

Zdravie je rozhodnutie

Na Slovensku patríte ku kľúčovým odborníkom na hepatologické ochorenia. Koľko pacientov s chronickým ochorením pečene u nás evidujete, a čo to znamená z pohľadu dennej starostlivosti o týchto pacientov?

Azda viac ako absolútne číslo vystihuje našu situáciu niekoľko údajov z najspoľahlivejších zdrojov: choroba pečene je najčastejšou, opakujem najčastejšou príčinou smrti mladých dospelých. Slovensko je na prvom, opakujem prvom mieste na zemeľu vo výskyte zlyhania pečene (dekompenzovanej cirhózy). Viac ako štvrtina dospelých (a nemálo detí) trpí tukovou chorobou pečene. Alkoholová choroba pečene je najčastejšia zo všetkých. Tieto čísla korelujú s tým, čo vidíme aj na vlastné oči: na našej klinike sme sa o choroby pečene vládali postarať na jednej trojlôžkovej izbe, dnes nám nestačí celé špecializované oddelenie; jednu rakovinu pečene sme videli zriedkavejšie ako raz za štvrt roka, dnes vidíme dva nové prípady týždenne; čakacie doby na hepatologických ambulanciách závažne stúpajú; najviac skľučujúci je však počet mladých ľudí, ktorým medicína už nedokáže pomôcť.

Akým typom pacientov sa Vy osobne venujete?

Stretávam sa s kompletnou škálou chorôb pečene – od pacientov bez akýchkoľvek ťažkostí, ktorým sa z nejakého dôvodu odoberie krv a zistí sa laboratórna odchýlka poukazujúca na chorobu pečene, až po ľudí, ktorých privezie vrtuľník pre bezprostredné ohrozenie života. Vidím aj pacientov po transplantácii pečene. Čo mi do spektra zatiaľ chýba, sú ľudia, ktorí sú chorobou pečene ešte len ohrození: vzhľadom na to, že groš za prevenciu je hoden celého majetku za liečbu, práve sem je teraz zameraná naša pozornosť.

Čo sa vekovej štruktúry týka, v našom registri cirhóz je priemerný vek okolo 50 rokov, priemerný vek pacientov s rakovinou pečene je o desať rokov vyšší a, bohužiaľ, tuková choroba pečene ide do detí a umrúť na náhle zlyhanie pečene z alkoholu do tridsiatnikov.

Ako zmenil COVID-19 dennú ambulantnú a klinickú zdravotnú starostlivosť vašich pacientov?

Veľmi. Drasticky. Úplne. Možno aj navždy. Zistili sme v našom Registri cirhóz, že – okrem ochromenia ambulantnej starostlivosti – počas lockdownu, počet novoprijatých pacientov klesol na polovicu a počet úmrtí na nekovidové príčiny výrazne stúpol. Dá sa povedať, že sa celá zdravotná starostlivosť fázovo posunula: ambulantní pacienti boli viac doma, tí, čo by pred lockdownom boli hospitalizovaní, boli sledovaní ambulantne, alebo zostali doma a tí, ktorí mali byť hospitalizovaní v špecializovaných centrách, boli hospitalizovaní v spádových zdravotníckych zariadeniach. To nekriticizujem. Bolo to prirodzené – kto v tom čase videl správy napríklad z Talianska (kde som osobne kontaktoval kolegov hepatológov), nemohol zdravotnú starostlivosť nepreusporiadať.

Čo sa komunikačných nástrojov týka, boli sme odkázaní predovšetkým na telefonické a mailové spojenie – jednak s pacientmi samotnými, ale aj s kolegami zo spádových nemocníc. Určitou výhodou pre nás bolo to, že, vzhľadom na veľký nepomer medzi počtom pacientov/návštev a počtom lekárov s hepatologickou aprobáciou, sme si už nejakú dobu zaužívali komunikáciu o výsledkoch a stave pacienta prostredníctvom týchto médií; výhodou bolo aj to, že sme už istý čas v literatúre sledovali smerovanie hepatológie k telemedicíne: lockdown nás vlastne zastihol v štádiu už rozvinutého projektu.

