

---

---

# NEMOCNIČNÍ ZPRAVODAJ

---

---



# EDITORIAL

*Vážení a milí,*

*v minulém čísle Nemocničního zpravodaje jsme Vám přáli hezké vánoce, a hle - už máme za sebou pravidelnou epidemii chřipky, hříšníkům, kouřícím za keři před centrálním pavilonem je už teplo a my, kteří chodíváme po nemocnici s fotoaparátem, číháme na jarní slunce. Však si hezký záběr, který bude ozdobou příštích zpravodajů, zasloužíme! Zima totiž zklamala. Přestože byl objednaný fotograf, aby pořídil obrázky „Áčka“ se zasněženou střechou a pořádnými rampouchy, nic z toho nebylo. Je to sice zajímavé, když podle Klementina byla nejteplejší zima za posledních 236 let, jenže co budeme mít na PF 2008? Místo žánrového bílého obrázku asi něco z novinek, kterými začátek letošního roku nešetřil a o nichž si budete moci číst na následujících stránkách. Třeba úžasný oční mikroskop nebo futuristickou změť drátů ústředny pro třetí tisíciletí či obrázek od malíře Miroslava Konráda, který vnáší barvu do nemocničních chodeb.*

*Nežli budou však péřky na pořadu dne, přinese čas ještě spoustu nových událostí. Stačí si zpravodaj stočit do dalekohledu a už je uvidíte jako na dlani, pokud si snad nebudete chtít následující padesátku stran pečlivě pročíst.*

*PhDr. Marie Šotolová*  
*odpovědná redaktorka Nemocničního zpravodaje*

# OBSAH

## Editorial

Úvodník generálního ředitele MUDr. B. Shona

## ZPRÁVY MANAGEMENTU

MUDr. František Vorel, CSc.: Akreditace Nemocnice České Budějovice, a.s.

## ZMĚNY NA POSTECH PRIMÁŘŮ

MUDr. Jitka Cábková (Šot)

MUDr. Vladimír Mařík (Šot)

## STALO SE

Vánoční návštěvy na Dětské klinice IPVZ (Šot)

Mercury Centrum podpořilo neonatologii (Šot)

MUDr. Jana Wiererová: Bezkontaktní elektroterapie při rehabilitaci

Tisková konference k projektu Healthregio (Šot)

200 000 od hokejistů (Šot)

Ing. Ivo Houška: Nová telefonní ústředna

Doc.MUDr. Petr Petr, PhD.: Krokodýl není Crocodile

MUDr. Ladislav Šabata: Oddělení nukleární medicíny jinde

MUDr. Olga Shonová: Kapslová enteroskopie.

Mgr. Petr Malecha: Bez dozimetrie není IMRT terapie

MUDr. Ivan Vonke a MUDr. Eva Kantorová: Velký třesk na ambulancích Klinické hematologie a Lékařské genetiky

MUDr. Jan Sattran: Očářům se bude lépe operovat

Vladimír Kubeč: Investice do zdravotnické techniky 2007

## PRÁVĚ TEĎ

PhDr. Marie Šotolová: Nové webové stránky naší nemocnice

Mgr. Jiřina Otásková, MBA: Nemocnice České Budějovice, a. s. vydává příručku pro sestry

## STANE SE

## KDO JE KDO

Ing. Bronislava Hlachová: Jednání s nemocnicí je tvrdé (Šot)

PhDr. Marie Šotolová: Tajemství jeleního guláše

MUDr. Martin Holý: Angiologie na interním oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

MUDr. Pavel Kožnar: Laparoskopie na chirurgickém oddělení

MUDr. Zdeněk Staněk: Laparoskopie na urologickém oddělení

Mgr. Jiřina Otásková, MBA: Celoživotní vzdělávání v naší nemocnici.

MUDr. Pavel Sadovský: Ortopedické oddělení nemocnice v Českých Budějovicích

## LETEM SVĚTEM

MUDr. Pavel Kopačka: V Davosu jednají nejen ekonomové, ale také traumatologové

MUDr. Eva Bengálová: Léčba bolesti se řešila v Istanbulu

MUDr. Vladimír Příbáň: Výroční kongres neurochirurgické společnosti ve spolupráci se Světovou federací neurochirurgických společností v Indonésii

MUDr. Pavel Sadovský: Přednáškový maratón na ortopedickém kongresu na Floridě

MUDr. Marek Chromý: X. Mammologická sympózia v Praze

MUDr. Hana Šiffnerová: Karcinom prsu tématem kongresu v Texasu

MUDr. Petr Švec: O Abagovamabu v Římě

## OSOBNOST

Prof. MUDr. Karel Dvořák, CSc.: Lékařem jsem nechtěl být (Šot)

## KNIŽNÍ NOVINKY

## UTAJENÁ PROFESE

Ak. mal. Miroslav Konrád (Šot)

## ESEJ

MUDr. Jiří Klíma: Obyčejná krev

## KONGRESY A SEMINÁŘE

## ODBORY

MUDr. Martin Kloub: Změna ve vedení LOK

Mgr. Lubomír Francel: Základní organizace Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče Nemocnice České Budějovice a. s.

## VÝZNAMNÉ DNY

## SPOLEČENSKÁ KRONIKA

# ÚVODNÍK GENERÁLNÍHO ŘEDITELE MUDR. B. SHONA



*Vážení a milí spolupracovníci,*

*v tomto roce bych byl velmi rád, kdyby se i nadále zlepšovalo chování vůči našim pacientům, aby na tvářích Vás zaměstnanců bylo při jednání s pacienty více úsměvů a milých slov. Rád bych, abychom i nadále bojovali proti monopolistickému chování našich zaměstnanců. Vím, že neexistuje prakticky dostupná srovnatelná konkurenční nemocnice, a tak se proti chování, které vyplývá z pocitu monopolu, těžko bojuje. Jsem však připraven udělat vše pro to, aby se naši pacienti cítili v naší nemocnici spokojeně.*

## ČTVEŘICE OTÁZEK PRO GENERÁLNÍHO ŘEDITELE

### 1. Jaká je současná struktura představenstva a vedení společnosti?

Valná hromada rozhodla, že tři členové Jihočeské nemocnice, a. s., Ing. Švejda, MBA, MUDr. Pumpr a MUDr. Hejduk, budou členy představenstva Nemocnice České Budějovice, a. s. Z tohoto důvodu byli odvoláni z představenstva Ing. Voldřich, který dále zůstává ředitelem pracovní právního úseku, Ing. Houška, MBA, který se stal předsedou představenstva Okresní nemocnice Tábor, a. s. a MUDr. Verner, který dále zůstává ve funkci ředitele Centrálních laboratoří.

Předsedou představenstva a generálním ředitelem nemocnice zůstávám i nadále já, místopředsedy jsou MUDr. Novák, MBA a prim. MUDr. Vorel, CSc.

### 2. Jak pokračuje plánovaná výstavba ARO a Dětské kliniky?

První etapa výstavby Anesteziologicko - resuscitačního pavilonu začala 19. března 2007. Během ní se budou provádět úpravy v suterénu chirurgického pavilonu a zemní práce plánované přístavby. V tomto období plánujeme také spojit chodbou chirurgické a gynekologické oddělení.

Druhá etapa by měla začít 6. srpna 2007. Půjde o přestavbu dnešních traumatologických ambulancí a dnešního ARO. Předpokládaný konec celého projektu by měl být v období leden – březen 2008.

Teprve po ukončení těchto stavebních prací začne výstavba nového dětského oddělení „na zelené louce“ v návaznosti na chirurgický pavilon.

### 3. Jak se bude pokračovat v dalším zateplování?

V tomto roce dokončíme zateplení pavilonu C v Horním areálu. Žádné další zateplovací akce k dnešnímu dni nejsou naplánovány, ale nemohu je zároveň vyloučit. Tato záležitost závisí na více faktorech. Každopádně můžeme již dnes říci, že kromě estetického efektu mají

proběhlé výměny oken a zateplení pavilonů výrazný vliv na tepelnou pohodu nemocných i zaměstnanců a na energetické úspory, a to i při zohlednění vlivu letošní velmi teplé zimy.

#### 4. Jaká je současná situace se stavem sester?

Situace se stavem sester je v tomto období velmi složitá, ostatně jako každoročně, a to kvůli chřipkové epidemii a odchodům sester na mateřské dovolené či z jiných důvodů. O nábor sester se snažíme na Slovensku, bohužel však s poměrně malým efektem vzhledem ke vzdálenosti našeho města od Slovenské republiky.

Šot

## ZPRÁVY MANAGEMENTU

### AKREDITACE NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, A.S. MUDr. František Vorel, CSc. - náměstek pro kvalitu zdravotní péče

Nemocnice České Budějovice, a. s. během minulého roku postupně požádala Ministerstvo zdravotnictví ČR o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v rámci specializačního vzdělávání lékařů a farmaceutů ve 45 specializačních oborech. Z toho ve 29 oborech již nemocnice tuto akreditaci obdržela. Problémové se jeví naplnění akreditačních podmínek pouze v jednom z oborů, o jejichž akreditaci jsme požádali, a v jednom oboru, o jehož akreditaci jsme ještě nepožádali, neboť se ještě nepodařilo shromáždit veškeré podklady. Je pravděpodobné, že požádáme ještě o akreditaci nejméně pro jeden další obor.

Děkuji touto cestou všem, kteří se na této rozsáhlé aktivitě podíleli a podílejí.

Není ještě zcela jasné, jakým způsobem bude prakticky specializační vzdělávání u lékařů a farmaceutů z jiných zdravotnických zařízení v naší nemocnici probíhat.

## ZMĚNY NA POSTECH PRIMÁŘŮ



*1. 1. 2007 vystřídala na postu primáře 1. oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice, a. s. MUDr. Iva Žáčka, který rezignoval ze zdravotních důvodů, MUDr. Jitka Cábková (43). Její jmenování završuje příběh o tom, že maturitním vysvědčením zdravotní sestry profesní růst nekončí...*

**Paní primářko, vy jste po studiu na českobudějovické „zdrávce“ nastoupila na zdejší ortopedii. Jakým přemětem jste se ocitla na oddělení, kde jsou většinou chronicky a dlouhodobě nemocní pacienti?**

K tomu došlo postupně. Po pár letech práce zdravotní sestry jsem se rozhodla studovat dál a v roce 1993 jsem absolvovala všeobecné lékařství v Plzni. Protože pocházím z Kaplice, tak jsem zjišťovala možnosti uplatnění v jižních Čechách.

Vzpomínky na ortopedii byly sice prima, mně se tam jako sestřičce moc líbilo, jenomže jsem stála nohama na zemi a bylo mi jasné, že je to obor, kde ženská nemá šanci. Volba padla na internu, ale tam v té době nebylo volné místo. Nakonec jsem i s ohledem na své bydliště našla uplatnění ve Vyšším Brodě – Hrudkově.

**Vy jste po návratu do českobudějovické nemocnice před dvanácti lety zůstala věrná v podstatě stejné klientele, často starým lidem s řadou trápení. Nelákala vás možnost přejít k méně komplikovaným případům?**

Na odděleních následné péče se skutečně věnujeme oboru, který je jeden z nejtěžších, a to jak fyzicky, tak psychicky. Vždyť denně řešíme nejen medicínské, ale také sociální otázky, především co s pacienty po propuštění dál. Naštěstí máme na 1. ONP úžasnou partu lidí. Vážím si sester, které se skutečně starají, pacienty nakrmí, přebalí a snaží se jim dát do života trochu optimismu, i když to není vůbec snadné v často tak komplikovaných případech. Náš obor je víceméně internou a když ho posuzují, tak si říkám, že by v rámci předatestační přípravy bylo velmi účelné, aby budoucí internisti chodili k nám na povinnou praxi, ale nejen oni. Pak by se možná na práci léčeben dlouhodobě nemocných díval každý jinak. Vždyť kromě seniorů máme velké procento pacientů s onkologickým onemocněním, často v termální fázi a na druhé straně také lidi po těžkých úrazech.

**Přes den se zabýváte následnou péčí z profese a doma pečujete o svého tatínka. Nebojíte se vyhoření?**

Jestli budu na tom samém oddělení za dvacet let, to vám teď opravdu neřeknu. Vypětí se snažím kompenzovat cestováním, sednu na kolo a někam vypadnu. Ale obor jako takový bych určitě měnit nechtěla. Mám školu paní primářky Boženy Gruberové, která dělala pro lidi první, poslední.

**Co je váš sen?**

Spíše na čem mi záleží. Přála bych si, aby oddělení následné péče mělo vlastní rehabilitační pracovníky, hlavně fyzioterapeuty a aby bylo možné rehabilitační pracoviště lépe vybavit. Kvalitní rehabilitace vždycky velice usnadňuje pacientům návrat do samostatného života. Přivítali bychom také dva, tři nadstandardní jednolůžkové pokoje a konečně pokoj, jak říkám, se zvýšeným dohledem pomocí monitorovacích přístrojů.

**PhDr. Marie Šotolová**



*Dva primáři, tři sekretářky, společná lůžka a sestry- to je teď oddělení úrazové a plastické chirurgie Nemocnice České Budějovice, a.s. Od 1. ledna 2007 tituluje personál slovem primář kromě MUDr. Pavla Kopačky také MUDr. Vladimíra Maříka (41). Muže, jehož motto je: „Když bojuješ, můžeš prohrát. Ale když nebojuješ, už jsi prohrál.“*

**Pane primáři, co bylo důvodem rozdělení oddělení úrazové a plastické chirurgie?**

Domnívám se, že osamostatnění oboru plastická chirurgie, které vedu, bude dalším impulzem k rozvoji této specializace v jižních Čechách. Samostatnost plastické chirurgie jistě povede k ještě vyššímu kreditu našeho pracoviště v rámci České republiky, což má praktický význam při akreditaci. Nezanedbatelným faktorem je také komerční využití značky Plastická chirurgie Nemocnice České Budějovice, a. s. Vždyť pacienti, kteří podstupují esteticko - chirurgický zásah jdou přece na

„plastiku“ a ne na „úrazovku“. Mimochodem naše komerční úspěšnost je z klinických pracovišť v rámci celé republiky vůbec nejvyšší.

## **Estetické zákroky jsou sice stále populárnější, ale zůstaňme u plastické chirurgie léčebné. Víte, že se o vás nedávno psalo v Mladé frontě pomalu jako o zázračných doktorech?**

Určitě můžeme být pyšní na rozjezd mikrochirurgie – tedy replantaci končetin, případně jejich částí a přenosy volných laloků, tedy tkáňových bloků z jedno místa na druhé. Pacient je tak sám sobě dárce i příjemcem. Tímto způsobem rekonstruujeme rozsáhlé tkáňové defekty po úrazech, při odstraňování nádorů, děláme rekonstrukce prsů po jejich ablaci kvůli novotvarům. První replantaci jsme tady udělali v roce 1995 a pak už to šlo ráz na ráz: o rok později přišel první přenos volného kožního laloku, za další rok svalového laloku, první replantaci celé končetiny jsme operovali v roce 1998, první rekonstrukci prsu TRAM lalokem (tedy vytvarování nového prsu za použití tkáně z podbřišku) jsme ohlásili v roce 2001, další rok jsme poprvé přenesli prst z nohy na ruku, o další rok později jsme si troufnuli na první přenos vaskularizované kosti (kostní tkáň s přímou cévní výživou), předloni jsme se pustili do replantací ušního boltce a skalpu. To vše znamená, že oddělení plastické chirurgie českobudějovické nemocnice provádí výkony, které jsou v Čechách výsadou kromě nás už jen jednoho pracoviště v Praze a druhého v Brně.

### **Čím to, že se vám tak daří?**

Určitě je to zápal pro věc a zkušenosti, ale také vzájemná úzká spolupráce s donedávna mateřským oddělením, tedy traumatologií v čele s prim. MUDr. Pavlem Kopačkou a ortopedickým oddělením prim.doc. Jiřího Stehlíka, CSc. Úspěchy jsou podmíněné samozřejmě také kvalitní prací sálového personálu a sester na všech jmenovaných odděleních.

### **Předpokládám, že ke špičkové práci chirurga potřebujete mít výborné rodinné zázemí?**

Medicína je v naší rodině tradičním zaměstnáním. Dík patří manželce za její trpělivost a radost mi dělají také mé dvě děti, jejichž zájmy jsou i mými koníčky. Když zbude čas, tak jdu na tenis, v zimě na lyže, v létě na kolo.

**PhDr. Marie Šotolová**

## **STALO SE**

## **VÁNOČNÍ NÁVŠTĚVY NA DĚTSKÉ KLINICE IPVZ**

Ležet v nemocnici není nic milého. Ale děti, které se léčily před vánoci na Dětské klinice českobudějovické nemocnici neměly na tvářích jen chmury.



Nejdřív si zpestřily stonání výrobou drobných dárků. Mateřská a Základní škola, která při nemocnici funguje, je totiž zapojena do celosvětového hnutí dětí Na vlastní nohou Stonožka. Prodej těchto maličkostí přímo na oddělení vynesl 7 251,- korun. Z toho 5 008 putovalo do jedné z venkovských afghánských škol na podporu stavby vodovodu s pitnou vodou. 2 243 koruny zůstaly českobudějovickým dětským pacientům na nákup výtvarných, pracovních a učebních pomůcek.



10. ročník Stonožky přijela 6. 12. 2006 podpořit zakladatelka tohoto hnutí paní Běla Jansen, která žije v Norsku. Protože je českého původu, mohla si s dětmi popovídat o životě jejich vrstevníků v zemích, kde mají kluci a děvčata ještě hlad a mír není samozřejmostí. Její vyprávění zaujalo i sestřičky a rodiče malých pacientů, kteří byli na klinice na návštěvě.



Paní Běla Jansen, jejíž hnutí Stonožka podporuje výrazně Armáda České republiky při svých zahraničních misích, se vyfotografovala ve společnosti personálu Dětské kliniky. Zvláště milá jí byla přítomnost učitelek Ivany Šimákové a Vladislavy Veselé, které za úspěchem akce stojí a připravují ji tak, aby malé pacienty udělat něco pro děti z druhého konce světa bavilo.



V pondělí 11. 12. bavili děti ztřeštěnými kousky zdravotní klauni. Petr Jarčevský alias doktor Količek a Adéla Kratochvílová, zvaná sestra Prkno, vtáhli děti do přípravy vánočního hodokvasu. O gagy, motanice, pády a kotrmelce nebyla během představení nouze. Což se ovšem dětem náramně líbilo. Představení zdravotních klaunů v českých nemocnicích podporuje Nadace O2, která se snaží pomoci dětem při volání domů a proti stýskání jim rozdává předplacené kupóny do mobilních telefonů.



„Do třetice všeho dobrého,“ se sluší říci k návštěvě populárního herce Jiřího Mádl. Vždyť komu se podaří, aby přijal filmovou hvězdu v pyžamu a ještě se ji mohl ptát, na co chce?



## MERCURY CENTRUM PODPŮŘILO NEONATOLOGII

18. prosince 2006 předalo nové českobudějovické obchodně – dopravní centrum Mercury Nemocnici České Budějovice, a. s. šek na 250 000 korun. Jak nám sdělil zástupce generálního ředitele MUDr. Jaroslav Novák, peníze nemocnice použila na obnovu ventilační techniky pro nedonošené děti. Přístroj za 330 tisíc korun doplatila se svého rozpočtu nemocnice.

Druhý přístroj pro ventilační podporu byl financován z prostředků, které neontologické oddělení získalo jako honorář z multicentrické studie NUMAX, trvající dva roky.

## BEZKONTAKTNÍ ELEKTROTHERAPIE PŘI REHABILITACI

Rehabilitační oddělení nově provádí bezkontaktní elektroterapii. Jedná se o distanční elektroterapii přístrojem VAS-07 spojující výhody klasické elektroléčby s výhodami bezkontaktní aplikace. Elektrický proud vzniká v hloubce tkáně prostřednictvím elektromagnetické indukce. Účinek závisí na typu zvoleného proudu. Výhodou je možnost aplikace přes oděv, obvaz, fixaci a s výjimkou jediného programu ( L-25) i aplikace do oblastí kovových implantátů.

MUDr. Jana Wiererová



## TISKOVÁ KONFERENCE K PROJEKTU HEALTHREGIO

Po téměř dvou letech završil Jihočeský kraj spolu s Nemocnicí České Budějovice, a. s. tiskovou konferencí 30. 1. 2007 mezinárodní projekt Healthregio. Ve zcela zaplněném Press salónku Krajského úřadu informovali MUDr. Vladimír Pavelka, náměstek hejtmana Jihočeského kraje pro oblast zdravotnictví a sociálních věcí s doc. MUDr.

