. 292–298

SOUHRN

Autoři seznamují s ústními i písemnými vzpomínkami primáře MUDr. Vladimíra LEMONA na vývoj oboru anesteziologie a resuscitace v kladenské nemocnici – od primitivních anesteziologických začátků v kladenské nemocnici, popis přechodu na moderní pracovní

postupy, budování lůžkové části s využitím mezinárodních kontaktů a získání moderního vybavení. Kladenské ARO bylo od roku 1967 druhým lůžkovým oddělením ARO v Československu.

KLÍČOVÁ SLOVA

anesteziologie – historie – obor

ABSTRACT

Development of the specialty of anaesthesiology and resuscitation at Kladno Hospital in the memoirs of Dr Vladimír Lemon, the first head of the department

Based on written and verbal memoirs of the former head and founder of the Department of Anaesthesiology and Resuscitation (ARO) at Kladno Hospital, the authors

describe the early primitive anaesthetic techniques and their transformation into modern clinical practice, and the establishment of the second ICU in former Czechoslovakia based on international cooperation and modern technical equipment.

KEYWORDS

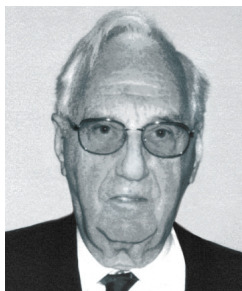
anaesthesiology – history – specialty

ÚVOD

MUDr. Vladimír Lemon (nar. 8. 6. 1923) byl průkopníkem resuscitační péče v Československu. Vzděláním chirurg II. stupně a anesteziolog, působil v kladenské nemocnici. V roce 1962 byl jmenován ústavním anesteziologem a tuto činnost vykonával nadále jako člen chirurgického oddělení a aktivní operatér. V roce 1967 byl v kladenské nemocnici zahájen provoz nově vybudované lůžkové části ARO a Lemon se stal jeho primářem. V letech 1983–1989 byl krajským odborníkem pro anesteziologii a resuscitaci ve Středočeském kraji.

Vladimír Lemon maturoval za války, v roce 1942, v době, kdy české vysoké školy byly zavřeny.

Byl nasazen do práce na železnici. Zprvu pracoval jako pomocný dělník na stavbě tratí, později byl poslán do kurzu a vyškolen na výpravčího. Pro nedostatek pracovníků musel pracovat jako výpravčí ve stanici Rakovník až do 31. 10. 1945. V té době se vzdělával do hloubky v hudbě, stal se koncertním houslistou. V Kladně založil smyčkový kvartet a vedl pěvecký sbor. Členem kvarteta – violoncelistou – byl MUDr. Jiří Jirásek, pozdější primář chirurgického oddělení. Další dva členové kvarteta lékaři nebyli. Úspěšně komponoval. Po celý život se aktivně a úspěšně věnoval i hudbě, která ho doprovázela při obrovské pracovní zátěži v oborech chirurgie a anesteziologie a resuscitace.



Obr. 1. Vladimír Lemon, Jiří Pokorný

LÉKAŘSKÁ DRÁHA

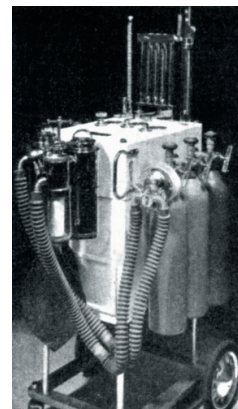
Od 1. 11. 1945 začal studovat na LF UK v Praze. Promoval 12. 1. 1951. Během studií v době prázdnin praktikoval v kladenské nemocnici, na chirurgickém oddělení, kde mu posléze byly svěřovány i malé výkony. Z praktik získal nesmírně mnoho. Po skončení studií nastoupil na chirurgickou kliniku v Plzni. O 6 týdnů později byl na žádost kladenské nemocnice, ze které bylo povoláno do armády na 150 lékařů, dekretem ministerstva zdravotnictví přeložen do kladenské nemocnice a v této nemocnici setrval až do odchodu do důchodu dne 30. 6. 1987. Do 30. 11. 1989 ještě pracoval jako krajský odborník pro anesteziologii a resuscitaci Středočeského kraje. Kladenská nemocnice má vynikající minulost. Začátkem 20. století ji založil a proslavil chirurg profesor MUDr. Bohuslav Niederle, starší, k operačnímu léčení za ním jezdili pacienti zdaleka, i z Vídně. V polovině minulého století byla kladenská nemocnice oblastní o velikosti 1 000–1 100 lůžek se spádovou oblastí o 150 000 obyvatelích a s 25 000 zaměstnanci kladenských hutí a dolů.

