

Josef Janošek:

Moje mikrobiologické cesty životom

Mám rád, keď človek zo seba vydáva svetlo.
Nezaujíma ma hrúbka sviece.
Meriam jej hodnotu len plameňom.

Antoine de Saint-Exupéry: Citadela

Ľudia v mojom veku sa už častejšie, spontánne obzerajú za seba. Aj mne sa stáva, že s pocitom ľahkej nostalgie sa občas vraciam do minulosti, tak ako to robím teraz, kedy súčasne ponúkam priehrštie spomienok, skúseností, pohľadov a snád' dokonca reflexií z môjho putovania viac ako 40-ročnou mikrobiologickou praxou, v priebehu ktorej som poznal rad skvelých spolupracovníkov, kolegov, kamarátov i ľudí bez väzby na moju profesiu, ktorí spoluvytvárali vnútornú krajinu môjho života.

V tomto okamihu sa cítim byť vďačný a dlžný súčasne. V istom zmysle od života už nič nečakám, bol by som však neúprimný, ak by som tvrdil, že som v živote, v ktorom som dosť tvrdo pracoval, a v ktorom som sa i dokonale vyhral pri realizácii mnohých svojich nápadov, nemal žiadne ambície. Dnes z pohľadu času a so zreteľom na dobu, v ktorej som žil, vidím, že tá rozumná časť mojich ambícií sa vrchovato naplnila. Nevedel by som si svoj život predstaviť bez mikrobiológie, ktorá ma už od mladosti fascinovala, bez práce v laboratóriu, z ktorého som sa mohol veľmi často vracieť v neskorých hodinách do harmonického rodinného prostredia, v ktorom mi to moji najbližší po celý môj aktívny život vzácnne tolerovali.

Štúdium mikrobiológie som absolvoval v roku 1958 na Prírodovedeckej fakulte MU v Brne u prof. RNDr. T. Martinca, DrSc. výrazne motivovaný v svojich odborných záujmoch vtedajším odb. asistentom, dnes prof. RNDr. S. Rosypalom, DrSc., pod vplyvom ktorého som sa vtedy intenzívne venoval problematike mikrobiologického stanovenia vitamínu B12 v biologickom materiáli. Na túto tému som predložil i svoju diplomovú prácu, pričom jej časť bola predmetom mojej prvej publikácie v roku 1960.

Rád si spomínam na inšpirujúce, tvorivé ovzdušie na brnianskej katedre mikrobiológie, kde sa v tom čase popri tradičných mikrobiologických disciplínach prednášali a cvičili i štatistické metódy hodnotenia pokusov (vtedy pod názvom Biometrika), čo bola veľmi náročná časť študijného programu, pričom tento spôsob vyhodnotenia sa dôsledne vyžadoval pri každej odovzdávanej práci. Tento matematický spôsob objektivizácie mi veľmi imponoval. Po celú nasledujúcu prax som si poznatky z tejto oblasti trvale dopĺňal a využíval som ich pri riešení každej odbornej problematiky. Na konci štúdia sme sa začali oboznamovať s prvými poznatkami o genetike baktérií, pričom aj táto oblasť mikrobiológie sa natrvalo stala súčasťou môjho záujmu, a preto som i v polovici 60-tych rokov na svojej materskej katedre absolvoval u RNDr. A. Rosypalovej, CSc. kurz metód z genetiky baktérií.

Silným odborným podnetom pre mňa bolo absolvovanie postgraduálneho štúdia mikrobiológie na Prírodovedeckej fakulte KU v Prahe, ktoré som ukončil v roku 1975, v tom istom roku som taktiež vykonal atestačnú skúšku na ILF v Bratislave. Bol som povďačný svojmu zamestnávateľovi, že som mal i v nasledujúcich rokoch trvalú možnosť sústavného odborného rastu napr. účasťou na najrôznejších profesných podujatiach alebo školiacich akciách. Celoživotné vzdelávanie som totiž vnímal ako samozrejmu dimenziu svojho života.

