

nemocniční zpráva zpráva

Listopad
2022

Naše úspěchy

Doc. MUDr. Vojtěch Kurfirst, Ph.D., se stal prvním kardiotorakálním chirurgem v ČR

Rozhovor

Práce dětské sestry je velmi pestrá, těší nás každý uzdravený pacient

Domácí lékař

Nespavost

Obsah



1

Nekrolog

4

Naše úspěchy – **Doc. MUDr. Vojtěch Kurfirst, Ph.D., se stal prvním kardiotorakálním chirurgem v České republice**

8

Rozhovor – **Je velmi příjemné pracovat v kolektivu, na který se můžete spolehnout**

11

Rozhovor – **Práce dětské sestry je velmi pestrá, těší nás každý uzdravený pacient**

14

Domácí lékař – **Nespavost**

15

Dlouhodobá oxygenoterapie v domácím prostředí

18

Naše úspěchy – **Nová publikace: Rekurence venózního tromboembolismu**

20

Komplexní cerebrovaskulární centrum součástí výzkumné sítě STROCZECH

22

Vzdělávání – **Amsterdam hostil kongres ECTRIMS 2022 zaměřený na roztroušenou sklerózu**

23

Individualizace a standardizace při tvorbě výživy pro nedonošené novorozence

25

Mezinárodní pediatrický kongres v Barceloně

27

Ortopedí z celého světa se potkali v Madridu

29

Praha hostila světový kongres dětské chirurgie

31

Mistrovství světa lékařů ve fotbale Argentina 2022

32

Naši lékaři vyjždí za studenty s přednáškou o dárcovství krve a kostní dřeně

33

Pavilon českobudějovické nemocnice cvičně zachvátil požár, hasiči evakovali pacienty

Zemřel Břetislav Shon, generální ředitel Nemocnice České Budějovice v letech 2005–2019

2. listopadu 2022 nás navždy opustil emeritní generální ředitel MUDr. Břetislav Shon. Za 14 let výkonu své funkce se nesmazatelným způsobem zapsal do dějin Nemocnice České Budějovice, a.s.

Břetislav Shon dělal celý život vše pro to, aby se lidé kolem něj měli dobře, myslel více na druhé než na sebe. Dokázal si získat lásku a úctu druhých. Nepotrpěl si na oficiality a vždy dával najevo svou bezprostřednost a selský rozum.

Břetislav Shon se narodil 18. února 1949 v Praze. Vystudoval Fakultu všeobecného lékařství Univerzity Karlovy, na které promoval v roce 1975. Po promoci nastoupil do českobudějovické nemocnice, ale jeho cesta k medicíně nebyla přímočará. Šla mu matematika s technikou, po gymnáziu tak nastoupil na strojní fakultu ČVUT. Začal si přivydělávat jako lapiduch na operačním sále a tamní prostředí ho tak chytilo u srdce, že strojní fakultu vyměnil za medicínu. Po celou dobu jejího studia dělal na plný úvazek noční a víkendové služby nejprve jako sanitář a poté jako směnná neboli rotačková sestra.





Když v roce 1975 promoval, bylo mu jasné, že chce dělat některý z operačních oborů. Zároveň chtěl mimo Prahu, líbily se mu jižní Čechy, začal proto v Českých Budějovicích na urologii, jejíž mnohotvárnost ho zaujala. V letech 1975 až 1997 pracoval jako lékař urologického oddělení, v oboru urologie získal I. a II. atestaci. Dělat vědu na klinice netoužil. Věděl, že se špičková medicína dělá i v regionech, když se tam sejde dobrý tým. Takový se snažil i on sám vytvořit, když oddělení mezi lety 1997 a 2006 vedl z pozice primáře.

4. listopadu 2004 byl pověřen vedením Nemocnice České Budějovice a 14. března 2005 byl jmenován

jejím generálním ředitelem a předsedou představenstva. Tuto pozici zastával do 28. března 2019. Jeho chirurgická povaha jej provázela i při řízení nemocnice, kdy se nebál do ledasčeho říznout. Také mu pomohlo studium techniky a schopnost logického myšlení.

Již předtím, než se stal členem vedení nemocnice, začal po vzniku zdravotních pojišťoven a systému úhradových mechanismů po listopadu 1989 z vlastního zájmu jezdit jako řadový lékař na Ministerstvo zdravotnictví na schůzky k této problematice. Když o těchto svých výjezdech řekl tehdejšímu generálnímu řediteli nemocnice Jiřímu Bouzkovi,

už o problematice věděl tolik, že od něho dostal oficiální pověření. Jiří Bouzek ho vzal do party pěti lidí, kteří stanovovali pravidla řízení naší nemocnice. Ta od něj převzal a řídil se jimi ku prospěchu nemocnice po celou dobu svého ředitelování. To, že medicínská stránka musí být na úrovni, považoval za samozřejmé.

Důležitým oceněním nemocnice pod jeho vedením bylo prvenství v hodnocení neziskové organizace HealthCare Institute, kdy se v soutěži Nejlepší nemocnice ČR za rok 2015 stala Nemocnice České Budějovice v konkurenci více než stopadesáti nemocnic absolutním vítězem.

Uznání práce Břetislava Shona a s ním i všech zaměstnanců, zaznělo mimo jiné z úst prezidentů republiky při jejich návštěvách českobudějovické nemocnice, Václava Klause v roce 2006 a Miloše Zemana v roce 2014.

Břetislav Shon si zakládal na své přísné apolitičnosti a prokazatelných výsledcích. Oceňoval, že přestože ve volbách vítězily různé strany, Jihočeský kraj do řízení nemocnice nezasahoval.

Přestože byl chirurgicky rázný, záleželo mu vždy na lidech více, než se mohlo zdát. Byl férový a rovný. Vždy plnil sliby a nezapomínal na žádnou kategorii zaměstnanců. Pod jeho vedením byl vytvořen tzv. generel přestavby nemocnice, která probíhá od roku 2013 a bude dokončena v roce 2025. Jejím cílem je poskytnout pacientům co největší komfort a špičkovou péči, přičemž jedním z pilířů projektu je opuštění dolního areálu nemocnice a vytvoření monobloku akutní lůžkové péče v areálu horním.

Stavařinu měl rád i v soukromí. Montérky byly jeho druhou uniformou a nejednou v nich přijel do nemocnice řešit akutní problémy. Jeho oblíbenou úsměvnou historkou bylo, jak v montérkách doma něco dělal, když mu z nemocnice volali, aby hned přijel na konzultaci operace jednoho dítěte. Ve spěchu se ani nepřevlékl a do nemocnice dorazil v oněch montérkách. S kolegy pak rozhodli, že chlapce operovat nebudou, a on mu to šel na pokoj říct. Jeho rodiče pak vyprávěli,



jak jim syn povídal: „Byl tu nějaký zedník a řekl mi, že mě operovat nebudou“.

Právě obrovské množství pacientů, kterým během své dlouhé a naplněné kariéry pomohl, bylo pro Břetislava Shona důležitější než jeho úspěchy při řízení nemocnice.

Své dílo by však nevykonal bez pevné opory rodiny. Při hovorech se mnou opakovaně a srdečně vyprávěl o manželce Olze, dceři Kláře, synovi Filipovi a vnoučatech a snažil se zde pro ně být, jak nejlépe to uměl. S postupujícími roky čím dál více.

Dovolte mi rozloučit se Slávkovým výrokem, který používal ve zdánlivě bezvýchodných situacích, aby povzbudil své spolupracovníky, „nic nekončí, jedeme dál“.

Slávku, děkujeme Ti za vše, co jsi pro nemocnici, její zaměstnance i pacienty, udělal.

■ **MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.**
předseda představenstva

Doc. MUDr. Vojtěch Kurfirst, Ph.D., se stal prvním kardiotorakálním chirurgem v České republice

Řídím se krédem - Přestat se vyvíjet a postupovat
dopředu znamená v medicíně začít couvat.

Kardiochirurg doc. MUDr. Vojtěch Kurfirst, Ph.D., zástupce primáře hrudní chirurgie, úspěšně složil atestační zkoušku z hrudní chirurgie. Jako první lékař v České republice tak může provádět operace srdce i hrudníku. Úspěch je to o to větší, že tuto atestaci absolvoval jako jediný lékař z nefakultního zařízení.

■ **Pane docente, předně velice gratuluji k úspěšně složené atestaci. Máte za sebou jistě náročné období.**

Děkuji za přání. Ano, období to bylo náročné. Dva a půl roku jsem dojížděl do Thomayerovy nemocnice v Praze a dva měsíce do FN Motol na povinnou praxi.

Do toho jsem stále pracoval u nás na oddělení na plný úvazek, měl jsem tedy služby tady i tam. Vše se mi podařilo skloubit díky velké podpoře primáře kardiochirurgie doc. MUDr. Aleše Mokráčka, CSc., a primáře hrudní chirurgie MUDr. Jiřího Krbce, kterým tímto chci velice poděkovat.

V Thomayerově nemocnici jsem se dostal do týmu přednosta doc. MUDr. Vladislava Hytycha, Ph.D., z Kliniky hrudní chirurgie, který je velmi otevřený a nápomocný a navedl mne k sepsání skript a posléze i knihy Kardiovaskulární a hrudní chirurgie. Vedle příprav na atestaci jsem se tak spolu s primářem Mokráčkem věnoval ještě přípravě knihy.

■ **Hrudní chirurgie a kardiochirurgie jsou úzce propojeny v rámci Oddělení kardiochirurgie, hrudní chirurgie a cévní chirurgie. Jaký je praktický dopad vaší atestace pro pacienty?**

Pro naše pacienty je propojení kardiochirurgických a hrudních specializací velkým benefitem. Můžeme tak kombinovat jednotlivé techniky a zákroky. V roce 2020 jsme jako první pracoviště v České republice provedli unikátní operaci, při které byl pacientovi během jednoho chirurgického zákroku odstraněn plicní nádor a zároveň byl proveden výkon v rámci srdeční arytmie.

Aktuálně u nás probíhá studie, kdy pacienty zbavujeme pooperační bolesti pomocí mrazení mezižebních nervů, což je v rámci ČR unikátní metoda. Při této metodě používáme kardiochirurgické přístroje, ovšem inovativně v indikaci v rámci hrudní chirurgie.

Co se týče praktického dopadu mé atestace, mohu nyní samostatně vykonávat i výkony hrudní chirurgie, ale samozřejmě pokračuji dál i v práci kardiochirurga. Některé



doc. MUDr. Vojtěch Kurfist, Ph.D., zástupce primáře hrudní chirurgie

dny se budu věnovat kardiochirurgii a některé výkonům na plicích a přílehlých orgánech.

■ Změní se spektrum vašich pacientů?

Doufám, že ne. I nadále se budu starat o pacienty s onemocněním srdce a plic včetně nádorových stavů a o pacienty po úrazech v oblasti hrudníku. Přibližně 90 % operací je plánovaných, zbytek jsou pak akutní operace, což v rámci kardiochirurgie jsou zejména akutní infarkty myokardu a infekce srdečních chlopní. V rámci hrudní chirurgie se pak jedná především o úrazy a akutní infekce plic a pohrudničního prostoru.

■ Úzká spolupráce probíhá nejen v rámci jednotlivých pracovišť vašeho oddělení, ale také s Kardiologickým oddělením v rámci Kardiocentra.

Jak rozvoj katetrizačních technik v kardiologii, která se zabývá nechirurgickou léčbou srdečních onemocnění, ovlivňuje kardiochirurgii?

Rozvoj katetrizačních technik znamená pro pacienty velký posun v léčbě srdečních onemocnění. Velká část pacientů již nemusí podstupovat otevřené operace, jsou ošetřeni katétrem, který je zaváděn k srdci tepnou, nejčastěji v třísele. Na druhou stranu jsou pacienti, jejichž stavy nejsou a pravděpodobně ani nikdy nebudou moci být řešeny katetrizačními technikami. Každého pacienta je proto třeba posuzovat individuálně. Z dlouhodobých studií vychází, že katetrizační technika přináší rychlý benefit pro pacienta, na rozdíl od operace je méně riziková, ale z dlouhodobé perspektivy vychází u některých onemocnění lépe řešení kardiochirurgickým přístupem.

I v rámci hrudní chirurgie budou vždy diagnózy, které budou řešitelné jen chirurgicky, ať už se jedná o onkologické pacienty, nebo pacienty s těžkým infekčním onemocněním plic nebo pohrudniční dutiny. Na druhou stranu se neustále zdokonaluje farmakologická léčba (chemoterapie), biologická léčba a imunoterapie, případně radioterapie, které jsou schopny chirurgii nahradit zejména v časných stadiích karcinomu plic.

■ Obecně nastal velký boom miniinvasivních operačních technik. Pronikají tyto techniky i do kardiochirurgie a hrudní chirurgie?

Miniinvasivní techniky již řadu let aktivně využíváme i na našem oddělení. Část operací v kardiochirurgii a velkou část operací v hrudní chirurgii provádíme pomocí miniinvasivních technik, zejména

pomocí videotorakoskopie. Jedná se o techniku, kdy mezižebním prostorem v rámci centimetrového řezu zavedeme kameru, kterou se díváme na operovaný orgán, a dalšími malými vstupy pak provádíme vlastní výkon.

dostanou lékaři k nesrovnatelně menšímu počtu operací. V rámci našeho oddělení se pak nabízí i mnoho profesních cest, kterými se může lékař vydat. Stačí se jen snažit a vytrvat v úsilí.

o fyzioterapeuty, všeobecné sestry, nebo radiologické asistenty, je velmi důležité. Spolu s kolegy se jim snažíme předávat konkrétní poznatky z naší praxe. Doufám, že tímto studentům pomáháme posunovat se správným směrem, aby svoji práci mohli v budoucnu dělat dobře a na vysoké úrovni. Studentům nabízím, že se mohou přijít podívat i na operační sály, o což je velký zájem. Šance podívat se na sál je takovou pověstnou třešničkou na dortu. Pro studenty je v rámci studia přínosné, když vidí konkrétní chirurgický zákrok, na který pak navazují péči o pacienta v rámci své odbornosti.

"Mojí filozofií není odejít dělat špičkovou medicínu na vyšší pracoviště. Mým cílem je dělat špičkovou medicínu v rámci českobudějovické nemocnice"

■ V českobudějovické nemocnici půsíte bez přestávky již od vysoké školy. Netoužil jste po kariéře například ve fakultní nemocnici?

Jsem z Hluboké nad Vltavou a jsem typický jihočeský patriot. Mojí filozofií není odejít dělat špičkovou medicínu na vyšší pracoviště, i když několik nabídek jsem dostal. Mým cílem je dělat špičkovou medicínu v rámci českobudějovické nemocnice, kde jsou pro to veškeré předpoklady.

