

Charakter katastrof se mění

11.1.2016 112 str.12 Konference/semináře

Mgr. Zuzana CIKHARTOVÁ,

Ve dnech 26. a 27. listopadu loňského roku se v budově Univerzity **Hradec Králové** uskutečnil 12. ročník **konference** Medicína katastrof 2015 pořádaný **Zdravotní a sociální akademii Hradec Králové**, **Zdravotnickou záchrannou službou Královéhradeckého kraje**, **Českým červeným křížem**, **Společností krizové připravenosti zdravotnictví ČLS JEP** a **Fakultou informatiky a managementu Univerzity Hradec Králové**.

Program **jednání** byl zaměřen na **připravenost integrovaného záchranného systému** na mimořádné události nejen v souvislosti s migrační vlnou a předání zkušeností z praktické činnosti. Do poslední chvíle se upřesňoval pod přílivem aktuálních informací.

Konference se konala pod záštitou ředitele **Zdravotnické záchranné služby Královéhradeckého kraje** MUDr. Jiřího Maška, který ji také zahájil. Konstatoval, že žijeme v době sociálních i válečných konfliktů, přinášející nové hrozby, na které je nutné se připravit stejně, jako na rostoucí intenzitu přírodních katastrof.

Bc. Tomáš Ježek ze ZZS **Královéhradeckého kraje** referoval o událostech uplynulého roku, v němž došlo ve srovnání s předchozími lety více k mimořádným událostem antropogenního charakteru než přírodního. K těm přírodním patřily především vlny extrémních veder, sucho, opakované zemětřesení v Nepálu a **Afghánistánu** a ničivé **záplavy** v Číně.

Před rokem proběhly v Německu demonstrace proti migraci a v lednu si **útok** řízený **teroristickou** sítí Al -Káida vyžádal dvanáct mrtvých a deset zraněných v pařížské redakci Charlie Hebdo. V březnu se Islámský stát přihlásil k **útoku** na turisty v muzeu v centru Tunisu, při kterém zahynulo 23 lidí a téměř 50 osob utrpělo zranění. V červnu došlo k masakru na pláži tuniského **letoviska Sousse**, kde zběsilý **střelec** usmrtil 39 lidí, 36 jich zranil a poté se odpálil. Maďarská vláda 17. června rozhodla o vybudování „dočasného plotu“ na státní **hranici** se Srbskem, aby zabránila nekontrolovanému přílivu imigrantů. Byly potopeny desítky lodí s uprchlíky ve Středozemním moři. Počty utonulých nejsou známy. Při náletu **USA**, který v říjnu zasáhl **nemocnici** Lékařů bez **hranic** v **afghánském** Kundúzu, zahynulo na 30 osob. Dalšími oběťmi loňských událostí jsou nejméně 130 mrtvých a stovky raněných po listopadových **teroristických útocích** na šesti místech v Paříži.

* Ochrana zdraví před zavlečením infekce v důsledku imigrace Prof. MUDr. Roman Chlábek, Ph. D.,

z katedry epidemiologie **Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany** uvedl, že **zdravotní rizika** hrozí jak imigrantům, kteří přicházejí z odlišného prostředí, tak především těm, kteří pracují v jejich blízkosti a přicházejí s nimi do užšího kontaktu. U azylantů je nutné očkování, které musí odpovídat jejich věku. Děti potřebují stejnou vakcinaci jako děti v **České republice**, aby neohrozily školní kolektivy. Poměrně dobrá byla proočkovanost dětí v **Afghánistánu**, ale v Sýrii už jen přibližně poloviční a například v Somálsku pouze mizivá (asi jedna třetina dětí byla očkovaná na záškrť, tetanus a spalničky). Pokud však nemají dokumentaci s sebou, jsou považovány za neočkované. Riziko nákazy tuberkulózou je poměrně nízké, protože tyto osoby by nebyly schopné k nám docestovat (ojediněle se k nám dostaly z Ukrajiny a z Vietnamu). Ochrana před tyfem a průjmovým onemocněním závisí na dodržování přísné hygieny a mezipřevoditelé parazitů (které potřebují pro část svého vývoje) u nás neexistují. V některých zemích **EU** se vyskytla kožní forma záškrty (diftérie) a také paralytická forma dětské obrny (poliomyelitis) pocházející od imigrantů z Ukrajiny a Sýrie. V **České republice** se jednou měsíčně scházejí členové **Pracovní skupiny nemocničních hygieniků a epidemiologů fakulturních nemocnic** (SNEH), která řeší výskyt infekcí všeobecně v návaznosti na hlášení z **EU**.