Svoje účinkovanie v oblasti lekárskej mikrobiológie som zahájil na Okresnej hygienickej stanici v Humennom a v klinickej mikrobiológii som pokračoval i po mojom prechode v roku 1963 do funkcie vedúceho mikrobiologického oddelenia a neskôr i vedúceho mikrobiologického odboru v Okresnej hygienickej stanici v Senici, ktorý bol detašovaný v areáli Nemocnice s poliklinikou na Myjave. Tu v prostredí myjavskej nemocnice som prežil takmer 39 rokov práce, celý zvyšok svojej odbornej mikrobiologickej kariéry. Už počas práce na OHS v Humennom som začal popri zamestnaní študovať na Chemickej fakulte STU v Bratislave, kde som, v snahe získať hlbšie biochemické vzdelanie, absolvoval v roku 1968 špecializáciu kvasných biotechnológií. Biochemické vzdelanie veľmi rozšírilo uhol mojich pohľadov na mnohé mikrobiologické problémy, najmä vo fyziológii a genetike baktérií, i môj pracovný záber.

Ľudsky ma obohacovala i moja vedúca pozícia na pracovisku aj keď bolo treba občas riešiť i záležitosti, ktoré pri mojej povahe viedli k mojim mnohým bezsenným nociam. A v 30-člennom pracovnom tíme sa už nájde dosť problémov odborných i osobných! Dnes viem, že každý šéf má medzi svojimi spolupracovníkmi trochu ťažké postavenie, ako to väčšina z nás pozná osobne zo svojej dvojjedinej úlohy: nadriadeného a podriadeného. Od svojho šéfa totiž podvedome čakáme, že bude popri bežnej riadiacej práci plniť aj akúsi funkciu symbolu, dokonca chceme, aby vyjadroval hneď dve jeho vrstvy: aby reflektoval, akými by sme chceli byť, aby bol súčasne aj trochu nad nami a inšpiroval nás, a aby aspoň v niečom i odzrkadľoval akí sme alebo za akých sa pokladáme, aby sme sa s ním mohli identifikovať.

Práca v Humennom mi priniesla bohaté diagnostické skúsenosti dané najmä skladbou diagnostikovaných agensov, ktorá bola vtedy odlišná od tej, ktorú som potom poznal pri práci vo vnútrozemí republiky: izolácia *Salmonella typhi* bola častým prípadom, zo shigel prevažovala *Shigella flexneri*, navyše sa tu vyskytovali kmene s neobvyklou výbavou markerov rezistencie v dôsledku infiltrácie z okolitých štátov (Poľsko, ZSSR, Maďarsko), záchyt agensov *Corynebacterium diphtheriae* (i toxických kmeňov) v dosť nezvyčajných klinických súvislostiach nebol ničím mimoriadnym, možnosť stretnúť sa v sérologickom laboratóriu s pozitívnym nálezom na lues bola takisto väčšia. Tu som sa v rokoch 1962 - 63 v spolupráci s kožným oddelením NsP v Humennom úspešne venoval i príprave autovakcín, v čom som pokračoval určitú dobu i po svojom prechode do Myjavy, kde som naviazal veľmi plodnú spoluprácu nášho pracoviska s prim. kožného oddelenia v NsP Skalica MUDr. K. Kleiblom, CSc., ktorý využíval úspešne terapiu autovakcínami v svojej klinickej praxi, pričom nami pripravovaný kompletný bakteriálny antigén

pomocou kultivácie na sterilných celofánových membránach sa ukázal ako imunologicky veľmi efektívny. Tieto naše aktivity sa však skončili v roku 1966, kedy v dôsledku administratívneho opatrenia bola príprava autovakcín sústredená na špecializovanom pracovisku na vtedajšej MHS Bratislava - Palisády. Toto opatrenie však v našom prostredí znamenalo depresiu v liečbe autovakcínami, stratil sa totiž pozitívny vplyv priameho kontaktu mikrobiológ - klinik, ktorý nebol plne vyvážený pozitívami získanými zriadením špecializovaného pracoviska v Bratislave.