Máme akreditované vzdělávání kardiologů a mladí lékaři zde dostávají velký prostor dostat se hned po škole na operační sál. To je pro rozvoj chirurgických schopností zásadní výhodou, kterou fakultní nemocnice často nabídnout nemohou, tam se ve stejném čase

V rámci kardiologie i hrudní chirurgie se věnujeme kompletnímu spektru zákroků jako na vyšších pracovištích, neprovádíme pouze transplantace orgánů a operace málo častých onemocnění, která je lepší ošetřit v rámci specializovaného centra. Vedení nemocnice nás dlouhodobě podporuje v našich snahách, ať již nákupem moderních přístrojů, nebo i personální politikou.

■ Jste aktivní nejen v rámci vlastního vzdělávání, ale jste i dlouholetým pedagogem na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Nedávno jste vydal pro studenty i nová skripta.

Na fakultě půsím již deset let. Myslím, že podílet se na vzdělávání našich budoucích kolegů, ať se jedná

■ Jak sám říkáte, na další atestaci se již nechystáte. Jaké jsou nyní vaše další profesní plány?

Nyní se chci soustředit na práci v rámci oddělení a naplno rozvíjet již zmíněné šetrné, miniinvazivní techniky. Chceme zavádět nové metody, které se stanou již standardizovanými. S kolegy jsme absolvovali řadu stáží a školení i na zahraničních pracovištích, připraveni tedy jsme. Naše práce je ale týmová, jeden bez druhého se neobjedeme. Proto musíme ještě proškolit i ostatní z lékařského a nelékařského týmu.

Jsme krajské pracoviště, pod které spadá péče o pacienty z celého Jihočeského kraje. Je tak nezbytné, aby byla zachována kontinuita péče a i do budoucna jsme měli v rámci hrudní chirurgie kvalitní tým. Až do mé atestace byla veškerá odborná, organizační i operační agenda v rámci Jihočeského kraje na jediném lékaři – primáři Krbcovi, za což mu patří velký obdiv. Příští rok bude absolvovat atestaci z hrudní chirurgie kolegyně z kardiologie MUDr. Júlia Csanády, takže na to už budeme tři.

Naším dlouhodobějším cílem je, abychom se stali v rámci hrudní chirurgie akreditovaným pracovištěm. Nejvyšší metou je pak status pneumoonkochirurgického centra, kterých je zatím v republice sedm.



doc. MUDr. Vojtěch Kurfirst, Ph.D., zástupce primáře hrudní chirurgie

■ Díky novým technologiím medicína prochází rychlým rozvojem. Jak vidíte budoucnost vašeho oboru?

Mým přáním je, aby se medicína vydala racionálním směrem v rámci léčby pacientů, aby lékaři nezapomínali na zdravý selský rozum. Ať už jde o použítou metodu, nebo i o rozsah léčby, protože každý si zaslouží být nejen dobře léčen, ale mít i možnost důstojně odejít. Což je pro nás lékaře jedna z filozofických otázek do budoucna, na kterou budeme muset hledat odpověď. Léčba a metody značně pokročily, jsme schopni léčit i hodně nemocné pacienty ve velmi vysokém věku, ale neměli bychom zapomínat na jejich osobnost a kvalitu jejich života

po našem zákroku. Přání pacienta by stále mělo být na prvním místě. A i starší pacienti chtějí žít naplno. Pamatuji si jednoho svého pacienta, kterému bylo 82 let. Se svojí partnerkou chodil tančit a vlivem srdečního onemocnění se zadýchával. Chtěl tedy odoperovat, aby se mohl vrátit na taneční parket a být plnohodnotným tanečním partnerem. Což se také stalo a pán opět začal své partnerce stačit.

■ Dle výčtu vašich aktivit by se zdálo, že na nic kromě medicíny již nemůžete mít čas. Ale přý dokonce umíte balit i doutníky.

Ano, mám na to i diplom. 😊 Před dvěma lety jsme byli s přáteli

v Nikaragui v továrně na doutníky. Prošli jsme si během čtyř dnů celým procesem výroby doutníků – od semínek přes plantáže, sklizeň, úpravu listů, fermentaci a balení listů do doutníků. Když jsme se vraceli, tak jsme si shodli, že bychom v tom rádi pokračovali. Dali jsme dohromady partu kamarádů, a protože většina z nás jsou i myslivci, založili jsme Cigar & Hunting Club. Sám jsem aktivní myslivec. Letos jsem si splnil sen a byl jsem s rodinou a přáteli lovit v Namibii.

■ Ing. Veronika Dubská

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

Je velmi příjemné pracovat v kolektivu, na který se můžete spolehnout

Novou vrchní sestrou Chirurgického oddělení byla od 1. září jmenována Mgr. Kristýna Toumová, Ph.D. O prvních měsících v nové funkci a svých plánech hovoří v následujícím rozhovoru.

■ **Paní vrchní, máte za sebou první dva měsíce ve funkci. Jak jste je prožívala?**

Postupně se v nové funkci orientuji více, ale prvních čtrnáct dní bylo opravdu krušných. Má předchůdkyně mi sice předala spoustu informací, avšak objem práce je tak obrovský a agenda tak široká, že nelze předat vše. S celou řadou problémů jsem se tak setkala poprvé a musela jsem si nějak poradit. Jsem moc ráda, že i když jsem například v rámci nemocnice zavolala na špatné pracoviště, všichni kolegové byli velmi vstřícní a vždy mi ochotně poradili. Vzhledem k tomu, jak velké je naše oddělení a kolik zaměstnává personálu, je neustále třeba něco řešit „za pochodu“. Během prvních několika týdnů jsem si vždy plánovala, co bych chtěla za daný den stihnout, ale to samozřejmě nikdy nevyšlo. Vyhovuje mi, že je každý den úplně jiný a každý den se řeší něco jiného, nemám totiž ráda stereotyp.

■ **Nepocházíte z Českých Budějovic. Jak jste se do jihočeské metropole, potažmo do českobudějovické nemocnice dostala?**

Pocházím z Prahy, kde jsem studovala na střední zdravotnické škole. Do Českých Budějovic jsem se přistěhovala po maturitě v rámci studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Zde jsem absolvovala nejprve bakalářský program Všeobecné ošetřovatelství a poté navazující magisterský obor Ošetřovatelská péče v chirurgických oborech. Již od střední školy a i během magisterského studia jsem brigádně pracovala nejprve ve Všeobecné fakultní nemocnici

v Praze a poté několik let v domově pro seniory Sue Ryder v Praze. Po studiu jsem měla v úmyslu vrátit se do Prahy a pracovat v nemocnici. Tento plán však brzy vzal za své, protože jsem v Budějovicích poznala spoustu přátel a nedovedla jsem si představit, že bych měla město opustit.

Do českobudějovické nemocnice jsem v rámci studia docházela na odbornou praxi a moc se mi zde líbilo. Proto když jsem se od kamarádky dozvěděla, že zde hledají sestry, neváhala jsem a přihlásila se. Po ukončení magisterského studia v roce 2016 jsem do nemocnice nastoupila na poloviční úvazek (dohodu), a to nejprve na ARO a poté na Chirurgické oddělení, ke kterému jsem vždy tíhla.

Zároveň jsem však v rámci svého doktorandského studia na plný úvazek pracovala na fakultě jako odborný asistent. Zde jsem se podílela na vzdělávání sester, výzkumné činnosti apod. Měla jsem tak možnost úzce propojovat teorii s praxí, což pro mě bylo velmi přínosné i v rámci práce vrchní sestry. Problematiku ošetřovatelské péče tak znám jednak z pohledu studenta a vzdělávání, ale i prakticky z pohledu sestry.

■ **Dosud jste v nemocnici pracovala na poloviční úvazek. Jak jste reagovala na nabídku práce vrchní sestry? Čekala jste ji?**

Když za mnou přišel pan primář s nabídkou pozice vrchní sestry, byla jsem v šoku. Vůbec jsem nečekala, že by mohl oslovit právě mě. V první chvíli jsem si říkala, že to vůbec



Vrchní sestra Chirurgického oddělení Mgr. Kristýna Toumová, Ph.D.

nemohu zvládnout, že to je zcela jiná práce, že nemám tolik zkušeností. Pana primáře jsem se tedy dotázala na důvody, proč si mě vybral. Měl přehled o mé práci na postu sestry, spolupracovali jsme spolu však i v rámci fakulty na vzdělávání studentů. Během rozhovoru jsme si vyjasnili svá očekávání. Musím říct, že mě naše rozmluva velmi uklidnila, takže jsem začala uvažovat, proč práci vrchní sestry nezkusit. Uvědomila jsem si, že je to příležitost některé věci změnit. Nakonec jsem tedy po dlouhém rozvažování na nabídku kývla. Jsem vděčná panu primáři, že mi takovou šanci dal, a bývalé paní vrchní Mgr. Magdaléně Hálové, že mě ochotně zaučila a v případě potřeby mi stále

ráda poradí. V neposlední řadě děkuji také celému kolektivu Chirurgického oddělení. Mnoho sester, lékařů i sanitářů a sanitářek mě v rozhodnutí podpořilo a jsou mi stálou oporou.

Vážím si také toho, že jsem se na všech odděleních v nemocnici setkala se vstřícným přístupem, což mi nesmírně pomohlo. Člověk je ze začátku na nové pozici velmi nejistý, neví, co si může dovolit udělat. Je to velká pomoc, když víte, že máte personál, který vás podrží – od staničních sester až po sanitářky. Pracovat v takovém kolektivu je velmi příjemné.

Samozřejmě není možné zavděčit se a zalíbit všem. Setkala jsem se s kritikou,

že jsem mladá a že práci, kterou si tato pozice žádá, nemohu zvládnout. Svoji novou funkci beru jako velkou výzvu, práce mě nesmírně baví a věřím, že moje dosavadní zkušenosti – i ty z akademického pracoviště – budou pro oddělení přínosem.

■ Přicházíte z akademického prostředí, vzdělávání je pro vás tedy velmi blízké téma. Jak vnímáte současný systém vzdělávání sester?

Vzdělávání na vysoké škole jsem zažila z pozice studentky, ale i vyučující. O to více vnímám potřebu vzdělávání sester. Sama jsem viděla, jakým vývojem prošli studenti, kteří na fakultu nastoupili po střední škole.

Jak pracovali a komunikovali na začátku studia, jak fungovali na praxi, kde si nebyli jistí, a jak se za ty tři roky studia změnili. V posledním ročníku již byli samostatní, aktivní a stali se důležitými členy týmu. Jako podstatné vnímám také to, že během studia projdou celou řadou oddělení. Lépe se potom dokážou rozhodnout, jaká práce jim je bližší, zda spíše interní, nebo chirurgické zaměření, zda je láká práce na standardním oddělení, nebo spíše na JIP či ARO a podobně.

Obecně celoživotní vzdělávání považuji za velmi důležité, základem toho však je, aby jedinec byl sám aktivní, chtěl se sám dozdělat. V nemocnici máme nastavený systém vzdělávání sester, který je víceméně povinný. Ráda bych, aby sestry byly samy aktivní, vyhledávaly si zajímavé semináře a přednášky v oblastech, které je profesně zajímají. Naše oddělení zahrnuje standardní lůžkové části, JIP, operační sály a řadu odborných ambulancí. Sestrám se tak otevírá široké spektrum možností, kam směřovat své další vzdělávání.

Sestry mohou vyjždět za vzděláním samozřejmě pouze za předpokladu, že je personál oddělení plně saturován. Za poslední měsíce se nám podařilo naštěstí trochu doplnit stavy, přišly nové tváře, a dokonce k nám nastoupily i některé mé bývalé studentky. Nicméně se však stále nejedná o plný stav, budeme tedy samozřejmě rádi za každou novou posilu.

Další složkou vzdělávání je i odborná praxe studentů středních zdravotnických škol, vyšších odborných škol a Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Řadě z nich se u nás líbí a už při studiu u nás částečně pracují. Doufám, že až dostudují, tak k nám nastoupí na plný úvazek. Proto je i do budoucna mojí snahou zajistit vysoký standard vedení praxí na našem oddělení.



Vrchní sestra Chirurgického oddělení
Mgr. Kristýna Toumová, Ph.D.

Z pohledu chodu oddělení se nás žádné zásadní změny či stěhování v příštích měsících naštěstí netýkají. Čeká nás pouze začlenění do systému centrální sterilizace a postupně i centrálních sálů. I nadále zůstáváme ve stávajících prostorách, které jsou právě nově vymalovány. Byla to pro mě hned na začátek výzva zorientovat se, co vše je nutné zařídit a zorganizovat. Naštěstí mám velmi zkušený tým.

■ Většinu vrchních sester se stýská po práci sestry. Je to i váš případ?

Mohu opravdu potvrdit, že se mi po práci sestry i po pacientech stýská. Vždy jsem se cítila a stále se cítím být hlavně sestrou. I v dobách, kdy jsem na plný úvazek pracovala na fakultě a někdo se mě zeptal, co dělám, vždy jsem odpověděla, že jsem sestra. Proto jsem nakonec i akademickou půdu opustila. S pacienty se však setkávám alespoň při pravidelných vizitách.

"Sestrám se otevírá široké spektrum možností, kam směřovat své další vzdělávání."

■ Jaké máte další plány a co vaše oddělení v příštích měsících čeká?

Mým cílem určitě není vše a hned měnit. Navíc je mnoho procesů nastavených dobře, takže není potřeba je měnit. Snažím se spíše vnímat situace, které postupně přicházejí. Nejprve chci poznat chod a problémy oddělení, které jsem doposud znala pouze z pozice sestry, i z pozice vrchní. Financování, rozpočet, úspory apod. – to šlo doteď mimo mě.

Nyní vše vnímám i z druhé strany. Když za mnou přijdou sestry nebo sanitářky či sanitáři, že mají problém, snažím se najít řešení a třeba i nastavit změnu.

A i v budoucnu, když to bude zrovna možné, kolegyním na odděleních ráda pomůžu, abych nepřišla o kontakt s přímou ošetrovatelskou péčí.

■ Vaše práce je náročná, jak trávíte volný čas?

V posledním měsíci trávím i volný čas prací. Jinak velmi ráda zpívám, na fakultě jsem vedla pěvecký sbor, což bylo moje odreagování. Nyní už zpívám jen doma pro přítele. S přítelem také oba rádi cestujeme. Jinak si užívám, že po mnoha letech mám opět volné víkendy. Dosud jsem je trávila buď na fakultě, nebo ve službě v nemocnici.

■ Ing. Veronika Dubská

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

Práce dětské sestry je velmi pestrá, těší nás každý uzdravený pacient

Mgr. Zuzana Šimková (ZŠ)
je vrchní sestrou Dětského oddělení,
Mgr. Klára Kovandová (KK)
je dětskou sestrou
na dětské stanici JIP.
Přestože obě pracují na stejném
oddělení, práce každé z nich se liší.
Co je spojuje, je péče o děti.
Proč se rozhodly pracovat s dětmi
a co je v jejich práci naplňuje?
To se dozvíte na následujících řádcích.



