

# Expediční lékařkou zase až „na stará kolena“



Avoriaz, Francie, základna Mont Blanc Helicopteres, 2015

Kristina Höschlová je lékařka a záchranářka, která se specializuje na horskou medicínu. V letech 2004 a 2005 byla lékařkou expedic na Chan Tengri, respektive Mount Everestu. Kromě výpadů do hor, ať už jako lékařka, nebo pod vábením vlastních ambicí, se zabývá rozvojem horské medicíny a záchranářstvím, k čemuž v rámci České republiky přispěla například založením Kurzu horské medicíny, který se jí podařilo akreditovat u nadnárodních organizací v oblasti horské medicíny. Letos proběhne druhý ročník Mezinárodního kurzu pro lékaře a chystá se i Kurz horské medicíny pro horolezce.

O povídání s Kristinou jsem dost stál, (a teď mě pánové horolezci nechápejte špatně, přece jen bylo tohle setkání zpestřením a zajímavým námětem pro rozhovor) po všech těch drsných zarostlých chlapech a neměnných trenčích na expedicích. Odlišná byla už má objednávka na zahrádce kavárny ve Zbraslavi, kde jsem byl Kristinou již očekáván: „Tak mi taky dejte tu okurkárdu a se dvěma brčky, prosím...“

**Taková ta klasická na úvod: Jak jste si našla vztah k horám, medicíně a jak došlo k propojení těchto okruhů?**

Ke každému odděleně asi. Mám tři sourozence a každý děláme něco jiného, takže bych neřekla, že mě rodiče nějak výrazně nasměrovali do hor, jak tomu obvykle bývá. Děťství jsem strávila v Podještědí, a to je krajina mého

srdce. Tam jsem právě už od malička chodívala za domem na pětisetmetrový kopec Ostrá horka, později na Ještěd, pak do Jizerek, Krkonoš a v osmnácti jsem poprvé byla na Mont Blancu. Právě od výstupu na Mont Blanc mě hory začaly hrozně bavit. Začala jsem následně každý rok jezdit dál a výš, podnikala jsem sólo výstupy a měla silnou motivaci. I nyní do hor jezdím stále a ráda, i když žádná extrémní výlety už nedělám. Myslím, že mě od určitého času vytižila profese lékařky, a zodpovědnost s ní spojená tuto touhu po výzvách do jisté míry nahradila.

A medicína? To bylo takové rozhodnutí na poslední chvíli. Ne že bych k ní odjakživa směřovala. Naopak mě bavilo všechno možné. Hodně jsem se věnovala hudbě, zajímaly mne i jazyky – japonština, romština, nebo třeba i matematika či geologie. A pak mě napadlo dělat záchranáře, protože jsem viděla přistávat vrtulník (smích). V tu chvíli mě ale nenapadlo, že by to mohl dělat i doktor. Od druhého ročníku medicíny jsem pak začala jezdit se záchranou službou, u čehož jsem už zůstala.

**Kudy vedla cestička k alpské letecké záchranné službě Mont-Blanc Hélicoptères a jak na tuto praxi vzpomínáte?**

V roce 2001, když jsem studovala, jsem udělala docela brzo všechny zkoušky a měla před sebou čtyři měsíce volna. Takže padlo rozhodnutí, že si pojedou někam vydělat peníze. Stoupla jsem si na dálnici D5 a stopovala směrem do Alp s bochníkem chleba, štanglí salámu a houslemi na zádech. Následně jsem se objevila ve švýcarském kantonu Valais u hranic s Itálií a Francií. Takto jsem se dostala na kozí farmu a začalo se vše nabalovat.

Měla jsem obrovské nutkání po tamních horách také lézt, ne se na ně jen dívat. Nejdříve se na mě tamní horští vůdci dívali jako na bláznivou holku, ale postupně mě začali brát vážně a dostávala jsem od nich tipy na různé výstupy. V roce 2005, to už jsem pracovala v Čechách jako lékařka, se mi ozvali z Verbieru – horské vesnice, kam jsem jezdila, že potřebují lékaře na zimní sezonu. Nabídku jsem ráda přijala a v průběhu sezony se dostala za kopec do Chamonix, odkud už vedla cesta k letecké záchranné službě Mont-Blanc Hélicoptères do Avoriaz. Další zimní sezonu jsem už nastoupila do Briançonu v jižní části Alp jako lékařka urgentního příjmu, vrtulníku a záchranky.

