

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
Katolická teologická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2008

MUDr. Ludmila Dittertová

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Katolická teologická fakulta

Katedra systematické teologie

Morální teologie

Ludmila Dittertová

OD REPLANTACE NOSU K TRANSPLANTACI OBLIČEJE

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Libor Ovečka, Th.D.

PRAHA 2008

O B S A H

Poděkování	5
Předmluva.....	7
Úvod.....	8
1. POKUSY O TKÁŇOVÝ PŘENOS V HISTORII.....	9
2. ZÁKLADNÍ ASPEKTY TRANSPLANTACE V SOUČASNOSTI.....	13
2.1 Výkon z hlediska lékaře	
2.1.1 Získání použitelného transplantátu	
2.1.2 Imunitní odpověď příjemce	
2.1.3 Bezchybný průběh operace a pooperační péče	
2.2 Postoj právní a etický	
2.2.1 Stanovení smrti	
2.2.2 Podmínky odběru tkáně z mrtvého člověka	
2.2.3 Komerční dárcovství	
2.2.4 Spravedlnost výběru příjemce transplantátu	
2.3 Stanovisko teologa	
3. LIDSKÝ OBLIČEJ.....	27
3.1 Význam tváře v životě člověka	
3.1.1 Estetická úloha tváře	
3.1.2 Komunikativní schopnost tváře	

3.1.3 Sociální funkce tváře

3.1.4 Psychické důsledky zohyždění obličeje

3.2 Tvář v Písmu svatém

4. ASPEKTY PROVEDENÍ TRANSPLANTACE TVÁŘE.....35

5. KASUISTIKA.....37

ZÁVĚR.....40

Přehled užití terminologie.....44

Literatura.....46

PODĚKOVÁNÍ

Po splnění nesnadného úkolu, ale často již i v průběhu jeho realizace a především tehdy, vyskytnou-li se nečekané těžkosti, si naléhavě uvědomujeme nejrůznější poskytovanou pomoc, ze které jsme čerpali nové podněty i povzbuzení, a bez které bychom mnohdy nebyli schopni svou práci úspěšně dokončit.

Tak je tomu i nyní, a proto ráda na tomto místě zmiňuji své díky. S poděkováním a v pokoře si především uvědomuji veškeré duchovní dary, které jsem dostala i dostávám.

Jsem vděčná za odborné vedení PhDr. L. Ovečkovi, Th.D., který se i při svém velkém časovém vytížení ochotně stal mým školitelem.

MUDr. Aleš Nejedlý, primář na Klinice plastické chirurgie v Praze, mi při osobním setkání sdělil řadu svých, lety na operačních sálech získaných zkušeností a postřehů, a též mi poskytl vlastní odbornou literaturu.

S nevšední ochotou mě přijala a odborně pomohla i paní profesorka Radana Königová, která celý svůj život zasvětila obětavému léčení těžce opařených či ohořelých dětí i dospělých. Setkání s ní pro mě bylo motivující a nezapomenutelné.

Moje dcery - lékařka Lucie a studentka medicíny Michaela, stejně tak jako spolužačka z Katolické teologické fakulty Mgr. Světlana Šafářová, mě ochotně vyhledávaly, kopírovaly, půjčovaly a přinášely nejrůznější literaturu vztahující se k tématu. Ušetřily mi tak především mnoho vzácného času.

Povzbuzovali mě i někteří spolužáci, spolupracovníci v nemocnici a farníci z Bílé Hory, především svým trvalým zájmem o zvolené téma.

Jim všem patří můj veliký dík.

*Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně
a v seznamu pramenů a literatury uvedla veškeré informační zdroje, které
jsem použila.*

V Praze 31. 3. 2008

Ludmila Dittertová

PŘEDMLUVA

V době, kdy jsem zvažovala téma své bakalářské práce, byla v médiích zveřejněna stručná zpráva o první ve světě provedené transplantaci obličeje.

Ohlasy, které vyvolala, byly podle očekávání emotivní a také značně protichůdné. Mnohokrát bylo zřejmé, že nebyla pochopena podstata tohoto odvážného, ale i značně riskantního zákroku. Ten v žádném případě neznamena novou možnost vylepšení vizáže pro extravagantní celebrity jako je zpěvák Michael Jackson, ani neumožní klidný život movitým gangsterům z podsvětí. Ale i nekritické nadšení a přehnané naděje těch, kdo trpí zohavením obličeje, že se konečně naskytla šance zbavit se nedozírného trápení kvůli svému vzhledu, jsou přinejmenším předčasné. Nejen pro řadu možných komplikací v souvislosti s výkonem a následným léčením, ale i skutečnosti, že neexistují zatím žádné pozitivní a přitom dlouhodobé výsledky, o které by se dalo zodpovědně opřít při hodnocení.

Nejednotné jsou i názory různých etických komisí, které se dosud uvedeným problémem zabývaly. Některé z nich s výkonem souhlasily, jiné měly výhrady, či přímo nedoporučily tyto operace provádět. Kde je tedy pravda?

V předkládané práci jsem se pokusila tuto pravdu hledat, a protože byli operováni do současné doby další dva pacienti, zodpovědět i otázku, zda lze v současné klinické praxi transplantaci viditelné části těla, především tváře a také končetiny doporučit, či ji odmítnout, a proč.

ÚVOD

Na začátku je nutné si uvědomit, že zvolené téma z oblasti transplantační medicíny je tématem interdisciplinárním a je stále rozvíjeno příslušnými specialisty jednotlivých styčných oborů a tudíž i z různých aspektů. Jsou to především práce plastických chirurgů, stomatochirurgů, imunologů, ortopedů a psychologů. Konečný výsledek operačního zákroku je proto vždy výsledkem týmové spolupráce.

V následujícím textu je do pěti kapitol shrnuta základní problematika transplantací s konečným zaměřením na možnou náhradu zohaveného obličeje, která je v transplantační medicíně poslední diskutovanou novinkou.

V první kapitole je stručně zmíněna poutavá historie tkáňových přenosů. Ty v průběhu dějin vznikaly hlavně z naléhavé snahy mnoha jednotlivců, zmírnit trýzeň svých postižených spoluobčanů a doznaly především v konci posledního století značného rozvoje.

Druhá kapitola je rozdělena do tří částí a uvádí obecnou problematiku přenosu transplantátů v současnosti z hlediska lékaře, právníka, moralisty a teologa, kteří by měli být stálými členy komise, která se k provedení výkonu vyjadřuje.

Následující, třetí kapitola zmiňuje, co pro každého jedince znamená mít svou tvář a pokouší se nastínit hluboké trauma, prožívané po neštěstí, kterým je zohavení v obličeji. Je zmíněn i pojem tváře v Písmu svatém.

Dále, ve čtvrté kapitole, je diskutována otázka indikace k transplantaci obličeje z mrtvého člověka, a v kapitole následující jsou zmíněni tři první, a zatím také i poslední, ve světě operovaní pacienti.

Závěr obsahuje úvahu, zda je v současnosti vhodné, doporučit "výměnu" znetvořené tváře za tvář mrtvého člověka, či nikoliv, a jaké jsou vyhlídky tohoto úzce specializovaného úseku transplantační medicíny do budoucnosti.

1. POKUSY O TKÁŇOVÝ PŘENOS V HISTORII

Archeologické nálezy kostěných uzávěrů trepanovaných lebek a transplantovaných zubů ve starověkém Řecku a starém Egyptě jsou neklamným důkazem, že pokusy o nápravu ztrátových poranění jsou staré jak lidstvo samo.

Nejstarší písemné zprávy pojednávající o plastikách nosu z kůže čela pocházejí z tibetských klášterů, odkud se zřejmě rozšiřovaly dále do Indie a Číny. Ve starověké indické encyklopedii "Ayurveda", jsou popsány náhrady nosu pomocí kůže obličeje nebo hýždí, tzv. indické plastiky. Že se tyto první pokusy prováděly především na nose je věrohodné a lehce pochopitelné, neboť nos byl a je snadno vystaven poranění, navíc jeho ztrátou byli dříve trestáni nejruznější provinilci či zajatci, nebo byl záměrným cílem pro trvalé zohavení nenáviděného soka. Zanedbatelné nebyly na nose ani následky omrznutí nebo různých infekčních chorob.

Za zmínku jistě stojí i zprávy římského lékaře Celsa z počátku našeho věku o plastikách nosu, uší, a dokonce rozštěpu rtu.¹

Zázračné obnovení chybějící části těla je připisováno i řadě světců. Podle jedné z legend přišli ve 4. století z Řecka do severní Itálie věrozvěstové sv. Julius a sv. Julián. Při stavbě kostela u Brebbie v milánské diecézi si jeden z dělníků usekl palec ruky, který však světcí přiložili zpět a požeháním přihojili. Zázrak je znázorněn na fresce v levé lodi baziliky sv. Julia na ostrově jezera D'Orto.²

V pátém století se z Byzance rozšířil kult sv. Kosmy a sv. Damiána, kteří se díky mnoha zvěstem o zázračných uzdraveních stali patrony všech, kdo pomáhali jakýmkoliv způsobem léčit. Tito bratři pocházeli z Kilikie v jižní Anatolii a zemřeli mučednickou smrtí za vlády římského císaře Diokleciána, kolem roku 303. Za svého působení zdarma zázračně vyléčili a též přivedli k víře množství lidí. Nejvíce je ale proslavila legenda o "transplantované" dolní končetině. Ta pojednává o nemocném, kterému světcí ve spánku amputovali postiženou dolní končetinu a nahradili ji končetinou právě zemřelého mouřenína tak, že po probuzení mohl opět

¹ BURIAN František: *Plastická chirurgie*, Praha : ČSAV, 1961.

² NEJEDLÝ Aleš: *Základy replantační chirurgie*, Praha: Grada, 2003.

chodit. Legenda i oblíbení světci byli často zobrazováni, v Praze například na nejstarším pečetidle pražské lékařské fakulty ze 14. století, obraze v Karolinu z roku 1698, či sousoší na Karlově mostě.³

Po pádu římské říše koncem 5. století však údaje o prováděných tkáňových náhradách chybí, ty se nejspíše díky následnému kulturnímu úpadku ve větší míře nekonaly.

Jak je písemně doloženo, teprve ve středověké Itálii, kde bylo tehdejší lékařství na dobré úrovni, docházelo k dalším pokusům napravovat různá zohavení.

