

květen 2018

NEMOCNIČNÍ ZPRAVODAJ

číslo 4

**Ministr zdravotnictví
Adam Vojtěch si prohlédl
nové Oddělení urgentního
příjmu Nemocnice České
Budějovice**

str. 4

Prim. MUDr. Jan Tuček, Ph.D.:
Mýty v psychiatrii

str. 7

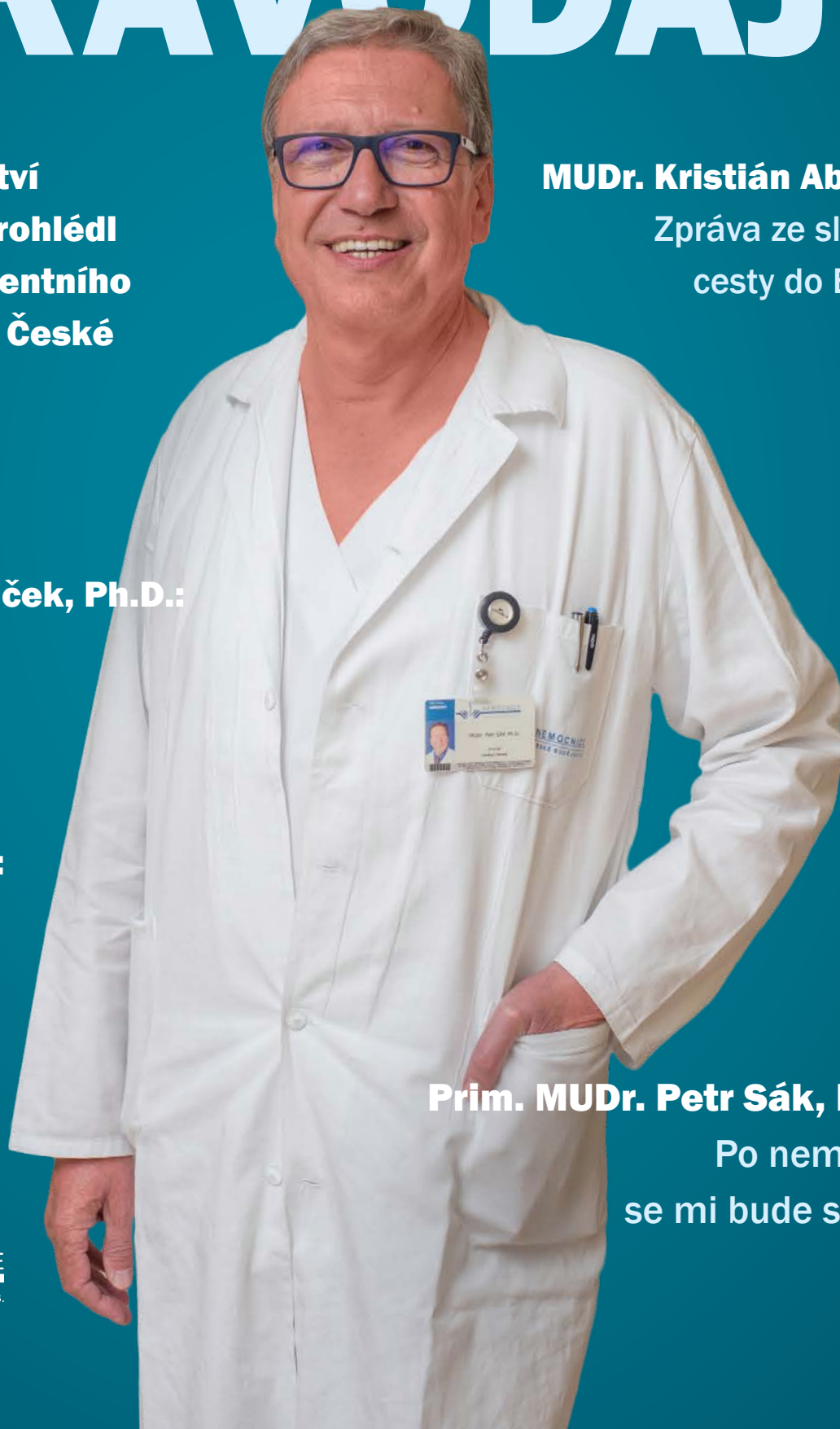
MUDr. Aleš Chrdle:
Klíšťata a komáři
budou lékaře stále
zaměstnávat

str. 8

Prim. MUDr. Petr Sák, Ph.D.:

Po nemocnici
se mi bude stýskat

str. 2



Osmatřicetiletý seriál s otevřeným koncem

MUDr. Petr Sák, Ph.D., se po více než třiceti osmi letech rozhodl skončit v Nemocnici České Budějovice, kde v posledních dvaceti třech letech působil jako primář Gynekologicko-porodnického oddělení. Jak ale v následujícím rozhovoru říká, dveře k částečnému návratu si stále nechává otevřené.

Můžete nám na úvod prozradit, jak jste se do českobudějovické nemocnice dostal a na jaké místo jste zde nastoupil?

Do Nemocnice České Budějovice jsem nastoupil v roce 1980 ihned po státnicích. Měl jsem tehdy velké dilema ohledně toho, jakým lékařským odvětvím se chci zabývat. Táhlo mě to ke gynekologii, ale i onkologii, které jsem se měl možnost intenzivně věnovat při studiu jako pomocná vědecká síla u profesora Klenera. Nakonec zvítězila gynekologie a láska k rodnému městu. Zažádal jsem si tedy o místo na gynekologickém oddělení českobudějovické nemocnice, odkud se mi vzápětí ozvali, že mě berou. Začínal jsem tehdy jako nejmladší sekundář.

Jaké byly vaše začátky v roli nejmladšího sekundáře?

Tehdy hrozně záleželo na tom, jak byl kdo dravý a jak moc se chtěl učit novým věcem. Já jsem byl hodně průbojný a o nové zkušenosti jsem se doslova hlásil. Pozoroval jsem, co se kolem mě děje, a vždy jsem se aktivně ptal, jestli se mohu jít podívat na nějaký zákrok, který jsem do té doby neměl možnost sledovat. Snažil jsem se ke všemu dostat, takže mě nikdy nikdo nemusel k ničemu postrkovat. Vlastně mě někdy naopak spíš museli odstrkávat, aby se dostalo i na ostatní. Takhle je to i u dnešních mladých doktorů. Někteří jsou draví a o vše se hlásí, jiné ráno někam postavím a večer je na stejném místě najdu.

Když jste nastoupil na gynekologii, táhlo vás to více k operacím nebo k porodnictví?

Jako většině mladých lékařů se mi více líbila porodnice. Tam je totiž rychlejší možnost nějaké seberealizace. Samotná operativa pro absolutní většinu doktorů startuje až s postupujícími lety a nabytými zkušenostmi. Začínal jsem tedy samozřejmě klasicky jako porodník. Operativě se věnuji až posledních dvacet let.

Kdy jste začal pracovat jako standardní lékař a jaká byla vaše další cesta?