Do Čech jsem se pak vracela kvůli atestacím a práce zde mě také moc těší. Do Alp jsem pak stále často jezdila, i když spíš za přáteli a do hor. Pracovně jsem se tam vrátila až na poslední dvě zimní sezony, které trvaly tři až čtyři měsíce.

**Dnes pracujete na letecké i pozemní záchrance v rámci Libereckého kraje. O stejné, klidné i větší náročnosti, ve srovnání se**



Hvar, Chorvatsko, 2013



Callanques, Francie, 2007

**zahraničními pracovními štacemi nepochybují. Nechybí vám však dynamičnost Alp, ráz krajiny či pravidelná práce ve vysokohorském prostředí?**

Vše má něco do sebe. V Alpách jsou 93 % zásahů traumata, kdežto práce tady v Čechách má zase svou pestrost. U nás v Liberci slaňu-

jete do skal pro horolezce, pak letíte pro člověka s infarktem nebo mozkovou příhodou a následně musíte za dítětem, se kterým letíte do pražského traumacentra.

**Alpské země nebyly vaší jedinou zahraniční zkušeností. V pozici lékaře jste se dostala na výpravy i mimo Evropu. Jak velkou zodpovědnost v takovém případě cítíte, jaká výprava pro vás byla z pohledu lékařky nejnáročnější/nezajímavější?**

Jako lékařka jsem se dostala na expedice v letech 2004 a 2005. Právě v roce 2005, na Everestu, to pro mě byla zkušenost k nezaplacení. Tehdy jsem pochopila, že práce, kterou dělám v Čechách, je mnohem zajímavější než sedět na ledu a kamení a rozdávat paraleny a psychickou útlahu (*smích*). Expediční lékař si nemůže dovolit běžat po kopci a naplňovat své lezecké ambice. Myslím, že právě lezecké ambice jsou pro tuto roli velmi nepříznivé. Jste tam kvůli pacientům a musíte být vždy připraven s nimi kdykoliv sestoupit. Expediční lékařství je z mého pohledu ideální pro někoho ve vyšším věku, kdo už si nepotřebuje nic dokazovat, horám rozumí a je v nich rád.

Netvrdím, že se k tomu v budoucnu nevrátím, ale spíše až v tom pozdějším věku. Důležité je pro mě soustředit se na jednu věc a té věnovat maximum, za což teď považuji urgentní medicínu v terénu. S tím souvisí neustálé vzdělávání se a předávání zkušeností ostatním. A jelikož člověk nemůže být po celý život jak fyzicky, tak mentálně na té nejvyšší úrovni, což urgentní medicína v terénu vyžaduje, je důležité mít vztah i k jiným činnostem, na které je později možné plynule přejít.

**Měla jste vy sama v horách, ať už evropských, či jiných nějaké vážnější zdravotní problémy?**

Ve dvaceti jsem byla na Elbrusu a bylo to poprvé, co jsem se začala něco učit o výškové nemoci. Teoreticky jsem znala pravidla aklimatizace a zajímalo mě, jak výška na tělo působí. Dělal jsem vše proti pravidlům aklimatizace a čekala, co se bude dít. Očekávala jsem halucinace a byla zvědavá, jaké to bude. Pořád se nic nedělo, ale samozřejmě že mě to pak doběhlo a dostala jsem výškovou nemoc. Měla jsem štěstí, že se situace nezvrhla, byla jsem schopná ji kontrolovat a zároveň si vše zažila na vlastní kůži. To mi alespoň dodalo více pochopení pro mé pacienty (*smích*).

**A teď naopak, pro vás asi klasická otázka, jaký byl nejdůležitější zásah, kterého jste se účastnila jako záchranářka?**

Na tuto otázku se nedá jednoznačně odpovědět, i když si asi vždy vzpomenu na případ před devíti lety v Briançonu. Šlo o dítě, které se srazilo s jiným lyžařem. Nejdříve nás volali, že má zlomenou ruku, a místo bylo vzdáleno 50 minut letu. Když jsme tam přiletěli, chlapec byl v bezvědomí, protože kromě zlomené ruky

měl těžký otřes mozku, v důsledku kterého upadl do bezvědomí. A já tehdy měla velmi omezené prostředky, protože jeden přístroj nám nefungoval, jiný někdo vyhodil z vrtulníku a další zamrzl. Bylo třeba hodně improvizovat, já byla tehdy poprvé sama, a navíc se základní výbavou, dalo by se říct. V Čechách totiž obvykle pracujeme v týmu čtyř lidí.