Na základě pozorování, že čerstvě odříznutý nos se může opět přihojit, pokud je obratem a pečlivě připevněn zpět na ránu, směl dokonce středověký kat prodávat potrestaným jejich useknuté nosy zpět. V blízkosti kata proto čekával na exekuci i lazebník s čerstvě upečeným bochníkem chleba. Do ještě teplého rozříznutého pecnu zachytil katem odhozený nos, rychle jej v blízké oficíně omyl vínem a připevnil potrestanému majiteli zpět. Je možné, že se tak některé nosy, alespoň částečně, vrátily na svá původní místa.

Od poloviny 15. století se vyskytují v Itálii další zprávy o náhradách nosu pomocí kůže obličejce, tzv. italské plastiky. Je velmi pravděpodobné, že se původní zkušenosti z Indie a Číny dostaly do Evropy díky mořeplavcům, kteří v těchto dobách podnikali objevné a obchodní cesty na dálný východ.

První vědecká kniha o plastické chirurgii byla vytištěna v roce 1597 v Bologni, kde její autor, profesor anatomie, chirurgie a teoretického lékařství Gaspar Tagliacozzi, působil na tamní věhlasné univerzitě. Přenosy kůže na defektní místa byly však zdlouhavé a navazovaly na sebe jako jednotlivé dílčí operace. Po smrti Tagliacozziho jeho žáci zavedené postupy pozvolna opustili. V té době byly používány spíše umělé náhrady ze vzácných materiálů jako zlato, stříbro či slonovina. V románu Maxe Broda o Tycho de Brahovi je údajně uvedeno, že i tento slavný hvězdopřevodce přišel v mládí při potyčce o část nosu, a také používal umělou náhradu.⁴

³ Kronika medicíny, Praha: Fortuna Print, 1994.

⁴ BURIAN František: Plastická chirurgie, Praha: ČSAV, 1961.

Je jisté, že většina tehdejších pokusů o úpravu v obličejí byla komplikována infekcí, odúmrtním tkáně, nebo deformujícím jizvením a konečný výsledek byl značně problematický, ne-li přímo tragický. Není proto divu, že se nezdařilé zákroky lékařů stávaly vhodným tématem pro dobové humoristy. Dokonce i Voltaire napsal satirickou báseň na operaci nosu pomocí kůže hýždí, kterou provedl zmíněný profesor Tagliacozzi.

Významný obrat k lepšímu v častém výskytu závažných komplikací, které byly hlavní brzdou dalšího rozvoje operačních zákroků, však nastal, až ve druhé polovině 19. století a první polovině století dvacátého.

Maďarský lékař Semmelweis (1818-1865) si všiml souvislosti mezi častým úmrtím rodiček na horečku, a lékaři, kteří současně s ošetřováním prováděli i pitvy. Po zavedení přísného režimu mytí rukou, převlékání prádla a desinfekci chlorovým vápnem se výrazně snížilo hnisání ran a úmrtí na sepsi. Následně formuloval britský lékař Lister (1827-1912) první zásady antiseptiky, francouzský chemik Pasteur (1822-1895) odhalil aerobní a anaerobní mikroorganismy a britský bakteriolog sir A. Fleming (1881-1955) objevil a pojmenoval penicilin.

Tyto a ještě další objevy spolu se zavedením inhalační celkové anestezie (Morton 1819-1868) odstartovaly první etapu moderní medicíny.⁵ Přesto se až do první světové války prováděly tkáňové přenosy ojediněle, jistě i proto, že automobilová doprava byla teprve v začátcích, neprovozovaly se adrenalinové sporty, nosy se již za trest neurežávaly a terorismus byl neznámý pojem.

Byla však dokonale propracována metoda léčení ztrát kůže pomocí přenosu volných kožních štěpů, i když se záhy zpozorovalo, že příčinou některých neúspěchů není jen hnisání, ale evidentní neschopnost organismu přijmout jinou tkáň než vlastní.

Teprve hrůzný dopad obou světových válek s následným množstvím zohavených a zmrzačených lidí, uspořádal další rozvoj a osamostatnění nově vznikajících medicínských disciplín. Ty neměly za cíl pouze kosmetickou úpravu devastovaných tkání, ale především i jejich funkční obnovu, a tím i návrat poraněného zpět do práce, společnosti a do pokud možno plnohodnotného života.

⁵ Kronika medicíny, Praha: Fortuna Print, 1994.

V České republice patří největší zásluha na tomto poli bezesporu průkopníkovi plastických operací ve světovém měřítku prof. Dr. Františku Burianovi, zakladateli center plastické chirurgie a popálenin v Praze na Vinohradech. Jeho původní pracoviště se dále rozrůstalo až do nynější podoby Kliniky plastické chirurgie a Kliniky popáleninové medicíny, které plní léčebné, vědecké a výukové úkoly, a patří ke špičkovým pracovištím, která pokračují v tradici svého zakladatele.

2. ZÁKLADNÍ ASPEKTY TKÁŇOVÝCH PŘENOSŮ V SOUČASNOSTI

Celková anestezie, antiseptika, antibiotika a další nesčetné objevené léky, stejně jako zavedení přístrojové techniky do klinické praxe, umožnily vznik specializovaných vědeckovýzkumných pracovišť a otevřely lékařům zcela nové, dříve nemyslitelné možnosti.

Tak se přenos i jiné tkáně než kůže, stal postupně v druhé polovině dvacátého století, jedním z významných terapeutických postupů. Mimo zmíněnou transplantaci kůže, která se uplatňuje především v léčení popálenin a v plastické chirurgii, jsou dnes veřejnosti známé transplantace ledvin, oční rohovky, srdce, kostí či kostní dřeně. Provádějí se rovněž i transplantace jater, plic, pankreatu či endokrinních žláz. Jen v naší republice bylo provedeno do současnosti kolem 9 000 orgánových transplantací, jednak v Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze, tak i dalších šesti, v České republice vzniklých transplantačních centrech.

Nejnovější terapeutické postupy však nemění operátora v řemeslníka, který může podle potřeby nahrazovat postižené či chybějící části těla, jako mechanik nefungující součástky. I když řada odborných otázek, specifických pro transplantační medicínu, je poměrně uspokojivě řešena, je nutné mít především a stále na zřeteli, že jediným zdrojem "náhradních tkání" je opět člověk - živý či mrtvý.

A tak nové léčebné možnosti přinášejí i nové, mnohdy těžko řešitelné problémy nejen pro lékaře, ale i pro teology, právníky, moralisty či ekonomy.

Vznikající těžkosti by však neměly být brzdou při praktické realizaci nejmodernějších léčebných postupů, ale především být výzvou pro společné hledání uspokojivých řešení.

2.1 Výkon pohledem lékaře

Úspěch operace závisí na bezchybné souhře celé řady okolností. Jako zásadní lze uvést: - získání použitelného transplantátu

- imunitní odpověď příjemce
- technicky bezchybný průběh operace a pooperační péče

2.1.1 získání použitelného transplantátu⁶

Odběr živých orgánů z neživého pacienta se řídí přesnými pravidly. Díky účinné resuscitaci a možnosti řízené ventilace nelze konstatovat smrt na základě zástavy srdce a spontánního dýchání. Je to možné pouze tehdy, je-li zjištěna absence kmenových reflexů, znamenající ireverzibilní smrt mozku.

Tu potvrzují dva lékaři, kteří nejsou na odběru a následném užití tkání, právě zemřelého člověka, nijak zainteresováni. Pacienti s těžce poškozeným mozkem, u kterých došlo k tzv. "trvale vegetativnímu stavu" a novorozenci s anencefalií jsou jako možní dárci orgánů vyloučeni.

Zemřelý dárcce nesmí být před smrtí delší dobu v hypotenzi s ohledem na průtok odebírané tkáně okysličenou krví, nesmí být infekční nebo mít nádorové onemocnění. Pro možné dárcovství musí být zohledněna kompatibilita krve a veškeré imunologické parametry, také je přihlédnuto k věku.

Po technicky bezchybném odběru vyhovujícího štěpu, začíná neúprosný boj s časem.

V každém orgánu bez cirkulace okysličené krve dochází k nevratným ischemickým změnám, vedoucím dříve či později k jeho odumření, a proto je nutné následující činnost spolehlivě a rychle koordinovat. Znamená to okamžitě vybrat a k náročné operaci připravit vhodného příjemce, štěp ošetřit a podle přesně stanovených pravidel předat na místo určení. Rovněž

⁶ THOMASMA David a KUSHNEROVÁ Thomasine: *Od narození do smrti*, MF Praha 2000.

musí být v pohotovosti tým specialistů, schopný kdykoliv transplantaci uskutečnit.

Bohužel, nelze nikdy s jistotou před výkonem stanovit skutečnou kvalitu štěpu, ani to, zda zemřelý dárce neměl nádorové onemocnění v raném stadiu, o kterém dosud ani sám nevěděl, nebo zda se nenakazil těsně před smrtí infekcí, např. virem AIDS či hepatitidy. Popsána byla i nákaza atypicky probíhající a včas nepoznanou vzteklinou dárce, v důsledku které zemřelo dokonce několik příjemců infikovaných orgánů.

2.1.2 Imunitní odpověď příjemce

Každý z nás je vybaven imunitou proti nejrůznějším infekcím, která vzniká v lymfatické tkáni již v embryonálním stádiu života a je geneticky podmíněna. Tato schopnost je zcela individuální a její intenzitu rovněž nelze bezpečně zjistit předem. V klinické praxi to mimo jiné znamená, že díky obnovené cirkulaci krve transplantátem, reagují lymfocyty příjemce okamžitě na tkáň dárce jako na tkáň tělu cizí, a snaží se ji eliminovat. Řetězem imunologických pochodů dojde k tvorbě protilátek, které cizí tkáň infiltrují, ucpou její cévy a následně zničí. K této tzv. rejekci nedochází při DNA shodě dárce a příjemce, tj. u jednovaječných dvojčat.

U neidentických jedinců je pro úspěch zákroku nutné podávat řadu léků, které zamezují rozpoznání a destrukci cizí tkáně, ale přitom současně, pokud možno, nepoškozují vlastní tělo. Při této tzv. imunosupresivní terapii může bohužel dojít k některé z množství popisovaných komplikací. Jsou to především vznik maligních nádorů, sepse, útlum kostní dřeně, embolie, pneumonie nejrůznější etiologie, krvácení do zažívacího traktu nebo mozku, poškození jater a pankreatu, osteomyelitis, poruchy endokrinní, jako je diabetes mellitus či Cushingův syndrom, ztráta sluchu, bolesti kloubů, vypadání vlasů, poruchy psychiky a další.

