

nemocniční zpravodaj

Říjen
2022

Představujeme

ODDĚLENÍ ARO

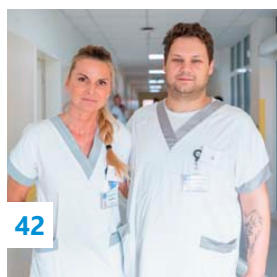
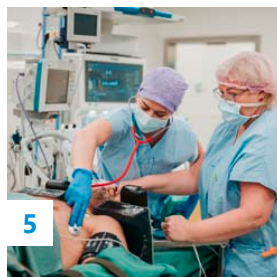
prof. MUDr. Mgr. Alan Bulava, Ph.D.

Revoluce v léčbě srdečních arytmií

Téma měsíce

Kdo jsou naši Super Sanitáři 2022?

Obsah



1

Úvodník předsedy představenstva

2

#nehcichripku počtvrté aneb Nemocnice České Budějovice chrání očkováním zaměstnanců své pacienty před chřipkou

3

Revoluce v léčbě srdečních arytmií

5

Představujeme: Anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO)

5 Historie anesteziologie

6 Historie Anesteziologicko-resuscitačního oddělení v českobudějovické nemocnici

11 Současnost Anesteziologicko-resuscitačního oddělení

12 Anesteziologická ambulance

12 Operační sály

15 Intenzivní medicína

18 Spolupráce se Zdravotnickou záchrannou službou Jihočeského kraje

18 Centrum pro cévní vstupy

20 Transplantační dárcovský program

21 Ambulance bolesti

23 Podpůrný a paliativní tým

25 Stres je třeba setřást...

26

Zázraky se dějí a to je na naší práci to krásné – rozhovor s vrchní sestrou Bc. Janou Štěpánovou, MSc.

30

Rozhovor s vedoucí lékařkou Odborného edukačního pracoviště pro dárcovství orgánů IKEM doc. MUDr. Evou Pokornou, CSc., CETC

36

Jsmo kdykoli dostupným prostředníkem mezi pacientem v závažném stavu a nemocniční péčí – rozhovor s MUDr. Markem Slabým, MBA, LL.M.,

41

Náhlý odjezd do nemocnice se může týkat i vás – Buďte připraveni

42

Téma měsíce – Kdo jsou naši Super Sanitáři 2022?

48

Lexikon zdraví – Cukrovka – 3. díl Diabetes mellitus – léčba

50

Naše úspěchy – Výsledky unikátní studie zaujaly i v zahraničí

51

Budějovice kazuistické již podeváté – rozhovor s MUDr. Tomášem Hauerem

54

Vzdělávání – Za neurochirurgickým kurzem až do dalekého Japonska

57

Plastičtí chirurgové diskutovali v Istanbulu

58

Zpráva z 32. světového sjezdu klinické neurofyzologie ICCN 2022

60

Kniha TAVI v instruktivních kazuistikách získala významné ocenění

60

Nedávno vydaná skripta z oblasti kardiochirurgie vycházejí v rozšířené podobě

61

KMINE – 8. kongres klinické mikrobiologie, infekčních nemocí a epidemiologie

64

Nemocnice České Budějovice uspořádala setkání s mediky

65

I tento rok zavítali na stanici Dárců krve policejní nováčci z Jihočeského kraje

Úvodník předsedy představenstva

MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

■ Pane předsedo, co je v českobudějovické nemocnici nového?

V sobotu 1. října se v naší nemocnici uskutečnil pilotní ročník soutěže Super Sanitář / Sanitářka 2022. Deset dvoučlenných týmů složených vždy ze sanitáře a sanitárky českobudějovické nemocnice se v pavilonu I a jeho okolí utkalo v pěti disciplínách, z toho čtyřech praktických a jedné vědomostní. Cílem bylo podpořit sanitářskou profesi a sounáležitost s nemocnicí, ale i vytvořit prostor pro neformální setkání jak sanitářů a sanitářek mezi sebou, tak i spolu se zástupci vedení nemocnice. Součástí jedné z disciplín byl i transport figuranta na nemocničním lůžku, což se člověku, který to nikdy nezkusil, může jevit jako jednoduché, ale množství poškozených rohů a dveří od výtahů v naší nemocnici svědčí o opaku. Budu rád, když i tato a případné další soutěže sanitářů přispějí k touze stále zlepšovat své znalosti i praktické dovednosti. V první říjnovou

sobotu dali všichni soutěžící do souborů maximum, a tak bylo výsledné pořadí velmi těsné. Všem účastníkům děkuji za odvahu zúčastnit se pilotního ročníku soutěže a organizačnímu týmu za přípravu, realizaci a vyhodnocení soutěžních disciplín. Pro mě osobně to bylo velmi příjemně strávené dopoledne a již nyní se těším na další ročník.

■ Jak se vlastně daří nemocnici navyšovat počet sanitářů a sanitářek?

V rámci personální inventury provedené v roce 2019 byl vydefinován cíl navýšit do 31. prosince 2024 počet úvazků sanitářů a sanitářek na 320, tedy o 45 (16 %). Již na konci roku 2021 jsme těchto pracovníků měli 330. Tolik sanitářů a sanitářek v Nemocnici České Budějovice, a.s. nikdy nepracovalo. Nárůst souvisí jak s budováním „monobloku“ akutní péče, otevíráním nových provozů, se zvyšováním složitosti poskytované péče a využíváním speciálních diagnostických i terapeutických metod a z toho plynoucích nároků na transporty

pacientů, ale i s cílem vedení nemocnice snižovat objem přesčasové práce napříč profesemi. Nedostatek sanitářů a sanitářek jsem při zpracování personální inventury v roce 2019 vnímal zejména ze strany vrchních sester jako velmi palčivý, tehdy jsme ale finančními podmínkami těchto pracovníků nemohli konkurovat ani blízkým supermarketům. Tato doba je minulostí, a tak nyní evidujeme výrazně vyšší zájem uchazečů o tyto pozice. Je zřejmé, že se v následujícím období budeme mnohem více moci soustředit na výběr těch nejlepších sanitářů a sanitářek a nadále zvyšovat kvalitu poskytované péče na všech jejích úrovních.

■ V plném proudu je očkování zaměstnanců proti chřipce. Udeří chřipka v letošní sezóně tvrději, jak někteří předpovídají?

17. října jsme odstartovali letošní již čtvrtý ročník akce **#nehcichripku** na podporu očkování zaměstnanců proti chřipce. V roce 2019 se nám společným úsilím podařilo zvýšit proočkovanost zaměstnanců z 20 % na 41 %, což byla a je dle dostupných informací nejvyšší proočkovanost mezi českými nemocnicemi. Na stejném procentu proočkovanosti jsme se udrželi v roce 2020, v minulém roce však následoval pokles na přibližně dvacetipětiprocentní proočkovanost zaměstnanců. Situace byla zásadně ovlivněna covidem-19, který chřipku odsunul mimo zájem laické veřejnosti i většiny odborné veřejnosti. Letos však neplatí žádná protiepidemická opatření, takže spoléhat na další sezónu s malým výskytem chřipky se může velmi zle vymstít. I chřipka zabíjí. Pro bližší informace o očkování proti chřipce navštivte náš web www.nehcichripku.cz.



MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D. / Foto: Jan Luxík

■ redakce

#nechcichripku počtvrté aneb Nemocnice České Budějovice chrání očkováním zaměstnanců své pacienty před chřipkou

Nemocnice České Budějovice, a.s. nabízí všem svým zaměstnancům očkování proti chřipce zdarma již několik let. Zdravotníci přicházejí do kontaktu s nemocnými pacienty a patří tak mezi skupiny lidí, kteří jsou chřipkou nejvíce ohroženi. Očkování chrání je samotné, ale také pacienty, o které pečují.

„Lékaři, sestry i ostatní zdravotníci si jsou vědomi vyššího rizika onemocnění chřipkou. Obtížně se vyhnou kontaktu s nemocnými, a navíc se pohybují v místech s větším nakupením osob, jako jsou například čekárny ambulancí. Nejenže zdravotníci mají vyšší riziko, že se nakazí, ale navíc hrozí, že se sami stanou šířiteli chřipky mezi nemocnými, tedy osobami, které mají nejvyšší pravděpodobnost, že v důsledku nákazy chřipkou mohou zemřít,“ uvádí předseda představenstva Nemocnice České Budějovice, a.s. MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

Vakcína snižuje výskyt chřipky u očkovaných o 50-80 procent, snižuje o třetinu celkovou úmrtnost hospitalizovaných pacientů, chrání před nákazou očkovaného, jeho rodinu i pacienty. Hlavní nežádoucí účinky jsou běžná reakce imunitního systému na antigenní podnět – tedy bolest a otok v místě vpichu, teplota a únava. Lékaři proto doporučují po očkování jeden den relativní klid. Ideální doba pro očkování proti sezónní chřipce je říjen až prosinec. Vakcína proti chřipce nechrání proti onemocnění covid-19.



Zleva: prim. MUDr. Aleš Chrdle, Bc. Iva Nováková, MBA a MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D. / Foto: redakce

„Očkování proti chřipce je nutné každý rok opakovat, protože virus chřipky se neustále mění a tím se snaží přelstít imunitní systém člověka,“ upozorňuje ředitel úseku interních oborů a primář Infekčního oddělení MUDr. Aleš Chrdle a dodává, že Světová zdravotnická organizace každý rok před sezonou identifikuje aktuálně kolující variantu viru chřipky a podle toho závazně doporučí složení vakcíny. *„V předchozích sezonách se většina kmenů chřipky zachycených v České republice významně shodovala s vakcinačními kmeny.“*

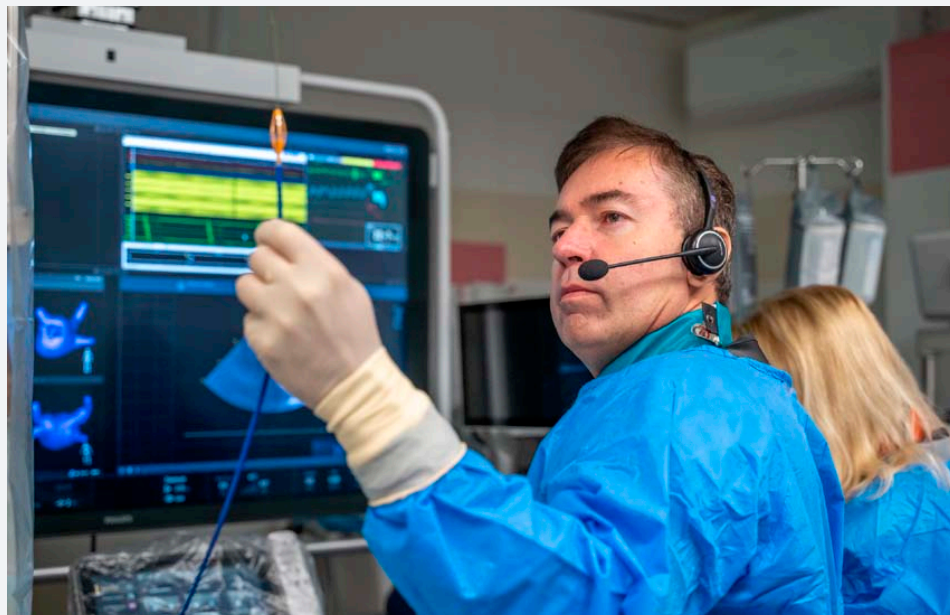
Kampaň Nemocnice České Budějovice, a.s. s názvem „Očkujeme zaměstnance, chráníme pacienty“ provází zaměstnance nemocnice každý podzim od roku 2019, kdy se díky ní podařilo meziročně zvýšit proočkovanost zaměstnanců nemocnice proti chřipce z 20% na 41%, což byla dle dostupných informací nejvyšší proočkovanost mezi českými nemocnicemi.

Kampaň je spojena s hashtagem **#nechcichripku** a webovými stránkami **www.nechcichripku.cz**.

Revoluce v léčbě srdečních arytmií

Prof. MUDr. Mgr. Alan Bulava, Ph.D., vedoucí arytmiologického pracoviště Kardiocentra Nemocnice České Budějovice, ve středu 5. října představil na tiskové konferenci revoluční léčbu arytmií – katérovou ablací srdečních arytmií pulzním elektrickým polem.

Mezi nejčastější arytmie, tj. poruchy srdečního rytmu, patří fibrilace síní. Jde o nekoordinované extrémně rychlé elektrické impulzy chaoticky se šířící v srdečních předsíních, v jejichž důsledku dochází k mechanické zástavě srdečních předsíní a nepravidelnému a většinou rychlému srdečnímu tepu. To s sebou nese řadu důsledků. U pacientů s neléčenou arytmií dochází často např. ke vzniku krevní sraženiny v srdci a následně k cévní mozkové příhodě. Rychlá a nepravidelná tepová frekvence zase mnohdy způsobuje srdeční selhání. Pacienti s touto arytmií jsou z dlouhodobého hlediska také ohroženi pokročilejší demencí a předčasným (často i náhlým) úmrtím.



prof. MUDr. Mgr. Alan Bulava, Ph.D. / Foto: Jiří Krčmář

Fibrilaci síní lze léčit farmakologicky nebo tzv. katérovou ablací. Bylo opakovaně prokázáno, že léčba katérovou ablací je ve srovnání s farmakoterapií násobně účinnější.

„Při ablací zavádíme do srdečních síní katétry (drobné cévky), kterými vytváříme v srdečních předsíních sérii lézí, které odstraňují arytmií. K tomu jsme až donedávna používali prakticky výhradně radiofrekvenční energii (RF), která vede k termickému efektu, v podstatě ke „spálení“ tkáně v cílovém místě. Efektivita takových lézí nebyla bohužel optimální, proto pacienti museli výkon podstupovat i opakovaně a u některých nebylo z důvodu těchto technických limitací výkon vůbec možné dokončit. S použitím nové energie – tzv. pulzního elektrického pole – jsou tyto limity definitivně překonány a my dokážeme pacientům nyní nabídnout léčebnou technologii, která je ve vytváření lézí téměř stoprocentní.

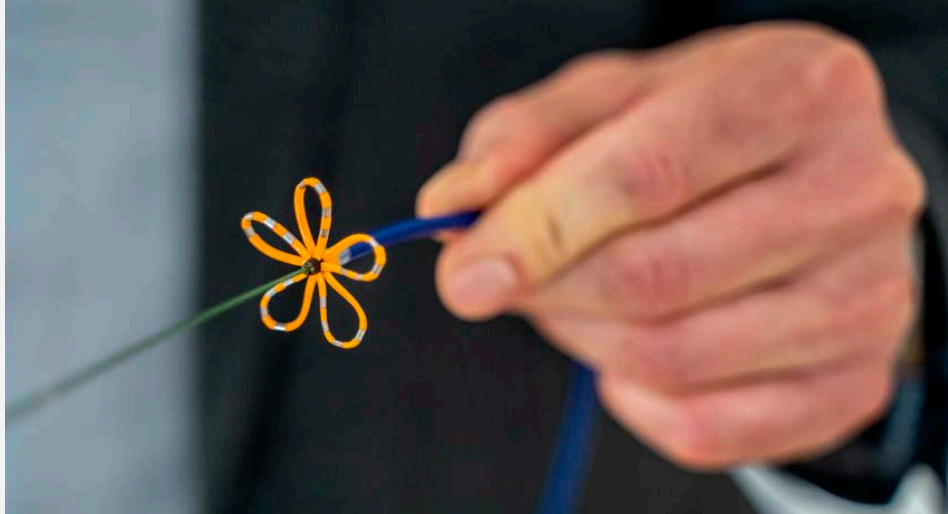
Ablace pulzním elektrickým polem (nebo též tzv. elektroporace, anglicky pulsed field ablation) spočívá v ultrakrátkodobém působení elektrického pole v řádu tisíců voltů, které způsobí nevratné změny v buněčných obalech srdečních buněk (tzv. membránách kardiomyocytů)



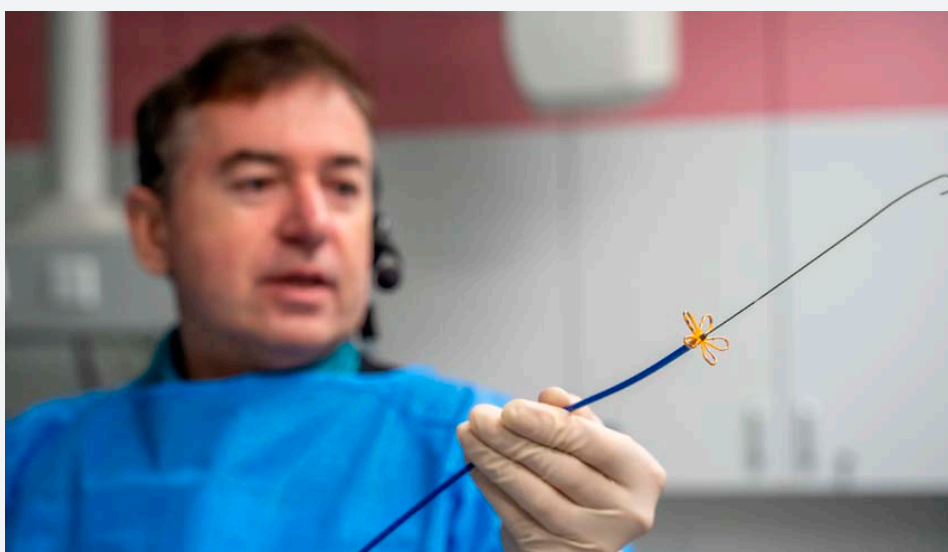
Ovladovna arytmiologického sálu / Foto: Jiří Krčmář

tak, že tyto buňky následně odumírají. „Pokud elektrické pole nasměrujeme do oblastí, které jsou původcem arytmií, a tyto oblasti elektroporací zničíme, dochází k zastavení arytmiie, a tedy vyléčení pacienta. Nezpochybnitelnou výhodou použití této energie je také její naprostá bezpečnost – při správně tvarovaném a správně dlouhém elektrickém impulzu jsou poškozeny jen ty srdeční buňky, které způsobují arytmiu, nikoliv okolní struktury, jako jsou cévy, nervy nebo např. jícen, který se nachází v těsné blízkosti zadní stěny levé předsíně. V neposlední řadě je také třeba zmínit, že typický výkon ablace fibrilace síní pulzním elektrickým polem trvá jen asi polovinu času, který by byl potřeba při léčbě stejné arytmiie s použitím radiofrekvenční energie. To nám dnes umožňuje nabídnout ošetření daleko většímu počtu pacientů, než doposud umožňovala kapacita našeho sálu.

■ **prof. MUDr. Mgr. Alan Bulava, Ph.D.**
Vedoucí arytmiologického pracoviště
Kardiocentrum Nemocnice
České Budějovice, a.s.



Katétr / Foto: Jiří Krčmář



prof. MUDr. Mgr. Alan Bulava, Ph.D. / Foto: Jiří Krčmář

SLEDUJTE
NEMOCNICI
ČESKÉ BUDĚJOVICE
NA SOCIÁLNÍCH
SÍTÍCH!



www.facebook.com/nemcb

www.instagram.com/nemocnicecb

www.youtube.com/channel/UCeL_LyJOnZtBGHQJaVKhs0A

 **NEMOCNICE**
ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s.

Představujeme: Anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO)

Historie anesteziologie

Obor anesteziologie a intenzivní medicína je mladým oborem, jehož historie se začala psát před 160 lety. V té době byly chirurgické postupy již řadu let známy, ale neexistoval způsob, jak pacienta zbavit vnímání bolesti, a chirurgický zákrok tak nebylo možné provést. Nebyla totiž známa anestezie.

Řešením bylo pacientovu bolest alespoň tišit. Využívaly se přírodní zdroje – zkušenosti lidí s určitými rostlinami umožnily některé zákroky uskutečnit. Jednalo se především o listy koky, kdy byl kokain rozpuštěný ve slinách přidáván do ran, a tišil tak bolest. Ve středověké Evropě se používaly různé rostliny: bolehlav, blín, čemeřice, mandragora. Svou roli samozřejmě hrál i alkohol, který navozoval změněný stav vědomí a zesiloval účinek rostlin. Vnímání bolesti bylo možné změnit i tlakem na nervové pleteně nebo působením chladu.

Zásadním zlomem pro rozvoj anestezie a chirurgických oborů byl objev účinků oxidu dusného a éteru, který de facto odstartoval možnost vykonávat chirurgické zákroky, které nebylo do této doby kvůli pro pacienty nesnesitelné bolesti možné provést.

Zubní lékař z amerického města Hartford Horace Wells se 10. prosince 1844 účastnil exhibice, kdy za 25 centů vstupného bylo „důvěryhodným gentlemanům“ umožněno inhalovat oxid dusný. Nejprve vyzkoušel postup na sobě – nechal si bezbolestně svým kolegou vytrhnout zub moudrosti, který ho již dlouho trápil.

Pravděpodobně v červenci roku 1845 W. T. G. Morton provedl řadu pokusů na zvířatech a později éter úspěšně vyzkoušel i na pacientech, kteří přicházeli do jeho zubařské ordinace. Nakonec 16. října 1846 přichází slavná demonstrace, při níž profesor J. C. Warren odstranil nádor z krku pacienta Gilberta Abbotta. Po operaci Abbott potvrdil, že nic necítil a nic si nepamatuje. Morton se okamžitě stal slavným a doufal, že se stane i bohatým. Proto tajil, jakou látku ve skutečnosti použil, a chtěl si objev nechat nejprve patentovat. Jeho naděje se však postupně rozplynuly v následujícím sporu o prvenství.

Zpráva o úspěšné éterové anestezii se rozšířila nejrychlejším možným způsobem – lodní poštou do Evropy. V Praze se od počátku roku 1847 věnoval znečítlivujícím účinkům vdechování par éteru člen Řádu milosrdných bratří Celestýn Opitz, který pracoval jako ranhojič v nynější Nemocnici Na Františku. Dokázal přesvědčit chirurga dr. F. Hofmeistera o vhodnosti použití éteru k celkovému znečítlivění. Po experimentech na zdravých lidech podal 7. února 1847 několik anestezí k extrakcím zubů.

■ prim. MUDr. Richard Tesařík

Historie Anesteziologicko-resuscitačního oddělení v českobudějovické nemocnici

V českobudějovické nemocnici byl průkopníkem a zakladatelem oboru anestezie MUDr. Josef Bárta. Ten se narodil 13. prosince 1920 v Soběslavi. Jeho přípravu na povolání lékaře pozastavilo uzavření vysokých škol za druhé světové války, promoval v roce 1949 a začal pracovat v nemocnici ve Vimperku. V roce 1951 absolvoval jeden z prvních kurzů anesteziologie v Praze. Roku 1953 odešel z vimperské nemocnice do Českých Budějovic, kde se chtěl plně věnovat anesteziologii. V roce 1955 složil první atestaci z chirurgie a o rok později z anesteziologie. V roce 1957 byl jmenován vedoucím anesteziologem a stal se členem poradního sboru krajského chirurga.

Dne 1. prosince 1965 byl jmenován primářem nově vzniklého anesteziologického oddělení.



Emeritní primáři oddělení ARO MUDr. Antonín Gruber a MUDr. Josef Bárta / Foto: archiv oddělení

Vrchní sestrou byla jmenována Jaroslava Ondřejková. Oddělení se věnovalo vedení anestezií na operačních sálech a zajišťovalo resuscitační péči v rámci nemocnice.

Počet zaměstnanců oddělení začínal na dvou lékařích-anestezioložích a stejném počtu sester. V roce 1974 mělo oddělení již šest lékařů a deset anesteziologických sester. Téhož roku bylo podáno 3891 anestezií a bylo provedeno 125 resuscitací. Oddělení se usilovně věnovalo i vzdělávání v oboru intenzivní medicíny. V těchto letech bylo oddělení školicím místem pro operační obory – lékaře a sestry – v neodkladné resuscitaci. Řada sester a lékařů se věnovala také školení v resuscitaci pro veřejnost. Lékaři anesteziologického oddělení zajišťovali pravidelné metodické vedení lékařů, sester a řidičů RZP (rychlá zdravotnická pomoc).



Emeritní primář MUDr. Josef Bárta / Foto: archiv oddělení

V prvním pololetí roku 1984 se stává vedoucím lékařem RZP anesteziolog MUDr. Jan Tuček.

Stálým problémem oddělení byla absence lůžkové stanice. Pacienti, kteří potřebovali ventilační podporu, byli umístováni na jednotce intenzivní péče interního oddělení nebo na pokoji intenzivní péče chirurgického oddělení. Pokud byla potřeba umělé plicní ventilace dlouhodobá, byli pacienti převáženi do pražských fakultních nemocnic nebo do Fakultní nemocnice v Plzni.

Začátkem osmdesátých let byla zahájena přestavba chirurgického pavilonu, kde měly vzniknout nové operační sály a tolik očekávané resuscitační oddělení s kapacitou osmi lůžek.

V červnu 1984 odchází MUDr. Josef Bárta z funkce primáře oddělení do starobního důchodu, zůstává však na pozici řadového anesteziologa. Funkce primáře se od července 1984 ujímá jeho dosavadní zástupce MUDr. Antonín Gruber.

Na konci ledna 1985 odchází do starobního důchodu vrchní sestra Jaroslava Ondřejková a na její místo je jmenována anesteziologická sestra Božena Němcová. Tu čeká nelehký úkol – spolu s primářem oddělení musí vybavit a uvést do praxe lůžkovou část oddělení ARO.

Dne 8. května 1985 byl slavnostně otevřen pavilon chirurgických oborů s kapacitou devadesáti lůžek, šesti operačními sály a lůžkovou částí oddělení ARO s osmi lůžky.



Zleva: MUDr. Eduard Pluháček, MUDr. Lubomír Mraček a MUDr. Jan Tuček / Foto: archiv oddělení



Zleva: MUDr. Jiří Zoubek, MUDr. Lubomír Mraček, MUDr. Ivana Netolická a MUDr. Břetislav Šon / Foto: archiv oddělení

Celá dostavba stála 85 milionů korun (zdroj: deník Jihočeská pravda z 9. května 1985). Operovat se začalo později, než se původně předpokládalo, protože vážlo vybavení operačních sálů. Dle dostupných pramenů se čekalo na operační světla.

Tuto dobu využilo vedení oddělení k řadě odborných stáží na resuscitačních odděleních fakultních a okresních

nemocnic, aby pracovníci resuscitační stanice měli dostatečné znalosti péče o kriticky nemocné pacienty.

Na nově vzniklé resuscitační stanici byl jmenován vedoucím lékařem MUDr. Eduard Pluháček. Staniční sestrou se stala Jana Wawreynová, kterou čekal nelehký úkol sjednotit nový kolektiv, který se skládal ze sester již pracujících na úseku anesteziologie

a sester, jež přicházely z různých jiných pracovišť nemocnice. Některé z nich byly na oddělení přeloženy na vlastní žádost, jiné z důvodu doplnění počtu personálu na novém pracovišti.

Na lůžkové části oddělení byl vždy přítomen jeden lékař, tři sestry a sanitář ve dvanáctihodinových směnách a sanitárka v ranní a odpolední směně. Fyziologické funkce byly monitorovány na monitorech Tesla, každé lůžko bylo vybaveno přístrojem na umělou plicní ventilaci. Z infúzní techniky zde byla jedna pumpa. Veškeré dostupné pomůcky byly k opakovanému použití a resterilizovaly se v autoklávech, horkovzdušných sterilizátorech nebo ethylenoxidem.

Anesteziologicko-resuscitační oddělení na konci roku 1986 v několika bodech:

- primář MUDr. Antonín Gruber a třináct lékařů,
- vrchní sestra Božena Němcová,
- staniční sestra Eva Kukačková na úseku anesteziologie a devět sester,
- staniční sestra Jana Wawreynová na úseku resuscitačního oddělení a patnáct sester, pět sanitářů a tři pomocnice (nyní pracovníci oddělení úklidu),
- sekretářka Božena Novotná.