Petrem Petrem, PhD., vedoucím pracoviště klinické farmakologie Nemocnice České Budějovice, a. s. o výsledcích, které studie přinesla. Oba pánové konstatovali, že sebraná zdravotnická data by měla sloužit jako podklad pro jednání politiků o přeshraniční spolupráci zdravotnických zařízení. Celou zprávu naleznete na [www.nemcb.cz/aktuality](http://www.nemcb.cz/aktuality).



## 200 000 OD HOKEJISTŮ

Celou poslední sezónu myslel českobudějovický HC Mountfield na naši nemocnici. Během dražeb dresů i dalších suvenýrů pro fanoušky budějovického týmu a ze vstupného na zápas proti HC Mountfield Pardubice tak získal 200 000 korun. Pamětní šek předal 14. 2. 2006 kapitán českobudějovického týmu Petr Sailer MUDr. Pavlu Timrovi pro potřeby dětské onkologie.

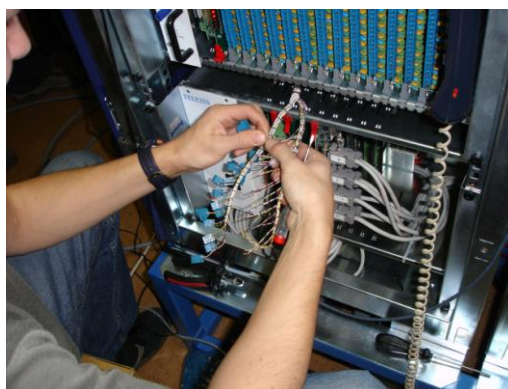
# NOVÁ TELEFONNÍ ÚSTŘEDNA

*Nedobytný hrad představovala 2.-3. března Nemocnice České Budějovice, a.s. Nejen, že kvůli trvající chřipkové epidemii zůstaly pro návštěvy zavřené brány obou areálů, ale nefungovaly ani telefony. Celý pátek a částečně v sobotu se totiž měnila telefonní ústředna. Více prozradil Ing. Ivo Houška:*



Stará telefonní ústředna byla do nemocnice pořízena v roce 1993. Posledních několik let bylo velmi obtížné zajistit náhradní díly a v minulých dvou letech začaly být navíc další opravy finančně náročné. Proto proběhl výběr nové telefonní ústředny.

V dnešní době plné mobilních telefonů a e-mailů nebyly kladeny duplicitní požadavky na novou ústřednu. Požadavkem bylo zajistit standardní telefonování, služby sekretariátů (přepojování) a hlavně jednoznačný přehled o hovorech. Proto byly vytvořeny individuální a hromadné PIN kódy pro volání mimo nemocnici, doplněné identifikací služebního nebo soukromého hovoru. V budoucnu budou soukromé hovory uhrazeny přímo ze mzdy obdobně jako strava. Spolu s novou telefonní ústřednou se mění i telefonní aparáty na místech, kde je výhodnější přenosný telefon. Toto platí zvláště pro inspekční pokoje, případně i pro službu konající lékaře.



**Fotografie z pátku 2. března ve 14.00 hod., kdy se v telefonní centrále v suterénu budovy vedení začaly přehazovat dráty ze staré ústředny do nové. Do malé místnosti se muselo vejít na deset lidí a ještě byl třeba prostor pro práci. (Foto Šot)**



## KROKODÝL NENÍ CROCODILE

Crocodile je totiž zkratka ze slov CROhn and COLitis DILEtants a zároveň název projektu, který se z pozice patientských sdružení věnuje nemocným s Crohnovou chorobou. Aktivisté tohoto projektu, jmenovitě MUDr. Vladimír Pavelka - náměstek hejtmána Jihočeského kraje pro oblast zdravotnictví a sociální věci, doc.MUDr. Petr Petr, PhD. a Mgr. Hana Kalová z pracoviště klinické farmakologie Nemocnice České Budějovice, a. s.,

dále pak studentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity Bc. Pavla Dobrovolná se na pozvání projektu Evropské unie RAPSODY ( RARE Diseases Patients SOLiDarity)

účastnili 2. 3. 2007 celostátního semináře, který v Praze pro sdružení pacientů se vzácnými chorobami připravil Státní ústav pro kontrolu léčiv. Českobudějovická skupina zpracovala a ústy doc. Petra prezentovala téma mezinárodních styků těchto patientských organizací. Podstatou sdělení byl rozbor odpovědí čtrnácti českých patientských sdružení na otázky týkající se jejich očekávání a priorit ve věci mezinárodní spolupráce. Hlavním smyslem semináře a jmenovaných projektů je zlepšení podmínek pro účelnou farmakoterapii vzácných onemocnění i pro hodnocení jejich výsledků.

## ODDĚLENÍ NUKLEÁRNÍ MEDICÍNY JINDE

*Na přelomu února a března se to u zadního vchodu do pavilonu C v Horním areálu jen hemžilo nejružnějšími řemeslníky. Vrcholilo totiž stěhování oddělení nukleární medicíny z historické budovy nemocnice „Áčka“ do nových prostor v suterénu do blízkosti brachyterapie. Tímto krokem má tedy nukleární medicína lůžka i pracoviště a ambulanci pod jednou střechou.*

**MUDr. Břetislav Šon, generální ředitel Nemocnice České Budějovice, a. s. odpovídá na otázku, co bude v uvolněném pavilonu A:**

Stěhování oddělení nukleární medicíny jsme dlouhodobě plánovali, abychom dostali co nejvíce vyšetřovacích komplexů do jednoho prostoru. Poněkud déle jsme vyčkávali se stavebními pracemi, protože přímo souvisely s výběrovým řízením na novou gama kameru, která už nyní slouží v prostorách pavilonu C. Zcela uvolněný pavilon A má novou fasádu, vyměněná okna, ale uvnitř nedošlo k žádné rekonstrukci. Ta bude jistě nákladná a zahájíme ji až v momentě, kdy bude jasné, k jakému účelu má pavilon A sloužit. Tato otázka nebyla do dnešního dne vyřešena.



**Nová hybridní gamakamera (SPECT/CT) pro kombinované vyšetření pomocí radionuklidů a rentgenu v novém prostoru pavilonu C.  
Foto: Šot**



**MUDr. Ladislav Šabata, primář oddělení nukleární medicíny pracuje s ovládací konzolou nové gamakamery.  
Foto: Šot**

**O podrobnosti jak ke stěhování, tak k nové gamakameře jsme požádali primáře oddělení nukleární medicíny MUDr. Ladislava Šabatu.**

Jak už si čtenáři přečetli, tak jsme se přestěhovali. Staré gamakamery jsme s ohledem na jejich stáří, špatnou kvalitu mechanických částí a výraznou poruchovost nemohli přestěhovat, přesun by nevydržely. V nových prostorách je jednak zcela nová kamera hybridního typu ( SPECT/CT) Infinia/Hawkeye (GE) a jednak repasovaná kamera DST-XL. Další změny se týkají vybavení přípravny radiofarmak: byly dodány 2 stíněné laminární boxy (jeden box pro všeobecnou přípravu radiofarmak a druhý pro značení krevních elementů)

.- tím jsou splněny podmínky vyžadované legislativou pro přípravu radiofarmak a značení krevních elementů. Lůžková část oddělení nukleární medicíny zůstává dále v 5. nadzemním podlaží pavilonu C

Díky novým přístrojům se zlepšila kvalita všech vyšetření, hlavně však tomografických, která na starých přístrojích již byla nepříznivě ovlivněna špatnou kvalitou mechanických částí. Obě nové kamery jsou vybaveny 2 detektory s velkým zorným polem - zlepšila celotělová vyšetření a umožní provést tomografické vyšetření ( SPECT) i tam, kde pro příliš dlouhý čas snímání to dříve nebylo možné.

Nová vyhodnocovací stanice již umí pracovat s formátem DICOM - proto bude možno přejít k ukládání všech vyšetření do PACS - hlavní výhodou je v možnosti porovnání obrazů s předchozími vyšetřeními. Obrazová část vyšetření bude prostřednictvím AccessionNumber navázána k žádance z klinických oddělení naší nemocnice (ovšem jen v případě, že vyšetření bude požadováno formou žádanky k vyšetření, nikoliv formou žádanky o konsilium!!!) a bude tedy přístupná ošetřujícímu lékaři v CareCenter z karty pacienta (na kartě ONM -nálezy, na nálezu kliknout pravým tlačítkem myši a z menu vybrat "TomoCon") nebo přes program TomoCon a zadat jméno pacienta nebo jeho rodné číslo. Základní snímky (planární) lze prohlížet v TomoConu, originální snímky ze SPECTu však Tomocon neumí zobrazit formou řezů - zde bude potřebná dohoda s klinickým pracovištěm na vhodném formátu ukládaných dat.

### **Nové možnosti vyšetření a vyhodnocování vyšetření:**

1. Díky laminárnímu boxu bude nově zavedeno vyšetření zánětů značenými leukocyty, které je výrazně levnější než dříve prováděné vyšetření pomocí značené protilátky - bude tedy možno jej provádět častěji a s krátkou objednávací lhůtou. U tohoto vyšetření se uvádí i větší citlivost. Dále bude možno provádět vyšetření krevních objemů a přežívání erytrocytů.
2. Hybridní gamakamera SPECT/CT umožní při tomografickém snímání (SPECT) doplnit scintigrafii o jednoduché CT řezy, které prostorově přesně souhlasí se scintigrafickým obrazem, což zpřesní lokalizaci scintigraficky pozitivních ložisek ve vztahu k orgánu či jeho části - to má význam pro onkologická vyšetření a dále pro přesnou lokalizaci ložisek zvýšeného kostního metabolismu do konkrétní části obratlů či kloubů. V systému zabudované CT však nelze použít pro samostatnou CT diagnostiku - je „nediagnostické“.
3. Hybridní kamera umožní u vybraných vyšetření korigovat artefakty vzniklé zeslabením ionizujícího záření v těle - například při vyšetření srdce je problém s absorpcí v bránici či v prsu, což mohlo někdy vést k falešně pozitivním výsledkům perfusní scintigrafie myokardu.
4. Nový program pro vyhodnocení perfusní scintigrafie myokardu je již na současné úrovni požadavků. Provádí kvantitativní vyhodnocení perfuse myokardu v porovnání se souborem zdravých osob (výsledkem je tzv. sumační skóre, které charakterizuje jak rozsah tak i tíži perfusní poruchy), dále vyhodnocuje funkci myokardu (pohyblivosti stěn, ejekční frakce, objem levé komory srdeční).
5. Nový program pro zpracování tomografického vyšetření (SPECT) skeletu zlepšuje kvalitu snímků, hlavně v oblasti páteře, případně umožní zkrátit dobu vyšetření (když pacient by nevydržel celý část standardního snímání) při dosažení stejné kvality snímků, jaká byla na starém přístroji.

Nové možnosti našeho pracoviště budou tématem semináře dne 23.5.2007 ve 14.00 hod. v přednáškové místnosti Informačního centra nemocnice. O přínosu kombinovaného SPECT/CT vyšetření a scintigrafie značenými leukocyty pro klinickou praxi budou přednášet lékaři, kteří mají největší zkušenosti s těmito vyšetřeními.

# **KAPSLOVÁ ENTEROSKOPIE.**

## **BEZDRÁTOVÁ ENTEROSKOPICKÁ KAPSLE**

### **(WIRELESS CAPSULE ENTEROSCOPY-WCE)**

**MUDr.Olga Shonová**

*„Touha po poznání je u člověka nekonečná jako modrá nebeská báň a žádný pokrok ji nedovede ukojit ani utišit.“*

*Prof. Dr.Hugo Glaser , Objevitelé člověka , 1959*

## **Úvod**

Od nepaměti sní lidé o cestách, cestách velkých, dobrodružných, fantastických, vesmírných a stejně tak i o poznání sebe sama. Kapslová endoskopie je jedna z dalších uskutečněných snů o fantastické cestě. Touto novou diagnostickou metodou vstoupila medicína do nové epochy, „věku kapslové enteroskopie“. Co tím myslíme?

Zvědavost, jak funguje trávicí soustava, kudy prochází potrava, kdy a jak je trávena, provází již staré kultury. Avšak ještě na konci minulého století se udržoval mylný názor, že tenké střevo je orgán, který má velmi nízkou incidenci onemocnění, jak zánětlivých, tak i nádorových. Předpokládali se sporadické výskyty cévních anomálií , divertikulů a ojedinělé polypy.

Intergrace kapslové enteroskopie do klinické praxe odkrývá skutečný stav onemocnění tenkého střeva.

## **Technické údaje**

### Endoskopická kapsle

Příběh začíná před 25 lety. Dr.Gabriel Iddan, izraelský vědec se zkušenostmi na čerstvě dokončeném armádním projektu elektrooptických přístrojů řízené střely, pracoval od roku 1982 na sestrojení barevné mikrokamery, schopné přenášet obrázky z nitra lidského těla na jeho povrch. Ve spolupráci s firmou Given Imaging vyvinul převratnou bezdrátovou endoskopickou kapsli M 2A, velikosti 26 mm, délky 11 mm a váhy 4 gramy. Kapsle se skládá z barevné mikrokamery s bleskem, vysílačem s anténkou, baterkami. Všechny tyto komponenty jsou uzavřeny v plastickém, zdravotně nezávadném pouzdře. Kapsle vysílá 2 obrázky za sekundu. Během vyšetření vyše více jak 50 000 obrázků, pole záběru 140 stupňů a má schopnost rozlišit léze velikosti menší než 0,1 mm.

### Opasek

Kolem pacientova těla je připojen pás, v němž jsou upevněny baterky, napájející vyšetřovací soustavu a datový záznamník. Tento datarekordér přijímá vysílané obrázky z nitra těla prostřednictvím soustavy 8 senzorů, umístěných na břišní stěně dle daného schématu .

### Počítačová stanice

Po vypršení vyšetřovací doby, tedy zhruba 8 - 9 hodin, je záznam z datarekordéru přeprán do softwaru počítačové stanice. Ukolem této stanice je přijmout mnohahodinový záznam a těchto zhruba 50 000 obrázků zpracovat do dvacetiminutové videosekvence, která je posléze diagnosticky vyhodnocena lékařem. Samotný nahraný materiál prohlíží a hodnotí gastroenterolog dle vlastních zkušeností a stavu střeva až několik hodin.

Další vyvinutý bezdrátový systém je Endo Capsule EC-1 firmy Olympus. Oproti M2A Given Imaging má novou funkci „Real time viewer“. Je zprostředkována kompaktním panelem s barevným displayem, který lze připojit na datarekordér a umožňuje lékaři on-line pozorovat pohyb, lokalizaci a stav vyšetřování kapslí od jejího polknutí až po vyhasnutí aktivity.

Vývoj budoucích verzí kapslí se chce ubírat cestou menších rozměrů s bateriemi, které jsou napájeny vlastní teplotou těla, dále kapsle se dvěma mikrokamerami, tedy na každém konci budou mít jednu a tím udělají větší počet snímků za vteřinu, nové expertní počítačové systémy na vyhodnocování a segmentaci snímků z mikrokamer. V současné době se rozbíhá vyšetřování jícnu kapslemi s délkou záznamu 2 hodiny, tyto jsou určeny pro screening Barretova jícnu. Zatím je tato metoda odbornou veřejností kontroverzně přijímána.

## Použití kapsle

Kapslová enteroskopie je neinvazivní, ambulantní diagnostický systém vizualizující trávicí trakt a zpřesňující lokalizaci patologických nálezů.

Den před vyšetřením je pacient poučen indikujícím lékařem o charakteru vyšetření detailně tak, aby pochopil technické možnosti a klinický rozsah užití kapsle a s tím spojeného rizika vyšetření. Je podepsán informovaný souhlas.

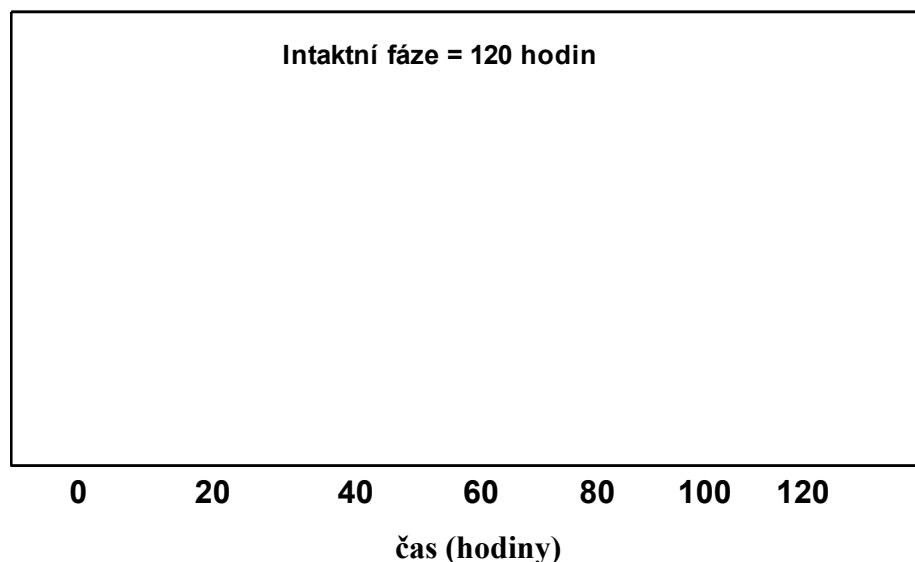
V den vyšetření se dostaví nalačno k ambulantní aplikaci kapsle, nezbytné léky pozře s trochou vody minimálně 2 hodiny před kapslí. Těsně před začátkem vyšetření probíhá poslední kontrola funkce celého systému, kapsle se aktivuje a již blikající je s douškem vody do 1 minuty pozřena. Dříve než pacient odejde z ordinace lékaře, je potřeba se přesvědčit, že kapsle volně prošla jícnem a kardií, event. žaludkem, v opačném případě zavádíme ke stagnující kapsli gastroskop, uchopíme ji kleštěmi a posuneme níže. Nejčastější příčinnou zastavení postupu kapsle jsou neuromuskulární poruchy jícnu a gastroparesa žaludku při diabetu mellitu, Pokud bychom nezajistili další postup kapsle, její energie by byla vyčerpána v místě zastavení postupu.

Po polknutí kapsle se může pacient lehce napít za 2 hodiny, pozře lehké jídlo za 4 hodiny, po odchodu kapsle mimo tělo přechází pacient na normální stravu.

Kapsle se posouvá mezi jednotlivými oddíly zažívací trubice pomocí vlastní střevní peristaltiky, opouští trávicí trubici per vias naturales v rozmezí 6 - 36 hodin. V některých případech při urychleném průchodu traktem nalézá pacient kapsli ještě plně funkční, takže je vyroben i záznam celého tračníku a konečníku. Pacienti s velmi pomalou peristaltikou naopak dovolí zobrazit jen krátkou sekvenci tenkého střeva.

Procento vyloučení kapsle ve dnech ukazuje graf.

## Desintegrace kapsle



## Na grafu ještě gastro pracuje

Do 100 hodin je vyloučeno dle literárních zdrojů 67 – 95 % kapslí. V případě zadržení kapsle nad tyto hodiny dochází k účinné desintegraci kapsle na malé části, pokud tyto jednotlivé „díly“ tělo nevyloučí, nastupuje procedura odstraňování pomocí klasických gastrooskopů, či kolonoskopů, nejnověji pomocí double - balloon enteroskopu. Chirurgické řešení nakonec. Z tohoto důvodu je kladen mimořádný důraz na detekování stenoz a striktur tenkého střeva/enteroklyza, gastroduodenoskopie, kolonoskopie/ před indikováním této metody. Tím účinně předcházíme komplikacím se zadržením kapsle.

### **Indikace**

Krvácení do zažívacího traktu, neobjasněné, skryté i zjevné.

Crohnova choroba tenkého střeva.

Malabsorbční syndromy.

Tumory tenkého střeva.

Iatrogenní poškození léky /NSAID apod./

### **Kontraindikace**

Poruchy polykání jakékoliv etiologie, neuromuskulární poruchy jícnu.

Obstrukce zažívacího traktu nádorové, zánětlivé, pooperační, poiradiační etiologie.

Cizí těleso. Předchozí aplikace endokapsle.

Kardiostimulace.

Gravidita.

Divertikly jsou relativní kontraindikací.

### **Výhody**

Ambulantní vyšetření.

Neinvasivní, nebolestivá diagnostická metoda.

Bez nežádoucích účinků, není léková interakce během vyšetření.

Není riziko infekčních komplikací.