I přes mnohé pokroky ve farmakologickém výzkumu, které vedly k podstatnému snížení výskytu vedlejších příznaků a dobrým výsledkům provedených transplantací, zůstává terapie imunosupresivy závažným

problémem i proto, že ji nemocný s přijatým alogenním transplantátem musí užívat již celoživotně.

2.1.3 Bezchybný průběh operace a pooperační péče

Na operační sál k transplantaci může být převzat pacient, který se neléčí pro nádorové onemocnění, je bez známek akutní infekce, není anemický, nemá v těle zánětlivá ložiska, např. v chrupu, či na kůži, a je schopen podstoupit celkovou anestezii. Indikaci k provedení zákroku je nutné pečlivě zvážit i při výskytu dalších závažných onemocnění jako cukrovky, žaludečních vředů, sklerosy či nedobrého psychického stavu.

Pro úplnost je potřeba zmínit, že v podstatně příznivější situaci jsou pacienti, podstupující tzv. replantaci. Ta se liší od transplantace zásadně tím, že při ní jde o urgentní snahu, navrátit zpátky poraněnému po úrazu jeho odloučenou vlastní část těla, většinou končetiny. Samozřejmě i tyto výkony mají svá přesně vymezená pravidla, která nelze obejít, má-li být výkon úspěšný. Podstatné je, že odpadá následná imunosupresivní terapie i možné komplikace s ní spojené a naděje na přihojení autotransplantátu je větší.

Vlastní operaci je nutné provést technicky co nejšetrněji a nejrychleji, s pečlivým stavěním krvácení, přísnou prevencí infekční komplikace a hrazením krevních ztrát. Podle charakteru operačního výkonu je provedena rekonstrukce všech struktur ve stanoveném pořadí: pevná fixace kostí, mikrochirurgické sešití žil, tepen a nervů, dále pak obnova kontinuity šlach svalů, povázek, podkoží a kůže.⁷

V pooperačním období, které je náročné na ošetrovatelskou péči, se především monitorují vitální funkce, hradí ztráty tělesných tekutin, podává výživa a léky, provádějí převazy operační rány a rehabilitační cvičení. Pro nutnou spolupráci s lékaři je rovněž potřeba udržovat i dobrou psychickou pohodu pacienta.

⁷ NEJEDLÝ Aleš: *Základy replantační chirurgie*, Praha: Grada, 2003.

Při dlouhodobém hodnocení úspěšnosti zákroků jsou zaznamenávány nejlepší výsledky u reimplantací (autotransplantací) a izotransplantací, které nevyvolávají imunitní odpověď, na rozdíl od homotransplantací, kde je nutná trvalá medikace imunosupresivy. I tak není zdařilý a konečný výsledek operace nikdy zcela jistý.

2.2 Postoj právní a etický⁸

Stejně tak, jako lidská schopnost vyrábět některé předměty předběhla schopnost je i rozvážně používat, boom klinických transplantací předstihuje právní a etická pravidla, kterými je nutné se řídit.

Zvýšený počet úspěšných operací měl přirozeně za následek i nedostatek orgánů od zemřelých dárců. Proto se začalo záhy prosazovat používání tkání od dárců živých. Do původního aktu čistého altruismu však pronikly úvahy o svobodě nakládat se svým tělem podle vlastního rozhodnutí jako se svým majetkem. Z toho vyplynul i požadavek, mít právo své vlastní orgány libovolně také prodávat. Proto aktivní vstup nejen ekonomů, ale především teologů, moralistů či právníků do problematiky transplantační medicíny, není pouze vítaný, ale přímo nutný. Hrozí zde totiž naléhavé nebezpečí snadného zneužití etických principů a dokonce i reálné nebezpečí trestního postihu. Připomeňme černý trh s lidskými orgány, které se tak stávají zbožím, především v chudinských oblastech některých zemí.

Vzhledem k šíři problematiky i skutečnosti, že se tato práce finálně zaměřuje na možnou transplantaci obličeje, kterou lze uskutečnit pouze použitím tkáně získané od mrtvého dárce, nebudeme následně další problematiku živého dárcovství zmiňovat.

Užití kadaverozního štěpu v transplantační praxi vyžaduje uspokojivou odpověď na tři nejvíce frekventované otázky:

- zda jde o tkáň ze skutečně zemřelého jedince,
- za jakých okolností je odběr tkáně přípustný,

⁸ David THOMASMA a Thomasine KUSHNEROVÁ, *Od narození do smrti*, MF, Praha 2000

- jaká je spravedlnost při rozhodování o pořadí k provedení operace, pokud je významný nepoměr mezi množstvím čekatelů a nedostatkem dárců.

2.2.1 Stanovení smrti

Možnost užití určité tkáně zemřelého člověka k transplantaci je pro řadu lidí ovlivněna silnými emocemi. Bez ohledu na prospěšnost ji považují za odpudivou, nepřípustnou, dokonce připomínající kanibalismus, a zásadně ji odmítají. Také se vyskytly pochybnosti, zda odejmutí vitálních a zároveň životně nezbytných orgánů z dosud teplého lidského těla, ve kterém bije srdce, není ve skutečnosti vědomé zabití, nebo cíleně provedená euthanasie.

U člověka existuje dvojí pojetí smrti. Smrt biologická, znamenající trvalý konec integrovaných funkcí žijícího biologického organismu člověka a smrt osobní, která je trvalým koncem existence člověka jako "homo sapiens". Funkce mozkového kmene, který je uložen na bázi mozku, je nutná jak pro schopnost vědomí, které dělá člověka člověkem, tak současně řídí bazální tělesné funkce. Pokud tento mozkový kmen přestal prokazatelně fungovat, je dotyčný jedinec nevratně mrtvý v biologickém i osobnostním smyslu. Je však možné, omezenou dobu po smrti, udržovat uměle, pomocí přístrojů, hlavní biologické funkce proto, aby se nepoškodily orgány určené k případnému dárcovství. Takové tělo, i když je teplé, běžně zbarvené a tudíž i zdánlivě živé, je v podstatě stejně mrtvé tak, jak jsou známa chladná, bezkrevná a ztuhlá těla v márnicích. Pokud je v této situaci proveden odběr potřebné tkáně, nejedná se v žádném případě o zabití žijícího člověka.

Jak bylo již zmíněno výše, je vyloučeno použití tkání od pacientů nacházejících se v trvale vegetativním stavu, který znamená většinou ireverzibilní zničení vyšších mozkových funkcí a bývá důsledkem dočasného nedostatku kyslíku z nejrůznějších příčin. Po resuscitaci zůstává činný mozkový kmen a pacientovi, který se neprobral z bezvědomí, fungují pouze základní životní funkce. Pokud je správně ošetřován, může tak

přežívat i řadu let. Proto by použití orgánů takového nemocného bylo spojeno i s úmyslným navozením jeho smrti.

Anencefalie je vrozená ageneze vyššího mozku. Takto těžce poškození novorozenci nejsou samostatně životaschopní. Jejich situace je nejspíše podobná trvale vegetativnímu stavu. Neurofyziologie novorozence však není dosud zdaleka objasněna v uspokojivé šíři.

Je potřeba rovněž zdůraznit, že při možném odběru tkání z vhodného dárce, je nutné vždy zachovat úctu k mrtvému tělu, jednat s náležitou pietou a tělo zemřelého po skončeném odběru uvést do původní podoby.

2.2.2 Podmínky odběru tkáně z mrtvého člověka⁹

Pro darování orgánů po smrti je nutné především respektovat autonomii každého člověka. V praxi jsou uplatňovány čtyři postupy, jejichž anglické termíny se vžily. Jsou to: -opting-in,

-required request,

-opting-out

-routine salvaging

Postupy opting-in a opting-out se užívají v České republice.

Opting-in je dobrovolně vyjádřený souhlas s darováním svých orgánů po smrti. Kdokoliv se může sám během života rozhodnout a nechat zaregistrovat na příslušném místě. Tam je vystavena legitimace potvrzující dárcovství a tu dotyčný nosí trvale u sebe. Tento souhlas je právně nezpochybnitelný i za předpokladu, že pozůstalí jsou jiného názoru.

Required request předpokládá povinnost dotázat se každého případného dárce předem, zda by byl ochoten dobrovolně své orgány poskytnout v případě úmrtí. Výhodou je, že dotyčný se může nejen sám rozmyslet, ale i případně poradit se svými blízkými. Je však problém kdy, jak a koho s touto žádostí oslovit, aby nenastala nevhodná situace. Mohla

⁹ MALÝ Ivan: *Lékařská etika v chirurgii*, Galén, 1998

by být zpochybněna důvěra nemocného v možné uzdravení v průběhu léčení a ve zvolený postup lékaře. Vzniká rovněž problém, jak se zachovat v případech náhlého ohrožení života nebo u pacienta v bezvědomí, kdy se dotázat nelze. Jde například o účastníky autohavárií, kteří jsou často mladí a jako potenciální dárci vhodní.

Opting-out znamená předpokládaný souhlas. V této situaci se může stát dárce v podstatě každý zemřelý, který splňuje odborné požadavky a který před smrtí nebyl úředně registrován jako ten, kdo s darováním zásadně nesouhlasí a odmítá ho. Výhoda tohoto systému je viděna v tom, že poskytuje větší možnost potřebný orgán získat, protože se k "nedárcovství" aktivně hlásí jen málo lidí. Lékaři rovněž vítají, že jim odpadá psychicky velmi náročné a přitom bezprostřední jednání o možném dárcovství s pozůstalými.

Je ale zřejmé, že absence registrovaného nesouhlasu neznámá projev dobrovolného souhlasu a je dokonce jisté, že řada dárců v tomto systému by za svého života souhlas odmítla. Předpokládaný souhlas je rovněž v přímém rozporu s církevní naukou, kde je morální podmínkou dárcovství i vyjádřený souhlas pozůstalých, který nelze zpochybnit.