Zleva: Mgr. Klára Kovandová a vrchní sestra Dětského oddělení Mgr. Zuzana Šimková

■ Co vás vedlo k tomu, stát se dětskou sestrou? Měly jste v tom jasno vždy?

ZŠ: Pro mě to byla jasná volba. Měla jsem to odjakživa jako vysněné povolání. Chtěla jsem být lékařkou nebo sestřičkou a starat se o děti. Nejdřív jsem uvažovala o porodnici, protože to mě hodně lákalo, ale když jsem nastoupila na stanici větších dětí, propadla jsem tomu a neměnila bych. Chvilí jsem zkusila jít na oddělení pro dospělé, ale vrátila jsem se zpět. S tím blízkým vztahem k dětem jsem se asi tak nějak narodila [smích].

KK: U mě to jasná volba nebyla [smích]. Na dětské oddělení jsem v žádném případě nechtěla, protože jsem se toho strašně bála. Ale to, že budu zdravotní sestrou, bylo víceméně jasné, protože máme celou rodinu

zdravotních sester – babičky, mamka, teta, sestřenka, prostě celá rodina. Toužila jsem se stát instrumentářkou na sále jako moje mamka, ale karty mi trochu zamíchal vzdělávací systém. Protože bylo potřeba absolvovat vysokou školu, šla jsem na bakaláře na všeobecnou sestru s tím, že se pak přihlásím na magisterské na chirurgii, abych mohla jít v jejích stopách. Tam jsem se ale bohužel nedostala. Jako alternativu jsem měla pediatrii, a když jsem při studiu procházela praxí jak na neonatologii, tak i tady na dětském oddělení, začalo mě to strašně bavit.

■ Čím je dětská sestra vlastně specifická?

ZŠ: Dětská sestra získává svým vzděláním větší kompetence než všeobecná sestra, i proto se vzdělávání dětské sestry od všeobecné liší

a neexistuje stoprocentní zastupitelnost. Všeobecná sestra se může starat o děti starší deseti let, u kterých může dělat téměř všechny výkony, dětská sestra je může provádět i u dětí mladších deseti let a navíc je ten rozsah výkonů ještě širší. Proto se s dětskými sestrami můžete setkat nejen u nás na oddělení, ale třeba i na neonatologii.

■ Jak dlouho pracujete na Dětském oddělení? Vidíte za ty roky nějaký vývoj v péči o děti?

ZŠ: V nemocnici pracuji už hodně dlouho, čtyřicet let, a vývoj je vidět na každém kroku. Když jsem nastoupila, bylo to uzavřené oddělení, kde ležely jenom děti. Při nástupu k hospitalizaci jsme je v podstatě „vytrhli“ z náruče rodičům a starali se jen o ně. Až postupně se začalo zavádět,

že maminky se přijímají i s dětmi, takže je to teď úplně jiná práce. Na začátku to bylo jen o vztahu sestra–dítě–lékař, teď je do procesu léčby hodně zapojená rodina, což je úžasné, protože náruč rodiče je nenahraditelná.

■ Znamená to, že důležitou součástí vaší práce je i komunikace?

ZŠ: Určitě, často je její hlavní náplní. Komunikační dovednosti musí mít dnes ošetřující personál mnohem, mnohem větší než dřív, když to můžu takto srovnat. Jsou velmi důležité, protože přicházejí rodiče, kteří jsou zdraví, a nemocné je to dítě. Mají velký strach a jsou často i nedůvěřiví. Je to jiné, než když je v nemocnici dospělý pacient, se kterým pracujete a komunikujete napřímo.

Komunikace je po základní léčbě velmi důležitá. A to jak s rodiči, tak s dětmi. Ty jsou u nás ve velkém věkovém rozpětí – máme tu děti od jednoho měsíce až po ty fakticky dospělé, osmnáctileté. Takže musíme umět komunikovat s každým, musíme vědět, jak na každého v dané věkové kategorii zapůsobit, abychom získali jeho důvěru.

KK: Já pracuji na stanici JIP, kde se starám o děti v kritickém stavu. V nemocnici jako takové jsem osmým rokem. Ze své pozice musím vyzdvihnout hlavně neustálou modernizaci přístrojů, které nám velmi usnadňují práci. Například laboratorní vyhodnocení astrupu (vyšetření z tepenné krve) už můžeme provádět přímo na oddělení a nemusíme vzorek posílat do laboratoře

Kým je dětská sestra?

Dětská sestra je nedílnou součástí týmu pracovníků různých zdravotnických profesí poskytujících zdravotní péči. Poskytuje nebo zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu o zdravé i nemocné děti všech věkových kategorií v domácím prostředí i během hospitalizace a je odpovědná za její kvalitu. Ve spolupráci s ostatními zdravotnickými pracovníky (zejména lékaři, zubními lékaři, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, nutričními terapeuty, zdravotně-sociálními pracovníky aj.) se podílí především na preventivní, dispensární, diagnostické, léčebné, rehabilitační a paliativní péči poskytované dětem.

Co obnáší práce dětské sestry?

Účastní se porodů, provádí první ošetření novorozenců, zahajuje a podílí se na kardiopulmonální resuscitaci, provádí edukaci matky v péči o novorozence, připravuje a podává stravu dětem, sleduje a vyhodnocuje psychomotorický vývoj dítěte, poskytuje ošetrovatelskou péči v rámci primární péče, vede a organizuje výchovnou péči o děti všech věkových kategorií, provádí edukaci rodičů ve výchově a ošetrovatelské péči o dítě v jednotlivých vývojových obdobích. Dále dětská sestra zavádí periferní žilní katétry, podává léčivé přípravky dle ordinace lékaře, odebírá krev a jiný biologický materiál, provádí výplach žaludku u dětí při vědomí, zavádí gastrické

sondy a aplikuje enterální výživu, provádí katetrizaci močového měchýře u dívek, podává klyzma, provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, pod dohledem lékaře aplikuje krevní deriváty a asistuje při zahájení aplikace transfúze.

Dětská sestra může kromě jednodušších zdravotních výkonů (aplikace injekcí, odebírání krve, cévkování dívek, asistence při diagnostických a léčebných výkonech) provádět i z hlediska rizika pro pacienty náročnější zdravotní výkony, jako je např. zavádění kanyl do periferních žil nebo gastrických sond včetně podání výživy do těchto sond, ošetrování ran včetně odstraňování stehů, provádění výplachu žaludku apod.

Jaké je požadované vzdělání?

V současnosti lze získat odbornou způsobilost absolvováním jedné z těchto variant:

- tříleté vyšší odborné vzdělání v oboru diplomovaná sestra s možností užívání označení „diplomovaný specialista“ na vyšší odborné zdravotnické škole
- tříleté vysokoškolské bakalářské vzdělání v oboru dětská sestra s možností užívání akademického titulu „bakalář“
- nejméně jeden rok studia v oboru diplomovaná dětská sestra na vyšší zdravotnické škole, jde-li o zdravotnického pracovníka, který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání praktické sestry, všeobecné sestry, zdravotnického

a čekat na výsledek, což nás mnohdy zdržovalo při aktualizování stavu u dětí, které je třeba pravidelně kontrolovat a u nichž je nutné na výsledek reagovat.

■ **Vím, že nejste od začátku na stanici JIP. Jaké to je ve srovnání se standardní lůžkovou stanicí?**

KK: Je to tak. Zpočátku jsem byla na stanici velkých dětí, kde jsem se kromě péče o děti učila vše kolem zdravotnické dokumentace, práce s počítačem a obecně administrativu na oddělení. Mezitím jsem dodělávala magisterské studium, po jehož absolvování jsem se kvalifikovala pro práci na jednotce intenzivní péče a RESu. Co se mi na práci na JIP líbí, je hlavně to, že není stereotypní, každý den je úplně jiný, a jak říkala

paní vrchní, máme tu děti od jednoho měsíce do osmnácti let, a tudíž i mnoho diagnóz. Každý pacient je individuální případ a práce s ním vždy specifická. Navíc spolupracujeme i s ostatními obory od neurologie přes internu, gastro až po psychiatrii, takže člověk nemůže upadnout do nějaké rutiny. To mě na tom moc baví, ten rozptyl, mezioborová spolupráce...

■ **Co vás v této práci nejvíce naplňuje?**

KK: Největší odměnou je asi to, když se nám třeba po roce přijde pacient ukázat, že je v pořádku, že nemá žádné následky, poděkuje nám. A určitě je skvělý i kolektiv, musím říct, že jsem moc ráda, že jsem v týmu, kde si vzájemně rozumíme, spolupráce je perfektní.

Také mě těší, že i zaměstnavatel vnímá naši práci jako něco nestandardního a náročného. Na stanici JIP máme příplatky za ztížené prostředí, neuropsychickou zátěž, máme přiznanou dovolenou navíc apod.

ZŠ: Líbí se mi obecně práce s dětmi, ráda pozoruji, jak jsou bezprostřední. Přijdou s bolístkou, kterou když „pofoukáme“, hezky pookřejí – a to je na tom to nádherné. Vidět jejich prostřednictvím, že to, co děláme, má smysl. Teď máme navíc nového primáře oddělení, se kterým dostala práce zase jiný nádech. Plánujeme i větší posilování vztahů na oddělení, teambuildingy, takže stále je na co se těšit a co rozvíjet.

■ **Ing. Jana Duco, MBA**

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

záchranáře nebo porodní asistentky, byl-li přijat do vyššího než prvního ročníku vzdělávání

Jaké jsou možnosti dalšího vzdělávání?

Možnosti dalšího vzdělávání pro dětské sestry jsou obdobné jako u sester všeobecných a jsou tedy poměrně široké. Také dětské sestry se mohou vzdělávat ve specializačním vzdělávání (vzdělávání v oborech, jakými jsou např. intenzivní péče v pediatrii a neonatologii, psychiatrie, perioperační péče, pediatriká péče v klinických oborech atp.) nebo prostřednictvím certifikovaných kurzů. V rámci profesního celoživotního vzdělávání (prohlubování vzdělání) je ve zdravotnictví dostatečná nabídka kurzů, seminářů a vzdělávacích akcí, které mohou dětské sestry využít pro svůj profesní růst. Sestry s bakalářským vzděláním si mohou zvyšovat či prohlubovat kvalifikaci na vysokých školách v magisterských programech.

V Nemocnici České Budějovice, a.s., mohou budoucí dětské sestry v závěrečném ročníku studia (Bc. a DiS.) získat stipendium.

■ **Mgr. Lenka Cardová**

Zástupkyně náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

Proč se stát dětskou sestrou?

Zdravotnické povolání je obecně velmi psychicky a fyzicky náročná profese, ale současně i krásné poslání. Atraktivní na práci dětské sestry je rozmanitost, ale i odpovědnost, žádný den není stejný ani žádný pacient není stejný. Staráme se o děti od narození až do dospělosti, sestry odpovídají za ošetrovatelskou péči při akutních nebo chronických poruchách zdraví, ale i při somatických či psychických potížích. Setkáváme se s problematikou napříč všemi zdravotnickými obory.

Obor dětská sestra je velmi důležitý i z hlediska odborných znalostí, které jsou potřebné pro péči o děti v různých vývojových stádiích, jež jsou v mnohém odlišné od dospělých. Pediatriké ošetrovatelství připravuje studenty na práci s dětmi v souladu s jejich věkem a aktuálními potřebami ve zdraví i nemoci.

V Českých Budějovicích se momentálně dětské sestry vzdělávají na Jihočeské univerzitě v bakalářském studijním programu Pediatriké ošetrovatelství.

Je samozřejmostí, že i na našem oddělení se mohou dále specializovat v různých oborech – např. ARIP v pediatrii, gastroenterologii, neurologii apod.

■ **Mgr. Zuzana Šimková**

Vrchní sestra Dětského oddělení

Nespavost

Spánek není tak docela odpočinek mozku, ale spíše útlumová fáze organismu, kdy náš mozek přechází na jinou formu své činnosti. Spánek je pro správné fungování našeho organismu zcela klíčový a jeho nedostatek může být příčinou celé řady onemocnění. Nespavost (**insomnie**) je definovaná jako stav, kdy spánek je neosvěžující, nedostačující a snižuje kvalitu denního fungování. Nespavost může být tzv. akutní, která trvá max. jeden měsíc, a nespavost chronická, která trvá déle než jeden měsíc – zde je již vhodné vyhledat odbornou lékařskou pomoc.

Často se setkáváme s termínem **spánková deprivace**. Jedná se o dlouhodobý nedostatek spánku, který se může významně podílet na celkovém zhoršení zdravotního stavu (poruchy koncentrace, únava až vyčerpání organismu).

Potřeba spánku je zcela individuální, vyšší potřebu spánku mají novorozenci, cca 18 hodin, ale i děti v období puberty. Co ale dělat, když spánek nepřichází a člověk jen leží a přealuje se v posteli a ne a ne usnout? Především bychom se měli zamyslet nad zásadní otázkou, proč nespíme. Nespavost je vždy důsledkem něčeho nesprávného, například psychických problémů (stres v práci, v rodině, nejistá ekonomická situace), nebo může být nespavost způsobena prací v noci (noční směny), kdy je porušen přirozený **cirkadiánní rytmus těla**. Cirkadiánní rytmus označuje střídání fáze bdělosti (den) a fáze útlumu (noc, spánek). Tento proces je v našem těle řízen hormonálně, podíl na něm má především hormon **melatonin**. Dále může být nespavost způsobena chorobami (epilepsie, syndrom neklidných nohou) nebo mohou nespavost vyvolat i léky (psychostimulancia – látky zvyšující/ zlepšující činnost nervových buněk,

hormony štítné žlázy). Pokud tedy víme nebo tušíme, co naši nespavost způsobuje, je vhodné tuto příčinu odstranit. To ale není vždy jednoduché, navíc se na nespavosti může podílet i více faktorů, a ne vždy se nám podaří příčinu nespavosti určit.

Vždy bychom ale měli začít dodržovat **spánkovou hygienu**. Jedná se o soubor pravidel, která by měla přispět ke zlepšení procesu usínání a kvality spánku. Je důležité tuto spánkovou hygienu dodržovat v dlouhodobém časovém horizontu, pouze tak nám může soubor těchto opatření s nespavostí pomoci.

