

nemocniční

zpravodaj

Prosinec
2022



Představujeme

AMBULANCE KLINICKÉ HEMATOLOGIE TRANSFÚZNÍ ODDĚLENÍ

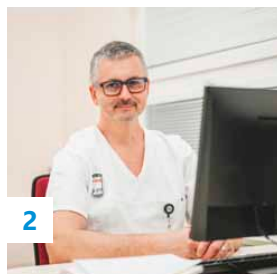
prim. MUDr. Václav Janovský

Naším motorem je touha pomoci pacientům

prim. MUDr. Ivan Vonke, MBA

**Je důležité dát pacientovi najevo,
že jste ochotný naslouchat**

Obsah



- 1** Úvodník předsedy představenstva
- 2** Rozhovor – **Naším motorem je touha pomoci pacientům**
- 8** Rozhovor – **Je důležité dát pacientovi najevo, že jste ochotný naslouchat**
- 12** **Představujeme: Ambulance klinické hematologie**
- 16** **Představujeme: Transfúzní oddělení**
 - 16 Historie transfúzního lékařství
 - 16 Historie a současnost Transfúzního oddělení
 - 23 Krevní skupiny
- 26** Rozhovor – **Ráda budu vzpomínat na úžasný kolektiv a pacienty**
- 30** **Onkologie jako atraktivní a dynamicky se rozvíjející obor z pohledu sestry**
- 32** **Vzdělávání – Po covidové pauze se opět konal velký mezinárodní kongres kardiovaskulární a radiointervenční medicíny**
- 34** **Workshop embolizačních technik v Madridu**
- 35** **Česko-německé ORL dny se letos konaly již podvacáté**
- 37** **Výroční kongres Evropské neurochirurgické společnosti (EANS) v Bělehradě**
- 38** **Výroční sjezd České neurochirurgické společnosti ČLS JEP v Brně**
- 39** **Inspirativní kurz muskuloskeletární ultrasonografie**
- 40** **Účast na semináři chirurgie nohy na téma: Základy léčby deformit přednoží a deformit zadní nohy**

Foto na titulní straně: zleva: prim. MUDr. Ivan Vonke, MBA a prim. MUDr. Václav Janovský /
Foto: Jan Luxík

Úvodník předsedy představenstva

MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.



MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

■ Pane předsedo, co je v českobudějovické nemocnici nového?

Od 1. ledna 2023 dochází ke dvěma změnám v primářském sboru. Primářkou Klinické hematologie se stává MUDr. Jana Vondráková, Ph.D. Jménem vedení nemocnice děkuji za skvělou spolupráci stávajícímu primáři MUDr. Ivanu Vonkemu, MBA, který v českobudějovické nemocnici pracuje od roku 1985 a oddělení vedl od roku 1999, tedy 23 let. Své nástupkyni předává etablované pracoviště těsně spolupracující s řadou dalších pracovišť naší nemocnice v čele s transfúzním oddělením. Primáři Vonkemu děkuji i za jeho úspěšné působení v managementu nemocnice, a to jak za jeho roli v dozorčí radě nemocnice tehdy nově vzniklé akciové společnosti v roce 2003, tak i za vedení interních oborů Nemocnice České Budějovice z pozice ředitele úseku interních oborů do roku 2014. Primář Vonke bude i nadále v naší nemocnici pracovat na kratší úvazek. Novou primářkou Onkologického oddělení bude

MUDr. Taťána Karpianusová. Děkuji prim. MUDr. Václavu Janovskému za výbornou spolupráci a zdravotní péči, kterou s vlídným přístupem a v nejvyšším zájmu pacientů v českobudějovické nemocnici odvádí od roku 1993. Od roku 2007, tedy 15 let, působil MUDr. Janovský na pozici primáře oddělení. Své nástupkyni předává oddělení, které je zároveň tzv. centrem vysoce specializované onkologické péče neboli komplexním onkologickým centrem. Ani primář Janovský naši nemocnici neopouští, a i jeho zkušenosti tak budou nadále prospěšné našim pacientům.

■ Nemocnice České Budějovice, a.s. uspěla v projektu „Nemocnice ČR 2022“. Co stojí za jejím opakovaným úspěchem?

Nemocnice České Budějovice, a.s. v tomto hodnocení organizace HealthCare Institute obhájila vítězství ze dvou předchozích let. Z dílčích kategorií letos zmíním finanční zdraví, v kterém ve srovnání českých nemocnic tradičně vynikáme, a které je klíčovým příspěvkem k celkovému vítězství.

Finančně zdravou nemocnicí je ta, která mimo jiné není zadlužená, má dostatek prostředků na úhradu svých závazků a hradí je v přiměřeném čase, investuje do svého majetku umožňujícímu poskytovat kvalitní zdravotní péči, a která dokáže adekvátně odměnit svůj personál. V naší nemocnici mají zaměstnanci nejvyšší průměrnou hrubou měsíční mzdu ze všech českých nemocnic fungujících jako obchodní společnosti. Zároveň od roku 2019 navyšujeme mimořádným tempem počet zaměstnanců. Za prvních jedenáct měsíců letošního roku přibylo 201 zaměstnanců, z toho 105 sester a laborantů, 41 ošetřovatelek, sanitářů a sanitárek a 24 lékařů. Optikou zpráv z celé republiky to jsou neuvěřitelná čísla a my si zájmu uchazečů o zaměstnání obrovsky vážíme. Na spokojenost zaměstnanců může mít vliv řada faktorů, jsem nicméně přesvědčen, že zcela zásadním je, jestli je veškerá práce na lůžkové stanici například na dvou lidech nebo na čtyřech. Pokud do rodinné kasy navíc přinesou nejvíce ze srovnatelných nemocnic, tím lépe. A jsou-li spokojeni zaměstnanci, mohou být spokojeni i pacienti, což je nejdůležitější.

■ Jaké přání máte pro naše čtenáře v tomto předvánočním čase?

Letos prožíváme advent bez omezujících protiepidemických opatření. Je to období očekávání, rozjímání a naděje. Právě naději a víru v pozitivní vyústění obtížných situací v současné době všichni potřebujeme. Děkuji našim zaměstnancům za velké pracovní nasazení a pacientům za důvěru, s kterou se nám svěřují do péče. Přeji všem klidné vánoční svátky v kruhu nejbližších a do nového roku především pevné zdraví.

■ redakce

Naším motorem je touha pomoci pacientům

Primář Onkologického oddělení MUDr. Václav Janovský na sklonku letošního roku končí ve své funkci. V následujícím rozhovoru se ohlíží za svým takřka třicetiletým působením na onkologii, na kterou ani po tolika letech rozhodně nezanevřel. Na oddělení tak i do budoucna zůstává.

■ **Pane primáři, do nemocnice jste nastoupil v roce 1993. Jak jste se dostal k onkologii? Byla pro vás jasnou volbou už na studiích?**

Studoval jsem na 2. lékařské fakultě v Motole, která byla původně zaměřena na dětské lékařství. Po revoluci už měly všechny tři pražské lékařské fakulty stejné studijní plány, nicméně na dospělé onkologii se tehdy v Motole vůbec nestážívalo, stážívali jsme na dětské klinice u pana profesora MUDr. Josefa Kouteckého. Jako mladé mediky nás tam běžně nechali ležícím dětem pod lékařským dozorem dělat lumbální punkce k získání mozkomíšního moku a stenální punkce, což jsou odběry kostní dřeně z hrudní kosti. Nám se z toho ježily vlasy, ale tenkrát to tam bylo normální. Všechny děti z republiky s onkologickým onemocněním směřovaly do Prahy a dětské postýlky tam stály, kde to jenom šlo – i na chodbách, protože klinika trvale přetékala nemocnými. Nicméně tenkrát mne určitě nenapadlo, že onkologie bude můj směr. Lákaly mne chirurgické obory. V Motole jsem fiškusoval na chirurgii a pak jsem získal příslib místa na oční klinice v Krči. Ale nakonec tomu život chtěl jinak, oženil jsem se a odešel na jih Čech do Českých Budějovic, zde tehdy bylo místo na radioterapii.

■ **Opustil jste tedy epicentrum medicíny v Praze.**

Ano, odešel jsem z epicentra – a zcela záměrně. Narodil jsem se v Litoměřicích, v půl roce jsem byl jako malé děčko převezen do Prahy, kde jsem žil až do konce studií. Ale Praha pro mne v 90. letech ztratila kouzlo. Když člověk neměl dostatečně ostré lokty a sílu, tak stál na ostrůvku a čekal na autobus, deset mu jich ujelo před očima a až do jedenáctého se docpal.

A já si řekl, že nechci trávit život ve frontách a v tlačenicích. Tak jsem hledal místo příjemnější pro život.

■ **Rozhodl jste se tedy pro radioterapii v Českých Budějovicích. Jak vzpomínáte na své začátky?**

Vůbec jsem nevěděl, co radioterapie je, protože o tom nám na fakultě neřekli ani slovo. Tenkrát radioterapie v Motole vůbec neexistovala, pacienti z pražských nemocnic jezdili na ozařování na Bulovku nebo na Karlák. Protože tenkrát nebyl ještě ani internet, tak jsem si ve výkladovém slovníku hledal, jestli se na radioterapii operuje, nebo co se tam vlastně dělá, abych věděl, kam to budu nastupovat. Pak jsem zjistil, že je to vlastně dospělá onkologie. Radioterapie byla základním oborem se dvěma atestacemi, klinická onkologie byla oborem nástavbovým. Jako řadového radioterapeuta mne přijímal pan primář MUDr. Jan Fischer ještě na starém „radiáku“ v dolním areálu. V tom roce nás mladých nastupovalo vícero, byli jsme od začátku dobrá parta, což bylo moc příjemné.

Jsem rád, že jsem začínal tady v Budějovicích. Budějovická nemocnice totiž byla doslova kolébkou radioterapie. Primář onkologického oddělení MUDr. Rudolf Rubeš, který oddělení vedl v letech 1951–1984, byl hlavní odborník oboru radioterapie v republice. Radioterapie zde byla na takové úrovni, že se v počátku 80. let plánovalo vybudovat v naší nemocnici onkologické centrum pro Čechy s tím, že Morava bude mít Masarykův onkologický ústav v Brně. Centrální pavilon byl koncipován tak, aby tam mohly být i onkologické operativní obory. Měli jsme tak k dispozici suterén, kde jsou dodnes umístěny ozařovny. V přízemí byly ambulance, v prvním



prim. MUDr. Václav Janovský

patře bylo plánování léčby, celkem 93 lůžek bylo na třech stanicích od pátého do sedmého patra a v pátém patře onkologická JIP se čtyřmi lůžky. Tehdy jsme byli kapacitně opravdu velmi dobře připraveni zvládnout ledasco.

Z těchto smělych plánů v 90. letech sešlo, komplexní onkologická péče se v Čechách rozprostřela do všech krajů a centrální pavilon zabydlila mnohá další oddělení NČB, a.s.

■ **Po čtrnácti letech pak přišel velký posun ve vaší kariéře a stal jste se primářem.**

V roce 2007 předčasně odešel pan primář Jan Fischer a tehdejší pan generální ředitel MUDr. Břetislav Šon přišel na oddělení s tím, že ukázal na zem: „Tady je pomyslná tlustá startovací čára, všichni, kdo tu máte adekvátní vzdělání a odvalu, pojďte do výběrového řízení.“ Protože jsem

měl chuť pracovat a i něco změnit, tak jsem se přihlásil. Pak jsem ale zjistil, že jsem ve výběrovém řízení jediný mladý kluk, který má proti sobě dva zkušené matadory.

Nevím, jakým kouzlem se to stalo, ale dopadlo to tak, že jsem výběrové řízení vyhrál. Do té doby jsem byl jen řadový sekundární lékař, který vlastně neměl zkušenosti s rozhodováním, protože k tomu jsme jako mladí nebyli připuštěni. Ze dne na den jsem převzal primariát s plnou odpovědností a moc jsem netušil, co všechno mě čeká.

■ **Tak zavzpomínejme, jak vypadalo oddělení v roce 2007. Tuším, že za těch patnáct let prošlo obrovským vývojem, co se týče diagnostiky i léčebných metod.** Onkologie je nádherný obor, který doporučuji každému, kdo přemýšlí o tom, že by chtěl dělat medicínu.

Je to obor s obrovskou perspektivou a obrovským progresem. Když jsem nastupoval v roce 1993, tak jsme měli k dispozici jedenáct cytostatik na systémovou léčbu, v současné době zavádíme do praxe jedenáct nových indikací a nové molekuly biologické léčby a moderní imunoterapie každý půlrok. Ty pak vstupují do kombinací. To je obrovský posun.

Stejně zásadní byla i technická obměna ozařovací techniky. Když jsem nastupoval, měli jsme malý a velký lineární ozařovač a v záloze i přestěhovaný starý kobaltový ozařovač, který se už ale v nové ozařovně nikdy nezprovoznil. Když se velký lineár porouchal, ten malý ho nemohl nahradit. Pacienty jsme pak museli odesílat k léčbě zářením různě po republice. Postupem času vedení nemocnice rozhodlo, že i když je to velmi nákladné, je nezbytné koupit

dva rovnocenné přístroje. A musím říct, že jsem moc rád, že v českobudějovické nemocnici se drží trendu mít tu to nejlepší, co existuje. Díky tomu máme neustále ozařovací techniku, která patří k celosvětové špičce.

Od samého začátku na oddělení fungovala brachyterapie, což je druh ozařovací techniky, která se používá k lokální léčbě zářením například gynekologických nádorů a nádorů prsu. I když se v průběhu času její využití proměnilo a výkonů již není tolik, jsem rád, že ji zde máme a pacienty, kteří tuto metodu potřebují, nemusíme posílat do jiného kraje.

Velký posun nastal i v bezpečí zaměstnanců zavedením centrálního ředění cytostatik, což byla iniciativa tehdejšího ředitele MUDr. Jiřího Bouzka. Do té doby sestry vše ředily ručně při otevřeném oknu v obyčejné digestoři v 5. patře, která měla výdech z okna ven, a nad tím byla ještě dvě patra s lůžkovými stanicemi. V létě, když se větralo, všechno, co šlo z digestoře, mohlo částečně pronikat okny dovnitř ve vyšších patrech. Z dnešního pohledu jsou to naprosto nepředstavitelné podmínky. Dnes všechny povrchy stíráme, pátráme po stopách cytostatik. Tehdy nikdo neřešil, zda při ručním ředění něco ukápl.

péče je trvalým trendem moderní onkologie. Už dnes hospitalizujeme spíše jen pacienty, kteří nejsou schopni podstupovat ambulantní léčbu.

Onkologické oddělení je jedním ze třinácti center komplexní onkologické péče v rámci sítě center v ČR, garantované Českou onkologickou společností České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Podařilo se nám akreditovat oba onkologické obory, takže si sami vychováváme mladé lékaře v oborech radiační onkologie i klinická onkologie a v obou případech poskytujeme předatestační stáže kolegům z ostatních oborů v rámci celého Jihočeského kraje.

"Oddělení nedělá budova ani přístroje, ale dělají ho lidé."

Za další úspěch považuji bezprostřední provázanost stacionáře ambulantní chemoterapie s onkologickou JIP. Léky, které u nás pacientům podáváme, nesou určitá zdravotní rizika. Pro pacienty je obrovskou výhodou, že pokud se jim náhle zhorší stav, tak se jim neodkladně dostane vysoce specializované akutní péče.

Jen kapacita stacionáře není v současné době úplně dostačující, máme 22 míst (deset lůžek, dvanáct křesel) a tři pokoje s celkem devíti lůžky v prostoru lůžkové stanice A (ONLA) – a i tak se čeká. Do budoucna bych si proto přál, aby se denní stacionář rozšířil a mohli jsme pro pacienty vytvořit příjemnější a diskrétnější prostředí. Kapacitní rozšíření s sebou přinese samozřejmě i potřebu navýšení počtu personálu.

■ Velkou proměnou prošlo v průběhu let i vlastní oddělení. Jak vypadá dnes?

V průběhu let se zúžila lůžková kapacita, dnes máme 36 lůžek na stanici B (ONLB) a společnou lůžkovou stanici ONLA s Oddělením nukleární medicíny, se kterým úzce spolupracujeme. ONLA disponuje 24 lůžky pro onkologické pacienty a deseti lůžky pro pacienty nukleární medicíny. V současné době je onkologická část stanice ONLA z větší části využita pro naše ambulance, které se dočasně přestěhovaly z přízemí centrálního pavilonu, kde jsme uvolnili prostory pro ambulance jiných oddělení. Po dostavbě pavilonu chirurgických oborů se naše ambulance opět vrátí do přízemí a v onkologické části stanice ONLA využijeme prostory pro rozšíření ambulantního stacionáře. Maximalizace ambulantní

■ Počty onkologických pacientů stále narůstají. Je rakovina častějším onemocněním, než tomu bylo dříve?

V dřívějších dobách určité choroby ukrátily člověku život dříve, než se onkologické onemocnění vůbec projevilo. Nyní například díky úspěchům intervenčních kardiologů a neurologů přežívají pacienti, jejichž život by ukončila srdeční příhoda či mozková mrtvice. Tím, že se skokově zvýšil průměrný věk dožití člověka, zvýšil se i počet nádorových onemocnění. S přibývajícím věkem totiž stoupá riziko jejich rozvoje.