V roku 1962 sa v meste Humennom zaznamenal periodický zvýšený výskyt dyzentérie vyvolanej zárodkami *Shigella flexneri*. Ukázalo sa že táto epidemiologická periodicitu koinciduje s periodicitou kvality (resp. nekvality) pitnej vody v mestskom vodovode (úroveň chlorácie, prítomnosť hodnôt indikátorov fekálneho znečistenia). Vyslovená pracovná hypotéza vynesla na svetlo požiadavku objektívneho dôkazu *Shigella flexneri* vo vode a vo vonkajšom prostredí vôbec. Technika membránových filtrov bola pre ich komerčnú nedostupnosť v začiatkoch a navyše možnosť filtrácie väčšieho objemu vody sa ukázala nereálna (membránový filter sa upchal). V tejto súvislosti som sa preto začal zaoberať možnosťou dôkazu *Shigella flexneri* pomocou "prísne špecifického bakteriofága" (reakcia vzostupu titru fága - RVTF, Timakov a Goľďfarb 1956, 1960). Táto situácia otvárala v mojom živote niekoľkoročné obdobie intenzívneho záujmu o problematiku bakteriofágov vôbec. Podarilo sa vypracovať vlastnú verziu tejto reakcie s využitím vlastného vyselektovaného špecifického fága a súčasne i kriticky vymedziť parametre tejto metódy (1962 - 68) s tým, že vzhľadom na asi 5 % výskyt falošne pozitívnych reakcií je vhodná najmä pre epidemiologické použitie, na rýchle vyhľadávanie (do 24 hod.) pozitívnych osôb v ohnisku nákazy prípadne i na prísnejšie sledovanie vylučovania zárodkov *Shigella flexneri* počas liečby s využitím rýchlejšej a vyššej záchytnosti RVTF v porovnaní s tradičnými kultivačnými technikami. V uvedenej práci som pokračoval i po prechode do Okresnej hygienickej stanice Senica nad Myjavou, kde som ju i dokončil a po určité obdobie, v tom čase už doznievajúceho zvýšeného výskytu dyzentérií vyvolaných kmeňmi *Shigella flexneri*, paralelne sledoval vylučovanie shigel v stolici popri tradičných kultivačných technikách i reakciou RVTF.

Aj keď tieto epidemiologické súvislosti nám dnes znejú dosť absurdne, v 60-tych rokoch ešte patrili rozsiahle epidémie dyzentérie, v ktorých ako vektor nákazy vystupoval zdroj pitnej vody, ku každoročným situáciám v mikrobiologickom laboratóriu, a to nie len v oblasti východného Slovenska, ale i na území západoslovenského okresu Senica nad Myjavou.

Situácia v dezinfekčnej praxi v našom teréne ma vyprovokovala orientovať svoj záujem (1967 - 69) na veľmi zaujímavú skupinu alifatických zlúčenín s obsahom kyslíka s najúčinnejšou skupinou látok – perkyselín – reprezentovaných najmä kyselinou peroctovou, ktorú sme pomohli úspešne uviesť do bežnej praxe v našom spádovom rajóne (práce doc. MUDr. Ticháčka, CSc., vlastné merania), pričom sa podarilo i rozšíriť generický rad perkyselín o nami nasyntetizovanú kys. permaslovú a stanoviť jej dezinfekcionistické parametre.