Zleva: vrchní sestra Božena Němcová a staniční setra RES Jana Wawreynová / Foto: archiv oddělení



Administrativní část lůžkové stanice ARO v 90. letech / Foto: archiv oddělení



Anesteziologické pracoviště v roce 1995 / Foto: archiv oddělení

Anestezie byla zajišťována na šesti nových operačních sálech v pavilonu CH, dále na gynekologicko-porodnickém oddělení, ORL oddělení, očních sálech, stomatologickém, plicním a psychiatrickém oddělení a také při vybraných diagnostických výkonech u dětí a neklidných a nespolupracujících dospělých. Operační programy byly skládány tak, aby bylo možno splnit požadavky operačních oborů. V průběhu ústavní pohotovosti

od 15:30 do 7:00 byl na úseku anestezie jeden lékař a jedna anesteziologická sestra.

V případě souběhu dvou akutních operací, převážně neodkladného císařského řezu, zůstávala anesteziologická sestra u zavedené anestezie a lékař odcházel na gynekologicko-porodnické oddělení. Zde léky a anesteziologický přístroj připravila gynekologická instrumentářka, než se začala mýt

k akutní operaci. K navýšení počtu lékařů a sester došlo až s dostavbou nového pavilonu C a s rozšířením počtu operačních sálů koncem roku 1993. V ústavní pohotovosti začali pracovat dva lékaři a dvě anesteziologické sestry.

V září roku 1994 primář MUDr. Antonín Gruber odstupuje ze zdravotních důvodů z funkce a novým primářem se stává MUDr. Jiří Zoubek. Oddělení se dále rozrůstá.



Kolektiv ARO 2 dolní areál / Foto: archiv oddělení



Anesteziologické sestry, 90. léta / Foto: archiv oddělení



Kolektiv lékařů ARO 90. léta / Foto: archiv oddělení



ARO RES v horním areálu v době rekonstrukce, 90. léta / Foto: archiv oddělení

K 31. prosinci 1995 pracuje na oddělení 25 lékařů (z toho je patnáct atestovaných v oboru ARO), 51 sester, čtyři sanitárky a tři pomocnice. V roce 1995 bylo podáno 13 894 anestezií, zajištěno třicet kardiopulmonálních resuscitací a na resuscitačním oddělení bylo hospitalizováno 360 pacientů. V rámci oddělení ARO vznikla ambulance pro léčbu bolesti, kde bylo ošetřeno prvních 262 pacientů.

V lednu 1998 došlo ke sloučení bývalé vojenské, později okresní, nemocnice s naší nemocnicí. Toto sloučení rozvoj oddělení ARO ovlivnilo. Vznikly dva primariáty – jeden v dolním areálu pod vedením MUDr. Bohuslava Kutý a druhý v horním areálu pod vedením stávajícího primáře MUDr. Jiřího Zoubka. Stávající osmilůžkové resuscitační oddělení v horním areálu primárně ošetřovalo pacienty s polytraumaty a neurochirurgické pacienty s potřebou

umělé plicní ventilace. Druhá stanice v dolním areálu s kapacitou šesti lůžek ošetřovala pacienty interního charakteru a chirurgické pacienty s nutností umělé plicní ventilace. Do dolního areálu se počátkem roku 1999 přestěhovalo chirurgické, stomatologické, oční a ORL oddělení. Přestěhování těchto oborů vedlo k rozšíření anesteziologického úseku na dvě anesteziologické stanice a posílení anesteziologických služeb na tři lékaře-anesteziology a tři anesteziologické sestry.



ARO RES v dolním areálu, 90. léta / Foto: archiv oddělení



ARO RES v horním areálu 90. léta / Foto: archiv oddělení

V roce 2000 vzniklo kardiologické oddělení pod vedením kardiologa MUDr. Marka Šetiny, CSC., a anesteziologa-intenzivisty MUDr. Pavla Jehličky. Vznik tohoto oddělení umožnil radě anesteziologů českobudějovické nemocnice pracovat na kardiologickém RES (resuscitační stanice) i sálech, což jim rozšířilo znalosti i dovednosti v oboru anesteziologie a intenzivní medicíny.



Anesteziologické sestry, rok 2000 / Foto: archiv oddělení

Roku 2000 bylo na 25 pracovištích podáno 16 586 celkových anestezií. Na lůžkových stanicích bylo celkem ošetřeno 461 pacientů. V ambulanci pro léčbu bolesti bylo provedeno 2219 výkonů. S nárůstem výkonnosti roste i počet pracovníků. Lékařů bylo 26 a sester ze všech stanic 82.

V této době je plánována přestavba a sloučení obou oddělení ARO. Je jmenován jeden primář MUDr. Bohuslav Kuta a jedna vrchní sestra Jana Štěpánová. V rámci přestavby pavilonu CH vzniká nový urgentní příjem, jehož součástí se stávají dvě resuscitační stanice

s kapacitou čtrnáct lůžek a zázemí služebních pokojů, šaten, zasedací místnosti a skladů.

Oddělení má přímou návaznost na traumatologické ambulance, RTG, CT a angiografické pracoviště. Sloučené oddělení bylo slavnostně otevřeno 15. září 2008 za přítomnosti ministra zdravotnictví a ministra financí.

Od vzniku oddělení se pracovníci oddělení ARO věnovali a věnují vzdělávání nových kolegů z řad lékařů

a sester. Roku 1988 bylo pro sestry ve spolupráci s Národním centrem ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů pod vedením vrchní sestry Boženy Němcové akreditováno specializační vzdělávání sester v oboru anesteziologie a resuscitační péče. Po krátké pauze 2009–2012 je toto vzdělávání obnoveno pod vedením současné vrchní sestry.

Oddělení navázalo na přednáškovou činnost, které se věnovalo před rokem 1989, a od roku 2000 až dosud se každoročně uskutečňuje kongres, který začal jako setkání jihočeských anesteziologů a sester. Nyní se kongres jmenuje Jihočeské anesteziologické dny a mívá více než 150 účastníků. Tato událost má svou sesterskou i lékařskou sekci a o její odborné kvalitě svědčí i účast přednášejících z řady fakultních nemocnic, vysokých škol a odborných společností. Od 1. do 3. října 2009 se také v jižních Čechách poprvé uskutečnil 16. národní kongres České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny.

Na konci roku 2018 končí ve funkci primáře oddělení MUDr. Bohuslav Kuta, MBA. Z oddělení ale neodchází zcela, zůstává jako pracující důchodce na pozici lékaře-anesteziologa. Novým primářem oddělení je 1. ledna 2019 jmenován MUDr. Richard Tesařík.



Lůžková stanice ARO, rok 2012 / Foto: archiv oddělení

■ **Bc. Jana Štěpánová, MSc.**

Současnost Anesteziologicko-resuscitačního oddělení



prim. MUDr. Richard Tesařík / Foto: Jan Luxík



Bc. Jana Štěpánová, MSc. / Foto: Jan Luxík

Anesteziologicko-resuscitační oddělení je svým počtem zaměstnanců největším oddělením Nemocnice České Budějovice, a.s.

Vysoký počet zaměstnanců oddělení je nutný proto, že tito zaměstnanci pracují na mnoha operačních sálech a vedou anestezie ke všem různým operačním i diagnostickým výkonům, které jsou v nemocnici prováděny. Denně v nemocnici běží 26 anesteziologických skupin, včetně kardiocentra. Anesteziologicko-resuscitační oddělení není ale jenom o poskytování anesteziologické péče, součástí náplně oboru je i intenzivní medicína, anesteziologická ambulance, ambulance chronické bolesti, centrum pro cévní vstupy a paliativní medicína.

V současné době (září 2022) pracuje na ARO 56 lékařů a lékařek se 46 úvazky, dva lékaři pracují na DPČ, deset lékařek je na mateřské či rodičovské dovolené. Na oddělení pracuje celkem 140 sester.

V kooperaci s kardiocentrem a Oddělením urgentního příjmu také ARO nepřetržitě zajišťuje tým pro kardiopulmonální resuscitaci.

Struktura Anesteziologicko-resuscitačního oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.



Anesteziologická ambulance

Náplní práce našeho oboru není jen vedení anestezie, ale v procesu perioperační medicíny má svou významnou roli i anesteziologická ambulance. Ještě před několika lety pacienti touto ordinací neprocházeli

a vlastní příprava k operaci běžela v režii oddělení, kde byl pacient hospitalizován. Až na výjimky byl pacient paušálně premedikován a buď ho anesteziolog navštívil v rámci pracovní doby, nebo se

s pacientem setkal až na operačním sále. Kvůli vytížení sálů však nebylo dále možné v tomto režimu pokračovat a takto pacienty o naší péči informovat.

Do anesteziologické ambulance nyní přichází pacient s předstihem a s sebou již má předoperační vyšetření od svého praktického nebo dětského lékaře. Anesteziolog projde veškerá vyšetření, případně navrhne jejich doplnění, vysvětlí pacientovi průběh výkonu z hlediska anestezie, stanoví míru rizikovosti výkonu dle skórovacích systémů, vysvětlí a navrhne způsob anestezie, rozepíše premedikaci. Příprava nemocného před výkonem a její správné načasování je nedílnou součástí úspěšné operace, výkonu bez komplikací či jen s minimálními komplikacemi. Tento režim však eliminuje osobní kontakt konkrétního anesteziologa s pacientem, a pro řadu pacientů je tak anesteziolog pouze anonymní osobou, která se podílí na jeho léčbě. V současné době se anesteziologické ambulance nacházejí v prvním patře pavilonu T1.



Kolektiv Ambulance bolesti / Foto: Jan Luxík

Operační sály

Nemocnice České Budějovice, a.s., je největším poskytovatelem zdravotní péče v Jihočeském kraji. Ročně je zde provedeno 22 000 anestézií včetně analgosedací, neuroaxiálních bloků, svodných anestézií. Pro srovnání – v České republice se více anestézií provede pouze ve Fakultní nemocnici v Motole, Fakultní nemocnici Ostrava

a Fakultní nemocnici Plzeň. ARO poskytuje péči pro všechna oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Anesteziologická péče se však netýká pouze operačních sálů, provádí se i na různých jiných odděleních, kde je anestezie nebo analgosedace nedílnou součástí diagnostických výkonů, které jsou

pro pacienty bolestivé nebo nepříjemné. Celé spektrum péče se týká pacientů všech věkových skupin, včetně pacientů Dětského a Neonatologického oddělení.

Složitě, náročně a dlouhé operační výkony jsou velmi často proveditelné pouze díky rozvoji anesteziologických technik a postupů, který se odehrál



Kolektiv ARO - anesteziologická část / Foto: Jan Luxík

během posledních deseti až patnácti let. Díky rozvoji přístrojové techniky máme o pacientech během operace mnohem více informací, a operace jsou tak pro tyto nemocné bezpečnější.

Bezpečná anestezie je základem úspěšné operace či diagnostického výkonu a tento celý koncept je takto naší odbornou Českou společností anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny vnímán. Ne nadarmo se říká, že devadesát procent času na sále je klid a dalších deset procent rozhoduje o výsledku operace.

Do konceptu bezpečné anestezie zapadá koncept přístrojové jednotnosti, což předpokládá stejnou filozofii ovládání anesteziologických přístrojů



MUDr. Roman Bohatý, zástupce primáře pro anestezii / Foto: Jan Luxík



Anesteziologické pracoviště na Centrálních operačních sálech / Foto: Jan Luxík



Anesteziologický tým na Centrálních operačních sálech / Foto: Jan Luxík

a monitorů na anesteziologických pracovištích jednotlivých sálů. Pracovišť, kde se anesteziologická péče poskytuje, je mnoho, a není proto možné, aby na každém pracovišti byla jiná přístrojová technika, protože by to ve stresových situacích mohlo vést k pochybení anesteziologa a ke vzniku fatálních komplikací. Výsledkem tohoto jednotného přístupu je i možná zastupitelnost lékařů na jednotlivých sálech.

Díky dobré dostupnosti monitorovacích technik jsme naše vedení anestezie mohli obohatit o měření hloubky anestezie pomocí softwarové analýzy EEG, BIS, jsme schopni měřit hloubku nervosvalového přenosu pomocí technik TOF, DBS a rýsují se možnosti verifikovat vnímání bolesti pomocí analýzy EKG křivky.

Spolu s monitorací životních funkcí analýzou koncentrací anestetických plynů a spirometrií tak anesteziolog získá mnoho informací, které dříve nebyly dostupné. To umožňuje zvláště na pracovištích kardiologie, hrudní chirurgie, neurochirurgie a cévní chirurgie tyto dlouhé, pro pacienta náročné a zatěžující výkony, zejména u rizikových skupin (polymorbidních a kardiálně kompromitovaných pacientů), bezpečně provést. Osvojení si těchto anesteziologických postupů a technik umožnilo rozšířit spektrum chirurgických výkonů, které by jinak nebylo možné vůbec provést. Novou výzvou pro oddělení ARO bude určité spuštění provozu centrálních operačních sálů. Především logistika navedení pacientů, zásobování spotřebním materiálem a léky, chod centrální sterilizace a dospávacího pokoje, tzv. PACU (postanesthesia care unit), budou novinkami, které bude třeba vyladit tak, aby byly bezproblémově začleněny do provozu chirurgických oborů nemocnice.

Zástupcem primáře pro anestezii je MUDr. Roman Bohatý.

■ **prim. MUDr. Richard Tesařík**

Intenzivní medicína

Resuscitační stanice Anesteziologicko-resuscitačního oddělení vznikla v naší nemocnici v roce 1985 pod vedením MUDr. Eduarda Pluháčka. Následně se vedení ujala MUDr. Eva Lengálová, v roce 1992 ji vystřídal MUDr. Zdeněk Štěpánek, který se organizaci a rozvoji oddělení intenzivní péče věnoval až do svého odchodu do důchodu v roce 2020. Pod jeho vedením vlastně vzniklo úplně nové oddělení, jak je v současné době moderní intenzivní medicíny vnímáno. MUDr. Zdeněk Štěpánek udával trend rozvoje oboru v rámci nemocnice zavedením monitorace hemodynamiky, monitorace nitrolební hypertenze a kontinuálních eliminačních technik.

V roce 1982 byla také založena resuscitační stanice ARO v dolním areálu, tehdy ještě pod křídly Vojenské nemocnice. Po sloučení obou nemocnic a přesunutí ARO oddělení do horního areálu vznikla současná podoba lůžkové části ARO. Ta se skládá ze dvou stanic: RES 1 a RES 2. V současné době se obě stanice nacházejí v dočasných prostorech budoucí neurochirurgické JIP v pavilonu CH1. Přesunem do těchto prostor byl zachován původní počet lůžek, a to 6+1 na RES 1 a 8+1 na RES 2.

Obě stanice zajišťují péči o dospělé pacienty se selhávajícími životními funkcemi. ARO je hlavním oddělením naší nemocnice, které poskytuje

umělou plicní ventilaci. O část ventilovaných pacientů, především pak o pacienty po srdeční zástavě s úspěšnou resuscitací, se starají také na koronární jednotce kardiocentra. Dalším oddělením poskytujícím umělou plicní ventilaci dospělých pacientů je kardiocentrum, které pečuje o pacienty kardiologie, kardiochirurgie, cévní a hrudní chirurgie.

Resuscitační stanice ARO jsou moderně vybavené špičkovou ventilační a monitorovací technikou, která nám umožňuje získat detailní informace o stavu respiračního a oběhového systému každého našeho pacienta. Máme k dispozici několik dialyzačních



Kolektiv stanice RES 1 / Foto: Jan Luxík



Kolektiv stanice RES 2/ Foto: Jan Luxík

přístrojů k náhradě renálních funkcí u pacientů s akutním ledvinným selháním. Naše oddělení je vybaveno vlastním analyzátozem krevních plynů, dále velmi důležitým přístrojem na vyšetření parametrů koagulace ze vzorku krve pacienta a také bed-side přístrojem (přístroj u lůžka) umožňujícím

posouzení vlivu antiagregačních léků na funkci krevních destiček a nových perorálních antikoagulancií.

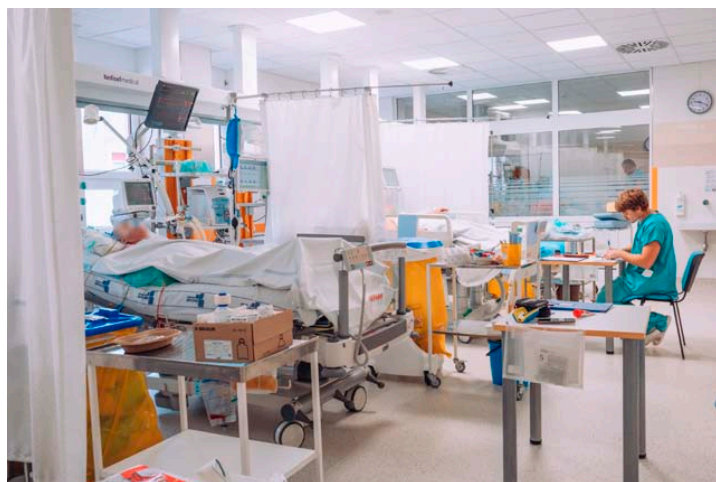
Skladba pacientů na obou stanicích se částečně prolíná, ale stanice RES 1 je zaměřena především na pacienty traumatologické a neurochirurgické,

zatímco RES 2 převážně na pacienty interní a chirurgické povahy. Ročně naším oddělením projde kolem 650 pacientů, kteří jsou téměř bez výjimky na umělé plicní ventilaci. Péče o tyto ventilované pacienty klade vysoké nároky na ošetrující personál. Naše sestry a lékaři musí umět ovládat velké množství složitých přístrojů a také zvládat práci pod velkým tlakem, který je dán urgentností stavů řešených na našem oddělení. Z těchto důvodů ve většině případů připadá na jednoho ventilovaného pacienta jedna ošetrující sestra, a i tak si musí při práci vzájemně vypomáhat.

Naše oddělení se také významně podílelo na péči o covidové pacienty. Během pandemie jsme byli nuceni rozšířit naše ventilované kapacity o další stanice, a tři měsíce jsme tak měli možnost využívat prostory kardiochirurgického RESu a starat se tam o ventilované nemocné bez covidové infekce. Za dva roky pandemie naším oddělením, především pak RES 2, prošlo 165 pacientů s těžkým respiračním selháním na podkladě infekce virem SARS-CoV-2.



Resuscitační tým ARO / Foto: redakce



Stanice RES 2 v prostorách budoucí neurochirurgické JIP /
Foto: redakce



Sestry na covidové jednotce / Foto: archiv oddělení

Pět z těchto pacientů dokonce vyžadovalo mimotělní oxygenaci přístrojem ECMO, který jsme si vždy vypůjčili z Oddělení kardiochirurgie, hrudní chirurgie a cévní chirurgie. Díky zaškolení ARO personálu perfuziologie kardiocentra bylo možné v tomto režimu o tyto kriticky nemocné pečovat. Péče o pacienty s covidovou pneumonií, kteří museli být napojeni na umělou plicní ventilaci, byla pro ošetřující personál extrémně psychicky náročná, protože jejich úmrtnost dosahovala až padesáti procent.

Oddělení ARO je naprosto nepostradatelné pro fungování naší nemocnice, protože anesteziologická část umožňuje vykonávat práci všem operačním oborům a lůžková část pak zajišťuje péči o pacienty se selhávajícími životními funkcemi pro všechna oddělení v naší nemocnici.

Vedoucím lékařem stanice RES 1 je MUDr. Radek Cihlář, Ph.D., stanici RES 2 vede MUDr. Jan Hůlka.

■ **MUDr. Radek Cihlář, Ph.D.**



Stanice RES 2 / Foto: redakce



MUDr. Radek Cihlář, Ph.D., vedoucí
lékař stanice RES 1 / Foto: Jan Luxík



MUDr. Jan Hůlka, vedoucí lékař
stanice RES 2 / Foto: Jan Luxík

Spolupráce se Zdravotnickou záchrannou službou Jihočeského kraje

Nedílnou součástí práce lékařů na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení je i spolupráce se Zdravotnickou záchrannou službou Jihočeského kraje. Lékaři z oddělení ARO se totiž podílejí na obsazování služeb jak v pozemních výjezdových skupinách, tak na letecké záchranné službě. Jejich zkušenosti s pacienty v kritickém stavu jsou velmi dobře aplikovatelné při ošetřování nemocných v přednemocniční neodkladné péči. Konfrontace pohodlí operačních sálů a oddělení intenzivní péče s podmínkami práce v terénu je pro anesteziology a intenzivisty dobrým rozšířením obzorů.

■ **prim. MUDr. Richard Tesařík**



Posádka Letecké záchranné služby, zleva: MUDr. Jiří Kuta, MUDr. Vítězslav Jandovský, pilot Ing. Peter Smik, prim. MUDr. Richard Tesařík / Foto: archiv oddělení

Centrum pro cévní vstupy

Žilní vstupy jsou u většiny hospitalizovaných pacientů nezbytné pro aplikaci léků nebo výživy, kvůli krevním odběrům, diagnostickým a terapeutickým výkonům nebo monitorování životních funkcí. Těmto pacientům se běžně zavádějí periferní nebo centrální žilní katétry. Centrální žilní vstup potřebují také pacienti, kteří jsou léčeni ambulantně. Do této skupiny patří onkologičtí pacienti, pacienti s chronickým onemocněním nebo pacienti s domácí parenterální výživou (speciální roztoky, které se aplikují do žíly). Díky novým technologiím (ultrazvuková nebo magnetická navigace, materiály na výrobu katétrů vyšší generace) se v posledních letech začaly zavádět nové typy žilních vstupů, tzv. Midline periferní katétrů, a periferně zavedených centrálních katétrů PICC. Tyto vstupy využívající hluboké žíly na paži nacházejí uplatnění jak pro ambulantní, tak pro hospitalizované pacienty a mohou být využívány po dlouhou dobu (měsíce).

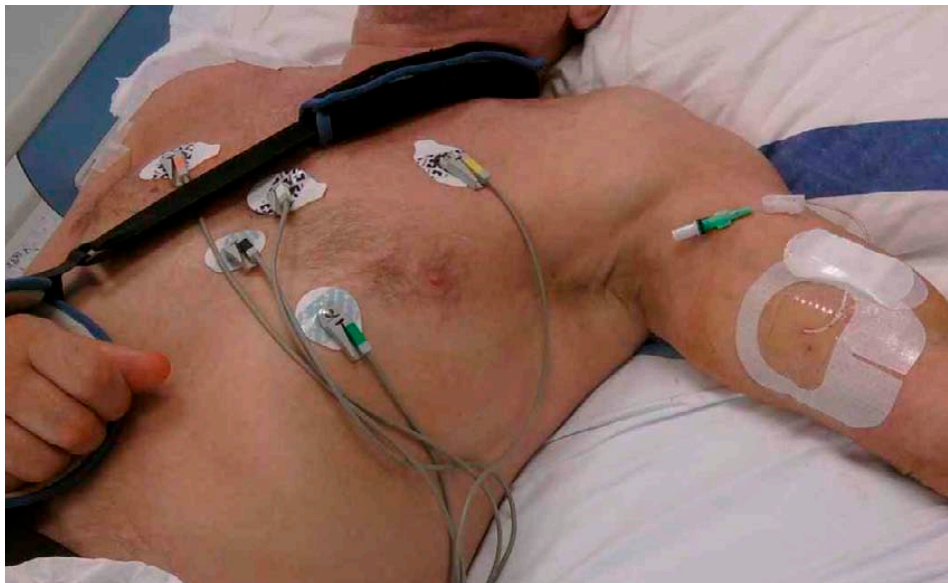
První midline v naší nemocnici a posléze první PICC zavedl na JIP Infekčního oddělení v roce 2015 MUDr. Aleš Chrdle, který vycházel ze svých zahraničních zkušeností. První začátky byly průkopnické a nejprve se vytvořil neformální tým, jehož součástí se stala z ARO MUDr. Tereza Zejdová a z interny MUDr. Tomáš Hauer. Postupně i ostatní lékaři i sestry začali vidět přínos a výhody těchto cévních přístupů jak pro pacienty, tak i pro samotné ošetřování.



Kolektiv centra pro cévní vstupy, zleva shora: MUDr. Václava Moravcová, prim. MUDr. Aleš Chrdle, MUDr. Pavlína Filipová (Infekční oddělení), dole zleva: Mgr. Magdaléna Vránová, Mgr. Michaela Růžičková (ARO) / Foto: Jan Luxík

Počet žádostí o zavedení těchto cévních vstupů velmi rychle narůstal, a proto bylo potřeba vytvořit formální tým. V rámci spolupráce ARO a Infekčního oddělení se dostalo tomuto týmu výrazné podpory vedení, což řadu věcí usnadnilo. Přesto jako každý začátek nebyl ani tento jednoduchý. Chyběly zkušenosti s technikou zavádění nebo s případnými komplikacemi a nepostradatelná ošetrovatelská péče nebyla na žádném oddělení rutinně zažitá a standardizovaná. Potřebné znalosti a zkušenosti naši lékaři a sestry čerpali na odborných stážích a později při absolvování certifikovaných kurzů pro sestry ve Fakultní nemocnici v Motole. Díky těmto kurzům se velká část práce týmu postupně přesunula z lékařů na sestry a lékaři nyní fungují jako odborní garanti a poradci. V současnosti je odborným garantem kromě primáře MUDr. Aleše Chrdeleho z Infekčního oddělení také MUDr. Václava Moravcová z ARO.

Postupně byly vytvořeny standardy ošetrovatelské péče, bylo zajištěno technické, prostorové a materiální vybavení a výkony provádí proškolený specializovaný personál. Centrum cévních vstupů zajišťuje implantaci cévních přístupů pro jednotlivá oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., i ambulantní pacienty. Zavádíme střednědobé a dlouhodobé cévní vstupy (MiniMidline, Midline, PICC). Zajišťujeme periferní kanyly nebo odběry krevních vzorků pomocí ultrazvukové navigace u nemocných s vyčerpaným nebo nedostupným periferním přístupem. V posledních čtyřech letech jsme zavedli kolem 1000 katétrů. Máme stabilní tým šesti specializovaných sester a dvou lékařů, pracujeme v souladu s aktuálními doporučeními Společnosti pro porty a permanentní katetry a zajišťujeme pravidelné semináře pro sestry. Ambulantní sektor ARO zabezpečuje péči o již zavedené katetry u pacientů, kteří se léčí ambulantně, a v péči o pacienty, již jsou léčeni v domácím prostředí, spolupracuje rovněž s agenturami domácí péče, domovy

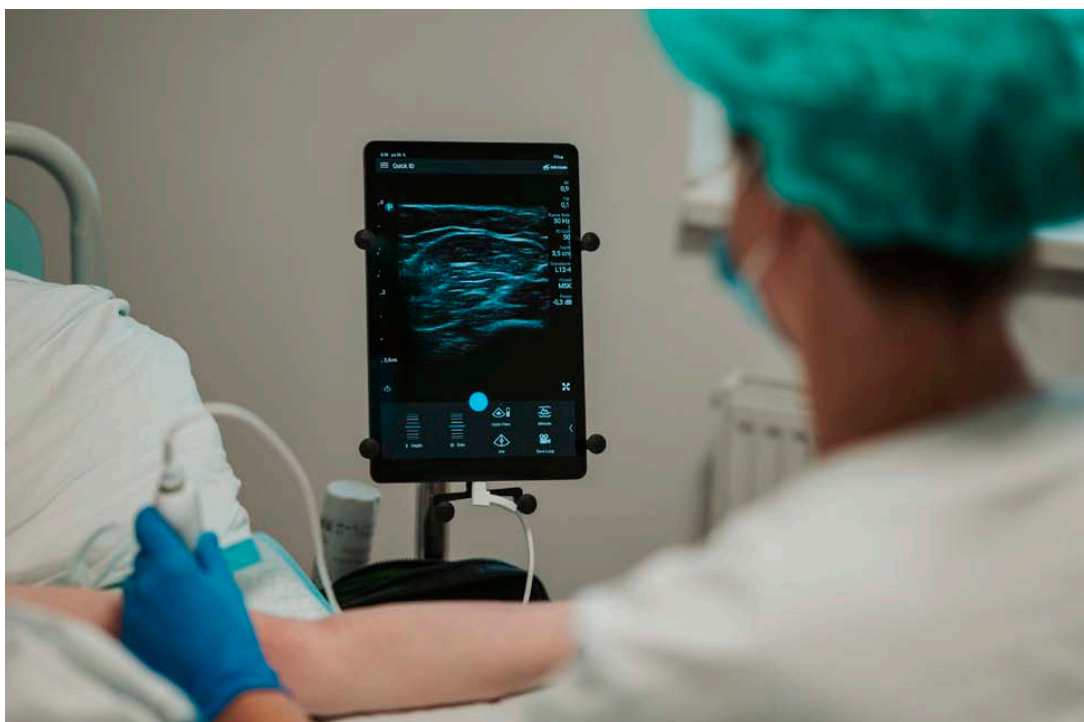


První pacient se zavedeným midline, rok 2015 / Foto: archiv Infekčního oddělení

pro seniory a hospici. Ambulance je také naší základnou pro komunikaci s ostatními odděleními.