### **Nevýhody**

Neumožňuje provést biopsii z patologického ložiska.

Neumožňuje terapeutický zákrok.

Specifická indikace.

Vysoká cena.

### **Příprava nemocného**

Vyprázdnění pacienta před kapslovou enteroskopií je stále průběžně diskutováno. Příprava sestává z celé řady doporučených diet, medikací a laváží traktu dle různých autorů, ani po zkušenostech několikaletého vyšetřování se však autoři neshodují v délce lačnění a stupni laváže. Minimální požadavek, kterým se řídíme, je tekutá strava 24 hodin a lačnění 10 hodin před polknutím kapsle. Individuálně doporučujeme picí kůru či očistná klysmata den před vyšetřením. Pacient nesmí kouřit 24 hodin, pokud bere léky zpomalující pasáž traktem je potřeba zvážit vysazení těchto přípravků. Preparáty železa přerušíme 5 dnů před kapslí.

Na Gastroenterologickém oddělení Nemocnice České Budějovice a. s. od roku 2006 používáme systém firmy Olympus.



Capsule Endoscope EC-1

Pozn.: Tomuto tématu se budeme věnovat také v příštím čísle Nemocničního zpravodaje.

## BEZ DOZIMETRIE NENÍ IMRT TERAPIE

Mgr. Petr Malecha

Jak jste se mohli dočíst v minulém zpravodaji, Nemocnice České Budějovice, a. s. zakoupila na onkologické oddělení nový lineární urychlovač a simulátor. Zařízení přináší další možnosti ve zkvalitnění léčby zářením.

Je to např. technika využívající intenzitně modulované svazky záření, známá pod zkratkou IMRT. Metoda IMRT využívá svazky záření o různé intenzitě, tzn. že profily svazku záření v žádné směru napříč ozařovacím polem nejsou uniformní. Oproti technikám konformní radioterapie, kterou jsme prováděli dosud, umožňuje terapie IMRT dosáhnout lepší prostorové distribuce dávky záření v cílovém objemu a výrazně lepší efekt šetření zdravých tkání. Zkušenosti z praxe ukazují, že metoda IMRT přináší benefit až 25 – 27 % pacientů léčených zářením.

Velkým problémem používání IMRT technik je nejen vytvoření vlastního ozařovacího plánu, které klade vysoce odborné i časové nároky na lékaře a fyzika, avšak také nutnost ověřování těchto plánů. Nemocnice proto miliónovou investicí do koupě nové dozimetrie zaručila svým pacientům tu nejmodernější péči s možností ověření kvalitativních parametrů individuálního ozáření. Dozimetrický přístroj Multidos (Multi Channel Dosemeter) s detektorem QC6 plus zabezpečuje denní sledování kvality svazku a dávky lineárních urychlovačů a tím i bezpečnost pacientů.

Multidos v sestavě s detektory pro In vivo dozimetrii slouží v uceleném systému k zajištění dozimetrie fotonových a elektronových svazků přímo na pacientovi.

Universal IMRT Verification Phantom a Head/Nec IMRT Verification Phantom spolu s Multidosem slouží k absolutnímu ověřování ozařovacích plánů technikou IMRT pro nejkritičtější oblasti, oblast pánve a hlava - krk. Tato dozimetrie, spolu s tzv. portálovou dozimetrií, která je součástí lineárního urychlovače, zajišťuje přesnou kontrolu dávkové distribuce v podmínkách ozařování konkrétního pacienta.

Doplněním této dozimetrické kontroly je i filmová dozimetrie, která slouží k zpřesnění provádění rutinních kontrol svazků ionizujícího záření.

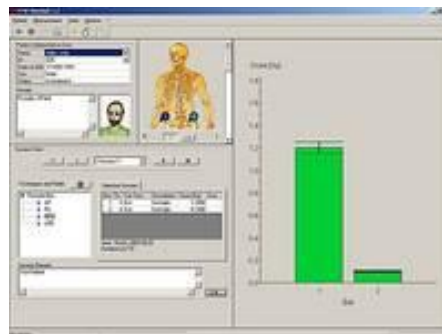
Nákupem plošného detektoru (2D Chamber Array with 729 Ion Chambers), který má být realizován na jaře letošního roku spolu s výše uvedenými zařízeními, by se celý proces ověřování IMRT plánů měl nejen zkvalitnit a zrychlit, a v důsledku toho i zlevnit.



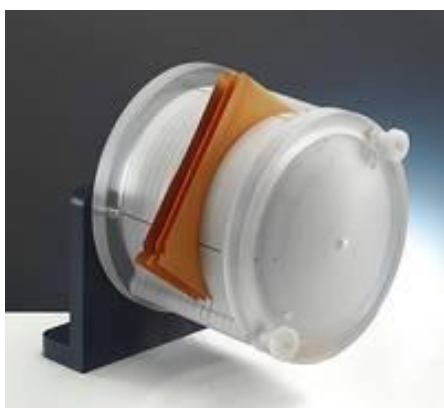
Nově zakoupené přístroje posouvají systém kontroly jakosti opět o stupeň výše. Kromě kontroly kvality zdravotnického prostředku je možno kontrolovat i kvalitu provedení léčebného výkonu.



**Dozimetrický přístroj  
Multidos (Multi Channel Dosemeter)  
s detektorem QC6 plus**



**Universal IMRT Verification  
Phantom**



**Head/Nec IMRT Verification Phantom**



**Plošný detektor (2D Chamber Array  
with 729 Ion Chambers**

## **VELKÝ TŘESK NA AMBULANCÍCH KLINICKÉ HEMATOLOGIE A LÉKAŘSKÉ GENETIKY**

Kdo souhlasí se rčením, že je lépe dvakrát vyhořet nežli se jednou stěhovat, cítí s personálem ambulancí klinické hematologie a lékařské genetiky. Obě se na začátku roku stěhovaly do Centrálních laboratoří.

**Hematologická laboratoř a ambulance  
MUDr. Ivan Vonke**



N



a přelomu února a došlo k přestěhování hematologické laboratoře i ambulance do budovy Centrálních laboratoří. Dnem 4. 3. bylo zrušeno přechodné omezení provozu a od 5. 3. obě části přešly do standardního režimu. Děkujeme všem pracovníkům nemocnice, kteří projevíli pro toto dočasné omezení pochopení.

Pro ambulanci se bohužel jedná jen o dočasné řešení, definitivní stav nastane až po dostavbě „krčku“ mezi budovou interny a Centrálních laboratoří. Současné prostorové řešení má řadu nevýhod, hlavně v přístupu do budovy, které však v současných podmínkách nebylo možno uspokoivým způsobem vyřešit. O problémech víme a ve spolupráci s vedením nemocnice hledáme to nejméně špatné dočasné řešení. Předpokládáme, že po dostavbě „krčku“ budou současné problémy vyřešeny.

Hematologická laboratoř se vrátila do původních prostor, z kterých před několika lety odešla kvůli rekonstrukci budovy. Provedenými stavebními úpravami se podařilo uspořít část původních prostor a zkrátit komunikační cesty uvnitř hematologické laboratoře. Zároveň se stěhováním laboratoře došlo ke stále ještě probíhající obměně klíčových technologií a doplnění softwaru. Tuto obměnu se podařilo uskutečnit bez nároku na investiční prostředky a bez navýšení provozních nákladů.

Probíhá výměna obou hematologických analyzátorů za přístroje stejné firmy, ale o generaci modernější, doplněné automatickým krevním nátěrem a barvením sklíček. Celková kapacita přístrojů je prakticky nezměněná, ale stanovení krevního obrazu a hlavně diferenciálu je podstatně spolehlivější, což omezí nutnost manuálního zpracování vzorku. V kombinaci s automatickým nátěrem a barvením diferenciálu by mělo dojít k podstatnému zkrácení doby zpracování vzorků. K dokončení instalace přístrojů by mělo dojít do měsíce.

Dokončena již byla obměna koagulačních přístrojů. V tomto případě jsme se rozhodli pro změnu firmy a tím i k přechodu od optického k mechanickému stanovení. To má zásadní přínos při zpracování vzorků se změněnými optickými vlastnostmi plazmy. Jednoduše řečeno: lze bez problémů vyšetřit koagulační parametry u pacientů s lipemickou, icterickou nebo hemolytickou plazmou. Vyšetření těchto typů vzorků bylo dosud zatíženo značnou chybou. Zároveň jsou nové přístroje lépe vybaveny pro speciální vyšetření. V návaznosti na změnu technologií dochází též ke změně používaných reagensů. Z tohoto důvodu nelze vyloučit, že po přechodnou dobu budou mírné odchylky mezi stanovením původní a novou technologií. Tomuto problému věnujeme zvýšenou pozornost a děláme všechna opatření, která by měla tuto odchylku buď zcela vyloučit nebo alespoň maximálně omezit. Dosud zaznamenané odchylky se pohybují v rozsahu, který nemá klinický význam. V případě pochybností prosím o telefonickou konzultaci.

Největším přínosem by měla být plánovaná obměna vnitřního softwaru laboratoře. Od dosavadního softwaru, který zjednodušeně řečeno, zajišťoval příjem žádanek, řízení přístrojů a expedici výsledků, se liší tím, že je zaměřen na podporu rozhodování. Umožňuje vyhledat „podezřelé“ výsledky, doporučit nebo přímo provést kontrolní nebo rozšiřující vyšetření. V konečném důsledku by měl vést k zjednodušení a výraznému zlevnění diagnostického postupu při současném zvýšení kvality, spolehlivosti a rozsahu vyšetření. Software bude instalován po dokončení technologické fáze obměny během jara. Vzhledem k velmi komplexním možnostem tohoto softwaru bude využívání inteligentních funkcí nabíhat poměrně pomalu. Předpokládáme, že možnosti tohoto softwaru budou plně využity přibližně půl roku po instalaci.

*Na závěr bych chtěl poděkovat všem pracovníkům oddělení klinické hematologie za mimořádné pracovní nasazení během stěhování provozů. V tomto období zůstala výkonnost provozů na cca. 90 % a zároveň probíhalo balení, stěhování a úklid všech prostorů. Toho bylo možno dosáhnout jen skutečně mimořádným pracovním nasazením bez ohledu na pracovní dobu. Od mého příchodu do nemocnice se jednalo o třetí stěhování provozu. Po každém stěhování slibuji pracovnícům oddělení, že příště si vezmou kabelku a pouze přejdou na nové perfektní pracoviště. Snad příště ...*



**Od 1.3.2007 sídlí ambulance lékařské genetiky v nových, zatím provizorních, prostorách v přízemí pavilonu Centrálních laboratoří. Pro ambulanci jsou prozatím k dispozici jen tři místnosti – vlastní ambulance, kde pracují dvě sestry, a dvě ordinace pro dvě lékařky. I přes toto stávající provizorní prostorové řešení zůstává provoz zachován v plném rozsahu.**

prim.MUDr. Eva Kantorová

## **OČAŘŮM SE BUDE LÉPE OPEROVAT**

**MUDr. Jan Sattran**

V březnu získalo oční oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s. operační mikroskop poslední generace OPMI VISU 210 Zeiss. Jedná se o špičkový mikroskop vybavený jiným zdrojem světla než dosud a to kryptonového namísto halogenové žárovky.

To nejpodstatnější se skrývá v těle mikroskopu, který má zabudovanou digitální kameru, reálně sledující operační zákrok s digitální střížnou a vypalovací modul pro archivaci zvláště choulostivých zákroků, jako jsou náročné operace malých dětí nebo traumata oka. To má především forenzní, ale i edukativní význam pro samotnou nemocnici a zároveň pro adepty mikochirurgie. Objektivně řečeno jde o záměnu za přístroj starý kolem patnácti let, který již neodpovídal současným technologickým nárokům.

V případě obnovy havarovaného kryopřístroje se podařilo zakoupit moderní zařízení, které krom běžných kryoprocedur na oku má speciální terapeutickou sondu s miniaturní koncovkou určenou výhradně pro léčbu retinopatie nedonošených. Jde o vidění zachraňující zákrok u jedinců s velmi malou porodní vahou, kteří jsou přímo ohroženi nezvratnou slepotou nebo pouhými zbytky vidění. V této péči máme dvacetiletou tradici a právě tato jemná moderní a přímo pro nedonošené jedince konstruovaná sonda jistě posune kvalitu ošetření závažných postižení oka raného věku kupředu.

## **INVESTICE DO ZDRAVOTNICKÉ TECHNIKY 2007**

*Vedoucího referátu přístrojových investic Nemocnice České Budějovice, a. s. Vladimíra Kubce jsme se zeptali, jaké novinky přibýly v prvním čtvrtletí na jednotlivá oddělení a na co se mohou lékaři se sestrami a především pacienti těšit do konce pololetí.*

„Protože vím, že se v tomto čísle Nemocničního zpravodaje podrobně zabýváte gamakamerou pro nukleární medicínu, vybavením očního oddělení, DBE systémem na gastroenterologickém oddělení k endoskopii tenkého střeva a přístroji pro ventilační podporu na neonatologii a dozimetrií na onkologickém oddělení, nebude můj výčet úplný. Takže:

Urologické oddělení získalo nový operační stůl Jupiter, jehož cena převýšila dva milióny korun.

Neonatologické oddělení má nový systém zařízení na úpravu vody do inkubátorů.

Neurochirurgové pracují s novým EKG.

Závěrem ještě připomenu, že nám Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje předala sanitu Ford, kterou jsme dovybavili defibrilátorem a používáme ji k převozu pacientů z operačních sálů na vyšetření.“

## PRÁVĚ TEĎ

V testovacím provozu jsou nové webové stránky naší nemocnice. Od prosince minulého roku na nich s pomocí řady zaměstnanců nemocnice pracovala českobudějovická firma Freetime.

*Víte, co bylo pro Informační oddělení, kde se shromažďovala prvotní data z primariátů a také psaly některé stránky, nejtěžší? Proti čemu byl úkol vymámit včas informace od padesáti lidí čajičkem? Zajistit pouhopouhé tři fotografie.*

*V momentu, kdy mi pan ing. Ivo Houška sdělil přání managementu, aby na portálu, kde grafik navrhl poloportréty zdravotníků, byli skuteční lidé z naší nemocnice, pobledla jsem. Jak se ukázalo, právem.*

*Je tu sice dva a půl tisíce zaměstnanců, ale... Použít můžete jen skutečné lékaře a skutečné sestry. Lékařskou profesi by měl reprezentovat muž a žena, důvěryhodného příjemného zevnějšku ve středním věku. Sestřička by naopak měla být mladší. Připočtete si k tomu takové „maličkosti“, jako že reklamní agentury nedoporučují kvůli čitelnosti výrazu pacientem používat tváře s plnovousem a u žen mají přednost blondýnky, jejichž vlasy na fotografii nepůsobí jako jednoditá přilba, což je problém brunet.*

*Takže se dostanete k několika jménům. Z nichž dvě třetiny fotografování odmítnou, jsouce prý mimořádně alergičtí na objektiv. Čeká vás bezesná noc nabitá otázkami, zdali se někdo smiluje a nechá se vyfotografovat. Samozřejmě zamlčíte, že jde o aranžovanou fotografii a ze zdravotníků se na chvíli stanou objekty, které fotograf všelijak aranžuje, popostrkává a nutí do úsměvu.*

*Proto autorka tohoto sloupku z celého srdce děkuje MUDr. Stárkové, MUDr. Heldovi a sestře Píbrové, že ji nenechali na holičkách a propůjčili svou tvář [www.nemcb.cz](http://www.nemcb.cz).*

**PhDr. Marie Šotolová**

## NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, A. S. VYDÁVÁ PŘÍRUČKU PRO SESTRY

Nemocnice České Budějovice, a. s. vydává publikaci „Praktické využití ošetrovatelských diagnóz v NANDA doménách“, která bude součástí Standardu ošetrovatelské péče č. 52 „Ošetrovatelská dokumentace“. Autorky publikace pod vedením Mgr. Jiřiny Otáskové, MBA využily praktické zkušenosti při stanovování ošetrovatelských diagnóz tak, aby byly aplikovatelné v praxi a zaznamenatelné v dokumentaci.

## STANE SE

Ve druhém čtvrtletí čeká oddělení následné péče I výměna čtyř výtahů, která přijde na 4,6 milionu korun.

## KDO JE KDO

### JEDNÁNÍ S NEMOCNICÍ JE TVRDÉ



*„Českobudějovická nemocnice nám neodpustí nic, na co má nárok. Ale co se řekne, to platí.“ Říká ředitelka pobočky Všeobecné vzájemné pojišťovny v Českých Budějovicích Ing. Bronislava Hlachová. S generálním ředitelem MUDr. Břetislavem Šonem se zná ještě z dob, kdy k ní jezdil na revize do českokrumlovské nemocnice. Od podzimu loňského roku se potkávají na jiné pozici.*

#### **Paní ředitelko, kolik procent pacientů naší nemocnice je vašimi pojištěnci?**

Výroční zpráva Nemocnice České Budějovice, a.s. za rok 2005 uvádí, že jsme se na výnosech od všech pojišťoven, se kterými máte smlouvu, podíleli 72 procenty.

**To je tedy velmi úzké spojení. Náš i váš cíl je shodný – spokojený pacient. Jak z vašeho pohledu využívá českobudějovická nemocnice peníze, které inkasuje z VZP?**

Vaši nemocnici vnímáme dlouhodobě jako velmi seriózního partnera, který poskytuje potřebnou zdravotní péči našim pojištěncům na dobré úrovni a také se snahou o používání nových diagnostických a léčebných postupů tak, jak je vývoj medicíny přináší. Českobudějovická nemocnice je v mnoha oborech jediným zařízením v kraji, které poskytuje určité speciální druhy péče.

#### **Jaké investice strategicky podporujete?**

Rozhodování o investicích do přístrojů je velmi složité. Preferujeme, když se rozvíjejí za pomoci nových přístrojů ty obory, které zasahují nemoci, jichž v populaci přibývá, mimo jiné s prodlužujícím se věkem.

Zájmem VZP je navíc to, aby při rozhodování o investicích do novinek nepřevládlo „prestížní“ hledisko jednotlivých nemocnic, ale aby se dostaly tam, kde je pro ně zajištěná kapacita pacientů. Nejde jen o ekonomickou návratnost pro nemocnici, avšak také o optimální využití schopností a zkušeností specialistů, kteří s přístrojem pracují. Vždyť tam, kde se určité výkony provádějí v dostatečném počtu, roste zkušenost lékařů a klesá počet ne zcela uspokojivých výsledků a komplikací. Počítáme proto s diskusí o účelném rozvoji všech nemocnic v Jihočeském kraji. Chceme ji vést jak z hlediska provádění určitých výkonů, například endoprotetických operací, tak z hlediska rozvoje tzv. malých oborů, kupř. očního nebo ušního a krčního lékařství. Půjde jistě o dlouhodobý proces, ale my se spoléháme na korektní spolupráci našich smluvních partnerů, vaši nemocnici v to počítajíc.

Nemocnice České Budějovice, a. s. požádala o smlouvu na arytmiologii a její úhradu. Kardiocentrum by tak mělo poskytovat implanovatelné kardiovertery - defibrilátory, srdeční desynchronizační léčbu a katetrizační ablaci arytmií. Tento záměr sice vedení naší pojišťovny i odborná společnost schválili, avšak nyní probíhají velmi podstatná jednání o výši nákladů.

Jestliže se dohodneme, tak bude českobudějovická nemocnice zajišťovat arytmiologickou péči pro pacienty z jižních Čech a částečně i z Plzeňského kraje a Vysočiny.

### **Co by se ve vztazích s Nemocnicí České Budějovice, a. s. mělo podle vás zlepšit?**

Já mám z jednání s vaším managementem dobrý pocit a věřím, že jsme jeden druhému důvěryhodným partnerem. Příkladem tohoto vztahu jsou výsledky ankety pacientů, které nám průběžně poskytuje.

Rok 2007 bude výjimečný v tom, že budeme uzavírat novou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče na dalších pět let. Zájem obou stran je, aby co nejpřesněji popsala způsob součinnosti včetně lhůt pro platby apod.

### **Paní ředitelko, byla jste někdy naší pacientkou?**

Pacientkou přímo ne, ale před 25 lety se mi tu narodil syn. Samozřejmě, zajímám se o zkušenosti s českobudějovickou nemocnicí, které mají moji blízcí.

### **Když se vás hospitalizace u nás nikdy netýkala, tak asi žijete příkladně zdravým životem?**

Pravda je, že jsem v posledních letech přišla na chuť pohybu. Zkoušela jsem golf, tenis, bowling, ale nakonec jsem zakotvila o cykloturistiku. Projížďka kolem Lipna s odbočkou do Rakouska je zážitkem. V zimě vede fitness. Neznám nic lepšího, než když se potrápí svaly, člověk se pak prohřeje v sauně a hlava si odpočine.

