

NEMOCNIČNÍ

zpravo daj

LEDEN 2020

Prim. MUDr. Petr Lhoták

RADIOLOGICKÉ ODDĚLENÍ
NEMOCNICE ČESKÉ
BUDĚJOVICE, A.S.

PharmDr. Josef Švéda

KLINICKÁ FARMACIE

MUDr. Pavel Sadovský

KONGRES SPOLEČNOSTI
PRO ARTROSKOPII
A SPORTOVNÍ
TRAUMATOLOGII
A MEDICÍNU

Prim. MUDr. Jiří Dušek

OBROVSKY NÁS VŠECHNY NABÍJÍ,
KDYŽ VIDÍME POZITIVNÍ VÝSLEDKY
NAŠÍ PRÁCE

ÚVODNÍK PŘEDSEDY PŘEDSTAVENSTVA

MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

Pane předsedo, co je v českobudějovické nemocnici nového?

Úsek chirurgických oborů Nemocnice České Budějovice má nového ředitele. Od 1. ledna 2020 tuto pozici zastává doc. MUDr. Jiří Stehlík, CSc., emeritní primář Ortopedického oddělení. Docent Stehlík se těší obrovské přirozené autoritě, své organizační schopnosti prokázal při vedení budějovické ortopedie, kromě toho je již delší dobu aktivně zapojen do činnosti pracovní skupiny zabývající se přestavbou nemocnice. Jeho volba tedy není překvapením. Dále jsme od ledna provedli úpravu organizační struktury nemocnice, která odráží logické uspořádání jednotlivých provozů.

V rámci přestavby nemocnice bylo před časem vybudováno mimo jiné Oddělení urgentního příjmu. Podobné provozy vznikají na dalších místech republiky, proč tomu tak je?

Ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovny podepsaly v prosinci 2019 Memorandum o spolupráci při budování sítě zdravotnických zařízení s funkčními urgentními příjmy v České republice, které navazuje na koncepci urgentní péče a definuje mapu urgentních příjmů. Naše Oddělení urgentního příjmu se zařadilo mezi 13 pracovišť „typu 1 a“, tedy nejvyššího ze čtyř stupňů. Rozhodnutí tehdejšího vedení českobudějovické nemocnice o vybudování Oddělení urgentního příjmu bylo správné a prozřetelné. Nový model urgentní péče změní pojetí péče o akutní pacienty ve všech regionech v Česku, v následujících letech zde totiž vzniknou další urgentní příjmy do celkového počtu 96 pracovišť.

Nemocnice České Budějovice v prosinci získala významné ocenění, čeho se týká?

Ve dnech 3. a 4. prosince 2019 se v Praze uskutečnilo vyhlášení žebříčku českých nemocnic v 14. ročníku celorepublikového

komplexního hodnocení českých nemocnic „Nejlepší nemocnice ČR 2019“, které realizuje nezisková organizace HealthCare Institute. V kategorii Finanční zdraví zvítězila Nemocnice České Budějovice a obhájila tak své prvenství z loňského roku. Jedná

se o ocenění práce každého jednotlivého zaměstnance českobudějovické nemocnice.

Pane předsedo, jaký výsledek přinesla podzimní kampaň „Očkujeme zaměstnance, chráníme pacienty“?

Bez nadsázky mohu říci, že díky této kampani zaměřené na zvýšení informovanosti o chřipce a možnostech očkování není v českobudějovické nemocnici zaměstnanec, který by o chřipce a možnostech očkování neslyšel. Přestože jsme se s dvacetiprocentní proočkovaností proti chřipce řadili mezi nejlepší české nemocnice v tomto parametru, inspirovali jsme se ve Velké Británii a jsme rádi, že jsme první nemocnicí v Česku, která podobně razantní kampaň realizovala. Díky ní se nám podařilo meziročně o 100 % zvýšit počet zaměstnanců dobrovolně očkovaných na náklady nemocnice. Proočkovanost proti chřipce v českobudějovické nemocnici v této sezóně tak činí 41 %. Zatím je stále brzy na zhodnocení, do jaké míry složení vakcíny odpovídá kolujícím kmenům chřipky. Bez ohledu na to přeji všem našim zaměstnancům, pacientům a jejich blízkým, aby letos bylo chřipky co nejméně.

Redakce



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

Prim. MUDr. Jiří Dušek: Obrovsky nás všechny nabíjí, když vidíme pozitivní výsledky naší práce

Začínal v českobudějovické nemocnici na Neonatologickém oddělení, kde strávil 11 let. Pak změnil nemocnici i zemi. Odstěhoval se s rodinou do Švédska. Z pozice zástupce primáře neonatologického oddělení velké švédské kliniky se vrátil, aby usedl po MUDr. Milanu Hanzlovi, Ph.D. do křesla primáře Neonatologického oddělení. Představujeme nového primáře MUDr. Jiřího Duška.

Pane primáři, vzpomeňte prosím na vaše začátky...

Studoval jsem na lékařské fakultě v Plzni obor všeobecné lékařství. Se zdravotnictvím jsem ale přišel do styku už dříve. Pracoval jsem 10 měsíců ve zdejší biochemické laboratoři. Po absolutoriu jsem nastoupil na Neonatologické oddělení. Zde jsem pracoval téměř 11 let, souběžně s tím jsem také působil u pozemní a letecké záchranné služby.

O oboru, kterému se chcete věnovat, jste měl jasno již na škole?

Hledal jsem obor, kde se musí pracovat manuálně, ale musíte u toho také hodně přemýšlet. Musíte být skutečně zručný, protože u velmi malinkých miminek zavádíte centrální žilní katetry či intubujete. Neonatologie byla tenkrát oborem, který se velmi dynamicky vyvíjel. Když jsem studoval lékařskou fakultu, byla hranice přežití miminek stanovena na 28. týden. Dnes je hranice posunuta na 24. týden. Ve Švédsku obligátně dokonce k 22. týdnu těhotenství. V České republice je obligátní hranice 24. gestační týden, ale rodičům nabízíme zahájení péče již od dokončeného 22. gestačního týdne.

Pamatujete si, o jaké nejmenší miminko jste pečoval?

Ano. Bylo to ve Švédsku a byla to holčička. Narodila se ve 23. týdnu a vážila 307 g. Svůj boj zvládla a dnes byste nepoznali, kolik vážila při porodu. Je zcela zdravá.

Když pečujete o tak maličké miminko, prožíváte větší stres než u dětíátek, které se narodí větší?

Váha dětíátka nemá vliv na stres, který během jeho záchrany prožíváte. Mnohdy zažijete větší stres u záchrany termínového novorozence.

Po 11 letech jste odešel do Švédska. Jak se stane, že lékař českobudějovické nemocnice odejde do fakultní nemocnice ve Švédsku?

S manželkou, která je také lékařka a před naším odchodem pracovala na zdejším Anesteziologicko-resuscitačním oddělení, jsme chtěli poznat i jiné pracoviště a načerpat další zkušenosti. Dostali jsme nabídku na stáž od lékařů, kteří z českobudějovické nemocnice kdysi do Švédska odešli. Této možnosti jsme využili a odešli do města Umeå. Zde jsme působili ve fakultní nemocnici University Hospital of Northern Sweden.

Přibližme našim čtenářům švédské zdravotnictví...

Systém zdravotnictví funguje ve Švédsku zcela jinak než v České republice. Jako lékař ve Švédsku velmi intenzivně komunikujete s rodiči dětíátka. Jakmile se rozhodnete o jeho péči, řešíte to s celou rodinou. Dochází pak ke společnému konsenzu. Cítíte větší odpovědnost vůči rodičům dítěte než vůči dané instituci. Zaujalo mne, jak se ve Švédsku řeší chyby či nežádoucí události. Jde vždy o systémové opatření. Podstatné je nastavit všechny procesy tak, aby k pochybení či nežádoucím událostem a chybám jednotlivců již nedocházelo. Tamní lékaři jsou vedeni k velké samostatnosti. Na toto je ale švédská společnost připravována již od předškolního věku. Kladou důraz na týmovou práci, schopnost vést diskusi či prezentovat své výsledky. Během pracovního působení jsem viděl, že tento způsob výchovy přináší mým kolegům velké výhody. Co se týče přístrojového vybavení, v tomto nejsme nikterak oproti Švédsku pozadu. Ocenit musím také velmi kvalitní spolupráci mezi švédskými neonatologickými centry. Provádějí například společné nákupy, stejně jako všichni využívají stejný program na výpočet výživy novorozenců. Jiná je také míra důvěry ve zdravotnictví. Švédská veřejnost svému

zdravotnictví zcela důvěřuje. Požadují zapojení a informace, ale nestěžují si, důvěřují a jsou na švédský zdravotnický systém velmi pyšní.

Chystáte se něco z vašeho švédského know-how přenést do naší nemocnice?

Samozřejmě, že si sebou určitou inspiraci nesu. Jedna věc se nám již podařila. Program na výpočet výživy zde používáme již od počátku roku 2019. Funguje na stejných principech jako tomu je ve Švédsku. Díky tomuto programu umíme spočítat konkrétní výživovou směs pro každé dětíátko. Primář Hanzl v minulosti zavedl analýzu mateřského mléka. Dnes tedy analyzujeme mateřské mléko, díky čemuž můžeme zjistit, co v něm chybí. To následně doplníme danou výživovou směsí přímo do žíly miminka. Ve své budoucí praxi předpokládám, že budu formou krátkých pobytů nadále čerpat zkušenosti ze švédského systému zdravotnictví, plánovaně by tyto pobyty měli absolvovat i kolegové z Českých Budějovic. Toto bude velmi přínosné pro práci na oddělení a současně jsem předběžně dohodl pobyt zkušených specializovaných sester/bratrů pod vedením Johannes van den Berg, RN, PhD, Associate Professor na našem oddělení, s cílem posunout péči o novorozence zase o kousek dál. Tuto aktivitu bychom využili i k přednáškové činnosti na Jihočeské univerzitě. Musím ještě podotknout, že moje působení ve Švédsku je již velmi sporadické, na rozdíl od mé manželky, která tam působí pravidelně, pracuje jako Överläkare/senior consultant na oddělení ARO RES se subspecializací dětská intenzivní péče a i touto formou mám možnost trvalého přísunu informací. V neposlední řadě za dobu mého působení jsem měl možnost navázat mnoho pracovních kontaktů a hojnou měrou je využívám při řešení komplikovaných pacientů.

Ze Švédska se po 11 letech vracíte. Bylo to těžké rozhodnutí?

Došli jsme do okamžiku, kdy jsme se museli rozhodnout, zda ve Švédsku zůstaneme již natrvalo nebo se vrátíme



Prim. MUDr. Jiří Dušek | Foto: Jan Luxík

zpět domů. Jako Jihočech jsem chtěl zpět. Významnou roli v tom pochopitelně sehráli naši rodiče a děti. Návrat byl definitivně zpečetěn v okamžiku, kdy jsem od pana primáře Hanzla dostal nabídku, abych jej ve funkci primáře vystřídal. Na pozici primáře jsem nastoupil symbolicky k 1. 1. 2020, na oddělení jsem ale již od ledna 2019. Tento roční náskok mi můj nástup značně ulehčil a za to musím poděkovat panu primáři Hanzlovi. Ještě více bych mu chtěl poděkovat za velmi dobrý stav oddělení, ve kterém jej přebírám. Možnost pokračovat na mém „domovském“ pracovišti byl taktéž významný argument pro profesní změnu. Musím říci, že cítím velký potenciál v celém oddělení, v pokračování práce tak, abychom se udrželi mezi absolutní špičkou mezi neonatologickými pracovišti.

Během vašeho zahraničního pracovního pobytu se naše nemocnice výrazně proměnila. Bylo to pro vás překvapení?

Ano. Nemocnice prošla výraznou proměnou. Jak stavební, tak přístrojovou. Z čeho jsem byl ale velmi překvapen, byla vstřícnost vedení nemocnice. O mém návratu jsem jednal jak s bývalým generálním ředitelem, tak se současným. Všechna naše setkání byla velmi příjemná a jednání konstruktivní. Připomnělo mi to způsoby, které panují ve Švédsku.

Jaké jsou vaše cíle, plány do nejbližší budoucnosti?

Navázal bych již na mé předchozí odpovědi. Pokračovat v práci tak, aby péče byla co nejkvalitnější. Jedním z prvních bodů práce je dotvořit systematizaci postupů práce, a to zejména formou doporučených postupů vycházejících z posledních vědeckých poznatků. Vytvoření pracovních skupin, sestávajících se jak z lékařů, tak i sester, pro jednotlivé subspecializace na oddělení. Směrem k našim spádovým pracovištím z regionu pak prohloubit

spolupráci, nabídnout ještě ve větší míře možnost čerpat z našeho know how, např. formou telemetrických konferencí nebo právě poskytnutím již vytvořených postupů pro léčbu. Samozřejmě se nebráníme ani studijním pobytům na našem pracovišti. Směrem k rodičům je to rozšíření nabídky péče např. více se zaměřit i na novorozence na hranici životaschopnosti, tedy mezi 22. a 24. gestačním týdnem těhotenství. Vytvoření systému all in one parenterální výživy pro novorozence, tak jak je zcela běžné mimo Českou republiku. Zavedení neinvazivního screeningu vrozených vývojových vad srdce pro novorozence narozené po 35. gestačním týdnu. Plánů je mnoho, určitě se objeví mnoho nových podnětů, tak jak se bude náš obor dále rozvíjet.

Bc. Iva Nováková, MBA
Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

Doc. MUDr. Jiří Stehlík, CSc. je nově ředitelem Úseku chirurgických oborů Nemocnice České Budějovice, a.s.

Úsek chirurgických oborů Nemocnice České Budějovice, a.s., má nového ředitele. Od 1. ledna 2020 tuto pozici zastává doc. MUDr. Jiří Stehlík, CSc., emeritní primář Ortopedického oddělení.

„Zasluhou docenta Stehlíka je Ortopedické oddělení jedním z nejlépe fungujících oddělení českobudějovické nemocnice a zároveň široce respektovaným pracovištěm v oboru ortopedie. Panu docentovi, který se těší obrovské přirozené autoritě, přeji

v jeho nové funkci potřebnou trpělivost,“ uvádí předseda představenstva Nemocnice České Budějovice, a.s., MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

Doc. MUDr. Jiří Stehlík, CSc. byl primářem Ortopedického oddělení českobudějovické nemocnice v letech 2002 až 2017.

V roce 2017 se stal vedoucím lékařem Centra kyčelní ortopedie Nemocnice České Budějovice, a.s.

Na kontě má celou řadu publikací a přednášek. Je také autorem několika monografií.

Od roku 2018 je členem vědecké rady 3. lékařské fakulty UK Praha.

Bc. Iva Nováková, MBA
Oddělení vnitřních a vnějších vztahů



Doc. MUDr. Jiří Stehlík, CSc. | Foto: Jan Luxík

Radiologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

Radiologické oddělení se počtem svých zaměstnanců řadí mezi jedno z největších oddělení v nemocnici. Souvisí to s nutností zvládat překotný vývoj řady nových specializovaných diagnostických i operačních technik a průběžně rozšiřovat týmy, které zajišťují kvalitní interdisciplinární spolupráci. Příkladem může být již fungující hybridní operační sál.

V rámci oddělení je ročně provedeno přes 210 tisíc diagnostických a intervenčních výkonů v pracovní i v mimopracovní době. Obecně lze říci, že počty diagnostických výkonů se v rámci konvenční radiologie zásadně nemění. Významně však dochází k nárůstu počtu intervenčních výkonů, a to jak pod UZ či CT kontrolou. Zejména se ale zvyšují požadavky na intervenční výkon pod kontrolou skioskopickou. Jde o zcela pochopitelný trend vývoje medicíny, který

směřuje k miniinvazivitě, ke zkracování doby hospitalizace pacienta a tím i ke zvýšení jeho léčebného komfortu. Tyto intervenční výkonů však kladou velké nároky na erudici lékařského i nelékařského personálu, na kvalitu přístrojového vybavení i používaného operačního instrumentaria. Pouze při splnění těchto podmínek lze očekávat úspěšný a nekomplikovaný průběh prováděných výkonů. Jejich náročnost navíc vyžaduje správnou indikaci ošetřujícího lékaře s následnou adekvátní postprocedurální péčí o pacienta. Jedná se tedy o vysoce specializovanou týmovou spolupráci.

V současné době provádíme na katetrizačním pracovišti cca 1 700 výkonů ročně a v naprosté většině se jedná o výkonů terapeutické. Indikace k těmto výkonům vychází z diagnostických vyšetření na CT či MR. Jedním z mnoha intervenčních výkonů prováděných na katetrizačním

pracovišti jsou akutní rekanalizace intrakraniálního tepenného řečiště při akutních ischemických mozkových příhodách. Lze očekávat, že v letošním roce bude těchto rekanalizací provedeno více jak 100. Především rychlost provedení rekanalizace mozkového povodí je zásadní pro další osud pacienta. Mozkové příhody jsou jednou z nejčastějších příčin úmrtí v ČR a také nejčastějším důvodem předčasné invalidity pacienta.

Jednou ze zásadních podmínek úspěchu je dokonalá souhra mezi jednotlivými týmy, které se podílí na diagnostice, transportu, rekanalizačním výkonu i následné péči o nemocného. Zásadní je nalézt pro tyto superakutní stavy časový prostor na jednotlivých pracovištích (CT, AG, MR) mezi elektivními či akutními vyšetřeními (např. polytrauma) tak, aby nedošlo k časovému prodloužení. Odměnou pro všechny zainteresované členy týmů jsou pacienti s minimálním či žádným neurodeficitem.

