

NEMOCNIČNÍ

zpravodaj

LÉTO 2020

PŘEDSTAVUJEME:

**TRAUMATOLOGICKÉ
ODDĚLENÍ**



Prof. MUDr. Mgr. Alan Bulava, Ph.D.

Kardiologické oddělení

Rád bych povzbudil vědu a výzkum
v Nemocnici České Budějovice, a.s.

Obsah



3 / Úvodník předsedy představenstva

4 / Nemocnice České Budějovice zahájila provoz ve zrekonstruovaném pavilonu I

5 / Prof. MUDr. Mgr. Alan Bulava, Ph.D.: Rád bych povzbudil vědu a výzkum v naší nemocnici

9 / Představujeme: Traumatologické oddělení

10 / Historie Traumatologického oddělení

13 / Současnost, charakteristika oddělení, léčebná péče

22 / Teambuilding Traumatologického oddělení

23 / Publikace Traumatologického oddělení

24 / MUDr. Petr Nesnídal: Mým hlavním cílem je přispívat k poskytování kvalitní léčby onemocnění páteře v naší nemocnici a pomoci co nejvíce pacientům a pacientkám

26 / Dar plastiky baletky z baletu „Labutí jezero“

27 / Moderní léky na cukrovku řeší víc problémů v jednom, snižují hladinu cukru i rizika dalších komplikací

29 / Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS) – nová léčebná metoda v naší nemocnici

30 / Vojtěch Kurfirst a jeho kolegové převážně z českobudějovické kardiochirurgie byli oceněni za svou monografii

31 / Nové léčebné postupy v dermatovenerologii

Úvodník předsedy představenstva

MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

Pane předsedo, co je v českobudějovické nemocnici nového?

Začátkem července byla dokončena rekonstrukce pavilonu I, jehož slavnostní otevření se uskutečnilo 9. 7. 2020. Přestavba pavilonu I byla zahájena v srpnu 2019, celkové náklady jsou téměř 125 mil. Kč včetně DPH a nemocnice je hradila z vlastních zdrojů. Objekt byl přestavěn pro potřeby Oddělení následné péče 2 (ONP2) a Léčebny tuberkulózy a respiračních onemocnění. Obě tato pracoviště nyní sídlí v dolním areálu, který nemocnice postupně opustí. Než se tak stane, poslouží pavilon I jako dočasné působiště pro Oddělení následné péče 1 (ONP1) a Kožní oddělení. Nezbytné opravy si totiž zaslouží také pavilon O, v kterém tato dvě oddělení sídlí a nadále sídlit budou. Při realizaci veškerých stavebních investic se vždy snažíme co nejméně obtěžovat naše pacienty probíhajícími stavebními pracemi. Někde to jde snáze a stanice lze přestěhovat, jako v tomto případě, jinde to z povahy specializované péče možné není, jako například v části pavilonu CH. I při této příležitosti bych se proto rád našim pacientům a jejich blízkým omluvil za snížení komfortu v důsledku stavebních prací.

Minulý rok byl ve znamení velké personální inventury a nové personální politiky nemocnice. Jaký je letošní rok v „poločase“ z tohoto pohledu?

V roce 2019 byly personální posily nemocnice napříč profesemi skutečně rekordní. Zatímco některá odvětví se letos potýkají s nepříznivými ekonomickými dopady koronavirové pandemie včetně propouštění zaměstnanců, ať už jde o velké firmy ve výrobě, nebo drobné podnikatele v pohostinství a dalších službách, my jsme se rozhodli pokračovat v nábore nových zaměstnanců, jejichž zájem o českobudějovickou nemocnici trvá. Jsem přesvědčen, že do zdravotnictví se vrátí řada pracovníků, kteří letos o práci přišli, nebo ještě spíše o ni teprve přijdou, a pro které je stabilní zaměstnání často životně důležité. Každý rok je

něčím zajímavý, letos se nejvíce rozroste Psychiatrické oddělení, jehož čtvrtá stanice bude otevřena na podzim. Příští rok i ten následující bude ve znamení navyšování počtu nelékařského zdravotnického personálu pro centrální operační sály a zcela novou centrální sterilizaci. Tyto provozy začnou postupně fungovat v roce 2022 a budeme pro ně potřebovat sálové sestry, sanitárky či sanitáře. Právě zmíněná centrální sterilizace může být ideálním řešením pro ty, kteří ve zdravotnictví chtějí pracovat, ale z různých důvodů nemohou nebo nechtějí být v přímém kontaktu s pacienty.

V médiích je diskutované téma očkování proti chřipce. Českobudějovická nemocnice vloni s pomocí kampaně „Očkujeme zaměstnance, chráníme pacienty“ navýšila počet naočkovaných zaměstnanců. Chystáte něco podobného i letos?

V roce 2019 jsme zvýšili proočkovanost personálu z 20 % na 41 %, tedy dvojnásobně. Loňská kampaň byla nicméně

záměrně velmi intenzivní, její internetové stránky www.nechcichripku.cz s informacemi pro odbornou i laickou veřejnost jsou koneckonců stále aktivní. Zkušenosti z minulé sezóny jsou takové, že téměř nikdo neměl výraznější nežádoucí reakci na očkování, vakcína odpovídala kolujícím chřipkovým virům a pracovní kolektivy nebyly chřipkou významně nablouženy. Letos je situace ve společnosti odlišná, možná se v souvislosti s očkováním dočkáme různých nařízení ze strany státu. My i letos očkování proti chřipce tradičně podpoříme a své zaměstnance v případě jejich zájmu bezplatně naočkujeme. Předběžně počítáme s těmi, kteří se očkovali minulý rok. Snažíme se však sehnat vakcíny i pro další zájemce z řad zaměstnanců. Lidé jsou již přesyceni mediální záplavou informací o respiračních infekcích, naší letošní snahou proto bude zajistit zaměstnancům „službu očkování“ s co nejmenším humbukem okolo.

Redakce



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

Nemocnice České Budějovice zahájila provoz ve zrekonstruovaném pavilonu I

Nemocnice České Budějovice, a.s., ve čtvrtek 9. 7. 2020 slavnostně zahájila provoz v pavilonu I. Přestavba pavilonu I byla po odstěhování Interního a Neurologického oddělení zahájena v srpnu 2019 a dokončena v červnu 2020. Celkové náklady stavby činí téměř 125 milionů korun včetně DPH.

Rekonstrukce zahrnovala přestavbu a dostavbu posledního nadzemního podlaží, kam byly mimo jiné prodlouženy dva výtahy, a kompletní opravy čtyř lůžkových stanic + stanice JIP, které mají většinu koupelen u patientských pokojů upravených na bezbariérové. Dále došlo k výměně podlahových krytin, podhledů, všech topných těles a zdravotní instalace. Do všech lůžkových patientských pokojů byly osazeny širší dveře a vyměněny byly veškeré rozvody elektroinstalací, a to včetně koncových prvků a svítidel a také rozvody slaboproudu (nový je například i komunikační systém sestra – pacient).

„Než se do pavilonu I z dolního areálu přestěhuje Oddělení následné péče 2 (ONP2) a Léčebna TBC a respiračních onemocnění, pro které je objekt zrekonstruován, poslouží tento pavilon jako dočasné působiště Oddělení následné péče 1 a Kožního oddělení, abychom mohli provést opravu pavilonu O a nezatěžovali tak naše pacienty probíhajícími stavebními pracemi,“ uvedl předseda představenstva Nemocnice České Budějovice MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

Celková kapacita lůžkových stanic bude pro ONP2 103 lůžek, z toho 90 na standardních lůžkových stanicích a až 13 lůžek na takzvané apalické jednotce pro tracheostomované pacienty v dlouhodobém bezvědomí. Ta může sloužit i jako jednotka následné intenzivní péče či dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče. Kapacita lůžek léčebny TBC a respiračních onemocnění je 38 lůžek, z toho 5 lůžek je určeno v samostatné stanici pro léčbu TBC. Dalších 5 lůžek je určeno pro potřeby spánkové laboratoře. Kompletní opravy se

dočkaly i ambulantní provozy a také veškeré personální zázemí.

V objektu byly vyměněny vzduchotechnické jednotky a ve všech pobytových prostorách jsou nainstalovány klimatizační chladicí jednotky. Součástí stavby je navíc i nové oplocení a nové chodníky, které umožní

i pacientům stanice TBC v indikovaných případech trávit nějaký čas v oddělené části nemocničního parku.

Bc. Iva Nováková, MBA
Oddělení vnitřních a vnějších vztahů



Slavnostní zahájení provozu ve zrekonstruovaném pavilonu I | Foto: Jan Luxík



Ing. František Bostl, Mgr. Ivana Stráská, MUDr. Zuzana Roithová, MBA, MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D. | Foto: Jan Luxík

Prof. MUDr. Mgr. Alan Bulava, Ph.D.:

Rád bych povzbudil vědu a výzkum v naší nemocnici

Prof. MUDr. Mgr. Alan Bulava, Ph.D., svou práci, svůj obor, miluje. Když s ním mluvíte, je to cítit z každé jeho věty. Vzhledem k tomu, že je od července ustanoven náměstkem pro vědu, výzkum a školství Nemocnice České Budějovice, a.s., ohlédlí jsme se společně za jeho dosavadním působením v našem zařízení. Zároveň jsme se pokusili nahlédnout do budoucnosti dynamicky se rozvíjejícího oboru, kterým arytologie jistě je.

Pane profesore, odkdy působíte v českobudějovické nemocnici?

Nastoupil jsem v roce 2007 na pozici vedoucího arytologického pracoviště, které bylo ve zdejší nemocnici úplným nováčkem. V Jihočeském kraji nebyla do té doby kromě běžné kardiostimulace žádná arytologická péče, chyběl zde onen třetí pilíř komplexního kardiovaskulárního centra, kam vedle arytologie řadíme intervenční kardiologii a kardiochirurgii.

V jakých letech se začala arytologie jako obor rozvíjet?

Arytologie je opravdu novým oborem. Celá éra radiofrekvenčních ablací se začala rozvíjet v 90. letech minulého století, kdy se postupně objevovaly mechanismy arytmií a také to, jak je s velkou úspěšností definitivně léčit.

Musíte být technicky orientovaný. Kdy jste se začal o tento obor více zajímat?

Vždy mne velmi bavila elektrika v srdci. Už na medicíně jsem se tedy ohlížel tímto směrem. Než jsem nastoupil do Českých Budějovic, působil jsem v Olomouci. To bylo v arytologickém oboru špičkové rozvíjející se pracoviště, mimochodem vzniklo jako jedno z prvních arytologických pracovišť v České republice. Každoročně se zde konaly arytologické meetingy. Byl jsem tedy u zdroje. Dlouhé hodiny a večery jsme s kolegy trávili tím, že jsme srdce elektricky vyšetřovali, snažili jsme se jej dát do pořádku.



Prof. MUDr. Mgr. Alan Bulava, Ph.D. | Foto: Jan Luxík

V Českých Budějovicích se tvořilo pracoviště již k vašemu obrazu...

V roce 2007 jsme zde vybudovali pracoviště, které poskytuje komplexní arytologickou péči.

Jak vzpomínáte na tyto začátky?

Začátky jsou vždy neuvěřitelně nádherné. Budujete pracoviště na zelené louce, což

je moc hezké. Přál bych každému lékaři, aby mohl ve svém oboru budovat něco od samého začátku. Napomohly nám k tomu i pionýrské roky v 90. letech. Jižní Čechy byly v té době prakticky nedotknuté arytologickou péčí, a to jako jedna z posledních enkláv. Pro mne jako lékaře měly jižní Čechy veliké kouzlo především díky široké spádové oblasti pacientů, kteří



Původní arytmiologický sál, rok 2007 | Foto: archiv oddělení



Nový arytmiologický sál | Foto: archiv oddělení

do té doby jezdili do Prahy. Dostupnost arytmiologické péče byla do té doby velmi limitovaná. Bylo krásné sedět u bílé A4 papíru a kreslit, jak bude vypadat rozložení sálů, kde bude jaká zásuvka a kudy povede tunel, kterým budeme tahat optické kabely. Spolu s technikem Ing. Sitkem jsem byl u každé instalace.

Od vašeho nástupu uplynulo již 13 let. Jak dlouho trvalo, než si arytmiologické pracoviště sedlo a všichni věděli, co mají dělat?

Samotný chod pracoviště se ustálil během pár měsíců. Déle trvalo zaškolení personálu, pro který to byl trošku šok. Sestry i lékaři se setkávali s kvalitativně jinými pacienty a zvýšil se jejich obrat. Chvilí všem trvalo

rozeznat, co je a co již není v pořádku. Během budování jsme nenašli žádné vážné problémy, naopak se nám dostalo úžasné podpory jak ze strany vedení společnosti, tak ze strany ředitele MUDr. Ladislava Pešla.

Umí každý kardiolog arytmiologické výkony?

Neumí. Informativně tím každý lékař projde, ale samostatně to nezvládne. Doba zrání, aby mohl lékař fungovat úplně samostatně a bezpečně, trvá zhruba pět let. Poté již získá sebejistotu, aby mohl výkon provést dobře. Ale i tak se má stále co učit...

Dnes disponují lékaři nejmodernější technikou. Jaké byly vaše začátky?

My jsme měli podmínky daleko těžší. Technika, která nás dnes při výkonech podporuje, nebyla dříve na takové úrovni. Museli jsme se orientovat jen podle toho, co jsme viděli pod rentgenem, co jsme cítili v rukách a také jakým způsobem se choval katétr, který jsme ovládali. Samotné provádění výkonu je dnes výrazně jednodušší a je nutno říct, že také bezpečnější.

S čím se léčí pacienti na arytmiologickém pracovišti?

Především se jedná o poruchy srdečního rytmu, ať už mluvíme o poruchách typu bradyarytmií – máte buď pomalý srdeční tep, nebo rychlý srdeční tep, tedy tachyarytmií. Léčíme spektrum poruch od méně závažných, které pacientovi například působí „jen“ nevolnost či slabost, až po poruchy závažné, které pacienta bezprostředně ohrožují na životě. Pakliže by tyto zůstaly neléčeny, způsobily by náhlou srdeční smrt.

Těmto pacientům můžeme nabídnout již výše zmíněný zákrok v podobě katédrové ablace, nebo, pokud je to na místě, implantaci nějakého kardiologického implantátu, které dělíme na:

1. Kardiostimulátor – stimulací povzbuzuje srdeční sval k tomu, aby se stahoval.
2. Kardioverter/defibrilátor – kromě stimulační funkce má schopnost elektrickým výbojem nebo rychlou stimulací zrušit život ohrožující poruchy srdečního rytmu.
3. Přístroj pro srdeční resynchronizační léčbu – jedná se o léčbu srdečního selhání

Regionální rozložení

u pacientů, kteří mají asynchronní srdeční kontrakce (jejich levá komora se stahuje nejdříve na jedné straně a až poté na druhé). Tím, že komoru stimulujeme z několika míst, docílíme symetrické kontrakce. Zhruba 30–35 % pacientů tímto zákrokem zcela zbavíme příznaků srdečního selhání, základní onemocnění ale neodstraníme.

Jaké novinky váš obor v dohledné době čekají?

V brzké době to budou nové typy stimulace, tedy modulace srdeční kontraktility, určené pacientům s pokročilým srdečním selháním, kterým už nezbývá mnoho jiných možností. Dále půjde o nové miniaturní diagnostické implantáty, například implantabilní holterovské systémy, které dokážou 7 dní v týdnu a 365 dní v roce monitorovat srdeční tep a odesílat nám data, jež jsou potřebná pro správné stanovení diagnózy. Určitě se můžeme těšit i na implantabilní hemodynamické monitory. Jedná se o malé zařízení, které se bude implantovat do plicnice a které bude monitorovat krevní tlak v plicích. Na základě toho budeme moci efektivně léčit srdeční selhání, a zabráníme tak častým opakovaným hospitalizacím. Čeká nás také zavedení bezdrátových implantátů, bezdrátových kardiostimulátorů, které se implantují přímo do srdeční dutiny. Zatím to vypadá, že budeme moci některé z těchto přístrojů implantovat již v příštím roce.

