

NEMOCNIČNÍ

zpravodaj

PROSINEC 2021

PŘEDSTAVUJEME:

**ODDĚLENÍ
OTORINOLARYNGOLOGIE
A CHIRURGIE HLAVY
A KRKU (ORL)**



**Co mít v domácí
lékárničce**

Ing. Milan Voldřich, MBA

ředitel Úseku personálního

**Po celou dobu práce v nemocnici
jsem měl štěstí
na spolupracovníky**

Obsah



- 1 / **Úvodník předsedy představenstva**
- 2 / **Rozhovor s ředitelem Ing. Milanem Voldřichem, MBA**
- 6 / **Představujeme: Oddělení otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku (ORL)**
 - 6 / Historie ORL oddělení
 - 8 / Současnost ORL oddělení
 - 13 / I dnešek bude jednou historií – zamyšlení nad prací sester na ORL oddělení
 - 15 / Otologická péče a otochirurgie na ORL oddělení
 - 16 / Rinologie na ORL oddělení Nemocnice České Budějovice
 - 18 / Audiologie a neurootologie na ORL oddělení
 - 19 / Dětská otorinolaryngologie v Nemocnici České Budějovice
 - 20 / Foniatrie
 - 21 / Klinická logopedie
 - 22 / Práce sestry na ORL oddělení
 - 24 / Dysfagiologická poradna ORL oddělení Nemocnice České Budějovice
 - 24 / Laryngektomií rozpravy nekončí
 - 26 / Sluchadla
- 29 / **Lékárenská pohotovost není nonstop lékárna**
- 30 / **Co by nemělo chybět v domácí lékárně**
- 32 / **Konference zaměřená na léčbu atopického ekzému**
- 33 / **Podzimní setkání dermatologů jihočeského regionu**
- 35 / **Konference nemocničních gynekologů a porodníků**
- 36 / **Expektační postup... když každý den rozhoduje!**
- 37 / **Výsledky výzkumu českobudějovických neurochirurgů byly otištěny v renomovaném časopise**
- 40 / **Naši traumatologové si v rámci AO Trauma Master kurzu jako první na světě vyzkoušeli implantaci reverzní totální endoprotézy při zlomenině hlavice pažní kosti**
- 41 / **Srdce aneb nežij(e)me jenom medicínou**
- 43 / **Po roční pauze se českobudějovická nemocnice opět prezentovala na veletrhu práce Trimed Job**
- 44 / **Přivítali jsme nové dárce**

Úvodník předsedy představenstva MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

Pane předsedo, co je v českobudějovické nemocnici nového?

Od 1. 1. 2022 dochází k několika zásadním změnám na vedoucích pozicích. Novým ředitelem Úseku interních oborů se stává primář Infekčního oddělení MUDr. Aleš Chrdle, který nadále zůstává i v čele Infekčního oddělení. Od roku 2019 nebyla pozice ředitele Úseku interních oborů obsazena a jeho řízení jsem zajišťoval já. Primář Chrdle činnosti úsekového ředitele poslední dva roky fakticky již vykonával v rámci řízení „covidového úseku“ a při této práci se více než osvědčil, nyní se tedy stává úsekovým ředitelem oficiálně.

Úsek personální se od ledna transformuje v Úsek komunikace a péče o zaměstnance. Nejde jen o formální změnu, ale o zásadní strategický krok ve směřování nemocnice. Ředitelkou tohoto úseku se stává Bc. Iva Nováková, MBA, která má mnohaleté zkušenosti z personalistiky a v naší nemocnici se od roku 2014 s vlídností sobě vlastní věnuje péči o zaměstnance či propagaci nemocnice nejen v personální oblasti. Bc. Nováková bude nadále vést také Oddělení vnitřních a vnějších vztahů a zajišťovat komunikaci nemocnice navenek.

Třetí změna se týká pozice náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (hlavní sestry), které se ujímá stávající vrchní sestra Psychiatrického oddělení Mgr. Hana Dohnalová. Nelékařský zdravotnický personál je nejpočetnější skupinou zaměstnanců, jde tedy o zcela klíčovou pozici, kterou bude Mgr. Dohnalová zastávat se svou přirozenou autoritou, bohatou praxí na pozici vrchní sestry velkého oddělení a hlubokou



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

znalostí nemocnice. V dohledné době budou také ustanoveny dvě zástupkyně hlavní sestry pro operační i neoperační (interní) obory s cílem zajistit kromě zastupitelnosti i efektivní řídicí strukturu.

Co byste popřál našim čtenářům v tomto předvánočním čase?

Předně musím říct, že jsme si patrně všichni ten letošní rok představovali trochu jinak.

Nyní se blíží ke konci a my prožíváme advent, období očekávání, rozjímání a naděje. Děkuji všem našim zaměstnancům za velké pracovní nasazení a pacientům za důvěru, s kterou se nám svěřují do péče. Přejí všem klidné svátky v kruhu nejbližších a do nového roku zejména pevné zdraví a potřebnou dávku štěstí.

redakce

Rozhovor s ředitelem Ing. Milanem Voldřichem, MBA

Po celou dobu práce v nemocnici jsem měl štěstí na spolupracovníky. Pracoval jsem s lidmi, se kterými byla práce radost.

Po 22 letech odchází z pozice ředitele Úseku personálního Ing. Milan Voldřich, MBA. Nemocnici zůstává věrný a od Nového roku bude i nadále svoje zkušenosti předávat z pozice konzultanta v oblasti pracovního práva a personalistiky.

Pane řediteli, původním povoláním jste strojař. Jaká byla vaše cesta do českobudějovické nemocnice?

Pracoval jsem v ČZ Strakonice, a.s., kde jsem prošel několika profesními funkcemi, později v ČZ –Cagiva, a.s., jako vedoucí personálního oddělení a mzdové účtárny. Bohužel k 28. 2. 1998 závod ukončil svoji činnost likvidační a můj poslední úkol byl se všemi zaměstnanci ukončit pracovní poměr. Poté jsem krátce působil v Elitexu Nepomuk. Pak se objevil v novinách inzerát, že nemocnice hledá vedoucího zaměstnaneckého úseku. Přihlásil jsem se a byl pozván k výběrovému řízení, ze kterého jsem postoupil do druhého kola. V něm jsem uspěl a 12. 8. 1998 jsem nastoupil. Měl jsem radost, ale zároveň obavu, protože jsem nastoupil na pozici, se kterou jsem sice měl velkou zkušenost, ale do naprosto odlišného odvětví.

Dodnes vzpomínám na pana ředitele MUDr. Jiřího Bouzka. Když jsme měli poradu, tak zastavil jednání slovy: „Počkejte, já musím Milanovi vysvětlit, o co se jedná“. A tím mi ohromně pomohl. Za to jsem mu dodnes nesmírně vděčný. A také za to, jak byl lidský. Hodně jsem čerpal i ze setkání s vrchními sestrami.

Naopak ze strojírenství jsem si přinesl pečlivost a zodpovědnost – ví se o mně, že mám rád pořádek. Veškeré dokumenty, které mi procházejí rukama, čtu a vím, co mohu v rámci platné legislativy

odsouhlasit. Bývalý generální ředitel MUDr. Břetislav Šon vždy říkal: „Ty to máš přečtené, vid’? Tak já to podepisuju.“

Jak vypadaly vaše první roky ve funkci?

Poměrně záhy po mém nástupu došlo ke sloučení personálního oddělení a mzdové účtárny. Stál jsem před rozhodnutím, jak spojení těchto oddělení personálně pojmut. Můj názor byl, že mzdové účetní se snáze naučí personalistiku než obráceně. Dalším oddělením, které pode mne spadalo, bylo tzv. PaM – oddělení práce a mzdy. Dvě pracovnice na základě vzdělání a praxe zařazovaly všechny zaměstnance do příslušné třídy a stupně. V té době jsme se řídili odměňováním podle platu. V době mého nástupu totiž nemocnice spadala pod Ministerstvo zdravotnictví a odměňování se striktně řídilo platnou vyhláškou.

V době, kdy nemocnice spadala pod správu ministerstva, byly tedy vaše možnosti v oblasti personalistiky, zejména mezd, omezené. V roce 2004 se nemocnice transformovala na akciovou společnost, což Vám dozajista otevřelo nové možnosti. Jaká byla tenkrát vaše vize?

Mojí vizí, resp. vizí celého vedení, bylo stanovit jasná a průhledná pravidla jak v ekonomice, tak v personalistice. Chtěli jsme se vymanit z odměňování platem, resp. zařazováním do tříd, a začít odměňovat mzdou. Ovšem na začátku jsme nevěděli, jaké budeme mít k dispozici finanční možnosti. Proto jsme první rok zachovali ještě původní systém a výši platů. Poté jsme vytvořili kolektivní smlouvu, jejíž součástí byl mzdový předpis, podle kterého jsme začali zaměstnance odměňovat. A ten se průběžně aktualizuje v souladu s finančními možnostmi nemocnice,

po vyjednávání s odborovými organizacemi a také v souladu s aktuální legislativou.

V rámci srovnání mzdových podmínek ve zdravotnických zařízeních naše nemocnice aktuálně obsadila 3. místo. Jak dlouhá cesta byla k takto vysokému umístění?

Vždy jsme chtěli, aby naši zaměstnanci byli spokojeni, aby si vydělali. A proto jsme veškeré prostředky, které jsme měli k dispozici nad rámec povinných odvodů, výdajů a investic a v rámci možnosti úhradové vyhlášky, vždy směřovali do mezd. Snažili jsme se pořád srovnávat naše mzdy s platovými tabulkami ministerstva, abychom eliminovali možné odchody našich zaměstnanců za vyšším výdělkem do jiných nemocnic. A to si myslím, že se nám daří.

Velkým tématem ve zdravotnictví byly a jsou přesčasové hodiny lékařů a jejich proplácení. Jak těžké bylo a je najít vhodné řešení?

Ve chvíli, kdy došlo ke změně v zákoníku práce, že veškeré hodiny odsloužené v rámci pohotovosti (tj. služba po řádné pracovní době) se započítávají jako přesčasová práce, jsme jasně řekli, že půjdeme tou nejtransparentnější cestou – dle dikce zákona budeme přesčasové hodiny evidovat a proplácet. Některé nemocnice šly cestou dohod, kterými pokrývají právě tyto služby.

Dříve totiž zaměstnanci museli vykazovat v rámci služby tzv. výkon a čekání – tj. kolik hodin v rámci služby pracovali a kolik hodin měli odpočinek. Změnou zákona toto odpadlo a lékařům i dalším profesím tak skokově narostl počet přesčasových hodin k proplácení. Následně byl zákonem zastropován (stanoven limit) počet přesčasových

hodin, což přinášelo a stále přináší řadu problémů. Zejména v chirurgických oborech je těžké vybalancovat počet lékařů a limit přesčasových hodin tak, abychom nepřekročili zákonný limit a aby lékaři zároveň měli příležitost provést dostatek výkonů. Jak už několikrát zaznělo i na stránkách Nemocničního zpravodaje – zejména operatěři rostou s počtem výkonů. Zároveň je třeba, aby byl lékař odpočatý. Proto pokud lékař projeví zájem mít po službě volno, je mu to umožněno. Naši zaměstnanci tedy mají služby proplaceny a zároveň jim za tyto přesčasy vzniká nárok na náhradní volno.

Za dobu vašeho působení prošla nemocnice obrovským přerodem. Vzniklo zde několik nových, vysoce specializovaných center, nová oddělení apod. Jaká éra byla pro vás osobně z profesního hlediska nejnáročnější?

Nejkrušnější chvíle zažívám teď. Dost problémů totiž přinesla změna vzdělávání. Lékaři mají jasně definovány podmínky, které musí splnit, aby se mohli přihlásit

k atestaci. Dříve byl systém první, druhý a nástavbové atestace. Každý lékař věděl, jakou přípravu musí k té či oné atestaci splnit, na jakých pracovištích a kolik musí mít praxe. Dnes je systém zcela jiný a je nastaven tak, že lékaři po absolvování lékařské fakulty nastupují jako všeobecní lékaři. Krátce po nástupu se pak musí po domluvě s vedením nemocnice zapsat do oboru, ve kterém se chtějí dále připravovat na svou budoucí dráhu lékaře specialisty, a to nejprve v tzv. základním kmene, který končí po 30 měsících a po jehož úspěšném dokončení zahajují specializační vzdělávání, které má jasně definované podmínky. K atestaci je nutno splnit veškeré podmínky jak základního kmene, tak specializačního vzdělání.

A výrazně se proměnil i systém vzdělávání sester. Dříve byly zdravotní sestry absolventkami střední zdravotnické školy. A říkám, že to byly ty nejlepší sestry. Po maturitě měly možnost se zařadit do pomaturitního vzdělávání, jako je např. anestezie, ošetrovatelská péče

v interních či chirurgických oborech apod. Dnes je systém jiný. Absolventi střední školy jsou definováni jako praktické sestry, dříve zdravotničtí asistenti, s tím, že mají kompetence v podstatě jako zdravotní sestra, ale nemohou pracovat plně samostatně. Což je problém především při plánování nočních směn.

Aby mohli pracovat samostatně, musí mít vyšší či vysokoškolské vzdělání. A tím nám vznikla 4letá mezera, kdy jsme neměli absolventy, kteří by mohli pracovat samostatně.

A samozřejmě po studiu také část z nich zakládá rodinu. Takže se nám stává, že sestry nastupují poměrně dlouho po studiu a začínají tak vlastně od začátku. Což je pro ně velká škoda. Proto tuto změnu vzdělávání považuji za nešťastnou. Svou negativní úlohu zde sehrála i evropská legislativa, která vymezuje podmínky pro přípravu a práci nezletilých zdravotních sester.



Ing. Milan Voldřich, MBA / Foto: Jan Luxík

V průběhu své kariéry jsem zažil několik vln, kdy jsme se potýkali s nedostatkem personálu. Jeden čas sestry odcházely do sociální péče, kde byly vyšší mzdy. Pak se zase vracely, když se mzdy dorovnaly. Ale tato vlna trvá jednoznačně nejdéle. Byť jsme nyní personálně poměrně stabilizovaní, potřeba přijímání nových pracovníků tu vždy je. A bohužel v této době se potýkáme s velmi nízkým počtem kvalitních zájemců.

Vedle lékařů a sester jsou důležitou součástí chodu nemocnice také sanitáři a i oni mají povinné vzdělávání.

Ano, od roku 2004 musí i sanitáři absolvovat akreditovaný kurz, aby mohli nastoupit na tuto pozici. Do roku 2004 jsme měli možnost si vybrat jakéhokoli zájemce, který mohl při splnění interních pravidel okamžitě nastoupit. Samozřejmě jsme chtěli kvalifikované zaměstnance, proto byl z naší strany velký tlak, aby sanitáři kurzy absolvovali, i když to nebyla zákonná podmínka.

Postupem času jsme si akreditovali kurz sanitářů, takže sanitáře vzděláváme zde, kde mohou absolvovat i praxi. Poskytovatelů kurzů je celá řada, nicméně my jako nemocnice nabízíme kurz nejlevněji. Kurz pořádáme dvakrát ročně, jeden teď právě skončil a z kurzu jsme mohli několik zájemců přijmout.

Ale samozřejmě i kvůli této legislativní podmínce zájemců o pozici sanitářů ubývá. Dříve nám vypomáhali i vojáci na náhradní vojenské službě, ale zkušenost bohužel nebyla veskrze dobrá. Ale jsou zde i tací, kterým se u nás zalíbilo a zůstali zde po „civilce“ až dodnes.

Tím se dostáváme k tématu, které se v souvislosti s covidem často objevovalo. Na jednu stranu mají nemocnice nedostatek personálu, na druhou stranu řadu dobrovolníků odmítají.

Pro výkon povolání lékaře či zdravotní sestry je nezbytné mít odpovídající vzdělání, což je všeobecně známá věc. Jiná situace je se sanitáři, zájemci si zpravidla myslí, že mohou rovnou nastoupit. Bohužel ale, jak jsem zmínil, to možné není. Zájemce musí vždy napřed absolvovat sanitářský kurz. A samozřejmě to byl a je problém i během pandemie. Bez zákonem vymezeného vzdělání tak můžeme zájemce přijmout pouze na pozice uklízeče a pomocné síly.

Za svou kariéru jste vedl přijímací pohovory s obrovským množstvím lidí. Podle čeho jste uchazeče vybíral?

Můžu říct, že za ta léta dokážu člověka odhadnout již při pohovoru, jak se chová, kdo je razantnější, či naopak nerozhodnější – jak říkám, tzv. ó ano, ó nikoli. Vyplatilo se mi dát na první pohled. Pokud se mi uchazeč na první pohled příliš nezdál, ale oddělení si přece jen vymohlo jeho přijetí, netrvalo dlouho a můj pocit se většinou potvrdil. Pak mi zpravidla vrchní sestry či primáři dali za pravdu. Ovšem o přijetí nových zaměstnanců jsme vždy vedli diskusi a i když mně osobně se daný uchazeč nejevil jako ideální, domluvili jsme se, že jej zkusíme. Byly ale i opačné situace, kdy jsme se domluvili s pracovníkem na nástupu a on nakonec nenastoupil, aniž by řekl důvod. To mne vždy mrzelo.

Co se týče konkrétních požadavků, u sester mne zajímal prospěch, ale zároveň jsem jej nikdy nebral jako jediný parametr. Vždy jsem se řídil tím, že ten, kdo má dobré vysvědčení, nemusí být šikovný na ruce – a opačně. A sestry a další personál ruce hodně potřebují. U lékařů je mnohem složitější odhadnout, jak budou ve své práci úspěšní. Nicméně se vždy snažíme najít pro každého optimální pozici.

Českobudějovická nemocnice je v rámci celorepublikového hodnocení nemocnic vítězem v kategorii Bezpečnost a spokojenost zaměstnanců nemocnic. Řada zaměstnanců zde prožila celý svůj profesní život. A naopak někteří lékaři si vyzkoušeli práci v zahraničí a vrátili se zpět. Například primář Infekčního oddělení MUDr. Aleš Chrdle, primář Neonatologického oddělení MUDr. Jiří Dušek a řada dalších. Zdá se tedy, že dveře do zahraničí mají naši lékaři od vás otevřené.

V první fázi, když lékaři začali mít zájem o práci v zahraničí, jsem upřímně moc nadšený nebyl. Viděl jsem jen to, že mi tím ubude lékař. Ale postupem času jsem zjistil, jak je zkušenost ze zahraničí cenná.

Konkrétně primář Infekčního oddělení MUDr. Aleš Chrdle je rozhodný, chytrý, umí medicínu, jasně se u něj projevují zkušenosti nabyté v zahraničí. Stejně tak primář MUDr. Jiří Dušek, který působil ve Švédsku a kterého si vytipoval a vychoval jako svého nástupce emeritní primář MUDr. Milan Hanzl, Ph.D., si přivezl cenné poznatky.

Ale osobně považuji za důležité, aby byla ochota nabyté zkušenosti využít i za spolupráce okolí.

I mně se několikrát stalo, že jsem absolvoval vzdělávací kurz, získal zkušenosti, ale nepodařilo se mi změnu zrealizovat, převést poznatky do praxe.

Ale chtěl bych zmínit i nové primáře MUDr. Davida Musila, Ph.D., MUDr. Víta Motáně, MUDr. Petra Ptáka, Ph.D., a MUDr. Martina Klouba, Ph.D., kteří profesně velmi vyrostli.

Vedle odborných zahraničních zkušeností měla řada primářů možnost získat také manažerské vzdělání, což považuji též za důležité. A mojí snahou bylo podpořit jejich vzdělávání v pracovněprávní oblasti.

V mých počátcích totiž primáři byli v této oblasti málo orientováni, neměli jsme ani právní oddělení, takže veškeré pracovněprávní problémy padaly na moji hlavu.

Ale rád bych řekl, že v oblasti vzdělávání nezapomínáme ani na sestry.

V naší nemocnici pracovala či pracuje i celá řada lékařských kapacit původně působících na renomovaných pracovištích – například: doc. MUDr. Jiří Stehlík, CSc., doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D., prof. MUDr. Mgr. Alan Bulava, Ph.D., doc. MUDr. Aleš Mokráček, CSc., a celá řada dalších. Na co jste je dokázali do Českých Budějovic přilákat?

Za všechny zmíněné kapacity jsem velmi vděčný. Ve většině případů pro ně byla lákavá možnost být u zrodu nového pracoviště, kde mohou naplňovat svoje odborné vize. Nynější primář Kardiochirurgického oddělení doc. MUDr. Aleš Mokráček, CSc., s bývalým primářem doc. MUDr. Markem Šetinou, CSc., byli první, kteří přišli do českobudějovické nemocnice, když MUDr. Ladislav Pešl začal budovat kardiocentrum. Jsem moc rád, že se nám podařilo do Českých Budějovic přivést MUDr. Stehlíka, emeritního primáře Ortopedického oddělení a pozdějšího Ředitele chirurgických oborů, který je vynikající odborník a hlavně skvělý člověk, kterého si velmi vážím a mám ho rád.

Musím dodat, že prioritní je vždy umožnit profesní růst našim lékařům. Na lékaře odjinud se obracíme pouze tehdy, když nejsme schopni dané posty obsadit interně anebo když se nám zdá, že by na dané oddělení bylo dobré přivést někoho „zvenku“, nezátíženého prostředím, různými vlivy okolí atp., ale který by hlavně, jak se říká, přinesl nový vítr do plachet. Vzdělávání lékařů je velmi zdoluhavé, takže především v situacích, kdy potřebujeme někoho hned, a lékař s adekvátním vzděláním u nás není, hledáme lékaře jinde.

Rádi a často k nám také zveme specialisty z jiných pracovišť. Ti u nás mají vždy dveře otevřené, abychom se naučili něco nového. Například nyní domlouváme „hostování“ specialistky na Gastroenterologickém oddělení. Ale lékaři z pražských nemocnic k nám jezdí například i na služby (UPS).

A naopak naši lékaři vyjíždějí na jiná pracoviště. Příkladem může být již zmíněný MUDr. Ladislav Pešl, ředitel Úseku kardiovaskulárního a thorakálního

centra, který se jezdil vzdělávat již před vznikem kardiocentra.

Tak intenzivní spolupráce předpokládá velmi dobré vztahy mezi jednotlivými nemocnicemi.

Ano, většinou je vše na základě osobních vztahů. Svět medicíny je relativně malý a lékaři daných odborností se v republice znají. Určitě tedy slyší na osobní doporučení. Obecně s nemocnicemi, zejména vyššími pracovišti, udržujeme dobré vztahy. Což se projevuje například v oblasti vzdělávání, kdy nemáme problém zajistit našim lékařům a sestřám potřebné stáže na vyšších pracovištích.

Když srovnáte nemocnici v době vašeho příchodu, v roce 1998, a dnes, co vám dělá radost?

Jak nemocnice vypadá, jak se rozrůstá. Ve své kanceláři mám letecký snímek, na který se rád dívám. Nemocnice se jednou dobuduje, přestěhuje se dolní areál, vznikne jeden celek. Nemocnice je krásná, pořád zde máme dostatek zeleně. Vedení

drží pospolu a daří se nám, nemocnice je personálně i ekonomicky stabilní. Líbí se mi, že se nám podařilo dotáhnout ji tam, kde dnes je, a přeji si, aby se jí a všem jejím zaměstnancům do budoucna pořád dařilo, aby vzkvétala a měla stále spokojené zaměstnance i pacienty.

