

březen 2019

# NEMOCNIČNÍ ZPRAVODAJ

číslo 3

## Prim. MUDr. Martin Kloub, Ph.D.

Traumatolog je tak trochu  
truhlář lidského těla

str. 4

## Prim. MUDr. Pavel Kopačka

Úroveň české traumatologie a ortopedie  
je srovnatelná se Švýcarskem  
a Německem

str. 2



NEMOCNICE

ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s.

MUDr. Martin Kloub, Ph.D.

Prim. MUDr. Pavel Kopačka

# Odcházející prim. MUDr. Pavel Kopačka: Úroveň české traumatologie a ortopedie je srovnatelná se Švýcarskem a Německem

**Primář oddělení úrazové chirurgie Nemocnice České Budějovice, a.s. a vedoucí Traumacentra MUDr. Pavel Kopačka po dlouhých letech končí ve své funkci. Do penze ale úplně neodchází, nadále bude s nemocnicí spolupracovat, byť již pouze na zkrácený úvazek. Jaké byly uplynulé roky? Více již v rozhovoru.**

**Ohlédněme se na úvod zpět do doby vašich začátků...**

Do českobudějovické nemocnice jsem nastoupil v roce 1973. Začátky jsem měl trochu složitější. Studoval jsem v Hradci Králové na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Když vstoupila na československé území ruská vojska, spolu s ostatními spolužáky jsem se proti tehdejší politické situaci výrazně vymezil a také se angažoval. Samozřejmě, že to nezůstalo bez odezvy a v roce 1971 jsem byl z fakulty na dva roky vyloučen. Nastoupil jsem tedy na pitevnu lékařské fakulty. Zpětně musím uznat, že tyto dva roky strávené na pitevně byly pro mou budoucí kariéru přínosné. Po dvou letech mi vypršela podmínka, dokončil jsem tedy státnice a odešel zpět na jih. Původně jsem chtěl nastoupit na gynekologii do Českého Krumlova, na studiích mne velmi ovlivnil gynekolog profesor Vácha, ale v jižních Čechách nebylo na gynekologickém oddělení volné místo. Přijal jsem tedy nabídku na traumatologii a zde jsem již zůstal. Tady jsem trefil na bezvadné primáře, Podlahu a Pexu, kteří mne úžasně formovali. Úplně původně, ještě na gymnáziu v Třeboni, jsem uvažoval spíše o tom, že budu lékař – vědec. Tato představa ale vzala záhy za své. Studia vás na skutečnou medicínu nepřipraví, je to mnoho teorie, ale praxe málo. Takže ty první měsíce byly spíše takové plácání se, hození do vody. V té době se dělalo na traumatologii vše – mozky, břicha, páteře. V nemocnici nebylo ani lůžkové ARO, ani neurochirurgie. Všichni pacienti leželi na traumatologii. Ti, kteří dnes leží na ARU, leželi u nás na takzvané „šokárně“, to byla

JIPka. Zde jsem byl ordinářem a velmi mne to bavilo.

**Vím o vás, že jste se také velmi intenzivně věnoval hyperbarické medicíně...**

Ano, později mne zaujala hyperbarická medicína, která byla součástí úrazového oddělení. Absolutní indikace hyperbarické komory je léčba plynaté sněti, na kterou se dříve umíralo. Dnes nám v léčbě tohoto onemocnění velmi pomáhá právě hyperbarická komora. Pacienta do ní vložíme na dvě hodiny, aby dýchal kyslík pod přetlakem, jako kdyby byl v hloubce patnácti metrů. Tím se mu dostává do tkání více kyslíku, kterým se likvidují anaerobní bakterie, a také jsou díky tomu více prokrvovány poškozené končetiny. Za primáře Podlahy jsme byli v hyperbarické medicíně opravdu výjimeční. Dnes pár komor po České republice ještě je, ale mezi traumatology se tomu věnujeme jako jediní. Tato problematika mne zaujala natolik, že jsem se na kongresech spřátelil se skupinou lékařů – potápěčů. To mne přivedlo k mému velkému koníčku – potápění. Práce mi tedy vstoupila i do zábavy.

**Po jak dlouhé době od vašeho nástupu jste se stal primářem oddělení?**

Primářem oddělení jsem se stal na základě konkurzu v roce 1993, tedy po dvaceti letech od mého nástupu. Velké ambice vést oddělení jsem tenkrát neměl. Věděl jsem ale, jakým způsobem by měla být naše traumatologie dále rozvíjena. Díky bohatým kontaktům se světem jsem si uvědomil, že když budu chtít naše oddělení posunout dál, přiblížit se úrovni západní medicíny, budu muset do konkurzu jít a vyhrát ho. (úsměv) Věděl jsem, jak traumatologie funguje v Rakousku či Německu, to pro mne bylo velkou inspirací.

**Provoz na oddělení byl před 26 lety asi jiný...**

Když jsem v roce 1993 začínal, dělali jsme v sedmi lékařích čtyři sta

operací za rok. Dnes v počtu dvaceti šesti odoperujeme případů čtyři tisíce. Po nástupu do primářské funkce jsem pokračoval ve šlépějích primáře Pexy a také se snažil náš obor rozvíjet. V 90. letech šla traumatologie spolu s ortopedií a kardiologií velmi výrazně dopředu. Začali jsme tvořit týmy, od traumatologie se oddělili neurochirurgové a chirurgové. Naším hlavním zaměřením byl vývoj končetinové traumatologie, o léčbu dutinových poranění pečují všeobecní chirurgové. Prosazovali jsme také superspecializaci. Ta je velmi výhodná, důležitá a vyžaduje soustředění do traumacenter, na jejichž vzniku jsem se jako člen výboru České úrazové společnosti v České republice podílel.

**Jakým směrem se traumatologie ubírá? Jaká je její budoucnost?**

Dnes je traumatologie více o sblížování s ortopedií. Poslední roky tvoříme společně týmy na různé oblasti lidského těla, jako například rameno nebo koleno. V tomto oboru jde o velmi široký záběr a není možné, aby všichni dělali všechno. Traumatolog se tedy spíše soustředí na urgentní úrazy. Došlo také ke změně vzdělávání. Traumatologie již není základním oborem, je oborem nástavbovým buď na ortopedii, nebo na chirurgii. Naše budoucnost je tedy skutečně o tvoření týmů, které se zabývají určitou částí těla. Takto to již mnoho let funguje i v západních zemích, kde je traumatologie nejvíce rozvinutá. Ta nejtěžší poranění budou v budoucnu soustředěna výhradně do traumacenter, která jsou schopna takové pacienty díky přístrojovému a personálnímu vybavení velmi kvalitně léčit.

**Vidíte nějaké problémy, se kterými se budou lékaři či managementy nemocnic potýkat?**

Jako závažnější problém do budoucna vidím zajištění středního zdravotnického personálu. Na zdravotních školách učím téměř od začátku, kdy na mne primář Podlaha delegoval výuku. Úroveň

našeho školství byla a je velmi dobrá. Ve srovnání s okolními zeměmi je u nás více vysokoškolsky vzdělaných sester, ale podle mých zkušeností jim chybí dostatek praxe. Zároveň je nutné je dostatečně finančně ohodnotit, aby povolání zdravotní sestry bylo atraktivní jako tomu bývalo dříve.

**Ve funkci primáře jste zažil rozsáhlou přestavbu vašeho oddělení. Nového primáře to čeká také...**

Ano, rekonstrukci chirurgického pavilonu jsem zažil již několikrát, naposledy před osmi lety. To byl tenkrát velký pokrok. Nynější přestavba bude ještě výraznější, prostory pro naše oddělení se velmi zlepšily. Přestavba bude velmi náročná, držím palce novému primáři, aby to vše zvládl. Ten budoucí stav bude ale opravdu stát za to. Zvětší se úrazové ambulance i zákrové sály, a budou instalovány dvě CT, což je zásadní pro hromadná neštěstí či poruchu jednoho CT.

**Jak na své profesní začátky a celou éru zde vzpomínáte?**

Vzpomínám rád a v dobrém. Začátky byly více o zábavě, žilo se tenkrát více společensky, dnes je doba spíše individuální. Do roku 1990 bylo těžké se dozvědět, jak funguje medicína na západě. Bylo obtížné sehnat literaturu, získat nové znalosti. Dnes je to velmi jednoduché, můžete cestovat, navštěvovat kongresy, konzultovat případy se zahraničními odborníky...

**Vášim nástupcem je MUDr. Martin Kloub, Ph.D. Byla to jasná volba?**

Vychovával jsem tým, který je velmi schopný. MUDr. Kloub mi dělal dlouhé roky zástupce a plynule pokračuje v tom, s čím já jsem začínal. Předávání funkce u mne trvalo několik let. Předávám oddělení, které je opravdu v dobré kondici, což dokazují i hodnocení traumacentru z celé České republiky. Já osobně si velmi považuji hodnocení, na kterém se podílelo padesát odborníků v oboru. V této anketě jsme obsadili druhou příčku za Úrazovou nemocnicí v Brně. Musím vyzdvihnout také krajskou spolupráci, jak společně fungují jihočeské nemocnice. Tato spolupráce je v celé republice výjimečná.

**V nemocnici se s vámi ale budeme stále ještě potkávat, že ano?**

Ano, v nemocnici zůstávám, pracovat budu na zkrácený úvazek. O jeho rozsahu

ještě diskutujeme. (úsměv) Myslím, že mohu pomoci s posudkovou činností, ale velmi rád se budu podílet i na dalších aktivitách.