Pro urgentního lékaře bývá frustrující, když se k nějakému případu dostane mimo pracovní dobu a nemá s sebou veškeré potřebné vybavení. Vidí, že člověk trpí, ví přesně, co by šlo s adekvátním vybavením udělat, ale může poskytnout jen základní ošetření.

**Jakým tempem postupuje vývoj lékařských postupů a metod s ohledem na vysokohorskou medicínu? Hraje v tomto procesu významnou roli také náročnost realizace výzkumu ve vysokých nadmořských výškách, ať už se jedná o samotné postupy či medikamenty?**

Tady jsme trochu limitovaní a paradoxně se v horské medicíně vracíme ke kořenům. U specializovaných nemocničních oddělení medicíny je prostor pro rozvoj ohromný, ale v tom terénu, tam moc prostoru pro rozvoj technologie není. Například je možné vyrobit menší, odolnější přístroje pro monitorování životních funkcí nebo zajistit přenos dat na dálku. Rozvoj však vidím spíše v množství záchranných vrtulníků ve světě a lepším vzdělávání a zkušenostech všech záchranářů i pilotů.

Ale co se týče těch samotných postupů a metod, tam už ke zkvalitňování moc nedochází. Právě proto říkám, že se vracíme ke kořenům medicíny a člověk musí hodně využívat svou intuici a zkušenosti.

Sbírat data ve vysokých nadmořských výškách, to je velká výzva. Výsledky takových výzkumů nebo samotná data jsou velmi žádané, cenné a je jich pořád velmi málo na to, aby se z nich dalo něco konečného vyvozovat. Pochopitelně dělat výzkum ve vysokých nadmořských výškách je velmi složité. Myslím si, že v tomto směru došlo k velkému posunu po expedici z roku 2007, kdy skupina Britů, vesměs lékařů – intenzivistů, která měla dostatečnou podporu na to, aby s sebou hodně vysoko vytáhla laboratorní vybavení, uspořádala expedici na Mount Everest. Navzájem si pak brali arteriální krev a byli první, kteří prezentovali výsledky analýzy vzorků krve z výšek nad 8.000 m. Dříve se to vždy dělalo v simulovaných podmínkách. Jedná se ovšem o vzorek „pouze“ čtyř individuů, jejichž výsledky už mezi sebou navzájem byly velmi rozdílné. Takže nějaké závěry z toho lze těžko vyvozovat, ale zaplatí se za každý takový výzkum.

**Vy sama jste realizovala výzkum „působení nadmořské výšky na mozek“, a to s pomocí Radka Jaroše. Je možné nějak shrnout výsledky tohoto zkoumání?**

Tento výzkum vznikl na základě dostupných studií a cílem bylo zjistit, zda vysoká nadmořská



Avoriaz, Francie, Mont Blanc Helicopteres, 2015



Cestou do služby – Avoriaz, Francie, 2016

výška v zóně smrti (nad 7.000 – 8.000 metrů) může trvale ovlivnit strukturu a funkci mozku. Ze zmiňovaných studií vycházelo, že po návratu z výšek horolezce má dočasně kognitivní poruchy. Tím je myslena především porucha soustředění, krátkodobé paměti, reakčního času apod., nebo může dojít k motorické poruše. Tento deficit se během několika týdnů většinou vrátí do normálního stavu. Nicméně když takový mozek zobrazíte, zjistíte, že jeho struktura je už jiná – že v některých oblastech dochází k úbytku tkáně. Dobré ale je, že ne vždy tyto změny mají dlouhodobý vliv na kognitivní funkce mozku. Ten se mnohdy zadaptuje a za pár týdnů se může vrátit do normálu. Ale pozor, struktura mozku už zůstává navždy změněna.

S nápadem přispět do tohoto sledování horolezcova mozku přišel kdysi Radek Jaroš sám. Nejdříve jsme zjišťovali, jak vypadal jeho mozek před expedicemi na Annapurnu a K2, a po návratu domů. Srovnávali jsme také změny v kognitivních funkcích v různých nadmořských výškách. Náš předpoklad byl, že výsledky budou podobné jako v těch předešlých studiích, tedy že k nějakým trvalým změnám v mozku dojde, a také že dojde k nějakým změnám funkcí mozku, které budou i po sestupu ve větší či menší míře přetrvávat.