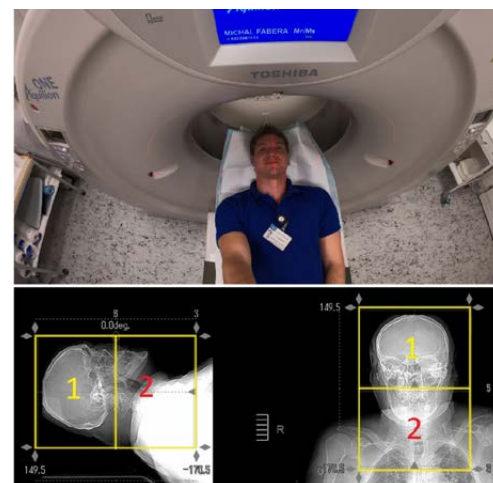
Prim. MUDr. Petr Lhoták
Radiologické oddělení

Práce radiologického asistenta při diagnostice CMP

Zatímco za diagnostickou část vyšetření zodpovídá lékař, za praktickou část vyšetření zodpovídá radiologický asistent. Výpočetní tomograf (CT) pracuje na principu rotace rentgenky a detektoru okolo pacienta. Naše pracoviště disponuje moderním rentgenovým CT systémem Aquilion One, který umožňuje snímání vysokou rychlostí 0,275 nebo 0,35 sekundy na otáčku rentgenky okolo vyšetřovaného objektu. Obsahuje vícevrstvý detektor. Díky vysokému výkonu a jednotnému výstupu detekčních prvků je minimální tloušťka vrstvy snížena na 0,5 mm, což umožňuje získávat přesná izotropní data. Je využíván systém, umožňující výběr tloušťky vrstvy snímání z 0,5, 1, 2, 3, 5 či 8 mm podle požadovaného účelu. U vysokorychlostního objemového

snímání lze současně získat data pro 320 vrstev což odpovídá 16 cm. Například, rozsah 16 cm lze snímat za přibližně 0,275 nebo 0,35 sekundy na otáčku rentgenky. V praxi to znamená, že CT vyšetření mozku (16 cm) proběhne za cca 0,3 sekundy. Krátký čas snímání slouží ke snížení nepohodlí pacienta a rovněž eliminuje dobu čekání na ochlazení rentgenky. Nyní je možné použít tenkovrstvé snímání pro běžná vyšetření. Na základě voxelových (trojdimenzionálních) dat s vysokým rozlišením lze získat hladké 3D (trojrozměrné) a MPR snímky (multiplanární rekonstrukce, 2D dvojrozměrné v předozadní, boční a příčné rovině) s jemnými detaily.

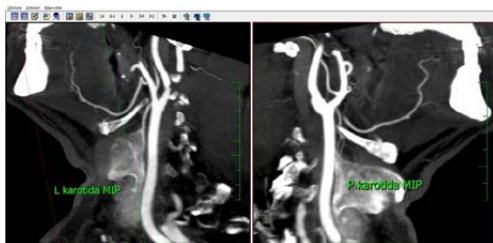
Pro správné a kvalitní vyšetření je důležitá poloha pacienta. Pacient by měl mít hlavu a krční páteř v podélné ose elevačního lehátka. Je nezbytně nutné odstranit všechny kovové předměty ze skenované oblasti (naslouchátka, náušnice, piercing, umělý chrup, kadeřnické sponky). Jakýkoliv kov může vyvolat artefakt, který lze



Poloha scanogram : Poloha pacienta, zobrazení centrálních laserů a zázornění v jakém pořadí se skenovaná oblast snímá

interpretovat jako falešně pozitivní nález. Pro stanovení délky rozsahu skenování využíváme laserový systém zabudovaný v přístroji. Pacient by měl mít zavedenou růžovou kanylu (velikost 20 Gauge). Čím větší velikost, tím pro nás lépe. Pro aplikaci kontrastní látky používáme tlakový injektor, který umožňuje aplikovat kontrastní látku během vyšetření pod vyšším tlakem a vyšší rychlostí cca 4 – 5 ml za vteřinu. Obvyklé podané množství je 50 ml. Po spuštění injektoru počkáme cca 5 sekund, než se cévní systém začne plnit kontrastní látkou, a pak zahájíme samotné skenování.

U CMP (centrální mozkové příhody) probíhá snímání dat ve dvou fázích (obr. 1). V první fázi se objemovým skenem snímá oblast mozku, a to hned v několika



MIP karotidy : Zobrazení karotických tepen
MIP (maximum intensity projection)

sekvencí za sebou na stejném místě. V momentě, kdy se začínají magistralní tepny mozku plnit kontrastní látkou, uděláme takzvaný „přeskok“ (přeskok znamená posunutí pacienta o šířku detektorů, což je 16 cm, směrem dovnitř do gantry). Po pojezdu se udělá jeden objemový sken, který zachytí extrakraniální tepny odstupující z oblouku aorty (oblast

krku). Po provedení krčního úseku přístroj popojede zpět na oblast mozku. Výsledkem je zhruba 15 objemových skenů na oblast mozku a jeden na oblast krčního úseku. Z takto nasnímaných dat lze zhotovit perfuzi mozku a zhotovit MPR pro diagnostické účely. Zpravidla provádíme MPR v tzv. MIP rekonstrukcích (maximum intensity projection) (obr. 2). U MIP se zobrazí vždy pouze pixel s nejvyšší denzitou v daném směru (ve vrstvě 7 – 10). Celkový čas vyšetření na CT u CMP trvá přibližně 8 minut, z toho 1 minuta je samotné vyšetření na CT přístroji, zbylý čas je věnován k přípravě a zajištění pacienta na vyšetření.

Bc. Michal Fábera
Radiologické oddělení

Jak vyšetřujeme pacienta s podezřením na iktus?

Pacienti se suspekci na iktus jsou ve většině případů předem nahlášení na tzv. iktový telefon lékaři z Nervového oddělení, následně nám na vyšetřovnu CT 1 v pavilonu CH. Bez předchozího avíza jsou k nám pacienti přivezeni našťastí jen zřídka.

Po přípravě pacienta jako první provádíme nativní CT mozku, na kterém nás zajímá eventuelní přítomnost intrakraniální hemoragie. Pokud krvácení neprokážeme, často neurolog okamžitě indikuje aplikaci bolusu trombololytika. Dále hledáme přítomnost dense artery sign, tedy denzní cévy, která ukazuje na místo uzávěru, a známky akutní ischemie. Rozsah akutní ischemie v povodí arteria cerebri media a v bazálních gangliích hodnotíme podle ASPECT skóre (Alberta Stroke Program Early CT Score). Jeho maximální hodnota je 10 a s každou postiženou oblastí hodnotu o jeden bod snižujeme. Hodnota skóre přispívá k rozhodnutí o dalším léčebném postupu. Pokud již je ischemie

jasně demarkovaná, vyšetření obvykle ukončujeme.

V protokolu následuje provedení CT perfúzního vyšetření a CT angiografie s aplikací kontrastní látky i.v. Posuzujeme stav karotid a vertebrálních tepen na krku a tepen Willisova okruhu intrakraniálně, jejich případné uzávěry či stenózy včetně CT analýzy s určením hemodynamické významnosti stenózy a anatomické poměry. Pokud prokážeme uzávěr kmene Willisova okruhu, doplňujeme rekonstrukce intrakraniálních tepen v odložené fázi ke zhodnocení kolaterálního oběhu.

Perfúzní vyšetření vyžaduje následné počítačové zrekonstruování obrazu ze skenů mozku nasnímaných při CT. Po aplikaci k.l.i.v. dojde ke zvýšení denzity parenchymu mozku úměrně množství k.l. v cévním řečišti dané oblasti. Softwarovým zpracováním naměřené denzity získáme čtyři parametry, které hodnotíme: cerebral blood volume (CBV) – množství krve na jednotku objemu

tkáně (ml/100 mg), cerebral blood flow (CBF) – průtok krve (ml/100 g tkáně/min), mean transit time (MTT) – průměrný čas arteriovenózního přechodu krve objemem tkáně (v sekundách) a time to peak (TTP) – průměrný čas do max. denzity ve snímané oblasti (v sekundách).

Jako první hodnotíme transportní časy (TTP, MTT), jejich normální hodnoty vylučují okluzi. Prodloužení transportních časů je v oblasti jádra infarktu (které i přes léčbu nejspíše propadne nekróze), penumbry („omráčené“ tkáně, kterou lze léčbou zachránit) i tzv. benigní oligémie (oblasti kompenzované ischemie). K odlišení tíže postižení využíváme CBV a CBF. Benigní oligémie se vyznačuje mírným prodloužením TTP a MTT, normálním CBF a CBV, event. i lehkým zvýšením CBV. V penumbře již klesá CBF (65 % – 30 % zdravé strany) a mírně klesá také CBV. V jádru ischemie je výrazný pokles CBF i CBV pod 30 % zdravé strany.

V případě nejasné doby vzniku ischemického iktu (často tzv. wake up stroke) provádíme vyšetření magnetickou rezonancí, sekvence DWI, ADC a FLAIR, kombinací jejich zhodnocení hodnotíme přítomnost akutní ischemie a dobu jejího trvání (méně nebo více než 4,5 hodiny).

MUDr. Markéta Volfová
Radiologické oddělení

Mechanická trombektomie (MT) z pohledu intervenčního radiologa

Mechanická trombektomie (MT) je název pro odstranění trombembolu z mozkové tepny. Nastává v okamžiku stanovení diagnózy z CTAG tzv. Iktovým protokolem. Při uzávěru mozkové tepny je rozhodující čas, anatomie přírodních tepen a kolaterální oběh mozkových tepen v místě uzávěru. Při tzv. Iktovém protokolu je provedeno CTAG mozkových a krčních tepen a perfusní vyšetření. Z tohoto vyšetření je jasně daná přístupová cesta pro radiologa, který bude MT provádět. Vinuté až angulované tepny v krčním úseku či jejich anomální odstup jsou mnohdy anatomickou překážkou pro zavedení potřebného instrumentaria.

Výkon (MT) se provádí z třísla. Už to je podmínkou, aby byly tříselná tepna a pánevní řečiště průchodná. Dále je důležité vinutí aorty, protože instrumentarium se vyrábí ve standardních délkách. Po nápichu tepny, do které zavedeme 8F sheath, se sonduje příslušná přírodní tepna, v jejímž povodí je trombembolus klasickým diagnostickým katétre. Po zavedení katétru se tento vymění za dlouhý vodič, po kterém je zaveden 8F vodič katétr. Jde o dvouluminósní katétr, který má na svém konci nafukovací balónek pro uzávěr tepny. Uzávěr tepny je důležitým předpokladem k úspěšnému provedení MT, protože jen tak můžeme extrahovat tromembolus.

V této fázi mohou nastat dvě věci:

1. Pokud je tepna uzavřena a nejsou další větve patentních tepen intrakraniálně v jejím povodí, provádíme primární aspiraci. Tímto jednoduchým manévrem mnohdy zcela rekanalizujeme postižené řečiště bez další intervence. K tomu dochází v případech uzávěru krčního úseku vertebrální tepny či vnitřní karotické tepny až do jejího intrakraniálního větvení. Aspirace při

uzávěru jen jedné intrakraniální větve karotické tepny nebo větví basilární tepny již nejsou úspěšné.

2. Při uzávěru intrakraniálních větví musíme přes uzávěr tepny zavést mikrokatétr a mikrovodič až za uzávěr a do mikrokatétru usadit tzv. trombusextraktor. Jedná se o zařízení, které se v okolí překážky rozvine. Má podobný tvar jako stent, ale je pevně upoutané na vodiči, kterým potom uvedený extraktor vytahujeme. Vlastní extrakci provádíme při uzávěru tepny balónkovým katétre, který je uložen co nejbližší uzávěru, a to aspirací z jeho lumina velkou stříkačkou (50 ml). Další možností, jak odstranit uzávěr z mozkové tepny, je jeho přímá aspirace speciálním širokoluminósním mikrokatétre, který zavedeme k uzávěru tepny. Tato metoda je preferována některými pracovišti jako jediná, spíše však jako první před vlastní MT.

Naše pracoviště tuto metodu také zkoušelo, ale pro finanční náročnost celého výkonu jsme od ní upustili. V současné době máme více jak 70% úspěšnost při rekanalizaci tepen. Výše popsaný postup provádíme při nekomplikovaném uzávěru mozkové tepny. Dochází však také k tomu, že při iktu dojde k uzávěru tepny na krku, nejčastěji při její stenóze. V tomto případě musíme před vlastní MT zprůchodnit tepnu, abychom mohli zavést vodič katétr. V podstatě jde o klasickou stentáž stenózy krční tepny, která celý MT výkon samozřejmě prodlouží.

MT provádíme na pacientech bez celkové anestezie, pokud je to alespoň trochu možné. Alterovaní, neklidní, pacienti, kteří nejsou schopni bazální spolupráce, jsou uváděni do CA. Výkon to sice celkově prodlouží, ale na druhé straně nám vytváří podmínky pro klidné provedení výkonu MT v co nejkratším čase. Tento

čas, tzv. rekanalizační čas, je sledované kritérium. Počítá se od nápichu tepny pacienta do jejího zprůchodnění. Vlastní MT provádíme u pacientů s uzávěrem tepny do šesti hodin (možno i déle při příznivém nálezu na perfusním CT) a je uváděn v minutách. Výkony, které by dobu šesti hodin od vzniku iktu překračovaly, jsou již málo efektivní. Průměrný čas MT se pohybuje kolem 30 minut. Nejkratší dobu zprůchodnění máme 11 minut. Zde je důležité připomenout zkušenost operátora a celého týmu. Záleží na každém jednotlivci, aby věděl, co má dělat. To je stejné jako u jiných výkonů. Sehraný tým je jako hodinky a vlastní výkon potom vypadá jako zcela jednoduchý. V současné době máme ročně přibližně 100 MT. Je to odpovídající počet na spádovou oblast našeho regionu. Větší počet pacientů se nepodaří dopravit včas, nebo nejsou indikováni k MT.

Závěrem je nutné dodat, že se výsledky všech těchto aktivit odráží na výsledném zdravotním stavu ošetřovaných pacientů včetně jejich budoucí resocializace. Velmi důležitý je rychlý transport pacienta na adekvátní pracoviště a bezprostřední stanovení konečné diagnózy se zahájením léčebných aktivit, které vedou k úplnému uzdravení pacienta či k minimalizaci jeho neurologických obtíží. I řada nozologických jednotek může mít stejné klinické projevy jako cévní mozková příhoda. Rychlé provedení zobrazovacích metod (CT, MR, AG) erudovaným personálem na Radiologickém oddělení v kombinaci s klinickým vyšetřením pacienta a dokonalá organizace práce, jsou tedy pro jeho osud zásadní.

MUDr. Luděk Štěrba
Radiologické oddělení

Představujeme: radiologický asistent

NADECHNOUT! NEDÝCHAT!

O radiologii se říká, že je okem medicíny. Vedle lékařů radiologů za oním okem stojí i profese radiologického asistenta. Co je jeho náplní a jak se radiologie vyvíjí, jsme si povídaly s Bc. Eliškou Fialovou, radiologickou asistentkou z Radiologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

Jaká byla vaše cesta na pozici radiologického asistenta?

Vystudovala jsem střední zdravotnickou školu a poté bakalářský obor radiologický asistent. Než jsem složila závěrečné zkoušky na vysoké škole, pracovala jsem rok jako zdravotnický asistent na gastroenterologickém oddělení. To byla skvělá zkušenost, protože jsem měla možnost pracovat s pacienty, vidět třeba proces léčby od příjmu pacienta na oddělení až po jeho propuštění z nemocnice. Alespoň na rok jsem využila to, co se člověk naučil na střední škole. Poté jsem nastoupila na Radiologické oddělení, kde pracuji dva roky.

Co je náplní práce radiologického asistenta?

Radiologický asistent umí aplikovat ionizující záření a obsluhuje veškeré zobrazovací přístroje. Zde v nemocnici radiologičtí asistenti pracují na Radioterapeutickém oddělení, kde se zářením léčí například tumory, na oddělení nukleární medicíny, kde pracují s radionuklidy, kterými provádí například diagnostiku, a na Radiologickém oddělení (RDO), kde se provádí diagnostické vyšetřovací metody. Radiologický asistent na RDO dbá na správné nastavení vyšetřovacích parametrů, správné zhotovení rentgenových snímků (RTG) či jiných vyšetření a na radiační ochranu. Na našem oddělení jsme rozdělení do skupin, někteří pracují na CT, magnetické rezonanci (MR), provádí skiaskopická vyšetření, obsluhují RTG nebo mamograf. Já pracuji na rentgenu u traumatologických ambulancí, provádím skiaskopii na operačních sálech a obsluhuji pojízdné rentgeny, se kterými chodíme



Bc. Eliška Fialová | Foto: redakce

Radiologický asistent – studium

Podle platné legislativy v České republice je k výkonu povolání potřebné vysokoškolské vzdělání v akreditovaném bakalářské oboru radiologický asistent. Studium pokrývá 3 obory radiologie, ve kterých se může absolvent uplatnit.

1) Nukleární medicína

- Obor, který využívá k diagnostice nebo terapii zavedení radiofarmak do těla pacienta.

2) Radioterapie.

- Metoda léčby onkologických onemocnění, využívá se např. u zhoubných nádorů citlivých na záření.

