

nemocniční zpravodaj

Květen
2023

Představujeme

REHABILITAČNÍ ODDĚLENÍ

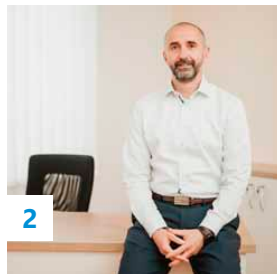
Ing. Jiří Gajdoš
ředitel obchodního úseku

**Hlavními cíli obchodního úseku jsou kvalita,
bezpečnost a transparentnost nákupu**

Mgr. Romana Strnková
vrchní sestra
Plicní léčebna

**Stigmatizace pacientů s tuberkulózou
aneb nebojte se naší zahrady**

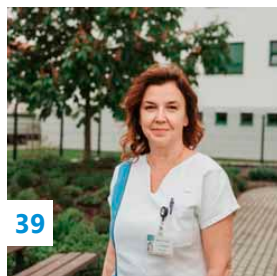
Obsah



2



6



39



43



48

1

Úvodník předsedy představenstva

2

Rozhovor – **Hlavními cíli obchodního úseku jsou kvalita, bezpečnost a transparentnost nákupu**

Ing. Jiří Gajdoš, ředitel obchodního úseku

5

Naše úspěchy – **Přestavba pavilonu CH uspěla v soutěži PRESTA**

6

Představujeme: Rehabilitační oddělení

- 6 Historie Rehabilitačního oddělení
- 13 Ambulance ucelené rehabilitace
- 14 Lymfologická ambulance
- 15 Ambulance posturálních vad
- 16 Ambulance spasticity
- 18 Práce sestry na Rehabilitačním oddělení
- 20 Klinický psycholog v neurorehabilitačním týmu
- 21 Role logopeda v neurorehabilitačním týmu
- 22 Ergoterapie
- 24 Robotická rehabilitace
- 25 Fyzioterapie
- 27 Časná fyzioterapie ruky
- 28 Fyzioterapie nohy
- 29 McKenzie metoda aneb správný pohyb léčí
- 30 Fyzioterapie pánevního dna, inkontinence
- 31 Cesta k dítěti
- 33 Dokud dýchám, doufám
- 34 Fyzioterapie při bolestech čelistního kloubu
- 35 Vzpomínání pamětníka aneb půlstoletí na Rehabilitačním oddělení

36

Naše úspěchy – **Tento boj o život jsme společně vyhráli**

38

Naše úspěchy – **Oddělení nukleární medicíny zahájilo jako třetí pracoviště v České republice léčbu PRRT**

39

Stigmatizace pacientů s tuberkulózou aneb nebojte se naší zahrady

42

Lexikon zdraví – **PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie**

43

Vzdělávání – **Projekt DECAREL – Rozhodování o zdravotní péči v závěru života**

46

Vzdělávání – **MUDr. Kříha prezentoval náš výzkum na prestižním evropském fóru**

47

Přednáškové odpoledne na téma „Terapie radiojódem a management pacientů s karcinomy štítné žlázy“

48

Den zdraví – **Den pro mrtvici a kampaň Hrdinové FAST**

50

Den zdraví – **Aby byly ručičky čisté jako rybičky**

52

Děkujeme – **Mezinárodní den sester**

54

Informujeme – **Oddělení pracovního lékařství od 25. 5. v horním areálu**

MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

■ Pane předsedo, co je v českobudějovické nemocnici nového?

Z dolního areálu Nemocnice České Budějovice, a.s. se přestěhovalo Oddělení pracovního lékařství, které tak od 25. května 2023 nově najdete v pavilonu „N“ v horním areálu. Jedná se o další z postupných kroků uceleného projektu „Restrukturalizace a rekonstrukce horního areálu Nemocnice České Budějovice, a.s.“, jehož nedílnou součástí je postupně opouštění dolního areálu.

■ V květnu jsme si připomněli Mezinárodní den sester, co pro Vás znamená?

Mezinárodní den sester se slaví 12. května každoročně. Tento den je věnován oslavě a uznání práce a přínosu sester a ošetřovatelů po celém světě. Jeho datum bylo vybráno na počest Florence Nightingale, britské ošetřovatelky, která se stala symbolem moderního ošetřovatelství, a která se narodila 12. května 1820. Při této příležitosti mi dovoluji uvést stále aktuální pojednání „**Sestra z pohledu lékaře**“, které jsem do Nemocničního zpravodaje poprvé napsal na jaře 2015. V roce 2010 jsem na internetu narazil na zajímavý text popisující možné pohledy lékaře na zdravotní sestru. Poté jsem objevil jeho původní verzi, která vyšla v časopise Sestra (číslo 11/2006, autorka Jana Březinová), a z které dále cituji.

Sestra z pohledu mladých hloupých lékařů a lékařek: Z fakulty vím všechno a nějaká sestra se svými zkušenostmi mi nemůže konkurovat. Je pro mě služka a bude skákat, jak já si umanu. Titul MUDr. mi dává právo udílet rozkazy. Kdo jí udělil právo mi říkat, že je pacientovi zle a měl/a bych mu něco předepsat!! Já určuji, komu může být

špatně a kdy. Ne nějaká „nána“. Co je to za otázku, jestli jsem se neupsal/a u ordinace? Upsal/a! Ale snad po mně nechce, abych jí byl/a vděčný/á za to, že přemýšlí. Každou otázku považuji za útok proti mé osobě a mé inteligenci! Někdy si sice nevím rady, ale nedám to před ní najevo. Nepotřebuji její pomoc. Ona je nikdo a já jsem lékař/ka! Tak tedy žádné odmítání!

Sestra z pohledu mladých chytrých lékařů a lékařek: Co s tím teď?

S koncem studia vůbec nemám pocit, že umím léčit a komunikovat s různými lidmi. Pochopit systém oddělení, kam jsem nastoupil/a, je nadlidský úkol. Kde mám objednat vyšetření? Kde seženu RTG snímky? Kde...? Nevím, tak se zeptám sestry, ta poradí. Než se naději, mám před sebou snímky, o kterých jsem jen přemýšlel/a. Než se rozkokuám, mám objednané vše, co jsem chtěl/a. Sestry jsou moje dobré víly, pracují s přehledem, jsou zlaté. Sestra mi podstrčí papír, když nevím kam jsem ho dal/a, připomene mi zapomenutou ordinaci. Bez ní bych se v tom plácal/a jak kapr na suchu. Nepotopí mě před šéfem, mám v ní zastání a oporu.

Sestra z pohledu starších hloupých lékařů a lékařek: Za každou mou chybu může jen a jen ona.

Operace se mi nedaří, protože mi podává špatné nástroje. Není schopná pochopit, že když říkám „skalpel“ myslím logicky „háky“. To by pochopil každý, jen já se tu musím rozčilovat s takovou husou! Špatně mi podala injekci, proto jsem se do té žíly netrefil. Mám špatnou náladu? Seřvu sestru. Vždyť je tady od toho. Kdybych jí neukázal, kdo je tady pánem, tak by byla nakonec ještě drzá. Já ji k práci nepotřebuji, ona musí být vděčná, že se jí dostalo té cti, být v mé blízkosti. Já jsem lékař = Bůh!



MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

Sestra z pohledu starších chytrých lékařů a lékařek: Sestra je pro mne spolupracovník, bez kterého by to prostě nešlo. Spoléhám se na ni.

Ona je v neustálém kontaktu s pacienty na oddělení. Ví o nich všechno a já čerpám z jejích poznatků informace k celkovému pohledu na nemocného. K čemu by byla veškerá moje léčba, kdyby nebyl pacient čistoučký, najedený, spokojený. K čemu budou antibiotika, když bude pacient trpět žízní. Já bych její práci nezvládl/a. Bez sestry si chodí oddělení nelze představit.

Milí spolupracovníci, vážení pacienti, čtenáři Nemocničního zpravodaje, přeji Vám, abyste se v českobudějovické nemocnici potkávali především s chytrými a empatickými lékaři a také s erudovanými a laskavými sestrami a dalšími nelékařskými zdravotnickými pracovníky. A Vám, vážené sestry, děkuji, že Vás máme, a že odpovědně pečujete o naše pacienty.

■ redakce

Hlavními cíli obchodního úseku jsou kvalita, bezpečnost a transparentnost nákupu

K 1. březnu letošního roku došlo k organizační změně, kdy byl z ekonomického úseku vyčleněn obchodní úsek, který je nově řízen obchodním ředitelem. Cílem této změny je účinnější implementace a rozvoj obchodní strategie českobudějovické nemocnice. Obchodním ředitelem se stal Ing. Jiří Gajdoš, který se více než dvacet let věnoval obchodu ve farmaceutických společnostech.

■ **Pane řediteli, přicházíte k nám ze společnosti Nutricia, a.s. Jak dlouho jste ve farmaceutickém byznysu působil?**

V tomto oboru jsem strávil více než dvacet let. Do první farmaceutické společnosti jsem nastoupil v roce 2000. V průběhu let jsem potom působil na různých pozicích ve třech farmaceutických společnostech. Začínal jsem takzvaně „od píky“, zprvu jako klasický medicínský reprezentant, poté jako area manager a postupně jsem se přes pozici vedoucího oddělení vypracoval až na obchodního ředitele pro Českou republiku a Slovensko. Poslední tři roky jsem potom působil jako business unit manager pro enterální výživu pro Českou republiku a Slovensko. V této pozici se snoubil obchod s marketingem.

■ **Proč jste přijal nabídku českobudějovické nemocnice?**

Na tuto otázku odpovídám poslední měsíce nejčastěji. Jedním z důvodů bylo mé dlouhodobé působení v korporátu, který má svá specifika. Druhým důvodem byla transformace společnosti Nutricia a fúze se společností Danone na přelomu let 2021 a 2022. Z původní specializace na klinickou výživu se společnost začala více profilovat do oblasti potravin. Nové směřování společnosti nebylo v souladu s mými profesními představami, proto jsem přemýšlel, co dál. V prosinci jsem se setkal s panem ředitelem MUDr. Ing. Michalem Šnorkem, Ph.D., který mi představil novou pozici a svoji vizi. Atraktivní nabídka tedy přišla v příhodnou chvíli, kdy jsem cítil, že mám chuť zkusit něco nového. Díky svým zkušenostem z farmaceutického průmyslu jsem se orientoval v prostředí nemocnic, nákupu

i segmentaci zákazníků. Rozhodování tedy bylo poměrně jednoduché.

■ **Po rozdělení původního obchodně-ekonomického úseku vznikla k 1. březnu 2023 nová pozice obchodního ředitele. Nyní tedy vedete obchodní úsek, pod který spadá i ústavní a veřejná lékárna. Co pro vás na počátku bylo největší výzvou?**

Abych pochopil chod úseku, musel jsem se zorientovat v nastaveném systému komunikace, procesech, ve všech programech, širokém sortimentu a tak dále. Na pozici jsem „naskočil“ během velmi turbulentního období. Dodávky zdravotnického materiálu a léčiv stále nejsou stabilní, dochází k výpadkům v dodávkách od některých dodavatelů a ke zvyšování cen. V případě výpadku hledají kolegyně adekvátní náhrady u jiných dodavatelů a cenová navýšení jsme se snažili korigovat. První jednání s dodavateli začala již týden po mém nástupu. Největší výzvou tedy je a bude efektivní nákup.

■ **Jaké zboží či služby obchodní úsek Nemocnice České Budějovice, a.s., nakupuje?**

Kromě přístrojů nakupujeme téměř vše, s čím se můžete v nemocnici setkat. Spotřební zdravotnický materiál zahrnuje mimo jiné roušky, injekční stříkačky, jehly, materiál na operační sály, ale také například kardiostimulátory, kloubní náhrady nebo diagnostiku do laboratoří. V našem systému NEOS je zhruba 40 000 položek. Ročně nakoupíme zdravotnický materiál v hodnotě přibližně jedné miliardy korun od více než tří set dodavatelů. Do naší gesce spadá také nákup potravin pro kuchyň, nákup nábytku nebo i nákup hraček pro Dětské oddělení. Zajišťujeme také organizaci



Ing. Jiří Gajdoš, ředitel obchodního úseku

kongresů. O jednotlivé kategorie se dělí deset pracovníků obchodního úseku. Náklady na léčiva jsou ještě o „pár“ milionů vyšší než na zdravotnický materiál.

■ **Jedním z vašich cílů je efektivita. Jak tedy zefektivnit nákupy českobudějovické nemocnice?**

Vždy porovnáváme vícero nabídek, musíme pravidelně monitorovat trh, dostupnost produktů a vývoj cen. Položky, které se obchodují cestou veřejných zakázek, by měly být vždy popsány i s požadavky na jejich kvalitu. Během přípravy je tedy důležitá komunikace mezi úsekem veřejných zakázek, daným odborníkem a obchodním úsekem. Naším zájmem je pořídit kvalitní a bezpečné produkty za výhodné ceny, zatímco zájmem dodavatele je logicky profit. Dlouhodobá spolupráce musí být výhodná pro

obě strany. Nemá proto smysl tlačit dodavatele na nesmyslně nízké ceny, riskovali bychom totiž vypovězení podepsaných smluv. Efektivní nákup je postaven i na pravidelné komunikaci s dodavateli a neméně důležitá je také transparentnost. Stejně jako dosud budeme i nadále vše nakupovat v souladu se zákony a etickými normami.

■ **Jakým způsobem zjišťujete kvalitu produktů?**

Pracujeme se zpětnou vazbou. Zdravotníci mají vyzkoušené produkty, které jim vyhovují a se kterými chtějí pracovat. Objeví-li se na trhu nový produkt, výrobce nám často poskytne vzorky pro příslušná oddělení. Pokud je produkt kvalitativně lepší a zdravotníci o něj mají zájem, je naší snahou nákup tohoto výrobku vyjednat.

■ **Podílíte se na regulaci spotřeby zdravotnického materiálu v rámci nemocnice?**

Sledování nákladů jednotlivých oddělení již běží dlouhodobě. Spotřeba se sleduje průběžně, aby primáři a vedoucí oddělení věděli, jak čerpají finance ve vztahu k jejich ročnímu plánu. S ekonomickým ředitelem Ing. Petrem Klímou, MBA, jsme spolupracovali na nastavení limitů pro jednotlivá oddělení na rok 2023. Ekonomické oddělení aktuálně přechází na nový software a metodiku sledování spotřeby. Náklady jednotlivých pracovišť tak budeme pravidelně komunikovat.

■ **Lékárna je v rámci vašeho úseku specifickou jednotkou. Vidíte i zde prostor ke změně či růstu?**

Obecně se říká, že to, co funguje, není třeba měnit. Lékárna je toho příkladem. Co se týče nastavení cen a spolupráce

s dodavateli, je na vysoké úrovni. Toho jsem si všiml už v době, kdy jsem stál na „opačné straně barikády“ a účastnil se jednání s PharmDr. Ondřejem Pavlíčkem, Ph.D., a PharmDr. Janem Dvořákem. Lékárna soutěží vybrané účinné látky ve veřejných zakázkách a pravidelně zpracovává průzkumy trhu, díky nimž dosahuje na výhodnou cenu léčivých přípravků. Spolupracují s ostatními lékárnami holdingu a vytváří společný pozitivní list. Věřím, že tento přístup bude fungovat i do budoucna. Kolektiv lékárny vynakládá veliké úsilí na zajištění stabilních dodávek léků. Dostupnost léků pak vede k navýšení počtu pacientů, kteří si recept vyzvedávají v nemocniční lékárně. Dostáváme se tak na kapacitu výdeje v lékárně. Novinkou bude vyvolávací systém, díky kterému naši zákazníci nebudou muset čekat v dlouhé frontě. Stejně jako v jiných profesích se i zde řeší nedostatek vhodných kandidátů na obsazení volných pozic. Změnou tedy může být i stoprocentní dostupnost léků a růst počtu pracovníků lékárny.

■ Vysvětlíte nám, prosím, co je to pozitivní list?

Pozitivní list můžu vysvětlit například na ibuprofenu, který zná každý. Léčiva s účinnou látkou ibuprofen vyrábí více společností. Naší snahou je vysoutěžit jednoho dodavatele, který poskytne nejnížší cenu. Ten se tedy stane preferovaným dodavatelem daného výrobku. S tím se poté váže určitý závazek, že nemocnice bude daný výrobek odebírat pouze od tohoto dodavatele, který by nám měl být schopen dodat požadované množství za domluvenou cenu. Takto vysoutěžená léčiva se zařadí na takzvaný „pozitivní list“. K úpravě pozitivního listu dochází jednou ročně a je společný pro všechny nemocnice holdingu.

■ Součástí vaší práce je i povinný reporting, který pro mnohé z nás představuje nutné zlo.

Mám to štěstí, že mě práce s čísly vždy bavila. Na předchozích působištích jsem pracoval s reporty i na týdenní



Ing. Jiří Gajdoš, ředitel obchodního úseku

bázi. Pravidelně jsme sledovali vývoje prodeje, náklady i profitabilitu, abychom věděli, jak se nám obchodně daří. Zmíněné parametry je samozřejmě nutné sledovat i na mé současné pozici z pohledu nákupu a spotřeby, abychom měli náklady pod kontrolou a přispěli tak k dobrému hospodaření nemocnice. Naším zájmem je, aby náklady na léky či zdravotnický materiál dramaticky nerostly.

■ Typově se českobudějovická nemocnice řadí mezi velká zařízení. Jak se vám daří seznamovat se s jejím chodem a vedoucími pracovníky?

Postupně se seznamuji s kolegy ve vedení, ale i napříč nemocnicí na různých pracovištích. Vidět praxi a diskutovat potřeby oddělení mi umožňuje porozumět požadavkům například na kvalitu a nastavit komunikaci. Dále jsem měl možnost se seznámit s řediteli a užším vedením ostatních nemocnic v holdingu Jihočeské nemocnice, a.s. Spolupráce v rámci holdingu nám může v nákupu také pomoci. Díky tomuto spojení jsme totiž větším zákazníkem a máme vůči dodavatelům lepší vyjednávací pozici.

■ Zmiňme také vaše zahraniční zkušenosti – podíleli jste se na řízení slovenského týmu.

Jak si naše nemocnice, potažmo české zdravotnictví, stojí ve srovnání se zahraničím?

České zdravotnictví je dle mých zkušeností dál než slovenské a v mnohých oborech patří k mezinárodní špičce. Během své praxe jsem navštívil většinu ze zhruba 180 českých nemocnic a velkou část slovenských. Mohu tedy objektivně hodnotit tu naši, českobudějovickou, která patří jednoznačně k těm nejhezčím a nejmodernějším. Kupříkladu nové centrální operační sály jsou toho důkazem. Pokud přidáme několikanásobné ocenění nemocnice roku a nejlepší nemocnice v oblasti finančního zdraví, tak můžeme být na Nemocnici České Budějovice, a.s., oprávněně pyšní.

■ Nejste Jihočechem, jak se vám v Českých Budějovicích líbí?

Ano, je to tak. Pocházím z Náchoda. České Budějovice a jižní Čechy se mi však vždy líbily, protože mám rád řeky a rybníky. Byl jsem zde i několikrát na dovolené. Oproti minulému zaměstnání navíc netrávím hodiny a dny cestováním, takže můj pracovní režim je v Českých Budějovicích klidnější. Mé první očekávání, že se můj život zklidní, se i díky tomu naplnilo.

■ Jaké bylo to druhé?

Oceňuji, že netrávíme čas na mítincích, netvoří se reporty pro reporty. Cesta k řešení problémů je zde přímá a rychlá. Velký rozdíl mezi korporátní sférou a nemocnicí je i v počtu on-line schůzek. Za poslední tři roky v korporátu jsem měl polovinu schůzek v režimu on-line. Naopak za tři měsíce, co působím v českobudějovické

nemocnici, jsem měl on-line schůzku pouze jednu. Jsem rád, že se v tomto světě stále hraje na osobní schůzky.

■ Jaké máte plány na nejbližší měsíce?

Jak jsem již uvedl, hlavním úkolem je provádět efektivní nákup. Plánujeme zpracovat vyhodnocení veřejných zakázek a u vybraných kategorií produktů porovnat stávající dodavatele s možnou alternativou, která je na trhu dostupná. Pokud se navíc ustálí vstupní ceny, bude třeba začít řešit snížení cen. Aktuálně řešíme také vylepšení objednávkového systému a mnoho dalšího. Témat je dost.