Problematika cévních vstupů je vždy multioborová. Každého pacienta posuzujeme individuálně ve spolupráci s ošetřujícím lékařem. Každý typ katétru má své výhody a omezení, proto je

vždy potřeba pečlivě zvážit indikaci a zvolit ten nejvhodnější. Musíme se vždy rozhodovat podle mnoha kritérií, mezi něž patří předpokládaná délka léčby, druh podávaných farmak, četnost podání a to, zda je pacient léčen doma, či v nemocnici, tak, aby zvolená strategie pro pacienta byla co nejpřínosnější a neměla pro něj



Zavádění PICC pod ultrazvukovou kontrolou / Foto: Jan Luxík

negativní důsledky. Samozřejmostí je pro nás ohled na přání a komfort pacienta a na jeho důkladnou edukaci.

Doufáme, že toto rozšíření spektra žilních vstupů bude přínosem jak pro pacienty, tak i pro ošetřující personál. Pevně věříme, že často marné a opakované pokusy o zavedení žilního vstupu, které pacientům způsobují zbytečnou bolest, nebudou na okraji zájmu ošetřujících lékařů a sester. Budeme vždy ochotni vám i vašim pacientům pomoci.

■ Mgr. Magdaléna Vránová



Mgr. Magdaléna Vránová / Foto: redakce

Transplantační dárcovský program

I přes veškerou snahu a možnosti intenzivní medicíny dochází k případům, kdy kriticky nemocného pacienta při vyčerpání všech možností nelze zachránit a jeho poranění či onemocnění končí nezvratným poškozením mozku vedoucím k diagnóze mozkové smrti. Takový pacient bývá zařazen do transplantačního programu a je o něho pečováno jako o potenciálního dárce orgánů.

Je třeba zmínit zákonnou normu, která vychází z tzv. předpokládaného souhlasu. To znamená, že nevyjádřil-li pacient během svého života nesouhlas s posmrtným odběrem orgánů prostřednictvím existujícího Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů, může se stát dárce.

S tím souvisí velmi důležitá součást práce na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení, jíž je spolupráce s IKEM v rámci transplantačního programu. Tato spolupráce probíhala velmi dobře už v době, kdy jsem v roce 1999 na oddělení českobudějovické nemocnice nastoupil. Přesto se od té doby mnohé změnilo. Stejně jako se rozvíjejí všechny lékařské obory a specializace, i zde došlo k mnohým změnám. Mezi změny legislativní patří jak nový zákon týkající se transplantací z roku 2002, tak jeho novela z roku 2013, jíž se řídíme. Změny technické spočívají především v nových radiologických metodách sloužících k diagnóze mozkové smrti. Rovněž došlo k systémovým změnám ve spolupráci s Transplantačním centrem, kam se mimo jiné řadí zavedení tzv. klíčové osoby /KDP/ zodpovídající za nejužší kontakt

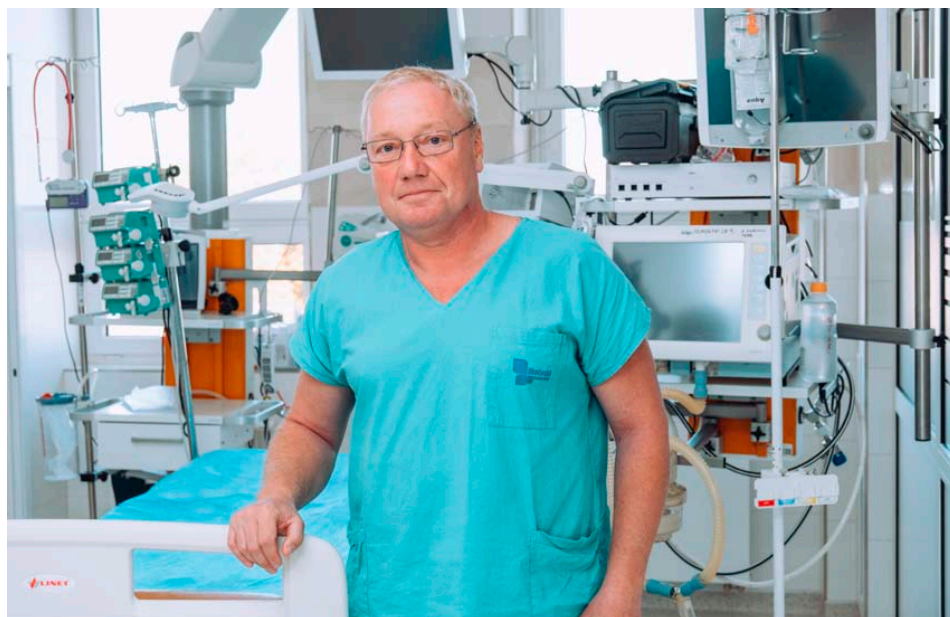
s Transplantačním centrem IKEM. Touto osobou jsem se před lety stal já a za tu dobu jsem se zúčastnil mnoha vzdělávacích akcí, abych mohl svým kolegům předávat informace z tohoto oboru.

Chtěl bych ale zdůraznit, že vlastní práce s dárce se účastní všichni lékaři resuscitačních stanic, anesteziologové a při diagnostice mozkové smrti též spolupracujeme s neurologem a radiologem. Nelze také opomenout velmi náročnou a zodpovědnou práci sester u lůžka, které se o budoucího dárce starají.

Nerad bych zde popisoval celý dlouhý proces od diagnostiky mozkové smrti až po předání dárce Transplantačnímu centru. Přesto bych rád připomněl asi nejnáročnější část této práce, a tou je kontakt s rodinou. Přestože zákon

jasně hovoří o tzv. předpokládaném souhlasu, je důležité s rodinou patřičně komunikovat a opakovaně jim vysvětlit nevyhnutelnost stavu a nezbytnost zařazení pacienta jako dárce do transplantačního programu.

Vysoký počet dárců za roky 1994–2021 – celkem 369 – svědčí o tom, jak důležitou součástí tohoto programu českobudějovická nemocnice je. Za zmínku stojí rok 2020, kdy jsme Transplantačnímu centru předali čtrnáct dárců, a rok 2021, kdy bylo dárců dokonce osmnáct, což v období covidové pandemie, které bylo pro nemocnici velmi náročné, považují za úspěch.



■ **MUDr. Tomáš Holý**

MUDr. Tomáš Holý / Foto: redakce

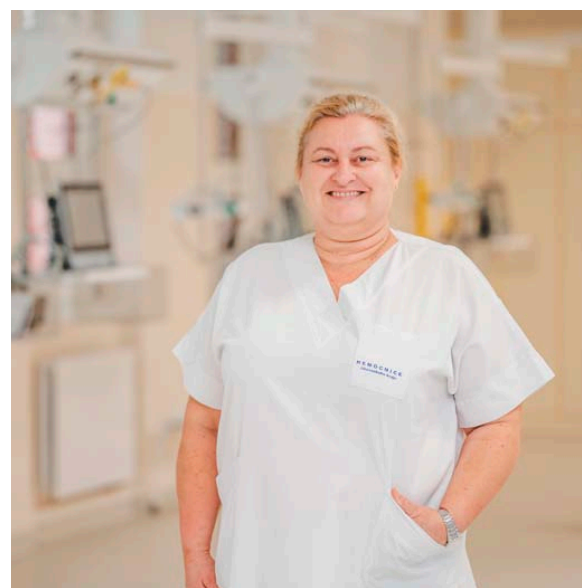
Ambulance bolesti

Historie ambulance pro léčbu bolesti

Ambulance bolesti při Anesteziologicko-resuscitačním oddělení (ARO) byla založena na jaře v roce 1995 a nejprve fungovala pouze jedno odpoledne v týdnu v provizorních podmínkách. MUDr. Eva Lengálová se sestrou Renatou Tesařovou (dnes vrchní sestra ARO Kladno) ordinovaly v odpoledních hodinách v uvolněné urologické ambulanci.

Na základě vzrůstajícího zájmu pacientů se provoz postupně rozšířil na tři pracovní dny a od roku 1996 byl již každodenní. Do týmu přibyla MUDr. Nataša Popperová a Renatu Tesařovou nahradila sestra Alena Machová (nyní odborná asistentka na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity). Získali jsme i nové prostory v místě dnešních onkologických ambulančí. Díky tomu jsme mohli rozšířit nabídku léčebných metod (farmakoterapie, invazivní metody, akupunktura).

Po roce jsme se přestěhovali do druhého patra do nových prostor téže budovy a v roce 1998 jsme se přesunuli do dolního areálu nemocnice, kde jsme získali tři stacionární lůžka. Do týmu přibyla další sestra Alena Pechingerová. V roce 2000 přibyla do týmu psychologka PhDr. Věra Jirmanová. Spolupráce byla rozšířena i o další odbornosti (onkologie, ortopedie, neurologie, rehabilitace), čímž jsme dosáhli multidisciplinarity pracoviště. V roce 2004 Alenu Machovou nahradila sestra Ela Hacová a později byl tým posílen o další sestru Alenu Vodrážkovou.



*MUDr. Eva Kocmichová, vedoucí lékařka
Ambulance bolesti / Foto: Jan Luxík*

V roce 2007 se změnilo složení lékařského týmu – MUDr. Popperová si založila privátní ambulanci léčby bolesti v Lékařském domě a do týmu přibyli MUDr. Martin Klimeš, MUDr. Filip Šísl a MUDr. Lenka Kocmichová. V roce 2012 nastoupila sestra Mgr. Eva Podroužková. V listopadu 2013 se pak ordinace přestěhovala do současných prostor horního areálu. Souběžně s klinickou praxí jsme se podíleli na vědecko-výzkumné činnosti (účast na mezinárodních konferencích EFIC, IASP, WIP). V říjnu 2006 naše ambulance uspořádala VIII. česko-slovenské dialogy o bolesti v Českých Budějovicích.

Vedením ambulance byla po odchodu MUDr. Lengálové v roce 2017 pověřena MUDr. Lenka Kocmichová.

■ MUDr. Eva Lengálová



*Kolektiv Ambulance bolesti: 1. řada zleva: MUDr. Andrea Sukdolová, Bc. Eva Podroužková, Eleftheria Hacová, Veronika Morová, Jitka Bláhová, Hana Zbínová
2. řada zleva: MUDr. Lenka Kocmichová, MUDr. Petra Schacherlová, MUDr. Veronika Helešicová, MUDr. Eva Lengálová / Foto: Jan Luxík*

Současnost

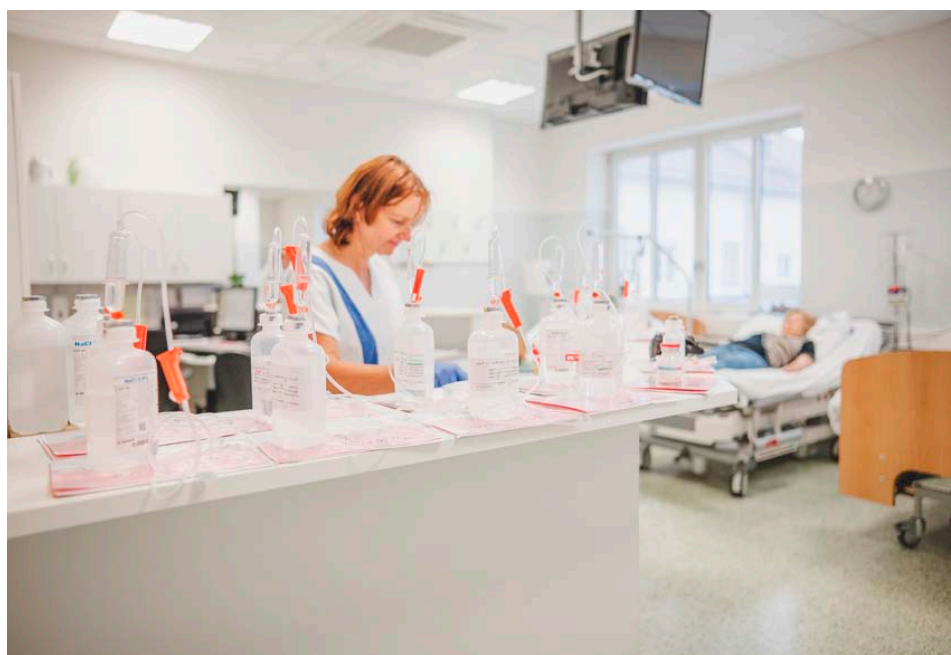
V Evropě trpí střední nebo silnou bolestí dvacet procent obyvatel. Tento vysoký počet nemocných a složitost jejich léčby vedly již dříve k potřebě vytvořit speciální pracoviště – ambulanci

bolesti. Dnes se algeziology (specialisté na léčbu chronické bolesti) mohou stát lékaři různých odborností. Navzdory tomu drtivou většinu algeziologů stále tvoří anesteziologové. I v naší nemocnici

je pracoviště pro léčbu bolesti zařazeno pod Anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO). Dvě ambulance v pavilonu T1 jsou v provozu od pondělí do pátku. O pacienty se stará tým čtyř lékařek a sedmi sester. Tyto zdravotní sestry zároveň zajišťují provoz ostatních ARO ambulančí a ošetřují pacienty s dlouhodobými žilními vstupy.

Přestože je základem léčby bolesti farmakoterapie, pacienti rovněž profitují z celé řady invazivních technik. Jedná se hlavně o opichy páteře a velkých kloubů. Ty můžeme provádět díky tomu, že součástí ambulancí je také zákrokový sálek vybavený C-ramenem a ultrazvukem a stacionář s třemi lůžky.

Unikátní léčbou, která je v našich ambulancích dostupná, je aplikace 8% kapsaicinové náplasti ke zmírnění bolesti kůže po prodělání pásového oparu. Stejně tak je u nás dostupné léčebné konopí, které je ve zdejším centru ve spolupráci s ústavní lékárnou předepisováno již několik let.



Infúzní centrum / Foto: Jan Luxík

Naše ambulance se stará především o pacienty s obtížně ovlivnitelnou bolestí. Nekomplikované případy řeší lékaři jednotlivých oborů. Bolest je totiž symptom, který se v našem životě vyskytuje poměrně běžně a signalizuje nebezpečí, jež by mohlo organismus poškodit. Akutní bolest bývá dobře ovlivnitelná a její tišení zmírní pacientovo utrpení. Omezí se tak možné komplikace a celý proces

zotavování se urychlí. Někdy ale bolestivé pocity přetrvávají po dlouhou dobu nebo se opakovaně vracejí. Akutní bolest se pozvolna mění v chronickou. Taková bolest ztrácí svůj původní smysl a z důležitého symptomu se stává škodlivý syndrom, který nemocnému způsobuje velké tělesné utrpení. Navíc tím, že pacientovi znemožňuje běžné fungování, snižuje kvalitu jeho života.

Neexistuje žádný způsob, jak bolest přesně změřit. Hodnotí ji jen samotný pacient. Jelikož vnímání bolesti je velmi subjektivní a ovlivňuje jej celá řada faktorů, je práce s nemocnými trpícími bolestí obtížná. Obtížné bývá i to, že občas jsou očekávání pacientů nereálná.

■ **MUDr. Lenka Kocmichová**

Podpůrný a paliativní tým

Součástí oddělení ARO je od listopadu roku 2019 také podpůrný a paliativní tým a ambulance paliativní medicíny.

Paliativní medicína je specializovaným oborem medicíny, který pečuje o pacienty se závažným život ohrožujícím onemocněním. Náplní práce našeho týmu a ambulance je pečovat společně s jednotlivými specialisty o pacienty s těžkou nemocí. Když přijde do života člověka těžká nemoc, je to šok. Nikdo z nás není připraven na špatné zprávy. S diagnózou závažné nemoci přichází spousta otázek, strach, nejistota, úzkost, ale také naděje na uzdravení. Medicína jednadvacátého století přece umí téměř nemožné. Díky moderním technologiím, neuvěřitelným operačním postupům, vysoce specifickým lékům a v neposlední řadě skvělým erudovaným zdravotníkům dokáže léčit opravdu skvěle a zajistit lidem dobrý a dlouhý život.

Co když bude ale život vinou závažné nemoci kratší? Co když nebude léčba přes veškerou snahu fungovat? Co když se bude dařit, ale pak se nemoc znovu vrátí? Co když má pacient před sebou již jen několik let, měsíců, dnů, nebo dokonce hodin života? Všechny tyto otázky člověka v souvislosti s vážnou nemocí napadají. Když pacient zahlédne

nebo už vidí konec své životní cesty, je paliativní péče nejlepší pomocí. Pokud je totiž paliativní péče pacientovi poskytována, zlepšuje to jeho kvalitu života – a nejen to. Životy pacientů jsou nejen lepší, ale také delší. Čím to je? Podle mě je to hlavně tím, že paliativní medicína se vrací ke kořenům medicíny – v centru její pozornosti je člověk, ne jeho nemoc. Specializace medicíny totiž někdy způsobuje to, že pro stromy nevidíme les.

Díky skvělému vedení naší nemocnice a otevřenosti primářů může náš paliativní tým pomáhat s péčí o závažně nemocné pacienty napříč celou nemocnicí. Spolupráce paliativního týmu probíhá téměř na všech odděleních nemocnice, včetně Neonatologického či Dětského oddělení, kde je konfrontace s těžkou nemocí vždy velmi bolestná.



Vedoucí lékařka podpůrného a paliativního týmu MUDr. Veronika Helešicová / Foto: Jan Luxík

Zásadním cílem naší péče je, aby se pacient a jeho blízcí dobře orientovali v konkrétním onemocnění, aby nejen chápali, jakou mají nemoc, ale také, kde se ve své nemoci nacházejí. Pokud pacient své nemoci dobře rozumí, můžeme společně s ním a jeho ošetřujícím lékařem formulovat cíle naší další péče tak, aby tyto cíle dávaly v jeho životě smysl. Součástí péče může být i podpora psychologická, sociální nebo spirituální, pokud taková péče dává pacientovi smysl. Jsme našim pacientům a jejich blízkým také oporou v jejich emocích. Při otázce „Co když bude váš život kratší, než bychom si přáli?“ je pacient plný různých emocí, které je potřeba prožít. Současně pečujeme i o emoce zdravotníků, pro které také není lehké přinášet špatné zprávy a současně být oporou svým pacientům.

Dále jako tým pomáháme se zajištěním a koordinací návazné péče po propuštění z nemocnice.

Připravujeme plán péče pro budoucí situace – ať už na období zlepšování, nebo komplikací. V neposlední řadě také pomáháme se symptomatickou terapií. Zásadní dovedností paliatra (specialisty na paliativní medicínu) je umění komunikace. Musí být schopen citlivě sdělit špatnou zprávu, nesebrat tím pacientovi naději, získat jeho důvěru a být pacientovi dobrým i upřímným průvodcem jeho těžkým stonáním. To je paliativní medicína. Hlavní nástroj, který v této profesi používáme denně, je respekt – respekt k pacientovi a k tomu, co je v jeho životě důležité. My doktoři jsme odborníci na nemoci našich pacientů, ale rozhodně nejsme odborníky na život. Uvědomuji si, že schopnost empatické komunikace a respekt k pacientovi jsou součástí dobré klinické praxe každého lékaře a každé zdravotní sestry. Každý zdravotník totiž svým přístupem a chováním naplňuje myšlenku paliativní medicíny a praktikuje vlastně obecnou paliativní péči. Tam, kde je ale situace

komplikovaná a ošetřujícím lékařem se třeba nedaří zvládnout symptomy nemoci nebo kde pacient přes veškerou snahu lékaře špatnou zprávu nechce slyšet, je ku pomoci právě paliativní tým. Styl práce paliativního týmu může pak být také inspirací jednotlivým zdravotníkům, jak obtížné situace příště zvládnout. Myslím, že i to je podstatným efektem naší práce – inspirace kolegů.

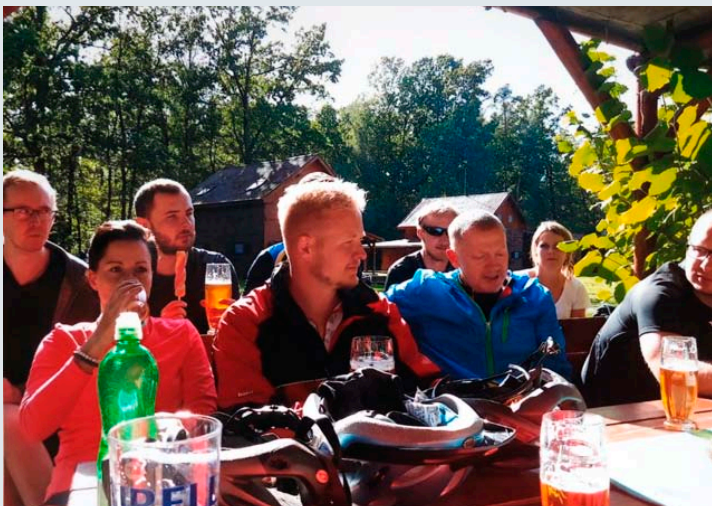
V tuto chvíli tvoří paliativní tým deset členů. Součástí jsou tři lékařky vzdělané v nastavbovém oboru paliativní medicína, lékařka vzdělávající se v tomto oboru, dvě zdravotní sestry, sociální pracovníce, psychologka a také nemocniční kaplanka a kaplan.

Jménem paliativního týmu děkuji všem zdravotníkům, kteří s naším týmem spolupracují, a doufám, že spolupráci budeme napříč celou nemocnicí prohlubovat.

■ **MUDr. Veronika Helešicová**



Stres je třeba setřást...



Třeboňsko na kolech

Zázraky se dějí a to je na naší práci to krásné

Vrchní sestra Bc. Jana Štěpánová, MSc., již více než dvacet let vede tým nelékařských pracovníků Anesteziologicko-resuscitačního oddělení (ARO). O náročnosti a specifikách profesí pečujících o pacienty v těch nejzávažnějších stavech hovoří v následujícím rozhovoru.

■ **Na vašem oddělení pečujete o pacienty v kritickém stavu. Změnilo se od vašich počátků na oddělení spektrum pacientů?**

Dříve jsme pečovali zejména o pacienty po těžkých úrazech a po dopravních nehodách. V současnosti pacientů po autonehodách díky moderním bezpečnostním prvkům výrazně ubylo. Přeživší mají zejména středně těžká zranění a o tyto pacienty pečují na Oddělení úrazové chirurgie.

Díky rozvoji mobilních telefonů, technického vybavení sanitek, ale i díky osvětě mezi veřejností vzrostl počet pacientů se srdečním selháním a cévní mozkovou příhodou, které se daří včas resuscitovat a přivést k nám na oddělení. U nich pokračujeme v tzv. poresuscitační péči dle daných protokolů.

Oproti mým začátkům ve zdravotnictví v dnešní době vzrostl počet pacientů ve vysokém seniorském věku, kteří podstupují rozsáhlé operační výkony. Ti ale potřebují zpravidla daleko intenzivnější pooperační péči, proto jsou u nás den až dva, než se jejich stav stabilizuje, a pak jsou přeloženi zpět na oddělení.

Další skupinou jsou pacienti v těžkých stavech způsobených onemocněním covid-19 a pacienti s respirační nedostatečností.

V posledním roce ale přibyli pacienti ve velmi vážných stavech po úrazech na elektrokolech a elektrokoloběžkách, kteří neměli přílby a jiné ochranné prostředky. Elektrokola jsou pro seniory lákavá, bohužel ne každý má ještě dostatečné schopnosti kolo bezpečně ovládat.

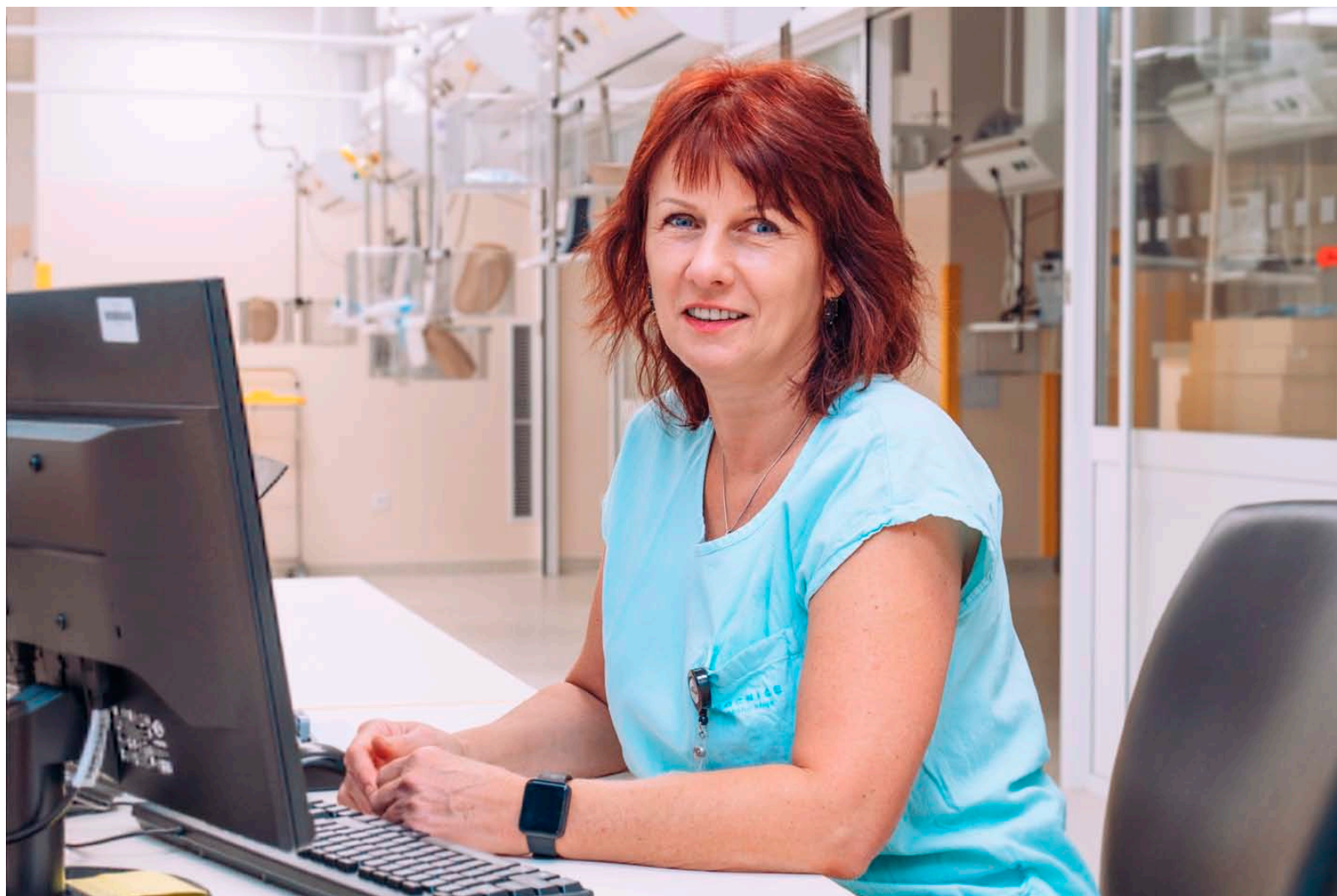
■ **Jak náročná je péče o pacienty v těchto stavech?**

Péče o pacienty v kritickém stavu je velmi náročná. O pacienta se kontinuálně staráme od momentu přijetí do přeložení na jiné oddělení. Každá sestra se stará o jednoho pacienta, sestry se střídají ve dvanáctihodinových směnách. Sestra musí perfektně zvládat základní ošetrovatelskou péči, musí umět ovládat celou řadu přístrojů a rychle reagovat, pokud má pacient problém. A také si musí zvyknout na jednostrannou komunikaci s pacientem. S našimi pacienty, i když jsou v umělém spánku nebo bezvědomí, totiž při veškerých úkonech komunikujeme, říkáme jim, co s nimi děláme apod.