V roku 1970 som sa zúčastnil na likvidácii epidémie cholery v oblasti

východného Slovenska, v diagnostickom centre na KHS Košice. Táto udalosť bola výbornou odbornou skúsenosťou z tak veľkej a epidemiologicky závažnej akcie, ktorá svojím rozsahom pripomínala skôr likvidáciu ekologickej katastrofy v dnešných časoch, a to i s asistenciou armády. V diagnostickom centre sa pracovalo nepretržite 24 hodín denne, všetci pracovníci sa museli zdržiavať v ohnisku nákazy, z ktorého bolo možné odísť až po ukončení pobytu a po absolvovaní karantény s potrebnými kontrolnými vyšetreniami. Pri nástupe do ohniska nákazy sa všetci podrobili ochrannému očkovaníu vakcínou s preventívnym krytím tetracyklínovou hladinou do predpokladaného nástupu imunity. Tu som sa za laboratórnym stolom stretol i s p. Dr. Ognevou, mikrobiologičkou, ktorá patrila k tímu sovietskych expertov vyslaných do ohniska. Pracovali sme vtedy spolu väčšiu časť pracovnej smeny. S obdivom som pozoroval širokú škálu makroskopických znakov (farebný odtieň, opalescencia, zmeny pozorovateľné pri rôznom uhle osvetlenia), ktorú dokáže skúsené a cvičené oko erudovanej odborníčky ozbrojené lupou rozpoznať u narastených bakteriálnych kolónií a súčasne ich aj diferenciálne diagnosticky využiť. Pre nás bol v tom čase selektívny alkalický MPA, ktorý sme používali, skôr len zdrojom diagnosticky podozrivých kolónií, pričom v ďalšom kroku, pred sérotypizáciou, sme sa spoliehali dôsledne na objektívnejšiu biochemickú identifikáciu. Zrejme tento odlišný prístup bol odrazom rozdielu našich vtedajších diagnostických možností.

Pri práci v laboratóriu sme sa stretávali i so svojimi českými kolegami, ktorí sa na diagnostických prácach podieľali, aj keď z podstatnej časti bola potreba pracovníkov krytá zo slovenských terénnych ústavov, najmä z mikrobiologických odborov okresných hygienických staníc. Záujem o prácu v ohnisku nákazy zo strany českých mikrobiológov bol však veľký, najmä u známych mikrobiologických nadšencov, pretože išlo o získanie odborných skúseností za celkom mimoriadnych okolností a navyše, čo poznám i zo svojich vlastných pocitov, zaváňalo to trocha i romantikou pionierskych začiatkov v lekárskej mikrobiológii.

V dôsledku obrovského návalu biologického materiálu to bola práca síce veľmi únavná, avšak ani o úsmevné a zábavné situácie nebola núdza (napr. historka o tom, ako v Belej nad Cirochou v rámci protiepidemických opatrení dezinfikovali roztokom chloramínu kravu). Groteskné bolo, že napriek všadeprítomným "mikrobiologickým a epidemiologickým manévrom" a napriek uzávere celej oblasti, bolo obyvateľstvo sústavne presviedčané, že sa nič závažného nedeje a že sa jedná o v tomto ročnom období bežný prípad výskytu hnačkovitých ochorení. Táto verzia sa nanútené prezentovala i v oficiálnych odborných jednaniach, ako si mi v tom čase raz pri večeri posťažoval doc. MUDr. Červenka krátko po návratu z jednania s poľskou stranou na Slovensko-Poľských hraniciach, kde bol povinný v tomto zmysle informovať i poľského ministra zdravotníctva, a to dokonca už v čase, kedy celý priebeh epidémie cholery bol po epidemiologickej i mikrobiologickej stránke dobre zvládnutý. Musel si vtedy vypočuť i štipľavú ponuku, že ak situáciu nezvládame, je poľská strana ochotná nám poslať odbornú pomoc. Pán docent Červenka bol v ten večer veľmi smutný, vedel totiž dobre, že táto nanútená prezentácia epidemiologickej situácie nielen urážlivým spôsobom podceňuje odborný rozhľad, informovanosť a odbornú intuíciu partnera, ale

súčasne i dehonestuje odborné schopnosti jeho a i nás všetkých, ktorí sme sa na likvidácii tejto mimoriadnej situácie podielali. Epidémia cholery sa totiž stala pre mocných obťažujúcim politickým problémom.

V pamäti mi však zostal nezabudnuteľný, veľmi priaznivý dojem z dobrej organizácie práce nielen v laboratóriu ale i v epidemiologickom teréne, čo bol výsledok najmä organizátorského úsilia práve nášho špičkového odborníka - epidemiológa na cholery, vtedajšieho doc. MUDr. J. Červenku a tímu jeho spolupracovníkov. Táto udalosť súčasne na niekoľko budúcich rokov sústredila odborný záujem lekárskejších mikrobiológov na túto závažnú skupinu mikroorganizmov - vibrií a najmä *Vibrio cholerae*, o ktorom sme sa dovtedy naivne domnievali, že v našom prostredí nemá šancu sa klinicky uplatniť, i na diagnosticky príbuzné aeromonády a plesiomonády.