Jako ve většině nemocnic v Československu ve 40. a 50. letech minulého století byla úroveň celkové anestezie nízká i v kladenské nemocnici. Prováděla se převážně inhalační éterová anestezie, u dětí a na krátké výkony kapáním na Schimmelbuschovu masku. U dospělých byl používán Ombrédannův přístroj, který byl upraven na zpětné vdechování bez pohlcování oxidu uhličitého. Kromě éteru byl používán na úvod do anestezie divinyléter nebo etylchlorid (kelén). Výkon svěřovali chirurgové častěji nelékařům – sestrám a někdy i sálovým zřízcům – než lékařům. Ti se vykonávání celkové anestezie co možná vyhýbali, protože chtěli především operovat.

Lemon pracoval 20 let na chirurgii. Atestace I. stupně v chirurgii dosáhl v roce 1955. Byl vedoucím jedné ze dvou operačních skupin, které se obden střídaly ve službách. Na chirurgii byli operováni těžce ranění z dolů a hutí, pacienti s onemocněním plic a dalších hrudních orgánů. Naléhavě potřebnou

se stala odborná anesteziologie s využíváním nitrožilních anestetik a svalových relaxancií, umělé plicní ventilace a monitorování základních životních funkcí a vnitřního prostředí. V roce 1953 přišly do nemocnice na všechny operační sály anesteziologické přístroje československé výroby (Chirana) Vatra N-3 (obr 2). Spolu s nimi i laryngoskopy s rovnou lžící, ale tak mohutnou, že tak byly jen pro bezzubé! Anesteziologické práci se však nikdo z chirurgů nechtěl věnovat. Vladimír Lemon se rozhodl pomoci své milované chirurgii tím, že počal do hloubky studovat tehdy nový nástavbový obor anesteziologii. Anesteziologické odbornosti dosáhl v roce 1957 a v roce 1962 byl jmenován ústavním anesteziologem. Souběžně však pokračoval v práci chirurga a v roce 1966 dosáhl specializace II. stupně v chirurgii. Rok poté absolvoval úspěšně konkurzní řízení o chirurgický primariát.

V roce 1966 vypracoval výbor Anesteziologické sekce ČLS JEP pro ministerstvo zdravotnictví zásady diferencované péče, jež byly bezvýhradně přijaty. V tom roce vydalo ministerstvo zdravotnictví vyhlášku č. 42/1966 Sb., o poskytování léčebně preventivní péče [1, 2]. Obsahovala i zásady diferencované péče a koncepci resuscitace. Zde také bylo uvedeno, že v ČSSR má během roku 1967 v průmyslových městech vzniknout 10 lůžkových anesteziologicko-resuscitačních oddělení – ARO s lůžky.



Obr. 2. Narkotizační přístroj Vatra N 3 s původními průtokoměry pro N_2O a CO_2 , s tonometrem, s vodním manometrem na PEPP a se 2 pohlcovací CO_2

PŘÍPRAVA LŮŽKOVÉ ČÁSTI ARO NA Kladně

Na konci roku 1967, byl dne 4. 12. v souladu s koncepcí resuscitace a podle návrhu vypracovaného ústavním anesteziologem MUDr. V. Lemonem, zahájen v kladenské nemocnici provoz resuscitační lůžkové části ARO. Podnět k vypracování návrhu mu dal tehdejší ředitel nemocnice MUDr. Tuček, významnou podporu mu poskytli krajští odborníci: pro chirurgii doc. MUDr. Jana Pastorová a pro anesteziologii doc. MUDr. Josef Hoder, CSc. Během plánování se Lemon setkal s primářem oddělení klinické biochemie MUDr. Bedřichem Nejedlým (obr. 3), který ho přesvědčil, aby na chirurgický primariát neodcházel, ale věnoval se oboru anesteziologie a zůstal v kladenské nemocnici, „kde spolu budou dělat medicínu“. Lemon souhlasil a stal se

primářem ARO. Jím vedené pracoviště dosáhlo vynikající úrovně a pro mnoho anesteziologů se stalo vzornou školící základnou.

V roce 1967 se Lemon intenzivně a systematicky věnoval přípravám na provoz budované lůžkové části [4]. Organizoval opakovanou odbornou školení sester, se kterými se počítalo pro lůžkovou část, studoval dostupnou literaturu, navštívil pracoviště resuscitační a intenzivní péče v zahraničí (Berlín, Drážďany).

Navázal osobní kontakty s prof. Paulem Astrupem, který od roku 1967 několikrát přijel na Kladno, účastnil se jako konzultant provozu lůžkové části ARO a mezi horníky organizoval výzkum poruch dýchání. Pracoval v těsném kontaktu i s primářem Nejedlým, který napsal a ve dvou vydáních publikoval učebnici klinické biochemie. Jeho kniha umožnila anesteziologům pacienty správně biochemicky monitorovat a kontrolovaně korigovat odchylky od normálních hodnot. Náleží mezi monografie, které odůvodňovaly přesah činnosti biochemiků z laboratoří do kliniky.