Naši anesteziologové umí výborně pracovat s tíšením bolesti. U nás je medikace nastavena tak, aby pacienta nic nebolelo. Tím, že sestra je stále přítomna u lůžka, může reagovat, když pacient pociťuje bolest, zvyšuje se mu tepová frekvence, když se mu zvyšuje nebo snižuje krevní tlak a podobně. Okamžitě informuje lékaře a domlouvají se na dalším postupu.

■ **Jak probíhá vlastní péče o pacienta?**

Základem péče je hygiena. Sestra svoji směnu začíná celkovou koupelí pacienta na lůžku, mytím vlasů, čištěním zubů. Dutina ústní je největším zdrojem bakterií, které postupují dále a mohou způsobit záněty v dýchacích cestách, proto péče o ústa musí být dokonalá, ústa musí být stále čistá a zvlhčená. Při hygieně sestra také zjišťuje stav pokožky pacienta, zda nemá proleženiny či opruzeniny. U pacientů, kteří jsou při vědomí, zjistí i rozsah



Vrchní sestra Bc. Jana Štěpánová, MSc / Foto: redakce

pohybu. To všechno jsou důležité informace. Ve chvíli, kdy pacienta umyjeme, se pacient, pokud je schopen vnímat, cítí mnohem lépe, zklidní se a po večerní hygieně se mu i lépe spí. Při hygieně pomáhá sanitář, protože kompletně měníme lůžkoviny a pacienty polohujeme.

I u pacientů v bezvědomí se snažíme o individuální přístup. Komunikujeme s jejich rodinou a snažíme se u pacienta používat jeho kosmetiku, na kterou je zvyklý – jednak abychom mu nezpůsobili alergie, ale také abychom mu připomněli známé vůně. Pacientům to dělá velmi dobře. Zjistilo se, že když se pacienti probouzí ze sedace či bezvědomí, tak díky známým podnětům, kterými jsou i vůně,

rychleji navážou na své předchorobí. Tato péče vychází z konceptu bazální stimulace, jehož postupy používáme.

V pravidelných intervalech musí sestra měnit komponenty řady přístrojů a doplňovat léky, které se zpravidla podávají co hodinu. Po hodině se též kontroluje bilance tělních tekutin.

Spolu s lékařem a sanitářem doprovází sestra pacienta na všechna vyšetření a odváží jej na operační sál. Na konci směny si sestry u lůžka předávají informace, co pacient potřebuje, jaké infúze mu kapou, jaký má ventilační režim, jak vypadá stav kůže, vyprazdňování, bilance tekutin atd. Vše je pak nutné ještě pečlivě zanést do dokumentace.

■ **Vedle lůžkové části má vaše oddělení dvě anesteziologické stanice. Povolání lékaře-anesteziologa je dobře známé, ale u vás pracují i anesteziologické sestry. Co je náplní této profese?**

To je profese, o které nikdo neví. Většinou se pacienti zajímají, kdo je bude operovat. Ale velmi důležitý je zde i anesteziolog, protože ten dohlíží na zachování vašich základních životních funkcí. To ale nemůže dělat sám, ke své práci potřebuje anesteziologickou sestru, která mu asistuje při podávání, vedení a vyvádění z celkové anestezie.

Sestra každé ráno dostane přidělený sál, lékaře a operační program. Musí znát specifika jednotlivých operačních sálů, veškeré přístroje

používané k anestezii a anesteziologické postupy u jednotlivých operací. Musí mít připraveny pomůcky a přístroje pro případné komplikace plynoucí z anamnézy pacienta. Komunikuje s ostatními odděleními, aby byl dle pokynů lékaře z předoperačního vyšetření v anesteziologické ambulanci pacient připraven k operaci. Přebírá pacienta na operačním sále, ptá se, zda nejedl, nepil, nekouřil, nemá v ústech zubní náhradu. Poté zavádí pacientovi kanylu, napojí infúzi, připojí jej na monitoraci, která sleduje činnost srdce, krevní tlak, hloubku anestezie, relaxace apod.

Při velkých operacích dochází v těle pacienta k velkým tepelným ztrátám. Sestra proto kontroluje, zda má pacient zajištěný tepelný management, tj. tepelnou podložku, případně vyhřívací podušku, a připravuje přístroj na podávání ohřátých roztoků. Musí připravit anesteziologický přístroj, tj. zapojit jej do rozvodu anesteziologických plynů, provést základní kalibraci a ověřit, zda přístroj bezpečně funguje. Dle instrukcí lékaře ohledně způsobu vedení anestezie připravuje léčiva a instrumentarium nutné k zajištění dýchacích cest. Po uspání pacienta mu uvolní dýchací cesty, které vzápětí s lékařem zajistí. Poté pacienta připojí na anesteziologický přístroj a jsou mu podány léky, aby jej operace nebolela a měl povolené svalstvo tak, aby mohl operatér operovat. Půl hodiny před koncem operace volá sestra opět na oddělení, aby připravili dalšího pacienta. Po skončení operace pak předává pacienta na dospávací pokoj nebo jednotku intenzivní péče. V případě, že pacient potřebuje podporu životních funkcí, jej předává k nám na lůžkovou stanici. Anesteziologická sestra pracuje nejen na operačních sálech, ale i na dospávacím pokoji, v infúzním centru a dále zajišťuje transporty dospělých pacientů a dětí po operacích mezi areály nemocnice nebo pavilony, které nejsou propojeny chodbami, ve speciálně vybavené sanitě.

■ **Práce u lůžek i na sále je velice zodpovědná a náročná. Jaké vzdělání musí mít váš personál?**

U nás pracují všeobecné sestry s vyšším odborným nebo vysokoškolským vzděláním, zdravotničtí záchranáři a sestry se specializovanou způsobilostí pro intenzivní péči.

Všeobecné sestry si své vzdělání rozšiřují specializačním vzděláváním v programu Sestra pro intenzivní péči, tzv. ARIP. Tyto sestry mají poměrně široké kompetence, například umějí rozeznat EKG křivku, mohou tak samy defibrilovat pacienta klasickým defibrilátorem.

žilní vstupy (více o Centru se dozvíte v článku Mgr. Magdalény Vránové). V ambulanci bolesti a v paliativním týmu pracují v současnosti všeobecné sestry se specializací pro intenzivní péči a s řadou doplňkových certifikovaných kurzů, které se vztahují k problematice paliativní péče a problematice chronických bolestí. Tyto sestry se dále vzdělávají v oblasti komunikace, která je při práci s chronicky nemocnými pacienty v ambulanci péči velmi náročná.

V týmu anesteziologických sester mají všechny sestry specializační vzdělání. Pro lůžkovou část oddělení je vyhláškou stanoveno, že specializační

"Péče o pacienty v kritickém stavu je velmi náročná. O pacienta se kontinuálně staráme od momentu přijetí do přeložení na jiné oddělení.."

Dále o pacienty na lůžkách pečují zdravotničtí záchranáři, kteří mají o trochu nižší kompetence než všeobecné sestry. Dle platné legislativy si nemohou dělat další specializace, a nemohou tak pracovat na úseku anestezie. Jsme za ně ale velice rádi a všechny podporujeme při doplňování vzdělání na všeobecnou sestru, po jehož dokončení pak mohou studovat další specializace umožňující kariérní růst.

V Centru pro cévní vstupy pracují všeobecné sestry, které prošly speciálním kurzem ve Fakultní nemocnici v Motole, a mohou tak samostatně bez dozoru lékaře zavádět

vzdělávání musí mít 50% sester. Přestože mluvíme o sestrách, myslím tím i muže, kteří pracují na pozicích všeobecných sester a záchranářů.

Když k nám nastoupí, začínají všechny sestry na lůžkové části. To se nám osvědčilo i během covidu, kdy sestry z anestezie nastoupily na covidovou JIP a také mohly pomoci sestřím na lůžkové části ARO, protože tuto práci znají.

Nepostradatelnou součástí našeho týmu jsou samozřejmě sanitáři a sanitářky. Každá stanice má k dispozici vždy jednoho sanitáře a jednu sanitářku, kteří ve spolupráci

se sestrou provádějí ošetrovatelskou péči. Dále připravují věci ke sterilizaci, kompletují a doplňují sterilní materiál a často i několikrát za hodinu odnášejí vzorky do laboratoře. Vedle povinného sanitářského kurzu tak musí být fyzicky zdatní, rychlí a umět se dobře orientovat.

Nelze nezmínit pracovníce, které zajišťují úklid. Na pořádek a dokonalou dezinfekci je zde kladen velký důraz. Dále je zde velké množství odpadu od jednorázových pomůcek, proto je důležité, aby úklidový tým byl stabilní, uměl pracovat správně se všemi dezinfekčními prostředky a byl pracovitý.

■ **Zmínila jste specializační vzdělání, tzv. ARIP, jehož jste odborným garantem. Kde výuka probíhá a kdo ji zajišťuje?**

Toto vzdělávání probíhá u nás v nemocnici a jsem moc ráda, že se mi podařilo sestavit skvělý tým vyučujících z řad primářů, lékařů a sester z celé nemocnice. Pro naše zaměstnance je velkou výhodou, že nemusejí nikam dojíždět.

Nemocnice České Budějovice, a.s., umožnila sestřím v rámci holdingu Jihočeské nemocnice, a.s., studovat bezplatně, jezdí k nám tedy sestry z celých jižních Čech, ale i samoplátci odjinud.

Sestra po nástupu na naše oddělení, ale i na jiná oddělení kdekoli v nemocnici musí získat řadu praktických i teoretických znalostí. Specializaci si své znalosti prohloubí, sjednotí si je a pochopí smysl úkonů. Ví daleko podrobněji, proč, co a jak dělá. Vzdělávání trvá rok a půl a je zakončeno atestační zkouškou v Brně v Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví.

V rámci výuky nově využíváme virtuální realitu, kde se sestry učí ovládat dialyzační přístroje.

Součástí vzdělávání je i komunikace – s pacienty, příbuznými, ale i krizová a interpersonální komunikace, kterou vyučuje vedoucí klinický psycholog Mgr. Václav Šnorek z Psychiatrického oddělení.

Na druhou stranu mladší pacienti reagují na léčbu mnohem rychleji a s lepším výsledkem, z čehož pak máme velkou radost. Zázraky se u nás dějí a to je na naší práci to krásné, to nám pomáhá vyrovnat se s úmrtími.

"S našimi pacienty, i když jsou v umělém spánku nebo bezvědomí, při veškerých úkonech komunikujeme."

Vedle specializačního vzdělávání naše oddělení dlouhodobě realizuje i další kurzy v rámci celoživotního vzdělávání pro ostatní pracovníky nemocnice. Před dvaceti lety jsme začali se školeními na téma cévní vstupy. Tato školení nově vedou sestry Mgr. Magdaléna Vránová a Michaela Neužilová z Centra pro cévní vstupy.

Dále školíme veškerý personál nemocnice v kardiopulmonální resuscitaci.

■ **Část pacientů bohužel přes veškerou snahu umírá. Některé se stávají dárci orgánů. Jak tyto situace zvládáte?**

Zejména jedná-li se o mladého pacienta, je to i pro nás náročná a stresující situace. Ne každý to vydrží, a proto zejména v prvním půlroce řada lidí z akutní medicíny a resuscitační péče odchází. Ale kdo u nás vydrží půlrok, tomu říkám, že už vydrží všechno. Personál se mezi sebou o těžkých momentech baví. Každý si časem najde svou cestu, jak tyto zážitky zpracovat.

Samozřejmě jsou pacienti, kteří vám v hlavě utkví víc a pamatujete si je celý svůj život. Já si pamatuji svoji první pacientku, která šla do transplantačního programu. V té době u nás ve spolupráci s IKEM odebírali dárčům ledviny naši urologové (MUDr. Radoslav Beránek, MUDr. Břetislav Šon a MUDr. Ludmila Boučková). Tehdejší sanitky nebyly tak technicky vybavené, což neumožňovalo bezpečný převoz pacientů v těžkém stavu, proto se ledviny odebíraly u nás.

Součástí naší práce je i komunikace s pozůstalými. A mohu říct, že naše sestry k této komunikaci přistupují intuitivně a zvládají ji velmi dobře. To si ověřily v rámci školení, které u nás vedla doc. MUDr. Eva Pokorná, CSC., CETC, vedoucí lékařka Odborného edukačního pracoviště pro dárčovství orgánů IKEM.

■ **Ing. Veronika Dubská**
Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

■ Rozhovor s vedoucí lékařkou Odborného edukačního pracoviště pro dárčovství orgánů IKEM doc. MUDr. Evou Pokornou, CSc., CETC

"Každý jeden dárce je hodně"

Dříve, když vyhasl život, vyhasla i naděje vkládaná do jeho záchrany. Dnes lze díky transplantační medicíně říci, že může vzplát naděje nová, a to nejen pro čekatele na orgán, ale i pro všechny, kteří o záchranu života usilují.

Jedním z nejnáročnějších momentů v procesu dárčovství orgánů je komunikace s pozostalými. To, jak s rodinou dárce orgánů správně komunikovat, školí doc. MUDr. Eva Pokorná, CSc., CETC, vedoucí lékařka Odborného edukačního pracoviště pro dárčovství orgánů IKEM, která vede kurzy pro lékařské i nelékařské pracovníky také v naší nemocnici. Nejen o komunikaci, ale i obecně o tématu dárčovství orgánů si budeme povídat na následujících řádcích.

Transplantace

■ **Paní docentko, naše nemocnice je dárčovskou nemocnicí dlouhodobě spolupracující s pražským Institutem klinické a experimentální medicíny (IKEM), který provádí transplantace orgánů. Jako největší z transplantačních center v České republice pracujete s nejširším spektrem orgánů, k vám tedy míří největší množství dárců. Než se budeme bavit o komunikaci, kterou školíte, přibližte nám, prosím, téma dárčovství. Kdo je vlastně vhodným dárce orgánů a jaké orgány je možné v dnešní době transplantovat?**

Je třeba říci, že ne každý, kdo zemře v nemocnici, je vhodným dárce. Takových případů je velmi málo. V České republice se tato část medicíny řídí konkrétním transplantačním zákonem, a tedy i indikace k odběru orgánů a diagnostika smrti mozku je přísně vázána zákonem. Osobně si myslím, že jsme v tomto směru jednou z nejpřísnějších zemí.

Většinou se jedná o nemocné, následně zemřelé, kteří mají akutním stavem těžce poškozený mozek. Jedná se o náhlé poškození. Nejčastěji jde o spontánní krvácení do mozku či ischemickou mrtvici, kdy dojde k uzávěru tepen zásobujících mozek, nebo o hypoxické (kyslíková nedostatečnost) poškození mozku po zástavě srdce. Resuscitací se podaří obnovit krevní oběh, ale bohužel mozkové buňky jsou již mrtvé, člověk je mrtvý. Další příčinou poškození mozku, byť ne tak běžnou, jsou úrazy, výjimečně nádory mozku či meningitidy. Jde tedy o velmi specifické situace, kdy je mozek těžce poškozený, ale ostatní orgány s pomocí přístrojů a léků fungují, nebo alespoň většina funguje velmi dobře. Ve chvíli, kdy je poškození mozku tak závažné, že dochází k rozvoji klinických známek smrti mozku, mají lékaři-intenzivisté zákonnou povinnost kontaktovat příslušné transplantační centrum.



doc. MUDr. Eva Pokorná, CSc., CETC / Foto: Martin Kutil, IKEM

V dnešní době umíme transplantovat srdce, plíce, ledviny, játra, slinivku břišní (nebo pouze Langerhansovy ostrůvky), tenké střevo a u žen i dělohu. Párové orgány (ledviny), dělohu nebo část regenerujícího orgánu (játra) je možné transplantovat i od žijících dárců.

■ **Když zmiňujete žijící dárce, máte i takové případy? Co je u nich specifické?**

I takové případy jsou a tito dárči jsou velmi důležití. Žijící dárce může darovat orgán párový (např. ledvina) nebo část orgánu regenerujícího (játra). Nicméně ne každý v rodině má někoho, kdo by mohl a chtěl darovat orgán. Je třeba si uvědomit, že je to velmi

eticky křehké téma, protože na prvním místě je neublížit zdravému člověku. Je nutné, aby dárce byl zdravý, aby se vyloučila krátkodobá i dlouhodobá rizika – tedy jak rizika vlastního výkonu, tak i následného dalšího života. A také je nesmírně důležité, aby se dárce rozhodl svobodně, aby na něj nebyl kladen jakýkoli nátlak – sociální, psychický, ekonomický. Součástí vyšetření je vždy i rozhovor s psychologem. Dárce musí podepsat podrobný souhlas. Nicméně toto nebývá zpravidla problém, protože tito dárči jsou k dárcovství velmi motivovaní právě záchranou života někoho blízkého. Žijící dárce je pak u nás dlouhodobě sledován. Nutno ale říct,

že transplantační medicína je z velké části možná díky zemřelým dárcům.

■ **V každé nemocnici, která spolupracuje s transplantačním centrem, musí být tedy tým lidí, kteří se v transplantologii orientují a vědí, jak pacienty indikovat k odběru.**

Ano, jedná se o lékaře-intenzivisty a anesteziology, kteří se starají o pacienty v těžkých stavech na ARO odděleních a na jednotkách intenzivní péče. Je to součástí koncepce oboru, takže lékaři musejí tuto část medicíny znát. Indikace možného zemřelého dárce k odběru orgánů a medicínská



Zed' života 2022 / Foto: Martin Kutil, IKEM

péče o něj je profesní povinností. Jedná se ale nejen o profesionální, ale i zákonem danou povinnost.

Každopádně i my jako IKEM se snažíme, aby kolegové měli aktuální informace, aby vnímali dárcovství jako šanci na další život a aby se každé oddělení ARO a intenzivní péče s dárcovstvím ztotožnilo. Každý jeden dárců je totiž hodně. Jeden dárců může zachránit jeden nebo až dalších deset životů. Na každém oddělení je manuál, kontakty, brožury pro pozůstalé. Počty dárců nejsou vysoké. Například v loňském roce bylo v České republice 268 dárců, z toho 167 měl IKEM. Důležitá je tedy vzájemná spolupráce, ale i povědomí, že je to zákonem daná povinnost.

■ V jakém časovém rámci se od chvíle indikace po úspěšnou transplantaci pohybujete?

Většinou je to tak, že lékař po ranní vizitě nebo v průběhu dopoledne zjistí, že u pacienta se rozvíjí či jsou splněny klinické známky smrti mozku. Zpravidla v odpoledních hodinách se diagnóza potvrdí, lékaři komunikují s rodinou. Dárců se pak transportují do IKEM, v některých případech odběrový tým přijíždí do dárcovské nemocnice. Většinou celý proces koordinace a organizace trvá zhruba dvanáct až osmnáct hodin. Někdy více, protože kolegové zavolají dříve, chtějí se zeptat na doplňující informace – zda by člověk například vysokého věku či konkrétní diagnózy byl vůbec k dárcovství vhodný. Po potvrzení smrti

se teprve aktivuje proces v IKEM, jsou kontaktováni příjemci a odběrové týmy.

Vlastní odběr orgánů probíhá na operačním sále, jedná se o zcela normální chirurgickou operaci, kterou provádí zkušený chirurgický tým. Často je přítomno i několik týmů z různých transplantáčních center. U zemřelého dárců je pomocí přístrojů stále udržováno dýchání, bije mu srdce, byť je zemřelý. V jeden moment je potom přerušena krevní oběh a ještě v těle dárců je chladným konzervačním roztokem zahájena perfuze odebíraných orgánů. A právě od přerušování krevního oběhu orgánů v těle dárců do jeho obnovení v těle příjemce probíhá doba studené ischemie orgánů. A zde už počítáme čas na minuty.

Naším cílem je, aby tato doba byla co nejkratší. U srdce je ideální doba do čtyř hodin, u jater osm až dvanáct hodin, u ledviny do čtyřadvaceti hodin, u slinivky břišní dvanáct až osmnáct hodin. Ovšem v dnešní době už existují tzv. perfuzní přístroje, které umožňují prodloužení doby ischemie (prokrvení), posouzení funkčnosti orgánů, a dokonce i jejich funkci částečně zlepšit.

■ Jak vnímají pozůstalí informaci o tom, že člověk, který právě zemřel, má být dárce?

Je to pro ně velmi náročné. Pozůstalý je zaskočen náhlou krutou zprávou o úmrtí, kterou neumí v tu chvíli zpracovat, v hlavě mu běží změt' myšlenek a informace o dárcovství je pro něj v tu chvíli tak neuchopitelná, že ji jakoby zastíňuje. Komunikace je zde zásadní, aby pochopil, že se stalo něco, co je již nevratné.

Když to ještě trochu rozvinu, o medicíně se pořád mluví jako o vítězné medicíně – co všechno je možné, média jsou plná zázraků. Ale v tomto případě už lékař a medicína nic udělat nemohou, člověk zemřel, protože osud byl takový (trauma, krvácení...), a to, jestli se stane, či nestane dárce orgánů, na faktu smrti nic nemění.

Z opačného pohledu je takovým zázrakem transplantace, která vrací lidi do života, dává jim šanci na život. Transplantace srdce, jater, plic jsou život zachraňující operace; není jiná dlouhodobá náhrada funkce těchto orgánů. Existuje sice mechanická srdeční podpora, ale ta je používána pouze u pacientů, kteří jsou zařazeni na čekací listinu na transplantaci srdce. Díky tomu se prodlužuje čas, po který mohou čekat na transplantaci. Zvyšuje se tak šance, že se dočkají vhodného orgánu. Transplantační medicína by tedy nemohla existovat bez orgánů, bez dárců orgánů, bez smrti. O tom už se tolik nepíše, protože smrt není úplně „sexy“ téma. Všichni se tomuto tématu často vyhýbáme.

Naprosto zásadní pro komunikaci v této chvíli je, aby pozůstalý pochopil zprávu o smrti a přijal ji. A to je proces, který má svůj vývoj, je velmi individuální, a zde navíc zdravotníci limituje čas. Jenom pro představu – medián hospitalizace pacienta s následnou diagnózou smrti mozku se pohybuje okolo tří dnů.

Komunikace

■ Chápu tedy správně, že od doby, kdy u pacienta nastala mozková smrt, musí tým zdravotníků během několika hodin stihnout zorganizovat vše kolem převozu a přípravy na transplantaci, ale také právě komunikovat s rodinou? Není to mnoho času a umím si představit, že i pro lékaře je těžké takovou situaci správně uchopit.

Právě! Pro lékaře je to opravdu těžké. Musíme si totiž uvědomit, že dárce orgánů je člověk, který byl ještě včera živý, zdravý, plánoval například dovolenou... A najednou je vše jinak. Lékař je v situaci, kdy musí jeho příbuznému sdělit, že jeho nejbližší člověk zemřel. Už tato informace sama o sobě je jako blesk z čistého nebe, na to není nikdy nikdo připravený. A teď si představme, že v této náročné situaci musí lékař pozůstalé informovat i o tom, že zemřelý je vhodným dárce orgánů. Je to velmi náročné, protože i my lékaři máme svoje pocity, právě strach či obavy z reakce blízkých mohou být důvodem, proč zemřelý k odběru orgánů nemusí být lékařem indikován.

My lékaři jsme na tyto situace perfektně připraveni po odborné medicínské stránce. Ale podpora a vzdělání v komunikaci s pozůstalými dříve neexistovaly. A právě to byl ten impuls, proč jsem chtěla začít dělat kurzy na téma komunikace s pozůstalými.

■ Vím už z našeho neformálního rozhovoru, že první kurzy začaly vznikat kolem roku 2007. Tenkrát se ještě kurzy týkající se rozvoje komunikace tolik „nenosily“. Jak vznikaly a bylo těžké je prosadit? [Smích] Ani nevíte jak.

Když jsem se začala na toto téma více zaměřovat, udělala jsem průzkum, abych měla nějaká tvrdá data a mohla argumentovat, protože komunikaci nebyla přikládána taková váha. Téměř devadesát procent (!) dotázaných lékařů-intenzivistů však komunikaci označilo za nejobtížnější část při indikaci a realizaci odběru orgánů. To není málo. Vytvořila jsem tedy koncept intenzivních třídních kurzů, které učí, jak sdělovat nepříznivou zprávu a prakticky studovat a cvičit komunikační dovednosti. Důležité je také umět pochopit reakce pozůstalých, být pro ně psychickou podporou a zároveň dokázat pracovat s vlastními emocemi.

Musela jsem ovšem sehnat finanční prostředky, složit tým odborníků, kteří jsou nejen profesionálové, ale umí i učit, a v neposlední řadě i účastníky. Naštěstí se vše podařilo. Mými prvními studenty byli lékaři MUDr. Kateřina Rusinová a MUDr. Ondřej Kopecký, průkopníci paliativní medicíny v České republice (*vystupovali v dokumentu Jednotka intenzivního života, pozn. autora*). Kurzy měly od začátku výborný ohlas a dnes je na nich okamžitě plno. Zdravotníci vzdělávání v komunikaci považují za důležité.

Pacienti či příbuzní zpravidla nevědí a nerozumí, jak byli léčeni, ale velmi vnímají, jak s nimi kdo mluvil. Stejně tak pozůstalí zpravidla nevnímají slova, ale jak se k nim personál choval, jak u toho vypadal, jestli jim nabídl vodu, nechal je v klidu, poslal za nimi sestřičku, dal jim čas... To si pamatují. Lidé prožívající hluboké emoce mají jiné vnímání, ratio je velmi potlačené. A my je potřebujeme postupně k ratiu přivést zpět, abychom se s nimi mohli domluvit.

■ Sama se v takových situacích ocitáte. Co je na komunikaci s nejbližším pozůstalým nejtěžší?

Pozůstalí se potýkají hlavně s tím, jak těžké je smířit se se smrtí. Jsem přesvědčená, že je strašně důležité rodině umět vše vysvětlit tak, aby hlavně přijala fakt, že pacienta již nelze zachránit. Poté je informace o odběru orgánů většinou již akceptována. Vnímám jako důležité učit lékařský i nelékařský personál vše komunikovat přijatelnou formou. Kurzy proto nejsou zaměřeny pouze na teorii, jejich součástí jsou i praktické nácviky. Cílem je, aby účastníci opravdu pochopili, trochu zažili a nakonec i prožili tyto situace. Aby si uvědomili, že když jdou sdělovat něco nepříjemného, tak to nemůže být příjemné.

■ Původně kurzy vznikly pro lékaře, ale časem jste je začala nabízet i sestřím.

V této části medicíny hrají sestry velmi důležitou pozitivní roli. S dárcovstvím se musí ztotožnit celé oddělení, není to jen záležitost lékařů. Ano, lékař dárcovství indikuje, ale jistě se mu bude lépe pracovat, když budou sestry informovány a budou tomu nakloněny. Většinou tomu tak je, protože sestry jsou zpravidla chápající v otázce marné péče a případné záchrany dalšího života. Proto školíme sestry, jak ve věcech medicínských, o významu dárcovství, tak i v komunikačních dovednostech. Sestra nepříznivou zprávu sice nesděluje, to musí udělat lékař, ale sestra se dostává následně do přímého kontaktu s pozůstalými. Ocítá se tedy v situaci, kdy zjišťuje, že rodina je po prvotní zprávě o úmrtí samozřejmě v šoku, a nevnímala nebo nepochopila tak další informace, které jim lékař sděloval. U lůžka, kdy jsou v záplavě těch největších emocí, se tak začínají vyptávat sestry. Je proto opravdu nezbytné, aby sestra věděla, jak má s pozůstalými komunikovat. Velkou výhodou je, když je sestra, která se o pacienta stará, přítomna rozhovoru lékaře s rodinou.

Může pak snadno navázat na vše, co bylo řečeno, a opakovat jeho slova již vlastní formou.

V těchto situacích považují za nesmírně důležité, aby všichni z personálu věděli, že negativní emoce či slovní agrese nejsou určeny jim, ale té situaci. Oni jsou jen nejbližší, takže se stávají jakýmsi hromosvodem. V kurzech personál učíme, jak nejlépe reagovat. Sestry tyto situace zvládají dobře díky intuici i na základě svých zkušeností, ale je to pro ně velmi nekomfortní situace.