Začiatkom 70-tych rokov sme v zdravotníckych zariadeniach nášho spádového rajónu, najmä lôžkového charakteru, zaznamenali vlnu výskytu vysoko polyrezistentných kmeňov *Staphylococcus aureus*, prevažne fágovej skupiny III, so zachovanou citlivosťou z vtedy bežných antibiotík len na chloramfenikol a oxacilín a v ďalšom vývoji už len na oxacilín, ktoré sa objavili najsamprv v NsP Skalica a postupne infiltrovali do všetkých zdravotníckych lôžkových zariadení nášho okresu, pričom liečba nimi vyvolaných infektov bola spojená s veľkými ťažkosťami. Tento problém ma veľmi zaujal a dlhodobe (1973 - 90) nasmeroval môj záujem na problematiku tzv. prenosnej (plazmidicky kódovanej) rezistencie na antibiotiká u stafylokokových kmeňov. Pre testovanie transferability všetkých sledovaných markerov rezistencie u terénnych kmeňov sme využívali dva vlastné, "skonštruované" recipientné kmene *Staphylococcus aureus* experimentálne vybavené markermi rif-r a fur-r. Podarilo sa potvrdiť transferabilitu a tým i plazmidický charakter všetkých sledovaných typov rezistencií, pričom v súlade so stávajúcou epidemiologickou situáciou antibiotickej rezistencie u stafylokokových kmeňov sa najčastejšie a s najvyššou frekvenciou prenášal marker tet-r, čo zrejme súviselo najmä s vysokým počtom kópií tetracyklínového plazmidu v stafylokokových bunkách (práce Chopra a spol. 1973). Poznatky z tohto longitudinálneho sledovania sú uložené v záverečných správach dvoch výskumných úloh MZdSR (1980, 1990), v troch časopiseckých publikáciách a niekoľkých referátoch prednesených o tejto problematike na rôznych mikrobiologických konferenciách.

Roky 1976 - 81 sú v mojej pamäti spojené s vyčerpávajúcou aktivitou pri výstavbe novej budovy nášho mikrobiologického odboru OHS v areáli NsP Myjava, do ktorej sme sa nasťahovali v auguste 1981. Súčasne však sa v tom období v odbornej oblasti začínala mohutná vlna úsilia o vyššiu úroveň racionalizácie práce na mikrobiologických pracoviskách spojená s miniaturizáciou metodických postupov a s ich technizáciou. Získavanie potrebnej prístrojovej techniky bolo vtedy z nedostatku komerčne dodávaných prístrojov spojené s intenzívnou tvorivou aktivitou nás mikrobiológov a s výrobou potrebných zariadení vo vlastnej réžii, prakticky "na kolene", alebo prevzatím od vynaliezavejších a technicky nadanejších kolegov. V tom čase sa spontánne vytvorilo veľmi aktívne centrum racionalizácie československého významu v Mikrobiologickom odbore OHS v Liptovskom

Mikuláši zásluhou výraznej osobnosti RNDr. J. Bohuša, CSc.