Jaké zákroky máte vy osobně nejraději?

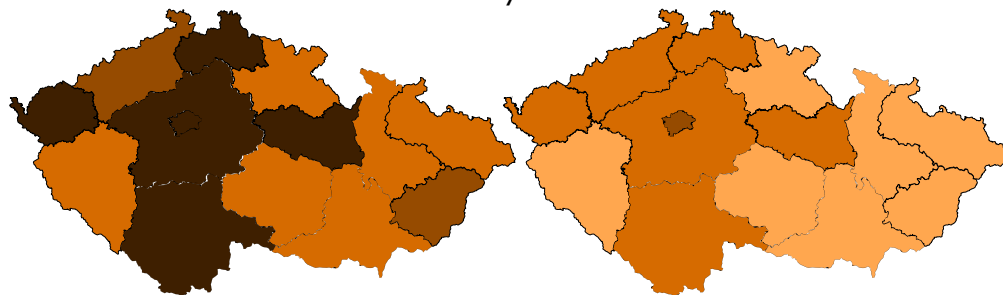
Zákroky, které mám rád nade vše, protože nezanechávají v pacientovi žádnou stopu v podobě cizorodých materiálů, jsou radiofrekvenční katérové ablace. U většiny typů arytmií mají téměř 100% úspěšnost. Málokdo si to uvědomuje, ale v medicíně nenajdeme příliš mnoho zákroků, které na 99 % dokážou člověka uzdravit a zcela beze stopy vyléčit. Katérové ablace mezi tyto úspěšné zákroky patří.

Váš obor se laikovi trochu jeví jako sci-fi...

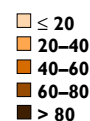
Ano, náš obor trochu sci-fi je. Jedna pacientka mi zrovna nedávno řekla, že se u nás na sále cítí jako v kosmické lodi. V posledních deseti letech jsme v našem oboru zaznamenali skutečnou technickou revoluci. Trojrozměrné mapování, multielektrodové katétry, monitorování kontaktu katétru se srdeční stěnou – to je jen malý příklad toho, co se testovalo a klinicky zkoušelo a je již stabilizované a dopracované. Gró nového výzkumu

Muži

Ženy

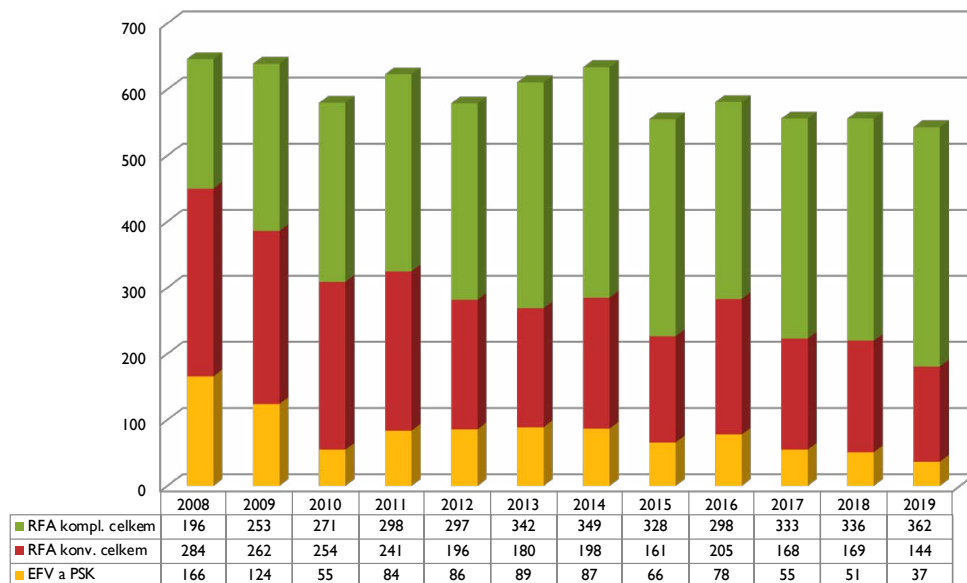


Počet případů na 100 000 mužů/žen



Radiofrekvenční ablace a elektrofyzilogická vyšetření

Σ 12 let
978 EFV
6125 RFA



je v Izraeli a také v Kalifornii, kde jsou realizovány nové projekty. Brzy bude mít operatér před sebou holografický obraz srdce a různé funkce bude zapínat a vypínat pouhým očním kontaktem. Neuvěřitelně to zpřesní a zrychlí celý výkon. Nic naplat, náš obor vychází z vojenských technologií, z aplikací převzatých z armády... Takže nejprve otestují rozšířenou 3D realitu piloti supermoderních vojenských stíhaček a pak se dostane k nám...

Jak dlouho trvá, než se nová metoda dostane k českému pacientovi?

Je to případ od případu, ale zhruba se dá říct, že asi tak za pět let. V naší nemocnici se nám ale již povedlo testovat v rámci klinických studií několik novinek, které ještě nejsou uvolněny pro komerční použití, takže i naši pacienti mohli částečně okusit to, co je, řekněme, hudbou budoucnosti.



Prof. MUDr. Mgr. Alan Bulava, Ph.D. | Foto: Jan Luxík

Kdo je vlastně kardiologický pacient?

Léčí se u nás pacienti s chorobami vrozenými či získanými. Do 60. roku věku dominují muži a po 75. roce věku se poměr ženy/muži vyrovná.

Zmínil jste se, že v nejbližších pěti letech čeká arytmiologii jedna výraznější změna...

Ano, u radiofrekvenčních ablací půjde o typ používané energie. Vypadne nám ono slovíčko radiofrekvenční, tato energie se už asi dlouho používat nebude. U jednoho spektra arytmií, kterým je fibrilace síní, ji nahradí technologie jiná, která se nazývá elektroporace. Jedná se o metodu, během níž je aplikován proud, který otevírá iontové kanály. Ty následně způsobí buněčnou apoptózu, kdy vůbec nedochází k termálnímu poškození, ale je přesně cíleno na srdeční buňky. Elektroporace je navíc nezávislá na dotyku. Radiofrekvenční energie byla zavedena do praxe v 90. letech minulého století. Funguje na bázi střídavého proudu, kdy dochází k termálnímu poškození tkáně odpovědné za vznik anebo udržení arytmie. Použití této energie je kriticky závislé na dobrém kontaktu katétru

s cílovou tkání, protože proud prochází s vysokou hustotou právě tam, kde se katétr tkáně dotýká a vytváří termální lézi. Tato podmínka u elektroporace vymizí a navíc se zdá, že budeme moct vytvářet skutečně spolehlivé a dokonalé transmuraní léze bez poškození okolních tkání, které potřebujeme zachovat neporušené.

Co se týče implantátů, zde půjde zcela jistě o jejich miniaturizaci. Možná se dočkáme malých kardiostimulátorů, které mezi sebou budou v jednotlivých srdečních dutinách navzájem komunikovat.

A jaký je výhled delší? Třeba za 20 let?

Myslím si, že za dvacet let už toto budeme moci vše zahodit, protože bude fungovat genová terapie a my budeme moci ovlivnit buňky úplně jinak.

Registrujete u začínajících lékařů zájem o váš obor?

Zde mám trošku strach. I když je náš obor moderní, dynamický, neregistrujeme dostatečný zájem ze strany mediků. Arytmologie se zakládá na přísné logice, je nutné znát spoustu mechanismů arytmií,

vlastností, jak se tkáň chová. Než uděláte správně diagnózu, je to o třech až pěti letech tvrdé práce a denní řehole, což není pro každého. Když jsem začínal, arytmiologie byla úplnou Popelkou. V Olomouci jsme na začátku neměli ani vlastní sál. Čekali jsme, až intervenční kardiologové dodělají akutní infarkty, plánovaná vyšetření, koronarografie či angioplastiky, a na sál jsme šli až v deset hodin večer. Pracovali jsme pak třeba až do dvou tří hodin ráno. Šli jsme se domů vyspat a ráno v šest začínali nanovo. A to nemluvím o službách... Ale byli jsme rádi. Byli jsme nadšení, zapálení. Zažili jsme radost z práce a krásný profesní růst. Budu na tuto éru s láskou vzpomínat. Dnes je doba jiná. Začínající lékaři se více než na svou profesní kariéru zaměřují na rovnováhu mezi prací a osobním životem. Nechci hodnotit, zda je to pro ně dobře, nebo ne, pro rozvoj oboru je to ale každopádně špatně.

Jaké aktivity plánujete na nové pozici náměstka pro vědu, výzkum a školství?

Rád bych podpořil a povzbudil vědu a výzkum v naší nemocnici. To je mým velkým cílem. Věda a výzkum se totiž ruku v ruce snoubí s pokrokovou medicínou. Když má lékař načteno a myslí inovativně, dokáže aplikovat vědomosti, které má. Ať literární, nebo praktické. Nemůžete dělat dobrou medicínu, aniž byste četli, psali a publikovali. Rád bych na tomto spolupracoval se všemi primariáty. Dále plánuji dělat více klinických studií. Dalším z mých dílčích cílů je, aby byla našim lékařům podílejícím se na výuce mediků uznána jejich pedagogická činnost a oni mohli dále pokračovat ve svém dalším vzdělávání a profesním růstu. Také plánuji nastavit jednotnou koncepci pro působení mediků, kteří chodí do českobudějovické nemocnice na stáž.

Bc. Iva Nováková, MBA

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

Představujeme: Traumatologické oddělení

Traumatologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., je moderní pracoviště, kde se potkávají pacienti po vážných i lehčích úrazech. Ve srovnání s dalšími traumacentry v České republice mu dlouhodobě patří první příčka v počtu ambulantně ošetřených pacientů za rok. Kromě obyvatel Českých Budějovic sem míří zranění z širokého okolí. Je totiž jediným Traumatologickým oddělením na území Jihočeského kraje, kde umí řešit i komplikovaná zranění.



Kolektiv Traumatologického oddělení | Foto: Jan Luxík

Historie Traumatologického oddělení

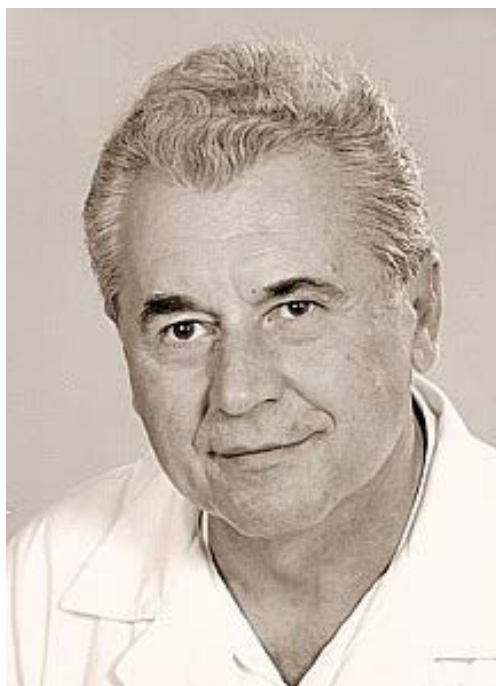
Traumatologické oddělení bylo založeno v Nemocnici v Českých Budějovicích v roce 1953 jako jedno z prvních v tehdejší Československu po Úrazové nemocnici v Brně a Traumatologickém oddělení v Ústí nad Labem a Pardubicích. Tehdejší primář Chirurgického oddělení prof. MUDr. Karel Domanský, žák prof. MUDr. Arnolda Jiráska, vyčlenil samostatná traumatologická lůžka a pověřil vedením oddělení a ošetřováním poraněných pacientů primáře MUDr. Josefa Podlahu. Primář MUDr. Josef Podlaha se narodil 6. 9. 1912. Promoval v Praze v r. 1938. Do r. 1945 pracoval ve Státní nemocnici České Budějovice. Od r. 1945 do r. 1953 působil jako primář Chirurgického oddělení v Českém Krumlově. Na vedení Traumatologického oddělení byl velmi dobře připraven. Absolvoval stáže u prof. Dr. Lorenze Böhlera v Rakousku a prof. MUDr. Vladimíra Nováka v Úrazové nemocnici v Brně. Zaváděl nové operační postupy při léčení zlomenin, včetně chirurgického ošetření zlomeniny krčku stehenní kosti. Byl také zkušeným diagnostikem a operátorem úrazů hlavy, páteře, hrudníku i orgánů dutiny břišní. V Úrazové nemocnici v Brně udržoval osobní, přátelské i odborné kontakty s prof. MUDr. Vladimírem Novákem i s jeho nástupcem doc. MUDr. Josefem Kroupou. Jako první u nás zavedl komplexní léčbu plynaté sněti v hyperbarické komoře. Ta byla podle jeho návrhu zhotovena v ZVVZ v Milevsku. Kromě toho začal používat i Redonovu podtlakovou drenáž. Zároveň také vyčlenil na oddělení pokoj pro intenzivní péči o polytraumatizované pacienty a pacienty v bezvědomí (tzv. šokárnu), a to v době, kdy zde ještě neexistovalo lůžkové Anesteziologicko-resuscitační oddělení. Vybavení jednoduchými ventilátory Bird umožnilo jejich obsluhu i traumatologům. Ordinářem pro intenzivní péči byl v té době MUDr. Pavel Kopačka. Soustředil na oddělení rovněž péči o úrazové para- a kvadruplegické pacienty na třech otáčecích lůžkách (tzv. Strykerův rám). Kromě toho, že byl prim. MUDr. Josef Podlaha skvělým učitelem nejen lékařů, ale i sester a žákyň zdravotní školy, byl také průkopníkem sportovní traumatologie se svými zvláštnostmi i úskalími a metodickým rádcem i pro ostatní chirurgy v kraji, a to včetně posudkové činnosti. Zemřel však



Členové obou Chirurgických oddělení českobudějovické nemocnice v 70. letech – v dolní řadě zleva MUDr. Josef Pařha, MUDr. Přemysl Schacherl, prim. MUDr. Josef Podlaha, MUDr. Miloslav Pexa, MUDr. Pavel Kopačka, v druhé řadě první zprava MUDr. Rudolf Novák | Foto: archiv oddělení



Lékaři Traumatologického oddělení nad RTG snímky traumatu bérce – zleva MUDr. Rudolf Novák, prim. MUDr. Miloslav Pexa, v.s., MUDr. Pavel Kopačka | Foto: archiv oddělení



Prim. MUDr. Miloslav Pexa
Foto: archiv oddělení



Kolektiv 2. chirurgického oddělení v 70. letech 20. století, v dolní řadě zprava MUDr. Miloslav Votruba, MUDr. Pavel Kopačka, prim. MUDr. Miloslav Pexa, vrchní sestra Helena Prokešová, MUDr. Rudolf Novák | Foto: archiv oddělení

náhle dne 16. 2. 1979, patrně na plicní embolii po prodělané prostatektomii.

V té době mělo Traumatologické oddělení 60 lůžek, 4 stálé lékaře a 12 sester. Jeden den v týdnu (konkrétně v úterý) se na ošetřování úrazů pohybového ústrojí podíleli také lékaři Ortopedického oddělení. V okresních nemocnicích se postupně zřizovaly traumatologické ordinariáty. V Táboře to byl MUDr. Malý, ve Strakonících MUDr. Chrástil, MUDr. Thöndl, v Českém Krumlově MUDr. Krbec, MUDr. Zdeněk Hotař, v Jindřichově Hradci MUDr. Voldán, v Prachaticích MUDr. Kocna.