Na závěr musím zmínit, že po celou dobu práce zde jsem měl štěstí na spolupracovníky. Pracoval jsem s lidmi, se kterými byla práce radost. Dokázali jsme si vyjít vstříc, vždy záleželo na domluvě. Když jsme měli na věci různý názor, dokázali jsme se o nich i třeba pohádat, což k životu občas taky patří. Ale pak jsme vždy dokázali jít dál. A to považuji pro nemocnici za důležité, nemocnice nepotřebuje žádné vnitřní „bojůvky“.

Bylo mi ctí, že jsem tady mohl pracovat, byla to podstatná část mého profesního života.

Ing. Veronika Dubská
Oddělení vnitřních a vnějších vztahů



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



www.facebook.com/nemcb

www.instagram.com/nemocnicecb

www.youtube.com/channel/UCeL_LyJOnZtBGHqJaVKhs0A

Představujeme: Oddělení otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku (ORL)

Historie ORL oddělení

Oddělení pro nemoci ušní, nosní a krční bylo ve Všeobecné veřejné nemocnici v Českých Budějovicích uvedeno do provozu 15. 7. 1939. Vítězem konkurzu na primáře, který byl vyhlášen již v prosinci 1938, se stal **MUDr. Hynek Venclík**. Pro oddělení bylo vyčleněno třicet lůžek interního oddělení, které se nacházelo v nejstarším pavilonu nemocnice. Kromě lůžek disponovalo oddělení i operačním sálem, ambulancí a na tehdejší dobu velmi dobrým materiálním vybavením. S provozem oddělení však primáři pomáhal pouze jeden medik a jedna ošetřovatelka.

Již 1. 9. 1939 byl ale primář Venclík z rozhodnutí šéflékaře Úřadu říšského protektora suspendován a primářem byl jmenován otolaryngolog německého původu **dr. Gustav Ludwig** (* 1892, † 1945), který měl od roku 1921 v Českých Budějovicích soukromou praxi a v roce 1939 neuspěl

v konkurzu na primáře oddělení. Během jeho působení na oddělení výrazně klesl počet hospitalizovaných pacientů a byla významně omezena péče v oboru, zejména operační léčba. Práce na oddělení byla prakticky redukována jen na konziliární služby a základní operace. Většina prostor byla vrácena internímu oddělení a většina nástrojů oddělení chirurgie. Prováděly se pouze adenotomie (odstranění nosních mandlí), tonzilektomie (odstranění krčních mandlí) a jen pět až šest větších operací ročně. Gustav Ludwig dne 5. 5. 1945 spáchal sebevraždu injekčním podáním jedu.

MUDr. Hynek Venclík, CSc. (* 1906, † 1983) se opět ujal budování oddělení poté, co bylo dne 8. 5. 1945 rozhodnutím okresního úřadu zrušeno jeho odvolání. Od roku 1945 mělo oddělení padesát lůžek, z toho bylo čtyřicet lůžek určeno pro dospělé a deset lůžek pro dětské pacienty. Na oddělení pracoval kromě primáře jeden sekundární lékař, tři sestry a dvě pomocnice.

V padesátých letech se počet lůžek na oddělení zvýšil na 53, z toho bylo 41 lůžek pro dospělé a 12 lůžek pro děti. V té době již bylo oddělení vybaveno ambulancí, operačním sálem, endoskopickým sálem a audiologickou tichou komorou. Pracovalo na něm šest sekundárních lékařů, třináct sester, dvě sanitářky a čtyři pomocnice.

Na počátku padesátých let se na oddělení začaly provádět endoskopické vyšetření dýchacích cest pro plicní oddělení. V roce 1954 byla zavedena rehabilitace řeči u pacientů po totální laryngektomii (úplném odstranění hrtanu) a v roce 1955 provádění tympanoplastik (rekonstrukčních operací středního ucha).

ORL oddělení v Českých Budějovicích se stalo zásluhou primáře Venclíka

jedním z prvních pracovišť v zemi, na kterém se prováděly tympanoplastiky, a pravděpodobně vůbec prvním pracovištěm v zemi, kde byla provedena operace otosklerózy podle Schuknechta. V té době byly do Českých Budějovic na operaci otosklerózy odesíláni pacienti z řady ORL pracovišť z celých Čech. Některé týdny se operovalo až dvanáct pacientů s otosklerózou. Patřily mezi ně i známé osobnosti. Velkou publicitu měla například operace sekretářky tehdy nejvyššího představitele Jugoslávie Josipa Broze Tita. Zvláštností bylo, že se operace prováděly v lokální anestezii, aby po zavedení protézy mohla být přímo na operačním sále provedena audiometrická kontrola, zda došlo ke zlepšení sluchu, nebo zda je nutno protézu upravit. K tomuto účelu byla vybudována pomocná audiokomora propojená s operačním sálem.

Primář Venclík se kromě ušní chirurgie dále věnoval onkochirurgii a endoskopiím, zejména zavádění mikrolaryngoskopii (vyšetření hrtanu pomocí endoskopického tubusu a mikroskopu) a dětských bronchoskopií (endoskopické vyšetření dýchacích cest). Vypracoval také metodu bronchoskopické aplikace radia při léčbě karcinomu průdušek. V roce 1965 získal titul kandidát lékařských věd, když obhájil disertační práci na téma stafylokokové infekce u nemocí ušních. Byl nositelem několika státních vyznamenání a mnoho let zastával funkci předsedy Spolku lékařů českých v Českých Budějovicích. Stal se nejen všeobecně uznávaným odborníkem, ale také respektovanou osobností i mimo nemocnici. Ovládal tři světové jazyky. Hrál výborně na klavír, housle a violu. Působil v lékařském komorním kvartetu. Osobní přátelství ho pojilo nejen s mnoha herci Jihočeského divadla, ale například i s malířem Janem Zrzavým.



MUDr. Hynek Venclík, CSc., primář ORL oddělení v letech 1939 - 1977 / Foto: archiv oddělení



MUDr. Jan Starý, primář ORL oddělení v letech 1977 - 1988 / Foto: archiv oddělení



Prim. MUDr. Jan Starý (druhý zleva v první řadě) s kolektivem ORL oddělení v roce 1986 / Foto: archiv oddělení

V roce 1965 byla na oddělení zřízena foniatriká ambulance a v roce 1970 byla založena ambulance pro dětskou ORL. Na nemocniční poliklinice však vzniklo foniatriké pracoviště již v roce 1952. Roku 1969 se na oddělení začaly provádět endoskopii používat fibroskopy. Během působení Hynka Venclíka ve funkci primáře publikovali lékaři oddělení více než sto vědeckých prací.

Nástupcem primáře Venclíka se v roce 1977 stal jeho žák **MUDr. Jan Starý** (* 1922, † 1992), který zajistil kontinuitu jak ve směřování pracoviště, tak v odborné úrovni lékařské péče.

MUDr. Jan Starý nastoupil na ORL oddělení českobudějovické nemocnice v roce 1950 a působil na něm až do roku 1991, tedy 41 let. Jako primář pokračoval na oddělení v rozvoji onkochirurgie, ušní chirurgie i endoskopických výkonů. Věnoval se také vědecké činnosti ve spolupráci s Klinikou ORL Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze zejména v oblasti léčby nádorů hlavy a krku a onkochirurgie. Spektrum operačních výkonů bylo zaměřeno na adenotomie, tonzilektomie, bronchoskopie (termíny jsou vysvětleny výše), středoušní chirurgii, operace vedlejších nosních dutin i plastické operace nosu a ušních boltců.

V roce 1988 převzal vedení oddělení **MUDr. Pavel Pavlíček** (* 1946), který na něm začal pracovat na počátku sedmdesátých

let ještě za primáře Venclíka. Zabýval se především ušní chirurgií a onkologií hlavy a krku. Věnoval velkou pozornost modernizaci oddělení jak po stránce prostorů oddělení a zázemí pro pacienty, tak po stránce materiálního a přístrojového vybavení a odborné úrovně lékařské péče.

Od roku 1991 do roku 1995 došlo k postupné redukci počtu lůžek z původních 53 na 39 lůžek, z toho bylo 27 lůžek pro dospělé pacienty a 12 lůžek pro děti. Zeštíhlení lůžkového fondu umožnilo zkvalitnění podmínek pro pacienty na oddělení a vedlo ke změně způsobu poskytování péče na oddělení směrem k operační léčbě, krátkodobým hospitalizacím a ambulantní péči. Došlo k rozšíření spektra specializovaných ambulancí a k zavedení řady moderních operačních a vyšetřovacích metod, mezi něž patří především FESS (funkční endonazální endoskopická chirurgie), provádění adenotomií pod endoskopickou kontrolou, spánková medicína nebo flexibilní endoskopie s využitím NBI (Narrow Band Imaging – užití speciálně filtrovaného světla, ve kterém se lépe zobrazí přednádorové změny sliznice). Oddělení se stalo součástí Komplexního onkologického centra nemocnice. Na počátku roku 1998 byla k Nemocnici České Budějovice přičleněna Okresní nemocnice, která o dva roky dříve vznikla z Vojenské nemocnice České Budějovice. Poté došlo také ke sloučení ORL oddělení Nemocnice České Budějovice s ORL oddělením Okresní nemocnice. Hodně energie a organizačního úsilí stálo primáře

Pavlíčka přestěhování oddělení na počátku roku 2000 do nově zrekonstruovaných prostor v Dolním areálu nemocnice, který vznikl v objektu bývalé vojenské nemocnice. Přemístění oddělení bylo vynuceno zahájením kompletní rekonstrukce historické budovy nemocnice, ve které ORL oddělení sídlilo více než šedesát let. V nových prostorách mělo oddělení celkem 33 lůžek, z toho bylo 25 lůžek určených pro dospělé pacienty v devíti pokojích s vlastním



MUDr. Pavel Pavlíček, primář ORL oddělení v letech 1988 - 2015 / Foto: archiv oddělení



Kolektiv ORL oddělení krátce před přestěhováním do nových prostorů v lednu 2000 před vchodem do pavilonu A, ve kterém oddělení přes 60 let sídlilo / Foto: archiv oddělení

sociálním zařízením a osm dětských lůžek. V roce 2010 byla dětská lůžka přemístěna na nově zrekonstruované Dětské oddělení, čímž byla dokončena centralizace dětských pacientů v nemocnici. V roce 2012 došlo

ke změně názvu pracoviště na „Oddělení otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku“.

Po odchodu primáře Pavla Pavlíčka do důchodu se v roce 2016 na základě

konkurzu ujal vedení oddělení **MUDr. Lubor Mrzena, Ph.D.** (* 1967). Na oddělení bylo pod jeho vedením rozšířeno spektrum onkochirurgických operací a byla zavedena ultrazvuková diagnostika, transorální laserová mikrochirurgie (endoskopické zákroky prováděné pomocí laseru a operačního mikroskopu), navigovaná FESS (endoskopické operace vedlejších nosních dutin prováděné s pomocí chirurgické navigace), videonystagmografie (snímání drobných očních pohybů vysokorychlostní kamerou při vyšetření funkce rovnovážného ústrojí), funkční endoskopické vyšetření poruch polykání nebo endoskopické dilatace (roztahení) Eustachovy trubice.

Za uplynulých více než 82 let své existence urazilo ORL oddělení českobudějovické nemocnice dlouhou cestu a náš kolektiv se ze všech sil snaží, aby i nadále šlo správným směrem, tedy směrem ke zvyšování odborné úrovně personálu, zlepšování přístrojového vybavení a zkvalitňování zdravotní péče.

MUDr. Lubor Mrzena, Ph.D.
MUDr. Bohdana Štefflová

Současnost ORL oddělení

ORL oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., patří v současné době mezi moderně vybavená ORL pracoviště. Naším cílem je poskytovat lékařskou péči

v celé šíři oboru na úrovni srovnatelné s ostatními ORL pracovišti krajských nemocnic a menšími ORL klinikami fakultních nemocnic v České republice.

Oddělení je od roku 2000 umístěno v budově E Dolního areálu Nemocnice České Budějovice, a.s. Ambulantní část je umístěna v prvním patře. Lůžková stanice je ve třetím



Kolektiv ORL oddělení / Foto: Jan Luxík



Prim. MUDr. Lubor Mrzena, Ph.D., provádí endoskopickou resekci tumoru hrtanu laserem / Foto: Jan Luxík

patře. Operační sály se nacházejí ve čtvrtém patře budovy. Lůžková stanice disponuje 22 standardními lůžky a pooperačním pokojem se dvěma monitorovanými lůžky. Ambulantní část je tvořena čtyřmi vzájemně propojenými běžnými ambulancemi, dále otologickou ambulancí, audiologickou vyšetřovnou s dvěma tichými komorami, traktem foniatrické ambulance s oddělenou pracovním lékařem a sestrou, vyšetřovnou pro poruchy rovnovážného ústrojí a dvěma pracovnicemi logopedů. Součástí operačního traktu jsou dva operační sály. ORL oddělení dále dvakrát týdně využívá jeden operační sál pro dětské pacienty, který je umístěn v Horním areálu nemocnice v operačním traktu chirurgického pavilonu v blízkosti Dětského oddělení.

V souladu se současnými trendy velkou část hospitalizovaných tvoří pacienti přijímaní k operacím. Charakter oboru nám umožňuje pacienty brzy propouštět do domácího ošetřování. V současné době tak převažují jednodenní nebo krátkodobé hospitalizace. Nevýhodou tohoto trendu však je, že vysoký obrát pacientů na oddělení klade vyšší nároky na personál.

Tým tvoří 14 lékařů včetně jednoho foniatra, dva kliničtí logopedi, 24 sester a čtyři sanitáři. Oddělení se muselo vyrovnat s odchodem tří zkušených lékařů, kteří převzali soukromé lékařské ORL praxe v Prachaticích, Strakonících a Českých Budějovicích. Naše řady se však podařilo doplnit dvěma atestovanými

lékaři a čtyřmi absolventy. Podobně jako na jiných větších ORL pracovištích je náš kolektiv lékařů rozdělen do několika pracovních skupin a specializačních týmů.

V posledních desetiletích došlo ve většině medicínských oborů k velkému pokroku, který byl umožněn zejména novými poznatky v lékařské vědě a používáním nových lékařských přístrojů a medicínských technologií. Těmito změnami prošly samozřejmě i chirurgické obory, mezi které otorinolaryngologie patří. V posledních

pěti letech se podařilo oddělení přístrojově dovybavit. Díky investicím nemocnice i díky čerpání prostředků z českých a evropských investičních rozvojových programů se podařilo pořídit elektromagnetickou navigaci, operační CO₂ laser, vybavení vyšetřovny pro poruchy rovnovážného ústrojí s videonystagografií (snímání drobných očních pohybů vysokorychlostní kamerou při vyšetření funkce rovnovážného ústrojí). ORL oddělení disponuje i moderní ušní frézou a videostroboskopickou věží k vyšetření na foniatrické ambulanci (vyšetření kmitání hlasivek ve zpomaleném způsobeném přerušovaném osvětlením). V současné době je tak ORL oddělení schopno poskytovat specializovanou péči ve všech oblastech oboru na úrovni odpovídající krajskému pracovišti a může také poskytovat odpovídající superkonziliární služby i ostatním ORL pracovištím v kraji. Moderní přístrojové vybavení má samozřejmě pozitivní vliv i na další odborný rozvoj lékařského i středně zdravotnického personálu, což dělá naši práci zajímavější a smysluplnější.

Na začátku tisíciletí došlo v České republice po vzoru evropského a světového trendu ke změně názvu oboru z ušní, nosní, krční na otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku. V souvislosti s tím se změnil i názvy všech lůžkových pracovišť v zemi. Nový název má lépe odrážet podstatu oboru a vyjadřovat, že jde o plnohodnotný chirurgický obor, který provádí nejen



Sestra Bc. Jana Bráňková, MUDr. Martin Huška a MUDr. Dita Hladíková (zleva doprava) při operaci krčního abscesu / Foto: archiv oddělení



Kolektiv operačního sálu – zleva: Jiřina Hauserová, Bc. Monika Bostlová, Marta Talířová, Miroslav Brácha, Bc. Jana Bráchová, Ivana Prouzová / Foto: Jan Luxík

malé chirurgické zákroky v oblasti ucha, nosu a hrtanu, ale i rozsáhlé chirurgické výkony v oblasti hlavy a krku, mezi které patří zejména onkochirurgické výkony. Ve stejné době se také ORL oddělení u nás začala po vzoru zahraničních pracovišť stále více zabývat chirurgií štítné žlázy a příštítných tělísek. Do oboru otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku tak v současné době spadá chirurgická léčba všech onemocnění v oblasti hlavy a krku s výjimkou onemocnění oka, páteře a centrální nervové soustavy. Mezi hraniční a spolupracující obory patří zejména oční, stomatologická, neurochirurgie a plastická chirurgie, se kterými se náš obor společně podílí na léčbě nádorů a zánětů šířících se do očníce, spodiny lební, dutiny ústní a kůže. ORL operace jsou kvůli složitým anatomickým poměrům v oblasti hlavy a krku, blízkosti oka, spodiny lební a blízkosti životně důležitých nervových a cévních struktur na krku velmi časově náročné.

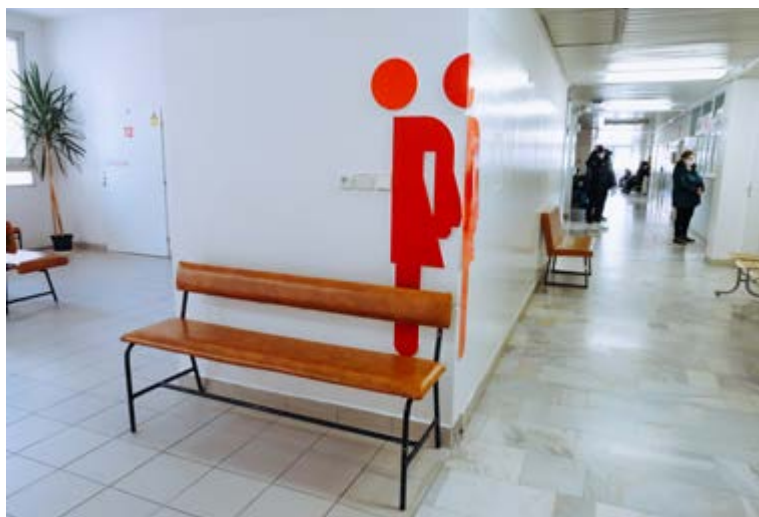
V chirurgických oborech se čím dál více využívají miniinvazivní postupy, které umožňují provedení radikálních chirurgických zákroků na nemocném orgánu způsobem, který je šetrný ke zdravým tkáním. Tyto postupy vedou k rychlejší rekonvalescenci, menším následkům chirurgického výkonu a vyšší následné kvalitě života pacientů než v případě dřívějších postupů. Zatímco v ostatních chirurgických oborech je většina miniinvazivních chirurgických postupů založena na laparoskopických

technikách, v otorinolaryngologii jsou vzhledem k umístění cílových orgánů miniinvazivní postupy založeny na endoskopických chirurgických technikách.

Důležitou náplní činnosti ORL oddělení je diagnostika a léčba nádorů hlavy a krku. V této oblasti ORL oddělení úzce spolupracuje s Onkologickým oddělením, a je tak součástí Komplexního onkologického centra Nemocnice České Budějovice, a.s. Nádory horních cest dýchacích a polykacích jsou šestým nejčastějším nádorem lidského těla. Z nich nejčastější jsou karcinomy orofaryngu, hypofaryngu a hrtanu. Tradičními rizikovými faktory těchto nádorů bylo kouření a alkohol. V současné době však výrazně přibývá karcinomů orofaryngu indukovaných infekcí lidským papilomavirem, které postihují především patrové mandle a kořen jazyka. Tyto nádory se stávají nejčastějšími nádory ORL oblasti a představují závažný celospolečenský zdravotní problém. Na oddělení provádíme celou škálu onkochirurgických výkonů v oblasti horních cest dýchacích a polykacích. U menších nádorů se většinou provádí jejich endoskopické odstranění. Tyto výkony jsou často prováděny pomocí operačního řezného CO₂ laseru za kontroly operačním mikroskopem. V těchto případech se jedná o tzv. transorální laserovou mikrochirurgii. U pokročilých karcinomů jsou zpravidla nutné rozsáhlé resekční výkony ze zevního přístupu, které spočívají v částečném či úplném odstranění hrtanu nebo hltanu.

Pro radikální resekci rozsáhlých nádorů ústní části hltanu je někdy nutné provést dočasné protnutí dolní čelisti nebo i trvalé odstranění některé její části. U karcinomů hlavy a krku musí být velká pozornost věnována léčbě krčních uzlinových metastáz, které jsou často rozhodující pro prognózu nemoci. Operace krčních uzlinových metastáz se nazývají krční blokové disekce. Jedná se o poměrně pracné výkony, při kterých jsou odstraňovány celé skupiny krčních uzlin i s okolními pojivovými tkáněmi, v nichž jsou rozptýleny. Krční disekce provádíme také u pacientů s nádory dutiny ústní v rámci spolupráce s Oddělením ústní, čelistní a obličejové chirurgie při chirurgické léčbě těchto nádorů.

Významnou část operativy představují operace nádorů slinných žláz, které nejčastěji postihují příušní žlázu. Hlavním úskalím operací příušní žlázy je to, že žlázou prochází lícní nerv a větví se v ní. Proto operace příušní žlázy provádíme od roku 2014 na našem pracovišti vždy za současné neuromonitorace a neurostimulace, při nichž je elektromyografická aktivita mimických svalů obličeje sledována pomocí elektrod. Neuromonitorace lícního nervu zvyšuje bezpečnost chirurgických zákroků prováděných na příušní žláze a umožňuje přesné provádění operací u rozsáhlých nádorů příušní žlázy, které jsou zároveň šetrné k lícnímu nervu. Přístroj se dále využívá k monitoraci lícního nervu nebo jiných hlavových nervů i u dalších operací, například při rozsáhlejších ušních operacích,



Čekárna ORL ambulance / Foto: redakce



Recepce ORL ambulance / Foto: Jan Luxík

kdy se často operuje v blízkosti lícního nervu procházejícího spánkovou kostí.

V roce 2020 jsme zahájili program chirurgie štítné žlázy a příštítných tělísek. Tyto operace se od devadesátých let běžně provádějí ve většině ORL zařízení v zemi a staly se nedílnou součástí našeho oboru. V rámci nemocnice se chceme specializovat zejména na operace maligních nádorů štítné žlázy a jejich krčních metastáz, kde je adekvátní radikalita výkonu

na krčních uzlinách důležitá pro prognózu onemocnění, a kde je proto přínos naší odbornosti největší. Většinu výkonů na štítné žláze provádíme s neuromonitorací zvratného nervu, což přispívá k větší bezpečnosti i větší radikalitě operace.

Ve spolupráci se spánkovými laboratořemi nemocnice se věnujeme i problematice poruch dýchání ve spánku. Pacientům nabízíme chirurgickou léčbu chrápání a obstrukční spánkové apnoe. U prostého

chrápání provádíme především radiofrekvenční uvulopalatoplastiku. U lehkého a středně těžkého syndromu spánkové apnoe nabízíme především klasickou uvulopalatofaryngoplastiku nebo tzv. víceúrovňovou chirurgii, kdy je navíc kořen jazyka ošetřen radiofrekvenční termoterapií.