3) Radiodiagnostika

- Obor využívající ionizující záření k určení diagnózy nebo léčbě při použití invazivní radiologie.
- Patří sem i metody, které nevyužívají ionizující záření – tj. sonografie a magnetická rezonance.

Více na: <http://www.radiologickyasistent.cz/o-oboru/kdo-jsou-radiologicti-asistenti/>

nežádoucí účinky je čas. Snažíme se tedy o co nejkratší pobyt v prostoru s ionizujícím zářením a v neposlední řadě je to mechanická ochrana.

Rentgenová místnost je proto opatřena barytovou omítkou a speciálním sklem, které odděluje prostor vyšetřovny a ovladovny. Pacienti jsou lecky překvapeni, jak těžké jsou dveře do převlékacích kabin. Je to z toho důvodu, že dveře jsou vyrobeny z materiálů stínících ionizační záření. Přístroje mají primární a sekundární filtry. Pro přímou ochranu před zářením se používají ochranné zástěry, límce, chrání se štítná žláza a reprodukční orgány. Dále jsou k dispozici i rentgenové brýle pro lékaře provádějící výkony v prostoru s ionizačním zářením, které chrání oční čočku, jež je velmi citlivá na záření. Veškerý personál, který přichází do styku s ionizujícím zářením (krom radiologických asistentů jsou to i sestřičky od CT, lékaři a sestřičky z operačních sálů),

na ARO, Oddělení úrazové chirurgie TRO a neurochirurgickou (NCH) JIP, kde zajišťujeme snímky na lůžku. Pracujeme v třísměnném provozu. Hlavním cílem naší práce je zajistit snímek v co nejlepší kvalitě.

Jak je to v dnešní době s rentgenovými snímky? Je doba fyzických snímků už minulostí?

Určitě ano. Radiologie jde dopředu neskutečně rychle. Není to tak dávno, kdy si pacient musel počkat na snímek a ten pak odnést ošetřujícímu lékaři. I za dva roky mého působení zde došlo k velkým změnám. Po nástupu jsem chodila na traumatologické oddělení s pojízdným rentgenem, který ještě používal takzvané kazety. Nyní provedeme snímek, přes wi-fi se přenesou do počítače pojízdného RTG přístroje a po úpravě a odeslání do systému jej má takřka okamžitě k dispozici nejen náš radiolog, ale i lékař na příslušném oddělení.

Snížila se díky technologickému pokroku i radiační dávka?

Radiační dávka je nižší než před 25 lety u CT, skiografie i skiaskopie. Mnohem více se dbá na radiační ochranu, aby záření nikam neunikalo, než jak tomu bylo v počátcích radiologie. Když se podíváme do historie, rentgen se používal i pro zábavu jako kouzelnické číslo.

Radiologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

Počet přístrojů:

- 2× magnetická rezonance (1,5 T a 3 T)
- 2× CT
- 1× Ag (pracoviště intervenční radiologie)
- 2× skiaskopickoskiografická stěna (vyšetření trávicího traktu –ERCP, jícnová pasáž)
- 4× rentgenový přístroj v provozu
- 11× pojízdná skiografie (pojízdný rtg)
- 12× C rameno (skiaskopie)
- 1× mamograf
- 2× sonografie (obsluhuje lékař)

Počet provedených vyšetření za rok 2018:

Skiografie (skiaskopie na sálech, skiografie): **144 383**

Vyšetření trávicího traktu: **1357**

Mamografie: **774**

CT: **20 744**

Magnetická rezonance: **10 844**

Angiografie (AG, intervenční radiologie): **3381**

Počet radiologických asistentů k 31. 12. 2019: **39**

Záření si můžeme představit jako malinké kuličky. Ty vypouštíme cíleně na určité místo po velmi krátký čas. Čím dál kuličky letí, tím mají menší energii, a tudíž i účinky. Dalším faktorem eliminujícím

nosí dozimetr. Údaje z něj se vyhodnocují každý měsíc. Sběr a vyhodnocení těchto dat jsou velmi důležité, je nutné mít dokonalý přehled o množství záření. Můžeme tak určit, kdy jsou dávky nejvyšší,

Skioskopie x Skiografie

Skioskopie – zobrazení lidského těla (vyšetřované části) v reálném čase (vyšetření trávicího traktu, urologického traktu).

Skiografie – zobrazení vyšetřované části jedním snímkem, zobrazovaná část zachycená na záznamové medium (rentgenové snímky).

kdo je nejvíce ohrožen a kdy musí mít povinnou pauzu.

Poměrně běžnou záležitostí se též stalo i vyšetření CT. Jaký je rozdíl mezi CT vyšetřením a rentgenem?

Rentgenový snímek se vytváří vždy ve dvou projekcích – tzn. danou oblast vidíme ve dvou pozicích. Oproti tomu CT (výpočetní tomografie z anglického computered tomography) umí vytvořit řezy lidského těla a pak díky výkonnému počítači z několika set snímků vytvoří 3D rekonstrukce. Například při zlomenině kotníku, která se prokáže na rentgenovém snímku, se pacientovi provede ještě CT vyšetření, aby se získal 3D model kotníku, ze kterého lze určit, zda se jedná například o dislokovanou frakturu (zlomenina s posunutím úlomků). Z těchto snímků pak vycházejí operatři při plánování postupu operace. Stejně jako rentgen i CT získává snímky díky ionizujícímu záření.

Co je na vaší práci nejobtížnější?

Zpravidla vysvětlit pacientům, že vyšetření rentgenem není život ohrožující, a to ani v případě, že musíme snímek zopakovat. Veškeré snímkování, které provádíme, je indikováno lékařem za účelem stanovení diagnózy a následného léčení. Možná rizika jsou tak velice pečlivě zvážena.

Největší obavy mají samozřejmě těhotné ženy. Radiační zátěž je ale tak nízká, že případné rentgenové vyšetření nemá na plod vliv. Nepochybně je třeba důsledně vykrýt oblast břicha a pánve. Snímkovali jsme například těhotnou pacientku, která si zlomila bérec a musela být u nás operována.

Pacienti se obávají rentgenu, ale na druhou stranu velmi tlačí, aby jim bylo provedeno CT vyšetření, že určitě ukáže víc. CT vyšetření má opravdu větší zobrazovací možnosti než rentgen, ale za cenu radiační dávky, která je ve srovnání s běžným RTG snímkem až 500× vyšší.

Někteří pacienti si také stěžují na čekací doby pro vyšetření magnetickou rezonancí a CT vyšetření. Snažíme se pacientům vysvětlit, že jsme krajskou nemocnicí s velkou spádovou oblastí, ročně vyšetříme deseti tisíce pacientů, a proto je třeba být trpělivý.

Co vás na vaší práci nejvíce baví?

Přístroje se neustále vyvíjejí, vše se posouvá dopředu, a to je důvod, proč je pro mne tento obor tak atraktivní. Pracuji s nejmodernější technikou a musím se stále vzdělávat, abych ji mohla co nejlépe obsluhovat. Jsem moc ráda, že naše nemocnice neustále investuje do nového vybavení, například máme nový přístroj MR, nový RTG, nový pojezdový rentgen a nové C rameno na operačním sále. Spolupracujeme s různými odděleními, a tak je naše práce velmi pestrá.

Baví mne též pracovat se studenty z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kteří k nám chodí na praxi. Protože jsem sama byla nedávno student, vím, jak je důležité se jim kvalitně věnovat, dbát, aby se toho hodně naučili a aby se jim u nás líbilo, protože tak si vlastně vychováváme budoucí kolegy. Studenti si mezi sebou rychle řeknou, kde se jim na praxi nevěnují. Samozřejmě na takové pracoviště ani nemají chuť po škole nastoupit. Naše radiologická skupina se jim snaží ukázat opravdu vše, bereme je na pojezdové rentgeny, třeba na ARO. To je například pro absolventy gymnázií úplně nový svět. Spousta přístrojů, hadiček, personálu, vše bliká, svítí. Každá práce v nemocnici je svým způsobem stresující. Důležité je studenty naučit, že plná čekárna lidí není stres.

Jaký je váš profesní cíl nebo sen?

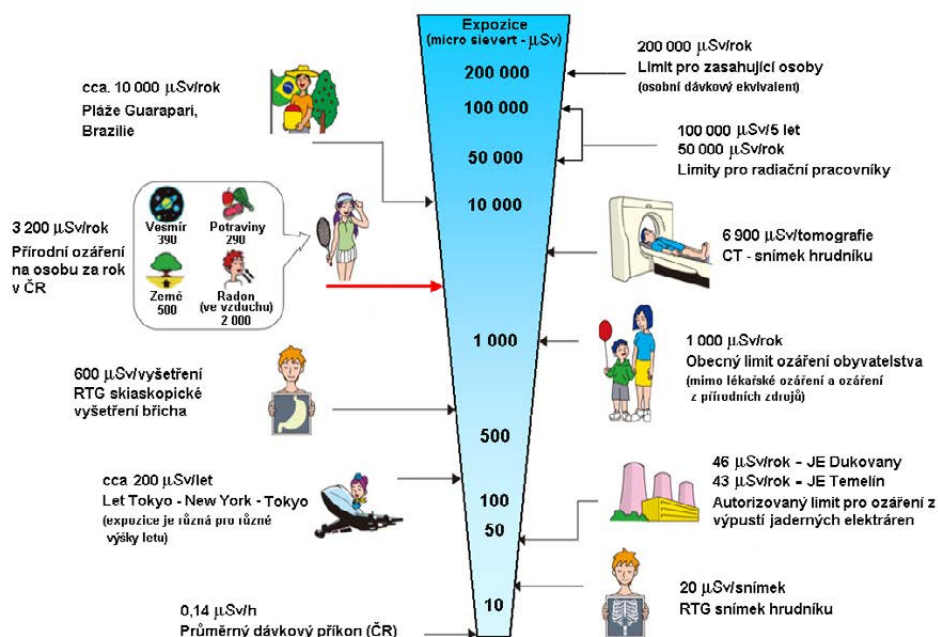
Ráda bych se i nadále věnovala studentům, kteří jsou u nás na praxi. Baví mne studovat, takže určitě se chci dál vzdělávat. Myslím, že každý by měl umět svoji práci dobře. Přála bych si, abychom byli všichni co nejlepší, prostě profesionálové na svém místě.

Ing. Veronika Dubská

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

Příklady některých expozičních ionizujícího záření včetně limitů platných v ČR

Jednotky: μSv



Zdroj: Státní ústav pro jadernou bezpečnost, www.subj.cz

MUDr. Vladimír Machoň: Počet pacientů s onemocněním čelistního kloubu stále roste. Na vině je především stres

Nejuznávanější odborník na problematiku čelistního kloubu v České republice, citovaný autor odborných prací, zároveň skromný člověk s lidským a rozumným přístupem k pacientům. MUDr. Vladimír Machoň je skutečnou kapacitou. Kapacitou, se kterou se setkávají i pacienti českobudějovické nemocnice.

Jak dlouho s naší nemocnicí spolupracujete?

Od konce roku 2018, kdy jsme se domluvili, že zahájíme spolupráci na poli léčby čelistního kloubu. Nabídku jsem přijal z toho důvodu, že je z Jihočeského kraje hodně pacientů, proto má smysl, aby zde kloubní léčba byla. Svou roli při mém rozhodování hrál také fakt, že má rodina původně z jižních Čech pochází.

Jak často sem dojíždíte?

Jednou za měsíc. Pacient je vždy nejdříve vyšetřen na ambulanci MUDr. Blanky Tichavové. Pacienti, u kterých je léčba na další konzultaci, nebo je u nich předpoklad chirurgické léčby, jsou pak objednáni do naší společné ambulance. Musím zdůraznit, že základem je nechirurgická (konzervativní) léčba. Chirurgickou léčbu volíme až v případě vyčerpání možností konzervativní terapie.

Dříve tady probíhala jen konzervativní léčba. V čem spočívala?

Nemocnice poskytovala konzervativní léčbu kloubních poruch – režimová opatření, rehabilitaci/fyzioterapii, použití nákusných dlah atd. Ve chvíli, kdy vyčerpala možnosti konzervativní léčby a u pacientů nedošlo ke zlepšení, byli pacienti odesíláni ke mně do specializované poradny v Praze. A nyní se tato specializovaná poradna

vytvořila zde, v Budějovicích. Pacienti tak nyní nemusí dojíždět, léčba je dostupnější a věřím že obohatí spektrum výkonů nemocnice. Zde v Budějovicích jsme začali současně provádět miniinvazivní terapii čelistního kloubu. Nicméně některé chirurgické výkony – především totální endoprotéza čelistního kloubu – zůstávají nadále vázány na pražské pracoviště, které je určené zdravotní pojišťovnou jako republikové centrum pro dané onemocnění.

Jak se provádí miniinvazivní péče?

Miniinvazivní terapie má dvě možnosti – artrocentézu, výplach kloubu, kdy se do kloubu zevně zavedou 2 jehly a kloub se vypláchne. Tím se zbaví zánětlivých mediátorů, drobných srůstů. Výkon umožní zároveň aplikaci léčebných látek do kloubu (např. kortikoidů, hyaluronové kyseliny). Artrocentéza se provádí v lokální anestezii.

Druhou možností je artroskopie, která je identickým výkonem jako v ortopedii. V celkové anestezii se do kloubu zavádí endoskop, který umožní vizualizaci kloubních struktur, zároveň se provádí masivní výplach kloubu. Artroskopicky jsme schopni provést některé chirurgické zákroky a v neposlední řadě cíleně aplikovat kortikoidy do postižených tkání kloubu.

Jaká je objednávací doba?

Tady na ambulanci zhruba tři měsíce, což je velký rozdíl oproti Praze, kde se objednávací doba na klinice pohybuje mezi 6 až 12 měsíci.

Kdy je nejvyšší čas, aby vás pacient navštívil?

Chceme, aby do specializované poradny chodili pacienti, kteří už mají nějaký subjektivní problém. Nechceme pacienty,

kteří přicházejí jen z preventivních důvodů. Typický kloubní pacient je pacient s bolestí, změnou hybnosti čelisti (i úplným omezením), zvukovými fenomény při pohybu čelisti. A také poruchy skusu, otok v místě kloubu.

Jak na vás působí pracoviště v naší nemocnici?

Je na špičkové úrovni. Hezké, čisté a disponující maximálně kvalitním vybavením.

Jaká je věková škála vašich pacientů?

Nejčastěji se jedná o ženy kolem 20 až 40 let. Poměr oproti mužům je skutečně výrazný – tři ku jedné až devět ku jedné. Proč tomu tak je... těžko říct.

A narůstá počet pacientů?

Narůstá. Je to módní onemocnění... Jde to v poslední době opravdu hodně nahoru. Možná je to osvětou, díky které lidé problém lépe identifikují. Stejně tak stomatologové si problému více všimají. Je to první linie, která pak pacienty posílá k nám.

Co onemocnění vyvolává?

Nejčastěji stres.

Existuje prevence?

Ne... změna stylu života, aby stres ubyl. Většina pacientů stres skutečně přiznává. Dalšími příčinami vzniku postižení jsou potíže s krční páteří, šjiovými svaly, což s životním stylem také souvisí. A pak se na vzniku onemocnění může podílet traumatizace kloubu (úrazy, pády), ale i zatínání a skřípání zubů, hormonální změny, infekční postižení. A nesmíme zapomenout i na autoimunitní onemocnění.

Máte pacienty z celé republiky. Jsou mezi nimi rozdíly?

Všude jsou konfliktní lidé a lidé, kteří jsou vstřícní. Mimopražští pacienti jsou možná trpělivější. Praha je zrychlená, díky čemuž jsou pacienti nervóznější. Výsledky často očekávají okamžitě. Z tohoto hlediska si člověk s pacienty na jihu Čech trochu odpočine. (úsměv)

Věnujete se výuce. Učíte na fakultě?

Medici mi asistují při operacích, takže učím především během nich. Lektoruji zahraniční kurzy nejen v ČR, jako konzultant pro střední a východní Evropu jezdím operovat a lektorovat i za hranice republiky.

Vnímáte vývoj studentů medicíny?

Jsou stále stejní, nemění se to. Možná mají větší drav, než tomu bylo za našich mladých let. Na starší to může působit tak, že jsou drzejší, ale není to tak. Je správné, že nejsou tak zakřiknutí. V zahraničí tomu také tak je. Nebojí se zeptat. Z tohoto hlediska je to změna k lepšímu.



MUDr. Vladimír Machoň | Foto: redakce

Kolik je v republice vám podobných specialistů?

Přesné číslo lze těžko uvést, obvykle speciální kloubní poradny existují po odděleních ÚČOCH. Jsou i různé soukromé subjekty.

Jaká je budoucnost vašeho oboru?

Pacientů bude asi pořád stejně, možná víc... Myslím, že bude čím dál lepší osvěta a lepší spolupráce s fyzioterapií a stomatologií. Také čekám větší provázanost s ORL. Budoucnost chirurgické léčby bude v mini-invazivní léčbě, už nyní se aplikují do kloubů růstové faktory, zkoušejí se kmenové buňky. Možný je odklon od klasické chirurgie a větší příklon k endoprotézám. V současné době jsou kovové, ale už probíhají zkoušky na zvířatech na nosiče a kmenové buňky, aby si tělo pomohlo a kloub dorůstal. To je ale vzdálená budoucnost....