V 90. letech, když měl pacient druhou malignitu, tak jsme se na něj chodili dívat jako na raritu, že se dožil ještě druhého onkologického onemocnění. Dnes je to běžné díky úspěšnější a šetrnější léčbě. Někteří se tak dožívají až čtvrté i vyšší malignity ve stavu, kdy jsou stále ještě léčitelní.

■ Hovoříte o malignitách. To znamená pro laika návrat rakoviny?

Bud' se stejný nádor vrátí, nebo přijde nové onemocnění. Nádorové onemocnění je orgánově specifické. Jednou onemocní prs, podruhé děloha, močový měchýř apod. Ta onemocnění jsou svébytná, každé se léčí jinak a my musíme mít o předchozí léčbě absolutní přehled. Proto se vždy dohledává

dokumentace, tak abychom si byli jistí, jakou předchozí onkologickou léčbu pacient prodělal, jak a kde byl ozářený, jestli už měl naplněné kumulativní dávky určitých léků, které se nedají během života překročit apod. Naše zprávy mívají několik stránek, ale jsou to všechno nezbytné informace, abychom věděli, jak lidi dobře léčit.

■ **Když se ještě vrátím k vám jako lékařům, pracujete v kvalitnějším prostředí, otevřeli se vám nové možnosti léčby. Jak se to odráží ve vaší práci, pracuje se vám lépe?**

Ukážu vám to na příkladu kolorektálního karcinomu, což je nádor postihující tlusté střevo a konečník. Když jsem začínal, tak pacienti s nádorovým rozsevem (mnohočetnými metastázemi) způsobeným tímto onemocněním měli perspektivu několika málo měsíců života, většina odcházela do půl roku. Tehdy byla jedinou možností léčby cytostatika. Když se vyčerpala, nebylo již čím léčit, zbývala symptomatická léčba, tehdy nejčastěji opakované odlehčovací punkce neustále se doplňujícího nitrobršního výpotku a léčba bolesti.

Dnes léčíme generalizovaný kolorektální karcinom i v řádu několika let (nejde-li o výjimečně rychle progredující a na léčbu necitlivé onemocnění). Medián přežití generalizovaného kolorektálního karcinomu je více než dva roky, můžeme tak mluvit o chronickém onemocnění a tak k němu i přistupovat. Moderní léčba nádorových nemocí je vedena v rozkrytí individuálního profilu každého onemocnění. U diagnóz, kde již máme tuto možnost zpřesnění diagnostiky, vyšetřujeme celé spektrum prediktivních markerů, které nám udávají algoritmy linií paliativní léčby. Toto se týká kolorektálního karcinomu, ale i melanomu nebo nádorů plic. Dnes máme k dispozici nové léky a nové kombinace, které pacienty tolik nepoznamenávají. Takže při progresi nebo při recidivě po kompletní odpovědi nebo při následné nové malignitě můžeme zpravidla nabídnout další linie léčby,

vše ale závisí na celkovém zdravotním stavu nemocného a na jeho rozhodnutí, zda chce, či nechce absolvovat další léčbu.

■ **Zastavme se u vaší primářské dráhy. Jaké příběhy vám vyvstanou v hlavě, když se ohlédnete za těmi patnácti lety?**

Musím říct, že mám štěstí na kolegyně a kolegy. Vážím si toho, že jsou pracovití a svou práci mají rádi. Pracují u nás i kolegyně a kolegové, kteří jsou řadu let v důchodu, práce je baví a rádi předávají své zkušenosti mladším generacím. To je ta vnitřní touha pomoci druhým, bez které onkologii dělat nelze. Oddělení nedělá budova ani přístroje, ale dělají ho lidé.

A u onkologie vydrží pouze ti, kteří vědí, proč tam jsou. Protože být denně konfrontovaný s pacienty v těžkém stavu, je náročné. Základem naší práce je touha pomoci pacientům. Ať léčebně, nebo i po léčbě, když už nemáme nic v ruce. Avšak i dobré slovo nebo dotek a pohazení pacientům pomáhá.

Často jsem ještě jako lékař lůžkové stanice nebo jako primář o vizitách vzal za ruku pacienta, který byl ještě při životě, ale už v bezvědomí. A jemu se třeba zrychlil dech nebo jsem cítil jinou odezvu. Pacienti vnímají naši přítomnost, tak se jim snažíme posloužit i ve stavech, kdy už jsou třeba těsně před odchodem. A musím říct, že i v tomto jsme velmi pokročili.

Tím, že se tu rozeběhlo hospicové hnutí, pacienti nekončí s ukončenou onkologickou léčbou někde v ústraní. V Prachaticích je kamenný hospic se skvělým personálem, poskytují ústavní hospicovou péči těm, kteří z různých důvodů nezvládají domácí léčbu. V každém okrese se vytvořila moderní centra domácí hospicové péče, kdy zdravotníci dojíždí za pacienty domů. Cílem je, pokud to alespoň trochu jde, dochovávat lidi doma, v kruhu jejich nejbližších a nevytrhávat je v poslední fázi života z domova a nestěhovat je do neznáma.

■ **Zažíváte tedy velmi silné momenty. Jak jim dokážete i po tolika letech čelit?**

Samozřejmě když člověk čelí nějaké krizi, tak si říká, že už asi hůř být nemůže, ale zpravidla ještě může a je [smích]. Každému nastupujícímu lékaři nebo lékařce říkám, že první měsíce je to konfrontace s vlastní smrtelností. Když jako mladý lékař nastupujete do práce, tak na vlastní smrt zpravidla nemyslíte. Ale postupem

"U onkologie vydrží pouze ti, kteří vědí, proč tam jsou. Být denně konfrontovaný s pacienty v těžkém stavu, je náročné."

času se musíte vyrovnat s tím, že toto jednou čeká každého z nás. Je třeba nevyčerpat všechnu energii pro jednotlivce a nechat si taky něco na další dny, protože zítra přijdou další pacienti, o které se musím stejně dobře postarat. A musíme si nechat i rezervu sami pro sebe, pro svůj osobní život. Každému z personálu proto říkám: „Udělejte si v sobě



prim. MUDr. Václav Janovský

takovou vnitřní bublinu, kam si budete připouštět pouze informace, které jsou důležité, abyste se o toho člověka dobře postarali. Do podrobností se moc nepouštějte, protože do nich zabřednete a vyčerpáte si síly.”

■ **Měl jste i vy moment, kdy jste přemýšlel, zda onkologii neopustit?**

Takový zlom jsem zažil po půl roce na oddělení. Řekl jsem si, že buď odejdu, nebo budu muset něco změnit. Ze začátku jsem se každého pacienta vyptával na jeho záliby a život. Tenkrát na to byl čas, protože naše možnosti léčby byly celkem omezené, takže zvláště o službách měl člověk více času. A na tohle období každý, kdo ho zažil, vzpomíná rád. Ale už se to nedá vrátit. Myslím si, že bohužel pro pacienty je stávající situace mnohdy nevyhovující. Pacienti by potřebovali mít trochu víc prostoru promluvit s lékařem,

ale lékaře už zase ženou povinnosti někam dál. Musí uvážít, kolik energie může jednotlivci dát, aby mu zbylo i na ty další. A musí mu zbyť i pro sebe. Člověk musí mít nějaký ventil a jsem moc rád, když někdo nastupuje a říká, že má koníčky. Víím, že po práci si má kde vyčistit hlavu. Mít takový ventil je velmi osvobozující.

■ **Co je vaším ventilem?**

Mým ventilem je rodina a děti a také celoživotní koníček – muzika. Jedenáct let jsem byl externím členem sboru jihočeské opery. Je to jediné divadlo v republice, které hraje i v létě na „otáčku“ v Krumlově. Musím říct, že muzika mi přinesla neskutečně úžasných zážitků a setkání s lidmi, které bych jinak znal jen z nahrávek nebo z televize. Vážím si, že jsem poznal, že jsou to normální lidé. Mám pocit, že čím člověk vystoupal

kariéře výš, tím je normálnější a pokornější. Bohužel moje působení ve sboru nešlo skloubit s nároky primariátu, takže jsem před lety musel skončit. Ale pracuji na sobě a s manželkou aspoň každý týden jezdíme na hodiny zpěvu.

■ **Řekněte mi, co čeká nové vedení?**

Nové vedení čeká vypořádat se se stále narůstajícím počtem pacientů a stále se rozšiřujícími možnostmi léčby. Bude třeba udržet trendy v obnově přístrojů a bude třeba pracovat na kontinuální generační obměně lékařů, sester a všech ostatních z téměř stovky našich zaměstnanců. Aby i nová generace byla připravena na tyto výzvy.

■ **Bc. Iva Nováková, MBA**

ředitelka úseku komunikace a péče o zaměstnance

POCHVALA

Chtěla moc bych poděkovat za úžasnou péči během mého nečekaně předčasného porodu syna, který přišel na svět u vás v porodnici 16. 11. císařským řezem, a také za následnou poporodní péči na oddělení JIP ve 4. patře (+ následně 3. patře).

Cením si profesionálního přístupu ošetřujících lékařů, starostlivou péči sester, snahu spojit mě co nejdříve se synem, který ležel v inkubátoru, a moc oceňuji také možnost přítomnosti otce pár hodin po porodu u inkubátoru. Ráda bych vyzdvihla také výjimečný přístup laktační poradkyně paní Führerové, která k mé posteli přišla, tuším, ještě v den porodu a vysvětlila mi následnou péči o dítě i základní info o laktaci.

Obrovský dík patří panu doktorovi Štěpánkovi, který mě operoval a neměl jednoduchou práci vzhledem k myomům v děloze. Pan doktor vše zvládl skvěle, já břicho po měsíci prakticky necítím a jízva vypadá dobře.

Děkuji i vstřícným sanitárkám, pomocnému personálu a uklízečkám, i to značí fajn prostředí celé instituce.

Ještě jednou moc děkuji vám všem. Cítila jsem se u vás dobře a jsem ráda za kvalitní péči pro mě i syna.

**Děkuji a zdravím již z Plzně!
K. D.**



SLEDUJTE
NEMOCNICI
ČESKÉ BUDĚJOVICE
NA SOCIÁLNÍCH
SÍTÍCH!



www.facebook.com/nemcb

www.instagram.com/nemocnicecb

www.youtube.com/channel/UCeL_LyJOnZtBGHQJaVKhs0A

Je důležité dát pacientovi najevo, že jste ochotný naslouchat

K 31. prosinci odchází z funkce primáře Ambulance klinické hematologie MUDr. Ivan Vonke, MBA.

Ambulanci neopouští, i nadále zůstává na částečný úvazek.

O tom, co se v hematologii za jeho kariéru změnilo, ale i o tom, jak by měl lékař s pacienty komunikovat, přibližuje v následujícím rozhovoru.

■ **Pane primáři, v českobudějovické nemocnici působíte již od roku 1985. Na kterém oddělení jste tehdy začínal?**

Nastoupil jsem na 1. interní oddělení a po třech letech jsem přešel na 2. interní oddělení, které více spolupracovalo s hematologií, a tu jsem od začátku chtěl dělat. Myslím, že jsem jediný v nemocnici, kdo prošel oběma interními odděleními. Složil jsem i druhou atestaci z interny, protože, dle mého názoru, dobrý hematolog musí být v první řadě dobrý internista. Až poté jsem přešel na Hematologické oddělení.

V roce 1997 mě oslovil s nabídkou na pozici primáře tehdejší ředitel nemocnice MUDr. Jiří Bouzek, MBA. Dlouho jsem ji zvažoval, neboť na funkci jsem byl dle svého názoru příliš mladý. Nakonec ale převážila chuť moct dělat věci po svém a nabídku jsem přijal. Tenkrát jsem netušil, že ve funkci budu tak dlouho.

■ **Proč jste se na začátku své kariéry rozhodl právě pro hematologii?**

Chtěl jsem dělat práci, která se mi bude líbit a bude mě bavit. Hematologie mě vždy lákala, protože se zde propojuje klinická práce s pacientem a laboratoř. Dříve jsme dokonce sami chodili do laboratoře, kde jsme na základě výsledků stanovovali diagnózu. Hematologie je jeden z mála oborů, kde toto propojení dodnes zůstává a pořád poměrně detailně vidíme do klíčové diagnostiky našich pacientů.

■ **Jak se změnilo za tu dobu vaše oddělení a případně spektrum vašich pacientů?**

Oddělení se změnilo dramaticky. Navenek nejzřetelnější změnou bylo

organizační odloučení laboratoře, kterou nyní jen odborně garantujeme. V průběhu let dramaticky stoupl množství požadavků na laboratorní vyšetření, zásadně se změnilo i přístrojové vybavení. Patříme k pracovištím, která vyprodukují v relativně malém počtu pracovníků obrovské množství výkonů.

Dále násobně vzrostl počet pacientů. Když jsem přišel na oddělení, ambulanci prošlo týdně cca deset pacientů. Dnes máme padesát pacientů denně. Léčíme tři skupiny pacientů: s onkologickým onemocněním, neonkologickým a s poruchami srážení krve. Dříve většinu našich pacientů s poruchami srážlivosti krve tvořili pacienti s krvácivými chorobami, hlavně hemofilici, v dnešní době největší spektrum pacientů tvoří lidé ohrožení trombózou. V ambulanci je zdánlivě nejvíce onkologických pacientů, protože ti mají mnohem častější kontroly, ale na počet pacientů je většina těch s vrozenými poruchami srážlivosti krve. Ti totiž v naší péči zůstávají celoživotně.

V 90. letech byl založen Registr dárců kostní dřeně, od té doby tak mnohem více pacientů mohlo podstoupit transplantaci. Proto jsme od roku 2000 postupně začali pacienty s diagnózami, u kterých je nutná a možná transplantace kostní dřeně, jako je například akutní leukémie, odesílat na vyšší pracoviště, kde zároveň transplantují kostní dřeň.

■ **Co vidíte za největší posuny v léčbě ve vašem oboru?**

V léčbě poruchy srážení krve jednoznačnou změnu přinesl rozvoj substituční léčby. Ještě v 70. letech bylo jediným „lékem“ burákové máslo,

olej v něm obsažený totiž přispívá ke zvýšení srážlivosti krve. Dříve byl pacient s hemofilií zpravidla invalidní. Nemoc totiž způsobovala časté krvácení do kloubů, což způsobilo jejich nezvratné poškození.

První posun přinesla průmyslová výroba přípravků z plazmy, která ale nebyla zajištěna proti přenosu virů. Bohužel v té době došlo k rozšíření nemoci AIDS, celosvětově tak dvě třetiny hemofiliků zemřely na AIDS získané z přípravků z plazmy. V tehdejší ČSSR jsme měli štěstí, díky ruční výrobě, kdy se plazma opravdu sbírala sběračkou z krve 20–30 dárců, bylo riziko přenosu relativně malé. Na rozdíl od výroby na Západě, kde se smíchala plazma až od 10 000 dárců. Západní přípravky se u nás indikovaly pouze těm nejtěžším případům. V Českých Budějovicích se nám nakazili pouze tři pacienti, dva zemřeli, ale třetí se dožil účinné retrovirové léčby a v současné době má infekci HIV plně kontrolovanou. Dnes se používají již syntetické léky, které jsou naprosto bezpečné. Na od dětství léčeném hemofilikovi již žádné omezení nepoznáte, žije aktivní a plnohodnotný život.

■ **Velký posun nastal obecně i v diagnostice, například byla objevena Leidenská mutace, která způsobuje nadměrnou srážlivost krve. Jak toto ovlivnilo vaše pacienty?**

Objev Leidenské mutace znamenal pro řadu pacientů s tímto onemocněním dramatický zlom v jejich životě. Tito lidé trpěli opakovanými trombózami. Pamatuji si mladého kluka, který měl v osmnácti letech plicní embolii. Musela mu být odebrána část plic, prodělal několik trombóz a v důsledku nemoci došlo k velkému poškození žil na dolních končetinách, kvůli kterému musel každý rok strávit několik měsíců na Kožním oddělení. Po nasazení léčby se jeho stav velmi rychle zlepšil. Takových pacientů jsme měli několik desítek. V dnešní době už naštěstí takové dramatické případy nemáme, pacienti jsou zachyceni zpravidla relativně brzy.



prim. MUDr. Ivan Vonke, MBA

Obecně se změnil i odborný pohled na antikoagulační léčbu. Dříve byla u pacientů ve vyšším věku kontraindikací, nyní je naopak vyžadována. Dokázali jsme tak změnit i průběh řady jiných onemocnění.

■ **Jak se změnila hematologická léčba?**

Největší posun znamenal vývoj monoklonálních látek, které se často označují jako biologická léčba. Spousta onemocnění, která jsme uměli sotva ovlivnit, se najednou stala vyléčitelnými nebo dlouhodobě kontrolovatelnými. Nejvíce pacientů se u nás léčí s chronickou lymfatickou leukémií.

Je statisticky dokázáno, že pokud jí pacient onemocní po 65 letech věku, tak nemoc nesnižuje věk dožití. Často tak říkám pacientům, že kdyby měli vysoký krevní tlak, tak by měli prognózu horší – vysoký krevní tlak život prokazatelně zkracuje.