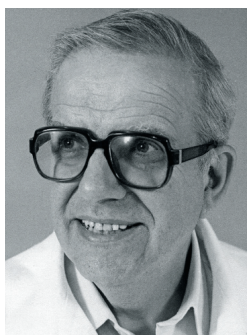
Jak se vyvíjel obor anesteziologie a resuscitace v nemocnici s poliklinikou II. typu v Kladně (Paměti z pohledu Vladimíra Lemona, krajského odborníka pro AR)

Paměti píše z doby svého „krajánkovství“, tj. od 1. 1. 1983 do 30. 11. 1989, kdy byly kraje a tedy i KÚNZ zrušeny. Do důchodu jsem jako primář odešel k 1. 7. 1987, jako krajský odborník jsem pracoval do 30. 11. 1989. Veškerou personální a odbornou dokumentaci (i o situaci oboru ve Středočeském kraji) jsem předával pravidelně měsíčně ředitelství KÚNZ, jak prikazoval služební řád. Tak činila i vrchní sestra Libuše Šmídová jako krajská hlavní sestra pro obor AR ve Středočeském kraji, jinak vrchní sestra Hoderovy kliniky.

Zprávy z metodických a kontrolních návštěv v kraji a rovněž i zprávy ze znaleckých komisí jsem po skončení své funkce zlikvidoval, aby se nedostaly do nepovolaných rukou. Takže to, co píše, jsou sice „paměti“, ale je to skutečnost u vědomí, že mají sloužit v případě potřeby jako prameny.

40.–50. léta

Koncem čtyřicátých a začátkem padesátých let 20. století to bylo, až na skutečné výjimky (ÚVN Střešovice, Jiří Minář v Plzni na chirurgické klinice a pak v 50. letech Josef Hoder na I. chirurgické



Obr. 3.
MUDr. Bedřich Nejedlý

klinice VFN v Praze) všude stejné. Jinými slovy primitivní! Lze říci, že nikde nebyly překonány „hranice Ombrédanna“! Na poliklinikách k incizím a repozicím malých fraktur anestezii podávala zásadně sestra, a to inhalační, kelénem (etylchloridem) Schimmelbuschovou maskou. Úvod kelénem se užíval běžně i v nemocnicích k úvodu do éterové anestezie třeba Ombrédannem. Pamatuji si zástavu oběhu na chirurgickém sále v nemocnici na Kladně (v době mého prázdninového pobytu v roce 1948), po několika kapkách kelénu (asi fibrilace komor). Následoval marný „tělocvik“ na nemocném 30letém muži až do úplného vyčerpání tří mladých lékařů.

Tehdy – až do roku 1949, kdy byly gynekologické sestry sv. Karla Boromejského přeřazeny do Kutné Hory – podávala všechny anestezie k sálovým operacím výlučně velebná matka Vantura, a to inhalačně: kelén kapáním na masku s následným pokračováním éteru Ombrédannem. Teprve od roku 1950 v Kladně podával anestezii lékař, ovšem nejčastěji méně zkušený. K operacím v pohotovostních službách vždy až do roku 1954 (atrakční oblast kladenské nemocnice 150 000 obyvatel a hutě a doly s 25 000 zaměstnanci), kdy sloužili jen dva lékaři na chirurgii, totéž na traumatologii a gynekologii, a to ob den – a vzájemně si nevzpomáhali – starší lékař operoval, asistovala instrumentující sestra (když cokoli podávala, pustila háky a operace se prodlžovala), mladší lékař podával anestezii. Nechci vzpomínat! Anestezující lékař hlídal zorničky, operující barvu krve.

Teprve od roku 1955 přibyli 2 lékaři, sloužilo se tedy ve třech. Jednu operační skupinu jsem vedl já, druhou MUDr. Krauskopfová. Tedy stále jeden den ráno tam, druhý den večer domů atd. Přece jen ale byla práce v pohotovostní době bezpečnější tím, že byli tři lékaři – ale jen na chirurgii.

S výjimkou klinik a několika pražských nemocnic byla situace v oblastních nemocnicích táž. Vždyť kladenská nemocnice měla tehdy stále 1 000–1 100 lůžek. V nemocnicích I. typu byla situace ještě horší: v některých z nich se v pohotovostní době (17.00–07.00 h) „přísluhující“ lékař a často i instrumentářka k operaci z domovů svázeli sanitou! Dnes se tomu ani nechce věřit, ale bylo tomu tak. Takové jsem to zažil v začátcích své krajské funkce (1983–1984).

JAK JSEM SE STAL ANESTEZIOLOGEM?