**Bc. Iva Nováková, MBA**



prim. MUDr. Pavel Kopačka | Foto: Jan Luxík

# Prim. MUDr. Martin Kloub, Ph.D.:

## Traumatolog je tak trochu truhlář lidského těla

**Špičkové oddělení, které má dobré jméno na celém světě. Těmito slovy mluví o úrazovém oddělení nový primář MUDr. Martin Kloub, Ph.D., kterého si na následujících řádcích blíže představíme.**

### **V jakém roce jste nastoupil do Nemocnice České Budějovice, a.s.?**

Do českobudějovické nemocnice jsem nastoupil v roce 1995. Pocházím z Litvínova v severních Čechách. Po promoci jsem začal pracovat na ARO v Českém Krumlově. To, že jsem zakotvil v jižních Čechách, bylo trošku dílem osudu. Během studií jsem pobíral takzvané severočeské stipendium, to bylo ještě za socialismu. Znamenalo to, že jsem měsíčně dostával určité peníze a na oplátku jsem se musel upsat na pět let, že zůstanu pracovat v severních Čechách. Byl jsem tedy připravený, že budu působit v Mostě, odkud pocházím. S koncem školy ale zanikl Severočeský kraj, tím pádem zanikla jedna strana smlouvy. Tím se nám otevřely nové možnosti a po krátkém zvažování jsme se rozhodli přestěhovat. Uvažovali jsme i o Jihoafrické republice, kde měl tatínek kamaráda, ale z tohoto dobrodružství nakonec sešlo a přestěhovali jsme se do Českého Krumlova, který se nám jako lokalita velmi líbil. Zde bylo volné místo na ARO a já nastoupil. Obor jsem si hned oblíbil, ještě dnes si pamatuji na silný dojem z prvních anestezií. © Musím vzpomenout také na velmi dobrý kolektiv a fakt, že jsme na oddělení tehdy byli pouze čtyři lékaři, a já se tím pádem mohl dostat k velkému množství výkonů i práci na lůžkách, čímž jsem se hodně naučil. V Krumlově jsem strávil krásných tři a půl roku.

### **Jak jste se dostal k chirurgii/traumatologii?**

K chirurgii jsem se dostal díky kolečku před atestací z anesteziologie. Na druhé straně stolu jsem totiž najednou zjistil, že se mi nechce zpátky. Na českokrumlovské chirurgii tehdy místo nebylo, ale podařilo se mi získat místo na českobudějovické traumatologii. O oboru jako takovém jsem během studií vůbec nepřemýšlel. Nástup do Českých Budějovic byl pro mne od prvního momentu doprovázen

absolutním nadšením. Byl jsem šťastný, že mohu dělat chirurgický obor. Součástí oddělení byla i plastická chirurgie a já mohl vidět mnoho zajímavých případů. Když jsem nastoupil do Českých Budějovic na traumatologii, bylo nás zde osm. Operovalo se většinou dva dny v týdnu. Obor se teprve vyvíjel a během prvních deseti let jsem měl možnost účastnit se zavádění řady nových postupů léčení zlomenin. V té době pro nás bylo jediným problémem vzdělávání. Když chtěl lékař našeho oddělení získat plnohodnotné vzdělání, musel absolvovat atestace I. a II. stupně z chirurgie a následně nástavbovou atestaci z traumatologie. Přípravu na chirurgickou atestaci jsme museli absolvovat na jiném oddělení než našem, na oddělení chirurgie u pana primáře Loudy. Díky tomu část traumatologických kolegů odešla a na chirurgii již zůstala. I já jsem stál před tímto rozhodnutím, ale naštěstí mi to tenkrát pan primář Kopačka nepovolil. Traumatologický obor měl v tomto cestu trnitou. Lékaři, kteří chtěli pokračovat, dosáhnout potřebné atestace, kariéře růst, byli do určité míry závislí na rozhodnutí chirurga – garanta vzdělání. Dnes traumatologie jako základní obor opět neexistuje, zanikl vloni, podobně jako v sousedních zemích. (Krátka epizoda jeho existence byla v letech 2006 až 2018.) Přesto je pro nově nastupující kolegy situace ve vzdělávání mnohem lepší než za nás. S naším ortopedickým oddělením máme domluvu, že se naši lékaři recipročně vystřídají mezi oběma odděleními. Atestovat budou z ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí a po atestaci se mohou rozhodnout pro práci v endoprotetické nebo traumatologické oblasti. S touto atestací pak traumatologičtí lékaři budou uplatnitelní v rámci celého světa. Anglosaský svět, Rakousko, Německo či Francie mají v současnosti velmi podobný systém vzdělávání.

### **Takže i vy jste chtěl opravdu přestoupit na chirurgické oddělení?**

Ano, pan primář mi to prostě zatrhnu. Chvilí mi to bylo líto, ale opravdu jen chvíli. Vlastně jsem mu byl posléze vděčný. Měl jsem už v té době ARO atestaci a také první

chirurgickou atestaci, a díky tomu jsem dostal důvěru sloužit vedoucího lékaře služby, což bylo již po třech letech od mého nástupu sem. To pro mě bylo opravdu velmi zajímavé. Mohl jsem se rozvíjet přímo v traumatologické oblasti. Traumatologa nejvíce formují pohotovostní služby. V nich vám nikdo nepomůže, na rozhodnutí i samotnou operaci jste sami. Mnoho operací jsem ve službě prováděl poprvé v životě. Druhý den pak visí na zasedací místnosti RTG, kde všichni vidí výsledek. V tomto je traumatologie krásná, ale zároveň neúprosná.

### **Inklinujete ve vašem oboru k něčemu nejvíce?**

Když o tom přemýšlím, tak ne. Mě pořád baví chodit do práce. Je úžasné, když se člověk ráno probudí a do práce se těší. Je to určitě díky kombinaci více prvků. Traumatologie je obor, který se stále rozvíjí. Ne každý obor má takové štěstí. Traumatologie, neboli skeletární chirurgie, toto štěstí má. Implantáty ke stabilizaci zlomenin i způsoby jejich zavádění se stále vyvíjí, vše není dořešené ani v otázce hojení zlomenin. Také mne velmi baví pracovat manuálně. Pro tuto práci musíte být manuálně zruční, umět improvizovat, hledat a pokud možno nalézt to nejlepší řešení. Naše operace zlomenin jsou často velmi odlišné. Vymyslíte, jak úlomky kostí vrátit k sobě a poté je ještě správně pospojovat. To mám na naší práci velmi rád.

### **V čem vnímáte vašeho předchůdce jako vzor?**

Velmi rád bych pokračoval v tom, co se panu primáři Kopačkovi povedlo. Co na něm musím opravdu vyzdvihnout, je jeho přátelský přístup, selský rozum, schopnost nadhledu a velká životní moudrost. Pan primář má vzácný dar, že nechá vyrůst a dokonce přerůst lidi kolem sebe, což není u primářů až tak obvyklé. Kolektiv, který díky svým zkušenostem zde na traumatologii za dobu svého působení vytvořil, je opravdu výjimečný, a to nejen z odborného, ale i lidského hlediska. Je radost poslouchat kolegy, kteří na našem oddělení stážují, když říkají, že s tak příjemnou atmosférou

spojenou s vysokou odbornou úrovní se nikde jinde neseťkali.

### **Jak vnímáte oddělení, které budete nyní řídit?**

Měl jsem štěstí, že jsem se mohl spolu s panem primářem podílet na transformaci našeho oddělení ve špičkové úrazové oddělení, které má dobré jméno na celém světě. Po odborné i mediální stránce se nám podařilo téměř maximum. Z hlediska medicíny jsou zde prováděny traumatologické výkony v plném rozsahu. Díky odborným pracovním týmům, které jsme vytvořili, jsou úrazy jednotlivých oblastí těla ošetřovány na nejvyšší úrovni. Pochopitelně tomu pomáhají i kongresy či kurzy, které aktivně navštěvujeme. Nadále plánujeme pořádat odborné akce. Již v roce 2005 jsme poprvé organizovali Traumavideosymposium, kde jsou promítány videosekvence z operací. Z natočených videí jsou sestříhány klíčové momenty operací do zhruba pětiminutových filmů. Operátor je přítomen v přednáškovém sále a film komentuje a diskutuje s účastníky. Tohoto, v současnosti ob rok se konajícího, symposia se od jeho prvního ročníku účastní jako zvaní hosté nejvýznamnější světoví traumatologové. Pochopitelně, že v dnešní době nejsou videa žádným divem, v roce 2005 to bylo ale mimořádné, zaznamenali jsme obrovský úspěch.

### **Jaké máte nejbližší plány v nové funkci?**

Naše oddělení je opravdu ve velmi dobrém stavu. Jak z hlediska medicíny, tak z hlediska personálního obsazení. V životě se často řídím úslovím: Neměň, co funguje. Neplánuji tedy žádné zásadní změny, ale spíše drobná vylepšení tam, kde se to ukáže potřebné. Chtěl bych klást důraz na vědeckou úroveň našeho pracoviště. Na tomto již pracuji a své kolegy motivuji, aby dále studovali a akademicky se vzdělávali. Postgraduální studium přináší daleko větší úctu k medicíně založené na důkazech, je možné získat často překvapivou zpětnou vazbu, můžete se kritičtěji podívat na svou vlastní práci. Konečným a nejdůležitějším výsledkem je pak zlepšená péče o pacienty s úrazy.