Jenže u Radka tomu bylo jinak. Zprv jsme žádné změny ve struktuře na mozku nepozorovali, i po dvaceti vysokohorských expedicích jeho zobrazení odpovídá normálu. A v testech měl Radek při výstupu na Annapurnu dokonce lepší výsledky ve výškových táborech než dole před odjezdem! Co se K2 týče,





Radek Jaroš, Annapurna, 7.100 m n. m., foto: archiv Radka Jaroše

byly výsledky testů v zóně smrti horší, i když bezprostředně po sestupu se kognitivní funkce opět vrátily do normálu a testy po návratu dokonce udělal lépe než před odjezdem. Tyto výsledky svědčí pro to, že Radkův mozek má dobrou adaptabilitu na nadmořskou výšku.

Zajímavé by bylo provést podobný výzkum také u jiných horolezců, kteří za sebou mají mnoho výstupů na osmitisícovky bez přidatného kyslíku, a podle nás existuje předpoklad, že jejich výsledky by byly podobné jako u Radka Jaroše. Dále jsme si položili otázku: „Co se v mozku děje jinak, že u někoho ke změnám na mozku dochází, a u někoho ne?“ Jedním z vysvětlení by byla odlišná schopnost mozku regulovat si cévní průtok a také příznivé anatomické uspořádání mozkové cévní pleteně. To znamená, že při nedostatku kyslíku ve vdechovaném vzduchu cévy reagují změnou průtoku a stává se tak, že v některých oblastech mozek není dobře prokrvován a v jiných naopak dochází k poruše propustnosti a otokům. Pokud k tomuto zřetelně nedochází, znamená to, že mozek některých jedinců umí díky bohatému cévnímu zásobení i dobré cévní autoregulaci zajistit konstantní prokrvení.

**V minulosti jsem v rámci jednoho svého článku řešil téma etiky při horolezectví, mimo jiné preventivní užívání diluranu vzhledem k pohybu ve vysokých nadmořských výškách a s tím spojenou aklimatizací, což je doporučováno v materiálech ČHS. Tuto proceduru vnímám, když ne jako formu dopingu, tak minimálně jako přešlap v rámci horolezectvé etiky. Z pohledu horolezce se na to pak dívám přinejmenším riskantně, protože dochází k „šálení“ vnímání signálů, které tělo při aklimatizaci dává. Tento názor se mnou sdílel například Mára Holeček, Miro Peťo nebo MUDr. Ivan Rotman. Mohla byste přiblížit svůj názor na tuto problematiku, případně vysvětlit, proč je tento postup při aklimatizaci uveden v materiálech ČHS?**

Aby byl nějaký jednotný přístup k těmto věcem, mezinárodní lékařské komise, např. UIAA, (Mezinárodní horolezecká federace – pozn. autora), se musí shodnout na nějakém postupu, který bude všem přístupný a bude dávat návod, jak se v různých situacích chovat. A tyto postupy pak prezentuje i lékařská komise ČHS.

Jelikož se do vysokých hor často vydávají lidé, kteří nemají obecně moc znalostí z daného prostředí, musí existovat nějaký „návod“ po čem sáhnout. Ale to vůbec neznamená, že by se jednalo o ultimátum. Doporučené postupy a názory na ně se samozřejmě průběžně vyví-

její, a to také na základě zkušeností těch, kteří do hor jezdí, včetně lékařů. Je třeba si uvědomit, že to, co jste zmínil, jsou jen doporučení a spoustu situací samozřejmě pak v terénu řešíme individuálně, aniž by to bylo v rozporu s těmito doporučeními.

Myslím si, že trend posledních let, který ostatně sdílím, je co nejmenší invazivita, což znamená maximální snahu předejít zbytečnému užívání léků, a to zejména samotným chováním v horách. Ideální je mít dostatek času na aklimatizační proces a počítat s tím, že každý ve skupině se adaptuje jinak snadno. Ale přesto bych řekla, že stále lepší je vzít si tabletku diluranu než si při horší adaptabilitě na výšku přivodit horskou nemoc. Neboť málokdo je natolik disciplinovaný, aby kvůli aklimatizaci dokázal striktně zpomalit a zůstat pozadu vůči skupině.-

Já razím cestu co nejvíc užívání léků eliminovat a sáhnout po nich, až když je to nezbytně nutné.