Zmíněný postup je veřejností opakovaně napadán i obhajován především poté, co bylo umožněno, nechat se zaregistrovat i jako ten, kdo s dárcovstvím rozhodně nesouhlasí. Za zmínku stojí nejrůznější ohlasy uváděné na webových stránkách.¹⁰ Ty upozorňují na "lékařské komise smrti", které "rozebírají již předem neperspektivní lidi" na orgány. Opakem jsou reakce obhájců uvedeného postupu se vzkazy typu "shnijte si v hrobě, či vyleťte komínem celí, když odmítáte druhému pomoci kouskem pro vás již nepotřebné tkáň". Byl rovněž formulován požadavek doplňujícího úředního prohlášení se zněním: "odmítám darovat své orgány tomu, kdo zápisem v registru jejich dárcovství obecně odmítl".

I když není a nejspíše ani nebude v této otázce dosaženo nikdy jednotného stanoviska, nelze zpochybnit, že život představuje hodnotu, se kterou je neporušenost mrtvého těla nesrovnatelná.

¹⁰ <http://www.blisty.cz/2004/9/1/art19586.html>

Routine salvaging, neboli odběr jako běžná praxe, nevyžaduje dokonce žádný souhlas. Všechny orgány zemřelého, které jsou pro transplantaci upotřebitelné, jsou s ohledem na čas odebrány bezprostředně po úmrtí. Odůvodněním je trvalý nedostatek tkání, rostoucí množství čekatelů a tudíž užitečnost pro společnost.

Tento postup opomíjí jak autonomii zemřelého člověka, tak i jakékoliv názory či přání jeho pozůstalých a nelze jej proto považovat za správný.

Kromě výslovného nesouhlasu s dárcovstvím legislativa nedovoluje odběry v případech trestných činů, kdy by byl zmařen účel pitvy a také tam, kde je neznámá příčina či přesný čas smrti.

Také veškeré osobní údaje i okolnosti transplantace podléhají předpisům o zachovávání lékařského tajemství.

2.2.3 Komerční dárcovství¹¹

V souvislosti s trvalým nedostatkem orgánů vznikla i snaha přehodnotit dárcovství. To je zásadně bezplatné, považované za projev dobrodiní a snahu o mimořádnou pomoc nemocnému. Zastánci kontroverzního komerčního dárcovství napadají své odpůrce pro "intelektuální ortodoxnost", povrchní znalost problematiky a tvrdí, že finanční motivace dostupnost orgánů zvýší, a tím se zkvalitní i prodlouží život většího počtu lidí, kteří na transplantaci čekají.

Jako hlavní argumenty jsou uváděna tvrzení:

- za předpokladu profesionálního přístupu k terapii jsou pacienti léčeni podle nejnovějších vědeckých trendů a ne podle ekonomické zainteresovanosti
- placený dárce svobodně rozhodne o osudu svých orgánů a uzavře regulérní smlouvu o jejich posmrtném použití

¹¹THOMASMA David a KUSHNEROVÁ Thomasine: *Od narození do smrti*, Praha: MF, 2000.

- dárce se rozhoduje v době zdraví a ne, až když je v ohrožení života
- finanční motivace je účinná a dárců bude dostatek
- rozdílné finanční možnosti příjemců mohou být vyrovnány dotacemi
- rodina zemřelého nemá již možnost dodatečně odmítnout odběr k transplantaci, smlouva je závazná.

Těmto argumentům lze rovněž oponovat:

- specialisovaná zdravotní péče je velmi nákladná a chudí si nemohou dovolit stejnou zdravotní péči jako bohatí, spravedlnost dotací je problematická, nikdy není možné vyloučit lidské selhání
- svobodné rozhodnutí lze z řady důvodů zpochybnit, např. finanční nouzí dárce nebo tím, že byl k rozhodnutí donucen jinými okolnostmi či další osobou. Jak se "svobodně" rozhodují děti či psychicky nemocní?
- dá se očekávat, že orgány k prodeji budou nabízet především lidé v tíživé životní situaci, bez finančních prostředků a na okraji společnosti. Zde však hrozí i větší riziko výskytu infekčních nákaz, maligních onemocnění či drogových závislostí, které další použití orgánů nakonec stejně znemožní.
- je bezohledné a necitelné zcela opomenout stanovisko rodiny zemřelého.

2.2.4 Spravedlivý výběr příjemce transplantátu¹²

Spravedlnost při výběru pacientů k transplantaci spočívá ve snaze skloubit veškerá dostupná medicínská i etická kritéria. Doporučení je v rukou nezávislé komise, která by neměla být složena čistě z expertů v problematice transplantací. U jejích členů by měl být rovněž eliminován osobní či emoční zájem a nestejný vliv při rozhodování. Pro dosažení spravedlnosti a optimálního výsledku je při zařazení na čekací listinu příjemců stanoven závazný postup, ve kterém se uplatňují 3 hlediska:

- 1) medicínské (věk, zdravotní stav, nebezpečí rejekce, čekací doba), které maximalizuje dobu přežití konkrétního pacienta

¹²MALÝ Ivan: *Lékařská etika v chirurgii*, Galén, 1998

- 2) ekonomické, které minimalizuje cenu ve vztahu k jednomu roku zachráněného života
- 3) ekonomicko - sociální, které sleduje maximální výtěžnost pro nejproduktivnější členy společnosti.

Uvážený přístup zainteresovaných odborníků z různých vědních oborů je prvním předpokladem pro objektivní výběr a zařazení pacienta, pochopitelně s jeho vědomím, na čekací listinu pro transplantaci. I tak se může dostat princip spravedlnosti a obecné prospěšnosti do určitého rozporu, a výsledné doporučení být pak určitým kompromisem.

2.3 Stanovisko teologa

Zásadní poselství evangelia, tak jak nám je zjevil Pán Ježíš Kristus, je shrnuto do přikázání lásky. Proto je láska, neoddělená od víry, nezbytná v životě každého křesťana. Láskou však není v Písmu svatém míněn spontánní cit nebo vášeň, ale konkrétní mravní čin. Příklad opravdové lásky nám dává sám Pán Ježíš nejen v podobenství o milosrdném Samaritánovi (L 10.29-37), ale především vlastním postojem k lidem a skutky, které po dobu svého pozemského působení vykonal.

V Novém zákoně se dočítáme, jak Ježíš, vtělený Boží syn, v lidské podobě chudý a zranitelný, pomáhal těm nejubožejším. Jistě cítil zápach, slyšel zlé pokřikování, viděl odpadávat tkáň ze znetvořených těl a býval mnohdy sám unavený. Ale nestalo se, že by dal najevo lhostejnost, spěch, odpor nebo strach z nákazy. Nemocných se dotýkal vlastníma rukama, trpělivě naslouchal jejich nářkům, těšil je, uzdravoval a přinášel jim novou naději. Svůj pozemský život završil dobrovolným výkupným utrpením na kříži za nás všechny.

Povinností křesťana je proto nebýt lhostejný k neštěstí druhého a konat dobrodiní podle Ježíšova vzoru, jinak je naše víra mrtvá. “Co je platné, moji bratři, když někdo říká, že má víru, ale přitom nemá skutky?” (Jak 2,14).

Skutkem lásky k bližnímu dostáváme rovněž jedinečnou možnost projevit svůj skutečný vztah k Bohu s povzbuzujícím vědomím, že "cokoliv jste učinili jednomu z těchto mých nepatrných bratří, mne jste učinili" (Mt 25,40).

Rozhodnutí transplantovat potřebnou tkáň těžce nemocnému člověku s cílem, aby se opět uzdravil, je proto správné.

Z katechizmu lze k této problematice citovat: "transplantace orgánů není mravně přijatelná, jestliže dárce nebo jeho blízké, k tomu oprávněné osoby, nedali jasný souhlas. Transplantace orgánů je ve shodě s mravním zákonem a může být záslužná, jestliže tělesné a duševní škody a nebezpečí, jimž se vystavuje dárce, jsou přiměřené dobru, o které se usiluje u příjemce. Je mravně nepřijatelné způsobit přímo invalidní zmrzačení nebo smrt lidské bytosti, aby se tím třeba jen oddálilo úmrtí jiných osob".¹³

Otázku oprávněnosti transplantací tkáně z mrtvého dárce zodpověděl v podstatě již profesor kanonického práva Eugenio Maria Giuseppe Giovanni Pacelli, pozdější pontifik Pius XII. (1939-1958)¹⁴ výrokem, že mrtvý není právní subjekt.

Dárcovství je zásadně dovolené. Živý má přednost před mrtvým, pokud mu mrtvý může posloužit, ale je nutné mít na zřeteli, že mrtvý není živočich či biologický materiál, a proto je i nutné s jeho tělem zacházet pietně.¹⁵

Při zachování zásadních podmínek, které opakovaně formuloval Svatý otec Jan Pavel II.,¹⁶ je možné transplantaci považovat za akt lásky a bratrskou pomoc bližnímu. Dle Svatého otce jsou transplantace krokem vpřed ve službě vědy člověku a postupně se ukázaly jako platný prostředek k dosažení prvořadého cíle veškeré medicíny, jímž je služba lidskému životu.

¹³ *Katechismus katolické církve*, Praha: Zvon, 1995, s. 561-562.

¹⁴ MAXWELL-STUART P.G. : *Papežové*, Praha : Svoboda, 1998.

¹⁵ SKOBLÍK Jiří: *Přehled křesťanské etiky*, Praha: Karolinum, 1997 s. 198.

¹⁶ Jan Pavel II.: *O transplantacích*, Teologické texty, 2004, č. 4.

V encyklice *Evangelium vitae* Svatý otec uvedl¹⁷, že jednou z cest rozvíjení autentické kultury života, je darování orgánů eticky přijatelným způsobem, proto, aby šanci na zdraví, ba i život samotný dostali nemocní, kteří někdy již jinou nadějí nemají.

Podobně, jako všechny výsledky lidského pokroku, přináší i tato konkrétní oblast lékařské vědy spolu s nadějí na zdraví také problémy, které je nutno zkoumat ve světle rozlišující antropologické a etické reflexe.

Základním rozlišovacím kriteriem musí být obrana a podpora integrálního dobra lidské osoby v souladu s jedinečnou důstojností, která nám přísluší pro naše lidství.