Od 1. 2. 1980 byl do funkce primáře Traumatologického oddělení (v té době se nazývá oficiálně 2. chirurgické oddělení – úrazové) jmenován MUDr. Miloslav Pexa (nar. 29. 11. 1929). MUDr. Miloslav Pexa promoval v Praze v roce 1953 a od té doby pracoval až do roku 1968 na Chirurgickém oddělení v Táboře. 2. atestaci z chirurgie složil v roce 1965. Jeho učiteli byli prim. MUDr. Pražák, žák prof. MUDr. Karla Domanského, prim. MUDr. Horák, doc. MUDr. Jiráň a v Českých Budějovicích prim. MUDr. Josef Podlaha, jemuž dělal zástupce. Absolvoval stáže v Praze na plastické chirurgii, ortopedii u doc. MUDr. Oldřicha Čecha a Neurochirurgii u prof. MUDr. Zdeňka Kunce. Zástupce mu dělal zručný operatér MUDr. Přemysl Schacherl. Prim. MUDr. Miloslav Pexa se zasloužil o další rozvoj Traumatologického oddělení,



Prof. Dr. J. Jupiter, prof. MUDr. J. Bartoníček, DrSc., a prim. MUDr. Pavel Kopačka při setkání na Úrazovém oddělení | Foto: archiv oddělení

včetně léčby popálenin, a také pořízení antidekubitárních lůžek Clinitron. Svě žáky vedl k poctivému přístupu k práci, mnohdy až pedantským způsobem. Ti dnes ale dodávají, že jim to jistě neuškodilo. Měl vřelý vztah k plastické chirurgii, což později

vedlo k rozšíření oddělení na Oddělení úrazové a Oddělení plastické chirurgie se dvěma samostatnými primariáty. Na rozvoji plastické chirurgie se podíleli zvláště MUDr. Eva Štefllová, MUDr. Miloslav Votruba a první primář plastické chirurgie MUDr.



Operační provoz na hlavním traumatologickém sále č. 2 – paralelní operace oboustranného traumatu horní končetiny | Foto: archiv oddělení

Vladimír Mařík. V roce 1993 prim. MUDr. Miloslav Pexa po výběrovém řízení předal vedení oddělení MUDr. Pavlu Kopačkovi. Na oddělení ale nadále pracoval až do své smrti, která ho zastihla ve věku nedožitých 80 let.

Prim. MUDr. Pavel Kopačka se narodil 11. 10. 1947. Po studiu na LF UK v Hradci Králové promoval v Praze v roce 1973. Poté nastoupil na Traumatologické oddělení v Českých Budějovicích. 2. atestaci z chirurgie složil v roce 1982 a atestaci z traumatologie v roce 2001. Účastnil se četných kongresů a stáží jak v Čechách, tak v cizině. Z těch nejvýznamnějších jmenujme třeba stáž v traumacentru v Charlotte v Severní Karolíně, USA a AO kurzy v Davosu. V letech 1985–1986 pracoval ve vojenské nemocnici Tishreen v Damašku, kde ošetřoval poraněné Syřany z bojů v Libanonu. Zástupce mu dělal MUDr. Rudolf Novák a od r. 2015 pak prim. MUDr. Martin Kloub, Ph.D. V letech 1995–2015 byl členem výboru České společnosti pro úrazovou chirurgii a výrazně se podílel na vybudování sítě traumacenter v ČR.

Po roce 1989 u nás došlo k výraznému rozvoji traumatologie. Ta se – podobně jako další obory – dostala díky četným kontaktům s vyspělými zeměmi, dostatku literatury, časopisů a později také díky internetu postupně na úroveň srovnatelnou s vyspělými západními státy. Po vyhlášení sítě traumacenter v roce 2001 přichází díky opakovaným dotačním programům i zásadní zlepšení technického vybavení. Objevují se mnohem kvalitnější zobrazovací metody, jako je CT, MR, C ramena na operační sály a zásadní inovace operačních instrumentárií a implantátů. Oproti roku 1990 se počet ambulantně ošetřených i operovaných pacientů zvýšil desetkrát. Na tomto rozvoji se kromě mnoha jiných podílel postupně se rozrůstající kolektiv lékařů v čele s MUDr. Liborem Zvárou, MUDr. Martinem Scheichlem a MUDr. Martinem Kloubem, jehož videosymposia jsou vysoce hodnocena. Každoročně je organizováno traumatologické sympozium – setkání traumatologů z jihu Čech, které výrazně pomáhá ke zlepšení spolupráce traumatologů, ortopedů a ostatních lékařů zajišťujících péči o traumata v Jihočeském

kraji. Po vyhlášení sítě traumacenter v roce 2005 dochází ke koncentraci těžce poraněných pacientů do Traumacentra Nemocnice České Budějovice. V souvislosti s tím jde ruku v ruce i potřeba většího počtu lékařů na oddělení. Zatímco v roce 1990 tu pracovalo 7 lékařů, dnes jich tu potkáte 26.

Vzdělávání traumatologů probíhalo podobně jako v okolních zemích dlouhé roky ve spolupráci s Chirurgickým oddělením cestou složení 1. a 2. chirurgické atestace a poté nástavbové atestace traumatologické. V roce 2005 se traumatologie stala základním oborem se samostatnou atestací. Tato změna tedy umožnila získat odpovídající vzdělání většině lékařů pracujících v současné době na Traumatologickém oddělení.

V roce 2019 předává prim. MUDr. Pavel Kopačka vedení Traumatologického oddělení MUDr. Martinu Kloubovi, Ph.D. Primář MUDr. Martin Kloub, Ph.D., se narodil 3. 9. 1967, promoval v Praze v roce 1991, v letech 1992–1995 pracoval v nemocnici v Českém Krumlově na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení a absolvoval atestaci I. stupně. Od 1. 10. 1995 pracuje na Úrazovém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Výrazně se zde podílí na zavádění nových operačních postupů, včetně operací pánve, organizování traumatologických sympozií a taky přednáškové činnosti (hlavně v rámci AO) jak v Čechách, tak v cizině. Tímto se dostáváme k současnému stavu Úrazového oddělení a Traumacentra Nemocnice České Budějovice, a.s.

prim. MUDr. Martin Kloub, Ph.D.
Traumatologické oddělení

Současnost

Charakteristika oddělení, léčebná péče

V současné době pracuje na Oddělení úrazové chirurgie 23 traumatologů na plný úvazek a dalších pět je jich zde zaměstnaných na částečný úvazek. Oddělení má celkem 68 lůžek, dvě stanice, A a B, mají po 30 lůžkách a jednotka intenzivní péče osm lůžek. Pracoviště využívá čtyři operační sály, o které se dělí s Neurochirurgickým oddělením a Oddělením plastické chirurgie. Celkem má k dispozici 1,8 sálu denně. Rozsáhlý je ambulantní provoz, který zahrnuje tři nepřetržité urgentní ambulance a osm specializovaných ambulancí. Oddělení je hlavní a zastřešující částí Traumacentra Nemocnice České Budějovice, a.s., organizační jednotky umožňující ošetřování nejtěžších úrazů na odpovídající úrovni pro celý Jihočeský kraj.



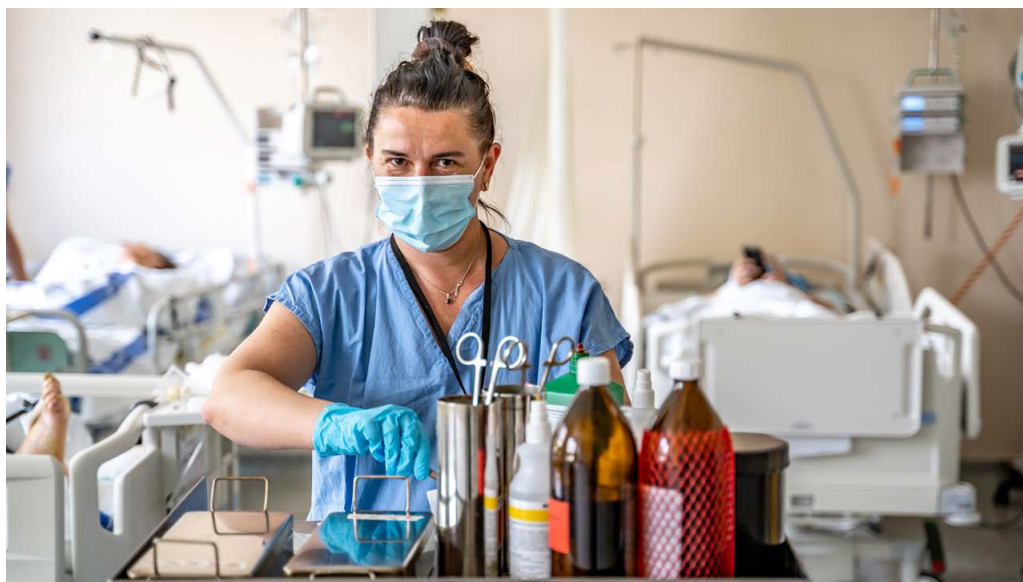
Prim. MUDr. Martin Kloub, Ph.D. a prof. Dr. Simon Lambert při ukázkové preparaci kadaverózních preparátů na AO kurzu v Davosu. | Foto: archiv oddělení

Hlavní činností je, jak již vyplývá z názvu oddělení, péče o poraněné pacienty s nejrůznějšími úrazy. Strategie ošetření pacientů s úrazy ušla v posledních 30 letech v České republice velký kus cesty k výrazné superspecializaci odborné péče. Traumatolog tak dnes již není všumělem (alespoň ne na moderních odděleních), který odoperuje a léčí vše od epidurálního krvácení přes zlomeninu stehna ke krvácení ze sleziny. Velké množství úrazů ošetřují stále primárně kmenoví lékaři Úrazového oddělení – zejména zlomeniny všech dlouhých kostí, lopatky a pánve nebo poranění šlach a svalů. Na oddělení postupně vznikla řada specializovaných pracovních týmů, které mají na starost odborný rozvoj v dané problematice – traumatologie ruky, nohy, ramene a lokte, pánve, artroskopie, dětské traumatologie, infekčních komplikací spojených se zlomeninami, polytraumat atd. Abychom zajistili dostatečně široké vzdělání a předávání zkušeností zejména pro vedoucí lékaře v traumatologické službě, jsou většinou lékaři na oddělení členy dvou a více týmů.



Kolektiv jednotky intenzivní péče. Sedící: vrchní sestra Helena Prokešová, staniční sestra Petra Šimíková, MUDr. Jiří Vlček, stojící zleva: Marie Čížková, Eliška Zachová, Jana Voltrová, Kristýna Buchtová, Zdenka Osvaldová, František Dolák, Terezie Krebsová, Aleš Dostál, Olga Weisová, Kateřina Mlynářová, Martina Baboučková. | Foto: archiv oddělení

Traumata jiných oblastí lidského těla jsou pak ošetřována konziliárním způsobem – pacienti jsou na Úrazovém oddělení



Staniční sestra JIP Petra Šimíková v koronavirové době. | Foto: archiv oddělení



Zleva Věra Nováková, Šárka Franková, staniční sestra Ivana Vachtová, Marie Přivratská, Zdenka Horejšová | Foto: archiv oddělení



Kolektiv sester, sanitárek a sanitářů traumatologických operačních sálů. | Foto: archiv oddělení

hospitalizováni a je jim poskytována ošetrovatelská péče. Taktiku léčby, včetně operační, zajišťují lékaři příslušných oddělení. Strategii ošetření zlomenin páteře nebo léčbu kraniotraumat zajišťují lékaři Neurochirurgického oddělení. Operační léčbu nitrobršních poranění provádí lékaři Chirurgického oddělení, poranění hrudníku Oddělení hrudní chirurgie nebo kardiochirurgie, ztrátová poranění končetin pak Oddělení plastické a rekonstrukční chirurgie, podobně traumata obličejového skeletu, smyslových orgánů nebo urogenitálního systému. Specifická a výjimečná díky blízkosti oborů je pak spolupráce s Ortopedickým oddělením v oblasti kloubních náhrad a patologických a periprotetických zlomenin. Vzhledem k tomu, že značná část hospitalizovaných pacientů nemá pouze tzv. izolované trauma, ale poškození více oblastí těla, je tento systém péče výhodný díky zastřešujícímu odborníkovi – traumatologovi – který má pacienta od jeho přijetí komplexně v péči a nesoustředí se pouze na „svůj“ problém skeletu. Týká se to zejména polytraumat, jejichž nejtěžší případy jsou soustředěny na lůžkovém Anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Další výhodou je bezproblémový průběh linky záchraná služba – ošetření na ambulanci – příjem na oddělení – ošetření – propuštění, kdy nedochází ke sporům o to, na jakém oddělení bude pacient hospitalizován. Vždy je totiž transportován na ambulanci Úrazového oddělení.

Zlepšená ekonomická situace v posledních 30 letech s sebou přinesla velký nárůst počtu automobilů a motocyklů. Jak můžete vyčíst z následujících grafů, se zahuštěním provozu na silnicích se bohužel pojí i dramatické zvýšení počtu pacientů s úrazy jak ambulantně ošetřenými, tak odoperovanými. K asi největšímu nárůstu došlo na přelomu tisíciletí. Při pohledu na průběh grafu by se mohlo zdát, že se již delší dobu (přibližně od roku 2010) nacházíme ve stabilizovaném stavu. Zvyšující se informovanost pacientů a stále vyšší nároky na kvalitu ošetření s sebou však přinášejí stále se zvyšující počty pacientů přijíždějících k ošetření komplikovaných zlomenin ze spádových nemocnic Jihočeského kraje. Zlomenin tak není více, ale jsou složitější a jejich ošetření trvá déle. Vytíženost hlavního traumatologického sálu vzrostla za posledních osm let o 50 % (!!!). Během posledních let navíc razantně přibývá



Kolektiv st. B – zprava staniční sestra Monika Pátá, Jaroslav Jedlinský, Jiřina Vokáčová, Vladimíra Kroupová | Foto: archiv oddělení



Kolektiv ambulance – sedící zleva: Ludmila Zíková, Kateřina Kolářová, Zdeňka Přemilová, stojící zleva: Vladimíra Bílková, Romana Gutwirthová, Monika Kroutilová, Alena Zindulková | Foto: archiv oddělení

operačních programů do pozdních nočních hodin. V případě ambulantního sektoru pak velkou roli sehrávají výhodné ekonomické podmínky úrazového pojištění. I za drobné úrazy totiž pacient od pojišťovny často dostane poměrně značnou částku. Úraz však musí být zdokumentovaný, proto pacient přichází přímo na naši urgentní ambulanci, kde musí být kvůli nepřítomnosti jakéhokoli dalšího ambulantního zařízení v okrese v mimopracovní době ošetřený. Z grafu je zřejmé, že tato čísla zřejmě

ještě porostou. Křivka počtu ambulantně ošetřených pacientů má totiž stále stoupající tendenci. Ve srovnání s ostatními traumacentry České republiky jsme tak v počtu ambulantně ošetřených pacientů za rok dlouhodobě na prvním místě. Značným problémem je kvůli nepřítomnosti jakéhokoli ambulantního chirurgického zařízení v okrese v mimopracovní době míchání pacientů s drobnými a těžšími úrazy v jednom prostoru. Zřízení ambulance pro ošetření drobných úrazů by tak v budoucnu

výrazně přispělo k lepší atmosféře na oddělení.