■ Bc. Iva Nováková, MBA

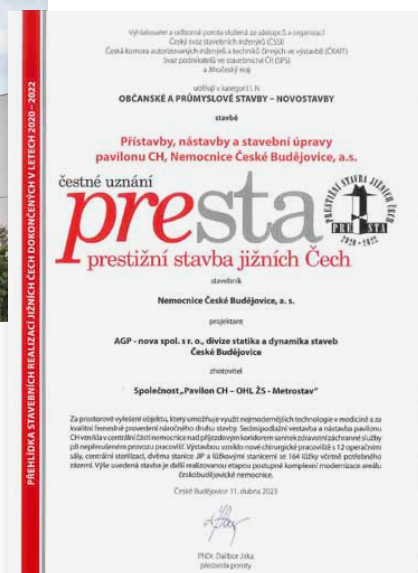
ředitelka úseku komunikace
a péče o zaměstnance

Přestavba pavilonu CH úspěšně v soutěži PRESTA



Pavilon CH

Soutěžní přehlídka PRESTA Jižní Čechy podporuje rozvoj stavebnictví v jihočeském kraji, zdravou rivalitu, soutěživost, a ukazuje kvalitní a hospodárně navržené stavby, dobrou architektonickou, technickou a technologickou řešení stavebního díla. Letošní XII. ročník soutěže prezentoval stavby dokončené v jižních Čechách v letech 2020–2022.



Nemocnice České Budějovice, a.s. získala čestné uznání za prostorové řešení a kvalitní řemeslné provedení 1. etapy přístavby a nástavby pavilonu CH. Výstavbou vzniklo nové pracoviště Centrálních operačních sálů a Centrální sterilizace s 12 operačními sály, dvěma stanicemi JIP a lůžkovými stanicemi se 164 lůžky. V rámci komplexní modernizace areálu probíhá aktuálně 2. etapa přestavby a výstavby s termínem dokončení v roce 2024.

■ redakce

Rehabilitační oddělení

Historie Rehabilitačního oddělení

Rehabilitační oddělení s přibližně sty zaměstnanci patří k největším oddělením českobudějovické nemocnice. Pečuje nejen o své ambulantní a hospitalizované pacienty, ale poskytuje odbornou péči i pacientům na dalších odděleních. Na následujících stranách vás provedeme historií oddělení a detailně představíme jednotlivá pracoviště.

Pojem rehabilitace se v ČSR objevil až po druhé světové válce, tehdy k nám přišel z USA. V Americe pojem rehabilitace začala používat armáda již během první světové války pro koordinovanou pomoc zraněným vojákům při jejich návratu do civilního života. V Čechách (tehdy Rakousko-Uherská monarchie) byla organizována pomoc zraněným vojákům v ústavu na Vyšehradě v Praze prof. Rudolfem Jedličkou. V ústavu byl v roce 1916 publikován dodnes moderní program „Péče o mrzáky, zvláště vojíny – válečné invalidy k práci výtěžné“. Po druhé světové válce byly do Československa pozvány kvalifikované fyzioterapeutky ze Spojených států, které vyučovaly fyzioterapii. Jim se začalo říkat rehabilitační pracovníce.

V českobudějovické nemocnici se začátek rehabilitace datuje k 1. 1. 1952. K tomuto dni byly z iniciativy primáře MUDr. Jana Procházky (ortopedie) přijaty na jeho oddělení tři rehabilitační pracovníce (Milada Káralová, Lydie Sulková a Nina Šindelářová). Rehabilitačními pracovníci v té době byly absolventky střední zdravotnické školy. Kompetence rehabilitačního pracovníka získávaly během školení v Rehabilitačním ústavu v Kladrubech,



Kolektiv 1976 (sedící zleva: Marie Lišková, Karla Masopustová, stojící zleva: Milada Káralová, Eliška Štochlová, MUDr. Marie Šuldová, Zdena Králová, Jitka Komárková, Anna Jerhotová, Petr Hušák, prim. MUDr. Lubomír Štolba)

kteř vedli fyzioterapeuti z USA. V roce 1953 byla v suterénu historické budovy A zřízena rehabilitační stanice (součást ortopedie). Tvořila ji tělocvična, fyzikální terapie a ergoterapie rozdělená pro muže a ženy. V květnu 1963 vzniká z jejich základů ambulantní provoz Rehabilitační oddělení (REO). Primářem byl jmenován chirurg MUDr. Lubomír Štolba. Rehabilitační kolektiv tvořilo sedm rehabilitačních pracovníků a neuroložka MUDr. Marie Šuldová.

Časem se původní pracoviště rozšířilo o vodoléčbu. Vodoléčba probíhala ve velkých dřevěných kádích, do nichž se přispávaly

minerální soli a obsluhovaly je lázeňské (Drahuše Roubínková). V průběhu let dochází v Čechách k rozšiřování oboru rehabilitace a postupně se objevuje potřeba



Rok 1980 - sedmilůžkový pokoj

rehabilitačních lůžek i v naší nemocnici. Slavnostní zahájení provozu rehabilitačního lůžkového oddělení nastává v říjnu 1980 v období primariátu L. Štolby (vodoléčba byla přesunuta do pavilonu dnešních Centrálních laboratoří). Oddělení disponovalo lůžky pro třicet pacientů. Pokoje byly dvou- až sedmilůžkové s WC a koupelnou na chodbě. Vybavení odpovídalo dobovým zvyklostem.

Pacienti byli indikováni k hospitalizaci na Rehabilitačním oddělení s obdobnými diagnózami jako v současné době (funkční následky po traumatech, operacích a neurologických onemocněních). Tehdy však byla podstatně delší doba hospitalizace na REO (i několikaměsíční). Primář Štolba blízce spolupracoval a přátelil se s primářem MUDr. Jiřím Krbcem (ortopedie). Navzájem se zastupovali v době nepřítomnosti. V té době občas prováděl velké vizity na Rehabilitačním oddělení prim. Krbec a naopak. V témže roce nastoupila na oddělení interní lékařka MUDr. Jana Wiererová.



Rok 1980 – inspekční pokoj sestery – Mária Vidová

Rehabilitační pracovníci se vzdělávali ve speciálních metodikách (metoda sestry Kenny, Bobath koncept, semináře MUDr. Václava Vojty ve vývojové kineziologii u hybně postižených dětí). Po emigraci

MUDr. Václava Vojty v roce 1968 do Západního Německa mohla být metodika používána pouze skrytě (Milada Kálalová, Brigita Bártová).

Po úmrtí primáře Štolby, který se dožil 58 let, jej ve vedení nahradila MUDr. Marie Šuldová (1984). V tomto období bylo zřízeno nové pracoviště ergoterapie v suterénu dnešního pavilonu L. Rehabilitační oddělení se zapojilo do výzkumu vertebrogenních chorob. V rámci oddělení byla provozována první elektromyografická laboratoř v Jihočeském kraji.

V lednu 1985 nastoupil na oddělení chirurg MUDr. Dušan Talíř a v dalším roce MUDr. Miroslava Kubáňová (na REO pracuje do roku 2003, kdy přechází do EUC klinik).

V roce 1991 převzal primariát MUDr. Talíř. V dalším roce nastoupila na oddělení MUDr. Ladislava Chundelová, která se vzhledem ke své základní specializaci pediatrie postupně věnovala problematice poruch pohybového aparátu v dětském věku.

Zánikem Protetického oddělení v NCB získalo Rehabilitační oddělení



Rok 1980 (sedící zleva: Petr Hušák, Kateřina Hušáková, Eva Králová, MUDr. Jana Wiererová, Stojící zleva: prim. MUDr. Lubomír Štolba, Marie Lišková, Věra Havlová, MUDr. Marie Šuldová, vedoucí rehabilitační pracovnice Milada Kálalová



1986 vedoucí rehabilitační pracovnice Milada Kálalová, vrchní sestra Jaroslava Válečková

prostory pro druhou lůžkovou stanici (Stanice B, bývalá protetika, 1993). V té době probíhá rekonstrukce bazény v pavilonu L (bazén bude mít filtrační zařízení, do té doby se používala k čištění bazénu dezinfekce a lidské ruce). V roce 1995 přichází další posily lékařského týmu MUDr. Jana Holická a MUDr. Eva Peštová. V pozdějších letech spolupracují při vzniku ambulance ucelené rehabilitace. V rámci ambulance byl několik let prováděn testing motoricky handicapovaných řidičů před úpravou vozidel.

V době sloučení okresní (bývalé vojenské) a civilní nemocnice (1997) krátce fungovala v nemocnici dvě rehabilitační oddělení. V dolním areálu ambulantní rehabilitace primáře MUDr. Romana Hrdého. V horním areálu lůžková i ambulantní rehabilitace primáře Dušana Talíře.



Rok 1986 (50. Narozeniny Drahuše Roubínkové)

Sedící zleva: MUDr. Dušan Talíř, MUDr. Jana Wiererová, Milada Kálalová, Věra Havlová, prim. MUDr. Marie Šuldová, Jitka Komárková, Kateřina Hušáková, Stojící Věra Ernekerová, Drahuše Roubínková, Marie Lišková, Eliška Jinšíková, Jaroslava Válečková, Zdena Králová, Eva Králová, Hana Žížalová, Vladimíra Hniličková, Brigita Bártová, Jana Milštajnová



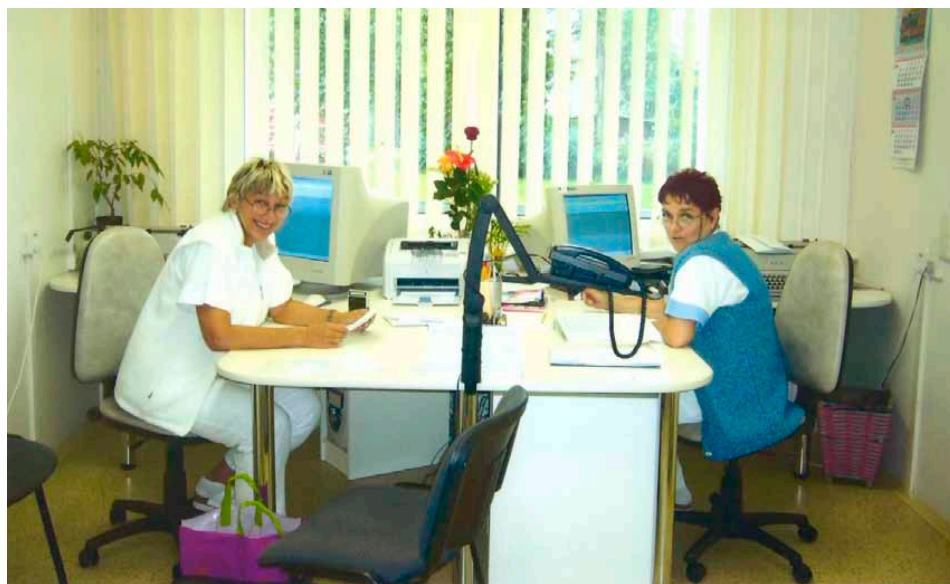
Rok 1997

sedící zleva: vedoucí fyzioterapeutka Ivana Stecherová, Dagmar Kůrková, Petra Janečková, Jitka Volfová, Alena Černá, Jitka Lorencová, Dana Plhoňová, Olga Barátová, Věra Havlová, stojící zleva: Dagmar Stehlíková, Petruše Honnerová, Gabriela Klvačová, Lucie Nováková

V roce 1998 byla obě oddělení organizačně sloučena. Primářkou se stává MUDr. Jana Wiererová. Rehabilitační oddělení v té době

provozuje obě lůžkové stanice v různých budovách, má dva vzdálené ambulantní provozy. V suterénu Psychiatrického oddělení (dnes Centrální laboratoře) se

nacházela vodoléčba (perličková vana, podvodní masáž, skotské stříky, bazén, parafinová vana), ambulance RFM i fyziologie a dílny ergoterapie (dílny časem vyhořely vinou neopatrného klienta, v blízkosti sídlila záchytná protialkoholní stanice). Druhý ambulantní provoz včetně vodoléčby (vany) a rozsáhlé elektroléčby byl umístěn v dolním areálu. Pacienti lůžkové rehabilitace, u kterých byla indikována vodoléčba či ergoterapie, byli převáženi na rehabilitační terapie sanitou. Lékaři po práci na lůžkovém oddělení docházeli na detašovaná ambulantní pracoviště. Z původního kolektivu prim. Hrdého dlouhodoběji doplnila řady lékařů MUDr. Jana Musilová (od roku 2017 primář Rehabilitačního oddělení Nemocnice Český Krumlov).



prim. MUDr. Jana Wiererová a Helena Rygleviczová

Během let s narůstajícími požadavky na ambulantní i nemocniční péči roste počet pracovníků i nároky na jejich vzdělávání se ve specifických rehabilitačních metodách a postupech. Vznikají specializované ambulance (časná ambulance ruky, lymfologická ambulance, ambulance posturálních vad, ambulance ucelené rehabilitace). Rehabilitační tým se rozšiřuje o nové profese. Na oddělení nastupuje klinický psycholog (PhDr. Eva Šonková), ergoterapeuti (Marcela Kryski, Daniela Bártová) a technický pracovník dílen (Miroslav Pelikán). REO získává status Rehabilitačního centra (1999).



Jiřina Zámečnicková a emeritní primář MUDr. Dušan Taliř

Plán sjednocení rehabilitačního oddělení „pod jednu střechu“ se začíná realizovat v lednu 2003.

Tehdy byla přestěhována lůžková stanice A do pavilonu O (dnes ONP). Současně se tam přemístilo i pracoviště ergoterapie, ambulance a část vodoléčby. Bazén byl na několik let zrušen. Stanice B se přesouvá později v redukované podobě (v roce 2005, dvanáct lůžek, sdílená stanice s ONP). Nutnost centralizovat i ambulantní péči vedla k přestavbě bývalé lékárny. Její rekonstrukcí vzniká pavilon R (prosinec 2010), který se stal základnou pro ambulantní provoz (fyzioterapii). Jeho součástí je moderní vodoléčba

(celotělové vany, vířivky, suchá vodní masáž, bazén), fyzioterapeutická pracoviště, elektroléčba a tělocvična. Propojení s pavilonem O umožňuje využití i pro lůžkové pacienty.

Po odchodu prim. MUDr. Jany Wiererové do důchodu pokračuje ve funkci primáře MUDr. Jana Holická (2013). V té době je část prostor našeho oddělení v pavilonu O převedena pro potřeby Kožního oddělení (zrušení dílen vč. keramické, ambulance RFM přesunuty do pavilonu R).

Důležitým mezníkem pro rozvoj REO je jeho participace v Komplexním cerebrovaskulárním centru. Zejména po restrukturalizaci KCC v roce 2014 dochází k významnému rozvoji neurorehabilitační péče v rámci časných rehabilitačních lůžek. Vzniká nový koncept péče o pacienty s následky po cévních mozkových příhodách. Pokračuje vzdělávání v terapeutických metodikách a ošetrovatelských konceptech. Lůžkový fond se rozšiřuje o neurorehabilitační lůžka (duben 2015).

Oddělení je vybaveno prvními přístroji pro roboticky asistovanou rehabilitaci. Sofistikované přístroje jsou využívány pro počítačově řízenou rehabilitaci ruky, stoje a chůze. Do týmu je přijat klinický logoped (Mgr. Martina Víšková, 2015).

Rozvíjí se další mezioborová spolupráce v rámci NCB (Centrum spasticity, MS centrum) i v rámci týmu oddělení (ambulace spasticity). Rozšiřují se specializované ambulance (ambulace inkontinence, metoda McKenzie...). Vzděláváním ve specifických postupech získávají fyzioterapeuti další úzké specializace (fyzioterapie nohy, čelistního kloubu, těhotenství a porod...).

Letité úsilí o rekonstrukci a sjednocení decentrovaných rehabilitačních pracovišť bylo korunováno otevřením nového pavilonu T pro lůžkovou rehabilitaci (2/2020). Na zelené louce v jihozápadním rohu horního areálu NCB byl vystavěn speciálně pro rehabilitační pacienty zcela nový moderní pavilon s velkorysími prostory, projektovaný v duchu trendů 21. století. Stavebně i funkčně je propojen s ambulantním pavilonem.

V současné době Rehabilitační oddělení disponuje 44 lůžky pro včasnou rehabilitaci. Pracuje zde celkem 98 zaměstnanců. Z toho devět lékařů (sedm úvazků), dále logoped, psycholog, asistent psychologa, devatenáct všeobecných



Rok 2020, Slavnostní otevření pavilonu T



12. 6. 2020, Návštěva ministra zdravotnictví Mgr. et Mgr. Adama Vojtěcha, MHA



2. 12. 2022 - 2. jihočeský rehabilitační den - přednášející Mgr. Jana Vyskotová, Ph.D.

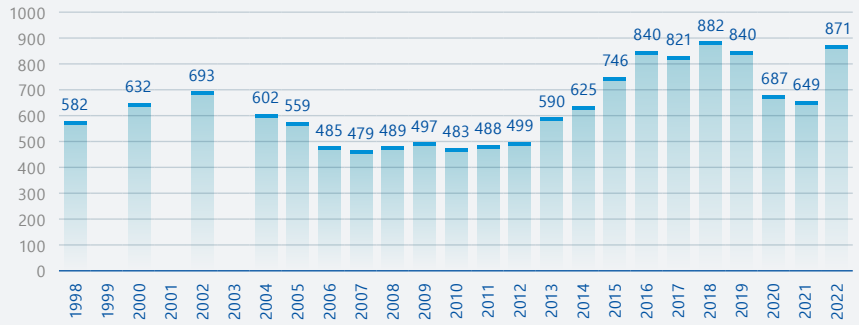
sester, ošetřovatelky, sanitářky, sanitáři (jedenáct), čtyři ergoterapeuti. Nejvyšší počet je fyzioterapeutů (52), z toho 31 jich pracuje pro ostatní lůžková oddělení NCB.

Všichni se vzdělávají v metodikách a kineziologických postupech nejvíce potřebných na daných odděleních (Dětské a Neonatologické oddělení: Vojtova reflexní metoda, Gynekologicko-porodnické oddělení: metoda Mojžíšové, Neurologické oddělení: Bobath koncept, Kardiochirurgie a Kardiologické oddělení: instrumentální respirační fyzioterapie). Na lůžkách REO pracuje devět fyzioterapeutů, v ambulantním provozu celodenně jedenáct fyzioterapeutů.

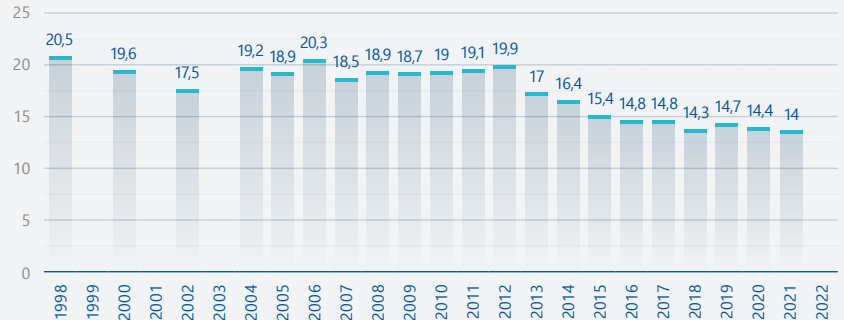
Cílem rehabilitace je minimalizace následků onemocnění nebo úrazu a snaha o získání co možná nejvyššího stupně funkční schopnosti. Výsledek je závislý zejména na kvalitě komplexního přístupu při individuální rehabilitační péči v rámci spolupracujícího mezioborového týmu. A ten se podařilo na Rehabilitačním oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., vybudovat.

■ **prim. MUDr. Jana Holická**

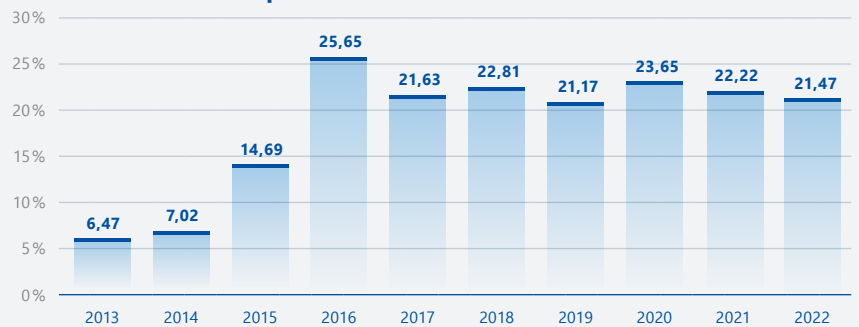
Počet hospitalizací



Průměrná ošetrovací doba



Procentní nárůst pacientů k neurorehabilitaci



POCHVALA

Vážení,

po operaci krčku stehenní kosti jsem byla hospitalizována na Rehabilitačním odd. Nemocnice České Budějovice a.s.

Ráda bych vám sdělila, že toto oddělení je opravdu výjimečné. Nejen že je vybaveno špičkovou zdravotní technikou, ale chování veškerého personálu k mnohdy beznadějně nemocným pacientům je velmi profesionální a lidské.