Již v roce 1988 jsem se dostal do funkce staršího sekundáře. V té době jsem měl za sebou druhou atestaci. Stihnul jsem to velice rychle. Díky mé již zmiňované průbojnosti jsem už absolvoval i velký počet operací. Tehdejší primář mě nechal vést oddělení, které lze přirovnat k dnešní JIP. V roce 1990 jsem se stal zástupcem primáře. Tuto funkci jsem zastával až do roku 1995, kdy jsem pak plynule přešel na místo primáře, na kterém jsem setrval dalších dvacet tři let.

Bylo pro vás náročné přejít do role primáře?

Ze začátku jsem byl hodně naivní. Myslel jsem si totiž, že nejmenší problém budu mít s personálem, protože jsem se všemi byl kamarád. Po roce jsem ale zjistil, že ať chci či nikoliv, najednou jsem „na druhé straně barikády“. K práci primáře totiž nutně patří činit i nepopulární opatření, která se nejdříve setkávají s vlnou nevole, ale po čase si na ně každý chtě nechtě zvykne. Takový je ale život.

V jakém stavu jste oddělení jako primář přebíral?

Funkci primáře jsem začal vykonávat za velmi nepříznivé situace. Měsíc po mém nástupu přijela odborná společnost s lidmi z ministerstva a jednalo se o tom, jestli se perinatologické centrum zavře. Výsledky byly opravdu hodně zlé. Musel jsem se jim tehdy upsat krví, že se vše zlepší. Pak jsem v nemocnici pět let v podstatě bydlel. Věnoval jsem se hlavně porodnici, abych dokázal, že se České Budějovice mohou dostat na lepší úroveň. V té době tu kromě mě byli jen dva atestovaní lékaři. Nakonec se nám ve spolupráci s neonatologickým oddělením povedlo z těch zoufalých výsledků vypracovat. Činnost perinatologického oddělení jsme vylepšili natolik, že jsme se dostali na přední místo nejen v rámci ČR, ale i ve světovém měřítku. V současnosti patříme mezi absolutní špičky v oboru. Velký díl na tom nese i neonatologické oddělení, se kterým fungujeme na principu spojených nádob.

Zažil jste za těch dvacet tři let takové problémy, které by vás donutily z postu primáře odejít?

V podstatě musím říci, že ne. Nikdy se nestalo, že bych opravdu radikálně zvažoval odchod. Samozřejmě, že čas od času přišla stresovější období, ale nikdy jsem dlouhodobě zcela reálně neuvažoval o odchodu. Dostal jsem nabídku přejít například do Prahy na kliniku, ale já chtěl zůstat tady. A dnes jsem za to rád.

Za dobu vašeho primariátu jste zavedl mnoho novinek. Jaké byly ty nejzásadnější?

Dříve se tu téměř nepropraktikovala urogynekologie. S tou jsem přišel až já a v rámci ní jsme začali vykonávat mnoho nových urogynekologických operací. Jezdil jsem se školit na jiná pracoviště a své zkušenosti pak předával svým kolegům. Postupně jsme se tak dostali na vysokou úroveň a dnes běžně vykonáváme velice složité operace. Podobně tomu bylo i s onkogynekologií. Ta se tu sice vždycky praktikovala, ale dříve šlo spíše jen o jednoduché zákroky. Složitější operace jsme začali dělat až v novém tisíciletí. To jsou tedy za mě dvě úplně nejzásadnější věci.

Naplnila onkogynekologie vaši prvotní touhu být onkologem?

Naplnila, ale trochu z jiné stránky. Dříve jsem byl zvyklý upřednostňovat onkologickou léčbu. Teď ze své pozice samozřejmě dávám přednost léčbě chirurgické. Největší radost mám vždy z toho, když odoperujeme někoho, kdo měl špatnou prognózu, ale operace se podaří a příznivě ovlivní jeho budoucnost. To si pak vždy řeknu, že to za tu dřinu a nervy stálo a má to všechno opravdu smysl. Některé pacientky mi každoročně chodí děkovat za záchranu života. To mě vždy pohladí na duši.

A co přístrojová technika, jak ta se za ta léta změnila?

Myslím, že neuvěřitelnější bude, když řeknu, že jsme se dostali ze století páry někam na úroveň špičkových spalovacích motorů. Tam, kde jsme měli kdysi jen ruce, máme teď přístroje. Vzpomínám na dobu, kdy jsme na oddělení měli jen jeden kardioktograf a o existenci ultrazvuku si někdo maximálně jednou za čas přečetl. Dneska máme několik ultrazvuků i kardioktografů na každé stanici. Je to zkrátka naprosto nesrovnatelné. To, co bylo před třemi roky výkřikem nejmodernější techniky, je dnes už naprostý standard, kterým

disponují pomalu v každé okresní nemocnici. Technologie jdou neuvěřitelnou rychlostí dopředu.

Myslíte si, že má lékař v dnešní době jednodušší život oproti roku 1980, kdy jste začínal?

To záleží na úhlu pohledu. Dnes má lékař díky internetu jednodušší přístup k informacím a může cestovat po celém světě. Mladí lékaři jsou tak oproti naší generaci velmi dobře jazykově vybavení. Další výhodou je samozřejmě technologický pokrok a finanční ohodnocení. Na druhou stranu mi ale přijde, že dříve byli lékaři ve společnosti více uznávaní a nikdo tolik nerozporoval jejich práci. Dnes se doktor často bere spíše jako někdo, kdo poskytuje službu. Povolání lékaře se sice v žebříčkách stále umísťuje mezi prestižními povoláními, ale když to srovnám s tím, co bylo dříve, vidím markantní rozdíl.

Na co jste za dobu svého působení v roli primáře nejvíce pyšný?

Zatím stále normálně funguji a dělám vše od A do Z, takže jsem ještě na větší rekapitulaci neměl úplně čas.

Nicméně jsem asi nejvíce pyšný na to, že moje oddělení bylo těch dvacet tři let plně funkční. Nikdy nenastal žádný kapitální průšvih z medicínského pohledu a dařilo se mi udržovat zde zdravého ducha. V současnosti můžu s čistým svědomím konstatovat, že jde o plně stabilizované oddělení, které je konsolidované jak personálně, tak po stránce techniky a prostorových možností.

Na postu primáře vás vystřídá MUDr. Miloš Velemínský, Ph.D. Bylo těžké rozhodnout, kdo se stane vaším nástupcem?

V tomhle případě to vůbec nebylo těžké, protože doktor Velemínský byl na to nenásilně připravován delší dobu. Vlastně tady nebyl nikdo jiný, kdo by se mi na tu funkci zdál vhodný. Ti, co by mu teoreticky mohli dělat konkurenci, odešli pracovat na obvod, kde mají více peněz, méně práce a daleko menší zodpovědnost. Miloš tu

zůstal a pracoval na sobě. Myslím, že se mu bude dařit velice dobře.

Co byste mu popřál a poradil?