TECHNICKÉ VYBAVENÍ

Novinky poslední doby

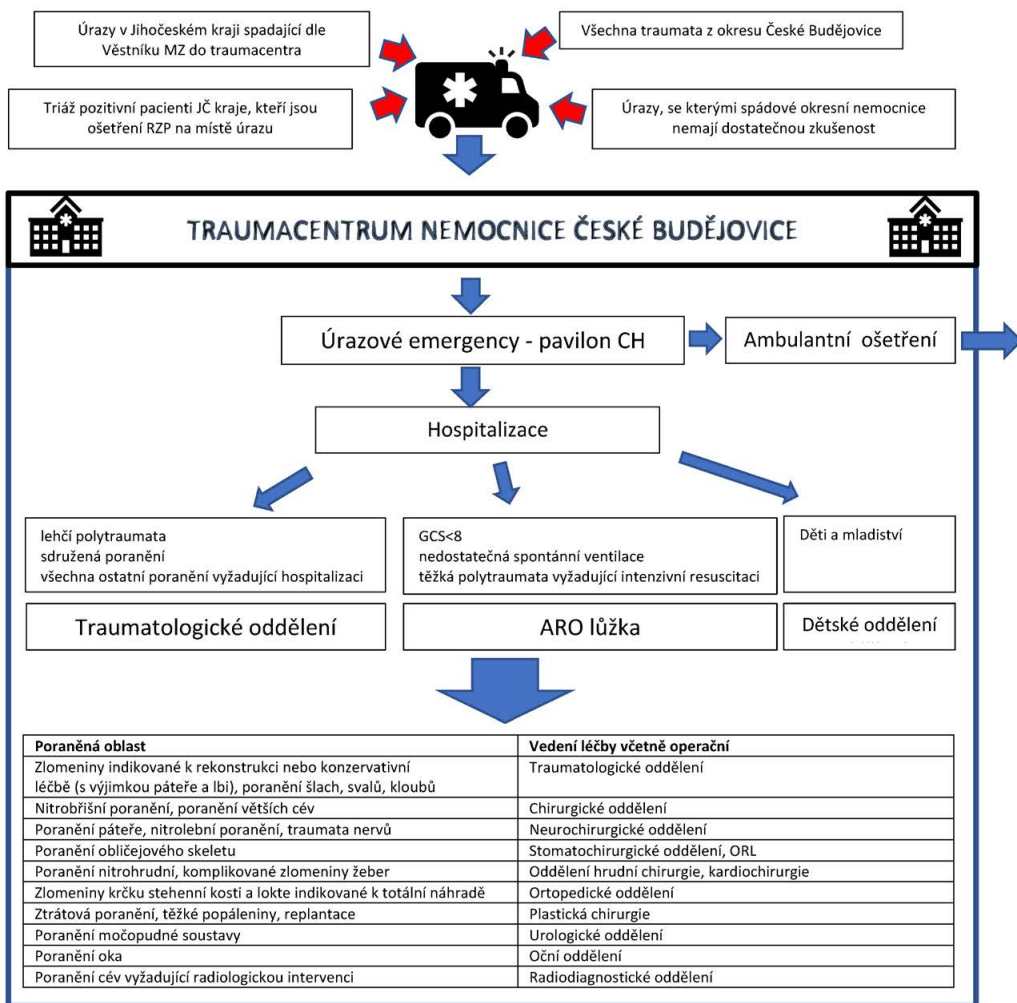
ISO 3D

Peroperační „CT“ bylo pořízeno koncem roku 2019. Jedná se o speciální C rameno používané k peroperačnímu RTG vyšetření při operacích skeletu s možností získání 2D řezů vyšetřované oblasti. Samotná technologie je známá již delší dobu, teprve v poslední době se však dostala do standardního režimu používání díky výrazné automatizaci provedení vyšetření a kvalitnímu karbonovému operačnímu stolu. Vyšetření v rukou mírně zkušeného RTG laboranta trvá něco okolo dvou minut a již během operace umožní provést 2D řezy v oblasti krychle o straně 20 cm. Obrázky se blíží kvalitou CT vyšetřením. Tento typ vyšetření se používá všude tam, kde nemůže standardní C rameno poskytnout dostatečné množství informací během operace, a oblast zlomeniny tak není dobře viditelná – tedy např. kvalita repozice u nitrokloubních zlomenin, umístění a délka kovových implantátů. Naprostým standardem je v současnosti u zlomenin acetabula, horního a dolního konce bércevé kosti nebo zlomenin hlezna. Vyšetření se často provádí během operace několikrát.

Náhlavní operační světla

Světla umístěná na chirurgově hlavě jsou relativně běžnou součástí vybavení velké části operaterů už delší dobu. Pro běžné použití v traumatologii bylo však používání světel spojených kabelem se zdrojem vzhledem k tomu, že se operatěři během zákroků poměrně dost hýbají, velmi náročné. Před více než rokem proto byla na oddělení pořízena náhlavní operační světla s bateriovým zdrojem ve dvou variantách. Menší verze s vysokou svítivostí až 125 000 luxů je opatřena baterií přímo na hlavě. Světlo je tak možné umístit na chirurgovu hlavu i během operace, nebo ho naopak sejmut ve chvíli, kdy není potřeba. Toto světlo váží 300 g i s baterií a vydrží svítit až 6 hodin. Využíváme jej především u hlubokých operačních ran, které není možné standardním světlem nasvítit, a to hlavně proto, že si operatér stíní hlavou. Jako téměř nezbytné se ukazuje v traumatologii pánve nebo horního okraje bérce.

Schéma fungování při ošetřování úrazů



Výuka na vysokých školách
MUDr. Martin Kloub se podílí jako externí učitel Ortopedicko-traumatologické kliniky FN Královské Vinohrady na školitelém postgraduálního studia oboru Experimentální chirurgie 3. LF UK Praha. MUDr. Pavel Látal a MUDr. Jiří Urban vyučují dlouhodobě na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity.

Pořádání kongresů a sympozií
Setkání traumatologů jihočeského regionu
Od roku 1998 pořádá oddělení pravidelné podzimní Setkání traumatologů jihočeského regionu, které je určeno primárně pro všechny lékaře Jihočeského kraje, kteří se podílí na ošetřování úrazů. Účastní se ho ale i pozvaní významní odborníci z celé republiky. Především pro pohodovou atmosféru, výborné pohoštění a široké multioborové odborné spektrum je oblíbeným místem setkávání lékařů všech oborů Traumacentra Nemocnice České Budějovice, a.s., kteří se na ošetřování traumat podílí.

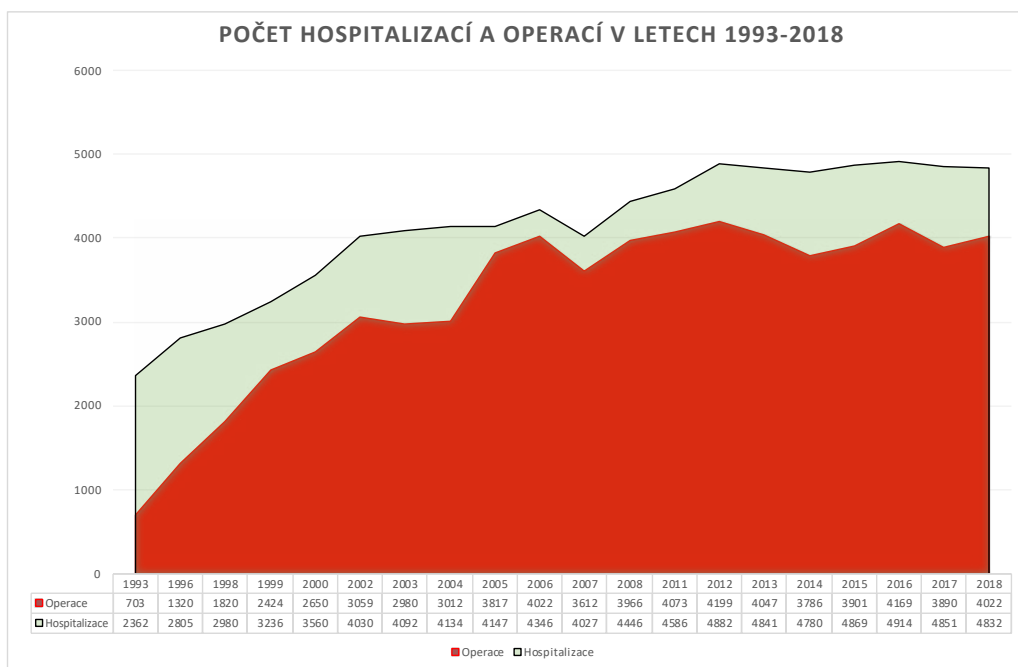
Traumavideosympozia
Filozofie videosympozia byla přejata z podobné akce konající se na přelomu tisíciletí opakovaně ve vlajkové lodi německé traumatologie Unfallchirurgie v Hannoveru. Hlavní částí jejich programu jsou operátorem prezentované 6–8minutové videosekvence nejdůležitějších částí operací. Hlavní výhodou oproti tzv. live přenosům přímo z operačního sálu je kromě menší technické náročnosti akce zejména odbourání mrtvého prostoru

Pedagogická činnost

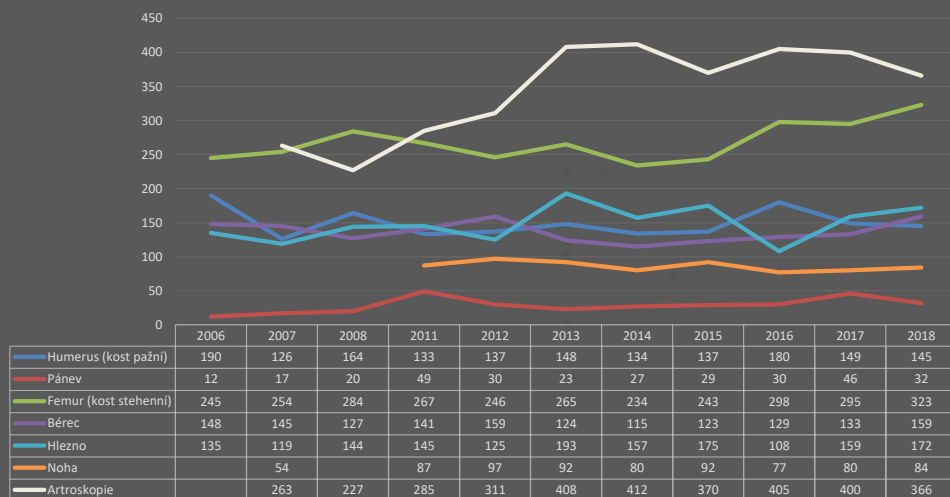
AO Trauma

Pro odborný rozvoj oddělení je zásadní členství velké části lékařů oddělení v AO Trauma, celosvětové organizaci zabývající se postgraduálním vzděláváním v traumatologii skeletu. Organizování AO kurzů v České republice i zahraničí a výuka lékařů z jiných pracovišť vedou jak ke zlepšování kvality práce na oddělení, tak zvyšování prestiže oddělení a celé nemocnice mezi odborníky u nás i v zahraničí. Úrazové oddělení se za posledních 20 let posunulo z pozice standardního krajského pracoviště na místo udávající trendy v ošetřování zlomenin v oblasti ramene a lokte, pánve, patní kosti nebo infekčních komplikací, a to nejen pro Českou republiku. Bylo proto rovněž vybráno jako jedno ze dvou center ukázkových operací v republice. MUDr. Martin Kloub organizoval nejvyšší úroveň kurzů AO Trauma v Čechách i zahraničí, mimo jiné v Nizozemí, Švýcarsku nebo Itálii, MUDr. Karel Holub, MUDr. Alexandr Rypal,

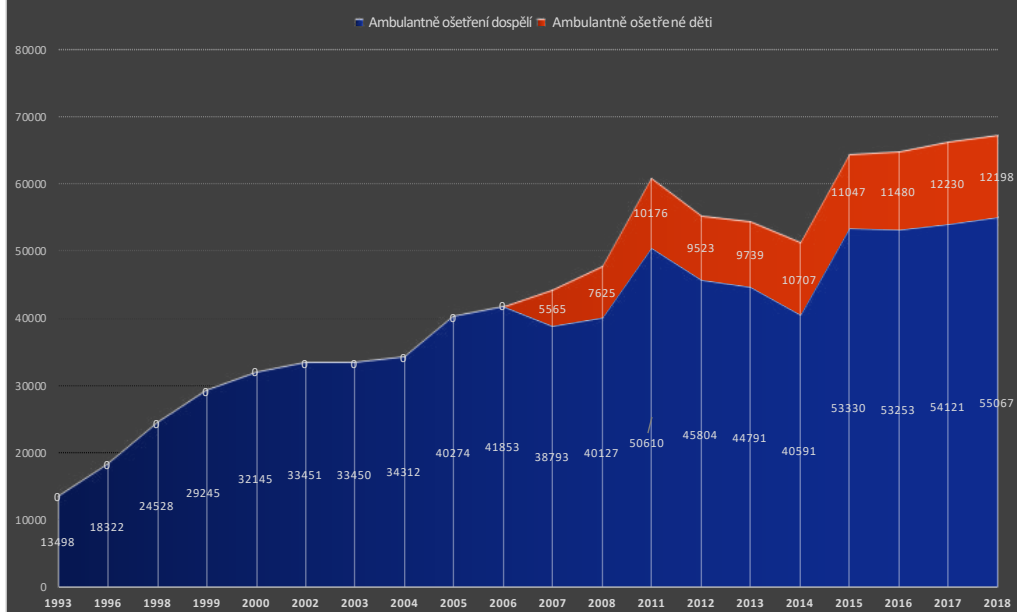
MUDr. Jiří Urban a MUDr. Marek Peme jsou pravidelnými členy fakulty AO Trauma na kurzech v České republice.



Počty operací zlomenin podle anatomických oblastí



Ambulantně ošetření pacientů v letech 1993-2018



mezi operacemi nebo nezajímavých částí operace. Při pečlivé přípravě je tak při sympoziu možné odprezentovat několik desítek těchto videí plných tipů a triků. Nevýhodou je značná náročnost na přípravu videí – musí se sejt dobrý případ, musí být dobře natočen a sestříhán. V posledních letech s rozvojem moderních obrazových technologií a dostupností nejrůznějších výukových materiálů na internetu bylo množství videí omezeno a dává se přednost panelovým diskuzím předem připravených kazuistik. Poprvé se sympozium konalo v roce 2006 a rychle si získalo značnou popularitu. V nejsilnějších ročnících přivedlo do Českých Budějovic téměř 200 lékařů z celé České republiky i zahraničí. Během osmi ročníků se ho zúčastnila i řada světově proslulých traumatologů. Tématem posledního ročníku v roce 2019, který probíhal v anglickém jazyce, byly infekční komplikace zlomenin.