Tým paní primářky MUDr. Jany Holické přistupuje k pacientům velmi empaticky, s láskou k bližnímu, se slovy útěchy a naděje, která jsou pro pacienty pohlazením po duši. V kteroukoliv denní i noční hodinu mají trpělivost, přistupují k pacientům s úsměvem a dobrým slovíčkem, které pomůže překonat fyzickou bolest i smutek.

Velmi si vážím jejich nelehké práce. Nemocnice České Budějovice a.s. může být na tento skvělý tým opravdu právem pyšná.

S úctou a poděkováním VA

České Budějovice dne 10. 12. 2022



Kolektiv Rehabilitačního oddělení



Kolektiv lékařů, zleva: MUDr. Lenka Pelánková, MUDr. Klára Reiserová, MUDr. Markéta Kopáčková, MUDr. Mgr. Eva Rylichová, MUDr. Markéta Staňková, MUDr. Mgr. Marcela Míková, Ph.D., prim. MUDr. Jana Holická, MUDr. Eva Peštová, MUDr. Ladislava Chundelová



Ambulance ucelené rehabilitace

Optimálním výsledkem rehabilitace je odstranění všech důsledků onemocnění či úrazu projevujících se na pohybovém ústrojí, komunikačních dovednostech, mentálních schopnostech a psychice vůbec. V řadě případů zůstává dlouhotrvající či trvalé postižení (stavy po postižení mozku, míchy, po amputaci končetin, polytraumatech, při chronických onemocněních) vedoucí k limitaci funkčních schopností. Po ukončení hospitalizace dle potřeby pokračuje individuální a koordinovanou péčí v Ambulanci ucelené rehabilitace, zajišťovanou multidisciplinárním rehabilitačním týmem. Jsou vybrány vhodné rehabilitační a kompenzační pomůcky k usnadnění mobility a soběstačnosti.

Pro osoby se zdravotním postižením v produktivním věku lze provést dle požadavku Úřadu práce ergodiagnostické hodnocení s vyjádřením se k možnostem pracovního začlenění, eventuálně navržení vhodné rekvalifikace.

Cílem je minimalizace výsledného omezení, maximální možná nezávislost a celkové zlepšení kvality života osob se zdravotním postižením.

■ **MUDr. Eva Peštová**



Zleva: MUDr. Eva Peštová a setra Radka Trníková

Lymfologická ambulance

Lymfologie je lékařský obor zabývající se problematikou a komplexní léčbou lymfedému (mízního otoku). Jedná se o multioborovou problematiku, specialisty různých oborů sdružuje Česká lymfologická společnost, která byla založena v roce 1992. Z hlediska jejího rozvoje sehrál zásadní roli prof. MUDr. Miroslav Bechyně, který organizoval první praktické kurzy manuální lymfodrenáže. V roce 2001 jeho kurz úspěšně absolvovali první zástupci našeho oddělení (prim. MUDr. Jana Holická, Dagmar Stehlíková, Šárka Sládková). Následně vznikla na Rehabilitačním oddělení NCB lymfologická ambulance zabývající se diagnostikou a komplexní léčbou otoků. Na práci lékaře-lymfologa navazuje lymfoterapeut. Již řadu let od počátku vzniku této ambulance vykonává práci lymfoterapeuta Dagmar Stehlíková. Během let získala rutinu v manuálních lymfodrenážích a bandážování, které provádí s přesně graduovaným tlakem pod bandáží (lze monitorovat speciálními měřicími systémy). V případě potřeby lymfoterapii aplikují i další vyškolení fyzioterapeuti (Petr Hušák, Irena Scheicherová, Šárka Sládková, Markéta Šůnová, DiS., Jana Matlášková, Gabriela Klvačová, Bc. Pavla Janoušková, Simona Pelikánová, Mgr. Jiří Placer, Bc. Štěpánka Gurecká, Bc. Tereza Plačková). Lymfologická ambulance REO NCB od roku 2016 opakovaně získala Certifikát garance kvality od České lymfologické společnosti ČLS JEP.

Ambulance je určena pro pacienty s primárním i sekundárním lymfedémem. Největší podíl představují pacienti s diagnózou primárního pozdního lymfedému dolních končetin, velké procento tvoří také ženy s lymfedémem horních končetin a hrudníku po operacích a onkologické léčbě zhoubných nádorů prsu. Setkáváme se i s pacienty



Zleva: fyzioterapeutky Šárka Sládková, Dagmar Stehlíková, Markéta Šůnová, DiS., Irena Scheicherová a prim. MUDr. Jana Holická

se sekundárním lymfedémem genitálu či obličeje a krku.

Kromě screeningových vyšetření využíváme k diagnostice zejména lymfoscintigrafii, která umožňuje posouzení a vyhodnocení jak morfologie mízního řečiště v končetinách, tak i transportní funkce mízního oběhu. K dalším vyšetřením patří zejména ultrasonografie.

Základní péči lymfatického otoku tvoří komplexní dekongestivní terapie (CDT). V rámci CDT provádí lymfoterapeut manuální lymfodrenáž. Ošetření postižených oblastí vždy předchází základní ošetření krku k podpoře transportu lymfy z konečného úseku lymfatického do systému žilního. Manuální lymfodrenáž zahrnuje řadu speciálních hmatů, prováděných malým tlakem a pomalým tempem. Následuje přístrojová lymfodrenáž (presoterapie), při níž se využívají kompresivní návleky (kalhoty, rukávy, vesta, obličejová maska) připojené k přístroji. Návleky

jsou vícekomorové, postupně se nafukují dle zvoleného programu, návlek zvětšuje svůj objem, tlačí na svaly a tím působí na lymfatický a cévní systém. Základní součástí komplexní terapie je zevní komprese. Používáme kompresivní bandáž jednoduchou nebo vícevrstevnou či kompresivní elastické punčochy (KEP), dle stupně onemocnění a fáze terapie. Kompresivní bandáž využívá zejména neelastická, krátkotažná obinadla, výhodou je jejich vysoký pracovní tlak zejména při chůzi a nízký klidový tlak. Vyrábí se ve čtyřech kompresivních třídách, jednotlivé třídy se liší tlakem, který působí pod punčochou v oblasti kotníku. KEP jsou vyráběné kruhovým nebo plochým pletením. Plochým pletením se vyrábí KEP pouze na míru, nedochází pod ním ke strangulaci (zaškrcení) podkoží. Při vícevrstevné bandáži využíváme navíc tubulární obvaz, vatový polstrovací materiál nebo inlaye (speciální pryžové podložky). V případě fibrotizace podkoží je indikována mobilizační bandáž mobiderm nebo autofitové

návleky. Přístroj pro presoterapii lze v indikovaných případech předepsat i k domácímu používání.

Důležitá jsou i pohybová a dechová cvičení. Na REO organizujeme skupinová edukativní cvičení pro lymfopacienty s instruktážním nácvikem uvolnění centrálních uzlin a efloračních hmatů (Mgr. Pavla Janoušková). Součástí péče je správná hygiena kůže, při léčbě kožních afekcí spolupracujeme s dermatology. U části pacientů využíváme s efektem vodoléčbu, zejména celotělové vířivky se speciálním lymfatickým programem. V podpůrné terapii hraje důležitou roli farmakoterapie – proteolytické enzymy (Walzym), flavonoidy a další. Zejména u obézních pacientů je důležitá redukce váhy a výživová doporučení s dostatečným podílem bílkovin ve stravě (Centrum preventivní medicíny – Prevence 2000, s.r.o., MUDr. René Vlasák). V léčbě lymfedému se uplatňuje i chirurgická léčba. Zahrnuje výkony resekční, liposukční i rekonstrukční ve smyslu lymfovenózních anastomóz, které normalizují lymfatický tok obehjítím neprůchodné oblasti



Pacientka s chronickým primárním lymfedémem po CDT indikována k chirurgickému odstranění laloku.

lymfatického systému spojkou – žilním štěpem. V indikovaných případech spolupracujeme s Chirurgickou klinikou FN Motol (doc. MUDr. Martin Wald, MUDr. Jakub Vlasák).

Lymfedém je onemocnění chronické, které lze významně terapeuticky ovlivnit. Čím dříve je zahájena kvalitní léčba, tím lepší je prognóza.

Ta však závisí také na stupni fibrotických změn v podkoží a compliance (spolupráci) pacienta. Primární lymfedém je celoživotním onemocněním a jen pravidelnou a adekvátní léčbou lze zabránit vzniku závažných komplikací a invaliditě.

■ **prim. MUDr. Jana Holická**

Ambulance posturálních vad

Myšlenka na vyčlenění rehabilitační ambulance pro dětské pacienty v Nemocnici České Budějovice se začala realizovat po roce 1990. Impulsem byla možnost oficiálního proškolení v diagnosticko-terapeutickém přístupu vynikajícího pediatra a neurologa prof. MUDr. Václava Vojty, zaměřeného na screening rizikových novorozenců a kojenců ohrožených centrální koordinační poruchou (CKP) s návrhem následně preventivní a léčebné péče formou reflexní lokomoce.

Screening dětí s CKP zajišťovalo novorozenecké oddělení pod vedením

prof. MUDr. Miloše Velemínského CSc., konkrétně MUDr. Jaroslava Kolářová Ph.D., edukaci rodičů v reflexní lokomoci prováděly naše vyškolené fyzioterapeutky (Dana Plhoňová, Lubomíra Ředinová, Milada Kálalová).

Kapacity naší ambulance byly rychle naplněny a spolu s rozšířením „Vojtova principu“ do praxe pediatriů a nově školených fyzioterapeutů se tato péče stala součástí dalších rehabilitačních a specializovaných center. V Českých Budějovicích bylo vybudováno ojedinělé Dětské centrum Arpida poskytující komplexní ucelenou (pedagogicko-

psychologicko-logopedicko-rehabilitační a ergoterapeutickou) péči dětem a mladistvým s těžkým chronickým a kombinovaným postižením nejrůznější etiologie.

Včasná rehabilitace dětí po traumatech, infekcích, s akutními ortopedickými či neurologickými onemocněními probíhala na příslušných odděleních (Anna Jerhotová, Hana Žízalová). Počet dětských pacientů indikovaných k rehabilitační léčbě trvale narůstal v důsledku rozvoje screeningu ortopedických vad, špičkové perinatální péče, ale i nárůstu autoimunitních

a revmatologických onemocnění. Současně se otevřela možnost dalšího vzdělávání pro lékaře a fyzioterapeuty v dosud nedostupných metodikách, založených na neurofyziologickém principu. Spolu se světově proslulou „pražskou školou“ rehabilitace se stále více prosazovaly metodiky založené na vývojové kineziologii, aplikované u neurologicky nemocných dětí, postupně ale zařazované do rehabilitace dospělých a vrcholových sportovců. Stoupala hvězda prof. PaedDr. Pavla Koláře, kdy jeho semináře měnily letité rigidní představy o pohybu a jeho řízení. Rehabilitace v dětském věku zažívala (a zažívá) boom.

Z personálních a organizačních důvodů zůstal screening rizikových novorozenců a kojenců v rukou neonatologů a pediatrů. Terapie nejčastěji formou reflexní lokomoce dle prof. MUDr. Václava Vojty je zajišťována vyškolenými fyzioterapeuty v různých pracovištích. V ambulanci REO takto „prošli“ stovky dětí rukama fyzioterapeutky Dany Plhoňové, Lenky Nagyové, později i Jany Marešové. Náročný kurz nově dokončila i Lenka Stoličková.

Z důvodu narůstání počtu dětských pacientů s problémy pohybového aparátu v kategorii školáků a dorostenců byla otevřena ambulance posturálních vad. Zajišťuje diagnostiku a následnou (často dlouhodobou) terapii svalových a posturálních dysbalancí, funkčních a bolestivých



Zleva: Petr Hušák, MUDr. Ladislava Chundelová, Mgr. Marie Konečná, Radka Trníková, Mgr. Jan Dvořák

poruch pohybového aparátu, ale i ortopedických vad (plochonoží, idiopatické skoliózy, aseptické nekrózy) a neurologických onemocnění (např. dětská mozková obrna, poúrazové parézy). Dlouhodobými garanty této péče byli: Lubomíra Ředinová, Hana Žížalová, Lenka Nagyová a Petr Hušák. Z nových posil nelze opominout Mgr. Marii Konečnou, Mgr. Jana Dvořáka. Na lůžkách REO se problematice skolióz věnují Irena Scheicherová a Martina Španingerová.

Trend dále směřuje k přesnější diagnostice tzv. ideomotorických

funkcí, tzn. schopnosti si pohyb představit a naplánovat, vnímat své tělo v prostoru a co nejlépe (a nejrychleji) vyřešit pohybový úkol sledem koordinovaných pohybů. Kvalita ideomotorických funkcí souvisí se schopností vnímat sám sebe, vnímat prostor, ve kterém se pohybují, a následně se naučit nové pohybové dovednosti. Trénink ideomotorických funkcí představuje jednu z cest prevence degenerativních onemocnění pohybového aparátu již od dětského věku.

■ **MUDr. Ladislava Chundelová**

Ambulance spasticity

V rámci Rehabilitačního oddělení NCB již od roku 2016 funguje specializovaný systém tzv. ambulance spasticity. Toto pracoviště je součástí Regionálního centra spasticity Neurologického a Rehabilitačního oddělení NCB a je

zaměřeno na diagnostiku a léčbu spasticity bez ohledu na etiologii.

Spasticita je definována jako porucha svalového napětí, symptom, který se vyvíjí u mnoha neurologických onemocnění dospělého i dětského

věku, např. cévní mozkové příhody, roztroušené mozkomíšní sklerózy, stavů po kraniotraumatech, dětské mozkové obrny, stavů po míšních poraněních. Spasticita fokální i generalizovaná se klinicky projevuje širokým spektrem příznaků. Sval je ve vyšším napětí,

rychleji a více reaguje na pasivní protažení, spastická dystonie mění postavení segmentů končetin, sekundárně zkracuje sval, omezuje pasivní i aktivní rozsah pohybu, způsobuje spasmy, bolest. Významně je tak ovlivněna kvalita života pacientů, protože spasticita omezuje zásadní funkční schopnosti – u horní končetiny úchop, u dolní končetiny lokomoci.

Žádná jiná ambulance není lepším představitelem koordinované rehabilitace a žádná jiná ambulance v rámci našeho oddělení nevyžaduje tak rozšířenou součinnost mnoha odborností i mimo rehabilitační sféru. Léčba spastických symptomů vyžaduje v rámci Rehabilitačního oddělení spolupráci týmu – rehabilitační lékař, sestra, fyzioterapeut a ergoterapeut, ale v žádoucím komplexním pojetí problému jsou součástí týmu i neurolog, ortoped či plastický chirurg (např. pro operační řešení kontraktur či deformit).

Léčbou první volby fokální spasticity je intramuskulární aplikace botulotoxinu, která je dlouhodobě realizována na Neurologickém

oddělení, ale od loňského roku je intramuskulární aplikace botulotoxinu pod sonografickou kontrolou i v kompetenci lékaře se specializací rehabilitace a fyzikální medicína. A právě cílená aplikace botulotoxinu s racionální rehabilitací je evidencí podložený efektivní přístup v terapii spastické parézy. Určité zkušenosti na našem oddělení máme i s pacienty s generalizovanou spasticitou, kteří jsou léčeni intratekální aplikací baklofenu.

Moderní terapeutický přístup „rehabilitace spastické parézy“ vychází z konceptu profesora Jeana-Michela Graciese s názvem Guided Self Rehabilitation Contract. Principem této metody je vyšetření funkčních schopností pacienta a detailní, systematické vyšetření pohybových segmentů ovlivněných spasticitou na základě společného terapeutického cíle (týmu terapeut + pacient). A právě pacient je klíčovým článkem efektivity celého konceptu, protože prevence zkrácení segmentu a zlepšení aktivní hybnosti (prolongovaný statický stretching a opakované pohyby v maximální

četnosti) vyžadují značnou motivaci a čas – pacienta nebo ošetřujících osob.

Cílená a opakovaná aplikace botulotoxinu do vybraných svalů toto pravidelné každodenní a deníkem monitorované snažení usnadňuje. Během přibližně tříměsíčního působení toxinu je protahování svalů je možno provést selektivněji a s větší silou. Pochopení tohoto „cvičení“ ale vyžaduje i určitou úroveň kognitivních a praktických funkcí, proto je „spastický tým“ někdy rozšířen i o neuropsychologa či logopeda k posouzení aktuálního stavu.

Zásadní terapeutická práce se spastickými pacienty je ale stále v rukách terapeutů, kteří s pacienty pravidelně konzultují postupy cílené na spasticitu. Děje se tak 1–2x v rámci tříměsíčního aplikačního cyklu. Mimo ambulanci spasticity jsou tak naši pacienti současně v péči fyzioterapeutů, kteří pracují s cílem fyzioterapie sekundárních změn pohybového aparátu či zlepšení aerobní kapacity, resp. celkové kondice pacientů.

V souladu s filozofií terapie pacientů se spasticitou jsou využívány i různé moderní přístroje, např. funkční neuromodulace/elektrostimulace svalů (přístroje Walkaide, OmniH5) či speciální dlahy na prolongované protahování (dlahy JAS), kterými je naše oddělení vybaveno.

V rámci České republiky máme na Rehabilitačním oddělení nejvyšší počet absolventů kurzu Rehabilitace spastické parézy: celkem deset lékařů, fyzioterapeutů a ergoterapeutů. Tři lékařky jsou proškoleny v aplikaci botulotoxinu pod sonografickou kontrolou. Školení a kurzy probíhají zpravidla v Praze pod Neurologickou klinikou 1. LF UK (prof. MUDr. Robert Jech, Ph.D.; MUDr. Martina Hoskocová, Ph.D.; Mgr. Ota Gál, Ph.D.) a na Rehabilitačním oddělení UVN (prim. MUDr. Michal Říha, Ph.D., MBA).



Zleva shora: MUDr. Klára Reiserová, MUDr. Mgr. Marcela Míková, Ph.D., MUDr. Eva Peštová, Radka Trníková, Mgr. Barbora Hoffmannová, Mgr. Jiří Jánský
Zleva sedící: Mgr. Žaneta Táborská, Bc. Petra Straková, Martina Španingerová

Opakovaně jsme měli možnost se v rámci pokračujících kurzů setkat přímo s profesorem Jean-Michelem Graciesem, MD, Ph.D., a s některými členy jeho pařížského týmu, dále sdílet zkušenosti v rámci konference „Spastické akademie“ s mezinárodní účastí, která se v roce 2022 konala v Brně a v roce 2023 se bude konat v Bukurešti. Aktivně jsme vystoupili

na konferenci zabývající se spasticitou u dětí a dospělých s dětskou mozkovou obrnou (MUDr. Mgr. Marcela Míková, Ph.D.). O zajímavé zkušenosti a poznatky jsme byli obohaceni a inspirováni na kurzu na Rehabilitačním oddělení ve švýcarském Porrentruy pod vedením Serdara Kocera, MD (MUDr. Mgr. Marcela Míková, Ph.D.).

Systém koordinované a multidisciplinární péče o pacienty se spastickou parézou je v naší nemocnici pod hlavičkou Regionálního centra spasticity unikátní. Nabízí naději na zlepšení kvality života nejen pacientům v subakutní fázi onemocnění, ale i ve stavu chronickém.

■ **MUDr. Mgr. Marcela Míková, Ph.D.**

Práce sestry na Rehabilitačním oddělení

Rehabilitační oddělení (dále REO) otevřelo lůžkovou stanici v říjnu 1980 v pavilonu A pod vedením primáře MUDr. Lubomíra Štolby a lékařek MUDr. Marie Šuldové, MUDr. Jany Wiererové, vrchní sestry Jaroslavy Válečkové a vedoucí fyzioterapeutky Milady Káralové.

Na lůžkovém oddělení REO, které při vzniku disponovalo třiceti lůžky, začalo pracovat sedm nových sester v nepřetržitém provozu (Olga Išková, Eliška Jinšíková, Eva Plátenková, Olga Vavřinová, Mária Vidová, Marie Schusterová, Lydie Vyhlídková). Koncepte lůžkové rehabilitační péče vycházela z předpokladu, že fyzioterapie se bude intenzivně podílet na léčbě pacienta. V harmonogramu práce bylo nutné naplánovat čas a prostor pro vyšetření i ošetření pacienta, pro fyzioterapii a další rehabilitační vstupy. V této době se ještě nemluvilo o multidisciplinární péči, ale bylo již zřejmé, že pacienti potřebují daleko širší spektrum péče. V průběhu času a díky získaným zkušenostem se této problematice začalo věnovat více společenské i odborné pozornosti. Zásadní rozvoj této péče však souvisí hlavně s politickými a ekonomickými změnami ve společnosti po roce 1989. Začala vznikat specializovaná centra vybavená novými přístroji, pomůckami, najednou byly dostupné informace i zkušenosti ze zahraničí a vznikaly



Kolektiv stanice A

nové metodické postupy. Rozvíjela se potřebná multidisciplinární spolupráce.