Přeji mu hlavně pevné nervy a zdraví. Bez toho to zkrátka nejde. Pro řízení oddělení bych mu rád poradil, aby si vždy vyslechl všechny názory a až pak se rozhodl podle svého nejlepšího uvážení. Bude se muset naučit lidem říkat „ne“. Doteď to měl jednoduché, protože „ne“ jsem říkal já a on byl ten hodný. Nyní se dostane na druhou stranu barikády a najednou bude ten zlý. Bude se s tím muset smířit, protože pokud nebude „zlý“, tak to nebude fungovat. A to by mě moc mrzelo.

Bude se vám po nemocnici stýskat?

Určitě se mi bude stýskat. Prožil jsem tu třicet osm let. To člověka hodně poznamená. Teď vím, že si chci a potřebuji odpočinout, ale nechal jsem si otevřená vrátka pro případný částečný návrat. Vlastně ani nevím, jak může být odpočívání příjemné. Nikdy jsem neměl dovolenou ani tři týdny v kuse. Možná si po pár měsících řeknu, že se nudím, a budu se chtít vrátit zpátky na sál. Uvidíme, jak to dopadne, ale zatím vše nechávám otevřené.

Redakce



Prim. MUDr. Petr Sák Ph.D. | Foto: Jan Luxík

Ministr zdravotnictví Adam Vojtěch si prohlédl nové Oddělení urgentního příjmu Nemocnice České Budějovice

Ministr zdravotnictví Mgr. et. Mgr. Adam Vojtěch navštívil v pátek 4. května Nemocnici České Budějovice. V odpoledních hodinách si prošel nové Oddělení urgentního příjmu, které bylo slavnostně otevřeno ve středu 18. dubna.

„Průvodcem po oddělení mu byl primář MUDr. Jaroslav Kratochvíl,“ říká tisková mluvčí Nemocnice České Budějovice

Bc. Iva Nováková, MBA. „Pan ministr následně také pohovořil se zástupci managementu mimo jiné o probíhající restrukturalizaci nemocnice, o přesunu medicíny z dolního areálu do areálu horního. Vedení nemocnice ministru Adamu Vojtěchovi také představilo investiční plány do dalších let.“

Přístavba Oddělení urgentního příjmu (OUP) neboli Emergency byla zahájena v květnu 2017. Sestávala ze dvou částí – jednu část tvořila kompletní rekonstrukce 1. nadzemního podlaží části pavilonu C, druhou částí byla realizace přístavby pavilonu navazující na rekonstruovaný prostor. Stavební práce skončily v březnu letošního roku a jejich součástí bylo také vybudování nových prostor pro Oddělení ústní, čelistní a obličejové chirurgie (ÚČOCH), které se přesunulo z dolního areálu nemocnice.

Nový urgentní příjem v pavilonu C má 11 ambulancí, zákrokový sál pro chirurgii, samostatnou místnost pro ultrazvuk, dva resuscitační boxy a část s pěti expektačními lůžky, z toho jedním v izolačním boxu. Součástí urgentního příjmu je velký prostor čekárny a také nová recepce. „Nové pracoviště ÚČOCH disponuje třemi ambulantními pracovišti a samostatným zákrokovým sálem. Nedílnou součástí je kompletní zázemí včetně denních místností, služebního pokoje lékařů či potřebného sociálního zařízení a skladů,“ vyjmenovává ředitel Úseku interních oborů MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

Redakce



Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D., MUDr. Břetislav Šon, Bc. Iva Nováková, MBA, MUDr. Jaroslav Novák, MBA
Foto: Jan Luxík

Den otevřených dveří na Oddělení urgentního příjmu



Den otevřených dveří | Foto: archiv

Dne 23. dubna 2018 otevřelo Oddělení urgentního příjmu své dveře zájemcům o prohlídku z řad zaměstnanců českobudějovické nemocnice. Během jedné hodiny v čase oběda přišlo přes 200 zdravotníků, kteří měli možnost nahlédnout do jindy uzavřených prostorů. Zájem výrazně předčil naše očekávání. Prohlídky byly komentované, role průvodce se ujal prim. MUDr. Jaroslav Kratochvíl. Účastníci prohlídky byli nezdědka překvapeni, že se za čekárnou s ambulancemi, které jsou vidět zvenku budovy, skrývá poměrně rozsáhlý trakt resuscitačních boxů a expektačních lůžek. Postupné zprovoznění této části předpokládáme od podzimu roku 2018. Pod vedením primáře Kratochvíla a vrchní sestry Karolíny Lavičkové zde bude pracovat tým kmenových zaměstnanců urgentního příjmu: lékařů a zdravotních sester, včetně zdravotnických záchranářů.

MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

XXXV. celostátní konference perinatologie a fetomaternální medicíny

Ve dnech 12.-14. 4. 2018 se lékaři a porodní asistentky Gynekologicko-porodnického oddělení a lékaři Neonatologického oddělení Nemocnice České Budějovice zúčastnili XXXV. celostátní konference perinatologie a fetomaternální medicíny. Pořádáním této akce byli pro tento rok pověřeni zástupci brněnského perinatologického centra, kteří zvolili prostředí historického Mikulova, jež je prochnuto vinařskou tradicí propojenou s oblastí Pálavy a celého regionu.

Konference se konala v Jihomoravském kraji po téměř 20 letech a hostil ji Hotel Galant, který se opakovaně osvědčil nejen při pořádání četných kongresů a sympózií, ale i jako jedno z kulinářských center jižní Moravy.

Hlavním tématem konference byla kardiovaskulární a hematologická

problematika v porodnictví, která zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu porodnické péče.

Ještě před vlastním zahájením konference proběhlo jednání stávajícího výboru Sekce perinatologie a fetomaternální medicíny České gynekologické a porodnické společnosti (SPFM ČGPS) a setkání výboru SPFM s regionálními perinatology, kterého se za Jihočeský kraj a naše centrum zúčastnil MUDr. Velemínský. Proběhl také workshop pro porodní asistentky na téma „Intrapartální hypoxie plodu, monitorování plodu za porodu“.

Následující den se již naplno rozběhl novinkami nabitý odborný program. Jako již tradičně patřil úvod konference excelentní analýze výsledků perinatální a neonatologické péče za rok 2017 (MUDr. Velebil, Prof. Plavka). Celá Česká republika, stejně jako Jihočeský kraj, si drží velmi vysokou kvalitu poskytované

péče jak na úrovni perinatální mortality, tak i v dalších ukazatelích. Celková perinatální mortalita za rok 2017 byla 4,72 promile, což znamená nepatrné zlepšení oproti roku 2016.

Co se týče císařský řezů, již druhý rok po sobě dochází k mírnému poklesu jejich frekvence. Za rok 2017 to bylo v rámci celé ČR 24,5 %. Naopak byl konstatován nárůst počtu poporodních hysterektomií v souvislosti s patologickou inzercí placenty u žen po císařském řezu v předchozím těhotenství. Pokud jde o vaginální extrakční operace, dlouhodobě se potvrzuje trend nárůstu vakuumextrakcí (VEX) na úkor klešťových porodů, přičemž v roce 2017 činil podíl těchto porodnických operací 3,2 %.