Ing. Václav Fišer ze ZZS Jihomoravského kraje zdůraznil nutnost analýzy našeho **zdravotnictví** ke zjištění, kolik migrantů je schopno vyšetřit a přijmout do systému **péče** z pohledu kapacity **zdravotnického** personálu (léčení, hospitalizace) a z ekonomického hlediska (náklady na laboratorní vyšetření krve, moče, kultivace stolice, rentgenové snímky, **zdravotnický** materiál, léčiva apod.) Celý systém je nastaven na desetimilionovou populaci. Kolik procent činí rezerva jeho schopnosti? Pokud by situace nebyla zvladatelná, vyžadovala by vyhlášení krizového stavu. Tomu lze předejít dořešením problematiky nelegální migrace. Její registrace nestačí. Může dojít k hromadnému šíření nákazy osob.

Mgr. David Steindl, DiS., ze ZZS Karlovarského kraje se zamýšlel nad pomocí uprchlíků, kteří jsou mladí, relativně zdraví a evidentně dobře oblečení, tedy z lépe situovaných rodin. Řekl, že mnohem

větší pomoc potřebují ti chudí a nemocní, kteří nebyli schopni cestovat, zůstali ve zbídačených podmínkách opuštění a nemá se o ně kdo postarat, když ti aktivní odcházejí. Ženy s dětmi jsou odkázány na cizí pomoc (potravinu od neziskových organizací). Navíc z obavy před muslimskými přistěhovanci Evropu opouštějí vzdělaní Židé (odcházejí do Izraele a Kanady). Evropě hrozí snižování životní úrovně, růst chudoby a zahlcení infrastruktury. U některých migrantů byla diagnostikována akutní stresová reakce (posttraumatická stresová **porucha**), jejíž léčení je v těchto případech značně problematické. Na závěr vyjádřil osobní stanovisko: „Více zcela odlišných kultur nemůže žít vedle sebe, aniž by došlo ke konfliktu. Strach z běženců není rasismus, ale přirozený instinkt přežití.“

* Zkušenosti ze zahraničí MUDr. Jan Smetana, Ph. D., z **Fakulty vojenského zdravotnictví**

Univerzity obrany rekapituloval, jak se podařilo vypořádat se s vysoce nakažlivým virem Ebola, který se šířil v zemích západní Afriky (Sierra Leone, Libérie a Guineji). Důvodem rozsáhlé epidemie byla nízká informovanost místních obyvatel, nedůvěra k lékařům a neochota dodržet karanténní režim ve **zdravotnickém** zařízení. Choroba byla diagnostikována opožděně a nakazilo se téměř 30 tisíc osob, z nichž 11 tisíc onemocnění podlehl. Mezi mrtvými bylo velké množství lékařů a **zdravotnických** zaměstnanců. Tato tragédie nastartovala nejen hledání způsobu léčby a testování účinné vakcíny, ale také osvětu a vzdělávání v oblasti vybavení a používání osobních ochranných prostředků (správné oblékání i svlékání), likvidaci kontaminovaných předmětů, dohledávání sekundárně infikovaných osob prostřednictvím kontaktů postiženého v inkubační době onemocnění apod.

Hana Ilková, DiS., z Traumacentra Fakultní **nemocnice Brno** popsala psychický dopad humanitární mise na členy týmu **českých zdravotníků** a hasičů po zemětřesení v Nepálu. Zpočátku je provázela nervozita a obavy z neznámého při neustálém čekání před odletem i po příletu do Nepálu, než bylo konečně určeno definitivní místo k postavení **základny**. Nedostatek spánku, šok z teploty 45 °C a neutěšený pohled na polorozbořeně město a chudobu místních lidí překonali a v nepřetržitém provozu si zvykli na pacienty, přicházející z hor, z velké vzdálenosti pěšky i několik hodin. Při ošetřování dětí i dospělých byli přítomni další dva až tři členové rodiny, kteří zůstávali také u hospitalizovaných, krmili je a starali se o ně. Nesnesitelné vedro ve stanech vedlo k tomu, že například fixace zlomenin do sádry se prováděly venku. V některých infikovaných ranách se dokonce objevili červi, ale při podávání antibiotik se rány dobře hojily. Přes tábor běhaly slepice a kozy. Mezi hlavní stresové faktory však patřily vysoká fyzická zátěž, horko, sucho, u žen neustále zahalená ramena a kolena (jak diktuje místní náboženství), náročná orientace v terénu při vyjíždění za pacienty mimo **základnu** do špatně dostupných, ne vždy bezpečných míst (také pěšky), někdy bez spojení se **základnou**, a to vše za opakujících se mírných otřesů půdy. Pro všechny účastníky však mise znamenala neocenitelnou zkušenost.