S akými prekážkami ste sa počas pandémie stretli?

Celkom prirodzene sa covid stal absolútnou prioritou. Naša inštitúcia, jej priestory, vrátane HEGITO, a všetky činnosti personálu sa transformovali, aby sa čelilo hlavnej hrozbe. Starostlivosť o pacientov s chorobami pečene bola v triaži na niekoľkom mieste v poradí. Prekážkou v činnostiach bola aj určitá nevedomosť o doteraz neznámej diagnóze – neistota, kým sa skúmala bezpečnosť procedúr, miera závažnosti COVID-19 pre jednotlivé skupiny diagnóz a podobne. Prekážkou v trajektórii starostlivosti bol však aj strach pacientov vstúpiť do zdravotníckeho zariadenia kvôli riziku z nákazy. Jediné, čo sa prekážkou nepreukázalo, bolo nasadenie našich ľudí. Som si istý, že to platilo všeobecne - dennodenne vidieť, ako sa v dobe neistoty stavajú do prvej línie; riziko-neriziko, toto je pacient, o ktorého sa treba postarať. Na to nikdy nezabudnem. Prekážkou neboli v tom čase ani financie, ani stanoviská vedenia našej nemocnice, naopak.

Aká je situácia teraz? (pozn. august 2021)?

Teraz je situácia konsolidovaná. Vyhodnocujeme celú éru, počítame straty, snažíme sa poučiť a pripraviť.

Počet transplantácií v roku 2020 výrazne klesol, aký očakávate trend v najbližších mesiacoch?

Očakávam, že sa už takmer normalizovaná situácia udrží, a že sa bude napredovať podľa pred-covidového scenára rozvoja transplantáčného programu pečene.

Aké máte momentálne možnosti pre monitoring pacientov po transplantácii v domácej liečbe?

Mierite už k telemedicíne. Hlavnou črtou transplantáčnej medicíny je včasný zachytenie nových udalostí a ich včasná liečba. Tak či onak, doteraz sa nedalo skrátiť nevyhnutné časové okno medzi vznikom nového prejavu, jeho prezentovaním pacientom lekárovi (často nie transplantáčnému), zaujatím stanoviska lekárom, transportom a nasadením liečby. Ako bolo spomenuté vyššie, žiadne technológie, žiadne platformy, pracujeme na hladine telefón, mail, osobný kontakt.

Sú dnes zavedené aj online konzultácie, alebo chodia pacienti na kontroly ambulantne?

Pacienti chodia na kontroly pre-

važne in persona. Ak by sme sa držali tých po transplantácii pečene, túto formu osobne považujem aj naďalej za nenahraditeľnú; u stabilizovaných pacientov je však pomocou telemedicíny možné dramaticky znížiť počet návštev. Keď ide o čas, máme k dispozícii telefonickú linku a mail. Je dôležité podčiarknuť, že online konzultácia by mala byť zatiaľ rezervovaná pre pacientov, ktorých už poznáme. Zaujať seriózne stanovisko na mailovú výzvu u neznámeho pacienta má v sebe veľké riziká. V tretej skupine – u hepatologických pacientov, ktorých sme už mali možnosť vyšetriť, je mnohokrát osobné stretnutie v potrebnej frekvencii pre obe strany veľká záťaž. Tu vidím hlavné miesto pre sprostredkované online konzultácie a telemedicínu.

Čo všetko by mohlo lepšie vyhodnotiť stav pacientov pred a po transplantácii?