Publikační a přednášková činnost

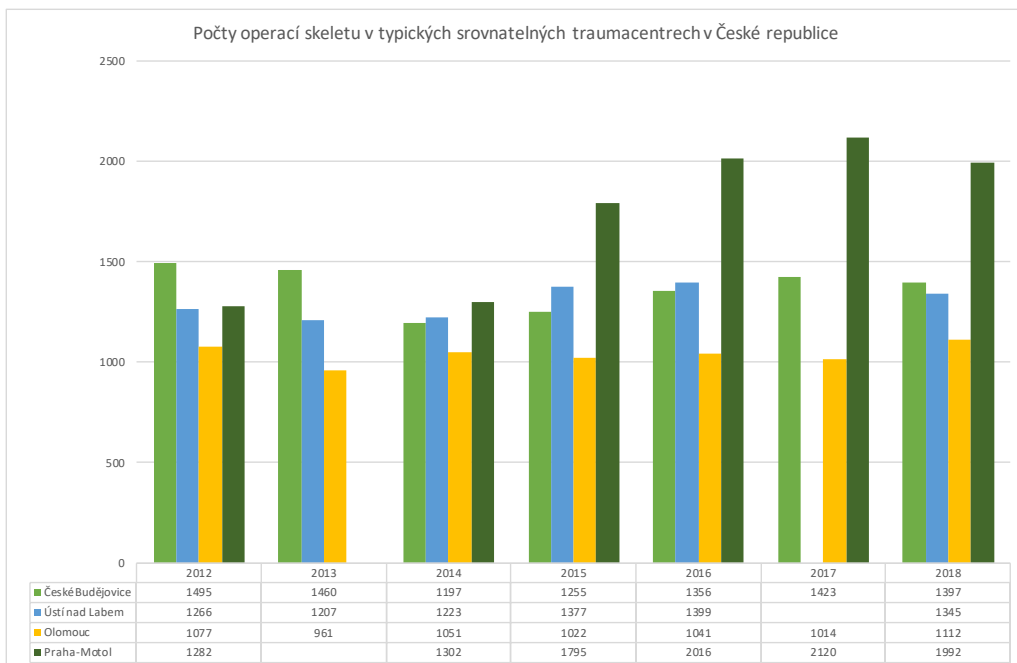
Lékaři oddělení aktivně přispívají do renomovaných domácích i zahraničních časopisů a jsou pravidelnými aktivními účastníky významných domácích i zahraničních kongresů a sympozií, kde přednesli v posledních letech několik stovek přednášek. Například v roce 2017 přednášeli lékaři oddělení celkem 63× v České republice a 21× v zahraničí. Mezi nejvýznamnější prezentace patří aktivní účast na Světovém kongresu zevní fi xace v Limě 2005, SICOT Buenos Aires 2006 a Marrakech SICOT 2007. Výjimečné je pak i opakované předsednictví světových AO Trauma kurzů v Davosu, tedy „Mekce“ traumatologie. Lékaři oddělení jsou také spoluautory několika učebnic traumatologie a ortopedie – Traumatologie, Úskalí léčby zlomenin nebo Zlomeniny proximálního femuru.

Mimopracovní aktivity

V posledních letech se postupně stalo tradicí pořádání několika pravidelných akcí, které přispívají k lepšímu poznání jednotlivých členů týmu, a to nejen na lékařské, ale i sesterské úrovni. Běžkařské sympozium na Modravě
Koná se od roku 2009 každoročně poslední únorový víkend od pátku do neděle na Klostermannově chatě. Jeho náplní je běžkové lyžování v rekreační formě spojené s bližším poznáváním lékařských členů týmu. Nejdůležitějším dnem je sobota, kdy po již tradičním okruhu Modrava – Černá



Lékaři Traumatologického oddělení MUDr. Karel Holub, prim. MUDr. Martin Kloub, Ph.D., MUDr. Pavel Látal, MUDr. Jiří Urban a MUDr. Marek Peme na AO kurzech v Davosu 2018 | Foto: archiv oddělení



Hora – Kvilda – Filipova Huť – Modrava následuje sympozium s tématem „Čím pro mě byl významný uplynulý rok“. 5minutové prezentace s 20–30 slidy si připravují všichni účastníci akce.

Primářské cyklotoulky po Třeboňsku

Organizuje tradičně emeritní primář oddělení MUDr. Pavel Kopačka v okolí své chalupy v Ponědraží na konci jara.

Vltava tour

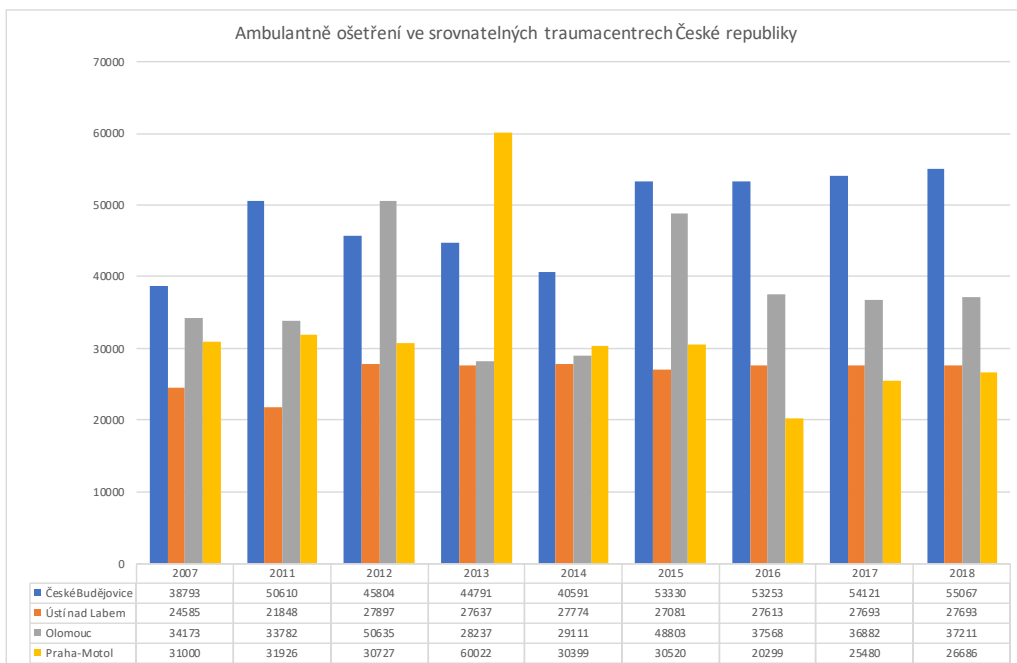
Je pravidelnou letní akcí sestřiček jednotky intenzivní péče, ale účastní se jí i lékaři nebo sanitáři.

Dalšími akcemi jsou např. gastronomické rozloučení s létem začátkem září nebo pravidelné pivní úterky konající se v měsíčním rytmu každé poslední úterý v měsíci.

Všechny tyto „nepovinně–povinné“ akce přispívají dlouhodobě k lepšímu poznávání a chápání jednotlivých členů oddělení mezi sebou, k lepší atmosféře na oddělení a větší soudržnosti celého týmu. Ve stresujícím prostředí, jakým Úrazové oddělení bezpochyby je, by bez přátelského a pevného týmu nebylo dlouhodobé působení možné.

prim. MUDr. Martin Kloub, Ph.D.

Traumatologické oddělení



Prim. MUDr. Martin Kloub, Ph.D., přednáší na AO kurzu v Davosu. | Foto: archiv oddělení



MUDr. Martin Kloub, Ph.D. - primář

Se zabývá traumatologií skeletu v celém rozsahu se zaměřením na komplikované nitrokloubní zlomeniny a zlomeniny pánve. Několikrát předsedal celosvětovým AO kurzům v Davosu, byl opakovaným předsedou AO Trauma Česká republika a je členem výboru České společnosti pro úrazovou chirurgii. Zastává funkci krajského koordinátora pro traumatologii. Ve

volném čase se věnuje nejvíce cyklistice, bezmotorovému létání, práci na zahradě a miluje také hudbu. V posledních 20 letech se podílel na instalaci několika desítek zvonů do kostelů v České republice.



MUDr. Pavel Kopačka - Emeritní primář

Byl primářem oddělení v letech 1992–2019. Za jeho působení se oddělení etablovalo na špičkové traumatologické pracoviště evropské úrovně. Mezi jeho zájmy patří cestování, cyklistika a gastronomie.



MUDr. Karel Holub – zástupce primáře

Zaměřuje se zejména na úrazy ramene, lokte a pánve. Je zodpovědný za provoz hyperbarické komory, která je součástí oddělení. Je členem fakulty AO Trauma, postgraduálně studuje na JEP v Olomouci. Jeho volný čas vyplňuje hlavně rodina. Velice rád cestuje do severní Evropy, jihovýchodní Asie, Indie, navštívil i sever Ruska a Patagonii. Zbytek času věnuje sportu – běhu na lyžích, cyklistice a běhu.



MUDr. Alexandr Rypl – zástupce primáře

Nastoupil na Traumatologické oddělení po předchozím několikaletém působení na ortopedii Tábor a traumatologii v německém Saalfeldu. Vykonává široké spektrum operací muskuloskeletárního aparátu. Je vedoucím skupiny pro infekční komplikace po osteosyntéze a je rovněž součástí artroskopického týmu. Kromě toho je členem fakulty

AO Trauma. Ve volném čase se věnuje různým druhům letních i zimních sportů. Aktivně se dále věnuje úpravám zahrady a rodinného domu.



MUDr. Jiří Nýdl

Zabývá se problematikou úrazů kolena a podílí se na jejich artroskopickém ošetření. Svoje znalosti z ortopedie využívá na úrazové ambulanci. Ve volném čase se věnuje rybaření a cykloturistice.

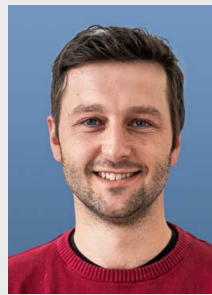


MUDr. Zdeněk Beneš

Polovinu své profesní kariéry pracoval na všeobecné chirurgii, druhou polovinu na traumatologii. T. č. pracuje na jednotce intenzivní péče Traumatologického oddělení. Věnuje se též posudkové činnosti v úrazové chirurgii. Ve volném čase rád chalupaří, jezdí na kole, čte nebo poslouchá vážnou hudbu.

**MUDr. Marek Peme**

Je vedoucím týmu traumatologie nohy a hlezna. V současné době se začíná věnovat poraněním pánve a acetabula. Je postgraduálním studentem LF JEP Olomouc. Ve volném čase se věnuje sportu, práci v lese a myslivosti.

**MUDr. Ondřej Komín**

V rámci specializace v oboru se věnuje léčbě poranění v oblasti nohy a hlezna. Volný čas věnuje svým dvěma malým dětem, sportům všeho druhu a práci okolo rodinného domu.

**MUDr. Lucie Papežová**

Na Oddělení úrazové chirurgie nastoupila v září 2018 po dokončení lékařské fakulty. Patří k artroskopickému týmu oddělení. Ve volném čase se věnuje tanci a sportu.

**MUDr. Libor Dvořák**

Jeho profesním zájmem je dětská traumatologie. Ve volném čase mu většinu času zabere péče o dvouletého syna a cestování s rodinou s poznáváním zahraniční gastronomie.

**MUDr. Daniel Mahovský**

Věnuje se poranění kolene a ramene a jejich artroskopickému řešení. Dále se zajímá o sportovní medicínu. Několik let byl lékařem VK Jihostroj. Ve volném čase rekreačně sportuje a zajímá se o literaturu.

**MUDr. Jiří Urban**

Specializuje se na dětskou traumatologii a je vedoucím dětského traumacentra. Jeho druhou specializací je léčba kostních infekcí a paklobů. Také působí jako externí pedagog na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Ve volném čase rád sportuje a věnuje se rodině.

**MUDr. Dmytro Zinchenko**

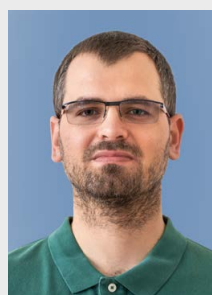
Posílil oddělení po 5letém pobytu na Chirurgickém oddělení v Rychnově nad Kněžnou. Nyní se aktivně připravuje na atestaci z chirurgie. Vypomáhá v mezinárodní komunikaci s pacienty a kolegy hlavně z východu. Ve volném čase se věnuje basketbalu a chalupaření.

**MUDr. Tomáš Zidek**

Jako lékař pracuje na oddělení od roku 2012. Kromě všeobecné traumatologie je součástí skupiny zaměřující se na poranění ramenního a loketního kloubu. Ve svém volném čase se věnuje rodině, pracím kolem rodinného domu a vášnivě včelaří.

**MUDr. Rudolf Novák**

Je jedním z nejzkušenějších členů týmu, předává zkušenosti mladším kolegům a věnuje se zejména ambulantní činnosti. Mezi jeho zájmy patří hlavně automobilismus a zahrádka.

**MUDr. Svatoslav Kodytek**

Bývalý všeobecný chirurg s 5letou praxí je novým členem týmu. Zatím je bez traumatologické specializace. Mezi jeho koníčky patří například rybolov.



MUDr. Jan Šperl

Na Oddělení úrazové chirurgie se zabývá zejména poraněním zápěstí a ruky. Dále se zaměřuje na oblast komplikací osteosyntéz, zejména pakloubů a infektů. Baví ho míčové sporty, dlouhodobě se věnoval basketbalu. Má rád moderní technologie, nekorektní humor a je milovníkem psů. V posledních týdnech mu dělá radost narozená dcerka.



MUDr. Pavel Látal

Zaměřuje se na problematiku artroskopie, poranění kolenního kloubu a sportovní traumatologii. V současné době dokončuje doktorské studium na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Zároveň působí jako externí lektor na Zdravotně sociální fakultě JU v Českých Budějovicích. Ve volném čase se věnuje silniční cyklistice, lednímu hokeji a plavání.



MUDr. Jan Mařík

Jeden z nejmladších členů týmu. V budoucnu by se chtěl věnovat léčbě poranění nohy a kolene. Má rád sport, obzvláště projížďky na kole, hraní florbalu či procházky se psem. Ve volném čase vypomáhá na rodinném penzionu. Největší radost mu dělá, když může objevovat další země jen s batohem na zádech.



MUDr. Jiří Smrž

Zabývá se zlomeninami u dětí a traumaty v oblasti ruky. Věnuje se hyperbarické medicíně a jako externí lékař slouží na záchranné službě. Mezi jeho záliby patří vojenská historie, běh, horolezectví a amatérský box. V létě se podílí na organizaci táborů skautského oddílu, jehož členem je již od dětství.



MUDr. Ing. Jan Řimsa

Přišel na oddělení nedávno z Ortopedicko-traumatologické kliniky pražské FN Motol. Kromě odborné práce na Ortopedicko-traumatologických odděleních předchozích pracovišť vykonával dozor hokejových zápasů juniorů kladenských Rytířů a působil jako lékař fotbalové reprezentace ČR v kategorii do 19 let. Do roku 2019 působil externě na České zemědělské

univerzitě v Praze. Ve svém volném čase se věnuje turistice, plavání a cestování zejména do jihovýchodní Asie.



MUDr. Jiří Vlček

Dříve všeobecný chirurg, nyní traumatolog pohybového aparátu, je členem týmu traumatologie ruky. Zabývá se také hyperbarickou medicínou a hojením chronických ran. Odreagování ve volném čase nachází v hudbě, zejména při hraní na housle a kytaru, a při jízdě na horském kole.



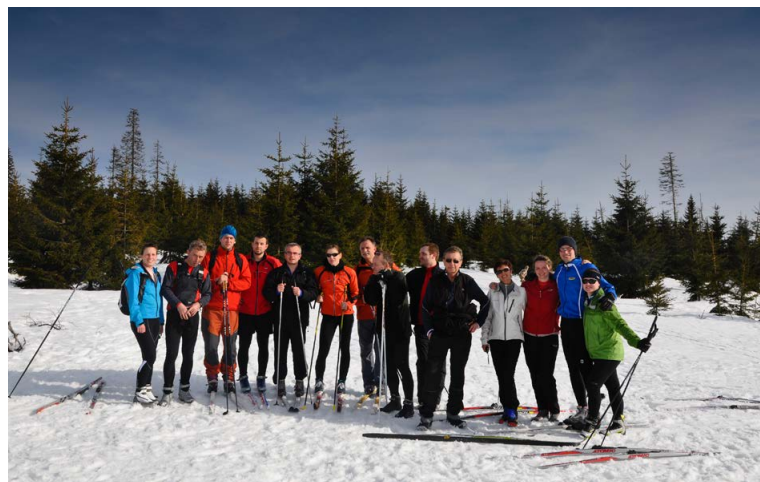
MUDr. Marin Dufek

Většinu života věnuje práci v oboru všeobecné i úrazové chirurgie dětí a dospělých. Kromě traumatologie slouží také u RZP. Má kladný vztah k filatelii, automobilům a cestování – za vrchol rekreace s nejlepší kuchyní považuje Francouzský Karibik. Přispívá řadu let na ZOO a dětský domov.