Takřka všichni naši pacienti jsou léčeni pouze ambulantně. Ambulantní léčba prošla za posledních dvacet let také velkým vývojem. V počátcích se kladl důraz na přežití pacienta. Tam jsme již dosáhli takřka maxima, takže pozornost se přesunula na komfort pacienta a nežádoucí účinky léčby.

Vypadání vlasů, zvracení, afty, vředy v ústech apod., už většinu našich pacientů nepostihuje. Jsme zvyklí, že pacientovi podáme chemoterapii a za týden přijde s tím, že je mu líp. V dnešní době je standardní reakce na chemoterapii zlepšení stavu, zejména na počátku.

Zásadní změnu přinesl také covid. Riziko nákazy pacienta během hospitalizace bylo velmi vysoké. Chtěli jsme proto i tuto část pacientů převést do ambulantního režimu. Vedení nemocnice nám umožnilo již od začátku používat dražší druhy přípravků, které lze podávat v rámci ambulance. Striktně také držíme systém, kdy pacient je po celou dobu v péči jednoho konkrétního lékaře. Velmi to zjednodušuje komunikaci, zrychluje provoz ambulance, protože pacienta znáte. Už ve dveřích poznáte, že je mu špatně.

■ **Jednou z překážek v komunikaci je například strach. Je to emoce i vašich pacientů?**

Nepochybně. Část pacientů přichází i s nedůvěrou. Leckdy trvá i několik měsíců, než se nám podaří pacienta přesvědčit, že víme, co děláme, a že za tím je nějaký dlouhodobý cíl. Otevřeně mu říkáme, kde jsou hranice možností naší pomoci.

Boj se strachem je jednoduchý. Otevřeně pacientovi řekneme, jaký jeho aktuální stav, jaký je realistický cíl léčby a fahrplan, kterým toho chceme dosáhnout. Člověk si to za pár návštěv přebere, strach možná stále přítomen je, ale už nepoznamenává naši vzájemnou komunikaci. Pro mě je zásadní, aby měl lékař dlouhodobý plán léčby, to u některých – zejména mladších – lékařů postrádám. Důležitou součástí naší práce je v případě těžce nemocného člověka navázat kontakt s jeho rodinou. Velmi vítáme, pokud s pacientem přichází i jeho nejbližší. Často k nám dochází rodina i sama a detailně s ní probíráme pacientův stav a jeho vyhlídky.



prim. MUDr. Ivan Vonke, MBA

■ **Lékaři si leckdy stěžují, že pacienti nedodržují režimová opatření. Jak je tomu u vás?**

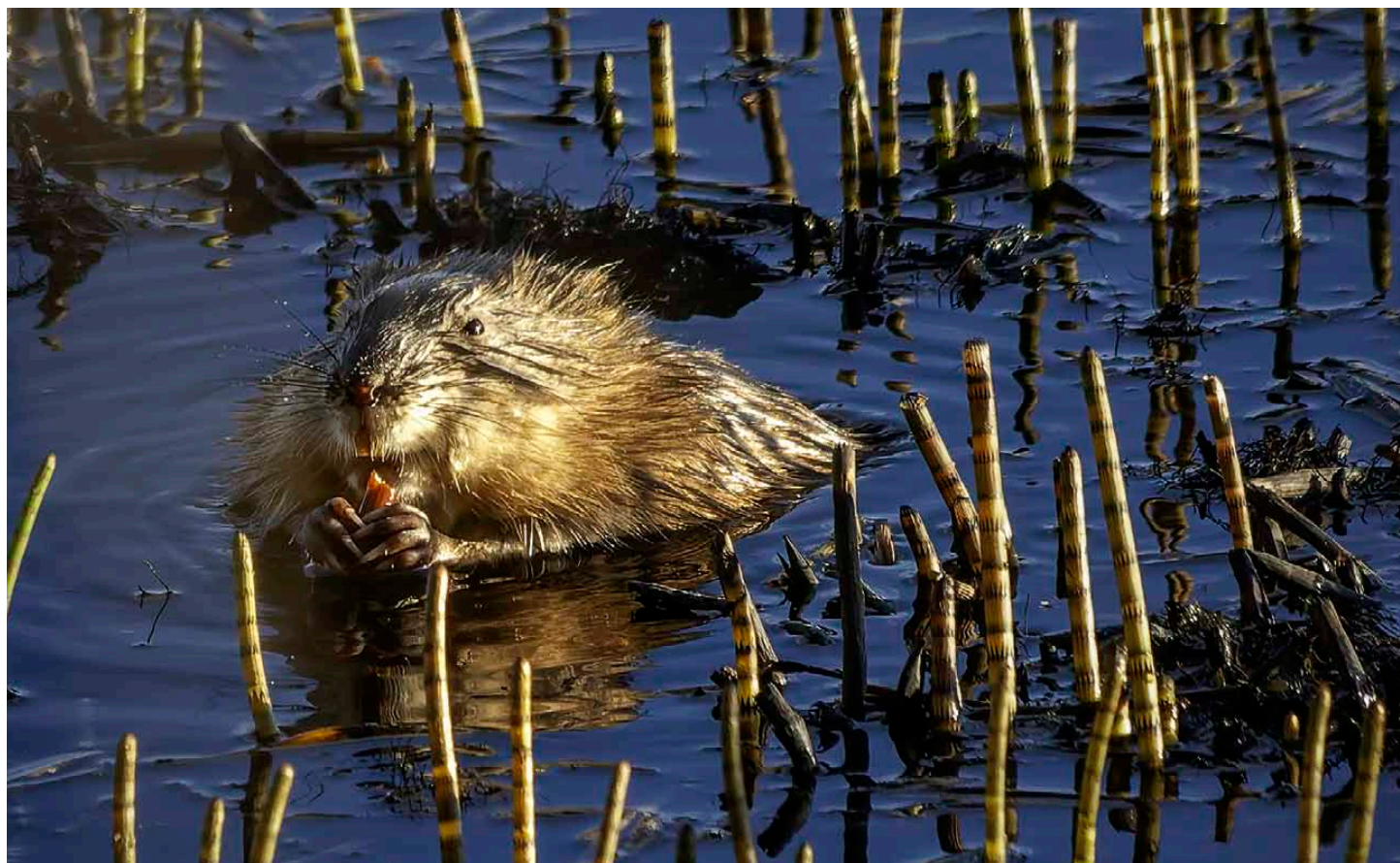
Já v tomto problém s pacienty nemám. Myslím si, že je to o výchově pacienta a o empatii lékaře. Když lékař nemá pochopení pro problémy pacienta, ten ho logicky přestane respektovat. Je důležité dát pacientovi najevo, že jste ochotný naslouchat. Jsou lidé, se kterými se nedomluvíte nikdy. Ale těch je velmi nízké procento.

Část našich pacientů trápí nechutenství. Sám jsem zažil tři dny nechutenství, když jsem prodělal covid.

A jsem rád, že se tak stalo, protože konečně pacienty plně chápu. To je opravdu stav, který vůlí překonat nelze.

■ **Tyto schopnosti jste měl již v sobě, nebo přišly až se zkušenostmi?**

Myslím, že do určité míry to mám v sobě. Je třeba umět spojit dvě věci – základní ochotu být milý a schopnost stanovit hranice. To znamená, když pacient začne někam ujíždět, umět včas říci, tak takhle ne, to chodte k někomu jinému. Když umíte toto správně nastavit, tak se skoro s každým domluvíte.



Pohoda u vody, autor: prim. MUDr. Ivan Vonke, MBA

Je velký rozdíl pracovat na lůžkovém oddělení, kde prakticky nic nechvátá tak, aby nebyla možnost se poradit, a v ambulanci, kde sedíte sám s pacientem a musíte se tady a teď rozhodnout a nemůžete udělat chybu. Do ambulance potřebujete mnohem vyzrálejšího doktora než na lůžka.

■ **Pacienti také hledají pomoc i v alternativní léčbě. Jak toto s nimi řešíte?**

Vůbec mi nevadí, pokud pacient hledá úlevu i v alternativní léčbě. Dokonce ji některým pacientům sám doporučuji. Ale vždy chci, aby mi o tom pacient řekl. Alternativní cesty jsou různé, někdy se jedná o relativně seriózní pokusy, jak jít na nemoc jinou filozofií, jindy jsou to však čiročiré podvody. Velmi nebezpeční pro pacienta jsou ti, kteří jim radí, aby vysadili dosavadní léčbu. Pokud mi pacient neřekne, že léčbu vysadil, já očekávám od léčby nějaký efekt, který ale v tomto případě

nenastal, tak mu samozřejmě léčebnou dávku navýším. Pokud se to takto stane opakovaně a najednou se pak pacient k léčbě, která je třeba již v 4násobném množství, uchýlí, tak je to pro něj již přímo život ohrožující. Lidem proto říkám: „Chápu, že si přejete alternativní léčbu, ale vybírejte rozumně. Když budete chtít, abychom nějak změnili či posunuli naši léčbu, přijďte, domluvíme se.“ A toto dobře funguje. V medicíně má placebo efekt často do jisté míry pozitivní účinky. Jsou situace, kdy už neumíme pacientovi pomoci a alternativní léčba přináší úlevu, například v rekonvalescentních fázích po chemoterapiích. Sami pak u některých pacientů vidíme zlepšení.

■ **Vaší nástupkyní od 1. ledna bude MUDr. Jana Vondráková, Ph.D. Co byste jí do nové funkce popřál?**

Přál bych nejen jí, ale i všem kolegům, aby je práce bavila tak jako mě. Aby byli schopni se s pacienty domluvit,

naladit se s nimi na společnou notu. Není to vždy jednoduché, ale v drtivé většině případů to lze.

■ **Když vás fotil do časopisu profesionální fotograf, byl ohromen vašimi znalostmi fototechniky. Předpokládám, že od Nového roku budete mít na svůj koníček více času. Co nejraději fotíte?**

Nejraději fotím přírodu, konkrétně ptáky a zvířata. V Česku to je hlavně drobné ptactvo, na dovolených záleží, co v dané oblasti žije. Je až překvapivé, jak snaha o dobrou fotografii mění pohled na svět kolem sebe. Bezhlavě běhání a cvakání zpravidla k dobrým výsledkům nevede. Musíte zpomalit, vidět barvy a tvary, pokusit se pochopit chování zvířat. Odměnou je téměř vždy lepší zážitek a někdy i povedená fotografie.

■ **Ing. Veronika Dubská**

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

Představujeme: Ambulance klinické hematologie

Ambulance klinické hematologie je pracovištěm, které se zabývá diagnostikou a léčbou zhoubných i nezhoubných nemocí krve a poruchami krevního srážení.

Do šedesátých až sedmdesátých let dvacátého století byly možnosti diagnostiky a léčby zejména zhoubných nemocí krve a poruch srážení velmi limitované, a tuto problematiku tak řešili lékaři se specializací na vnitřní lékařství. Významným impulzem pro vznik hematologie jako samostatného oboru byl rozvoj laboratorní diagnostiky. V poválečných letech prováděly laboratorní vyšetření specializované laborantky většinou pod vedením ošetřujícího lékaře daného pacienta. Postupem času se na laboratorní problematiku začali specializovat jednotliví lékaři, kteří zajišťovali laboratorní diagnostiku pro celou nemocnici. Zlepšené diagnostické možnosti vedly k lepšímu pochopení podstaty jednotlivých chorob, to vedlo k vývoji nových léků a choroby do té doby léčebně neovlivnitelné se staly léčitelnými. Rozvoj diagnostických a léčebných možností krevních chorob vyústil v to, že na péči o tyto pacienty už všeobecný internista nestačil a muselo dojít k větší specializaci lékařů. V průběhu padesátých až šedesátých let dvacátého století se tak hematologie začala všude na světě postupně vyčleňovat z interních oborů.

V českobudějovické nemocnici došlo k oficiálnímu vzniku Ambulance klinické hematologie v roce 1980 odloučením ordinariátu od Interního oddělení II. Zakládající primářkou byla MUDr. Marie Holečková, která ve spolupráci

s MUDr. Věrou Hromádkovou položila základy českobudějovické a jihočeské hematologie. Začátkem osmdesátých let na oddělení nastoupila MUDr. Naděžda Seifertová a v druhé polovině osmdesátých let i MUDr. Ivan Vonke. Tím byl doplněn lékařský tým, který po dobu největšího rozmachu oboru až do konce devadesátých let vytvářel podmínky pro další rozvoj. Hlavní náplní oddělení byla zpočátku laboratorní činnost – klinická péče o pacienty představovala menší část činnosti oddělení.

Laboratorní práce byla v těchto dobách téměř výhradně „ruční“, chyběla jakákoli automatizace. Počítání krvinek probíhalo pod mikroskopem, základním nástrojem pro vyšetření srážení krve byla vyhřívaná vodní lázeň, pletací drát a stopky. Tímto způsobem bylo ročně provedeno vyšetření přibližně 20 tisíc

krevních obrazů a tisíc koagulačních vyšetření. Vysoká manuální náročnost vyšetření však vyžadovala vysoký počet pracovníků. Na vrcholu měla hematologie přes 25 laborantek a velké prostory – od svého vzniku až do roku 1990 byla hematologie umístěna ve sklepní části dnes už neexistující budovy Transfúzního oddělení.

Na počátku osmdesátých let byla hematologie vybavena na svou dobu velmi moderním počítačem krvinek a koncem osmdesátých let prvním koagulometrem. Toto vybavení umožnilo výrazně zvýšit počty a rozsah prováděných vyšetření a současně došlo k zásadní redukci pracovní náročnosti a nároků na velikost pracovních místností. V průběhu pěti let stoupl počet vyšetření krevního obrazu i koagulačních vyšetření pětinašobně. Paralelně s rozvojem laboratorních metod došlo k obdobně



Zleva: MUDr. Kateřina Kroniková, Dana Machová, MUDr. Veronika Opatrná



Zleva: Martina Vojtěchová, prim. MUDr. Ivan Vonke MBA, Věra Haislová, Lucie Janouchová, MUDr. Michal Sýkora, Marie Vaňková, Mgr. Zuzana Kafková, Jitka Němečková, MUDr. Jana Vondráková, Ph.D.

strmému nárůstu počtu ambulantních pacientů. Koncem osmdesátých let již původní prostory nevyhovovaly změněným požadavkům, a proto byla hematologie přemístěna do přízemí budovy bývalé psychiatrie, dnešního pavilonu L. Počet laborantek a prostor pro laboratorní činnosti byly přibližně poloviční, ale zdvojnásobil se počet sester, lékařů i prostor pro ambulantní činnosti. V roce 1995 byla laboratoř vybavena plně automatickým koagulometrem, což vedlo v průběhu jediného roku ke čtyřnásobnému nárůstu počtu koagulačních vyšetření. V průběhu devadesátých let se do pavilonu L postupně přestěhovaly další laboratoře z areálu nemocnice. Fyzická blízkost nových technologií, jako je cytoflowmetrie, molekulárně biologické metody a další, vedla ke stále užší spolupráci mezi jednotlivými laboratorními obory a pozvedla kvalitu laboratorní diagnostiky na zcela novou úroveň. V roce 1999 byl do funkce primáře Ambulance klinické hematologie jmenován MUDr. Ivan Vonke. V laboratorní části pokračovalo prohlubování spolupráce s ostatními laboratořemi, zaváděla se automatizace a komputizace. Tento vývoj vyvrcholil v roce 2005

vznikem konsolidovaných laboratoří. Laboratorní část Klinické hematologie se nadále rozvíjí v rámci konsolidovaných laboratoří, přičemž lékaři Ambulance klinické hematologie v laboratořích provádějí specializované lékařské výkony a mají funkci odborných garantů.

Přestěhování do nových prostor, navýšení počtu personálu a dramatické zlepšení laboratorních metod umožnily od počátku devadesátých let velmi rychlý rozvoj klinické části hematologie. Během následujících dvaceti let se meziroční nárůst počtu pacientů pohyboval v desítkách procent, přičemž posledních deset let je víc brzděn prostorovými a personálními limity. Erudice personálu a kvalitní laboratorní zázemí vedly velmi rychle k tomu, že se naše oddělení stalo neoficiálním, ale respektovaným regionálním centrem, které s výjimkou transplantací kostní dřeně poskytuje specializovanou péči pro pacienty z celého jihočeského regionu. Toto postavení bylo dále formalizováno v dané době aktuálními administrativními kroky – jmenováním krajským odborníkem, ustanovením různých center pro léčbu specifických nemocí apod.

Onkohematologie

Pacienti se zhoubnými nemocemi krve a krvetvorných orgánů tvoří většinu pacientů Ambulance klinické hematologie. Výsledky léčby těchto onemocnění byly v devadesátých letech ještě velmi limitované, koncem devadesátých let se však začala více používat léčba monoklonálními protilátkami a krátce nato tzv. cílená léčba, tedy postupy, pro které se někdy používá název biologická léčba. Tyto nové léky znamenaly revoluci v léčbě, nevléčitelné choroby se staly vyléčitelnými, jiné nevléčitelné choroby s přežitím v řádu pěti let mají nyní průměrné přežití desítky let apod. Klasickým případem tohoto vývoje je nejčastější hematologická malignita – chronická lymfatická leukemie. Závažnější formy této choroby měly počátkem devadesátých let průměrné přežití do pěti let. Dnes sice zůstává tato choroba stále nevléčitelná, ale když u člověka vznikne ve věku 65 let a více, statisticky nezkracuje život, má tedy lepší prognózu než například hypertenze nebo diabetes. Ambulance klinické hematologie dnes poskytuje hematoonkologickým pacientům plné spektrum diagnostických a léčebných metod s výjimkou transplantace kostní

dřeně. Při zajišťování transplantací úzce spolupracuje s pražskými pracovišti a zejména s Fakultní nemocnicí Plzeň. Biologickou léčbu zajišťuje pro pacienty z celého jihočeského regionu.