Vzhledem k pokrokům v asistované reprodukci se v roce 2017 snížil podíl



Mikulov | Foto: autoři článku

vícečetných gravidit na 1,41 % (maximum z roku 2010 bylo 2,13 %). Dále se zvyšuje průměrný věk žen při porodu, který je nyní v ČR 30 let (při porodu prvního dítěte je 28 let). Bylo konstatováno, že se díky systémovým opatřením a nezměrnému úsilí a nasazení všech zúčastněných daří udržovat perinatální úmrtnost na úrovni okolo 5 promile, a to i přes negativní vliv demografických faktorů. Daří se také držet vysokou míru centralizace rizikových a patologických gravidit a novorozenců. Neonatologická péče nadále dosahuje vynikajících výsledků.

Hodnocení výsledků neonatologické péče pak byla věnována další podstatná část konference. V posledních letech je zaměřena nejen na problematiku specializované péče o novorozence v České republice, ale i na analýzu dat z mezinárodní databanky e-newborn, do které je naše neonatologické pracoviště již několik let díky MUDr. Pavlu aktivně zapojeno. Z rozboru agregovaných dat prezentovaných za Českou neonatologickou společnost prof. Plavkou je zřejmé, že počet živě narozených novorozenců za poslední čtyři roky pozvolna stoupá. Nyní dosáhl hranice 111 tisíc. Z pohledu porodnosti zaujímá Jihočeský kraj 8. místo mezi čtrnácti kraji České republiky. Novorozenecká úmrtnost činí 1,58 promile, což je stále, navzdory mírnému vzestupu o 0,3 promile od roku 2014, jedna z nejnižších hodnot z celosvětového pohledu. S tím souvisí jednak narůstající počet živě narozených novorozenců v kategorii pod 750 gramů porodní váhy a také lehce zvýšená úmrtnost na závažné vrozené vývojové vady. Příznivé je, že ve stejném období počet novorozenců s nízkou porodní váhou mírně klesá a nyní tato kategorie novorozenců činí 7,8 % ze všech narozených.

Pozornost neonatologů u nás i na celém světě je upřena nejen na snižování úmrtnosti, ale hlavně na snižování závažné nemoci, především u těžce nedonošených novorozenců. Toto je velmi důležitý faktor pro následnou redukci trvalých postižení extrémně nezralých dětí. Součástí těchto snah je také již zmíněná analýza dat z mezinárodní databáze e-newborn, která každému z našich pracovišť pomáhá prakticky on-line definovat priority naší péče. Velká pozornost je věnována péči o novorozence s těžkým až extrémním stupněm nezralosti, především pak dětí narozených do 25. týdne těhotenství. U této skupiny novorozenců panuje mezi českými centry zatím velká nejednotnost v aplikaci jednotlivých postupů. Především v oblasti připojení na invazivní ventilační podporu (připojení na ventilátor) místo zahájení méně invazivní podpory dýchání, kdy se využívá až neuvěřitelné schopnosti těchto dětí samostatně dýchat. Totéž se týká způsobů aplikace některých léků přímo na porodním sále. Méně invazivní přístup se vždy odráží v menším počtu závažných komplikací, které následně prokazatelně ohrožují další vývoj nedonošených dětí.

Z pohledu našeho centra se jeví výsledky péče o extrémně nezralé novorozence jako velmi dobré. To však v žádném případě neznamená, že například ve zmíněné oblasti snížení invazivity péče na porodním sále necítíme významnou rezervu. Naopak, toto je pro naše neonatologické pracoviště jedna z prioritních oblastí, ve které se ve spolupráci s porodníky snažíme posunout dále dopředu.

Další bloky se týkaly hematologických a kardiovaskulárních onemocnění v těhotenství. Byly prezentovány nejnovější

poznatky týkající se DIC v porodnictví a jeho prevence a managementu. Velká pozornost byla dále věnována těhotenským koagulopatiím a peripartální kardiomyopatii. Bylo konstatováno, že genetické testování trombofilních stavů v gynekologii a porodnictví má být indikováno jen selektivně, a to ve vybraných klinických situacích, přičemž má smysl testovat pouze mutace pro faktor V (Leidenská mutace) a faktor II (protrombin). První jednací den byl pak zakončen blokem zajímavých a podnětných volných sdělení.

Po náročném programu se v prostorech kongresového centra konal společenský večer, který podtrhl tradičně vysokou úroveň akce a přispěl k možnosti neformálních diskusí.

Druhý jednací den pokračoval volnými sděleními, po nichž následoval blok diskutující nové doporučené postupy v porodnictví. Ty nejzásadnější se týkají život ohrožujícího peripartálního krvácení, porodnické analgesie a hypertenze v těhotenství. Zde se důležitá změna týká přístupu k diagnostice a managementu preeklampsie, kdy se upouští od vyšetřování kvantitativní proteinurie a je doporučeno vyšetřování poměru albumin/kreatinin (ACR) z jednoho vzorku moči s cut-off hodnotou ≥ 30 .

Velkou odezvu pak měly prezentace problematiky týkající se informovaného souhlasu k porodu, kde by za optimální byl považován konsensus o jeho jednotné podobě, což se však nejeví v brzké době jako reálné. Velmi zajímavá byla také prezentace dosud získaných údajů z registru o komplikacích domácích porodů za období zhruba 1,5 roku, do nějž přispívají porodnice z celé České republiky.

Výstupem do praxe pro naše oddělení bude další optimalizace procesů managementu těhotenských patologií, zavedení nových doporučených postupů a výchova mladých kolegů a kolegyň v perinatologické problematice. Je možné konstatovat, že výsledky našeho Perinatologického centra, jak ze strany porodnické, tak neonatologické, jsou v souladu s celorepublikovou vysokou úrovní poskytované péče.

Touto cestou si dovoluujeme poděkovat vedení Nemocnice České Budějovice, že nám účast na této akci umožnilo.

Za kolektiv pracovníků GPO
MUDr. Miloš Velemínský, Ph.D.
Gynekologicko-porodnické odd.

Za neonatologické oddělení
Prim. MUDr. Milan Hanzl, Ph.D.

Mýty v psychiatrii

Psychiatrie je jako obor opředená řadou mýtů a pověr. Zřejmě žádný jiný lékařský obor se nemusí potýkat s tolika různými nedorozuměními a někdy i úsměvným nepochopením jak ze strany pacientů, tak ze strany kolegů. V rámci rozsahu tohoto článku není možné se podrobně zabírat všemi mýty, proto budou zmíněny alespoň ty nejčastější.

Duševní onemocnění znamená být blázen.

Blázen je člověk, který se z vlastního rozhodnutí dobrovolně neřídí obecně akceptovanými sociálními normami kultury, která jej obklopuje. Duševní nemoc je označení stavu jedince, který znemožňuje nositeli plnění obvyklých rolí z důvodů nemoci (poruchy zdraví). Jedinec ale nemůže tento stav svou vůlí odstranit.

Duševní onemocnění je nemoc jako každá jiná. Má své příčiny, průběh, způsob léčby a případné následky. Bolest, kterou duševní nemoc způsobuje pacientovi, je ale často mnohem horší a hůře snášená, než jak je tomu u bolesti tělesné.

Z duševní nemoci se nelze uzdravit.