Teambuilding Traumatologického oddělení



Kolektiv JIP Traumatologického oddělení s hosty na tradičních sportovních akcích a odpočinku po nich | Foto: archiv oddělení



Seminář na Modravě – skupinové foto po výjezdu na Černou Horu | Foto: archiv oddělení

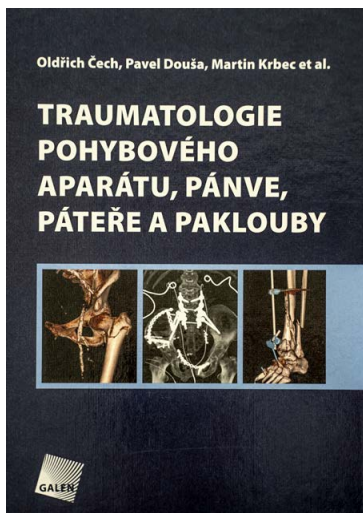


Kolektiv JIP Traumatologického oddělení s hosty na tradičních sportovních akcích a odpočinku po nich | Foto: archiv oddělení

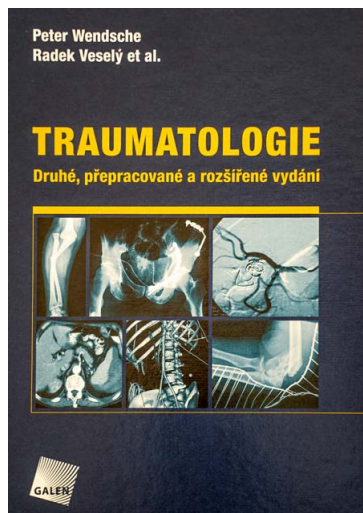


Kolektiv JIP Traumatologického oddělení s hosty na tradičních sportovních akcích a odpočinku po nich | Foto: archiv oddělení

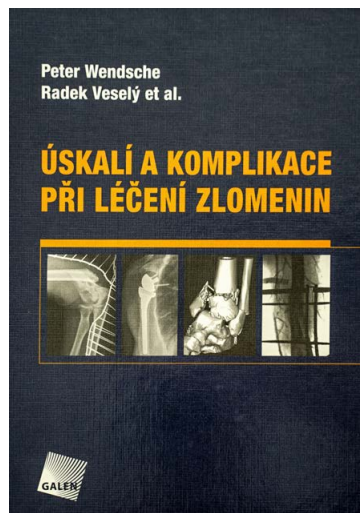
Publikace Traumatologického oddělení



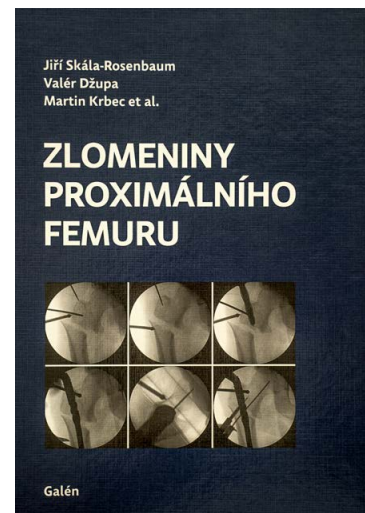
Traumatologie pohybového aparátu, pánve, páteře a pakloby | Foto: archiv oddělení



Traumatologie: Druhé, přepracované a rozšířené vydání | Foto: archiv oddělení



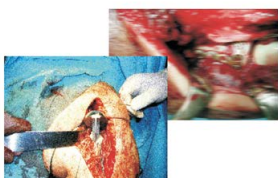
Úskalí a komplikace při léčení zlomenin | Foto: archiv oddělení



Zlomeniny proximálního femuru | Foto: archiv oddělení



Traumatologie horní končetiny



Předseda symposia
prim. MUDr. Pavel Kopačka
Vědecký sekretář, organizace
MUDr. Martin Kloub

*1. Traumavideosymposium
Foto: archiv oddělení*



AO Traumavideosymposium | Foto: archiv oddělení



*Setkání traumatologů v Českých Budějovicích
Foto: archiv oddělení*



Ocenění za 2. nejlepší práci publikovanou v roce 2013 v časopise Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae Českoslovacie | Foto: archiv oddělení

MUDr. Petr Nesnídal: Mým hlavním cílem je přispívat k poskytování kvalitní léčby onemocnění páteře v naší nemocnici a pomoci co nejvíce pacientům a pacientkám

MUDr. Petr Nesnídal je rodák z Českých Budějovic. Dlouhých 22 let strávil v Praze, letos se však vrátil domů. K 1. červnu letošního roku nastoupil na Neurochirurgické oddělení naší nemocnice. Přichází jako specialista spondylochirurg, tedy chirurg páteře.

Pane doktore, zavzpomínejme na vaše začátky...

Po ukončení lékařské fakulty jsem se hlásil do českobudějovické nemocnice na Chirurgické oddělení, bohužel zde ale nebyla volná pozice. V té době bylo velmi těžké najít v ČR a zejména v Praze místo v chirurgickém oboru na plný úvazek, ale nakonec se zadařilo. V roce 2005 jsem nastoupil do Motola na Spondylochirurgické oddělení. Popravdě jsem až těsně před pohovorem zjistil, co vlastně spondylochirurgie je (úsměv). Neměl jsem tušení, že by to měl být v budoucnu samostatný obor, tehdy ze spondylochirurgie neexistovala ani atestace. Ve Fakultní nemocnici Motol jsem se začal učit a postupně se v oboru páteřní chirurgie orientoval. Můj učitel, prof. MUDr. Jan Štulík, CSc., přednosta spondylochirurgické kliniky a předseda akreditační a atestační komise, je původem ortoped. Zařadil jsem se tedy do specializace ortopedie. Musel jsem nabýt zkušenosti v rámci standardní ortopedie, proto jsem chvíli sloužil ve Střešovicích a nějaký čas také v Sokolově. Hlavní „gró“ mé práce ale spočívalo ve spondylochirurgii, kterou jsem si opravdu zamiloval.

Jak se vyvíjela spondylochirurgie v čase?

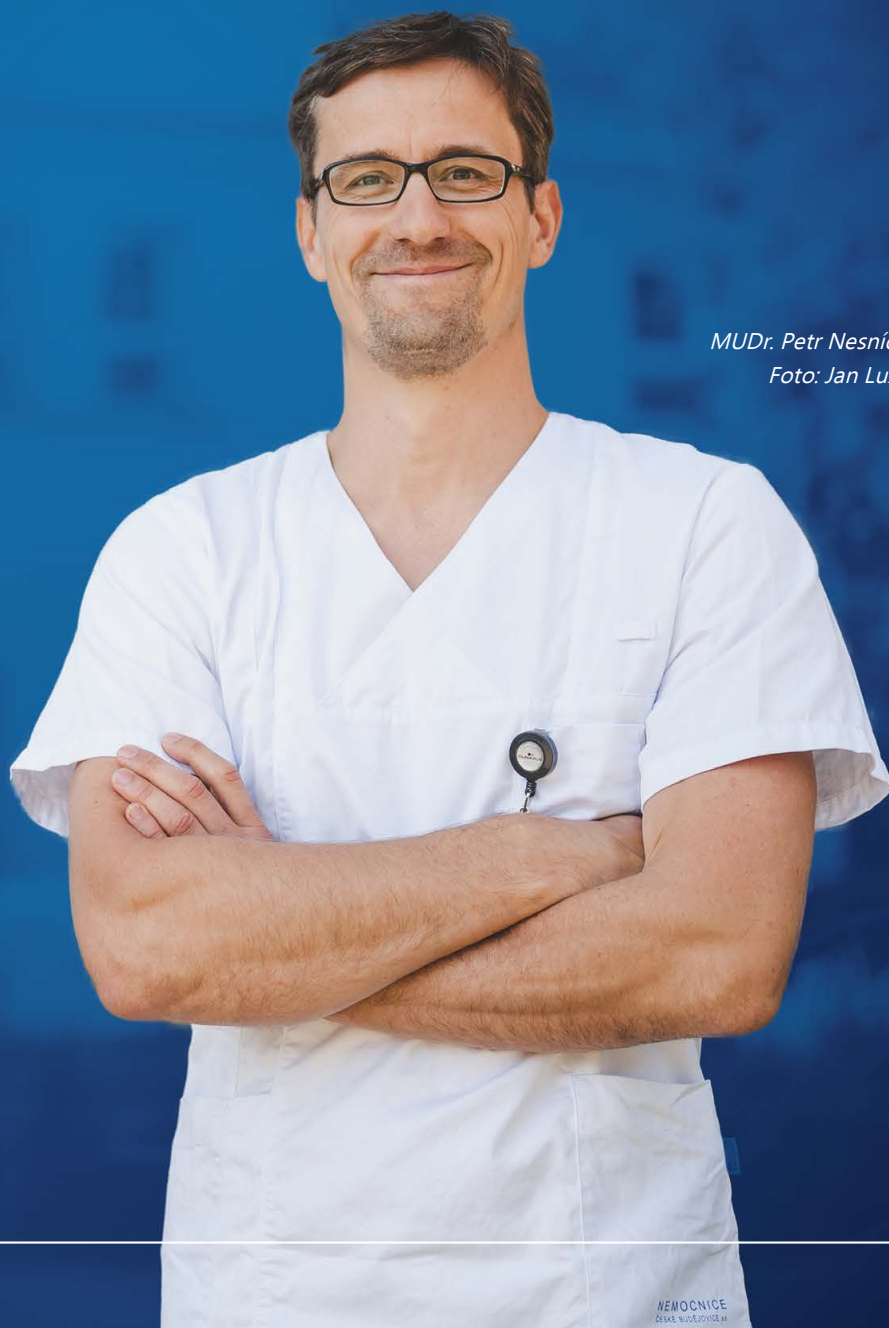
Klinika spondylochirurgie 1. LF UK a FN Motol a Oddělení chirurgie páteře v Karviné jsou v současnosti jediná dvě samostatná oddělení v České republice. V ČR je přibližně 27 pracovišť, která se zabývají chirurgií

páteře, ale většina z nich jsou organizačně začleněna pod neurochirurgii, ortopedii či traumatologii jednotlivých nemocnic. Samostatné Spondylochirurgické oddělení FN Motol vzniklo v roce 2002 a bylo to také první zrno odštěpení se od ostatních oborů. Tento obor je velmi komplexní,

prolíná se zde zejména neurochirurgie, ortopedie, chirurgie a traumatologie. Dnes jednoznačně spěje k určitému vydělení. I proto vzniká nástavbová atestace ze spondylochirurgie pro specialisty. V současné době tedy začnou vycházet první atestovaní spondylochirurgové – specialisté.

Z Motola jste odcházel z pozice zástupce přednosty pro výuku, vědu a výzkum a z pozice vedoucího jednotky intenzivní péče. Co vás přivedlo zpět domů?

Především rodinné důvody. V Praze jsem zůstal hned po škole, žili jsme tam 22 let. Jako Budějčáci jsme se ale už chtěli vrátit domů. Českobudějovickou nemocnici znám velmi dobře, stejně jako zdejší Neurochirurgické oddělení v čele s prim. MUDr. Chloubou. Celý zdejší tým je velmi sympatický, pracuje zde spousta skvělých lidí. Vidím v oddělení velký potenciál,



*MUDr. Petr Nesnídal
Foto: Jan Luxík*

především co se týče spondylochirurgie. Díky rekonstrukci je v příslibu určité rozšíření pracoviště, takže se těším, jaké výzvy nás budou čekat. Můj odchod z Prahy nebyl nikterak složitý. Z Budějovic jsme vlastně nikdy neodešli, celou rodinu máme zde na jihu Čech a trávili jsme zde většinu volného času.

Jste atestovaný ortoped a nastoupil jste jako spondylochirurg na Neurochirurgické oddělení. To není úplně běžná kombinace...

Naše Neurochirurgické oddělení v tomto okamžiku plně pokrývá téměř celé spektrum chirurgie páteře. Jsem opravdu takovou „vlastovkou“, kdy již čistě specializovaný ortoped – spondylochirurg působí na neurochirurgii. Historicky bychom mohli ve spondylochirurgii vydělit dva přístupy – ortopedický a neurochirurgický. Neurochirurg se primárně zaměřuje na nervovou tkáň, na mikroskopické, jemnější typy výkonů. Ortopedická společnost se specializuje zejména na korekční a stabilizační výkony na skeletu, tedy spíše řemeslnější práci, zejména pak na fúzi

techniky. Můj pohled je kombinovaný se snahou přinést něco nového. Vidět je to často na hlášeních při diskusi s kolegy. Cíl máme všichni stejný, lišit se může naše cesta.

Jaké výkony řadíme do spondylochirurgie?

Výkony, které ošetřují onemocnění páteře od okcipitálních kondylů na bázi lebni, což je kloub, který spojuje hlavu s krkem, až po kostrč. Jedná se o všechna onemocnění páteře, která v těchto segmentech můžeme najít. Máme pět základních skupin diagnóz, o které se staráme. Nejčastější jsou degenerativní onemocnění páteře. Druhou skupinou jsou traumata páteře, tedy úrazy. Třetí skupinou jsou nádorová postižení v oblasti páteře. Čtvrtou skupinou jsou deformity a vrozené vývojové vady páteře (skolióza, spondylolistéza atd.). Poslední skupinou jsou záněty, ať septické – bakteriální, nebo aseptické – nejčastěji revmatoidní či jiné autoimunitní postižení páteře. Samostatnou skupinou jsou revizní výkony.

Zastavme se u degenerativního onemocnění páteře, které tvoří až 70 % z celkového počtu operací páteře...

Co se týče degenerativního onemocnění páteře, jednou z nejčastějších diagnóz je výhřez meziobratlové ploténky. Ta obvykle bývá v krční nebo bederní páteři, v oblasti hrudní páteře je spíše vzácná. Jedním ze symptomů, které by měly pacienta varovat a přivést k lékaři, je radikulární symptomatologie, tedy příznak dráždění nervových struktur v oblasti páteře. V ten moment výhřez už dráždí nějaký nerv, který probíhá v kostěném páteřním kanálu v oblasti daného segmentu páteře. Jakmile tento výhřez mechanicky tlačí na nervový kořen, pacient to pocítuje jako nervovou bolest, může se jednat o pálení či brnění. Pokud tento tlak trvá delší dobu a nic se neděje, hrozí výpadek funkce nervu. Projevuje se tak, že pacient přestává cítit tu část končetiny, kterou daný nervový kořen inervuje. V další fázi může dojít k výpadku motorické funkce, tzn. pacient není schopen udělat pohyb v takové síle a v takovém rozsahu, jak byl zvyklý. Může začít kulhat, zakopávat, pozoruje vypadávání předmětů z rukou. Tyto příznaky jsou velmi varovné, člověk by v takovém případě měl co nejdříve navštívit lékaře. V nejkrajnějším případě dochází k poruše inervace vylučovacích orgánů. Jedná se o tzv. syndrom kaudy, který musí být řešen velmi urgentně, jinak je pacient ohrožen velmi vážnými trvalými následky.

Každá diagnóza je jiná, i co se týče úspěšnosti léčby...