V oblasti otologie a otochirurgie provádíme kompletní spektrum sanačních a rekonstrukčních ušních operací včetně operací otosklerózy. Otologická ambulance



Kolektiv ORL ambulance - zleva Martina Mrázová, Dagmar Pivková, Jana Větrovcová Dis., Jana Poláková, Adéla Pilečková, MUDr. Hana Zapletalová, MUDr. Tomáš Šulc / Foto: Jan Luxík



Lůžková stanice ORL oddělení / Foto: redakce

elektromagnetickou navigaci firmy Storz, který u endoskopických endonazálních chirurgických výkonů pomáhá orientaci chirurga v anatomicky složitých oblastech v blízkosti spodiny lební nebo očnice, a tím zvyšuje bezpečnost a přesnost operací a umožňuje rozšířit jejich spektrum. Více podrobností o otologickém a rinologickém programu oddělení je uvedeno v samostatných příspěvcích.

Významnými změnami prošel v nedávné době rovněž ambulantní provoz. Ambulance byly dovybaveny novými moderními vyšetřovacími křesly, ORL jednotkou a vyšetřovacími ušními mikroskopy. Pro kvalitu poskytované péče jsou důležité specializované ambulance: onkologická, rinologická, otologická, audiologická, pro poruchy rovnovážného ústrojí, sonografická, pro poruchy polykání, dětská a pro poruchy dýchání ve spánku, které provádějí méně dostupná a často časově náročná vyšetření nebo dispenzární péči o příslušné pacienty. V ambulanci ve stále větší míře užíváme moderní způsoby vyšetření, jako jsou vyšetření rigidními rinoepifaryngoskopy a zvětšovacími laryngoskopy, flexibilními videolaryngoskopy či ušním mikroskopem.

provádí konziliární a superkonziliární ušní vyšetření a zajišťuje sledování pacientů po ušních operacích.

Také v oblasti rinologie nabízíme pacientům širokou škálu operací nosu a vedlejších nosních dutin od septoplastik,

rinoplastik, různých druhů turbinoplastik přes endonazální endoskopické výkony až po pokročilé endoskopické výkony na spodině lební a resekční výkony na vedlejších nosních dutinách a obličejovém skeletu ze zevního přístupu. Od roku 2018 je ORL oddělení vybaveno přístrojem pro



Kolektiv sester lůžkové stanice - zleva Mgr. Markéta Laibrtová, Mgr. Alena Nováková, Bc. Martina Pešková, staniční sestra Bc. Lenka Maláková, vrchní sestra Mgr. Jitka Kubátová / Foto: Jan Luxík

Tato vyšetření do značné míry nahrazují vyšetření klasickými zrcátky. Ke speciálně vybaveným vyšetřováním patří endoskopická vyšetřovna vybavená endoskopickou věží s videořetězcem a zdrojem filtrovaného světla. Toto světlo umožňuje úzkopásmové zobrazení, které se užívá k posouzení slizničních změn a umožňuje včasnou diagnostiku počínajících přednádorových a nádorových změn.

Velkou pozornost věnujeme technickému a personálnímu vybavení audiologické ambulance a vyšetřovny pro poruchy rovnovážného ústrojí. Snažíme se, aby obě pracoviště byla moderně vybavená, proto dosluhující přístroje včas vyměňujeme za nové. Mezi nejdůležitější patří přístroje pro tónovou a slovní audiometrii, impedanční tympanometrii, vyšetření otoakustických emisí a vyšetření evokovaných potenciálů. V roce 2018 se konečně podařilo pořídit přístroj pro videonystagmografické vyšetření, který umožňuje v současnosti to nejmodernější vyšetření rovnovážného ústrojí.

Velkou výhodou našeho oddělení je, že součástí našeho týmu je i foniatr a logoped. To umožňuje komplexní integrovanou péči o pacienty s nedoslýchavostí, poruchami hlasu, artikulace a polykání v oblasti diagnostiky, léčby a léčebné rehabilitace.

Podrobnější informace o činnosti audiologické, foniatrické, logopedické ambulance a ambulance pro poruchy rovnovážného ústrojí je opět možno najít v samostatných příspěvcích.

Další rozvoj oddělení bude spjat s přestěhováním do nových prostor v Horním areálu nemocnice, ke kterému dojde v roce 2024 po dokončení druhé etapy dostavby chirurgického pavilonu. Oddělení bude umístěno v pátém patře této budovy. Součástí oddělení bude lůžková stanice s třiceti lůžky v jedno-, dvou- a třílůžkových pokojích s příslušenstvím a se dvěma vyšetřovnami včetně vyšetřovny pro pohotovostní ORL službu s čekárnou. Jeden z pokojů bude

vybaven dvěma monitorovanými lůžky se zvýšeným dohledem pro pacienty ohrožené dušením nebo jiným selháním životních funkcí. Ambulantní trakt bude tvořen čtyřmi vzájemně propojenými a třemi samostatnými ambulancemi, dále komplexem pro foniatrii, audiologii a vyšetřovnu poruch rovnovážného ústrojí. Ambulantní část tedy bude moci vyhovět všem současným i budoucím nárokům na provoz jak všeobecných, tak i všech specializovaných ambulancí. Oddělení bude mít k dispozici trvale jeden sál v traktu centrálních operačních sálů a ve stanovené dny bude využívat i dětský sál a operační sál pro ambulantní výkony.

Věříme, že přestěhování do nových prostor bude znamenat další zvýšení úrovně oddělení. Oddělení se stane moderně vybaveným pracovištěm umístěným v moderních prostorách, které bude moci těsněji spolupracovat s ostatními odděleními a plně využívat zázemí nemocnice.

prim. MUDr. Lubor Mrzena, Ph.D.

I dnešek bude jednou historií – zamyšlení nad prací sester na ORL oddělení

Obor ušních, nosních a krčních nemocí se usídlil po roce 1945 ve východní části druhého patra historické budovy a disponoval celkem padesáti lůžky. Po roce 1948 se navýšil nejenom počet lůžek na 53, ale i počet sester. Původní kolektiv tří sester a dvou pomocnic se rozrostl na třináct sester, dvě ošetřovatelky a čtyři pomocnice. Zpočátku ještě na oddělení sloužily řádové sestry – členky Kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského. Ty byly ale postupně kvůli politickým změnám nahrazovány civilními zaměstnanci. V roce 1957 ještě pracovaly na ORL operačním sále dvě řádové sestry, ale do konce roku 1960 musely všechny nemocnici opustit.

Na lůžkové části oddělení v šedesátých letech pracovaly dvě sestry na operačním sále, jedna na ambulanci a deset sester, včetně vrchní a staniční sestry, na lůžkách. Směnné sestry se střídaly v osmihodinových směnách: ranní, odpolední, noční. Pokud

to situace na oddělení vyžadovala, vypomáhala noční sestra ještě ráno od 6 do 11 hod. Ve 22 hod. tato sestra ještě nastoupila na svoji noční službu. Na noční směně byla pouze jedna sestra a musela obstarat celé lůžkové oddělení, ošetřit akutní pacienty na pohotovosti a případně připravit operační sál a asistovat lékaři při akutním výkonu.

Vzpomínky pamětnic této doby jsou poznamenány různými nařízeními, nad kterými bychom se dnes s údivem pozastavili, ale tehdy to byla běžná praxe. Patří mezi ně klepání a větrání matrací před budovou na slunci, úklidové práce na oddělení, převazy a mytí tracheostomických kanyl a nástrojů bez rukavic, sterilizace jehel a stříkaček, příprava a sterilizace obvazového materiálu. Také příprava stravy a její podávání pacientům zaměstnala v době oběda prakticky všechny personál od sester až po pomocnice.



Sestry Eva Čapková a Bc. Lenka Maláková na lůžkové stanici ORL oddělení v pavilonu A / Foto: archiv oddělení



Sestra Bc. Lenka Maláková na ORL ambulanci v pavilonu E dolního areálu / Foto: archiv oddělení

Snad nejvíc všem utkvěly v paměti stresující zážitky ze služeb, kdy na oddělení přicházely děti se stridorem při laryngitidách nebo epiglotitidách a bylo potřeba urgentně provést tracheotomii – otevření dýchacích cest na krku a zavedení dýchací kanyly tak, aby se dostal dostatek vzduchu do plic. Pamětnice také vzpomínají na improvizaci při nedostatku materiálu i personálu, která všechny nutila hledat náhradní řešení.

Každá z bývalých sester si pamatuje nejrůznější osudy i konce pacientů, kteří se na ORL léčili, veselé historky i dojemné příběhy. Nejvíc se ale vždy vzpomíná na kolegy a kolegyně, se kterými pracovaly, na společné zážitky při pracovních i mimopracovních akcích.

Postupem času si nové požadavky na práci vyžádaly změny nejenom personální. Bylo nutné opustit i historickou budovu A v Horním areálu a celé ORL oddělení se v roce 2000 přestěhovalo do bývalé vojenské nemocnice, budovy E v Dolním areálu, kde sídlíme dosud. Větší prostory nám umožnily lepší rozdělení péče o ambulantní pacienty, poskytly lepší zázemí pro lůžkovou část oddělení a pro personál. Za velký krok kupředu jsme tehdy považovali sociální zařízení se sprchou na každém lůžkovém pokoji, protože ve staré budově byly pouze dvě toalety pro ženy a muže a pro všechny pouze jedna sprcha.

Nová nařízení postupně změnila i práci v ambulancích. Dříve byly vyšetřování

i tři pacienti současně v jedné místnosti, přičemž byli odděleni pouze příčkou nebo stolem. O dodržování soukromí a intimity nemohla být řeč. Teprve po stavební úpravě, kterou jsme projednali s vedením nemocnice, má každý pacient soukromí jak při rozhovoru s lékařem, tak při vyšetření samotném.

S rokem 2000 je spojena ještě další podstatná změna. Konečně odzvonilo starým psacím strojům a veškerá dokumentace se začala zpracovávat na počítači v nemocničním informačním systému. IT pracovníky to stálo nemálo trpělivosti, ale postupně

jsme se všichni se systémem sžili a dnes si neumíme práci bez počítače představit.

Práce sester se mění v průběhu let rychlým tempem a minulá generace by jistě byla překvapená, k jakému nárůstu kompetencí sester došlo. Sestra již není pouhou vykonavatelkou úkolů zadaných lékařem, ale podílí se na spoustě odborných činností. Musí se naučit pracovat s moderními přístroji, rozumět postupům, které provádí, aby mohla posoudit, zda odvedla dobrou práci při vyšetření či ošetření pacienta. Také musí v rámci svých kompetencí umět pacientovi vysvětlit správný postup a poradit mu. Množství léků a léčivých přípravků se mnohonásobně navýšilo a sestry se v nich musí orientovat. Dnes je prakticky každý pacient, který k nám na oddělení přichází, zajištěn periferním cévním vstupem, o který sestra musí pečovat, předcházet komplikacím a vše dokumentovat.

Přísnější předpisy a nařízení týkající se dezinfekcí a sterilizace nástrojů víc chrání personál i životní prostředí. Dnes nám při práci pomáhá a pacienty chrání používání jednorázových pomůcek.

Sestry jsou kompetentní k tomu, aby více komunikovaly s pacienty, zjišťovaly jejich potřeby a řešily vzniklé problémy. Potřeba vše zaznamenávat však vede k objemnější administrativě, která sestry zaměstnává větší měrou než v minulosti. Strava podávaná tabletovým systémem přivezená až na oddělení je naprostým



Vánoční večer filmových postav v r. 2017 / Foto: archiv oddělení

luxusem oproti dříve dovážené stravě v barelech a její následné přípravě na oddělení. Stejně tak je pohodlné podávání nutričně definované stravy, která je určena pacientům s nazogastrickou sondou nebo PEG – sondou zavedenou přes stěnu břišní přímo do žaludku.

Při zpětném ohlédnutí za tou řádkou desetiletí, která uplynula od založení oddělení až po dnešek, si musíme připustit,

že i naše současnost se brzy stane historií. Už nyní stojí přístavba pavilonu chirurgie, kam se přestěhuje celé naše lůžkové oddělení včetně operačního sálu. Druhá etapa přestavby bude zahájena zanedlouho a plány na proměnu ambulantní části oddělení, které jsou zatím pouze na papíře, se stanou skutečností.

Změní se prostory i některé pracovní postupy, ale důvody, proč tuto práci děláme, budou stejné jako před mnoha

lety. Chceme věnovat péči lidem, kteří ji potřebují, být empatičtí a profesionální. Chceme pracovat v kolektivu, na který budeme po letech rádi vzpomínat. Chceme si připomínat to dobré i zlé, co nás spojuje, vzájemnou důvěru a spolupráci.

Mgr. Jitka Kubátová
vrchní sestra

Otologická péče a otochirurgie na ORL oddělení

Chirurgická léčba středouší má v českobudějovické nemocnici dlouhou tradici, která sahá více než sedmdesát let do minulosti. Její počátky jsou spojeny se jménem primáře MUDr. Hynka Venclíka, kterého lze právem považovat za jednoho ze zakladatelů a průkopníků tympanoplastických (rekonstrukčních) operací na našem území. Jako první u nás provedl operaci otosklerózy, při níž byl třmínek nahrazen protézou. Na primáře Venclíka navázali primář MUDr. Jan Starý a primář MUDr. Pavel Pavlíček, kteří nabytí zkušenosti a Venclíkův zápal předávali dále svým nástupcům. Dnes se na našem oddělení staráme o pacienty z celého Jihočeského kraje a poskytujeme superkonziliární služby ostatním ORL pracovištím a ambulantním specialistům v kraji.

Stejně jako v minulosti, tak i dnes k nám většinu pacientů přivádí chronický zánět středního ucha. Ten dále dělíme na zánět prostý a na zánět s přítomností cholesteatomu. Cholesteatom je stav, kdy se ve středouší nachází rohovějící dlaždicobuněčný epitel. Zánět s přítomností cholesteatomu je provázen zapáchajícím hnisavým výtokem z postiženého ucha, bolestmi, nedoslýchavostí a nezářidka i závratěmi. Hnisavý zánět probíhá ve středouší, které je tenkou lamelou kosti odděleno od nitrolebečního prostoru. Zároveň je však středouší anatomickými strukturami s nitrolebeční dutinou i přímo propojeno. Proto jsou pacienti s hnisavými středoušními záněty ohroženi také vážnými komplikacemi extra- a intrakraniálními (např.

paréza lícního nervu, zánět vnitřního ucha, hnisavá meningitida, absces mozku apod.). Pacient má tedy v tomto případě sníženou kvalitu života a zároveň je i ohrožen na životě. Jediným léčebným řešením je operace.

Ve středoušní chirurgii rozlišujeme dva druhy operací. Jsou to operace sanační a rekonstrukční – tympanoplastiky. Při sanační operaci jsou odstraněny zánětlivě změněné tkáně spánkové kosti, čímž se zabrání vzniku komplikací s tímto zánětem spojených. Slangově se říká, že jde o zajištění „bezpečného ucha“. Při rekonstrukčních operacích (tympanoplastikách) je rekonstruován bubínek a středoušní kůstky. Jejich cílem je zajištění správné funkce středouší a zlepšení sluchu. Nejde ale o dva zcela oddělené typy výkonů. U sanačních operací se snažíme v rámci jednoho výkonu navázat fázi rekonstrukční a dosáhnout tak bezpečného i dobře slyšícího ucha.

Většinu času při operaci pracujeme v bubínkové dutině, což je velmi malý prostor o průměrné velikosti 1 cm³. Bubínková dutina je ohraničena mnoha důležitými anatomickými strukturami, jako je vnitřní ucho, kanál lícního nervu, jugulární bulbus, kanál vnitřní krkavice, Eustachova trubice, střední jáma lební a ušní bubínek. Uvnitř bubínkové dutiny se nacházejí středoušní kůstky – kladívko, kovadlinka a třmínek. Za bubínkovou dutinou je další velká část středouší, systém mastoidních sklípků, což je místo často postižené šířícím se zánětem z bubínkové dutiny. U všech operací máme na našem pracovišti možnost využít

perioperační monitoraci funkce lícního nervu. Můžeme si při operaci v zánětlivě změněném terénu ověřit polohu a funkci nervu a tím dále zvýšit bezpečnost prováděných výkonů. Poškození funkce lícního nervu je vzácnou, ale obávanou komplikací při středoušních operacích. Projevuje se omezenou hybností poloviny obličeje na postižené straně včetně nemožnosti zavřít oko.

Otochirurgické zákroky tedy probíhají na velmi malém prostoru, v jehož blízkosti se navíc nacházejí důležité struktury, jejichž poškození může způsobit závažné obtíže. K operačním výkonům tohoto typu je tudíž nezbytné mít moderní přístrojové



Ušní operace v roce 1984 - zleva prim. MUDr. Jan Starý a MUDr. Miloš Floder / Foto: archiv oddělení



Ušní operace v roce 2021 - v popředí MUDr. Martin Huška, za ním Bc. Jana Bráňová / Foto: archiv oddělení

vybavení, zejména operační mikroskop, který umožňuje práci s velkým zvětšením a dostatečnou hloubkou ostrosti, speciální mikroinstrumentarium, ušní vrtačku apod. Mimo přístrojové vybavení je nutné mít i personál se speciálním vzděláním (otochirurg, ušní instrumentářky), ale i zkušený střední zdravotnický personál na oddělení. I proto se v posledních letech

snižuje počet pracovišť, kde se středoušní operace provádějí, a péče se přesouvá do krajských a fakultních nemocnic.

Operací ale naše péče nekončí. Výsledkem sanačních operací je tzv. trepanační dutina, která vyžaduje pravidelné docházení do ORL ambulance. I sebelépe udělaná operace může selhat v pooperačním období při

zanedbání pravidelných kontrol. V rámci ambulantních kontrol využíváme mikroskop s přenosem obrazu živě na obrazovku, což oceňují hlavně rodiče, kteří přicházejí jako doprovod našich dětských pacientů. V posledních letech se stále více uplatňují také ušní endoskopy s možností pořízení elektronické fotodokumentace, která dobře slouží pro porovnání nálezů během následujících návštěv.

Kromě klasických středoušních operací jsme tento rok zavedli balónkovou dilataci (rozšíření) Eustachovy trubice. Značná část středoušních chorob je následkem poruch Eustachovy trubice. V indikovaných případech je právě dilatace Eustachovy trubice cestou ke zlepšení potíží spjatých se středouším, a tím dává možnost zvýšení kvality života bez nutnosti chirurgické terapie.

Do budoucna se slibnou cestou zdá zavedení TEES (Transcanal Endoscopic Ear Surgery), kdy je při operaci používán endoskop se speciálním instrumentáři. Tato nově se rozvíjející technika může přispět ke zmenšení rozsahu výkonu oproti klasickému přístupu a urychlit tak pacientovu rekonvalescenci.

MUDr. Martin Huška

Rinologie na ORL oddělení Nemocnice České Budějovice

V posledních dvaceti letech se obor rinologie, který se zabývá léčbou nemocí nosu a vedlejších nosních dutin, významně rozvinul. Nové vědecké a technické poznatky vedly k lepšímu poznání příčin vzniku nemocí i k rozšíření endoskopických operačních technik v oblasti nosních dutin a v oblasti spodiny lebeční. V oboru rinologie jsem se začal pohybovat koncem osmdesátých let, a tak vidím, k jak velkému pokroku v této oblasti od té doby došlo. Když jsem v oboru začínal, vůbec se neprováděla endoskopická vyšetření, k vyšetřování dutin jsme používali jen nosní zrcátko. Děly se opakované punkce dutin, operace byly prováděny jen ze zevních přístupů. Konzervativní léčba byla s nadsázkou omezena na použití



Endoskopická operace vedlejších nosních dutin s užitím operační navigace - zleva MUDr. Milan Svoboda a s. Ivana Prouzová / Foto: Jan Luxík

nosních kapek. V otorinolaryngologii došlo k výraznému rozvoji a změnám k lepšímu. Tyto změny jsou na našem oddělení uplatňovány v plné míře.

Na oddělení se moderní rinologie rozvíjí od konce devadesátých let. Do té doby byly operace vedlejších dutin nosních (VDN) prováděny tak, že nebyl brán ohled na zdravé struktury a postupovalo se při nich například přes přední stěnu čelistní dutiny, která nebyla nijak postižena. Se zavedením nových technologií do operační léčby (endoskopy, shavery, nové typy nástrojů) se mohly začít provádět operace nazvané FESS (funkční endonazální endoskopická chirurgie). Tyto postupy respektují anatomické struktury v nosních dutinách, a tak dochází k menšímu poranění okolních tkání. Podařilo se zkrátit dobu pobytu v nemocnici na několik dnů. Dříve doba hospitalizace dosahovala až dvou týdnů. Rovněž se zkrátila doba rekonvalescence a pacienti mohou být velmi brzy plně zapojeni do normálního života.

Významným mezníkem v rozvoji operativy byl rok 2004, kdy poprvé došlo ke spolupráci s Neurochirurgickým oddělením při řešení onemocnění, která zasahují do oblasti nosu a baze lební. Neurochirurgické oddělení bylo již vybaveno navigačním zařízením, které umožnilo rozvoj naší spolupráce. Jako jedni z prvních v České republice jsme společně s MUDr. Jiřím Fiedlerem, PhD., MBA, operovali nádory vedlejších dutin nosních, spodiny lebeční a očnénice buď pouze endoskopicky, nebo kombinovaným postupem (kranionazální resekce), což v té době prováděla pouze Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku v Hradci Králové. Zavedli jsme také endoskopický postup při operacích hypofýzy a společně provedli přes sto operací. V roce 2012 se naše endoskopické instrumentarium modernizovalo. Nové vybavení od firmy Olympus přineslo další posun v operativě, který byl ještě umocněn získáním navigace firmy Storz v roce 2018. Tento typ navigace, na rozdíl od optické navigace používané na neurochirurgii, pracuje na elektromagnetickém principu.



Endoskopické vyšetření dutiny nosní - zleva s. Jana Větrovcová, DiS., a MUDr. Pavel Střihavka ml.
/ Foto: Jan Luxík

Ten je pro náš obor výhodnější, protože můžeme měnit polohu pacientovy hlavy během operace. Používání navigace nám nyní umožňuje provádět celé spektrum rinochirurgických operačních výkonů. Kromě uvedených endoskopických operací provádíme také například septoplastiky, což jsou operace nosní přepážky, které řeší zhoršené dýchání nosem, a septorinoplastiky, tedy operace, které zlepšují dýchání nosem a odstraní i zevní deformity nosu. Rovněž provádíme ošetření zduřelé nosní sliznice při chronické rýmě pomocí radiofrekvenční termoterapie. Operační rinochirurgické zákroky provádíme i u dětských pacientů. V letošním roce pro naše oddělení pořizuje Nemocnice České Budějovice, a.s., novou endoskopickou věž firmy Storz, která umožní další zlepšení poskytované chirurgické péče.

Obor rinologie zahrnuje nejen operační výkony, ale také konzervativní terapii onemocnění nosu a vedlejších dutin nosních, která v posledních letech nabývá významu, zejména při léčbě chronických zánětů. Mnozí si jistě vzpomenou

na návštěvu ORL lékaře v dřívějších dobách, která byla spojena s obavou z tehdy velmi často prováděných punkcí čelistních dutin neboli „zastrkávání“ drátků do nosu, jež z laického pohledu vypadalo velmi nebezpečně. V dnešní době se punkce již prakticky neprovádějí, neboť výsledky léčby akutního zánětu dutin s punkcemi a bez punkcí jsou srovnatelné. Naše pacienty léčíme podle doporučení Evropské rinologické společnosti ve shodě s nejnovějšími vědeckými poznatky. Nejnovější doporučení výrazně vyzdvihují roli biologické terapie jako vhodné alternativy léčby nosní polypózy s chronickým zánětem vedlejších dutin nosních v případě, že dosavadní terapie nevede ke zlepšení stavu pacienta.