V rámci kurzu si mohou potvrdit, že postupují správně, i to je pro ně velmi důležité a pomáhá jim to v další práci.

■ Dozví se pozůstalí, jak byly odebrané orgány použity?

Pokud se pozůstalí zajímají o osud orgánů a ptají se nás, vždy odpovídáme. Uvádíme, jaké orgány byly odebrány a jak konkrétně byly použity. Samozřejmě dle zákona identitu příjemce orgánů plně anonymizujeme. Pozůstalé informujeme vždy pravdivě, takže i v případě, že transplantace



doc. MUDr. Eva Pokorná, CSc., CETC

Původně nefroložka, ale celou svou profesní kariéru i doslova celý svůj život zasvětila transplantační medicíně, konkrétně její nejtěžší části, a to dárcovství orgánů. Je členkou České transplantační společnosti, v letech 2002–2006 a 2008–2012 byla její předsedkyní. Je autorkou řady odborných prací zabývajících se zemřelými dárci orgánů a marginálními dárci ledvin, které byly publikovány v renomovaných zahraničních časopisech. Vytvořila v IKEM, ale i v celé České republice fungující systém koordinátorů, těší se velkému uznání v komunitě lékařů-intenzivistů a také v zahraničí. I díky její práci, opravdovosti a zápalu Česká republika patří mezi nejúspěšnější země v transplantologii na světě.

nebyla úspěšná. Není ojedinělé, že se rodina dárce až například po několika letech zajímá, jak transplantace dopadla. Často se ptají opakovaně. Pro pozůstalé je důležité vědět, že odběr měl smysl, a troufám si říct, že je to i součástí celého procesu vyrovnání se se smrtí blízkého člověka.

Dárců si nesmírně vážíme. Proto jsme v IKEM vytvořili tzv. Zeď života, na kterou pravidelně doplňujeme jména všech dárců. A těší mě, že ji navštěvují především příjemci

orgánů, nosí květiny a zapalují svíčky a vyjadřují úctu a dík všem dárcům orgánů. Protože právě jim patří velké poděkování, bez nich by zázrak jménem transplantace nemohl být proveden.

Dovolte mi, abych jménem IKEM všem kolegům z Nemocnice České Budějovice, a.s., z celého srdce poděkovala za profesionalitu, za pracovní nasazení a výbornou spolupráci na dárcovském programu IKEM. Transplantace sice provádíme v IKEM, ale transplantáční medicína

je medicínou mnoha oborů a všech nemocnic v České republice.

Ještě jednou vám děkuji nejen za sebe, IKEM, za pacienty po transplantacích orgánů, ale i za ty, kteří na svoji šanci čekají a mají díky vám naději.

■ **Ing. Jana Duco, MBA**

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

V České republice platí předpokládaný souhlas s odběrem orgánů po smrti.

Každý má však právo za svého života vyslovit nesouhlas a ten evidovat v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným darováním tkání a orgánů. Pokud není prokázáno, že zemřelý vyslovil za svého života prokazatelně nesouhlas s posmrtným odběrem, platí, že s odběrem souhlasí. Přesto zákon ukládá ošetřujícímu lékaři povinnost sdělit „vhodným způsobem osobám blízkým předpokládanou možnost odběru, a to za podmínky, že určená osoba projevuje zájem o pacienta a pacient za svého života prokazatelným způsobem nevyslovil zákaz sdělování informací o svém zdravotním stavu. O informování osoby blízké musí lékař učinit zápis do dokumentace pacienta či zemřelého“.

To jsou formulace transplantačního zákona.

Klinická praxe, kontakt s pozůstalými a sdělování špatných zpráv jsou přímo lékaři-intenzivisty považovány za nejtěžší část procesu indikace a péče o zemřelého dárce orgánů.

V Česku ročně čeká na záchranu nebo výrazné zkvalitnění života zhruba 1 100 nemocných a jejich jediná naděje spočívá v transplantaci orgánů.

Naději těmto pacientům dávají především zemřelí dárci. Těch je ročně okolo dvou set. Každý z nich může pomoci až deseti dalším nemocným.

NÁRODNÍ ČEKACÍ LISTINA NA TRANSPLANTACI ORGÁNŮ K 1. 10. 2022

Ledvina	667
Játra	119
Srdce	106
Plíce	41
Slinivka břišní	56
Langerhansovy ostrůvky	5
Tenké střevo	1
Děloha	1
Celkem	996

zdroj: Koordinační středisko transplantací <https://kst.cz/>

Jsme kdykoli dostupným prostředníkem mezi pacientem v závažném stavu a nemocniční péčí

Houkající žluté sanitky a hřmící vrtulníky zdravotnické záchranné služby, které každý den přivážejí do nemocnice zraněné a nemocné pacienty, každý zná. Co možná zůstává veřejnosti skryto, je intenzivní komunikace a spolupráce lékařů a záchranářů zdravotnické záchranné služby a nemocnice.

MUDr. Marek Slabý, MBA, LL.M., ředitel Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje, přibližuje, jaké možnosti přinesl rozmach nejen komunikačních technologií při záchrane pacienta.

■ **V 80. letech byl symbolem jihočeské záchranky britský vůz Range Rover. Jak se od té doby sanitky proměnily?**

Nyní máme sanitky ve skříňové úpravě, které zajišťují více prostoru, komfortu a bezpečí pro pacienta i pro posádku. Je v nich zaintegrováno množství pomůcek pro transport pacienta do sanitky a celá řada přístrojů pro monitoraci, podporu nebo náhradu životních funkcí. Obrovským pokrokem je digitální spojení, navigace a technika pro datové přenosy a online propojení s operačním střediskem. Naším cílem je, aby vše bylo naprosto adresné, aby byla informována veškerá dotčená oddělení a mohli jsme tak minimalizovat čas mezi příjezdem pacienta a jeho ošetřením v nemocnici.

Poslední novinkou jsou například fotografie z místa zásahu, které bude možné odesílat do popáleninových center či traumacenter apod. Podobně jako v 90. letech nastal obrovský pokrok a rozvoj technologií spolu s miniaturizací přístrojů, tak v letech 2015–2020 došlo k extrémnímu skoku v datových technologiích, který přinesl propojení všech složek IZS. I když se sanitka z roku 1990 a roku 2022 enormně liší právě díky miniaturizaci, principálně zůstává posílání sanitky stejné – zajištění, stabilizace a transport pacienta do cílového zdravotnického zařízení.

■ **Záchranka ovšem nejsou jen sanitky, ale logem záchranné služby jsou označeny i žluté osobní vozy. Kdo v nich sedí?**

Jsou to výjezdová vozidla, která neslouží k převozu pacienta. Jezdí v nich posádka s lékařem, která přejíždí z místa na místo dle aktuální potřeby. Systém sanitek a vozidel s lékařem se nazývá rendez-vous. Původně vznikl ve velkých městských aglomeracích za účelem efektivnějšího využití lékaře. My jsme jej zavedli před pěti lety a velice se nám osvědčil. V jednom momentu může lékař ve výjezdovém vozidle spolupracovat s několika posádkami najednou. Je vyslán jen tam, kde je ho opravdu třeba. Kolem 80 % našich výjezdů jsou totiž schopni zpracovat záchranáři. V případě potřeby nastoupí k posádce do sanitky a transportuje například ventilovaného nebo nestabilního pacienta, vyžadujícího podporu či náhradu životních funkcí.

■ **To, že sanitka přijede včas na správné místo, bereme jako samozřejmost. Nicméně za správným vyhodnocením a navigací stojí lidé z operačního střediska.**

Ano, kvalita práce operačního střediska do velké míry určuje výsledek akce. Je důležitým článkem, který přijímá výzvu od volajících. Je nezbytné mu poskytnout správné, smysluplné a korektní informace, poněvadž právě od nich se odvíjí, kdo k vám pojedou a odkud.



MUDr. Marek Slabý, MBA, LL.M. / Foto: archiv ZZS JČK

Během cesty vám dispečer poradí, co máte dělat, poskytne tzv. asistovanou první pomoc nebo telefonicky asistovanou neodkladnou resuscitaci či vás navede k automatickému externímu defibrilátoru, pokud je ve vaší blízkosti apod.

V dnešní době je operační středisko obrovský organismus, který ovládá několik serverů a enormní množství softwaru, přístrojů a informací, které zajišťují perfektní identifikaci pacienta a místa zásahu. Umožňuje dokonalou komunikaci mezi posádkami, složkami IZS a nemocnicemi.

■ **Jaká je vaše zkušenost s volajícími?**

Řada pacientů má jiný náhled na svůj stav, považují ho za mnohem závažnější, mají tendenci ho drammatizovat nebo naopak banalizovat. Část volajících není

schopna svůj stav či místo, kde se nacházejí, smysluplně popsat. Mnoho pacientů využívá záchranky k přednostnímu ošetření či vůbec ke vstupu do zdravotnického systému, protože nemá praktického lékaře či pojištění. Nic v medicíně není černobílé a musíme akceptovat, že pacient vnímá svůj stav jinak než my, jeho praktický lékař je aktuálně nedosažitelný nebo jej vůbec nemá apod.

Základním pravidlem pro volající je: nezveličovat, říkat pravdu a podávat smysluplné informace stručně a jasně. Dispečer vás nevidí, jen slyší, musíte si důvěřovat. Pokud nás lidé volají k věci, které vydrží do rána, tak skutečně ubírají šanci kriticky nemocným, abychom k nim přijeli včas. Pokud v indikovaném případě volá včas a správně, pak záchranka funguje správně.

Přednemocniční neodkladná péče je provázána s nemocniční péčí. Jsme kdykoli dostupným prostředníkem při závažných stavech mezi pacientem a nemocniční péčí. Je třeba, aby si lidé uvědomili, že si nás musí trochu „šetřit“, aby nás měli k dispozici kdykoli a kdekoli, aniž by na nás museli v těžkém stavu čekat.

Jak jste zmínil, činnost ZZS je úzce propojena s nemocnicí. A to nejen materiálně, nýbrž i personálně. Vy sám jste stál například u vzniku kardiocentra. Jak na tu dobu vzpomínáte?

Českobudějovická nemocnice je špičkovým zařízením s vynikajícími týmy na všech specializovaných pracovištích. Za všechny Jihočechy jsem na tato centra hrdý a jsem opravdu velice rád, že jsem mohl stát u zrodu většiny z nich.

Formování českobudějovického kardiocentra byla nesmírně zajímavá, avšak i náročná doba. MUDr. Ladislav Pešl, dnešní ředitel kardiocentra, takřka nevycházel z bran nemocnice. Kdykoli jsem byl v nemocnici, zrovna někomu zaváděl katetr nebo prováděl nějaký akutní výkon. A to stejné platilo pro dnes již emeritního primáře MUDr. Františka Touška, FESC. To byla dvojice, která stála za zrodem českobudějovického kardiocentra.

■ **Katlab – neboli katetrizační laboratoř – je špičkově zařízené pracoviště. Jak nové technologie ovlivnily spolupráci záchranky a nemocnice?**

Naprosto zásadně. V době vzniku kardiocentra došlo ke skokovému vývoji technologií jak v nemocniční, tak přednemocniční péči. Dnes díky tomu můžeme odesílat EKG již z místa zásahu přímo do kardiocentra. Kardiologové tak dopředu mají informace, zda pacient, kterého jim vezeme, má infarkt. A co je zásadní, zda pacient je, či není indikovaný k zákroku v katetrizační laboratoři. Už v sanitce tak můžeme pacienta zaléčit a připravit k zákroku. Doba od identifikace koronárního syndromu a invazivního zásahu se tak zkrátila z hodin na desítky minut. To přináší obrovský benefit pro pacienta a jeho myokard (srdeční sval) – pacient netrpí tak dlouho a škody na myokardu jsou díky časové úspoře minimalizovány.

Infarkt je totiž neviditelný. Pacienti, a mnohdy i zdravotníci, jej často považují za banální. Přitom je ischemická choroba srdeční stále velmi častou příčinou invalidity a úmrtí v ČR. V 90. letech byl pacient léčen pouze konzervativně – v nemocnici strávil i několik týdnů, a pak x týdnů v lázních. Do běžného života se vracel kvůli těžce poškozenému myokardu v mnohem horší formě. I přes veškerou snahu lékařů a pokroky

medicíny v 90. letech významné množství pacientů s poškozeným myokardem nemohlo naplno žít – jezdit na kole, hrát fotbal apod.

Díky lékařům z kardiocentra odchází z nemocnice spousta pacientů v podstatě uzdravených – mohou se vrátit do práce a ke svému životu. Je to obrovský přínos nejen pro pacienty, ale i pro celou společnost.

■ **Čas je důležitý i pro pacienty s mozkovou příhodou, které přivážíte do našeho Centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče.**

To bezesporu. Primář Neurologického oddělení MUDr. Svatopluk Ostrý, Ph.D., spolu s MUDr. Miroslavou Nevšímalovou navázali na trend vzniku iktových center, což znamená pro pacienta obrovský benefit. Lékaři Neurologického oddělení a Neurochirurgického oddělení pracují s velkým nasazením a jsou ochotni poskytovat našim

Počet pacientů, kteří po prodělané mrtvici odcházejí z nemocnice bez významného neurologického deficitu, tzn. nekulhají, nedrmolí apod., je oproti 90. letům mnohem vyšší.

■ **Mozková příhoda se týká spíše starších pacientů. Se stejným úsilím se však věnujete i péči o ty úplně nejmenší pacienty.**

Ano. S Neonatologickým oddělením spolupracujeme již dlouhá léta. Jejich neonatologický tým vozíme na výjezdy v kraji, účastní se leteckých a pozemních transportů. Naše vrtulníky nebyly určitou dobu schopné přepravy inkubátorů, ale pokud vše dobře dopadne, tak v nejbližší době budeme opět schopni neonatologický tým přepravovat z Českých Budějovic po celém kraji i s inkubátorem.

Obdobně úzce spolupracuje naše letecká záchranná služba i s traumacentrem, kam přiváží pacienty po vážných úrazech.

"Základním pravidlem pro volající je: nezveličovat, říkat pravdu a podávat smysluplné informace stručně a jasně. Dispečer vás nevidí, jen slyší, musíte si důvěřovat."

posádkám konzultace v jakoukoli denní či noční hodinu, což eliminuje prodlení v léčbě pacienta. Edukují naše záchranáře a lékaře v nových postupech a metodách. Neustále společně ladíme nastavené procesy. Naše souhra je, řekl bych, dokonalá, z čehož pacient opět maximálně profituje.

■ **Jak hodnotíte spolupráci ZZS JK a nemocnice?**

Musím říct, že s panem generálním ředitelem MUDr. Ing. Michalem Šnorkem, Ph.D., i s celou nemocnicí je spolupráce opravdu vynikající. A též velice úzká, poněvadž řada lékařů z nemocnice slouží i u nás, za což jim chci velice poděkovat.

Například primář ARO, MUDr. Richard Tesařík, u nás pracuje již třicet let. Intenzivně u nás působil i primář oddělení Urgentního příjmu – MUDr. Jaroslav Kratochvíl, již zmíněný MUDr. Ladislav Pešl a mnoho dalších. Lékaři v nemocnici mají tedy zažité mechanismy nemocniční i přednemocniční péče, znají problematiku zdravotnické záchranné služby a vědí, co od nás mohou chtít. A naopak řada našich lékařů, včetně mě, působila v nemocnici. Rozumíme tak tomu, co si říkáme, a to je strašně dobře. Vidím na mladých lékařích, kteří nikdy nesloužili na záchraně, jak mají od záchranky leckdy nesplnitelná očekávání. Vzájemná znalost a provázanost prostředí lidsky i odborně je velice přínosná a pomáhá problémy velmi dobře zvládat.

■ Záchraná služba v dnešní době disponuje nejmodernějšími přístroji a spousty dat. Zmírňují technologie míru stresu při výjezdech?

Dnešní pacienti jsou stejní jako ti před třiceti lety. Když přijedete k nemocnému dítěti, umírajícímu či člověku s infarktem, ten stres a drama na místě je pořád stejné. Je to emočně velmi silný a náročný prožitek, který se snažíme do nemocnice nepřenášet.

Nemocniční lékaři mají lehkou výhodu v tom, že my pacienta přivezeme již bez emočního náboje, stabilizovaného a ošetřeného. Už to není tak syrové. My na místě cítíme krev, benzín, vidíme rodinu... Situaci tak prožíváme mnohem intenzivněji. A v tom vám technika nepomůže. Pomůže nám pacienta rychleji a kvalitněji ošetřit a přivést ke správnému odborníkovi. Ráno jedeme k porodu a rodíme mezi vraty, za hodinu vezeme akutní koronární syndrom, pak jedeme k traumatu. Mezitím samozřejmě ošetříme celou řadu pacientů se zhoršením chronických onemocnění. Je to krásná medicína, ale bohužel riskantní. A toho se většina mladých lékařů bojí. Já si však myslím, že by se měli nadechnout a přijmout odpovědnost.

■ Stále jste aktivním lékařem záchranné služby?

Ano. Každý týden sloužím jednu noční službu a jednou až dvakrát měsíčně víkendovou službu. Nečekejte však, že bych měl jako ředitel od kolegů nějaké úlevy. Asi před měsícem jsem měl víkendovou službu a v sanitce jsem strávil šest hodin nonstop, aniž se mi podařilo dosáhnout základny.

■ Častým tématem dnešní doby je syndrom vyhoření. Jaký je váš recept?

Vyhoření hrozí v každém zdravotnickém oboru, pokud se mu věnujete dostatečně intenzivně. Aby člověk mohl svou práci dělat s plným nasazením, aniž by ji začal nenávidět, je třeba umět si odpočinout. Ideální je sport, já jsem však nikdy opravdový sportovec nebyl. Rád lyžuji, jezdím na vodu a baví mě i turistika... Ale vždy jsem hodně četl – jsem typický hltáč knih. Už pětadvacet let se zajímám

Veteránské hnutí je bezvadné, mohu se věnovat technice a dostanu se do prostředí, kde řada lidí neví, jestli jsem ředitel, nebo doktor, říkají mi, co mám kde utáhnout a co jsem zkalil a co ne. Je to zároveň i turistika, protože veteráni jedou pomalu a umožní tak intenzivní vnímání krajiny. Jedeme pomaleji než motorkáři, ale rychleji než cyklisté. Procestoval jsem tak celý Jihočeský kraj, ale každý rok pořádám pro kamarády například několikadenní cestu přes rakouské Alpy nebo na Slovensko apod.

A co se týče zážitků ze služby, to ošklivé podvědomě mažu a nikde to nevyprávím, pokud k tomu není lékařský důvod. Pokud každý z nás udělal vše pro to, aby to dopadlo co nejlépe, tak se s tím umíme většinou srovnat, abychom nezničili sami sebe nebo své blízké. U mladých lidí vidím, že mají od naší práce úplně jiná očekávání.



MUDr. Marek Slabý, MBA, LL.M. / Foto: archiv ZZS JČK

o veteránská auta a soutěže, některé i sám pořádám či se jich účastním. Letos jsem se se svojí téměř šedesát let starou sanitou zúčastnil natáčení filmu o první transplantaci srdce v Evropě, která proběhla v roce 1967 v Berlíně.

Nastupují s velkým očekáváním akce, adrenalinu a neustálého řešení pouze velmi závažných stavů. A pak zjistí, že tyto výjezdy jsou nárazové a mezitím musí ošetřit spoustu pacientů s lehkými obtížemi. Trochu zapomínají, že zdravotník by měl být soucitný s kýmkoli.

■ **Za svoji práci jste dostal celou řadu ocenění. Jak je vnímáte?**

Ano, v roce 2020 jsem byl oceněn prezidentem republiky za přínos pro přednemocniční neodkladnou péči Zlatým záchranným křížem, na což jsem velmi hrdý. V loňském roce jsem převzal medaili za zásluhy o bezpečnost, kterou uděloval ministr vnitra. Jedná se o nejvyšší vyznamenání, které ministerstvo vnitra může udělit. Jako prezident Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR jsem před deseti lety vymyslel Cenu asociace záchranných služeb. Uděluji ji lidem, kteří udělali něco úžasného či záchranku budovali. Jsem rád, že mohu nestory oboru, ke kterým jsem vzhlížel, takto veřejně ocenit. Ve zdravotnictví nejsme zvyklí se chválit a udělovat si medaile, jak je tomu například u policie, hasičů či ozbrojených složek. Já ale strašně rád volám do nemocnice, že děkuji za skvělé přijetí naší posádky, péči o pacienta nebo že



MUDr. Marek Slabý, MBA, LL.M. / Foto: archiv ZZS JČK

mě dobře ošetřili. Já jsem nesmírně vděčný klient českobudějovické a táborské nemocnice.

■ **Ing. Veronika Dubská**
Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

 Každá dárkyně mateřského mléka je i záchránkyně.
#NASEZLUTEZLATO

Banka mateřského mléka
Neonatologické oddělení
Nemocnice České Budějovice, a.s.

Pomůžete nám?

- příspěvek 300 Kč / litr mléka
- svoz mléka zajistíme

KONTAKT:
bankamm@nemcb.cz
387 87 5738
www.nemcb.cz

 **NEMOCNICE**
ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s.

Náhlý odjezd do nemocnice se může týkat i vás

Bud'te připraveni



Náhlé zhoršení zdravotního stavu či vážný úraz, který si vyžádá hospitalizaci, je pro každého stresující záležitostí. Abychom o vás mohli správně a bezpečně pečovat, potřebujeme o vás vědět několik základních informací. Vlivem stresu a zdravotního stavu je zpravidla obtížné a pro některé pacienty i nemožné tyto informace zdravotnickému personálu správně poskytnout. Připravili jsme proto pro vás proto malou kartičku, kde si můžete tyto údaje zaznamenat. Pokud si nejste jisti, jaké léky užíváte, či jakými alergiemi trpíte, konzultujte správné vyplnění se svým praktickým či odborným lékařem. Údaje v tabulce vyplňte čitelně a nezapomeňte je aktualizovat. Doporučujeme tuto kartičku vždy nosit při sobě, například v peněžence.

INFORMACE PRO PŘÍPAD HOSPITALIZACE

Jméno:

Příjmení:

Zdravotní pojišťovna:

Adresa trvalého bydliště:

Ulice a číslo popisné:

Město, PSČ:

Kontakt na blízkou osobu, kterou si přejí v případě mé hospitalizace kontaktovat

Jméno:

Příjmení:

Telefonní číslo:

Léky, které trvale užívám

Alergie

Poznámka

Kdo jsou naši Super Sanitáři 2022?

V příjemné atmosféře proběhl v sobotu 1. října 2022 pilotní ročník soutěže Super Sanitář. V soutěži se utkaly smíšené páry z deseti vybraných oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

Soutěžilo se v pěti disciplínách – čtyři byly praktické a pátou byl vědomostně-zábavný test. Body soutěžící sbírali za povlékání lůžka, polohování pacienta či převoz a překlad pacienta z lůžka na lůžko. Čtvrtým úkolem byl transport biologického materiálu do laboratoře. Tato disciplína byla doplněna o „překvapení“ v podobě figurantky, která soutěžící cestou do laboratoře zastavovala s dotazem na cestu do „krčku“ nemocnice. Správná odpověď byla součástí hodnocení této disciplíny. V testu si poté soutěžící ověřili nejen své odborné znalosti, ale odpovídali i na několik úsměvných otázek.

Soutěže se zúčastnily také vrchní a staniční sestry, které jednotlivé disciplíny dle daných kritérií hodnotily. Nesmíme opomenout ani podstatnou roli „pacientů“, kterou skvěle sehráli další dva figuranti. Bez nich by soutěž nemohla proběhnout.

Všech deset týmů bojovalo s velkým nasazením a výsledky byly velmi těsné. O vítězích nakonec rozhodovalo pět stěžejních otázek v testu a také čas, během kterého dokázaly dvojice bezpečně přepravit biologický materiál z výchozího stanoviště do laboratoře.

Po splnění všech úkolů se soutěžící a porotci sešli v jídelně nemocnice, kde proběhlo vyhlášení vítězů a předání cen. Všech deset týmů splnilo zadané úkoly na jedničku a dalo by se říct, že pomyslnými vítězi byli všichni zúčastnění. Za vynikající nasazení během soutěže všem poděkovali a ceny předali generální ředitel Nemocnice České Budějovice, a.s., MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D., ředitelka úseku komunikace a péče o zaměstnance Bc. Iva Nováková, MBA,

hlavní sestra Mgr. Hana Dohnalová a její zástupkyně Mgr. Lenka Cardová.

Kdo jsou vlastně naši první „Super Sanitáři“, co je náplní jejich práce a jak se jim první ročník soutěže líbil, zjistíte v následujícím rozhovoru.

Za vítězný tým na otázky odpovídala Vlasta Martišová (VM), za tým, který se umístil na druhém místě, Anatolij Okolit (AO) a za tým, který se umístil na třetím místě, Marcela Švadlenová (MŠ).

■ **Jste členkou/členem jednoho z vítězných týmů. Povězte nám, z jakého oddělení jste a jak dlouho tu pracujete.**

VM: Jsem z Oddělení kardiochirurgie, hrudní chirurgie a cévní chirurgie a jsem tu relativně nováčkem. Jako sanitářka pracuji v nemocnici necelé čtyři měsíce. Akreditovaný kurz na sanitáře, který pořádala českobudějovická nemocnice, jsem dokončila v červnu 2022.

MŠ: Jsem z 1. oddělení následné péče, z pátého patra, a pracuji tu osmým rokem.

AO: Jsem sanitářem na Chirurgickém oddělení a v této nemocnici pracuji od roku 2009. Zkušenosti s prací sanitáře už mám i z jiné nemocnice.

■ **Jak jste se k práci sanitáře/sanitářky dostal/a? Měl/a jste vždy ambice pracovat ve zdravotnictví?**

VM: Ve zdravotnictví jsem nikdy nepracovala, pracovala v něm však moje maminka. Byla to právě ona, kdo mě na myšlenku práce sanitářky přivedl. Vždy mi říkala, že bych se na takovou práci hodila, protože věděla, že chodím hlídat děti a že mě péče o lidi baví.



Tým z Chirurgického oddělení –
Jitka Kovářiková a Anatolij Okolit
2. místo / Foto: Jiří Krčmář

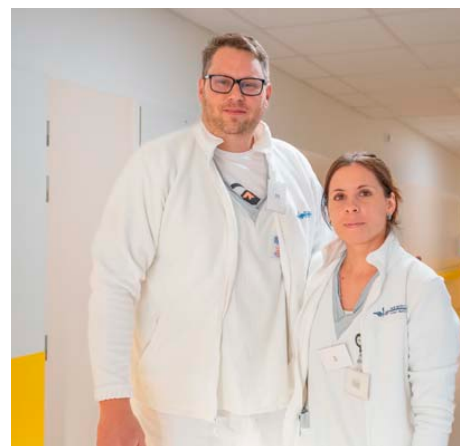
Byla jsem navíc v situaci, kdy jsem potřebovala jisté a stabilní zaměstnání. Myslím, že jako zaměstnavatel nemá v tomto ohledu českobudějovická nemocnice v našem kraji konkurenci.

MŠ: Moje babička byla zdravotní sestrou, takže nějaké povědomí o zdravotnictví jsem díky rodině měla, to v mém rozhodování však nehrálo zcela hlavní roli. Již od mala jsem cítila, že chci pomáhat lidem. Proto jsem si hned po škole udělala sanitářský kurz a směřovala do českobudějovické nemocnice. V tom jsem měla jasno.