Z toho vyplývá, že každý medicínský úkon, vykonaný na lidské osobě, je podřízen omezením. Jsou to nejen možnosti technické, ale především meze dané respektem k jedinečnosti každého člověka: "je-li něco technicky možné, není to ještě důvod k tomu, aby to bylo morálně přípustné".¹⁸

Každá transplantace orgánů začíná rozhodnutím velkého etického významu: "nabídnout bez nároku na odměnu část vlastního těla pro zdraví a prospěch druhé osoby". Právě v tom spočívá ušlechtilost činu, který je projevem opravdové lásky. Nejde jen o to, že se vzdáváme něčeho, co nám patří, ale že dáváme kus sebe sama, protože "vzhledem k podstatné jednotě s duchovou duší nelze lidské tělo považovat jen za souhrn tkání, orgánů a funkcí. Spíše je konstitutivní částí osoby, která se skrze ně projevuje a vyjadřuje".¹⁹

Používání těla jako "věci" znamená hrubé porušení důstojnosti lidské osoby. Proto je morálně nepřijatelný každý postup, který vede k tomu, aby lidské tkáně byly považovány za předmět směny či obchodu.

K respektu jedinečné důstojnosti lidské osoby patří i to, že životně důležité orgány, které nejsou párové, lze z těla člověka vyjmout až po jeho smrti.

Mimořádný čin, jakým dárcovství bezesporu je, vyžaduje především plnou informovanost o celém záměru tak, aby byl příslušný jedinec připraven souhlasit nebo odmítnout svobodně a odpovědně. Svou etickou platnost v případě nepřítomnosti souhlasu dárce, má i souhlas příbuzných. Analogický souhlas má přirozeně dát i příjemce darovaných orgánů.

¹⁷ Jan Pavel II.: *Evangelium vitae*, 25. 3. 1995, čl. 86.

¹⁸ Kongregace pro nauku víry, *Donum vitae*, čl. 4.

Dále v souvislosti s transplantacemi, zmínil Svätý otec i bioetický problém bezpečného zjištění smrti člověka.

Tato jedinečná událost spočívá dle Jana Pavla II. v rozpadu jednotného a integrovaného celku, kterým je "já" lidské osoby. Je výsledkem oddělení životního principu (duše) od tělesné skutečnosti osoby, a žádný vědecký postup, technika či empirická metoda nemůže její čas přímo zjistit.

Lékařská zkušenost ukazuje, že jakmile smrt nastane, objeví se nevyhnutelně jisté biologické změny, které lze přesně poznat. Tato kritéria nelze chápat jako zjištění přesného okamžiku smrti osoby, ale jako vědecky bezpečně prokazatelná "signa mortis".

Úplné a nevratné zastavení aktivity ve velkém mozku, malém mozku a mozkovém kmeni je považováno mezinárodním vědeckým společenstvím za známku, že organismus jednotlivce již pozbyl své integrační schopnosti.

Ohledně parametrů užívaných v současnosti k bezpečnému zjištění smrti, nečiní církev technická rozhodnutí. Omezuje se na evangelijní povinnost střežit a chránit lidskou důstojnost i jednotu lidské osoby, případně poukazovat na možné konflikty.

Za nutný a dostatečný základ pro eticky správný postup při konstatování kompletní a nevratné zástavy mozkové činnosti, je považována "morální jistota" zodpovědného lékaře.

Pouze v případě, kdy taková jistota existuje a kdy již byl dán poučený souhlas dárce či jeho zákonných zástupců, je morálně správné zahájit technické procedury nutné k odejmutí orgánů určených pro transplantaci.

Z morálního hlediska je dále nezpochybnitelný požadavek spravedlnosti v přidělování darovaných orgánů. Zdroje pro pokrytí potřeb medicíny jsou nedostatečné a je nutné vytvářet seznamy čekatelů na základě jasných a náležitě odůvodněných kritérií.

Tato kritéria by neměla být v žádném ohledu diskriminující, (založená na věku, pohlaví, rase, náboženství, či společenském postavení)

¹⁹ *Donum vitae*, čl. 3.

nebo utilitární, (založená na pracovním výkonu, společenské prospěšnosti apod.). Rozhodnutí o přednosti při získání orgánu spočívá na imunologických a klinických faktorech.²⁰

Závěrem Svatý otec Jan Pavel II. zdůraznil, že je vždy při vývoji nových a nadějných léčebných metod nutné vyhýbat se všemu, co nedokáže respektovat důstojnost a hodnotu lidské osoby a ochránit její identitu.

²⁰ Řeč k účastníkům XVIII. Mezinárodního kongresu Transplantační společnosti v Římě 29. 8. 2000 v Teologické texty 2004 č. 4.

3. LIDSKÝ OBLIČEJ

Fyzická krása byla ve všech dobách vysoko, mnohdy až nekriticky ceněna. Svým zevnějškem o sobě většinou sdělujeme do okolí první informace, a proto má atraktivita těla, především obličeje, vysokou sociální hodnotu. Jedinci, hlavně mladí a splňující dobový ideál krásy, jsou obvykle obdivováni a napodobováni, sebejistí, úspěšněji se prosazují, okolí k nim bývá shovívavější, snadněji shánějí práci a bývají v ní i lépe hodnoceni. Proto je pochopitelné, že trvale narůstá zájem o nejrůznější korekční zákroky plastických chirurgů na těle a především v obličeji, přestože mohou být bolestivé a stojí nemalé částky.

3.1 Význam tváře v životě člověka²¹

Neoddělitelná součást osobnosti, "vědomí o sobě", neboli prostorový obraz každého jedince, bývá označen jako "tělové schéma".

Toto tělové schéma je kombinací vnímání i činnosti, imprese i exprese, neboli souhrou subjektivních pocitů a příslušné aktivity. Složitým způsobem je tělové schéma začleněno do obrazu vlastní osoby a určuje i osobní sebereprezentaci, která má schopnost měnit se. Porucha v náhledu tělového schématu, kterou je například trvalý následek poranění, bývá provázena závažnou dekompenzací psychického stavu.

Nejzranitelnější části tělového schématu jsou proto především ty, které bývají běžně viditelné. Tvář, která zůstává odhalena, se může lehce stát nejen nežádoucím středem pozornosti, ale i sociálním, estetickým či sexuálním hendikepem pro celý život.

I když tvář představuje jen přibližně 4% tělesného povrchu, je, jak bylo uvedeno, reprezentantem celé osobnosti a nejkomplexnější area tělového schématu, která není nikdy izolována, ale spojena s tělovými schématy dalších lidí. V tváři se koncentruje i estetický dojem, který

²¹KÖNIGOVÁ Radana a PONDĚLÍČEK Ivo: *Rekonstrukce a rehabilitace u popáleninového traumatu*, Avicenum 1982.

ovlivňuje pocit sebevědomí a seberealizace. Výraz tváře a jeho změny umožňují vzájemnou komunikaci a usuzujeme z nich i na charakter. Proto je nepochybné, že jakákoliv nová proměna v tváři, ať žádoucí či neplánovaná, je vždy posuzována citlivě, s napětím, obavou a úzkostí. Případné znetvoření obličeje naruší sebejistotu a pocit vlastní identity. Někdy i natolik, že dožene k sebevraždě.

3.1.1 Estetický význam tváře²²

Láska sice vtipného, ale nápadně nosatého Cyrana ke krasavici Roxaně nebyla opětována.²³ Snášela by tragický osud Gwynplaina, který měl zohavená ústa, i jeho dívka Dea, kdyby nebyla slepá?²⁴

Nejenom z klasické literatury, ale i v každodenním životě si můžeme ověřit, že ve společnosti panují estetické normy, které všem, kdo trpí nějakou deformací obličeje nebo těla, znesnadňují život a psychicky je alterují.

Při setkání s neznámým člověkem dáváme většinou důraz na první dojem. Každý pocítujeme určitou libost či nelibost podle toho, jak dotyčný vypadá. Tvář je klíčová pro osobní pocitovou zkušenost. Lidé s obličejovou deformací jsou proto v nevýhodě a antipatie vzniklá často jen na začátku krátkého vizuálního dojmu, bývá následně překážkou v rozvoji dalších pozitivních vztahů. Kromě spíše očekávaného soucitu a účasti se však zohavení lidé často setkávají i s posměšky a bývají terčem nevhodných, hloupých či cynických žertů.

Plastičtí chirurgové s psychology zdůrazňují význam orbitální oblasti a tzv. kritického faciálního trianglu pro estetické hodnocení a též sexuální atraktivnost obličeje. Velké oči upoutávají pozornost a změkčují výraz, který nos dokresluje. Pohyblivá zóna okolo nejrůzněji tvarovaných úst je díky mimickým svalům významná pro vyjádření množství prožitků, často mnohem výstižněji, než verbální projev.

²²KÖNIGOVÁ a PONDĚLÍČEK Ivo: *Rekonstrukce a rehabilitace u popáleninového traumatu*, Avicenum, 1982.

²³ROSTAND Edmond : *Cyrano z Bergeracu*.

²⁴HUGO Victor: *Muž, který se směje*.

Zmíněný faciální triangl je tvořen hranicí vedenou vnějšími úhly očí a bodem ve středu brady. Protože zahrnuje mimo sluch náš sensorický aparát, závisí na něm výrazové možnosti pro komunikaci, a patří tak mezi nejdůležitější oblasti pro chirurgické rekonstrukce.

3.1.2 Komunikativní schopnost tváře²⁵

Již běžně užívané obraty jako "tvář je zrcadlo duše", "oko do duše okno", "obličej je otevřená kniha, ze které lze číst", "zachovat si tvář", "mít dvojí tvář", či "ukázat pravou tvář", ukazují na komunikativní schopnost obličejce. Zdravá tvář dokáže projevit asi 50 základních expresivních prožitků, jako jsou smích, pláč strach, hněv, lítost, radost, obava, úlek, zklamání atd. Tam, kde deformace obličejce narušuje mimiku a nedovolí přiměřený výraz v nejrůznějších životních situacích, je porušena mezilidská nonverbální komunikace. Postižený jedinec, který není schopen vyjádřit své základní pocity pomocí příslušného obličejového výrazu, se tak dostává do společenské izolace. Často však zohavením postižení lidé, vědomi si svého hendikepu, vyhledávají ústraní dobrovolně. Komunikativní význam tváře tak úzce souvisí i s významem sociálním.