**Václav Votruba,
Bc. Iva Nováková, MBA**

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů



**SLEDUJTE
NEMOCNICI
ČESKÉ BUDĚJOVICE
NA SOCIÁLNÍCH
SÍTÍCH!**



www.facebook.com/nemcb
www.instagram.com/nemocnicecb
www.twitter.com/nemocnicecb



3. kadaverosní workshop pro Evropskou Asociaci Neurochirurgů na Anatomickém ústavu LF MU Brno

Ve dnech 19.–22. listopadu proběhl třetí anatomický kurz pro Evropskou Asociaci Neurochirurgů (EANS) v Brně. Společně se stejnými kurzy v Ženevě, Berlíně, Lyonu, Rotterdamu a Tours se stal oficiální vzdělávací akcí EANS pro mladé neurochirurgy, jak lze nalézt zde:
www.eans.org/page/handson-courses

Na deseti pracovních místech a jednom lektorském, které jsou vybaveny stejně jako operační sál mikroskopem, vysokoobrátkovou frézou a nástroji, se dvacet mladých neurochirurgů z Evropy trénuje v přístupech na mozek. K práci jsou použity specificky fixované hlavy anatomického ústavu, kde jsou tepny injikované červeným a žíly modrým

silikonem. Způsob fixace hlav kadaverů jsem převzal od prof. Alberta Rhotona a provedl před dvanácti lety. Tým ECPA postupně vše časem modifikoval do praktické podoby. Dnes jde o velmi kvalitní a oblíbený výukový materiál. Dodám, že mozek je nejsložitější známá struktura a přístupům k němu a bazi lebni se chirurg musí učit celý život.



Třetí zprava MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D., MBA | Foto: autor



Foto: autor

V našem zpravodaji (září 2018, str. 10–11) jsem popsal genezi celého projektu od „hurá“ akce v češtině pro mladé neurochirurgy z České republiky přes kurzy pro WFNS (World Federation of Neurological Surgery) až po pravidelnou oficiální akci EANS. Když jsme spolu s doc. MUDr. Igorem Čižmářem s tímto projektem před dvanácti lety začínali, netušil jsem, kam až to dojde. Jak jsem zmínil, všechny procesy jsou nyní nastaveny tak, že vše probíhá automaticky a díky tomu je již možno zlepšovat dílčí detaily. Tento rok se výrazně zlepšila kvalita preparátů a byly k dispozici lepší operační mikroskopy.

Z toho, že na tento kurz je dle sekretariátu EANS pětiletý čekací list, lze odvodit, že jde o kurz úspěšný. Dlouhý čekací list stál bohužel za tím, že tento rok na kurzu nebyl jediný Čech.

MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D., MBA
Neurochirurgické oddělení



Foto: autor

Krajský ortopedický seminář

Ve dnech 21. a 22. listopadu 2019 pořádalo Ortopedické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., Krajský ortopedický seminář.

Celá akce byla rozdělena do dvou dnů. Ve čtvrtek se v prostorech Solnice konala teoretická část, v pátek se účastníci sešli na Ortopedickém oddělení v naší nemocnici a měli možnost sledovat živý přenos tří operací z ortopedického sálu.

Jako hlavní téma byly tentokrát zvoleny osteotomie v oblasti kolenního kloubu. Vzhledem k tomu, že osteotomie se opět dostávají do centra zájmu ortopedické veřejnosti, využili jsme této skutečnosti a pozvali jako hlavního hosta programu MUDr. Lukáše Hanáka pracujícího dlouhá léta v Německu, kde se právě touto problematikou zabývá a již provedl více než

tisíc osteotomií v oblasti kolene. Dalšími pozvanými hosty byli prof. MUDr. Jan Bartoníček, DrSc. z ÚVN Praha, doc. MUDr. Petr Zeman, Ph.D., MBA z LF UK Plzeň a prim. MUDr. Martin Kloub, Ph.D. z našeho Traumatologického oddělení.

Podstatnou část čtvrtého programu zajistili lékaři Ortopedického oddělení naší nemocnice. V této části prezentovali své subspecializace se zaměřením na nabídku spolupráce v rámci holdingu Jihočeských nemocnic. Jednalo se o náhradách loketního, ramenního a hlezenního kloubu, revizních operacích totálních náhrad, infekční problematice pohybového aparátu a záchovných operacích při nekróze kyčelního kloubu, tedy oblastí, které vyžadují koncentraci pacientů na specializované pracoviště.

Večer zakončil raut v Solnici a pro zájemce byla připravena večerní prohlídka Dominikánského kláštera s výkladem.

Druhý den proběhly na našem operačním sále tři operace osteotomií kolenního kloubu. Všechny operace prováděl MUDr. Lukáš Hanák a díky přenosu do prvního patra našeho oddělení je mohli sledovat všichni zájemci z řad účastníků. Nezbytné je vyzdvihnout preciznost, s jakou byly všechny operace provedeny a jak bylo vše operátorem vysvětleno. Vzhledem k nárokům, jaké jsou při live operacích kladeny jak na operátora, tak na celý tým, bych na tomto místě chtěl poděkovat všem, kteří se na úspěšném průběhu podíleli, tedy celému ortopedickému týmu, anesteziologům, rentgenové laborantce i týmu zajišťujícímu přenos. Při živém přenosu záleží na každém detailu a musím



Zleva prim. MUDr. David Musil, Ph.D., MUDr. Lukáš Hanák, MUDr. Tomáš Trnka | Foto: autor



Zleva Prof. MUDr. Jan Bartoníček, DrSc., MUDr. Pavel Sadovský | Foto: autor



Foto: autor

řít, že vše proběhlo bez jediné chyby. Live operace mají své kouzlo, byť jsou po všech stránkách velmi náročné. Při dnešních prezentačních možnostech a dostupnosti informací je prakticky každý dobrý řečník schopen připravit velmi kvalitní prezentaci, ale teprve při sledování operační techniky daného chirurga se projeví jeho zkušenost a schopnosti. Auditorium má možnost sledovat každý krok operace, který by nemusel být v prezentaci zachycen a operátor musí být schopen okamžitě reagovat na jakýkoliv problém, který se může objevit. Celý tým pak musí být připraven reagovat na všechny požadavky operátora, který je pod drobnohledem řady kolegů a specialistů v oboru. Pokud vše probíhá jak má, roste renomé operujícího i celého oddělení. Ne každý je ochoten operovat pod drobnohledem tak zkušených diváků.

Ortopedické oddělení naší nemocnice je v republice absolutní špičkou, co se týká přenosů živých operací. Zejména díky aktivitě MUDr. Pavla Sadovského se u nás nenajde pracoviště, které by uspořádalo větší počet přenosů z operačních sálů. Na našem oddělení již proběhlo 16 sympozií s živými přenosy, při kterých bylo provedeno více než 70 operací, což považuji za mimořádný počet. Tyto operace prováděli nejen lékaři našeho oddělení (MUDr. Sadovský, prim. MUDr. Musil, Ph.D., doc. MUDr. Jiří Stehlík, CSc.), ale i přední čeští a zahraniční specialisté. Díky tomu jsme mohli na vlastní oči vidět operovat lékaře z Německa (dr. Manfred Lais, dr. Jochen Muller-Stromberg, dr. Mathias Kusma, MUDr. Lukáš Hanák), Polska (dr. Roman Brzoska, dr. Andrej Blasiak), Rakouska (dr. Franz Unger), Belgie (dr. Toon van Raebroekx), Itálie (dr. Enrico Gervasi, dr. Alessandro Spicuzza), Švýcarska (dr. Jan Leuzinger, dr. Tomáš Drobny), Anglie (dr. Vishal Sahni), Slovinska (dr. Boris Poberaj), Slovenska (MUDr. Vladimír Lupták) či Litvy (dr. Viktoras Jermolajevs). Všechny operace vždy proběhly bez nejmenších problémů, za což má tým všech lidí, kteří se na zdárném průběhu podíleli, můj obrovský respekt a dík.

prim. MUDr. David Musil, Ph.D.
MUDr. Pavel Sadovský
Ortopedické oddělení

Kongres Společnosti pro artroskopii, sportovní traumatologii a medicínu

Dokladem velmi úzké spolupráce mezi českou a slovenskou Společností pro sportovní traumatologii a artroskopii je skutečnost, že obě pořádají společný výroční národní kongres střídavě v Čechách a na Slovensku. Tentokrát padla volba pořadatelství na kolegy ze Slovenska. Akce se uskutečnila 27.–29. listopadu 2019 v Bratislavě.

Letošního setkání jsme se účastnili z Ortopedického oddělení MUDr. Pavel Sadvovský a MUDr. Tomáš Trnka, z oddělení traumatologického MUDr. Alexandr Ryppl, MUDr. Daniel Mahovský a MUDr. Pavel Látal, a ještě naši společnost doplnila staniční sestra Monika Dražanová. Kongres se již tradičně konal v Bratislavě v hotelu Hilton v sousedství sportovní haly – zimního stadionu Ondreje Nepely. Zdálo by se, že tato skutečnost je pro pořadatelství kongresu nepodstatná, ale opak je pravdou. Kongres totiž začíná hokejovým utkáním lékařů z Čech proti ortopedům ze Slovenska. Jde již o letitou tradici, kdy je v předvečer kongresu uspořádáno hokejové klání. Po jeho skončení pak v prostorách přilehlého sportcentra začíná kongres společnou večeří.

Následující dva dny jsou věnovány přednáškám a zvaným key lectures. Těžišťem letošních přednášek týkajících se ramenního kloubu byly otázky nerekonstruovatelných poškození svalů rotátorové manžety. Jde o značný problém, protože pacienti s takto poškozeným ramenním kloubem mají velké potíže a omezenou hybnost v rameni. Navíc, pokud je rozsah léze i retrakce manžety velká a okraje manžety nelze reinzerovat, stále se hledají operační výkony umožňující návrat k alespoň přibližné funkci kloubu. Kromě implantací reverzních náhrad celého ramenního kloubu se omezeně používají složité výkony spočívající v přenosu jiných svalů s nutností následné dlouhodobé rehabilitace. Jedná se o složité výkony, které ale nikdy nevracejí kloubu plnou hybnost. Tyto operační výkony na našem pracovišti rutinně provádíme. V přednáškách se

tedy objevily pokusy o nové řešení, které spočívá v implantaci jakési umělé „záplaty“ do prostoru chybějící rotátorové manžety. Výsledky těchto operací jsou zatím nejisté, byť dle sdělení operatérů slibné.

V sekci artroskopii kolenního kloubu byla velká pozornost věnována rekonstrukcím zkřížených vazů a jejich replastikám, s kterými máme bohaté zkušenosti. K replastikám používáme šlachy hamstringů či náhrady z tkáňové banky. Aktivně jsme se účastnili s kolegou MUDr. Trnkou přednášky na téma nestabilit pately a jejich řešení.

Velkým „hitem“ v přednáškách ošetření menisků se v poslední době staly tzv. Root léze a Ramp léze. Zdálo by se, že chirurgie menisků je již vyřešena, ale nyní, právě s rozvojem artroskopických metod vyšetřování v oblastech kolena, které byly dříve vyšetřeny skryty, se objevují další nosologické jednotky. Jedná se o poškození v těžko přístupných zadních částech menisků, které se velmi obtížně diagnostikují a vzhledem k obtížné přístupnosti i náročně ošetřují. Vzhledem k tomu, že k ošetření je potřebné speciální instrumentarium, které se nám již podařilo na naše pracoviště pořídit, se na ošetřování těchto poranění chystáme a budeme se těmto lézím věnovat.



MUDr. Pavel Sadvovský | Foto: autor

Velkým magnetem kongresu byla návštěva dr. Laurenta Lafosse z francouzské Anecy. Dr. Laurent Lafosse je ve světě artroskopie ramene jedním z nejvýznamnějších chirurgů, který je autorem řady chirurgických postupů a konstruktérem instrumentárií. Takže nebylo divu, že na jeho pozvanou půlhodinovou přednášku se sál auditoria do posledního místa zaplnil. Dr. Lafosse nezklamal – je nejen na slovo vzatým odborníkem, ale i úžasným spíkem s darem pobavit a zaujmout. Jeho vystoupení tak chvílemi spíše připomíná zábavnou „one man show“.



Potenciální pacienti | Foto: autor

Obdobně na nás působilo i vystoupení jeho italského kolegy dr. Alberta Monaca, který je zase odborníkem v chirurgii kolene.

I když kongres nepřinesl žádné revoluční myšlenky a trendy, byl velmi přínosný. Hlavně proto, že jsme si ověřili, že naše

postupy a metody, které rutinně používáme, jsou v souladu se světovými trendy.

Kongres byl zcela jistě velice úspěšný po stránce vědecké, společenské a v neposlední řadě i sportovní, a to díky kolegům MUDr. Pavlu Látalovi a MUDr. Tomáši

Trnkovi, kteří byli strůjci hokejové výhry nad slovenskými kolegy.

MUDr. Pavel Sadovský
Ortopedické oddělení

Masterclass Challenges in Knee Arthroplasty 2019 Praha

V roce 2019 jsem se zúčastnil Masterclass semináře zabývajícího se problematikou náhrad kolenních kloubů. Program byl rozdělen do čtyř bloků ve dvou dnech. Přednášek se ujali přední představitelé z Čech a Slovenska, a to prof. Gallo, prof. Jahoda, prof. Landor, MUDr. Kubát, MUDr. Tomáš, MUDr. Švec.

První část semináře byla zaměřena na problematiku primární náhrady kolenního kloubu. Přednášek se ujal prof. Gallo a MUDr. Kubát, kteří shrnuli své zkušenosti a pohled na komplexní přístup k náhradě kolenního kloubu. Vyzdvihli pro úspěch operace, diagnostiku a volbu pacienta. Dále

poukázali na důležitost předoperačního plánování a přípravy pacienta před operací. Řešili peroperační měření u varosních i valgusních kolenních kloubů. Poukázali na důležitost správné resekce a vyvážení, které vyloučí možné bolesti a komplikace v pooperační době. Jedna z přednášek tohoto bloku byla cílena na problematiku pately, kdy nevhodné aplikace komponent TEP může zaručit bolesti, omezení hybnosti, až možné luxace česky.

Druhý blok semináře se zaměřil na otázku bolesti kolene a opakovaných výpotků po náhradě kolenního kloubu. Tyto komplikace jsou pro ortopeda nepříjemné, protože často nemůže diagnostikovat, proč po totální náhradě kolenního kloubu nadále trvají bolesti nebo výpotky. Nejčastěji zjišťujeme špatné usazení komponentu, ale z 20 % nedokážeme přesně určit příčinu. Často nejsou bolesti způsobené operační technikou, ale bolestmi jiných kloubů a krajin pacienta, kdy se bolest přenáší do operovaného místa. Bolesti psychického rázu nejsou operací zvládnutelné. Proto bylo upozorněno na vhodné předoperační vyšetření, komunikaci s pacientem před výkonem a nebo vhodnou indikací k operaci.

Třetí část prvního dne semináře se zaměřila na nestabilitu náhrady kolenního kloubu. Přednášek se ujal přednosta MUDr. Tomáš. Nestabilní kolenní kloub přináší bolesti, možné uvolnění komponent, s omezení chůze, pacientův dyskomfort. Možností léčby nestability je reoperace TEP kolenního kloubu. Při příznivých podmínkách vystačíme se změnou výšky kolenního plata, při řešení složitých

nestabilit musíme přejít k implantátům zajišťujícím stabilitu ve všech rovinách. Tyto operace jsou pro pacienta už náročnější, při operaci odstraňujeme implantát, resekujeme kost a implantujeme sofistikovanější a složitější umělé náhrady. Pro předcházení těmto komplikacím je důležitá správná předoperační diagnostika, důsledné měření a vhodná operační technika.

Druhý den přednášky pokračoval v duchu řešení kostních defektů pod taktovkou prof. Landora a přednosta MUDr. Švece. Kostní defekty jsou často způsobeny kostní reakcí na otěr nebo infekci. Důležitým předpokladem léčby defektů je zamezit infekčním komplikacím a pravidelné pooperační rentgenové kontroly, které nám zobrazí možné kostní defekty. Při časném rozpoznání můžeme předejít velkým a problematickým výkonům. Trendem léčby velkých kostních defektů je použití trabekulových komponent.

Poslední blok přednášek byl zaměřen na infekční problematiku. Sdělení se zaměřila na prevenci, diagnostiku a léčbu. Předcházení infekčním komplikacím můžeme zajistit vhodnou přípravou pacienta, dodržováním zásad pobytu na operačním sále. Příprava pacienta začíná kompenzací interních onemocnění (diabetes, hypertenze, hypotenze), vyloučením infekčních fokusů (zubní, močové infekce, kožní kryt), omezením kouření, neoperováním obézních pacientů (BMI nad 40), používáním vhodných desinfekčních přípravků (mýdla, desinfekční ubrousky). Dodržováním zásad pohybu na operačních sálech, vyloučením zdroje přenosu infekce, osobních věcí, nadpočetného pohybu osob.

MUDr. Ján Pertlíček
Ortopedické oddělení



MUDr. Ján Pertlíček | Foto: autor

Challenges in total hip arthroplasty

6.–7. 11. 2019 Praha

V druhém listopadovém týdnu jsem se zúčastnil Masterclass kurzu, který se zabýval problematikou kyčelního kloubu. Kurz byl dalším pokračujícím článkem Masterclass kurzů pořádaných firmou Zimmer Biomet. Témata přednášek byla infekční problematika, léčba dysplazie kyčelního kloubu, posttraumatické a tumorosní TEP, léčba avaskulární nekrózy hlavy kyčelního kloubu a léčba komplikací po TEP (nestejná délka končetin, luxace TEP a neurologický deficit).