Vyššia úroveň profesionalizácie laboratórnej mikrobiologickej diagnostiky je spojená až s komercializáciou diagnostických súprav a najmä s preniknutím počítačovej techniky do praxe mikrobiologických laboratórií od poloviny 80-tych rokov, najmä po roku 1989. Tento proces bol však na začiatku spojený so značnými ťažkosťami: s finančnou nedostupnosťou techniky a vhodného software i erudovaných programátorov, s malou technickou informovanosťou mikrobiológov. Pod silným časovým tlakom bolo treba zvládnuť tento nastupujúci trend, ktorý sľuboval nové možnosti, a to i na úrovni terénnych pracovísk, najmä v širšom a rutinnejšom využívaní metodík, ktoré boli v tom čase síce už známe, avšak obmedzene využívané pre ich mimoriadnu časovú náročnosť vyplývajúcu najmä z vysokého podielu manuálnej práce: vyhodnotenie hladín protilátok, stanovenie hladín antibiotík v telových tekutinách, kvantifikácia citlivostí patogénov na antibiotiká, pohodlné, rýchle i priebežné spracúvanie a vyhodnocovanie rozsiahlych databáz, v našej situácii najmä týkajúcich sa sledovania stavu rezistencie na antibiotiká, technizácia vedenia laboratórnej dokumentácie. Tento trend sa však ani v nasledujúcej budúcnosti ešte zďaleka nevyčerpal.

Bezvýchodiskovosť pri získavaní ochotného programátora (samozrejme nadšenca alebo ochotného kamaráta, ako by som ho ináč zaplatil?), spojená s osobnou nedočkavosťou ma donútila ešte v polovine 80-tych rokov znova zasadiť do školských lavíc, zvládnuť programovací jazyk a pustiť sa do programovania. V nasledujúcich rokoch (1988 - 1998) sa podarilo na základe rozsiahlej selekcie rôznych vyjadrení kalibračného grafu vybrať osobitú matematickú formuláciu kalibračnej krivky, ktorá sa i pri dlhodobom používaní ukázala spoľahlivo univerzálna v celom merateľnom rozsahu absorbancií a na základe nej a s využitím jej výhodných transformácií, vytvoril viac ako 10 účelových programových riešení pre vyhodnotenie imuno-enzýmových reakcií s niekoľkými úspornými variantami, ktoré dovoľujú výhodnú racionalizáciu práce, spracovanie imunoprecipitačných reakcií a vypracovanie počítačového systému mikrobiologickej kontroly antibiotickej terapie (i v českej jazykovej verzii). Podstatne sme si rozšírili i možnosť účelného taktizovania pri racionálnom spracúvaní vzoriek, vylúčili sme manuálne a zdĺhavé hodnotenie ELISA meraní pri dôslednom používaní kvantitatívneho vyjadrovania hladín markerov (titre, jednotky, váhové vyjadrenie). Tieto programy, v začiatkoch formulované ešte pre prvé, jednoduché počítače typu PMD, boli po vhodnom doplnení pretransformované na bežné súčasné počítače, pričom úspešne slúžia na našom pracovisku doteraz.

K špecifikám práce mikrobiológa v zdravotníctve patri silný pocit zodpovednosti voči chorému, ktorého materiál sa v laboratóriu vyšetruje, pričom však pre tohto človeka ostáva mikrobiológ v anonymite. Výsledok práce klinického mikrobiológa je totiž zakomponovaný až v kvalite odborného rozhodnutia ošetrojúceho lekára. Náročným rysom našej profesie je i nutnosť širokého rozhľadu, trvalého a plného sústredenia a pripravenosti na možný výskyt veľmi bohatej škály i neočakávaných patogénnych agensov spojená s nutnosťou veľkej metodologickej i technickej vynaliezavosti pri riešení často nečakaných diagnostických problémov.

Ešte v nepríliš dávnej minulosti bol mikrobiológ do značnej miery odkázaný predovšetkým na svoje veľmi vycvičené zmysly, najmä na zrak a čuch. Platí, že jeho plná pozornosť v diagnostickej práci nemôže nikdy ochabnúť, pretože len tak sa mu môže pošťastiť, že v záplave každodennosti, stovák, možno i tisícok každodenných banalít, objaví čosi mimoriadneho. Ak by chcel snáď niekto hovoriť v tejto súvislosti o šťastnej náhode, treba mu pripomenúť, že náhoda praje len pripraveným!