Léčba duševních chorob není jednoduchá a často trvá mnohem déle než jen několik dnů či týdnů. Někdy může být i celoživotní. Současné léčebné postupy umožňují většině pacientů vést plnohodnotný běžný život. Pacienti již nekončí „na doživotí“ v psychiatrických léčebnách, ale fungují v komunitě, rodině, sociálním prostředí. Problémem v léčbě bývá často prostředí a způsob života, který pacient vede, ale nechce ho změnit. Z toho pak může vzniknout dojem, že se duševní choroba nedá léčit.

Duševně nemocní jsou nebezpeční nebo agresivní.

Duševně nemocní pacienti jsou především díky vlivu médií neoprávněně považováni za agresivnější než běžná populace. Psychiatrické statistiky a výzkumy však přesvědčivě dokazují, že agresivita u duševně nemocných osob není, obecně vzato, větší než u zbytku populace. Tento mýtus podporuje stigmatizace duševní chorobou a nepochopitelnost některých činů, kterých se mohou duševně nemocní dopustit.

Mezi psychiatrem a psychologem není žádný rozdíl.

Právě naopak. Jedná se o dvě odlišné profese, které se bez vzájemné spolupráce neobejdou, ale vyžadují odlišné vzdělání. Psychiatr je lékař, který má vystudovanou

lékařskou fakultu. Psycholog je většinou absolventem filozofické fakulty. Psychiatrie je lékařský obor, který léčí nemoci mozku, projevující se v myšlení, emocích, vnímání a také chování nemocných. Psychiatrie tedy léčí prokázaná nebo předpokládaná onemocnění mozku, jejichž příznakem jsou narušené vztahy člověka k sobě nebo k druhým lidem. Psychologie studuje lidské chování, mentální procesy a tělesné dění včetně jejich vzájemných vztahů a interakcí (souhrnně označovaných jako psychika) a snaží se je popsat, vysvětlit a predikovat.

Z duševní nemoci je možné se uzdravit popovídáním si s odborníkem.

Psychoterapie zaujímá nezastupitelné místo v léčbě duševních poruch, ale není jediným léčebným prostředkem. Psychoterapie není jen povídání o problémech pacienta. Jde o léčebné působení psychologickými prostředky, které zkušený psychoterapeut vhodně používá. S pacientem se během terapie hovoří, ale používají se i neverbální techniky jako kresba, pohybové techniky, hudba a další. Psychoterapie je dlouhodobý, několik let trvající proces vyžadující intenzivní spolupráci ze strany pacienta.

Psychiatr vás potká a hned o vás všechno ví.

Psychiatr nemá žádné zvláštní schopnosti, díky kterým by mohl pouhým pohledem odhalit duševní nemoc druhého. Více než ostatní lékařské obory ale využívá kontakt a rozhovor s pacientem. Psychiatrické vyšetření má své zákonitosti a postupy. Někdy může být diagnóza stanovena skutečně „mezi dveřmi“, někdy ale může trvat i několik let, než je správná diagnóza odhalena. Ke správné diagnostice psychiatr využívá dostupné postupy somatických oborů a mezioborovou spolupráci.

Chtěl bych si jít odpočinout a pracovat na psychiatrii, tam se jen povídá.

Práce na psychiatrii je náročná nejen fyzicky, ale hlavně psychicky.

Zdravotní personál se o pacienty stará stejně jako na jiných odděleních. Navíc je ale potřeba připočítat psychickou náročnost práce s duševně nemocnými spočívající v intenzivním kontaktu s pacienty.

Existuje kouzelná tableta, která vše vyřeší.

Neexistuje žádná taková „kouzelná tableta“, která by nás zbavila problémů světa, které si někdy zapříčiňujeme sami. Zamyšlení se nad způsobem života a změna životního stylu často mohou takovou kouzelnou tabletu nahradit.

Prim. MUDr. Jan Tuček, Ph.D.

Psychiatrické oddělení



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

Klíšťata a komáři budou lékaře stále zaměstnávat



MUDr. Aleš Chrdle

Mnohdy si myslíme, že exotické infekční nemoci lze chytit pouze při cestování po Africe nebo Indii, ale i oblasti jižní a východní Evropy jsou pro infektology velmi zajímavé. Méně příjemné jsou dovezené nemoci pro naše pacienty.

Nice, Ravenna, Dubrovník či Balaton mnohdy pacientům nestojí za zmínku, když se jich při vyšetření lékař zeptá, kde všude v poslední době cestovali. Právě tyto oblasti se ale díky změně klimatu a rozšíření klíšťat a komárů do nových lokalit stávají ohnisky přírodních virových nákaz, které tyto členovci přenášejí. Jedná se o arbovirové nemoci.

První jarní dny se v neobvykle zasněžené Bukurešti konal workshop na téma nové a staronové arbovirové infekce. Workshopy o aktuálních tématech v oblasti mikrobiologie a infekčních nemocí pro mladé specialisty pravidelně po celé Evropě pořádá ESCMID (Evropská společnost pro

klinickou mikrobiologii a infekční nemoci). Tento seminář přilákal přes stovku lékařů i veterinářů ze střední, jižní a východní Evropy. Pozvaní přednášející předávali své poznatky a zkušenosti ohledně jednotlivých nemocí a způsobech, jak tyto epidemie zvládat. Workshop koordinovala skupina lektorů z Oxfordu za účasti přednášejících z Velké Británie, Řecka, Švédska, Nizozemska a domácího Rumunska. Já jsem byl zástupcem České republiky.

Na workshopu bylo možné získat nejnovější poznatky o výskytu, klinických projevech, diagnostice i léčbě jak exotických nemocí typu horečky dengue nebo krymsko-konzské hemoragické horečky, ale také k nám se blížící západonilské horečky (West Nile fever) či horečky papatači (sandfly fever) a chikungunya. Tyto exoticky znějící nemoci je možné přivést z Maďarska, Rumunska a Řecka (západonilská horečka), střední Itálie (chikungunya) nebo jižní Francie, Itálie či Chorvatska (horečka papatači). Nemluvě o horečce dengue, jedné z nejčastěji dovážených infekcí ze vzdálenějších krajín.

Zajímavým a velmi poučným zpestřením bylo jedno odpoledne celé věnované zvládnutí nové epidemie, neznámé nemoci postihující lidi, vepře a koně v jedné imaginární evropské zemi. Účastníci semináře byli rozděleni do skupinek po 3 až 4 osobách. Jednotlivé skupiny měly jednat a komunikovat, jako by byly regionální hygienická služba, regionální veterinární služba, evropská agentura pro infekční nemoci, státní referenční laboratoř, vedení místní nemocnice, evropská komise pro bezpečnost potravin a podobně. Každá skupina postupně dostávala různé informace od vedoucího kursu a musela tyto informace analyzovat a sdílet s ostatními skupinami. Několik přednášejících mělo roli novinářů, takže chodili mezi skupinami a přenášeli částečné, zjednodušené a někdy zkreslené informace. Součástí práce, kterou musely jednotlivé skupiny vykonat, bylo také komentovat a dementovat různé zprávy a názory. Hraná tisková konference v závěru celého odpoledne tak byla co do průběhu velmi zajímavá.