Lékaři oddělení své poznatky z operativy i konzervativní léčby prezentují na nejrůznějších odborných setkáních, celostátních sjezdech nebo formou přednášek, posterů či instruktážních kurzů.

MUDr. Milan Svoboda

Audiologie a neurootologie na ORL oddělení

Audiologie je věda, která se zabývá studiem normálního a poškozeného sluchu. Jedná se o obor na rozhraní věd biologických a technických. Každý lékař nebo sestra zabývající se audiologií musí mít nejen medicínské vzdělání, ale také znalosti z oblasti fyzikálních vlastností zvuku. Audiologické vyšetření provádí na pokyn lékaře audiologická sestra, která musí mít specializační vzdělání a erudici. Jedině vzdělaná a zkušená audiologická sestra je zárukou dobře provedeného audiologického vyšetření.

Základem každého audiologického vyšetření je tónová audiometrie, při níž jsou pacientovi pouštěny přesně definované tóny pomocí sluchátek a pomocí kostního vibrátoru. Pacient pak sám udává, zda tón slyší či neslyší. Ze srovnání výsledku vzdušného a kostního vedení je možné usuzovat, zda nedoslýchavost je převodního typu (na úrovni bubínku nebo středoušních kůstek) nebo percepčního typu (na úrovni sluchových buněk nebo sluchové dráhy). V některých případech může být užitečná slovní audiometrie, kdy se zjišťuje porozumění řeči na přesně definovaných sadách slov. K dalším vyšetřením patří metody objektivní audiometrie, které hodnotí biosignály,

kteří vznikají vlivem akustického podnětu a pacient je vůlí neovlivní. Mezi metody objektivní audiometrie patří impedanční audiometrie (tzv. tympanometrie), vyšetření otoakustických emisí a evokovaných potenciálů. Impedanční audiometrie je založena na měření akustického odporu převodního systému ucha. Vyšetření otoakustických emisí je založeno na snímání signálu vydávaného zdravými vnějšími vláskovými buňkami vnitřního ucha po podráždění zvukem. Principem evokovaných potenciálů je měření bioelektrických impulzů vznikajících na různých úrovních v mozku po podráždění zvukem ve vnitřním uchu. Nejužívanější je sledování evokovaných potenciálů vznikajících na úrovni mozkového kmene (BERA).

Audiologické pracoviště bylo vybudováno na ORL oddělení českobudějovické nemocnice již na počátku padesátých let 20. století. Důležitou činností audiologického pracoviště je také již mnoho let audiometrické sledování pracovníků, kteří jsou ve svém zaměstnání vystaveni zvýšenému hluku.

V roce 2000 byl v celém Jihočeském kraji zaveden ve spolupráci s neonatolog

screening sluchu novorozenců pro včasnou diagnostiku sluchových vad. V současné době je na všech novorozeneckých odděleních v Jihočeském kraji každému dítěti mezi druhým a čtvrtým dnem po narození provedeno měření sluchu pomocí otoakustických emisí. V případě podezření na nedoslýchavost se doplňuje další vyšetření (rescreening) již na našem pracovišti (screeningové centrum II). Pro tato vyšetření používáme moderní přístroje, které pravidelně obměňujeme. K poslední obměně došlo v roce 2019, kdy byl zakoupen přístroj Sentiero.

Metody objektivní audiometrie dále v současné době užíváme k přesnému určení prahu sluchu u dětí a nespolupracujících pacientů nebo pro posudkové účely. Jako pomocná metoda se objektivní audiometrie používá také při neurootologickém vyšetření ke stanovení charakteru a místa sluchové léze. Vyšetřování sluchu pomocí evokovaných potenciálů u malých dětí provádíme v přirozeném spánku za hospitalizace na Dětském oddělení prostřednictvím nového přístroje Interacoustics Eclipse, který byl pořízen ze sponzorských darů pro Dětské oddělení.

Obor neurootologie se zabývá vyšetřováním a léčbou nemocných se závratěmi způsobenými poruchou vestibulárního aparátu (rovnovážného ústrojí). Závratě jsou jedním z nejčastějších medicínských problémů, alespoň jednou za život zažije závrať okolo 40% populace. Příčiny závratí jsou rozmanité, mohou být otogenní (způsobené ušním onemocněním) či vestibulární, ale také kardiovaskulární, respirační, neurologické, vertebrogenní (způsobené onemocněním páteře), metabolické, po úrazu či otrávení, psychiatrické, gastroenterologické a infekční. K řešení problému pacienta je proto nutná mezioborová spolupráce. Přesto se u více než 20% závrativých stavů nepodaří odhalit jejich příčinu. Úlohou ORL lékaře je diagnostika a léčba závratí způsobená patologií vestibulárního aparátu ve vnitřním uchu a vestibulárního nervu (periferní vestibulární syndrom).

Vyšetření závratí se v naší neurootologické ambulanci skládá z ORL vyšetření (otoskopie,



Sestra Dagmar Pivková při vyšetření sluchu pomocí tónové audiometrie v tiché komoře

/ Foto: archiv oddělení



MUDr. Jan Doležal při vestibulárním vyšetření pomocí videonystagografie / Foto: Jan Luxík



Počítačové vyhodnocení videonystagografického vyšetření / Foto: Jan Luxík

orientační vyšetření funkce hlavových nervů, vyšetření sluchu) a klinického a přístrojového vestibulárního vyšetření. Klinické vestibulární vyšetření je základem ke stanovení diagnózy. Zahrnuje podrobnou anamnézu, vyšetření vestibulookulárních a spinovestibulárních reflexů a provedení polohovacích testů k vyšetření benigního paroxysmálního polohového vertiga.

Našimi prvními přístroji pro vestibulární vyšetření byly elektronystagograf, kraniokorpograf a dynamický posturograf. Vzhledem k významnému pokroku

v medicíně i technice v posledních letech jsou do klinické praxe zaváděna nová přístrojová vestibulární vyšetření, která jsou mnohem citlivější a přesnější a pomáhají lépe určit správnou diagnózu. Na našem oddělení je máme k dispozici jako jedni z prvních v republice. Jedná se o přístroj ICS Charter VNG s kalorimetrem k provádění videonystagografie a přístroj OTOsuite k provádění video head impulse testu (vHIT). Při vyšetření těmito přístroji má pacient nasazeny brýle s citlivými vysokorychlostními kamerami, které snímají a zachycují velmi drobné pohyby

očí a umožňují počítačovým programům vyšetření zakreslit a podrobně vyhodnotit, což vede k lepší diagnostice závratí.

Přístrojové vybavení nám umožňuje poskytovat ostatním ORL pracovištím a všem neurologickým pracovištím v kraji konziliární a superkonziliární služby v oblasti neurootologie na té nejvyšší dostupné úrovni.

MUDr. Bohdana Štefflová
MUDr. Václav Albrecht

Dětská otorinolaryngologie v Nemocnici České Budějovice

Historie dětské ORL v Českých Budějovicích úzce souvisí s vytvořením samostatného dětského lůžkového oddělení po roce 1945, které bylo zřízeno v objektu bývalého sanatoria MUDr. Jindřicha Říhy v ulici U Tří lvů. Prvním konziliářem, který docházel na dětské oddělení, byl otorinolaryngolog primář MUDr. Hynek Venclík. V poválečném Československu ještě neexistovalo očkování proti záškrtu a antibiotická terapie byla v začátcích. Dětské laryngitidy u záškrtu a zánětlivé komplikace akutních středoušních zánětů byly proto velmi časté a ORL specializace zde byla nezbytná. Po roce 1950 už na nově otevřeném Dětském oddělení, v nynějším Horním areálu Nemocnice České Budějovice,

a.s., zastávali funkci dětských konziliářů střídavě všichni lékaři pracující na ORL oddělení. Prvním oficiálně stanoveným dětským ordinářem byl MUDr. Miloš Floder, který patřil do poválečné generace absolventů lékařských fakult. V roce 1977 jej ve funkci vystřídala MUDr. Hana Tučková. Ta se zasloužila zejména o zavedení endoskopií u nejmenších dětí. Hana Tučková úzce spolupracovala i s neonatologickým oddělením a pokračovala v tradici středoušních operačních výkonů zavedených primáři ORL oddělení MUDr. Hynkem Venclíkem, CSc., a MUDr. Janem Starým v 70. a 80. letech. Její kariéru ukončila těžká nemoc v pouhých 54 letech.

V roce 1994 na její práci navázala MUDr. Eva Kudelová, která vykonává funkci dětského konziliáře a jako dětský ORL specialista pracuje dodnes. Péče o hospitalizované děti za tuto dobu prošla velkými změnami. V roce 2010 došlo ke zrušení dětských lůžek na odděleních všech chirurgických oborů, tedy i na ORL oddělení. Po roce 2010 jsou všichni dětské pacienti do 19 let věku hospitalizováni na nově vybudovaném Dětském oddělení. Péči o pacienty s ORL problematikou zajišťujeme ve spolupráci s pediatri formou konziliární služby. ORL výkony v celkové anestezii provádíme na operačním sále, na který přímo navazuje pracoviště dětské JIP a dětské pooperační péče. Dětská ORL



Dětské ORL ordináře - MUDr. Hana Tučková, která byla ordinářem v letech 1977 - 1994, a MUDr. Miloš Folder, který byl dětským ordinářem do roku 1977 / Foto: archiv oddělení

poradna poskytuje základní ORL péči dětským pacientům z českobudějovického regionu a přilehlého okolí a funguje také jako konziliární služba pro jihočeské ORL specialisty a pediatry. Na péči o dětské pacienty se samozřejmě podílejí i všechny další specializované ambulance ORL oddělení, které zajišťují péči audiologickou (vyšetření sluchu), vestibulární (vyšetření rovnovážného ústrojí), foniatrickou, logopedickou, rinologickou (vyšetření a léčba nosních onemocnění) a otologickou (vyšetření a léčba ušních onemocnění). V posledních letech došlo k výrazné modernizaci vybavení našich ambulancí. Velký význam pro šetrné a zároveň důkladné vyšetření dětských pacientů mají zejména dětské flexibilní endoskopy a ušní mikroskopy. Zárukou toho, že i v budoucnu bude Nemocnice České Budějovice, a.s., poskytovat kvalitní dětskou ORL péči, je zejména skupina mladých lékařů nadšených pro obor, kteří byli na ORL oddělení nově přijati.

MUDr. Eva Kudelová

Foniatrie

Obor foniatrie se zabývá diagnostikou, léčbou a rehabilitací poruch a chorob hlasu, řeči a sluchu u dětí i dospělých.

Foniatrická ambulance jako součást ORL oddělení českobudějovické nemocnice funguje nepřetržitě od konce padesátých let 20. století. Již v roce 1952 však vzniklo v Českých Budějovicích foniatrické pracoviště na Krajské poliklinice v ulici U Tří lvů. V roce 1965 pak byla na ORL oddělení zřízena ordinace pro foniatrii.

V naší foniatrické ambulanci používáme více vyšetřovacích a léčebných metod. Při vyšetření hlasivek se používá laryngostroboskop s videozáznamem. Jedná se o přístroj, který díky synchronizaci záblesků světla s frekvencí hlasu pacienta dokáže zobrazit kmitání hlasových vazů. U hlasivek se zaměřujeme na rehabilitace akutních, chronických a pooperačních stavů. Mezi naše pacienty patří jednak hlasoví profesionálové (zpěváci, rozhlasoví moderátoři, učitelé), ale i nemocní s hlasivkovými uzlíky, hyperkinetickou dysfonií (funkční poruchou hlasu, která

vzniká na základě dlouhodobého přemáhání hlasu nadměrným a příliš hlasitým mluvením nebo také zpěvem). Další skupinu pacientů představují pacienti s poruchami hlasu způsobenými extraezofageálním refluxem (jedná se o stavy, při nichž dochází k průniku obsahu žaludku a dvanáctníku [refluxátu] nad úroveň horního jícnového svěrače), nebo psychogenní spastickou dysfonií (jde o konverzní poruchu, neboli onemocnění, které napodobuje jiné somatické onemocnění hlasu, při kterém pacient příznaky nepředstírá úmyslně, ani nesimuluje, ale pevně věří, že je nemocen – „de facto se do nemoci utíká“).

Zvláštní kategorií jsou pacienti po totální laryngektomii (odstranění hrtanu), u kterých se zabýváme rehabilitací prostřednictvím náhradního komunikačního systému. Při nemožnosti zavedení hlasové protézy se jedná v první řadě o nácvik jícnového hlasu. V případě, že se pacientovi nedaří jícnový hlas ani během opakovaných cvičení vytvořit, následuje rehabilitace pomocí elektrolaryngu (elektrického generátoru vibrací o velikosti ruční svítilny, který po zapnutí a přiložení na měkké části krku vydává zvuk). Přístroj

těmto pacientům víceméně nahrazuje hlasivky a umožňuje jim mluvit.

V oblasti poruch řeči patří mezi naše pacienty zejména děti s vývojovou dysfázií (vývojovou poruchou řeči vzniklou na podkladě poruchy centrálního zpracování řečového signálu), audiogenní dyslálií (vadou řeči vzniklou při sluchových vadách), prostým opožděným vývojem řeči, ale i pacienti s mentální retardací nebo poruchou autistického spektra. Kromě dětských pacientů jsou našimi klienty i dospělí nemocní s afázií (vadou řeči vzniklou po mozkové příhodě nebo jiném organickém poškození mozku v oblasti řečového centra).

V rámci foniatrie poskytujeme také komplexní péči pacientům všech věkových kategorií s poruchami sluchu. Na základě podrobného vyšetření indikujeme optimální terapeutický a rehabilitační postup včetně předpisu sluchadel.

Zcela specifickou kategorií je vyšetření sluchu u nejmenších dětí a rehabilitace vrozených sluchových vad. Již od prvních dnů života lze vyšetřit sluch pomocí některé

z objektivních vyšetřovacích metod, jakými jsou otoakustické emise (OAE) nebo vyšetření evokovaných sluchových potenciálů (BERA).

Naše pracoviště koordinuje screening sluchu u novorozenců v Jihočeském kraji. Po narození je každé dítě vyšetřeno metodou OAE již v porodnici. V případě, že neprojde screeningem, je odesláno na naše pracoviště k dovyšetření. Podrobné vyšetření sluchu (BERA) se nyní provádí převážně ve spánku.

Dítě je přijato „na přespání přes noc“ na Dětské oddělení, kam docházíme vyšetření provést. Po zjištění sluchové vady a upřesnění jejího rozsahu je dítě buď rehabilitováno sluchadly, nebo je směřováno ke kochleární implantaci. Zcela zásadní roli zde hraje čas, protože pokud není sluchová vada rehabilitována co nejrychleji (nejpozději do tří let), dochází k těžkému narušení vývoje řeči nebo se řeč vůbec nevyvine.

Pro pacienty s nedoslýchavostí máme v nabídce moderní sluchadla všech funkčních i cenových kategorií od renomovaných firem (Widex, ReSound, Interton, Signia, Oticon, Audifon). Dokážeme si poradit i s nastavením řečového procesoru systému pro kostní vedení zvuku BAHA.

MUDr. David Průša

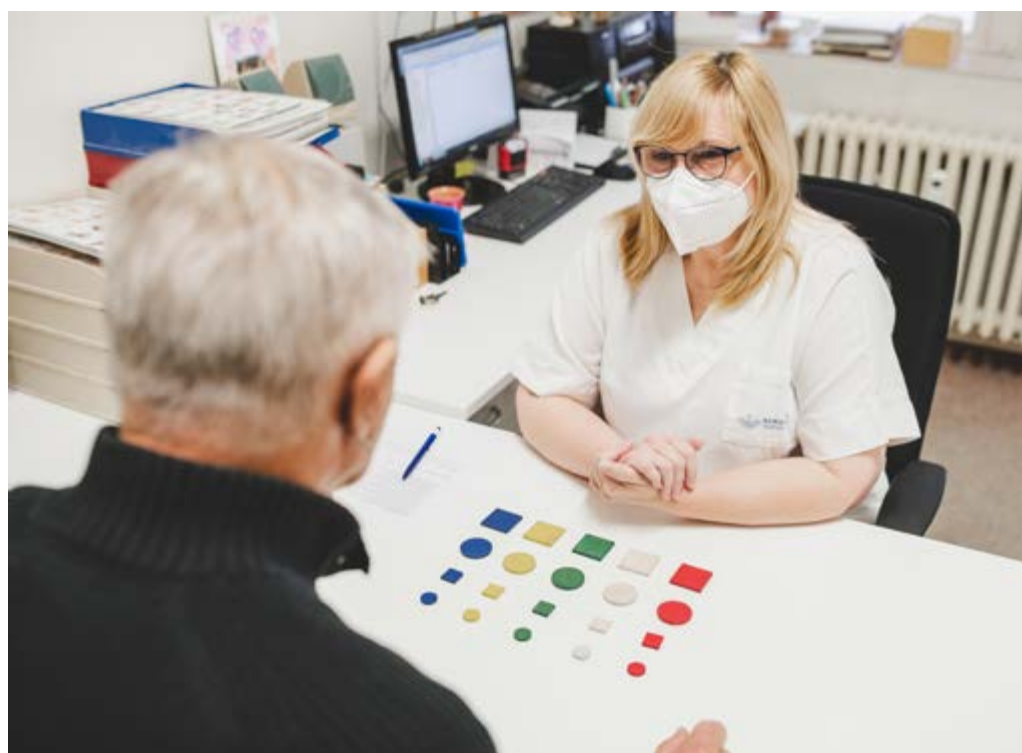
Klinická logopedie

Klinická logopedie je často považována za obor zaměřený výhradně na dětské pacienty, kteří mají obtíže s vyslovováním některých hlásek. V dnešní době lze ale klinickou logopedii charakterizovat jako dynamicky se rozvíjející obor zabývající se širokým spektrem diagnóz. Věnuje se prevenci, diagnostice a terapii komunikačních kompetencí ve všech věkových kategoriích (děti, dospělí i senioři).

V českobudějovické nemocnici je klinická logopedie součástí ORL oddělení již od padesátých let minulého století.

Logopedickou intervenci provádíme u ambulantních pacientů v ambulanci klinické logopedie na ORL oddělení a u hospitalizovaných pacientů v lůžkové části nemocnice. Pacienti, u nichž byla logopedická intervence zahájena během jejich hospitalizace, mohou po propuštění v terapii pokračovat ambulantně.

Poskytujeme odbornou péči dětským pacientům s vadami a poruchami sluchu (uživatelé sluchadel a kochleárních implantátů), opožděným vývojem řeči, poruchami vývoje výslovnosti (dyslalie), ale i poruchami specificky narušeného vývoje řeči (vývojová dysfázie) či narušením plynulosti řečového projevu (koktavost a breptavost). Dále řešíme poruchy motorické realizace řeči (vývojová dysartrie), poruchy při anomáliích orofaciálního systému (rozštěpové vady – rinofonie a palatolalie) či získanou psychogenní neschopnost (mutismus). Také se věnujeme poruchám řeči u dětí s mentální retardací, tělesným postižením, autismem či poruchami autistického spektra.



Mgr. Martina Vintrová při provádění logopedického cvičení / Foto: Jan Luxík

U dospělých pacientů a u seniorů řešíme stavy po cévních mozkových příhodách, úrazech, infekčních onemocněních, nádorových onemocněních a při neurodegenerativních onemocněních (Parkinsonova choroba, ALS – amyotrofická laterální skleróza), Alzheimerova demence apod.). U těchto pacientů se projevují poruchy řečových schopností (afázie), poruchy motorické realizace řeči (získaná dysartrie), poruchy polykání (dysfázie), poruchy hlasu (dysfonie), poruchy kognitivních a gnostických funkcí (poruchy paměti, pozornosti, vizuálního, sluchového a hmatového poznávání a chápání). Se stavy po úrazech a infekčních onemocněních se setkáváme i u dětí.

Pracujeme i s dospělými pacienty s vadami sluchu (uživatelé kochleárních implantátů), poruchou hlasu či poruchou polykání psychogenního původu nebo po operacích nádorových onemocnění v oblasti hlavy a krku. Obracejí se na nás dospělí s poruchou plynulosti řeči (koktavost a breptavost) a vadami výslovnosti.

Od roku 2016, kdy byla zahájena činnost dysfagiologické poradny (poradna pro poruchy polykání), je klinický logoped součástí jejího týmu na ORL ambulanci.

Mgr. Martina Vintrová

Práce sestry na ORL oddělení

Na ORL oddělení je různorodá skladba pacientů. Přicházejí k nám jak pacienti na plánované operační zákroky v oblasti hlavy a krku, tak i pacienti s akutními zánětlivými onemocněními na léčbu antibiotiky podávanými do žíly, případně doplněnou chirurgickým výkonem. Pacientům v akutním stavu někdy hrozí dušení následkem krvácení nebo zúžení dýchacích cest. Příčinami takových stavů může být zánět, otok či nádor. Hospitalizováni bývají také pacienti s náhlou nedoslýchavostí nebo závratěmi, onkologičtí pacienti při léčbě svého onemocnění nebo v terminální fázi života.

Sestry našeho oddělení se musí naučit pracovat nejenom s dospělými pacienty, ale i s dětmi, které k nám přicházejí k ambulantním chirurgickým výkonům nebo na vyšetření.

ORL oddělení tvoří ambulantní část, lůžková stanice s 22 lůžky a operační trakt se dvěma operačními sály, na kterých provádíme plánované operační zákroky v běžné pracovní době, ale i urgentní výkony. Ambulantní provoz je rozčleněn mezi dvě všeobecné ambulance a řadu specializovaných poraden. Průměrná délka hospitalizace pacientů na lůžkové stanici je 4,1 dne.

Jednou ze základních ošetrovatelských dovedností sestry na ORL oddělení je péče o pacienta s tracheostomickou kanylou. Tracheostomie je stav, kdy je průdušnice (trachea) lékařem otevřena zevně na krku ve střední čáře. Pro zajištění průchodnosti dýchacích cest musí být do tohoto otvoru vložena právě tracheostomická kanyla. Tracheostomie dělíme na dočasné, které mají pacienti přechodně k zajištění dýchacích cest pro akutní stav, a na trvalé, které mají pacienti po odstranění hrtanu pro onkologické onemocnění. V tomto případě pacientům dýchací cesty vyúsťují trvalým otvorem (tracheostomatem) na krku. Pro všechny tyto pacienty se jedná o velký zásah do života. Po laryngektomii z důvodu nádorového onemocnění se pacienti obávají recidivy. Neschopnost komunikovat za pomoci hlasivek, která po laryngektomii nastává, je pro pacienta také velmi stresující. V těchto případech je kvalifikovaná pomoc personálu, trpělivost a empatie nezbytná k tomu, aby pacient dobře zvládl pooperační

období, naučil se starat o tracheostoma a uměl používat tracheostomické pomůcky. Do celého procesu rehabilitace se zapojuje kromě personálu oddělení i rodina. Jednou z možností náhrady řeči po totální laryngektomii je zavedení hlasové protézy, která se operačně vkládá do vytvořeného kanálu mezi dýchací trubicí a polykacími cestami. Jde o poměrně jednoduchý zákrok, který se provádí buď přímo během totální

laryngektomie, nebo šest až dvanáct měsíců po operaci. Následně se pacient musí naučit pečovat o upravené tracheostoma, natrénovat mluvení pomocí protézy a naučit se ji čistit.