Ing. Bronislava Hlachová absolvovala VŠE v Praze. Po krátkém působení v n.p. Budvar pracovala v Českém Krumlově jako ekonomka v nemocnici, poté v okresní pobočce VZP. V letech 1994-2006 ji řídila. Od loňského roku vede krajskou pobočku VZP v Českých Budějovicích.

**Pozn.:** VZP bude vyhlašovat výběrová řízení na všech 13 ředitelů svých regionálních poboček. Všichni ředitelé se rozhodli, že se do výběrového řízení přihlásí.

## **TAJEMSTVÍ JELENÍHO GULÁŠE**

*Poodhrňme zákulisí tohoto článku. Loudila jsem z GŘ tip na Utajenou profesi a odpovědí mi bylo slovo kuchař. Neprozřetelně jsem přiznala, že se mi do gastronomie nechce, protože jsou dny, kdy mi v naší jídelně, ale opravdu, opravdu, oběd moc nechutná. Pan ředitel, jsa mužem činu, okamžitě vytočil číslo ing. Františka Vrtišky – ředitele Kolejí a menz Jihočeské univerzity a hned, že prý za ním posílá nabroušenou redaktorku, co jí jídlo nevoní. Nedalo se už couvnout, takže jsem nasedla do trolejbusu a vydala se do Čtyřech Dvorů. Poté vidím věci už trochu jinak a doufám, že procházka místy, kde se vaří a díky vyhranému tendru dalších pět let vařit pro nemocnici bude, vás neznudí.*



**Ing. František Vrtiška, ředitel Kolejí a menz Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.**



**Dvojčata Tomaschkové jsou oba šéfkuchaři- Petr pro studentskou menzu, druhý Pavel- mladší o pět**



**Tady se připravuje dietní strava pro pacienty nemocnice.**



**O čem si myslíte, že se bude tomuto kuchaři v noci zdát?**

**Pane řediteli, víte, co mi nejvíc vadí? Že si nemohu přikoupit k obědu zeleninový salát.**

Já si myslím, že řada věcí se teď vyřeší, když jsme vyhráli tendr na dodavatele teplé i studené stravy. My jsme vloni žili v provizoriu, protože nebylo jasné, kdo nakonec ve výběrovém řízení uspěje a určitě byste ani vy neinvestovala do jakéhokoli zařízení, kdybyste neměla jistotu, že ho budete využívat další léta. Ale abych se vrátil k salátům. Určitě máte na mysli bufet s volně přístupnými zásobníky zeleniny, kde si každý nabral do misky na co měl chuť, přelil zálivkou a zaplatil jednotnou cenu. Jenže, tohle nám dnes už tak jednoduše neumožňují směrnice Evropské unie. Zelenina musí mít stálou teplotu 8 stupňů Celsia a to právě vyžaduje vložit peníze do chlazeného pultu. Navíc se dostanete k tomu, že musíte zaměstnat pokladní. A když bychom prodávali saláty současně s jídlem, problém pokladní zůstává a navíc přibude potíží s malým personálním a prostorovým zajištěním nemocniční výdejové linky. Prostě řečeno, v současné situaci není kam co položit. Omezuje nás to celkově v nabízeném sortimentu jídel. Věříme, že svítá na časy a po přestěhování jídelny do bývalé budovy klinické biochemie se právě tento hendikep vyřeší.

Ale musíte uznat, že i při těch omezeních se snažíme: nahradili jsme hliníkové přístroje za nerez, místo otevřených plastových kalíšků na sůl jsme dodali uzavřené slánky, na kompoty jsme přivezli vitrínu, staráme se o ubrusy...

**Promiňte, ale když jsme tak komplikovaní klienti, proč jste vlastně o nás usilovali. Neříkejte, že pášete dobré skutky?**

Možná, že mi nebudete věřit, ale my na vás opravdu nevyděláváme, ačkoliv nás zaměstnáváte zdaleka nejvíce v porovnání s univerzitou. Zvláště, když součástí nového kontraktu má být dodávka stravy přímo na oddělení a to včetně snídaní a večeří bez ohledu

na soboty, neděle. Plus už zmíněné dodávky studené stravy, kterou si dosud nemocnice zajišťovala sama.

Vítězství v tendru pro nás znamená o polovinu práce víc. Ale... když vaříme jen pro univerzitu, tak máme během zkouškového období a prázdnin, což je dohromady pomalu šest měsíců, hluché období, kdy sice musíme platit personál, udržovat zařízení kuchyně včetně všech strojů, avšak nic nevyděláme. Právě toto období nám zakázka pro nemocnici umožní překlenout. Vůči vám si můžeme dovolit nižší ceny, nežli by nasadily komerční velkovývařovny, ale na druhé straně máme tak seriózním partnerem kryté mzdy a fixní náklady.

**Vraťme se k obědům. Řekla bych, že se jídelníček velkou rozmanitostí zrovna nevyznačuje.**

Ale my vaříme, co vám chutná. Sami zaměstnanci nemocnice chtějí oblíbená jídla kolem dokola: pečené kuře, smažený květák, svíčkovou....

Mým snem ale je udělat minutkovou linku, kde byste si za své mohli koupit třeba steak s hranolky. Tohle jsme zavedli pro studenty v menze a ačkoliv jsme zpočátku nevěřili, že tam bude víc než deset, dvacet lidí, zájem naše očekávání zcela předčil. Jenže to závisí opět na tom nešťastném nedostatku prostoru v současné jídelně.

I když možná v koření bychom mohli přidat.

**A pak pití! Já nechci moc, jen místo sladkého čaje chlazenou vodu. I když je pravda, že kávový automat od jeho instalace v jídelně nikdo moc nevyužíval.**

Zase, studené nápoje včetně džusů se dnes v jídelnách, třeba v naší menze, čepují ze speciálních zásobníků. Jeden stojí 30 000. a kam ho ve stísněných prostorách dát? Určitě ale o rozšíření studených doplňků teď, po vyhraném výběrovém řízení, budeme uvažovat.

**Sypu si popel na hlavu. Pořád se zabývám námi zaměstnanci nemocnice, ale v patientské anketě si na jídlo opakovaně stěžují i pacienti.**

S tím byl doposud problém. Část jídla jsme dodávali my, část nemocnice a dvoukolejnost není nikdy dobrá. Takže lidé psali stížnosti k nám, ačkoliv jsme za nedostatky nemohli a nebo naopak na nemocnici., přestože jsme třeba udělali chybu u nás. Teď budeme dodávat všechno my a my také budeme nést plnou zodpovědnost za spokojenost nemocných. Proto také chceme, aby náš zástupce byl přímo v budějovické nemocnici, protože ze Čtyřech Dvorů se na dálku tak složitý provoz, jako je nemocniční stravování, na dálku úspěšně řídit nedá.

Málokdo ví, že pokles teploty při rozvozu jídla na oddělení smí být jen čtyři stupně Celsia. To je v nynějším systému rozvozu dost složité. Naprostým ideálem jsou kufříky, podobné tomu, co znáte z letadel. Každý pacient by dostal ke svému lůžku tepelně izolovanou porci, od polévky k dezertu podle své diety. Bohužel tyto „kufříky“ stojí tři a půl tisíce za jeden. Pohráváme si s myšlenkou zkusit je na dětském a porodnici, kde nejsou vlastně skutečné pacientky, ale zdravé maminky.

**S trochou jedovatosti se musím zeptat, jestli se někdy starostmi o naše žaludky budete?**

Víte, že jo? Mám dvě noční můry: Že začne na kolejích ze sedmdesátých let, plných plastu, v sedmém patře hořet. A že propukne salmonelóza. Vždycky, když vidím na displeji mobilu jméno vašeho generálního ředitele, podvědomě si řeknu „A je to tady.“ Naštěstí jsem se zatím pokaždé spletl.

**Takže otázka závěrem, jelení guláš je fakt z jelenů?**

Ano. Jelení maso kupujeme od jednoho táboorského obchodníka, který ho dováží z Austrálie!

Text a foto: PhDr. Marie Šotolová

- Kuchyně pro menzu a nemocnici připravuje denně 5 000 jídel
- V kuchyni pracuje 37 lidí včetně vlastního řezníka
- Kuchyně zpracuje denně 5 metrických centů masa
- Kuchyně disponuje 6 velkokapacitními chladírnami, řízenými počítačem



**P.S.: Vedení nemocnice si uvědomuje, že stávající jídelna nezajišťuje kulturu stolování roku 2007 a je v plánu během tohoto roku vybudovat jídelnu v bývalém OKB. Předpokládáné ukončení přestavby je v 1. čtvrtletí roku 2008. Ve výběrovém řízení zvítězila Menza Jihočeské univerzity, která nám dodává teplou stravu již asi půl roku. Pan generální ředitel MUDr. Břetislav Šon dodává: „Jsme velmi rádi, že tendr dopadl právě takto, neboť kuchyň univerzity je nově postavená, má nové přístrojové vybavení, splňuje všechny hygienické normy. Spolu s našimi zaměstnanci vznikl tým lidí, pod vedením velmi zodpovědného pana ředitele Ing. Vrtišky, který umí vařit a dodat kvalitní stravu, v celém požadovaném sortimentu diet.“**

## **ANGIOLOGIE NA INTERNÍM ODDĚLENÍ NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, A.S.**

**MUDr. Martin Holý**

Angiologie je oborem vnitřního lékařství, který se zabývá komplexní péčí o pacienty s celým spektrem cévních onemocnění. Samostatným oborem specializačního vzdělávání je od roku 2004.

Prudký rozvoj zaznamenala angiologie v České republice od počátku devadesátých let 20. století a její význam neustále roste. Od roku 1993 pečuje o rozvoj oboru nově založená Česká angiologická společnost ([www.angiologie.cz](http://www.angiologie.cz)), která v současnosti sdružuje kolem 400 členů.

Impulsem k ustanovení angiologie jako samostatného oboru byl strmě narůstající výskyt cévních onemocnění a současně nebývale rychle se rozšiřující možnosti jejich prevence, diagnostiky a terapie. Vystala nutnost sjednotit a koordinovat stále komplikovanější péči o pacienty s cévním onemocněním, která dosud byla a mnohde stále je roztržštěná a nekoncepční.

Přístup ke klientům s cévními chorobami vyžaduje často účast odborníků z více lékařských oborů. Sama angiologie má výrazně interdisciplinární charakter – úzce souvisí a spolupracuje nejméně s deseti obory a podobory, především cévní chirurgií, intervenční radiologií, kardiologií, neurologií, diabetologií, podiatrií, lymfologií a hematologií. Takto široká spolupráce je podmíněna vytvořením a uplatňováním mezioborových standardů angiologické péče.

Angiologický program na interním oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. je spojen zejména s maximální snahou o využití možností duplexní ultrasonografie. Na našich dvou ultrazvukových pracovištích, které současně slouží jako angiologické ambulance, provedeme přibližně 4 000 cévních ultrazvukových vyšetření ročně. Spektrum prováděných vyšetření tepen a žil je kompletní (kromě vyšetření transkraniálních a oftalmické cirkulace) - od aortálního oblouku a magistralních mozkových tepen po tepennou periferii – tepny pedální a na horních končetinách po tepny digitální, od centrálních žil po hluboký a povrchový systém horních a dolních končetin. Provádíme také renální duplexní sonografii a vyšetřování cévních přístupů pro hemodialýzu.

V posledních 3 – 4 letech jsme zavedli program dispenzarizace pacientů po cévních operacích a endovaskulárních intervencích s ultrazvukovým sledováním cévních bypassů a plastik/stentů. Ultrazvuk významně přispívá k udržení dobrých výsledků provedených výkonů a v současné době je pravidelně sledováno téměř 500 těchto pacientů.

Ve stejném období jsme výrazně rozšířili dostupnost ultrazvukových vyšetření končetin k vyloučení hlubokých žilních trombóz, i když ho nejsme vždy schopni zajistit 24 hodin denně. Především jsme však rozvinuli program ambulantní terapie flebotrombóz v míře, která je i na kvalitních pracovištích neobvyklá – každoročně provedeme kolem 2 500 vyšetření dolních končetin, diagnostikujeme asi 300 flebotrombóz, z nichž plně ambulantní

léčba probíhá asi v 200 případech. Samozřejmě součástí vyšetření je zhodnocení nálezu na kloubech a měkkých tkáních, které pomáhá v diferenciální diagnostice bolestí a otoků končetin.

Dalším úspěšným programem je ultrazvukové vyšetřování povrchového žilního systému dolních končetin před plánovanou operací varixů. Toto vyšetření je nepostradatelné hlavně u komplikovaných nálezů, při recidivách onemocnění a v pokročilejších stádiích chronické venózní insuficience, kdy postižení žilního systému bývá mnohočetné a klinicky obtížně hodnotitelné. Standardní součástí vyšetření je označení (zakreslení) insuficientních perforujících bércových žil a ústí malé safeny.

Zajišťujeme také komplexní vyšetření pacientů s těžšími formami vazospastických onemocnění (Raynaudův syndrom).

Rozsáhlé uplatnění má angiologie také na poli profylaxe žilní tromboembolické nemoci. Současné doporučené postupy v této oblasti uplatňujeme obvykle formou konzilií a konzultací ve složitých případech, např. u chirurgických pacientů s velmi vysokým rizikem nebo u těhotných. Zde spolupracujeme s poradnou pro trombofilní stavy.

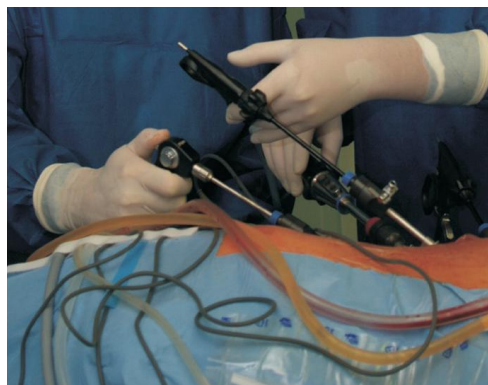
Ve spolupráci s intervenčními radiology indikujeme a na jednotce intenzivní péče provádíme lokální trombolytickou léčbu akutních a subakutních tepenných uzávěrů a stále častěji také intervenční léčbu těžkých trombóz ileofemorálních a trombóz horních končetin. Ve spolupráci s neurology indikujeme a provádíme systémovou trombolytickou terapii akutních ischemických mozkových příhod.

Ze standardních interních lůžek je zajištěna i nemalá část plánovaných diagnostických angiografií a endovaskulárních intervencí, především u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin a arteriovenózními zkraty. Naší snahou ovšem je počet invazivních diagnostických výkonů omezit a nahradit je v co nejvyšší míře vyšetřením ultrazvukovým.

U všech cévních pacientů se snažíme o racionální farmakoterapii podle nejnovějších doporučení, důsledně a komplexně provádíme primární i sekundární prevenci kardiovaskulárních onemocnění.

Angiologie v mnohém změnila a zkvalitnila přístup k cévně nemocným, její další rozvoj na našem oddělení je žádoucí.

## **LAPAROSKOPIE V CENTRU POZORNOSTI NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, A. S.**



*Byl to generální ředitel Nemocnice České Budějovice, a .s., kdo upozornil redakci Nemocničního zpravodaje na laparoskopické metody, kterými se zabývají chirurgické a urologické oddělení. Rádi jsme proto požádali tamní lékaře o články pro naše milé čtenáře.*

### **Laparoskopie na chirurgickém oddělení MUDr. Pavel Kožnar**

Laparoskopie má na chirurgickém oddělení dlouholetou tradici. Byla zde provedena první laparoskopická cholecystektomie v České republice 20. září 1991. Od té doby prošla tato operativa bouřlivým vývojem a nyní je spektrum minimálně invazivních operací, které naše oddělení nabízí, opravdu široké.

Provádíme diagnostické laparoskopie, v návaznosti na tyto výkony laparoskopické appendektomie, dále již zmiňované laparoskopické cholecystektomie. Zlatým standardem v léčbě refluxních onemocnění jícnu a bráničních kýl jsou to laparoskopické fundoplikace. Zavedenými metodami jsou mikrochirurgická operativa rekta /TEM/ a také torakoskopie. Novinkou jsou operace nádorů střev, zejména tlustého střeva, výhledově budeme provádět laparoskopicky také operace rekta.

Od podzimu 2006 jsme zařadili do repertoáru cévněkonstrukčních výkonů také laparoskopicky založené bypassy aortofemorální, aortobifemorální a iliofemorální. Tyto operace provádí v ČR jen pracoviště cévní chirurgie Nemocnice Na Homolce a chirurgická klinika Nemocnice u sv. Anny v Brně, obě pracoviště za pomoci robota. Jedná se o úplnou novinku, nejsou ještě definitivně stanovené operační postupy. Tyto operace jsou novinkou i v Evropě a Severní Americe. Zde jsme vývoj zastihli v samém počátku a můžeme se účastnit rozvoje těchto operačních postupů.

Chceme tímto poděkovat za spolupráci oborům, na které máme návaznost, zejména gastroenterologickému, anesteziologicko-resuscitačnímu a radiologickému oddělení a také vedení naší nemocnice za podporu při zavádění nových metod do běžné praxe.

## **Laparoskopie na urologickém oddělení**

**MUDr. Zdeněk Staněk**

Laparoskopie si hledala své místo v urologii pomaleji než v ostatních chirurgických oborech.

Je to nejspíše proto, že v urologii téměř neexistují „malé“ operace, které jsou vhodné k prvotní edukaci laparoskopického operačního týmu. V České republice dochází k významnějšímu uplatnění laparoskopie v urologii až v posledních letech. Pro bezpečný rozvoj této metody urologové často využívají zkušeností chirurgů a první kroky v laparoskopii dělají za jejich asistence. Rovněž naše oddělení zvolilo tuto cestu. Od roku 2004 jsem měl možnost získávat první laparoskopické dovednosti na chirurgickém oddělení naší nemocnice a na chirurgickém oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou. V r. 2005 jsem absolvoval stáž na dvou předních urologických pracovištích (AKH Vídeň a Krankenhaus der Elisabethinen Linec). Na lineckém pracovišti u prof. G. Janetscheka jsem mohl asistovat i u náročných operací typu laparoskopické radikální prostatektomie.

Na počátku r. 2006 naše oddělení získalo vybavení pro laparoskopickou operativu a díky těsné spolupráci s prim. M. Vraným z chirurgického oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou byly provedeny první operace. Doposud jsme odoperovali touto metodou 80 pacientů. Zpočátku byly nejčastějšími výkony nefrektomie pro nádor ledviny. Později jsme indikační spektrum rozšířili o adrenalectomie, pyeloplastiky, heminefrektomie, fixace ledviny, odstranění nádoru retroperitonea, resekce nádoru ledviny a v poslední době o radikální prostatektomie pro nádor prostaty. I nadále využíváme ochoty prim. Vraného při provádění složitějších a nově zaváděných operací.

V jihočeském regionu jsme i vzhledem k materiální a edukační náročnosti metody jediným pracovištěm, které může urologickým pacientům laparoskopii nabídnout. Některé typy provedených operací (např. radikální prostatektomie, heminefrektomie) patří v ČR k ojedinělým. Laparoskopii považujeme za perspektivní miniinvazivní operační metodou, která nabízí pacientům ve srovnání s klasickou operační technikou menší zásah do integrity organismu, menší bolestivost v pooperačním průběhu, rychlejší hojení a dřívější návrat do normálního života. I nadále se budeme snažit rozvíjet tuto metodu a rutinně jí využívat pro stále širší spektrum urologických operací.

# CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ V NAŠÍ NEMOCNICI.

Mgr. Jiřina Otásková, MBA – náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a hlavní sestra

O celoživotním vzdělávání ve zdravotnictví a získávání kreditních bodů bylo již velmi mnoho napsáno, ať již ve smyslu kladném či záporném. Probíhalo vždy, například ve formě seminářů na oddělení, ale nyní se zviditelnilo a má konkrétní obrysy. Cyklus vzdělávání v naší nemocnici, který jsme uspořádali v uplynulém roce, byl velmi inspirativní. Kvalitu jste hodnotili také vy sami, místa na konferencích byla obsazena již několik týdnů předem.

Každého pohladí, potěší uznání druhého. Tak si toto uznání vyzkoušelo mnoho z vás, kteří jste se aktivně podíleli na zajímavých přednáškách. Zpočátku roztřesené hlásky, které pak získaly na jistotě a je to samozřejmé, vždyť jste hovořili o své práci, kterou každodenně vykonáváte. Každá konference přinesla něco nového a účastníky obohatila o vědění i v jiném oboru.