**Na základě vlastních zkušeností a konzultací s mnohem povolanějšími, než jsem já sám, si říkám, že při tomto preventivním užívání jsou maskovány příznaky výškové nemoci, což jsou pro nás vlastně indicie, „jak dobře jsme aklimatizováni“. My je tímto způsobem de facto umlčujeme. Já myslím, že musíme být ve vnímání maximálně bystrí, cítit v té nejryzejší podobě, jak moc nás bolí hlava, jak špatně se nám dýchá, jak velké je nechutenství k jídlu apod., abychom se po odeznění účinků léku paradoxně nedostali do míst, kde v podstatě ani nemáme co dělat, nedej bože, když nás v nich zastihne nějaká krizová situace ve spojitosti s počasím, terénem nebo jinými zdravotními problémy. To je potom dvakrát tak velký průšvih.**

To máte totéž, jako když někdo při horečce sáhne po paralenu, i když je ta horečka sama o sobě vlastně prospěšná. Málokdo je ale natolik trpělivý, aby si raději místo toho vařil bylinné čaje a zůstal o několik dní déle doma.

**Jenže užitím paralenu nejde o život...**

Nebojte, že byste se zabil diluranem, to taky nehrozí!

**Na myslí mám spíše přecenění vlastních schopností...**

Spíše než diluran je v tomto ohledu nebezpečný dexametazon, který se často zneužívá. Dexametazon je sice zážračný, zachraňuje lidské životy, ale také zabíjí, pokud je zneužíván. Když dexametazon pichnete někomu, kdo v důsledku otoku mozku upadl do komatu, je ještě šance, že se dokonce postaví na nohy a bude schopen transport z velké výšky zrealizovat. Ale jsou lidé, kteří si dexametazon při příznacích výškové nemoci píchnou a svůj zlepšený stav nevyužijí k sestupu, ale naopak k výstupu. A tady právě hrozí riziko toho ošálení a dojde-li znovu ke zhoršení stavu, pak již většinou není pomoci.



Tatry, siesta na Gerlach, 2011

Diluran navíc nepůsobí na kognitivní funkce, a pokud by měl být užit ve větším množství, bude organismu dost nepříjemný. Způsobuje totiž brnění končetin, jazyka a zvýšení četnosti močení. Diluran předpřipravuje tělo na aklimatizaci a vlastně ji urychluje. Díky za něj například v souvislosti se záchrannými akcemi, kdy je třeba rychle vystoupit o několik set metrů a v dané situaci fungovat na sto procent.

**Já myslím, že tohle veřejné ujasnění je mnohem přínosnější než některá doporučení a návody. Takže díky za něj.**

**Teď trochu z jiného soudku. Podařilo se vám zorganizovat a „přivést“ Kurz horské medicíny do České republiky. Jak náročné to bylo z hlediska realizace, když bylo zajištěno například také napojení na Českou lékařskou komoru?**

No... (smích), zkráceně, bylo to dost náročné. Nejdříve jsem měla v hlavě vlastní koncept toho, jak kurz bude vypadat.

**Průběh tvorby finálního konceptu kurzu byl asi dlouhodobým procesem...**

To ano, především při komunikaci s nadnárodními organizacemi. Podařilo se nám získat akreditaci u třech z nich, jmenovitě jsou to lékařská komise UIAA, ICARu (International Commission for Alpine Rescue – pozn. autora) a ISMM (International Society for Mountain Medicine – pozn. autora), která vlastně všechny tyto organizace zastřešuje a dohlíží na vzdělávání v oblasti horské medicíny po celém světě. Ten proces trval několik měsíců. Bylo třeba můj koncept přizpůsobit jejich sylabu, který je starý již 19 let, a upřímně, měla jsem problém jej přijmout. Já jsem jim naproti tomu předložila svůj koncept a tímto způsobem zpětných vazeb jsme nakonec došli ke shodě a akreditaci dostali, čehož si nesmírně ceníme.

**A kolik zemí celkově získalo akreditaci od ISMM?**

To jsem nezjišťovala. Vlastně jsem byla ráda, že jsem předtím vůbec nezjišťovala, jak ty kurzy probíhají v jiných, už akreditovaných zemích.