Sestry na lůžkové stanici ORL oddělení musí umět obsluhovat cévní vstupy od periferních žilních katetrů až po centrální katetry. Musí také znát rizika pooperačních stavů po jednotlivých chirurgických zákrocích,



Sestra Monika Mašková ošetřuje pacienta na dospávacím pokoji / Foto: archiv oddělení



Sanitářka Romana Hubáčková při výdeji stravy na lůžkové části / Foto: redakce

umět všechny úkony spojené s monitorací pacienta po operaci na dospávacím pokoji a musí se také naučit zásady převazování po operaci i péče o chronické rány.

U pacientů po některých operacích nebo s polykacími obtížemi musí sestry respektovat určitá specifika při výběru stravy i samotném stravování. Musí také znát zásady podávání nutriční stravy do nazogastrické sondy, do PEG i gastrostomie, což je zavedení vyživovací sondy přímo do žaludku přes stěnu břišní dutiny, aby byla výživa pacientů zajištěna co nejlépe.

Sestry si musí umět poradit i s řešením akutních stavů pacientů. V době pohotovostní služby musí být schopné připravit operační sál a případně asistovat lékaři do příjezdu

některé ze sálových sester, které slouží pouze ranní směny a v ostatním čase se střídají v pohotovostních službách na telefonu.

Operační sál je zásluhou nemocnice vybaven moderními přístroji, například endoskopickou věží s navigací a shaverem pro endoskopické endonazální operace, operačním CO2 laserem, operačním mikroskopem, neuromonitorací a dalšími. Sestry na operačním sále musí tudíž kromě operačních postupů zvládat i obsluhu a údržbu všech těchto přístrojů a znát bezpečnostní pravidla, která musí být dodržována pro jejich bezproblémový chod.

Sestry v ambulantní části oddělení pracují v ranních směnách ve dvou všeobecných ambulancích, kde se provádějí základní

vyšetření pacientů. I zde již používáme moderní vyšetřovací ORL přístroje, jako je ušní mikroskop či endoskopické optiky. Toto vybavení umožňuje provést například výplach ucha nebo odsávání sekretu. Sestry jsou i nezbytným pomocníkem lékaře ve specializované endoskopické ambulanci, kde asistují lékaři při samotném endoskopickém vyšetření a také čistí, sterilizují a připravují flexibilní endoskopy pro vyšetření.

Pravidelně sestry pracují také v dalších specializovaných ambulancích, například v onkologické nebo dysfagiologické poradně, která se stará o pacienty s poruchou polykání. Mezi další odborné ambulance patří specializovaná ambulance s ultrazvukem, kde sestry pomáhají lékaři zejména při provádění biopsií pro cytologické vyšetření. Další specifickou ambulancí je ušní ambulance, kde sestra asistuje lékaři při otoskopickém vyšetření i při ušních převazech po operacích.

Další nezbytnou součástí oddělení je audiologické pracoviště vybavené dvěma tichými komorami a řadou moderních přístrojů ovládaných pomocí počítače. Na audiologické ambulanci pracují dvě plně kvalifikované zkušené audiologické sestry, které umí s přístrojovým vybavením perfektně zacházet a dokážou samostatně provádět všechna audiologická vyšetření. Audiologické sestry jsou zvyklé pracovat i s novorozenci a malými dětmi, u kterých provádějí zejména včasnou diagnostiku a kontrolní screeningová vyšetření k odhalení poruchy sluchu. K tomu využívají vyšetření otoakustických emisí nebo evokovaných potenciálů. Audiologické sestry působí také ve speciální vyšetřovně, kde se vyšetřují pacienti se závratěmi. Zkušená audiologická sestra působí na foniatrické ambulanci, kde spolupracuje s foniatrem jak při vyšetřování sluchu a nastavování sluchadel, tak i při vyšetřování hlasu pomocí endoskopického přístroje s možným video záznamem a analýzou zvukové nahrávky.

V roce 2024 se budeme stěhovat do chirurgického pavilonu v Horním areálu nemocnice, který nyní prochází druhou etapou přestavby. Operační sál určený pro ORL oddělení tam bude již součástí centrálních operačních sálů. V pátém nadzemním podlaží bude lůžková stanice se třiceti lůžky, zákrokový sál a také všechny ambulance včetně recepce.



Do práce na oddělení se zapojují i studenti ZSF / Foto: archiv oddělení



Sestra Veronika Borovková připravuje infuzi / Foto: archiv oddělení



Zleva sestry Jana Poláková a Jana Větrovcová, Dis. při třetí covidové vlně / Foto: archiv oddělení

Mgr. Jitka Kubátová

Dysfagiologická poradna ORL oddělení Nemocnice České Budějovice

Porucha polykání neboli dysfagie postihne za život každého z nás. Téměř každý někdy zažil akutní tonzilitidu neboli angínu, při níž se tak samozřejmě věc jako polykání stává nadlidským výkonem. Polykací obtíže po vyléčení anginy naštěstí vymizí a my si můžeme opět pochutnávat na tom, co máme rádi.

Jenže co když jsou polykací obtíže dlouhodobé, nebo dokonce trvalé?

V tom případě se s námi můžete setkat v dysfagiologické ORL ambulanci. Dysfagiologický tým působí na ORL oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., od roku 2016 a tvoří jej lékař a logoped. Naším společným úkolem je pacienta s poruchou polykání vyšetřit jak klasickým ORL vyšetřením, tak také pomocí endoskopického vyšetření, tzv. FEES (flexible endoscopic evaluation of swallowing) a následně zvolit vhodnou léčbu. Ta nejčastěji spočívá v pečlivé rehabilitaci vedené logopedem.

Protože se „vyšetření hadicí“, jak se o endoskopii také často mluví, pacienti často obávají, je namístě vás uklidnit. Před samotným vyšetřením vše vysvětlíme. Tenký endoskop se lubrikuje gelem a zavádí nosní dutinou do hltanu nad nitro hrtanu. Při šetrném provedení a dobré spolupráci pacienta je celé vyšetření bezbolestné. Nikdy se nám ani nestalo, že by se při vyšetření pacient pozvracel. Na vyšetření není ani potřeba být lačný, ba naopak dostanete od nás modelovou stravu (tekutiny zahuštěné zdravotnickým zahušťovadlem nebo třeba piškot). Celé



MUDr. Hana Zapletalová (vlevo) a sestra Jana Větrovcová (vpravo) při endoskopickém vyšetření pacienta s polykacími potížemi / Foto: archiv oddělení

vyšetření trvá zhruba dvacet minut a má část diagnostickou a případně i terapeutickou (léčebnou). Výhodou FEES vyšetření je, že je velmi snadné, lze jej provádět také na lůžku a pacient není vystaven radiační zátěži. Můžeme jej proto opakovat, a tak sledovat efektivitu rehabilitace. Nevýhodou je nutnost spolupráce pacienta (vyšetření je omezeně využitelné u dětí a u osob s poruchami vědomí) a nemožnost posoudit jícnovou fázi polykání.

Většina našich pacientů je ve věkové kategorii nad šedesát let. Nejčastější příčiny u nás sledovaných poruch polykání jsou stavy po cévních mozkových příhodách,

nádory hlavy a krku, neurologická degenerativní onemocnění, úrazy, pooperační a postradiační změny.

V důsledku neléčené poruchy polykání dochází k úbytku na váze, dehydrataci, častým zánětům průdušek a plic či sepsi. Nejzávažnější komplikací je aspirace (vdechnutí tuhé stravy či tekutiny), která může vážně ohrozit život pacienta.

Dysfagiologická ambulance je otevřena každou středu mezi 12.00 a 14.30 a pacienti do ní mohou přijít po předchozím objednání.

MUDr. Hana Zapletalová

Laryngektomií rozpravy nekončí

Totální laryngektomie je operační zákrok nejčastěji prováděný kvůli zhoubnému onemocnění v oblasti hrtanu. Při tomto zákroku je zcela odstraněn hrtan a dojde k úplnému oddělení polykacích a dýchacích cest. Polykací cesty si zachovávají svůj

anatomický průběh (ústa, hltan, jícen), avšak dýchací cesty jsou zakončeny definitivní tracheostomií (vyústěním dýchacích cest na povrch krku). Vzhledem k definitivní tracheostomii a odstranění hrtanu s hlasivkami má tento výkon mimo jiné

za následek ztrátu možnosti tvorby hlasu přirozenou cestou. Tato skutečnost je pro velkou část pacientů značně stigmatizující, a proto na našem oddělení věnujeme velkou pozornost následné rehabilitaci hlasu, aby se zlepšila kvalita života našich pacientů.

Možnosti rehabilitace můžeme rozdělit na konzervativní, jimž se věnuje foniatrická ambulance ORL oddělení, a chirurgické.

Do skupiny konzervativních metod tvorby hlasu řadíme jícnový hlas, elektrolarynx a pseudošepot. **Jícnový hlas** neboli ruktus lze považovat za nejpřirozenější náhradní mechanismus tvorby hlasu po totální laryngektomii. Principem této metody je vibrace svěrače na rozhraní hltanu a jícnu vyvolaná aktivním unikáním vzduchu z jícnu (eruktace – vyříhnutí). Předpoklady zvládnutí této metody jsou vhodné anatomické poměry pacienta a jeho pochopení principu tvorby hlasu touto metodou. Tato metoda umožňuje tvorbu kvalitního hlasu, nevyužívá ruce pacienta a není příliš závislá na dýchání, tudíž působí nejpřirozenějším dojmem. Mezi negativa této metody patří nutnost dlouhodobého nácviu a nutnost změny vyjadřování pacienta (nelze tvořit mnohoslabičná slova). Jen málo pacientů je tudíž schopno využívat plných možností jícnového hlasu. Výuka této metody je na našem pracovišti první volbou při rehabilitaci hlasu po totální laryngektomii a je v kompetenci naší foniatrické ambulance. **Elektrolarynx** je další metodou tvorby hlasu po totální laryngektomii. Jedná se o přístroj, který generuje zvuk a předává jej po přiložení měkkým tkáním krku. Samotná řeč je poté tvořena předanou zvukovou energií a její modifikací za pomoci artikulace. Tato metoda je velmi jednoduchá, dobře dostupná (hrazena ze zdravotního pojištění). Zaměstnává však ruku pacienta, je nutné mít přístroj u sebe a výsledný hlas má strojový, tedy nepřirozený charakter. Vzhledem k jednoduchosti a dobré dostupnosti je tato metoda využívána i jako alternativa při selhání jiných náhradních mechanismů tvorby hlasu. Ve spolupráci s naší foniatrickou ambulancí jsme tuto metodu několikrát využili i u pacientů s neoperabilními obturujícími (zcela vyplňujícími) nádory v oblasti hrtanu k zajištění možnosti komunikace. Třetí konzervativní metodou využívanou na našem pracovišti je **pseudošepot** neboli bukální (tvářový) hlas. Tato metoda je využívána jako poslední při selhání ostatních možností. Jejím principem je vyrážení vzduchu z dutiny ústní a modifikace proudu

vzduchu pomocí artikulace. Výsledný hlas je ovšem slabý, tichý a špatně srozumitelný.

Chirurgickou metodou využívanou na našem pracovišti je **hlasotvorba pomocí tracheozofageální píštěle (TEP)**. Tato metoda je v současnosti hojně využívána jak v České republice, tak i ve světě. Na našem pracovišti se jí věnujeme od roku 2019. Podobně jako jícnový hlas využívá princip rozkmitání svěrače na rozhraní jícnu a hltanu. K tomu ovšem využívá vydechovaný vzduch namísto napolykaného. K využití vydechovaného vzduchu je nutné vytvoření umělé komunikace mezi dýchacími a polykacími cestami. K zajištění potřebné komunikace mezi dýchacími a polykacími cestami využíváme tzv. hlasové protézy. Jedná se o implantát fungující na principu jednocestného ventilu, který umožňuje po zacpání tracheostomu proniknutí vzduchu do polykacích cest, ale zároveň zabráňuje pronikání stravy a tekutin do cest dýchacích. Vložení hlasové protézy probíhá na našem pracovišti ve dvou režimech. První režim je vložení hlasové protézy během samotné totální laryngektomie (tzv. primoinzerce) či s odstupem času po onkochirurgickém výkonu (tzv. ve druhé době). Tato metoda je díky využití hlasové protézy pro pacienta relativně jednoduchá na naučení, a proto je většina pacientů krátce po výkonu schopna tvořit dostatečně kvalitní hlas, který umožňuje i tvorbu mnohoslabičných slov a kratších vět. I tato metoda zaměstnává ruku pacienta, který musí ucpávat otvor tracheostomu. V současné době se ovšem ve světě objevuje trend **tzv. hands free speech**, kdy pomocí speciálního filtru dochází k uzavření otvoru tracheostomu pomocí brady pacienta. Tuto tzv. hands free metodu jsme na našem pracovišti již s dobrými výsledky zavedli. Je nutné zmínit, že hlasová protéza má jako většina implantátů omezenou životnost, která je závislá na frekvenci užívání a dalších faktorech a je různá u každého pacienta. Výměna hlasové protézy probíhá v rámci naší onkologické poradny jako běžný ambulantní zákrok.

V tomto článku jsem krátce představil metody rehabilitace hlasu a vytvoření možnosti komunikace



Hlasová protéza s výměnným setem / Foto: archiv oddělení



Zavedení hlasové protézy / Foto: archiv oddělení



Zavedená hlasová protéza / Foto: archiv oddělení

po laryngektomii. Právě komunikace s okolím je pro každého pacienta nesmírně důležitá, a šance na její zachování i po chirurgickém odstranění hrtanu proto významně zlepšuje kvalitu života našich pacientů.

MUDr. Pavel Střihavka ml.

Sluchadla

Sluchové vady znepríjemňujú
časti ľudskej populácie komunikaci
a spoločenský život od pradávna.
Pokud se sluchová vada nedá vyléčiť,
nabízí se možnost rehabilitace pomocí
sluchadel. Již v dávné minulosti si lidé
uvědomili, že když si za ucho přiloží
dlaň, o něco se jim zlepší poslech.
Navíc se tímto gestem vyšle signál
mluvčímu, že má mluvit hlasitěji.

V průběhu staletí byly zkonstruovány nejrůznější pasivní sluchové pomůcky (nejčastěji v podobě sluchových trychtýřů, tzv. trumpetek), které si nedoslýchavý člověk přikládal k uchu. Největší rozvoj těchto sluchových trychtýřů byl zaznamenán v 19. století. K dalším pomůckám patřily sluchové trubice, které od úst mluvčího přenášely zvuk až do ucha nedoslýchavého. Vrcholem těchto neelektrických pomůcek

byly protézy pro kostní vedení zvuku, kdy byl zvuk přenášen na lebeční kosti nebo na zuby. Takovou pomůcku využíval třeba Ludwig van Beethoven, který měl údajně dřevěnou tyč, jejíž jeden konec byl opřený o klavír a druhý pak svíral slavný skladatel mezi zuby.

Zvrat ve vývoji sluchové protetiky nastal na začátku 20. století, kdy se na scéně objevila elektronika. Nejprve byla vynalezena sluchadla s uhlíkovými mikrofony, která dokázala zesílit zvuk o 15 až 35 dB. Dalším milníkem byl vynález triody – elektronky, která byla schopná zesílovat zvuk ještě více. Tato sluchadla měla podobu kufříkových přístrojů a vážila přes 10 kg. V padesátých letech 20. století dochází k využití tranzistorů ve sluchadlech. V roce 1957 firma Danavox uvádí na trh první závěsné sluchadlo a v roce

1959 firmy Dahlberg a Nichols & Clark přicházejí s prvními sluchadly do boltce. V roce 1988 přichází švýcarská firma Gfeller AG–Bernafon s prvním programovatelným sluchadlem s digitálními obvody. Sluchadlo mohlo být naprogramováno různými způsoby pro různé poslechové situace.

V roce 1983 firma Auditone představuje první přenosné plně digitální sluchadlo. Číslicové obvody se však vyznačovaly značnou spotřebou energie a požadovaly vyšší napájecí napětí. Přenosná digitální sluchadla se tedy začala prodávat až v roce 1987.

Plně digitální sluchadla se dostávají na trh v roce 1995 (JUMP-1 od firmy Oticon a SENSO od firmy Widex). V současnosti se už můžeme setkat jen se sluchadly digitálními.

Koncepce moderního digitálního sluchadla

Mikrofon → A/D převodník → Procesor → D/A převodník → Reproduktor

Každé sluchadlo se skládá z mikrofону (může jich být i víc), který přijímá zvuky z okolí. V analogově digitálním převodníku se analogový signál převádí do digitální podoby. Digitální signál je pak dále zpracováván algoritmy v procesoru. Procesor je takovým srdcem digitálního sluchadla. Jde o velmi malý, ale zároveň velice výkonný počítač, který je naprogramován tak, aby vytvořil zesílený

zvukový signál přesně přizpůsobený konkrétnímu nedoslýchavému uchu. K tomu využívá vysoce sofistikovaný software. Zpracovaný digitální signál je poté odeslán do digitálně analogového převodníku, kde je převeden zpět do analogové podoby. Analogový signál pak vychází z reproduktoru v nedoslýchavém uchu.

V současnosti lze sluchadla přizpůsobit velkému množství sluchových vad. Sluchadla disponují pokročilými systémy pro potlačení rušivých zvuků, zvýraznění řeči, změkčování náhlých zvukových rázů či chytrými mechanismy vytvářejícími adaptivní směrovost mikrofónů. Jsou vybavena technologiemi, které umožňují připojení k televizi, audiosystémům, počítačům, tabletům či chytrým telefonům



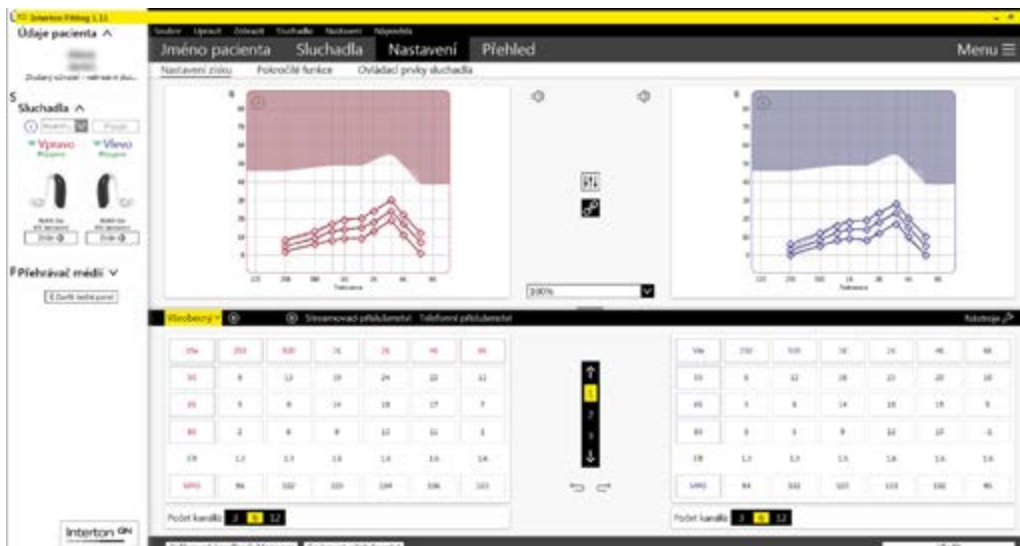
Závěsné sluchadlo / Foto: MUDr. David Průša



Zvukovodová sluchadla / Foto: MUDr. David Průša



Výkonné dětské sluchadlo High Power s kovovým kolínkem / Foto: MUDr. David Průša



Prostředí nastavovacího software sluchadel firmy Interton / Foto: MUDr. David Průša

a streamování zvukového signálu ze zařízení přímo do sluchadla. Na aplikaci v tabletu nebo chytrém telefonu si pak pacient může nastavovat hlasitost signálu nebo ovládat směrovost mikrofonů, ale může si i pouštět maskovací zvuky sloužící k odvedení pozornosti od vlastních ušních šelestů (tinnitus masking). Navíc se vývoj technologií rok od roku zrychluje a výrobci přicházejí se stále novými a promyšlenějšími funkcemi (například strojové učení), které zlepšují poslechový komfort uživatele.

Sluchadla se rozdělují na zvukovodová a závěsná. Zvukovodová jsou celá ukrytá ve zvukovodu, jejich skořepina se vyrábí přesně na míru podle otisku ucha. Závěsná sluchadla jsou umístěná za uchem (stejně jako nožička brýlí) a zvuk se z nich vede hadičkou do tvarovky, která je rovněž vyrobená na míru a je umístěná ve zvukovodu. Každé sluchadlo je individuálně nastavené po předchozím podrobném vyšetření sluchu. K nastavení slouží vyspělý software, prostřednictvím kterého lékař sluchadlo seřídí tak, aby jeho zvuková charakteristika přesně odpovídala tíži a charakteru pacientovy sluchové vady.

Současná moderní digitální sluchadla jsou malým zázrakem techniky. Jen pro představu – procesory současných sluchadel jsou řádově výkonnější, než byl počítač, který řídil kosmický modul při přistání člověka na Měsíci. Přesto ale zatím nelze dosáhnout toho, aby nedoslýchavé ucho se sluchadlem mělo stejný poslechový zážitek, jako má zdravé ucho bez sluchadla.

Je zcela pošetilé přirovnávat sluchadla k brýlím. Oku s refrakční vadou stačí, aby čočka brýlí „zaostřila“ na potřebnou vzdálenost, a člověk vidí obraz, na jaký byl zvyklý. U sluchadel toto neplatí, protože nedoslýchavé ucho má své zvláštní biologické vlastnosti. Jednou z nich je tzv. recruitment fenomén. O co se jedná? Poučka praví, že recruitment fenomén je vyrovnání subjektivní hladiny hlasitosti nad prahem sluchu. Co si pod tím ale představit? Zdravé ucho slyší tiché zvuky jako tiché, středně hlasité jako středně hlasité a hlasité jako hlasité. Nedoslýchavé ucho tiché zvuky neslyší vůbec, středně hlasité (podle tíže sluchové vady) slyší třeba jen zčásti, ale hlasité už slyší stejně hlasité jako ucho zdravé. Aby nedoslýchavé ucho slyšelo i tiché zvuky (šustění papíru, tikot hodin), musí je sluchadlo zesílit nad prah sluchu nedoslýchavého ucha. Jenže právě kvůli tomu dochází k situaci, že tyto zesílené zvuky sice nedoslýchavé ucho už zase slyší, ale člověk je vnímá jinak, než je vnímal v době, kdy ještě slyšel normálně. Nevnímá je už jako tiché, ale třeba rovnou jako středně hlasité. Dochází ke konfliktu mezi současnou realitou a zvukovou pamětí. Očekávání pacienta jsou často nereálná („se sluchadlem přece musím slyšet jako zamlada“) – pacient sice se sluchadlem slyší všechny zvuky, ale slyší je jinak, zkresleně. Toto zkreslení je zčásti dané vyrovnáním subjektivní hlasitosti nad prahem sluchu (recruitment fenomén), ale nejen tím. Dalším zdrojem zkreslení je to, že sluch je často postižen v různých frekvenčních oblastech různě. Nejčastěji

to bývá tak, že hluboké frekvence slyší poměrně dobře, střední frekvence slyší hůře a vysoké frekvence slyší nejhůř. Sluchadlo se takové vadě tedy musí přizpůsobit, takže hluboké frekvence zesílí málo, střední frekvence více a vysoké nejvíce. Díky tomu se zvuk může zdát nezvykle ostrý, plechový nebo až syčivý.