Nyní mi dovoluňte několik statistických údajů na závěr: celkový počet vzdělávacích akcí v uplynulém roce činil 94 a zúčastnilo se jich 3 210 posluchačů. Všem přednášejícím chci touto cestou poděkovat, protože vím, že za každým vystoupením je příprava, která vyžaduje mnoho času.

## ORTOPEDICKÉ ODDĚLENÍ NEMOCNICE V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

MUDr. Pavel Sadovský

Ortopedické oddělení nemocnice v Českých Budějovicích patří mezi špičková pracoviště v republice.

Ročně se na pracovišti provede kolem 280 operací náhrad kyčelního kloubu a 150 náhrad kloubu kolenního. Kromě toho v rámci endoprotetiky jsou prováděny náhrady kloubů ramenních, hlezenných a loketních. Jako jedno z prvních pracovišť v republice se na ortopedickém oddělení začalo používat při implantaci totální náhrady kyčelního kloubu, tzv. MIS techniky. V současné době dosahuje počet pacientů odoperovaných touto miniinvazivní technikou 200.

Jako specializované pracoviště jsme nuceni často řešit i komplikace a případy selhání implantovaných endoprotéz. Na našem pracovišti jsme v loňském roce provedli 50 revizních výkonů totálních endoprotéz kyčle a 13 kolen. Významného úspěchu jsme dosáhli při řešení zejména septických, infekčních uvolnění zabudovaných endoprotéz. Ve spolupráci s infekčním oddělením nemocnice provádíme dvoudobé výměny těchto kloubů. Jedná se o výkony velmi finančně, personálně i organizačně a medicínsky náročné a patří do působnosti specializovaného pracoviště, kterým ortopedické oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s., bezesporu je.



Na oddělení je velmi rozvíjena artroskopická chirurgie. V loňském roce bylo na oddělení provedeno 450 artroskopií kolenního kloubu a dále 156 rekonstrukcí předního zkříženého vazy. Rutinně se provádí i plastiky zadního krutiata. Počtem odoperovaných ramenních kloubů se oddělení řadí mezi největší pracoviště- v roce 2006 bylo provedeno 178 artroskopií ramenního kloubu. Rutinně jsou prováděny operace na rotátorové manžetě a stabilizace ramen, výkony na šlaše bicepsu a další výkony v ramenní chirurgii.

Artroskopicky rutinně ošetřujeme i některá postižení kloubů loketních, helzna a kyčle, ale i zápěstí.

V rámci subspecializací je na oddělení velká pozornost věnována chirurgii ruky a nohy a dětské ortopedii.

Z iniciativy primáře oddělení doc. MUDr. Jiřího Stehlíka, CSc. byla založena Sekce pro chirurgii nohy a stala se významnou součástí České společnosti pro ortopedii a traumatologii. Vzhledem k počtu odoperovaných pacientů a jistě i úspěšnosti, bylo ortopedické oddělení Nemocnice v Českých Budějovicích vybráno jako školící pracoviště firmy Zimmer pro endoprotetiku a jako školící pracoviště pro rekonstrukční artroskopii.

Nemocnici České Budějovice, a.s., zvláště ortopedickému oddělení byla 26. 3. 2007 věnována čtyřstránková příloha týdeníku Medical Tribune.

## LETEM SVĚTEM

### V DAVOSU JEDNAJÍ NEJEN EKONOMOVÉ, ALE TAKÉ TRAUMATOLOGOVÉ

MUDr. Pavel Kopačka

10.-15.12. 2006 jsem se zúčastnil **AO Masters kurzu CO ZNAMENÁ TA ZKRATKA A JAKÝ JE ČESKÝ EKVIVALENT** v Davosu. Vedoucími kurzu byli Luke Leenen z Utrechtu (NL), Larry Bone u Buffala (USA) a Piet de Boer z Yorku (VB). Vždy byla probírána diagnostika, klasifikace a různé možnosti léčby. Hojně byl užíván ARS systém hlasování o různých názorech posluchačů na danou problematiku i hodnocení přednášejících. Vzhledem k charakteru kurzu je obtížné podat ucelený pohled na probírané téma, proto se pokusím zaznamenat alespoň jednotlivé postřehy.

**Obecné AO principy:** Opět byly zdůrazňovány výhody LCP **prosím vysvětlit zkratku** dlah, a to nejen jejich lepší fixace v osteoporotické kosti, ale i jejich šetrnost k periostálnímu cévnímu zásobení. Tím, že LCP dlahy působí jako „vnitřní fixatér“, nekomprimují periostální cévní síť na rozdíl od konvenčních dlah, které naléhají přímo na kost. Zásada biologického operování zní - co nejméně poranit periost. Časný pohyb ve smyslu komprese-distrakce podporuje růst a zrání svalku a tím hojení zlomeniny. Je chybou odstraňovat hematoma, protože podporuje tvorbu svalku. Proteiny typu BMP-2 zrychlují hojení, snižují výskyt infekce a tím i počet sekundárních operací. Nevýhodou je však vysoká cena. Byla též představena nová vrtačka pro předvrtání dřeňové dutiny s chlazením a aspirací odvrtné kosti, kterou lze následně použít pro spongioplastiku.

**Proximální humerus:** Konzervativní postup je doporučován u nedislokovaných nebo málo dislokovaných zlomenin. U ostatních je indikována operace a to s maximální stabilitou osteosyntézy. Je patrný ústup od málo stabilních K-drátů, drátěných smyček a pod. U dvou- a třífragmentových zlomenin se více používají miniinvazivně zaváděné hřeby, u čtyřfragmentových zlomenin častěji LCP dlahy PHILOS. Klade se zvýšený důraz na biologické operování, anatomickou repozici a stabilní fixaci obou hrbolků. Cervikokapitální náhrada je používána málo, pouze u biologicky starších pacientů s vícefragmentovou či luxační zlomeninou s malým kalatárním fragmentem. Pro funkční výsledek má zásadní

význam časná rehabilitace, a to 6 týdnů pasivně vleže. Poté se pokračuje aktivně pod vedením rehabilitačních pracovníků, a to až 1 rok.

**Distální radius: prof.?** Jupiter zdůraznil, že léčba musí být individuální v závislosti na biologickém věku a typu zlomeniny. Konzervativní postup je vhodný u nedislokovaných nebo málo dislokovaných zlomenin, které jsou po repozici stabilní. Z hlediska biomechaniky karpu platí teorie tří sloupců. Novum je však význam zdůraznění funkce intermediálního sloupce (lunární faseta radia, lunatum a kapitatum), který přenáší největší zátěž (key to the radiocarpal joint). Pomocí K-drátů a přemostujícího či nepřemostujícího zevního fixátoru lze stále dosáhnout velmi dobrých výsledků. Zásadní je anatomická repozice kloubní plochy, kde nesmí být větší schůdek než 2 mm, jinak do dvou let dojde téměř vždy k rozvoji artrózy. Když se repozice nepodaří zavřeně, je indikována vnitřní stabilní osteosyntéza.

U jednoduších zlomenin lze použít konvenční dlahy, ale častěji se prosazují LCP dlahy, a to především u zlomenin nestabilních. Pozor je třeba dát na správnou délku šroubů, které mohou dorzálně prominovat a poranit šlachy extenzorů. Funkční výsledky údajně nesouvisí s časným zahájením rehabilitace, zlepšení nastává i měsíce až rok po operaci.

Známky nestability jsou tříštivá dorzální či palmární zóna, odlomení (palmární nebo dorzální) hrany (fr. typu 23 B2+3), angulace více jak 20°, šikmá lomná linie, zkrat distálního radia více jak 4-5 mm, současná zlomenina ulny, výrazná osteoporóza skeletu.

**Proximální femur:** U většiny zlomenin nebyl shledán výrazný rozdíl mezi hřebem a správně technicky provedeným DHS **prosím rozvést zkratku**. Přesto je pro nestabilní zlomeniny doporučován hřeb, u intertrochanterických (reverzních) zlomenin 31A3.1 i otevřená repozice. U nestabilních zlomenin 31A3 dochází při použití DHS k častému selhání osteosynthesy, kdežto při použití IM **prosím rozvést zkratku** hřebu naprosto výjimečně. Stabilitu fixace pomocí DHS lze zvýšit podpůrnou trochanterickou dlahou. Časná plná zátěž je možná pouze při použití hřebu.

*Závěr z četných diskusí:* Pro zlomeniny 31A.1 obvykle užíván DHS, pro 31A.2 hřeb i DHS, pro 31A.3 hřeb. Zásadní je správná repozice s vyloučením varózního postavení, správné technické provedení s ukotvením šroubu nebo spirální čepele v pevné subchondrální kosti uprostřed hlavice. U pertrochanterických zlomenin se primárně nedoporučuje TEP **prosím rozvést zkratku** ani CCEP **prosím rozvést zkratku**. Léčba u intra- i extrakapsulárních zlomenin závisí na mechanických vlivech.

Výsledky intrakapsulárních zlomenin krčku více záleží na biologických faktorech (avaskulární nekróza, pakloub, přítomnost artrotických změn), zatímco u extrakapsulárních zlomenin jsou zásadní vlivy mechanické (varózní postavení, medializace diafýzy vzhledem k proximálnímu fragmentu).

**Distální femur (M. Schütz, M. Baumgaertner):** U všech zlomenin je preferován miniinvazivní přístup s otevřenou rekonstrukcí kloubní plochy a zavřeným přemostěním metafyzární tříštivé zóny bez obnažení úlomků, a to jak hřebem DFN **prosím rozvést zkratku** tak dlahou LISS **prosím rozvést zkratku**. Zásadní je co nejmenší poškození periostu v místě zlomeniny. Šrouby u LISS by se neměli nepoužívat samovrtné a lepší jsou bikortikální. U jednoduších zlomenin je stále vhodná DCS. Při srovnání konvenčních dlah a LISS, je u LISS menší výskyt infektu. Používán je parapatelární přístup s dobrým přehledem kloubní plochy. Významným pomocníkem je femorální distraktor, periartikulární kleště a „joy stick“. Spongioplastika většinou není potřebná.

**Proximální tibia:** Při operační léčbě zlomenin typu B někdy používána artroskopie. Výsledky ale nejsou lepší než při použití rtg-C ramene, výkon je delší, je větší riziko infektu a při nesprávném postupu může vzniknout i kompartment sy. Ve 34 % případů bývá odtržen meniskus, který je nutno refixovat. Proto u zlomenin typu B a C se častěji doporučuje při otevřené repozici mobilizace menisku, což umožní repozici kloubní plochy pod kontrolou zraku. Po dokončení osteosyntézy následuje refixace menisku. U zlomenin typu 41B.3 často

stačí menší T- či L LCP dlahy 3.5mm. U zlomenin typu 41C je vhodná proximální tibiální LCP dlahy nebo LISS. Oba implantáty poskytují dostatečnou stabilitu pro časnou rehabilitaci. U velmi nestabilních zlomenin mediálního kondylu, kde hrozí posun dorzálně, ani tyto implantáty nestačí a je nutná podpěrná dlahy zavedená z posteromediálního přístupu. Tato dlahy musí být dostatečně pevná podle konstituce pacienta. K výplni defektů kostních je používána spongióza, méně Endobon. Výhodný je Norian, který má větší pevnost na kompresi než Endobon a dovoluje plnou zátěž za 4,5 týdne. Nevýhodou je vysoká cena. Při poškození měkkých tkání je indikováno použití zevního fixátoru v kombinaci s miniosteosyntézou tahovými šrouby.

**Distální tibiie - zlomeniny pilonu:** V rámci první pomoci je nutná časná repozice, aby nedošlo k nekróze kůže. Operace je většinou možná až s odstupem 5-14 dnů, kdy se po ústupu otoku při dorziflexi v hleznu na kůži objeví vrásky (skin wrinkling). Do té doby je doporučována fixace přemostujícím zevním fixátorem ukotveným distálně do patní kosti a 1. a 4. metatarsu v neutrálním postavení v hleznu. Je třeba sledovat periferii a měkké tkáně a při hrožícím kompartmentu včas provést fasciotomii. Definitivní léčba může být miniinvazivní (šrouby a zevní fixátor) či otevřená (dlahy), ale zásadně musí být dosaženo anatomické repozice kloubní plochy, schod nesmí být větší než 2 mm. Ne vždy se musí začínat fibulou, spíše se doporučuje začínat jednoduší zlomeninou. Přístup k distální tibií se obvykle používá přední nebo anteromediální, s repozicí kloubní plochy, aplikací spongioplastiky a fixací anatomickou LCP dlahou (LCP dlahy pro distální tibi, někdy i LCP dlahy na distální radius). V případě komplexní zlomeniny fibuly je lépe začít tibií a fibulu vyřešit miniinvazivně podvlečenou přemostující dlahou. Turniket je vhodný pouze krátce, po dobu intraartikulární repozice. U komplexních zlomenin pilonu typu C3 se někdy užívá anterolaterální přístup. Zde je ale větší nebezpečí poškození měkkých tkání.

**Infekt, pakloub, infikovaný pakloub:** U pakloubu femoru je někdy používán hřeb v kombinaci s LCP dlahou. U kostního infektu byla zdůrazněna nutnost časné intervence s odstraněním nekrotické kosti. I u otevřených zlomenin jde převážně o nosokomiální infekci. Na infekt má vliv načasování operace (příliš brzy), délka operace, druh fixace, poškození periostu, věk, diabetes, obezita, kouření, steroidy, skleróza.

Prevence infektu: Jsou doporučovány velké dávky ATB předoperačně, odstranění mrtvé tkáně, vyvarovat se termálního poškození (kauter, vrtačka-tupý vrták či fréza), nestabilní fixace, ponechání hematomu, sutura rány pod napětím. Defekty měkkých tkání je třeba včas řešit rotačním či volným lalokem. Když máme pochyby, je nutná včasná dostatečně agresivní revize s odstraněním mrtvých tkání, sekvestrotomií s ponecháním stabilního implantátu, zavedením drénu či laváže. Role antibiotik je v těchto případech značně omezena.

V diskusi o kostních defektech byla doporučována opakovaná spongioplastika u defektů do 4 někdy i do 6-8 cm. Spongiosa je velmi resistantní k infekci. U větších defektů se provádí segmentární kostní transport, nyní často na hřebu v kombinaci se zevním fixátorem, event. mikrochirurgický přenos fibuly. Hojení urychluje i stimulace svalku, nejprve distrakcí s následnou kompresí.

Podle údajů W. Streckera z Bambergu se 26 % hřebovaných femorů zhojí v zevní rotaci větší než 15° a v 1,5 % případů ve vnitřní rotaci větší než 15°. Při správné kontrole pomocí na CT lze rotační úchylku korigovat ještě během hospitalizace.

*Kurz probíhal denně od 8.00 hod. do 20 hod. s pauzou mezi 12 hod. až 16.hod. Švýcarská přesnost nedovolovala se opozdit ani o pár minut, ale přesto se našel v polední přestávce dostatek času na sjezdové či běžkové lyžování na čerstvě napadaném prašanu. Cesta domů přes Fluelpass bez řetězů byla trochu dobrodružná, ale naštěstí bez šrámů.*

# LÉČBA BOLESTI SE ŘEŠILA V ISTANBULU

MUDr. Eva Lengálová



Jedenáctimilionový Istanbul je nejen městem s bohatou historií, ale i rozporuplnou současností. Po Praze v roce 2003 se V. kongres EFIC (sdružení evropských států, které jsou členy IASP-světové organizace pro studium a léčbu bolesti) konal 13.-16.9.2006 v Istanbulu. Kongresu se zúčastnilo okolo 3 000 lidí, z toho 51 Čechů s 21 prezentací, z nichž jedna byla ústní. Jednání probíhalo současně v několika sekcích a tak se zmíním pouze o některých novinkách v léčbě bolesti.

Prof. Kress z Vídně podal přehled o kanabioidních receptorech. První zprávy o účinku kanabisu na bolest jsou již z roku 1893 a pro zajímavost mezi lety 1850 - 1942 byl v americké farmakoterapii. Srovnávací randomizované studie ukazují, že kanabinoidy jsou daleko efektivnější u chronické bolesti. V některých zemích se již používají při léčbě HIV, bolesti při roztroušené skleróze a onkologické bolesti...

Dr. Tresey z Oxfordu ukázala možnosti FMRI, PET a EEG v zobrazování bolesti. Kromě nocicepčního podráždění hraje roli bolestivá zkušenost, genetika, kognitivní přístup, nálada, patologie... Jednotlivý bolestivý podnět ovlivňuje velké části mozku a to přispívá k bolestivé zkušenosti. V České republice se podobnými měřeními zabývá prof. Stančák z FN Motol.

Z praktický přenášek mě zaujal blok zabývající se léčbou bolesti dolních zad. Pouze u 5-10 % pacientů lze zjistit specifickou příčinu – hernie disku, spondylolistéza, Bechtěrev. Mezi nespecifické bolesti v zádech patří diskogenní bolest (tvoří až 40 % bolestí v SI kloubu) a mechanická bolest z fasetových a zygoapofyzeálních kloubů. Epidurální podávání kortikoidů má pouze krátkodobý efekt, není proto doporučováno. Naopak jejich podání do bezprostředního okolí postiženého nervového kořene pod skia kontrolou se ukázalo účinné.

Nádorové bolesti se věnoval prof. Niv z Tel Avivu. V pokročilé fázi onemocnění trpí bolestí 90 % pacientů. Nejčastěji se jedná o kombinaci somatické a neuropatické bolesti. Široké používání bifosfonátů významně snižuje skletální komplikace u kostních metastáz a redukuje bolest. Při použití třístupňového žebříčku léčby dle WHO má 70-90 % pacientů dostatečnou analgesii. Perorální podání je jednoznačně upřednostňováno.

Několik sekcí bylo věnováno radiofrekvenční terapii chronické bolesti.

V souvislosti s tím bych se ráda zmínila o workshopu, který byl přípravou na radiofrekvence a pořadali jsme ho v předvečer VIII. česko-slovenských dialogů o bolesti v naší nemocnici. Všemi zúčastněnými byl velmi pozitivně hodnocen. PRF metody jsou minimálně invazivní a používají se u mnoha bolestivých stavů.

Na závěr bych se zmínila o sympóziu firmy Janssen- Cillag „Pooperační péče o bolest: je čas pro jednodušší postupy.“ Přes veškerý medicínský pokrok je pooperační analgesie stále nedostatečně zvládnána. Jedná se o celosvětový problém. Nový neinvazivní transkutánní PCA (pacientem kontrolovaná analgesie) systém obsahuje opioid fentanyl, který se uvolňuje z iontoforetického transdermálního systému přes kůži do krevního oběhu. Analgetickou dávku si pacient sám aplikuje, po stisknutí tlačítka je průnik přes kůži potencován slabým elektrickým proudem. Dle proběhlých studií- 660 pacientů- má velmi nízké riziko komplikací a pacienty je velmi dobře přijímán. V České republice zatím zaveden není.

Kongres se konal v kongresovém centru s vyhlídkou na Bospor, který jsme také na lodi navštívili. Samozřejmě i mešity a bazar na pevnině neušly naší pozornosti.



# VÝROČNÍ KONGRES NEUROCHIRURGICKÉ SPOLEČNOSTI VE SPOLUPRÁCI SE SVĚTOVOU FEDERACÍ NEUROCHIRURGICKÝCH SPOLEČNOSTÍ V INDONÉSII

MUDr. Vladimír Přibáň

Kongres se 20. - 24. 11. 2006 konal v atraktivním prostředí Westin Resortu na jižním cípu ostrova Bali. Organizátoři využili záštity Světové federace neurochirurgických společností (WFNS) a pozvali jednak funkcionáře federace a dále řadu zahraničních řečníků. Z celkového počtu přednášek tak domácí neurochirurgové měli pouze třetinu příspěvků. Vzhledem k úrovni jednotlivých sdělení to byl tah, který významně přispěl k zvýšení kvality kongresu. Bylo tak pro mě ctí vystoupit v této společnosti se „zvanou přednáškou“.

V předvečer kongresu proběhla slavnostní večeře prezidenta indonéské neurochirurgické společnosti E.Basuki s projevy funkcionářů WFNS. Jako dar WFNS byla předána souprava nástrojů k trepanaci doktoru Pieterovi, jedinému neurochirurgovi na Papui. Vlastní kongres probíhal v luxusním komplexu hotelu a jediný rozdíl proti podobným akcím, konaným v USA nebo v Evropě, byl ve výrazně nižším počtu vystavovatelů. Všechno ostatní mělo vysoký organizační standard. Přednášky byly členěny do tématických bloků: tumory, cévní léze, trauma, kongenitální, spinální problematika a varia.