Sú tri základné skupiny údajov, na základe ktorých vyhodnocujeme vývoj stavu našich pacientov: fyzikálne vyšetrenie (t. j. vyšetrenie fyzikusom, lekárom), odber telesných tekutín (hlavne krvi a moču) a zobrazovacie metodiky (napríklad sonografia). Formát údajov z prvej skupiny je zápis fyzikálneho vyšetrenia do lekárskej správy - o ťažkostiach, náleze zmyslami, tlaku krvi, teplote, pulzovej frekvencii atď., z druhej a tretej zhliadnutie výsledkov na papieri od iného lekára, alebo v tabuľke dnes už elektronického Nemocničného informačného systému. Niektoré výsledky z druhej a tretej skupiny vidíme so značným časovým odstupom – čo je veľký priestor na hľadanie riešení.

SYSTÉM NA TELEMEDICÍNSKU DIAGNOSTIKU

Vaša fakulta sa v spolupráci s STU Bratislava a technologickým partnerom Goldman Systems zapojila do projektu Systém na telemedicínsku diagnostiku. Cieľom projektu je vývoj technológie, ktorá dokáže monitorovať zdravotné ťažkosti u hospitalizovaných pacientov s COVID-19, a tiež merať vybrané parametre u chronických pacientov v domácom prostredí a odosielať ich do informačného systému v zdravotníckom zariadení.

Prečo ste sa rozhodli zapojiť do tohto projektu?

Prvý impulz bol vlastne podhubím, v ktorom sa celé podujatie na našej strane mohlo vzniknúť. V rámci neustáleho sledovania vývoja hepatológie už dlhšiu dobu pozorujeme v literatúre doménu telemedicíny. Ako sme sa s ňou postupne oboznamovali, začal sa jasne črtat priestor na jej uplatnenie u našich pacientov, rástlo naše vzrušenie, chuť rozvinúť túto novinku a najmä pocit povinnosti siahnuť po zjavne dobrej veci. Druhým impulzom, ešte pred covid érou, bola iniciatíva našich partnerov z Goldman Systems, ktorá padla na už pripravenú pôdu a bolo hneď zjavné, že sa ide do projektu, ktorý má predpoklady všetky tri strany – technologickú, medicín-



"Tvorivá iniciatíva v telemedicíne nemá hranice."

MUDr. Ľubomír Skladaný, PhD.

Je prednostom II. internej kliniky Rooseveltovej nemocnice v Banskej Bystrici a prezident Slovenskej hepatologickej spoločnosti SLS. V Banskej Bystrici je zakladateľom hepatologického, gastroenterologického a transplantáčného oddelenia (HEGITO), ktoré sa špecializuje na transplantácie pečene a obličiek, je členom významných medzinárodných odborných spoločností – European Association for the Study of the Liver, European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. Má za sebou množstvo zahraničných študijných pobytov, napríklad v Prahe, Barcelone, Paríži či Hannoveri. Získané dlhoročné skúsenosti zúročil v prospech pacientov - vďaka nemu bolo založené aj OZ Šanca pre pečeň, ktoré pomáha pacientom s ochorením pečene a ich rodinám. Je tiež držiteľom ocenenia Mój lekár.

sku a pacientov - obohatiť rovnako. WIN-WIN-WIN. No a uprostred postupnej prípravy projektu medzi našou klinikou a partnermi, ku ktorým pribudli kolegovia z STU, explodovala pandémia. Len pre zaujímavosť, aj v hepatologickej literatúre sveta sa lockdown považoval za okrem iného katalyzátor implementácie telemedicíny do reálnej praxe.

Prvé klinické testovanie zariadení ste spustili v marci 2021. Čo priniesli prvé výsledky?

My sme ohľadom interpretácie výsledkov opatrní; opanovali sme nadšenie a nenechávame sa uniesť dojmami skôr, ako budú seriózne vyhodnotené. Čo sa však dá povedať už teraz je, že projekt sa z prekonceptnej fázy, ktorá trvala viac ako dva roky, dostal do fázy realizácie. Že technológie fungujú. Že pacienti vedú technológie ovládnuť. Že informácie prúdia smerom k nám, a že ich vidíme a máme možnosť reagovať na ne. Myšlienka sa stala skutkom. Želáme si samozrejme, aby analýza pilotnej časti projektu koncom roku 2021 priniesla aj potvrdenie našich predpokladov; klinický výskum je však taký, že starostlivo zhromaždené a poctivo spracované údaje sa vždy obrátia v prospech pacienta.