Mým úkolem bylo přednášet o klíšťové encefalitidě, která je pro mnohé z evropských kolegů exotickou nemocí, tak jako pro nás je exotická například horečka chikungunya. V naší nemocnici každoročně hospitalizujeme více nemocných s klíšťovkou, než kolik je

za stejnou dobu hospitalizováno v celém Rakousku. Jižní Čechy jsou tradičně hyperendemickou oblastí. Srovnatelnou hustotu mají na světě jen některé oblasti kolem slovinské Lublaně a v Pobaltí.

Klíšťová encefalidita je virové onemocnění přenášené klíšťaty, které do jednoho až dvou týdnů od nákazy, tedy přísátí nakaženého klíštěte, nejprve vyvolá příznaky podobné chřipce, které záhy odezní. Tím bohužel nemoc nekončí, protože po několika dnech klidu se u velké části pacientů rozvine zápal mozku a mozkových blan (encefalitida a meningitida) s úpornými bolestmi hlavy, vysokými horečkami, zvracením, spavostí, zmateností a někdy až bezvědomím. U části pacientů následně dochází k ochrnutí některých svalových skupin, často horních končetin. Nejzávažnější je ochrnutí polykacích a dýchacích svalů. V takovém případě bývá léčba obtížná a uzdravení velmi nejisté. Nemoci podlehne při dostupnosti kvalitní péče zkušeného týmu zdravotníků sice jen 1 % nemocných, ale zhruba pětina až čtvrtina si nese doživotní následky. Z těch zbylých šťastnějších velká část strádá dlouhé měsíce bolestmi hlavy, poruchou spánku, zhoršenou koncentrací, depresemi, poruchou sexuálních funkcí a obecně nevykonností a snadnou unavitelností. Tomuto stavu se říká postencefalitický syndrom. Klíšťovka probíhá nejzávažněji u lidí nad 50 let, ale i u dětí se při zdánlivě nezávažném průběhu popisují „měkké“ následky, jako je zhoršení prospěchu ve škole, poruchy pozornosti či zhoršení poruch učení.

Proti klíšťovce není zatím dostupný žádný účinný lék, i když vědci zkoušejí různá antivirotika, zatím pouze na laboratorních myších (včetně týmu docenta Daniela Růžka z českobudějovického Biologického centra České akademie věd). U lidí se nabízí zatím jediné řešení - na klíšťovku pomyslet dřív, než se vyrazí na borůvky nebo na houby, a nechat se naočkovat.

Nyní je ideální doba na zahájení očkování. První dvě injekce se stihnou do léta, což zajišťuje 90% účinnost. Dokončení očkování a dosažení více než 99% účinnosti probíhá na podzim nebo během zimy, například společně s vakcínou proti chřipce. Poté je pro zajištění trvalé ochrany nutné přeočkování každých 3-5 let.

Zdravotní pojišťovny na očkování částečně přispívají. V sousedním Rakousku je očkování plně hrazeno a v důsledku toho je proočkováno přes 80 % populace, na rozdíl od jihočeských 30 %. Proto se také tamní lékaři setkávají s pacienty postiženými klíšťovkou jen velmi vzácně.

MUDr. Aleš Chrdle
Infekční oddělení

Správnými ošetrovatelskými postupy ochráni sanitáři sebe i pacienty

Nemocnice České Budějovice se jako jedna z mála věnuje dalšímu vzdělávání ošetrovatelského personálu v kategorii sanitář. O tom, jak je přínosné pro personál i pacienty, hovoří Mgr. Marie Schusterová, vrchní sestra rehabilitačního oddělení.

Další vzdělávání sanitářů je mezi nemocnicemi poměrně unikátní. Proč se věnujete právě jejich vzdělávání?

Protože tato kategorie pracovníků je v nemocnici velice potřebná a také proto, že po ukončení kvalifikačního kurzu se jim další možnosti profesního rozvoje většinou nenabízí. Pokud ano, spíše se jedná o nácvik určitých manuálních dovedností na některých specializovaných pracovištích. Přitom medicína se velmi rychle vyvíjí a prováděné výkony jsou vysoce specializované. A k tomu je potřeba nastavit i kvalitní ošetrovatelskou péči poskytovanou napříč všemi ošetrovatelskými profesemi. Tito pracovníci jsou s pacienty v bezprostředním kontaktu a tráví s nimi při provádění základní ošetrovatelské péče mnoho času. Mohou tedy velmi brzy zaznamenat počínající změny jejich zdravotního stavu či získat potřebné informace pro plánování další péče.

Jaké nebezpečí hrozí, pokud by nebyl sanitář průběžně vzděláván?

Nedá se hovořit přímo o nebezpečí, ale nedostatečně nastavená a nedůsledně prováděná ošetrovatelská péče může pacientovi výrazně prodloužit pobyt na lůžku. Nesprávně umístěné polohovací pomůcky či jiné předměty v lůžku a nedostatečná hydratace či hygiena mohou způsobit vznik dekubitů. A samozřejmě pokud nemají tito pracovníci dostatek informací, hůře se jim spolupracuje i v rámci multidisciplinárního týmu.

Sanitáři s pacienty fyzicky manipulují. Je vůbec možné jim tak náročnou činnost nějak ulehčit?

Manipulace s pacientem je sice fyzicky velmi náročná pro pracovníky, ale nesmíme zapomínat, že i pro pacienty samotné je každý přesun vyčerpávající. Sanitář musí respektovat zdravotní stav pacienta, pozorovat jeho reakce a snažit se ho přimět ke spolupráci, pokud je to možné. Při nesprávně prováděném postupu manipulace s pacienty může docházet k dlouhodobému přetěžování pohybového aparátu a následkem toho až k onemocnění. Proto se sanitáři vzdělávají, aby uměli chránit sebe i pacienty.

Správná fyzická manipulace s pacienty je bezesporu důležitá pro nemocné i ošetrovatelský personál. Vzdělávají se ale tito pracovníci ještě v jiných směrech?

Samozřejmě se snažíme během vzdělávání předávat informace z co nejširšího spektra ošetrovatelské péče. Probíhají školení na téma srororigenních ran, zaměřená na rizika a poruchy celistvosti kůže či sliznic, jako je například vznik dekubitů či plenkové dermatitidy nebo strhnutí kůže náplastí. Dále jsou vybraní pracovníci školeni v konceptu bazální stimulace. Základní myšlenkou tohoto konceptu je stimulovat pacienta, aby znovu vnímal své tělo a pomocí určitých metod kvalitněji vnímal i okolní svět, a následně s ním navázat komunikaci. Pokud nám pacient nerozumí, nechápe, co se s ním děje, a základní ošetrovatelská péče může být pro něho traumatizující. Koncept bazální stimulace lze využít u všech věkových kategorií. Je proto výhodné, pokud s tímto konceptem umí pracovat celý ošetrovatelský tým.

Jak lze situaci zlepšit?