První přednáška prof. Galla se zabývala dlouhodobým přežíváním TEP kyčelního kloubu. Pohled na výdrž totální endoprotézy kyčelního kloubu je komplexního rázu. V budoucnosti se předpokládá důležitost předoperačního vyšetření pacienta v oblasti genotypového a psychologického, zvážení významu komorbidit (tumory, onemocnění jater, ledvin) a obezity (spíše určení procenta tělního tuku).

V několika přednáškách nás prof. Jahoda provedl prevencí, diagnostikou a léčbou infektu TEP kyčelního kloubu. Nabádal

nás co nejvíce minimalizovat infekční komplikace. Vhodná prevence a dodržování zásad chování na operačním sále se ukazuje jako nejvýznamnější při snaze o eliminaci infekčních komplikací TEP. Z prevence komplikací bych rád podtrhl vhodnou přípravu pacienta k výkonu, kompenzace interních komorbidit před výkonem, operování pod clonou ATB a dodržování zásad chování na operačním sále (správné mytí rukou, omezený počet osob, ústenka na obličeji, udržování sterilních předmětů). Jen pro představu: z každého člověka se odlučuje 10000 bakterií /hod. Pro osídlení



Praha | Foto: autor

TEP stačí jen 100 bakterií. Při dodržování těchto „maličností“ můžeme dosáhnout eliminace infekcí, které se odrážejí i v ekonomické sféře.

Diagnostika infekcí se skládá z několika postupových algoritmů: standardem je klinické vyšetření, poté následuje laboratorní, zobrazovací, kultivační vyšetření. Zásadní je odebrání vzorků před nasazením ATB. Z dalších vyšetření vzorku kromě kultivace provádíme genetické vyšetření, stanovení hladiny alfa defensinu a interleukinů.

Léčba infekce TEP je svízelná, proto je snaha před operačním ošetřením znát co nejvíce informací o periprotetickém infektu. Při operaci máme několik možností, a to jednodobá nebo dvoudobá revize. Pro jednodobou revizi je nutnost znát typ bakterie a vhodnou citlivost na dané ATB. Jasná cílená ATB léčba, při známém agens, může eradikovat infekci v co nejkratší době. Při nedostatku informací o daném infektu se tento typ postupu nedá použít. Proto musíme provést dvoudobou operaci, při které se v první době extrahuje totální endoprotéza a aplikuje cementovaný Spacer uvolňující ATB. Poté se v druhé době implantuje definitivní endoprotéza. Mohu říci, že na našem Ortopedickém oddělení nemocnice České Budějovice se léčí a diagnostikují infekční komplikace na vysoké úrovni, dle evropských měřítek.

Další blok přednášek se přenesl na komplikace po TEP kyčelního kloubu, řešila

se nestejná délka končetin, luxace kyčelního kloubu a neurologické komplikace. Tyto komplikace budou pacienty, dle západního vzoru, často posuzovány právníckými subjekty.

Nestejná délka končetin je často pacientem špatně vnímána, a to i přes zbavení bolesti a omezení pohybu. Operátor tak balancuje mezi délkou končetin a stabilitou TEP, která je pro zdárný výsledek důležitá. I při možnosti velkého portfolia komponent není vždy dosažena požadovaná délka. Nestejná délka končetin může být způsobena v různých částech končetiny pacienta, proto je důležité vše vysvětlit pacientovi před i po operaci.

Z dalších komplikací TEP kyčelního kloubu se probírala problematika luxace, která často způsobuje opětovnou hospitalizaci, eventuálně reoperaci. Podle registru kloubních náhrad, nejvíce luxací bývá po TEP z důvodu traumatické indikace. Posttraumatické TEP se operují akutně, v hodinách pohotovosti, bývají operovány začínajícími operátory, a proto i výsledky bývají někdy neuspokojivé.

Neurologické komplikace mohou způsobit nevratné poškození pacienta. V průběhu operace musíme dbát na šetrnou a přesnou preparaci kyčelního kloubu. Svízelné jsou opakované operační zákroky a prolongace končetin, které od určitého protažení (nejčastěji poranění například ischiadicus) způsobují ztrátu funkčnosti dolní končetiny.

Výzvou operování v endoprotetice jsou dysplastické kyčle. V přednáškách doc. Stehlíka jsme pronikli do celé této náročné problematiky. Zde je dobře patrná důležitost předoperačního plánování, vhodné a dobré portfolio implantátů a dlouholeté zkušenosti. Doc. Stehlík zde prezentoval dlouholeté zkušenosti techniky zabudování jamky do acetabula metodou (osteotomie dna acetabula).

Poslední blok přednášek se zabýval tumorosními náhradami, posttraumatickými TEP a nakonec avaskulární nektrózou hlavice kyčelního kloubu. Vyuvíjející se technika zvýšila možnosti náhrady nejen kyčelního kloubu, ale částí femuru nebo acetabula v oblasti ortopedické onkologie. Po resekci části kosti je nahrazena totální náhradou. Tyto metody umožnily zachování končetin místo amputace.

Závěrečná přednáška byla věnována avaskulární nektróze kyčelního kloubu. Jedním z možných léčebných postupů je zabudování osteoindukčního hřebu (TMONI) do kyčelního kloubu. Tuto novou metodu jsme před několika lety úspěšně zavedli na našem pracovišti, pod vedením MUDr. Krejčího (tato technika je užívána jen na několika místech republiky).

Tímto děkuji vedení nemocnice a primáři Ortopedického oddělení, že jsem se mohl zúčastnit těchto kvalitních kurzů.

MUDr. Ján Pertlíček
Ortopedické oddělení

Komplex dynamických a statických stabilizátorů na zevní straně kolene, učíme se všechna jeho tajemství

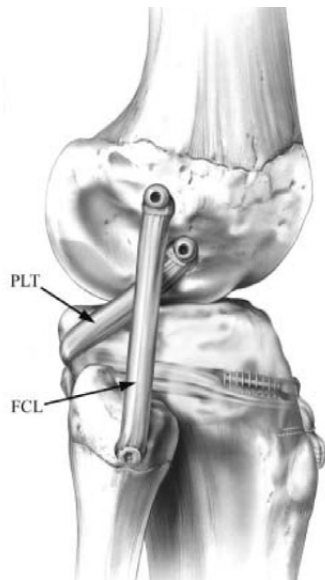
Dne 7. listopadu 2019 jsem se zúčastnil kurzu nazvaného Posterolateral corner, learn all its secrets, který pořádala společnost ESSKA (European Society of Sport Traumatology, Knee Surgery and Arthroscopy). Konal se v prostorách anatomického ústavu Universitat Autònoma Barcelona.

Hlavním tématem bylo poranění posterolaterálního komplexu kolene nebo také posterolaterálního rohu.

V případě akutního poranění je vždy indikován pokus o anatomickou reparaci poraněných struktur tj. přímá sutura, refixace ke kosti pomocí kotviček nebo

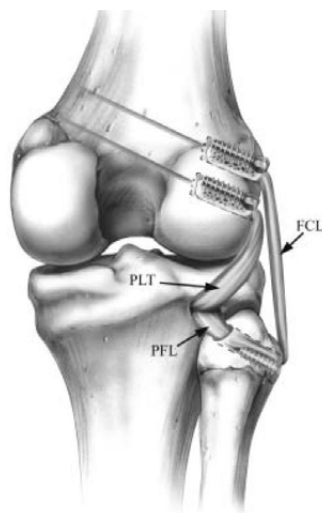
pomocí šroubů. V případě, že není reparace poraněných struktur možná, je na místě jejich rekonstrukce, která se samozřejmě používá i u chronické nestability.

Rekonstrukcí posterolaterálního rohu je popsáno poměrně mnoho, my jsme měli možnost si na preparátech vyzkoušet čtyři z nich.



Operace LaPrade: Asi nejkomplexnější rekonstrukce zevních vazivových struktur.

Jde o otevřený výkon. Z laterální incize je nutné ozřejmit oblast laterálního epikondylu femuru, Gerdyho hrbolku na tibií a hlavičku fibuly, kde je nutné identifikovat a chránit nervus peroneus communis. Po navrtání kostních kanálků do hlavičky fibuly, proximální tibiie a dvou do femuru jsou postupně protaženy dva šlachové štěpy (viz schéma), které po tonizaci a fixaci celkem čtyřmi interferenčními šrouby rekonstruují funkci zevního postranního vazy, m. popliteus a popliteofibulárního vazy.



Operace Arciero/Zhang: Jde o otevřenou rekonstrukci jedním šlachovým štěpem vedeným kanálkem v hlavičce fibuly a fixovaným opět do dvou kanálků v laterálním kondylu femuru. Po tonizaci štěp simuluje funkci zevního postranního vazy a musculus popliteus.

Miniinvazivní rekonstrukce: Je variantou předchozího výkonu prováděnou ze tří malých incizí (před hlavičkou fibuly, za hlavičkou fibuly a při laterálního epikondylu femuru). Technika protažení štěpu je identická, ale je zde větší riziko poranění n. peroneus.

Arroskopická rekonstrukce: je možná, ale technicky poměrně náročná. Nutné je při ní pracovat přes posterolaterální a posteromediální port za femorálními kondyly a přehlednost struktur kolem hlavičky fibuly je poměrně malá.

Děkuji vedení společnosti za možnost zúčastnit se této akce.

MUDr. Daniel Mahovský
Oddělení úrazové chirurgie

25. vánoční vinohradské sympozium

V úterý 17. prosince 2019 jsme se společně s primářem Ortopedického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. MUDr. Davidem Musilem, Ph.D. a MUDr. Lucií Papežovou z Traumatologického oddělení zúčastnili tradičního 25. vánočního vinohradského symposia pořádaného Ortopedicko – traumatologickou klinikou 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnicí Královské Vinohrady.

V letošním roce bylo věnováno endoprotetické problematice k příležitosti 50. výročí od první endoprotetické operace v Československu a 35. výročí od založení Ortopedicko–traumatologické kliniky 3. LF UK.

Úvodní slova se ujali garanti symposia prof. MUDr. Valér Džupa a prof. MUDr. Martin Krbec, CSc., který



Zprava dole: přednosta ortopedické kliniky U svaté Anny Brno MUDr. Tomáš Tomáš, Ph.D., prim. MUDr. David Musil, Ph.D. - ortopedie České Budějovice, prof. MUDr. Martin Krbec, CSc. - přednosta Ortopedicko-traumatologické kliniky 3. LFUK FNKV, prof. MUDr. Antonín Sosna, DrSc. emeritní přednosta I. ortopedické kliniky 1. LF UK, prof. MUDr. Oldřich Čech, DrSc. - emeritní přednosta Ortopedicko-traumatologické kliniky 3. LFUK FNKV, prof. MUDr. Tomáš Trč, CSc., MBA - přednosta Kliniky dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a Fakultní nemocnice v Motole, as. MUDr. Libor Luňáček, prof. MUDr. Stanislav Popelka, CSc., Zprava nahoře: MUDr. Valér Džupa, CSc., prim. MUDr. Vladimír Frič, CSc., doc. MUDr. Jiří Skála-Rosenbaum, Ph.D., prof. MUDr. Peter Šimko, CSc., MUDr. Jiří Váchal

odstartoval první blok přednášek představením světově významných osobností endoprotetiky kyčle. Následovala přednáška na téma „Vývoj totální náhrady kyčelního kloubu u nás“ přednášená prof. MUDr. Antonínem Sosnou DrSc., významnou postavou české ortopedie. Dalším přednášejícím byl primář našeho oddělení MUDr. David Musil, Ph.D., který byl pozván k prezentaci problematiky infekčních komplikací totální náhrady kyčelního kloubu. Dříve spíše opomíjené téma se v současné době dostává jednoznačně do popředí zájmu. Společně s problematikou periprotetických zlomenin, kterým byla věnována samostatná přednáška, budou v spektra zájmu díky rostoucí incidenci a socio-ekonomickou

zátěží pro společnost. Důvodem je stoupající počet implantovaných endoprotéz v populaci (nově cca 15 000 TEP kyčle a 15 000 TEP kolene/rok v České republice), jejich implantace stále komplikovanějším pacientům a zvyšující se bakteriální rezistencí vůči antibiotické léčbě.

Po prvním bloku následovala krátká přestávka s občerstvením a možností diskuse přednesených témat v kuloárech. V navazující druhé části byly probány endoprotetické operace kloubů jednotlivých oblastí těla, přednášející jsou zachyceni na společné fotografii.

V auditoriu celému symposiu přihlížela nejvýznamnější postava

a zakladatel moderní etapy české ortopedie a traumatologie, prof. MUDr. Oldřich Čech, DrSc., operátor první totální endoprotézy kyčelního kloubu v Československu (1969), zakladatel a emeritní přednosta pořádatel Ortopedickotraumatologické kliniky 3. LF UK.

Celé symposium se neslo v příjemném předvánočním duchu. Měl jsem možnost získat nové informace z oblasti endoprotetiky a vidět naživo významné postavy české ortopedie.

MUDr. Roman Čapek
Ortopedické oddělení

Návštěva symposia Evropské společnosti chirurgie nohy a hlezna (EFAS)

Ve dnech 6. a 7. prosince 2019 jsme se s kolegou MUDr. Liborem Filipem účastnili akce s názvem „EFAS Advanced Symposium“, pořádané Evropskou společností chirurgie nohy a hlezna (EFAS – European Foot and Ankle Society).

Místem konání byla tentokrát zvolena finská metropole Helsinky. Jelikož se jedná o každoročně největší evropskou událost zaměřenou na operativu nohy, byla kvalitní vědecká úroveň (prakticky výlučně zvaných) přednášek zajištěna. Symposium bylo tematicky zaměřeno na řešení komplikací a měli jsme tak možnost seznámit se i s odvrácenou stranou operativy nohy.

Počasi v Helsinkách nás po přeletu mile překvapilo, neboť teploty (venkovní) atakovaly +10 °C, ačkoli v Praze ukazoval teploměr -2 °C. V důsledku toho jsme v ulicích Helsinek neviděli ani stopy po sněhu, což v období kolem Mikuláše jistě nebývá zvykem.

Samotný kongres se konal v Clarion Congress Hotelu, jenž díky své výšce nabízí utěšený výhled na široké okolí a obzvláště

na místní přístav, v jehož těsné blízkosti se nachází. Program úvodního bloku byl pojat skutečně zešíroka – autoři přednášek nás seznámili s obecným rozdělením komplikací, věnovali se i okrajovým, ač samozřejmě neopomenutelným záležitostem, jako je prevence a terapie žilní trombózy. Došlo dokonce i na filozofické zamyšlení nad tím, že ne každá komplikace může být jednotlivými operátory vnímána jako komplikace. Mnohé stavy jsou údajně autory originálních postupů považovány za pouhý důsledek operačního zákroku či jakousi daň za nutnost jeho provedení, ne za faktor komplikující (např. vznik sekundární artrózy po provedení některých typů osteotomií).

Tato první část nás vzhledem ke své všeobecnosti příliš nezaujala a byli jsme rádi, že kvalita přednášek šla od druhého bloku strmě nahoru. Jednotliví přednášející většinou na konkrétních kazuistikách svých pacientů demonstrovali vznik a řešení možných komplikací, a to v sekcích rozdělených dle anatomických lokalizací. Došlo tak na operativu deformit typu hallux valgus, hallux rigidus, postižení Achillovy šlachy, zadonoží, nestability hlezna

apod. Jednalo se převážně o renomované a zkušené operátory, proto jejich sdílené zkušenosti byly vítaným obohacením pro naši vlastní praxi – ne všechny komplikace je nutno si osobně vyzkoušet, o některých stačí slyšet na přednášce a dále se jim do budoucna, pokud možno, úspěšně pokusit vyhýbat.

Volného večera jsme následně využili ke krátké prohlídce nejseverněji situovaného hlavního města kontinentální Evropy, jež bylo zrovna pohrouženo do oslav 102. výročí vyhlášení nezávislosti Finska. Atmosféra tedy měla sváteční nádech a místní byli slavnostně naladěni (ačkoli jsme jich v ulicích měli možnost spatřit jen minimum).

Druhý den kongresu navázal tam, kde nás ten předchozí zanechal. Přednášky byly tentokrát věnovány osteosyntézám zlomenin hlezna, artrodézám a aloplastikám. Opět velmi přehledně, a někdy až vyčerpávajícím způsobem, zpracované prezentace nás nechaly nahlédnout „pod ruce“ zkušeným odborníkům a poučit se z úskalí, kterým byli nuceni čelit, a z nezdaruů, se kterými se během své praxe

setkali. V závěru kongresu pak proběhla valná hromada EFAS, kde MUDr. Libor Filip jako předseda Sekce chirurgie nohy ČSOT zastupoval Českou republiku při hlasování o přistoupení nových členských zemí. Jak Izrael, tak Rusko byli jednomyslně zvoleni za nové členy EFAS.