Tým z Kardiocentra –
Vlasta Martišová a Marek Potůček
1. místo / Foto: Jiří Krčmář

AO: Moje cesta do českobudějovické nemocnice měla o něco delší vývoj. Nepracoval jsem vždy jako sanitář, dříve jsem byl zaměstnaný v jednom výrobním podniku, kde jsme pracovali na krátké a dlouhé týdny. Protože jsme však tenkrát kvůli malým dětem potřebovali více financí a stávající práce mi umožnila pracovat ještě na zkrácený úvazek, nastoupil jsem jako sanitář do tábořské nemocnice. Tam jsem zjistil, že mě tato práce baví o hodně víc než ta stávající, takže jsem první pracovní poměr ukončil a práci sanitáře vzal na plný úvazek. Po sedmi letech jsem se ale rozhodl odejít do Českých Budějovic,



Tým z 1. oddělení následné péče –
Jiří Zdvořák a Marcela Švadlenová
3. místo / Foto: Jiří Krčmář

abych byl blíže rodičům, kteří už chřadli a potřebovali péči rodiny. Zpětně vlastně vůbec nevím, proč jsem začal hledat práci opět ve výrobním podniku, asi mi tam přirostl k srdci ten „bordel“ a já to tam chtěl dát do pořádku, jinak si to neumím vysvětlit [smích]. Každopádně, když přišla krize a já dostal možnost za výhodných podmínek odejít, rozhodl jsem se oprášit sanitářský kurz a ucházet se o místo v českobudějovické nemocnici, kde mě téměř okamžitě přijali a já hned pocítil, že tady jsem doma. Ten kontakt s lidmi, pocit, že jsem platný, to je to, co mě naplňuje a co mě dělá šťastným.



Povlékání lůžka / Foto: Jiří Krčmář



Transport biologického materiálu do laboratoře / Foto: Jiří Krčmář

■ Co je vlastně náplní práce sanitáře?

VM: Z technického hlediska se staráme o doplňování skladu a běžných prostředků, které jsou potřeba k chodu oddělení, doprovázíme pacienty na vyšetření, odnášíme vzorky do laboratoře (to u nás dělají ale spíše sanitáři než sanitářky), pečujeme o lůžko, dále sledujeme i dekubity (proleženiny) a to, jak se pacient cítí. To je asi nejdůležitější. Sanitář má obecně hodně přímý kontakt s pacientem. Staráme se o to, aby se tu cítil dobře, měl správně podanou stravu, upravené lůžko, aby měl k dispozici běžné věci, na které je zvyklý. Když pacientovi něco chybí, snažíme se vyjít vstříc a zařídit, co potřebuje, nebo si s ním i jen popovídáme, aby se cítil blíže domovu. Věřím, že jsme jednou z částí skládačky, která je třeba k úspěšné léčbě.

MŠ: Staráme se o ranní hygienu, celkově o lůžko pacienta, podáváme stravu, doprovázíme pacienty na rehabilitace a jsme jim po ruce, když cokoli potřebují.

AO: Prvotním úkolem na našem oddělení je, že ráno svážíme špinavé prádlo do prádelny. Poté si rozdělujeme úkoly. Někdo pomáhá odvézt pacienty na vyšetření, což je pro chirurgii relativně specifické, jedná se totiž

o různorodá vyšetření na Oddělení ústní, čelistní a obličejové chirurgie, Oddělení plicním a TBC nebo Gastroenterologickém oddělení či předoperační vyšetření a podobně. Jedná se o široké spektrum, často jezdíme po velké části areálu. Někdo zase pomáhá navázat pacienty k operacím, občas pomáháme sanitářkám roznášet stravu nebo ony naopak pomáhají nám, přičemž dva z nás jsou podle rozpisu určeni pro sál. Je pravda, že často je práce hodně a člověk musí i strategicky přemýšlet, jak si ji rozložit, aby se tolik nenaběhal a v rámci jedné cesty toho zvládl co nejvíc. Za sebe však musím říct, že jsem rád, že jsem v pohybu, o to víc mi pak chutná oběd [smích]. Zhruba do patnácté hodiny máme hotovo a pomáháme douklízet sály po operacích. Pak se zase více věnujeme pacientům na pokojích. Holíme je a připravujeme na další dny k operacím, povídáme si s nimi a vlastně je i tak nějak rozptylujeme, aby nemysleli na to, co je čeká.

■ Co vás na vaší práci baví a co považujete za náročnější část?

VM: Baví mě ten kontakt s lidmi a jejich zpětná vazba, když vidím, že odcházejí domů spokojení, děkují a jsou rádi, že jsme na ně byli v nemocnici hodní, že jsme jim nemocniční prostředí alespoň trochu přiblížili domovu.

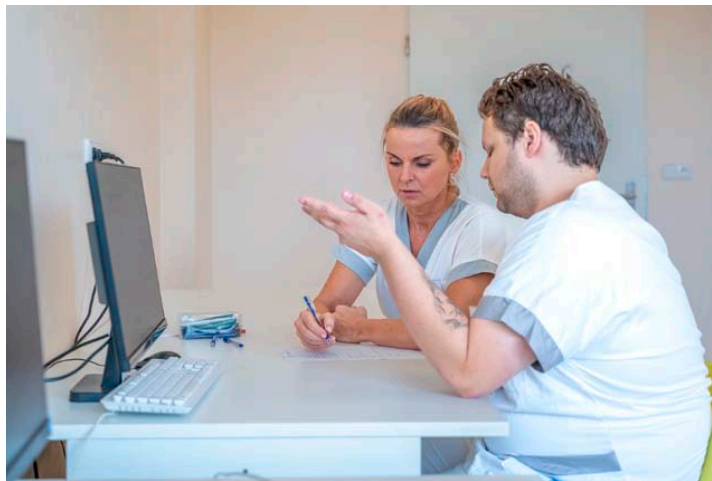
Mám ráda ta rána, když přicházím do práce a zjišťuji, co je u pacientů nového, jaký udělali pokrok, co se zlepšilo nebo co je trápí – ten osobní kontakt. Co je pro mě náročnější (ale já se s tím vždy poperu, jsem totiž takový věčně pozitivní člověk), je vidět, když pacienti stagnují a začínají léčbu vzdávat. Je pak velmi těžké se od toho odosobnit a udržet si pozitivní mysl a dokázat je i dále podpořit.

MŠ: Někdy je naše práce náročnější na psychiku, obzvláště když jsou pacienti ve stavu, kdy už je s nimi obtížnější komunikovat. Naopak je velmi povzbudivé, když vidíme, jak se navrací zpět do života, nabírají sílu a odcházejí od nás spokojení. To člověka naplní příjemným pocitem zadostiučinění.

AO: Určitě je hodně nepříjemné a psychicky náročné, když musíte odvézt zesnulé – i to je však součástí naší práce. Obzvláště když je zemřelým někdo mladší, než jsem já, mi běhá mráz po zádech. Člověk se od toho musí svým způsobem oprostít. Někdy to jde hůře, někdy lépe. Abych však přešel k pozitivním stránkám, které vnímám daleko více... Od počátku svého působení na pozici sanitáře mě fascinuje práce lékařů na operačním sále. Když vidím, s jakým umem (a často i s vypětím všech sil) pracují při operaci, říkám si, jaký je to úžasný



Překlad pacienta / / Foto: Jiří Krčmář



Test / Foto: Jiří Krčmář

koncert, jehož výsledkem je po určité době zdravý člověk. To je pro mě neskutečně nabíjející. Moc se mi líbí i spolupráce s kolegy, jak z řad sanitářů, tak i z řad sester. Musím říct, že kdyby mi bylo teprve třicet, byl bych upřímně rád, že mě před odchodem do důchodu čeká ještě zhruba dvacet až třicet let takové práce. Teď už můžu v podstatě jen odpočítávat dny a být spokojený, že z tohoto zaměstnání budu odcházet naplněný a šťastný, že jsem pro ostatní něco udělal. A jak jsem řekl na úřadu práce, rád jednoho dne zemřu doma, ne v práci [smích].

■ Za tu dobu, co tu pracujete, vnímáte ze své pozice nějak vývoj a modernizaci nemocnice?

VM: Jsem tu sice relativně krátce, ale vzhledem k tomu, že v nemocnici pracuji i další členové mé rodiny, vím moc dobře, jak se nemocnice vyvíjí a snaží se vytvářet příjemné prostředí nejen pro pacienty, ale i pro zaměstnance. I to byl jeden z hlavních důvodů, proč jsem se rozhodla jít pracovat právě sem.

MŠ: Naše oddělení sídlí v relativně novém pavilonu, kde se mimo jiné zlepšilo prostředí pokojů, které jsou prostornější, takže můžeme s pacientem snáze manipulovat, doprovázet ho nebo mu pomáhat. Pacienti jsou na pokojích pouze po dvou, čímž je pobyt příjemnější i pro ně.

AO: Já si tuto nemocnici pamatuji z doby, kdy tu ještě byla stará vrátnice, takže ano, pozoruji, jak se rozrostla, jak je všechno moderní a příjemné. Například když odnášíme materiál do laboratoře, pohladí to prostředí parku člověka na duši a pozitivně ho naladí, a tak ihned zapomene na veškeré méně příjemné situace, které ho za ten den mohly potkat. Určitě nám pomáhá i postupné propojování pavilonů, díky kterému si můžeme výrazně krátit cesty, protože věřte tomu, nebo ne, občas mi krokometř ukáže i dvacet kilometrů za den.

■ Když byla vyhlášena soutěž Super Sanitář, bylo hned jasné, že se zúčastníte soutěže právě vy? Kdo vás nominoval?

VM: Ještě než jsem se stihla o soutěži pořádně něco dozvědět, nominovala mě naše vrchní sestra Mgr. Barbora Zíková. Vůbec bych o tom sama asi ani neuvažovala, protože bych měla pocit, že jsem v nemocnici na něco takového moc krátce a nemám na to právo.

MŠ: Vůbec jsem nečekala, že bych do soutěže byla vybrána právě já. Nominovala mě naše paní vrchní sestra a musím uznat, že jsem byla ráda, že jsem si to mohla zkusit.

AO: Už si přesně nepamatuji, jak to na začátku přesně bylo, chtěl jsem

si však vyzkoušet, jestli po tolika letech tady, a vlastně chvíli před důchodem, zvládnu naše oddělení řádně reprezentovat a otestovat si také svoji hlavu – jestli mi ještě slouží a neudělám nějakou ostudu [smích].

■ Kdo byl vaším partákem v soutěži a jak se vám spolupracovalo?

VM: Za partáka jsem měla Marka Potůčka z Kardiologického oddělení. Soutěžili jsme v podstatě za celé Kardiocentrum a dobře jsme si spolu sedli. Vzájemně jsme se doplňovali tam, kde jeden či druhý váhal, nebo jsme si přirozeně rozdělovali úkoly, například v onom běhu, kde nás zastavila kolemdoucí s dotazem, tam jsme museli rychle zareagovat, abychom neztratili čas a zároveň pomohli.

MŠ: Mým kolegou v soutěži byl Jiří Zdvorák, se kterým jsme na sebe zvyklí už z oddělení, takže se nám spolupracovalo perfektně.

AO: Partnerkou v soutěži mi byla kolegyně sanitářka Jitka Kovářiková. S tou se mi od počátku pracovalo velmi dobře. Už od rána jsme byli ale trochu nervózní. Když přišlo první kolo, tak se nám rozbušilo srdíčko, proto jsme se snažili si z toho dělat trochu legraci, že musíme skončit nejhůře

do desátého místa. Bylo fajn, že jsme byli oba naladěni na stejné vlně, to nám pomohlo uvolnit se. V průběhu soutěže nám samozřejmě nikdo neradil, museli jsme si všimnout všech detailů, například jestli máme pomůcky, které bychom měli mít, a podobně – prostě si vzpomenout na všechno, co děláme běžně. Nicméně soutěž je soutěž a v tu chvíli se bojíte, že na něco zapomenete. V tomhle musím říct, že jsme se s kolegyní moc hezky doplňovali.

■ **V soutěži bylo pět disciplín. Která se vám nejvíce líbila, která vás překvapila a bylo v některé něco, co vás zaskočilo?**

VM: Mně se nejvíce líbila disciplína s během (rychlé doručení vzorků do laboratoře), protože během ráda a pravidelně se tady v Českých Budějovicích účastním i půlmaratonů, proto mě to potěšilo. Bavilo mě i polohování pacienta, protože to je jedna z věcí, na které jsem se zaměřovala i během sanitářského kurzu. Chtěla jsem o něm vědět více, abych dokázala pomoci předcházet dekubitům. A jestli nás na něčem nacyhtali? Snad možná u převozu pacienta na lůžku. Tam jsme předem nevěděli, jakou bude mít pacientka diagnózu a co nás s ní může během převozu potkat.

MŠ: Líbil se mi transport biologického materiálu, protože s tím se běžně nesetkáváme, to je u nás záležitost sanitářů. A jestli nás něco zaskočilo? Možná ona „náhodná“ kolemjdoucí, která se nás snažila zdržet dotazem, kde najde „krček“ nemocnice. (poznámka redakce: Krček je spojovací místo mezi pavilony I a L, kde se nachází i vstup do odborných interních ambulancí.)

AO: Myslím, že jsme zaskočení ani překvapení nijak nebyli. Disciplíny se týkaly všeho, co běžně děláme. Pouze v jedné disciplíně jsme sami sebe trochu nacyhtali a ztratili jsme čas návratem pro žádanku. Nebýt toho, tak bychom soutěž asi vyhráli.

■ **Jak se vám soutěž celkově líbila? A co považujete za největší přínos takovýchto akcí?**

VM: Bylo to moc příjemné, odlehčené, navíc jsme se hodně pobavili. Musím říct, že nejdříve se mi tam moc nechtělo, hlavně ze strachu, abych něco nepokazila. Nakonec to však bylo milé setkání a myslím, že je dobře, že je prezentována i práce sanitářů a sanitářek, protože spousta lidí má tuto práci určitým způsobem zaškatulkovanou, přestože ve skutečnosti vypadá zcela jinak.

MŠ: Bylo fajn, že jsme si mohli všechny disciplíny společně zkusit a objevit třeba i nějaká úskalí, protože člověk tuto práci už přece jenom vykonává rutinně a moc nad jednotlivými úkony nepřemýšlí. V rámci soutěže však přichází nervozita a pochybnosti, jestli někde nečeká nějaký chyták. Nicméně jsem si to užila, a kdyby byla někdy příležitost, klidně bych si soutěž vyzkoušela znovu.

AO: Soutěž byla uspořádaná bezvadně, obzvlášť když vezmeme v úvahu, že to byl první ročník. Navíc naše profese nebyla nikdy takto vyzdvihnuta, takže si myslím, že i z tohoto pohledu měla soutěž velký smysl a přínos v tom, že jsme viděli, že nás někdo vnímá. Přece jen, sanitáři nejsou ve společnosti moc uznávaní nebo bráni jako někdo, kdo je hodnotným přínosem v péči o pacienta. Věřím, že soutěž příští rok nabyde i větších rozměrů, protože odezva sanitářů, a to i těch, kteří se nezúčastnili, byla velmi pozitivní.

■ **Jaké byly vaše dojmy, když vás vyhlásili jako jeden z vítězných týmů?**

VM: Byla jsem přesvědčená, že to všichni zvládneme, protože disciplíny sestávaly z náplně naší práce. Předpokládala jsem, že mezi týmy nebudou nijak velké rozdíly, takže jsem vlastně ani nepřemýšlela nad tím, že bychom se mohli umístit na předních příčkách. Přece jen jsem tu teprve čtyři měsíce, proto jsem to v podstatě ani nečekala. Bylo to příjemné překvapení.

MŠ: Pro nás to bylo velké překvapení a říkali jsme si: „Wow, to není možné!“

AO: My jsme s Jitkou seděli při vyhlašování ruku v ruce napjatí, kdy zazní naše jména. Když jsme zjistili, že nás nejmenovali mezi čtvrtým a desátým místem, tak jsme se na sebe tak podívali... Jitka se až začervenala a začala vymýšlet, co bude s výhrou dělat, že nepřišla soutěžit o peníze. V tom spočívala naše další a krásná souhra, protože já se o tom stejném shodou okolností bavil doma se ženou (takové to „co by kdyby...“) a domluvili jsme se, že bychom částku případně darovali zase do nemocnice, třeba na stanici dětské hematologie nebo jednoduše tam, kde je to třeba. Tuto myšlenku jsme sdělili i při přebírání ceny.

■ **Jaká byla reakce kolegů na vaše umístění?**

VM: Všichni se shodli, že by asi neměli odvalu se soutěže sami zúčastnit, ale od začátku si byli jistí tím, že to musíme vyhrát [smích].

MŠ: Kolegové nám gratulovali a samozřejmě se vyptávali, jaké byly disciplíny a kdo všechno se soutěže účastnil [smích].

AO: Kolegové nám pogratalovali a hned říkali, že příští rok musíme zacílit na první místo. Na to jsem jim odpověděl, že příští rok už budu jejich snažení pozorovat z důchodového křesla. Jak by řekl olympionik, odcházím na vrcholu své kariéry [smích].

Vypadá to, že se soutěž velmi líbila a v následujících letech ji budeme opakovat. Je něco, co byste už teď vzkázal/a budoucím účastníkům?

VM: Aby se nebáli přihlásit a jít do toho. Je zábavné, fajn a moc příjemné se takhle se všemi potkat. A člověk má navíc šanci vyzkoušet si i nějaké věci, které nejsou součástí jeho rutiny. V mém případě se jednalo například o onen přenos biologického materiálu. To u nás na oddělení dělají většinou muži, takže jsem si

to znovu procvičila a uvědomila si, na co je třeba dávat si pozor.

MŠ: Určitě bych jim vzkázala, aby se nebáli to jít zkusit, že si to moc užijí.

AO: Budoucím soutěžícím, nebo spíše kolegům sanitářům obecně, bych vzkázal, ať jsou v zaměstnání soustředění, plní své úkoly tak, jak se jim řekne, aby byli pacientům oporou a chovali se slušně a empaticky, protože to, s čím se setkáváme, se může stát kdykoliv komukoliv z nás a věřím, že milý úsměv a vlídné slovo pomůže k uzdravení a dodání víry každému pacientovi. A pokud přijde ze strany pacienta nějaká negativní reakce, tak ji spíše odlehčit než si ji brát osobně, protože oni sami jsou v náročné situaci. Už jen tímto přístupem se každý z vás stává super sanitářem a v soutěži to můžete jenom potvrdit.



Účastníci soutěže Super Sanitář 2022 / Foto: Jiří Krčmář

■ **Ing. Jana Duco, MBA**

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

ANTIBIOTIKA musíme chránit!

Nemáme za ně náhradu.

Antibiotika jsou naše jediná obrana proti bakteriálním infekcím a nemocem. Musíme proto dát pozor, abychom je neoslabovali. Když je totiž bereme nesprávně, umožňujeme bakteriím vytvořit si proti nim odolnost. Kvůli této **antibiotické rezistenci** se i obyčejné infekce mohou znovu stát smrtelně nebezpečnými. Proto musíme antibiotika užívat přesně podle předpisu!



Iceland
Liechtenstein
Norway grants

STÁTNÍ
ZDRAVOTNÍ
ÚSTAV
SZÚ



Cukrovka – 3. díl

Diabetes mellitus – léčba

Léčba se poněkud liší u jednotlivých typů diabetu. Nicméně pro všechny typy diabetu jsou velmi důležitou součástí léčby režimová opatření.

Prvním z režimových opatření, které je součástí léčby opravdu každého diabetika, je diabetická dieta. Obecně lze říci, že diabetická dieta je taková, která obsahuje dostatečné množství kvalitních bílkovin, vyvážený poměr sacharidů a tuků, je pravidelná a rozložená do průběhu celého dne, s větším množstvím menších porcí. U bílkovin se jedná o bílkoviny rostlinného i živočišného původu.

U tuků by měly převažovat omega-3 polynenasycené mastné kyseliny nad omega-6 kyselinami. Což samozřejmě neznamená, že bychom měli příjem omega-6 mastných kyselin úplně odbourat, dokonce to ani není úplně možné, protože v potravě se přirozeně vyskytují obě formy. Avšak zvýšeného příjmu omega-3 mastných kyselin lze dosáhnout především konzumací ořechů, kvalitního řepkového či olivového oleje. Na studenou kuchyni preferujeme olivový olej, který je tepelně méně stabilní, kdežto při přípravě teplé kuchyně dáváme přednost oleji řepkovému. U diabetické diety bychom měli omezit smažení, fritování a grilování. Nicméně i zde pozor – pakliže si neodepřeme smažení, měli bychom zvážit smažení na sádle, které se sice skládá především z nasycených mastných kyselin, ale právě proto je teplotní stabilita sádla nejvyšší. Měli bychom však použít pouze nezbytně nutné množství sádla, ne jídlo v sádle „utopit“.

Co se týče sacharidů, měli bychom si je v průběhu dne, pokud možno, rovnoměrně rozložit. Konzumujeme především přírodní sacharidy, naopak vyvarujeme se vysoce zpracovaných sacharidů, které jsou typicky přítomné v přílohách, světlém pečivu, fast foodech či slazených nápojích. Přírodní sacharidy nalezneme nejčastěji v ovoci, v menším množství také v zelenině, jako jsou rajčata nebo papriky, případně v luštěninách. Podle množství přijatých sacharidů můžeme diety rozdělit na: dietu se sníženým příjmem sacharidů (225 či 175 gramů sacharidů/den), nízkosacharidovou (30–110 gramů sacharidů/den) a ketogenní (pod 30 gramů sacharidů/den). S nízkosacharidovou dietou máme u řady diabetiků úspěchy v léčbě s menší spotřebou léků. Ketogenní dietu většinou diabetikům nedoporučujeme.

Dalším režimovým opatřením je pohybový režim. U diabetika je vhodná pravidelná aerobní (s nízkou intenzitou) zátěž. Samozřejmě, řada diabetiků sportuje na špičkové úrovni, nicméně zde se jedná především o diabetiky s cukrovkou 1. typu a je nutná pečlivá kontrola před, při i po sportovním výkonu.

Dalšími důležitými režimovými opatřeními jsou dostatečné množství spánku a co možná nejmenší stresová zátěž.

Obecně lze říci, že u obézních diabetiků se dietou snažíme docílit redukce hmotnosti, která snižuje spotřebu léků, a dokonce i nutnost jejich užívání.

Farmakologická léčba u jednotlivých typů diabetu:

- 1) Gestační diabetes (těhotenská cukrovka)** zde léčbu zahajujeme většinou dietou a cca v 80–90 % případů je možné ji zvládnout pomocí dietních opatření. V případě, že dietní opatření nevedou k dostatečné kompenzaci diabetu, přikračujeme k léčbě pomocí léků – metforminem a/nebo inzulínem.
- 2) Diabetes 1. typu,** dříve též označovaný inzulín dependentní diabetes mellitus. Vzhledem k velmi nízké či nulové produkci inzulínu tělu vlastního je zde nevyhnutelná léčba inzulínem, ať už se jedná o intenzifikovaný inzulínový režim, tedy aplikaci inzulínu minimálně 4× denně pomocí inzulínových per, i léčbu pomocí inzulínové pumpy, která dle nastavení dávkuje inzulín do těla neustále a množství inzulínu je možné upravit dle potřeby.
- 3) Diabetes 2. typu,** dříve označovaný jako non-inzulín dependentní diabetes mellitus. Zde je škála léků největší. Diabetika 2. typu můžeme léčit pouze režimovými opatřeními nebo tabletovými léky (tzv. PAD – perorální antidiabetika), nebo inzulínem. Výčet možných skupin PAD: biguanidy, GLP-1 agonisté (GLP = „glukagon like peptid“), inhibitory SGLT2 receptoru, deriváty sulfonylurey, inhibitory dipeptidyl peptidázy 4 (DPP4i), thiazolidindiony, glinidy, inhibitory střevních dipeptidáz atd.

Biguanidy (nejznámější zástupce metformin) – zlepšují zpracování glukózy organismem. Nejčastější nežádoucí účinky jsou střevní nesnášenlivost, nevolnost, průjem. Je třeba opatrného dávkování u pacientů s horší funkcí jater a ledvin.

GLP-1 agonisté – zpomalují vyprazdňování žaludku, navozují pocit sytosti. Vzhledem k tomu, že se jedná o poměrně velké molekuly, bylo dříve možné pouze injekční podání, nicméně v dnešní době je na trhu i tabletová varianta. Nejčastějším nežádoucím účinkem je pocit plnosti, pocit na zvracení.

Inhibitory SGLT2 – zvyšují vylučování přebytečné glukózy z krve močí. Nejčastějším nežádoucím účinkem jsou kvasinkové infekce genitálu, jinak jsou dobře tolerovány.

Deriváty sulfonylurey – zvyšují vylučování vlastního inzulínu slinivkou břišní. Nevýhodou je zvýšené riziko vyčerpání slinivky. Nejčastějším nežádoucím účinkem je hypoglykémie (nízká hladina krevního cukru).

DPP4 inhibitory – snižují rozkladání vlastních inzulínu podobných bílkovin, které snižují hladinu krevního cukru, nepřímo tedy snižují hladinu cukru. Jsou velmi dobře tolerovány.

Thiazolidindiony – zlepšují využití glukózy organismem. Nejčastějším nežádoucím účinkem



MUDr. Jakub Hlavica / Foto: redakce

je zadržování vody, což je potřeba kontrolovat lékařem.

Glinidy – zvyšují vylučování vlastního inzulínu, ale v kratším čase než deriváty sulfonylurey, hypoglykémie tedy není tak častá, ale je nutné je užívat častěji. I zde je nejčastějším nežádoucím účinkem hypoglykémie.

Inhibitory střevních dipeptidáz – ty snižují rozklad vstřebávání složitějších sacharidů přijatých stravou. Jsou bezpečné, ale častým nežádoucím účinkem jsou průjemy, plynatost.

Inzuliny můžeme rozdělit na:

- A. humánní inzulíny – tedy inzulíny 100% identické s lidským
- B. inzulínová analoga – tedy inzulíny, u kterých je molekula pozměněna či jsou přidány různé látky k zajištění rychlejšího nebo pomalejšího vstřebávání

Dále je možno inzuliny dělit dle rychlosti působení na:

1. krátce působící inzulíny
2. střednědobě působící inzulíny
3. inzulíny s dlouhým působením

■ **MUDr. Jakub Hlavica**
Interní oddělení

Výsledky unikátní studie zaujaly i v zahraničí

Na jaře jsme publikovali výsledky studie EMIAS, která byla zaměřena na novou mikročirurģickou metodu léčby mozkové mrtvice. (více informací naleznete zde: [Revoluční metoda léčby mozkové mrtvice | Nemocnice České Budějovice, a.s. \(nemcb.cz\)](#))

Tento článek vedl ke třem zahraničním pozváním prezentovat výsledky studie. Naše sdělení nakonec zaznělo na:

- SUN (Society of University Neurosurgeons, The Society Of University Neurosurgeons)
- Meeting of Cerebrovascular section of the WFNS (Světová neurochirurģická společnost)
- Nemocnice Addenbrook, Cambridge

Kromě mezinárodních akcí toto sdělení zaznělo na výročním sjezdu České neurologické společnosti, sjezdu cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti a v IKEM.

Toto opakování jednoho tématu před náročným světovým publikem byla nová zkušenost. Samotná prezentace, videa a vše okolo byly již připraveny a staly se rutinou, takže jsem si mohl více užít diskuzi a interakci s lékaři. Příjemnou novinkou bylo i přistavení auta s řidičem na letišti.

Toto přednášení se točí kolem malé skupiny pacientů, u kterých byla provedena velmi neobvyklá operace.

Z tohoto pohledu to pro běžného čtenáře nemusí být vůbec zajímavé, je ale třeba si uvědomit, že za těmito několika pacienty stojí tvrdá, velice kvalitní a moderní práce mnoha odborností naší nemocnice, Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje a dalších nemocnic. Při problému v jakémkoliv článku tohoto řetězu léčby mrtvice by k těmto několika operacím vůbec nedošlo. A tak je podle mě nutné chápat tento neurochirurģický výstup – dává to pacientovi informaci, že je-li s cévním onemocněním mozku u nás, je v nejlepších rukou.

■ **MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D., MBA**
Neurochirurģické oddělení



Cambridge / Foto: archiv autora



MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D., MBA prezentující výsledky studie / Foto: archiv autora

Budějovice kazuistické již podeváté

6. října se v prostorách hotelu Clarion v Českých Budějovicích uskutečnil devátý ročník unikátního kongresu, na kterém lékaři a ostatní zdravotníci jihočeských nemocnic prezentují své kazuistiky. Jak kongres vznikl a v čem spočívá jeho přínos pro zdravotníky přibližuje jeho zakladatel a předseda organizačního výboru MUDr. Tomáš Hauer.