Byl jsem sekundářem chirurgického oddělení, vedoucím lékařem jedné ze dvou operačních skupin. V počátku padesátých let a zvláště od roku 1953 bylo zřejmé, že je nutno častěji vstupovat do hrudníku z důvodu operací karcinomu distálního jícnu a kardie, dále pro přibývání nitrohrudních traumat. Tím se objevila nutnost hlubšího poznávání, a tedy

studia, k udržení homeostázy nemocného, jeho neurovegetativní rovnováhy, vodního a minerálního hospodářství před operací, během ní i po ní. Tímto uvědomováním stoupla odpovědnost práce a hlavně nutnost zabývat se důvěrněji teoretickými obory – poznat všechny ty -logie, protože vše, co někdy působí radost, jindy sevře hrud' a propotí košili, čili vznikl obor ANESTEZIOLOGIE!

Nikdo na chirurgickém oddělení tento obor nechtěl dělat – a bylo to nutné, takže pro rozvoj chirurgie na oddělení a z lásky k němu jsem se toho ujal já. Zcela spontánně a bez jakýchkoli komentářů.

V roce 1953 přišly do nemocnice na všechny operační sály anesteziologické přístroje Vatra N-3. Spolu s nimi i laryngoskopy s rovnou lžící, ale tak mohutnou, že tak byly jen pro bezzubé! Ve večerních hodinách jsem zkoušel s maskou fixovanou na obličej i odpařování éteru a jednou se mi to téměř nevyplatilo. Ale maska mi z obličeje při pádu ze stoličky spadla a bylo dobře.

Intuboval jsem po úvodu kelén-éter rourkou ustřiženou z metráže! Protože jsem se ze Sokola znal s Josefem Hoderem, jel jsem za ním, abych se něco dověděl, jak správněji na to. Dověděl jsem se a viděl – u dospělého Thiopental 500 mg a Procuran 4 mg. (Thiopental jsem postupně snižoval až na polovinu). Hoder mi tehdy dal sebou pět balení obojího a několik nových tracheálních rourek různých velikostí (i s radou, jak je objednávat).

Kromě chirurgické literatury jsem začal číst i anesteziologickou, vracel jsem se k fyziologii a patofyziologii a začal jsem objevovat jiný svět. Současně jsem navštěvoval prakticky všechny anesteziologické kurzy v ILF, které byly velmi instruktivní.

V roce 1955 jsem udělal hned v prvním termínu, co atestace byly vyhlášeny, atestaci prvního stupně z chirurgie (prof. Jirásek a prof. Knobloch). Tehdy i po ní jsem se studijně vydatně zabýval anesteziologií, prakticky ji podával jen k operacím karcinomu jícnu a kardií a všem výkonům v hrudníku. Jinak jsem na chirurgii zůstal na téže posté jako před tím a dále navštěvoval doškolovací kurzy anesteziologie v ILF včetně kurzu předatestačního. Atestoval jsem na konci tohoto kurzu v roce 1957 v březnu (doc. Spinadel a doc. Keszler). Rovněž atestací z anesteziologie se mi po ní nic nezměnilo. Pro těžkou hypertenzi s krizemi jsem byl v roce 1953 u vojáků superarbitrován, byl jsem proto až v roce 1956 (už po atestaci z chirurgie I. stupně) jmenován pro civilní obranu (CO) okresním chirurgem a tedy členem štábu okresu. Po jednom okresním cvičení, když jsme seděli v hospodě na pivu, se mě náhle tehdejší ředitel OÚNZ dr. Z. Novotný zeptal: „Ty máš anesteziologickou atestaci, víš?“ Já: „Ano“. „Tak tě jmenuji ústavním anesteziologem! A jaký máš plat?“. Já: „1500 Kč hrubého“. Dr. Novotný: „To je po 7 letech se dvěma atestacemi málo. Zítra to zavolej mé sekre-

tářce. Zvyšuji ti to na 1750 Kč. Spokojen?“ Já: „Ano“. Ústavním anesteziologem jsem byl jmenován v roce 1962. Zůstal jsem však dále členem chirurgie se vším všudy, normálně vypisován k operacím a s pohotovostními službami ob noc, jen jsem u operovaných všech oddělení dělal předanestetickou vizitu s ordinacemi příprav a premedikací i anestezií. Rizikové nemocné jsem většinou anestezoval sám.