Aké typy zariadení testujete, a aké údaje o zdravotnom stave máte možnosť monitorovať aj v domácom prostredí?

Spomedzi širšej ponuky od našich partnerov sme po starostlivom zvážení vybrali podľa dvoch kritérií. Jedného na našej strane a druhého na strane pacienta a diagnózy. Prvým kritériom bol už prebehnutý klinický výskum na určitej našej skupine pacientov/diagnóz, aby bolo možné odvolať sa pri hodnotení výstupov telemedicíny na spoľahlivosť a reprodukovateľnosť nami zhromažďovaných údajov. Druhým kritériom boli určité charakteristiky diagnózy a pacienta. Začnem pacientom – je samozrejme, že nie každý má ochotu, sklon, záľubu, či dokonca schopnosť ovládnuť nové technické zariadenia. Kritériom výberu preto musí byť splnenie týchto predpokladov. Ukazuje sa však, že pacienti nemajú s technológiami problém, k čomu prispieva aj skutočnosť, že „naše“ systémy

sú užívateľsky veľmi priateľské. Čo sa diagnózy týka, vybrali sme syndrómy s najnestálejším priebehom, typickým fluktuáciou v priebehu hodín a málo dní, pričom oneskorená reakcia na zmenu môže mať následky. Meriame raz a viackrát za deň zmeny v hmotnosti, tlaku krvi, pulzovej frekvencii, telesnej teplote a hladine cukru. Výsledné hodnoty sa preberajú a odosielaajú k nám prostredníctvom mobilného telefónu – pacient nemusí robiť nič než „odmerať sa“.

Koľko pacientov je momentálne zapojených do projektu pre telemedicínsku diagnostiku?

Pilotná fáza, ktorá začala v tomto období, má cieľový počet pacientov okolo dvadsať, proces zaradovania pacientov má zatiaľ rýchlosť dvaja za týždeň.

Pre aké typy ochorení by mohla byť telemedicína nápomocná?

Osobne sa nazdávam, že tvorivá iniciatíva v telemedicíne nemá hranice. V praxi vnímam ako hlavnú hranicu telemedicíny apatiu. Inak je možné ju aplikovať vo všetkých podoboroch vnútorného lekárstva – ak by som sa mal obmedziť na svoju oblasť; ani ich netreba menovať. Sú tam bezpochyby úplne všetky.

HOSPITALIZOVANÍ PACIENTI

Do monitoringu sú zapojení aj covid pacienti (potvrdení aj suspektní) hospitalizovaní na vašej klinike. Ako to funguje v praxi?

Naše praktické skúsenosti v tejto oblasti sú, našťastie, obmedzené, pretože s nástupom projektu opadávala tsunami vlna infekcií COVID-19. Uzatvárali sa jednotky špecializovanej COVID starostlivosti, kam bola telemedicína predovšetkým smerovaná. Ak by však nebol došlo k ďalším vlnám, význam telemedicíny by bol nedocenený. Okrem toho, že by na „bežnej“ jednotke umožnil sledovanie ako na „JIS-ke“, dosiahlo by sa prostredníctvom telemedicíny aj epidemiologické bezpečie pacientov a personálu redukciou ich vzájomného kontaktu. A to bez rizika, vyplývajúceho z nespozorovanej zmeny stavu. My sme si signály mohli nastaviť sami – skúsený tím určí, pri akých odchýlkach sa má začať poplach. Upozornenia na zmeny

fyziológických funkcií sa sústreďujú na jednom mieste, ktoré sleduje zdravotnícky pracovník 24 hodín denne. Signál je zvukový a svetelný – nemal by sa dať prehliadnuť. Potom začína akcia.

Akým spôsobom sú tieto dáta na klinike zdieľané s ďalšími lekármi špecialistami?