Celé sympozium, jako největší evropská ortopedická akce zaměřená na operativu nohy, tradičně nabídlo vysokou odbornou úroveň a díky svému tematickému zaměření nám umožnilo odnést si cenné poznatky pro vlastní praxi. Pouze okrajově byla tentokrát zmíněna miniinvasivní operativa nohy, která je určitým trendem současnosti a budí nezřídka vzrušené debaty mezi svými zastánci a odpůrci. Prezentované komplikace miniinvasivních operací byly spíše důsledkem naprosto nevhodných indikací a nedostatečného nebo dokonce zcela chybějícího užití osteosyntetických prvků. Nejednalo se tedy o kompletní průřez tímto dynamicky se rozvíjejícím odvětvím operativy nohy, které je krůček po krůčku postupně zaváděno i na našem pracovišti. Na objektivní hodnocení jeho dlouhodobých výsledků (a rovněž nevyhnutelných komplikací, i když, doufejme, pouze v minimální možné míře) si tedy budeme muset ještě počkat. Závěrem bych rád poděkoval vedení Nemocnice České Budějovice, a.s., za možnost zúčastnit se této odborné akce.

MUDr. Jan Klouda
Ortopedické oddělení



Helsinki | Foto: redakce

Seminář chirurgie nohy

Dne 16. listopadu 2019 jsme měli s kolegou MUDr. Liborem Filipem možnost zúčastnit se jako lektori jednodenního Semináře chirurgie nohy, pořádaného doc. MUDr. Rastislavem Hromádkou, Ph.D. z Ortopedické kliniky 1. LF UK a FN Motol pod záštitou Anatomického ústavu 1. LF UK. Událost probíhala přímo v prostorách krásně zrekonstruované budovy ústavu naproti areálu Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Jednalo se již o třetí ročník této akce, která si mezi českými ortopedy zaměřenými na operativu nohy získává rychle popularitu. Tématem letošního Semináře pro 40 účastníků byla problematika deformit prstů nohou a pes cavovarus. Vzhledem k tomu, že se jednalo o soubor zvaných přednášek, přednesli jsme svá sdělení na organizátorem zadaná témata – v mém případě se jednalo o přednášku, která byla součástí prvního bloku a týkala se diagnostiky ruptur plantární ploténky,

popisu užívaných klasifikačních schémat a obsahovala rovněž nástin možností terapie. Kolega MUDr. Libor Filip pak prezentoval svůj pohled na problematiku řešení deformit prstů formou „expert opinion“ a dále ve druhém bloku přednášek seznámil účastníky Semináře se zákoutími a úskalími diagnostiky a terapie postižení fibulárních šlach u deformity typu pes cavovarus.



Autoři při přednášce – vlevo MUDr. Libor Filip, vpravo MUDr. Jan Klouda | Foto: autor

Naše přednášky se obecně setkaly s kladným ohlasem, rozproudily podnětnou diskusi a tradičně velmi dobře obsazená akce (dalšími přednášejícími byli doc. MUDr. Rastislav Hromádka, MUDr. Jiří Bek a MUDr. Petr Teyssler, Ph.D. z Vršovické zdravotní) se opět vydařila. Po každé přednášce následovala diskuse, kde si mohli s lektory své názory vzájemně vyměnit účastníci, z nichž většina navštívila již předchozí ročníky a kteří se i tentokrát sjeli ze všech koutů celé České republiky – své zástupce zde měla ortopedická pracoviště z Plzně, Chomutova, Olomouce, Brna, Ostravy, ale i z Vysočiny a Středočeského kraje.

Význam akce pro současnou českou chirurgii nohy spatřuji v tom, že je pořádána zastánci a propagátory moderních a ve světě stále více prosazovaných miniinvasivních operačních metod, kteří ve svých sděleních nikdy neopomenou zdůraznit výhody těchto postupů ve srovnání s klasickou otevřenou operativou pro konkrétní situaci. Zároveň však slepě neprosazují jen to, v čem stále více chirurgů vidí budoucnost ortopedie nohy, a nezavrhují tzv. „tradiční“ postupy. Vždy dají adekvátní prostor k vyjádření i konzervativnímu křídlu, a proto je i složení přednášejících v tomto ohledu vyrovnané. Tyto kontroverze vzbuzující markantní rozdíl v přístupu jednotlivých autorů k operativě stejných deformit pak generuje zajímavé pohledy diskutujících na danou problematiku. Nezaujatého účastníka zároveň může obohatit o cenné zkušenosti pro vlastní praxi. Mnohdy jsou totiž prezentována i úskalí nebo nevýhody užitých metod a jejich limity.

Je totiž potřeba sledovat moderní trendy a neustrnout u používání tradičních, i když

léty prověřených postupů. Proto se i my snažíme na našem pracovišti postupně miniinvasivní techniky zavádět do praxe v indikacích, kde jejich nesporné výhody oproti otevřeným operacím spatřujeme.



Pohled na připravený workshop – miniinvasivní instrumentarium pro operativu nohy | Foto: autor

Deformity prstů a osteotomie patní kosti využitelné při řešení deformity pes cavus/cavovarus (pes cavus = noha lukovitá nebo vyklenutá) mezi tyto oblasti nepochybně patří. Ocenili jsme proto i přestávkový workshop s prezentací těchto technik, ukázkami instrumentarií a možnostmi prakticky si vyzkoušet na modelu práci se speciálními frézkami a příslušným osteosyntetickým materiálem. V tomto roce jsme již několik korekcí deformit pomocí

tzv. MIS (=miniinvasive surgery) technik provedli a očekáváme postupný nárůst jejich procentuálního zastoupení v operativě nohy prováděné v naší nemocnici. Tomu by mělo dopomoci i získání nového RTG přístroje – tzv. mini C-ramena k peroperačnímu snímkování, jenž je v současné době předmětem výběrového řízení a snad se již brzy zařadí do našeho arzenálu. Kromě operačního týmu nohy jej netrpělivě očekávají i kolegové zabývající se operacemi ruky.

Pokud bychom měli letošní Seminář chirurgie nohy zhodnotit, jednalo se o setkání stejně zaměřených ortopedů v přátelské atmosféře a příjemném prostředí za účelem vzájemné výměny cenných teoretických i praktických poznatků a operačních zkušeností. Akce v tomto ohledu jistě pro své účastníky splnila

svůj účel a jsme velmi rádi, že se nám od organizátorů dostalo takové důvěry, že jsme mohli vystoupit v roli lektorů a přispět i svým drobným dílkem do celkové skládky. Vnímáme to jako ocenění své práce a jistě vyznamenání i pro celou budějovickou ortopedii.

MUDr. Jan Klouda
Ortopedické oddělení

Konkomitantní chirurgická léčba fibrilace síní – How to do it?

Dne 28. listopadu 2019 proběhl na podnět doc. MUDr. Aleše Mokráčka, CSc. a pod hlavičkou České společnosti kardiiovaskulární chirurgie na půdě pražského IKEM kurz konkomitantní chirurgické léčby fibrilace síní, určený pro kardiochirurgy se zájmem o tuto problematiku.

Kurzu se zúčastnilo téměř 40 zájemců – kardiochirurgů různých věkových kategorií z českých i slovenských pracovišť. Dopoledne probíhal blok přednášek teoretických i praktických a v odpoledních hodinách jsme se přesunuli do Centra experimentální medicíny, kde měli účastníci kurzu možnost vyzkoušet si na zvířecích srdcích možnosti aplikace různé formy energie používané při chirurgické léčbě fibrilace síní. Kromě dvou úvodních přednášek jsme teoretickou i praktickou část vedli s doc. Alešem Mokráčkem.

Chirurgická léčba fibrilace síní byla až na pár výjimek v minulosti spíše opomíjenou součástí kardiochirurgické péče, proto nás potěšila jak hojná účast, tak i bohatá diskuze k jednotlivým tématům.

MUDr. Vojtěch Kurfirst, Ph.D.

Oddělení kardiochirurgie a hrudní chirurgie

KONKOMITANTNÍ CHIRURGICKÁ LÉČBA FIBRILACE SÍNÍ
HOW TO DO IT?
28. 11. 2019, IKEM Praha

REGISTRACE od 8:30
Začátek 9:00

Prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc., FESC
Přednosta kardiologické kliniky, IKEM
Úvod do problematiky léčby fibrilace síní, guidelines (10 – 15 min)

Doc. MUDr. Ondrej Szárszoj, Ph.D.
Zástupce přednosta kliniky kardiiovaskulární chirurgie, vedoucí Jednotky intenzivní péče, IKEM
Konkomitantní MAZE procedura, proč a kdy (15 – 20 min)

Doc. MUDr. Aleš Mokráček, CSc.
Primář kardiochirurgie, Nemocnice České Budějovice, a.s.
CoxMAZE IV – procedura, teorie, technika, taktika (30 min)

MUDr. Vojtěch Kurfirst, Ph.D.
Zástupce primáře pro věci hrudní chirurgie, Nemocnice České Budějovice, a.s.
Cox MAZE IV – endo vs. epi, Cryo vs. RF (15 – 20 min)

Přestávka 10:30 – 11:00

Doc. MUDr. Aleš Mokráček, CSc.
Cryo CoxMAZE IV (endokardiální) – komentované video

MUDr. Vojtěch Kurfirst, Ph.D.
RF CoxMAZE IV (epikardiální) – komentované video

Oběd 12:00 – 13:00

Wetlab/animallab/prezentace firem

Konec 15:00

Akce je pořádána dle Stavovského předpisu ČLK č. 16.

Organizační sekretariát
Congress Business Travel Tel.: +420 224 942 575, 224 942 579
Lidická 43/66 E-mail: fibrilace2019@cbttravel.cz
150 00 Praha 5 Web: cbttravel.cz/fibrilace2019



Prim. doc. MUDr. Aleš Mokráček, CSc. | Foto: autor

Na nové monografii Kardiochirurgie v instruktivních kazuistikách se podíleli odborníci převážně z českobudějovické nemocnice

Kardiochirurgie v instruktivních kazuistikách. Tak se jmenuje nová kniha nakladatelství Maxdorf, jejímž hlavním autorem je MUDr. Vojtěch Kurfirst, Ph.D. Další spoluautoři této knihy jsou převážně z Oddělení kardiochirurgie a hrudní chirurgie Nemocnice České Budějovice, a.s.

„Publikace je určena pro praktické lékaře, kardiology i internisty, kteří neprošli oddělením kardiochirurgie, přesto je však zajímavá, co se s pacienty po opuštění jejich ambulance s doporučením k hospitalizaci v kardiocentru dále děje. Dále by měla být studijní pomůckou pro pregraduální studenty medicíny i mladé lékaře začínající v oboru kardiochirurgie,“ popisuje MUDr. Vojtěch Kurfirst, Ph.D.

Kniha je rozdělena do několika kapitol – Ischemická choroba srdeční, Chlopenní vady, Nádory srdce, Poranění srdce

a velkých cév, Arytmie, Onemocnění hrudní aorty, Transplantace srdce a plic a Varia. Jednotlivé podkapitoly jsou zpracovány tak, aby pokryly většinu aktuální problematiky a operativy výše zmíněných onemocnění, včetně nejnovějších trendů. V každé kapitole je popis příznaků, se kterými byl pacient do nemocnice doporučen, nachází se zde souhrn předoperačních vyšetření, který vedl k závěru multidisciplinárního týmu ve složení kardiolog, kardiochirurg a anesteziolog. Je popsán průběh operace i pooperační období a závěr kapitoly je poté doplněn tabulkami s praktickými informacemi, případně s aktuálními doporučeními odborných společností.

„Za zmínku stojí, že většina z autorů pochází z nefakultního prostředí v Českých Budějovicích. Oddělení kardiochirurgie zde bylo založeno v roce 2000 a velmi brzy bylo etablováno spolu s kardiologií v jedno Kardiocentrum. Tato relativní unikátnost

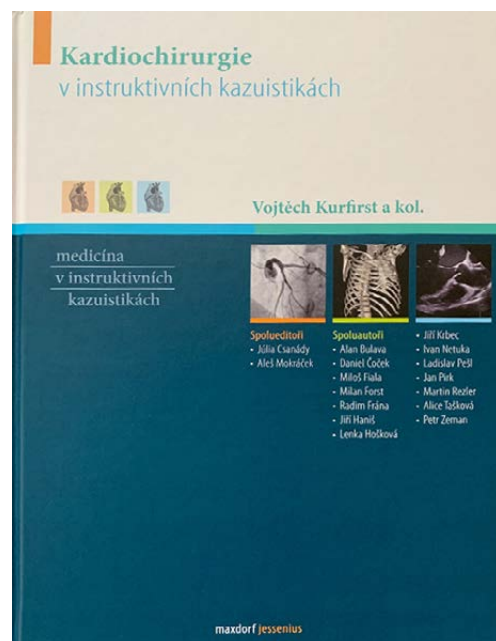


Foto: redakce

byla podtržena nedávným spojením s oddělením hrudní chirurgie a vytvořením kardiotorakálního centra. Je tím dán i trochu jiný úhel pohledu autorů a možná i skladba některých nemocných,“ dodává ředitel Úseku kardiovaskulárního a thorakálního centra Nemocnice České Budějovice, a.s. MUDr. Ladislav Pešl.

Kniha Kardiochirurgie v instruktivních kazuistikách navazuje na úspěšné tituly nakladatelství Maxdorf s názvy Plicní chirurgie v instruktivních kazuistikách, Traumatologie hrudníku v instruktivních kazuistikách, HRCT u intersticiálních plicních procesů v instruktivních kazuistikách a Pneumoonkologie v kazuistikách.

Bc. Iva Nováková, MBA

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

Podívejte se spolu s námi na videa, která jsme pro vás za uplynulých 6 let natočili.

Na YT kanálu naleznete představení našich oddělení, videonávody jak probíhají vyšetření na RTG či MR nebo zajímavé reportáže o dění v Nemocnici České Budějovice, a.s..

<https://bit.ly/30D8mCu>



28. Kongres Evropské dermatovenerologické společnosti v Madridu

Ve dnech 9. až 13. října 2019 jsem se zúčastnila 28. kongresu Evropské dermatovenerologické společnosti, který se konal v kongresovém centru IFEMA v Madridu. Zúčastnilo se ho více než 8 000 dermatologů z celého světa.

Motto kongresu The modern Face of Dermatology odpovídalo odborné úrovni i kvalitní organizaci, přednášky z různých oblastí dermatologie probíhaly současně v 16 sálech a každý z účastníků si mohl vybrat téma dle své specializace a zájmu.

Z pestrého programu jsem stihla navštívit a vyslechnout přednášky z oblasti psoriázy, atopické dermatitidy, autoimunitních onemocnění, dětské dermatologie, život ohrožujících stavů v dermatologii a kontaktně alergického ekzému.

V oblasti psoriázy jsou trvale vyvíjeny nové biologické léky se stále specifitější účinkem, Guselkumab je plně humanizovaná monoklonální protilátka proti podjednotce p19 interleukinu 23 (IL-23). Její podávání blokuje osu prozánětlivých cytokinů IL-23/IL-17, která se ukazuje jako klíčová pro patogenezi psoriázy. Stejný mechanismus účinku má i risankizumab. Guselkumab, první z inhibitorů IL-23, byl schválen pro léčbu středně těžké až těžké plakové psoriázy u dospělých, kteří jsou kandidáty na systémovou léčbu. Na rozdíl od ustekinumabu, který se váže na podjednotku p40 společnou pro IL-12/IL-23, guselkumab necílí na IL-12, o kterém se soudí, že hraje významnou roli ve fyziologických procesech imunitního systému.

V přehledu biologických preparátů, které se již mohou používat u dětských pacientů s psoriázou, je to od roku 2006 etanercept (chronická ložisková psoriáza od 6 let věku), od roku 2015 adalimumab (od 4 let věku),

ustekinumab (od 12 let věku) a od roku 2019 dupilumab na atopickou dermatitidu u dětí. Prezentovány byly výsledky studií u dětských pacientů (adolescentů 12 až 17 let).

Vyjma psoriázy, která je biologickými preparáty léčena již více než deset let, proniká tato moderní cílená léčba i do dalších onemocnění. V oblasti atopické dermatitidy je nadějí pro pacienty s těžkou atopickou dermatitidou skutečnost, že začíná být možnost léčby biologickými preparáty. Jedná se o dupilumab (blokátor IL-4RA), který prokázal příznivý efekt nejen na atopickou dermatitidu, ale i na alergickou rýmu a astma. Z dalších biologických preparátů s malou molekulou se zkouší lebrikizumab (anti IL-13), nemolizumab (anti IL-31), protilátka proti IL-5 (mepolizumab, reslizumab, benralizumab) a protilátka proti IL-22 (fezakinumab). Anti-IgE protilátka omalizumab a ligelizumab nevykázaly ve studiích tak příznivé výsledky jako u chronické idiopatické kopřivky. K novinkám s malou molekulou v léčbě atopické dermatitidy patří inhibitory Janus kinázy (tofacitinib, baricitinib). V přehledu nežádoucích účinků bylo prezentováno například zvýšení sérové kreatininkinázy ve 3 až 4 % případů. Toto se u inhibitorů Janus kinázy může vyskytovat a změna je přechodná. V lokální léčbě je novinkou inhibitor PDE4-2% crisablolol v masti a ve výzkumu jsou další inhibitory fosfodiesterázy, a rovněž i inhibitory prostaglandinů.

Zajímavý byl blok přednášek s přehledem kožních onemocnění, která se dostávají do Evropy s migranty. Byl prezentován přehled nejčastějších dermatóz a celková zdravotní stránka migrantů přicházejících do Evropy. Většinou se jedná o výraznější formy kožních infekčních onemocnění, v průměru je shledáván dvojnásobně vyšší

počet pohlavně přenosných onemocnění a několikanásobně vyšší incidence HIV pozitivitu než v evropské populaci. Přednášky byly dokumentovány bohatými soubory fotografií kožních projevů HIV, kožní tuberkulózy, rozsáhlých mykotických onemocnění a pyodermií.