**Díky vašim zprávám ze služebních cest o vás vím, že hodně cestujete, navštěvujete prestižní kongresy...**

Specifickou strukturou v naší specializaci je organizace AO – Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen, neboli Společnost pro otázky osteosyntézy. To je celosvětově organizované postgraduální vzdělávání v traumatologii, které má přibližně devět tisíc členů a sídlí ve Švýcarsku. Můžeme říci, že pokud chce člověk něco v traumatologii dokázat, angažuje se v AO. Každý rok probíhá ve většině rozvinutých zemí světa základní či pokročilý kurz, kde se mladí traumatologové z přednášek, diskuzí a operací na umělých kostech učí základy traumatologie. Když je absolvují, mohou pak absolvovat nejrůznější tzv. Master kurzy, zaměřené již na konkrétní části těla. Naše oddělení bylo v AO pasivním účastníkem, ale od roku 2004, kdy jsme v Českých Budějovicích pořádali AO kurz, jsme se postupně stali plnohodnotnými členy národní fakulty – v AO je v rámci republiky soubor zhruba čtyřiceti až pětáctičetí učitelů, z toho na našem pracovišti je nás šest. Ti nejlepší pak mohou učit i v zahraničí. Mně se toto povedlo v roce 2006 v Turecku. V AO je specifický systém hodnocení. Po každé přednášce obdržíte hodnocení od všech účastníků, při dobrém hodnocení se posouváte dále, můžete dále přednášet. Světová špička traumatologie se každý rok v prosinci na týden schází v Davosu, kde probíhá paralelně deset až čtrnáct kurzů. Je to unikátní příležitost potkat se zde s nejlepšími odborníky v oboru. Jak fakulty jednotlivých kurzů, tak jeho účastníci jsou opravdovou špičkou. Možnost jet učit do Davosu je výjimečnou poctou. Za posledních dvacetlet se toto povedlo z celé České republiky pouze pěti lidem. Já jsem mohl takový kurz i organizovat – vytvořit program a vybrat členy fakulty z odborníků z celého světa. Mohu říci, že moc rád učím a současně se toho při učení i sám hodně naučím. =)

### **Závěrem... Co vás na práci traumatologa baví nejvíce?**

Baví mne vybrat si oblast, která ještě není dořešená nebo je opomíjená a tu zdokonalit. Společně s mými kolegy se nám to povedlo již v mnoha oblastech – u zlomenin horního konce pažní kosti jsme nyní na světové špičce, ošetření zlomenin lopatky, acetabula nebo horního konce bérce jsou na úrovni srovnatelné s nejlepšími pracovišti ve Švýcarsku nebo USA. Nemůžu říct, co mě baví nejvíce, ale díky tomu, že své odoperované pacienty sleduji až do jejich vyléčení, což je často i rok nebo více, velmi mě naplňuje vidět po této době soběstačného, spokojeného a vděčného pacienta, který se po těžkém úrazu vrátil díky práci nás všech zdravotníků do původního života.

**Bc. Iva Nováková, MBA**



MUDr. Martin Kloub, Ph.D. | Foto: Jan Luxík

# Otevřeno! Psychiatrické oddělení se nově nachází v historické budově horního areálu

**V pondělí 11. března bylo slavnostně otevřeno Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. v nově zrekonstruovaných prostorách historické budovy v Horním areálu.**

„Psychiatrické oddělení v Nemocnici České Budějovice je významným pracovištěm pro diagnostiku a léčbu akutních stavů duševních onemocnění v Jihočeském kraji. Výjimečnost krajské nemocnice ho předurčuje k činnostem, které není možné provádět v rámci okresních nemocnic, řeč je například o diagnostice, dostupnosti konziliárních služeb u pacientů,

kteří nejsou jen duševně nemocní, dostupnosti laboratorních a zobrazovacích metod, vyšetřování pro posudkové účely či postgraduálním výcviku,“ vyjmenovává člen představenstva Nemocnice České Budějovice, a.s. MUDr. Jaroslav Novák, MBA.

Pro pokrytí akutní psychiatrické péče ve spádové oblasti bylo nutným krokem navýšení kapacity lůžkové péče na šedesát osm lůžek.

Jednotlivé stanice jsou strukturovány tak, aby umožnily zvládnutí léčby celého spektra duševních poruch se zajištěním bezpečnosti

a odpovídajícího komfortu pacientů. Čtyři stanice lůžkové péče jsou diferencované podle závažnosti stavu pacienta.

V rámci Psychiatrického oddělení zůstává zachován provoz současných ambulancí všeobecné psychiatrie, dětské a dorostové psychiatrie, léčby závislosti a sexuologické ambulance.

## **Denní stacionář**

Významné je zřízení denního stacionáře uplatňujícího systém ucelené rehabilitace v úzkém sepětí s moderním a na bezpečí orientovaným ambulantním traktem.



prim. MUDr. Jan Tuček, Ph.D., Mgr. Ivana Stráská, MUDr. Jaroslav Novák, MBA, Mgr. Tereza Mrázková, Doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D.

Foto: Jan Luxík



Psychiatrické oddělení | Foto: Jan Luxík

péče (například Fokus a další), vznikly specializované dílny (keramická, pracovní dílna mužů a žen pro nácvik dovedností, psychoterapeutický program, relaxační místnost, komunitní místnost, arteterapeutická dílna, místnost pro muzikoterapii, biblioterapii).

Provoz denního stacionáře s implementovaným systémem ucelené rehabilitace umožňuje zefektivnění léčebného procesu a spolu s tím i případné zkrácení délky hospitalizace. Kombinovaná péče lůžkového oddělení Nemocnice České Budějovice a denního stacionáře vede k naplnění cíle transformace psychiatrické péče ve smyslu posílení role komunitní sféry.

Určen je hospitalizovaným i ambulantním pacientům. „V extramurálním nastavení zajišťuje péči hlavně krátce propuštěným pacientům, kteří ještě nebyli schopni navázat kontakt se systémem komunitní a ambulantní péče a jejich stav přitom již nevyžaduje hospitalizaci. Těmto pacientům bude poskytována ambulantní psychiatrická péče, budou využívat program psychosociální rehabilitace. Mohou takto profitovat z dřívějšího propuštění z hospitalizační péče, a tak pokračovat v léčbě v přirozeném prostředí,“ vysvětluje primář psychiatrického oddělení MUDr. Jan Tuček, Ph.D.

V denním stacionáři, který bude úzce spolupracovat se složkami komunitní



Psychiatrické oddělení | Foto: Jan Luxík



Psychiatrické oddělení | Foto: Jan Luxík

„Výše uvedená opatření vedou celkově ke zlepšení péče o všechny skupiny duševně nemocných pacientů. Diferenciací pacientů podle závažnosti jejich stavu dochází ke zlepšení procesu uzdravy. Je posílena vazba na navazující komunitní a ambulantní péči. Rekonstrukce budovy vedla k celkové humanizaci, pacienti mají k dispozici nejvýše dvoulůžkové pokoje s příslušenstvím, dále i prostory pro sociálně rehabilitační program,“ říká prim. MUDr. Jan Tuček, Ph.D.

Rekonstrukce s přistavěnou částí do ulice L. B. Schneidera vyšla na necelých 233 milionů korun včetně DPH. Z toho 180 milionů bylo dotačních, 85 % z Evropské unie, zbytek spolufinancoval Jihočeský kraj.

**Redakce**

# Prim. MUDr. Jan Tuček, Ph.D.:

## Nové prostory psychiatrického oddělení jsou pro mne srdeční záležitostí

Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice má nové zázemí. Nachází se v prostorách historické budovy v horním areálu, které v uplynulých měsících prošly rozsáhlou rekonstrukcí. Slavnostní otevření se uskutečnilo v pondělí 11. března. O nové budově, ale i psychiatrii obecně jsme si povídali s prim. MUDr. Janem Tučkem, Ph.D.

### **Pane primáři, vaše oddělení čeká přesun do nových prostor. Jak vzpomínáte na vaše začátky?**

Do českobudějovické nemocnice jsem nastoupil v roce 1995. Primářem jsem se stal v roce 2004, takže poměrně krátce po mém nástupu. Stěhování psychiatrického oddělení jsem již jednou zažil, přišel jsem v době, kdy oddělení sídlilo v objektu dnešního biochemického pavilonu. Vzhledem k dlouhodobé koncepci

nemocnice jsme se ale poměrně záhy přesunuli do dolního areálu. Zde došlo kvůli nedostatku prostor k redukci lůžek, museli jsme tedy velmi úzce spolupracovat s léčebnami, kam byla řada pacientů přesouvána. Věděli jsme ale, že nás čeká ještě jedno, poslední stěhování. Já osobně jsem se vždy těšil na naše budoucí prostory, které budou jednak splňovat potřeby pacientů a zároveň budou odpovídat nejnovějším trendům.

### **Psychiatrické oddělení bude nově sídlit v historické budově. Jak se vám nové působiště líbí?**

Pavilon, do kterého se nyní stěhujeme a budeme nově působit, zásadně předčil má očekávání. Pro mne osobně je historická budova, tedy pavilon A, srdeční záležitostí. V této budově kdysi pracovala má maminka

a já zde jako dítě trávil mnoho chvil. Když jsem na začátku přípravy obdržel plány objektu, mírně jsem se vylekal. Ač je to opravdu velká stavba, prostory pro pacienty byly nedostačující. Přišel jsem tedy za vedením s troufalým požadavkem přístavby další části, která by již poskytla potřebný komfort. Můj návrh byl vyslyšen a pochopen. Díky tomu budou mít naši pacienti komfort, jaký si v 21. století zaslouží. Dle mého se přístavba povedla a její vzhled zapadá i do celkového pojetí budovy. Vedle tohoto také oceňuji, že budeme moci našim pacientům nabídnout venkovní pohyb. Dosud jsme disponovali pouze vnitřními prostory, neměli jsme žádnou zahradu, kde by mohli pacienti relaxovat. Průměrná doba hospitalizace na psychiatrickém oddělení je tři až čtyři týdny. Bez možnosti venkovního pobytu je to pro pacienty náročné. Náš pacient není



prim. MUDr. Jan Tuček, Ph.D. | Foto: Jan Luxík



fyzicky nemocen. Na těle je zcela zdravý. Náš pacient je nemocen na duši. Potřebuje normální život, normální pohyb jako zdravý člověk. Možnost vycházek pro pacienty, kteří mají zvýšenou péči ze strany personálu, je další velké plus. Oproti původním záměrům jsme zahradu zvětšili, rozšířili, takže to bude opravdu důstojný prostor.