1. Přes den se snažte nespát nebo omezte spánek na odpolední siestu v maximální délce cca 45 minut.
2. Pokud po ulehnutí nebudete moci do cca 45 minut usnout, vstaňte a věnujte se jiné uklidňující činnosti (čtení, relaxační hudba).
3. Snažte se chodit spát i vstávat přibližně ve **stejnou dobu** bez ohledu na den v týdnu, včetně víkendů a svátků.
4. Několik hodin před spaním už nepijte kávu ani jiné povzbuzující nápoje, nejezte těžká jídla a nekuřte.
5. Vyvarujte se před spaním pití alkoholu.
6. Dopřejte si přes den přiměřenou fyzickou aktivitu, která přispívá k tělesné únavě a snadnějšímu usnutí. Před spaním však neběhejte, běh jen nastartuje tělesnou činnost a pak neusnete.
7. Připravte si ložnici – vyvětrejte, teplotu udržujte raději nižší a omezte rušivé elementy (např. mobil, počítač, televizor). Elektrospotřebiče z ložnice raději zcela odstraňte.
8. Postel používejte hlavně ke spání, v posteli byste se neměli dívat na televizi, učit se nebo pracovat.

Pokud se nám nedaří usnout nebo je kvalita našeho spánku špatná, často



PharmDr. Barbora Vařejková

se v noci budíme a ráno se cítíme neodpočatí, přitom však dodržujeme spánkovou hygienu, můžeme pro začátek zkusit rostlinné preparáty, např. třezalku tečkovanou, meduňku lékařskou, kozlík lékařský nebo chmel otáčivý. Užívání těchto preparátů bychom ale měli konzultovat s lékařem nebo lékárníkem z důvodu možných lékových interakcí, protože účinné látky těchto rostlinných přípravků mohou reagovat s jinými současně užívanými léky (nejvíce známých lékových interakcí má třezalka).

Nedaří-li se nám kvalitně se vyspat ani přes výše uvedené, je vhodné vyhledat lékařskou pomoc. Dnes je k dispozici celá řada léků na nespavost – hypnotik. Jedná se o přípravky vázané na lékařský předpis. Při užívání těchto přípravků bychom měli být obezřetní – dlouhodobé užívání těchto preparátů totiž může vyvolat lékovou závislost, kdy se naše tělo bude neustále domáhat přísunu těchto léků v postupně zvyšujících se dávkách. Proto by hypnotika neměla být užívána dlouhodobě, jsou určena jen na přechodnou dobu a primární je řešit příčinu nespavosti. Další možností, kterou můžete využít při řešení potíží s nespavostí, je obrátit se na specializovaná pracoviště spánkové laboratoře. Jedno takové pracoviště najdete i v naší nemocnici.

■ PharmDr. Barbora Vařejková
Lékárna

Dlouhodobá oxygenoterapie v domácím prostředí

Vývoj dlouhodobé domácí oxygenoterapie

Dýchání je základní fyziologickou potřebou člověka. Život každého z nás je měřen počtem nádechů a výdechů. Pro činnost buněk lidského těla je kyslík nepostradatelný. Velice zjednodušeně se dá říct, že při nádechu se vzduch dostává přes dýchací cesty do plicních sklípků. V těchto sklípcích prostupuje kyslík ze vzduchu do krevního řečiště, kde se ihned váže na hemoglobin červených krvinek. Ty pak kyslík dopravují do různých orgánů a částí těla. Následně buňky kyslík odebírají, použijí jej ke svému metabolismu a do červených krvinek pak vracejí oxid uhličitý, který je zplodinou metabolismu buněk. Pokud dojde k narušení těchto dějů vlivem akutního nebo chronického onemocnění, je člověk nedostatkem kyslíku ohrožen na životě.

Éra vývoje moderní dlouhodobé kyslíkové terapie je datována do 70. let 20. století, kdy se objevily první koncentrátoři kyslíku. V české republice se používání

přístrojů k dlouhodobé domácí oxygenoterapie datuje po roce 1992. V porovnání s dnešními koncentrátory kyslíku šlo však o přístroje vyšší hmotnosti a větších rozměrů, které pacientům neumožňovaly takový komfort jako dnes. Skladba pacientů, kteří vyžadují dlouhodobou domácí oxygenoterapii (DDOT), se od počátku vývoje technologií také změnila. Pacienti jsou dnes mladší a navzdory kyslíkové léčbě chtějí vést aktivní život. Toto jim dnešní moderní přístroje k DDOT mohou poskytnout. Před více než padesáti lety by tito lidé (respektive pouze někteří z nich) byli odkázáni k přežívání v nemocničních či sociálních zařízeních, připojení nosní kanylou ke kyslíkové lahvi. Od té doby prošla medicína obrovským vývojem. Nejenže jsou pacienti díky novým vyšetřovacím metodám diagnostikováni dříve, ale také přístroje určené k DDOT jsou dnes díky technickému vývoji menší, méně hlučné, lehčí a co je nejdůležitější, jsou **mobilní**. S mobilními přístroji mohou pacienti chodit do práce, navštěvovat divadla,



Mgr. Romana Strnková

sportovat, jezdit autem, cestovat letadlem apod. Jsou schopni vést v rámci možností kvalitní a spokojený život v domácím prostředí. Na oddělení Plicní léčebny, kde pracuji od roku 1997, řešíme problematiku pacientů s poruchami dýchání každý den. Z celého spektra odborných ošetřovatelských výkonů, které

Plicní onemocnění vedoucí k indikaci DDOT (po splnění indikačních kritérií)

CHOPN

intersticiální plicní procesy

plicní arteriální hypertenze

onkologická plicní onemocnění

Mimoplicní onemocnění vedoucí k indikaci DDOT (po splnění indikačních kritérií)

deformity hrudníku
(těžké kyfoskoliózy)

neurologická onemocnění
(ALS, Duchennova svalová dystrofie)

respirační nedostatečnost při těžké obezitě
nereagující na léčbu prostřednictvím
neinvazivní plicní ventilace

na našem oddělení provádíme, patří podávání kyslíku k těm nejčastějším. Velká část našich pacientů však vyžaduje dlouhodobou léčbu kyslíkem. Díky DDOT je pacientům dopřána léčba kyslíkem v jejich domácím prostředí. Pacienti, kteří jsou indikováni k DDOT, pak používají kyslík minimálně 16 hodin denně, přičemž pauzy bez inhalace kyslíku by neměly být delší než dvě hodiny. Za těchto podmínek má pak dlouhodobá oxygenoterapie za následek snížení nároků na dýchání, čímž dochází ke zlepšení a prodloužení funkce životně důležitých orgánů, především mozku, srdce, jater a ledvin. Dále předchází vzniku druhotných komplikací, ke kterým v důsledku nedostatečného okysličování krve dochází. To má za následek zkratnění života pacientů, jeho prodloužení a snížení počtu opakovaných hospitalizací. Pro pacienty je jedním z nejdůležitějších benefitů této léčby fakt, že probíhá v jejich **domácím prostředí**.

Komu a za jakých podmínek je možné DDOT indikovat?

DDOT je indikována především pacientům s chronickou respirační nedostatečností, která vznikla na základě plicních nebo mimoplicních onemocnění a jejíž důsledkem je **dlouhodobý nedostatek kyslíku** (hypoxémie).

Předpis stacionárních koncentrátorů kyslíku k DDOT je plně v rukou lékařů specialistů a probíhá buď v ambulanci plicního lékaře nebo za hospitalizace na pneumologickém oddělení. Indikace mobilních přístrojů k DDOT se provádí vždy na pneumologických odděleních krajských nebo fakultních nemocnic. Základním kritériem pro předpis všech druhů přístrojů k DDOT za předpokladu **spolupráce pacienta a vyloučení nikotinu** je **provedení tzv. arteriálního kyslíkového testu**. Jedná se o několik po sobě jdoucích odběrů krve z arterie. Cílem kyslíkového testu je zjistit koncentraci kyslíku a oxidu uhličitého před podáním kyslíku

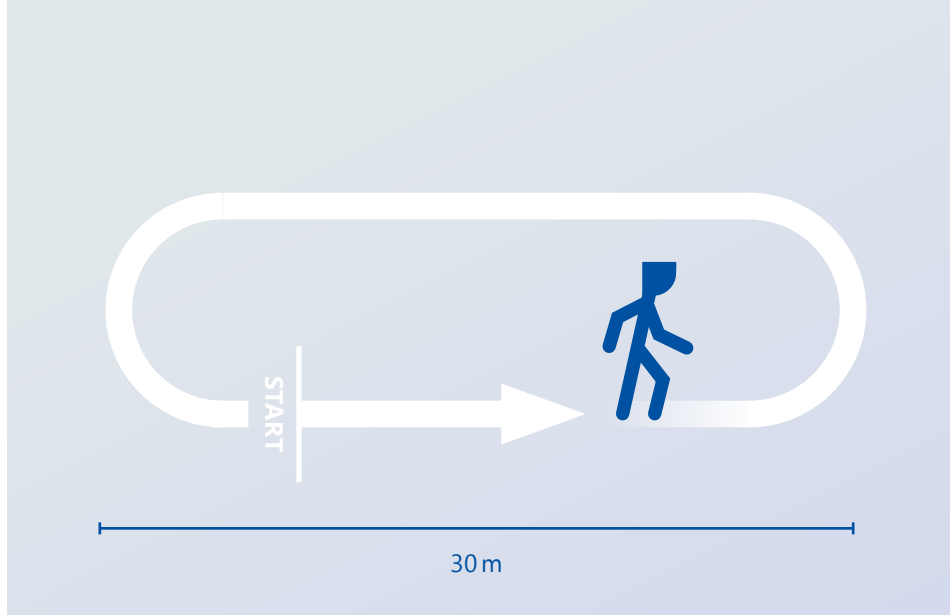


Schéma provedení 6MWT

a pak následně po inhalaci kyslíku na předem stanovených průtocích.

Arteriální kyslíkový test

Pacienta seznámíme s postupem vyšetření. Odběr se provádí nejčastěji z tepny v oblasti zápěstí (arteria radialis). Upozorníme pacienta, že délka vyšetření je přibližně 90 minut. **První odběr** tepenné krve provedeme u pacienta bez předchozí inhalace kyslíku (minimálně 30 minut bez kyslíku). Po tomto odběru necháme pacienta 20-30 minut dýchat kyslík prostřednictvím kyslíkových brýlí o průtoku 1 litr za minutu. Pak následuje **druhý odběr**. Poté zvýšíme průtok kyslíku na 2 litry za minutu a za dalších 20-30 minut provedeme **třetí odběr**. Nakonec necháme pacienta 20-30 minut dýchat kyslík v množství 3 litry za minutu a vyšetření zakončíme **čtvrtým odběrem**. Samotný pocit úlevy pacienta po inhalaci kyslíku není směrodatným ukazatelem k indikaci DDOT, bez provedení kyslíkového testu není indikace možná. U mobilních pacientů je pak možné dále pokračovat v testování k indikaci přenosného koncentrátoru kyslíku. Toto testování se provádí prostřednictvím šestiminutového testu chůze (6MWT).

Šestiminutový test chůze (6MWT):

Jedná se o test hodnocení fyzické aktivity, který je využíván jako jedno

z hodnotících kritérií pro indikaci přenosných koncentrátorů kyslíku nebo systému kapalného kyslíku. Cílem testu je změřit, jakou maximální vzdálenost je pacient schopen ujít za 6 minut. Ač jde o jednoduchý test, může pro některé pacienty představovat riziko. Test neprovádíme u pacientů s akutním infarktem myokardu prodělaném v posledním měsíci, při ischemických změnách na klidovém EKG, u pacientů s krevním tlakem 180/100 a vyšším, při vyšší tepové frekvenci než 120 pulzů za minutu, u pacientů se závažnými arytmiemi nebo nestabilní anginou pectoris. Test se provádí ve stejný den, kdy pacient podstoupil arteriální kyslíkový test. Po dobu testování je pacientovi monitorována saturace kyslíku a puls. Před a po každém testu pacient prostřednictvím číselné škály hodnotí stupeň dušnosti a únavy. Testování probíhá na chodbě o délce minimálně 30 metrů.

■ 6MWT u mobilních pacientů

indikovaných k léčbě stacionárním koncentrátozem kyslíku v kombinaci s přenosným koncentrátozem. Tito pacienti musí při 6MWT dosáhnout bez inhalace kyslíku vzdálenost alespoň 130m. Pokud tuto vzdálenost splní, tak při dalším testu již s odpovídajícím průtokem kyslíku musí dosáhnout navýšení vzdálenosti o minimálně 25 % původní ušlé vzdálenosti, aniž by na konci testu klesla saturace kyslíku pod 85 %.

■ **6MWT u výrazně mobilních pacientů** indikovaných k léčbě prostřednictvím systému kapalného kyslíku. Tito pacienti musí při 6MWT dosáhnout bez inhalace kyslíku vzdálenost alespoň 200 m. Pokud tuto vzdálenost splní, tak při dalším testu s již odpovídajícím průtokem kyslíku musí dosáhnout navýšení vzdálenosti o minimálně 50 % aniž by saturace kyslíku v krvi klesla pod 85 %.

Zdroje kyslíku k dlouhodobé domácí oxygenoterapii dostupné v ČR

1. Koncentrátory kyslíku

Stacionární koncentrátory kyslíku

Stacionární koncentrátory kyslíku se řadí k těm nejrozšířenějším. Jsou indikovány jako samostatný zdroj kyslíku především pacientům hůře mobilním, nespňujícím kritéria šestiminutového testu chůzí (6MWT) pro přídavný přenosný koncentrátor. Ke svému provozu potřebují stálý zdroj elektřiny. V případě, že není dodávka elektřiny přerušena, jsou tyto přístroje **schopny nepřetržitého provozu**.

Přenosné (mobilní) koncentrátory kyslíku

Přenosné kyslíkové koncentrátory nejsou určeny k nepřetržitému provozu. Jsou indikovány mobilním pacientům po splnění kritérií 6MWT jako doplněk k jejich stávajícímu stacionárnímu koncentrátoru kyslíku (cesta do práce, sport, cesta autem apod.). Jako zdroj elektrické energie v případě, že nejsou zapojeny do sítě, slouží těmto koncentrátorům kyslíku vyjímatelná baterie.

2. Systém kapalného kyslíku - HOMELOX

Jde o velkou stacionární kryptonádobu s hluboce zchlazeným kapalným kyslíkem (až -183 °C) o objemu až 46 litrů, nezávislou na zdroji elektrické energie. Výhodou kapalného kyslíku je, že pacientovi zajišťuje velké zásoby kyslíku v domácím prostředí.

Jeden litr kapalného kyslíku se přemění přibližně na 850 litrů plynu. Stacionární velkou kryptonádobu má pacient doma spolu s malým přenosným zásobníkem, do kterého si kapalný kyslík přečerpává v případě, že chce opustit domov.