Velmi přínosné přednášky byly na téma život ohrožujících stavů v dermatologii s otoky v obličeji, kdy byly přehledně popsány diagnózy jako syndrom veny cavy superior, Ascher syndrom, episodický angioedém s eozinofilii (Goleichův syndrom), Clarksonova nemoc (systemic capillary leak syndrom), erysipel, celulitida, nekrotizující fascitida, systémový lupus, dermatomyositida, pátá nemoc, DRESS syndrom a další. Následoval přehled život ohrožujících enantémů, ke kterým patří DRESS syndrom, AGEP – akutní generalizovaná exantematosa pustuloza, TEN/SJS – toxická epidermální nekrolýza, Stevens-Johnson syndrom, kdy počáteční makulopapulózní exantém může být obdobného vzhledu a projevy se mohou překrývat. Prezentovány byly i těžké polékové kožní reakce. K dalším život ohrožujícím stavům patří horečnatá exantémová onemocnění jako hemorhagické horečky včetně horečky Dengue, endemický tyfus, spalničky, Kawasakiho nemoc, stafylokokový syndrom opařené kůže, syndrom toxického šoku, různé druhy purpury nebo meningokoková septicémie. Stejně tak i diseminovaná



MUDr. Hana Janatová | Foto: autor

intravaskulární koagulace a hemolyticko-uremický syndrom mají více či méně charakteristické změny na kůži. Z toho je patrné, že na kožní ambulanci či oddělení se dostávají pacienti s opravdu rozličnými onemocněními a časná diagnostika dle kožních projevů je důležitá.

Dále jsem vyslechla několik prezentací z oblasti kontaktně alergického ekzému.

Z evropské standardní sady testů je od letošního roku vyrazen primin, cloiquinol a benzokain. Nově je zařazen propolis, akryláty a směs kainů (anestetik). Tuto novu sadu testů již jsme objednali a budeme testovat od ledna příštího roku.

Vážím si toho, že jsem se mohla evropského kongresu zúčastnit. Počasí v Madridu bylo letní s teplotami nad

25 stupňů, místní lidé působili přátelsky a vstřícně, v den jejich státního svátku (12. října je Španělský národní den) byly ulice centra Madridu zcela přeplněné. Kongres byl pro mne přínosem odborným i společenským.

MUDr. Hana Janatová
Kožní oddělení

XVIII. Jihočeský pediatrický den



Zleva MUDr. Ivana Hojdová, MUDr. Petra Petrylová, prim. MUDr. Vladislav Smrčka | Foto: redakce

Závěr roku patří v odborných kalendářích lékařů a sester pracujících na dětských odděleních a v ambulancích praktických lékařů pro děti a dorost z jižních Čech již několik let Jihočeským pediatrickým dnům.

Jsm rádi, že i v roce 2019 se nám podařilo tuto oblíbenou akci zorganizovat. XVIII. Jihočeský pediatrický den se konal 29. listopadu 2019 v prostorách Biologického centra Akademie věd v Branišovské ulici v Českých Budějovicích. Konferenci připravilo Dětské oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., ve spolupráci s Neonatologickým oddělením. Účastnilo se jí 180 lidí.

Poprvé jsme zvolili jednodenní model s monotematickým zaměřením. Celý odborný program byl věnován dětské endokrinologii. Za odborný dohled nad programem děkujeme našim endokrinologům MUDr. Jindřichovi Čížkovi a MUDr. Kamile Kocourkové.

Pozvání účastnit se konference přijal doc. MUDr. Štěpán Kutílek, CSc., který se věnuje onemocněním příštítných tělísek a kalcio-fosfátovému metabolismu. Do programu přispěl dvěma kazuistikami s raritními diagnózami – Fahrovým syndromem (kalcifikace v mozkových cévách, kdy je přítomna i psychomotorická retardace a athetosa, která může být způsobena dysfunkcí příštítných tělísek) a Barrakatovým syndromem (geneticky podmíněné onemocnění s hypoparatyreozou, hluchotou a onemocněním močového systému a ledvin).

Další program byl orientován na běžnou klinickou praxi. V prvním odborném bloku jsme se věnovali „malému vzrůstu“. V úvodu obsáhlejší přehled o jeho problematice prezentoval MUDr. Jindřich Čížek, poté na něj navázalo několik kazuistik pacientů z endokrinologické ambulance léčených růstovým hormonem.

Druhá část bloku byla věnována jiným oborům, do jejichž péče může být pacient s primárně „malým vzrůstem“ po důkladné diagnostice odeslán. Zde zazněly kazuistiky z revmatologie (juvenilní idiopatická artritida, která byla v průběhu onemocnění překlasičkována na systémový lupus erythematosus), hematologie (Fanconioho anémie – nejčastější vrozené selhání kostní dřeně, která se může projevovat malým vzrůstem a anomáliemi v obličeji a na skeletu) a gastroenterologie (celiakie – autoimunitní onemocnění způsobené nesnášenlivostí lepku). V případech, kdy je malý vzrůst způsoben jiným základním onemocněním, vede často jeho léčba k zlepšení růstu.

V druhém odborném bloku byly prezentovány přednášky o poruchách štítné žlázy, příštítných tělísek a kalciofosfátového metabolismu.

Na třetím bloku se významným dílem podíleli kolegové z Neonatologického oddělení. Jednotlivé přednášky pojednávaly o problematice hypoglykemie v novorozeneckém období, kongenitální hypotyreóze a kongenitální adrenální hyperplázií.

Poslední přednáška odlehčujícím způsobem pojednávala o případu otřesu mozku a následně přesvědčivé simulaci potíží se zrakem (simulace slepoty, nástup do slepecké školy, chůze s hůlkou), která na několik měsíců zaměstnala řadu odborných lékařů.

MUDr. Ivana Hojdová
Dětské oddělení

Klinická farmacie

Náplní práce Oddělení klinické farmacie je kontrola, hodnocení a optimalizace farmakoterapie ve vybraných lůžkových odděleních nemocnice.

Kliničtí farmaceuti se snaží optimalizovat léčbu pacienta, proto mají přístup do zdravotní dokumentace pacienta včetně diagnóz a lékové anamnézy, seznamují se s výsledky laboratorních vyšetření krve a moči. Dále komunikují s lůžkovými odděleními nemocnice a konzultují zdravotní stav pacienta s ošetřujícím lékařem a ostatním zdravotnickým personálem, zúčastňují se vizit a porad na odděleních. Také mohou komunikovat s pacienty o lécích, které mají užívat.

Na základě získaných poznatků hodnotí klinický farmaceut aplikaci léciv zejména z těchto hledisek:

- jestli pacientem užívané léky souhlasí s uvedenými diagnózami

a indikacemi. Zjišťuje, jaký lék a na co je užíván a jestli jej dle anamnézy má pacient užívat.

- hodnotí dávkovací režimy a způsoby podání léciv vzhledem k laboratorním výsledkům, funkci a stavu orgánů, jimiž se léciva vylučují. Pokud mají pacientovy ledviny nebo játra zhoršenou funkci, upravuje se dávkovací režim a snižuje se dávkování.
- zjišťuje, zda některé z chronicky podávaných nebo aktuálně podávaných léciv nemohou být příčinou zdravotních potíží pacienta a zda se tedy nejedná o nežádoucí účinek léciva, případně následek nevhodně zvolené kombinace léciv.
- hodnotí jednotlivá současně podávaná léciva z hlediska jejich vzájemného ovlivňování, určuje, zda jsou lékové interakce klinicky významné nebo nevýznamné a za jakých podmínek lze léciva současně podávat.

- zjišťuje a opravuje případné nesrovnalosti a neúplné informace týkající se zápisu podávaných léciv, nejsou-li léciva podávána např. duplicitně, jestli má lécivo na základě nejnovějších informací o něm smysl podávat za hospitalizace nebo i po propuštění pacienta apod.

Zjištěné informace a případné lékové problémy prezentuje farmaceut ošetřujícímu lékaři, vydává návrhy na změnu farmakoterapie pacienta, vydává doporučení, ve kterých navrhuje vysazení problematického léciva nebo nasazení vhodnějšího léciva či lékové formy. Upravuje dávkování a dávkovací režim léciv s ohledem na bezpečnost a účinnost léčby. Aktivně vyhledává u pacienta situace, při kterých může být podání léku rizikové a hodnotí dopad již proběhlých změn ve farmakoterapii klinickým farmaceutem navržených. V souhrnu tato činnost přispívá ke zvýšení efektu léčby za snížení rizik farmakoterapie během hospitalizace pacienta.

PharmDr. Josef Švéda
Lékárna – ústavní část

Zpráva o činnosti HIV centra České Budějovice

Od svého ustanovení roku 1993 HIV centrum v Českých Budějovicích rozvíjí a rozšiřuje svoji činnost při Infekčním oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.

Na počátku existence centra se péče týkala především osob nakažených v souvislosti s infikovanými krevními deriváty a osob nakažených při homosexuálním styku.

Z původních klientů diagnostikovaných v druhé polovině 80. let dosud žijí dva, oba jsou úspěšně léčeni virostatiky a kvalita jejich života je dobrá. V posledních letech se profil nemocných a okolnosti stanovení diagnózy nepříznivě mění. Několik nově

diagnostikovaných klientů bylo zachyceno již ve stadiu velmi těžkého imunodeficitu či v rozvinutém stadiu AIDS. Spolupráce s některými klienty je obtížná. I přes dostupnost účinné a dobře snášené léčby se někteří pacienti přes opakované telefonické a písemné výzvy ke klinické a laboratorní kontrole nedostavují. Pokud nejsou účinně léčeni, nejenže dochází k postupnému rozpadu imunitního systému, ale především mohou infekci HIV dále šířit. Dalším problémem je narůstající věk našich nemocných a s ním přicházející komorbidita spojené s vyšším věkem. Při infekci HIV dochází k procesu, který se nazývá akcelerované stárnutí. Díky tomuto imunologickému fenoménu

se civilizační choroby jako ischemická choroba srdeční, hypertenze, cukrovka nebo osteoporóza objevují o několik let dříve než u HIV negativní populace. Součástí péče v HIV centru je také ochrana před dalšími infekčními nemocemi. Většina HIV pozitivních je v našem centru proočkována proti hepatitidě A a B. Velký důraz je kladen na vakcinaci proti klíšťové encefalitidě, což je v našem regionu velmi potřebné. Každoročně naše centrum nabízí očkování proti chřipce a v tomto roce díky úhradě pojišťovnou zájem významně stoupl. Dále, pokud je třeba, očkujeme proti tetanu. S ohledem na narůstající počet HIV pozitivních a ve snaze o destigmatizaci tohoto onemocnění vedeme naše pacienty k tomu, aby byli registrováni u praktického lékaře, který jim zajišťuje primární péči jako u HIV negativních. Stejně tak zubní péči zajišťují většinou praktičtí stomatologové.

Postexpoziční profylaxe (PEP – 1 měsíc trvající podání virostatik, které je nutné zahájit co nejdříve po rizikové události,

ideálně do 4 hodin, nejpozději však do 72 hodin) byla v nedávném období podána jednomu zdravotníkovi po poranění o jehlu. U dvou zdravotníků bylo po poranění vzhledem k reaktivním vzorkům zdrojových osob započato s postexpozičním podáním virostatických léků, ale po confirmaci (výsledky negativní) byla PEP ukončena. Dále jsme PEP podali po krvavém úrazu v továrně, kde zdrojovou osobou byl tehdy nově diagnostikovaný pacient. Po nepříliš rizikovém poranění kůže ruky o obsah v popelnici byla na přání nemocného jedenkrát předepsána měsíční profylaxe. Postexpoziční profylaxe po rizikovém sexu byla navržena dvěma klientům.

Celkem do konce roku 2019 prošlo naším pracovištěm 109 pacientů. Aktivně je v naší péči a na pravidelné kontroly se dostávají celkem 55 pacientů, 46 mužů a 9 žen. Léčení jsou dle moderních doporučení všichni, a to co nejdříve po obdržení potřebných laboratorních výsledků. Důvod podání časně terapie je nejen léčebný (při nulové virové náloži se nevyčerpává imunitní systém), ale i epidemiologický (pacienti dobře virologicky suprimovaní



Isolační režim u HIV+ pacientů je vyznačen červenou (I 4) a zelenou barvou (I 5) | Foto: autor

IZOLAČNÍ REŽIMY NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, A.S.

KOD	TYP IZOLACE	INFEKCE	CHARAKTERISTIKA	PŘÍKLADY	BARIEROVÁ OPATŘENÍ						
					pokoj	rukavice	ostěnka	empír, zástěra	odpad	rožin pacienta	
I:0	BEZ IZOLACE	NENÍ PŘÍTOMNA	pacient nemá známky infekce, kolonizace ani nosičství	tyfus se 80-90 % pacientů	bez omezení	při kontaktu s biologickým materiálem	ne	ne	ne	ne	bez omezení
I:1	RANNÁ	INFEKCE KŮŽE A RAN	sekrece z kožního defektu, rány - přenos přímo: rukama pacientů i personálu nepřímě: prostřednictvím kontaminovaných nástrojů, předmětů, pomůcek, event. vzdušnou cestou	kožní infekce, sekrece z ran, nehojící se rány, bércové vředy, erysipel, svrab, močové infekce, MRSA - (speciálně doporučené)	jednoúčkový, u stejné dg. víceúčkový, zavírat dveře	při kontaktu s ránou, sekrecí	při převazu rány	doporučeno při převazu	infekční	pacient s ošetřenou ránou může opouštět pokoj	
I:2	RESPIRAČNÍ	INFEKCE DÝCHAČÍCH CEST	z dýchacích cest pacienta přenos vzdušnou cestou do dýchacích cest ostatních pacientů či personálu nejrizikovější vzdálenost - do 1 metru	akutní respirační infekce, chřipka, pertuse, herpetické nákazy, pacientů s tracheostomií, TBC - (speciálně doporučené)	jednoúčkový, u stejné dg. víceúčkový, zavírat dveře	při kontaktu s biologickým materiálem	ano	ne	infekční	ústěnka pro pacienta při opouštění pokoje	
I:3	INTERNA	INFEKCE VŘEDŮ	pacient s vředy, které mohou být přenosné	vředy, vředy z prosochů, vředy, vředy, vředy	jednoúčkový, u stejné dg. víceúčkový	při kontaktu s biologickým materiálem	ne	ne	ne	ústěnka pro pacienta při opouštění pokoje	
I:4	KREVNÍ	INFEKCE PŘEDKOŽKY KVNÍ	pacient s krví či sekrecí tekoucími na povrchu těla, včetně přenosu při penetračním sexu (speciálně doporučené)	vředy, vředy z prosochů, vředy, vředy, vředy	jednoúčkový, u stejné dg. víceúčkový	při kontaktu s biologickým materiálem	ne	ne	ne	ústěnka pro pacienta při opouštění pokoje	
I:5	OCHRANNÁ	RIZIKO INFEKCE PRO PACIENTA	pacient s defektem trávicího traktu	oslabení pacienta, imunodeficientní pac., pac. s popáleninami, imunologicky oslabení	jednoúčkový, u stejné dg. víceúčkový	při kontaktu s biologickým materiálem	ne	ne	ne	ústěnka pro pacienta při opouštění pokoje	

Isolační režim u HIV+ pacientů je vyznačen červenou (I 4) a zelenou barvou (I 5) | Foto: autor

nešší infekci). U mnohých nemocných se vyskytují další koinfekce: Lues v akutní fázi, ve stadiu latence či neurosyfilis,

léčení a sledování jsou tyto nemocní ve spolupráci s venerologickým oddělením. Všichni spolupracující pacienti s chronickou

hepatitidou C úspěšně absolvovali terapii přímo působícími virostatiky. Poměrně rychlá dostupnost této léčby je oproti minulému období pro tyto nemocné obrovským benefitem.

Každým rokem narůstá poradenská činnost našeho HIV centra a stoupá počet konzultací. Snažíme se o to, aby všichni lékaři pomýšleli na HIV infekci a své pacienty běžně testovali tam, kde to je opodstatněné. Také roste počet zájemců o testování na infekci HIV, které je na našem pracovišti prováděno zdarma. Rozšiřuje se a zkvalitňuje pregraduální i postgraduální výuka o problematice infekce HIV/AIDS a spolupráce s masmédií. V posledních letech lze sledovat příznivé trendy: přibývá poradenské činnosti a stoupá zájem veřejnosti o problematiku HIV/AIDS. Přibývá ale také HIV infikovaných. Spolupracující nemocní s dobrou adherencí k léčbě mají z péče zjevný prospěch a žijí prakticky normální kvalitní život.

MUDr. Zdeňka Jerhotová
Vedoucí HIV centra, Infekční oddělení

Oddělení přípravy léčiv Lékárna Nemocnice České Budějovice

Přijde-li do Oddělení přípravy léčiv naší nemocniční lékárny nějaký laik, může si myslet, že se ocitl v kuchyni: najdeme tu misky, těrky, tloučky, vařiče, také robot, mixér nebo mlýnek. Úkolem je příprava IPLP (individuálně připravovaný léčivý přípravek) pevných, polotuhých i tekutých ve sterilním nebo nesterilním provedení.

Oddělení má několik pracovišť: laboratoř přípravy léčiv I. a II., galenickou laboratoř pro přípravu do zásoby, přípravnu sterilních léčiv, analytickou a kontrolní laboratoř.