3.1.3 Sociální funkce tváře

Člověk, který je svým zjevem odpudivý a na kterého "není ani možné se podívat", je již v podvědomí mnoha lidí považován za méněcenného, i když netrpí žádnou smyslovou vadou či funkční poruchou, která by mu znemožňovala pracovat a plnit své povinnosti stejně dobře a ne-li lépe, než člověku zdravému. A nejen to, často mu tento negativní postoj dává jeho okolí nepokrytě najevo. Takové chování pak dále determinuje vazby

²⁵KÖNIGOVÁ Radana a PONDĚLÍČEK Ivo: *Rekonstrukce a rehabilitace u popáleninového traumatu*, Avicenum 1982.

postiženého k lidem, především těm, které nezná, a se kterými přichází do styku v průběhu své každodenní činnosti. Je tak opakovaně frustrován a deprimován různými pohledy, posuňky či emocemi, ať už jde o soucit, posměch, odpor nebo těžko skrývané rozpaky. Postižený, vnímaný okolím jako stigmatizovaný ubožák vzbuzující děs, dokáže jen těžko navazovat nové vztahy. Zpravidla proto setrvává v kontaktu pouze s lidmi, které dobře znal již z dřívější doby, než došlo k úrazu. Tyto vazby se vztahují na příbuzné, na manžele, nebo na blízké přátele.

Více než zdravý, si také postižený člověk uvědomuje, že všichni žijeme ve světě, ve kterém okolnost jak vypadáme, způsobuje rozdíl v odezvě okolí ke každému z nás.

3.1.4 Psychické důsledky zohyzdění obličeje

Skutečnost, kdy zohavením postižený člověk ztratil svou identitu a v důsledku toho nakonec i vlastní život, lze demonstrovat na tragickém životě hudebního genia Josefa Myslivečka.^{26 27}

Mlynářský synek narozený r. 1737 v Praze na Kampě v Sovových mlýnech, získal první vzdělání u jezuitů. Hrál výtečně na housle a záhy se projevil jeho mimořádný hudební talent. I když se na přání otce vyučil a byl přijat mezi mlynářské mistry, začal se věnovat pouze hudbě, mimo jiné působil též v pražském Týnském chrámu. Již jeho první drobné symfonie byly velmi úspěšné. Mladý skladatel opustil Prahu a odešel r. 1763 do Itálie, která se mu stala druhou vlastí a kde prožil nevídanou uměleckou kariéru. Udržoval přátelské styky s Mozartem, účastnil se společenského života na nejvyšší úrovni, získal závratný majetek. Jeho nespočetné skladby hlavně opery, symfonie a oratoria byly velmi oblíbené a hrané. Myslivečkova sláva se stala tak věhlasnou, že byl nazýván "Il divino Boemo", neboli božský Čech. Mistr žil v Římě, vlastnil skvostný palác, byl zahrnován poctami, zlatem, zbožňován svými nesčetnými posluchači.

²⁶PEČMAN R. : *Josef Mysliveček*, Praha, 1981.

²⁷Bohadlo S. : *Josef Mysliveček v dopisech*, Brno, 1988

Po tomto závratném vzestupu popularity však došlo k osudovému zlomu a propastnému pádu. V r. 1777 jel božský maestro na pozvání bavorského vévody Maxmiliána do Mnichova. Cestou se však převrhl kočár a skladatel si poranil obličej. Do ran se dostala infekce, která pak byla do jara 1778 marně léčena v nemocnici. Výsledkem byl znetvořený obličej, a od této doby je možné i datovat skladatelův tragický konec.

Jeho následující dílo, opera "Armida" (1779), byla na rozdíl od předchozích jasných a působivých melodií pochmurná a zaznamenala totální neúspěch. Skladatel poté rezignoval na další tvorbu, strádal duševně i fyzicky, zadlužil se, upadl do bídy a samoty. Dříve oslavovaný "božský Čech" zemřel prý doslova na slámě v Římě r. 1781. Bez svých obdivovatelů, zklamaný nevděkem, zoufalý z neúspěchu, zapomenutý, chudý. Jediný z jeho bývalých žáků, se kterým se stýkal, jej nechal na své útraty pohřbít a zhotovit mu náhrobek v chrámu San Lorenzo in Lucina v Římě.

Tak skončil svou pozemskou pouť největší český symfonik 18. století a vzor pro další generace hudebníků. Jeho smrt, ve 44 letech jistě předčasná, nebyla jen záležitostí medicíny ve smyslu problematicky léčeného zánětu a somatického zdravotního stavu. Příčinou skonu bylo nepochybně totální psychické vyčerpání v důsledku viditelného zohavení a následné společenské izolace.

Z klinických zkušeností vyplývá, že u pacientů s deformací tváře dochází k situaci, jako by postižený jedinec neměl žádné jméno. Ztrácí svou životní roli, svou hodnotu, převládne pocit prázdnoty, absurdity a apatie, provázený ztrátou vitality a drastickým omezením sociálních vztahů.

Tento stav se vyvíjí především v závislosti na:

- lokalizaci postižení (kritický je zmíněný faciální triangel)
- závažnosti devastace (hloubka a rozsah ztrátového poranění)
- věku (nejvíce je problematické období dospívání)
- sociální situaci (nezastupitelná opora je v dobrém rodinném zázemí).

Rovněž bez správně a zavčas vedeného psychického léčení dochází záhy k duševní alteraci, prohlubování rezignace, naprosté izolaci, až předčasné smrti.²⁸

3.2. Tvář v Písmu svatém^{29 30}

Písmo zmiňuje lidskou tvář často. "Neměl podobu ani krásu, aby upoutal náš pohled; neměl vzhled, abychom po něm zatoužili. Opovržený, opuštěný od lidí, muž bolesti, znalý utrpení, jako ten, před nímž si lidé zakrývají tvář, potupený, od nás nevážený" (Iz 53,2-5).

Tvář v textech Písma znamená většinou totéž, jako mluvit o člověku samotném. Tvář bývá obvykle pojata jako zrcadlo, které prozrazuje především stav lidského nitra, jako například radost (Př 15,13), bolest (Jer 30,6; Iz 13), únavu (Dan 1,10), zármutek (Neh 2,2), úzkost (Gn 47,7), odhodlání (Iz 50,7; Ez 3,8; L 9,1) tvrdost a pýchu (Dt 28,50; Ez 2,4; Dan 8,3), přísnost (Sir 7,24) či zahanbení (Ž 34,6).

Tvář lze v pokoře před Bohem obrátit k zemi (Gn 17,3), nebo ji zastřít pro zakrytí slz (2 Kr 20,2), při hanbě či pohrdání (Ž 34,6; Iz 53,3).

V Písmu ale stojí i varování, že lidský soud podle tváře může být, na rozdíl od soudu Božího, který zvažuje naše skutky, klamný (Jak 2,9; Jer 11;20; Sir 35,22; Mk 22,16).

Ve Starém Zákoně, kdy je k představě Boha užíván obraz člověka, je Bohu připisována také tvář. "Hospodine, hledám Tvou tvář. Neskrývej svou tvář přede mnou, v hněvu neodmítej svého služebníka" (Ž 27,8-9).

Bůh rozjasňuje svou tvář před dobrým člověkem, tj. projevuje mu svou milost a přízeň (Nu 6,25). Naopak odvrací-li Bůh svou tvář, znamená to, že trestá a vydává na pospas smrti (Ž 30,8.10.29).

Boha však nikdy nikdo neviděl a v našem pozemském životě to ani není možné, aniž bychom zemřeli (Ex 33,20.23). Vidět neviditelného Boha

²⁸KÖNIGOVÁ Radana a PONDĚLÍČEK Ivo: *Rekonstrukce a rehabilitace u popáleninového traumatu*, Avicenum 1982.

²⁹ SLOVNÍK BIBLICKÉ TEOLOGIE, Řím : Velehrad-Křesťanská akademie, 1981.

³⁰ ALLMEN J.von : *Biblický slovník*, Kalich, 1991.

znamená zvláštní dar boží přítomnosti, a ne vnímání konkrétního obličeje tělesnýma očima.

I Mojžíš, který si přál Boha poznat a dokonce o to požádal, dostal možnost spatřit jej pouze zezadu (Ex 33,18-23). To znamená, že konečnému životnímu cíli křesťana, kterým je patření na Boží tvář, neboli sdílení Boha ve věčné lásce, předchází podmínka, vzít na sebe také dobrovolně svůj pozemský kříž, a Boha následovat podle Kristova vzoru, na všech mnohdy nesnadných životních cestách.

Hledat Boží tvář je tak výrazem pro postoj věřícího, který touží po Boží přítomnosti a snaží se poznat Boží vůli (2 S 21,2).

Boží tvář je ve Starém Zákoně často personifikována a stává se prostředníkem mezi Bohem a člověkem (Dt 4,37). Je také výrazovým prostředkem, jak uctivě mluvit o Bohu. Někdy znamená také metaforu vystihující boží city vůči člověku (Nu 6,26).

Novozákonní tvář Ježíšova ve svých dramatických proměnách, od krutého mučení končícího potupnou popravou, až po oslavení při vzkříšení, je rovněž odrazem tváře Boží, neboť "kdo mne vidí, vidí Otce" (Jan14,9).

Tato zrcadlí se Boží tvář v síle Ducha svatého po celé věky osvěcuje a přetváří nitro člověka, tudíž i jeho tvář ke svému obrazu, a nabízí mu trvalou jistotu ve věčném ráji. Jistotu v patření na skutečnou tvář Boží na věčnosti.

I v textech Písma je pojem "tvář" klíčový a nezastupitelný. Tvář zde představuje především duchovní hodnoty, které jsou více či méně v nitru každého z nás, a které lze navenek vyčíst.

Deformita tváře znamená proto z hlediska pozemského, nikoliv ale z hlediska Boha a věčnosti, tragedii. Jaké duchovní hodnoty se mohou zrcadlit v zohavené tváři ušlechtilého člověka? Z jeho nitra, uvězněného do ulity osamocení, pronikne navenek mnohdy jen bolest a zoufalství, které navíc často postrehne jen pár vnímavých jedinců z jeho nejbližšího okolí.

4. ASPEKTY PROVEDENÍ TRANSPLANTACE OBLIČEJE

Snaha chirurgicky korigovat těžká a zároveň viditelná tělesná zohavení především v obličeji, je pochopitelná, dostatečně zdůvodnitelná a vypracovaná k technické dokonalosti předními specialisty.

Jak ale pomoci v případech, kdy veškeré doposavad osvědčené a provedené terapeutické postupy selhaly? Kdy již nelze očekávat zlepšení katastrofálního stavu? Co dál, když se postiženému zhroutil svět, když se prohlubuje zoufalství, malomyslnost, deprese, rezignace a apatie?