Pokud mluvíme o pacientovi s degenerativním onemocněním páteře, většinou má chronické potíže. Zde je otázkou, jak dlouho tyto potíže trvají a jak dlouho to pacient pocítuje. Obecně výsledek operace jistě souvisí se závažností předoperačního nálezu. V rámci traumatologie se jedná o náhlou, akutní změnu zdravotního stavu. Pokud není porušena neurologická funkce, je následně návrat do běžného života velice rychlý. Úrazem jsou nejčastěji ohroženi muži v mladším až středním věku, kteří jsou jinak v dobré kondici.

Technologický pokrok a změny dozajista také pomáhají v úspěšnosti léčby. Je to tak?

Určitě. Pokud se budeme bavit o degenerativním onemocněním páteře, tak v současné době rozjždí v naší nemocnici

MUDr. Petr Nesnídal se narodil 26. listopadu 1979 v Českých Budějovicích. O devatenáct let později maturoval na místním Českém reálném gymnáziu a posléze se vydal do Prahy, aby vystudoval 1. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy. Dokončil ji v roce 2005.

Z dalšího vzdělání zmiňme atestaci z oboru ortopedie, specializovanou způsobilost v oboru ortopedie (rok 2011) a studium doktorského studijního programu Preventivní medicína na 1. LF UK (téma: Prevence komplikací ve spondylochirurgii, školitel: prof. MUDr. Eva Králíková, CSc.), na který byl přijat roku 2019.

V roce 2005 nastoupil MUDr. Petr Nesnídal na Spondylochirurgické oddělení FN Motol, kde působil patnáct let. Od ledna roku 2016 po vzniku samostatné Kliniky spondylochirurgie 1. LF UK a FN Motol do května 2020 byl zástupcem přednosty pro výuku, vědu a výzkum a vedoucím jednotky intenzivní péče. Od června 2020 působí jako specialista spondylochirurg na Neurochirurgickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Kromě toho je také odborným asistentem na 1. LF UK v Praze. Pracovní zkušenosti má dále z III. chirurgické kliniky 1. LF UK a FN Motol, Ortopedického oddělení Ústřední vojenské nemocnice a Chirurgického oddělení Nemocnice Sokolov.

Znalosti sbíral v uplynulých 20 letech také na odborných stážích, kurzech a konferencích, a to například v USA, Hongkongu, Londýně či Miláně.

Na kontě má velké množství publikací, přednášek, posterů a také ocenění. Je zkušeným lektorem a rovněž spoluautorem dvou monografií – Poranění krční páteře a Cervical Spine Trauma.

MUDr. Petr Nesnídal je šťastně ženatý a má dvě děti.

kolega MUDr. Ondřej Teplý program endoskopických výkonů páteře, do kterého bych se také rád zapojil. Snaha o co nejmenší invazivitu výkonů je v západním světě velkým trendem. V dnešní době vnímám jako nutnost mít endoskopické výkony v portfoliu oddělení.

Registrujete, že by rostl počet pacientů?

Podle mého neroste počet onemocnění, ale velmi se zlepšuje diagnostika. Obecně se zlepšuje kvalita zdravotní péče v ČR. Více pacientů dnes dostane kvalitní lékařskou péči. Když jsem v Motole začínal, byla tam jedna magnetická rezonance. Dnes je tato zobrazovací technika dostupná téměř v každé okresní nemocnici. Díky tomuto se zlepšuje i diagnostika, více pacientů může být adekvátně léčeno. Co tělu v souvislosti s degenerativním onemocněním páteře vyloženě nesvědčí, je kouření a obezita. Je proto velmi dobře, že je poslední roky kladen důraz na zdravý životní styl, ke kterému patří pohyb a zdravá strava.

Kdy lékař spondylochirurg pozná, že byla jeho operace úspěšná?

To musí vědět daný chirurg. Pacienta musí mít dobře vyšetřeného, musí mít dobře

naplánovanou operační terapii, musí vědět, proč a co chce dělat. Jak mě učil prof. Štulík, operace musí být provedena dobře, rychle a hezky (úsměv). Když toto vše splníme, vytvořili jsme podmínky, aby pacientovi operace přinesla úlevu.

Působíte stále jako odborný asistent na 1. LF UK v Praze. Co tato funkce obnáší?

Jedná se zejména o výuku studentů medicíny 4. a 6. ročníku a také lékařů v atestační přípravě. Klinika spondylochirurgie 1. LF UK a FN Motol je klinikou IPVZ pro nastavbový obor spondylochirurgie.

Naše Neurochirurgické oddělení je jediným pracovištěm v Jihočeském kraji, které se věnuje chirurgii páteře. Je to pro zdejší lékaře výhodou?

Jedno centralizované neurochirurgické pracoviště v kraji je skvělé. Další nejbližší je až v Praze, Brně a Plzni. Spád je tedy obrovský. Díky tomuto se staráme o velké množství pacientů, máme tedy pokryté všechny diagnózy. To je pro lékaře i pacienty vždy velký benefit.

Co vás osobně baví nejvíce z výkonů, o kterých jsme hovořili?

Nejraději mám asi traumatologii páteře. V Motole jsme na těchto výkonech všichni začínali. Traumata jsou z mého pohledu nejzajímavější. Přijmeme pacienta po nehodě s těžkým úrazem a díky operačním technikám stabilizace (systém šroubků a tyčí) jsme schopni v krátkém čase páteř srovnat a zafixovat. Pacient se může již druhý či třetí den za pomoci například berlí či límce postavit a my jej můžeme vracet zpět do normálního života.

O lékařích je známo, že jsou to zdatní sportovci. Jakému sportu se vy osobně ve volném čase věnujete?

Od dětství dělám v Rožnově judo. A jak to při sportu bývá, ani mně se úrazy nevyhnuly. Měl jsem zlomeninu druhého krčního obratle. Také se věnuji plavání, to je již o poznání bezpečnější sport. Nicméně svůj volný čas věnuji svým dětem, které mě udržují ve stálém pohybu.

Bc. Iva Nováková, MBA

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů



Dar plastiky baletky z baletu „Labutí jezero“

Děkujeme Ing. Ladislavovi Pavlovi za dar plastiky baletky z baletu „Labutí jezero“. Plastikou pan Pavel věnoval Neurologickému oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., jako poděkování za léčbu jeho manželky.

Moderní léky na cukrovku řeší víc problémů v jednom, snižují hladinu cukru i rizika dalších komplikací

MUDr. Ondřej Vrtal, diabetolog z Interního oddělení Nemocnice České Budějovice, byl hostem v pořadu Zdravíčko Českého rozhlasu České Budějovice. S moderátorkou pořadu Evou Kadlčákovou hovořili o nemoci, kterou aktuálně trpí každý desátý Čech – o cukrovce. Níže vám přinášíme přepis celého rozhovoru.

Proč podle vás vzrostl počet diabetiků už na desetinu obyvatel?

Těch důvodů je celá řada. Jedním z nich je, že v dnešní uspěchané době se špatně stravujeme, málo se hýbeme a dožíváme se vyššího věku. Tím pádem se cukrovky dožíváme. Máme proto více pacientů v seniorském věku.

Označení diabetik zahrnuje dva základní typy pacientů, a to s cukrovkou prvního a druhého typu.

Předně musím říct, že typů cukrovky existuje ohromné množství. Jedná se například o gestační cukrovku, což je typ cukrovky, který vzniká pouze v těhotenství a končí porodem. Existují také monogenní diabetidy, které jsou zapříčiněny pouze jedním genem, který dokážeme zjistit, ovšem ne již opravit. Nicméně jsme schopni pak tento gen vyšetřit v rodině, například u dětí. Dalším typem jsou cukrovky způsobené léky, jako jsou kortikoidy, či nádory a podobně. Nejčastější jsou opravdu cukrovka prvního a druhého typu. Diabetes mellitus prvního typu, kdy pacienti mají vrozené dispozice k rozvoji onemocnění, a když se zapojí nepříznivé vlivy okolí, tak se u nich nemoc projeví absolutním nedostatkem hormonu inzulin, který udržuje hladinu glykémie.

Chápu správně, že cukrovka prvního typu nemusí propuknout, pokud eliminujeme jisté nepříznivé vlivy?

Celý mechanismus rozvoje onemocnění je velmi složitý, my přesně nevíme, které vlivy

to jsou. Cukrovka prvního typu je polygenní onemocnění, je tedy ovlivněna velkým množstvím genů a dále ji ovlivňují mnohé faktory vnějšího prostředí, včetně infekcí, z nichž některé ještě ani netušíme. To znamená, že pokud je nám to souzeno, tak se nemoci zatím opravdu nevyhneme.

Cukrovce druhého typu se již vyhnout můžeme?

Ve většině případů ano, ale i zde jsou ovšem pacienti, u kterých to možné není.

Jaký je vlastně základní rozdíl mezi cukrovkou prvního a druhého typu?

Zásadní rozdíl je, že pacienti s cukrovkou druhého typu ze začátku produkují dostatek inzulinu, který ovšem v tkáních nepůsobí správně. Postupně se slinivka, která inzulin produkuje, vyčerpá. U cukrovky prvního typu máme inzulinu od počátku nedostatek.

Patří cukrovka mezi nebezpečná onemocnění a v čem je její nebezpečí?

Ano, obecně je to nebezpečné, chronické a hlavně celoživotní onemocnění. Vyjma několika mála typů, například zmíněné gestační cukrovky. Nebezpečí je v tom, že pacienti se zpravidla dožijí takzvaných chronických komplikací. Mezi chronické komplikace počítáme kornatění tepen, které v konečném důsledku propukají v onemocnění, jako je ischemická choroba dolních končetin, srdeční infarkt, cévní mozková příhoda... Cukrovka nás ohrožuje i v jiných aspektech, napadá i další orgány – ledviny, nervy, oči, pojivovou tkáň, pacienti tak mohou mít obtíže s pohybovým aparátem, s klouby. Prakticky neexistuje místo v těle, které by cukrovka nenapadala.

Umí si moderní léky poradit i s tímto? Či se léčba soustředí pouze na hladinu cukru?

Základním úkolem léků na cukrovku je udržování hladiny krevní glykémie v určitých hranicích. Což byl dříve prakticky jediný

cíl léčby. Nyní ale můžeme využít dalších benefitů léků. Moderní léky dokáží oddálit či snížit riziko chronických komplikací, zejména ischemických onemocnění. Dále se snažíme oddálit postižení ledvin, očí a dalších orgánů. A též se snažíme ovlivnit hmotnost pacienta, většina z nich je obézních a některé moderní léky pomáhají snižovat jejich hmotnost. Tyto léky mají široké spektrum účinku. Například ovlivňují metabolismus cukrů, tuků i bílkovin, sekreci inzulinu, potlačují chuť na jídlo, zpomalují vyprazdňování žaludku, takže pacient má dříve a déle pocit sytosti. V konečném důsledku pak pacient hubne. Mohou se objevit mírné nežádoucí účinky, které jsou vlastně též přínosné, pacientům může být přechodně nevolno, tudíž méně jedí.

Jak souvisí obezita s diabetem? Je obezita příčinou či může být i jejím důsledkem?

Obezita je jednou z příčin diabetu. Čím je pacient obéznější a má více viscerálního tuku (tuk uložený mezi orgány), tak je prokázáno, že má špatný metabolismus tuků, cukrů, bílkovin. A to vše se spolupodílí na rozvoji diabetu druhého typu.

Když už se u pacienta rozvinul diabetes druhého typu, je pro něj těžké zhubnout bez léků?

Obecně je u všech pacientů problém zhubnout. U pacientů s diabetem je to ještě těžší. Záleží také, čím jsou léčeni. Některé typy léků mohou hmotnost i zvyšovat.

Které léky tedy pomáhají se snižováním hmotnosti?

Jedná se o dvě skupiny léků. Prvními jsou takzvané GLP1 analoga, která se aplikují injekčně dle typu jednou denně či jednou týdně. Druhou skupinou jsou glifloziny (inhibitory SGLT2). U těchto skupin je prokázáno, že snižují hmotnost. Obecně lze říci, že GLP1 analoga snižují hmotnost více.

Jsou tyto léky vhodné pro každého?

Jsou vhodné pro velkou část pacientů, ale určitě ne pro každého. U každého pacienta musíme brát v potaz, jak fungují jeho vnitřní orgány – ledviny, játra a podobně. A jsou zde ještě další medicínská hlediska. Dalším limitem je cena. Tyto moderní léky jsou relativně drahé, proto pojišťovny vytvořily ještě svá kritéria. Ta určují, kterým pacientům jsou tyto léky hrazeny plně, částečně či vůbec.

Jaké jsou další výhody moderních léků?

Pokud se bavíme o skupině GLP1 analog, tak zde existují léčivé přípravky, které se aplikují sice podkožně, ale pouze jednou týdně. Použití je velmi jednoduché, pacienti jsou schopni si je aplikovat sami. V naší diabetologické ambulanci máme edukační sestry, které indikované pacienty na modelech učí, jak lék správně aplikovat.

Jaký je teď trend v léčbě cukrovky?

Oproti dřívějšku se již nesoustředíme pouze na hladinu cukru. Ten je samozřejmě stále významný, ale snažíme se působit i na celou řadu dalších faktorů. Ovlivňujeme hladinu cholesterolu a tuků, hmotnost pacienta, snažíme se zabránit rozvoji pozdních komplikací. Díváme se na pacienta jako celek.

Lze se z diabetu druhého typu zcela vyléčit?

To je velmi složitá otázka. Je zde skupina pacientů, kteří jsou velmi obézní a radikálně zhubnou desítky kilogramů například z důvodu bariatrické chirurgie. U nich víme, že se může hladina cukru plně normalizovat. Problém ovšem je, že cukrovka není pouze hladina cukru. Určité změny, které pacient ve svém těle prodělal, budou doznívat dál. Proto si myslím, že se zcela vyléčit nelze.

Jak se máme chovat, pokud trpíme cukrovkou prvního či druhého typu?

Snadno se to řekne, ale hůře plní. Základ všeho je a bude životospráva. Musíme se hýbat, sportovat, jakýkoliv pohyb se počítá. I když vystoupíme o dvě zastávky dříve z autobusu a zbylou cestu dojdeme. Ujít denně alespoň 5000–10000 kroků a více, používat krokoměry. Nevařit z polotovarů, nestravovat se ve fast foodech, jíst lehce, zdravě, navýšit podíl ryb a zeleniny v jídelníčku.

Věděli jste, že...

Celý český název nemoci je úplavice cukrová, latinský název je diabetes mellitus.

V roce 2018 překročil počet léčených diabetiků 1 milion.

Pacientům s cukrovkou hrozí 3x častěji infarkt a 4x častěji mrtvice.

Co byste doporučil těm, co stejně jako vy pracují i v noci?

Po noční službě je neodolatelné chutenství zejména na něco nezdravého. Bylo by špatné to zcela zakazovat. Ale základ je udržovat zdravou míru, abych vyhověl svému chutenství. Žádné nezdravé jídlo nikoho nezabije, pokud si ho dáme jednou za měsíc. Je třeba si život také trochu užít. Ale v poslední době mám pocit, že si užíváme až moc.

Jak důležitý je spánek?

Spánek je spolu s pohybovou aktivitou a dietou důležitý nesmírně. Ideální je 6,5–7 hodin nerušeného spánku.

K čemu bychom měli vést své děti, aby se cukrovky nedožily?

Děti od nás odkoukávají, důležité jsou proto správné návyky v rodině, které jsme zmiňovali před chvílí.