Snažíme se získat důvěru pacientů pomocí dobré komunikace a péče, která vychází z jejich potřeb a probíhá v přátelském prostředí. Pokud to podmínky na pracovišti dovolují, může rodina pacientovi přinést osobní předměty, jako je například oblíbený polštář, fotografie či kosmetika, aby se pacient cítil o něco příjemněji.

Jaký je mezi sanitáři zájem o vzdělávání?

S tímto typem vzdělávání jsme začali na žádost samotných sanitářů. Po ukončení kvalifikačního vzdělání nás oslovovali s tím, že by uvítali další možnosti vzdělávání pro svou kategorii.

Jaké schopnosti by člověk měl mít, aby mohl odvádět co nejlepší práci?

Z mého pohledu je ve zdravotnictví potřeba velké míry empatie a porozumění, stejně jako snahy pomáhat. Přestože je tato práce fyzicky i psychicky náročná, setkávám se s mnoha lidmi, které naplňuje. Proto bych ráda poděkovala všem kolegům a pracovištím, které se do tohoto projektu vzdělávání zapojili a pro které není nic problém. Všichni totiž víme, že děláme práci, která je prospěšná pro nás všechny.

Redakce



Mgr. Marie Schusterová | Foto: Jan Luxík

Mezinárodní seminář novorozenecké intenzivní péče

V březnu letošního roku jsem se zúčastnila 2. mezinárodního workshopu Intenzivní medicíny v novorozeneckém věku, který se konal v italské Veroně. Workshop byl rozdělen do 6 sekcí s různým tematickým zaměřením.

V bloku o výživě novorozenců zazněly přednášky o infuzní terapii a dávkování jednotlivých nutrientů včetně iontů, aby bylo

vývoj nebyl prokázán.¹ Velký důraz se proto klade na podporu plného kojení a omezení dokrmů, pokud je to možné. Zároveň jsou při kojení tolerovatelné i menší váhové přírůstky než 100 g za týden.

Další hlavní blok workshopu byl věnován resuscitaci a stabilizaci novorozence na porodním sále a podávání surfaktantu.²

surfaktantu v plicích, v jejímž důsledku dochází k lepšímu vývoji plic. Na našem pracovišti v současné době podáváme surfaktant metodou INSURE a LISA, přičemž metodu podání volíme dle klinického stavu pacienta.

Velmi zajímavá byla přednáška o ventilaci NAVA (Neurally Adjusted Ventilator Assist), která se v USA používá již několik let. Jedná se o ventilaci umožňující lepší synchronizaci ventilačního přístroje s pacientem. Pomocí čidla zavedeného do žaludku přes jícn se snímá elektrický potenciál bránice, ze kterého se generuje signál, který předává ventilačnímu přístroji impuls k nádechu. Tímto mechanismem se snižuje dechová práce, zlepšuje se funkce plic a snižuje se celková doba ventilace. Tato přednáška pro mě byla trochu jako ze světa science fiction, neboť v České republice není kvalitní měření elektrického potenciálu bránice momentálně dostupné.

V sekci High-tech monitorace mě zaujala přednáška o využití NIRS (Near infrared spectroscopy – spektroskopie v blízkosti infračerveného spektra) během stabilizace novorozence na porodním sále. Z takto získaných dat lze predikovat budoucí neurokognitivní vývoj dítěte. Na našem oddělení používáme NIRS monitoraci pouze u kriticky nemocných dětí k detekci rizika poškození mozku. V současnosti plánujeme zavedení této monitorace i na porodním sále během stabilizace po porodu u extrémně nezralých či patologických novorozenců.

Na workshopu jsem měla možnost se seznámit s několika zajímavými technologiemi a nejnovějšími postupy. Pro příklad uvádím řízené podávání kyslíku při ventilační podpoře metodou PRICO (Predictive Intelligent Control of Oxygenation) a výše zmíněnou metodu LISA. Obě tyto novinky na našem pracovišti používáme přibližně půl roku.

MUDr. Alena Kárová
Neonatologické oddělení



Balkón Julie Kapuletové

u dětí dosaženo správného váhového přírůstku a vývoje mozku, kostí a dalších orgánů.

Velmi zásadní byla přednáška o přirozené a umělé výživě novorozenců. Aktuálním problémem současné doby je překrmování dětí v novorozeneckém a kojeneckém věku, kdy váhový přírůstek za týden mnohdy přesahuje 200 g. To způsobuje rozvoj metabolického syndromu u dětí již ve školním věku a může zapříčinit civilizační onemocnění (například obezitu, diabetes druhého typu či hypertenzi). Děti s větším váhovým přírůstkem mají sice větší objem mozku, ale lepší neurokognitivní

V současnosti řeší neonatologie variabilní přístupy k podávání surfaktantu. Diskutují se metody INSURE (Intubation SURfactant Administration), LISA (Less Invasive SURfactant Administration) a MIST (Minimal invasive surfactant therapy) a probíhají i studie, kdy se surfaktant nepodává do plic, ale jen do hrtnu a horní části průdušnice. Hlavním důvodem je snaha o co nejmenší invazivitu během podávání surfaktantu, neboť je prokázáno, že během intubace dochází ke zvýšení krevního tlaku, čímž se významně zvyšuje riziko krvácení do mozku. Z aktuálních studií vychází metoda LISA jako nejlepší metoda distribuce

1 - Neurokognitivní vývoj je soubor rozpoznávacích funkcí týkající se vnímání a myšlení, který zahrnuje paměť, orientaci, jazykové dovednosti, úsudek, vizuálně-prostorové schopnosti, koncentraci, schopnost plánovat apod.

2 - Surfaktant je povrchově aktivní látka složená z fosfolipidů, která pokrývá vnitřek plicních sklípků. Tato látka snižuje povrchové napětí, čímž brání smrštění sklípků a následnému kolapsu plice. Tato látka je v dostatečném množství přítomna v plicích donošených novorozenců, ale u předčasně narozených dětí je jí nedostatek.

Zpráva ze služební cesty do Berlína

Ve dnech 5.-7. dubna 2018 jsme se s kolegy MUDr. Sadovským a MUDr. Ryplem z traumatologie zúčastnili mezinárodního kurzu věnovanému onemocnění ramene v Berlíně (Berlin International ShoulderCourse). Tento kurz byl organizován pod záštitou berlínské univerzitní kliniky Charité a konal se v hotelu Intercontinental poblíž známé berlínské ZOO.

Třídenní program byl tematicky strukturován a rozdělen do několika bloků. Většinu přednášek a lekcí vedli přední celosvětoví odborníci. Mezi jinými je nutno zmínit velikány ortopedické chirurgie, jako je Gerber, Lafosse, Romeo, Tokish, Scheibel, Castagna či Sugaya.

První den byl věnován při příležitosti stého výročí popsání metody otevřené stabilizace ramenního kloubu kostním štěpem právě problematice glenohumerální instability. Diskutovány byly jak přímé stabilizace zajištěné měkkými tkáněmi, tak i různé techniky řešení kostních defektů. Ústředním tématem druhého dne byly trhliny rotátorové manžety a rozličné principy terapie od anatomických reinzercí po metody managementu masivních nerekonstruovatelných trhlín augmentačními technikami či svalovými transfery. Třetí den se pak přednášející zabývali nestabilitami akromioklavikulárního skloubení, patologiemi lopatky a specifiky léčby vrcholových sportovců.