Stále jsem se v hloubi duše cítil být přece jenom chirurgem, a proto jsem se dále v chirurgii vzdělával. Když vojáci aktivovali mnoho lékařů (na Kladně zůstala poloprázdná oddělení a já tam měl slíbené po promoci místo), byl jsem 17. 2. 1951 ministerským dekretem z plzeňské chirurgické kliniky převelen na Kladno. Profesor Pavrovský, tehdejší přednosta kliniky, mi řekl, abych se na něj obrátil, kdybych cokoli od něj potřeboval. Požádal jsem ho tedy v roce 1960 o možnost operací na klinice (tehdy už po prof. Jiráskovi v Praze), jež se na Kladně nedělaly, a on mi to skutečně umožnil (asistoval jsem u operací stenózy mitrální chlopně, dělal jsem dvě medulektomie atd.).

60. léta

A tak jsem v roce 1960 požádal o atestaci II. stupně z chirurgie. Obratem jsem dostal zamítavou odpověď z ILF, že „není zájem o hromadění odborností“. Přesto jsem každý rok žádost opakoval, až přišel souhlas z ILF poslední týden dubna 1966 – „podejte zprávu ihned, souhlasíte-li s atestací v květnovém termínu 1966“. Samozřejmě, že jsem souhlasil a ty tři a půl dne u prof. Knoblocha na Bulovce mi připadaly krátké. Ještě dnes se do nich vžívám. Operoval jsem za asistence pana profesora subtotální resekci žaludku pro rozsáhlý karcinom. Pan profesor se neustále na něco ptal, ale nešlo o záluhosti. I to ostatní včetně ústní zkoušky poslední den bylo velice korektní.

Data atestací podle vystavení dokladu:

- I. stupeň chirurgie – 4. 5. 1955 na klinice prof. Jiráska; zkoušeli prof. Jirásek a prof. Knobloch.
- Anesteziologie – 13. 5. 1957 v ILF; zkoušeli doc. Spinadel a doc. Keszler.
- II. stupeň chirurgie – 1. 6. 1966 na Bulovce; zkoušeli prof. Knobloch a doc. Rödling.

V roce 1966 výbor Čs. společnosti anesteziologie a resuscitace J. E. Purkyně (tehdy existovala „Anesteziologická sekce ČLS JEP“) vypracoval pro MZd zásady diferencované péče, jež byly bezvýhradně přijaty, protože také kromě anesteziologie neměl nikdo o diferencované péči o nemocné ani potuchy. A tyto zásady byly uvedeny v samém konci r. 1966 ve vydané vyhlášce MZd už pro r. 1967. Zde také bylo uvedeno, že v ČSSR má během roku 1967 v průmyslových městech vzniknout 10 lůžkových anesteziologicko-resuscitačních oddělení – ARO s lůžky.

HISTORIE OBORU

Ředitel OÚNZ MUDr. Tuček, vzdělaný a pro pokrok nadšený lékař, ač internista, si mne hned po přečtení oné vyhlášky (ještě 1966) zavolal jako „ústavního anesteziologa“ (to byl podivný titul!), co vím o resuscitaci jako oboru, co vyžaduje takové pracoviště atd. a jak říkám „během dvou kafi“ byla koncepce kladenského ARO hotova: potřeba kádrů a jejich příprava, potřeba prostor a jejich příprava. Termín byl stanoven – poslední kvartál roku 1967.

Lůžkové ARO muselo být snadno dostupné zvenku, proto volil jsem přízemní podlaží gynekologie (bylo zde původně TBC krajské porodnice). Tato lůžková stanice měla všechny pokoje dvoulůžkové. Bylo však třeba vybudovat pracoviště pro 10 nemocných a místnosti provozní. Využili jsme proto i přilehlou sádrovnu ortopedie a chodbu k ní. Halu u výtahu do vstupu B jsme uzavřeli s možností vstupu na ARO právě z výtahů traktu B. V chodbě k původní sádrovně vznikla velká šatna sester celého oddělení, naproti ní pak čtyřlůžková koronární jednotka, WC a koupelna, pokoj primáře. Vytvoření koronární jednotky byla v té době převratná událost. Dále ve směru z prvního dvoulůžkového pokoje byla odpočívárna personálu, z dalšího pak sterilizace a příprava k operačnímu sálku. Operační sálek sloužil k operacím, k tracheostomiím, ke katetrizacím, k prvnímu ošetření polytraumat a jejich přípravě k operaci atd.

V dalším pokračování traktu již byla vlastní lůžka: jeden pokoj zůstal jednolůžkový (6), pak byl tzv. velký pokoj s 5 lůžky pro „čisté“ pacienty, dále tzv. malý pokoj pro 4 lůžka se septickými pacienty. Na protilehlé straně byl vchod na oddělení pro příjem nemocných přivezených sanitkou a na pojízdném lůžku, jež bylo vždy připravené.

Po stranách této „haly“ byly skříňe s uloženým prádlem. Na chodbě stanice byly zleva od vchodu koupelna, záchody, místnost s úklidovým materiálem. Za dveřmi chodby zůstala původní hala s výtahy pro trakt C, dále kancelář oddělení a dva pokoje pro lékaře.