Další vlastností, kterou se vyznačuje nedoslýchavé ucho ve srovnání s uchem zdravým, je menší dynamický rozsah. Normální ucho má prah sluchu okolo 10 dB a prah nepříjemného poslechu okolo 100–110 dB. Nedoslýchavé ucho má prah slyšení posunutý do vyšších intenzit, ale prah nepříjemného poslechu posunutý nemá. Tomuto rozpětí mezi prahem slyšení a prahem nepříjemného poslechu se říká dynamický rozsah. Sluchadlo se musí do tohoto dynamického rozsahu vejít. To znamená, že by mělo zesílit tiché zvuky nad prah slyšení nedoslýchavého ucha, ale nemělo by další zvuky zesílit tolik, aby se zvukový signál dostal nad prah nepříjemného poslechu. Čím je sluchová vada těžší, tím je i menší dynamický rozsah a tím má sluchadlo menší prostor, do kterého se musí vejít. A čím má ucho menší dynamický rozsah, tím je i poslechový komfort horší.

Aby pacient sluchadlo dobře přijal, je v první řadě zapotřebí mít od sluchadla realistická očekávání. V druhé řadě je potřeba projít někdy snadnou, ale někdy také hodně trnitou cestou přivykácího procesu.

Binaurální korekce

Člověk (a spolu s ním velká část ostatních živočichů) je uzpůsoben k tomu, aby poslouchal oběma ušima zároveň. Díky tomu, že mozek porovnává zvukový signál z obou uší, dokáže lépe odhadnout, odkud zvuk přichází (prostorové slyšení) a snáze oddělí zvuky, které slyšet chce, od zvuků, které slyšet nechce (rozumění v hluku). Když si zdravý člověk ucpe dobrovolně jedno ucho, utvoří si v něm nedoslýchavost se ztrátou přibližně 35 dB. Už v této situaci má problémy s porozuměním řeči v hlučném prostředí nebo s prostorovým slyšením.

Pokud má člověk nedoslýchavost na obou uších a má korekci sluchadlem jen v jednom uchu, nelze čekat, že bude úplně bez potíží. Bohužel pojišťovny v České republice přispívají na oboustrannou korekci sluchové vady pouze dětem do 18 let věku. Dospělí dostávají příspěvek jen na jedno sluchadlo a v případě oboustranné korekce si pacient musí druhé sluchadlo celé hradit sám. Mimo jiné z tohoto důvodu má u nás nadpoloviční většina pacientů jen jedno sluchadlo. Dalším důvodem k volbě jednostranné korekce je, že je pacient nerozhodný. Vezme si

na zkoušku jedno sluchadlo a druhé si chce pořídit až v případě, že se mu první sluchadlo osvědčí. Jenže pak se snadno stane, že spokojený úplně není, protože s jedním sluchadlem nerozumí tak dobře, jak by potřeboval. Nemusí si uvědomit, že to je právě tím, že má sluchadlo jenom jedno, ale naopak si může myslet, že je to chyba sluchadla, a druhé si už nepořídí.

MUDr. David Průša

ANTIBIOTIKA nejsou vitamíny!

Vaši přirozenou imunitu neposílí!

Antibiotika je potřeba nasadit přesně, když potřebujeme. Přesto je někdy od lékaře vyžadujeme bezdůvodně, třeba před chřipkovým obdobím nebo cestou do zahraničí. Jenže antibiotika prostě na posílení imunity nefungují. Navíc tím umožňujeme škodlivým bakteriím získat **antibiotickou rezistenci**, kterou si mezi sebou předávají. Ztížíme tak léčbu všem, kdo jednou můžou antibiotika opravdu potřebovat. Včetně nás a našich blízkých.



Iceland
Liechtenstein
Norway grants

STÁTNÍ
ZDRAVOTNÍ
ÚSTAV
SZÚ

Lékárenská pohotovost není nonstop lékárna

Lékárenská pohotovost je forma zdravotní péče, která je poskytována mimo běžnou provozní dobu lékáren. Zajišťuje tak dostupnost léčivých přípravků nemocným při náhlém zhoršení jejich zdravotního stavu. Lékárna Nemocnice České Budějovice, a.s. zabezpečuje tuto službu jako jediná lékárna v Jihočeském kraji. Je otevřena každý den v roce i v nočních hodinách, o víkendech a státních svátcích. V noci jsou léčiva vydávána přes pohotovostní okénko.

V posledních měsících značně narostl počet osob, které si vyzvedávají léky na recept mimo řádnou otevírací dobu lékárny. Ač rádi vyhovíme příchodům, hlavním posláním služby je výdej léčiv potřebných ke zvládnutí náhlého zhoršení zdravotního stavu, zejména bolesti, teploty, infekce či poranění.

V současnosti však více než polovinu léčiv vydaných v pohotovostní otevírací době tvoří léky, které neslouží k akutní pomoci. Pacienti si často přicházejí vyzvednout léky, které berou pravidelně, jen několik hodin před vypršením platnosti receptu, protože ve dne zapomněli nebo jen měli cestu kolem nemocnice ve večerních hodinách.

Pro doplnění domácí lékárníčky, nákup kosmetiky či veterinárních léčiv pro čtyřnohé mazlíčky využijte, prosím, řádnou provozní dobu lékárny.

Vyřizováním neakutních požadavků během pohotovostní otevírací doby se prodlužuje doba čekání na výdej léčiv pro akutní pacienty. Jsou to pacienti, kteří přicházejí z lékařské pohotovosti, kterým

není dobře, něco je bolí nebo jsou to rodiče od rozespálých a uplakaných dětí.

Telefon na lékárenskou pohotovost slouží k poskytování lékárenské péče osobám z celého kraje. Zároveň je ale také určen lékařům ze všech oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., ale i ze všech okresních nemocnic Jihočeského kraje. Těmto lékařům zajišťujeme výdej vitálních (život zachraňujících) léčiv pro hospitalizované pacienty.

Lékárenská pohotovost tu tedy není proto, aby vyřizovala neakutní požadavky pacientů. Nejedná se o nonstop lékárnu, ve které si lze vyzvednout kdykoli cokoli. Lékárenská pohotovost existuje zejména proto, aby si pacienti mohli vyzvednout léky, které dosud nepotřebovali a které jim pomohou zvládnout nečekané zhoršení zdravotního stavu.

Vzájemnou ohleduplnost a odpovědnost vůči sobě i svému okolí nedokáže suplovat žádné režimové opatření spočívající v prodlužování provozní doby, navyšování počtu sloužících farmaceutů či upřednostňování skupin pacientů s recepty z lékařské pohotovosti.

V současné době se proto zaměřujeme na zdůraznění zdravotnické role lékárenské pohotovosti. Omezujeme výdej doplňkového volně prodejného sortimentu, který ze své podstaty není pohotovostním sortimentem, během nočních hodin. V nočních hodinách dojde také k jeho zdražení. Ačkoli se jedná o nepopulární opatření, je to cesta, jak podpořit dostupnost lékárenské péče těm, kteří ji nejvíc potřebují - tedy akutním pacientům. Lékárenská pohotovost není nonstop lékárna.



Pohotovostní lékárna / Foto: Jan Luxík

PharmDr. Ondřej Pavlíček, Ph.D.
Lékárna

CO BY NEMĚLO CHYBĚT V DOMÁCÍ LÉKÁRNIČCE

Univerzální návod na vybavení domácí lékárničky neexistuje. Každá domácnost má svá specifika. Rodina s dětmi bude mít trochu jiný obsah lékárničky než mladý aktivní člověk, senior nebo chronický pacient.

ZÁSADY PRO DOMÁCÍ LÉKÁRNIČKU

- Domácí lékárničku mít přehledně uspořádanou.
- Dětské léky oddělit od léků pro dospělé.
- Léky uchovávat v originálním balení a nikdy nevyhazovat příbalový leták.
- Léky uchovávat na suchém, tmavém místě, vždy mimo dosah dětí.
- Dodržovat pokyny uchovávání (např. za teploty dle doporučení).
- Alespoň dvakrát za rok zkontrolovat dobu použitelnosti (expiraci) u všech přípravků.
- Prošlé léky nevyhazovat do popelnice, ale vrátit je do lékárny.

V DOMÁCÍ LÉKÁRNIČCE DOPORUČUJEME MÍT:

LÉKY NA SNÍŽENÍ TEPLoty A LÉKY PROTI PROTI BOLESTI

Standardně se používají dvě účinné látky: paracetamol (**Paralen, Panadol**) a ibuprofen (**Ibalgin, Nurofen**).

Obě látky jsou vhodné i pro děti – pro malé děti ve formě roztoku nebo v čípcích, pro větší děti pak v tabletách. Tyto léky dětem uleví od horečky a bolesti provázející chřipku a nachlazení, dětské nemoci (neštovice, páta a šestá dětská nemoc) nebo jim pomohou při horečce po očkování.

Pro dospělé je téměř univerzální lék při horečkách paracetamol. Ten však není vhodný pro pacienty se zhoršenou funkcí jater. A v žádném případě se nesmí kombinovat s alkoholem! Alkohol totiž zvyšuje nežádoucí působení paracetamolu na játra. Na „léčbu“ kocoviny tudíž není vůbec vhodný.

Ibuprofen má na rozdíl od paracetamolu navíc protizánětlivé účinky, paracetamol je ale šetrnější k zažívacímu traktu.

Léky s obsahem ibuprofenu se nedoporučují užívat pacientům s žaludečními vředy nebo zánětem žaludku, problémy s ledvinami či srdcem, užívajícím warfarin či jiné léky ovlivňující srážlivost krve a ženám v prvním a třetím trimestru těhotenství.

Pozor! Další běžná účinná látka proti horečce a bolesti kyselina acetylsalicylová (aspirin) se nesmí používat u dětí do patnácti let!

LÉKY NA NACHLAZENÍ

V zimním období můžeme doplnit lékárničku léky proti nachlazení. Většinou se jedná o kombinované přípravky s látkou na snížení příznaků horečky, rýmy a nachlazení ve formě tablet nebo horkého nápoje (**Coldrex, Paralen Grip**).

Při rýmě pomohou nosní kapky s obsahem mořské vody (**Quixx, Stérimar**). Při silné rýmě můžeme použít **Olynth, Nasivin** nebo **Muconasal Plus** ve formě kapek nebo spreje.

Kapky či sprej při rýmě představují záchranu ve chvíli, kdy oteče nosní sliznice a nemocný nemůže dýchat. S klasickými přípravky by se mělo zacházet opatrně. Neměly by se používat déle než týden, jinak si na ně člověk může vytvořit návyk, kterého se velmi těžce zbavuje. Použití klasických kapek či sprejů je dobré kombinovat se spreji obsahujícími mořskou vodu.

Při vlhkém produktivním kašli doporučujeme užívat **Mucosolvan, ACC** či **Bromhexin**. Pro děti je vhodnější sirup nebo kapky, pro dospělé tablety.

Silný, dávivý kašel léčíme přípravky **Levopront** či **Robitussin**.

Na bolest v krku můžeme použít kloktadlo, sprej s obsahem dezinfekčních látek (**Tantum Verde, Stopangin**) nebo pastilky (**Strepsils, Orofar**). Mezi pastilkami a spreji není zásadní rozdíl v účinku. Po použití

zvoleného přípravku se doporučuje alespoň třicet minut nic nejíst a nepít, aby obsažené látky mohly dobře působit.

TEPLOMĚR

Teploměr je k prodeji buď skleněný, nebo digitální. Obsahem skleněného teploměru již není rtuť, ale směs jiných prvků.

U kojenců se teplota měří v konečnicku digitálním teploměrem s ohebnou špičkou, větší děti zvládnou měření v podpaží. V současné době jsou oblíbené bezkontaktní digitální infračervené teploměry, s nimiž můžeme teplotu dítěti změřit, i když spí.

LÉKY NA ZAŽIVACÍ POTÍŽE, PŘEDEVŠÍM PRŮJEM NEBO ZVRACENÍ

Průjem je běžným problémem především u dětí. Pokud dítě dostane průjem, je naprosto zásadní ihned po nástupu obtíží zajistit dostatek tekutin a zabránit dehydrataci, k níž může dojít velmi rychle. V lékárničce by proto neměl chybět rehydratační roztok (**Kulišek, Enhydrol**). Dále pro zkrácení doby trvání průjmu mohou přispět vybraná probiotika (**Hylak, Enterol**). Pro léčbu průjmu u dospělých je vhodné živočišné uhlí či **Smecta**. Přípravek se doporučuje užívat dvě hodiny po jídle či perorálním užití jiného léku. Pokud by se k průjmu přidala mírně zvýšená teplota, může se užit střevní dezinfekce (**Endiaron**: jedna tableta třikrát denně). Průjmy doprovázené horečkami či velkými křečemi by měly být konzultovány s lékařem.

Při zácpě jsou vhodné **glycerinové čípky, Duphalac** či silnější projímadla (**Fenolax, Guttalax**).

Při pálení žáhy lze použít praktické žvýkací tablety Rennie či Maalox. Proti nadýmání působí tablety Espumisan, pro děti je přípravek dostupný i v kapkách.

ANTIISTAMINIKA

Antihistaminika pomáhají léčit alergický zánět spojivek, ulevují od senné rýmy či snižují otoky a svědění.

Na běžné poštípání hmyzem či popálení kopřivami je vhodný **Fenistil gel**, který zmírňuje svědění.

Při slzení očí, nadměrném kýchání a silné rýmě můžeme použít tablety **Claritine**, **Zyrtec** nebo sprej či oční kapky **Livostin**.

ÚRAZY

Většina z nás vaří, občas doma něco vyrábí a opravuje a trochu sportuje. Proto v žádné lékárnice nesmí chybět náplast s polštářkem a náplast na cívce, obvazy, elastické obinadlo, dezinfekce (sprej **Cutasept**, mast **Betadine**). Pozor! Alergici by neměli používat přípravky s obsahem jódu.

Při bolesti pohybového aparátu pomůže gel nebo mast (**Flector**, **Dolgit**).

Oční kapky **Ophthamo-Septonex** patří do každé lékárnice jako první pomoc při zánětech a poranění oka.

VITAMÍNY A MINERÁLY

B-komplex funguje jako univerzální podpůrný prostředek. Je k dispozici v tabletách nebo

kapkách. Zvýšený příjem je vhodný například po léčbě antibiotiky, při nachlazení, aftech či zanícených ústních koutcích.

Hořčík je minerál důležitý pro řadu metabolických procesů v organismu. Přispívá k normální činnosti nervové soustavy a normální psychické činnosti. Je vhodný při sportovní zátěži, ke snížení míry únavy a vyčerpání. Průměrná doporučená denní dávka hořčíku se pohybuje kolem 300 mg denně. Muži mají mírně vyšší potřebu hořčíku než ženy.

Vitamín C je vhodné do organismu doplnit v náročném období, například při nachlazení, únavě, vyčerpání. Je dostupný ve formě šumivých tablet, tablet s postupným uvolňováním, lipozomálního vitamínu C nebo vitamínu C z přírodního zdroje se šípkiem. Denní příjem vitamínu C by se u zdravého člověka měl pohybovat kolem 80 mg. Vitamín C se vyskytuje především v ovoci a zelenině. Pokud jsou ovoce a zelenina konzumovány v normální míře, pokryjí alespoň část doporučeného denního příjmu.

Vitamín D je pro naše tělo velmi důležitý. Ovlivňuje látkovou výměnu vápníku, je nezbytný pro zdravé kosti a zuby, pomáhá udržovat zdravé svaly. Ovlivňuje ale i další části našeho těla, jako je srdce, mozek

či imunitní systém. Běžně si jej tělo samo tvoří díky slunečnímu záření. Často je ale potřeba jej doplnit uměle. Pro dosažení doporučené hladiny je vhodné přijímat 1000 až 2000 UI (25–50 mikrogramů) vitamínu D denně. Pro posílení imunity je potřeba 2000 UI denně. Vyšší dávky vitamínu D je potřeba konzultovat s lékařem, a to především u dětí, těhotných žen a žen po menopauze.

DŮLEŽITÉ ZÁVĚREM

Před použitím léků je vždy třeba si přečíst příbalový leták a ověřit si, zda nepoužíváme léky se stejnou účinnou látkou a dodržujeme doporučené dávkování.

Naše domácí lékárnice je připravená a vybavená tak, aby nám pomáhala. Vše, co je v ní uloženo, bychom měli umět správně používat. Dodržujeme zásadu „co neznám, nepoužívám“!

„Léky jsou přípravky zvláštní povahy, které pomáhají, když jsou užívané správně, a naopak ubližují, když jsou užívané špatně.“ Česká lékárnická komora

PharmDr. Molíková Martina
Mgr. Ema Bunešová
Lékařna

lékařna
NEMOCNICE České Budějovice

AKČNÍ LETÁK

pro období 1. 1. 2022 - 31. 1. 2022 nebo do vyprodání zásob

PÉČE O SUCHOU POKOŽKU

Bioderma Atoderm
sprchový olej 1l



~~529.- Kč~~
489.- Kč

ODVYKÁNÍ KOUŘENÍ

Nicorette spray lesní ovoce



~~449.- Kč~~
389.- Kč

PRO PODPORU VITALITY A ENERGIE

GS KOENZYM Q10
60 mg



~~320.- Kč~~
299.- Kč

PÉČE O NOSNÍ SLIZNICI

Sterimar nosní sprej
50 ml



~~209.- Kč~~
179.- Kč

NEMOCNICE
ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s.

Konference zaměřená na léčbu atopického ekzému

Ve dnech 26. a 27. listopadu 2021 jsem se zúčastnil konference DERMAcademy zaměřené na problematiku atopického ekzému, která se konala v Praze. První přednáška, kterou připravil doc. MUDr. Spyridon Gkalpakiotis, Ph.D., MBA, z Kožní kliniky Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze, byla zaměřena na psychosomatiku a kvalitu života pacientů s atopickým ekzémem. Onemocnění ovlivňuje život pacientů po všech stránkách – zasahuje do pracovního, osobního i sexuálního života pacientů. Dle výsledků prezentovaných studií je statisticky významné spojení mezi atopickým ekzémem a depresivním syndromem a mezi atopickým ekzémem a sebevražedným jednáním. Proto

by se ošetřující dermatolog měl naučit pracovat s dotazníky týkajícími se deprese. Většina dotazníků je často jednoduchá. V některých případech je potom nutná spolupráce s psychiatrem. Na tuto přednášku navázal doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D. z Psychiatrické kliniky Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Atopický ekzém dnes patří mezi civilizační onemocnění. Chronické zánětlivé onemocnění jako například atopický ekzém ovlivňuje aktivitu receptorů pro serotonin v mozku. Právě takto funguje propojení mezi atopickým ekzémem a psychickými poruchami. Léčba určitými typy antidepresiv může vést k redukci tíže prozánětlivé odpovědi u atopického ekzému.

Další blok přednášek byl věnován účinnosti a bezpečnosti biologické léčby atopického ekzému. Z registrů pacientů podstupujících biologickou léčbu i z výsledků z praxe vyplývá, že lék Dupilumab je velmi bezpečný. Hlavním nežádoucím účinkem jsou konjunktivitidy (záněty spojivek), které však jen zřídka vedou k nutnosti ukončení biologické léčby. Léčba je natolik bezpečná, že není v běžné klinické praxi nutno provádět laboratorní kontroly. Léčbou konjunktivitid u atopického ekzému se zabývala MUDr. Václava Adámková Ph.D., z Klinické mikrobiologie a ATB centra Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Zdůraznila nutnost správného odběru při bakteriologickém vyšetření.



prim. MUDr. Jiří Horáždovský, Ph.D. při vyšetření pacienta s atopickým ekzémem / Foto: redakce



prim. MUDr. Jiří Horažďovský, Ph.D. / Foto: redakce

Podobně jako u střevního a kožního mikrobiomu ve vztahu k systémovým onemocněním existuje i identická role očního mikrobiomu a očních onemocnění. U pacientů s těžkou formou atopického ekzému, kteří mají ekzém v obličeji a v očnicích, je vhodné pacienta odeslat na vyšetření očním lékařem (oftalmologem) ještě před zahájením biologické léčby. Během léčby mohou být vzniklé neinfekční oční komplikace taktéž konzultovány s oftalmologem. V případě udržovací terapie tzv. umělými slzami je vhodné používat kapky s obsahem bakterií *Lactobacillus Sakei*, které redukuje aktivitu prozánětlivých cytokinů na spojivkovém povrchu.

Na závěr prezentovala své klinické zkušenosti s biologickou léčbou dospělých pacientů s atopickým ekzémem prof. MUDr. Cetkovská Petra, Ph.D., z Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Plzni. O své zkušenosti s léčbou dětských pacientů se podělila prim.

MUDr. Štěpánka Čapková z Fakultní nemocnice v Motole. Atopický ekzém představuje chronické zánětlivé onemocnění, které musí být dlouhodobě pod kontrolou. Biologická léčba je tak tou nejlepší volbou.

primář MUDr. Jiří Horažďovský, Ph.D.
Kožní oddělení

Podzimní setkání dermatologů jihočeského regionu

Dne 3. 12. 2021 se v RKC Nové Dvory u Českých Budějovic konal odborný seminář: Podzimní setkání dermatologů jihočeského regionu. Pořadatelem bylo Kožní oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. V době, kdy jsou pravidla odborných akcí určována nelehkou covidovou situací, jsme měli část semináře online a část prezenčně. Odborný program byl plně v režii lékařů našeho oddělení.

Z bohatého programu vybírám:

V první přednášce se **MUDr. Hana Janatová** věnovala tématu chronické spontánní kopřivky. Definovala tento typ kopřivky včetně přehledu ostatních dermatóz kopřivce podobných, věnovala se patogenézi, roli protilátek IgE a receptoru pro IgE při vzniku urtiky (kopřivky) s posledními poznatky dle virtuálního kongresu Evropské akademie dermatovenerologie v září 2021. Moderní léčba protilátkami proti IgE je určena pro pacienty s chronickou idiopatickou kopřivkou, která trvá nejméně šest týdnů, nereaguje ani

na dvojnásobné dávky antihistaminik a nemá žádnou známou příčinu. Vzhledem k tomu, že dlouhodobá kopřivka negativně ovlivňuje zdraví a kvalitu života, je možnost moderní biologické léčby kopřivky pro pacienty velkým přínosem. V poslední části přednášky byl uveden soubor pacientů léčených biologickou léčbou omalizumabem na našem Kožním oddělení a byly prezentovány dvě kazuistiky této úspěšné léčby.

MUDr. Eliška Staňková přednesla klinický případ novorozence ženského pohlaví s kožním nálezem Incontinentia pigmenti. Přednáška byla doprovázená bohatou fotodokumentací. Jedná se o vzácné geneticky podmíněné onemocnění, jež může být ve velkém procentu výskytů doprovázeno systémovým postižením. Z nich nejzávažnější je postižení oční, které, pokud není včas diagnostikováno, může vést až ke slepotě. Velmi časté je postižení v oblasti ostatních orgánových soustav. Kožní nález má typická 4 stadia. U této diagnostické jednotky je velmi důležitá mezioborová spolupráce.

Kožní lékař hraje nezastupitelnou roli v rámci brzké diagnostiky, jež musí být potvrzena vyšetřením na úrovni molekulární genetiky.