■ **Pane doktore, se svým týmem máte za sebou v pořadí již devátý ročník kongresu, který byl opět velmi úspěšný. Prozradíte, prosím, co vás před lety přivedlo na myšlenku zorganizovat kongres, který není zaměřen oborově, jak bývá zvykem, ale prezentují se zde kazuistiky napříč odbornostmi?**

Když jsem nastoupil do českobudějovické nemocnice, neprobíhalo zde téměř žádné reálné vzdělávání mladých lékařů, které by odpovídalo moderním formám vzdělávání. Chtěli jsme proto, aby mladí lékaři, kteří do té doby nebyli zvyklí něco prezentovat a neměli tedy žádné dovednosti v oblasti představení sebe či svojí práce, mohli tyto dovednosti získat v přátelském prostředí. A to formou kazuistiky, která je zajímavá a uchopitelná.

Již od počátku bylo naším cílem, aby byl kongres otevřený všem jihočeským nemocnicím, a jejich lékaři se tak mohli setkat na jednom místě a navázat vztahy. Pro aktivní účastníky, tedy ty, kteří mohou prezentovat své kazuistiky, jsme stanovili věkový limit 35 let, který je v medicíně obecně brán jako věková hranice mladého lékaře. Schopnosti starších účastníků by již měly být na pokročilejší úrovni, tito lékaři by měli být schopni výsledky své práce prezentovat v rámci své odbornosti na národní úrovni a obstát v konkurenci. Na rozdíl od toho nelékařská sekce věkové omezení nemá.



MUDr. Tomáš Hauer, Foto: archiv redakce

S touto komplexní a zároveň velmi konkrétní představou jsem oslovil bývalého generálního ředitele nemocnice MUDr. Břetislava Shona. Ten mi řekl, že z jeho pohledu takto náročnou akci zorganizovat nelze, ale pokud se o to chci pokusit, nemocnice akci zafinancuje. Jak vidíte, naštěstí se mílil.

■ **Můžete nám přiblížit pojem kazuistika? Jakou úlohu kazuistika sehrává v práci a vzdělávání zdravotníků?**

Pod pojmem kazuistika se rozumí konkrétní případy pacientů. Jedná se o aplikaci teoretických znalostí na konkrétní případ nemocného, a to

od počátku problému až po jeho vyřešení. Každý pacient, o kterého se staráte, a každá vizita, na kterou jdete, je vaše každodenní kazuistika.

Pro účely kongresu na příkladu opravdového pacienta, o kterého jste se starali, věcně správně, odborně a zároveň únosně pro všechny posluchače, popíšete daný medicínský problém. Nikoli v úrovni obecné, ale v úrovni maximálně konkrétní. Jména pacientů jsou samozřejmě anonymizována.

Na odborných fórech se práce v medicínském prostředí obecně popisuje ve dvou formách, které

se vzájemně doplňují. Jednou je prezentování výsledků výzkumné vědecké práce, což je doménou především velkých fakultních nemocnic s velkým výzkumným komplementem. Druhou formou jsou pak kazuistiky. Schopnost dobře odprezentovat kazuistiku je tedy pro zdravotníky přínosná nejen v jejich každodenní praxi, ale i na odborných fórech.

■ Prezentace kazuistik probíhají souběžně ve třech sekcích. Dvě jsou určeny lékařům a jedna je vyhrazena pro kazuistiky nelékařských pracovníků. Kapacita pro pasivní účastníky poslední zmíněné bývá každoročně naplněna během několika málo dní. Čím si tak velký zájem vysvětlujete?

Je pravda, že je tato sekce divácky velmi atraktivní a zájem o účast na ní je obrovský. Bohužel jsme limitováni kapacitou sálu, která činí 200 míst. Veškerého nelékařského personálu si za jejich aktivní či pasivní účast velmi vážíme. Každý rok se sejde opravdu pestrá směsice kazuistik.

To, že jsme schopni propojit zdravotníky napříč všemi profesemi, považují za velmi přínosné. Je důležité sledovat i to, kam se posouvají nelékařské profese. Jejich zájem o vzdělávání roste a neskromně si myslím, že Budějovice kazuistické jsou pro ně atraktivní právě svojí formou. Díky tomu, že se nám daří, aby byla akce zajímavá, a že její účastníci mají obrovskou chuť vzdělávat se a posouvat dál, se kazuistický kongres stal vyhledávanou akcí.

■ Jak jste již zmínil, díky kongresu se mohou setkávat zdravotníci z různých jihočeských nemocnic. Můžete být konkrétnější?

Setkávání a budování kontaktů je dalším důležitým pilířem celého kongresu. Vzájemné seznamování a poznávání, čím se zabývají kolegové v rámci jednotlivých nemocnic napříč krajem, považují za velmi přínosné. Víte tak, na koho se v budoucnu můžete obrátit, ke komu případně odeslat svého pacienta. V různých situacích s různou naléhavostí, kdy je třeba pacienta přeložit, pro vás již kolegové nebudou anonymní. Celý proces je tak efektivnější, rychlejší,

ale také komfortnější, a to jak pro zdravotníky, tak především pro pacienty. Nejedná se tedy pouze o společenskou záležitost, v konečném důsledku je akce velmi důležitá i pro pacienty.

■ Letos proběhl již devátý ročník kongresu. Změnilo se za tu dobu něco?

Původní myšlenka zůstává nezměněná. Za těch devět let jde však krásně vidět, jaký obrovský kus cesty urazili ti, kteří vystupovali opakovaně, ale i úplní nováčci. Formální i obsahová kvalita příspěvků a úroveň projevu účastníků jsou neuvěřitelně dobré a je vidět, že mladší generace zdravotníků udělala velký pokrok. Osobně se domnívám, že jsou lépe vybaveni dobou. Odráží se na nich vliv moderního světa, který na ně již v průběhu dospívání klade jiné nároky. Jsou zvyklí podávat výkony a uvědomují si, že když už se přihlásili, musí mít jejich prezentace řádnou formu. Největším rozdílem oproti prvním ročníkům je tedy právě míra profesionality. Na prezentovaných kazuistikách je samozřejmě zřetelně vidět i to, kam se během deseti let posunula medicína, přístrojová technika, ale i vzdělanost zdravotníků.

Většina účastníků má z veřejné prezentace své práce zprvu obavy. Když si to však jednou vyzkouší, pochopí, že se jedná o skvělé obohacení v rámci jejich seberozvoje. Řada prezentujících se vrací a vrací se i auditorium. Prvního ročníku se účastnilo 300 zdravotníků. Letos jich bylo 530, čímž byla naplněna kapacita hotelu. A to je pro mne rozhodně to nejradostnější, že je plný dům. Tento typ kongresu je co do počtu sdělení i do počtu účastníků pro mladé lékaře i ostatní zdravotníky stále zcela unikátní věc.

■ Kazuistiky jsou velmi pestré, některé popisují raritní případy, jiné jsou multioborové. Podle čeho vybíráte vítěze?

Snažíme se vybírat podle spravedlivého klíče. Posuzujeme více faktorů prezentace, mimo jiné se zaměřujeme na formální aspekty, které jsou velmi



Generální ředitel MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D. / Foto: Jan Luxík

důležité, protože v běžném pracovním životě kolegům informace sdělujeme formalizovaně. Hodnotíme tedy dodržení délky prezentace, kvalitu zpracování včetně obrazové dokumentace a videí či schopnost prezentujícího obstát v následné diskuzi. Nedílnou součástí je však i hodnocení samotného konkrétního případu. Zda je zajímavý a poučný pro všechny, zda je přínosný i pro kolegy z oboru, kteří se danému problému nevěnují. A v neposlední řadě také, jestli byla kazuistika prezentována korektně a srozumitelně. Vybrat vítěze je tak rok od roku těžší, protože jak jsem již říkal, kvalita je obecně velmi vysoká.

■ **Ing. Veronika Dubská**

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů



Lékařská sekce / Foto: Jan Luxík

Kongres Budějovice kazuistické je společnou akcí Jihočeských nemocnic, a.s., a Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity určenou zejména pro zdravotníky Jihočeského kraje. Akce probíhá pod záštitou generálního ředitele Nemocnice České Budějovice, a.s., MUDr. Ing. Michala Šnorka, Ph.D. Předsedou organizačního výboru kongresu je MUDr. Tomáš Hauer, lékař Cévního centra České Budějovice s.r.o. a Nemocnice České Budějovice, a.s.

Na letošním ročníku bylo prezentováno 74 kazuistik a devět posterů v rámci dvou lékařských a jedné nelékařské sekce. Více informací naleznete na <http://www.budejovicekazuisticke.cz/>.

VÍTĚZOVÉ JEDNOTLIVÝCH KATEGORIÍ

Vyhodnocení soutěže o nejlepší sdělení v rámci kongresu IX. Budějovice kazuistické

Nelékařská sekce:

1. místo: Mgr. Simona Zrůstová, ZZS JČK
2. místo: Bc. Roman Menhart, Transfúzní oddělení, NEMCB, a.s.
3. místo: Mgr. Martina Skříšovská, Oddělení plicní a TBC, NEMCB, a.s.

Lékařská sekce 1:

1. místo: MUDr. Adéla Dolanská, Oční oddělení, NEMCB, a.s.
2. místo: MUDr. Václav Štěpánek, Gastroenterologické oddělení, NEMCB, a.s.
3. místo: MUDr. Veronika Vodičková, Kožní oddělení, NEMCB, a.s.

Lékařská sekce 2:

1. místo: MUDr. Ivana Maršálová, Interní oddělení, Nemocnice Prachatice a.s.
2. místo: MUDr. Miroslav Bobošík, Kardiologické oddělení, NEMCB, a.s.
3. místo: MUDr. Diana Bouzekri Johnová, Interní oddělení, Nemocnice Písek a.s.

Za neurochirurgickým kurzem až do dalekého Japonska

Od 10. do 14. července 2022 jsem se zúčastnil 6. ročníku mikrovaskulárního kurzu Sapporo Live Microsurgery Course v Japonsku, který byl zaměřen na cerebrovaskulární neurochirurgii a operativu baze lební. Díky letitému úsilí, tradici a udržování profesionálních vztahů MUDr. Jiřího Fiedlera, Ph.D., MBA, s pracovištěm v Sapporu jsem jel, takřkajíc, na jistotu. Nicméně i přes důkladnou přípravu jsem nemohl nebýt fascinován, když jsem sledoval práci týmu pod vedením dr. Rokuuy Tanikawy.

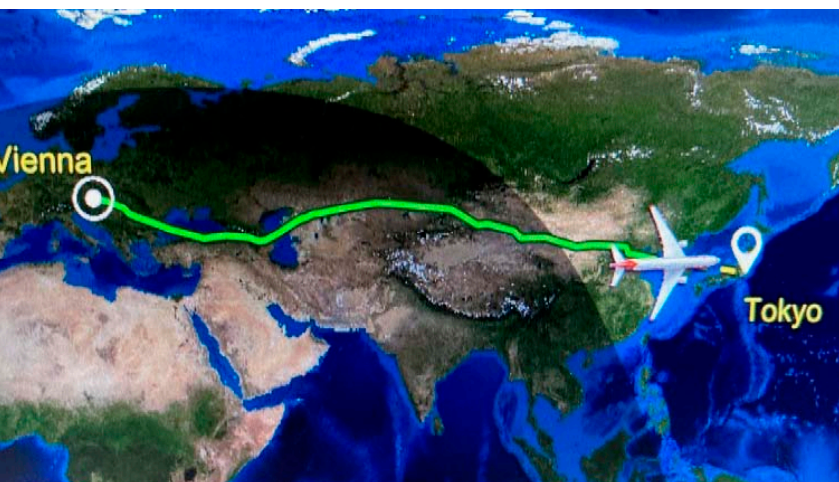
Poslední vývoj cévní neurochirurgie se nese v duchu trendů stejných pro všechny ostatní chirurgické obory. Minimalizuje se invazivní otevřená operativa. Vyřazení mozkových aneurysmat z cirkulace zaklipováním, tj. otevřenou operací, ustupuje endovaskulárnímu ošetření přes tepnu v tříse, tzv. coilingu. I přes výsledky z velkých randomizovaných studií, které mluví ve prospěch operačního řešení, je dnes mnoho mozkových cévních výdutí a malformací ošetřováno právě endovaskulárně. Tento způsob léčby by

však měl být určen pouze pro určité typy mozkových aneurysmat, protože kvůli svým limitacím – alespoň dle velkých studií – je nezdědkou nutné ošetření z důvodu selhání coilingu opakovat. Zato dobře zaklipované aneurysma je jednou provždy vyřazeno z mozkové cévní cirkulace. Mikrochirurgická preparace je zde jednou z nejobtížnějších a situace často vyžaduje i vytvoření náhradního pojistného zdroje krevního zásobení – ušití mozkového bypassu. Právě pracoviště v Sapporu představuje absolutní světovou špičku v této operativě.

Kurz byl poměrně náročný. Hned první den měli účastníci možnost trénovat šití základních typů bypassů na silikonových cévách, a to v přísném časovém limitu, který odpovídá reálné klinické situaci. Na to dohlížel sám dr. Tanikawa. Poté následovaly přednášky předních japonských expertů v oblasti cévní neurochirurgie a baze lební. Další čtyři dny jsme měli možnost každý den sledovat tři paralelně probíhající operace aneurysmat a bypassů. Každý den začínal

analýzou případů z předchozího dne a pokračovalo se představením pacientů pro aktuální den. To byl úkol rezidentů. Každý musel stručně uvést anamnestické, klinické a obrazové informace, a zejména vlastnoručně (většinou s pomocí tabletu) nakreslit konkrétní anatomickou situaci a operační strategii. Kvalita těchto kreseb byla minimálně na úrovni běžně publikovaných medicínských ilustrací. V této fázi probíhaly nejdůležitější a nejpřínosnější diskuze a korekce ze strany starších operatérů a pozvaných odborníků. Sledování operací na velkých obrazovkách bylo díky průběžným komentářům operatérů nesmírně přínosné. Několikrát jsem zažil moment „Aha! Tak odsud to pochází! Takhle se to dá dělat!“.

Jedinečnost a kvalita japonské neurochirurgie tkví v několika stěžejních faktorech. V každé fázi operace je všechno podřízeno maximální eliminaci náhody nebo nejistoty. V sociologii existuje hodnocení národů dle jejich postoje k nejistotě, pro které se používá anglický termín „uncertainty avoidance“.



Třináctihodinovým letem a týdenním sezením na židli jsem si navodil kapilaritidu nohy. Tímto moc děkuji paní doktorce Beranové z Kožního oddělení za pomoc! / Foto: archiv autora

Při pohledu na Tokyo – největší město na této planetě má člověk nepopsatelné pocity - pod vámi právě žije, rodí se a umírá 39 milionu lidí / Foto: archiv autora

Právě Japonsko skóruje v této kategorii velmi vysoko. Podle toho vypadá celá japonská společnost a neurochirurgická operativa není výjimkou. Rizika určitých operačních kroků, která jsou jinde ve světě přijatelná, jsou zde nemyslitelná. Proto zde například i zaklipování poměrně banální výdutě střední mozkové tepny operatér ještě zajišťuje předchozím provedením mozkového bypassu. Ten by v případě nepříznivé průtočnosti operované cévy zajistil normální krevní zásobení mozku. Dalším typickým japonským konceptem je, že operatér raději zvolí anatomicky větší operační přístup a věnuje mu více času, čímž si zásadně ulehčí pozdější ošetření samotné patologie. Nepodléhá tak často kontraproduktivnímu trendu minimalizace a miniinvazivity. Každá lidská aktivita začíná pomalým nácvikem, aby mohla později dosáhnout virtuozity a rychlosti. Japonská arachnoidální preparace ovšem zůstává pomalou, klidnou, a je tak tím nejlepším, co se dá v současné neurochirurgii vůbec vidět. Samostatnou kapitolou jsou japonské operační nástroje. Ty jsou jednoduše absolutně nejlepší. V Japonsku není tvrzení, že vývojář naslouchá operatérovi, jen prázdnou frází. To stejné platí i v oblasti technologie operačních mikroskopů. Je proto pro mne radostí i ctí, že naše oddělení těmito nástroji disponuje. Ovšem přístrojové vybavení



Zleva: dr. Kosumo Noda, MUDr. Martin Bombic, dr. Rokuya Tanikawa / Foto: archiv autora

je bez trénovaného personálu zbytečné. Japonci proto kladou velký důraz na vytrvalý a dlouhodobý trénink. Snad nebude znít přehnaně, když řeknu, že námi organizovaný mikrochirurgický workshop se mi vzhledem k použití zvířecích modelů oproti silikonovým cévám používaným v Japonsku jeví ještě o stupeň kvalitnější. Důkazem skutečného uplatnění uvedených japonských principů byla možnost sledovat živě i neplánovanou akutní

operaci prasklého gigantického aneurysmatu. Ledový klid samuraje v této situaci skutečně nelze imitovat. Z toho všeho vyplývá, že indikace operačního řešení i u velmi obtížně ošetřitelných nebo komplexních aneurysmat jsou v Japonsku zcela běžné.

Na českých kongresech s mezinárodní účastí řečníci často neohledupně sklouznou zpět k češtině. I přes velké potíže, které Japoncům činí



Oběd & snídaně: sushi je v Japonsku téměř samostatným náboženstvím / Foto: archiv autora



Svatyně Meiji Jingu - významné místo šintoismu /
Foto: archiv autora



Mapa Tokyjského metra nápadně připomíná nervové dráhy mozku -
fungují dokonale / Foto: archiv autora

cizí jazyky, dr. Tanikawa vždy přísně napomenul domácí, aby kvůli nám zůstali u angličtiny. Byrokracie spojená s cestou byla vinou covidu-19 nemalá a projevila se i tak, že 95% účastníků bylo z Japonska. Mnozí zahraniční lékaři jednoduše kvůli přísným podmínkám účast zrušili. Uklidňující bylo, že 13hodinový let se vyhnul vzdušnému prostoru Ukrajiny, Ruska a později i Severní Koreje.

Japonský perfekcionismus je pro nás Slováky možná obtížně přijatelný. Pro mne je ale spíše výzvou a inspirací, která by měla vést ke smysluplnému zlepšování péče o naše pacienty.

Na závěr bych rád poděkoval
MUDr. Jiřímu Fiedlerovi, Ph.D.,

MBA, primáři MUDr. Vladimíru Chloubovi a vedení Nemocnice České Budějovice, a.s., že mi tuto dalekou a přínosnou cestu umožnili.

■ **MUDr. Martin Bombic**
Neurochirurgické oddělení

Live Surgery Schedule

Day 1(11.July, Monday)

- OR2 : Moya Moya Disease
- OR3 : IC-Acho aneurysm, left

Day 2(12.July, Tuesday)

- OR2 : Recurrent aneurysm after A3-A3 bypass
- OR3 : IC-PC aneurysm, right
- OR4 : CEA, left

Day 3(13.July, Wednesday)

- OR2 : IC Cavernous Giant aneurysm, right
- OR3 : IC-PC aneurysm, left
- OR4 : MCA aneurysm, left

Day 4(14th, Thursday)

- OR2 : Moya Moya Disease with STA-MCA bypass
- OR3 : IC-PC aneurysm, right
- OR4 : MCA aneurysm, left

The 6th FEN Singapore Live Microsurgery Course

Program kurzu: jde sice o program vybraný pro kurz, ale stejně vypadá takto i v rutinní den - cévy, cévy, cévy... / Foto: archiv autora

Slovníček pojmů

Cerebrovaskulární neurochirurgie – část neurochirurgie zabývající se operačně řešitelnými onemocněním nervové soustavy, např. výdutěmi, cévními malformacemi nebo aterosklerotickým poškozením

Aneurysma – výduť cévy. Prasknutí výdutě mozkové cévy patří k akutním a život ohrožujícím stavům.

Clipping/zaklipování – jedná se o jednu z neurochirurgických metod zamezujících prasknutí výdutě, kdy se umístěním kovové svorky na tepnu zamezí přísunu krve do výdutě. Při této metodě je nutné chirurgicky otevřít lebku.

Endovaskulární ošetření/Coiling – výduť je ošetřena nástroji vedenými do místa poškození tepnou – vstupem z třísla a zavedením speciálních platinových spirálek – tzv. coilů.

Mikrovaskulární – týkající se malých cév

Arachnoidea – česky pavoučnice je jedna ze tří mozkových plen. Jedná se spíše o průsvitnou trámčinu, která obaluje mozkové cévy. Svůj název dostala podle své struktury připomínající pavučinu.

Arachnoidální preparace – vybavení mozkových cév ve vrstvě pavoučnice, příprava k dalšímu ošetření, např. nasazení cévního klipu (svorky) nebo sešití s jinou cévou.

Plastičtí chirurgové diskutovali v Istanbulu o nejnovějších trendech v oblasti estetických zákroků týkajících se bezpečnosti pacientů

Téměř 2 000 plastických chirurgů ze stovky zemí se v polovině září sešli v Istanbulu na 26. světovém kongresu Mezinárodní společnosti estetické plastické chirurgie (ISAPS). Vědecký program zahrnoval přednášky více než 400 mezinárodně uznávaných řečníků v osmi paralelních sekcích a deset živých operací se zaměřením na bezpečnost pacientů při nejčastějších chirurgických zákrocích, mezi které patří zvětšení prsou, liposukce a operace očních víček. Nechirurgická část programu se zabývala omlazovacími postupy, jako je botulotoxin a kyselina hyaluronová.

V rámci operací se prováděly mimo jiné liftingy krku, zvětšení mužského hrudníku, lifting obličeje, zvětšení prsou, rhinoplastika, operace očních víček a liposukce. Diskutovalo se také o nejnovějším výzkumu prsních implantátů a o rostoucí poptávce po zvětšení hýždí. Podle nejnovějšího globálního průzkumu ISAPS je v plastické chirurgii nejvyhledávanějším zákrokem zvětšení prsou – celosvětově bylo provedeno 1,6 milionu těchto zákroků, z čehož 57 % u žen ve věku 19–34 let. Hned poté následují liposukce a operace očních víček, které se objevují na předních místech žebříčku v počtu zákroků, a to jak u mužů, tak u žen. Lina Triana, nová prezidentka ISAPS pro roky 2022–2024, po skončení kongresu pronesla: „Jako chirurgové jsme zde proto, abychom inspirovali a pěstovali dokonalost v estetickém vzdělávání po celém světě, a zajistili tak bezpečnost našich pacientů v době, kdy cesty za lékařským zákrokem do zahraničí

získávají na popularitě, speciálně v Turecku, kde se letos světový kongres koná. Právní předpisy a bezpečnostní pokyny se v jednotlivých zemích liší a pacienti by o specifikách jednotlivých zemí měli mít k dispozici informace. Pilíře bezpečnosti ISAPS se opírají o to, kdo zákroky provádí, o skutečnost, že tato osoba prošla školením, o znalosti a zkušenosti, o jistotu, že tam, kde se zákrok provádí, se uplatňují všechny bezpečnostní standardy, které jsou pro danou zemi vyžadovány, že pacient je pro zákrok vhodný a že operační plán je pro tohoto člověka ideální.“

Součástí kongresu byly také kurzy sochařství, protože plastičtí chirurgové jsou sochaři lidského těla, ženské sympozium zaměřené na vedení v rozmanitosti, jelikož ISAPS si klade za cíl být globální, a sympozium rezidentů, v nichž je budoucnost oboru. Příští vědecký kongres ISAPS se bude konat v roce 2023 v Athénách (Řecko) a v roce 2024 v Cartageně (Kolumbie).

O Mezinárodní společnosti plastické chirurgie (ISAPS)

Mezinárodní společnost estetické plastické chirurgie (ISAPS) je přední světovou profesní organizací sdružující certifikované estetické plastické chirurgy. Založena byla v roce 1970 a poskytuje otevřené fórum pro výměnu znalostí v oblasti estetické plastické chirurgie. Zároveň usiluje o bezpečnou estetickou chirurgii všude na světě. ISAPS pořádá vědecká setkání po celém světě a nabízí aktuální školení a další vzdělávání v oblasti estetické plastické



Prezentace prim. MUDr. Vladimíra Maříka / Foto: archiv autora

chirurgie. V současné době je členy ISAPS více než 5 100 nejuznávanějších světových estetických a rekonstrukčních chirurgů ze 117 zemí. Zkušenosti chirurgové ISAPS prokazují závěsek k etické praxi a bezpečnosti pacientů.

Autor článku, primář MUDr. Vladimír Mařík, se kongresu aktivně zúčastnil. Již druhé funkční období je národním sekretářem společnosti ISAPS pro Českou republiku a současně předsedou společnosti estetické chirurgie při České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Přednášel o problematice pokleslého obočí a jeho řešení současně s plastikou horních víček.

■ **prim. MUDr. Vladimír Mařík**
Oddělení plastické chirurgie

Zpráva z 32. světového sjezdu klinické neurofyzologie ICCN 2022 v Ženevě 4. – 8. 9. 2022

Celosvětový sjezd klinických neurofyziologů se letos konal v příhodně dimenzovaných prostorech kongresového centra v Ženevě. Koncepti bezprostřední blízkosti letiště, nádraží, hotelu, kongresového centra i městské infrastruktury podtrhl výborně připravený odborný program. Dvouletá perioda zvyšuje význam i atraktivitu sjezdu. Totéž by prospělo většině mezinárodních akcí a pravděpodobně všem odborným akcím národním.



*Ikonická vodní fontána Jet d'Eau /
Foto: archiv autora*

Vlastnímu kongresu předcházela dvoudenní blok teoretických i praktických, tzv. hands-on, výukových kurzů. Vlastní kongres probíhal po celé následující tři dny v osmi paralelních sekcích a nechyběla ani komentovaná posterová sekce.

Hlavními tématy sjezdu byly různé aspekty elektroencefalografie (EEG), transkraniální stimulace (techniky modulace mozkové funkce magnetickým nebo elektrickým polem aplikovaným neinvazivně přes povrch hlavy). Další významné oblasti jednání byly intraoperační neurofyzologie (sledování funkce mozku a míchy během operací v celkové anestezii), neurosonologie (hodnocení ultrazvukových nálezu svalů i nervů) i neurofyzologie periferních nervů.

Jedním ze zásadních témat celého kongresu byla problematika využití elektroencefalografie (EEG). Jedná se o jednu z nejstarších neurofyzilogických metod, která snímá změny v elektrickém napětí v mozkové kůře elektrodami umístěnými na povrchu hlavy. Doposud má naprosto zásadní postavení v diagnostice a léčbě epilepsie, ale nyní se ukazuje, že přínos bude i v jiných oblastech. S rozvojem pokročilých metod zpracování signálu je možno provádět i delší záznamy – vysloveně až monitorace, které se čím dál více uplatňují, a hlavně budou uplatňovat u nejzávažnějších pacientů na jednotkách intenzivní péče nejen na neurologických odděleních. U pacientů s poruchou vědomí je EEG klíčová metoda, která ošetřujícímu lékaři umožní určit, zda je, či není porucha vědomí na podkladě epileptické aktivity,

jak se stav vyvíjí, a tedy jestli i léčba vyhovuje, či je potřeba ji změnit. Další zásadní oblastí, kde se EEG uplatní, je při stanovování prognózy u pacientů po srdeční zástavě. I po úspěšné a rychlé obnově krevního oběhu mohou nastat nevratné změny v mozku. V konečném důsledku je právě výsledný stav mozkové aktivity tou klíčovou proměnnou, která rozhodne o tom, zda se pacient zotaví, či zůstane trvale závislý na péči. Značná část pacientů už přijíždí do nemocnice v bezvědomí a o stavu jejich mozku na začátku pomoci běžného neurologického vyšetření víme velmi málo. Právě provedení EEG již v prvních hodinách může přesněji ukázat, který pacient má vyhlídky, zda příznivé – nebo zda naopak je jeho prognóza velmi špatná. To umožní smysluplně pokračovat v maximální možné péči tam, kde trvá šance na dobrý výstup, nebo naopak péči dále neužitečně a marně nerozšiřovat, nebo dokonce omezit tam, kde veškeré úsilí selhává. Při takto závažném rozhodování je vhodné posílit spolehlivost rozhodnutí dalšími pomocnými metodami. Somatosenzorické evokované potenciály (SEP), kterými posuzujeme odpověď mozku na senzitivní podněty v podobě elektrické stimulace na zápěstí, zobrazení mozku CT a/ nebo magnetickou rezonancí nebo laboratorní vyšetření krve zaměřené na látky uvolňované při mozkovém poranění dále zpřesňují stanovení prognózy pacienta v kritickém stavu.