### **Jakým směrem se obor psychiatrie vyvíjí? Jaký posun jste vy sám zaznamenal?**

Když jsem nastupoval na psychiatrii, byla to bouřlivá doba. V té době nebylo měsíce, kdy by se na trhu neobjevil nový lék, nová antipsychotika, nová antidepressiva. Dnes už výzkum v psychiatrii poklesl, tolik novinek se již neobjevuje. Dnes řešíme reformu, směřování psychiatrické péče do přirozeného prostředí pacienta či způsob léčby pacienta. Potřeba akutní péče je opravdu velká, je tedy dobře, že budeme disponovat vyšším počtem lůžek a postaráme se tak o pacienty z Jihočeského kraje, kteří již nebudou hospitalizováni daleko od svých domovů. Reforma stojí na centrech duševního zdraví, na komunitní péči, na terénní práci. Měla by být upozaděována ústavní péče pro pacienty, pro které to není vhodné. Je řada pacientů, kterým terénní péče prospěje. To byl prvek, který nikdy nebyl a nyní se buduje. My sami intenzivně spolupracujeme se všemi terénními pracovišti, jako je např. FOKUS.

### **Jací pacienti vyžadují ústavní péči?**

Jedná se o celou šíři diagnóz: demence, schizofrenie, závislosti, poruchy přizpůsobení, poruchy osobnosti či poruchy nálady. Pokrýváme veškeré spektrum duševních poruch. Na lůžko se dostane pacient, který potřebuje dohled personálu.

### **Je společnost 21. století duševně zdravá nebo spíše nemocná?**

Duševní zdraví společnosti se zásadně nezhoršuje, nicméně vnímáme víc naše problémy a jsme k nim citlivější. To může budít dojem, že roste počet duševních chorob. Jádrové poruchy, jako jsou závažné schizofrenie či deprese, se objevují plus minus stejně jako v minulosti. Co se ale opravdu mění, je fakt, že jsou lidé citlivější ke svým problémům a mohou zareagovat v rámci adaptačních poruch na stresové momenty hůř. Dnes lidé vyhledávají zdravotnickou pomoc dřív, než tomu bylo v minulosti. Proto nám počet pacientů narůstá. Souvisí to i s tím, že

stigma psychiatrie klesá. Lidé se dnes již nestydí k psychiatrovi objednat. Symbolicky tomu odpovídá i poloha budovy psychiatrie v rámci naší nemocnice. První psychiatrie byla zcela vzadu v horním areálu, poté jsme se přesunuli do dolního areálu. Dnes jsme v popředí. To odpovídá i postavení psychiatrie a významu duševního zdraví v dnešní době.

### **Můžeme říci, že je dnešní společnost oproti našim předkům méně odolná vůči problémům a vnějším vlivům?**

Dříve jsme skutečně řešili především jádrové problémy, závažné deprese, závažné schizofrenie, které byly třeba geneticky podmíněné. Dnes přichází mnoho pacientů s adaptačními poruchami. Dnešní doba tlačí člověka k dokonalému výkonu. Musíme být bezchybní, rychlí a výkonní. Životní styl je dnes velmi náročný. Řada lidí se s tímto nedokáže srovnat a selhává. V ten okamžik přichází k léčení. Na nás, psychiatry, jsou kladeny velké nároky a očekávání. Má se za to, že máme kouzelnou tabletku, která všechny problémy vyřeší. Tak to bohužel není.

### **Co můžeme dělat pro to, abychom byli duševně zdraví?**

Měli bychom dodržovat zásady duševní hygieny, tj. pravidelný spánek. Ideální je, když se budíme přirozeně sami, nikoli když na nás zakřičí budík. Také by nás měla bavit naše práce. Chodit do práce rád a nikoli jen z povinnosti je velmi důležité. K duševnímu zdraví přispívají i koníčky, schopnost relaxovat. Každý relaxuje jinak, ale najít si aktivitu, která vás odkloní od rutiny, je podstatné. Víkendy i večery bychom měli mít volné, trávit je s lidmi, které máme rádi.

### **Jak je to dnes se závislostmi, drogami či konzumací alkoholu?**

Téměř 50 % hospitalizací je kvůli návykovým látkám. Velký problém představuje alkohol a marihuana. Narůstá počet pacientů, kteří mají s alkoholem problémy. Alkohol je totiž stoprocentní rozpouštěč úzkosti. Není takového léku, který vám přivodí stejné účinky. Ale cena, kterou za to zaplatíme, je vysoká. Je zvláštní, že oproti cigaretám zůstává alkohol součástí moderního životního stylu. Všude na vás útočí reklamy, podporující užívání alkoholu. Naopak kuřáci se dostali na okraj společnosti. Druhou věcí je marihuana. Spousta mladých lidí ve věkové skupině 20 až 25 let k nám přichází se závislostí

na této droze. Bohužel se mnohdy díky její dlouhodobé konzumaci propracují až ke schizofrenii. Marihuana je stále velmi aktuální téma, o kterém bychom měli více mluvit a mladou generaci varovat. Nebezpečí, které z její konzumace vyplývá, je velmi podceňováno.

### **Vysvětleme našim čtenářům, jaký je rozdíl mezi profesí psychiatra a psychologa...**

Psychiatr je lékař, který vystudoval lékařskou fakultu a zabývá se duševními chorobami, jejich příčinami, vznikem, průběhem a léčbou. Dává do souvislosti somatická onemocnění, která mohou vést k projevu duševní choroby. Psycholog je absolvent většinou filozofické fakulty, který se také zabývá duševními chorobami, ale vedle toho i vztahovými problémy, normou člověka. Psycholog řeší duši jako celek, věnuje se i prevenci, kterou my lékaři máme stále omezené možnosti, protože u řady nemocí nevíme, z čeho duševní choroby pochází. Psycholog se zajímá o vztahy a prostředí pacienta. Psycholog nemůže na rozdíl od psychiatra předepsat léky. Naše práce je ale velmi propojená. Psychiatr se bez psychologa neobejde a obráceně je to stejně tak. Psychologové pracují s testy, aplikují testové metody, což je jeden z prvků diagnostiky, která nám psychiatrům pomáhá. Máme odlišné kompetence, ale vzájemně se doplňujeme.

### **Jaká je budoucnost psychiatrie v České republice a jaká je budoucnost psychiatrie v naší nemocnici?**

V rámci České republiky dále pokračujeme v reformě. Výhled je, že by zde za patnáctlet fungovala centra duševního zdraví. Je možné, že potřeba následné péče bude klesat. Také můžeme očekávat další výzkum a vývoj léčiv. Dnes neumíme léčit příčinu chorob. Přál bych si vidět, kam se za sto let náš obor posune. (úsměv) Budoucnost našeho psychiatrického oddělení stojí především na personálu. V našem oboru se kvalita péče odvíjí od prostor a personálu. U nás to není o přístrojovém vybavení a heroických výkonech jako v ostatních oborech. Prostory dnes máme opravdu nadstandardní, špičkové. Lepší jsme si přát nemohli. Nyní si tedy přeji, abychom měli dostatek kvalitního a erudovaného personálu. Tím bude naše péče o pacienty vyvážená a komplexní.

**Bc. Iva Nováková, MBA**

# Léčba dětských poranění v Nemocnici České Budějovice

**Léčba dětských pacientů má svá specifika. Důležitým faktorem je spolupráce rodičů, protože poranění dítěte bývá silně emotivním zážitkem pro celou rodinu.**

Většina úrazů vzniká při nejrůznějších pádech (pády ze stromu či prolézačky), někdy k vážnějšímu úrazu bohužel stačí i obyčejné zakopnutí. Dopravní nehody a podobná vysokoenergetická poranění jsou naštěstí vzácnější. „Hitem“ poslední doby jsou úrazy z trampolín, kdy dítě buď spadne mimo ni, nebo jich na trampolíně skáče více zároveň a jedno zalehne druhé. Velice závažnou a zbytečnou skupinu poranění tvoří nejrůznější opařeniny, kdy se dítě při nepozornosti dospělých polije nejčastěji horkou kávou či čajem.

Dětská traumatologie se od traumatologie dospělých odlišuje, proto nejde na dítě nahlížet jako na malého dospělého. Je to dáno jinou strukturou dětské kosti oproti kosti dospělé. Dětská kost je měkčí a pružnější, z toho důvodu vznikají specifické zlomeniny, které se u dospělých nevyskytují. Například zlomenina typu vrbového proutku či zlomenina z ohnutí. V dětském věku má každá kost na svém konci takzvané fýzy neboli růstové chrupavky. Fýza je vrstvička chrupavky, několik milimetrů silná, uložená napříč celou kostí. Ve fýze dochází k rychlému množení buněk a tvorbě kostní tkáně, a tím prodlužování kosti do délky. Na konci puberty fýzy zanikají a přestáváme růst. Při jejich poranění může dojít k porušení růstu s výsledným zkratem končetiny nebo k její deformaci. Řešení těchto poúrazových následků je komplikované a často se s malým pacientem vleče celé dětství.

Dětská kost má i velkou výhodu. Když dojde po úraze ke zhojení ve špatném postavení, je kost schopna dalším růstem srovnávat svůj tvar zpět do tvaru původního. Odborně se tento proces nazývá remodelace. Má však své limity.



Ukázka schopností přestavby dětské kosti u tříletého chlapce  
obr. 1,2: zlomenina po zhojení, obr. 3,4: ½ roku od úrazu, obr. 5: 5 let od úrazu.



MUDr. Jiří Urban | Foto: Jan Luxík

Každá kost, dokonce i každá její část, má v rozdílném věku dítěte různou schopnost remodelace. Z tohoto důvodu není nutné operovat každou zlomeninu s posunem úlomků, někdy postačí zlomeninu pouze zafixovat v sádře a ponechat ji k remodelaci. Především znalost těchto limitů patří k základním dovednostem dobrého dětského traumatologa.

V České republice je v rámci organizace péče o poraněné pacienty ustanovena síť takzvaných traumacenter. Jedná se o nemocnice, které jsou schopny kompletně ošetřit nejtěžší poranění a pacienti jsou do nich směřováni již záchranou službou. Naše nemocnice je akreditována jako jedno

z osmi dětských traumacenter v České republice a zároveň i jako traumacentrum pro dospělé. V našem okolí jsou další nejbližší traumacentra v Plzni, Praze a Brně. Na našem oddělení jsme v loňském roce ošetřili celkem 8 669 dětských úrazů. Z vážných poranění drtivě dominují zlomeniny končetin, kterých jsme v roce 2018 evidovali 1 449. Další závažná poranění jsou takzvaná kraniotraumata, neboli nitrolební poranění, kterých bylo třicet osm. Život ohrožujícími úrazy jsou i poranění orgánů dutiny břišní, těch bylo v loňském roce ošetřeno osm.