Jaká je tedy práce sestry na REO? Hlavní úlohou všeobecné sestry je poskytovat základní a specializovanou péči na co nejvyšší úrovni. To však klade vysoké nároky nejen na odborné znalosti sester, ale také na jejich aktivní přístup k práci, přizpůsobivost, empatii, komunikaci a interakci s dalšími osobami. Tyto činnosti musí být v souladu s ordinací lékaře, nenarušovat terapeutický plán a respektovat denní režim nemocného včetně jeho limitů. Pro získání

potřebných údajů o pacientovi sestra využívá řadu testů, kterými hodnotí schopnosti sebeobsluhy, mobility, výživy nebo rizika vzniku proleženin. Aktuální informace o stavu a schopnostech pacienta potom předává týmu na rehabilitační konferenci.

Rehabilitační ošetřování tvoří jeden ze základních článků práce sestry na REO a při jeho aplikaci do praxe se snažíme všemi dostupnými prostředky bránit vzniku sekundárních změn a komplikací. Skládá se z části pasivní, která je zaměřena

na polohování a pasivní pohyby, a části aktivní, která je zaměřena na aktivní pohyb, dechovou gymnastiku, kondiční cvičení, vertikalizaci, nácvik sebeobsluhy a komunikaci. Základem tohoto způsobu ošetřování je úzká spolupráce s fyzioterapeutem, ergoterapeutem, logopedem, psychologem a účelná dělba práce.

U pacientů s těžkou poruchou vnímání, komunikace a hybnosti poskytujeme péči dle konceptu bazální stimulace. Koncept je zaměřen na všechny oblasti lidských potřeb a je založen na stimulaci smyslů, která vede k oživení paměťových stop v mozku. Cílem péče je pochopit potřeby klienta, styl jeho možné komunikace a v rámci toho mu poskytnout prostor pro jistotu, orientaci a následný rozvoj jeho osobnosti. Další koncept, který využíváme na našem pracovišti, je koncept kinestetiky. Je to pohybový a komunikační koncept, který na základě analýzy pohybu umožňuje lépe pochopit základy lidského pohybu a také využít pohybové rezervy pacienta. Manipulace s pacientem probíhá šetrně, za minimalizace bolesti a také chrání ošetrovatelský personál před přetížením pohybového ústrojí.



Kolektiv stanice B

V rámci pobytu pacienta na REO je nutné také dobře pečovat o operační rány, chronické defekty a řešit problematiku s tím spojenou, jako je výživa, přiměřená fyzická zátěž, mechanické dráždění při přesunech pacienta, otoky nebo bolesti. Používáme moderní terapeutická krytí, která pracují na principu tvorby optimálně vlhkého prostředí v ráně, protože vlhkost rány je nezbytná pro dobrou granulaci a epitelizaci rány. Naším cílem při péči o ránu je rychlé nekomplikované

zhojení či zlepšení stavu chronického defektu, aby bylo možné využít další možnosti rehabilitace.

Taková je práce všeobecné sestry na Rehabilitačním oddělení. Z mého pohledu jdeme správnou cestou. Sestrám se otevírá stále větší profesní prostor pro jejich aktivní a kvalitně poskytovanou péči.

■ **Mgr. Marie Schusterová**
vrchní sestra



Zleva: staniční sestra REO B Bc. Edita Štastná, DiS., vrchní sestra Mgr. Marie Schusterová, prim. MUDr. Jana Holická a staniční sestra REO A Bc. Marie Zuzáková



Ambulantní sestry Jiřina Zámečnicková, Radka Trníková a administrativní pracovnice Lenka Zíková, DiS., Jaroslava Koktavá

Klinický psycholog v neurorehabilitačním týmu

Psychologická péče na našem oddělení se zaměřuje především na diagnostiku a terapii změn kognitivních (poznávacích) funkcí a afektivity po získaném poškození mozku (např. po cévních mozkových příhodách, kraniotraumatech, při neurodegenerativních onemocněních) a v širším měřítku také na psychosomatickou problematiku.

Kognitivní funkce patří mezi základní funkce našeho mozku, jejich prostřednictvím zkoumáme svět a řídíme své chování. Obecně bývají definovány jako procesy přijímání, zpracování a ukládání informací. Řadí se mezi ně především paměť a exekutivní (řídící) funkce, ale také řeč, pozornost, psychomotorické tempo, zrakově-prostorové schopnosti, logický úsudek, abstraktní myšlení aj. Za kognitivní deficit považujeme sníženou výkonnost kognitivních funkcí oproti běžné a odpovídající normě v daném věku, což může být způsobeno právě získaným poškozením mozku. Díky neuroplasticitě mozku můžeme tyto narušené funkce trénovat a urychlit tak proces jejich přiblížení nebo v ideálním případě návratu k normálu, podobně jako u funkcí motorických.

Klinický psycholog na Rehabilitačním oddělení se dále musí nezbytně zabývat aktuálním prožíváním zátěžové životní události, kterému v důsledku nemoci nebo úrazu pacienti čelí. Je potřeba zjistit, jak se člověk s novou situací vyrovnává, zda není rehabilitační proces ovlivňován depresí, úzkostí, nedostatkem motivace, obavami z budoucnosti nebo jinými psychickými obtížemi. Pokud ano, snažím se pomocí podpůrné psychoterapie s těmito citlivými tématy pracovat, posilovat silné stránky pacienta a jeho schopnost překonávat překážky. Nejčastější poruchou nálady u pacientů s cévním onemocněním mozku je



Mgr. Naďa Jiříčková

deprese (post-stroke depression, PSD), udává se u 30–60 % pacientů po cévní mozkové příhodě (CMP), přičemž riziko vzniku je nejvyšší v prvních třech měsících po příhodě.

U pacientů po mozkové příhodě může být diagnostika deprese navíc komplikována kognitivními deficity a poruchou komunikačních schopností, a naopak nerozpoznaná a neléčená deprese zpomaluje celkový proces uzdravování. Vedle podpůrné psychoterapie je základem vhodně zvolená antidepressivní medikace, je prokázán terapeutický účinek časné intenzivní kognitivní aktivizace.

Kognitivní trénink je indikován na základě cíleného neuropsychologického vyšetření, nejčastěji se zaměřuje na oblast orientace, mnestických (paměťových) funkcí, pozornosti, psychomotorického tempa a vizuoprostorových schopností. Na našem oddělení

je realizován MUDr. Ivanou Hoffmanovou, která v této oblasti spolupracuje také s ergoterapeuty a s naší klinickou logopedkou.

Důležitou součástí neurorehabilitace je práce s rodinou pacienta, průběžné informování o průběhu a cílech terapie. Tyto schůzky koordinuje ošetřující lékař dle aktuální situace. Konzultace s psychologem rodině pomáhá vyrovnat se s nemocí jejich rodinného příslušníka, pochopit jeho osobnostní a kognitivní změny, taktéž rodině poskytujeme informace k tréninku oslabených oblastí kognice v domácím prostředí s možností následné kontrolní ambulantní návštěvy.

Považuji za velké štěstí, že jako klinická psycholožka jsem již mnoho let součástí zkušeného neurorehabilitačního týmu, ve kterém vládne přátelská atmosféra, kterou vnímají a oceňují i naši pacienti. Kromě toho, že zcela přirozeně průběžně konzultujeme práci s ostatními terapeuty,

jedenkrát týdně se všichni scházíme na rehabilitační konferenci, kde vzájemně sdílíme výsledky vyšetření a práce s pacientem a vytváříme společně terapeutické cíle. Mojí úlohou je poskytovat ostatním členům týmu důležité informace o osobnostních

specifikách pacienta, o druhu kognitivních deficitů, o rodinném zázemí pacienta a o vhodných přístupech a komunikačních strategiích. Kvalita kognitivních funkcí určuje schopnost nezávislého života a míru zapojení do rodinných, sociálních

a pracovních interakcí. Pokud už se pacient naučí znovu chodit, potřebuje vědět, kam a proč vůbec jít.

■ **Mgr. Naděa Jiříčková**
klinická psycholožka

Role logopeda v neurorehabilitačním týmu

Od roku 2015 je součástí týmu Rehabilitačního oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., klinický logoped. Podílím se na komplexní neurorehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách, ale i kraniotraumatech, operacích mozku a dalších onemocněních, kdy dochází k různým neurogenním poruchám komunikace a polykání.

Afázie je nejzávažnější a nekomplikovanější narušení komunikačních schopností. Je to porucha porozumění nebo schopnosti používání již vybudované řeči. Existuje více forem, odvíjejících se od místa a rozsahu poškození mozku. Tato porucha komunikace může znamenat potíže s porozuměním, vybavováním si slov, pojmenováním a celkově spontánním řečovým projevem, kdy dotyčný pojmy zaměňuje nebo si je není schopen vybavit vůbec.

Tyto problémy se mohou vyskytovat i souběžně s různými formami apraxie (ztráta schopnosti vykonávat pohyby a činnosti), agnózie (ztráta schopnosti poznávat předměty a např. obrázky) a kognitivních poruch (paměť, pozornost), které již spadají do kompetence ergoterapeuta a klinického psychologa.

Dysartrie je získaná porucha motorické realizace řeči, kdy je v důsledku ochrnutí, slabosti nebo narušené koordinace svalstva v různé míře změněna hybnost, plánování i kontrola

pohybů čelistí, tváří, rtů, jazyka. Bývá postiženo i samotné dýchání, často je přítomna i porucha polykání (dysfagie) a hlasu (dysfonie).

V případě poruch polykání je pacient ohrožen aspirací (vdechnutím sousta), proto záhy provádím a vyhodnocuji GUSS test (screeningové vyšetření polykání). Ve spolupráci s ošetřujícím personálem, nutričními terapeutky a ORL oddělením (vyšetření FEES – endoskopické vyšetření polykání) jsou stanovena odpovídající režimová opatření včetně úpravy diety (dysfagická) a je zahájena terapie zaměřená na zlepšení polykacích funkcí.

Časnou logopedickou péči mnohdy zahajují již na Neurologickém oddělení, kde s pacientem navazují první kontakt. S ohledem na jeho zdravotní stav provádím prvotní diagnostiku komunikační poruchy a polykání. Následně vypracuji návrh dalšího terapeutického postupu. Návazně může pacient pokračovat hospitalizací na našem oddělení, kde je mu poskytnuta komplexní rehabilitační péče. Navíc v prostředí přátelském a motivujícím, což má pro pacienty s poruchou komunikace pozitivní význam. Někteří pacienti pokračují v logopedické péči i ambulantní cestou.

Při náhlé ztrátě nebo změně schopnosti komunikace dochází k zásadnímu narušení sociálních vazeb člověka, který se často z minuty na minutu ocitl v nové a nelehké životní situaci. Žádné dvě



Mgr. Martina Víšková, klinický logoped

osoby s výše jmenovanými poruchami nemají identické obtíže, a proto neexistují ani univerzální terapie. Existují účinné postupy, jak mozkové funkce postupně vylepšovat. Pracuji individuálně, s materiály a tématy, které svým zaměřením odpovídají potřebám klienta. Kladu důraz na vřelou a důstojnou atmosféru během terapií i mimo ně. Používám adekvátní pomůcky, např. obrázkový slovník, iPad, PC programy, pomůcky na muzikoterapii aj., spolupracuji

s ostatními členy rehabilitačního týmu. Denně si vyměňujeme postřehy z terapií a jednou týdně konzultujeme postupy na rehabilitační konferenci.

Kdy a jak může pomoci rodina?

Ihned, při každé návštěvě v nemocnici mluvíte se svým blízkým. Není pravda, že když vám neodpovídá a má například zavřené oči, že komunikace nemá cenu. Je prokázáno, že ke stimulaci mozkových center dochází i v těchto případech. Z hlediska nápravy jsou nejdůležitější první týdny a měsíce po příhodě. Pro úspěšnou terapii je klíčové i rodinné

zázemi pacienta, partner, se kterým může nemocný komunikovat.

Mluvíte se svým blízkým jasně, srozumitelně, v jednoduchých větách s jasným významem a možností jednoznačné odpovědi ano/ne (gestem, pokýváním). Dodejte malé album s fotografiemi pacientových blízkých či domácího mazlíčka. Začněte s tím, co je mu nejbližší a po čem by se mu mohlo stýskat. Nejdříve se daří vybavit si slova, která jsou spojena se silnými emocemi. Zkuste s ním zpívat nebo alespoň intonovat známou píseň. Vyhněte se používání dětských knížek a slabikářů, většinu pacientů tento druh pomůcek uráží.

Používejte materiály odpovídající intelektové úrovni vašeho blízkého, buďte trpěliví.

Mozkové příhody, úrazy a onemocnění s jejich následky se nikdy nedostavují v situaci, kdy je čekáme a chceme. Vždy jsou velkým zásahem do psychiky konkrétního jedince i jeho okolí. Velmi bych si proto přála, aby se v této oblasti zlepšila informovanost laické veřejnosti a naši pacienti i jejich rodiny se setkávali pouze s empatií, podporou, upřímným zájmem a ochotou k pomoci, pokud o ni požádají.

■ **Mgr. Martina Víšková**
klinický logoped

Ergoterapie

Nevíte, co si pod pojmem ergoterapie představit? Vysvětlení není jednoduché, náplň práce ergoterapeuta zasahuje do mnoha oblastí a snadno se prolíná s ostatními obory.

Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplné činnosti usiluje o zachování a využití schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností. Věnuje se osobám, které jsou limitovány z důvodu onemocnění, úrazu, vývojové vady či procesu stárnutí. Ergoterapie má povzbudivý účinek na udržení nebo znovuzískání ztracených sil a sebedůvěry. Podporuje zdraví a duševní pohodu osoby prostřednictvím smysluplné aktivity/zaměstnávání.

V Nemocnici České Budějovice, a.s. v současné době pracují ergoterapeuti v rámci multidisciplinárního týmu na lůžkovém Rehabilitačním oddělení i na Neurologickém oddělení. Věnujeme se např. pacientům

po cévní mozkové příhodě, klíčové encefalidě, po úrazech, ortopedických a neurochirurgických operacích aj.

Abychom si lépe představili, co všechno ergoterapie zahrnuje, ukážeme si to na jednoduchém příkladu, jako je jedení u pacienta po mozkové mrtvici. Je potřeba se zamyslet, ze kterých úkonů se vlastně činnost skládá. Abychom mohli ukrojit a donést sousto k ústům, potřebujeme schopnost udržet přístroj a manipulovat s ním, mít dostatečnou sílu ve stisku i tlaku proti podložce, mít zachovaný pohyb v lokti a rameni pro pohyb končetiny v prostoru a dokázat pohyb zacílit, tedy zkoordinovat směrem k ústům. Tím jsme zjednodušeně vystihli pohybovou část činnosti horní končetiny. K tomu musíme přiřadit schopnost zaujmout tělo v prostoru, tedy schopnost sedět alespoň v polosedu s oporou zad, správně nastavit pozici hlavy a vlastní aktivitu jazyka, dutiny ústní, zkoordinování dechu při polykání. Základem pro provedení aktivity je ale také schopnost kontaktu s realitou,

správně přijímat a zpracovávat informace, např. uvědomit si, že je „čas jídla“, zrakem vyhodnotit přijímanou potravu, pohyb iniciovat a ukončit.

To byl pouze jeden příklad. Představte si, kolik dalších činností a situací musí pacient zvládnout, aby se mohl vrátit do domácího prostředí. Zde nastupuje komplexní práce (intervence) ergoterapeuta. Naším cílem je zachování nebo dosažení maximální možné soběstačnosti a nezávislosti. Pomáháme nalézt způsoby, jak nahradit porušené funkce postiženého člověka nebo jak zlepšit účast v sociálním životě.

Cílem ergoterapie je umožnit osobám zachovat si maximální soběstačnost v běžných denních činnostech bez ohledu na jejich zdravotní postižení či znevýhodnění. Návčiv činností, ve kterých je osoba limitována, probíhá v reálných situacích co nejlépe přizpůsobených jejímu vlastnímu domácímu prostředí. Učíme pacienta pohyblivosti na lůžku, přesunům

na toaletu, do koupelny, na invalidní vozík, mobilitě na něm, sebeobsluze při jedení, oblékání, hygieně aj. Při naší práci úzce spolupracujeme s fyzioterapeuty, zdravotními sestrami a ošetrovatelským personálem.

Nejvýznamnější úlohou ergoterapeuta je zlepšení či kompenzace postižené funkce. Terapie je především cílena na funkci horní končetiny, a to na zlepšení hybnosti, plynulosti pohybu, nácvik úchopů, manipulaci s předměty a obratnost ruky. Terapie může být zaměřena také na podporu citlivosti končetiny a jejího uvědomění si. Vše je vedeno k maximálně možnému zapojení končetiny do běžných činností. Výsledků je dosahováno pomocí specifických metod a technik (např. Bobath koncept, terapie spastické parézy, koncept bazální stimulace, orofaciální stimulace), intenzivního opakování cvičení a roboticky asistované rehabilitace. Lze využít i sportovní, pohybové, rukodělné, volnočasové a společenské činnosti k dosažení zlepšení funkce.

Nácvik úchopové a manipulační funkce ruky je stěžejní náplní práce v našem oboru. Ruce jsou párovým orgánem a značné množství aktivit vyžaduje souhru obou končetin, např. použití přístroje, zapnutí knoflíků, umytí a učešání vlasů. Používáme různé typy úchopů s využitím malé či větší svalové síly, preciznosti pohybu a nekonečných možností variability provedení vzhledem k typu poruchy. Při nemožnosti návratu původní funkce se terapie zaměřuje na nalezení náhradních způsobů provádění činnosti či využití pomůcek pro minimalizování deficitů.

V ergoterapii se také zabýváme nácvikem tzv. instrumentálních činností, tedy „nástavbových“ běžných denních činností s využitím „nástroje“. Např. je to péče o domácnost, nakupování, používání komunikačních technologií (telefonu, počítače), plánování cestování v rámci MHD a činnosti s tím spojené. Pro tyto činnosti se využívá modelových situací, např. pro nácvik přípravy stravy



Ergoterapeutky, zleva stojící : Bc. Monika Turková, Daniela Bártová, Bc. Petra Straková a Bc. Pavlína Jírovcová (sedící)

a vaření využíváme cvičnou kuchyni, vedeme nakupování v obchůdku v areálu nemocnice a zároveň tím trénujeme chůzi v exteriéru.

Ve spolupráci s logopedem se podílíme na cílené terapii mluvidel a svalů obličeje pro zlepšení řečových dovedností a polykání. Ve spolupráci s psychologem se podílíme na rozvoji kognitivních funkcí (pozornost, paměť, orientace, schopnost řešit každodenní záležitosti, logické myšlení, schopnost iniciace, poslušnost činností) a psychosociálních dovedností (navazování vztahů, umění se domluvit a spolupracovat ve skupině).

Ergoterapeut pomáhá řešit praktické otázky, vybavení vhodnými kompenzačními pomůckami a jejich výběr pro jednotlivé oblasti aktivit, které jsou pro člověka nepostradatelné, a poskytuje poradenství. S rodinou pacienta řešíme konkrétní požadavky

na úpravu bariérového domácího prostředí a nacvičujeme s ní techniky dopomoci při provádění běžných denních činností pro umožnění návratu pacienta domů.

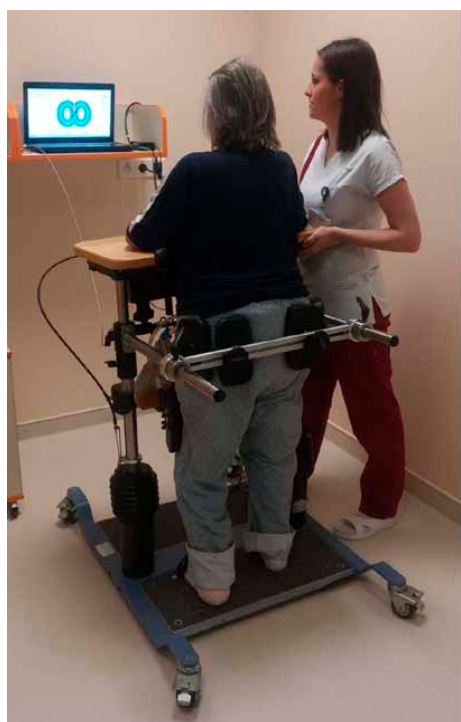
A co říci závěrem? Díky týmovému přístupu, kvalitnímu vybavení a příjemnému prostředí se nám společně daří lidem usnadnit návrat zpět do života. Je to běh na dlouhou trať, který vyžaduje trpělivost ze strany nejen pacienta, ale i celé rodiny. Pro překonání tohoto obtížného období je potřeba nabídnout pomoc i ze strany sociálních služeb, aby péče neskončila pouze propuštěním pacienta do domácího prostředí.