Neonkologická hematologie

Do této oblasti spadá široká škála onemocnění krvetvorby nezahobného charakteru. Nejčastější z této skupiny chorob jsou různé formy anémií. Jelikož anémie jsou ve většině případů způsobeny jiným onemocněním, klíčová je v této oblasti spolupráce s lékaři jiných oborů. Tato spolupráce má nejčastěji formu konzultací či dočasného převzetí do péče. Dlouhodobě zůstávají v péči Ambulance klinické hematologie pacienti s vrozenými anémiemi či jinými, méně častými formami anémií. V dlouhodobé péči zůstávají také pacienti s jinými deficitem krvinek, tzn. s trombopenií či leukopenií. Současné léčebné možnosti umožňují tyto poruchy buď zcela vyléčit, nebo dlouhodobě kompenzovat.

V roce 1997 byla Ambulance klinické hematologie vybaveno aferetickým přístrojem, který umožňuje selektivně odstranit, případně nahradit jednotlivé složky krve, tj. plazmu, červené či bílé krvinky nebo krevní destičky. Přístroj měl původně hlavní využití pro onkohematologické pacienty, ale postupem času se objevily nové indikace v jiných oborech. Odstranění plazmy, tzv. plazmaferéza, je často využíváno pro kritické stavy u autoimunitních onemocnění, některé typy otrav a obecně u stavů, kdy je třeba z krve pacienta rychle odstranit některé škodlivé látky. V současné době probíhají komplikovaná jednání o rozšíření tohoto programu o tzv. imunoadsorpci, což by umožnilo zpřesnit typ odstraňované látky, čímž by se rozšířilo využití pro další škálu chorob včetně možnosti dlouhodobé léčby specifických a léky špatně ovlivnitelných chorob.

Péče o pacienty s poruchami srážení krve

Po většinu dvacátého století se poruchy srážení krve ztotožňovaly především s krvácením a krvácivými chorobami



Plazmaferetický přístroj

a pozornost se upírala téměř výhradně na léčbu hemofilie. Rozvoj laboratorní diagnostiky postupně umožnil odhalit další méně časté poruchy srážení krve. Paralelně probíhající rozvoj transfúzního lékařství přinesl možnost izolovat jednotlivé koagulační faktory z dárcovské plazmy, a tím se otevřela cesta k léčbě většiny krvácivých chorob podmíněných chyběním koagulačních faktorů.

Zásadní změnu v problematice poruch srážení (tedy krvácení) přinesl rok 1994, kdy byla objevena Leidenská mutace. Tato mutace znamená poruchu regulace srážení krve a je spojena se zvýšeným rizikem trombózy, tedy nadměrným srážením krve – trombofilním stavem. Tato problematika zaujala celý svět a záhy následovalo objevení dalších trombofilních příčin a možných důsledků nadměrného srážení krve. Dále došlo k výraznému rozšíření indikací léčby potlačující srážení krve, tzv. antikoagulační léčby, doprovázené vývojem nových antikoagulačních léků. Velký význam pro chod hematologické ambulance měl objev souvislosti trombofilních stavů s možnými komplikacemi v graviditě a poporodním období. Zatímco hemofiliků a osob s příbuznými chorobami jsou v populaci Jihočeského kraje desítky, odhadovaný počet osob s trombofilním stavem se blíží 100 tisícům. Českobudějovická nemocnice

byla jednou z prvních v České republice, která začala ve velké míře vyhledávat pacienty s významným trombofilním stavem a zajišťovat péči o ně. Pacienti s trombofilním stavem dnes tvoří většinu nemocných, kteří přichází do ambulance s poruchou srážení krve. Ambulance klinické hematologie úzce spolupracuje s gynekology a centry asistované reprodukce při prevenci a řešení možných poruch srážení krve v graviditě.

V současné době zajišťuje hematologická ambulance komplexní péči o pacienty s krvácivými chorobami i o pacienty s trombofilními stavy.

Současný stav a perspektivy

Ambulance klinické hematologie v současnosti poskytuje komplexní spektrum služeb o onkologické i neonkologické pacienty v hematologii a je počtem pacientů i spektrem poskytované péče největším nefakultním pracovištěm v České republice. Jediným výkonem, který zde neprovádíme, jsou transplantace kostní dřeně. Při péči o pacienty před transplantací a po ní však úzce spolupracujeme s transplantacími pracovišti. S výjimkou transplantací zajišťujeme péči v celé šíři dostupných diagnostických i léčebných metod.

I když meziroční nárůst nemocných o desítky procent je zřejmě již minulostí, zlepšená diagnostika umožňuje dřívejší diagnózu nemoci a zlepšené možnosti léčby prodlužují život nemocných. To vede k neustávajícímu nárůstu počtu pacientů. Jelikož naše pracoviště je svým profilem poskytovaných služeb v Jihočeském kraji jediné, možnosti snížení tohoto nárůstu jsou limitovány a v současné době prakticky vyčerpány. Nyní navíc nejsou na obzoru léčebné postupy, jež by vedly ke snížení počtu pacientů, kteří potřebují specializovanou hematologickou péči. Musíme se proto zaměřit na řešení dalšího vývoje a je třeba zvážit i navýšení kapacity našeho pracoviště.

■ **prim. MUDr. Ivan Vonke, MBA**
Ambulance klinické hematologie

ANTIBIOTIKA rýmu neléčí!

Na virová onemocnění musíme jinak.

Kašel, rýma, nachlazení či chřipka jsou virová onemocnění, a proto na ně antibiotika nijak nezabírají. Užíváním antibiotik v případě virózy si nepomáháme. Naopak, můžeme v našem těle zničit užitečné bakterie a výrazně si přitížit! Navíc riskujeme, že škodlivým bakteriím pomůžeme získat **antibiotickou rezistenci**, kterou si mohou předávat dál. Tím snižujeme účinnost antibiotik pro případy, kdy je budeme opravdu potřebovat my nebo naši blízcí.



Iceland
Liechtenstein
Norway grants

STÁTNÍ
ZDRAVOTNÍ
ÚSTAV
SZÚ

DŮVĚŘUJ SVĚMU LÉKAŘI
POMÁHEJ ANTIBIOTIKŮM PŮSOBIT

Představujeme: Transfúzní oddělení

Historie transfúzního lékařství

Transfúzní lékařství je lékařským oborem zabývajícím se intravenózním převodem krve a jejích složek.

V 17. století anglický lékař

William Harvey objevil krevní oběh.

Prováděl i první pokusy s transfúzí krve, které však nebyly úspěšné.

Až rakouský lékař Karl Landsteiner při zkoumání krve v roce 1900 objevil, že po smísení krevních vzorků od dvou různých pacientů dochází k viditelnému shlukování (aglutinaci krvinek). Později ještě zjistil, že aglutinaci způsobuje kontakt krvinek s cizím sérem.

Byl přesvědčen, že existují tři typy lidské krve – A, B, C (C bude později označeno jako 0) – a že převod krve mezi lidmi se stejnými skupinami nezpůsobí rozpad krvinek (hemolýzu). Na základě těchto zjištění provedl americký hematolog dr. Ottenberg v roce 1907 první úspěšnou krevní transfúzi. Landsteinerovi rakouští kolegové později zpřesnili klasifikaci krevních typů přidáním další krevní skupiny (tzv. výjimka z Landsteinerova pravidla). Dr. Jan Jánský svým výzkumem tyto poznatky potvrdil.

Byly tak položeny základy pro dodnes používaný systém krevních skupin ABO s krevními skupinami A, B, 0 a AB.

Dr. Landsteiner obdržel za svoje objevy v roce 1930 Nobelovu cenu za fyziologii a medicínu. Jeho vědecká činnost však ani poté neustala. Spolu s dr. Alexanderem Wienerem objevili Rhesus faktor. Název Rh faktor je odvozen od makaků (anglicky Rhesus Macaque), u kterých tyto skupiny popsali.

Historie a současnost Transfúzního oddělení

Služby, které dnes spadají pod náš obor, byly po druhé světové válce před zřízením pracoviště transfúzní služby rozptýleny do několika klinických oborů. Tyto služby byly v podstatě jen dvě: nejzákladnější zajištění dárců krve pro akutní stavy a základní laboratorní vyšetření.

Transfúzní oddělení (TO) českobudějovické nemocnice vzniklo v lednu roku 1949. Této události předcházelo usnesení vlády z prosince 1948, kterým byla zřízena transfúzní služba. V kartotéce dárců krve bylo tehdy pouze 26 jmen, většinou zaměstnanců krajské nemocnice.

Českobudějovická transfúzní stanice se tak stala jednou z vůbec prvních stanic v Československu a až do roku 1953 zajišťovala transfúzní službu jako jediná v Jihočeském kraji. Prvním vedoucím lékařem odpovědným za transfúze byl primář MUDr. František Barták (rok 1950). Následovali jej MUDr. Eduard Dobrý (1951) a MUDr. Vladimír Kulich (1951–1952). Poté přišlo dlouhé období pod vedením primářky MUDr. Zdenky Paloušové (1952–1981).

Krev byla převáděna buď přímo z ruky do ruky, nebo bývala odebírána do infúzního válce s citrátem na inspekčním pokoji či vyšetřovně

a následně aplikována příjemci. Hematologická vyšetření byla realizována buď na Interním oddělení, či na tehdejší prosektuře (oddělení patologie). Většinu vyšetření prováděli lékaři sami či za pomoci řádové sestry pracující na lůžkovém oddělení (po akci Ř – zlikvidování řeholních řádů v roce 1950 – a pozatýkání řady členek Kongregace milosrdných sester svatého Karla Boromejského z politických důvodů v roce 1952 byly řádové sestry postupně nahrazeny sestrami zdravotními). Počet transfúzí byl nepatrný, a tak se každá transfúze stávala významnou událostí, o níž se v celé nemocnici vědělo.

Transfúzní oddělení v roce 1987



*Prenatální laboratoř,
laborantka Věra Jindrová*



*Úsek sterilizace a výroby krevních lahví,
sanitárka Marie Škopková*



*Laboratoř vyšetřování dárců krve,
laborantka Marie Drnková*



*Laboratoř speciální imunohematologie,
laborantka Jiřina Svobodná*

Na oddělení se přistupuje k výrobě základních i speciálních diagnostických sér a jsou zaváděny nové hematologické, imunohematologické a imunochemické metody. Mezi pracovníky jsou dva kandidáti věd, podporována je i publikační činnost. Postupně dochází k masivnímu

náboru dárců krve. Pro srovnání lze uvést, že v roce 1979 (po třiceti letech od založení Transfúzního oddělení) již bylo v registru evidováno přes 35 tisíc dárců krve.

Na začátku července 1981 nastupuje do funkce primáře Transfúzního

oddělení MUDr. Miloslav Švanda, CSc., který byl dlouholetým vedoucím lékařem úseku dárců krve. Primář Švanda za svého působení postupně vytvořil pevnou organizační strukturu náboru dárců krve. Úzce v této věci spolupracoval s Československým červeným křížem. Rozvíjel také laboratorní úsek. Jeho zájmem byla hemolytická nemoc novorozenců, na jejímž výzkumu úzce spolupracoval s kolegy z gynekologie.

V roce 1985 byla slavnostně otevřena přístavba Transfúzního oddělení, čímž se podstatně rozšířily prostory stanice. V přízemí přibyla nová komorová lednice pro potřeby expedice transfúzních přípravků a krevních derivátů. Nainstalován byl rovněž komorový mrazák, byl zřízen výtah do půdních prostor, což usnadnilo transport zdravotnického materiálu do tamního skladu. Zřízeny byly také nové šatny a denní místnost.

Dne 15. června 1987 dochází k zavedení rutinního vyšetření protilátek proti viru HIV u všech dárců krve. Kromě výroby transfúzních přípravků se laboratoř v té době zabývala i produkcí kryoproteinu



Kolektiv regionálního pracoviště Českého národního registru dárců dřeně, o.p.s., zleva: Tereza Kasková, DiS, Adéla Holceplová, Daniel Doškář, Ing. Romana Velišková a MUDr. Jana Vondráková, PhD.



Zdravotní laboranti Daniel Doškář, Bc. Eliška Skalák Pivonková, předoběrová analytika – vyšetření hladiny hemoglobinu z kapilární krve, u prvodárců orientační vyšetření krevní skupiny



Odběrový sál

určeného k léčbě hemofiliků, byly prováděny i léčebné plazmaferézy – nahrazení plazmy pacienta plazmou dárce. Od roku 1988 byla významně navýšena výroba diagnostických sér k určení krevních skupin. Novinkou se stalo vyšetřování krevních skupin mikrometodou na destičkách.

V tomto roce se rovněž přistoupilo k provádění autotransfúzí krve, tj. plánovaných odběrů, kdy je plná krev uchována a následně podána stejnému pacientovi (po chirurgickém výkonu). Tyto výkony spadaly do gesce zástupce primáře MUDr. Karla Blažka. Tímto se prakticky eliminovala

možnost přenosu infekce od jiného dárce a zamezilo se rovněž tvorbě významných protilátek proti krvinkám dárce (tzv. aloimunizace cizími antigeny). V této době byly plánované autotransfúze využívány ortopedy (zejména u plánovaných náhrad kyčelního kloubu endoprotézou) a gynekology.

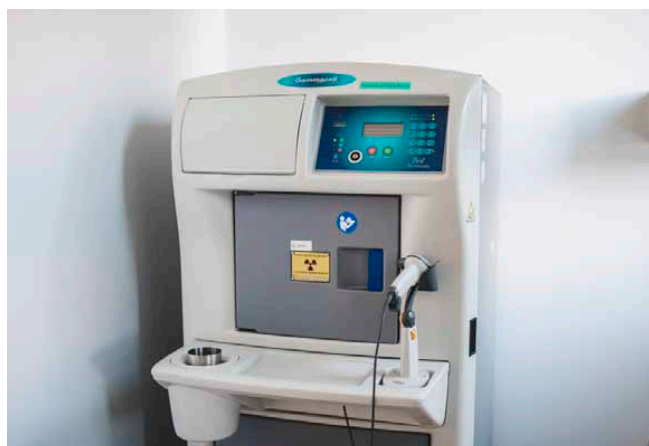


Zleva: bioanalytičky Mgr. Olga Kopřivová, Ing. Štěpánka Čunátová, zdravotní laboranti Zdravka Korcová, Bc. Roman Menhart, Bc. Simona Bíchová, Ing. Romana Velíšková, vedoucí úseku kontroly PharmDr. Hana Staňková, zdravotní laboranti Tereza Kasková DiS., Daniel Doškář

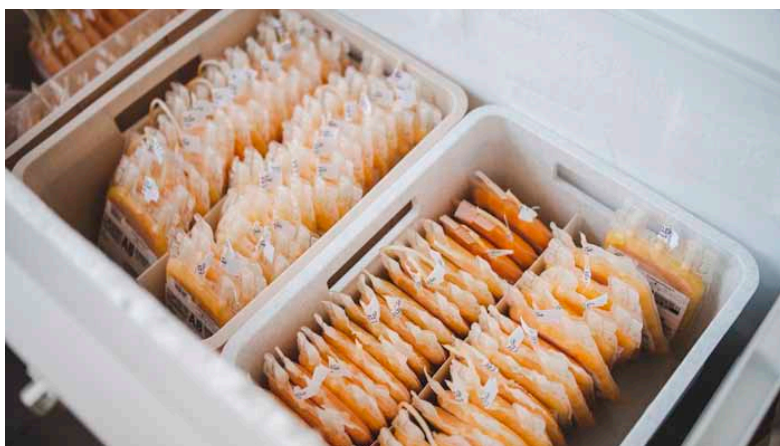
V roce 1988 získává Transfúzní oddělení druhé místo v celostátní soutěži ve sběru zbytkové plazmy.



Zdravotní laborant Bc. Roman Menhart obsluhující analyzátor krevních skupin



Ozařovač transfúzních přípravků



Krevní plazma v mrazícím boxu připravená k použití pro pacienty

V roce 1992 byl v České republice založen Český národní registr dárců dřeně, o.p.s., (ČNRDD), jedním ze zakládajících členů bylo Transfúzní oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. V současnosti regionální pracoviště registru vede MUDr. Jana Vondráková, Ph.D. z Ambulance klinické hematologie.

Roku 1993 nastupuje na místo primáře MUDr. Petr Biedermann. Postupně dochází k automatizaci, a to jak v laboratorní části v rámci vyšetřování přítomnosti infekcí (HIV, hepatitida B a C, syfilis), tak v části výrobní (například přechod z ručních metod na automatické). Jednou ze specializací primáře Biedermanna bylo vyšetřování

krevních skupin v paternitních sporech (sporech o otcovství), později však byla tato metoda plně nahrazena analýzou DNA.