Vedoucím dětského traumacentra je MUDr. Petr Toufar a dohromady s ním se

intenzivně věnujeme léčbě těch nejtěžších dětských končetinových poranění. Vedeme speciální ambulanci pro dětská poranění a působíme konziliárně pro celý Jihočeský kraj. Nedílnou součástí naší práce je i přednášková a publikační činnost. Velice si cením výborné a bezproblémové spolupráce s dětským oddělením, kde jsou naši malí pacienti hospitalizováni. Výbornou zpětnou vazbou nám je chvála našeho oddělení ostatními traumacentry na kongresech, kde jsou výsledky naší práce jasně srovnatelné s těmi nejlepšími v oboru.

**MUDr. Jiří Urban**

Oddělení úrazové chirurgie

# AO Master kurzy Davos

**Ve dnech od 2. do 8. prosince 2018 jsme se zúčastnili AO Master kurzů v Davosu ve Švýcarsku. Společnost AO (Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen – společnost pro otázky osteosyntézy) slavila loňský rok šedesát let od svého založení. V roce 1958 znamenalo její založení ve svém důsledku „velký třesk“ v operační léčbě zlomenin a jeho následky trvají dodnes. Do té doby totiž silně převažoval konzervativní způsob léčby a až AO rozpracovalo principy operační léčby. Také se výrazně věnuje jejich výuce. Jedná se o špičkové kurzy se světovou fakultou, které se věnují současnému konceptu léčby zlomeniny dolních a horních končetin. Kurzy byly rozděleny dle lokalit zlomenin, 50 % času v kurzu byly přednášky, 30 % diskusní skupiny a 20 % praktická cvičení jak na anatomických preparátech, tak i na umělých kostech. Kurzy probíhaly v kongresovém centru v Davosu a místní nemocnici. Počet účastníků byl okolo tisíce lékařů z celého světa, přednášejících bylo tři sta. Prestiž těchto kurzů je nejvíce podpořena fakultou, která se každoročně sjíždí do tohoto horského střediska. Jedná se o opravdové osobnosti úrazové chirurgie jak z Evropy, Středního Východu –**

**Izraele, USA, Jižní Ameriky, tak i Asie – hlavně Číny, a Austrálie. Českou fakultu zde kvalitně zastupovali MUDr. Martin Kloub, Ph.D. z naší nemocnice na kurzu zaměřeného na rameno a loket a dále doc. Drác z FN Olomouc. Na první pohled velká akce má ale skvělou organizaci, a tak účastník má velkou možnost klást dotazy početné zkušené fakultě, kdy je poměr jeden člen fakulty na tři účastníky.**

Z velkého množství informací vybíráme zajímavé lokality.

V poslední době je diskuze ohledně indikací a způsobů léčby poranění acromioclaviculárního skloubení. Způsoby jejího ošetření jsou napříč státy různé, nejvíce zmiňované jsou hook dlahy, endobutten či tahová cerkláž. Stran indikace je stále diskutován typ III dle Tossyho. Závěr zda operovat či ne nebyl jednoznačný, hlavní úlohu hraje preference pacienta a zkušenost lékaře. U hook dlahy bylo zdůrazněno respektování tvaru a velikosti akromia.

I zlomeniny klíčku stále panují indikační neshody. Někteří lékaři prakticky vždy volí konzervativní postup, jiní se drží zavedených uznávaných kritérií operační léčby, tzn. zkrat 2 cm a dislokace o šíři kosti. Při

konzervativní terapii většina používá pouze závěs na místo osmičkové fixace.

U zlomenin dolního konce stehenní kosti je nyní větší tlak k miniinvazivním metodám, hlavně miniinvazivně zavedená dlahy. Hřebování se používá spíše minoritně. Je jasné, že nitroklobuní složku zlomeniny musíme vidět, a proto se používá v oblasti kloubu otevřený způsob repozice a v horní části miniinvazivní – TARPO. Je potřeba sledovat i změny rotace končetiny a eventuálně je porovnat se zdravou stranou. Mediální přístup (z vnitřní strany stehna) se používá u mediální Hoffovy zlomeniny, dále u mediálně tříštivé zlomeniny a u přístupu při cévním poranění. Poloha pacienta je na zádech a koleno se ohne do 30° – 60° a přidávají se ze zadu dopředu šrouby, někdy i dlahy. U zlomenin kde je tříštivá metafyzární mediální složka se doporučuje zvážit i osteosyntézu pomocí dvou dlah, jedna klasicky ze zevní (laterální) strany a druhá z vnitřní (mediální), zásadně se tak zvyšuje stabilita konstrukce.

Zlomeniny horního konce holenní kosti (proximální tibie). Měli jsme možnost sledovat přednášku Josepha Schatzkera, nyní 84letá hvězda světové traumatologie z Toronto, který v 70. letech vytvořil dnes velice používanou Schatzkerovu klasifikaci



MUDr. Karel Holub, MUDr. Martin Kloub, Ph.D., MUDr. Pavel Látal,  
MUDr. Jiří Urban, MUDr. Marek Peme | Foto: archiv

pro zlomeniny horního konce holenní kosti. Již toto byl velký zážitek. Schatzker se věnoval hlavně vývoji nových implantátů a postupů u zlomenin této oblasti. Profesor Kfuri z Univerzity of Missouri představil přepracovanou Schatzkerovu klasifikaci. U té je horní konec holenní kosti rozdělen na čtyři kvadranty. Tato klasifikace by měla pomoci s výběrem přístupu a polohy pacienta při operaci což je klíčové pro úspěšné ošetření zlomenin. Použití artroskopie u zlomenin proximální tibie je výhodná metoda hlavně u jednodušších fraktur (typy B2 a B3) a i proto, že asi 40 % pacientů má u těchto úrazů poraněný meniskus. Kontraindikací je hrozící kompartment syndrom a otevřená zlomenina stupně II a III. U akutní luxace (vykloubení) kolene je až 65 % poranění popliteální tepny a v 16 – 40 % poranění n. peroneus. Léčba akutní luxace kolenního kloubu je pomocí zevního fixátoru a po dvou až třech týdnech se ošetřuje poranění menisků a vazů, většinou artroskopicky. Někdy je třeba využít kloubového zevního fixátoru. Po takto akutním přístupu se více lidí vrací do práce.

Zlomeniny dolního konce holenní kosti (zlomeniny pilonu). Nejdůležitější věcí, kterou je třeba respektovat při plánování ošetření zlomenin pilonu je stav měkkých tkání. K dosažení příznivého nálezu, a tak ve výsledku menšího počtu komplikací, je uplatňován dvoufázový postup. V první době je nejen naložen zevní fixátor, ale pokud to lze, je provedena i osteosyntéza zlomeniny

zevního kotníku, případně u metafyzárních fragmentů jejich fixace, ať už pouze šrouby či dlahou z mediálního přístupu. U otevřených zlomenin je samozřejmě součástí výplach několika litry (až 9 l) fyziologického roztoku gravitační silou, nikoliv přetlakově. Úrazovou ranou pak můžeme provést i akutně miniosteosyntézu největších fragmentů pomocí dlahy, které zajistí lepší postavení, a tak zkrátí dobu k definitivnímu ošetření.

Součástí přednášek byl i celodenní blok věnovaný léčbě infektu po osteosyntéze (Fracture-related infection). Mezi největší přednášející „hvězdy“ patřil Olivier Borens z Lausanne ze Švýcarska.

Při přednáškách byl kladen velký důraz na prevenci infektu. Opakovaně byla zdůrazňována důležitost radikální debridement u otevřených zlomenin s nutností odstranění všech neživých tkání někdy i za cenu kostního či měkkého tkáňového defektu. Dále bylo zajímavé, že většina přednášejících se nebojí provádět akutně vnitřní osteosyntézu (dlahovou) i u rozsáhle otevřených zlomenin. Je to z toho důvodu, že jeden z rizikových faktorů pro rozvoj infektu je i nestabilita v oblasti zlomeniny a při důkladném debridement je pak riziko kontaminace dlahy nízké, navíc někdy bývá použita jen dočasně jako forma vnitřního fixátoru. Dále antibiotika by se měla podávat co nejdříve ideálně ještě na emergency. Zajímavá bylo, že není doporučováno chirurgické mytí rukou

kartáčkem, stačí je omýt teplou vodou, a následně je klíčové ruce důkladně ošetřit dezinfekcí a tu nechat minimálně dvě minuty působit.

V rámci diagnostiky infektu je základní rozdělení na jisté příznaky (confirmatory criteria): píštěl, obnažená dlahu, hnisavý výtok, kdy je infekce jistá, a podezření na infekci (suggestive criteria): zarudnutí, otok, bolest, radiologické známky, nově vzniklá náplň kloubu, vzestup zánětlivých markerů a perzistentní nebo nově vzniklá sekrece z rány. Laboratorní vyšetření nejsou příliš přínosná, nejlépe z nich v poměru cena/výkon vychází vyšetření CRP a spíše než jeho absolutní hodnota je důležitý jeho vývoj v čase, kdy při infektu neklesá. Ostatní vyšetřovací metody (prokalcitonin, CD 64, alfa defensin) výrazně nezvyšují detekci infektu. Výtěry rány štětičkou na kultivaci jsou zbytečné a neměly by se používat, k diagnostice by se měla odebrat tkáň hluboko z rány. Vzorků by mělo být nejméně tři, lépe pět. Pokud se odstraňuje osteosyntetický materiál pak jej poslat na sonikaci.