3. Stlačený kyslík v tlakových lahvích - LIV LAHEV s integrovaným ventilem

Jedná se pouze o krátkodobý (přechodný) zdroj kyslíku. Náklady spojené s jeho používáním jsou plně hrazeny pacientem. Pacient si může tyto lahve pronajmout pouze tehdy, pokud mu lékař specialista (pneumolog, kardiolog, internista, onkolog, neurolog, neonatolog, pediatr) písemně schválí formulář „Doporučení lékaře k výdeji tlakové LIV lahve“.

Pacienti, kteří splňují indikační kritéria pro přidělení koncentrátoru kyslíku, odchází z našeho oddělení po provedeném zaškolení ošetřujícím personálem vybaveni vlastním stacionárním přístrojem. Cílem zaškolení je, aby pacient v domácím prostředí zvládl bezpečnou obsluhu koncentrátoru kyslíku. Je vhodné, aby spolu s pacientem byl také přítomen někdo z rodiny. Blízkost rodinného příslušníka dává pacientovi pocit, že v případě problémů, které mohou v souvislosti s přístrojem nastat, na to doma nebude sám. Pacient odchází domů nejen plný očekávání, ale také obav. *Jak to doma zvládnou? Budu umět obsluhovat přístroj? Co když znovu nebudu moci dýchat? Co když vypnou elektřinu a přístroj nebude fungovat? Nebude se teď můj život měřit jen délkou kyslíkové hadice?* Pro ošetřující personál je nesmírně důležité si uvědomit, co za těmito otázkami stojí. Je to strach ze smrti, který pacienti vnímají při opakujících se záchvatech dušnosti. Z vlastní zkušenosti vím, že prvotní obavy pacientů při předání přístroje k DDOT jsou ale velmi brzy vystřídány spokojeností, klidem a jistotou.

Na život s přístrojem si velká část pacientů velmi rychle zvykne.



Stacionární koncentrátor kyslíku Everflo



Systém kapalného kyslíku HOMELOX mobil

Velmi často říkají, že se dříve báli kvůli dušnosti opustit svůj byt či dům, byť jen na malou chvíli. Dnes díky přenosným koncentrátorům kyslíku mohou trávit život aktivněji, šťastněji a smysluplněji. prostě nejsou **IZOLOVÁNI**. Jejich sociální izolace působí negativně nejen na jejich psychický a zdravotní stav, ale také na ostatní členy rodiny. S DDOT mají znovu **MOŽNOST VOLBY**. Volby kde, jak a s kým mohou trávit svůj čas. To, co někteří z nás vnímáme jako samozřejmost, že můžeme jít do kina, do obchodu nebo do lesa, může být pro někoho jiného snem. Na to bychom neměli zapomínat.

„Neznám schopnějšího zabijáka, než je izolace. Není destruktivnějšího vlivu na tělesné, duševní zdraví než Vaše izolace ode mě a od ostatních.“
(Zimbaro)

■ Mgr. Romana Strnková

Vrchní sestra, Léčebna tuberkulózy a respiračních onemocnění

Nová publikace: Rekurence venózního tromboembolismu

MUDr. Martin Holý, internista a specialista na léčbu a diagnostiku onemocnění cév v českobudějovické nemocnici, vydal publikaci Rekurence venózního tromboembolismu.

■ Pane doktore, na co je vaše publikace zaměřena a co vás vedlo k jejímu sepsání?

Celá publikace se snaží vlastně odpovědět na jednu otázku, a to, jak dlouho bychom měli léčit dospělé pacienty, kteří prodělali žilní trombózu nebo plicní embolii. Z mnoha ohledů se jedná o kontroverzní téma. Problematika sekundární prevence žilních tromboembolických příhod je překvapivě rozsáhlá a nepřehledná, doporučené postupy odborných společností nedávají zdaleka úplnou odpověď, a navíc nejsou vždy mezi sebou v souladu. Téma jsem zpracoval pro své kolegy angiology, ale především pro internisty, kteří o tyto nemocné velmi často pečují. Jde o publikaci záměrně útlou, pokud možno stručnou, která se přesto snaží shrnout nejnovější dostupné informace a podat náhled na tento problém ze všech podstatných úhlů pohledu.

■ Proč je rozhodnutí o délce léčby žilních trombóz a plicních embolií tak důležité?

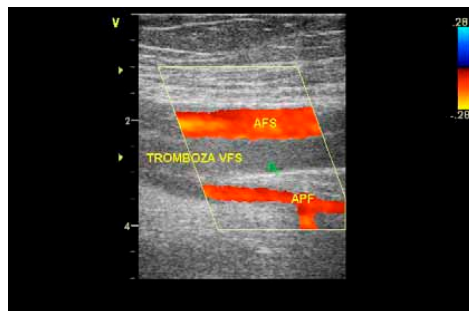
Typickým rysem mnoha těchto cévních příhod je sklon k opakování. U části nemocných je riziko recidivy trombózy nebo embolie tak vysoké, že jsou indikováni k dlouhodobé, potenciálně doživotní antitrombotické léčbě. U řady nemocných je ale naopak riziko vzniku další příhody malé nebo střední (ještě přijatelné) a z dlouhotrvající léčby nemají žádný prospěch. Antitrombotická léčba, tedy léčba snižující krevní srážlivost, se může komplikovat krvácením, jehož pravděpodobnost se s délkou trvání spíše zvyšuje. Proto jsou někteří nemocní léčeni pouze tři měsíce a jiní až do konce svého života, což je obrovský rozdíl. I proto musí být naše rozhodnutí kvalifikované a zodpovědné. U více než poloviny pacientů je situace nekomplikovaná a adekvátní délku terapie stanovíme bez větších pochybností již na jejím počátku (při prvním kontaktu). V ostatních případech musíme po třech nebo nejpozději po šesti měsících zvážit argumenty pro nebo proti pokračování terapie.

■ Podle čeho se rozhodujete?

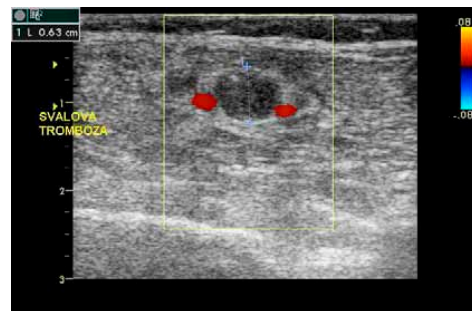
První věcí, kterou bereme v úvahu, je počet prodělaných příhod, obecně lze říci, že pokud pacient prodělá více než jednu závažnou žilní trombózu a/nebo plicní embolii, je léčba většinou ponechána dlouhodobě. Často rozhodující skutečností je to, za jakých okolností tromboembolická příhoda vznikla. Rozlišujeme trombózy a embolie provokované, tedy takové, kde nalezneme jasnou příčinu jejich vzniku – nejčastěji jde o příhody po operaci, při úrazu dolní končetiny nebo u žen užívajících hormonální antikoncepci. Zde je terapie převážně krátkodobá. Trombózy a embolie, u kterých jsme žádný provokující faktor nenašli (vznikly „zničehonic“), bychom měli léčit dlouhodobě, pokud byly závažné a pokud nemocný s léčbou souhlasí. Zvláštní pozornost zasluhují pacienti onkologičtí, které léčíme tak dlouho, dokud jejich zhoubné onemocnění není vyléčeno, pokud vyléčit lze. V případech, že je vyléčit nelze, tak pokračujeme v podávání antitrombotických léků trvale. Ne vždy ale můžeme léčit tak dlouho, jak bychom chtěli a měli, protože u některých nemocných je



Hluboká trombóza stehenní žíly pravé dolní končetiny



Hluboká trombóza stehenní žíly v sonografickém obraze



Hluboká trombóza svalové žíly lýtky v sonografickém obraze

současně tak vysoké riziko krvácení, že bychom je mohli spíše ohrozit. Faktorů, které je třeba potenciálně zvážit, je ovšem mnohem více.

■ Jaká jsou hlavní úskalí dlouhodobé či celoživotní léčby?

Hlavním úskalím je již zmíněné zvýšené riziko krvácení při užívání léků snižujících krevní srážlivost. U mladších, jinak zdravých pacientů, kteří užívají některé z moderních léčiv, je nebezpečí závažného krvácení velmi malé. S věkem a počtem onemocnění toto riziko roste. Dalším problémem může být neochota nemocného léky dlouhodobě a pravidelně užívat. Nezřídka si musí bohužel pacient léčbu platit sám, protože zdravotní pojišťovny nejsou ochotny hradit moderní léky v této indikaci déle než dvanáct měsíců. Ochota nemocných pokračovat v terapii na vlastní náklady je ale překvapivě vysoká, pokud z finančních důvodů některý lék podávat nelze, hledáme vhodnou alternativu, nejčastěji nepopulární warfarin. Pro ty, kteří warfarin prokazatelně užívat nemohou pro nežádoucí

účinky nebo jeho předchozí selhání, pak žádáme pojišťovnu o zvýšenou úhradu jiného léku tak, aby pacient nedoplácel nic.

■ Jakou roli hrají ve vašem rozhodování ostatní lékařské odbornosti?

Ve většině případů se angiolog, internista nebo kardiolog, který léčí pacienta s žilní trombozou či plicní embolií, obejde bez konzultací lékařů jiných oborů. U nemocných, kteří mají typické žilní trombózy, čímž se myslí trombózy žil dolních končetin, není obvykle třeba provádět žádná speciální hematologická nebo genetická vyšetření. Jiná je situace například u pacientů, kteří mají trombózy v neobvyklých lokalizacích (nejčastěji nitrobřišní nebo nitrolební). Zde je větší pravděpodobnost, že příčinou bude krevní onemocnění nebo závažná genetická dispozice, a konzultace hematologa je pravidlem. Mozkové žilní trombózy léčí kolegové z neurologie.

■ Ing. Veronika Dubská

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů



MUDr. Martin Holý

Hluboká žilní trombóza (flebotrombóza) znamená přítomnost krevní sraženiny (trombu) uvnitř žíly. Nejčastěji vzniká v oblasti dolních končetin a pánve (asi v 90 %), může ale postihnout žíly i na končetinách horních nebo žíly v dutině břišní či mozku. Nejběžnějším projevem je bolestivý otok dolní končetiny, někdy s červenomodrým zbarvením pokožky. Ročně onemocní žilní trombozou v České republice asi 15 000 – 20 000 pacientů, v Evropě > 700 000 pacientů.

Plicní embolie je nejčastější akutní komplikací žilní trombózy, znamená zanesení krevní sraženiny z místa vzniku v žíle do plicních tepen. Nejčastějším projevem je dušnost a bolest na hrudi. Velká plicní embolie může nemocného ohrozit na životě. Riziko embolie je větší u trombóz dolních končetin, které postihují žíly podkolenní a výše uložené, menší je riziko u postižení žil lýtkových. Každý rok zemře na plicní embolii až 600 pacientů.

Posttrombotický syndrom je chronickou komplikací žilní trombózy. Projevuje se jako trvalý otok, vznik křečových žil a kožních změn na postižené končetině. Nejzávažnější formou je posttrombotický bércovy žilní vřed.

Antitrombotická (někdy také označovaná jako antikoagulační) terapie je léčba snižující krevní srážlivost, je neúčinnější prevencí recidivy žilní trombózy a plicní embolie. Nejčastější komplikací je krvácení různé závažnosti. Léčba tromboembolických příhod má trvat nejméně tři měsíce, ale v řadě případů je důvod k pokračování léčby trvale, celoživotně.

Komplexní cerebrovaskulární centrum součástí výzkumné sítě STROCZECH

Mrtvice, neboli cévní mozková příhoda (CMP), je druhou nejčastější příčinou úmrtí a nejčastější příčinou invalidity v České republice. V léčbě CMP došlo za posledních dvacet let k významnému posunu, výrazně se zvýšily šance pacientů na přežití a snížilo se riziko těžkého hendikepu. Česká republika se celosvětově řadí mezi země s vysoce kvalitní péčí o pacienty s CMP a Komplexní cerebrovaskulární centrum (KCC) v českobudějovické nemocnici patří k největším v ČR. Pro udržení stávající a soustavně zlepšování budoucí kvality péče o pacienty s CMP je nutností a samozřejmostí soustavné vzdělávání a zavádění stále nových postupů do praxe.

V zájmu zlepšení efektu výzkumu CMP v ČR vznikla v lednu 2020 celostátní výzkumná síť zaměřená na cévní mozkové příhody nazvaná STROCZECH (název vznikl spojením anglických slov „stroke“ [mrtvice] a „Czech“ [český]). Výzkumná síť spojuje 24 ze 46 komplexních cerebrovaskulárních a iktových center, jejím zřizovatelem je Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Česká výzkumná infrastruktura - CZECRIN, jejíž součástí je i STROCZECH, má za cíl realizovat mezinárodní výzkumné projekty. Hlavním organizátorem akce je prof. MUDr. Robert Mikulík, Ph.D., vedoucí Cerebrovaskulárního výzkumného programu v Mezinárodním centru klinického výzkumu Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně a předseda konference IRENE (Implementačně výzkumné sítě pro zlepšení kvality iktové péče). Od roku 2021 je KCC České Budějovice spolu s Neurologickým oddělením součástí



Výzkumná síť je důležitou součástí práce lékařů i výzkumníků. Součástí takové sítě – STROCZECH – je i KCC České Budějovice.

STROCZECH. Kromě lékařů-neurologů je členem týmu také studijní koordinátorka Lenka Bártová, která je velmi důležitou součástí týmu. Má na starosti celou řadu činností souvisejících s chodem centra: legislativní procesy, koordinaci týmu, komunikaci s ostatními členy organizace, ale také se podílí přímo na výzkumné činnosti.

Dne 21. září 2022 se v Praze konalo společné setkání mezinárodní iktové sítě IRENE a členů organizace STROCZECH. Síť IRENE je mezinárodní organizace předních lékařů, výzkumníků a odborníků dalších profesí, jejímž cílem je měření kvality léčby CMP v jednotlivých zemích. Byly zde prezentovány systémy e-health (elektronického zdravotnictví) a vize v jednotlivých zemích včetně České

republiky. Digitalizace zdravotnictví je cestou, jak zefektivnit a zpřesnit naše postupy. K hlavním výhodám patří urychlení sběru a analýzy velkých objemů dat. Analýzy tohoto druhu pomáhají hodnotit kvalitu péče a výsledky dat získaných při těchto analýzách pomáhají při tvorbě nových klinických doporučení. Jedním z výstupů je pomoc při strojovém učení. V českobudějovické nemocnici používáme sofistikovaný počítačový program E-STROKE od firmy Brainomix sídlící v Oxfordu, který denně pomáhá s diagnostikou akutní CMP a který přináší množství důležitých informací právě pro akutní léčbu mrtvice. Umožňuje nám to léčit bezpečněji více pacientů. Současně program zpracováním provedených vyšetření umožňuje zlepšovat

kvalitu výstupních dat, probíhá tak strojové učení. Studie, kterých se náš tým účastní, přispívají do databází a registrů, které s těmito daty dále pracují a vyhodnocují je. Zjištění vyplývající z analýz těchto dat přispívají ke zlepšování péče o pacienty s mrtvicí.