Ak hovoríme o covid prostredí, výsledky medzi konziliármi by sa mali zdieľať dostupným neosobným spôsobom: prostredníctvom nemocničného informačného systému, telefonicky, mailom. Inak považujem za najprínosnejšie osobné konzílium.

Aká je spätná väzba zo strany ošetrojúceho personálu?

V covidovom usporiadaní by celý personál z dôvodu ochrany pred nákazou telemedicínu uvítal s otvorenou náručou. Na „bežnú“ medicínu potrebuje telemedicina ešte čas, domáce výsledky, ktoré samotné pôsobia ako persúázia v otázke novinky. Na rozvoj telemedicíny je v súčasnosti zjavne potrebný aj určitý entuziazmus. No a táto podmienka je v prostredí HEGITO našťastie splnená.

CHRONICKÍ PACIENTI V DOMÁCEJ LIEČBE

Na aké ochorenia ste sa zamerali v prípade chronicky chorých pacientov?

Všetky vopred stanovené kritériá, spomenuté vyššie, na základe ktorých sme vybrali skupinu pacientov/diagnózu, jednoznačne splnila cirhóza pečene, ktorá prestala byť stabilizovaná (kompenzovaná). Na príčine cirhózy nezáleží.

Aká je odozva zo strany pacientov?

Je podľa nej už teraz jasné, že si telemedicina medzi pacientmi nachádza svojich užívateľov. Sebapoznanie prostredníctvom telemedicíny má podľa mňa aj veľkú pridanú hodnotu – v nevyhnutných minútach záujmu o seba, v čase, ktorý človek venuje starostlivosti o seba, v poznávaní súvislostí medzi fyziologickými funkciami a tým, čo robím, cítim, vnímam, jem, myslím...

Ako by mohla telemedicina pomôcť lekárom špecialistom z vašej branže?

Telemedicinizovať prípadnú pandémiu bez ohrozenia prognózy pacientov bez covidu, s ochranou infikovaných pacientov, pacientov v riziku infekcie a personálu. Racionalizovať prietoky diagnóz (naschvál nepoužívam slovo pacient – ide o systémovú matematiku) zdravotnou starostlivosťou – odbremeniť preťažené segmenty bez zmeny prognózy pacientov a zamerať pozornosť na neodkladné a naliehavé situácie. Stimulovať pacientov k sebapoznaniu, poznaniu svojej diagnózy, reakcií organizmu na zmeny prostredia. Myslím, že by to mohlo viesť k zlepšeniu prognózy vrátane kvality a dĺžky života. Ušetriť zdroje financií. Stimulovať klinický výskum, ktorého výsledky by sa bezprostredne vrátili pacientom.

Partnermi projektu sú Slovenská technická univerzita a Goldmann Systems. Ako vnímate spoluprácu s týmito tímami?

Odborne obdivuhodná profe-

sionalita, tvoria inšpirujúce mentálne prostredie, ľudsky radost stretnúť sa.

PREVENCIA A TRENDY
Slovensko je 4. krajinou Európy v rebríčku úmrtnosti z dôvodu ochorenia pečene. Tukovú chorobu pečene má až 44% Európanov (údaje z 2013), na Slovensku je to pravdepodobne ešte viac. Výskyt hepatocelulárneho karcinómu sa na Slovensku za posledných 10 rokov zvýšil takmer o 200%.

Má Slovensko nejaké špecifiká pre tento negatívny vývoj?

Má. Domény ste vlastne vymenovali v otázke. Sme v takom štádiu rozkladu zdravia ľudí, že by sme chceli byť v číslach úplne presní, aby sa dala koncipovať účinná akcia. Pracujeme na tom intenzívne.

Ktoré skupiny obyvateľstva sú najviac postihnuté?

Všetky. Najviac úmrtí je však medzi 25–45-ročnými (strata rokov života je najvyššia spomedzi všetkých chronických chorôb: tam, kde to spočítali, to bolo 29 rokov!), chorejú však už aj sediace jediace deti. Ženy sa vo výskyte a úmrtiach emancipovali. Z literatúry sa dá odvodiť, že je v chorobnosti sociálna nerovnosť, na Slovensku to však ešte treba overiť.