Při chirurgickém řešení infektu byl opět kladen velký důraz na debridement, kdy by se k němu mělo přistupovat „jako u rakoviny“, a všechny podezřelé tkáně odstranit i za cenu defektů. Při operaci pakloubů by se mělo vždy myslet na to, že jeho příčinou může být infekce a brát vždy vzorek tkáně na kultivaci. Při odběru kostních štěpů dle studií vychází odběr z femuru pomocí RIA lépe než klasicky z pánve, kvalita štěpů je histologicky stejná a je jich větší množství. Při řešení kostních defektů do 4 – 6 cm se doporučuje technika dle Maskeleta, u větších defektů pak kostní segment transport, který se dá provádět jak na zevním fixátoru, tak na dlaze či hřebu.

AO kurzy v Davosu představují již šedesát let špičkovou akci na poli úrazové chirurgie. Tyto kurzy vybočují nejen obsáhlostí témat, ale hlavně kvalitou fakulty, která je přítomná. Neméně důležitá je i atmosféra mezi účastníky z celého světa.

Velice děkujeme vedení oddělení a nemocnice za podporu.

**MUDr. Karel Holub, MUDr. Marek Peme,  
MUDr. Jiří Urban a MUDr. Pavel Látal**

*Oddělení úrazové chirurgie*

# Interaction Meeting PJI v Barceloně

**Ve dnech 6. až 8. února 2019 jsem měl možnost zúčastnit se velmi kvalitně obsazené konference s názvem „Interaction Meeting PJI“ (Periprosthetic Joint Infection) pořádané firmou Zimmer v katalánské metropoli Barceloně.**

Její organizace se opět po roce ujaly vůdčí postavy léčby infekce v ortopedii v čele s prof. Gehrkem, přednostou ENDO-Klinik v Hamburku, a prof. Parvizim z Rothman Orthopaedic Institute ve Philadelphii. Právě tato ústřední dvojice je v posledních letech ve světě neaktivnější v popularizaci ještě donedávna opomíjeného odvětví terapie infekčních komplikací. Díky jejich činnosti se daří měnit zažitý pohled na infekci v ortopedii jako epizodu nežádoucí, nechtěnou a mnohdy raději nepřiznávanou. Náзор výše zmíněných osobností je odlišný – snaží se vidět v infekci spíše výzvu k otestování vlastních schopností. Jejich pohled můžeme přirovnat spíše ke vztahu k nepříteli, se kterým se nedá bojovat a vlastně nás ani nezajímá (což je mnohdy důvodem názoru chirurgů, že péči o takové pacienty bychom měli svěřit spíše lékařům jiných odborností a tvářit se, že infekční komplikace v podstatě nemáme). Cílem dneška je komplexní přístup k diagnostice i léčbě těchto komplikací, které jsou nedílnou součástí jakékoli operativy.

Letošní setkání se neslo především v duchu rekapitulace klíčových závěrů loňského International Consensus Meetingu pořádaného ve Philadelphii na domovském pracovišti prof. Parvizioho, kde se po pěti letech opět sešlo několik stovek světových odborníků, aby sami sobě položili nejpálčivější otázky v oboru. Následně na ně striktně pomocí metod „evidence based medicine“ našli odpovědi, které zformulovali do podoby řady prakticky využitelných terapeutických doporučení. Fantastickou zprávou je, že všechny výsledky zhruba dvouletého snažení těchto přibližně devíti set expertů z celého světa jsou volně dostupné nejen v tištěné publikaci, ale i ve volně přístupné aplikaci „ICM Philly“ pro mobilní telefony. Množství jednoduše dosažitelných informací o nejmodernějších postupech v oblasti léčby infekčních komplikací pro každého ortopeda či traumatologa neustále roste a je

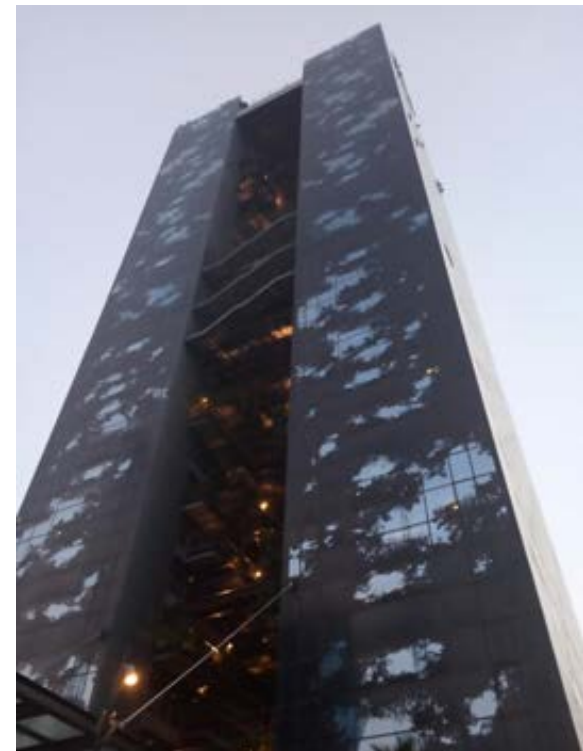


Interaction Meeting PJI | Foto: MUDr. Jan Klouda

to skutečně potřeba, neboť vývoj léčebných strategií jde kupředu mílovými kroky – téměř stejně rychle jako narůstá rezistence mikroorganismů k antibiotikům, často z důvodu jejich nesprávné indikace.

Na kongresu zazněla, v poslední době již notoricky známá, doporučení v oboru diagnostiky (například definitivní opuštění stěrů, které nahradil odběr několika, nejlépe alespoň pěti, vzorků tkáně na kultivaci nebo vyžadování prodloužené kultivace na dvanáct až čtrnáct dnů k průkazu specifických mikroorganismů). Nastíněn ale byl i výhled do budoucna – zkoumány jsou například nové signální molekuly jako synoviální calprotectin, vyvíjí se bedside test pro detekci hladiny interleukinu 6 v punktátu. Obě metody mají slibné výsledky na malých souborech pacientů a mohly by nadále zpřesnit a zrychlit rozhodovací proces a pomoci odpovědět na otázku, stojíme-li před infekční komplikací. Bohatě zdokumentována byla již známá diagnostická spolehlivost stanovení hladiny proteinu alfa-defensinu jak metodou ELISA, tak takzvaným „lateral flow“ bedside testem (Synovasure®).

V oblasti terapie byly ze všech stran rozebírány indikace a časové ohraničení pro užití metody časně revize DAIR (debridement, antibiotics, and implant



Renaissance Fira Hotel, místo konání kongresu | Foto: MUDr. Jan Klouda

retention). Představeny byly však rovněž i supermoderní metody, jako například sekvenování DNA další generace v oblasti určování původce infektu z punktátu nebo Thermoshot™ - jedná se o metodu likvidace biofilmu pomocí gelu obsahujícího nanopartikel stříbra s ATB aktivované v těle pacienta hypertermickým impulsem. Zároveň jsme si ověřili oprávněnost limitů BMI pro indikaci elektivní implantace endoprotézy, které jsme v nedávné době zavedli i na našem oddělení. Enormní nárůst rizika infekce a nutnosti reoperace u těchto pacientů dalece přesahuje přijatelnou míru a naši operaci by zde měla předcházet dietologická intervence, eventuálně bariatrický výkon.

Největším přínosem celého setkání pro mě osobně byla především komplexnost celého přístupu k věci a neutuchající zápal, s nímž se všichni zúčastnění poušteli do boje, který se vzdor našim snahám v podstatě nedá nikdy vyhrát z důvodu nekonečné přizpůsobivosti bakterií a jejich narůstající rezistence k užívané léčbě.

Jako podstatný vidím obzvláště onen moderní pohled na celou záležitost. Jakákoli infekční komplikace je problémem vyžadujícím multidisciplinární a týmovou práci – sebestlepší chirurg se při péči o své pacienty stíženě infekcí neobejde bez spolupráce s infekcionista, mikrobiologem, radiologem a dalšími specialisty. Jeho úkolem není pacienta zázračně vyléčit vlastními silami, ale především na možnost infekční komplikace neustále myslet, včas ji diagnostikovat, a následně energicky řešit.

Snad je již definitivně upuštěno od podávání perorálních antibiotik naslepo k „zajištění“ spíše tušeného infektu bez toho, aniž by byly podniknuty patřičné kroky v diagnostice, a to především za účelem zjištění původce – jen tak může být antibiotická léčba účinná a infekce bezpečně eradikována. Ostatně známost/neznámost původce je v soudobých terapeutických algoritmech určující pro rozhodnutí, zda se vydat cestou jednodobé nebo dvoudobé reoperace s užitím spaceru. Užívá-li však pacient antibiotika před provedením punkce nebo odběrem

vzorku na kultivaci, je pravděpodobnost jejího falešně negativního výsledku vysoká a šance na ozřejmení patogenu se snižují.

Závěrem bych rád dodal, že děkuji firmě Zimmer, primáři Davidu Musilovi a vedení nemocnice za jedinečnou příležitost získat v krátké době poměrně vyčerpávající přehled o možnostech současné léčby infekcí v ortopedii, a v neposlední řadě i utvrzení v tom, že výborně fungující spolupráce našeho pracoviště s Infekčním oddělením (v rámci České republiky zcela ojedinelá) je naprosto jednoznačným trendem na specializovaných klinikách ve světě. Je proto žádoucí ji nadále kultivovat a rozvíjet. Pokusím se této zkušenosti využít k tomu, abych pomohl dále kontinuálně zlepšovat péči o naše pacienty a zvyšovat tak úspěšnost boje proti stále relativně vzácným, avšak o to závažnějším komplikacím.

**MUDr. Jan Klouda**  
Ortopedické oddělení

## Poděkování

Moc rád bych touto cestou vyzdvihl úsilí, profesionalitu a lidský přístup lékařů na Dětském oddělení Nemocnice České Budějovice. Má třináctiletá dcera byla hospitalizována ve velmi vážném stavu poté, co jí prasklo slepé střevo. Díky péči lékařů je v pořádku, za což jim nesmírně děkuji.