■ **Bc. Petra Straková**
Daniela Bártová
ergoterapeutky

Robotická rehabilitace

Roboticky asistovaná rehabilitace patří k nejmodernějším trendům v neurorehabilitaci. Využívá pokročilých technologií k diagnostice a terapii motorických i kognitivních deficitů. Spojení virtuální reality a zpětné biologické vazby umožňuje pacientovi vnímat a zároveň svou vůlí řídit provedení pohybu, jeho rozsah, sílu i přesnost. Prostřednictvím motivačních cvičení dochází ke zlepšení dovedností pacienta. Nedílnou součástí je trénink kognitivních (rozumových) funkcí, koncentrace či rozdělené pozornosti. Výsledky jednotlivých cvičení jsou ukládány v paměti přístroje, kterým dokumentujeme postupné zlepšování funkce.

Dynamický vertikalizátor – elektrický zvedák a víceprvková fixace umožňují stoj a práci s těžištěm i nechodícím pacientům. Pacient sleduje pozici svého těžiště na monitoru a podle zobrazeného úkolu koriguje svůj stoj požadovaným vychýlením těžiště v prostoru.



Imoove – elisférický pohyb balanční plochy podobný vzájemnému pohybu obratlů optimalizuje svalové napětí, stabilitu a svalovou sílu, při cvičení dochází k zapojení hlubokého stabilizačního systému trupu a páteře.



Zebriis – elektrický chodící pás pro nácvik stoje a chůze. Přes zobrazení aktuálních hodnot na monitoru nebo promítáním individuálně přednastavených parametrů na chodící pás umožňuje korekci zatížení dolních končetin a stereotypu chůze. Zobrazení virtuálního prostředí na obrazovce rovněž poskytuje nemocným možnost nacvičovat chůzi v různě složitém terénu.



Motomed Bemo – přístroj umožňuje provádět pasivní, asistovaný i aktivní pohyb dolních končetin podobný jízdě na kole. Pacientovi nastavujeme různé parametry k ulehčení pohybu, nebo naopak zvyšujeme odpor. Výhodou motomedu je využití i u pacientů ležících, s úplnou ztrátou aktivní hybnosti dolních končetin.



Amadeo – přístroj pro funkční terapii horní končetiny ke cvičení ruky a jednotlivých prstů. Individuálně nastavitelné parametry umožňují cvičení podle tíže funkčního postižení ruky. Cílem je zlepšení jemné motoriky a úchopové funkce.



Myro – nabízí rehabilitaci pacientů se sníženou funkcí horní končetiny, ruky a prstů. Plocha podobná velkému tabletu se ovládá dotykem, tlakem, tahem či prostřednictvím nástavců, které umožňují různé typy úchopů. Terapie je vedena ke zlepšení hrubé i jemné motoriky, koordinace pohybu, funkční vazby oko-ruka.



Sunball – správným tlakem na interaktivní míčky pacient plní konkrétní úkol (zde skládání puzzle). Trénuje jemnou motoriku i kognitivní funkce.



■ **Vladimíra Hnilíčková**
vedoucí fyzioterapeutka

■ **Bc. Lukáš Novák**
fyzioterapeut

Fyzioterapie

Pojem fyzioterapie pochází z řeckého slova **fysis – přírodní síla a therapeiá – léčba**. Jedná se o část rehabilitace, která se zabývá léčbou pohybového systému. Fyzioterapii tvoří dva základní pilíře, kinezioterapie a fyzikální terapie.

Kinezioterapie (léčba pohybem, dříve LTV – léčebná tělesná výchova) Individuální kinezioterapii vede fyzioterapeut, který využívá různé techniky k harmonizaci svalového napětí, odstranění spasmů a fixaci správných pohybových vzorců. Práce fyzioterapeutů vychází z rozsáhlé

znalosti anatomie, neurofyziologie, biomechaniky a vývojové kineziologie. Jednotliví fyzioterapeuti získávají další odborné specializace v konceptech a metodikách, např. Vojtova reflexní terapie pro dětské i dospělé pacienty, měkké a mobilizační techniky, Bobath koncept, Spiral dynamic, PNF – propioceptivní neuromuskulární facilitace, DNS – dynamická neuromuskulární stabilizace, metoda L. Mojžíšové, metoda M. Feldenkraise, BPP – bazální posturální programy, korekce držení těla dle Schrottové, kraniosakrální a viscerální terapie. Pro terapii volíme metodiku dle pacientova

funkčního deficitu při respektování jeho diagnózy.

Fyzikální terapie (FT) využívá k léčbě pohybového aparátu různé fyzikální energie a dle toho ji dále rozdělujeme na elektroléčbu, fotoléčbu a vodoléčbu (hydroterapii). Jejich správnou aplikací lze ovlivnit, popř. odstranit celou škálu symptomů – bolest, otok, zvýšené svalové napětí. Fyzikální terapii můžeme podpořit účinek kinezioterapie .

Elektroléčba je nejrozšířenější fyzikální terapií. Využívá různě modulovaný elektrický proud o příslušné intenzitě.



Kolektiv fyzioterapeutů a ergoterapeutů

Do těla je přiváděn přes kůži pomocí elektrod (TENS = transkutánní elektrická neurostimulace, Trabertovy proudy, DD proudy, izoplanární vektorové pole, elektro- a neurostimulace, elektrogymnastika). Bezkontaktně lze aplikovat nízkofrekvenční elektroterapii (VAS 07) a magnetoterapii i přes oděv.

Fototerapie je léčba světelným paprskem, při níž aplikujeme

polarizované světelné záření – LASER. Působí biostimulačně na buňky, má protizánětlivé, analgetické a myorelaxační účinky. Pomáhá např. hojení žizev, při zánětech svalových úponů aj.

Při **vodoléčbě** využíváme celotělové vany, perličkové koupele a končetinové vířivky k uvolnění rozsahu pohybu, k redukci otoků končetin nebo

k celkové relaxaci organismu. Při cílené kinezioterapii v bazénu voda umožňuje cvičení v odlehčení i proti odporu.

■ **Vladimíra Hniličková**
vedoucí fyzioterapeutka

■ **Bc. Lukáš Novák**
fyzioterapeut



Rehabilitační cvičení pacientů



Vedoucí fyzioterapeutka Vladimíra Hniličková (uprostřed) a zástupci Mgr. Marie Konečná a Bc. Lukáš Novák

Časná fyzioterapie ruky

Lidská ruka je univerzálním nástrojem. V každodenním životě zastává mnoho funkcí. Ruka nejen uchopuje předměty a manipuluje s nimi, ale je také nástrojem vnímání. Spojuje nás s okolním světem prostřednictvím hmatu, dotykem vnímáme tvary, teplotu, vlastnosti předmětů a okolí. Hraje důležitou roli v komunikaci při gestikulaci, pozdravu, podání ruky. Ruce nám pomáhají vyjádřit naše myšlenky a emoce. Immanuel Kant prohlásil, že ruka je přímá cesta do mozku.

A právě ruka bývá často první ve fyzickém kontaktu s okolím, a tím je ohrožena rizikovými faktory v běžném životě. Snadno vznikají poranění, která mohou významně ovlivňovat kvalitu života pacienta, zvláště dojde-li k trvalému poškození funkce.

Nárůst poranění ruky s následnými operačními suturami šlach si vyžádal potřebu specifického rehabilitačního přístupu. Tehdy první fyzioterapeutky absolvovaly stáž v Ústavu chirurgie ruky a plastické chirurgie ve Vysokém nad Jizerou. (Andrea Srovátková, v následujících letech Kateřina Čížková, DiS., Jitka Volfová, Jana Marešová, Markéta Šunová, DiS.). Následně začaly pracovat dle specifických protokolů po poranění šlach (Kleinert, Duran and Houser) a vznikla ambulance časně fyzioterapie ruky (2001).

Do naší ambulance přicházejí pacienti co nejčasněji po konzervativním či operačním ošetření na specializovaném pracovišti (traumatologie, plastická chirurgie, neurochirurgie, ortopedie). Setkáváme se s nejrůznějšími diagnózami, které se mohou v této oblasti (prsty, dlaň, zápěstí) vyskytovat. Může se jednat o zlomeniny, poranění měkkých tkání, šlach, operačně řešené útlaky a sutury nervů v oblasti ruky, vrozené deformity (operačně řešené syndaktylie – srůsty prstů) nebo



Zleva: fyzioterapeutky Kateřina Čížková, DiS., Markéta Šunová, DiS., a Jitka Volfová

sekundární deformity po poranění (deformita labutí šije, knoflíkové dírký). Pracujeme s pacienty s KRBS (Komplexní regionální bolestivý syndrom – různé bolestivé stavy vzniklé jako následek úrazu a svou intenzitou a dobou trvání přesahující očekávaný průběh). Nejčastějšími v naší ambulanci jsou distorze (podvrtnutí), kontuze (zhmoždění) a řezná poranění prstů a šlach. K nejzávažnějším patří velká ztrátová poranění (amputace prstů, části dlaně, replantace prstů, hluboké defekty).

Pro terapii je pro nás významná přesná informace specialisty o provedeném výkonu a kvalitě tkání. Mohlo by se zdát, že cvičit ruku je snadné, ale ve většině případů tomu tak není. Ruka pro správný úchop a pohyb potřebuje stabilitu, správné napětí, svalovou sílu, kloubní hybnost, dostatečnou posunlivost a elasticitu jednotlivých vrstev měkkých tkání a v neposlední řadě optimální citlivost. Při fyzioterapii

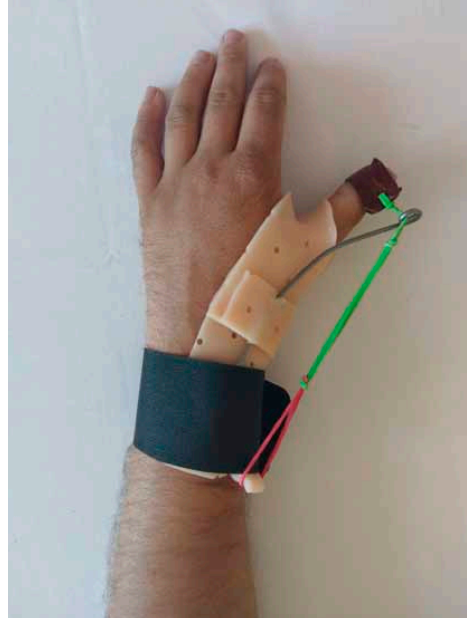
se zaměřujeme na péči o jizvu a měkké tkáně, eliminaci otoku, zlepšení hybnosti a svalové síly, nácvik koordinace, jemné motoriky a úchopů. K výcviku úchopů a jemné motoriky využíváme jednoduché pomůcky rozličných tvarů, povrchů a velikostí. Pro zvýšení svalové síly nám pomáhají molitanové míčky, speciální modelovací hmota, posilovací pružné tahy. Pro obnovení pasivní hybnosti prstů a zápěstí využíváme motodlahy. Pacient postupně zapojuje ruku do běžného života. Usilujeme o co nejlepší funkci ruky.

Součástí ucelené fyzioterapie ruky je také dlahování, statické i dynamické. K výrobě individuální dlahy používáme různé druhy termoplastických materiálů. Dlahu vyrábíme pacientovi přímo na míru a typ termoplastu volíme podle diagnózy a funkce, kterou má dlahu splnit. Dle potřeby dokážeme některé segmenty dlahou zafixovat a jiné ponechat pohyblivé. Využíváme k tomu gumičky, objímky, suché zipy

apod. Termoplast se ohřívá v horké vodě okolo 60–70 °C a tvaruje se přímo na pacientovi. Některé detaily lze ještě upravit pomocí horkovzdušné pistole. Vždy postupujeme tak, aby dlahy splnily svůj účel a zároveň byla pro pacienta komfortní. Statické dlahy využíváme ke korekci postavení v daném segmentu (viz obrázek). Dynamické dlahy vyžadují spolupráci pacienta. Vyrábíme a používáme je u dobře spolupracujících pacientů, zejména po poranění extenzorového aparátu (viz obrázek). Zásadní roli v konečném výsledku rehabilitace hraje pacient, jeho přístup k léčbě a dodržování instrukcí.

O tom, jak důležité ruce pro nás jsou, svědčí řada pořekadel. Ale my od toho „nedáváme ruce pryč“. Časná rehabilitace ruky na REO se stále rozvíjí, úzce spolupracujeme s chirurgickými obory. Vzděláváme se. Přínosné pro nás bylo absolvování Základního kurzu dlahování Mgr. Milady Kukačkové a Ivany Krejčí. Pravidelně se zúčastňujeme Kongresu České společnosti chirurgie ruky.

■ **Markéta Šunová, DiS.**
Kateřina Čížková, DiS.
Jitka Volfová
fyzioterapeutky



*Dynamická dlahy po poranění extenzoru
Pacient provádí aktivní limitovanou flexi a pasivní extenzi tahem za gumičku.
Pohyb opakuje 5–10x každé 2 hodiny po dobu 5–6 týdnů.*



*Funkční statická polohovací dlahy při paréze nervus radialis
Dlahy umožňuje funkční postavení zápěstí a prstů, zajišťuje lepší zapojení do funkce celé horní končetiny.*

Fyzioterapie nohy

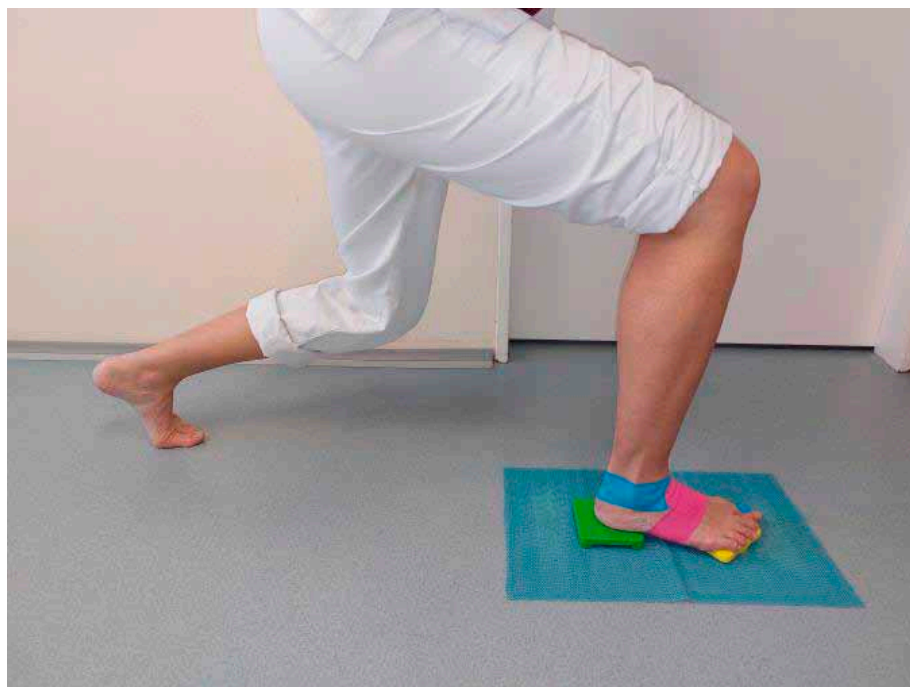
Stejně jako je každý člověk originál, i každá noha je jiná. Má svůj charakter, stavbu, citlivost i způsob chování. Nohy mohou být krátké, široké, úzké, ploché, se zvýšenou nebo sníženou klenbou.

Noha (chodidlo) zprostředkovává kontakt těla s terénem při stoje a chůzi, a tím se podílí na udržování rovnováhy a vzpřímeného stoje. Zdravá noha má také význam pro správnou funkci celého pohybového aparátu, ovlivňuje kvalitu držení těla a pohybu.

Funkční poruchy nohy se vyskytují stále častěji. Nošením ponožek a nevhodných bot otupujeme významné senzitivní schopnosti nohou, jako jsou orientace při chůzi, bezpečný odraz, nášlap a stabilní stoj. Déle trávající změna funkce nohy vede sekundárně ke strukturálním změnám. Patří sem poruchy klenby, vbočené palce, kladívkové prsty atd... Porucha postavení, opěrné a pohybové funkce nohy jsou spojeny s poruchou motorického stereotypu a ovlivňují postavení a funkci dalších segmentů

dolních končetin a osového orgánu. Na aktivitu svalstva nohy reaguje také pánevní dno společně s bránicí, a tím se mění postavení hrudníku a mechanika dechového stereotypu.

Náplní práce fyzioterapeuta je léčba těchto funkčních a strukturálních poruch nohy. Zdravá noha má pevné a pružné vazy, aktivní svaly a nezablokované klouby. Hmatovou funkci nohy může každý člověk jednoduše trénovat chůzí naboso, přičemž vnímá různé povrchy



Využití destiček Propriofoot, kineziotejp vbočeného palce a příčné klenby.

a stimuly prostředí. Bosou chůzí podporujeme i nožní klenbu, jejíž funkcí je tlumení a absorbování nárazů.

V naší ambulanci využíváme ke korekci a náviku správného postavení nohy a její opěrné funkce různých manuálních technik a terapeutických konceptů. Zejména potom aktivní cvičení ve vývojových řadách konceptu DNS podle prof. PaedDr. Pavla Koláře. Zařazujeme pozice nízkého a vysokého kleku (medvěd, rytíř),

tripodu, závěsného stoje. Kombinujeme je s pružnými tahy (therabandem) a labilními plochami. Dále využíváme cvičební pomůcky, jako jsou molitanové míčky, ježci, overbally, čocky, bosu nebo destičky Propriofoot. Pro podporu funkce a korekci klenby či postavení prstců používáme tejpování.

Jednotlivé techniky, které pro práci s pacienty využíváme, jsme se naučily převážně v praktických kurzech. Zmínily bychom certifikovaný kurz Dynamická

neuromuskulární stabilizace podle profesora Pavla Koláře (DNS), odborný kurz Diagnostika a terapie u poruch nožní klenby (Mgr. Lucie Kinclová, Ph.D.) a odborný kurz Propriofoot Concept (garant PhDr. Ingrid Palaščíková Špringrová, Ph.D.).

■ **Jana Kusová DiS.**
Mgr. Věra Marková
fyzioterapeutky

McKenzie metoda aneb správný pohyb léčí

Metoda mechanické diagnostiky a terapie (MDT) je mezinárodně uznávaným terapeutickým přístupem, který se již déle než třicet let specializuje na vyšetření a léčbu bolesti páteře i periferních kloubů. Tento vědecky podložený komplexní léčebný přístup je certifikovanými pracovníky poskytován na našem oddělení

lůžkové i ambulantní rehabilitace širokého spektru pacientů od roku 2017. McKenzie metoda je založena na vzdělávání a aktivním přístupu pacienta k terapii. Pacient, který porozumí svému problému a naučí se ho léčit, tak minimalizuje riziko recidiv, které jsou u vertebrogenních diagnóz (bolestivé stavy zad) velmi časté.

Použitím léčebných strategií McKenzie metody a jejich správnou aplikací je dosahováno vysoké úspěšnosti terapie při nízkých ekonomických nákladech.

A jak probíhá pacientova první návštěva v rámci této terapie?

Zásadní je vstupní vyšetření, při kterém je dotázán na podrobnou anamnézu

svých potíží. Terapeut cílenými otázkami zjišťuje všechny příznaky jako intenzitu a lokalizaci bolesti, spouštěcí faktory a mnohé další. Následuje důkladné vyšetření, v rámci kterého je pacient požádán o provedení určitých pohybů nebo setrvání v pozicích. Na základě tohoto mu terapeut nastaví specifické cvičení, které bude pacient provádět opakovaně během dne. Aktivní přístup pacienta tak minimalizuje potřebu návštěv v ambulanci terapeuta. Fyzioterapeut pacienta informuje i o vhodných a nevhodných pozicích a vysvětlí mu, co a proč způsobuje jeho potíže. Pacient se tak stává plnohodnotným partnerem v terapii.

■ **Mgr. Žaneta Tábořská, cert. MDT.**
fyzioterapeutka



Zleva: fyzioterapeutky Simona Pelikánová a Mgr. Žaneta Tábořská, prim. MUDr. Jana Holická a fyzioterapeut Bc. Eddie Voharčík

Fyzioterapie pánevního dna, inkontinence

V roce 2019 jsme absolvovaly u lektorky PhDr. Petry Vondrašové, Ph.D., kurz Dysfunkce pánevního dna – inkontinence (Helena Buzková, Martina Rohová, DiS.). Následně vznikla v rámci ambulantního provozu REO NCB specializovaná fyzioterapeutická ambulance inkontinence. Ve svých počátcích sem přicházely pouze pacientky s inkontinencí, které doporučili urologové. Postupně se rozšířila o gynekologické indikace pro ženy s funkčními obtížemi v oblasti malé pánve. Ke spektru urologických indikací přibyli i muži s inkontinencí, nejčastěji po operacích prostaty. Z proktologické ambulance k nám přicházejí pacienti s inkontinencí stolice.