Nejvíce zahraničních přednášejících bylo z Japonska, zejména z Fujita univerzity v Aichi. H.Sano, T. Kanno a Y. Kato měli brilantní sdělení na téma chirurgického řešení mozkových aneuryzmat. Technická úroveň videoprezentací byla vynikající. V tomto kontextu bylo však překvapující, že ve všech těchto přednáškách prakticky chybělo zhodnocení výsledků a rozbor komplikací. Proto pro mě byla nejcennější přednáška M.Hayakawy ze stejného pracoviště o nové generaci CT s 256 řadami detektorů (256-row ADCT). Přístroj je nyní ve fázi klinického testování. Dokáže provést kompletní vyšetření mozku během jedné rotace s řezy tloušťky 0.5 mm. To přináší výhodu zkrácení času vyšetření u urgentních stavů, malých dětí a neklidných pacientů. ADCT umí dále 3D-CTangiografii a dynamickou 3D-CTAg. Dokáže zhodnotit mozkovou perfuzi (CTP) v celém objemu mozku! a provést rekonstrukci nejen v axiálních řezech, ale i v koronárních a sagitálních. Fúze CTP a 3D-CTAg poskytuje precizní informaci o oblasti ischemie s identifikací „odpovědné“ tepny. Lze předpokládat, že tyto informace budou přínosem při selekci kandidátů revascularizačních výkonů. Nové ADCT dokáže přesně rekonstruovat zvláště arteriální a venózní fázi CTAg, včetně subtrakce.

Chirurgickou léčbu mozkových AVM zhodnotil R.Spetzler z Phoenixu v Arizoně. Prospektivní analýza chirurgických výsledků 120 pacientů prokázala nízkou pooperační morbiditu i I-III.stupně dle Spetzler- Martina: 0, 0, 3%. AVM IV. a V. stupně měly morbiditu 22 a 17 %. V přednášce byly podtrženy dva cíle léčby AVM. Za první maximální snaha o zachování předoperačního neurologického stavu. Za druhé kompletní resekce AVM. Ponechání rezidua je spojeno se zvýšeným rizikem krvácení v důsledku vyššího perfúzního tlaku. Zajímavé srovnání přinesly přednášky na téma mozkových meningiomů od O. Al-Mefty z Little Rocku a P. Blacka z Bostonu. První zdůraznil radikalitu chirurgického přístupu jako jediné cesty k dosažení dobrých dlouhodobých výsledků. P.Black se zaměřil na biologické chování meningiomů. V jeho sérii byla přítomna recidiva u meningiomu I. stupně (dle WHO histologické klasifikace) ve 3.5 %, u II. stupně v 10.5 % a u III. stupně v 50 %. U meningiomů baze lební se nesnaží o radikální resekci. Spoléhá pooperačně na gama nůž. Sdělení na téma chirurgické léčby komplexních bazilárních aneuryzmat měl A.Krisht z Little Rocku, Arkansas, USA. Prezentoval 51 bazilárních výdutí, které buď nebyly vhodné pro svou komplexnost k endovaskulární léčbě nebo předchozí neurointervence selhala. Vyřazení aneuryzmatu z cirkulace bylo dosaženo v 100 % případů, příznivý klinický stav v 90 % případů. Měl jsem příležitost vidět tyto operace v podání A. Krishta na jeho pracovišti.

Podkladem excelentních výsledků je dokonalá anatomická znalost, která je založena na možnosti zdokonalování chirurgických přístupů v laboratoři na kadaverech. Velmi pěknou přednášku na téma intramedulárních tumorů měl J. Brotchi z Bruselu. Prezentoval chirurgické výsledky 362 míšních tumorů. Předoperační neurologický stav je jedním z klíčových faktorů, ovlivňujících výsledek. Pokud je pacient před operací paraplegický, je šance na úpravu prakticky nulová. Proto je třeba, aby pacienti byli operováni předtím, než dojde k těžkému deficitu. Peroperační monitorace motorických evokovaných potenciálů napomáhá snížit riziko motorického deficitu. Pokud je možné najít hranici tumoru a míchy, pak radikální extirpace by měla být vždy cílem. S výjimkou maligního astrocytomy přináší chirurgická radikalita lepší dlouhodobé výsledky.

**Česká účast byla aktivní.**

***M. Smrčka přednesl dvě sdělení: The Immune System Changes and Extracranial Complications after Severe Head Injury a The Correlation between pTiO2 and Apoptosis in a Rat Model of a Reversible Cerebral Ischemia- the Neuroprotective Role of Hypertension. Já jsem měl přednášku na téma Carotid Endarterectomy versus Carotid Stenting.***

*Kongres byl zakončen slavnostní večeří. Její součástí byl „rituální tanec“ ke kterému byli zahraniční účastníci jednotlivě vyvoláváni. Indonésané zásadně zaměňují křestní jméno za příjmení. Oslovení Mr. Martin a Mr. Vladimír nás provázela celou dobu pobytu. Navíc pokud jsem se představil, tak prakticky každý bez výjimky na mé křestní jméno okamžitě reagoval: „Putin“. Po výzvě k tanci: Mr. Martin from Czecho, následovalo vyzvání na parket: Mr. Vladimír from Russia. Tato věta vyvolala pobavení okolí, které trvá dosud.*

## **PŘEDNÁŠKOVÝ MARATÓN NA ORTOPEDICKÉM KONGRESU NA FLORIDĚ**

**MUDr. Pavel Sadovský**



**Poklidné zákoutí v hektické Americe**

10.-18. prosince 2007 jsem se zúčastnil v Orlando na Floridě kongresu CCJR (Current Concepts in Joint Replacement). Tento velmi významný kongres pořádá americká ortopedická společnost. Letos se jej zúčastnilo 1 500 účastníků z celého světa, probíhal tři dny od osmi ráno do osmnácti večer. Témata všech 147 přednášek byla předem zadána vybraným spíkrům, aby se zbytečně neopakovaly věci známé nebo již dříve diskutované.

Během sympózia přední, vesměs američtí odborníci, tak přednesli problematiku kloubních náhrad počínaje anatomickými aspekty, přes nejrůznější patologické stavy, komplikace, reoperace a podobně. Zatímco oblast primárních náhrad kloubních u artróz je již víceméně zvládnuta a pracuje se nyní spíše na vývoji nových materiálů, je ve středu zájmu ortopedů nyní problematika náhrad v těžce dysplastickém terénu a zejména revizní operace, stavy po selhání endoprotéz, apod.

Zvlášť se probírala endoprotetika kyčelního a kolenního kloubu. V endoprotetice kyčelního kloubu je jednoznačný trend k necementovaným náhradám, zejména acetabulární komponenty. Američtí ortopedi stále upřednostňují tzv. „press fit“ jamky. Evropská škola používá jako necementované jamky i další typy, např. rozpěrné, event. šroubovací. Osobně se domnívám, že používání pouze „press fit“ jamek poněkud zužuje operační možnosti a naopak, rozpěrné typy jamek lze s výhodou použít právě u těžkých dysplazií a reoperací.

Velkým problémem, který čeká na vyřešení, jsou rozsáhlé kostní defekty, které vznikají po odstranění selhaných či uvolněných komponent endoprotéz. Protože se často jedná o defekty, kdy je destrukcí zničen celý kondyl či část femoru, je velmi obtížné do tohoto terénu implantovat znovu endoprotézu, byť revizního typu. Zdá se, že řešením by mohl být nový materiál, tzv. „porometal“ – porézní tantalová či titanová slitina se zvláštní povrchovou úpravou, která materiálu zajišťuje osteoinduktivní vlastnosti. Z tohoto materiálu jsou pak modelovány defektní části skeletu.

*Výbornou zkušeností a dobrým pocitem pro mě bylo zjištění, že endoprotetika, která se dělá na našem pracovišti snese bez výhrad srovnání se světovými pracovišti (moderními metodami, přístupy, typy implantátů, vyšetřovacími metodami) a v mnohém předčí ortopedická pracoviště v České republice, což jsem měl možnost zjistit při konzultacích s ostatními účastníky z našich jiných nemocnic, kteří se kongresu také účastnili.*



*Protože Orlando leží v těsné blízkosti Cap Canaveral, nemohli jsme nenavštívit Kennedyho vesmírné středisko, které bylo pro mě ohromným doživotním zážitkem.*

*Na závěr našeho pobytu jsme shlédli i hokejové utkání kanadsko-americké NHL v Tampě. Ač nejsem vyslovený hokejový fanďa, musím přiznat, že atmosféra zápasu byla strhující a nezapomenutelná, zvláště, když za Tampu Lightnings hrál „budějovický“ Prospal a byl na ledě nejlepším hráčem.*

Foto MUDr. Pavel Sadovský

## X. MAMMOLOGICKÁ SYMPÓZIA V PRAZE

MUDr. Marek Chromý

1.12.2006 jsem se v Praze zúčastnil X. Mammologických symposií, pořádaných Fakultní Thomayerovou nemocnicí. Na symposiích jsem přednesl jako hlavní autor tři přednášky:

### **Karcinom prsu, operativa a screening po dvou letech**

Přednáška se zabývala vyhodnocením vlivu screeningu karcinomu prsu, po jeho dvouleté rutinní aplikaci, na operační léčbu praktikovanou na našem pracovišti.

Zajišťujeme operační léčbu karcinomu prsu rutinně pro České Budějovice a okolí, tj. pro 100 000 obyvatel města a dalších 100 000 obyvatel v rozsahu bývalého okresu, výběrově pro celý kraj. Protože v českobudějovické nemocnici není screeningové pracoviště, nabízíme rutinně operační servis v návaznosti na dvě privátní screeningová centra, pracující v rámci ambulantních zdravotnických zařízení. Nemůžeme ovšem zaručit že spád pacientek z těchto mammografických center k nám bude stoprocentní, byť se snažíme o vysoký standard léčby.

Plošný mammograficko-sonografický screening funguje v našem regionu od roku 2004. Jeho vliv na operativu karcinomu prsu jsme provedli vyhodnocením operačních výkonů a klasifikačního spektra karcinomů v letech 2004 a 2005 v komparaci s rokem 2001, kdy existoval pouze tzv. divoký screening.

V roce 2001 jsme kvůli karcinomu prsu provedli operační zákrok u 62 pacientek, v roce 2004 vzrostl počet operací na 123 a v roce 2005 na 140.

Podíl pacientek mimo naše spádové území činil v roce 2001 24 %, v roce 2004 37 % a v roce 2005 47 %.

Podíl tumorů zjištěných screeningově, tj. bez nálezu hmatné rezistence v prsu, činil v roce 2001 19 %, v roce 2004 48 % a v roce 2005 55 %.

V oblasti operativy činil v roce 2001 podíl parciálních mastektomií 52 %, v roce 2004 vzrostl tento podíl na 59 % a v roce 2005 na 79 %.

Klasifikační spektrum tumorů je následující: Dosud jsme nezaznamenali stadium pT1a, podíl stadia pT1b činil v roce 2001 5 %, v roce 2004 9 % a v roce 2005 18 %. Podíl stadia pT1c byl ve všech třech letech nejvyšší: 58 %, 64 % a 61 %. Podíl dalších stadií je následující: pT2 v roce 2001 32 %, v roce 2004 24 % a roku 2005 18 %. Stadium pT3 v roce 2001 5 %, v roce 2004 1 % a v roce 2005 1,5 %.

Medián velikosti nádorů v době operace činil v roce 2001 20 mm, v roce 2004 17 mm a v roce 2005 15 mm.

Vliv screeningu na nárůst počtu operačních výkonů je nepochybný.

Z výsledků je jasně patrný nárůst podílu parciálních výkonů a zvýšený výskyt časných stadií ve spektru operovaných tumorů. Nelze k tomu říci nic jiného, než: „Jen tak dál!“ Je pouze škoda, že procento výskytu nádorů velikosti do 1 cm není tak velké, jak bychom si přáli a stadium pT1a nám stále uniká. Může to být způsobeno výše zmíněným rozdělením spádem pacientek ze screeningových center. Nelze vyloučit, že malé tumory, u nichž lze předpokládat minimální komplikace léčby, budou z privátního screeningového pracoviště odeslány na privátní pracoviště chirurgické, tj. mimo oblast naší působnosti

### **Karcinom prsu klasifikace T3 – stagingový problém**

(Spoluautoři: S.Smetanová, ONO Nemocnice Č.Budějovice a.s., J.Kubálová, V.Gregor, RDO Nemocnice Č.Budějovice a.s.)

Karcinom prsu klinicky klasifikovaný jako T3, tj. s průměrem přes 5 cm, indikujeme na našem pracovišti běžně k neoadjuvantní léčbě. V našem příspěvku se zamýšlíme nad přínosem tohoto postupu.

K dispozici máme data u 31 případů z roku 2004 a 2005. Všechny tyto karcinomy byly v indikačním týmu posouzeny jako T3 a standardně předlčeny 4 sériemi neoadjuvantní chemoterapie.

Rozpětí průměru zjištěného mammograficky činilo 14 až 55 mm, 51 a více mm měřily pouze 2 tumory z 28, tj. klasifikační kritérium by v případě užití mammografie splňovalo pouhých 7%. Medián velikosti tumoru byl 28 mm. Po neoadjuvanci činil mammograficky zjištěný medián regrese průměru tumoru 21 %, tj. medián průměru tumoru po léčbě byl 21 mm. Histologicky zjištěný medián regrese činil 28 %. V 9 případech z 31, tj. v 29 % byla regrese tumoru zjištěná zobrazovacími metodami nulová. Ke kompletní MMG regresi došlo v 1 případě, tj. ve 3 %. Histopatologicky shodná velikost tumoru byla popsána ve 2 případech, histopatologicky kompletní regrese ve rovněž ve 2 případech, tj. obojí v 6,5 %.

Zjištěné rozdíly nastolují otázku spolehlivosti mammografie pro určení velikosti tumoru. Vyhodnocením v naší sestavě bylo zjištěno, že v pásmu 10% rozdílu mammografické velikosti tumoru po neoadjuvanci a velikosti histologické se vyskytovaly 4 tumory z 24, tj. 17 %, u 11 ze 24 byl histologicky ověřený tumor menší než jeho mammografický obraz a ve zbytku, tj. v 83 % převyšoval histopatologický průměr mammografii. Porovnáme-li ovšem histologicky zjištěné rozměry s původním mammografickým obrazem, pak zjistíme, že histopatologicky zjištěný průměr je nižší v 78 % a vyšší ve 22 %, s rozpětím procentuálního rozdílu 4-66 %. Vysoký podíl tumorů po neoadjuvanci histopatologicky větších než jejich mammografický obraz je vysvětlitelný výskytem ostrůvků nádorových buněk v jizvě po zregredovaném tumoru, mammograficky nezjistitelných.

Číselné rozdíly v sestavě nastolují množství otázek do diskuse: Budeme na neoadjuvanci pohlížet jako na bezpečný nástroj ke zmenšení tumoru a umožňující tak parciální chirurgický výkon? Není riziko ponechání buněčných residuí příliš vysoké? Jsou dostatečně postižitelné adjuvantní radioterapií? Má užití neoadjuvance vliv na celkové přežívání a vyváží případné zlepšení přežití negativum restrikce využití sentinelové uzliny po neoadjuvanci? Neumožníme při resistenci na běžně užívanou chemoterapii oddálením chirurgického výkonu založení metastáz?

Zamysleme se nad modelovým příkladem z naší sestavy: Tumor mammograficky 28mm, při palpaci slupka tkání prsu 2x1 cm způsobí zdánlivé zvýšení průměru na 5 cm, tedy klasifikace T3. Po neoadjuvanci regrese průměru o 21%, tj. o 6 mm. Tolerance volného okraje při chirurgickém odstranění se tedy zvýší o 3 mm, což není mnoho. Je otázkou, zda toto poměrně malé usnadnění práce chirurga vyváží nemožnost použití sentinelové uzliny. Abychom vyhodnotili spolehlivost mammografie a echa pro predikci skutečné velikosti tumoru, provedli jsme u 130 nepředléčovaných tumorů srovnání mammografické a ultrazvukové velikosti s velikostí skutečnou, zjištěnou histologicky. Rozpětí mammografické velikosti činilo 5-30 mm. Po vyhodnocení jsme dospěli k závěru, že do velikosti 13 mm mammografie velikost tumoru nadhodnocuje, nad tuto velikost pak dochází k vzrůstajícímu podhodnocení jak mammografickému, tak sonografickému. Zajímavostí je, že procentuální rozdíl mezi velikostí mammografickou a sonografickou je konstantní. Tato závislost dává možnost provést grafickou korekci naměřených hodnot na skutečný průměr tumoru a mnoho tumorů palpačně klasifikovaných jako T3 přeargumentovat do nižší kategorie T2.

Závěrem lze říci, že kontroverzí ohledně léčby karcinomu prsu T3 je dosud mnoho. Vzhledem k tomu, že většina studií nepotvrzuje prodloužení doby celkového přežití při použití neoadjuvance, je na zvážení, zda se v případě velkých prsů, tedy dostatečného manipulačního prostoru pro zajištění volného resekcího okraje neřídit při klasifikaci tumorů korigovaným mammograficko-sonografickým nálezem.

## **Falešně negativní sentinelová uzlina u karcinomu prsu – teorie mechanismů vzniku a jejich eliminace.**

Biopsie sentinelové uzliny s využitím peroperační radionavigace se během několika let postupně stává standardem ve stagingu karcinomu prsu. Důvod je nasnadě – minimálně ve dvou třetinách případů dokáže zabránit disekci negativních spádových lymfatických uzlin a ušetřit tak pacienty mnohdy celoživotních následků tohoto výkonu.

Diagnostickým problémem je falešná negativita sentinelové uzliny, která vede k podhodnocení stadia a upuštění od onkologické léčby tam, kde je tato léčba plně na místě. Udává se, že v rukou zkušeného operátora nepřesahuje výskyt falešně negativní sentinelové uzliny 4%.

Po sedmiletých zkušenostech s peroperační detekcí sentinelové uzliny na našem pracovišti se zamýšlíme nad mechanismy vzniku falešné negativity a možnostmi jejího dalšího snížení.

Prvním mechanismem vzniku falešné negativity může být nepřesná aplikace detekční látky a z ní vyplývající vyšetření sentinelové uzliny pro okrsek prsu nepostížený nádorem. Toto lze eliminovat přesnou peritumorosní aplikací radiokoloidu, nejlépe pod ultrazvukovou kontrolou. Za zmínku v této věci stojí periareolární aplikace látky, postup empiricky vyzkoušený jako fungující, klasifikovaný jako přípustný, ale zatím nevysvětlený.

Druhým mechanismem může být překrytí aktivity juxtatumorosně uložené sentinelové uzliny aktivitou depa primoaplikace detekční látky. Tento mechanismus může být eliminován dostatečně velkým operačním přístupem s proměřením aktivity všech skupin axilárních uzlin z několika průmětů, což umožní odstínění aktivity výše zmíněného depa primoaplikace.

Alternativně lze doporučit pečlivé ultrazvukové vyšetření prsu s detekcí případných intramamárních uzlin nebo zvětšených uzlin v paramamární skupině.

Třetím mechanismem může být falešná transmisivní aktivita mimospádové uzliny, tj. exstirpace uzliny, nalezené detektorem v průřezu svazku záření z uzliny aktivní. Proměření aktivity exstirpované uzliny *in vitro* a pokračování v detekci v případě zjištění negativity *in vitro* tento problém eliminuje.

Čtvrtým mechanismem může být nízká aktivita onkologicky pozitivní sentinelové uzliny ve srovnání s dalšími uzlinami negativními. Pozorovali jsme regresivní vztah aktivity spádových uzlin k velikosti primárního tumoru a pozitivitě sentinelové uzliny. Toto lze vysvětlit buďto embolizací lymfatik nebo imunosupresí provázející malignitu a z ní vyplývajícím nižším vychytáváním koloidu. V praxi tak při exstirpaci pouze uzliny s nejvyšší aktivitou a ponechání residua v axille může dojít k biopsii uzliny nepostížené a ponechání pozitivní. Tento jev je pozorovatelný mnohem více při použití dvoudenního protokolu aplikace detekční látky, kdy aktivity spádových uzlin jsou obecně 10x nižší než při užití protokolu jednodenního. Otazná je kombinace detekčních metod – tedy doplnění aplikace radiokoloidu aplikací patentní modři, která barví lymfatické sinusy a případná nízká aktivita uzlinových makrofágů by tedy neměla mít vliv na obarvení a tím i záchyt spádové uzliny. Problémem je zde alergizační potenciál patentní modři a dále skutečnost, že detekce uzliny pomocí preparace obarvené lymfatiky má za následek poměrně velké operační trauma v intersticiálním tuku, s následnou možností jizvení a potenciálem pro vznik lymfedému.