Odůvodnění operačního sálku a potřeby chirurgických dovedností anesteziologa:

1. Tracheostomie není dobře možné operovat na lůžkovém pokoji, třebaže jednotlivá lůžka nemocných byla oddělena zástěnou.
2. Soudím, že tracheostomii pro umožnění ventilační terapie s předpokladem i dlouhotrvajícího volného tracheálního přístupu má dělat anesteziolog – i z toho důvodu, že on je odpovědný za vznik nebo za uchránění nemocného před komplikacemi z tracheostomie a zavedené kanyly k odsávání z dýchacích cest. Je tedy i důvod odpovědnostní – nenechat toto dělat ani chirurga, ani ORL lékaře!
3. U traumat v oblasti zvláště přední strany krku a zlomeniny čelisti často vzniká parafaryngeální hematoma. Přední strana faryngu se vyklenuje dorzálně (směrem k páteři), činí často „před očima“ překážku volného dýchání a absolutní překážku tracheální intubaci. Dvakrát jsem byl nucen při výjezdu RZP tuto situaci řešit koniotomií. A není-li anesteziolog zvyklý na skalpel, třebaže je koniotomie nezkoušenými popisována jako jednoduchý zásah, jsem přesvědčen, že i jen rozhodnutí pro ni je psychicky velmi náročné. Co nejdříve po ní (nejpozději do 12 hodin) je nutná tracheotomie! V případě parafaryngeálního hematoma je však třeba tracheotomie co nejdříve s ohledem na hematoma.

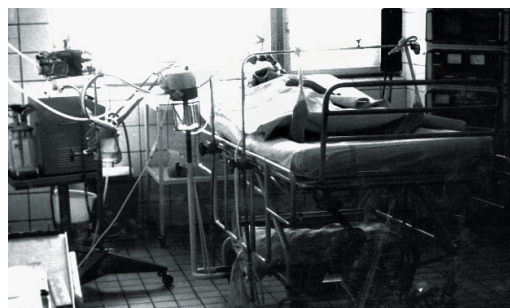
Rozhodně a bezvýhradně jsem přesvědčen o potřebě operačního sálku na ARO.

Kazuistika

Třetí koniotomii jsem dělal na I. operačním sále chirurgie, kam těsně před cévní operací přivezli z válcoven člověka, kterému projel krkem válcovaný „drát“ tloušťky 2 mm, žhavý. Zastavil se na páteři. Hlava přecházela do ramen z hematoma karotidy, krk nebyl znát. Bylo možno udělat „někde“ koniotomii. Ligamentum conicum jsem netrefil, řez šel přes prstencovou chrupavku, ale



Obr. 4. Budování nového oddělení vlastními silami



Obr. 5. Izolační pokoj (vlevo odsávačka, ventilátor Bird, zvlhčovač Chiropar, vpravo monitorace)

roučka se mohla zavést“ Bylo to hrozné. V tom popálení krčních struktur (1.000 °C) bylo možné jen podvázat karotidu.

Nevzpomínám si, že bych někdy četl o parafaryngeálním hematomu jako o překážce intubace. Asi se mýlím. Ostatně anesteziolog přijde do styku se skalpelem třeba při nutné preparaci žíly – a musí to vzhledem k situaci a naléhavosti udělat nejen perfektně, ale i svižně.

Za mé éry jsme si všechny tracheostomie zásadně dělali sami. Tak tomu bylo i za Hoška. Šimáček to samozřejmě také uměl. Rozhodně při komplikující tracheální stenóze může být tracheostomie ovlivněna nejen traumatizujícím odsáváním sekretů, ale i způsobem, jak je tracheostomie vykonávána.

Myslím si, že anesteziolog má být vychováván (!) k „šikovnosti rukou“, protože je potřebuje k nutné rychlé, hladké, atraumatické intubaci; ke katetrizaci (netraumatizující) vena subclavia či v. jugularis pro zavedení centrálního žilního katétru; ke katetrizaci k zavedení dočasné kardiostimulace; ke všem typům svodné anestezie. Je samozřejmě, že „šikovnost rukou“ je výsledkem i topografického anatomického vnímání příslušných cévních či nervových struktur.

Výchova anesteziologa

Obecně pojato, je velmi složitým úkolem ve smyslu „od začátku“. Operační obory „operační techniku sbírají“ od šití kožních ran a zašívání kůže vůbec – má anesteziologie možnost něčeho podobného? Nemá! Čerstvého lékaře nelze poslat k jakémukoliv anesteziologickému výkonu jako samostatného!