V průběhu života se s problémem inkontinence setkává více než 1/3 populace. Spektrum i počet našich pacientů se stále zvyšuje, vyžaduje pečlivé vyšetření a specifickou terapii. Z těchto důvodů se ambulance

rozšířila o další kolegyně (Kateřina Čížková, DiS., Mgr. Barbora Hoffmannová).

Při inkontinenci dochází ke ztrátě schopnosti ovládat vyprazdňování a udržení moči nebo stolice. Nejčastější příčinou úniku moči bývá nedostatečná funkce svalů pánevního dna (dysfunkce) při náhlém zvýšení nitrobřišního tlaku (kašel, kýchnutí, zvedání břemen).

Fyzioterapií můžeme ovlivnit stav svalů pánevního dna. Pánevní dno tvoří svaly rozepjaté mezi stydkou kostí, sedacími hrboly a kostrčí. Můžeme si je představit jako „trampolínu“ podepírající orgány uložené v břišní dutině. Pokud nejsou v dobré kondici, dochází k poklesu vnitřních orgánů, které pak mohou tlačit na močový měchýř, takže dochází k úniku moči. Nedostatečná funkce svalů může způsobovat bolesti v oblasti zad a pánve, funkční sterilitu, sexuální dysfunkce a defekační obtíže.

V rámci prvního vyšetření odebereme specifická anamnestická data, seznámíme se s mikčnickými deníky a pitnou kartou. S pacientem vyplníme dotazník kvality života. Následně provedeme vstupní kineziologické vyšetření týkající se postavení pánve, osového skeletu, dolních končetin, gluteálních svalů, břišní stěny. Cíleně palpačně vyšetřujeme svaly pánevního dna per vaginam (vleže, vsedě, vestoje), per rektum (vleže na boku). Postupujeme dle PERFECT skóre, kdy hodnotíme svalovou sílu, vytrvalost, schopnost rychlého opakování kontrakce, kontrakce s výdrží, pomalé kontrakce, přítomnost souhry svalů, symetrii aktivace svalů pánevního dna. Pečlivé vyšetření je předpokladem stanovení správného fyzioterapeutického postupu.

Základem cvičení je uvolnění spasmů a následné posílení svalstva pánevního dna, svalová souhra se zapojením do stabilizace pánve a celé postury

(zapojení do hlubokého stabilizačního systému páteře). Pokud při vyšetření zjistíme necitlivost svalů nebo sníženou svalovou sílu, začínáme terapii pomocí přístrojové stimulace. Terapie inkontinence elektroléčbou prošla i na naší ambulanci výraznou modernizací. Zpočátku jsme ke stimulaci svalstva pánevního dna používaly jednoduché přístroje určené pro domácí používání (Peritone, Pericalm). Od roku 2021 je ambulance inkontinence vybavena přístrojem Gymna myo 200 k elektrostimulaci pánevního dna s možností volby široké škály programů zaměřujících se na zlepšení citlivosti a svalové síly u různých typů inkontinence. Speciální vaginální či anální sondy, které používáme ke stimulaci, si pacienti pořídí v lékárně na vlastní náklady.

Pokud je snižená citlivost a svalová síla dle PERFECT skóre na 0.–1. stupni (norma 5 stupňů), zahajujeme terapii elektrostimulací. Zpočátku pacienti přicházejí na terapii 2x týdně. První efekt terapie nastupuje po 2–3 měsících. Při svalové síle od 2. stupně využíváme programy s biofeedbackem, které potvrzují, že pacient daný pokyn vykonává správně. Na obrazovce vidí graf (visual biofeedback) nebo slyší tón (acoustic biofeedback) při aktivaci svalů.

Součástí rehabilitačního programu je i autoterapie. Ke zlepšení aferentace z pánevního dna doporučujeme



Fyzioterapeutky: první řada zleva: Mgr. Barbora Hoffmannová, Kateřina Čížková, DiS., druhá řada zleva: Helena Buzková, Martina Rohová, DiS.

použití pomůcek (edukator, Venušiny kuličky). Důležitá je změna životního stylu (optimální BMI, pitný režim) a edukace k prevenci rizikových faktorů (správné pohybové stereotypy při zvedání břemen, zapojení svalů pánevního dna do všech činností).

Efekt rehabilitace nastupuje po 2–3 měsících. Pacienti navštěvují naši ambulanci 6–12 měsíců.

Během tří let bylo v ambulanci ošetřováno zhruba 150 pacientů. Téměř u všech došlo ke zlepšení citlivosti a zároveň zlepšení svalové síly svalstva pánevního dna. U 70 % pacientů se zmírnily objektivní potíže, čímž se významně zlepšila celková kvalita jejich života.

■ **Helena Buzková**
Martina Rohová, DiS.
fyzioterapeutky

Cesta k dítěti

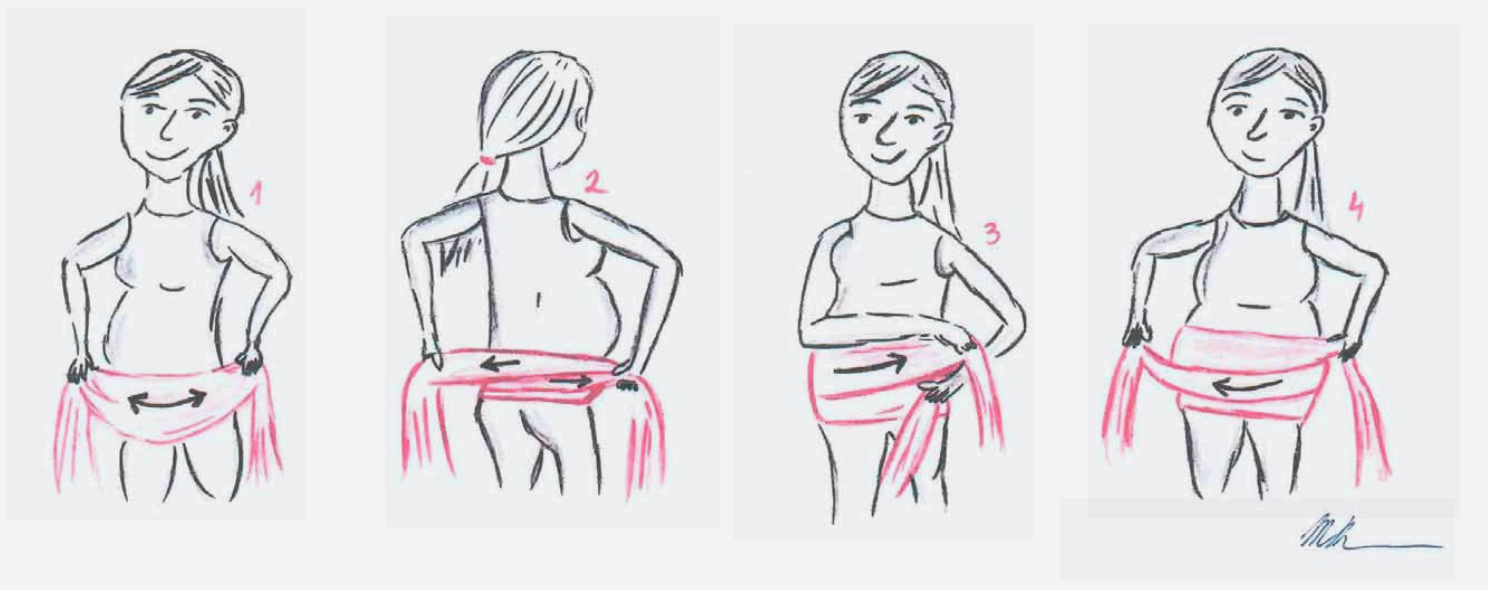
Při naší práci v ambulanci Rehabilitačního oddělení se specializujeme na pacientky indikované k fyzioterapii převážně gynekologem.

U žen, které mají potíže s otěhotněním, využíváme již od roku 2000 metodu Ludmily Mojžíšové. Tato terapeutka

se zabývala odstraňováním funkčních poruch pohybového systému. Postupně vyvinula metodu, která kombinuje cvičení, mobilizaci žeber, páteře a mobilizaci kostrče. Certifikovaný kurz Mojžíšové absolvovaly během let fyzioterapeutky Rehabilitačního oddělení Věra

Koubová, Jana Marešová, DiS., Lenka Stoličková, DiS., Helena Buzková, Martina Rohová, DiS.

Metoda Mojžíšové je založena na pravidelném důsledném denním cvičení v rámci autoterapie (domácí cvičení) v kombinaci s mobilizací



terapeutem. Při první návštěvě seznámíme pacientku s principem terapie a autoterapie. Návštěva u fyzioterapeuta probíhá 1x měsíčně, vždy po ukončení menstruace, celkem 6x po sobě. Fyzioterapeut uvolňuje per rektum kostrč, svaly pánevního dna, odstraňuje spazmy, blokády žebér a páteře. V den návštěvy u fyzioterapeuta doporučujeme pacientkám po zbytek dne odpočívat. Rehabilitační program, při jehož trvání se doporučuje neotěhotnět, trvá 6 měsíců. Úspěšnost metody při funkční sterilitě je statisticky udávána 33%. Metoda je indikována kromě funkčních sterilit i u pacientek, jež se připravují na IVF (uměle oplodnění), lze ji také aplikovat u funkčních poruch při bolestivé menstruaci nebo syndromu bolestivé kostrče.

Těhotné ženy nás nejčastěji vyhledávají kvůli bolesti páteře, pánevní bolesti či bolesti břišní stěny a kyčelních kloubů. Zde se již terapeutický postup mění. Spočívá v nácviu správného dechového stereotypu, nácviu relaxace. Významnou součástí je následná příprava na porod. V průběhu těhotenství doporučujeme těhotným při bolestech používat šátek, který snižuje tlak na břišní stěnu, riziko diastázy (rozestupu

přímých břišních svalů), přetížení svalů v oblasti pánve a zad, čímž uleví od bolestí v těchto partiích. Na ambulanci Rehabilitačního oddělení organizujeme skupinové předporodní kurzy, kde se nastávající maminky seznamují se cvičením pánevního dna a možnostmi využití šátku (J. Marešová, L. Stoličková).

Součástí nejnovějších terapeutických postupů je účast fyzioterapeuta v přípravě na porod. V prosinci 2021 jsme se zúčastnily semináře Mgr. Bajerové – Prevence nepostupujícího porodu (M. Rohová). Na základě těchto znalostí spolupracujeme s porodními asistentkami Gynekologicko-porodnického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., které jsme s možností využití fyzioterapie při porodu v příznivých situacích seznámily.

Při přípravě na porod seznamujeme těhotné s fyziologickými změnami, které tělo při porodu provází. Učíme je polohování a cvičení, které mohou využít na začátku porodu v první době porodní. Tím příznivě ovlivníme napětí vazů, svalů pánevního dna, postavení pánve a dosáhneme rozšíření pánevního vchodu, snížení tlaku na bránici a zlepšení dýchání.

Specifické polohování využívá změny postavení kyčelních kloubů při pokrčení, vtočení či vytočení, a tím následně rozšíření či zúžení pánevního vchodu a východu v průběhu 1. a 2. doby porodní. Polohování využíváme ve stoji s oporou o hlavu, předloktí či horní končetiny, vkleče na čtyřech s oporou o míč či bez, vleže na boku. V polohách, kdy břicho volně visí do prostoru, učíme těhotné využívat těhotenský šátek. Zašátkování napomáhá odlehčit přetíženým strukturám břišní stěny, pánve a zad a uleví od bolestí v těchto partiích. Obdobné polohy při vhodných situacích a šátkování mohou využívat těhotné i během druhé doby porodní.

Kromě těhotných ošetřujeme také ženy po spontánním porodu nebo po císařském řezu. Vyskytují se u nich obtíže s jizvami, bolesti v oblasti podbříšku nebo pochvy. Trápí je diastáza či inkontinence. Fyzioterapie může pomáhat ženě během cesty k dítěti od početí, v průběhu těhotenství, při porodu, po porodu i jako prevence a léčba inkontinence.

■ **Helena Buzková**
Martina Rohová, DiS.
fyzioterapeutky

Dokud dýchám, doufám

Jak dýcháme? To je dáno funkcí našich plic, posturálně-dechovou funkcí bránice, naší konstitucí, kondicí a aktuálním zdravím. Při dýchání můžeme ovlivnit rychlost, frekvenci, hloubku a plynulost dechu nebo můžeme dech zadržet či dýchání lokalizovat. Komplexní respirační fyzioterapie (systém dechové rehabilitace) zahrnuje měkké a mobilizační techniky, dechovou gymnastiku, instrumentální techniky, inhalační léčbu a drenážní techniky včetně polohování. Z fyzioterapeutických metod a konceptů k ovlivnění dýchání využíváme Vojtovu metodu reflexní lokomoce, dynamickou neuromuskulární stabilizaci profesora Pavla Koláře a propioceptivní neuromuskulární facilitaci. Díky metodám respirační fyzioterapie se zlepšuje mechanika dýchání, ventilační parametry, oxémie (množství kyslíku v krvi) a průchodnost dýchacích cest a snižuje se bronchiální obstrukce a dušnost, což je zásadní pro pacienty s akutním či chronickým respiračním onemocněním.

V současné době se stále častěji využívají instrumentální techniky (s dechovými pomůckami), které jsou pro pacienty díky biofeedbacku velmi motivující (viz obrázek). Podle klinického stavu pacienta zvolíme fyzioterapeutický postup a indikujeme vhodnou respirační pomůcku. Dechové pomůcky předepisuje pneumolog, alergolog, pediatr, neurolog a rehabilitační lékař. Spolupráce pacientů spočívá v každodenním disciplinovaném tréninku s danou časovou frekvencí používání pomůcky.

Respirační pomůcky využívají erudovaní fyzioterapeuti k prevenci vzniku pooperačních komplikací, při respirační insuficienci či onemocnění dýchacích cest v rámci ambulantní i lůžkové rehabilitační péče, zejména

na jednotkách intenzivní péče oddělení kardiochirurgie a hrudní chirurgie – RES, ARO i dalších JIP v Nemocnici České Budějovice, a.s. (KCHR – Janoušková Pavla, KCHJH – Nováková Lucie).

Pomůcky mohou být využity již při „weaningu“ (postupné odvykání od umělé plicní ventilace) pacienta. Začínáme tréninkem výdechových svalů. Pomůcku Threshold PEP napojíme přes speciální spojku a postupně navyšujeme odpor pro výdechové svaly. Nádech provádí pacient pomocí trenažeru a při aktivním výdechu posiluje výdechové svaly. Následně změním trenažér (Threshold IMT) a posilujeme nádechové svaly. Pacientovi je založen tréninkový deník se záznamem času a frekvence používání pomůcky. Při hospitalizaci nejčastěji doporučujeme trénink 10–20 výdechů/nádechů za hodinu. Po odpojení od UPV (umělá plicní ventilace) pacient pracuje s pomůckami jen přes speciální náustek (Threshold nebo RespiFlo). Použití trenažérů fyzioterapeut kombinuje s dalšími speciálními respiračními technikami. Inhalace k otevření dýchacích cest a vykašlávání se aplikují přes masku nebo náustek. I při inhalacích fyzioterapeut vede pacienta k co nejefektivnějšímu dýchání, zároveň navádí k lokalizovanému dýchání či asistovanému výdechu. Současně lze aplikovat dechovou vlnu i centraci v ramenním kloubu.

K objektivnímu vyhodnocení inspirační a expirační síly dýchacích svalů používáme u pacientů ruční diagnostický přístroj Micro RPM (Respiratory Pressure Meter). Přístroj jsme získali prostřednictvím Nadace Kardiocentrum České Budějovice v rámci účasti v klinické studii „Respirační fyzioterapie u pacientů se srdečním selháním“. Pomocí naměřených hodnot maximálních inspiračních

a expiračních ústních tlaků (MIP, MEP) individuálně pacientům nastavíme obtížnost dechových pomůcek a dokumentujeme progresivní zlepšení dechových parametrů.

Dle účinku můžeme rozdělit dechové trenažéry do dvou základních skupin. Jednak na ty, které jsou určeny k podpoře expektorace (vykašlávání) – Flutter, Acapella, RC-Cornet, Threshold PEP, Thera PEP, Cough Assist.

Další skupinu představují trenažéry k posílení dýchacích svalů – trenažéry inspirační (nádechové) i expirační (výdechové) – Threshold PEP, Threshold IMT, Triflo, Power Breathe, Cliniflo, Coach 2, Flow ball.



Triflo (RespiFlo) Nádechová pomůcka obsahuje tři kuličky v samostatných komorách a náustek. Dle konkrétní indikace se pacient zhluboka nadechne tak, aby zvedl první kuličku po dobu tří vteřin, dále vydechne mimo pomůcku, opakuje 10x za hodinu. Pro vyšší průtok s nádechem zvedá dvě kuličky (vizuální biofeedback), tím aktivně posiluje nádechové svaly.

Použití všech trenažérů fyzioterapeut kombinuje s dalšími respiračními technikami a metodami, např. s inhalací, lokalizovaným dýcháním, dechovou vlnou, dynamickou neuromuskulární stabilizací apod.

Cíle v respirační fyzioterapii stanovujeme vždy s ohledem na individuální možnosti, toleranci zátěže a aktuální zdravotní stav

pacienta. Každý pacient má v individuálním léčebném programu zahrnutou kinezioterapii (pohybovou léčbu), kde se snažíme o správnou funkci svalů stabilizačního systému páteře, do kterého řadíme břišní svaly, bránici, pánevní dno a zádové svaly. Je nezbytné zlepšit aktivitu a schopnost spolupráce uvedených svalů, což je spojeno se správným dechovým stereotypem.

Pocit volného dýchání je podmínkou dobré kvality života všech našich pacientů s dechovými obtížemi. Závěrem jen připomenu slova římského filozofa M. T. Cicera: „Dum spiro, spero.“ („Dokud dýchám, doufám.“)

■ **Mgr. Janoušková Pavla**
fyzioterapeutka

Fyzioterapie při bolestech čelistního kloubu

Ve druhé polovině roku 2022 započala spolupráce Rehabilitačního oddělení s Oddělením ústní, čelistní a obličejové chirurgie. S doporučením rehabilitační

péče mě navštěvují pacienti zejména na doporučení poradny čelistního kloubu vedené MUDr. Blankou Tichavovou. Pacienti přichází s různými obtížemi, počínaje bolestí čelistních kloubů bez jasné příčiny přes předoperační přípravu až po pooperační péči. Pooperační rehabilitační péče se týká pacientů po artroskopické i otevřené operaci čelistního kloubu včetně totální náhrady kloubu.

Čelistní kloub je jeden z nejzatěžovanějších kloubů v těle. Je namáhán při jídle, při verbální komunikaci, ale také při pohybech krční páteře. Navíc na čelistní kloub působí svaly žvýkací, pro které je specifické jejich časté zatínání při psychickém napětí, které může být prostřednictvím aktivity žvýkacích svalů uvolňováno. Každý z nás zná někoho, kdo si okusuje nehty, tváře nebo rty, zatíná nebo skřípe zuby (bruxismus). Tyto zlozvyky mohou přispět ke vzniku bolesti.

Fyzioterapie je účinná při bolestech způsobených reflexními změnami svalů nebo fascií a také po úrazech čelisti a hlavy. Často není bolest čelisti jediný problém, který pacienti mají. Přidruženými obtížemi bývají bolesti hlavy, omezení rozsahu pohybu čelisti, bolesti v oblasti krční páteře nebo v oblasti ramenního pletence.

V literatuře existuje dokonce případ, kdy může porucha lýtkového svalu způsobovat přenesenou bolest v oblasti čelistního kloubu.

V udržení té nejlepší péče o pacienty s obtížemi v oblasti čelisti, hlavy a krku mi dopomáhá studium v rámci metody CRAFTA® (Cranio Facial Therapy Academy). Tento přístup, založený nizozemským fyzioterapeutem prof. Harrym von Piekartzem, je úspěšně využíván v německy mluvících zemích. Další metodou, kterou využívám u pacientů s poruchou v oblasti hlavy a krku, je Fascial Manipulation®. Metoda je zaměřená na diagnostiku poruchy fascií a jejich následnou terapii.

I přes zatím relativně krátké období spolupráce s Oddělením ústní, čelistní a obličejové chirurgie pozoruji velký zájem o tuto specializovanou fyzioterapii. Pacienti oceňují možnost konzervativního řešení obtíží. Věřím, že většina pacientů bude profitovat z této ucelené léčby i nadále.