Pátým mechanismem detekce falešně negativní sentinelové uzliny může být její lokalizace v anatomicky obtížně přístupné části axilly, například ve skupině paramamárních uzlin, které při použití klasického příčného axillárního řezu mohou být obtížně dostupné, nebo lokalizace v oblasti druhé etáže axilly. Větší vzdálenost aktivní uzliny od místa řezu může vést k nízké aktivitě detekované scintilační sondou, a pokud se následně v přístupnější lokalizaci najde uzlina rovněž aktivní, může být zaměněna za sentinelovu.

Šestá mechanismem může být regrese již založené uzlinové primometastázy v sentinelové uzlině a perzistence metastáz v dalších uzlinách řetězce. V případě odebrání pouze této první uzliny s vymizelou metastázou, která může mít v operačním poli poměrně vysokou aktivitu, dojde opět k fenomenu falešně negativní sentinelové uzliny.

Jak zmíněné mechanismy vzniku falešné negativity co nejlépe eliminovat? Kromě již zmíněné přesné peritumorosní aplikace detekční látky a proměření aktivity exstirpované uzliny *in vitro* se zdá být vhodným dostatečně rozsáhlý operační přístup do axilly, s možností vyšetření všech skupin axillárních uzlin. Podmínkou je protokol aplikace detekční látky vedoucí k dostatečně vysokým aktivitám vyšetřovaných uzlin. Jako neefektivnější se však jeví provést místo sentinelové lymfadenektomie spíše lymfadenektomii selektivní spádovou, tj. netrvat na vyšetření pouze sentinelové, té jediné strážní uzliny, ale rozšířit výkon na odstranění všech scintilačně pozitivních uzlin, spádových pro postižený okresek prsu, lymfoscintigrafií přesně určených.

Skalní zastánci sentinelové uzliny mohou namítnout, že pak se ztrácí půvab metody a že odstranění 3-4 uzlin se blíží disekci axilly. Lze oponovat, že blíží, ale není to totéž. Bude-li postižení lymfatických uzlin malignitou nadále jedním z hlavních kritérií indikace další onkologické léčby, je třeba, aby bylo verifikováno co nejpřesněji.

## **KARCINOM PRSU TÉMATEM KONGRESU V TEXASU**

**MUDr. Hana Šiffnerová**

14.-17. prosince 2006 jsem se zúčastnila „Breast cancer symposia“, který se každoročně koná v texaském San Antoniu. Jde o monotematický kongres, zabývající se karcinomem prsu, nejčastější diagnózou u žen. Byly zde zastoupeny přednášky týkající se prevence, diagnostiky, operačních postupů, ozařování, chemoterapie, hormonální a biologické léčby. Nechyběla ani

sdělení na téma tumorogeneze a genové terapie. Letošního ročníku se zúčastnilo přes 8000 onkologů z celého světa. Pro praktické využití vybírám následující sdělení.

**G.Minckwitz** hodnotil chemosenzitivitu po 2 cyklech neoadjuvantní chemoterapie TAC ( docetaxel, doxorubicin, CFA). Pokud došlo na UZ vyšetření k zmenšení tumoru pod 50%, byl karcinom hodnocen jako nízce senzitivní. V tomto případě je *vhodné podávat další 4 cykly chemoterapie ve složení vinorelbin a capecitabin ( NX)*. Sonografické hodnocení regrese po chemoterapii NX bylo stejné jako při podání dalších 4 cyklů TAC, ale byla významně nižší toxicita. V případě senzitivního onemocnění byly následně podány buď 4 nebo 6 cyklů TAC. Rozdíly v odpovědích nebyly signifikantní.

**D.Slamon** prezentoval 2.interim analýzu fáze III. randomizované studie BCIRG OO6, která hodnotí benefit kombinace cytostatické a biologické léčby u HER 2 pozitivních pacientek s časným karcinomem prsu. Celkem 1072 žen mělo standardní chemoterapii 4x AC + 4x docetaxel ( skupina A), dalších 1076 pacientek mělo stejnou kombinaci navíc s transtuzumabem po dobu 1 roku ( skupina B), poslední skupinu tvoří 1 074 žen s chemoterapií carboplatina, docetaxel a transtuzumab po dobu 1 roku ( skupina C). Medián sledování je 36 měsíců. Shodného bezpříznakového přežití bylo dosaženo ve skupině B a C. Toxicita ve všech parametrech byla lepší v skupině C, kromě trombocytopenie a anemie. Z uvedených výsledků vyplývá i *možnost vynechání kardiotoxických antracyklinů*.

**M.Burnell** také prezentoval interim analýzu srovnávající adjuvantní chemoterapii u 2104 pacientek s vysokým rizikem relapsu. Byl srovnáván režim CEF (6x CFA, epirubicin, FTU), EC/T (4x epirubicin, CFA + 4x paclitaxel) a AC/T ( 4x adriblastin, CFA + 4x paclitaxel). Medián sledování byl 30 měsíců. Z interim výsledků vyplývá, že AC/T má signifikantně horší DFS než CEF či EC/T( 3leté DFS bylo 85% vs 90% či 89%). Zdá se, že *adjuvantní chemoterapie založená na taxánech není nezbytná u všech pacientek*.

**VJ. Moebus** zhodnotil ukončenou studii AGO, která vyzněla příznivěji pro dose-denzní sekvenční chemoterapii ETC( 3x epirubicin, paclitaxel, CFA) než pro standardní cyklus EC/T (4x epirubicin, CFA + 4x paclitaxel). 5leté DFS bylo 70% v ETC rameni vs. 62% v standardním rameni. 5leté celkové přežití bylo 82% (ETC) vs. 77% (EC/T). Dose-denzní režim s podporou růstových faktorů byl dobře tolerován a mohl by být zařazen do *standardů adjuvantní léčby pro rizikové pacientky s více než 4 postiženými uzlinami*.

**M.Verill** seznámil účastníky s výsledky III.fáze studie CALGB 9840, která srovnávala týdenní aplikaci paclitaxelu 90mg/m<sup>2</sup> po 12 týdnů s třítýdenní aplikací 175/m<sup>2</sup> celkem 6x. Ve studii bylo zahrnuto 569 pacientek s pokročilým tumorem prsu. Studie ukázala, že *týdenní podání paclitaxelu je lepší a mělo by se stát standardním schématem*.

**M.Clemons** svými výsledky podpořil hypotézu, že při progresi kostních metastáz léčených bifosfonáty jako je pamidronat či clodronat *lze s úspěchem přejít na jiný bifosfonat*, v této studii na perorální ibadronat.

**E.Mamounas** analyzoval studii NSABP B-33, ve které byl po 5 letech adjuvantního tamoxifenu podáván exemestan. Bylo dosaženo *hraničního zlepšení v bezpříznakovém přežívání, ale celkové přežití zůstalo nezměněno*.

**W.Gradishar** prezentoval 693 pacientek s pokročilým tumorem prsu, které progredovaly při léčbě nesteroidními inhibitory aromatáz-letrozolem a anastrozolem. Skupina A byla léčena fulvestrantem v zaváděcí dávce 500 mg i.m., pak 2x 250 mg po 14 dnech a následně 250 mg měsíčně. Skupina B měla perorální léčbu exemestanem 25 mg denně. Oba preparáty byly dobře tolerovány a *vykazovaly podobnou účinnost* ( medián času do progresu byl v obou skupinách 3,7 měsíce).

**M.Cristofanilli** popsal významnou účinnost lapatinibu-inhibitoru tyrozin kinázy v kombinaci s paclitaxelem jako neoadjuvantní léčby u nově diagnostikovaného inflamatorního karcinomu prsu.

**D.Cameron** ukázal signifikantně lepší výsledky u transtuzumab-rezistentních metastatických karcinomu prsu při léčbě capecitabinem a lapatinibem oproti samotnému capecitabinu. Lapatinib je podobně jako transtuzumab účinný u HER2 pozitivních karcinomů, ale navíc *prokazuje aktivitu po selhání transtuzumabu.*

**H.Bartelink** se zabýval aktinoterapií časného karcinomu prsu po parciální operaci. Šlo o update výsledků EORTC trialu 22881-10882. Zhodnotil 5318 žen, které byly zevně ozářeny na celý prs do 50 Gy a následně byly rozděleny do skupin s boostem (dosycením dávky) 16 Gy nebo bez boostu. Medián doby sledování byl téměř 11 let. Přidání boostu 16 Gy znamenalo redukci lokálních recidiv o 10 % u žen mladších 40 let, o 4% u žen ve věku 41-50 let a o 3% u žen nad 50 let. Výskyt těžké fibrózy byl statisticky signifikantně vyšší u pacientek s boostem ( 4,4 % vs.1,6%). Celkové 10 leté přežití u obou skupin nemocných bylo stejné, nezávisle na dosycení původního ložiska vyšší dávkou ( 82%). Relativně malá redukce lokálních recidiv a stejné dlouhodobé přežití může být *argumentem proti rutinnímu doporučení boostu u starších pacientek.*

**K.S. Hughes** také hodnotil přínos radioterapie u žen nad 70 let, které měly karcinom prsu rozsahu T1,N0,MO, ER pozitivní. Pacientky měly provedenou lumpectomii a dostávaly tamoxifen. Ozáření znamenalo 5% redukci lokálních recidiv, ale nemělo vliv na celkové přežití. Celkem zemřelo 26% nemocných, ale pouze 6% ve spojení s nádorem prsu. Výskyt vedlejších účinků a hodnocení kosmetických změn bylo příznivější při vynechání aktinoterapie. *Podání tamoxifenu bez ozáření je možnou volbou pro ženy nad 70 let s tumorem prsu rozsahu T1,N0, ER+.*

## **O ABAGOVAMABU V ŘÍMĚ**

**MUDr. Petr Švec**

26.-28.1. 2007 jsem se v rámci farmakologické studie, zaměřené na prodloužení mediánu přežití pacientek s pokročilým karcinomem ovaria zúčastnil semináře v Římě.

Sledovaný preparát Abagovomab prodlužuje medián o 24 měsíců. Podrobně jsme probrali protokol studie, především vstupní kritéria. Metodiku sledování pacientek a follow up.

Studie se účastní přední evropská onkogynekologická centra včetně dvou amerických. Onkogynekologické centrum Nemocnice České Budějovice, a.s. je jedním ze sedmi českých center, které se budou na této farmakologické studii podílet.



## OSOBNOST

### LÉKAŘEM JSEM NECHTĚL BÝT, ŘÍKÁ PROF. MUDR. KAREL DVOŘÁK, CSC.



*„Lékařem jsem nechtěl být, chtěl jsem studovat řeči, ale přemluvil mě kamarád, který za mnou přijel domů s tím, že se jede zapsat na medicínu,“ prozradil na sebe ve své tábořské vilce s nádhernou borovicí před vchodem prof. MUDr. Karel Dvořák, CSC. Třiaosmdesátiletý muž, který se dodnes snaží pomocí odborných časopisů a sledování satelitu udržovat jako doktor na nejvyšší úrovni. A jenž jednou za čtrnáct dní obleče bílý plášť a jde ordinovat na tábořskou Transfúzní stanici. Pokud ovšem není léto, kdy vyšperkovává vlastnoručně svou prastarou chalupu.*

„Do prvního ročníku nás nastoupilo tři a půl tisíce! Nedivte se, byli jsme první poválečný ročník. Skončilo nás 750.“

**Pokud dobře počítám, tak vám bylo necelých 23 let. To jste byl už docela starý prvák?** A také jsem měl ledacos za sebou. Prožil jsem 59 náletů na Mnichov. Když jsem skončil v Táboře gymnázium a začala okupace, tak jsem začal rychle studovat abiturientský kurz při Obchodní akademii, abych se vyhnul totálnímu nasazení. Stejně jsem mu neunikl a putoval jsem na dva roky do Erdingu. Tam bylo nástupní letiště německého letectva proti Československu. Protože jsem měl vztah k cizím jazykům, tak jsem tlumočil Rusům, Francouzům, Italům... Vlastně bych měl být Hitlerovi vděčný za to, že jsem se během války naučil obstojně rusky, což se mi později hodilo, když jsem studoval zahraniční literaturu pro kandidátskou disertaci. Kdybych měl spisovatelskou žílu, tak by to vydalo na paměti.

**A kdybyste k tomu přidal zážitky z vaší letité doktorské praxe, tak by to jistě byla pěkně silná knížka.**

Ano, prošel jsem nemocnicí v Táboře, ve Lnářích, ale nejdéle jsem pracoval v Českých Budějovicích. Od roku 1965 do devadesátého druhého jsem byl na interně. Nejdříve jako ordinář pro gastroenterologii, pak jako primář a nakonec jako konsiliář. Gastroenterologie a krevní choroby, to byly moje doktorské lásky. A také jsme si na nich udělal vědecké hodnosti. **V roce 1982, kdy jste se habilitoval na profesora vnitřního lékařství jste údajně byl jediným, kdo v Jihočeském kraji se k tomuto titulu vypracoval jako lékař.**

Asi ano. Koneckonců snažil jsem se ho využít pro prospěch českobudějovické nemocnice. Na zdejší interně jsem zavedl výuku mediků z 1. lékařské fakulty UK v Plzni, která se tam, pokud vím, praktikuje dosud. Docela rád vzpomínám i na jiné inovace, například jak jsem koupil pro budějovickou nemocnici první gastroskop. Dnes už je tento přístroj naprostou samozřejmostí, ale já jsem ještě musel odjet do Stuttgartu, abych se s ní naučil pracovat sám a mohl proškolit pak kolegy doma.

### **Čím jste se cítil být více: praktikem nebo vědcem?**

Mně strašně bavila klinická hematologie. Od všech svých pacientů jsem si nechal obarvit sklíčka s jejich krevními vzorky, celé noci jsem proseděl nad mikroskopem a studoval krvinky. K tomuto oboru mně přivedl profesor Heřmanský? z 1. lékařské kliniky na Karlově náměstí v Praze. Tam jsem se dostal ke světovým unikátům. A také jsme si díky tomuto spojení spolu s kolegou prof.dr.Milošem Netouškem,DrSc.užili svých patnáct minut slávy, když nám přijali článek do prestižního amerického časopisu Blood.

### **Povídejte...**

Tehdy k nám přišla pacientka s chronickou myeloidní leukémií. Začalo mně zajímat, jak se u ní tato choroba mohla rozvinout, tak jsem ji vyzpovídal. A vyšlo najevo, že byla na jakémsi vyšetření. Protože tehdy se ještě nepoužívaly moderní kontrastní látky, ale radioaktivní přípravky THOR DRAST, tak jsme si to s dr.Netouškem dali dohromady a skutečně jsme dokázali, že tyto přípravky působí negativně na játra, slezinu a kostní dřeň. Tehdy nám přišly doslova tisíce žádostí o co nejpřesnější informace z celého světa.

### **Doufám, že jste ten obrovský vědecký úspěch také pořádně oslavil, přinejmenším nedělním dortem.**

My jsme skutečně měli s manželkou moc hezký vztah. Poznali jsme se ve vlaku na stupátku a v šestačtyřicátém si dali rande v Chotovinách na pouti. Představte si, že moje žena na mně musela spoustu let čekat, než jsem vystudoval, absolvoval vojnu a našel si zaměstnání. Bohužel mi už odešla. U nás nebyla lékařská tradice, tatínek byl hajným,ale my jsme ji založili: dcera byla lékařkou, syna je primářem na táborské transfúzece.A vnuk je internista, pro změnu v Praze. My jsme prostě tři Kájové – doktoři Dvořákové.

Foto a text: PhDr. Marie Šotolová

## **KNIŽNÍ NOVINKY**



Název: Traumatologie ve schématech a RTG brazech  
Autor: Ivo Žvák, Jan Brožík, Jaromír Kočí, Alexander Ferko  
Vydavatel: Grada , 2006  
ISBN: 80-247-1347-0  
Signatura: **K 10697**

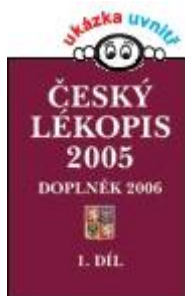
Ojedinelá publikace, která pomáhá v orientaci v problematice úrazů. Těžiště knihy je v diagnostice jednotlivých poranění. Přináší přehled běžných dostupných projekcí při klasickém rentgenovém vyšetření a pomáhá při výběru vhodných vyšetření na základě anamnézy a fyzikálního vyšetření.

Léčba je zmíněna pouze v principech. Součástí knihy je 280 rentgenových obrázků a schémat, současně je upozorněno na některé méně časté nálezy a zdroje nejčastějších omylů a chybných interpretací. V appendixu jsou uvedeny nejčastější klasifikace zlomenin končetin a poranění páteře, stejně tak i klasifikace poranění měkkých tkání.



Název: Klinická onkologie pro sestry  
Autor: Jiří Vorlíček, Jitka Abrahámová,  
Hilda Vorlíčková a kol.  
Vydavatel: Grada 2006  
ISBN: 80-247-1716-6  
Signatura: **K 10668**

Knihy je určena nejen sestřím specialistkám, ale všem sestřím, které pečují v nemocničním, ambulantním či domácím prostředí o pacienty s nádorovým onemocněním. Kniha je rozdělena na část obecnou, která pojednává o etiologii, diagnostice a léčbě nádorových onemocnění a na část speciální, kde jsou popsána onemocnění jednotlivých tělesných systémů. Obzvláště přínosná je i kapitola věnovaná jednotlivým ošetrovatelským postupům.



Název: Český lékopis 2005 Doplněk 2006 s CD-  
ROMem.  
Vydavatel: Grada, 2006  
ISBN: 80-247-1939-8  
Signatura: **K 10662**

Doplněk 2006 Českého lékopisu 2005 obsahuje v Evropské části překlady tří doplňků Evropského lékopisu, 5. vydání. Tato část obsahuje 311 textů, tj. 8 nových statí a obecných článků, 37 revizních statí a obecných článků, 68 nových článků (z toho 11 článků léčivých přípravků) a 199 revizních článků (z toho 31 článků léčivých přípravků). V obecné části Národní části ČL 2006 – Doplněk 2006 byly tabulky IV, V, VI a IX doplněny o údaje nově zařazených látek a přípravků. Český lékopis 2005 – Doplněk 2006 je závazná právní norma stanovující požadavky na jakost, postup při přípravě, zkoušení, skladování a dávkování léčiv, podle které se závazně postupuje od 1.11.2006.

## UTAJENÁ PROFESE

AK. MAL.

*Možná, že vás zaujaly na zdech nemocničních interiérů, ať už na ortopedickém oddělení nebo ve vstupní hala pavilonu C, případně v budově vedení společnosti, příjemné barvy reprodukováných obrazů. Dnes už jich v nemocnici visí kolem čtyř set a jedná se o faksimile akvarelů 1:1. Jejich autorem je „dvorní malíř“ naší nemocnice ak. mal. Miroslav Konrád. „Dvorní“ proto, že od 19. března jeho firma Bipp s.r.o. provozuje v terminálu Nemocnice České Budějovice, a. s. svou galerii. Otevřeno je od 11 do 17 hodin ve všední den a během víkendu od 13 do 17 hodin.*



### **Proč galerie v nemocnici?**

Především jsem se zde narodil, jako bych se vracel do lůna matky. To zaprvé. A za druhé si myslím si, že lidé, kteří se tu léčí, potřebují vědět, že venku za zdmi nemocnice je krásný svět, do kterého je proč se vracet. Obrazy mají moc odvést pozornost od sebe sama a dovést člověka k něčemu jinému, rozumíte? Pro mě jako malíře je zajímavý okruh lidí, které galerie může oslovit. Chtěl bych, aby přinesla zlidštění prostor, kam se nikomu příliš nechce, vždyť kdo by pospíchal do nemocnice?

### **Galerie se jmenuje LOGGIA? Proč právě tak?**

Když jsem viděl prosklené oblé stěny v terminálu, přišel mi výraz lodžie příhodný. Nu a protože mám rád jih Evropy, tak jsem použil latinu. Galerie je chodba a kulatý, na sloupech vyneseny prostor, je loggia (lodža) a to obě zde je. Právě lodžie chtějí něco přiblížit, jakoby říkaly „vstupte a nechte se okouzlit. Z toho věčného divadla, kterého jsme svědky, vychází také název první výstavy Okouzlení životem.