Musím především vyzdvihnout excelentní výkon chirurgického týmu a dětské JIP péče, kde je opravdu nadstandardní monitoring zdravotního stavu dětského pacienta. Rovněž je třeba upozornit na úžasný přístup středního zdravotnického personálu, který dětem během hospitalizace velmi pomáhá.

Ve svém oboru se snažím chovat jako profesionál, proto umím ocenit profesionální práci druhých, zejména lékařů. Zaměstnancům Nemocnice České Budějovic ze srdce děkuji!

# Přestavba a modernizace patologického oddělení

**V roce 1997 byla dokončena stavba pavilonu P, jehož součástí je patologické oddělení. Prostory laboratoře patologie v současné době ale nevyhovovaly zvýšeným nárokům na kapacitu zpracovaných vzorků, neboť se mnohonásobně zvedlo množství prováděných histologických a cytologických vyšetření, proto musela být provedena jejich rekonstrukce. Ta započala v červnu 2017 a probíhala v několika etapách.**

V první etapě byly zrekonstruovány prostory ve druhém poschodí (původně laboratoře soudně – lékařského oddělení), do nichž se přestěhovaly pracovní lékaři z prvního patra. Uvolněné prostory prvního poschodí pak posloužily k rozšíření vlastních laboratoří. Byly zvětšeny prostory příjmu histologického materiálu, bioptické, cytologické, imunohistochemické a nekroptické laboratoře. V imunohistochemické laboratoři se realizuje příjem vzorků pro molekulárně patologické vyšetření, které poskytujeme jako součást vyšetření některých tkáňových vzorků. Nedílnou součástí rekonstrukce byla vestavba vzduchotechniky splňující současné



Pavilon P | Foto: Jan Luxík

hygienické normy jak v části laboratorní, tak pitevní. Byl zmodernizován přístrojový park laboratoří (kryostat, montovací automat, automat tkáňový a automat na barvení imunohistochemických preparátů) a také byly zakoupeny nové mikroskopy včetně mikroskopu s multi head soustavou.

Druhou fází stavebních prací v pavilonu P byla rekonstrukce pitevního traktu,

kteřá byla zahájena v říjnu 2018. Došlo k rekonstrukci nejen prostor jako takových, ale bylo zakoupeno i nové vybavení včetně tří pitevních stolů a nové váhy, které byly již ve špatném stavu. Nutno podotknout, že celá přestavba probíhala za plného provozu oddělení a vyžadovala velkou míru tolerance ze strany zaměstnanců.

Nové laboratorní prostory, pitevny a jejich zázemí nabízí moderní podmínky pro práci lékařů a laborantů, prostorové i přístrojové vybavení splňuje kritéria pro moderní laboratoř patologie. Laboratoř je plně srovnatelná s laboratořemi fakultních pracovišť. Po odborné stránce těsně spolupracuje s onkologickým oddělením při diagnostice zhoubných onemocnění jako součást Komplexního onkologického centra v Jihočeském kraji.

Na závěr chceme tímto poděkovat vedení Nemocnice České Budějovice, a.s., že nám umožnilo tento projekt realizovat po finanční stránce.

**prim. MUDr. Pavla Vítková,  
MUDr. Adéla Stehíková**

Patologické oddělení



Pavilon P | Foto: Jan Luxík

# V prověřovacím cvičení dopadla Nemocnice České Budějovice, a.s. na výbornou

**Dne 1. listopadu 2018 se uskutečnilo prověřovací cvičení kontaktních míst poskytovatelů akutní lůžkové péče v Jihočeském kraji. Místem provedení bylo zdravotnické operační středisko Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje. Nemocnice České Budějovice dostala nejlepší možné hodnocení – tedy známku 1.**

Prověřovací cvičení proběhlo formou volání ze zdravotnického operačního střediska Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje na všechna kontaktní místa poskytovatelů akutní lůžkové péče tak, jak jsou uvedena v příloze P3 Traumatologického plánu Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje.

Jednotlivá kontaktní místa byla požádána o sdělení informací, které slouží Zdravotnické záchranné službě Jihočeského kraje k racionální organizaci zásahu a včasnému transportu postižených z místa likvidace mimořádné události do příslušných zdravotnických zařízení.

Hodnocení pro českobudějovickou nemocnici bylo následující: „Kontaktní místo na dispečinku informační a bezpečnostní



Foto: Jan Luxík

služby je plně funkční. Bylo schopné IHNED (online) zajistit přehled o volné lůžkové kapacitě v zařízení. Velmi kladně hodnotíme i znalost místa pro hromadný příjem pacientů, které je nově dostupné v terminálu oddělení urgentního příjmu. V případě

převažujícího traumatického postižení nadále platí hromadný příjem pacientů na ambulanci Oddělení úrazové chirurgie.“

**Redakce**

## 61. česko-slovenská psychofarmakologická konference

**Dne 16. až 20. ledna se v Priessnitzových léčebných lázních v Jeseníku konal již 61. ročník psychofarmakologické konference. Jak již název vypovídá, hlavním zaměřením celého kongresu byla především**

**farmaka užívající se v léčbě celého spektra psychiatrických onemocnění a prezentace experimentálních studií až po klinickou praxi. Psychiatrická konference je pravidelně pořádána v této lokalitě i z toho důvodu, že jednou**

**ze specializací Priessnitzových lázní je léčba psychosomatických onemocnění.**

Stejně jako u ostatních medicínských oborů zaznamenáváme i v psychiatrii rozvoj a vzestup. Rozvoj se netýká pouze samotné léčby, ale také prevence psychiatrických onemocnění či velké problematiky, kterou je v dnešní době stigmatizace duševně nemocných. Na psychiatrická onemocnění není již zdaleka nahlíženo tak, jak tomu bylo dříve. Psychiatrického pacienta už nevnímá populace pouze jako člověka, který musí být vždy nebezpečný nebo ze kterého je nutné mít strach. S duševním onemocněním, ať už se jedná o onemocnění větší či menší závažnosti, se můžeme v klinické praxi i běžném životě setkat relativně snadno,





MUDr. Lucie Hronová (uprostřed) | Foto: MUDr. Lucie Hronová

a proto je důležité umět farmakologickými, ale také nefarmakologickými způsoby, tato onemocnění ovlivnit a zlepšit tím životy

našich pacientů. Přednášky 61. česko-slovenské konference byly určeny tedy převážně pro psychiatry, farmakology,

neurology, praktické lékaře i další specialisty, kteří se dennodenně podílejí na léčbě psychiatrických pacientů.

Celá konference trvala pět dní, během kterých probíhaly v několika sálech přednášky, symposia, ale i prakticky zaměřené workshopy. Rovněž bylo vystaveno velké množství posterů věnujících se především studiím v daném tématu. Účastníci konference mohli navštívit i stanoviště farmaceutických firem prezentujících jednotlivá psychofarmaka. V neposlední řadě také stojí za zmínku zábavně-naučná část konference, ve které jsme dostali možnost si vyzkoušet například virtuální realitu, jež by měla v budoucnu pomáhat pacientům při zlepšování pozornosti a soustředění, či LEU Brain Stimulator (logickou hru trénující mozek).

Konference nám byla velkým přínosem a získané informace a zkušenosti jistě využijeme v klinické praxi.

**MUDr. Lucie Hronová**  
Psychiatrické oddělení

# Návštěva ve vývojovém centru Arthrex v Naples na Floridě

**Ve dnech 25. až 28. února jsem měl možnost se zúčastnit návštěvy v hlavním sídle firmy Arthrex. Tato firma vyrábějící implantáty pro ortopedické operace se zabývá vývojem a výrobou zejména artroskopických implantátů a dále endoprotéz kolenního a ramenního kloubu. Tyto dvě lokality jsou hlavní oblastí zájmu ve vývoji. Arthrex je největší producent artroskopických implantátů na světě. Ve floridském Naples sídlí ústředí této firmy s vývojovým centrem.**

Byl jsem pozván, spolu s dalšími pěti kolegy ortopedy z českých pracovišť, na návštěvu výukového centra, kde probíhaly

workshopy s přednáškami. Nosným programem byly poslední novinky v chirurgii ramene a kolene. Hlavními lektory byli Karsten Labs z Berlína a Andre Baross z Lisabonu – oba přední odborníci v chirurgii kolene a ramene.

V krajině kolenního kloubu je v poslední době věnována pozornost možnostem zachovných operací při akutní lézi předního zkříženého vazy. V určitých specifických případech, kdy dojde v odtržení předního krutina, je trendem pokusit se o sešití vazy a jeho reinzerci. Tato metoda má své úzké indikace a vyžaduje specifické artroskopické instrumentarium, ale určitě zasluhuje pozornost, protože otevírá možnost

zachovat zkřížený vaz, což je cenné zejména u mladých pacientů.

Další zajímavou problematikou byly tzv. Root a Ramp léze menisku. Zdálo by se, že chirurgie menisku je již vyřešenou záležitostí, ale opak je pravdou – díky endoskopické technice a instrumentáriu byly „objeveny“ trhliny v zadním rohu menisků, které byly dosud neodhalitelné a neošetřovaly se. Dokonce ani na MRI nebylo možno tyto léze diagnostikovat. Speciální instrumentarium nyní dovoluje tyto trhliny detekovat a sešít.

V krajině ramenního kloubu jsou stále velkým problémem rozsáhlé trhliny svalů

rotátorové manžety. Tyto inveterované rozsáhlé léze jsou prakticky velmi obtížně řešitelné. V posledních pracích, zejména japonských autorů, se objevily techniky, které chybějící sval manžety nahrazují tkáňovým implantátem, jenž se vsívá na místo chybějící šlachy. Jde o složitou několikahodinovou arthroscopickou operaci, ale zdá se, že v určitých indikacích bude mít své opodstatnění a místo v repertoáru arthroscopických výkonů.