Celý rozhovor si můžete poslechnout zde: <https://Budejovice.rozhlas.cz/moderni-leky-na-cukrovku-resi-vic-problemu-v-jednom-snizuji-hladinu-cukru-i-8222154>

Přepsala:

Ing. Veronika Dubská

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

Rozhovor v pořadu Českého rozhlasu vedla Eva Kadlčáková



Glukometr | Foto: pixabay.com

Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS) – nová léčebná metoda v naší nemocnici

V léčbě duševních poruch má stále dominantní postavení farmakologická léčba spojená s odpovídajícím psychoterapeutickým postupem. Ta má ale také své limity, a proto jsou neustále hledány nové léčebné postupy. V biologické léčbě jsou v poslední době využívány různé způsoby stimulace mozkové tkáně. Nejdéle a nejvíce zkušeností máme s elektrokonvulzivní terapií, u které, při správné indikaci, zaznamenáváme velmi dobrý terapeutický účinek. Kromě elektrického výboje jsou ve stimulaci mozkové tkáně používány i další postupy, například stimulace pomocí silného magnetického pole.

Naše nemocnice nově nabízí terapii pomocí repetitivní transkraniální magnetické stimulace (rTMS) s použitím přístroje MagVenture. Jedná se o novou metodu terapie používanou v psychiatrii především pro léčbu depresivní poruchy. Naše nemocnice je v celé České republice první z nefakultních nemocnic, která tuto metodu

poskytuje, a zároveň jsme jediné pracoviště v republice, které přístroj pro tuto metodu využívá čistě pro terapeutické účely. Repetitivní transkraniální magnetická stimulace patří mezi moderní neinvazivní neurostimulační metody. První použití transkraniální magnetické stimulace se datuje do devadesátých let minulého století, kdy měla své uplatnění především v oblasti neurofyziologického výzkumu. Postupně si tato metoda našla cestu i do terapie různých neuropsychiatrických poruch a v oblasti psychiatrie se vedle elektrokonvulzivní terapie a fototerapie zařadila do skupiny biologických metod.

Princip rTMS využívá v praxi Faradayova zákona elektromagnetické indukce. Metoda spočívá ve využití elektrického střídavého proudu s proměnnou frekvencí, ten při průchodu stimulační cívku indukuje magnetické pole a cívka toto pole cílí do malé oblasti. Takto indukované magnetické pole může pronikat skrz kosti lebky a indukovat v mozkové tkáni

elektrické děje na membránách nervových buněk. To můžeme využívat pro terapii mnoha různých stavů. Oblast mozkové tkáně, kterou je magnetickým polem možné ovlivnit, odpovídá zhruba válečku o průměru pětikoruny a hloubce 2–3 cm. Se znalostí jednotlivých center v mozkové kůře jsme pak schopni zacílit vytvořené magnetické pole přímo na potřebnou oblast pro terapeutickou stimulaci. Přesný mechanismus působení nebyl zatím zcela objasněn. Bylo prokázáno, že využití nízkofrekvenční stimulace (<1 Hz) snižuje mozkovou excitabilitu (dráždivost) a využití vysokofrekvenční stimulace (nejčastěji 10–20 Hz) ji zvyšuje. Uvedeného poznatku můžeme využívat v praxi podle toho, zda se snažíme činnosti jednotlivých mozkových oblastí podpořit, jako je tomu kupříkladu u depresivních stavů, či tyto aktivity zmírnit, což je žádoucí v léčbě tinnitu (ušních šelestů) nebo chronických sluchových halucinací.

Jak již bylo zmíněno, metoda rTMS má široké pole využití v oblastech od neurofyziologického výzkumu až po terapii častých neurologických a neuropsychiatrických poruch. Mezi stavy, pro které je rTMS využíváno v oblasti psychiatrie, patří především depresivní symptomatika, dále negativní symptomatologie u schizofrenie, chronické sluchové halucinace, obsedantně kompulzivní porucha a další. V oblasti neurologie můžeme zmínit neurorehabilitaci po cévních mozkových příhodách, v oblasti otorinolaryngologie se pak jedná o již zmíněný chronický centrální ušní šelest (tinnitus). Experimentálně se rTMS využívá i v dalších indikacích jako je mírný kognitivní deficit či esenciální třes.

Metoda rTMS je lákavá zejména pro svou neinvazivitu. Pro stimulaci není nutné pacienta uvádět do celkové anestezie, a to ani krátkodobé jako u elektrokonvulzivní terapie. Po provedení stimulace může



Přístroj MagVenture | Foto: Ing. Veronika Dubská

pacient bez nutnosti následné observace odejít z ambulance. Další výhodou rTMS je minimum nežádoucích účinků. Mezi nejčastěji se vyskytující nežádoucí účinky patří bolestivost v místě aplikace vyskytující se asi u 30 % pacientů a bolesti hlavy po aplikaci u zhruba 20 % pacientů. Ve velice ojedinělých případech může dojít k epileptickému záchvatu. Riziko záchvatu minimalizujeme pečlivým odebráním anamnézy a hlavně provedením EEG vyšetření před vlastním výkonem. Pacienti, kteří v minulosti epileptický záchvat prodělali nebo mají dle EEG záznamu zvýšené riziko jeho prodělání, rTMS podstoupit nemohou. Mezi další omezení, která nám nedovolí rTMS provádět, patří implantovaný kov v oblasti hlavy či

přítomnost kardiostimulátoru. Relativně kontraindikovaná je rTMS také u těhotných žen.

Pod vedením primáře MUDr. Jana Tučka, Ph.D., se na Psychiatrickém oddělení zformoval tým, který se touto metodou zabývá. První zkušenosti jsme čerpali na Psychiatrické klinice Masarykovy Univerzity v Brně a hlavně v Národním ústavu duševního zdraví (NÚDZ) v Praze. V současné době probíhá léčba zatím jen u pacientů s duševní poruchou. Do budoucna je ale plánované její rozšíření ve spolupráci s dalšími odděleními nemocnice. Léčebná procedura rTMS probíhá každý všední den u hospitalizovaných, tak i ambulantních pacientů. Délka jednotlivého

sezení i celkový počet sezení se liší dle poruchy, pro kterou se terapie použije. Jedno sezení může trvat od zhruba deseti minut do půl hodiny a celkový počet sezení u nejkratších stimulačních protokolů je deset. Počet stimulací lze upravit s ošetřujícím lékařem individuálně dle terapeutické odpovědi. Další možnosti jsou udržovací sezení, která se konají na základě domluvy. Léčba metodou rTMS je hrazena zdravotní pojišťovnou až do výše třiceti sezení za jeden kalendářní rok, což pokrývá všechny námi využívané terapeutické stimulační protokoly.

MUDr. Zuzana Stuchlíková
prim. MUDr. Jan Tuček, Ph.D.

Psychiatrické oddělení

Vojtěch Kurfirst a jeho kolegové převážně z českobudějovické kardiologie byli oceněni za svou monografii



Kardiologie v instruktivních kazuistikách
Foto: redakce

Nejlepší monografie za rok 2019. Tak ocenil výbor České společnosti kardiologické chirurgie publikaci nazvanou Kardiologie v instruktivních kazuistikách, pod kterou je podepsán MUDr. Vojtěch Kurfirst, Ph.D., společně s kolektivem autorů.

Slavnostní předání ocenění se uskuteční v rámci IX. sjezdu České společnosti kardiologické chirurgie, který se bude konat 22. až 24. listopadu v Brně. Na první den, tedy 22. listopad, je zároveň naplánován křest knihy. S udělením ocenění je spojena finanční odměna ve výši 25 tisíc korun.

Kromě MUDr. Vojtěcha Kurfirsta, Ph.D., se na knize podíleli další odborníci převážně z Oddělení kardiologie a hrudní chirurgie Nemocnice České Budějovice, a.s.

Knihy Kardiologie v instruktivních kazuistikách je běžně dostupná v mnoha knihkupectvích. „Určena je pro praktické lékaře, kardiology i internisty, kteří neprošli Oddělením kardiologie, přesto je však zajímavá, co se s pacienty po opuštění jejich ambulance s doporučením k hospitalizaci v kardiocentru dále děje. Dále by měla být studijní pomůckou pro pregraduální studenty medicíny i mladé lékaře začínající v oboru kardiologie,“ popisuje MUDr. Vojtěch Kurfirst, Ph.D.

Redakce

Nové léčebné postupy v dermatovenerologii

Stejně jako v jiných medicínských oborech dochází i na poli dermatovenerologie k významnému vývoji léčebných metod. Mezi ty patří i nové postupy v léčbě atopického ekzému či v biologické léčbě lupénky (psoriázy). Ve dnech 25.–26. 6. 2020 jsem se v Praze zúčastnil dvou odborných akcí, kde jsem prezentoval zkušenosti s výše zmíněnými léčebnými postupy.

První z nich byl Virtuální DermUpdate pořádaný pod dohledem České a Slovenské dermatovenerologické společnosti. Konal se jako náhrada za Československý dermatovenerologický kongres odvolaný kvůli pandemii COVID-19. Program moderoval předseda České dermatovenerologické společnosti Jana Evangelisty Purkyně prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA. Za naše pracoviště jsem ve spolupráci s prim. MUDr. Tomášem Kampe, primářem Kliniky dermatovenerologie Univerzitní nemocnice L. Pasteura v Košicích, prezentoval přednášku na téma Zkušenosti s léčbou atopického ekzému Dupixentem. Dupixent (Dupilumab) je plně humánní monoklonální protilátka proti alfa podjednotce receptoru pro interleukin 4 (IL-4), která inhibuje signální dráhu IL-4/IL-13, čímž způsobuje jejich selektivní blokádu. Indikovaný je k léčbě těžké formy atopického ekzému dospělých tam, kde selhala jiná imunosupresivní léčba vyjma kortikosteroidů. Průměrné zlepšení tíže postižení atopickým ekzémem oproti výchozím hodnotám je ve studiích 85 % v týdnu 52 a má setrvalý charakter. To přináší pacientům výrazný ústup svědění, nespavosti, a tím zlepšení kvality života, a je to první zástupce cílené terapie atopického ekzému. Naše vlastní zkušenosti přinesly nejen slovenským lékařům cenné poznatky.

Následně jsem na setkání pracovníků center biologické léčby prezentoval přednášku na téma První klinické zkušenosti s risankizumabem. Risankizumab SKYRIZI je selektivní protilátka proti Interleukinu IL-23. Léčivo má některé výjimečné vlastnosti na

poli biologik. Stejně jako ostatní je určený k léčbě chronické ložiskové psoriázy, ale má silný efekt i na ostatní typy, jakými jsou psoriáza kštice, nehtů nebo palmoplantární pustulózní forma. Po roce léčby vykazují pacienti na risankizumabu, který je považovaný za nejlepší biologikum, setrvalý efekt. Včetně dosažení PASI 90-100, což značí částečné, nebo úplné zhojení („čistá kůže“).

Risankizumab také prokázal nejvyšší kombinovaný profil účinnosti a tolerance přípravku v závislosti na NÚ (snášlivost). Účinnost se dá také vyjádřit pomocí hodnoty NNT (Number Needed to Treat), která znamená, kolik lidí musí být léčeno, aby bylo u jednoho z nich dosaženo

očekávaného klinického efektu. Ze studií vyplývá, že tento počet pacientů je pro risankizumab nejnižší, a má tedy nejvyšší účinnost ze všech biologik. Zároveň náklady na léčbu jsou nižší než u ostatních moderních preparátů na bázi blokády IL-23 a IL-17. V klinické praxi jistě využijeme toho, že má lék i půl roku po vysazení setrvalou účinnost (operace, těhotenství...)

Z výsledků studií je známa jeho výjimečná bezpečnost, a tak může být podáván i onkologicky nemocným. Navíc se při jeho podávání neprokázalo vzplanutí TBC. Uvedené vlastnosti jsme měli možnost vyzkoušet na vlastní skupině, kterou jsem na setkání prezentoval. Výraznou účinnost prokázal již po 2 injekcích, tedy po měsíci terapie, kdy větší část pacientů byla kompletně zhojena. Žádné závažné vedlejší projevy léčby se v kontrolované skupině neobjevily.

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



Prim. MUDr. Jiří Horažďovský, Ph.D. | Foto: Jan Luxík

pro období 1. 8. 2020 - 31. 8. 2020 nebo do vyprodání zásob

PÉČE O ÚSTNÍ DUTINU

Listerine ústní voda
500 ml

akce se vztahuje na Green Tea, Stay White,
Total Care, Total Care Mind



SLEVA 20%

DENTÁLNÍ HYGIENA

TePe mezizubní kartáčky



~~129.- Kč~~
109.- Kč

IMUNITA

Trtezia Hlíva ústřičná
60+60 cps



~~379.- Kč~~
359.- Kč

ENERGIE A VITALITA

GS Koenzym Q10
30 mg 30+30 cps



~~219.- Kč~~
189.- Kč

POMŮCKY: DENS, ODER, PIKETA	SHROMAŽ- DIT	SESTAVI- TELNOST Z BLOKŮ	OSUDOVÉ ZNAMENÍ	GIBBON BĚLORUKÝ	NÁZEV NOSOVKY	NEMEŠKAT	JMÉNO SPEL- BERGA	SOUBOR PŘÁVNÍCH PŘEDPISŮ		BUTYLME- TAKRYLÁT (ZKRATKA)	SOLMI- ZAČNÍ SLABIKA	OZBRO- JENÝ DOPROVOD	POKLADNÍ SRAŽKA	SKOTSKÝ OVČÁK	OFOUK- NOUT	BOUŘLIVÝ STAV	LIBOVOLNĚ KTERÁ	JAPONSKÉ BOJOVÉ UMĚNÍ
RUSKÉ MĚSTO									KRÁTKÁ AKTUÁLNÍ ZPRÁVA									
PROZAICKÝ ÚTVAR S FANTAST. MOTIVY									KAMUF- LOVATI REMKOVY INICIÁLY									
NĚMECKY „NEBO“					SOTVA DÍTĚ NEMAJÍCÍ RODIČE						KNĚŽSKÝ BÍLÝ LÍMEC BANKET							
KÓD TUNISKA				SVĚTOVÁ STRANA CHYCNÁ						PRONÁ- SLEDOVAT PARÁDNÍK							POŠT. KÓD RHODE ISLANDU HLÍDKA	
LENDLOVY INICIÁLY			1. DÍL TAJENKY ČESKÝ HEREC						2. DÍL TAJENKY DOBA							PRUDKÝ POKLES ČESKÝ HEREC		
NOČNÍ ZABAVNÍ PODNIK								UKLIZENO DOMÁCKY MARIE						BYV. STOL- NÍ TENISTA ZUB (LÉKAŘ.)				
	PRASKÁNÍ ZVUK ZVONU						OBŘÍ REJNOK STARÁ DUTÁ MÍRA						ZNAČKA SYRU 7 (ŘÍMSKY)					OSTRAVA (HOVOR.)
NÍZKÉ SEDACÍ UMYVADLO					MÝLITI INICIÁLY ZPĚVÁKA ORBISONA							OPAK SMUTNO INIC. DISK. DOUDY						
CESTOVNÍ DENÍK								NEURČITÝ SLOVESNÝ TVAR										
NEVELKÉ DOMÁCÍ ZVÍŘE								ŽENSKÉ JMÉNO										

Vydává Nemocnice České Budějovice, a.s. | Odpovědní redaktoři: Bc. Iva Nováková, MBA, kolektiv | Předseda redakční rady: doc. MUDr. Jiří Stehlík, CSc.
Redakční rada: prim. MUDr. Petr Pták, Ph.D. (Chirurgické oddělení), prim. MUDr. Aleš Chrdle (Infekční oddělení), MUDr. Miroslava Nevšímalová (Neurologické oddělení), Mgr. Ondřej Scheinost (Centrální laboratoře) | Bezplatné | Náklad 3000 ks | Pouze pro vnitřní potřebu Nemocnice České Budějovice, a.s.
Produkce: TRIMA CB s. r. o. | Tisk: Typodesing s.r.o. | Evidenční číslo: MK ČR E 23303 | Za tiskové chyby neručíme