MUDr. Miloslava Macasová přednesla zajímavou kazuistiku případu pacienta s nelehkou diferenciální diagnózou mezi zánětlivým střevním onemocněním (IBD) či sexuálně přenosnou chorobou (STI), tedy mezi obory gastroenterologie a dermatovenerologie. Kazuistika se věnuje 42letému pacientovi, který byl odeslán k vyšetření z Gastroenterologického oddělení, kde bylo původně pomýšleno na IBD, na naše pracoviště dermatovenerologie. Byl proveden screening STI, kde bylo zjištěno celkem 5 STI, z čehož nejzajímavější bylo zjištění lymfogranuloma venereum. Jedná se o pohlavně přenosnou chorobu, která se v dřívějších dobách vyskytovala pouze endemicky a v naší republice velmi vzácně. Nyní se ale vyskytuje i ve vyspělých státech, kde zejména sex mezi muži (MSM) způsobuje záněty konečníku, které imitují obraz IBD. Diagnostika se



Podzimní setkání dermatologů / Foto: archiv autora

dříve prováděla pouze v Národní referenční laboratoři Praha. Od r. 2021 provádíme ve spolupráci s Genetickým oddělením Nemocnice České Budějovice, a.s. panel genetických vyšetření, který zahrnuje dg. lymfogranuloma venereum. Jedná se o první případ tohoto onemocnění, který jsme v Nemocnici České Budějovice, a.s., sami diagnostikovali. U pacientů s příznaky zánětu konečníku je nutné zahrnovat do diferenciální diagnostiky i sexuálně přenosné choroby. U těchto pacientů je potřeba zjistit podrobnou anamnézu včetně sexuální aktivity a v případě podezření předat pacienta do péče dermatovenerologa.

MUDr. Hana Bartyzalová přednesla nová doporučení v léčbě sexuálně přenosných infekcí (STI). Vycházela i z praxe na našem oddělení. Jejich výskyt má trvale vzestupný charakter. Proto je důležité vyhledávat kontakty, zdroje infekce a osoby ohrožené touto infekcí. Chlamydiové infekce jsou celosvětově nejběžnější STI, za rok 90 milionů nových nákaz. Základem diagnostiky je PCR genetické vyšetření, jehož citlivost je 95–98 %. Další diagnostickou metodou je kultura vyšetření s citlivostí kolem 80 %. Lékem volby je Doxycyklin, alternativou v naší ambulanci je Azitromycin. Po celou dobu léčby je nutné zajistit používání kondomu při sexu. Jsou nutné kontrolní testy po dobrání antibiotik (ATB). Mykoplazmata jsou často součástí přirozené mikrobiální

flóry, a to až v 70 %, proto je naprostá většina těchto infekcí bez subjektivních potíží. V léčbě se uplatňuje Doxycyklin, jako alternativou se jeví podávání chinolonů, např. Ofloxacinu. Kapavka je akutní nebo chronický zánět urogenitálního traktu s možností vzestupného šíření močopohlavními cestami či šíření cestou krevní. Onemocnění podléhá ze zákona povinnému hlášení. Celosvětově postihuje 88 milionů pacientů za rok, v ČR minimálně 700 hlášených případů ročně. Nejčastěji postihuje sliznici děložního čípku, konečníku, nosohltanu a spojivky. Základem diagnostiky je kultura vyšetření, kdy získáme citlivost původce onemocnění ATB. Doporučený režim u nekomplikované gonokolové infekce je kombinované podání Ceftriaxonu a Azitromycinu. Tato kombinovaná ATB terapie je nezbytná a předchází vzniku rezistence bakterie na antibiotika. Po celou dobu léčby až do negativních kontrolních testů je nutné dodržení bariérové ochrany při sexu. Ze zákona je povinnost sdělit sexuální partnery za poslední 2 měsíce. Závěrem lékařka zdůraznila, že existují různá doporučení podle odborné společnosti celosvětově, nicméně praktické zkušenosti s diagnostikou a léčbou se od nich mohou lišit.

Prim. MUDr. Jiří Horažďovský, Ph.D., přednesl dvě přednášky na téma nových léčebných možností **atopického ekzému**

a psoriázy. V případě atopického ekzému se jedná o onemocnění s výrazným narušením kvality života, hlavním obtěžujícím faktorem pacientů je svědění. Jedná se o systémové zánětlivé onemocnění, které je spojeno s celou řadou přidružených onemocnění včetně kardiometabolických. Nabízí se varianta, zdali podobně jako psoriáza nepovede ke zkrácení délky života. Proto je u těžkých až velmi těžkých forem onemocnění nutno včas zahájit účinnou systémovou terapii. Na vrcholu stojí léčba cílená, jednak biologická injekční, jednak tzv. malé molekuly v tabletové podobě. Cílená léčba biologická znamená zablokování vektorů atopické zánětlivé odpovědi. Potřeba atopických pacientů dosáhnout téměř zhojené nebo zcela zhojené kůže je větší potřebou než u psoriázy. V primárem prezentované studii dokonce tím větší, čím větší je intenzita postižení, a při postižení hlavy a krku. Biologická léčba z registračních studií léčiv se jeví jako účinnější a bezpečnější. Výhodou tzv. malých molekul je podávání ve formě tablet a ústup hlavního příznaku svědění už po první tabletě. Probíhající dlouhodobé, prodloužené studie cílené terapie by mohly dále potvrdit bezpečnostní profil cílené terapie. V případě **lupénky, psoriázy** se změnila léčebná cíle, dle prezentovaného schématu biologické léčby můžeme pacientovi zajistit zhojenou nebo téměř zhojenou kůži. Pacient je zcela bez příznaků nebo jen s minimálními příznaky a s minimálním nebo žádným ovlivněním kvality života. Je známo, že případy těžké až velmi těžké psoriázy jsou všeobecně podléčené, pacient jen těžko hledá cestu k systémové terapii včetně biologické. V rámci zdokonalování znalosti dermatologů primář vytvořil vzdělávací kurz: Systémová léčba psoriázy, přístupný na internetových stránkách www.prolekare.cz. Při hledání cesty k systémové léčbě psoriázy může napomáhat pacientovi projekt Poradny pro pacienty s psoriázou, na kterém se primář taktéž podílel a který pacientovi nabízí anonymní formou poradu s lékařem poradny, zhodnocení tíže jeho postižení a prodělané léčby. Dále ho nasměruje do sítě spolupracujících pracovišť k zajištění systémové, resp. biologické léčby. Poradna je přístupná na internetových stránkách www.ulekare.cz.

Prim. MUDr. Jiří Horažďovský, Ph.D.
Kožní oddělení

Konference nemocničních gynekologů a porodníků

Ve dnech 11. až 13. listopadu 2021 se lékaři a porodní asistentky Gynekologicko-porodnického oddělení zúčastnili 10. konference nemocničních gynekologů a porodníků.

Konference pořádaná Sdružením nemocničních gynekologů a porodníků (SNGP) se konala v Liberci s ročním zpožděním, které bylo způsobeno loňskými opatřeními proti šíření koronaviru. Předcházely jí předkonferenční workshopy zaměřené na monitorování plodu při porodu, kolposkopii, laparoskopickou a miniinvazivní gynekologickou operativu a vybrané porodnické operace, kterých se někteří z našich lékařů také účastnili. Samotná konference byla členěna do odborných sekcí, přičemž největší pozornost byla věnována onkogynekologii a perinatologii. Dále se rozebírala témata týkající se urogynekologie, patologií pánevního dna a reprodukční medicíny. Velká pozornost byla věnována také rozvoji miniinvazivní chirurgie a ultrazvukové diagnostice. Přednášející ve všech sekcích patří ke špičkám svých oborů, jak je na konferencích pořádaných Sdružením nemocničních gynekologů a porodníků zvykem.

První den byl věnován především perinatologii. Nejvíce se mluvilo o předčasném porodu na hranici viability (životaschopnosti)

plodu, tedy v takzvané šedé zóně mezi 22. a 24. týdnem těhotenství, a nitroděložních zánětlivých komplikací v průběhu těhotenství. Velký ohlas měla také prezentace, která se týkala účasti fyzioterapeuta v rozhodovacím procesu o způsobu vedení porodu u vybraných stavů po úrazu kostrče.

Druhý den se příspěvky z velké části věnovaly onkogynekologii. V předsednictvu této sekce zasedl vedoucí Onkogynekologického centra a zástupce primáře Gynekologicko-porodnického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. MUDr. Petr Valha, Ph.D. Ten zároveň zahájil tento blok přednáškou s názvem Robotika v onkogynekologii, ve které prezentoval zhruba dvouleté zkušenosti našeho centra s robotickou operativou u onkogynekologických pacientek a která byla všemi zúčastněnými velmi pozitivně přijata.

Velký ohlas pak mělo diskusní fórum na téma Jak komunikovat komplikace léčby na pracovišti, v rámci něhož se diskutovalo o obecných i konkrétních postupech komunikace a řešení komplikací jak ve vztahu mezi lékařem a pacientem, tak mezi personálem oddělení.

Program druhého dne byl zakončen tradičním večerním orientačním během dvojic a vědomostní soutěží.



*U řečnického pultu MUDr. Petr Valha, Ph.D.
/ Foto: archiv autora*

Třetí a poslední den jednání patřil především reprodukční medicíně a minimálně invazivní chirurgii. Byly také představeny doporučené postupy při řešení život ohrožujícího krvácení při porodu.

Konference tradičně umožňuje aktivní účast mladým lékařům. Naše oddělení se na konferenci prezentovalo dvěma e-postery. První e-poster s názvem Hymenální atrezie, který zpracovala MUDr. Erika Francová, spadl do sekce Reprodukční medicína a minimálně invazivní chirurgie. Druhý e-poster spadající do sekce Perinatologie a fetomaternální medicína vypracovala MUDr. Nikola Prokešová a nazvala jej Odložené řešení prenatálně nedidiagnostikované morbidně adhezující placenty.

Konference splnila veškerá naše očekávání a umožnila porovnat naše zkušenosti se zkušenostmi z jiných pracovišť v České republice. Přispěla k odbornému růstu mladých kolegů a kolegů a umožnila jim také aktivní účast. Je nám velkou ctí, že se příští rok bude tato konference konat v Českých Budějovicích.

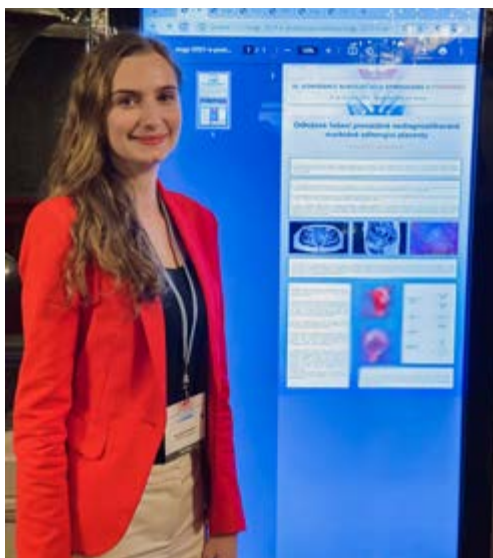
Dovoluji si touto cestou poděkovat vedení Nemocnice České Budějovice, a.s., že nám účast na této události umožnilo.

*Za kolektiv pracovníků
Gynekologicko-porodnického oddělení*

primář MUDr. Miloš Velemínský, Ph.D.
Gynekologicko-porodnické oddělení



MUDr. Erika Francová / Foto: archiv autora



MUDr. Nikola Prokešová / Foto: archiv autora

Expektační postup... když každý den rozhoduje!

Práh viability, tedy schopnosti dítěte narodit se a přežít, je v současnosti administrativně stanoven na 24. týden těhotenství. Dojde-li však u těhotné ženy mezi 22. a 34. týdnem těhotenství k potvrzení předčasného odtoku plodové vody (PPROM – Preterm premature rupture of membranes), záleží na okolnostech a na rozhodnutí lékaře, jestli

bude těhotenství ukončeno, nebo jestli bude zvolen vyčkávací, tzv. expektační postup.

Vyčkávacímu postupu bývá dáována přednost před aktivním proto, že se v situacích, které to dovolí, snažíme těhotenství (tedy pobyt ještě nenarozeného dítěte v děloze) prodloužit. To může výrazně snížit riziko závažné nemoci (morbidity),

nebo dokonce úmrtí (mortality) někdy velmi předčasně narozeného miminka. Na druhou stranu má i aktivní přístup (vyvolání předčasného porodu nebo ukončení porodu císařským řezem) u žen s předčasným odtokem plodové vody své opodstatnění, ačkoli s sebou může přinášet vyšší riziko komplikací ať už pro těhotnou ženu, nebo pro její plod.



Kroky, kterými se snaží personál Gynekologicko-porodnického oddělení snížit možná rizika pro předčasně narozené děti, nastávající maminky a nepřímo také pro jejich rodiny, byly uvedeny do běžné praxe českobudějovického perinatologického centra před více než rokem. Expektační postup, s nímž musí být samozřejmě pacientka seznámena a souhlasit s ním, je založen na klinickém, ultrazvukovém a laboratorním sledování a aplikaci antibiotik a speciálních léků, které po podání těhotné ženě urychlují zrání plic miminka v děloze. Nedílnou součástí péče jsou také opakované konzultace s neonatologem.

Od svého zavedení do praxe byl expektační postup úspěšně použit již u několika žen s velmi předčasným odtokem plodové vody. Nejvýznamnější přínos měl u žen, u nichž k předčasnému odtoku došlo mezi 24. a 30. týdnem těhotenství. Po celou dobu hospitalizace byly tyto nastávající maminky pod zvýšenou kontrolou. Některá těhotenství se nám podařilo prodloužit o několik dní, jiná však i o dva až tři týdny.

Zaznamenali jsme ale také případ, kdy byl těhotné ženě diagnostikován předčasný odtok plodové vody ve velmi brzkém týdnu těhotenství. I u této pacientky byl zahájen expektační postup. Nejprve probíhalo její sledování za hospitalizace a poté, co přestala plodová voda odtékat (což se bohužel nestává příliš často), byla pacientka propuštěna do domácí péče. K naší velké radosti porodila až ve stanoveném termínu porodu zdravé, donošené miminko.

Mgr. Daniela Bukovská
primář MUDr. Miloš Velemínský, Ph.D.
Gynekologicko-porodnické oddělení

Foto: archiv autorky

Výsledky výzkumu českobudějovických neurochirurgů byly otištěny v renomovaném časopise

Lékaři Neurochirurgického oddělení zkoumali, jak zprůchodnění krčních tepen ovlivňuje mentální funkce pacientů. O tom, že se ve výzkumu vydali správným směrem, svědčí i fakt, že jejich článek byl publikován v renomovaném, takzvaném impaktovaném časopise. Na otázky týkající se nejen zmíněného výzkumu odpovídá MUDr. Petr Košťál z Neurochirurgického oddělení.

Studie a impaktované časopisy jsou v dnešní době často skloňovanými tématy. Prosím, vysvětlete nám důležitost studií v cévní neurochirurgii.

Cévní neurochirurgie patří k dynamicky se rozvíjejícím oborům, v nichž se postup léčby ve velké míře opírá o „evidence-based medicínu“, tedy o medicínu založenou na důkazech. Postupy zavedené na základě předchozích výzkumů jsou víceméně závazné. Pokud chceme tyto postupy změnit, musíme pro to mít oporu ve faktech. A fakta přinášejí zejména studie. Cévní neurochirurgie tak poskytuje velký prostor pro další a nezbytný výzkum.

Proto se na našem oddělení věnujeme výzkumu cévní neurochirurgie velmi intenzivně a máme velmi dobré výsledky. V některých oblastech dokonce posouváme stávající doporučené postupy (takzvané guidelines) novým směrem a pomáháme spolu s odbornou neurochirurgickou společností posilovat efektivitu a kvalitu operační léčby.

Od roku 2011 vyšetřujeme vaskulárně rizikové pacienty pomocí kvantitativní MRA angiografie. Jedná se o vysoce specializovanou a efektivní metodu používanou k přesnému neinvazivnímu měření krevního průtoku mozkovými a krčními cévami. Tato metoda je používaná v Evropě pouze na několika pracovištích a až do minulého roku jsme v České republice byli jediným pracovištěm, které ji mělo k dispozici. Máme tak velmi dobré zázemí pro



MUDr. Petr Košťál / Foto: redakce

komplexní péči o vaskulárně rizikové pacienty a unikátní možnosti pro další výzkum.

Ve vašem výzkumu jste se zaměřili na zprůchodnění zúžení krční tepny. Než se dostaneme k vlastnímu výzkumu, můžete nám nejprve blíže vysvětlit, jak zúžení vzniká a co znamená pro pacienta?

Zúžení krční tepny odborně nazýváme karotická stenóza. Toto zúžení je zapříčiněno

aterosklerotickým plátem (zjednodušeně řečeno se jedná o usazeninu cholesterolu uvnitř tepny a v tepenné stěně), který brání přirozenému toku krve do mozku.

Společná krční tepna se v určitém bodě dělí na vnější a vnitřní, a právě v tomto místě vzniká turbulentní proudění krve. Zde se také nejčastěji vyvíjí na základě zánětlivých změn zmíněný aterosklerotický plát.

Důvod, proč se vůbec karotickou stenózou zabýváme, je, že částky aterosklerotického plátu se mohou odloupnout (například vlivem krevního tlaku nebo prudkého pohybu pacienta) a krevní tok je odplaví dál do mozku, kde ucpou drobnou cévu. V jiném případě může aterosklerotický plát krční tepnu částečně nebo zcela ucpat. Obě možnosti zapříčiní mozkový iktus neboli mrtvici. V tomto případě hovoříme o symptomatické karotické stenóze.

V případě asymptomatické stenózy je pacient bez neurologického deficitu. To znamená, že zatím žádné viditelné obtíže nemá, ale je vystaven riziku vzniku mrtvice.

Takže ať již jde o stenózu symptomatickou, či asymptomatickou, naším hlavním cílem je odstranění zdrojů embolizace, posílení průtoku či znovuoobnovení průtoku, a tím pádem snížení rizika vzniku mrtvice či zamezení recidivy. Toho docílujeme odstraněním aterosklerotického plátu.

Kolik takových operací provedete?

V průměru ročně operujeme 120–130 karotických stenóz. V posledních letech přibývá těch symptomatických a ubývá těch asymptomatických. Jak jsem již zmínil na začátku, snažíme se zavedené doporučené postupy posouvat. Už v roce 2017 jsme si tak na základě našich výsledků pozměnili indikační kritéria pro asymptomatickou stenózu a operujeme již pouze na základě vyšetření rizikovitosti

aterosklerotického plátu. Neoperují se tedy automaticky všichni asymptomatictí pacienti, ale jen ti, u kterých jsme přesvědčeni, že by plát mohl v budoucnu způsobit problémy. Pokud má pacient kalcifikovanou dlouhodobou stenózu, která ho nijak netrápí a neohrožuje, neoperujeme ho. Ale pokud je aterosklerotický plát v progresi, to znamená, že se zvětšuje nebo je rizikový, pacienta operujeme.

Pacienty selektujeme, abychom je zbytečně nezatežovali operační léčbou.

V případě pacientů s mrtvicí se jedná o akutní zákrok?

Ano. Díky vynikající spolupráci s neurology, radiology a anesteziology z Komplexního cerebrovaskulárního centra jsou pacienti vyšetřeni v řádu minut. Dnešní medicína se snaží o efektivitu, rychlost a v dalším bodě pak o miniinvasivní zákroky. Vzhledem k tomu, že pacienti jsou již při příjmu v rámci iktového protokolu vyšetřováni na angiografickém pracovišti, tak první pokus o intervenční léčbu zahajuje intervenční radiolog. Pokud kolegové z radiologie neuspějí s miniinvasivním zprůchodněním cévy (rekanalizací) nebo pokud nález na krční tepně není indikován k radiointervenčnímu ošetření, jsme okamžitě poptáni my k neurochirurgickému řešení. Během patnácti minut jsme schopni být s pacientem na sále. Samotná operace je individuální, záleží na anatomických poměrech pacienta, ale v průměru trvá hodinu a půl.

Laik si možná klade otázku, jak může mozek vydržet hodinu a půl bez krve. Mozek má naštěstí možnost takzvané kolateralizace, což znamená, že může být poměrně dlouhou dobu bezpečně živěn tepnami jen z jedné strany. Navíc všechny pacienty monitorujeme intraoperativním monitoringem. To znamená, že sledujeme všechny vyšší funkce mozku a jsme schopni zjistit, jestli pacient zvládá dočasný jednostranný karotický uzávěr během operace. Pokud to nezvládá a je závislý i na druhé krční tepně, kterou právě operujeme, zavádíme „intraluminální shunt“. To znamená, že do cévy ještě strčíme hadičku, a pod našimi nástroji tak v hadičce protéká krev a objíždí operační pole. Celá operace se provádí pod mikroskopem mikroinstrumentáři.

Ve vašem výzkumu jste se ale zaměřili na pacienty asymptomatické. Jaký byl váš výzkumný cíl a k jakému závěru jste došli?

Náš výzkum navazuje na pilotní výzkum, který zde probíhal před několika lety. V rámci pilotního výzkumu jsme si ověřili použití diagnostické sady neurokognitivních testů a použití qMRA NOVA pro tyto účely v klinické praxi. Naše cíle byly dva. Nejprve prokázat zlepšení kognitivní výkonnosti pacientů jeden rok po operaci asymptomatické stenózy, které je vyvoláno pooperačním zlepšením průtoku jednotlivými mozkovými tepnami. A dále pak pomoci definovat úzkou skupinu pacientů s absencí kolaterálního řečiště, u nichž může operační léčba vést ke zlepšení kognitivních funkcí. U části pacientů se asymptomatická stenóza může projevit, právě v důsledku zmíněné absence kolaterálního řečiště, a to snížením průtoku krve do mozku. To má za následek hypoperfuzi, tedy stav, kdy mozek trpí nedostatkem krve, aniž by nějaká céva byla ucpána, a může dojít ke zhoršení kognitivních funkcí. Současným trendem je tento nedostatek neurochirurgickou intervencí napravit. Nejedná se o prioritní cíl, ale jakousi přidanou hodnotu ke snížení rizika vzniku mrtvice.

Jak jsem zmínil v úvodu, naším hlavním kritériem při rozhodování, zda asymptomatického pacienta operovat, či nikoli, je míra rizika vzniku mozkové příhody. Diagnostické přístroje se ale vyvíjejí a s nimi i cévní neurochirurgie, a začínáme si proto všimnout i dalších principů, které by mohly mít do budoucna vliv na zohlednění dalších kritérií, která jsou v současné době brána v potaz jen



Zleva: MUDr. Petr Košťál a MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D., MBA / Foto: redakce



Zleva: MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D., MBA a MUDr. Petr Košťál / Foto: redakce

velmi okrajově. Jedním z těchto kritérií je právě kognitivní nedostatek. Do studie byli zařazeni pacienti indikovaní ke karotické endarterektomii (odstranění aterosklerotického plátu) kvůli rizikové asymptomatické karotické stenóze, u nichž bylo účelem zákroku snížení rizika vzniku mrtvice. Pacienti podstoupili neuropsychologické vyšetření a měření průtoku definovanými mozkovými tepnami, a to před operací a jeden rok po operaci. Rok po operaci došlo ke zlepšení kognitivní výkonnosti, a to v oblastech krátkodobé paměti, vizuoprostorových schopností a řeči.

Srovnali jsme výsledky jednotlivých testů kognitivního vyšetření se změnami průtoku krve v jednotlivých mozkových tepnách před operací a jeden rok po operaci. Zjistili jsme, že zlepšení krátkodobé paměti souvisí s navýšením průtoku v zadní mozkové tepně, zlepšení vizuoprostorových schopností souvisí s navýšením průtoku ve střední mozkové tepně a zlepšení řeči závisí na navýšení průtoku v přední mozkové tepně.