Transplantace obličeje, jako nejnovější alternativa lékařské pomoci v těchto situacích, je již několik let diskutována a také připravována jak teoreticky, tak praktickým nácvikem zákroku. První provedení této revoluční operace bylo především otázkou souhry všech příhodných a potřebných okolností, stejně tak, jako tomu bylo například při první transplantaci srdce prof. Ch. Barnardem v Kapském městě r. 1967.

Zcela nový operační postup rozvíří vášně a emoce, vyvolá senzací i nesčetné ohlasy jak odborníků, tak laické veřejnosti. Může přinést operátorovi věhlas, ocenění, přízeň sponzorů, ale i odsouzení a zlobu. Při možném neúspěchu dále poškodit jak stigmatizovaného pacienta, tak dobré jméno lékaře i jeho pracoviště, významně pozastavit další výzkum příslušné problematiky a vzít zbytek naděje, držící při životě další postižené.

Indikace k nové dosud nevyzkoušené a přitom náročné operaci jakou je transplantace obličeje, je proto limitovaná i samotnou technickou proveditelností, dále uměním operátora, reálným předpokladem zlepšení vzhledu a funkce, fyzickým i psychickým stavem pacienta. Vyžaduje rovněž dostatečnou dávku odvahy zúčastněných.

Sám mikrochirurgický zákrok je otázkou erudice a letité zkušenosti. Spočívá především v nesnadném zvládnutí prostorové orientace a techniky bezchybného sešití řady příslušných cév a nervů v průměru i méně než 1 milimetr, nutných pro obnovení vitality a funkceschopnosti transplantátu. Časově i fyzicky velmi náročný výkon je prováděn v zorném poli operačního mikroskopu, pomocí jemných, v podstatě hodinářských nástrojů.

Používá se tzv. atraumatický šicí materiál, který je pouhým okem téměř neviditelný.³¹

I při uspokojujivém zvládnutí technických těžkostí však zbývá celá řada nedostatečně vyřešených problémů.

Mezi ty hlavní patří:

- co dál v případě, že dojde k rejekci transplantovaného obličeje
- najdou-li se vůbec dárce, jak se budou pozůstalí loučit s milovanou osobou a vzpomínat na ni s vědomím, že byla posmrtně zbavena své tváře
- jaká bude nová podoba příjemce po zákroku (podle dosavadních anatomických studií lze uvést, že se pacient nebude zcela podobat ani sobě ani dárce, ale výsledek bude určitým kompromisem, především v závislosti na tvaru lebky příjemce)
- jak bude psychicky snášet pacient změnu své vizáže s vědomím, že nosí "obličej po zemřelém" (jsou uváděny případy úspěšně transplantovaných tkání, které se až po delší době staly pro své nositele psychicky nepřijatelné; např. první příjemce úspěšně transplantované ruky, jedenapadesátiletý Novozélandčan C. Hallam, si za tři roky po výkonu sám prosadil její odstranění, protože mu připadala scvrklá a odporná a i u jeho příbuzných vyvolávala prý nepříjemné pocity).³²

Uspokojivá odpověď na uvedené otázky představuje doposud nevyřešený úkol, kterým se zainteresovaní odborníci průběžně zabývají.

³¹ NEJEDLÝ Aleš : *Základy replantační chirurgie*, Praha : Grada, 2003.

³² *MEDICÍNA* 4/Roč. VIII, str.3

5. KASUISTIKA

První tři provedené operace je možné označit za milník, který prolomil v oboru dosavadní tabu a naznačil tkáňovým přenosům v obličeji směr vývoje dále do budoucnosti.

Historické prvenství v transplantaci části obličeje patří týmu chirurgů z francouzského města Amiens.

Z Amiens, před jehož branami rozetnul sv. Martin z Tours kdysi ve čtvrtém století svůj plášť, aby se o něj mohl podělit s chudákem, a kterému se poté ve snu ukázal sám Ježíš oděný do téhož kusu oděvu. Čin, který stále připomíná cenu individuálního svědectví lásky, neboť: "Cokoli jste udělali pro jednoho z těchto mých nejposlednějších bratří, pro mě jste udělali." (Mt 25, 36.40).³³

Osmatřicetileté Isabelle Dinoireové byly poskytnuty nos, brada, rty a část tváří od zemřelé anonymní dárkyně, s předchozím souhlasem pozůstalých. Pacientka, sama matka dvou dětí, se v sebevražedném úmyslu předávkovala drogou a obličej jí ohlodal vlastní pes ve snaze, probudit ji z bezvědomí. Isabelle uvedla, že v důsledku zohavení upadla do těžkých depresí. Jídlo, požívané pouze trubičkou, jí vytékalo z úst. Nemohla artikulovat, nechodila ven, protože na ni lidé civěli a děti ošklivě pokřikovaly. Operaci si přála, byla předem náležitě připravena psychologem i příslušnými léky. Rovněž byla poučena o možnosti veškerých rizik a komplikací. K výkonu bylo přistoupeno na základě nelehkého týmového rozhodování, kdy hlavním kritériem byla reálná naděje nejen na estetické, ale i funkční zlepšení zcela zdevastované významné obličejové partie u mladé ženy.

27. 11. 2005 došlo k operaci, při které byla nejprve snesena potřebná část tkání z obličeje zemřelé dárkyně - tj. kůže, podkoží, spolu s mimickými svaly, a především s odpovídajícím cévním i nervovým zásobením. Následovala složitá mikrochirurgická rekonstrukce nového obličeje na předem připravenou plochu, po chybějícím zdevastovaném obličeji Isabelle. Celý výkon proběhl bez komplikací, ale objevily se, naštěstí pouze přechodně, příznaky rejekce.

³³ Benedikt XVI.: Encyklika *Deus caritas est*, Paulínky, 2006.

I když je dosavadní pooperační průběh příznivý a lékaři považují své rozhodnutí k transplantaci za správné, zůstávají zatím v hodnocení opatrní s ohledem na etické, zdravotní i psychické těžkosti, které mohou kdykoliv nastat. Pacientka je s výsledkem operace také spokojena a intenzivně rehabilituje mimické svaly. I když s určitými potížemi, dokáže opět jíst, byť šišlavě hovořit i pousmát se. Do okolí úst se jí alespoň částečně navrátil cit. Chodí nakupovat, byla s přáteli v kavárně, s rodinou na dovolené a chystá se navrátit do původního povolání sekretářky.

Nová vizáž i vědomí, "že má obličej z mrtvé" jí v současnosti psychicky nevádí, naopak je ráda, že dostala šanci, začít vést nový život.³⁴

Druhá, v dubnu r. 2006 zveřejněná transplantace části obličeje, byla provedena v Číně. Třicetiletého Li Kuosinga napadl v roce 2004 medvěd a připravil ho o část obličeje. Postižený nemohl pít ani jíst, skrýval se před lidmi, protože se ho děsili, v nejnútnejších situacích používal masku. Po dvouleté přípravě k zákroku mu během třináctihodinové operace lékaři obdobným mikrochirurgickým způsobem jako v předchozím případě transplantovali tvář, horní ret, nos a obočí. Po výkonu se pacient přiměřeně zotavil a je spokojený. I když jsou stopy poranění patrné, došlo ke zlepšení vizáže, dokáže se sám napít, nemusí užívat masku a je podporován řadou příznivců, které díky podstoupení mimořádné operace získal. Zpráva o dalším průběhu léčení tohoto pacienta však do začátku roku 2008 uvedena nebyla.

Třetím pacientem je sedmadvacetiletý Francouz, operovaný v lednu r. 2007 na univerzitní klinice v Créteilu u Paříže. Tento mladý muž trpí tzv. Recklinghausenovou chorobou. Jde o vrozené onemocnění, při kterém dochází k bizarnímu benignímu nádorovému bujení a které v jeho případě monstrózně postihlo obličej. Kromě znetvoření a nemožnosti jíst, trpěl tento pacient i silnými bolestmi a prodělal od roku 1995 postupně deset operací obličeje. Transplantace trvala v jeho případě 15 hodin a pacient získal od anonymního dárce nos, ústa, bradu a část tváře. Přestože i v jeho případě je výsledek zákroku doposavad uspokojivý, zůstávají lékaři v

³⁴ www.thelancet.com Vol. 368 August 12, 2006.

hodnocení úspěšnosti opět zdrženliví s vědomím trvajícím možností výskytu řady komplikací.

ZÁVĚR

Od svých počátků v šedesátých letech minulého století zaznamenala transplantační medicína, i když je trvale omezena nedostatkem dárců rychlý rozvoj, který stále pokračuje. Minimalizoval se počet rejekcí a prodloužila se nejen doba přežití operovaných pacientů, ale především se zlepšila kvalita jejich dalšího života.

Přesto však do dnešní doby není uspokojivě vyřešena řada jak medicínských, tak etických problémů, které zde byly zmíněny.

Je též zcela evidentní, že situace s ohledem na veliké psychické strádání je hůře snášena v případě, kdy se jedná o postižení na první pohled viditelné, než když selhává sice životně důležitý orgán, který je ale skrytý kdesi uvnitř těla.

U viditelně postiženého člověka dochází k radikální změně dosavadního způsobu života, která ve svých důsledcích může vyústit v tragedii.

Víme, že tkáňové přenosy, které znamenají určitou šanci na zlepšení, nejsou proveditelné bez rizika. Víme rovněž, že mohou být nad očekávání úspěšné, ale také se nemusí i při největší snaze podařit. Mohou, ale i nemusí být komplikovány závažným onemocněním, a v krajním případě dokonce místo kýžené pomoci končit předčasnou smrtí.

Stanovisko k transplantaci viditelné části těla, jakou je obličej nebo část končetiny, nelze zatím formulovat jednoznačně a zůstává problematické.

Z dosavadních praktických zkušeností i teoretických předpokladů je však možné vyvodit následující doporučení: pokud by pacient přišel v současnosti o část končetiny, například o ruku, a následovala by mimořádně příhodná situace k transplantaci, stanovisko komise k provedení zákroku by mělo být zamítavé.

Důvodem je, že i bez končetiny je možné žít hodnotný život. Tato ztráta neznamena trvalé vyloučení ze společnosti, neznamena omezení či ztrátu možnosti dále rozvíjet duchovní hodnoty. Fyzického hendikepu se lze většinou dostatečně zhostit užitím řady moderních technologií.