Druhá část programu byla zaměřena na zhodnocení dosavadního fungování výzkumné sítě a následně byly prezentovány zvažované studie. Během dosavadního relativně krátkého fungování bylo celorepublikově realizováno již devět klinických studií, z toho tři mezinárodní. V KCC České Budějovice jsme se zapojili do sedmi z nich (tři studie byly úspěšně ukončeny, dvě nyní probíhají a další dvě jsou před iniciací). Přestože není Nemocnice České Budějovice, a.s. fakultní nemocnicí, podílíme se zde i na výzkumu. Péče o naše pacienty je pro nás samozřejmě prioritou, výzkum je nad rámec našich každodenních povinností. Přináší nám nejen zpestření v práci, ale také příležitost se vzdělávat, sdílet nová zjištění, navazovat nové spolupráce a posouvat věci dopředu.

Výsledky přímo zavádíme do praxe tak, abychom poskytli našim



Intenzivně přispíváme svými daty do databází a registrů. Díky tomu můžeme s daty všech účastníků pracovat. MUDr. Jan Rosol při získávání globálních dat ze sítě STROCZECH.

pacientům tu nejlepší péči a ty nejnovější postupy. Věda, výzkum a praxe spolu navzájem velmi úzce souvisejí, navíc zdravotníci vyváženě zapojení do praktické i vědecké práce netrpí syndromem vyhoření.

Setkání s ostatními výzkumníky z jiných center zabývajících se léčbou CMP

umožnilo též sdílení zkušeností a také možnost porovnání práce vlastního pracoviště s jinými. Na zasedání vědeckého výboru STROCZECH byl prezentován návrh pro multicentrickou studii zabývající se léčbou uzávěrů vnitřní krkavice se současným sledováním mozkové aktivity. Ovlivnění operačního postupu na základě intraoperačních změn mozkové aktivity se dle našich zjištění jeví jako způsob, jak dále zvyšovat šance na výslednou soběstačnost pacienta. Považujeme za důležité ověřit naše slibná zjištění, která jsme publikovali v zahraničí, na větším souboru takto léčených pacientů. Multicentrický projekt v rámci STROCZECH center vnímáme jako příležitost tento záměr uskutečnit.

Závěrem bych rád uvedl, že být součástí sítě STROCZECH je pro nás velkou ctí i závazkem. Ceníme si možnosti být v kontaktu se špičkami v oblasti iktové péče a společně pracovat na dalším vývoji cerebrovaskulární medicíny nejen v České republice.

■ **MUDr. Jan Rosol,**
Lenka Bártová,
prim. MUDr. Svatopluk Ostrý, Ph.D.
Neurologické oddělení



Skupina studijních koordinátorek sítě STROCZECH. Lenka Bártová – studijní koordinátorka KCC České Budějovice třetí zleva

Amsterdam hostil kongres ECTRIMS 2022 zaměřený na roztroušenou sklerózu



MUDr. Zdeněk Kunáš
a MUDr. Jana Adámková

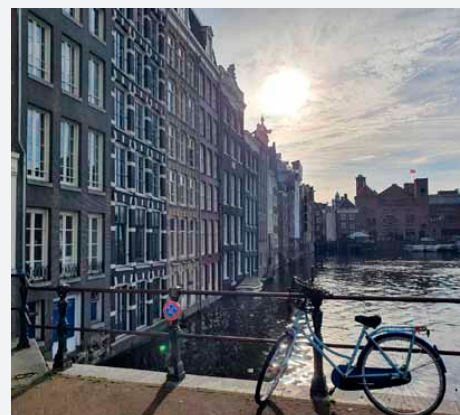
Ve dnech 26.-28. října 2022 se konal v nizozemském Amsterdamu největší světový kongres zabývající se problematikou demyelinizačních onemocnění, zejména roztroušené sklerózy. Jednalo se o první možnost osobního setkání odborníků po pauze způsobené COVID-19, není tedy divu, že se nakonec sešlo přes 9000 účastníků. Program byl tématicky rozdělen do řady paralelních sekcí, nechyběly edukační kurzy ani obsáhlá posterová sekce.

Za poslední roky došlo k dalšímu rozvoji léčebných možností u pacientů s roztroušenou sklerózou a s tím se rovněž vyvíjí náš přístup k celé této problematice. I v naší zemi je již běžné, že je velká část nových pacientů nasazována rovnou na vysoce účinnou léčbu, tzv. HET (high-efficacy therapy). Zásadním způsobem to zlepšuje jejich budoucí vyhlídky, vyvstávají ale také nové otázky. Například jestli bude u všech pacientů nutné setrvávat na HET dlouhodobě, nebo po stabilizaci stavu léčbu tzv. deeskalovat, tedy přejít na přípravky s nižší účinností či dokonce léčbu v budoucnu přerušit. Odpovědi na tyto otázky zatím jednoznačné nemáme, ale již probíhají práce, které by nám v budoucnu měly pomoci s rozhodováním. Efekt tzv. HET terapie byl dokladován studií také v léčbě dětských pacientů, u kterých onemocnění probíhá s vysokou aktivitou až ve 40 % případů. Účinek léčby byl sledován nejen v klasických ukazatelích jako je snížení počtu relapsů či stupeň hybného postižení, ale i ve zmírnění zhoršování nemoci mezi relapsy (tzv. PIRA – progression independent on relaps activity). Otázkou však zůstává absence dlouhodobých dat o bezpečnosti a účinnosti této léčby u dětské populace. Řada pacientů začala s léčbou již v 90. letech a nyní jsou již ve vyšším věku. Přibývají komorbidity (přidružená onemocnění), přirozený průběh nemoci u většiny ukazuje, že zánětlivá aktivita, na kterou naše léky cílí, přirozeně klesá. Tedy i efekt a význam léčby se s přibývajícím délkou trvání nemoci snižuje. I zde čekáme

na výsledky nyní probíhajících studií, zda a za jakých okolností pacientům doporučit ukončení léčby.

V rámci kongresu byla věnována také pozornost onemocnění ze spektra neuromyelitis optica (vzácnější druh demyelinizačního onemocnění), její diferenciální diagnóze, léčebné strategii v graviditě a studii s novou monoklonální protilátkou - ravulizumabem - s deklarovanou vysokou účinností na snížení počtu relapsů onemocnění. Kongres byl tradičně velmi dobře organizačně i odborně připraven a účast na něm nám přinesla upevnění stávajících a rozšíření dalších znalostí týkající se demyelinizačních onemocnění. Účast na kongresu byla podpořena firmami Biogen a Genzyme, kterým touto cestou děkujeme.

■ MUDr. Zdeněk Kunáš,
MUDr. Jana Adámková
Neurologické oddělení



Amsterdam

Individualizace a standardizace při tvorbě výživy pro nedonošené novorozence

Možnosti využití moderních technologií k optimalizaci nutričních postupů

Získávání informací a poznatků je jedním z nejdůležitějších bodů lékařské práce. Z tohoto důvodu Neonatologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., ve spolupráci s místní knihovnou uspořádalo 15.–16. září v Clarion Congress Hotelu České Budějovice již druhý ročník Nutričního sympozia týkajícího se výživy nedonošených novorozenců.

Navázali jsme na velmi dobrou kvalitu předchozího ročníku. Pozitivně vnímáme zapojení mezinárodních přednášejících.

Po úvodním zahájení ředitelem Nemocnice České Budějovice, a.s., MUDr. Jaroslavem Novákem, MBA, začala přednáška prof. Magnuse Domelöffa, M.D., Ph.D., ze severošvédské univerzity Umeå, který se věnoval nově

připravovaným doporučením podle Evropské společnosti pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu (ESPGHAN). Následující přednáška od docenta Stefana Johanssona, M.D., Ph.D., CSO, z univerzity Karolinska Institutet ve švédském Stockholmu se týkala možností a benefitů používání probiotik pro snížení pozdních infekcí, a tím i pro snížení podávání antibiotik u nedonošených dětí. Výsledkem je i zkrácení doby podávání parenterální výživy a zkrácení pobytu na jednotce intenzivní a resuscitační péče.

Důležitý je výběr přípravku, který by měl obsahovat optimální složení probiotických kmenů. Dle docenta Johanssona je optimální preparát ProPreems, který je na našem

pracovišti používán. Nutno podotknout, že jsme prvním a zatím jediným pracovištěm v České republice, které tento probiotický doplněk s unikátním složením probiotických kmenů používá.

Posledním zahraničním přednášejícím byla Marie Ekholm, Ph.D., generální ředitelka švédské firmy Miris AB. Téma přednášky bylo „Human Milk Analysis in the NICU – where are we now and where did we start“ („Analýza mateřského mléka na neonatologickém oddělení – kde jsme nyní a kde jsme začali“).

Doc. Ing. Ladislav Čurda, CSc., z Ústavu mléka, tuků a kosmetiky, VŠCHT Praha, vystoupil s přednáškou „Metody analýzy mateřského mléka pro účely fortifikace“.



Účastníci konference



Přednášející Ass. Prof. Steffan Johansson Ph. D. a Marie Ekholm Ph.D.



Ředitel úseku vybraných zdravotnických oborů
MUDr. Jaroslav Novák, MBA a prim. MUDr. Jiří Dušek, MHA



Představení produktů firem podílejících se
na zpracování mateřského mléka

Nemocnice České Budějovice, a.s., byla zastoupena přednášejícími MUDr. Lenkou Nedvědovou s přednáškou „Bakteriální čistota mateřského mléka“ a MUDr. Jiřím Duškem, MHA, s přednáškou „Výsledky studie Optimalizace nutričních postupů – OPTIM“.

Poslední prezentace byla společným dílem MUDr. Marcely Koudelkové z UZIS a prim. MUDr. Jiřího Duška, MHA.

Tématem bylo seznámení s plánovaným národním grantovým projektem „Projekt výživy nedonošených novorozenců, zlepšení výživových postupů“, který by měl sloužit ke zlepšení výživy u novorozenců v České republice.

Druhý den byl věnován praktickému nácviku používání nutričního programu pro přípravu výživy novorozenců. Lektorem byla MUDr. Daniela Součková

z Neonatologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Seminář proběhl v prostorách nemocniční knihovny. Zde byla možnost diskuse a výměny zkušeností mezi neonatologiy specializujícími se na výživu novorozenců.

■ **Prim. MUDr. Jiří Dušek, MHA**
Neonatologické oddělení

SLEDUJTE NEMOCNICI ČESKÉ BUDĚJOVICE NA SOCIÁLNÍCH SÍTÍCH!

www.facebook.com/nemcb
www.instagram.com/nemocnicecb
www.youtube.com/channel/UCeL_LyJOnZtBGHQJaVKhs0A

NEMOCNICE
ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s.

Mezinárodní pediatrický kongres v Barceloně

Ve dnech 7.–11. října 2022 jsem se společně s primářem MUDr. Jiřím Duškem, MHA, a MUDr. Janou Duškovou zúčastnila 9. ročníku kongresu EAPS (Evropská akademie pediatrických společností). Tento kongres je pořádán třemi organizacemi – EAP (Evropská akademie pediatriků), ESPR (Evropská společnost pro pediatrický výzkum) a ESPNIC (Evropská společnost pediatrické a neonatologické intenzivní péče). Kongres se konal v hlavním městě Katalánska, Barceloně, která je po Madridu druhým největším španělským městem a je známá především díky originálním stavbám architekta Antoniho Gaudiho a jeho současníků.

7. října probíhaly pro zájemce předkongresové kurzy. S prim. MUDr. J. Duškem jsme si zvolili kurz „Neonatal cranial ultrasound“, který byl věnován podrobnému ultrazvukovému vyšetření mozku u novorozenců. Kurz nám ukázal, že i přes skutečnost, že toto vyšetření běžně provádíme, máme stále rezervy například v oblasti dopplerovského vyšetření či vyšetření mozku z dalších projekcí (vyjma koronární a parasagitální), a namotivoval nás k dalšímu vzdělávání v této oblasti.

Dalšího předkongresového bloku týkajícího se respiračních režimů v pediatrii se zúčastnila MUDr. Jana Dušková. Zde bylo v rámci celodenního kurzu komplexně představeno celé spektrum respiračních technik, které lze použít ve specifických případech respiračního selhání v pediatrii.

Od 8. října již probíhal samotný kongres, kterého se zúčastnilo

přibližně 3000 lékařů z celého světa včetně 24 lékařů z České republiky. Každý den se od 8 do 18 hodin paralelně v patnácti sálech konaly přednášky zaměřené na ventilaci, hemodynamiku, výživu, infekce, intenzivní a resuscitační péči, ECMO, mimotělní eliminační metody (CRRT) či další problematiku novorozeneckého a dětského věku. Velmi zajímavá byla například přednáška o využití ECMO u novorozenců, a to i u těch předčasně narozených. Pro nás osobně pak bylo velkým přínosem potvrzení skutečnosti, že péče o novorozence narozené v termínu i předčasně probíhá na našem oddělení v souladu se současnými doporučenými postupy a zkušenostmi kolegů z renomovaných evropských pracovišť a že naše oddělení má odpovídající technické vybavení.