Excelentným potvrdením tejto skúsenosti je úžasný a klinicky i epidemiologicky nesmierne závažný záchyt v našom prostredí tak neobvyklého patogéna, akým bolo *Vibrio cholerae* diagnostikované RNDr. J. Bohušom, CSc. v terénnom mikrobiologickom laboratóriu OHS v Michalovciach na východnom Slovensku v roku 1970, ktorý bol súčasne i hlavným autorom mikrobiologickej diagnostickej techniky a metodiky práce v ohnisku nákazy vypracovanej obdivuhodne s potrebnou presnosťou i dôkladnosťou, na ktorej nebolo nutné ani po opadnutí počiatkových improvizácií vo vtedajšej epidémii robiť zásadnejšie zmeny.

Ja sám som mal podobné šťastie len dvakrát v živote: v roku 1973 som na našom pracovisku mikrobiologicky diagnostikoval prvý prípad sepsy vyvolanej agensom *Yersinia enterocolitica* } biotyp 4, sérotyp O:3) v Československu (t. č. 19. prípad na svete, čo potvrdil i prof. H. Mollaret z Centre National des Yersinia, Institut de Pasteur (*Yersinia enterocolitica*, sérotyp O:3, fágotyp 8). Mikrobiologická záludnosť uvedeného agensu izolovaného v tejto súvislosti spočíva v mimoriadnej neobvyklosti jeho izolácie z krvi chorého. Do tej doby bolo vo svetovej literatúre známych len 18 prípadov sepsy vyvolaných týmto mikroorganizmom, a to najmä u ľudí s poškodenou imunitou, čo si vyžaduje mimoriadnu odbornú pripravenosť mikrobiológa a vynikajúcu koncentráciu pri práci. Krátko po tom v roku 1974 sme zaznamenali ďalšiu veľmi neobvyklú izoláciu (prvý publikovaný prípad na svete), a to mikroorganizmu *Aerococcus viridans* (v 10 z 13 vzoriek hemokultúr) ako pôvodcu infekčnej endokarditídy. Táto izolácia vtedy pomohla úspešne a rýchlo vyriešiť mimoriadne závažnú infekciu a súčasne priniesla prvú informáciu o tom, že toto dosť banálne infekčné agens sa dokáže podieľať za určitých okolností v ľudskom organizme i na infekciách s mimozriadne ťažkým priebehom: pacient, 45 ročný muž s postreumaticky poškodenou mitrálnou chlopňou a s diabetom, sa v dôsledku priaznivého antibiotikogramu kauzálneho agens vtedy vyliečil, avšak následnú recidívu po roku zaplatil životom, najmä preto, že už nevyhľadal hospitalizáciu v našej nemocnici.

V našom Mikrobiologickom odbore OHS sme zaznamenali neskoršie (rok 1987) ešte jeden zaujímavý prípad - nález vajíčok patogénnej motolice *Dicrocoelium dendriticum* v stolici 11-ročného chlapca z Holíča interpretovaný ako prvý prípad neimportovanej dikroceliózy na území Československa, ktorý mal i dôležitý praktický klinicko-diagnostický efekt: tento v našom prostredí neobvyklý laboratórny nález konečne umožnil zvoliť cieleňú antiparazitárnu liečbu. Až na základe tejto terapie sa totiž podarilo vyriešiť dlhotrvajúce zdravotné ťažkosti 11-ročného pacienta, pre ktoré do toho času nebolo možné objaviť objektívnu príčinu, a preto i nastavená liečba bola rozpačitá. Tento nález sa podaril môjmu mladému kolegovi RNDr. F. Ondriskovi a popri

jeho odbornej hodnote pre mňa osobne vtedy znamenal najmä veľké uspokojenie s utvrdením sa, že sa mi darí "infikovať" svojich mladších spolupracovníkov intenzívnym záujmom o odborné problémy mikrobiológie.