Dále byla pozornost zaměřena na endoprotetiku, zejména hemiartroplastiku kolenních kloubů, kdy se náhrada týká jen jednoho z kompartmentů při jeho degeneraci, a další kapitolou byla endoprotetika ramene (jak povrchové náhrady, tak totální a reverzní varianty endoprotézy).

Po polední pauze pokračovala výuka v kadaverozních laboratořích. Artrex disponuje největším „wetlabem“ na světě. V pěti učebnách bylo celkem padesát operačních stání s kompletním arthroscopickým vybavením se všemi druhy implantátů, instrumentárií a možností RTG. Pracovníci laboratoří během přestávky na kávu hbitě přestavěli pracoviště a připravili kadaverozní preparáty ramene či kolene. Měli jsme tak možnost si vyzkoušet jednotlivé operační techniky. Dokonalá organizace a dostatek „operačních“ míst umožnily každému z nás intenzivní práci. Čas tak byl dokonale a beze zbytku využit pro vlastní práci na kloubu. Bylo možné



MUDr. Pavel Sadovský (vlevo) | Foto: MUDr. Pavel Sadovský

prakticky cokoli, při potřebě si například vyzkoušet operační přístup, či preparaci důležitých anatomických struktur kolem kloubu. Zaměstnanec ochotně a okamžitě nainstaloval další preparát a prakticky neomezené množství implantátů. Jediné, co z celkem pochopitelných důvodů není v kadaverozních laboratořích dovoleno, je fotografování.

Jeden z večerů se nám věnoval majitel firmy, který nás provedl celým areálem.

Tato událost, která se nám zprvu jevila jako nutná společenská akce, se ukázala jako neskutečně zajímavá. Prošli jsme totiž vývojové centrum, kde se od technických nákrešů a vizualizací na počítačích vyrábí prototypy implantátů z plastu na 3D tiskárně, a poté se vyrobí kovový prototyp. Jednotlivé dílenské haly jsou tedy plné NC strojů, soustruhů a fréz a jiných sofistikovaných strojů. Součástí návštěvy byla i fotografická a video studia, kde se vyrábí příslušná technická a marketingová dokumentace a operační návody a animace. Majitel firmy a náš průvodce po areálu, Reinhold Schmieding, si s každým se zaměstnanců podal ruku a neomylně jej oslovoval jménem. Na závěr prohlídky pak představil se spolupracovníky revoluční novinku – arthroscop, který je sice ve fázi vývoje, ale již jsme jej mohli vyzkoušet. Jedná se o „jehlový“ 1,9 mm silný arthroscop na jedno použití, který umožňuje provádět diagnostiku a bazální výkony zcela ambulantně v lokálním znecitlivění.

Byl jsem rád, že jsem se mohl této návštěvy a kurzu účastnit, a být tak na místě, kde vzniká špičková medicínská technika, která nikoli sleduje, ale udává arthroscopický trend v celém světě.

**MUDr. Pavel Sadovský**  
Ortopedické oddělení



# Klinická psychologie v Nemocnici České Budějovice

**Klinická psychologie představuje označení souboru určitých odborných činností realizovaných v interakci s pacienty a také název zdravotnické profese. V českobudějovické nemocnici působili kliničtí psychologové dlouho především na Psychiatrickém oddělení, v souvislosti s potřebami jednotlivých medicínských oborů byly postupně vytvořeny psychologické pozice na dalších odděleních.**

Klinický psycholog je oprávněn provádět bez indikace lékaře diagnostiku psychického stavu, stanovit a realizovat léčebný postup. K jeho kompetencím patří rovněž preventivní, léčebně rehabilitační nebo dispenzární péče. V praxi se stále setkáváme s představou, že psycholog si s pacientem hlavně povídá, má ho přivést na lepší myšlenky, případně mu zpříjemnit pobyt v nemocnici. Ale to je velmi zjednodušující pohled. Naše práce přináší informace umožňující pracovníkům jiných odborností stanovit přesněji diagnózu, a tím zvolit odpovídající léčbu. Pouze klinický psycholog může aplikovat speciální psychologické testy. Psychoterapie může sice přispět k lepší pohodě u většiny lidí, ale její klíčové využití bychom viděli spíše u pacientů se závažnějšími psychickými problémy, kde rodina nebo přátelé pomoci nemohou. Úkolem klinického psychologa by nemělo být doprovázení v běžných životních situacích. To poskytují poradenští psychologové mimo zdravotnictví. Kontakt s pacientem se může omezit na 30 nebo 60 minut, nezděří ale trvá i 6 hodin. V těchto případech je pak náročné zkoordinovat pracovní program tak, aby bylo uspokojeno maximum požadavků, které přichází.

V průběhu posledních dvou desetiletí došlo k zásadní úpravě systému vzdělávání klinických psychologů. Podmínkou vstupu do zdravotnictví je jednooborové studium psychologie, stejně jako absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu. Následně zahajuje psycholog předatestační přípravu (specializační vzdělávání), což znamená nejméně 5 let systematického

získávání znalostí a dovedností pod soustavnou supervizi zkušenějších kolegů. K atestační zkoušce nelze přistoupit bez toho, aby psycholog prošel několikaletým psychoterapeutickým výcvikem se sebezkušenostní složkou. Profesní život psychologům připravujícím se na atestaci v Nemocnici České Budějovice usnadňuje skutečnost, že jsme akreditováni na všechny části specializačního vzdělávání, takže není nutné zajišťovat stáže na jiných pracovištích. Na atestaci v oboru klinické psychologie navazují nástavbové atestace pokrývající oblast psychoterapie a dětské klinické psychologie.

V současnosti pracuje v našem zdravotnickém zařízení 9 psychologů, přičemž jejich působení je koordinováno a v součinnosti s vedením nemocnice a příslušnými primáři řízeno vedoucím klinickým psychologem. Na psychiatrickém oddělení pracuje 6 psychologů (V. Šnorek, M. Pixová, K. Sekyrová, H. Matlasová, J. Škoda, K. Tycová), dále jsou psychologové kmenově zařazeni na Rehabilitačním (N. Jiříčková), Dětském (I. Štrosová) a Onkologickém oddělení (J. Kliková). Veškerá konziliární péče je zajišťována psychology Psychiatrického oddělení. Ambulantní péči poskytují příslušné ambulance (ambulance klinické psychologie pro dospělé, ambulance klinické psychologie pro děti).

Po přestěhování Psychiatrického oddělení do horního areálu na jaře letošního roku získá úsek klinické psychologie velmi dobré zázemí, v nové budově vznikne základna

pro celý obor, zejména ale změna bude ve prospěch pacientů. Přes veškerou snahu se nám nedaří pokrýt veškerou poptávku po psychologické péči, zejména tlak na ambulance je značný. Objednací doby jsou dlouhé. Prioritou je pro nás nicméně péče o hospitalizované pacienty, v dalším průběhu bude mimo jiné otevřena na Psychiatrickém oddělení stanice zaměřená na psychoterapii, snažíme se rovněž zlepšit fungování konziliární služby.

**Mgr. Václav Šnorek**

*Vedoucí klinický psycholog*



Mgr. Václav Šnorek | Foto: Jan Luxík

pro období 1. 4. 2019 - 30. 4. 2019 nebo do vyprodání zásob

**PÉČE O POKOŽKU**

**GS Betakaroten forte**  
80+40 cps



~~239.- Kč~~

doplňk stravy **209.- Kč**

**Bi-oil**  
60 ml



~~299.- Kč~~

**249.- Kč**

**NERVOVÁ SOUSTAVA**

**Revitanerv strong**  
30 tbl



~~429.- Kč~~

doplňk stravy **359.- Kč**

**KAŠEL**

**Bromhexin 8KM**  
50 ml



~~99.- Kč~~

**69.- Kč**

	HOLOHLA- VEC	UMĚLECKÁ PŘEDSTAVA	STAROGER- MANI	MUŽSKÉ JMÉNO	ZNAČKA NĚMEC- KÝCH AUT	TENKÁ NALEPENÁ VRSTVA	STARŠÍ SPZ LOUN	URANOVÉ DOLY (ZKRATKA)	ACIDIUM		LÚZA	TOPIT SE	POPLACH	ZNAČKA TŮNU	OSOBNÍ ZÁJMENO	ŘÍMSKÁ SESTKA	NEJDELŠÍ ŘEKA JIŽNÍ ASIE	VOJENSKÁ VOZIDLA
ČESKÝ KNIŽE (1107-1109)										URČIT								
STARÉ JEDNOTKY SÍLY										KARPATSKÁ PASTVINA								
ŽENSKÉ JMÉNO								ZEMŘÍTÍ KRUTO- VLÁDA								INIC. NEKO- NEČNÉHO	RUS. ANAR- CHISTA	
NEPŘÍ- JEMNĚ							ŽENSKÉ JMÉNO SYPATI SOLÍ								LISTNATÝ STROM JIŽNÍ OVOCE			
	VELKÝ HUSTÝ LES	CIT. ROZ- MRZELOSTI MUŽSKÉ JMÉNO			TAJENKA ČÁSTI KRUHU									CESTOVNÍ PRŮKAZY DOKONČE- NÍ SEKU				
NEJVĚTŠÍ JAPONSKÝ OSTROV						VÝCHODNÍ ZEMĚ RUS. REVO- LUCIONÁŘ							OPRAVNA LODÍ KONČINA				SEVEROAT- LANTICKÁ ALIANCE	JEMNÝ KMINOVÝ LIKÉR
DĚDINY				IDYLA MPZ NEPÁLU									SPOLEČEN- STVÍ PESTRÝ PAPOUŠEK					
OZNAČENÍ ČESKÝCH LETADEL			NEBLED- NOUT NĚMECKÝ SOUHLAS								LONDÝN. FOTB. KLUB INIC. SKLA- DAT. LIŠKY							
ZAKŘÍČETI								OBYVATEL ŽIDOV- SKÉHO STÁTU										
OZDOBNĚ ZŘASENÝ DEKORÁT. ZÁVĚS								ČLOVĚK NESOUCÍ PRAPOR										