Připomeňme též, že na každoročně pořádaných paraolympiádách dosahují zmrzačení sportovci udivujících výkonů, které by často nedokázali podat ani zdraví jedinci. Stávají se tak opakovaně vzorem vytrvalosti, píle, kázně, vůle a trpělivosti. Dokáží motivovat a povzbuzovat nejen podobně postižené, ale i zcela zdravé spoluobčany. Sklízají právem zasloužený obdiv a slávu. Zakládají rodiny a mají zdravé děti.

Nutné trvalé užívání imunosupresiv a stálá hrozba vzniku vedlejších účinků, především vzniku maligních onemocnění nebo rejekce, představují doposavad příliš významné riziko, které naději (neboť jistotu nikdy žádný lékař nezaručí) na obnovení ztracené tělesné integrity nevyváží.

Transplantát je nepochybně lepší než protéza, ale na druhé straně nebude nikdy plně funkční, ani kosmeticky zcela ideální. Rovněž nikdy dopředu nevíme, zda nevznikne dříve či později odmítavá psychická reakce a pacient se nezačne sám domáhat jeho odstranění.

Jedinci se ztrátovým poraněním končetiny, ale jinak zdravému, může případná komplikace po transplantaci přivodit nové utrpení, nebo mu dokonce předčasně ukončit život. Je proto vhodnější možnou operaci pacientovi šetrně rozmluvit a pomoci mu v nelehké životní situaci najít jiné přijatelné řešení.

V případě, kdy má člověk zohavený obličej, je však situace jiná a je možné se domnívat, že mnohem horší. Vždyť nucenou izolaci se všemi myslitelnými důsledky je možné připodobnit k předčasnému pohřbení zaživa.

Připomeňme, že dne 20. 3. 2008 byla v TV zpravodajství zmíněna stručná zpráva o dvaapadesátileté ženě, matce, která trpěla progredujícím nádorovým onemocněním v obličejí. Znetvořená nemocná, s vědomím vlastní rodiny, požádala oficiálně vládu ve své zemi o souhlas k provedení euthanasie. Ta však byla právem zamítnuta. Zoufalá pacientka hned poté spáchala sama sebevraždu předávkováním barbiturátů.

Kdo všechno v jejím nešťastném životním příběhu selhal?
"Žádný člověk není v sobě uzavřenou monádou. Naše existence se v mnoha vzájemných interakcích sdílí jedna s druhou v hlubokém společenství. Nikdo nežije sám. Do mého života, projevujícího se v myšlení, řeči, jednání i práci, neustále proniká život druhých. A naopak,

můj život zasahuje do života druhých: ve zlém i v dobrém. Nikdy není zbytečné ani není příliš pozdě na to, abychom se dotkli srdce druhého".³⁵

Tam, kde byly vyčerpány všechny osvědčené a dostupné metody, které by mohly postiženému poskytnout zlepšení vzhledu, a tím i duševního stavu, lze transplantaci obličeje doporučit a podpořit pacienta v jeho konečném rozhodnutí pro zákrok. Tento postup volit i za cenu rizika vzniku závažných komplikací, neboť co jiného než novou, byť jen nevelkou nadějí poskytnout trpícímu v případě, kde již takzvaně není co ztratit? Ne nadarmo se říká, že tonoucí se i stébla chytá. Možnost transplantace obličeje je v současnosti pro tonoucího, kterým je postižený, také jen pouhým stéblem, dokáže však odvrátit beznaděj. Beznaděj, opak naděje, znamená prohru, konec, prázdnotu, zmar. Beznaděj posílí pouze touhu a odhodlání vzdát již každý další, zdánlivě marný boj, vše opustit a utéci před krutou realitou. Pouze smrt, zapomenutí a zmizení kdesi v pomyslné temnotě, se stává nakonec jedinou lákavou vidinou konečného vysvobození.

Nová naděje s sebou přináší i novou důvěru, statečnost, trpělivost. Probouzí vůli a odhodlání k zápasu s každým dalším zlem.

Naděje, i když si to mnohdy ani neuvědomujeme, je pro každodenní život nás všech nezbytná.

Naděje křesťana, že smrtí nic nekončí, ale právě naopak, se upíná k věčnému životu. Spočívá v Bohu, který poskytuje vše, čeho my sami nejsme schopni dosáhnout. V Bohu, který nese lidskou tvář, miluje až do krajnosti a splní vše, co slíbil. „I kdybych měl projít temnotou rokle, nebudu se bát, protože ty jsi se mnou“ (Žl 23,4). S takovou nadějí, která je provázena vírou a živená láskou, není třeba se bát a podléhat zoufalství ani v tzv. neřešitelné životní situaci, neboť „u Boha není nic nemožného“ (Lk 1,30.37).

Křesťanská naděje tak trvale posiluje a přesahuje veškeré naděje, které nás provázejí a udržují při životě.

Jistou formu naděje představuje i vědecký pokrok. Pokrok skýtá nové možnosti k dobrému, ale ve špatných rukou, může být i zneužit a znamenat

³⁵ Benedikt XVI.: Encyklika *Spe salvi*, s. 58, Paulínky, 2008.

úspěch zla.³⁶ Snaha o obnovení ztracených duševních a tělesných schopností člověka je, jak bylo zmíněno na začátku, stará jak lidstvo samo. Zaznamenává neustálé prohry, pády, ale i úžasná, mnohdy načekaná a tím spíše motivující vítězství. Ubírá se těžkou a nekončící cestou, která musí být nutně provázena i mravním růstem a stálou schopností odlišovat dobro od zla. Jen tak může být trvale úspěšná.

³⁶ Benedikt XVI.: Encyklika *Spe salvi*, s. 30, Paulínky, 2008.

PŘEHLED UŽITÉ TERMINOLOGIE

anencephalus - ageneze mozkové části hlavy
ageneze - vrozené nevyvinutí orgánu či části těla
alogenní transplantát - též homotransplantát; transplantovaná tkáň pochází od jedince téhož druhu, ale se vzdálenou genetickou výbavou
altruismus - nesobecké jednání ve prospěch druhých lidí
autologní transplantát - tkáň od stejného jedince - též autotransplantát
autotransplantát - viz autologní transplantát
autotransplantace - dárce i příjemce jsou totožní
benigní - nezhoubný
Cushingův syndrom - onemocnění z nadprodukce kůry nadledvin
dárce - jedinec, ze kterého je transplantát odebrán
DNA - deoxyribonukleová kyselina - základ dědičné informace
embolie - vmetení, zaklínění vmetku
embryo - zárodek jedince v děloze
euthanasie - usmrcení ze soucitu nebo na žádost nevléčitelně nemocného
faciální triangl - obličejový trojúhelník
hepatitis - zánět jater
heterotransplantace - xenotransplantace
homo sapiens - člověk rozumný
homotransplantát - viz alogenní transplantát
hypotenze - nízký tlak krve
imunita - schopnost organismu rozeznat "své" od "cizího"
ireverzibilní - nevratný
ischemie - nedokrevnost
imunosupresiva - léky potlačující imunitní reakci
infiltrace - průnik do tkáně
izogenní transplantát - izotransplantát - viz syngenní transplantát
kadáver - mrtvé tělo
kompatibilita - slučitelnost
kontroverzní - sporný
lymfatická tkáň - nakupené lymfocyty a makrofágy tvořící důležitou část imunitního systému

lymfocyt - druh bílé krvinky
makrofág - buňka schopná pohlcování cizorodého materiálu
maligní - zhoubný
nonverbální - beze slov
osteomyelitis - zánět kostní dřene
pneumonie - zápal plic
povázka – vazivový obal svalu či skupiny svalů
příjemce - jedinec, na kterého se transplantát přenáší
reimplantace - viz autotransplantace
rejekce - imunologická reakce, která vede ke zničení štěpu
sepsy - otrava krve
signa mortis - znamení smrti
somatický - tělesný
syngenní transplantát - tkáň geneticky totožná
štěp - viz transplantát
transplantát - tkáň nebo orgán, které se přenášejí
transplantace - záměrné přenesení tkáně či orgánu na jiné místo téhož
jedince, nebo na jiného jedince téhož či jiného druhu
verbální - slovní
vitální - životně důležitý
xenotransplantace - přenos mezi jedinci různých druhů

LITERATURA

- ALLMEN v J., a kol.: *Biblický slovník*, Kalich, 1991.
- BENEDIKT XVI: *Encyklika Deus caritas est*, Praha: Paulínky, 2006.
- BENEDIKT XVI: *Encyklika Spe salvi*, Praha: Paulínky, 2008.
- BENEŠ Albert OP: *Božské ctnosti*, Krystal OP, 1997.
- BIBLE*: Česká biblická společnost, 1995.
- BURIAN František: *Plastická chirurgie*, Praha: ČSAV, 1961.
- DONUM VITAE*: Kongregace pro nauku víry, 22.2.1987
- JAN PAVEL II.: *Evangelium vitae*, 25.3.1995
- JAN PAVEL II.: *Salvifici Doloris*, 11.2.1984 Praha: Zvon, 1995.
- KATECHISMUS KATOLICKÉ CÍRKVE*, Praha: Zvon, 1995.
- KLIMEŠ Lumír: *Slovník cizích slov*, Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1981.
- KÖNIGOVÁ Radana a PONDĚLÍČEK Ivo: *Rekonstrukce a rehabilitace u popáleninového traumatu*, Avicenum, 1982.
- KRONIKA MEDICÍNY*, Praha: Fortuna Print, 1994.
- MALÝ Ivan: *Lékařská etika v chirurgii*, Galén, 1998.
- MAXWELL-STUART P.: *Papežové*, Praha: Svoboda, 1998.
- NEJEDLÝ Aleš: *Základy replantační chirurgie*, Praha: Grada, 2003.
- PODZIMEK Aleš a kol.: *Transplantace*, Praha: Universita Karlova, 1975.
- SKOBLÍK Jiří: *Přehled křesťanské etiky*, Praha: Karolinum, 1997.
- SLOVNÍK BIBLICKÉ TEOLOGIE*, Řím: Velehrad - Křesťanská akademie, 1981.
- TEOLOGICKÉ TEXTY* 2004, č. 4.
- THOMASMA David: *Od narození do smrti*, Cambridge University Press: Mladá fronta, 2000.
- VOKURKA Martin: *Praktický slovník medicíny*, Praha: Maxdorf, 1995.