Počet individuálně připravených receptů se pohybuje mezi 600–800 za měsíc, množství příprav na žádanky se blíží počtu 2 000. Vzhledem k vybavení fungujeme

i pro ostatní nemocnice holdingu Jihočeské nemocnice, které nemají prostory a zařízení pro sterilní přípravu. Narůstající množství požadavků, nutnost odpovídajícího vybavení a splnění náročných legislativních norem, vede v současné době k přirozené centralizaci příprav. To je i důvodem, proč v naší lékárně neustále stoupá počet receptů s IPLP z mimonemocničních ambulancí z celého kraje.

Léčivé přípravky zhotovujeme na základě předpisu, kterým je lékařský recept nebo žádanka. Jenom zlomek je určen pro volný prodej. Část našich klientů tvoří zvířecí pacienti, kterým je příprava uskutečňována na veterinární předpis. Význam individuální přípravy, oproti všem dřívějším předpokladům narůstá, především



Příprava masti v míchacím zařízení | Foto: redakce

díky novým surovinám, základům, obalům i aplikačním pomůckám. Vše to umožňuje zcela individuální řešení pacientova problému, kdy se připravuje léčivo doslova „ušité na míru“. S výhodou je postup využíván u dětských pacientů, kde dostupné HVLP (hromadně vyráběné léčivé přípravky) nevyhovují dávkováním či aplikací a stejně je to i u dospělých pacientů. V případech obtížného polykání lze v řadě případů vytvořit suspenzi namísto pevných lékových forem. Vzhledem k tomu, že se náš trh s léčivými přípravky potýká s častými výpadky HVLP, dokážeme často pomoci právě individuální přípravou ze surovin. Nevýhodou IPLP je vyšší časová náročnost, poměrně krátká doba použitelnosti ve srovnání s HVLP či omezená dostupnost surovin. I když nám v práci pomáhají různé nástroje a přístroje, mnoho činností se v laboratoři děje ručně. Některé lékové formy vyžadují také více času na přípravu, např. kapsle, bobtnání gelů nebo tuhnutí do formy vylitých čípků.

Práce v naší přípravně je velmi zajímavá, pestrá i tvořivá a nese v sobě stále kouzlo a ducha apatyk z lékárenské historie.

PharmDr. Simona Víšková
Oddělení přípravy léčiv



Příprava vaků pro parenterální výživu | Foto: redakce

Seminář Trombóza u myeloproliferativních onemocnění

Ve dnech 7. a 8. listopadu 2019 jsem se zúčastnil semináře zaměřeného na problematiku trombotických komplikací u myeloproliferativních onemocnění, který se konal v Římě.

První den programu shrnul současná fakta o tromboembolické nemoci se zaměřením na nemocné s myeloproliferativními neopláziemi (MPN). Pozornost byla zaměřena i na poslední WHO klasifikaci Ph – negativních MPN z roku 2016. Odpoledne bylo věnováno cytoredukční terapii a studiím u MPN (dokončeným i aktuálně probíhajícím).

Druhý den následoval panel přednášek o antitrombotické profylaxi a léčbě TEN u MPN. Část bloku zaujímala prezentace kazuistik u nemocných s MPN. Většina sdělení byla od domácích autorů. Prezentoval jsem jednu ze čtyř kazuistik zahraničních účastníků – jednalo se o případ pacientky s primární myelofibrózou a použité schéma léčby včetně antitrombotické profylaxe.

Shrnutí nejdůležitějších sdělení:

- Pacienti s MPN po prodělané venózní TEN v neobvyklých lokalizacích jsou kandidáty k dlouhodobé antikoagulační léčbě. Zároveň je třeba počítat s vyšším rizikem krvácivých komplikací (funkčně defektní trombocyty, konzumpce koagulačních faktorů – vWF). Efekt warfarinizace v prevenci rekurence tromboembolické nemoci (TEN) v těchto lokalizacích není uspokojivý. V dohledné době bude zahájena multicentrická studie zaměřená na účinnost a bezpečnost užití přímých antikoagulancií (DOAC).
- Nemocní s MPN po prodělané TEN v neobvyklých lokalizacích (např. Budd-Chiari sy., trombóza mozkových splavů apod.) mají 2 až 3× vyšší riziko rekurence TEN než pacienti s venózní TEN v obvyklých lokalizacích.
- U nemocných po cerebrovaskulární příhodě s diagnostikovanou MPN je kromě antitrombotické léčby

nutná i léčba cytoredukční (většinou hydroxyurea, ev. anagrelid). Klíčová je rovněž správná korekce případné arteriální hypertenze.

- K omezení rizika recidivy venózní TEN v obvyklých lokalizacích je v časně fázi nutná zejména řádná antikoagulace, zatímco podávání cytoredukce zde nehraje velkou roli.

Akce proběhla ve velmi přátelské atmosféře. Velkou výhodou byl menší počet účastníků z různých zemí (15 lékařů), který poskytl možnost podrobněji diskutovat konkrétní problémy s místními přednášejícími.

Seminář shledávám jako velmi přínosný. Kladně hodnotím kromě účasti přednášejících hematologů i sdělení farmakologa, který umožnil podívat se na léčebné modality z jiného úhlu.

MUDr. Vít Motář

Transfuzní oddělení

Oddělení klinické hematologie

Pomáhají v tíživé situaci najít nový začátek

Stojíte před složitou životní situací? Snažíte se ji řešit, ale nedaří se to? Máte pocit, že jste na své problémy sami? Stali jste se vy nebo někdo ve vašem okolí obětí trestného činu? Nevíte, jak a kde získat informace o průběhu trestního

řízení, o vašich právech? Potřebujete se vyrovnat s pocity bezmoci, vzteku a strachu? S tím a dalšími otázkami pomohou v Českých Budějovicích v THEIA – krizovém centru, o. p. s., které nově nabízí své služby pacientům

v českobudějovické nemocnici. Blíže jsme si na toto téma povídaly se spoluzakladatelkou a ředitelkou krizového centra THEIA Mgr. Barborou Čechovou, MBA.

Paní ředitelko, představte nám vaše centrum...

THEIA – krizové centrum, o. p. s., je nestátní nezisková organizace, která byla založena v roce 2009. Základní činností organizace je poskytování odborného sociálního poradenství a pomoci osobám v krizi a obětem násilí a trestných činů. Své služby poskytuje ve čtyřech ambulantních poradnách v Jihočeském kraji. Pomoc svým klientům může realizovat pouze díky podpoře ze strany donátorů a s využitím prostředků z grantových programů. Více o THEIA najdete na www.theia.cz.

Pro koho jsou služby THEIA určeny?

Pomoc je určena každému, kdo se dostane do situace, kterou již nemůže řešit vlastními silami nebo za pomoci svých nejbližších. I přes to, že se naše poradna nachází v Českých Budějovicích, mohou ji využívat lidé i ze vzdálenějších lokalit v rámci Jihočeského kraje. Jedinou pomyslnou hranicí je zletilost. Služby poskytujeme pouze dospělým.

Co je to vlastně krize a kdy je dobré odbornou pomoc vyhledat?

V krizi nebo krizové situaci se může ocitnout každý z nás. V našem životě řešíme desítky a stovky situací. Většinu z nich vyřešíme sami, někdy pomohou naši nejbližší, nebo kamarádi. Mnohdy se nám ale může stát, že jejich rady nestačí, nebo se nemáme na koho ve svém okolí obrátit. Důvodů, které nás do této situace přivedly, může být celá řada. Na krizovou situaci se mnohdy ani nemůžeme připravit a velmi často se jí ani nelze vyhnout. V THEIA se často setkáváme se vztahovými problémy (ať už v rámci rodiny, nebo při jejím rozpadu a rozvodu, odchodu partnera, ale jedná se i o vztahy mezi sousedy nebo kolegy na pracovišti), ztrátou nebo změnou zaměstnání, nezvládnutím důležité životní situace, výchovnými problémy dětí našich klientů, onemocněními sebe nebo jejich nejbližších. Není to výčet těchto situací, ale asi ty nejčastější. Krizová situace však nemá žádné hranice. Co je pro někoho snadno řešitelné, je pro druhého z nás náročnou situací, kdy má pocit, že mu přerůstá přes hlavu. Důležité je neházet flintu do žita a začít třeba tím, že vyhledáte odbornou pomoc.

S jakými situacemi se při pomoci obětem trestných činů nejčastěji setkáváte?

Výčet je velmi rozsáhlý. Může se jednat o ublížení na zdraví, násilné chování, které naše klienty poškodilo, dopravní nehody, jichž byli účastníky, výjimkou nejsou ani důvody týkající se poškození jejich věcí a majetku, ale i mnohé další. Do poradny přicházejí jak samotné oběti, tak i jejich blízcí. To, že se něco stane někomu ve vašem okolí, vás může velmi silně zasáhnout, a říct si o pomoc je zcela na místě. Našimi klienty jsou i svědci těchto událostí. I oni se dostali do velmi náročné životní situace, se kterou potřebují pomoci. Služeb poradny THEIA využívají pochopitelně i pozůstalí obětí. Důležité je na své starosti nezůstat sami, mít možnost se na někoho obrátit.

S čím vším můžete těmto lidem pomoci?

Jedná se o ucelenou nabídku služeb spočívající v potřebné psychické podpoře, pomoci s vyrovnáním se s dopady trestného činu, poskytnutí potřebných právních informací a pomoc s orientací v případném trestním řízení, pomoc se sepsáním potřebných žádostí včetně žádosti o vyplacení peněžitě pomoci, která některým obětem náleží. Nedílnou součástí služeb THEIA je v potřebných situacích i doprovázení našich klientů například k jednání u soudu nebo na Policii ČR. Často také řešíme u klientů otázku oznámení trestného činu na Policii ČR. Klienty v tomto jednání podporujeme a doprovázíme. Není to však podmínkou pro využití našich služeb.

Jak je to s úhradou za poskytnuté služby?

Veškeré služby, které v THEIA poskytujeme, tedy i ty pro oběti trestných činů, jsou poskytovány zdarma. Jsme takto vázáni předpisy, dle kterých jsou tyto služby poskytovány. Pomáhat takto bezplatně můžeme jen díky donátorům, kteří naši činnost podporují, a za to jim patří velký dík.



Mgr. Barbora Čechová, MBA | Foto: archiv Theia

Jak je možné krizové centrum THEIA kontaktovat?

Kontaktní osoba pro krizové situace a pomoc obětem trestných činů je Bc. Jitka Mertlíková (tel: 728 008 771, email: mertlikova@theia.cz). Sídlíme na adrese Mánesova 11/3 b, 370 01 České Budějovice.

Je možné sjednání schůzky přímo v naší nemocnici?

Ano, určitě není nutné čekat na propuštění z nemocnice. Schůzku je nutno dopředu domluvit telefonicky. Za klienty do nemocnice pak docházíme vždy v pondělí.

Ing. Veronika Dubská

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů



THEiA

krizové centrum o.p.s.

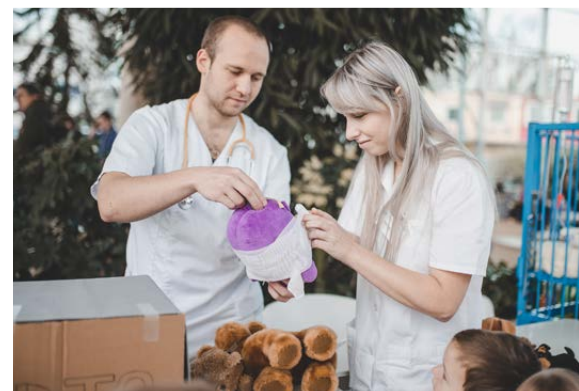
Vstupní terminál nemocnice se na dva dny proměnil v Plyšákovou ordinaci



Smržovi z Oddělení úrazové a plastické chirurgie a MUDr. Janu Nejedlému a sestřičce Dis. Janě Větrovcové z Oddělení ORL, kteří se dětem po dva dny věnovali.

Děkujeme též budoucím sestřičkám studujících na VOŠ zdravotnické a na Zdravotně sociální fakultě, které měly pro děti připraveny zajímavé doprovodné aktivity.

Ing. Veronika Dubská
Oddělení vnitřních a vnějších vztahů



**„Zlomil si parůžek a má měkkou packu.“
I s takovými obtížemi si museli poradit
naši doktoři a sestřičky v Plyšákové
ordinaci, která byla v nemocnici otevřena
ve dnech 10. a 11. prosince.**

Naštěstí měli k dispozici speciální rentgen na plyšáky, nechybělo ani šití a opravdové dětské postýlky. Někdy stačilo změřit teplotu nebo dát náplast, ale někteří museli dostat infuzi a chvíli si u nás poležet. Každopádně stovky plyšáků, které za dva dny děti do naší ordinace přinesly, jsou již v pořádku. Plyšáci se nejen léčili, ale dostalo se i na povídání, jak se chovat, aby se k doktorovi nemuselo. Kdo dobře poslouchal, už ví, že na kole se jezdí jen s helmou, LEGO nestrkáme ani do nosu, ani do uší a hlavně, že i když se něco stane, tak se doktorů ani sestřiček nemusíme bát.

Velký dík patří MUDr. Anetě Muselové, MUDr. Nikole Gottsteinové a sestřičce Mgr. Kláře Kovandové z Dětského oddělení, MUDr. Jiřímu Urbanovi, MUDr. Jiřímu



Foto: redakce

pro období 1. 2. 2020 - 29. 2. 2020 nebo do vyprodání zásob

DENTÁLNÍ HYGIENA

Curaprox trojbalení
soft, supersoft, ultrasoft



~~249.- Kč~~
229.- Kč

Listerine total care
500 ml

v akci též Listerine total care mild taste 500 ml



~~179.- Kč~~
159.- Kč

MOČOVÉ CESTY

Swiss Mega brusinky
50+10 cps



~~419.- Kč~~
369.- Kč
doplnek stravy

RÝMA

Otrivin menthol
10 ml



~~129.- Kč~~
99.- Kč



POMŮCKY: ENA, TOO	UHLAZE- NOST	TI, KDO DOKONČILI STUDIA	LUDOLFO- VO ČÍSLO	DŮLNÍ PRACO- VIŠTĚ (SLANG.)	HLAVEŇ (ZASTAR.)	ROZTŘE- PENÝ OKRAJ	ŘÍMSKÁ SEDMIČKA	POŠTOVNÍ KÓD ISLANDU	ÚPLNOST		BLAMÁŽE	INICIÁLY HEREČKY CHADI- MOVÉ	KOŘIST ZLODĚJE	DUSKATÁ SLOUČE- NINA	NÁŠ BYVALÝ PREZIDENT	DOMESTI- KOVAT	OBRAZNÉ VYJADRO- VÁNÍ	ŠLECHTIC
NA DVĚ STEJNĚ ČÁSTI										ČLENSKÝ STÁT USA								
ZABÝVATI SE (KNIŽNĚ)										NĚM. AUT. ZÁVODNÍK ČERNOŠE- DÝ PTÁK								
INICIÁLY SMETANY			BÝCI (KNIŽNĚ) ZP. DŽEŽ ZPĚVU					LIBERECKÉ VÝST. TR- HY (ZKR.) DĚDINKY			HRÁČI KOŠÍKOVÉ INICIÁLY LORENOVÉ							
VÝHERNÍ POUKÁZKA				ZNAČKA ŽELEZA OTEČ (KNIŽNĚ)			INFEKČNÍ ČINITEL SOBOTA (ZKRATKA)					ŠPATNÉ POČASÍ OŠKUBANÍ						
PÍSMENO „L“ (HOVOR.)					TAJENKA JMÉNO ŠEBRLEHO									VÝTAH (HOVOR.) PATŘÍČÍ NADE				
PLETENÉ OBLEČENÍ						BODLINY POHÁD- KOVÉ BYTOSTI					INICIÁLY NIXONA BRIDŽOVÁ HLÁŠKA			ANGLICKY „PŘILIS“ BYV. SLOV. PREZIDENT				
ANGLICKY „SÍŤ“				INIC. REŽIS. ORNESTA ŠPAN. EX- KRÁLOVNA			ŽABÍ CITO- SLOVCE OBRAD (ŘÍDCE)				ŠVAGR VIDEO TA- PE RECOR- DER (ZKR.)					KRAJČOVY INICIÁLY TV HUDEB- NÍ KANÁL		
OSOBNÍ ZÁJMENO			LIDSKÝ ZÁRODEK CELNÍ KÓD RAKOUSKA							RUSKÉ MĚSTO INICIÁLY EINSTEINA								
LIDÉ TÁBOŘÍCÍ VE STANU								UCTÍVAČKA DÁBLA										
TITANOVÁ RUDA								OMEZOVÁT LHÚTOU										

Vydává Nemocnice České Budějovice, a.s. | Odpovědní redaktoři: Bc. Iva Nováková, MBA, kolektiv | Předseda redakční rady: doc. MUDr. Jiří Stehlík, CSc. (Ortopedické oddělení) | Redakční rada: prim. MUDr. Petr Pták, Ph.D. (Chirurgické oddělení), prim. MUDr. Aleš Chrdle (Infekční oddělení), MUDr. Miroslava Nevšimalová (Neurologické oddělení), Mgr. Ondřej Scheinost (Centrální laboratoře) | Bezplatné | Náklad 3 000 ks | Pouze pro vnitřní potřebu Nemocnice České Budějovice, a.s. | Produkce: TRIMA CB s. r. o. | Tisk: INPRESS, a.s., Tiskárna České Budějovice | Evidenční číslo: MK ČR E 23303 | Za tiskové chyby neručíme