Rok 2015 je v historii oddělení významným milníkem, protože dochází k přestěhování Transfúzního oddělení do nově upravených prostor v pavilonu L. Počátkem roku 2020 je zase zkolaudována zcela nová stanice dárců, která se nachází v pavilonu T.

V roce 2017 byl pořízen ozařovač, který slouží k inaktivaci T-lymfocytů obsažených v přípravcích. Takto ošetřené přípravky se podávají pacientům, u kterých je předpoklad, že budou muset podstoupit transplantaci orgánů. Takto ošetřené přípravky snižují riziko odhojení transplantátu z důvodu imunitní reakce.

V lednu 2021 je do funkce primáře jmenován MUDr. Vít Motáň, který dále pokračuje v úzké spolupráci s Ambulancí klinické hematologie a Interním oddělením s cílem vychovat lékaře orientující se jak v laboratorní, tak v klinické praxi.

Aktuálně na Transfúzním oddělení pracuje na zdravotním úseku pět lékařek a lékařů (prim. MUDr. Vít Motáň, MUDr. Jiří Faltus, MUDr. Petra Jandová, MUDr. Nuržamal Syrgabaeva, MUDr. Kristýna Václavovská).



Zdravotní sestřičky, zleva: Eva Štěpánová, Monika Šantová, Jana Hedánková, vrchní sestra Bc. Julie Krbcová, Ludmila Nedvědová, Lenka Kollarová, Pavlína Zajícová, Bc. Hana Větrovcová, Ludmila Tušlová



Zleva: zdravotní laboranti Karel Veselý, Bc. Martina Hanzlíková, Bc. Eliška Vondrášková, Alena Stropková, Vendula Hošnová, Renata Hortigová, Dagmar Hrdlička Jelínková, Ing. Bc. Zuzana Petroušková, Bc. Markéta Korbelová



Zleva: MUDr. Petra Jandová, primář MUDr. Vít Motáň, MUDr. Nuržamal Syrgabaeva, MUDr. Kristýna Václavovská



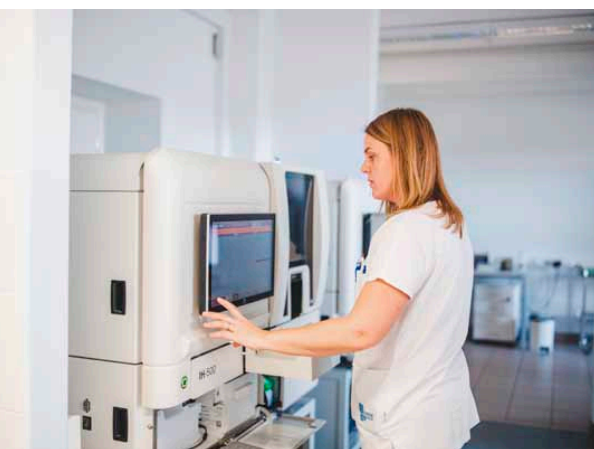
Zleva: sanitářka Jana Částová, zdravotní sestřička Petra Dvořáková, sanitářka Veronika Truhlářová, zdravotní sestřičky Jana Kocábková, Bc. Gabriela Čížková, místnost s centrifugami, kde dochází k separaci jednotlivých krevních elementů

PharmDr. Hana Staňková zastává pozici vedoucí kontroly a RNDr. Jitka Jandová vede výrobní část. Zdravotnický úsek doplňuje devatenáct laborantů, patnáct sester a dvě bioanalytičky.

V našem registru máme aktuálně přes osm tisíc aktivních dárců krve. Kromě odběrů realizovaných na naší stanici dárců krve zpracováváme i krev z odběrového místa, které provozuje

Nemocnice Tábor, a.s. Zpracováváme tak krev dárců spadajících do bývalých okresů České Budějovice, Český Krumlov, Strakonice, Prachatice, Tábor a z malé části okresu Jindřichův Hradec (oblast Českých Velenic). Skladování transfúzních přípravků podléhá regulaci a nelze dlouhodobě skladovat (viz přehled na str. 25) vyjma plazmy. Z tohoto důvodu Transfúzní oddělení aktivně

zve dárce potřebných krevních skupin dle aktuální potřeby. V Českých Budějovicích jsme v roce 2021 dohromady provedli necelých 17 tisíc odběrů plné krve, separátorových odběrů destiček (neboli trombocytů) a plazmy. Z toho bylo 600 prvodárců. Navíc jsme zpracovali přibližně 2,5 tisíce odběrů krve z odběrového střediska v Táboře.



Zdravotní laborantka Bc. Martina Hanzlíková obsluhující imuno hematologický analyzátor IH-500



Zdravotní laborantka Ing. Bc. Zuzana Petroušková, výdej transfúzních přípravků



Zdravotní laborantka Bc. Markéta Korbelová, příjem krevních vzorků od pacientů

Přehled vývoje počtu dárců a odběrů na Transfúzním oddělení v letech 2009 - 2021

	Registrovaní dárci	Noví dárci	Počet odběrů plné krve	Odběr trombocytů aferézou	Odběry plazmy aferézou	Autotransfúze
2009	9 841	1 231	18 276	71	-	411
2010	10 284	1 215	18 531	118	-	396
2011	10 086	812	17 262	132	-	331
2012	10 042	679	18 698	72	-	322
2013	9 804	693	16 329	111	-	349
2014	9 630	627	16 119	92	-	330
2015	9 291	577	14 975	73	-	370
2016	8 920	501	15 014	67	717	345
2017	8 906	651	15 637	85	968	254
2018	8 762	602	15 832	82	987	238
2019	9 022	711	16 127	130	979	136
2020	9 117	1 305	16 987	109	959	81
2021	9 035	889	19 471	62	1 104	14

Výběr pacientů s nejvyšší spotřebou transfúzních přípravků v roce 2022

ANAMNÉZA	Druh transfúzního přípravku	Počet	Časové období
Pacient po dopravní nehodě s těžkým traumatem pánve a masivním krvácením z cévních struktur. Bylo nutné opakované podání transfúzních přípravků.	Červené krvinky	106	18 dní
	Plazma	76	
	Krevní destičky	14	
Nemocný s infekční endokarditidou (osídlení chlopní bakteriálními vegetacemi). Provedené kardiochirurgické výkony (náhrada aortální a plastika mitrální a trikuspidální chlopně) si vyžádaly četné substituce transfúzními přípravky.	Červené krvinky	33	4 dny
	Plazma	41	
	Krevní destičky	5	
Pacientka se získanou trombotickou trombocytopenickou purpurou (TTP). Toto poměrně vzácné onemocnění způsobuje obstrukci vlásečnic krevními destičkami a následný rozpad červených krvinek. K potlačení onemocnění je kromě kortikoidů a transfúzí červených krvinek rovněž potřeba provádět vstupně plazmaferézy - tj. výměny plazmy pacientky za plazmu dárců). Tyto výkony však vyžadují velké množství transfúzních jednotek plazmy.	Červené krvinky	20	25 dní
	Plazma	301	
	Krevní destičky	4	
Nemocná s vrozenou TTP, která se však klinicky projevila v rané dospělosti. Vstupně léčena plazmaferézami. Nyní dochází ambulantně na aplikaci cca 3 transfúzních jednotek plazmy za měsíc.	Červené krvinky	5	22 dní
	Plazma	119	
	Krevní destičky	7	

Krevní skupiny

Nejvýznamnějším systémem pro dělení krevních skupin je systém ABO. Jde o rozdělení dle přítomnosti antigenů A a B a protilátek (aglutininů) proti chybějícím antigenům anti-A a anti-B.

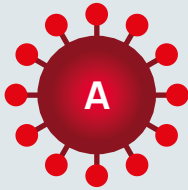
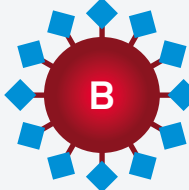
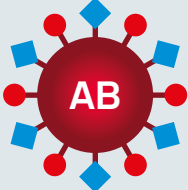



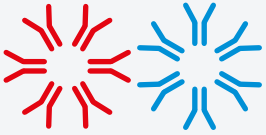



Krevní skupiny podle ABO systému

Součástí krevního systému jsou vždy dvě složky:

- **antigen** - molekuly na povrchu červených krvinek
- **protilátky** - nacházejí se v krevní plazmě. Protilátky jsou

součástí imunitního systému a při střetnutí protilátky a příslušného antigenu (např. antigen A a protilátka anti-A) dojde ke shlukování červených krvinek. Může jít o život ohrožující stav.

Krevní skupiny podle ABO systému

	skupina A	skupina B	skupina AB	skupina 0
erythrocyty				
protilátky	 Anti-B	 Anti-A	žádné	 Anti-A Anti-B
antigeny	 A antigen	 B antigen	 A a B antigeny	žádné

Příjemce s krví AB+ může obdržet krev jakéhokoliv dárce, proto se mu říká univerzální příjemce

červených krvinek (erytrocytů). Naopak krev skupiny 0- může být darována všem

příjemcům, její nositel je nazýván univerzální dárce erytrocytů.

Možné kombinace dárce a příjemce erytrocytů

DÁRCE	0-	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
	0+	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano
	B-	Ne	Ne	Ano	Ano	Ne	Ne	Ano	Ano
	B+	Ne	Ne	Ne	Ano	Ne	Ne	Ne	Ano
	A-	Ne	Ne	Ne	Ne	Ano	Ano	Ano	Ano
	A+	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ano	Ne	Ano
	AB-	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ano	Ano
	AB+	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ano
Kompatibilita krevních skupin	0-	0+	B-	B+	A-	A+	AB-	AB+	
PŘÍJEMCE									

Možnosti transfúze plazmy

DÁRCE	0	Ano	Ne	Ne	Ne
	B	Ano	Ano	Ne	Ne
	A	Ano	Ne	Ano	Ne
	AB	Ano	Ano	Ano	Ano
Kompatibilita krve pro přenos plazmy	0	B	A	AB	
PŘÍJEMCE					

Kompatibilita základních krevních skupin pro přenos plazmy je přesně opačná než pro přenos krve.

Systém Rh

Rh faktor je určen skupinou zhruba čtyřiceti antigenů, ale nejvýznamnějších je pět z nich (C, c, D, E, e), které jsou uloženy na třech genech. Nejsilnější je antigen D: pokud je antigen D přítomen na povrchu červených krvinek, označuje se krev jako Rh+, v opačném případě pak Rh-. Lidé s krví bez antigenu D nemohou přijímat krev Rh+, protože by si proti antigenu D vytvořili protilátky a mohlo

by dojít k rozpadu červených krvinek (hemolýze).

Reakce na přítomnost antigenu D je příčinou tzv. hemolytické nemoci novorozenců. Ta se může projevit v těle matky s krví Rh-, která již porodila dítě s Rh+ otcem (a toto dítě mělo Rh+) nebo obdržela transfúzi krve Rh+. V jejím těle jsou již vytvořeny protilátky anti-D, které mohou ohrozit nový plod. Svízelná situace, při které

dříve mohlo dojít až k úmrtí plodu, se dnes řeší podáním antiglobulinu matce po porodu. Dítěti s Rh+ narozenému matce s Rh- pak hrozí pouze méně závažné komplikace (novorozenecká žloutenka), které lze v drtivě většině případů vyřešit bez následků na zdraví dítěte.

V České republice je 85% populace Rh+ a 15% populace Rh-.

Dědičnost krevních skupin

Krevní skupina se nemění, je stále stejná (vyjma stavů po transplantaci kostní dřeně, kde může změna nastat při rozdílné krevní skupině dárce).

Krevní skupiny se dědí. Typ krevní skupiny je dědičný a závisí na krevní skupině matky a otce. Každý člověk zdědí po jedné ale od každého rodiče. Známe 3 alely: A, B a 0.

Jejich kombinací vznikne výsledná krevní skupina. Alely A a B mají převahu nad alelou 0, tak např. při genotypu A0 je výsledná krevní skupina (fenotyp) A.

Tabulka dědičnosti krevních skupin

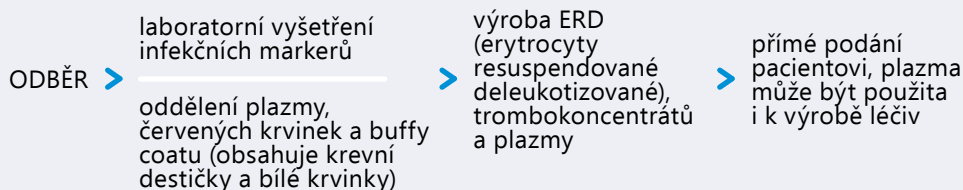
		OTEC			
		O	A	B	AB
MATKA	O	0	0, A	0, B	A, B
	A	0, A	0, A	0, A, B, AB	A, B, AB
	B	0, B	0, A, B, AB	0, B	A, B, AB
	AB	A, B	A, B, AB	A, B, AB	A, B, AB

Výskyt krevních skupin

V České republice jsou jednotlivé krevní skupiny zastoupeny takto: A - 42%, 0 - 39%, B - 15% a AB - 4%. V jednotlivých částech světa je zastoupení krevních skupin v závislosti na etnickém původu obyvatel velmi různorodé.

- **Skupina A:** Nejvíce se vyskytuje ve Skandinávii a u Inuitů a Lapců (50-60%), nejméně se v rámci Evropy vyskytuje v Pobaltí a na Islandu.
- **Skupina B:** Je nejčastější skupinou ve Střední Asii (cca 40%) a u původní romské populace. Takřka se nevyskytuje například u australských domorodců.
- **Skupina 0:** Tuto skupinu má až 100% Indiánů ze Střední a Jižní Ameriky. V Evropě je vysoký výskyt v Irsku, ve Skotsku, na Sardinii, Islandu, Korsice a u Basků (50-56%).
- **Skupina AB:** Nejvíce je zastoupena u obyvatel Bangladeše (16%) a prakticky se nevyskytuje u australských domorodců.

Cesta krve od dárce k pacientovi



Transfúzní přípravky a jejich použití

Erytrocyty – červené krvinky

Doba použitelnosti: **42 dní**

INDIKACE:

- akutní krevní ztráta
- anémie s příznaky snížené transportní kapacity krve pro kyslík

Plazma

Doba použitelnosti: **36 měsíců**

INDIKACE:

- krvácení nebo kombinované koagulační poruchy
- krvácení nebo příprava na chirurgický výkon
- mikroangiopatické trombocytopenie

Krevní destičky z buffy coatu

Doba použitelnosti: **5 dní**

INDIKACE:

- krvácivé stavy při hematologických onemocněních
- krvácivé stavy při operačních výkonech na otevřeném srdci s mimotělním oběhem

■ **prim. MUDr. Vít Motáň**
Transfúzní oddělení

Ráda budu vzpomínat na úžasný kolektiv a pacienty

Ke konci roku odchází do zaslouženého důchodu vrchní sestra Neurochirurgického oddělení Olga Pouzarová (OP) a vrchní sestra Oddělení plicního a TBC Bc. Danka Lahodová (DL).

Společně vzpomínají na své začátky ve zdravotnictví a na to hezké i těžké, co v rámci své kariéry zažily.

■ **Paní vrchní, začněme od začátku. Jak jste se dostaly do zdravotnictví, potažmo českobudějovické nemocnice?**

DL: Od malička jsem toužila stát se zdravotní sestrou a pečovat o miminka, byl to můj sen. Ale můj otec byl proti, naštěstí jsem si však studium prosadila a v Liptovském Mikuláši, odkud pocházím, jsem vystudovala zdravotnickou školu, obor dětská sestra. Zde jsem hned po maturitě nastoupila do nemocnice na novorozenecké oddělení, později na oddělení nedonošených dětí. Potkala jsem tam svého budoucího manžela a přestěhovali jsme se společně do Českých Budějovic. Bohužel v nemocnici v té době nebylo místo, tak jsem nastoupila na poštu. Po mateřské dovolené jsem nastoupila do Ústavu pro mentálně postižené děti, nyní je to Ústav sociální péče Empatie. Pak jsme se na chvíli vrátili na Slovensko. Po návratu jsem nastoupila do zubní ordinace. V roce 1997 jsem pak nastoupila do nemocnice na Interní oddělení. Chtěla jsem pracovat na Dětském oddělení, ale bohužel zde v té době nebylo volné místo. Po přibližně roce jsem pak přešla na nově vzniklé Gastroenterologické oddělení a v roce 1999 na Oddělení plicní a TBC.

Vůbec jsem neměla povědomí, co od toho mám očekávat. Naštěstí jsem měla velkou oporu v tehdejší primáři MUDr. Václavu Šnorkovi, paní vrchní i v celému kolektivu. V roce 2011 mi pan primář Šnorek nabídl místo vrchní sestry, která mne překvapila, nicméně jsem ji ráda přijala. V nemocnici tedy pracuji 25 let.

OP: Na zdrávku jsem šla z donucení a probřečela jsem kvůli tomu několik

dní. Pracovat v nemocnici jsem vůbec nechtěla, protože když jsem byla malá, můj bratr ležel v nemocnici v Jindřichově Hradci, kde nebylo moc hezké prostředí, o pacienty se staraly řádové sestry. A na mne to tenkrát zapůsobilo hrozně špatně.