■ **Mgr. Jan Dvořák**
fyzioterapeut



Mgr. Jan Dvořák

Vzpomínání pamětníka aneb půlstoletí na Rehabilitačním oddělení

Po maturitě na SVVŠ (dnes gymnázium) jsem se rozhodl pro nástavbové studium na SZŠ v Praze (obor rehabilitační pracovník). Velmi pozitivní vztah k oboru ve mně vzbudili vynikající pedagogové – doc. MUDr. Eva Haladová, paní Alena Nechvátalová a učitelé doc. MUDr. František Véle, CSc., MUDr. Vladimír Janda, MUDr. Jan Pfeiffer, doc. MUDr. Rudolf Linc, MUDr. Miloš Máček a výborné instruktorky v pražských nemocnicích.

Po absolvování studia jsem v roce 1973 nastoupil do Nemocnice České Budějovice, a.s., na Rehabilitační oddělení jako rehabilitační pracovník. Zde se mě ujaly zkušené kolegyně, které mi předávaly své praktické zkušenosti. Musím jmenovat vedoucí oddělení paní Miladu Káralovou a další kolegyně – paní Marii Liškovou, Annu Jerhotovou a Zenu Královou.

V čele oddělení tehdy stál primář MUDr. Lubomír Štolba, původně chirurg, vynikající chiropraktik. K jeho slavným klientům patřil známý zpěvák Waldemar Matuška. Primář Štolba byl nejen velký odborník, ale i empatický kamarádský člověk s přirozenou autoritou. Předával nám zkušenosti, radil. V roce 1974 jsem byl povolán na dva roky na vojnu. Po návratu jsem nastoupil zpět na své původní pracoviště. Absolvoval jsem tzv. kolečko po lůžkových odděleních nemocnice, od interny až po psychiatrii, čímž jsem získal spoustu praktických zkušeností. V roce 1979 jsem složil specializační zkoušku z léčebné tělesné výchovy (dnešní atestace). V 80. letech jsem převzal část dětských pacientů s idiopatickou skoliózou a dalšími vadami páteře. Kromě toho jsem prováděl rehabilitaci na lůžkových odděleních a na ambulanci dospělých. Značnou část svého profesního života (1983–2000) jsem strávil na Infekčním oddělení.

Zde jsem coby fyzioterapeut pracoval s pacienty zejména s neuroinfekcemi. V letech 2000–2018 jsem působil na ARO. I pro fyzioterapeuta je zde práce fyzicky a psychicky náročná, ale i radostná, poněvadž fyzioterapeut může provázet pacienta od umělého spánku až po probuzení.

Během let se Rehabilitační oddělení měnilo. Primář MUDr. Štolba předčasně zemřel a na post primáře postoupila MUDr. Marie Šuldová. Omladil a rozšířil se tým rehabilitačních pracovníků. V 90. letech došlo k bouřlivějšímu rozvoji oboru. Vznikaly nové metodiky nebo se inovovaly metodiky již zavedené. Změnil se pohled na pacienta, začali jsme na něho pohlížet jako na funkční celek (má-li pacient např. problém s ramenem, vyšetřujeme a terapeuticky ovlivňujeme stabilitu lopatek, krční páteře, držení těla...).

Do naší práce začala více zasahovat technika. Oddělení v čele s primářkou MUDr. Janou Wiererovou se ihned nasměřovalo na nové moderní trendy. Došlo k přejmenování naší profese – z rehabilitačního pracovníka se stal fyzioterapeut. Na oddělení konečně nastoupili i kolegové. Přestal jsem být na oddělení jediný muž-fyzioterapeut. V té době jsem se již dlouhodobě zabýval dětskými pacienty s idiopatickou skoliózou a dalšími vadami páteře. I já jsem do metodiky cvičení zařadil nové trendy. Stal jsem se součástí týmu složeného z MUDr. Ladislavy Chundelové (rehabilitační lékařka) a MUDr. Jany Eiseltové (ortopedka). Tento tým spolupracuje dodnes. Sledujeme děti od prvozáhytu skoliózy až do ukončení kostěného růstu, což je u progresivní skoliózy zásadní. V našem krajském městě je tento systém ojedinělý a přináší výsledky



Petr Hušák

– zpomalení progresu, kompenzace skoliózy a v některých případech není ani nutná operace. Práce se skoliózou je tak trochu dobrodružství. Nevíme dopředu, jak se v době růstového spurtu zachová. U některých pacientů, zejména s autismem, se z fyzioterapeuta stává i psychoterapeut.

V současné době patří naše oddělení v čele s prim. MUDr. Janou Holickou ke špičkovým rehabilitačním pracovištím s kvalitním týmem lékařů a vysoce vzdělaných fyzioterapeutů.

Oboru přeji, aby se dále rozvíjel a aby stále platilo, že při práci fyzioterapeuta jsou nejdůležitější hlava a ruce.

■ **Petr Hušák**
fyzioterapeut - specialista

Tento boj o život jsme společně vyhráli

S dramatickými situacemi a pacienti na pokraji smrti se na našem Anesteziologicko-resuscitačním oddělení setkáváme neustále. Příběh mladé maminky, která do nemocnice přišla ve stavu, který nikterak nenasvědčoval tomu, že během pár hodin začne dlouhý boj o její život, však vyniká rozsahem a intenzitou spolupráce ošetřujícího personálu napříč nemocnicí.

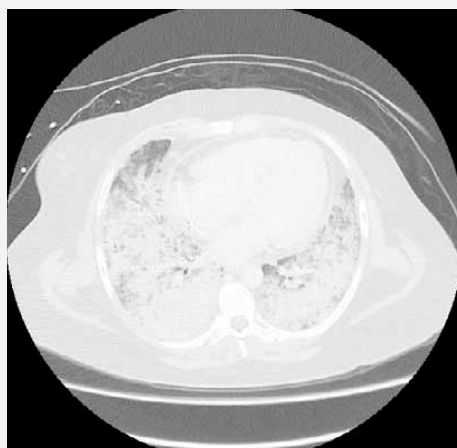
V březnu roku 2022 byla v odpoledních hodinách na Oddělení urgentního příjmu svým praktickým lékařem odeslána 26letá pacientka k vyloučení plicní embolie kvůli tři dny trvající dušnosti. Pacientka si sama stěžovala pouze na suchý kašel. Byla klidově dušná a dokázala mluvit pouze v krátkých větách. Saturaci kyslíku v krvi měla 52 % (norma je nad 92 %). Po podání kyslíku obličejovou maskou se stav pacientky přechodně upravil k normálním hodnotám.

Poslechově bylo dýchání pacientky tiché, s minimálním poslechovým nálezem. To však kontrastovalo s rentgenovým vyšetřením hrudních orgánů, které prokázalo rozsáhlé zastření v celém pravém plicním poli a v dolním plicním laloku vlevo. Zvětšené srdce pak vykazovalo známky počínajícího srdečního selhávání. Při vstupním laboratorním vyšetření se potvrdila hypoxemie (nedostatek kyslíku v krvi) a mírná porucha funkce ledvin. PCR vyšetření na covid-19 bylo negativní. Z osobní anamnézy bylo doplněno, že pacientka v minulosti podstoupila operaci štítné žlázy kvůli nádoru a několik let se léčila s revmatoidní artritidou.

S ohledem na její závažný stav byla pacientka předána k další péči lékařům z Anesteziologicko-resuscitačního oddělení. Během překlady již byla ale natolik vyčerpaná, že bylo nutné

ji uvést do umělého spánku a zahájit umělou plicní ventilaci. Po intubaci však začala pacientka z dýchacích cest silně krvácet. I přes velmi agresivní ventilační režim se 100% kyslíkem se saturace kyslíkem pohybovala kolem kritických 50%. Okamžité CT plic po transportu na Anesteziologicko-resuscitační oddělení vyloučilo plicní embolii, prokázalo však nález

bronchoskopie (odsávání z dýchacích cest pomocí bronchoskopu) se nám nedařilo udržet dostatečnou dodávku kyslíku do organismu. Pacientce byly podány krevní transfúze, speciální přípravky proti krvácení a vysoké dávky kortikoidů ke ztlumení nadměrné zánětlivé aktivity. Souběžně byly do laboratoře po domluvě poslány vzorky krve



CT a RTG plic, které značí masivní krvácení do plicních tkání a těžké poškození plic

difúzního alveolárního edému (povšechný otok plic) a dorzální konsolidaci plic (zhtnutí tkáně).

Vstupní laboratorní vyšetření ukázalo těžkou anémií (chudokrevnost), zhoršení funkce ledvin a vyšší zánětlivé parametry. V diferenciální diagnóze tedy připadala v úvahu z různých příčin bronchopneumonie (zápal plic), selhání ledvin z dehydratace či případně pulmorenální syndrom (systémová vaskulitida – revmatické poškození krevních cév, které způsobuje poškození funkce plic a ledvin).

Stav pacientky byl nadále kritický. Ani přes veškerou snahu, velmi agresivní ventilační režim a opakované

na vyšetření revmatických protilátek, přestože už bylo po běžné pracovní době. Toto vyšetření je velmi specifické a technologicky náročné, proto je jeho dostupnost limitovaná. Kolem desáté hodiny večer, po nahlášení pozitivitu p-ANCA protilátek svědčící pro diagnózu systémové vaskulitidy, byla ihned domluvena plazmaferéza (odstranění patologických protilátek z krevní plazmy).

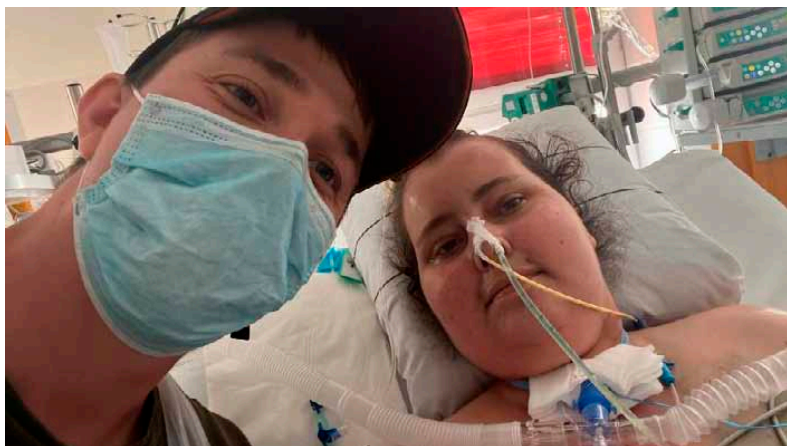
Navzdory veškeré terapii se celkový stav pacientky nedařilo zvrátit. Stav plic byl nadále kritický a hrozila srdeční zástava. Do rána by pacientka zcela jistě nepřežila. Proto byla kolem půlnoci s hraniční indikací transportována na Oddělení kardiochirurgie, hrudní

chirurgie a cévní chirurgie, aby byla napojena na mimotělní oběh (V-V ECMO) pro nahrazení funkce plic. Na tomto oddělení byla pacientka hospitalizována sedmáct dní, během nichž jí byly opakovaně prováděny léčebné plazmaferézy, pokračovala kortikoterapie, léčba cytostatiky a kvůli úplnému selhání ledvin byla pacientka plně závislá na dialýze („umělé ledvině“). Podpora funkce plic na mimotělním oběhu trvala celkem devět dní, než se obnovila funkce plic.

mezitím obnovily, takže již nadále nepotřebovala jejich náhradu.

V polovině července roku 2022 byla z jednotky intenzivní péče propuštěna na standardní lůžko. Zde byla pacientka stále upoutána na lůžko, ale byla již částečně soběstačná, sama se najedla. Během hospitalizace na Interním oddělení jí byl amputován poslední článek druhého prstu na pravé horní končetině pro suchou nekrózu, která byla důsledkem prvotního kritického stavu. Po dvouměsíční léčbě na Interním oddělení byla pacientka v polovině září

Přestože byla pacientka dlouhodobě a několikrát ve velmi kritickém stavu a její šance na přežití byly velmi nízké, má její příběh šťastný konec, a to díky hned několika faktorům. V první řadě to byla možnost provést speciální imunologické vyšetření v nočních hodinách. Je nutné si uvědomit, že díky těmto laboratorním výsledkům jsme byli schopni velmi rychle stanovit správnou diagnózu a zahájit tak cílenou léčbu velmi rychle probíhajícího onemocnění. Dalším nepostradatelným článkem řetězce záchrany tohoto života byla možnost napojení na mimotělní



Cca po dvou měsících od přijetí – pacientka je stále plně závislá na intenzivní ošetrovatelské péči na oddělení ARO



Pacientka po osmiměsíční hospitalizaci konečně doma

Pro postupný návrat ke spontánnímu dýchání (tzn. odvykání od ventilátoru) byla přeložena zpět na Anesteziologicko-resuscitační oddělení. Zde se její stav komplikoval četnými infekcemi v důsledku těžkého oslabení imunity. Odvykání od ventilátoru ztěžovala také myopatie kriticky nemocných (poškození svalů a nervů, ke kterým dochází při resuscitační péči), kdy byla pacientka zpočátku schopna hýbat pouze prsty horních končetin. Po dalších deseti týdnech byla, již sama dýchající, avšak s minimální svalovou silou, kdy nemohla zvednout pravou horní končetinu a zvládla jen velmi krátký sed na posteli, přeložena na jednotku intenzivní péče Interního oddělení. Funkce ledvin se

roku 2022 přeložena na Rehabilitační oddělení. Z Rehabilitačního oddělení se však pro rozvíjející septický stav musela vrátit zpět na Interní oddělení. Příčinou sepse bylo ložisko hnisu v oblasti levého kyčelního kloubu, a další léčba tak pokračovala na Infekčním oddělení, odkud byla pacientka v polovině listopadu roku 2022, tedy po osmi měsících hospitalizace v nemocnici, propuštěna domů.

V současnosti je pacientka chodící a již plně soběstačná a je léčena v revmatologické ambulanci a v Centru klinické imunologie.

oběh. Jedná se o velmi sofistikované zařízení, které poskytuje pacientům čas a šanci na stabilizování funkce životně důležitých orgánů, jako jsou plíce a srdce. Pojí se s ním však také mnoho komplikací a vždy je indikováno velmi individuálně. A na závěr snad to nejdůležitější – nic z výše uvedeného by však nebylo možné bez mezioborové spolupráce a nepostradatelné mravenčí a nekonečné práce ošetřujícího personálu, rehabilitačních pracovníků a jejich trpělivosti, která je v případech takto dlouhé intenzivní a i následné péče nepostradatelná.

■ **MUDr. Petra Cihlářová**
Anesteziologicko-resuscitační oddělení

Oddělení nukleární medicíny zahájilo jako třetí pracoviště v České republice léčbu PRRT

PRRT (Peptide Receptor Radionuclide Therapy) je moderní typ léčby pomocí radioaktivních léčivých přípravků, které se po nitrožilním podání cíleně zachytávají v nádorech se specifickými receptory a ničí je. První léčivý přípravek tohoto typu je v České republice k dispozici od roku 2022 a používá se k léčbě neuroendokrinních nádorů zažívacího traktu. Léčebný protokol tvoří čtyři až šest podání v odstupu osmi týdnů. Léčba probíhá za krátké (několikadenní) hospitalizace na Oddělení nukleární medicíny, které je na práci s radiofarmaky specializováno. Doposud byla léčba dostupná pouze ve Fakultní nemocnici v Motole a ve Fakultní nemocnici Olomouc, od dubna 2023 se však jako

třetí pracoviště v České republice přidala také Nemocnice České Budějovice, a.s. Léčba byla zahájena u dvou pacientů a proběhla bez komplikací. Odhaduje se, že touto moderní a drahou onkologickou léčbou bude ročně na Oddělení nukleární medicíny léčeno pět pacientů, kapacita by tak měla pokrýt potřeby Jihočeského kraje. Náklady na kompletní léčebný cyklus jednoho pacienta dosahují až tři a půl miliónu korun. K léčbě jsou doporučováni pacienti v pokročilých stadiích onemocnění na základě rozhodnutí multidisciplinárního týmu (onkolog a lékař nukleární medicíny). Efekt léčby je značný, avšak nevede k vyléčení pacientů.



Modří zobrazena akumulace radiofarmaka v nádorem postižených tkáních

■ **Prim. MUDr. Vojtěch Kratochvíl, MHA**
Oddělení nukleární medicíny

PODĚKOVÁNÍ

ráda bych poděkovala týmu Urologické oddělení pana primáře MUDr. Fialy.

Ve dnech 24.-26. 4. a 1.-3. 5. byl na jeho oddělení hospitalizován můj syn, který podstoupil laserové rozdrčení ledvinového kamene. Zákrok prováděl MUDr. Aleš Petřík. Velice děkuji panu doktoru Petříkovi za profesionální výkon a jeho vlídný a vstřícný přístup. Děkujeme sestřičkám za jejich milé úsměvy, starostlivost, laskavost a péči, lékařům za jejich trpělivost, vstřícnost a pochopení!

Navštívila jsem již hodně nemocnic v ČR a zahraničí, v době covidu jsem pracovala jako administrativní pracovník v pražské nemocnici, ale u vás jsem se společně se synem cítila jako člověk! Byl to krásný pocit a my vám se synem velice děkujeme!

Přejeme vám všem pevné zdraví, hodně štěstí a úspěchů ve vašich, tolik náročných profesích!

S hlubokou úctou, díky a přáním všeho dobrého
S. D.

Stigmatizace pacientů s tuberkulózou aneb nebojte se naší zahrady

Již od roku 1997 pracuji v Plicní léčebně. Za tu dobu prošla naší izolační jednotkou pro léčbu plicní formy tuberkulózy řada pacientů. Co pacient, to jiný příběh. Co jméno, to jiná cesta, jiný způsob života, jiná mentalita. Všichni ale měli něco společného – a tím byla společná diagnóza. Diagnóza tuberkulózy.

Od dubna letošního roku se Plicní léčebna stala součástí komplexu horního areálu Nemocnice České Budějovice, a.s. Naše léčebna se přemístila do pavilonu I, kde obýváme přízemí a první patro. V prvním patře se nachází standardní oddělení, kde jsou hospitalizováni převážně pacienti s chronickým plicním onemocněním. V přízemí budovy je pak izolační jednotka se zahradou. Na této jednotce jsou hospitalizováni pacienti s plicní formou tuberkulózy. Zahrada se tedy stala nejen pro naše pacienty, ale i pro okolí novinkou. Z tohoto důvodu jsem si dovolila napsat krátké sdělení, které by mohlo odpovědět na vaše možné dotazy týkající se pacientů s tuberkulózou.

Tuberkulóza patří mezi jedno z nejstarších doložených onemocnění vůbec. V historických pramenech můžete toto onemocnění objevit i pod jinými názvy, například „souchotiny“, „úbytě“, „bílý mor“, „krtice“, „hřbitovní kašel“ nebo také „kostižer“. Termín tuberkulóza zavedl v roce 1834 Johann Lukas Schönlein. Tento termín přesně vystihoval charakteristickou vlastnost onemocnění, kterou je tvorba uzlíků a granulomů různé velikosti. Tyto uzlíky byly pojmenovány tuberkuly. Odtud tedy název pro tuberkulózu.

Tuberkulóza je i v současné době stále jedním z nejrozšířenějších



Mgr. Romana Strnková

infekčních onemocnění vůbec. Podle dat Světové zdravotnické organizace jí v roce 2021 celosvětově onemocnělo odhadem 10,6 miliónu lidí. Z tohoto počtu přibližně 1,6 miliónu lidí zemřelo. Nejvyšší úmrtnost, která činí přibližně 95 %, připadá na rozvojové země. Zde tuberkulóza stále představuje jednu z nejčastějších příčin úmrtí na infekční onemocnění. Jedná se převážně o státy subsaharské Afriky, státy bývalého Sovětského svazu, jihovýchodní Asii, Mongolsko, Kazachstán, Čínu a Indii. Původcem onemocnění je některá z bakterií řady *Mycobacterium tuberculosis komplex*. V našich podmínkách jde většinou o *Mycobacterium tuberculosis*. Jedná se o aerobní, tyčinkovitou, pomalu se dělící, acidorezistentní bakterii.

Poprvé byla popsána Robertem Kochem v roce 1882, odtud pochází i její další název „Bacil Kochův (BK)“.

Tuberkulózou může být postižen jakýkoliv orgán v těle, ve většině případů však napadá plíce. Nejčastějším způsobem přenosu plicní formy tuberkulózy je inhalační cesta (kapénková nákaza), například při kašli, kýchání, mluvení apod. Zdrojem nákazy je nemocný člověk vylučující živá mykobakteria. K nákaze je obvykle třeba delší doba kontaktu s nemocným. Uvádí se, že u mikroskopicky pozitivního jedince se jedná o kontakt po dobu osmi hodin, u pouze kultivačně pozitivního jedince čtyřicet hodin. Náhodný, příležitostný a krátkodobý kontakt s člověkem s touto diagnózou k nákaze zpravidla nevede.