Součástí kongresu byla i prezentace e-posterů, přičemž Českou republiku reprezentovaly pouze dva. Jedním z nich byl i poster zastupující Nemocnici České Budějovice, a.s., vytvořený na půdě Neonatologického oddělení ve spolupráci se švédskými kolegy z dětské kliniky University Hospital of Northern Sweden. E-poster s názvem „Consequences of implementation of nutritional care bundle in infants born before 32nd gestational week“ poukazuje na to, jak se změnila antropometrické (růstové) parametry a incidence PDA (ductus arteriosus persistens) se zavedením programu ke kalkulaci výživy u dětí narozených na našem pracovišti před 32. týdnem těhotenství. V posterové diskusi zazněla na naši práci velmi příznivá odezva. Navázali jsme tak další důležité mezinárodní pracovní kontakty, což se v budoucnu jistě pozitivně projeví nejen na zdokonalení



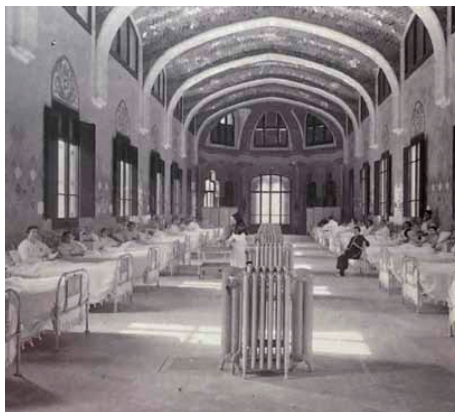
Zleva: MUDr. Jana Dušková, prim. MUDr. Jiří Dušek, MHA a MUDr. Barbora Sýkorová



Prim. MUDr. Jiří Dušek, MHA, prezentace e-posteru na kongresu

již tak velmi dobrých výsledků, ale i zvýšení prestiže jak Neonatologického, tak Dětského oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

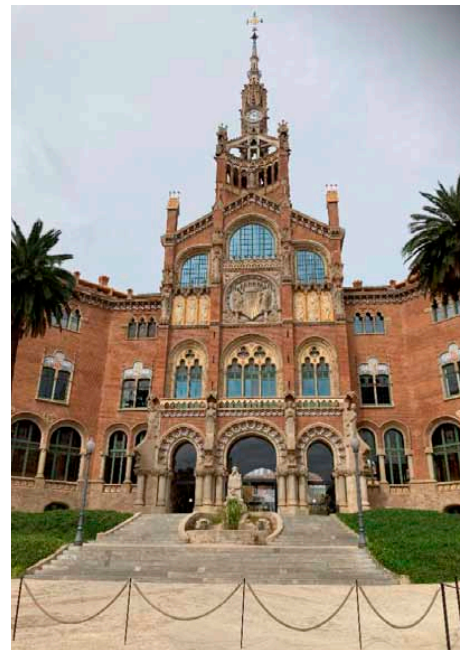
I přes bohatý program kongresu jsme stihli navštívit některé z dominantních pamětihodností Barcelony včetně nemocnice Santa Creu i Sant Pau. Jedná se o secesní komplex budov postavených v letech 1901–1930. V roce 1997 byla tato nemocnice zapsána na seznam světového dědictví UNESCO. Jako zdravotnické zařízení plně fungovala až do roku 2009, kdy byla vedle komplexu otevřena nová nemocnice. Stavba následně prošla celkovou rekonstrukcí. Kromě nádherné architektury je pro nás zdravotníky i připomínkou skutečnosti, jak moc se péče o nemocné za posledních sto let posunula dopředu.



Nemocnice Santa Creu i Sant Pau

■ **MUDr. Barbora Sýkorová**
Neonatologické oddělení

MUDr. Jana Dušková
Anesteziologicko-resuscitační oddělení



Nemocnice Santa Creu i Sant Pau

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
POMŮHEJ ANTILOTIKŮM PŮSOBIT

Ortopedi z celého světa se potkali v Madridu

Ve dnech 12.–15. října 2022 jsem se zúčastnil akce nazvané **Problem Solved!? (Problém vyřešen!?), kterou pořádala firma **Zimmer Biomet** v Madridu.**

Akce byla zaměřena na endoprotetiku kyčelního a kolenního kloubu. Organizátoři pozvali více než padesát přednášejících z řad špičkových ortopedů ze všech kontinentů, kteří se specializují na problematiku kloubních náhrad. Šlo bez výjimky o ta nejznámější světová jména endoprotetiky, a pokud se v několika případech přednášející nemohl zúčastnit, spojil se s přednáškovým sálem on-line. Celý kongres byl doprovázen monumentální audiovizuální show, která se podobala předávání světových cen v umění či sportu. Mezi účastníky bylo více než 700 lékařů, ve většině případů se jednalo o přednasty oddělení zaměřených na operace kloubních náhrad. Program byl sestavený tak, aby pokrýval nejaktuálnější problémy endoprotetiky.

Kongres začínal každý den v 7:30, kdy jsme se mohli registrovat na společnou snídani pro maximálně šest delegátů podle oblasti zájmu. Ke každé skupině byl přidělen jeden z přednášejících profesorů zabývajících se danou problematikou a hodinu jsme v malé skupině detailně téma diskutovali. Následoval dopolední přednáškový program, který byl společný pro „kolenní“ i „kyčelní“ skupinu. Tématem byla například předoperační příprava, optimalizace předoperačního stavu pacienta, pooperační analgezie či tzv. fast-track protokol,



Pohled do přednáškového sálu

což je skupina postupů vedoucí k co nejrychlejší mobilizaci pacienta po operaci a jeho navrácení do běžného života. Představen byl v každém bloku jeden problém, následovaly přednášky a poté vybraní specialisté diskutovali a odpovídali na otázky moderátora i účastníků. Samozřejmostí byla možnost on-line hlasování či kladení dotazů k dané problematice.

Zajímavým doporučením, na kterém panovala shoda, pro mne bylo podání kortikoidů všem pacientům již před operací, které omezí nastartování pooperačního zánětlivého procesu,

zmenší bolestivost, omezí otok a urychlí rehabilitaci. Podávání kyseliny tranexamové se stalo standardem, který zásadně ovlivnil krevní ztráty po ortopedických operacích. Zajímavé bylo také doporučení před operací kloubní náhrady nevysazovat anopyrin kvůli riziku tzv. rebound fenoménu, které je vyšší než rizika spojená s větší krvácivostí. *(Rebound fenomén je situace, ve které dochází k obnovení nějaké aktivity po jejím dlouhodobém útlumu. V tomto případě jde o dlouhodobý útlum zánětlivé odpovědi navozený medikací protizánětlivým lékem a její nežádoucí nastartování před operací.)*

Covid-19 celosvětově způsobil zkrácení hospitalizace u pacientů podstupujících operaci kloubní náhrady. Jsou pracoviště, která u selektované skupiny pacientů provádějí tuto operaci dokonce jako jednodenní výkon. Principem fast-track protokolu však není pacienta pustit v den operace domů, ale provádět všechny kroky tak, aby pooperační bolest byla co nejmenší a pacient mohl většinou již několik hodin po operaci vstát a chodit, což je jistě v jeho prospěch. Shoda v tomto směru panovala i na ústupu od používání epidurálních katétrů k analgezii a stejně tak na nepoužívání drénů v oblasti operačního pole. Normou je, že se pacient postaví zhruba dvě hodiny po operaci, ale nejpozději v den operace. Zajímavé jsou údaje týkající se prevence pooperační trombózy. V USA je standardem používání anopyrinu, které není provázeno vyšším procentem embolií, a naopak je spojeno s menším procentem pooperačních krvácivých příhod v oblasti operovaného kloubu. Evropské společnosti ale tento postup neumožňují a standardem je zde používání mnohem dražších preparátů ze skupiny NOAK.

Doba oběda byla spojená s workshopy, na které se každý musel předem registrovat. V malých skupinách jsme se věnovali vybrané operační technice či vybranému implantátu. Odpolední program byl rozdělen na „kolenní“ a „kyčelní“ část. Ve většině případů jsem se věnoval problematice kolenního kloubu. Ani přední specialisté na kolenní problematiku z celého světa se neshodnou, jaká metoda usazení kloubní náhrady je ta nejlepší. Nároky pacientů výrazně stoupají a mladí a aktivní lidé dnes chtějí i s kloubní náhradou vnímat koleno jako „normální“. Bez ohledu na způsob zacementování kloubní náhrady asi dvacet procent pacientů udává po operaci nějaké potíže. Trendem je masivní sběr dat o způsobu implantace a jejich analýza pomocí umělé inteligence.



Společné setkání účastníků kongresu z ČR

Ta možná v budoucnosti ukáže, která cesta implantace je ta nejlepší. Přizpůsobení se individuální anatomii každého jedince je možnou cestou, ke které směřují roboticky asistované implantace kolenních náhrad.

Po odpoledním bloku následovaly opět workshopy v malých skupinkách, kde jsme od 18 či 19 hodin mohli zkusit nové pomůcky, jako je virtuální realita, rozšířená realita, robotický asistent či moderní implantáty a techniky jejich zabudování.

Neméně zajímavou byla i poslední část celého kongresu, ve které jsme mohli nahlédnout do spolupráce mezi lékaři a společností Microsoft vyvíjející software umělé inteligence pro analýzu zdravotnických údajů nebo vize budoucího vývoje endoprotetiky. Celý svět nyní zažívá boom implantací kloubních náhrad a řešení komplikací s nimi spojenými. Otázkou je ale budoucnost léčby artrózy. Artróza je podle nejnovějších studií spojená s mikrobiomem – tedy všemi bakteriemi,

kteří se v našem těle vyskytují a významně ovlivňují naši existenci (mimořádně je jich více než buněk našeho vlastního těla). Artróza má jistě také genetický podklad. Nově se hledají markery, jež by mohly s předstihem identifikovat pacienty, které čeká artrotické postižení. Pomocí nových biologických preparátů by se tomu pak dalo předcházet a je možné, že v budoucnosti bude počet operací kloubních náhrad opět klesat.

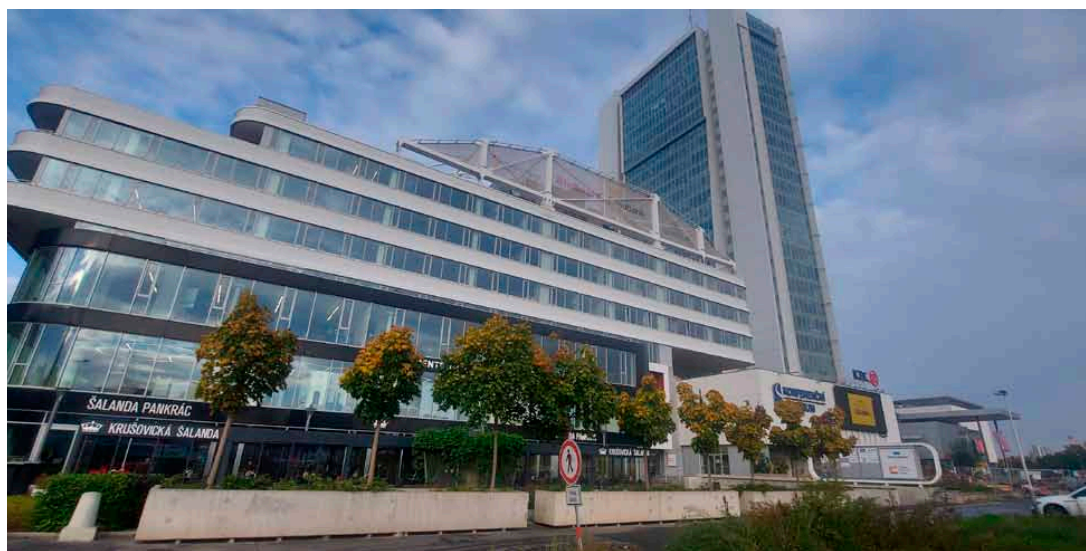
I když bylo v Madridu v uvedeném termínu nádherné počasí, program byl tentokrát tak nabitý a zajímavý, že nebyla příležitost opustit hotel, ve kterém se kongres konal. Děkuji vedení nemocnice a firmě Zimmer Biomet, že jsem se této mimořádně atraktivní akce mohl zúčastnit. Je příjemné ověřit si, že na našem oddělení jdeme správným směrem, a zároveň mít možnost zavádět novinky, které mohou přispět k lepším výsledkům našich operací.

■ **Prim. MUDr. David Musil, Ph.D.**
Ortopedické oddělení

Praha hostila světový kongres dětské chirurgie

Ve dnech 12.–15. října jsme se s kolegou MUDr. Radkem Hanákem a kolegy z pediatrie MUDr. Danielem Točíkem a MUDr. Eliškou Šimkovou měli možnost zúčastnit světového kongresu dětské chirurgie – WOFAPS 2022 (The World Federation of Associations of Pediatric Surgeons). V rámci tohoto celosvětového kongresu probíhal i 66. česko-slovenský kongres pediatrické chirurgie. Již samotný fakt, že se světový kongres pediatrické chirurgie WOFAPS konal v Praze, je pro dětskou chirurgii v České republice významným oceněním. Kongres WOFAPS se koná pouze jednou za tři roky a letos šlo o sedmý ročník.

Odborná část programu probíhala v multifunkčním centru Cubex Centrum Praha na Pankráci. Kongres byl čtyřdenní a po celou dobu probíhal od 8:00 do 18:00 ve dvou paralelních sekcích přednášek. Na místě byla vystavena rovněž rozsáhlá posterová sekce. Celkově bylo předneseno přes 300 přednášek, vystaveno přes 400 posterů, byly promítány živé vstupy z operačního sálu a k dispozici byl



Cubex Centrum Praha

i trénink laparoskopických technik na nejnovějších simulátorech pod bedlivým dohledem odborníků.

Naše dvě přednášky byly přijaty kladně, přednáška o pooperační terapii u pokročilé pylorostenózy (neprůchodnost části žaludku) dokonce vedla k dohodě o zahájení

studie na toto téma v rámci všech českých center, která se terapií pylorostenózy zabírají.