Skrytou hrozbou ostáva doteraz hepatitída typu C. Predpokladá sa, že na Slovensku je asi 35-tisíc ľudí, ktorí s hepatitídou C nevedome žijú celé roky. Máme zavedené preventívne opatrenia pre toto ochorenie?

Vďaka Nobelovou cenou ohodnotenej liečbe, ktorú je možné považovať za jeden zo skvelých príkladov pokroku v medicíne, by hepatitída C hrozbou vôbec nemusela byť. Prevencia sa nedá účinne aplikovať kvôli povahe hlavného ohniska a vo svete sa preto razí pojem „liečba ako prevencia“. Keďže lieky dnes môžu vyliečiť skoro každého, WHO vyhlásila zámer tzv. Eliminácie hepatitídy C ako zdravotného problému. Na Slovensku by pomohlo, keby sme neboli poslednou krajinou Európskej únie, v ktorej existujú takzvané bariéry liečby, ktoré znemožňujú palbu do ohniska nákazy.

Čím vás odbor hepatológie oslovil?

Svojím zameraním. Bola vtedy veľmi opustená.

Ak by ste mali možnosť rozhodnúť sa pre inú špecializáciu, ktorou cestou by ste sa pravdepodobne vybrali?

Nemenil by som. Analytická psychológia. Filozofia súčasnej medicíny.

Venujete sa mimoriadne náročnej práci, čím si „dobýjate baterky“ a energiu?

Život v divočine. Spriaznené duše.

Za rozhovor ďakuje Ladislav Bitto



Všetky podstatné informácie o telemedicíne nájdete na www.goldmann.sk
Neváhajte kontaktovať na telemedicina@goldmann.sk

Otec revolučnej liečby termických úrazov

Spomienka na MUDr. Štefana Šimka



MUDr. Štefan Šimko, CSc. sa narodil v rodine lekára, pracujúceho v posádkovej nemocnici Cisárskej rakúskej armády v roku 1916 v Košiciach, kde maturoval v roku 1934. Medicínu študoval na Karlovej univerzite. Po Viedenskej arbitráži a anexii južných území Slovenska horthyovským Maďarskom promoval na LF Univerzity v Zürichu. Pôsobil na III. Chirurgickej klinike v Budapešti, kde ho zastihol povolávací rozkaz do Maďarskej kráľovskej armády, odkiaľ dezertoval do Juhoslávie, kde pôsobil ako lekár v národnooslobodzovacej armáde. V bojových podmienkach, pri mizernom technickom vybavení, zachraňoval aj tie najťažšie stavy.