Podívala jsem se na to nedávno, asi před měsícem, konkrétně na Kanadu, Velkou Británii, Rakousko a jsem za to ráda. Podařilo se mi totiž co nejvíce dostat té své původní představě, konceptu, o kterém jsem zjistila, že je na vysoké úrovni. Dokonce mám zpětné vazby od kolegů, kteří pořádají kurzy v Rakousku, že náš kurz považují za inspirativní pro ně samé. Ale prosím, nerada bych, aby to vyznívalo jako vytahování, máme stále co zlepšovat a co se učit!

Pro přehled, v Kanadě stojí stejný rozsah kurzu na naše peníze kolem 170 tisíc, ve Velké Británii 150 tisíc a v Rakousku 80 tisíc korun. U nás je navíc mimo základní výcvik také výcvik ve vrtulníkovém středisku v Německu, což je vlastně bonus navíc. I proto tedy chápu, že se náš kurz začíná stávat atraktivní pro zahraniční kolegy, což začínáme cítit. Například země jako Francie či Belgie tuto akreditaci nemají.

#### Kdo se do kurzu může přihlásit?

U nás je prioritou vzdělat lékaře, a to z důvodu, že nedílnou součástí kurzu je expediční/vysokohorská medicína, konzultace a poradenství v této oblasti. To pro situace, když někdo bude chtít jet například na trek pod Everest a třeba bere léky na nějakou srdeční chorobu a nebude vědět, jestli trek zvládne. Bude se chtít obrátit na lékaře, ale většina lé-



Mont Blanc Hélicoptères, Francie, 2015

kařů s tím samozřejmě nebude mít zkušenost, a tak se budou moct obrátit na lékaře, kteří prošli našim kurzem a budou mít oprávnění takovou poradenskou činnost poskytovat. Prioritou je tedy hlavně vycvičit lékaře. Ale do kurzu se mohou přihlásit také záchranáři, kteří mají minimálně tříletou praxi v urgentní medicíně. Dále jej nabízíme studentům medicíny v posledních ročnících, ve které vkládáme naděje jako v budoucí lékaře. Studenti a záchranáři jsou pak samozřejmě vycvičeni pod stejnými kritérii jako lékaři.

#### Jak kurz probíhá, kdy, a jaká je jeho přibližná cena?

Trvá týden v zimě, týden v létě plus je v něm obsažen výcvik ve vrtulníkovém středisku v německém městě Bergwacht-Bayern v Bad Tölz. Aktuální cena je zveřejněna na našich stránkách [www.kurzorskemediciny.cz](http://www.kurzorskemediciny.cz). Kurz zahr-

nuje tři hlavní témata horské medicíny, kterými jsou horská nemoc a expediční medicína, akutní nemoci spojené s chladem a traumatologie v náročném terénu.

#### Jak se u nás mohl do této chvíle (myšleno před vznikem kurzu v rámci ČR) odborně vzdělávat někdo, kdo se chtěl svým profesním zaměřením orientovat na horskou medicínu, respektive záchranářství v horách?

Do této chvíle jsme si znalosti předávali na základě vlastních zkušeností. Někdo jel na expedici, vrátil se, sešli jsme se a proběhlo předávání informací. Nebo jel někdo na kongres a získané informace opět předal na srazu. Takhle vlastně stále funguje Společnost horské medicíny, kdy se jednou za rok scházíme na tzv. Pelikánově semináři. Upřímně, takto to dříve probíhalo i ve světě. Vznik trendu, kdy vzdělávání probíhá přes kurzy, je docela nedávný a souvisí s poptávkou. Ta stoupá proto, že čím dál tím více lidí jezdí do vysokých hor a hor obecně. Platí také, že lidé jsou v horách čím dál více nemocní. Už totiž neplatí, že do hor vyrážejí pouze zdraví a zkušení jedinci jako před pětadvaceti lety.

ptal se	Jan Haráč
foto	David Machet, archiv K. H.

## Až vás překvapí lehké sněžení

ČHS Trio – pojištění, chaty, skály  
[www.horosvaz.cz/chs-trio](http://www.horosvaz.cz/chs-trio)

## ČHS Trio

### Zvládnete každé dobrodružství

- Spolehlivé **pojištění**.
- **Až 50% sleva na ubytování** ve více než 1300 alpských chatách po celé Evropě. (Rakousko, Německo, Francie, Itálie, Švýcarsko, Španělsko, Slovinsko, Lichtenštejnsko).
- Jistota, že **české skály** jsou dobře udržované.



foto: Stanislav Mitáč