### **Co bude galerie nabízet?**

Začínáme s výstavou mých obrazů a soch českobudějovického výtvarníka Petra Schela. Tuto výstavu je v zimě prezentovali v Paříži a měla tam velmi slušný úspěch. Já ale nechci vystavovat stále jen své věci. Naopak chci využít okruh přátel, kteří by mohli mít o Loggii zájem. Napadají mě jména jako Josef Velčovský, Olbram Zoubek, Peter Orišek... Základní výstava by měla vždycky trvat kolem dvou měsíců, ale chystám i drobná týdenní překvapení.

**Lidé, kteří vás znají, vědí o vašich dlouholetých potížích s kyčlemi. Musel jste si tu dost zažít, máte ještě vůbec doktory rád?**

Jsem sice nevěřící, ale kolikrát si říkám „Děkuji ti panebože Pepíku Haloune za to, že nemusím být na vozíčku!“ Protože to byl právě ortoped Haloun, který, když ještě pracoval v českobudějovické nemocnici, mi moc pomohl.

Po válce, když nebyl k dispozici rentgen, tak se nepřišlo na tom, že mám vadné stříšky v kyčlích. Od osmi let, když jsem začal mít silné bolesti a vážné potíže s chůzí, jsem absolvoval stovky vyšetření. Když už jsem se téměř nemohl pohybovat, tak jsem šel požádat o kovové klouby, které mám 22 let. Dnes už jsou ty endoprotézy dvakrát přeoperované a díky zdejším ortopedům chodím. Z logiky věci pak vyplynulo, že když se začalo budovat nové ortopedické oddělení, tak jsem tam zapůjčil své obrazy. Dokonce jsme dva pak vydražili v aukci a z výtěžku si ortopedie koupila nějaký přístroj.

**Já si ale pamatuji na vaše olejomalby, které jste vystavoval v sedmdesátých letech v Domě umění a to byly velmi nevšední pohledy na dění na porodním sále.**

Toto prostředí zpracovával jako svou diplomovou práci na Akademii výtvarných umění. Za to, že jsem mohl kreslit porody, vděčím panu profesorovi Kosteckému a MUDr. Ciproví. Docela se jim nakonec ty obrazy, které v českobudějovické nemocnici vznikly, líbily. Což mě potěšilo, protože lékaře považuji za kreativní lidi, kteří umí udělat s lidských tělem mnoho. Právě tvořivost je doktorům a umělcům společná a to mě baví.



**Miroslav Konrád: Srdce**  
2003, olej/pl., 120 x 160 cm  
Obraz zdobí zasedací síň v budově vedení nemocnice.

Miroslav Konrád (1945, České Budějovice) se vyučil knihkupcem. Od útlého mládí se věnoval kresbě. V 60. letech žije v Praze, kde instaluje umělecké výstavy. V r. 1969 odjíždí na studijní cestu do Paříže na pozvání malíře Jeana Bazaina. Na pařížské Akademii navštěvuje večerní kurzy kreslení a je sám výtvarně činný. Souběžně se vzdělává v Praze. 1970-1976 studuje pražskou Akademii výtvarných umělců v ateliéru prof. Smetany. V roce 1975 se vrací do Českých Budějovic. Od roku 1990 se výrazně orientuje na Francii, zejména Bretaň. Sám zde vystavuje, maluje a seznamuje Francouze s českými malíři a naopak. Provozuje galerii Bipp s.r.o. Pravidelně vystavuje od roku 1973. Kromě České republiky především ve Francii, Německu, Rakousku a Švýcarsku. Píše poezii na vlastní akvarely a ilustruje ji i jiným autorům, například Davidu J. Žákovi.

### OBYČEJNÁ KREV

MUDr. Jiří Klíma

„Proč?“ Ptali se mne po prvním odběru krve. „Nevím“ řekl jsem. „Ptali se nás ve škole- kdo může, a já mohl.“ Pak jsem mumlal něco, jako že to tak má být a je to správné. A bylo mi osmnáct, a moji odpověď ve školním časopise neotiskli.

„Máš alespoň nějakou vzácnou krevní skupinu?“ ptali se mne pak na fakultě. To už jsem viděl některé pacienty, kteří krev potřebovali. Cítil jsem, že to tak má být a je to správné. Má krev je ale docela obyčejná, dokonce nejobyčejnější na celém světě. A to, co jsem cítil, jsem nedokázal říci tak, aby to fakultní zpravodaje, potažmo čtenáře zaujalo.

„Proč?“ ptali se při zlaté plaketě. Byl to kolektivní závazek, hodilo se říci něco vzletných slov. Odpověděl jsem: „Nevím, snad je to potřeba a asi to tak má být. A pak – odběr mi nedělá potíže.“

„Hm, hm, dobře, dobře.“ Závazek splněn! Objevilo se v odborářském tisku.

Dnes si uvědomuji řadu věcí, které jsem dříve neviděl, nebo viděl ale nevnímal. Přicházím na stanici dárců naší nemocnice. Stojí nás řada a nikdo nepředbíhá, nikdo nelamentuje, nikdo si nestěžuje. Personál se na nás usmívá. Vítají nás. Mají radost, že jsme přišli. Mají radost za ty, kteří budou krev potřebovat. Mají vrásky ze špatných žil některých z nás. „Můžete na levou?“ je z hlasu cítit prosba. „Trochu to píchne. Cvičte si.“ Krev se hromadí ve vaku. „Je vám dobře?“ zeptají se ještě a pomohou z empirie. Trochu si připadám v jiném světě – asi jako na porodnici, kam si matka nepřišla stěžovat, ale těšit se na zrození nového života. Vak s krví je odnášen tak nějak s pokorou. „Děkujeme. Zase zavoláme až bude potřeba.“

Ano. Rád zase přijdu. Ale když se mne zeptáte proč, zamumlám něco jako, že to tak má být a je to správné. Ale vlastně nevím. A už mi dávno není osmnáct.

PS. První přímou transfúzi krve od člověka k člověku uskutečnil v Londýně v roce 1818 anglický profesor fyziologie James Blundell. V Čechách je dárcovství krve nejvíce spojováno s českým psychiatrem Janem Janským, který v roce 1907 objevil čtvrtou krevní skupinu. Právě jeho jménem jsou v naší zemi nazvány pamětní medaile a plakety udělované vícenásobným dárcům krve. První medaile byly uděleny v roce 1964 a za uplynulých 42 let udělil Československý a později Český červený kříž téměř 600 tisíc Janského medailí za deset, dvacet a čtyřicet odběrů. V České republice je na transfúzních stanicích registrováno přes 300 tisíc dárců krve a ročně se v nich uskuteční přes 400 tisíc odběrů krve. Ve světě se podle údajů WHO provádí ročně více než 80 milionů odběrů. Proč? Každoročně umírá půl milionu žen na komplikace spojené s těhotenstvím a porodem, a krvácení je příčinou čtvrtiny z nich. Až 70 procent transfúzí krve v Africe dostávají děti s těžkou anémií v důsledku malárie, která je zodpovědná za zhruba jednu pětinu úmrtí afrických dětí. Nejčastější příčinou smrti školních dětí v Evropě jsou dopravní úrazy, často provázené závažným krvácením. Krev, a to i ta obyčejná, je zatím stále potřeba.

## KONGRESY A SEMINÁŘE

24.-25. května 2007 se v Nových Hradech v prostorách Rezidence Nové Hrady, a.s. uskuteční česko-rakouský seminář PELOIDY A PELOIDNÍ EXTRAKTY V PRAXI.

Jak prozradil jeho hlavní organizátor doc. MUDr. Petr Petr, PhD., bude zaměřen na teorii a praxi použití peloidů (rašeliny, slatiny a slatinné zeminy a bahna) v humánní medicíně. Právě Novohradsko a přilehlá příhraniční oblast je v těchto souvislostech celoevropsky významnou

lokalitou. Tento seminář přímo navazuje na projekt Peloidy, ukončený k 28. 2. 2007. Tyto na sebe vzájemně navazující aktivity, jako součást širšího programu GEOMED( Geologické vlivy v medicíně) probíhají za podpory Jihočeského kraje.



Protože je voda v Jihočeském kraji pozoruhodným fenoménem, který se na vzniku peloidů bezprostředně podílí, podporuje tyto činnosti i společnost Vodovody a kanalizace Jižní Čechy, a.s.

Bližší informace na pracovišti klinické farmakologie Nemocnice České Budějovice, a. s. 387 874 377.

<b>11. 4. 2007</b>	<b>Den jihočeského kardiocentra ( Hluboká nad Vlt. – Townshend International School)</b>
<b>5. - 6. 4. 2007</b>	<b>Jihočeské ORL dny (České Budějovice – Hotel Gomel)</b>
<b>12. – 13. 4. 2007</b>	<b>Shoulder / Rameno (České Budějovice - Bazilika)</b>
<b>17. – 18. 4. 2007</b>	<b>Traumavideosympóziium (České Budějovice - Bazilika)</b>
<b>18. – 19 .4. 2007</b>	<b>Jihočeské Timrovy dny (České Budějovice – DK Metropol)</b>
<b>27.4.</b>	<b>5. Setkání jč anesteziologů a sester (České Budějovice – DK Metropol)</b>
<b>11.5.2007</b>	<b>Regionální perinatologický seminář (Nemocnice České Budějovice, a.s. – zasedací síň ŽO)</b>
<b>17.-18.5.2007</b>	<b>Celostátní sjezd ošetrovatelských profesí,pracujících v péči o novorozence (České Budějovice – Hotel Gomel)</b>
<b>24. – 25. 5. 2007</b>	<b>Peloidy a peloidní extrakty v praxi Nové Hrady- Rezidence, s.r.o.)</b>
<b>Květen/červen</b>	<b>Oborová neurologická konference</b>
<b>1.-2.6.2007</b>	<b>Konference neonatologů a praktických lékařů pro děti a dorost Jihočeského a Západočeského kraje (Srní)</b>
<b>16.6.2007</b>	<b>Dětský den neonatologie ( Nemocnice České Budějovice, a.s. – park Horního areálu)</b>

## ODBORY



### ZMĚNA VE VEDENÍ LOK

16.1.2007 došlo ke změně ve vedení místní organizace Lékařského odborového klubu. Na místo MUDr. Reného Šišky, odcházejícího do zahraničí, byl členskou schůzí zvolen staronovým předsedou

MUDr. Martin Kloub z oddělení úrazové a plastické chirurgie. Jako své priority do budoucnosti označil:

- Přípravu a realizaci dohody o pravidelném zvyšování platů lékařů v Nemocnici České Budějovice, a.s.
- Postupné naplňování Zákoníku práce, zejména reálné snižování objemu přesčasové práce na odděleních dotčených tímto problémem.
- Navyšování členské základny.

## **ZÁKLADNÍ ORGANIZACE ODBOROVÉHO SVAZU ZDRAVOTNICTVÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE A. S.**

**Mgr. Lubomír Franci - předseda**

V prosinci a lednu jsme jednali s vedením Nemocnice o novém Mzdovém předpisu, protože starý skončil svou platnost 31.1.2007. Po složitých jednáních, trvajících několik týdnů, se podařilo sjednat pro většinu zaměstnanců zvýšení mezd od 1.2.2007. K dohodě o zvýšení mezd nedošlo u zaměstnanců Centrálních laboratoří, provozních zaměstnanců a administrativních pracovníků vedení společnosti. Výbor ZO OSZSP snaží najít řešení, aby došlo ke zvýšení příjmů i na těchto úsecích. Zvýšení mezd se rovněž netýkalo primářů, vrchních sester a vedení společnosti.

Dalším řešeným problémem bylo uplatnění novely Zákoníku práce v praxi. Tato novela ruší pojem pohotovost na pracovišti. Možná je pouze pohotovost mimo pracoviště - veškerý pobyt na pracovišti je tedy prací přesčas. Proto bylo nutné dojednat způsob, jak se bude tato situace řešit i jak bude probíhat odměňování. Upozorňuji v této souvislosti na stanovisko předsednictva OSZSP, které je uveřejněno na intranetu.

V současné době dokončujeme úpravy zásad hospodaření naší odborové organizace, aby naši členové mohli získávat různé výhody (půjčky, příspěvky na letní i zimní tábory dětí našich členů, pořádané odborovou organizací, příspěvky na rehabilitaci apod.).

Na rozdíl od roku 2006 se podařilo zorganizovat během jarních prázdnin dětský tábor. Dovolte mi poděkovat všem, kteří se na jeho organizaci podíleli, v čele s MUDr. J. Klímou. Nyní připravujeme zajištění provozu letního dětského tábora ve Slavkově. Více informací o něm naleznete na intranetu. Kromě toho jsme je rozeslali v písemné formě na všechna oddělení.

Závěrem bych chtěl opět zdůraznit, že pozice odborů při vyjednávání je tak silná, kolik má členů. Další informace o naší činnosti získáte na intranetu Nemocnice České Budějovice a.s. pod hlavičkou ZO OSZSP.

## **VÝZNAMNÉ DNY**

7.4. – Světový den zdraví

(Výročí založení Světové zdravotnické organizace WHO r. 1948)

11. 4. – Světový den Parkinsonovy choroby

(V tento den se narodil r. 1755 James Parkinson, britský lékař a chirurg).

12. 4.- Mezinárodní den boje proti hluku



8.5.-Mezinárodní den Červeného kříže

(V tento den se narodil r. 1828 Henri Dunant, zakladatel Červeného kříže)

15.5. – Světový den rodiny

22.5.-Mezinárodní den biologické rozmanitosti

31.5.-Světový den bez tabáku

1.6.-Mezinárodní den dětí

5.6.-Světový den životního prostředí

26.6.-Mezinárodní den pro zneužívání drog a nezákonnému obchodování s nimi

(Mezinárodní den boje proti narkomanii- vyhlásilo Vlané shromáždění OSN v r. 1987)

## **SPOLEČENSKÁ KRONIKA**

### **Životní jubileum - 50 let**

**nar. 1.1.1957 - 31. 3. 1957**

ŠIMKOVÁ Bohumila	Labor. klin. chemie
VANČÁKOVÁ Jindřiška	2.odd.násled.péče
PŘIKRYLOVÁ Božena	Labor. klin. chemie
ŽAMPACH Pavel MUDr.	Labor.imunologie
CABALOVÁ Alena Bc.	Psychiatrické odd.
PAULÁTOVÁ Helena	Rehabilitační odd.
VOLFOVÁ Drahomíra	Odd.obsł.čin.-strav.
VODVÁŘKOVÁ Ludmila	Psychiatrické odd.
MIKAS Karel MUDr.	Oční odd.
MALÁK Štěpán	Odd.prov.admin.-ubyt
HROMADOVÁ Vlasta	Odd.obsł.čin.-úklid
SCHUSTEROVÁ Alena	Ženské odd.
NIKODÉMOVÁ Helena	1.odd.násled.péče
MYSLIVEC Václav Ing.	Obchodní oddělení
WICHTOVÁ Zdeňka	Odd.úrazové chirurg.
ADÁMKOVÁ Stanislava	Neonatologické odd.
SEIFERTO VÁ Naděžda MUDr.	Klin.hematol.-ambul.
HAJSOVÁ Zora	Infekční odd.
KRÜBNEROVÁ Alena MUDr.	Interní odd.

### **Životní jubileum - 60 let**

**nar. 1. 1. 1947 - 31. 3. 1947**

PAVLÍČKOVÁ Jana	Labor. klin. chemie
PECH Jan	Odd.zdr.dopravy
JANEČEK Pavel	Odd.obsł.čin.-odp.h.
KOLÁŘOVÁ Jana	Psychiatrické odd.
TESAŘ František	Odd.zdr.dopravy
ŠTĚDRONSKÁ Ludmila	Patologické odd.
ŠIKLOVÁ Zdenka	Infekční odd.

### **Složení atestace v období 1.11.2006 - 28.2.2007**

KREJČÍ Radek MUDr.	Kardiologické odd.
TOUFAR Petr MUDr.	Odd.úrazové chirurg.

### **Ukončené PSS v období 1.11.2006 - 28.2.2007**

BRÁZDOVÁ Pavla DiS.	Neonatologické odd.
---------------------	---------------------

CHRTOVÁ Alena	Oční odd.
KUBAŠTOVÁ Zdeňka	Neonatologické odd.
POLÍVKOVÁ Iveta	Neonatologické odd.
PRAŽANOVÁ Eva	Neonatologické odd.
PROKOPOVÁ Eva	Dětské oddělení
UCHYTILOVÁ Petra	Ortopedické odd.

## **Odchod do starobního a invalidního důchodu**

**1. 11. 2006 - 28. 2. 2007**

BAKALÁŘOVÁ Zuzana	Psychiatrické odd.
HEŘMANOVÁ Barbora	Neurochirurgické odd
TICHÁ Alena	Odd.obsl.čin.-strav.
JEŽKOVÁ Marie	Klin.hematol.-ambul.
KOCOURKOVÁ Jaroslava	1.odd.násled.péče
NEUDÖRFLOVÁ Marie	Nervové odd.
REMTOVÁ Marie	Ženské odd.
ROZSYPALOVÁ Jarmila	Odd.obsl.čin.-úklid
VANČURA Timotheus	Patologické odd.
VOJÁČKOVÁ Danuše	Odd.prac.lékařství
NOVOTNÁ Marie	1.odd.násled.péče
KOLENOVÁ Kamila	Ženské odd.
RADOUCHOVÁ Ludmila	Ženské odd.
LEŠTINOVÁ Vlasta	Odd.obsl.čin.-úklid
MATOUŠOVÁ Miloslava	Odd.obsl.čin.-OPS
NOVÁKOVÁ Jiřina	Labor.imunologie
SAMKOVÁ Alena	Ženské odd.
ŠIKLOVÁ Zdeňka	Infekční odd.
ZÍDKOVÁ Helena	Odd.obsl.čin.-úklid
CHVALOVÁ Anna	Ženské odd.
POKORNÁ Věra	Klin.hematol.-ambul.
ČÍHALOVÁ Zdeňka	Nervové odd.
HOUSKOVÁ Jiřina	Kožní odd.
RŮŽIČKOVÁ Drahomíra	Chirurgické odd.

**Vydává Nemocnice České Budějovice, a. s. Ročník 18 ( 1/ 2007) Odpovědná redaktorka PhDr. Marie Šotolová. Bezplatné. Pouze pro vnitřní potřebu Nemocnice české Budějovice, a. s. Náklad 500 ks. Jazyková korektura Mgr. Zdeňka Švehlová – Nebe s. r. o. Grafická úprava a tisk: Tiskárna Jihočeský Inzert Express, Na Barborce 1405/2, 373 16 Dobrá Voda u Českých Budějovic.**

Zadní strana obálky

# HEALTHREGIO

**SPOLEČNÝ PROJEKT  
VÍDNĚ, DOLNÍHO RAKOUSKA, ZÁPADNÍHO MAĎARSKA,  
JIHOZÁPADNÍHO SLOVENSKA  
A  
JIHOČESKÉHO KRAJE**

**CÍLEM PROJEKTU JE SHROMÁŽDIT REPREZENTATIVNÍ POČET  
STATISTICKÝCH, DEMOGRAFICKÝCH A GEOGRAFICKÝCH DAT  
PRO ANALÝZU ZDRAVOTNÍ PÉČE V PŘÍHRANIČNÍCH OBLASTECH.  
SYNTÉZA VYÚSTÍ DO KONCEPTU ZLEPŠENÍ ZDRAVOTNICKÝCH  
SLUŽEB V REGIONU NA ÚROVNI, SROVNATELÉ V EVROPSKÉ UNII.**

## **HEALTHREGIO PŘINESE**

- ohodnocení a ocenění nákladových faktorů ve zdravotnictví
- optimální využití existujících vývojových potenciálů a zdrojů
- vytvoření marketingové strategie
- zjištění možnosti úspor
- výměnu zkušeností a transfer know-how k hospodářskému využití v regionu

## **HEALTHREGIO BUDE SLOUŽIT**

- osobám s rozhodujícími pravomocemi v politice a ekonomice
- poskytovatelům služeb zdravotní péče: nemocnicím, praktickým lékařům, wellness a wellbeing zařízení ...
- pracovníkům v sektoru zdravotnických služeb

## **ŘEŠITELÉ PROJEKTU**

- NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, A. S.
- JIHOČESKÝ KRAJ
- VYSOKÁ ŠKOLA EVROPSKÝCH A REGIONÁLNÍCH STUDIÍ
- ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA JIHOČESKÉ UNIVERZITY



**TENTO PROJEKT JE FINANCOVÁN  
EVROPSKOU UNIÍ**

Initiativou Společenství INTERREG IIIA