Tyto výsledky si lze vyložit jako jednoznačně příznivé. Po operaci došlo ke snížení rizika vzniku mrtvice do budoucna a také ke zlepšení paměti, řeči a vizuoprostorových schopností. Bohužel vzhledem k omezením této studie nelze její výsledky zatím příliš zobecnit. Zcela jistě bude nutný další výzkum, ale myslím, že jsme na dobré cestě.

Kdo se na výzkumu podílel?

Nápad na studii vzešel z výsledků našeho dosavadního výzkumu. Celý výzkum probíhal pod záštitou primáře oddělení MUDr. Vladimíra Chlouby a MUDr. Jiřího Fiedlera, Ph.D., MBA. MUDr. Martin Bombic se podílel na korektuře a překladu do angličtiny. Primář Neurologického oddělení MUDr. Svatopluk Ostrý se podílel na korekci neurologických poznatků. Doc. PhDr. Alena Kajanová, Ph.D., a Mgr. Tomáš Mrhálek z Katedry pedagogiky a psychologie Jihočeské univerzity nám pomohli s psychologickým testováním a se statistickým zhodnocením veškerých dat a jejich interpretací, aby byla data dostatečně validní a průkazná pro klinické použití.

Neurokognitivní vyšetření bylo prováděno v rámci Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Tímto bych chtěl všem poděkovat.

Co pro váš tým znamená, že je článek otištěn v renomovaném, takzvaném impaktovaném časopise?

Výsledky studie byly nedávno publikovány v časopise Thieme: Journal of Neurological Surgery s impakt faktorem 1,268. To je pro nás poměrně velký úspěch. Když je článek publikován v impaktovaném časopise, znamená to, že prošel odborným recenzním řízením, bylo zkontrolováno, zda se v něm uvádějí validní informace, zda jsme dostatečně prozkoumali dostupnou literaturu a příliš neopakujeme již dostupné informace či zda nedošlo k plagiátorství. Článek je tedy pod přísným drobnohledem. Pokud jej časopis otiskne, znamená to, že výzkum považuje za unikátní a jeho výsledky mohou mít v budoucnu přínos i pro pacienty.

Ing. Veronika Dubská

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

Naši traumatologové si v rámci AO Trauma Master kurzu jako první na světě vyzkoušeli implantaci reverzní totální endoprotézy při zlomenině hlavice pažní kosti

Ve dnech 4. a 5. listopadu 2021 jsme měli spolu s kolegou MUDr. Karlem Holubem možnost se zúčastnit dvoudenního mezinárodního AO Trauma Master kurzu, který se konal v jihomoravském městě Lednice v hotelu Galant. Jednalo se o kurz zaměřený na léčbu zlomenin v oblasti horní končetiny, kterým se s MUDr. Karlem Holubem na Oddělení úrazové chirurgie věnujeme. Cílem kurzu bylo rozšířit a prohloubit znalosti účastníků v dané problematice. Mezi tématy kurzu bylo vybírání vhodné strategie léčby a jejího načasování na základě AO principů a uplatnění těchto principů v praxi.

Kurzu předsedal prof. MUDr. Jiří Skála-Rosenbaum, Ph.D. z Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze a MUDr. István Mitró z nemocnice v Košicích. Dalšími

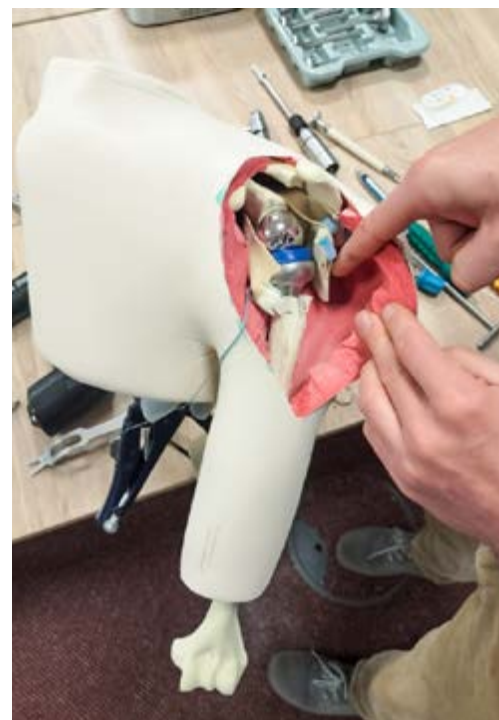
řečníky byl i primář našeho oddělení MUDr. Martin Kloub, Ph.D. Dále promluvil například Dr. Ladislav Kovačič ze Slovinska a Mark Loebenberg, M.D. z Izraele.

Program i přednášky probíhaly vzhledem k mezinárodní účasti v anglickém jazyce. Kurzu se zúčastnilo celkem třicet účastníků z České republiky, Slovenska, Maďarska, Spojených arabských emirátů a dalších zemí. Celý kurz byl rozdělen do sedmi modulů. Každý den byl připraven program od osmi hodin ráno do šesti večer a vše probíhalo přesně podle časového harmonogramu. Celkem bylo odprezentováno 26 přednášek zaměřených na léčbu a řešení komplikací zlomenin v oblasti klíčku, lopatky, pažní kosti a předloketních kostí. Byl přednesen současný koncept léčby dle nejnovějších

publikací a bohatých praktických zkušeností vědeckého výboru. Po každém modulu přednášek v dané oblasti probíhala panelová diskuse mezi členy výboru i posluchači. Na programu byla také praktická cvičení v malých skupinách, při nichž jsme si mohli vyzkoušet techniky léčby zlomenin (konkrétně repozici a osteosyntézu implantátem) na umělých kostech. Jako první účastníci AO kurzu na světě jsme si mohli vyzkoušet implantaci reverzní totální endoprotézy při zlomenině hlavice pažní kosti, kterou vedl primář MUDr. Martin Kloub, Ph.D. z našeho oddělení, což bylo velice přínosné pro naši traumatologickou praxi. Dále byl kurz zpestřen diskusemi v malých skupinách účastníků, při nichž byla daná problematika ukázána na jednotlivých kazuistikách a bylo možno zhodnotit postupy dle zkušeností a názorů



MUDr. Karel Holub, primář MUDr. Martin Kloub, Ph.D., MUDr. Tomáš Zidek / Foto: archiv autorů



Reverzní totální endoprotéza ramene od firmy DePuy Synthes / Foto: archiv autorů



Primář MUDr. Martin Kloub, Ph.D., předvádí implantaci totální endoprotézy ramenního kloubu / Foto: archiv autorů



MUDr. Tomáš Zídek a MUDr. Karel Holub při nácviu implantace / Foto: archiv autorů

jednotlivých členů výboru. Mezi diskutujícími jsme byli velice aktivní, jelikož na našem pracovišti léčíme dle nejnovějších světových trendů a principů a máme v této oblasti mnoho zkušeností. Právě díky kombinaci přednášek, praktických cvičení a následných diskusí jsou AO kurzy tak atraktivní.

Kurz byl velmi přínosný a užitečný pro praxi. Po celou dobu panovala velmi příjemná a přátelská atmosféra. Jsem přesvědčen, že všichni účastníci si odnesli mnoho nových informací, které budou moci využívat ve své další práci.

Děkujeme primáři oddělení a vedení nemocnice za možnost zúčastnit se této skvělé události.

**MUDr. Tomáš Zídek,
MUDr. Karel Holub**
Oddělení úrazové chirurgie

Co je AO?

V roce 1958 skupina švýcarských všeobecných a ortopedických chirurgů založila AO (Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen) neboli Asociaci pro studium vnitřní fixace (ASIF), aby se pokusila transformovat současnou léčbu zlomenin ve Švýcarsku. Toto sdružení bylo revoluční ve vývoji nástrojů a implantátů pro operační léčbu zlomenin. První instruktážní kurz pro výuku používání těchto nástrojů a implantátů se uskutečnil ve švýcarském Davosu v nově založené Laboratoři experimentální chirurgie v roce 1960. Prostřednictvím procesu interní kontroly kvality (AO dokumentace) byl klinický úspěch těchto nových technik a implantátů evidentní. Operativní léčba zlomenin získala uznání v celé Evropě a konečně i na celém světě. Kontinuální výzkum, vývoj implantátů a nástrojů, klinická dokumentace a mnohostranné vzdělávací příležitosti jsou koordinovány AO/ASIF Foundation, aby si udržela svou pozici mezinárodní autority v léčbě traumatu. Lékařská komunita si dnes uvědomuje obrovský pozitivní globální efekt, který má tato respektovaná a neustále se měnící organizace neustálým zlepšováním operační léčby zlomenin.

Zdroj: National Library of Medicine

Srdce aneb nežij(e)me jenom medicínou

Vážení čtenáři nemocničního zpravodaje,

velmi rád využívám této příležitosti, abych vás pozval na jedinečnou kulturní událost v trochu osobnějším duchu. Paní doktorku Milanu Pokornou znám dlouho. Seznámil jsem se s ní koncem devadesátých let minulého století při brigádě u pražské zdravotnické záchranné služby. Přivedla mě k urgentní medicíně v terénu i v nemocnici, nasměrovala můj zájem k problematice kardiopulmonální

resuscitace a do značné míry tak předurčila moje další profesní směřování.

Celkem rychle mi došlo, že naše spolupráce, která se během let vyvinula v přátelství, bude zajímavá „jízda“. Nemýlil jsem se. Měl jsem možnost spolupracovat s paní doktorkou na projektech vysoce odborných. Například na práci týkající se využití kapnometrie během resuscitace (měření a koncentrace CO₂ ve vydechaném vzduchu pacienta). Tato práce je citována v několika posledních

vydáních doporučených postupů Evropské resuscitační rady. Potkáváme se ale i při událostech, kde se medicína propojuje se vzděláváním a zábavou. Asi deset let jsme takto společně jezdili jako rozhodčí na záchrannářskou soutěž Rallye Rejvíz. Ohromně mě inspiruje její nadšení a zápal pro nové výzvy, které se rozhodně netýkají jenom medicíny, ale mají často blízko ke sportu a umění. Neznám mnoho jiných, kteří by se po více než třicetileté pauze vrátili ke krasobruslení. Paní doktorka to dokázala,

a navíc několikrát zvítězila na světových soutěžích ve veteránské kategorii.

Teď přichází Milana Pokorná s dalším projektem. Na základě skutečného příběhu, se kterým se při své práci kdysi setkala, napsala scénář a libreto k modernímu baletu. Dala dohromady skladatele, muzikanty, choreografy, tanečníky a další umělce a vzniklé taneční drama v podání souboru Divadla J. K. Tyla v Plzni přivádí na scénu.

Taneční drama Srdce se týká tématu transplantace srdce. Je to oslava fascinujícího

lékařského zákroku, zároveň v něm ale důležitou roli hrají lidské příběhy, kterých se zákrok dotýká. Inscenace bude uvedena v roce, kdy uplyne přesně 55 let od provedení první úspěšné transplantace srdce na světě (Christiaan Barnard, 1967, Kapské Město). Odborně ji zaštitily přední kapacity Institutu klinické a experimentální medicíny.

Premiéra představení je plánována na 4. ledna 2022 na Nové scéně Národního divadla v Praze a na 5. března 2022 na Nové scéně Divadla J. K. Tyla v Plzni.

Rád vás k návštěvě některého z představení jménem autorů a interpretů zvou. Jsem si jist, že to bude opravdu silný zážitek.

prim. MUDr. Jaroslav Kratochvíl
Oddělení urgentního příjmu

P.S. Bližší informace o inscenaci, ukázky a termíny představení jsou k nalezení na stránce www.agenturasrdce.cz.

SRDCE

STRHUJÍCÍ TANEČNÍ DRAMA INSPIROVANÉ SKUTEČNÝM PŘÍBĚHEM

v koprodukcii Agentury Srdce s.r.o.
a Divadla Josefa Kajetána Tyla, p.o.

Odborná spolupráce IKEM

Transplantace srdce je jedním z neuvěřitelných zákroků moderní medicíny. Tíha osudu a chvíle, kdy se člověk stane dárce, jsou tak emotivní, že se slovy nedají popsat. Snad hudba a tanec vyjádří radost, ale i smutek a bolest, které provázejí toto vítězství lékařské vědy.

Dílo je věnováno lidem celého světa, kteří své srdce darovali, když již sami nemohli dál.

Odvážný taneční projekt SRDCE vypráví hluboký lidský příběh Eriky a Sebastiana, dvou studentů medicíny. Po bezstarostném studiu na vysoké škole se jejich cesty na čas rozdělí. Naposledy spatří Sebastian svou milovanou Eriku v nemocnici, jako její lékař.

Autorce příběhu, lékařce MILANĚ POKORNÉ, osud Eriky skutečně zkřížil cestu. Až po mnoha letech našla způsob, jak silný zážitek sdílet. Beze slov. K realizaci svého originálního projektu oslovila RICHARDA ŠEVČÍKA, choreografa a tanečníka s citem pro vykreslení jednotlivých postav a darem vyprávět příběh pohybem. Velký prostor ponechala autorům hudební předlohy, rockovým hudebníkům a skladatelům JANU REJENTOVÍ a PAVLU LOCHMANOVÍ. Jejich hudební kompozice propojuje pocity hlavních postav s divákem. Díky tomuto tvůrčímu týmu vzniklo taneční drama SRDCE, jež vás nenechá v klidu...

Scénář a libreto: MUDr. Milana Pokorná, Ph.D.
Choreografie a režie: Richard Ševčík
Hudba: Jan Rejent a Pavel Lochman
a další...



Národní divadlo

Srdce

Autor
Milana Pokorná

Choreografie a režie
Richard Ševčík

Hudba
Jan Rejent
a Pavel Lochman

**Taneční drama
inspirované
skutečným
příběhem**

Dar, o který byste si nikdy neřekli...

Termíny představení na Nové scéně Národního divadla
4. ledna, 29. ledna, 30. ledna, 28. února a 1. března 2022

Agentura Srdce s.r.o. DJKT. DIVADLO J. K. TYLA V PLZNI

Kulturní Plzeň MINISTERSTVO KULTURY PLZEŇSKÝ KRAJ

Vydalo Divadlo J. K. Tyla, příspěvková organizace, zřizovatel město Plzeň, za finanční podpory MK ČR a Plzeňského kraje.

Tento projekt podporuje dárcovský program IKEMu.

• Zdroj: tisková zpráva Agentury Srdce s.r.o.

Po roční pauze se českobudějovická nemocnice opět prezentovala na veletrhu práce Trimed Job



prof. MUDr. Mgr. Alan Bulava, Ph.D. u našeho laparoskopického trenažéru / Foto: redakce



Zleva: MUDr. Petr Urban (Nemocnice Písek), prim. MUDr. Svatopluk Ostrý, Ph.D., prof. MUDr. Mgr. Alan Bulava, Ph.D., prim. MUDr. Vít Motáň, MUDr. Pavel Lipták (Nemocnice Prachatice) / Foto: redakce

Veletrh práce Trimed Job 3. lékařské fakulty v Praze je již tradičním místem setkávání budoucích lékařů a zástupců naší nemocnice. V letošním roce naši nemocnici prezentovali náměstek pro vědu, výzkum a školství prof. MUDr. Mgr. Alan Bulava, Ph.D., primář Transfúzního oddělení MUDr. Vít Motáň, primář Neurologického oddělení MUDr. Svatopluk Ostrý, Ph.D. a lékař z Interního oddělení MUDr. Martin Trnka. Mladí medici si u našeho stánku mohli vyzkoušet také práci s laparoskopickým trenažérem.

Ing. Veronika Dubská
Oddělení vnitřních a vnějších vztahů



Přivítali jsme nové dárce

Studenti oboru Praktická sestra ze Střední zdravotnické školy v Českém Krumlově a policejní nováčky a zaměstnanci vazební věznice z Českých Budějovic se rozhodli podpořit zdravotníky i pacienty jihočeských nemocnic darováním krve.

Zatímco někteří mladí policisté a zaměstnanci vazební věznice předchozí zkušenost s darováním krve měli, pro budoucí zdravotníky to bylo vůbec poprvé, kdy navštívili Transfuzní oddělení naší nemocnice. V jejich odvážném počínu, kterým první darování nejcennější tekutiny je, jim byla po celou dobu psychickou podporou i ředitelka školy paní Mgr. Martina Kokořová, která celým procesem procházela s nimi. Velkou inspirací jim byl i jejich řidič pan Pavel Postl, který je hrdým nositelem zlaté medaile prof. MUDr. Jánského za 40 skutečných odběrů.

Chtěli bychom tímto poděkovat všem zmíněným skupinám za jejich odvahu a odhodlání jít příkladem nejen mladé generaci v darování krve. Velmi si toho vážíme.

Ing. Jana Duco, MBA
Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

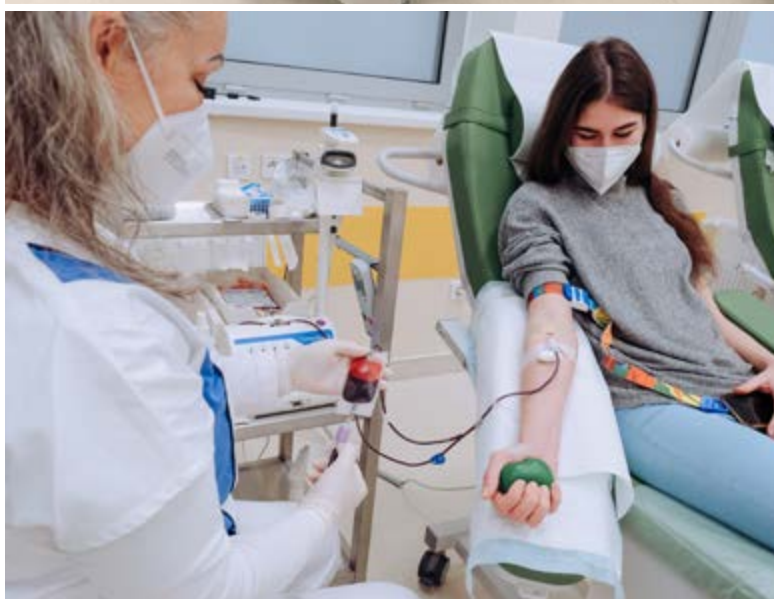


Foto: redakce a archiv Policie České republiky

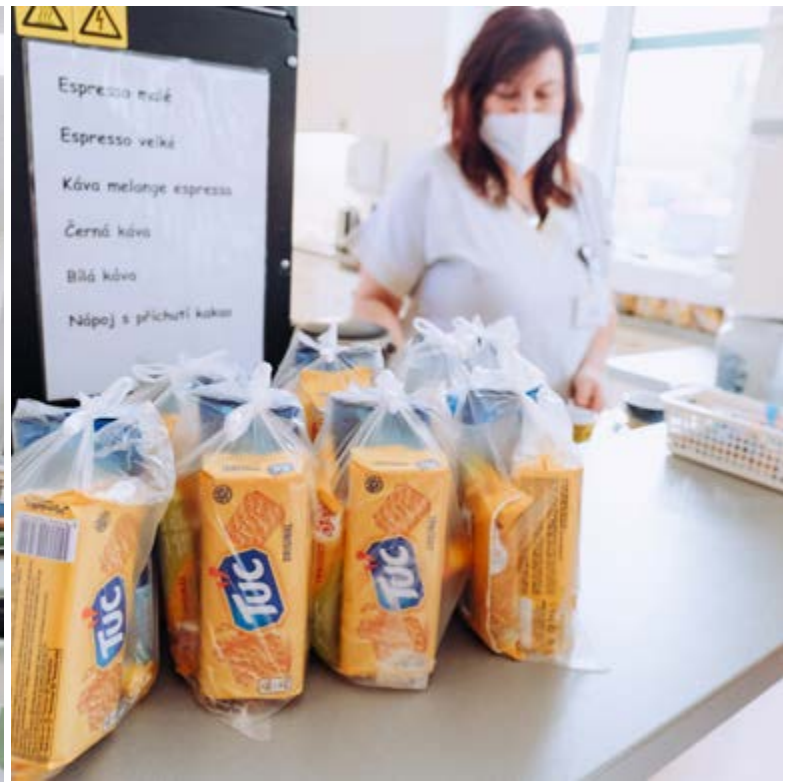


Foto: redakce a archiv Policie České republiky



POMŮCKY: DIM. DKK, NEOS, STOUT	LÁKADLO	FILM REŽISÉRA JAROMILA JIREŠE	INIC. SPI- SOVATELE A SCENÁR. JOHNA	CHUCHVA- LEC	HLAVNÍ SÍŇ STARO- ŘECKÉHO CHRÁMU	UČINITI TĚHOTNÝM	ZIMNÍ ČEPICE	CHOROBA DRŮBEŽE		ANGLICKY „ŠPIÓN“	NÁZEV HLÁSKY R	POSTAVA Z ROMÁNU DOSTOJEV- SKÉHO	VÝZVA	SKLADBA PRO DEVĚT HLASU	SEVERO- AMERICKÝ INDIAN	2. DÍL TAJENKY	SLOVENSKY „JAKÉ“
PRUDCE VNÍKNOUT (SLZY DO OČI)									ŘEZANKA (OBLAST.)								
1. DÍL TAJENKY									VLAJEČKA CITO- SLOVCE TIŠENÍ								
ZNAČKA HLINÍKU			NÁHLÁ SELHÁNÍ ŽENSKÉ JMÉNO							VĚHLAS ÚČINEK							
INICIÁLY MENDELE- JEVA				ZNĚLKA ANGLICKÉ TMAVÉ PIVO					OPAK BLÍZKO VOLNÁ KRAJINA								NÁPLŇ DO TISKÁREN A KOPIREK
MUŽSKÉ JMÉNO					KÓD DÁN. KORUNY OTEC (KNIŽNĚ)				DOMÁCKY TOMÁŠ ANGLICKY „STUHA“				PROUDIT PODNIK VE DVORĚ KRÁLOVÉ				
	POLICEJNÍ VOZY VZ. SULFI- DU IRIDIA							PULZOVAT ŇADRO						VZ. OXIDU ZINEČNA- TĚHO VÝBUŠNINA			
CHORO- MYSLNÍ LIDÉ								CIZOPAS- NÍK SIBÍŘSKÝ VELETOK							MODERNÍ (HOVOR.) INIC. TĚS- NOHLÍDKA		
3. DÍL TAJENKY					RYCHLÉ VÁLEČNÉ LODĚ												
ZNAČKA ŠPANĚL- SKÝCH AUT					NORSKÝ DRAMATIK						CIZÍ MUŽSKÉ JMÉNO						

Vydává Nemocnice České Budějovice, a.s. | Odpovědní redaktoři: Bc. Iva Nováková, MBA, Ing. Veronika Dubská, Ing. Jana Duco, MBA (redakční fotograf) |
 Předseda redakční rady: prim. MUDr. Aleš Chrdle (Infekční oddělení), Redakční rada: prim. MUDr. Petr Pták, Ph.D. (Chirurgické oddělení),
 MUDr. Miroslava Nevšimalová (Neurologické oddělení), Mgr. Ondřej Scheinost (Centrální laboratoře) | Bezplatné | Náklad 2 000ks |
 Pouze pro vnitřní potřebu Nemocnice České Budějovice, a.s. | DTP a tisk: Typodesign s.r.o. | Evidenční číslo: MK ČR E 23303 | Za tiskové chyby neručíme