Nicméně na škole se vše změnilo a práce sestry mne začala zajímat a bavit. Po škole jsem nastoupila na septickou chirurgii, kterou vedl pan profesor MUDr. Antonín Kostecký, CSc. Po třinácti letech jsem v roce 1986 přešla na nově vzniklé Neurochirurgické oddělení, které od nuly vybudoval pan primář MUDr. Petr Kozler, který přišel ze středošovické nemocnice. Začínali jsme tehdy s dvanácti lůžky a bylo nás zde jen pár sester. Byla to pro nás čest, že si nás pan primář vybral, ale zároveň i velká zodpovědnost, protože ze školy jsme o neurologii, potažmo neurochirurgii nevěděly nic. Pan primář byl úžasný a každých čtrnáct dnů nám dělal odborné semináře, jeho výpisky dodnes dávám děvčatům, která k nám nastoupí. Do roku 2002 jsem působila jako zástupkyně vrchní sestry, poté jako staniční a posledních patnáct let pracuji jako vrchní sestra. Z nemocnice tedy odcházím po 49 letech.

■ **Pracujete na velmi rozdílných odděleních. Čím vás tehdy zaujala?**

DL: Z novorozeneckého oddělení jsem byla zvyklá na práci s dětmi. Práce na Interním oddělení byla poměrně odlišná. Chtěla jsem pracovat na JIP vzniklého Gastroenterologického oddělení, studovala jsem proto ARIP, ale to nevyšlo. Pak jsem měla podanou přihlášku i na nové Kardiochirurgické oddělení, kam jsem moc chtěla. Sestry tenkrát absolvovaly stáž v IKEM, ale já jsem měla v té době



Zleva: vrchní sestry Bc. Danka Lahodová a Olga Pouzarová

malé děti, takže to nebylo reálné. Nakonec jsem tedy přešla na Oddělení plicní a TBC, kde mě ale všichni moc hezky přijali a díky skvělému kolektivu jsem tam zůstala. Pracovala jsem ve směnném provozu u lůžek. Postupem času jsem si uvědomila, že práce se seniory je v lecčem podobná práci s dětmi – jsou také velmi zranitelní a potřebují péči nejen v nemocnici, ale i doma.

Co se týče odborné práce, jsem pyšná na náš bronchologický sál, kde během roku vyšetříme velké množství pacientů. Dále jsem ráda za nové přístrojové vybavení spirometrie, impulzní oscilometrii a otevření druhé plicní ambulance. Obecně dnes stoupá počet pacientů s nádorovými onemocněními, z nichž se dá spousta odhalit včas. Proto všem doporučuji nezanedbávat prevenci a hlavně nekouřit.

OP: Pro mne byla práce na Interním oddělení smutná, vybrala jsem si proto chirurgii, která mi přišla mnohem akčnější. Moje první staniční sestra paní Helena Sívá byla úplně úžasná a nesmírně šikovná. Líbilo se mi, že práce měla spád, lékaři nás brali na sály, dělaly jsme převazy a hlavně jsme jako sestry mohly dělat řadu výkonů, které na Interním oddělení sestry dělat nemohly a dělali je jen lékaři. A taky mne již na škole určitě ovlivnil úžasný profesor na chirurgii, MUDr. Jiří Krbec st., který na nás byl přísný, ale hodně nás naučil. A můžu říct, že chirurgie mne baví dodnes.

Neurochirurgie je čistý obor. Práce u nás je strašně zajímavá a odborně náročná. Máme bezvadné vedení, dobrý kolektiv, nikdo se na nikoho

nepovyšuje, pomáháme si. Jsem moc vděčná, že máme v týmu velmi šikovné sanitáře a sanitářky.

■ Na neurochirurgii jste od samého začátku. Rozdíl mezi dnešními a tehdejšími možnostmi léčby musí být obrovský.

OP: Zpočátku se zde vůbec neprováděly operace mozku, pacienty jsme posílali do Prahy do střešovické nemocnice. Když u nás proběhla první operace mozku, dodnes si pamatuji, že to byl glioblastom, nejzhoubnější druh nádoru mozku, tak to byla – v uvozovkách – obrovská sláva. Když pacientku přivezli z operačního sálu, my sestry jsme vůbec netušily, co s ní dělat. V té době jsme neznaly monitoraci, dávkovače, infúzní pumpy apod. Pan primář Kozler nás tehdy všechny instruoval, jak o pacientku pečovat.

Velký rozvoj oddělení nastal, když byl primářem ustanoven MUDr. Vladimír Chlouba. Spolu s doc. MUDr. Vladimírem Příbáňem, Ph.D., a MUDr. Jiřím Fiedlerem, Ph.D., MBA, začali operovat nezhoubné nádory, krkavice, mozkové výdutě a další. Dnes patří naše oddělení ke špičce nejen v republice, naši lékaři dělají světovou medicínu. Pan primář i pan doktor Fiedler mladým lékařům neskutečně pomáhají, vše je učí.

■ Pro Oddělení plicní a TBC muselo být náročné období covidu.

DL: Bylo to velmi náročné. Musím vyzdvihnout veškerý personál, který byl úžasný, pracoval s obrovským nasazením za dodržování veškerých hygienických nařízení. Bohužel zátěž to byla tak obrovská, že ještě dnes vidím na některých kolegyních, že jsou z té doby stále velmi unavené. Bohužel v té době jsem se sama stala pacientkou neurochirurgie, vše tak padlo na bedra mé zástupkyně.

O jaké pacienty zpravidla na vašich odděleních pečujete?

DL: Našimi pacienty jsou ve velké míře lidé ve věku šedesát a více let. Musím říct, že naše sestry i ostatní personál o ně krásně pečují. Všichni se aktivně zajímají a školí na problematiku výživy a proleženin. Problémy ale nastávají, když se má pacient vrátit domů, zejména pokud bydlí sám. Dala jsem si proto již před lety předsevzetí, že chci mít vždy jistotu, že se o lidi, kteří od nás odcházejí domů a žijí sami, někdo postará. Úzce proto spolupracuji s našimi sociálními sestrami, které nám velice pomáhají.

V dnešní době je péče o seniory a umírající pro rodiny často velkým problémem. Hospicová péče sice funguje, ale někdy je to velmi smutné, když vidíte, že pacient by rád zemřel doma v kruhu rodinném, ale rodina ho nechce. Snažím se vždy s rodinami pracovat, vysvětlit jim, jaké mají možnosti podpory. Je mojí srdeční záležitostí vždy zajistit, aby se měl nemocný kam vrátit, měl se o něj



Olga Pouzarová

kdo postarat a nezůstal sám. Těší mne, když se podaří nemocnému, kterému zbývá pár týdnů či dní života, odejít domů a strávit zbývající čas v kruhu rodiny. Dnes už bohužel není běžné, že lidé umírají doma.

OP: Laik by možná předpokládal, že u nás na oddělení se běžně setkáváme s umírajícími pacienty. Ale pacienti v těžkých stavech jsou překládáni na ARO, u nás tak pacient zemře výjimečně. Pokud se ale tak stane, tak to vždy zasáhne celý kolektiv. Když jsem pracovala na chirurgii, tak tam byla úmrtí pacientů poměrně běžná. Je vám to vždy líto, ale zároveň časem přivyknete.

Většina našich pacientů se překládá na jiná oddělení nebo do jiných nemocnic. Takže situace, kdo se postará o pacienta po propuštění, neřešíme často. Nicméně i já v těchto situacích vidím, že se rodina leckdy nechce nebo nemůže o umírajícího postarat. Na některých vidím, že mají strach, jak péči o umírajícího zvládnou. Je pro ně mnohem komfortnější

klidně celé dny prosedět u svého blízkého v nemocnici, kde je pomoc nablízku, než s ním být sami doma.

■ Obě jistě máte po tolika letech již dobrý odhad, komu práce u vás půjde a komu nikoli. Vašimi odděleními projde i řada studentek. Jak je vybíráte?

OP: Jsem vděčná hlavní sestře Mgr. Haně Dohnalové i paní ředitelce Bc. Ivě Novákové, MBA, že nám daly volnou ruku pro výběr sester. V rámci praxe, na kterou k nám studentky chodí, je máme možnost poznat při práci. Protože několikrát jsme dostali například i z fakulty doporučení na sestry, ale pak se v praxi ukázalo, že na práci u nás se nehodí. Naši lékaři berou studentky i k operacím, za což jsme já i studentky moc rády.

Dnes je výuka úplně jiná. Nám stály profesorky za zády a pořád říkaly, co děláme dobře a co špatně, což bylo dost stresující. Zatímco dnes má studentky na starosti náš personál, což je hrozně fajn pro nás i pro ně.

DL: Já jsem moc ráda, že i u nás mohou studentky vykonávat odbornou praxi. Studentky říkají, že jsou rády, že mají možnost nahlédnout do našeho oboru. Bereme je i na bronchologický sál, což je pro ně velmi zajímavé. Řadu věcí je necháme si vyzkoušet. Kromě odborných věcí ale byly překvapeny množstvím dokumentace, kterou sestry musí vést.

■ **Za svoji kariéru jste se setkaly se spoustou lidí a osudů. Máte nějaký, který se vám vryl do paměti?**

OP: Příběhů je více, ale na koho nikdy nezapomenu, je pan S. Pacient, který měl velice těžké poranění mozku, které jako zázrakem přežil. V důsledku poranění ale u něj došlo ke změnám v psychické oblasti. Byl tak neskutečně zábavný a byla s ním ohromná legrace. Vždy jsem se na něj moc těšila. Doprovázela jsem ho na vyšetření, úzce jsme komunikovali i s rodinou.

Pak nezapomenu na dceru mých známých, která u nás zemřela na nádor mozku. To bylo pro mne strašné.

DL: U nás obecně není moc příběhů se šťastným koncem. Před lety naše kolegyně onemocněla nevléčitelnou chorobou. Chtěli jsme ji mít u nás na oddělení, strávit s ní poslední chvíle života a dochovat si ji, což se podařilo. To byla pro mne nejtěžší chvíle, kterou jsem v práci zažila. Ale zažila jsem i jednu radostnou událost, když se nám podařilo splnit poslední přání a uspořádat svatbu dlouholetého zaměstnance nemocnice, který byl u nás na oddělení hospitalizovaný.

■ **Za pár dní se s nemocnicí rozloučíte. Jak se vám bude odcházet a na co budete rády vzpomínat?**

OP: Já na své mládí. 😊 Vše se nám zdálo snazší. Měly jsme více času na pacienty, dnes hodně času zabere administrativa. Ze všeho nejvíc mne těší, že děvčata, která odchází na mateřskou nebo na jiné pracoviště na zkušenou, se často ráda vrací. To je známka toho, že máme výborný kolektiv. Samozřejmě náš pan primář



Bc. Danka Lahodová

je zlatý a skvělí jsou i všichni naši lékaři. Jsem přísnější, ale zase kamarádká. Všichni mi říkají, ať neodcházím, tak jsem asi nebyla nejhorší.

DL: Začátky jak na oddělení, tak pak ve funkci vrchní pro mne byly těžké. Ráda budu vzpomínat na celý kolektiv, jsou to úžasní lidé, ale i na pacienty. Každý čtvrtek máme s panem primářem MUDr. Petrem Vaníkem ambulanci pro těžké astmatiky, kde aplikujeme biologickou léčbu. To je pro mne srdeční záležitost, někteří pacienti k nám chodí i třináct let. Dneska jsem se zrovna loučila s pacientkou, která se rozplakala. To bylo velmi smutné zároveň moc milé.

Snažila jsem se, aby naše oddělení vzkvétalo a sestry dále profesně rostly. Je velmi těžké rozhodnout se o odejít.

■ **Zdá se, že tedy na svou práci budete vzpomínat s láskou, je to tak?**

OP: Určitě. Mně bude smutno. Říkám si, že když mi bude nejhůř, tak se přijdu na oddělení podívat. Ale prostě všechno jednou končí. Máme dvě chalupy, takže se moc těším, jak tam budu relaxovat. Budu jezdit na kole a kolečkových bruslích, cestovat a užívat si vnučat a manžela.

DL: Budu vzpomínat jen v dobrém. Plicní oddělení pro mne je a bude druhou rodinou. Děkuji celému kolektivu a panu primáři Vaníkovi, že jsme s nimi mohla spolupracovat. Těším se, že si užiji vnučátek a budu mít čas na zahradu.

■ **Ing. Veronika Dubská**

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

Onkologie jako atraktivní a dynamicky se rozvíjející obor z pohledu sestry

Práce sester na onkologii je mnohdy stále synonymem pro práci smutnou, depresivní, neatraktivní. Lidé si stále myslí, že na onkologii se jen umírá... Není to pravda.

Musím se přiznat, že ještě před jedenácti lety jsem tuto práci vnímala stejně a onkologie rozhodně patřila k oborům, které mě profesně vůbec nelákaly. Při studiu na všeobecnou sestru jsem v českobudějovické nemocnici brigádničila na 2. oddělení následné péče (ONP2) jako ošetrovatelka, a tak se zdálo samozřejmé, že i po dostudování budu na stejném oddělení jako všeobecná sestra pokračovat. Toto oddělení mělo přátelský, skoro až rodinný charakter, měli jsme fajn kolektiv, práce byla náročná, ale i přesto velice smysluplná. Právě zde jsem se také poprvé setkala s onkologickými pacienty, bohužel ale většinou již v terminálním stadiu jejich onemocnění. Po nějaké době jsem cítila, že je čas na změnu.

A když změna, tak pořádná. Přestoupila jsem z ONP rovnou na resuscitační část tehdejšího Kardiochirurgické oddělení. Ačkoliv to bylo hodně náročné, na některých vědomostech získaných právě na kardiochirurgii stavím dodnes, stále z nich čerpám.

Nicméně osud tomu chtěl, že jsem nedlouho poté z vážných osobních důvodů rodné Budějovice vyměnila za metropoli východního Slovenska – Košice. V té době (rok 2011) nebylo na východě Slovenska vůbec snadné najít jako sestru zaměstnání, velká univerzitní nemocnice měla stop stav, Dětská fakultní nemocnice požadovala alespoň tři roky praxe na dětském oddělení, a tak jsem nastoupila do Východoslovenského onkologického ústavu, kde zrovna sháněli sestru na Kliniku klinické a radiační onkologie. Původně jsem

tam chtěla pracovat jen dočasně, než si najdu něco „lepšího“. Už po pár dnech jsem ale věděla, že nic lepšího bych najít nemohla, a onkoústavu jsem zůstala věrná až do svého návratu zpět do Budějovic v roce 2017.

V práci na onkologii jsem pak samozřejmě chtěla pokračovat i v českobudějovické nemocnici. Onkologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., je zároveň vysoce specializovaným Komplexním onkologickým centrem, a je tak prestižním pracovištěm. Práce sestry na onkologii rozhodně není jednotvárná – je naopak velmi pestrá, vysoce odborná a atraktivní a má svá specifika. Je to obor, který se neustále vyvíjí, pacienti mají k dispozici nejmodernější léčbu a péči.

Sestra se zde naučí znát spoustu léků, cytostatik (protinádorové léky, které ničí nádorové, ale bohužel i některé zdravé buňky), cílenou biologickou léčbu, naučí se pracovat hned s několika typy cévních vstupů (především pak s podkožním implantovaným portem a systémem PICC – žilní, periferně implantovaný centrální katetr). Setká se také s péčí o rány – o radiační popáleniny, exulcerované nádory (rozpadlé nádory, které svým rozpadem tvoří otevřené, mnohdy rozsáhlé rány), operační rány – pozná také různé druhy stomií (tracheostomie, gastrostomie, jejunostomie, kolostomie) a péči o ně. Nedílnou součástí sesterské práce je i péče o výživu pacienta, která může být přijímána jak ústy, tak enterálně i parenterálně. Enterální výživa je definována jako podávání bilancovaných roztoků do trávicího traktu popíjením



Lenka Pástorová

nebo sondou- např. pomocí PEG sondy (gastrostomie zavedená endoskopicky) a je indikována v případě, že pacient není z jakéhokoliv důvodu schopen jíst a má funkční trávicí trakt. Jako parenterální výživu označujeme výživu podávanou speciálními infuzními roztoky do žil. Parenterální výživa se využívá při nefunkčnosti trávicího traktu. Parenterální podání roztoků pak nahradí dočasně funkci trávicího traktu. Velice odbornou a důležitou částí sesterské práce je taktéž aplikace cytostatik nebo již zmíněné cílené biologické léčby, znalost chemoterapeutických režimů, premedikací a mnoho dalšího. Samozřejmostí je tak komplexní ošetrovatelská péče o pacienty dle jejich individuálních potřeb.

Především tady na onkologii v Českých Budějovicích jsem rychle pochopila, jak úžasné pokroky medicína dělá a jak velké pokroky se v onkologii odehrály třeba jen za posledních jedenáct let.

Na vlastní oči vidím, jak dramaticky se zlepšila prognóza u některých diagnóz – kromě onkologické léčby nelze opomenout i léčbu chirurgickou, která mnohdy navazuje na onkologickou péči nebo jí naopak předchází a která je u nás v nemocnici také na velice vysoké úrovni.