Vyznával jsem zásadu, že „zdravého“ dospělého vypsaného na „nevelký“ výkon je možné svěřit anesteziologovi jako samostatnou činnost, až když bezpečně intubuje. Tuto podmínku chápu jako předpoklad pro získání těch nejzákladnějších zkušeností k bezpečnosti výkonu. To je – správněji byla – podmínka k samostatné službě v pohotovostní době. Například lékaře, který už dva tři roky pracoval na ARO, jsem celý rok vypisoval na krční operace (a zvláště dětské) v oblasti faryngu, laryngu a vždy jsem byl s ním po celou dobu programu, protože většinou byla nutná intubace nosem, je nebezpečí aspirace krve atd.

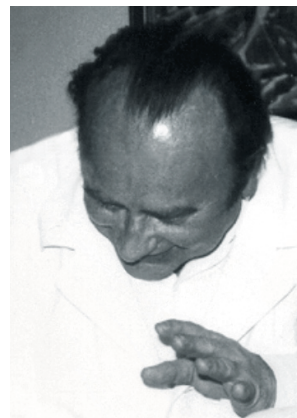
K bezpečné práci je nutné vychovávat i sestry, aby v rozhodující chvíli beze zmatků a ztrát času táhli všichni za jeden provaz. Přesto se lze setkat s nutností určitěmu lékaři (nebo sestře) doporučit (přátelským tónem) věnovat se kožnímu lékařství nebo hygieně. Výchově a nutnému vzdělávání je třeba věnovat trvalou péči vedoucích pracovníků anesteziologického oddělení, má-li dojít k naplnění poslání oboru.

ZÁVĚR

Díky správnému projektování a úplné rekonstrukci bývalého oddělení pro rodičky nemocné tuberkulózou vznikla v nemocnici na Kladně s podporou vedení nemocnice vzorová lůžková část ARO, ke které byla připojena i čtyřlůžková koronární JIP. Od vzniku plnilo toto pracoviště i úkoly oddělení urgentního příjmu pro těžce raněné a jiné těžce nemocné. Na toto pracoviště se velmi brzo hlásili četní lékaři na odborné stáže

a školení. Záhy se pracoviště stalo klinickou základnou Katedry anesteziologie a resuscitace Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů (ILF). Vladimír Lemon se stal členem poradního sboru katedry a významným, oblíbeným učitelem resuscitační péče. Vybraní lékaři jeho oddělení (Hošek, Vacek, Cvachovec) vedli praktická školení u resuscitačních lůžek. Na tomto oddělení se vzdělávala mj. i prim. MUDr. Cmarková z nemocnice v Bojnici-Prievidze, kde založila první lůžkovou část ARO na Slovensku. V době od 1. 1. 1983 do 30. 11. 1989 byl V. Lemon krajským odborníkem Středočeského kraje pro obor anesteziologie a resuscitace. Funkci převzal po doc. Josefu Hoderovi. V této funkci účinně pomáhal rozvoji oboru v nemocnicích celého kraje a pro práci v oboru získal řadu vynikajících lékařů. Se zrušením okresů skončilo metodické řízení lékařských oborů prostřednictvím hlavního, krajských a okresních odborníků, které umožňovalo rychlé přenášení informací a přispívalo vyváženému vývoji všech oborů k co možná vysoké odborné úrovni.

Jako bývalý vedoucí Katedry anesteziologie a resuscitace v ILF a hlavní odborník ministerstva zdravotnictví jsem si spolupráce s Vladimírem Lemonem a jeho pracovištěm velice vážil. Významně přispěl k tomu, že ihned po rozšíření nástavbového oboru anesteziologie na základní dvoustupňový obor anesteziologie a resuscitace v roce 1971 (vyhláška MZd č. 72/1971 Sb.) bylo možno školit uchazeče pro odbornost na resuscitačním pracovišti vynikající odborné úrovně. Blízkost Prahy umožnila zapojení ARO v Kladně do postgraduálního vzdělávání lékařů při ILF. Vladimír Lemon se zapojil i do výzkumu vedením dílčího úkolu v rámci státního výzkumného úkolu „Anesteziologie a resuscitace za mimořádných podmínek“. V kladenském okrese vybudoval Rychlou zdravotnickou pomoc,



Obr. 6. Primář Lemon přednáší na semináři nemocnice Kladno

předchůdkyni dnešní Zdravotnické záchranné služby. Při tolika úkolech dokázal nalézt čas pro hudbu – komponování, vedení pěveckého souboru a smyčcového kvarteta. Jeho životní dílo obdivuji.