Hlavní část tvořily moderované desetiminutové přednášky, po nichž následovala vždy krátká diskuze. Některé příspěvky byly více teoretické, respektive vědecké, jiné byly věnovány spíše konkrétním chirurgickým technikám. Každý den navíc probíhal blok přednášek rozšířený o půlhodinovou souhrnnou lekci vedenou některým z čestných francouzských hostů kongresu. Tyto lekce byly někdy velmi edukativní, jindy spíše inspirativní, vždy však velmi zajímavé. Další sekcí programu byly takzvané „round table case discussion“. V zásadě se jednalo o řízenou diskusi čtyř řečníků nad vybranými kazuistikami. Dá se říci, že tato část dokumentovala, že v relativně jasných případech není problém najít konsenzus v řešení, zatímco u složitějších a méně jednoznačných situací by každý z odborníků postupoval poněkud odlišně.

To potvrdil i další úsek programu - interaktivní minisouboje. Vždy dva řečníci hovořili na stejné kontroverzní téma, prezentovali svůj přístup a obecenstvo poté hlasovalo online, který z pohledů jim byl bližší. Každý den byl navíc oživen přímými přenosy z operačních sálů. Pro mě jako mladého chirurga bylo velmi zajímavé vidět, že i když operaci provádějí největší světová esa, výkony neprobíhají podle nějakého předem připraveného scénáře. Každému se operace méně či více zkomplikovala. O to bylo ale zajímavější pozorovat, s jakou elegancí se dotyční s nenadálou situací vyrovnali. Člověk měl možnost vidět, co opravdu dělá velkého chirurga velkým chirurgem. Za příplatek nad

rámeček základního rozsahu kurzu bylo možné se přihlásit na individuální lekce a workshopy, ale těch jsem se již nezúčastnil.

Celkově pro mne byla akce velmi přínosná. Ověřil jsem si, že metody, které používáme k léčbě pacientů na našem oddělení, jsou v souladu se světovými trendy. Tyto postupy jsem ovšem do určité míry jen „slepě“ přejímal od zkušenějších kolegů. Na tomto kurzu jsem však získal vhled do hlubších souvislostí a určitých rozhodovacích algoritmů, které budu nyní schopen používat vědoměji. Rozdíl, který samozřejmě nelze nevnímat při konfrontaci se zahraničními kolegy, spočívá v jejich větších finančních možnostech.

Za příležitost zúčastnit se tohoto kongresu bych rád poděkoval nejen naší nemocnici, ale i firmě Johnson & Johnson, která naši účast svým sponzorským darem umožnila.

MUDr. Kristián Abrman
Ortopedické oddělení



MUDr. Kristián Abrman | Foto: Jan Luxík

Zvládl bych to s rakovinou?

Roční výdaje 288 000,-

POJIŠTĚNÍ Fénix
Po celý červen se 40% slevou

Až vám osud vystaví účet, my ho za vás zaplatíme

Propuknutí rakoviny a následná léčba mají často za následek značné snížení pracovní schopnosti a tím i rodinných příjmů. Proto je tu Pojištění Fénix, které vám v případě diagnózy rakoviny vyplatí až **5 000 000 Kč**. www.pvzp.cz | www.pojisteni-fenix.cz



Vážení čtenáři, ve spolupráci s lékárnou naší nemocnice jsme pro vás připravili křížovku o ceny. Tři vylosovaní výherci získají balíčky se sortimentem lékárny v hodnotě 300 Kč.

Tajenku do slosování pošlete na e-mail: spokojenost@nemcb.cz. Nezapomeňte uvést své kontaktní údaje.

O výhře budete informováni e-mailem. Přejeme příjemné luštění a těšíme se na vaše řešení!

POMŮCKY: MANUL. OI, ORT	NATAHOVATI (KNIŽNĚ)	KRAVÁL (EXPRES.)	HROMADA HLUŠINY	UKAZOVACÍ ZÁJMEMO	JMÉNO HERČKY JANŽUROVÉ	POHOVKA S OPĚRADLY	CITO-SLOVCE PLÁČÁNÍ DLANĚMI	PŘEDSTAVITEL UNI-VERZITY	PŘÍPRAVEK K LÉČBĚ ALKOHO-LIKŮ	ANGLICKÝ ZÁPOR	VZOREC OXIDU ZLATA		UPJĚT	CELNÍ DO-KLAD MO-TOROVÝCH VOZIDEL	SLADKO-VODNÍ RYBA (ZDROB.)	ŽENA OD-VÁDĚJÍCÍ POPLATKY	ZESILENÝ ZÁPOR	NÁTĚROVÁ HMOTA
SKUPINA NEPŘÁTEL												ČESKÝ HEREC						
1. DÍL TAJENKY												PODNIK V RAKOVNÍKU DOVED-NOST						
OKRESNÍ NÁRODNÍ VÝBOR (ZKRATKA)				SILNÁ EMOCE STAR. ŽEN. JMÉNO						ZAKŘIKNU-TÝ ČLOVĚK RAMENNÍ SVÁL								
OZNÁMIT POLICII					CHEMICKÝ PRVEK 3. DÍL TAJENKY						ASLUSKÁ KOČKA LYŽAŘSKÁ VĚTROVKA						STAVBA PRO SKOT	ČESKÝ HEREC
LITINOVÝ PLÁT (ZDROB.)						JEDO VATÝ HAD CETKA							DRŽÁK RUKOPISU HUSARSKÝ KABÁTEC					
49 (ŘÍMSKY)				STARÁ ČES-KÁ MINCE SMĚS TRÁSKAVIN			TROSKA POLNÍ MÍRA						AKVARIJNÍ RYBKA TUHÝ KOM. ODPAD (ZK.)					
	ÚDER NOHOU	KULOVÁ PLOCHA PODŘADÍCÍ SPOJKA						SKOTSKÝ PROZAK OPER. SKU-PINA (ZK.)						UZENKA AKAD. VÝTV. UMĚNÍ (ZKRATKA)				
KUŘECÍ HRDINA Z KRESLENÉ POHÁDKY									ŽENSKÉ JMÉNO JAPONSKÁ ŘEKA								JMÉNO JAHELKY TŘEBAŽE	
PŘESTAT TRÁPIT							2. DÍL TAJENKY											
NOČNÍ OBLEČENÍ							SLOVENSKÝ PREZIDENT						MOUDRÝ					

Vydává Nemocnice České Budějovice, a.s. | Odpovědní redaktoři: Bc. Iva Nováková, MBA, kolektiv | Redakční rada: MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D., MUDr. Petr Pták, Ph.D., Mgr. Ondřej Scheinost, MUDr. Miroslava Nevšímalová, MUDr. Aleš Chrdle | Bezplatné | Náklad 2 000 ks | Pouze pro vnitřní potřebu Nemocnice České Budějovice, a.s. | Produkce: TRIMA CB s. r. o. | Tisk: INPRESS, a.s., Tiskárna České Budějovice | Za tiskové chyby neručíme.