Pokroky vidím i v oblasti léků. Existují moderní léky proti nevolnosti a zvracení po chemoterapii, díky nimž je cytostatická léčba lépe zvládnutelná. Pokročila i léčba bolesti a rovněž paliativní léčba. Paliativní léčba v dnešní době vůbec nemusí v onkologii znamenat brzký konec života, ale často i několik dalších let kvalitního života s onkologickým onemocněním, jež se lékařům daří držet pod kontrolou, ačkoliv již není možné jeho úplné vyléčení.

Samozřejmě chápu, že práce sestry na onkologii není pro každého,

není ale nutné se jí bát nebo ji nějak stigmatizovat. Ano, jsou tu i smutné momenty, ale stejně tak i okamžiky plné naděje. Máme radost z malých i velkých úspěchů.

V onkologii je nutná vysoká míra empatie a trpělivosti, psychická odolnost a schopnost týmové spolupráce, protože naši pacienti a jejich blízcí právě prožívají jedno z nejtěžších období svého života, a je to sestra, která s nemocným tráví nejvíce času. Mnohdy je právě sestra tou, které se pacient nejvíce svěřuje a která díky tomu může lékaři podat nejvíce informací o pacientovi a podílet se tak na efektivní léčbě.

Děkuji za možnost být součástí Onkologického oddělení právě v Nemocnici České Budějovice, a.s.

■ **Lenka Pástorová**
Onkologické oddělení

Po covidové pauze se opět konal velký mezinárodní kongres kardiiovaskulární a radiointervenční medicíny

Ve dnech 10. až 14. září 2022 se v Barceloně po dvouleté pauze způsobené koronavirovou pandemií konal mezinárodní kongres Evropské společnosti kardiiovaskulární a intervenční radiologie (CIRSE Cardiovascular and Interventional Radiological Society in Europe). Tato velká akce je zárukou, že si zde každý najde to své, bez ohledu na pracoviště a úroveň zkušeností a znalostí. Část programu byla určená i pro studenty lékařských fakult.

Hlavní úlohou intervenční radiologie vždy bylo léčení chorob periferního cévního systému. Počty výkonů v této oblasti celosvětově vlivem obezity

a diabetu stoupají. Část programu proto byla zaměřena na léčení onemocnění periferních tepen, především obliterující choroby dolních končetin (stav, kdy dochází k vlivem degenerativních změn k postupnému zužování průsvitu tepen dolních končetin, až k jejich kompletnímu uzavření). V této části bylo probíráno plánování léčby, možnosti intervenční léčby, stávající i nové technologie a zařízení. Byly představeny zkušenosti s aterektomy, které používáme i v naší praxi. Aterektomy jsou katetry s rotační frézou či břity, které jsou připojené k externí pohonné jednotce. Tyto katetry slouží k „odfrézování“ a následné aspiraci aterosklerotických plátů, které zužují až

kompletně obliterují tepenné řečiště. Výsledkem je nově vytvořené lumen (vnitřní průměr tepny). Požadavkem je nutnost danou stenózu (zúžení) či okluzi (uzávěr) tepny projít v místě původního lumen (cévního řečiště). V optimálním případě je výsledkem vhodně široké lumen tepny. Nevýhodou daného zařízení jsou komplikace v místě výkonu, nejzávažnější je perforace tepny s krvácením, které je nutné ošetřit implantací stengraftu (krytého stentu). Při nedostatečné aspiraci může dojít k embolizaci aterosklerotických hmot periferně s ischemizací (nedokrevností) tkání nohy či prstů. Jistou nevýhodou je nutnost použití širšího vstupního otvoru do tepny a tím zvýšené riziko postpunkčního krvácení či vzniku pseudoaneuryzmatu (nepravé výdutě tepny).

Jeden blok přednášek se jmenoval *Hluboká žilní arterializace: poslední naděje?* Jednalo se případy kritické končetinové ischemie (stav, kdy vitalita dolní končetiny je ohrožená a hrozí amputace). Limitací úspěšnosti endovaskulární terapie je zachování výtokového traktu. Zde byly prezentovány případy devastace bércevého řečiště a tepen nohy, kde již klasická endovaskulární či chirurgická terapie nepřipadala v úvahu. Při tomto výkonu lékař provede arteriovenózní zkrat mezi proximálním úsekem jedné z bércevéch tepen a paralelně probíhající žíly (tzn. spojení mezi tepnou a žilou). V této žíle destruuje chlopňový aparát, aby mohlo dojít k otočení toku krve. Výsledkem je přivedení





tepenné krve periferní žílou a zlepšené zásobení tkání nohy zejména kyslíkem.

Na kongresu byly představeny i výsledky endovaskulární terapie při

zakládání dialyzačních AV zkratů (uměle vytvořený zkrat mezi tepnou a žílou horní končetiny sloužící k pravidelné hemodialýze). Dnes je již možnost tyto zkraty zakládat endovaskulárně pomocí

specializovaných zařízení. Jedná se o vytvoření arteficiálního zkratu mezi tepnou a žílou horní končetiny, ať již v úrovni předloktí či paže. Pomocí specializovaného katetru dojde k vytvoření dostatečného průměru anastomózy (spojení) pomocí tepelné energie či radiofrekvence. Výhodou je ambulantní provedení či krátkodobá hospitalizace s rychlou rekonvalescencí a včasný zahájení dialyzační léčby. Průchodnost (patence) takto vytvořených zkratů může být dlouhodobá, vzhledem k menší tendenci k fibrotizaci (jizvení) okolních měkkých tkání a tím i menším rizikům restenózy (opětovného zúžení cév).

Kongres byl po všech stránkách velmi přínosný. Měli jsme možnost se opět setkat s kolegy z jiných pracovišť a vzájemně si vyměnit zkušenosti. Děkuji vedení nemocnice za možnost se této akci zúčastnit.

■ **MUDr. Petr Mašek**
Radiologické oddělení



Workshop embolizačních technik v Madridu

Dne 20. 10. 2022 jsem se zúčastnil vzdělávací akce v Hospital HM Monteprincipe v Madridu. Jednalo se o workshop zaměřený na embolizační techniky (miniinvazivní procedura spočívající v k dočasnému či trvalému uzavření cévních struktur pomocí aplikace specifických materiálů), který pořádala firma Terumo. Na workshopu bylo pouze pět míst a všechna tato místa obsadili lékaři z České republiky.

Celý den jsme strávili ve fakultní nemocnici na předměstí Madridu, kde pro nás byl připravený odborný program týkající se pánevního kongestivního syndromu. Pánevní kongestivní syndrom se projevuje chronickou pánevní bolestí postihující ženy, perineálním diskomfortem, postkoitální bolestivostí, mikčními či defekačními obtížemi, které jsou způsobeny ovariálním či pánevním žilním refluxem. Častá je souvislost s vrozenými anatomickými žilními varietami (atypie). Tento syndrom postihuje většinou ženy v reprodukčním věku, nejčastěji se projevuje po graviditě, incidence



Práce na angiointervenčním sále

narůstá s opakovanými graviditami a v menopauze příznaky většinou regredují. Terapie je konzervativní (medikamentózní) ke zmírnění příznaků, nebo invazivní ať již chirurgická či endovaskulární (miniinvazivní léčebná procedura, kdy se přes

malou punkci periferní cévy zavádí speciální instrumentarium a celý výkon se provede tzv. „uvnitř cévy“). Na endovaskulární terapii byl zaměřený tento workshop, kdy v průběhu dne jsme shlédli tři endovaskulární výkony spočívající v embolizaci ovarických (vaječnickových) žil. V místní fakultní nemocnici provádějí těchto výkonů okolo dvou set ročně. Embolizace ovarických žil a léčbu pánevního kongestivního syndromu provádíme i v naší nemocnici, i když oproti Madridu ve velmi skromných počtech. Pro mě bylo příjemným potěšením zjistit, že stran techniky, provedení a materiálního zabezpečení jsme na obdobné úrovni.

Děkuji za možnost se tohoto workshopu zúčastnit, seznámit se s novými kolegy z ostatních pracovišť z ČR a navázat nové kontakty.

■ **MUDr. Petr Mašek**
Radiologické oddělení



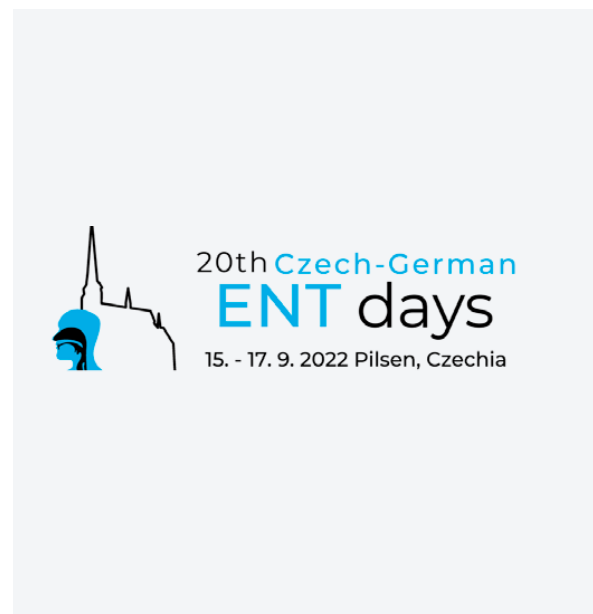
Hospital HM Monteprincipe v Madridu

Česko-německé ORL dny se letos konaly již podvacáté

Každoroční – v pořadí již dvacáté – česko-německé ORL dny se letos konaly od 15. do 17. září. Zúčastnila se jich i skupina lékařů z našeho Oddělení otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku. Konference probíhá pod patronací česko-německé ORL společnosti a ve výběru místa konání se česká a německá strana pravidelně střídají. Pro letošní rok padla volba na město Plzeň. Setkání se tak konalo pod záštitou Otorhinolaryngologické kliniky Fakultní nemocnice Plzeň. Jazykem konference je angličtina.

Stěžejními tématy letošního sympozia byly spánková medicína a nemoci a nádory slinných žláz. Už samotný výběr těchto témat byl zárukou zajímavých přednášek i hodnotných diskuzí. Ačkoliv by v porovnání

s velkými národními kongresy mohla jistá komornost události vyvolávat dojem omezené odborné atraktivity, opak je pravdou. Právě užší okruh diskutérů spolu s účastí předních osobností ORL scény zajistil velmi plodné odborné debaty o zajímavých tématech. Diskuze tak často bývaly moderátorem odkládány na přestávky a v přátelském duchu se vedly ve společných prostorách i po skončení oficiálního programu. Za zmínku jistě stojí přednášky dr. Nilse Abramse z německé St. Barbara-Klinik v Hammu a prof. MUDr. Jana Kložara, CSc. a MUDr. Jaroslava Betky, Ph.D. z Fakultní nemocnice v Motole věnované spánkové medicíně. Ta v otorinolaryngologii představuje mj. i problematiku ronchopatie



(chrápání), symptomu se širokou patientskou základnou, tedy i různými pohledy na terapii a trendy. Na přetřes tak přišla například i tradiční otázka volby mezi konzervativní a chirurgickou léčbou a zastánci obou táborů z obou stran státní hranice sdíleli své zkušenosti a preference.

Následující blok věnovaný onemocněním slinných žláz zahájil prof. Dr. Michael Koch z univerzitní kliniky v bavorském Erlangenu zajímavou přednáškou pojednávající o rozsahu chirurgické terapie specifických karcinomů příušní žlázy. V tomto bloku také předsedající účastníci přivítali váženého hosta konference. Byla jím osobnost české patologie prof. MUDr. Alena Skálová, CSc., a za řečnickým pultem přednesla nejnovější změny v klasifikaci nádorů slinných žláz Světové zdravotnické organizace, na jejíž revizi se jako členka mezinárodní skupiny odborníků sama aktivně podílela.



Lékaři ORL oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., zleva: MUDr. Dita Hladíková, MUDr. Tomáš Šulc, MUDr. Hana Doležalová



Účastníci 20. česko-německých ORL dnů

V obou blocích nechyběly ani bohaté sekce volných sdělení a posterové sekce a součástí setkání byly i krátké vzdělávací kurzy – v letošním roce šlo o kurz sonografie hlavy a krku a kurz polysomnografie (vyšetření průběhu spánku)

Organizátoři rovněž mysleli na společenskou stránku události. Návštěva pivovaru Plzeňský Prazdroj spolu se společenským večerem uzavřela hlavní den konference.

Poslední den byl věnován přednáškám na volná témata. Zde si jistě zaslouží výslunní vystoupení prof. Karla-Bernda Hüttenbrinka z univerzitní kliniky v Kolíně nad Rýnem, osobnosti německé otologie (medicína ucha). Profesor Hüttenbrink, pohovořil o chronickém zánětu středoušní dutiny s tzv. cholesteatomem, nepravým nádorem, jehož přesný mechanismus vzniku nebyl dosud jednoznačně popsán. Přednáška se týkala právě nejnovějších poznatků jeho patofyziologie a zároveň

nových trendů v léčbě. Zmínku si rovněž zaslouží prezentace dr. Jürgena Abramse z Hammu, který představil společný informační systém několika pracovišť jednoho poskytovatele zdravotní péče, v němž je kladen důraz na využití interní komunikace, sdílení a správu dat s cílem efektivního workflow v každodenní ORL praxi.

Samotný závěrečný ceremoniál proběhl opět ve velmi pozitivním duchu. Předsedající účastníci obou stran si pochvalovali úroveň odborné spolupráce, která byla v kontextu bilaterálních mezinárodních ORL společností na kontinentu opakovaně hodnocena jako nadstandardní. Tečkou za celým setkáním byla pozvánka na česko-německé ORL dny 2023, jež se budou konat v německém městě Apolda.

■ **MUDr. Tomáš Šulc**
Oddělení otorinolaryngologie
a chirurgie hlavy a krku



Kurz polysomnografie:
doc. MUDr. David Slouka Ph.D., MBA
(Fakultní nemocnice Plzeň) a figurína
s monitoračními prvky polysomnografu

Výroční kongres Evropské neurochirurgické společnosti (EANS) v Bělehradě

Ve dnech 16.–20. října jsme se společně s kolegyní MUDr. Martinou Štokovou zúčastnily Výročního kongresu Evropské neurochirurgické společnosti, tentokrát pořádaného v Bělehradě.

Kongres se pořádá každým rokem a letos bylo možné se opět setkat osobně díky uvolnění restrikcí spojených s pandemií v předchozích letech. Pro místo kongresu byl vybrán Hotel Crowne Plaza v centru Bělehradu. Pětidenní program byl nabitý zajímavými přednáškami, které byly rozdělené do různých sekcí – neuroonkologie, cévní neurochirurgie, problematika hydrocefalu, periferní nervy a spinální neurochirurgie. Jednotlivé bloky probíhaly paralelně, většinou každý den od ranních hodin do pozdního odpoledne. Přednášeli neurochirurgové, neurologové a další specialisté v oblasti neurověd z celého světa. Všechny přednášky byly velmi kvalitně zpracované i prezentované, většinou se jednalo o původní, již publikované, studie v impaktovaných časopisech. Pro naše pracoviště byly nejvíce přínosné práce hodnotící vliv užívání různých léčiv na výsledný stav pacientů po operačním výkonu.

Dále management pacientů se subarachnoidálním krvácením, které u nás pravidelně hospitalizujeme. I velké studie, které se zaměřovaly na zhodnocení prognostických faktorů u pacientů s nádorovým onemocněním. Další nedílnou součástí kongresu byla i operační videa, která popisovala přesné operační postupy komentované světově uznávanými neurochirurgy. Pro nás opět velmi přínosná, jelikož se probíraly přesné operační strategie, využití nových metod i výběr správného pacienta vzhledem k benefitu výkonu.

Náš příspěvek, který je založen na recentním grantu AZV ČR, byl vybrán do sekce ePosterů. Práce se zaměřuje na vztah mezi přítomností edému mozkové tkáně kolem nádoru a jeho vlivem na rozvoj komplikací v pooperačním období. Prokázali jsme, že v případě výskytu tohoto edému, je obecně vyšší riziko pro rozvoj komplikací, zejména poté přítomnosti drobného hematomu (krvácení).

Společenské večery probíhaly v kongresovém hotelu i mimo něj, a tak jsme měly šanci poznat i místní kulturu. Bělehrad je město velmi



Zleva: MUDr. Barbora Musilová a, MUDr. Martina Štoková

živé a chaotické vzhledem k absenci metra i městského okruhu. Za poznání stojí jak jeho historická, tak moderní část. Asi nejvíce nás oslovily trosky budov po bombardování NATO, které jsou ve městě stále v surové podobě. Zahajovací večer byl obohacen o návštěvu speciálního hosta, kterým byl známý špičkový tenista Novak Djokovič. V rámci svého krátkého proslovu mluvil o své kariéře profesionálního sportovce, o motivaci, o sebezlepšování, ale také o oběti, kterou sportovnímu světu přinesl.

Kongres hodnotíme velmi pozitivně, účast nám přinesla spoustu nových informací ze světa neurochirurgie, nové pohledy na známou problematiku a inspiraci k další vědecké činnosti.