Pamätám si ešte na viacero diagnostických významností, ktoré už síce nemajú lesk primátu záchytu, avšak v každom prípade to boli mikrobiologické i epidemiologické pozoruhodnosti, ktoré ma odborne obohatili. Z nich stojí za pripomenutie záchyt nosičstva paratyfu B u muža až na základe izolácie *Salmonelly paratyphi B* zo spúta v súvislosti s jeho ochorením abscesom pľúc alebo nečakaný objav nosičstva paratyfu A u ženy vyšetrovanej v súvislosti s epidémiou dyzentérie,

kedy kultivačný záchyt *Salmonelly paratyphi A* objasnil roky úsilovne a bez úspechu hľadaný zdroj endemického výskytu paratyfu A v jednej obci na Záhorí trvajúci od skončenia 2. svetovej vojny - paratyfus A sem bol totiž zavlečený vojakmi nemeckej posádky zo severnej Afriky počas vojnových rokov.

Takéto kultivačné nálezy z našej súčasnej laboratórnej mikrobiologickej praxe vymizli a vytráca sa zrejme i potrebná odborná diagnostická erudícia spojená so schopnosťou spoľahlivého a promptného záchytu týchto agensov (najmä *Corynebacterium diphtheriae*, *Salmonella typhi*, *Salmonella paratyphi A* a B). Akcent sa totiž v dnešnej mikrobiologickej diagnostikej praxi presunul na iné skupiny patogénov, ktoré získali klinický význam až v súvislosti so širokým a masívnym používaním antibiotík, a to i vo veterinárnej praxi, alebo medicínsky význam ktorých bol v minulosti prekrytý klinicky závažnejšími agensami, pôvodcami ťažkých a život ohrozujúcich infektov.

Som si vedomý toho, že toto moje nostalgické obzretie sa je svedectvom videným z môjho osobného uhla pohľadu a je teda subjektívnou výpoveďou, iný pohľad však asi nie je možný. Rád by som sa na svoju obranu pri tejto príležitosti odvolal na českého filozofa vedy, prof. RNDr. Zdeňka Neubauera, pôvodcom mikrobiológa, ktorý vyslovil názor, že "objektivita" nie je vlastne vylúčením "subjektivity", ale "cnosť" subjektu, ktorý reflektuje seba samého a svoju aktívnu úlohu v procese poznávania.

Po celý svoj aktívny život som pracoval nielen v hlbokom teréne, ale i na jeho geografickej periférii, nútený si s väčšinou problémov poradiť sám, čo zo mňa vychovalo skôr individualistu, ktorý nebol zvyknutý "pýtať sa na cesty" ale skôr sa "pýtal ciest" tým, že ich skúšal. Som rád, že toto moje účinkovanie v extrémnych terénnych podmienkach, ktoré bolo spojené s vysokým odborným nasadením, mi prinieslo vrchovato pocit vnútorného uspokojenia z práce, ktorú som odovzdával, ako i pocit zmysluplnosti môjho usilovania. Za toto obdobie evidujem i 111 rôznych odborných mikrobiologických aktivít (časopisecké publikácie, výskumné úlohy, referáty na odborných konferenciách), z čoho je 28 odborných časopiseckých publikácií s mojím autorstvom alebo spoluautorstvom. Pozitívnou pracovnou motiváciou pre mňa vždy boli i veľmi dobré odborné kontakty s klinickými pracoviskami nášho regiónu a dobré vzťahy na pracovisku, čo všetko súčasne pomáhalo budovať dobrý odborný kredit nášho pracoviska.

Rád by som tu odovzdal i svoju významnú osobnú skúsenosť spočívajúcu v poznaní, že klinická mikrobiológia sa dá robiť na dobrej odbornej úrovni i mimo veľkých mestských centier, a že to, že človek pracuje na geografickej periférii, vôbec nie je dôvodom na to, aby sa musel pohybovať i na periférii odbornej.

Za dobu svojej praxe som si vypestoval i silný vzťah k mestu, v ktorom už 52 rokov žijem. Naše mesto má v sebe totiž čosi vzácne osobitého, čoho si vážim a čo mi imponuje, na čom sa podpísala jeho geografická poloha, zloženie obyvateľstva, jeho história i súčasnosť a čo všetko dohromady vytvára jeho "génia loci". Mnohí sú tu doma lebo sa tu narodili, ja so svojimi najbližšími som tu domov našiel.

RNDr. Ing. Josef Janošek
oddelenie klinickej mikrobiológie NsP Myjava