Během dvou bloků intraoperační neurofyzologie zcela zaplněný sál vyslechl důležité téma mapování míšních drah a reflexních dějů

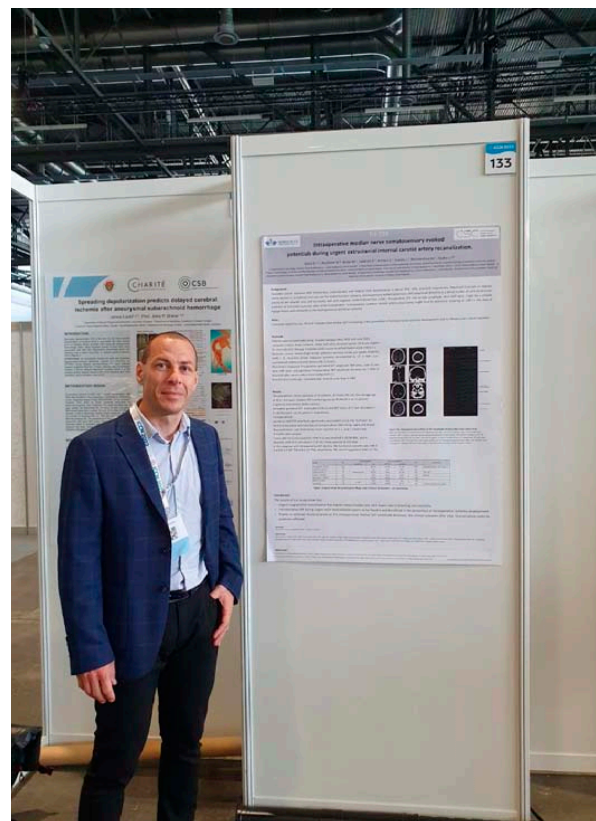
mozkového kmene. Vysoce propracovaná sdělení vynikala logickou návazností, počínaje anatomickými a fyziologickými studiemi a praktickým klinickým použitím konče. Názné fotografie, obrázky a videa podpořily význam prezentovaných zjištění. Veškeré závěry byly podloženy množstvím vysoce kvalitních a metodicky perfektně zpracovaných výsledků.

Operace míchy i mozkového kmene byly dříve považovány za nemožné, nyní patří k vrcholům neurochirurgie. Zcela zásadní podíl na tom má intraoperační neurofyziologie. Úspěch závisí na rozsáhlých znalostech, mimořádných dovednostech a velkých zkušenostech neurochirurga, neurofyziologa i anesteziologa vyplývajících z dostatečného počtu příslušných zákroků. Toto jsou schopna zajistit jen centra, a obvykle ne všechna. V intraoperační neurofyziologii soustavně přibývají nové techniky a způsoby mapování a monitorace nejen oblastí a drah již dříve sledovaných, ale i nervových struktur, které doposud monitorovat možné nebylo.

V intraoperační neurofyziologii dochází neustále nejen ke zpřesňování a zdokonalování technik zavedených, ale také k zavádění technik monitorace i mapování zcela nových. Používání nových technik, nutných pro udržení dostatečné bezpečnosti operací, již není věcí přístrojového vybavení, již není věcí přístrojového vybavení pro monitoraci, nýbrž rozsáhlých znalostí klinických, fyziologických i anatomických, soustavné metodické práce, objektivního hodnocení a prezentace vlastních výsledků v odborných časopisech a na odborných fórech.

Jak už bývá na zdejší neurologii zvykem, účastnili jsme se světového sjezdu aktivně. Prezentovali jsme společnou práci českobudějovických neurologů a neurochirurgů ukazující pozitivní vliv předoperačního a intraoperačního snímání aktivity z mozku během urgentního chirurgického zprůchodnění uzávěru vnitřní krkavice. Díky neurofyziologii byl výsledek operační léčby o více než 20 % lepší.

■ **Prim. MUDr. Svatopluk Ostrý, Ph.D., MUDr. Zdeněk Kunáš**
Neurologické oddělení



Prezentace posteru intraoperační monitorace během rekanalizace vnitřní krkavice na světovém sjezdu klinické neurofyziologie ICCN v Ženevě 2022 / Foto: archiv autora

Dobrý den,

v pátek, 23.9.2022, jsem byla nucena v době své dovolené navštívit vaši nemocnici.

Touto cestou bych vám moc ráda poděkovala za péči, kterou mi tým vašich lékařů a sestřiček poskytl.

Konkrétně jsem byla na oddělení Gastroenterologické ambulance, ošetřující lékař MUDr. Tomáš Horník. Kdyby všude poskytovali takovou zdravotní péči jako u vás, byla by to nádhera.

Bohužel u nás v Kolíně si o této péči a přístupu můžeme nechat jenom zdát a vyšetření, která jste mi hned na místě udělali, bych se v Kolíně možná ani po 3 měsících nedočkala. Přístup všech vašich zaměstnanců (od informací, přes registraci až po samotné vyšetření), mě více než mile překvapil a pokud si snad někdo na vás stěžoval, tak bych ho poslala k nám do Kolína.

Prosím, jestli můžete lékařům a sestřičkám vyřídit mé velké díky a přeji vám všem hlavně pevné zdraví a hodně sil.

S přátelským pozdravem a úctou.

B. M.

Pochvala

Kniha TAVI v instruktivních kazuistikách získala významné ocenění

V roce 2021 byla vydána kniha TAVI v instruktivních kazuistikách, na jejíž tvorbě se podílel autorský kolektiv Kardiocentra České Budějovice v čele s MUDr. Júlií Csanády. Kniha pojednává o možnostech minimálně invazivní léčby nemocí aortální a mitrální chlopně u vysoce rizikových nemocných a navazuje na předchozí publikaci doc. MUDr. Vojtěcha Kurfiršta, Ph.D., a kolektivu s názvem Kardiochirurgie v instruktivních kazuistikách.

Program katetrizačních implantací chlopenních náhrad v Nemocnici České Budějovice, a.s. zahájili v roce 2009 ředitel Kardiocentra MUDr. Ladislav Pešl a primář Kardiochirurgického oddělení doc. MUDr. Aleš Mokráček, CSc. Do této doby bylo provedeno přes 300 úspěšných implantací, kdy díky nadstandardní spolupráci kardiologů a kardiochirurgů se podařilo v rámci transapikálního přístupu implantací aortální chlopně dosáhnout nejvyšších počtů v rámci České republiky. Tato metodika se stala nedílnou součástí námi nabízeného širokého spektra možných výkonů a bezpečnou alternativou u starších, polymorbidních pacientů či v případech nutnosti reoperací v selektované skupině nemocných.

Kniha je psaná tak, aby se čtenář, i nekardiochirurg, seznámil na pozadí reálných případů našich pacientů s novými terapeutickými možnostmi, diagnostikou, indikacemi a průběhem výkonů, které se v posledních letech častěji a významněji prosazují jako metoda volby, především u starších a více rizikových pacientů. Cílem je, aby se kniha stala



MUDr. Júlia Csanády / Foto: Jan Luxík

přehledným a praktickým průvodcem danou, velice úzkou problematikou pro praktické lékaře, pečující o tuto skupinu nemocných, i pro ambulantní kardiology a internisty, ke kterým se naši pacienti pak vrací a v dlouhodobém sledování kterých pak zůstávají.

Kniha TAVI v instruktivních kazuistikách byla výborem ČSKVCH (České společnosti kardiiovaskulární chirurgie) oceněná jako nejlepší publikace

vydaná v roce 2021 a slavnostní křest knihy proběhl v rámci X. sjezdu ČSKVCH na hradě Špilberk v Brně v říjnu 2022. Toto ocenění získala v roce 2019 také výše zmíněná kniha autora doc. MUDr. Vojtěcha Kurfiršta, Ph.D., Kardiochirurgie v instruktivních kazuistikách.

■ **MUDr. Júlia Csanády**
Oddělení kardiochirurgie,
hrudní chirurgie a cévní chirurgie

Nedávno vydaná skripta z oblasti kardiochirurgie vycházejí v rozšířené podobě

Kniha Kardiovaskulární a hrudní chirurgie navazuje v rozšířeném vydání na skripta Kardiorakovaskulární chirurgie a ošetrovatelská péče, která byla vydána v tomto roce pod hlavičkou Jihočeské univerzity. Jde o první moderní publikaci, jež propojuje velmi blízké obory – kardiochirurgii, cévní chirurgii a hrudní chirurgii. Tyto obory k sobě mají blízko nejen z pohledu historického, ale i anatomického a patofyziologického a v neposlední řadě i z pohledu chirurgického, kdy se jednotlivé chirurgické techniky navzájem prolínají. Zvláště v anglofonních zemích je systém postgraduálního vzdělávání chirurgů společný pro kardiochirurgii i hrudní chirurgii (cardiothoracic surgery). Stejně tak je řada českých, ale i evropských pracovišť vedena jako kardiovaskulární centra.

Díky tomuto komplexnímu zaměření získává čtenář ucelený pohled na chirurgické obory, které se v posledních letech stávají často odbornostmi jednoho klinického pracoviště – centra, které provádí výkony ve všech zmíněných oblastech. Kniha je rozdělena do čtyř oddílů. První tři postupně přibližují čtenáři problematiku specializací kardiochirurgie, hrudní chirurgie a cévní chirurgie. Krátce se zabývá základy anatomie, jež jsou nutné pro pochopení oboru, a poté nabízí přehled standardně prováděných operačních výkonů. Nezanedbatelnou součástí jsou kapitoly specifické pro jednotlivé obory, např. mimotělní oběh v kardiochirurgii nebo pooperační rehabilitace v hrudní chirurgii. Čtvrtý oddíl je věnován problematice transplantace srdce a plic, což představuje vysoce



doc. MUDr. Vojtěch Kurfirst, Ph.D./ Foto: redakce

specializovanou oblast chirurgie s průnikem do dalších oborů.

Věříme, že kniha bude praktickým učebním textem nejen pro pregraduální studenty medicíny a zdravotnických oborů,

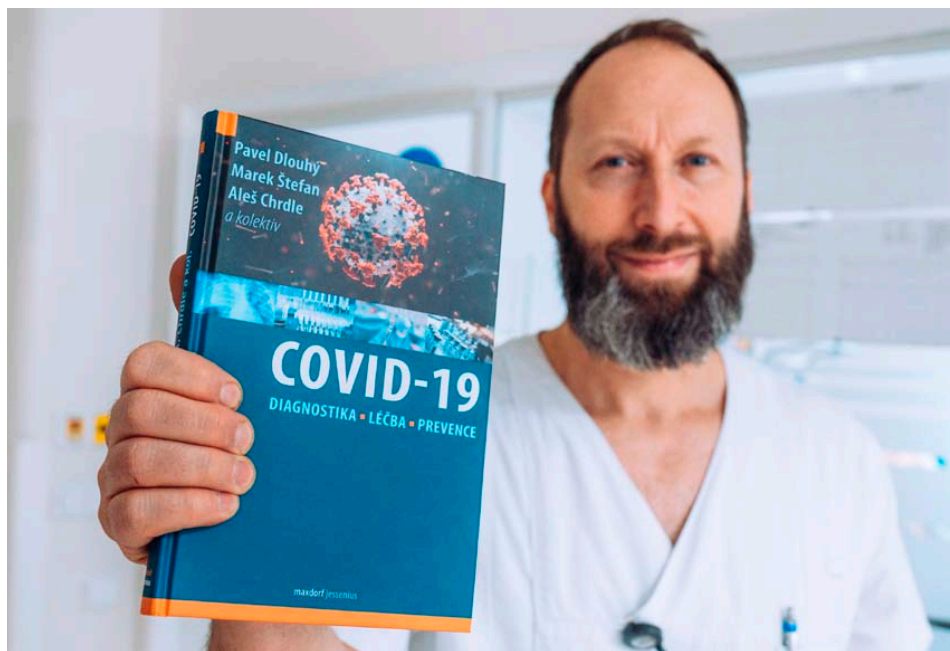
ale i přehlednou pomůckou pro chirurgy začínající v oborech kardiochirurgie, cévní chirurgie a hrudní chirurgie.

■ **doc. MUDr. Vojtěch Kurfirst, Ph.D.**
Oddělení kardiochirurgie,
hrudní chirurgie a cévní chirurgie

KMINE – 8. kongres klinické mikrobiologie, infekčních nemocí a epidemiologie

Na konci září 2022 se v Praze konal národní kongres čtyř odborných společností – Společnosti infekčního lékařství, Společnosti lékařské mikrobiologie, Společnosti pro epidemiologii a mikrobiologii a Společnosti nemocniční epidemiologie a hygieny. Naše odbornosti se poměrně zásadně podílely na řešení covidové pandemie, a proto bylo velmi příjemné sejít se osobně.

Na začátku kongresu ministr zdravotnictví prof. MUDr. Vlastimil Válek, CSc., MBA, pokřtil symbolicky dezinfekčním roztokem nově vydanou knihu *Covid-19 – diagnostika, léčba, prevence*, která shrnuje aktuální poznatky o covidu-19. Širší kolektiv autorů pod vedením infektologického tria MUDr. Pavel Dlouhý, MUDr. Marek Štefan, MUDr. Aleš Chrdle v jednotlivých



prim. MUDr. Aleš Chrdle / Foto: redakce



Křest knihy COVID-19 KMINE 2022 /
Foto: archiv autora

kapitolách formuluje doporučení pro zvládnání jednotlivých situací spojených s covidem-19 na základě medicíny založené na důkazech. Materiály pro knihu vznikaly průběžně od začátku pandemie v březnu 2020 ve formě přehledových článků, odborných doporučení a mezioborových stanovisek, která iniciovala Společnost infekčního lékařství. Během léta 2022 všichni autoři dosavadní materiály zrevidovali, aktualizovali a doplnili, takže kniha obsahuje informace platné v době odevzdání podkladů do tisku na začátku září, necelé tři týdny před kongresem. Zvláštní poděkování si zde zaslouží nakladatelství Maxdorf Jessenius, které od června do začátku září společně s autory pracovalo na vzniku knihy medicínsky řečeno ve statimovém režimu.

Na kongresu bylo patrné, že covid-19 na dva roky rozhodil naše kruhy a protože se mezi námi zabydlel, bylo covidu-19 věnováno hned několik bloků. Bylo zajímavé zjistit, že v ostatních regionech republiky měli podobné těžkosti a čelili podobným výzvám jako my. Podíleli jsme se jedním posterem (MUDr. Kateřina Volfová), kde jsme upozornili na riziko pneumocystové pneumonie, která může vzniknout jako komplikace těžké covidové infekce.

Dalším velkým problémem je narůstající rezistence mikrobů vůči antibiotikům. Antibiotická politika a prozíravé zacházení s antibiotiky byly obsahem několika bloků. Naše oddělení se na tomto tématu podílelo hned dvěma přednáškami.

Zoonózy, nemoci přenášené ze zvířat na člověka, jsou v české kotlině evergreenem. V posterové sekci jsme prezentovali naši další endemickou infekci – tularémii (MUDr. Daniela Prokopová). Touto nemocí se člověk nejčastěji nakazí při manipulaci se zvěřinou, kdy původce vnikne do těla přes oděrky v kůži, dále je možný přenos klíštětem nebo inhalací kontaminovaného prachu. Po inhalaci vzniká závažná plicní

forma, která vyžaduje intenzivní péči, přestože je nemoc jinak považována za mírnou až středně těžkou.

Dále jsme se zabývali léčbou virové hepatitidy C (kde se naše oddělení podílelo jednou přednáškou a posterem – MUDr. Pavlína Filipová). Na tuto nemoc je k dispozici velmi účinná a dobře snášená protivirová léčba a hepatitidu C lze vyléčit tabletami podávanými 2–3 měsíce,

bez nutnosti biopsického odběru jaterní tkáně. Hlavním úkolem se nyní stává zpřístupnění této léčby všem, kteří jsou nakaženi. Léčit je možné nejen dospělé, ale už i děti od 3 let.

Další novinky se týkaly léčby sepse a epidemiologické situaci v infekci HIV ve spojitosti s válkou na Ukrajině.

■ **prim. MUDr. Aleš Chrdle**
Infekční oddělení

Vedle lékařské větve byla součástí KMINE i sesterská sekce, která je vždy jedinečnou možností k předání informací a zkušeností formou přednášek o prevenci a léčbě infekcí. Klade důraz na možnost prevence a různé možnosti a novinky v léčbě. I zde jsme měli aktivní zastoupení ve dvou přednáškách – čtyřmi sestrami, neboť naše sestry si oblíbily formát přednášení ve dvojici, který velmi zajímavě oživí přednes a umožní dva navzájem se doplňující pohledy. Tento rok sestry Infekčního oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., Bc. Jindřiška Daňková a Anna Trsková představily případovou studii spondylodiscitidy u pacientky, která se léčila na našem oddělení. Zaměřily se na ošetřování pacientky s touto hnisavou infekcí páteře, která byla ohrožena na zdraví i životě a vyžadovala několikátýdenní složitou léčbu. Tato pacientka díky svému pohledu na svět měla často velmi odlišné názory na vedení léčby – což se zdravotníkům někdy jevílo jako překážka v úspěšném léčení. Přesto se podařilo najít shodu na základních věcech a pacientka se postupně, pro mnohé z nás překvapivě, uzdravila. Součástí přednášky bylo připomenutí důležitosti správné péče o cévní vstupy a zásady správné ošetrovatelské péče. Sestry Marta Lexová a Bc. Jana Lískovcová představily v kazuistice zajímavou cestu dvou pacientů, kteří jsou sledováni v naší HIV poradně. Jednalo se o heterosexuálního

muže, na jehož HIV infekci se přišlo až ve stadiu AIDS. Pacient nepatřil do „typické“ rizikové skupiny. Infekce HIV u něj byla zachycena na základě pozitivního testu u jeho životní partnerky. U té bylo testování provedeno v rámci širší diferenciální diagnostiky zvětšených uzlin. Na tomto případě byla zdůrazněna důležitost profesní spolupráce zdravotníků s pacienty/klienty s cílem dosažení nejlepšího možného výsledku, tzn. důležitost včasné diagnostiky, léčby a celkového přístupu k životu. Oba partneři si prošli

těžkou cestou se svou nemocí i těžkou zkouškou vztahu a k šťastnému konci přispěli jak zdravotníci, tak i jejich vzájemná podpora. Tato kazuistika je připomenutím, že je důležité na infekci HIV myslet a testovat i v případě, že pacient „nevypadá rizikově“. Děkujeme našemu primáři MUDr. Aleši Chrdlemu, že nás podporuje v aktivní účasti na kongresech a sympoziích, jež nám přináší bohaté zkušenosti.

■ **Bc. Jana Lískovcová**
vrchní sestra, Infekční oddělení



KMINE 2022, sestry z Infekčního oddělení zleva Marta Lexová, Lenka Sýkorová, Bc. Jana Lískovcová, Anna Trsková, Bc. Jindřiška Daňková./ Foto: archiv autora

Nemocnice České Budějovice uspořádala setkání s mediky

Na počátku října se uskutečnilo setkání se studenty 6. ročníků lékařských fakult, kteří v Nemocnici České Budějovice, a.s., absolvují stáž. Setkání se zúčastnili jak primáři oddělení, kteří stážisty na svém pracovišti přivítají, tak mentoři mediků z řad našich mladých lékařů.

Setkání tohoto druhu je nezbytnou součástí péče o budoucí lékaře, jimž touto cestou umožníme Nemocnici České Budějovice, a.s., lépe poznat a snáz proniknout do tajů lékařského povolání právě v naší nemocnici.

Děkuji tímto za péči o budoucí lékaře všem dotčeným, tj. prim. MUDr. Marii Peškové, prim. MUDr. Richardu Tesaříkovi, prim. MUDr. Jiřímu Hanišovi, prim. doc. MUDr. Martinu Bortlíkovi, Ph.D., prim. MUDr. Miloši Velemínskému, Ph.D., prim. MUDr. Jiřímu Duškovi, prim. MUDr. Janu Hřídělovi a prim. MUDr. Petrovi Vaníkovi.

Speciální dík patří náměstkovi pro vědu, výzkum a školství prof. MUDr. Mgr. Alanu Bulavovi, Ph.D., který se zhostil role koordinátora praxe mediků.

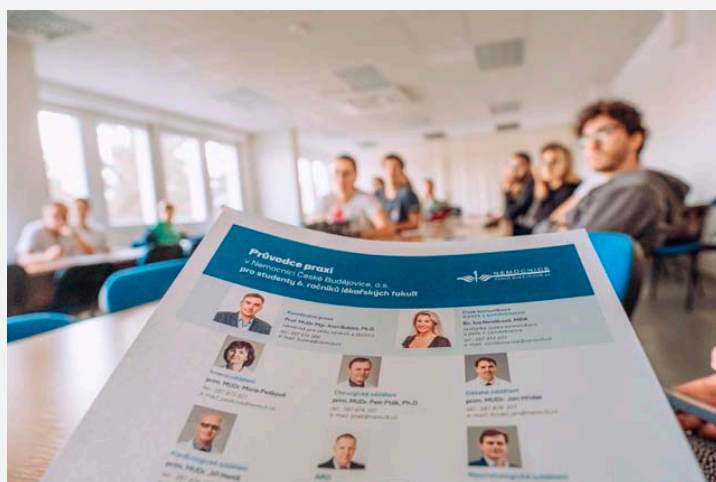
■ **Bc. Iva Nováková, MBA**
*Ředitelka úseku komunikace
a péče o zaměstnance*



Mentori mediků:

Chirurgické obory – MUDr. Jan Rychlík
Interní obory – MUDr. Martin Trnka

Dětské oddělení – MUDr. Markéta Rozhoňová
Gynekologicko-porodnické oddělení – MUDr. Lenka Krýzová



I tento rok zavítali na stanice dárců krve policejní nováčci z Jihočeského kraje

Děkujeme tímto Policii České republiky a všem společnostem, které aktivně šíří osvětu týkající se darování krve mezi svými zaměstnanci. I vaše krev pomáhá zachránit život.



Staňte se naším prvodárcem

DARUJTE KREV, ZACHRAŇTE ŽIVOT

K odběrům krve mohou přijít bez pozvání Transfúzního oddělení prvodárci, novodárci (dárci kteří dávali v minulosti v jiném transfúzním oddělení) a dárci, kteří mají krevní skupinu Rh D negativní.

Kdo může darovat krev?

- osoba ve věku 18 - 65 let (prvodárce do 60 let), která splňuje zdravotní kritéria pro dárcovství

Jaká jsou základní kritéria pro výběr dárců?

- dobrý zdravotní stav (podmínky pro dočasné/úplné vyřazení najdete na našem webu - <https://www.nemcb.cz/pro-pacienty/darci-krve-a-kostni-drene/aktualni-potreba-odberu/>)
- dobrá komunikace v českém jazyce a příslušnost k české zdravotní pojišťovně
- váha 50 kg a více

Jaký režim dodržovat před odběrem?

- 24 hod před odběrem nejíst tučná jídla a nepít větší množství alkoholu
- nechodit na odběr nalačno – doporučuje se lehká netučná snídaně + dostatek tekutin
- přijít na odběr odpočatý

Co s sebou k odběru krve:

- osobní doklad s fotografií k ověření totožnosti (občanský průkaz, řidičský průkaz, pas)

Co získá dárcce krve?

- občerstvení po odběru krve
- nárok na pracovní volno
- možnost daňového zvýhodnění
- benefity od zdravotních pojišťoven

Kontaktujte Transfúzní oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.
tel.: 387 873 333 - 35 | bezplatná tel. linka: 800 603 333 | e-mail: odbery@nemcb.cz

pro období 1. 11. 2022 - 30. 11. 2022 nebo do vyprodání zásob

<p>PÉČE O SUCHOU POKOŽKU Bioderma Atoderm 1 l</p>  <p>549.- Kč 499.- Kč</p>	<p>PÉČE O ZDRAVÍ A IMUNITU Biomín Vitamin D3 Extra 5600 30 tbl</p>  <p>259.- Kč 222.- Kč</p>	<p>LÉČBA CHŘÍPKOVÝCH STAVŮ Oscilloccinum 30 dávek</p>  <p>599.- Kč 499.- Kč</p>	<p>PÉČE O ZDRAVÍ A IMUNITU Pharmaton Geriavit Vitality 50+100 tbl</p>  <p>629.- Kč 555.- Kč</p>	<p>ZAŽÍVÁNÍ Iberogas perorální kapky 20 ml roztoku</p>  <p>229.- Kč 189.- Kč</p>	<p>PÉČE O PROSTATU Prostamol Uno 90 tbl</p>  <p>699.- Kč 599.- Kč</p>
<p>LÉČBA BOLESTI Brufen 400 mg 100 tbl</p>  <p>152.- Kč 119.- Kč</p>		<p>PÉČE O ZDRAVÍ A IMUNITU 6S Vitamin C 100+20 tbl</p>  <p>209.- Kč 189.- Kč</p>	<p>PÉČE O ZDRAVÍ A IMUNITU Celaskon červený pomeranč 500 mg 10 tbl</p>  <p>79.- Kč 59.- Kč</p>	<p>PÉČE O MOČOVÉ CESTY Blokurima URO 30 sáčků</p>  <p>489.- Kč 389.- Kč</p>	

	DRÍVĚJŠÍ NÁZEV TOKIA	OPĚT	OBORNICE NA CHORO- BY POHYB. ÚSTROJÍ	BODY (ZASTAR.)		NAHÉ LIDSKÉ MODELY	VOLNO (ZASTAR.)	INICIÁLY HERCE EFFY	POCHOVAT MANŽELA		POHÁD- KOVÝ DOKTOR	NĚMECKÝ „NEBO“	UMĚLÉ PŘER. TĚ- HOTENSTVÍ (ZKRATKA)	RADIO- LOKÁTOR (ZKRATKA)	DRÍVĚJŠÍ VOJENSKÉ JEDNOTKY	OBĚZNÉ	LÍCEM NAHORU
STAROŘEC- KÝ BAJKÁŘ					SLOVENSKY „TÁTKA“ VESNY						AMERICKÁ WHISKEY						
1. DÍL TAJENKY											MSTA KÓD LETIŠTĚ OLOMOUC						
BODLINATĚ								MAX. DÉL- KA LETU LABORAT. ODMĚRKA						ZÁCLONO- VINA MÍRA CENT. TENDENCE			
	MAĎARSKÝ HUDEBNÍ SKLADATEL	ŽLUTOHN. BARVIVA ODPAŘENÁ LÁTKA					ZEDNICKÝ PŘEDÁK NÁROKO- VAT						DROBNÍ SEMENO OŘECHU				
SLOVENSKY „MÍČ“						3. DÍL TAJENKY SLOVENSKY „ČĚTA“						RYBA PŘÍBUZNÁ KAPRU SILNÝ VÍTR					
MYŠLENKY					MLÁDĚ VEL. PTÁKA JMÉNO BA- SINGEROVÉ						VELKÉ MOUCHY DOMÁCKY IZABELA					SLOVENSKY „TYM“	DOMÁCKY FRANTIŠEK
ČESKÁ POLITICKÁ STRANA				DŮSTOJ. ČEKATELÉ POŠT. KÓD MAURICIA							CHOROMY- SLNÍ LIDÉ SLOVENSKÁ SPOJKA						
VYDAT OSCILACE									2. DÍL TAJENKY								
ÚRAZY									ZKRATKOVÁ SLOVA								

Vydává Nemocnice České Budějovice, a.s.

Odpovědní redaktoři: Bc. Iva Nováková, MBA, Ing. Veronika Dubská, Ing. Jana Duco, MBA (redakční fotograf)

Předseda redakční rady: prim. MUDr. Aleš Chrdle (Infekční oddělení) | Redakční rada: prim. MUDr. Petr Pták, Ph.D. (Chirurgické oddělení), MUDr. Miroslava Nevšimalová (Neurologické oddělení), Mgr. Ondřej Scheinost (Centrální laboratoře), PharmDr. Barbora Vařejková (Lékárna)

Bezplatné | Náklad 2 500 ks | Pouze pro vnitřní potřebu Nemocnice České Budějovice, a.s. | DTP a tisk: Typodesign s.r.o.

Evidenční číslo: MK ČR E 23303 | Za tiskové chyby neručíme