Naše aktivní účast v podobě ePosteru



Speciální host zahajovacího večera – tenista Novak Djokovič

■ **MUDr. Barbora Musilová,**
MUDr. Martina Štoková
Neurochirurgické oddělení

Výroční sjezd České neurochirurgické společnosti ČLS JEP v Brně

Další velkou akcí, které jsem se zúčastnila, byl výroční kongres České neurochirurgické společnosti s mezinárodní účastí. Kongres se konal 14.–16. listopadu a přinesl tři dny nabitě přednáškami nejen českých, ale i amerických a švýcarských neurochirurgů.

Ze zahraničních jmen je určitě nutno zmínit světově známé špičkové neurochirurgy – profesora Fadyho T. Charbela (UIC, Chicago) a profesora Christophera S. Ogilvyho (Harvard, Boston). Pana profesora Charbela jsem znala už z předchozího mikrovaskulárního kurzu, který probíhal minulý rok v Českých Budějovicích. Mile mě proto překvapilo, že si mě nejen pamatoval, ale vyslechl si i mou přednášku, kterou by vzhledem k dlouhému cestování nestihl

v rámci standardního programu. Pan profesor je opravdu velmi vstřícný a ochotný člověk, a tak mi poradil, co do přednášky ještě doplnit a na co klást důraz.

Přednášky probíhaly po celý den v prostorách hotelu International a společenské večery přinášely možnost pozdravit staré známé, poznat nové známé či navázat mezinemocniční spolupráci.

Z našeho oddělení první den MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D., MBA, předsedal spolu se šéfem EANS jedné ze dvou mezinárodních sekcí a měl dvě vyzvané přednášky na téma – Urgent one-stage treatment of ruptured brain arterio-venous malformation in ten patients a Emergent Open Embolectomy and/or Bypass for

Acute Stroke after Mechanical Thrombectomy Failure – a prospective randomised study (Urgentní operační léčba prasklých arterio-venózních malformací u 10 pacientů, Emergentní embolektomie a/nebo bypass pro akutní cévní mozkovou příhodu po neúspěšné mechanické tromboektomii - prospektivní randomizovaná studie).

První ze zmíněných prací byla retrospektivní studie, která se soustředila na akutní operování u pacientů s arteriovenózní malformací (patologicky uspořádané cévní struktury) ve zhoršeném klinickém stavu. Druhý den pak přednášel kolega MUDr. David Měšťan na téma Výsledky operačního řešení degenerativní spinální cervikální myelopatie. Studie z našeho pracoviště porovnávala různé přístupy k operativě krční páteře a přinášela i zhodnocení našeho souboru pacientů. Poslední den jsem prezentovala zajímavou kazuistiku pacientky s raritním tzv. blister aneuryzmatem a jeho neurochirurgickým operačním řešením. V České republice jsme jistě první, kteří aneuryzma (tepennou výduť) vyřešili kombinovaným způsobem – přímým sešitím cévní stěny a zároveň provedením tzv. bypassu neboli cévní spojky.

Závěrem oceňujeme kvalitně sestavený program s významnými zahraničními hosty a výbornou organizací celého kongresu. Myslím, že České Budějovice se se čtyřmi přednáškami na nejrespektovanějším českém fóru neztratily.

■ **MUDr. Barbora Musilová**
Neurochirurgické oddělení

Banka mateřského mléka
Neonatologické oddělení
Nemocnice České Budějovice, a.s.

Každá dávkyně mateřského mléka je i zachránkyně.

#NASEZLUTEZLATO

Pomůžete nám?

- příspěvek 300 Kč / litr mléka
- svoz mléka zajistíme

KONTAKT:
bankamm@nemcb.cz
387 87 5738
www.nemcb.cz

NEMOCNICE
ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s.

Inspirativní kurz muskuloskeletární ultrasonografie

Ve dnech 21. – 22. října 2022 jsem se zúčastnil Základního kurzu muskuloskeletární ultrasonografie s praktickou výukou v Brně pod vedením akreditovaného vyučujícího doc. MUDr. Luboše Hrazdíry, CSc. Celá akce byla pod záštitou České společnosti pro ultrazvuk v medicíně.

V rámci kurzu jsem měl možnost seznámit se s indikacemi echografických vyšetření pohybového aparátu a s vyšetřovacími postupy při vyšetřování jednotlivých krajín horní i dolní končetiny, včetně nových možností a trendů této vyšetřovací techniky, která se překotně vyvíjí.

Dnešní ultrazvukové přístroje nám mohou nabídnout panoramatické zobrazení, vyšetření změny tuhosti tkáně - elastografii, zobrazení jehly při punkcích nebo zobrazení v 3D režimu. Do budoucna můžeme počítat v této sféře i s využitím umělé inteligence. Sonografie přináší velké výhody v podobě možnosti provedení cílené punkce vyšetřované lokality (kloub, tekutinové nebo hnisavé ložisko) a evakuaci přítomné tekutiny nebo přímou aplikaci léčiva. V pooperační době pomůže sonografické vyšetření zobrazit nežádoucí tekutinu v měkkých tkáních v oblasti operační krajiny.

Slovníček pojmů:

Ruptura – traumatické nebo násilné přerušeni či natrženi některého orgánu

Rotátorová manžeta – je anatomická struktura, která zajišťuje stabilitu a pohyblivost ramenního kloubu. Skládá se ze čtyř svalů-
musculus supraspinatus – sval nadhřebenový,
musculus infraspinatus – sval podhřebenový,
musculus teres minor – malý oblý sval,
musculus subscapularis – sval podlopatkový

Chondrální defekty – poranění kloubní chrupavky

Akromioklavikulární kloub – kloub spojující výběžek lopatky a klíční kost

Popliteální krajina – krajina zadní části kolenního kloubu

Entezopatie – označení bolestivých stavů způsobené nejčastěji zánětlivými změnami v okolí úponů šlach na kost.

Extenzorový aparát kolenního kloubu – skupina svalů zajišťující natažení kolenního kloubu



MUDr. Ján Pertlíček

Kurz byl rozdělen do dvou dnů, s teoretickou i praktickou částí. Teoretická část se skládala z přednášek a názorných ukázek vyšetření sonografickým přístrojem na figurantovi. V praktické části jsme měli možnost navzájem se vyšetřit a předvést správné sonografické vyšetření dané lokality lektorovi.

První den jsme se seznámili s historií a technickou problematikou ultrazvukového vyšetření a učili se vyšetřování horní končetiny. Ultrasonografie horní končetiny je v praxi často opomíjená. Hlavní přínos v této lokalitě je vyšetření ramenního kloubu, které nám může pomoci při diagnostice ruptury

rotátorové manžety, postižení dlouhé hlavy bicepsu, chondrálních defektů hlavičky, jamky ramenního kloubu a postižení akromioklavikulárního kloubu. U loketního kloubu můžeme posoudit přítomný kloubní výpotek, postižení extenzorového aparátu nebo kubitální krajiny. Sonografii lze velmi dobře využít při terapii tenisového i oštěpařského lokte. Na periferii horní končetiny využíváme ultrazvuk při diagnostice syndromu karpálního tunelu, výpotku drobných kloubů a lezích měkkých tkání.

Druhý den kurzu jsme se zaměřili na vyšetřování dolní končetiny, kde je hlavním přínosem sonografie vyšetření kyčelního kloubu. V dětském věku sonografické vyšetření napomáhá

ozřejmění dysplastických změn kyčelního kloubu. Metodiku vypracoval v 90. letech 20. století rakouský ortoped profesor Dr. Reinhard Graf. U dospělého pacienta se ultrasonografie uplatní v diagnostice výpotku kyčelního kloubu, kde můžeme provádět diagnostické i terapeutické punkce pod ultrazvukovou kontrolou. Dnešní technika cílené jehly zvyšuje pravděpodobnost úspěchu punkce i v nepřístupném terénu kyčle. Sonografie kolenního kloubu je spíše zaměřena na vyšetřování v popliteální krajině, či vyšetření entezopatií extenzorového aparátu kolenního kloubu. Výtěžnost prokázání lézí menisků je nadále pouze okolo 60%. Na periferii dolní končetiny nám ultrazvuk může pomoci při vyšetřování

poškození Achillovy šlachy, patní ostruhy, různých měkkotkáňových lézí a výpotku hlezenního kloubu.

Sonografické přístroje v poslední době zvyšují své technické možnosti, mezi které patří zejména zvýšení kvality obrazu, možnosti 3D či panoramatického zobrazení. Ultrazvuk se stává nástrojem, který dopomáhá diagnostice i terapii v ortopedii a do budoucna bude sonografické vyšetření nadále zvyšovat kvalitu péče o pacienta. Jsem rád, že i v rámci ortopedického oddělení naší nemocnice můžeme tato vyšetření provádět.

■ **MUDr. Ján Pertlíček**
Ortopedické oddělení

Účast na semináři chirurgie nohy na téma: Základy léčby deformit přednoží a deformit zadní nohy

Po dvouleté odmlce zapříčiněné covidovou pandemií, během níž se těžiště společenských aktivit Sekce chirurgie nohy ČSOT (Česká společnost pro ortopedii a traumatologii) přesunulo do online prostředí, jsme v letošním roce opět měli příležitost k setkání a osobní výměně zkušeností. Jak se stalo již dobrým zvykem, ideální příležitostí k tomu byla akce pořádaná současným předsedou „nožní odnože“ doc. MUDr. Rastislavem Hromádkou, Ph.D., z I. ortopedické kliniky 1. LF UK a FN Motol, která probíhá vždy o víkend začátkem listopadu v Anatomickém ústavu 1. lékařské fakulty UK v Praze.

Společně s kolegou MUDr. Liborem Filipem, který se tentokrát opět aktivně

účastnil přednáškou v 1. bloku, jsme byli již v úvodu překvapeni hojnou účastí na tomto semináři, který vzhledem k počtu aktivních členů Sekce chirurgie nohy ČSOT hostil v minulosti většinou kolem 30 účastníků. První listopadovou sobotu tohoto roku však do Anatomického ústavu dorazilo odhadem 50–60 účastníků, což si lze vysvětlit buď narůstající popularitou operativy nohy mezi odbornou veřejností, nebo tematickým zaměřením akce, jež letos cílila především na mladší a začínající operativy.

V první části byly přednášky věnovány především deformitám přednoží (s podkapitolami o vbočeném palci, bolestech v oblasti nártních kostí – metatarsalgii, deformitách prstů

atd.), druhá část sdělení pak nastiňovala možnosti řešení deformit zadní nohy včetně problematiky dětské ploché nohy i plochonoží v dospělém věku. Každá přednáška byla již tradičně uvedena obsáhlým anatomickým rozbohem dané problematiky v podání doc. Hromádky, který si ve svých vizuálně velice poutavě zpracovaných prezentacích nenechá nikdy ujít příležitost zdůraznit význam porozumění anatomickému podkladu vzniku deformit a zároveň nutnost mít přehled o důležitých strukturách při jejich operační rekonstrukci.

Zajímavý byl příspěvek MUDr. Martina Holinky, Ph.D., primáře Ortopedického oddělení Nemocnice Karviná-Ráj, o preventivních chirurgických zákrocích na přednoží u diabetických pacientů,

kteří mají za cíl předcházet rozvoji obtížně léčitelných kožních defektů, což se v poslední době stává novou možností v terapii syndromu diabetické nohy, zatím ovšem pouze na některých specializovaných pracovištích.

Na semináři se opět potvrdil současný trend v chirurgii nohy spočívající v narůstajícím počtu miniinvazivních výkonů, kdy se osteotomie (řez kosti) provádějí rotačními frézami pouze z krátkých nebo bodových incizí. Podíl těchto operací oproti otevřeným výkonům narůstá nejen v Evropě, ale i v rámci ČR, především při řešení vbočeného palce (hallux valgus) – zde jsou výsledky velice slibné a zdá se, že by mohlo, při správné indikaci a provedení, jít o posun oproti starším metodám jak z hlediska potenciálu korekce deformity, tak četnosti recidiv, ale i možnosti zátěže operované končetiny v pooperačním období (jedná se o stabilní fixaci, kdy není nutná sádrová fixace a je možné prakticky ihned povolit pacientovi částečný nášlap na operovanou nohu).

Jsme rádi, že na našem pracovišti jsme i díky obdobným akcím tento trend zachytili a miniinvazivní zákroky rovněž zařadili do našeho portfolia.



Přednáškový sál anatomického ústavu 1. LF UK

Jejich přínos vidíme, kromě zmíněné problematiky, rovněž v řešení deformit prstů, prozatím se u nás však provádí méně (oproti prezentujícím kolegům) miniinvazivních osteotomií patní kosti. Může to však být dáno i odlišným spektrem operovaných pacientů, kdy např. plochonoží je na soukromých klinikách řešeno v jiném stadiu, než se kterým se většinou setkáváme v naší nemocnici. Celkově je jistě pozitivním zjištěním,

že zájem o operace nohy z hlediska ortopedie obecně neupadá, a to i díky nespornému technologickému pokroku. I přes relativní složitost problematiky se tomuto druhu operativy věnuje mnoho chirurgů. Ti mají navíc, navzdory pracovnímu vytížení, vůli své schopnosti stále zlepšovat a posouvat vlastní hranice. V této oblasti mají neocenitelný přínos jak operační kurzy pořádané firmami produkujícími osteosyntetický materiál a příslušná instrumentária, tak společenské akce, jako byla výše zmíněná, jež umožňují vzájemnou výměnu nabytých vědomostí a operačních zkušeností včetně různých „tipů a triků“, k nimž se dá dojít pouze rutinním prováděním operací a nelze je nejprve teoreticky nastudovat a pak postupně převádět do praxe.

Seminář měl jako vždy vysokou odbornou úroveň a byl pro nás přínosem. Hodláme proto na letošní účast na této akci v budoucnu navázat – doufáme, že se Sekce chirurgie nohy opět sejde v hojném počtu, protože toto zajímavé odvětví ortopedie si pozornost jistě zaslouží.

■ **MUDr. Jan Klouda, Ph.D.,**
MUDr. Libor Filip
Ortopedické oddělení



Přednášející zleva: MUDr. Jiří Jurča, MUDr. Jiří Bek, MUDr. Petr Teyssler, MUDr. Libor Filip, MUDr. Martin Holinka, Ph.D., MUDr. Dana Kuběňová a doc. MUDr. Rastislav Hromádka, Ph.D.



	CITO-SLOVCE ODHÁNĚNÍ	OSTRAVSKÁ TĚLOVÝCH. UNIE (ZKRATKA)	MENŠÍ MĚSTO	BODLINA	POMYSLNÁ JEDNOTKA UŽITEČNOSTI	ZHOTOVOVAT ODEVY		ZNAČKA SPATU	MORAVSKÉ MĚSTO	V TOMTO ROCE	CITO-SLOVCE VÝSKNUTÍ	OPAK DOWNITR	INICIÁLY PĚVCE MARÁKA	KRÁTKÝ KABÁTEK	NECHUŤ	ASIATÉ	IMMEDIATE (ZKRATKA)
KOMUNISTA (HANL.)							PŘEVÁŽETI PO VODĚ										
3. DÍL TAJENKY							1. DÍL TAJENKY LEPICÍ PÁSKA										
VYDÁVATI SUCHÝ HARAŠIVÝ ZVUK							PLYNNÝ UHLOVODÍK BURZOVNÍ DOHODCE						ZÁKLADNÍ ČÍSLOVKA LEGRACE				
	OCHABNUTÍ	TELEFON (ZKRATKA) 2. DÍL TAJENKY				VÝSTROJ VÁLEČNÍKŮ HRADBA (ZASTAR.)						ROKLE UNIE					TROPICKÝ LICHOKOPÝTNÍK
ÚMRTÍ ZVÍŘAT					ŠPANĚLSKÝ „BYČI“ SOBOTA (ZKRATKA)						PRUDCE POVALIT POLOTUHÁ HMOTA						
KUŘÍMSKÝ PODNIK				RUSKÝ ŠACHISTA LATINSKY „MOJE“					ŽABÍ CITO-SLOVCE FOND NÁR. OBNOVY					V SANSKRUTU „JEDNA“ POTRAVA (ZASTAR.)			
INICIÁLY ZPĚVAČKY DUSILOVÉ			HMOTA V KOSTECH POŠTOVNÍ KÓD ČÍNY					ST. FRANC. PLATIDLO INIC. REŽIS. KRŠKY							PRIMÁT INICIÁLY HERCE PACINA		
ANGLICKÁ JEDNOTKA HMOTNOSTI					4. DÍL TAJENKY												
PENĚŽNÍ SOUSTAVA					ZHOUBNÝ NÁDOR							JEDNOTKA ELEKTRICKÉHO PROUDU					

Vydává Nemocnice České Budějovice, a.s.

Odpovědní redaktoři: Bc. Iva Nováková, MBA, Ing. Veronika Dubská, Ing. Jana Duco, MBA (redakční fotograf)

Předseda redakční rady: prim. MUDr. Aleš Chrdle (Infekční oddělení) | Redakční rada: prim. MUDr. Petr Pták, Ph.D. (Chirurgické oddělení), MUDr. Miroslava Nevšimalová (Neurologické oddělení), Mgr. Ondřej Scheinost (Centrální laboratoře), PharmDr. Barbora Vařejková (Lékařna)

Bezplatné | Náklad 2 500 ks | Pouze pro vnitřní potřebu Nemocnice České Budějovice, a.s. | DTP a tisk: Typodesign s.r.o.

Evidenční číslo: MK ČR E 23303 | Za tiskové chyby neručíme