49

Obr. 7. Jak jsem očima výtvarníka vypadal v Ústřední vojenské nemocnici v roce 1969 (z korespondence redakce časopisu s prof. Pokorným z 14. 11. 2010)

Poznámka redakce

MUDr. Vladimír Lemon připravoval v posledních letech svého života písemné vzpomínky, které byly podkladem pro sepsání tohoto sdělení. Jeho zdravotní stav mu již neumožnil upravit své vzpomínky do formy k publikaci, a tak se tohoto úkolu ujal prof. Jiří Pokorný. Koncem srpna 2011 mně zaslal první verzi paměti tak, jak je prim. Lemon sám připravil. Jeho díle je těm, kdo ho znali ostatně z textu zřej-

má. Diskutoval jsem pak korespondenčně s prof. Pokorným nejvhodnější formu článku, prolínání vlastních pamětí s pohledem autora článku na osobnost V. LEMONA, včetně možnosti doplnění fotodokumentace z počátků kladenského oddělení. Tu se bohužel získat nepodařilo. Přepracovanou verzi článku po schválení prim. Lemonem, včetně doplnění faktografických dat, jsem dostal od prof. Pokorného 31. května 2012, tedy v době jeho nastupujícího onemocnění, jehož závažnost si hned asi neuvědomoval.

Prof. Pokorný tehdy napsal: „Jsem rád, že se mně daří splnit předsevzetí a připravit článek o Vladimíru Lemonovi a kladenském ARO ještě v květnu. Text jsem poslal synovi Vladimíra, který pomohl upřesnit údaje a dokonce článek ukázal svému otci. Oba s tím souhlasí. Abych zachoval účast Vladimíra, vložil jsem do článku formou citace názory Vladimíra na potřebu operačního sálku při ARO a na potřebu připravenosti anesteziologů na menší chirurgické výkony, včetně TS a koniopunkce.

Bohužel oba Lemonové nemají snímky lůžkové části ARO v době otevření. To článek ochuzuje. Myslím však, že soudobí čtenáři neznají starobylosti, které jsem přiložil. Kladenské pracoviště bylo klinickou základnou katedry AR ILF. Za zajímavé v něm považuji zejména vylicení naprostých začátků oboru v nemocnici na Kladně a pak

popis začátků lůžkové části ARO – první v celém Československu. Jistě víte, že resuscitační oddělení IKEM v nemocnici Na Františku otevřené v roce 1965 bylo experimentálním pracovištěm a nebylo součástí celonemocničně působícího ARO.“

Poslední myšlenky prof. Pokorného v naší vzájemné komunikaci vedly k zájmu o osud článku, zda a kdy bude práce publikována. Ujistil jsem jej, že práci zpracovávám a že vyjde na podzim. Je historickým paradoxem, že autor článku zemřel 10. 7. 2012, necelé 2 měsíce před úmrtím Vladimíra LEMONA (4. 9. 2012), jemuž svůj poslední článek zasvětil. Publikací článku plním jak svůj slib profesorovi Pokornému, že článek vyjde, tak svůj závazek vůči Lemonovi jako učiteli a vzácnému příteli. K autorově fotografii připojuji jeho karikaturu ze starší nalezené korespondence, tak jak mi ji sám poslal i s vlastním komentářem v roce 2010.

Vladimír Lemon byl vynikající lékař, milovaný primář a mentor, excelentní inspirátor generací lékařů k volbě oboru AR jako životní profesní dráhy, s nevšedně přátelským a otcovským vztahem ke svým odchovancům a žákům. Neznal odměřenost a akademickou blazeovanost. Byl charismatický řečník, vždy prakticky uvažující chirurg a klinický erudovaný anesteziolog současně, se zájmem o pacienta a patofyziologii stonání v celém perioperačním období. Pacient v intenzivní péči není pacientem jednoho oddělení, ale je pacientem celého ústavu – to bylo jeho krédo. Jeho skvělá monografie z roku 1973 „Dechová nedostatečnost“ mě osobně celoživotně inspirovala k zájmu o fyziologii dýchání a umělou plicní ventilaci [3].

Za cenné rady a připomínky děkuji prof. Karlu Cvachovcovi, jenž měl k Vladimíru Lemonovi z nás jeho žáků asi nejblíže. Dodatečně se část obrazové dokumentace podařilo získat z kroniky oddělení laskavostí prim ARO Kladno MUDr. Kamila Kodrase (obr. 5 a 6) a z osobního archivu prof. MUDr. Antonína Jabora, CSc.

Vzhledem k vždy praktickému zaměření Lemonových přednášek (jak sám říkával zvoleným tématům „denní chléb anesteziologa“) je na místě, aby úvodní přednášky národního kongresu nesly právě jeho jméno.

Ivan Herold

Literatura

1. Pokorný J., Bohuš O. Anesteziologie a resuscitace v české a slovenské republice na cestě k oborové samostatnosti. Pražská vydavatelská společnost, 1996.
2. Sbírka zákonů a nařízení československé republiky, 1996, 1971.
3. Lemon, V. Dechová nedostatečnost. Praha: Avicenum 1973, 89 s.