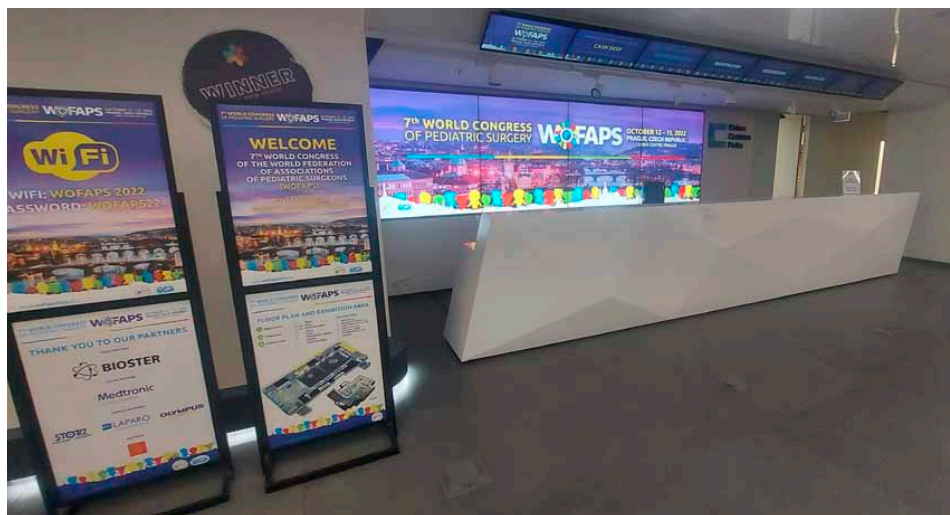
V hlavním programu byly zařazeny přednášky nejvýznamnějších světových dětských chirurgů na všechna témata dětské chirurgie. Jednu z nejdůležitějších přednášek pronesl profesor Alberto Peña (Children's Hospital Colorado), který hovořil o komplexním přístupu k diagnostice a terapii anorektálních malformací. Přednášel i profesor Steven Rothenberg (Rocky Mountain Hospital for Children in Denver), zakladatel a neustálý inovátor torakoskopické terapie neprůchodnosti jícnu. Profesor Sameh Shehata (prezident světové pediatricko-chirurgické společnosti) nastínil možný konsenzus v různorodé terapii tříselných kýl. Profesorka Naomi Wright (King's College London) představila výsledky multicentrických studií nemoci a úmrtnosti u pediatrických



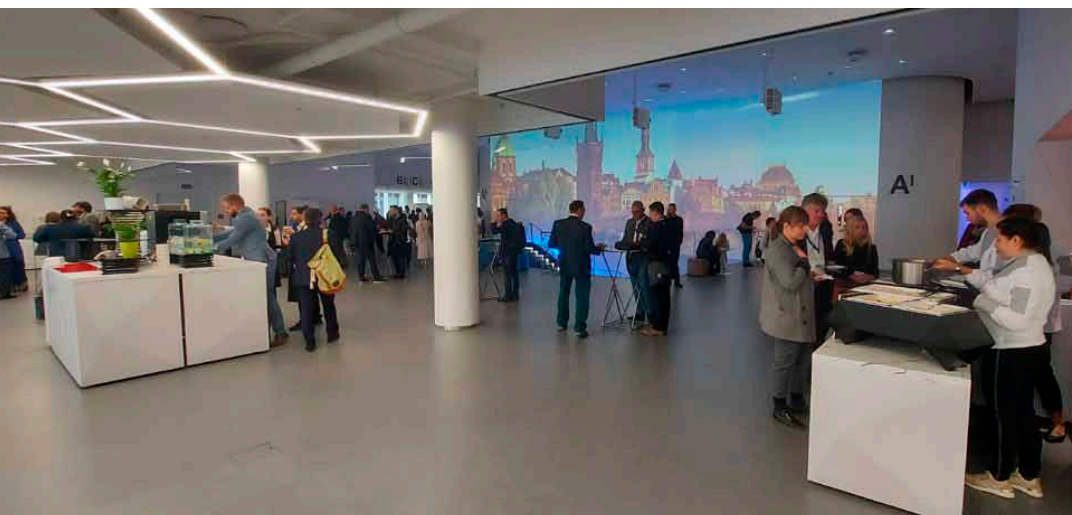
Předání ocenění - prof. MUDr. Richard Škába, DrSc.

pacientů s vrozenými vývojovými vadami v rozvojových zemích.

Na kongresu byly také předávány ceny za celoživotní přínos dětské chirurgii. Dva z laureátů tohoto významného celosvětového ocenění jsou z Česka. Prvním oceněným byl profesor MUDr. Richard Škába, DrSc., nestor dětské proktologie, odborník na Hirschsprungovu chorobu a všechny typy anorektálních malformací, ale i milovník filozofie, klasické hudby a výtvarného umění. Druhé ocenění získal profesor MUDr. Jiří Šnajdauf, DrSc., emeritní přednosta Kliniky dětské chirurgie a nejvýznamnější pediatrický hrudní a hepatopankreatobiliární chirurg.



WOFAPS 2022



WOFAPS 2022

ERAS (Enhanced Recovery after Surgery)

protokol je program perioperační péče založený na medicíně založené na důkazech (evidence-based medicine). Doporučené postupy se skládají z jednotlivých kroků předoperační, perioperační a pooperační péče, které vedou k menší zátěži a časně rekonvalescenci pacienta.

Profesor Šnajdauf je velký sportovec, který nikdy nezapomněl na své první chirurgické krůčky, jež učinil v Nemocnici České Budějovice, a na své celoživotní přátelství s emeritním primářem MUDr. Vojtěchem Loudou.

Díky novým poznatkům a prezentovaným výsledkům studií bychom rádi pro naše dětské pacienty postupně zavedli několik léčebných novinek. Jedná se mimo jiné o apendektomii prováděnou single port laparoskopii (SILA – laparoskopie z jedné kožní incize), endoskopickou terapii pilonidálního sinu (PEPSIT), laparoskopickou operaci tříselné kýly (PIRS technika), laparoskopickou pyloromyotomii při pylorostenóze a obecně zavádění principů **ERAS** protokolu v pediatrické chirurgii. Bohatý společenský program byl zakončen závěrečnou galavečeří v Obecním domě, kde bylo občerstvení servírováno jako ve známém filmu *Obsluhoval jsem anglického krále* a kde jsme měli možnost nabyté teoretické znalosti probrat nad dobrým jídlem. Děkujeme vedení nemocnice i našim oddělením, že nám umožnily tento důležitý kongres absolvovat.

■ **MUDr. Pavel Dohnal**
Chirurgické oddělení

Mistrovství světa lékařů ve fotbale Argentina 2022

Ve dnech 17.–24. září jsem se zúčastnil 26. Světového kongresu medicíny a zdraví ve sportu, v rámci kterého probíhají fotbalová utkání reprezentačních lékařských týmů.

Po dvouleté pauze způsobené koronavirovou pandemií se letošní mistrovství konalo v argentinském přístavním a rekreačním letovisku Mar del Plata, které se nachází 400 km jižně od Buenos Aires. Mar del Plata je hlavním argentinským turistickým centrem s cca 600 tisíci obyvateli. Vyznačuje se dlouhými, širokými písčnými plážemi a výbornými podmínkami pro surfování. Na jižní polokouli nyní začíná jaro, proto nic z toho nebylo možné ocenit, panovaly totiž poměrně nízké teploty kolem 15 °C a vál silný studený vítr od Atlantského oceánu. To alespoň zčásti kompenzovala výborná přímořská gastronomie doplněná o obecně známé argentinské hovězí steaky.

Kongres má svou vědeckou část, kdy v dopoledních hodinách probíhají přednášky jak s interní, tak chirurgickou tematikou. Odpoledne přichází na řadu sportovní část, tedy fotbalová utkání. Ta mají svá specifická pravidla, kdy hlavními jsou 80minutová hrací doba a nutnost hrát se dvěma lékaři staršími 35 let a dvěma lékaři staršími 40 let. Český národní tým je díky svým výsledkům z minulosti – třikrát získal 1. místo a čtyřikrát 2. místo při sedmi účastech na mistrovství – vždy považován za jednoho z favoritů turnaje.

Po rozlosování základních skupin jsme po dvou remízách s Kolumbií, konečným vítězem celého mistrovství (původní soupeř z Jižní Koreje se kvůli lockdownu bohužel nezúčastnil), a po výhře nad Venezuelou postoupili do čtvrtfinále. Zde jsme se utkali s týmem z Austrálie. V této důležité části turnaje, která rozhoduje o úspěchu či neúspěchu, jsme bohužel po remízovém výsledku 1:1 neuspěli v penaltovém rozstřelu



MUDr. Roman Čapek

4:3, a nepostoupili tak do bojů o medaile jako v posledních letech. V následujících utkáních o konečné umístění jsme po výhře nad Venezuelou a prohře s domácími Argentinci skončili na konečném 6. místě.

Celý kongres se, až na vzácné výjimky vypjatých závěrů fotbalových utkání, odehrával ve velmi příjemné a přátelské atmosféře. Za největší přínos považuji možnost setkat se s lékaři různých odborností a rozličných pracovních zkušeností, a to jak ve smyslu rozdílného fungování zdravotnických systémů jinde ve světě, tak i ve smyslu spektra prováděných výkonů.

■ **MUDr. Roman Čapek**
Ortopedické oddělení



Český národní fotbalový tým lékařů

Naši lékaři vyjíždí za studenty s přednáškou o dárcovství krve a kostní dřeně

Primář Transfúzního oddělení MUDr. Vít Motáň a MUDr. Jana Vondráková, PhD., od 1. ledna 2023 nastupující primářka Oddělení klinické hematologie Nemocnice Česká Budějovice, a.s., připravili pro studenty z jihočeských škol velmi zajímavý edukační projekt.

Populárně naučnou formou přiblíží téma krevních skupin a nezastupitelnou roli darování krve a kostní dřeně při záchraně života. Přednáška v délce 45 minut je určena pro studenty 3. a 4. ročníků středních škol a dále pro studenty vyšších a vysokých škol. Zástupci škol se mohou v případě zájmu obracet na pr@nemcb.cz

Projekt byl odstartován ve čtvrtek 10. listopadu na půdě Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Přednášku zahájil prim. MUDr. Vít Motáň s informacemi o krevních skupinách včetně zajímavostí týkajících se například rozdílů v zastoupení jednotlivých skupin u různých etnik.

MUDr. Jana Vondráková, PhD., která vede místní pobočku Českého národního registru dárců kostní dřeně, se věnovala tématu kostní dřeně a reagovala na dotazy týkající se darování a možného vstupu do registru.

Na závěr vystoupila Mgr. Kamila Podlahová, pacientka, která sama podstoupila úspěšnou transplantaci kostní dřeně v rámci léčby akutní leukémie.

Po přednáškách byla studentům nabídnuta možnost vstupu do Českého



Přednáška na půdě Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity



prim. MUDr. Vít Motáň

národního registru dárců kostní dřeně. Této možnosti na místě využilo 5 studentek a studentů.

Za pomoc a poskytnutí prostoru pro přednášku a výbornou spolupráci velmi děkujeme Mgr. Pavle Moudré ze Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity.



Zleva: MUDr. Jana Vondráková, PhD. a Mgr. Kamila Podlahová



Účastníci přednášky

Více informací o dárcovství krve a kostní dřeně naleznete na:

www.nemcb.cz/pro-pacienty/darci-krve-a-kostni-drene/aktualni-potreba-odberu/

www.kostnidren.cz

Pavilon českobudějovické nemocnice cvičně zachvátil požár, hasiči evakuovali pacienty

Několik desítek hasičů a zaměstnanců Nemocnice České Budějovice, a.s. se ve středu 19. října zapojilo do taktického cvičení složek, jehož námětem byl simulovaný požár v jednom z pokojů pavilonu „O“ – Oddělení následné péče v horním areálu Nemocnice České Budějovice. Součástí zásahu byla evakuace všech osob ze „zasaženého“ objektu.

„Během těchto cvičení prověřujeme jak personál naší nemocnice, tak

protipožární prvky budov, únikové schodiště, nouzové výtahy a požární odvětrání. Hlavním cílem cvičení je pak především reálný nácvik evakuace ohrožených pacientů a personálu“, uvedl generální ředitel Nemocnice České Budějovice, a.s. MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

Cvičení za účasti Hasičského záchranného sboru Jihočeského kraje obsahovalo všechny momenty požáru, včetně jeho nahlášení dohledovou službou, která sídlí v areálu nemocnice,

vyslání dvou cisteren a automobilového žebříku ze stanic České Budějovice a Suché Vrbné, evakuaci zaměstnanců a pacientů, likvidaci požáru a také využití výškové techniky pro záchranu jednoho z figurantů.

Záchrana a evakuace osob včetně uhašení požáru a odvětrání zakouřených prostor byla ukončena závěrečným průzkumem zasahujících jednotek za necelou hodinu. Cvičení bude vyhodnoceno.



Cvičení za účasti Hasičského záchranného sboru Jihočeského kraje

pro období 1. 12. 2022 - 31. 12. 2022 nebo do vyprodání zásob

NA KLOUBY A ŠLACHY
Condrosulf
400 mg 180 cps



~~1099.- Kč~~
999.- Kč

MĚŘENÍ TEPLOTY
Cemio Metric 308 Smart
bezkontaktní teploměr



~~1099.- Kč~~
999.- Kč

DOPLŇKĚ STRAVY S AKT. ENZYMY
Wobecare enzym
90 tbl



~~2199.- Kč~~
2099.- Kč

BOLEST V KRKU
Septabene citron a bezový květ
3 mg/1 mg 16 pastilek



~~160.- Kč~~
145.- Kč

NA BOLEST
Nalgesin S
275 mg 30 tbl



~~183.- Kč~~
150.- Kč

PÉČE O ZDRAVÍ
GS Vitamin C
1000 mg + šípky 100+20 tbl



~~269.- Kč~~
249.- Kč

PÉČE O OČI
Hyal Drop Multi oční kapky
10 ml



~~225.- Kč~~
199.- Kč

PŘI ÚNAVĚ A VYČERPÁNÍ
Magnesium B-komplex Rapid
20 šumivých tablet



~~99.- Kč~~
79.- Kč

NA BOLEST KLOUBŮ
Voltaren forte gel
100 g



~~362.- Kč~~
299.- Kč

PÉČE O ZDRAVÍ
Walmark Biopron forte
30 tbl



~~339.- Kč~~
289.- Kč

	TAMTEN	LÁTKY ZVYŠUJÍCÍ TVORBU SVÁLSTVA	STANICE TECHNICKÉ KONTROLY (ZKRATKA)	BÝVALÝ NÁZEV THAJSKA	ZNOVU-OŽIVENÍ		ÚTVAR Z JEDINÉHO KUSU KAMENE	OBROBNÝ TRANSPORTÉR (ZKRATKA)	LATINSKY „SVATA“	BRÝLE	ŘECKÉ PÍSMENO		DUŠEVNÍ CHOROBY PROVÁZENÉ BLUDY	SYMETRÁLY	ZNAČKA NEPERU	BROUČI ŠKODÍCÍ VE DŘEVU	NA ONOM MÍSTĚ
ITALSKÝ BÁSNÍK						MALÝ ZAVALITÝ PES ŘECKÉ PÍSMENO						ODĚV MEXICKÝCH INDIÁNŮ					
1. DÍL TAJENKY												MĚSTO V COLORADU PODŘADÍCÍ SPOJKA					
TĚSTOVINA							ROZMĚRNÉ SKŘÍNĚ POVAHA								INIC. HERCE DEYLA NEPROFESIONÁL		
INICIÁLY REŽISÉRA BOČANA			PRAŽSKÁ ČTVRT AMER. ZPĚVÁK (PAUL)					ŠVĚD. HUD. SKUPINA VLTAŤSKÁ PŘEHRAHA						LATINSKÝ POZDRAV ZNAČKA POČÍTAČU			
VÝHERNÍ POUKÁZKA				DOMÁCKÝ DALIBOR ANGLICKY „STAN“					EL. GENERÁTOR BEZHŘBÝ VELBLLOUD								SLOVENSKY „TÁTKA“
VYBRANÁ SPOLEČNOST						LATINSKÝ PŘEKLAD BIBLE TEXTOVKA						MEXICKÝ INDIÁNSKÝ KMEN TRHAVINA					
ANGLICKY „ČAS“					LATINSKY „ÚSTA“ ZNAČKA OERSTEDU						SKVĚLÝ (HOVOR.) FRANCOUZ. „JEDEN“						
NÁRODO-HOSPODÁŘ							2. DÍL TAJENKY										
FRANCOUZSKÉ MĚSTO							ROSTLINA PAZNEHTNÍK						MUŽSKÉ JMÉNO				

Vydává Nemocnice České Budějovice, a.s.

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

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

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