Frontové skúsenosti a schopnosť improvizácie dokázal využiť v neskoršej praxi. Po vojne nastúpil na košickú polikliniku stred, neskôr ho preložili do Štátnej nemocnice v Martine, kde bol zástupcom skvelého chirurga MUDr. Steinera. Pokračoval vo Vojenskej nemocnici v Prešove, odkiaľ išiel na stáž na pražskú kliniku plastickej chirurgie k profesorovi Burianovi. Ako náčelník chirurgického oddelenia vo vojenskej nemocnici v Ružomberku vybudoval chirurgický pavilón. Pokračoval ako náčelník chirurgického oddelenia posádkovej nemocnice v Košiciach. Založil a vybudoval oddelenie na liečbu popálenín v ZÚNZ pri VSŽ Košiciach-Šaci, z ktorého neskôr vzniklo Centrum na liečbu popálenín ZÚNZ pri VSŽ Košiciach-Šaci a dosahovalo uznanie aj v zahraničí. Má svojich členov v medzinárodných organizáciách, pracuje v oblasti medzinárodnej výmeny kožných bánk a organizuje svetoznáme kongresy so svetovou účasťou. Bol členom nemecko-rakúsko-švajčiarskej lekárskej spoločnosti. Juhoslovanský prezident Tito mu udelil vyznamenanie Rad za zásluhy o národ so striebornými lúčmi a Vojnovú hviezdu Zväzu bojovníkov, dostal vojnový kríž 1939, zahraničnú medailu za chabrosť, Medailu M. R. Štefánika I. triedy, Raymanovu medailu, Medailu nemeckej traumatologickej spoločnosti. Po novembrovom politickom prevrate v roku 1989 a páde totality v roku 1990 ho povýšili do hodnosti generálmajora v. v. Frontové začiatky doktora Šimka a jeho neskorší osud pripomínajú príbeh jednej z najväčších osobností slovenskej medicíny profesora Karola Virsika, o ktorom hovorili ako o Otcovi boja proti tuberkulóze. Kým pred rokom 1969 bola úmrtnosť na popáleniny 24 percent, neskôr, vďaka práci kolektívu primára Šimka, klesla na 2,4 percenta. Preto by mu mal právom patriť prívlastok Otec revolučnej liečby termických úrazov. Primár Štefan Šimko vychoval celý rad špecialistov: jeho pokračovateľom je MUDr. Ján Babík, CSc., ktorý teraz pôsobí v Nemocnici AGEL Košice-Šaca. Spolu so Štefanom Šimkom napísal prevratnú publikáciu Hromadné nešťastia - medicína katastrof. Ako spomína dnes na svojho učiteľa?

Pán doktor, mohli by ste nám priblížiť Šimkovo pôsobenie u Titových partizánov v Juhoslávii? Za akých podmienok pracoval a aké skúsenosti pritom získal?

Doktor Šimko odišiel ilegálne do Juhoslávie, keďže mu v tom čase hrozilo to, čo jeho rodičom, keď boli odvedení do koncentračného tábora v Osvienčime a on bol aktivovaný v rámci vojenskej služby do tábora pracovných záloh. Preto sa rozhodol pre ilegálny prechod do Juhoslávie, kde vstúpil do národnooslobodzovacej armády partizánskych oddielov NOVI-PO. Už samotný útek bol veľkým dobrodružstvom, rovnako tak prekračovanie hraníc. Doktor Šimko si nechal zasadrovať pravú ruku, aby vyzeral ako vážne zra-

nený, nemusel salutovať a hlásiť sa po ceste vlakom k hraniciam, cez celé Maďarsko do Subotice, kde už čakala budúca manželka Kovinka Čurič, ktorá ho doviedla k partizánskej jednotke v Petrovaradine. Po vstupe do partizánskeho oddielu NOVI-PO bola činnosť jeho aj jeho manželky ako zdravotnej sestry organizovaná vo forme mobilnej chirurgickej ekipy, ktorá mala pridelených dvoch vojakov, tri zdravotné sestry, z toho jednu inštrumentárku, a jednu kobyľu na pomoc pri presunoch materiálu a zranených. Partizánske nemocnice boli vo viacerých dedinách a obciach budované v podzemí s tunelom, ktorý musel byť kľukatý pre prípad útoku granátmi. V prvej fáze bol

nútený operovať s primitívnymi nástrojmi, namiesto skalpela bola britva, namiesto anestetik rakija. Na 60 pacientov mali jeden močový katéter. Obväzy sa prali a používali opakovane. Operovalo sa s postupným dávkovaním rakije. Keď už boli v provizórnej budove, operovalo sa v miestnosti s kachľovou pieckou, v ktorej sa kúrilo, a operatér bol opretý chrbtom, aby dokázal operovať napriek chladu. Vážnejšie zranenia brucha a hrudníka boli odvázané do talianskeho Bari. Počas dvoch rokov sa presúvali s poľnou nemocnicou v Slavonii v Srijeme a Bosne. Po porážke nemeckých vojsk bol doktor Šimko pridelený k nemocničnému operačnému centru S. I. v Novom Sade. Tam sa už pod-