Tuberkulózní infekce je zákeřná v tom, že ve svém počátku ve většině případů probíhá zcela asymptomaticky. Později pacienti spojují své obtíže pouze s nespecifickými příznaky, jako je únava, pokles fyzické kondice, kašel, hubnutí, noční pocení či teploty. Ne zřídka bývá soubor těchto nespecifických příznaků bagatelizován a mylně přisuzován psychickému vypětí, stresu a přepracování. Později však dochází k nárůstu potíží a zhoršování celkového zdravotního stavu. Kašel může být později provázen různě závažnou hemoptýzou (vykašlávání krve). K té dochází při poškození cévní stěny postupující nekrózou v plicním parenchymu. U rozsáhlých tuberkulózních infektů může pacientův stav komplikovat také dušnost, která je podmíněna rozsahem infekce. Pro stanovení diagnózy tuberkulózního onemocnění má z diagnostického hlediska význam anamnéza, fyzikální vyšetření, epidemiologické údaje, rentgenologické vyšetření plic, genetický průkaz mykobakterií PCR, imunologické vyšetření QuantiFERON-TB Gold test, pomocné vyšetřovací metody a laboratorní vyšetření. Doposud však platí, že zlatým standardem při diagnostice tuberkulózy zůstává klasické kultivační vyšetření sputa (vykašlaného hlenu).

Tuberkulóza patří mezi infekční onemocnění, při jejichž potvrzení nebo podezření je nařízena izolace na infekčním oddělení nebo na specializovaném lůžkovém pracovišti určeném pro léčbu tuberkulózy. Léčba tuberkulózy spočívá v plně kontrolovaném podávání kombinace antituberkulotik po dobu čtyř až dvanácti měsíců. Doba trvání léčby je však závislá na formě tuberkulózy, přidružených onemocněních nemocného a na rozsahu poškození tuberkulózą. Tím, že se antituberkulotika podávají v kombinacích, dochází k dosažení jejich optimální účinnosti a jde o pojistku proti rozvoji lékové rezistence, která právě v léčbě tuberkulózy představuje celosvětový problém. Léčebný režim

podávání antituberkulotik je rozdělen do dvou fází. První fáze se nazývá iniciální. Ta probíhá za hospitalizace po dobu minimálně dvou měsíců. Podmínkou k ukončení hospitalizace je uspokojivý klinický stav pacienta a bakteriologicky ověřená negativita. Druhou fází léčby je léčba pokračovací, která následuje bezprostředně po iniciální fázi léčby a trvá obvykle čtyři až šest měsíců. Tato léčba již probíhá pod dohledem spádové plicní ambulance v domácím prostředí pacienta.

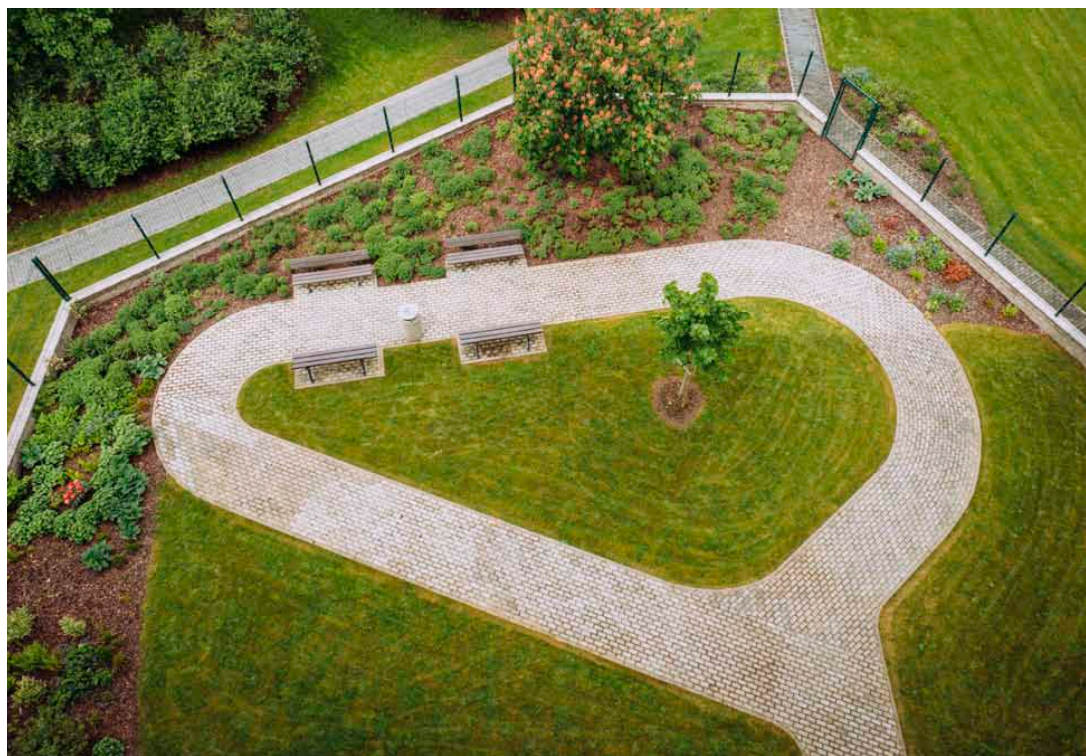
Tuberkulóza se spolu s pohlavními, infekčními, psychickými a kožními onemocněními řadí mezi stigmatizující nemoci. Snad žádné jiné onemocnění nemá ve své historii více přezdívek a hanlivých výrazů pro své nositele jako právě tuberkulóza. Stačí zadat to správné slovo do vyhledávače a děsivé nadpisy se začnou objevovat jeden za druhým. V historickém měřítku byla tuberkulóza prezentována především jako sociální nemoc. Její nositelé byli ve většině případů stavěni na okraj společnosti a tuberkulóza tak byla jasným důsledkem jejich ekonomického, sociálního a také morálního úpadku. Bohužel ani postoj dnešní společnosti, která se prezentuje svou otevřeností a tolerancí, není ve vztahu k těmto pacientům zcela přátelský. Přestože došlo v oblasti léčby, diagnostiky i péče o pacienty s tuberkulózą k obrovským pokrokům a onemocnění jako takové je v našich podmínkách v současné době pod kontrolou, nepodařilo se historický pohled plný předsudků a mýtů zcela odstranit. Stanovením diagnózy bývá často jeho nositel přesouván veřejností, ať už podvědomě, nebo záměrně, do škatulky „společnosti nepřijatelných“. Už jen samo podezření na toto onemocnění vzbuzuje nejen v pacientech, ale také v jejich okolí strach, stud a paniku.

V našich podmínkách je tuberkulóza po medicínské stránce poměrně dobře léčitelné onemocnění, což by mělo být pro naše pacienty dobrou zprávou. Bohužel, její stigmatizace je tak silná,

že mnohdy ani vidina uzdravení pro ně není ulehčením. Vedle fyzických projevů onemocnění, se kterými pacienti více či méně počítají, se s touto diagnózou pojí její druhý rozměr. Rozměr, který pacienty děsí daleko víc. Jedná se o možný sociální dopad onemocnění na jejich další život. Kvůli stigmatizaci je tuberkulóza jedním z mála onemocnění, které je zatíženo silnými sociálními dopady. Tam, kde za normálních podmínek pacient v těžkých chvílích očekává od svého okolí pomoc, pochopení a podporu, se nejednou vlivem stigmatizace, kterou je tuberkulóza provázána, objevuje opovržení. Není výjimkou, že vyřčení této diagnózy připravilo v mnoha případech nemocného nejen o zaměstnání, ale i o přátele nebo příbuzné. Děsí je, že by se nakazili, nebo je ovládají předsudky, případně oboje. A takto pro některé z našich pacientů začíná cesta za uzdravením, jejíž další, pro některé z nich neméně bolestivou a traumatizující částí, je nařízená hospitalizace na izolační jednotce. V knize Hanse Rottera Důstojnost lidského života jsou vedeny diskuse týkající se postoje člověka k vlastnímu životu, nemoci, utrpení a smrti. Člověk je zde popisován jako živá bytost, která je za optimálních podmínek svým vlastním pánem. Je schopna o sobě přemýšlet, plánovat a určovat si způsob svého vlastního života. Má právo o sobě a svém životě rozhodovat. Tuto možnost volby, která je pro každého z nás tak samozřejmá a důležitá pro zachování si vlastní důstojnosti, pacientům s tuberkulózą nařízená izolace do jisté míry odebírá. Všechny tyto skutečnosti představují pro pacienty během hospitalizace nepředstavitelnou psychickou zátěž, která u nich může prohlubovat pocity osamělosti a bezmoci. Tento vnitřní stav pak v samém důsledku hraje negativní roli v průběhu celého léčebného procesu. Jistě máme ještě všichni v živé paměti „povinnou lekci osamocení“, kterou nám uštědřila epidemie covidu-19. Izolace tehdy ve většině případů probíhala v domácím prostředí, a to se vším komfortem.

I tak se nám ale brzy začala zajídat. Teď se zkusme vžít do role našich pacientů, kteří v nemocničním prostředí na izolační jednotce tráví minimálně třicet dní, někdy i déle. Pro mnohé z nás se to zdá nepředstavitelné, že?

Bohužel se nezdá, jakýsi druh nálepkování takto nemocných a strachu z nich i mezi zdravotníky. Už nyní velice často odpovídáme na dotazy, zda není možné, aby se někdo přes plot od našich pacientů nakazil. Nebojte se. Jak bylo již zmiňováno výše, k přenosu infekce je obvykle potřeba dlouhodobý a úzký kontakt s nemocným. Proto vám žádné riziko nákazy od našich pacientů, kteří pobývají za plotem na zahradě, nehrozí. V případě, že tito pacienti navštíví některou z ambulancí nebo oddělení nemocnice, jsou o tom zdravotníci vždy dopředu informováni a pacienti i personál jsou vybaveni ochrannými pomůckami (respirátor). Není v našich silách změnit staletými vytvářený pokřivený pohled na toto onemocnění. Můžeme ale prostřednictvím osvěty minimálně na svých pracovištích, ambulancích a ve svém okolí uvádět pohled na toto onemocnění na pravou



Zahrada pro pacienty Plicní léčebny

míru. Tím můžeme našim pacientům alespoň trochu ulehčit už tak náročnou a dlouhou léčbu, kterou musí na izolační jednotce absolvovat. A za to vám děkuji.

■ **Mgr. Romana Strnková**
vrchní sestra
Plicní léčebna



NEMOCNICE České Budějovice



pro období 1. 6. 2023 - 30. 6. 2023 nebo do vyprodání zásob

<p>NA BOLEST</p> <p>Nalgesin S 275 mg 30 tbl</p>  <p>183.- Kč 169.- Kč</p>	<p>LOKÁLNĚ NA BOLEST</p> <p>Traumaplant mast 100 g</p>  <p>245.- Kč 209.- Kč</p>	<p>PŘI ÚNAVĚ A STRESU</p> <p>Magnesium B-komplex rapid Šumivé tablety 20 tbl</p>  <p>99.- Kč 79.- Kč</p>	<p>LÉČBA PRŮJMU</p> <p>Imodium 2 mg 20 cps</p>  <p>196.- Kč 159.- Kč</p>	<p>LÉČBA PRŮJMU U DOSPĚLÉHO</p> <p>Tasectan Duo 12 tbl</p>  <p>175.- Kč 149.- Kč</p>	<p>PÉČE O KŮŽI PO OPALOVÁNÍ</p> <p>Panthenol Omega tělové mléko aloe vera 9% 250 ml</p>  <p>220.- Kč 199.- Kč</p>
<p>PÉČE O KŮŽI-ZDRAVÉ OPÁLENÍ</p> <p>G5 Betakaroten Gold 15 mg 80+40 cps</p>  <p>289.- Kč 259.- Kč</p>	<p>PODPORA ZAŽÍVÁNÍ</p> <p>Walmark Biopron Forte 30 tbl</p>  <p>339.- Kč 289.- Kč</p>	<p>PODPORA IMUNITY</p> <p>Celaskon 250 mg 30 tbl</p>  <p>69.- Kč 55.- Kč</p>	<p>OŠETŘENÍ RAN, DEZINFEKCE</p> <p>Octenisept sprej 50 ml</p>  <p>209.- Kč 189.- Kč</p>		



PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie neboli výživová sonda

Co to je?

Perkutánní endoskopická gastrostomie, zkráceně PEG, je tenká sonda, která je zavedena přes kůži do žaludku (obr. 1). Je to tedy miniinvazivní metoda pro zajištění dlouhodobého přístupu do trávicího traktu za účelem aplikace výživy.

Pro koho je PEG určená?

Tato výživová stomie je určena především pro pacienty, kteří z nějakého důvodu ústy přijímají potravu pouze omezeně nebo vůbec. Je to poměrně jednoduchá metoda, jak přijímat dostatečné množství živin jak v nemocničním, tak i v domácím prostředí po delší dobu.

Důvodem k založení gastrostomie jsou především stavy podvýživy, poruchy polykání, stavy po rozsáhlých operacích v oblasti čelisti, choroby

trávicího traktu nebo těžké stavy spojené s dlouhodobým pobytem pacienta na oddělení intenzivní péče, případně další nemoci.

Jak se PEG zavádí?

V současné době lze výkon provádět v analgosedaci či celkové anestezii za hospitalizace pacienta. Vždy záleží na zvyklostech pracoviště a celkovém stavu pacienta. PEG je tenká sonda, která vede přes břišní stěnu do žaludku. Do kanálku dlouhého 2–3 cm (záleží na tloušťce podkožního tuku) je zaveden speciální set se sondou, která slouží k podávání stravy a zabraňuje jejímu úniku mimo žaludek. Místo vpichu se do 10–12 hodin zcela zatáhne a zhojí.

Jak pečovat o PEG po zavedení?

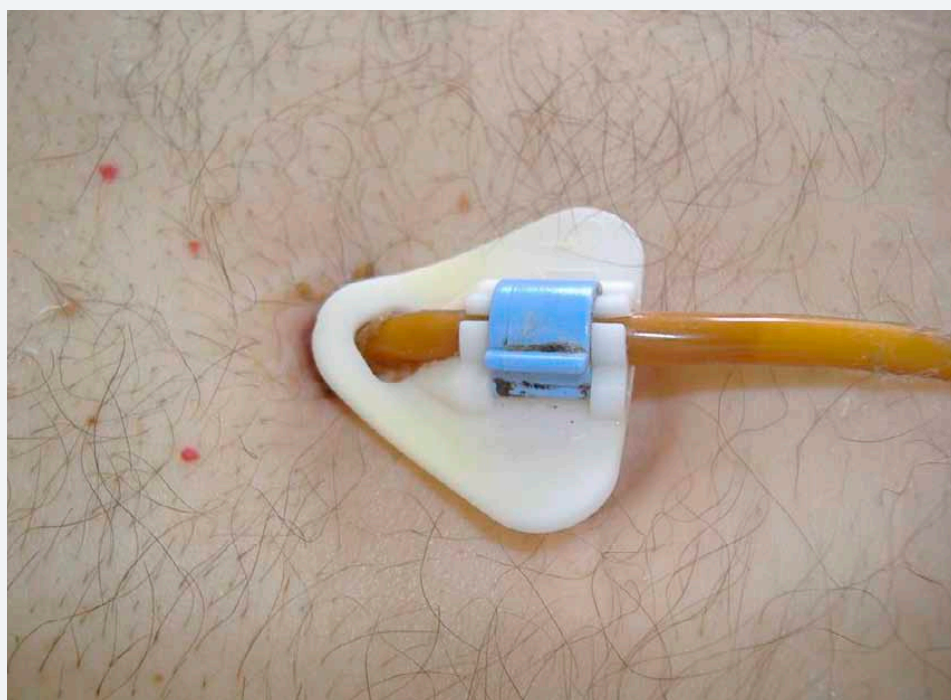
Ihned po výkonu je gastrostomie přikryta sterilním krytím. Po 3 hodinách lze po kontrole lékařem aplikovat

do sondy proplachy. Dále může pacient popíjet po doušcích čaj. První převaz se provádí druhý den po založení a následně se stomie po dobu jednoho týdne převazuje každý den. Od druhého dne je možné začít s pravidelnou aplikací výživy. Ta se zahajuje obvykle jednorázovými dávkami cca 50–100 ml v 3–4hodinových intervalech. Pokud pacient před založením gastrostomie nepřijímal nic ústy, je dávka menší. Postupně se dávka enterální výživy zvyšuje na zhruba 300 ml v 5–8 aplikacích za den. Před a po aplikaci stravy či rozdrčených léků je kanylu nutné propláchnout fyziologickým roztokem nebo vodou.

Při podávání výživy je vhodná poloha vsedě nebo polosedě, pokud je to možné. Sníží se tak riziko návratu výživy do jícnu, popřípadě také riziko vdechnutí výživy.

Jak pečovat o PEG v domácím prostředí?

1. Také v domácím prostředí je potřeba PEG pravidelně kontrolovat. Sledujte okolí vpichu, zda místo není zarudlé, bolavé, popřípadě zda nekrváčí či zda výživa neprotéká okolo výživové sondy. Pokud objevíte některou z komplikací, ihned kontaktujte buď praktického lékaře, nebo ošetřujícího lékaře (informaci o tom, koho máte v případě komplikací kontaktovat, najdete v propouštěcí zprávě).
2. Při manipulaci s výživovou sondou je vždy nutná důsledná hygiena rukou a udržování okolí vstupu v čistotě. První dva týdny je vhodnější sprchování než koupání. K dezinfekci nepoužívejte preparáty s obsahem jódu. Vhodné dezinfekce jsou např. Cutasept F, Septonex...



PEG sonda, Zdroj: https://en.wikipedia.org/wiki/Percutaneous_endoscopic_gastrostomy

3. Pokud se vám stane, že sonda nejde propláchnout, vždy postupujte pomalu a s citem. Snažte se PEG proplachovat metodou nasávání a vstřikování vlažnou vodou. Nikdy nevytvářejte velký tlak při proplachování, protože může dojít k poškození sondy.
4. Než začnete s krmením, připravte si všechny pomůcky. Zvolte vhodnou zvýšenou polohu a zkontrolujte samotnou sondu a její okolí. Výživa by se měla podávat pouze tehdy, pokud předchozí dávka již opustila žaludek. Pokud přetrvává pocit plného žaludku, nafouknutí apod., měla by se další dávka výživy odložit.
5. V rámci výživy v domácím prostředí se do PEG často podává i běžná domácí strava. Ta musí být dostatečně rozmixovaná a podávaná co nejdříve od uvaření. Touto stravou však může dojít k poškození sondy, proto je doporučováno využívat firemní přípravky určené přímo pro enterální výživu, které jsou z velké části hrazeny zdravotní pojišťovnou. Ohledně výživy v domácím prostředí je vždy nutné domluvit se s ošetřujícím lékařem.
6. Veškerá léčiva (tablety, kapky, sirupy), která není možné přijímat ústy, ale taktéž pouze výživovou sondou, se musí vždy zředit vodou, než se do sondy budou dávat. Tablety je nutné rozdrtit. Důležité je také vždy před a po skončení krmení sondu propláchnout dostatečným množstvím tekutin (ideálně voda nebo čaj). Naopak nevhodné jsou nápoje jako slazené limonády, minerálky apod.
7. Podrobnější informace najdete v informační brožuře, kterou byste měli dostat při propuštění z nemocnice. Důležité informace ohledně péče o gastrostomii a toho, na koho se máte v případě potřeby obrátit, najdete také v propouštěcí zprávě.

■ **Mgr. Kristýna Toumová, Ph.D.**
vrchní sestra
Chirurgické oddělení

■ Vzdělávání

Projekt DECAREL – Rozhodování o zdravotní péči v závěru života

Ráda bych vám představila výzkumný projekt Masarykovy univerzity, kterého se českobudějovická nemocnice zúčastnila.

Cílem projektu byl interdisciplinární výzkum rozhodování o zdravotní péči v závěru života. Projekt zkoumal, jak se lékaři různých odborností rozhodují o zdravotní péči v závěru života pacientů hospitalizovaných ve vybraných nemocnicích v České republice, a navrhl možnosti, jak toto rozhodování zlepšit, a tím i zvýšit kvalitu zdravotní péče.

Při diagnóze závažné nemoci a v situaci potenciálního závěru života člověka jedná každý lékař

v zájmu zachování zdraví a života pacienta. Jako zdravotníci využíváme k prodloužení života a oddálení smrti všech dostupných léčebných postupů. A tak, jak tuto péči našim pacientům přirozeně poskytujeme, ji oni zcela přirozeně žádají a přijímají.

V životě člověka jsou ovšem chvíle, kdy lékařská věda nedokáže konec života odvrátit. Jako zdravotníci se pak dostáváme na rozcestí náročného rozhodování. Mají naše znalosti, dovednosti a zkušenosti potenciál vrátit našemu pacientovi dobrý život, nebo už se jen zarputile a urputně pereme se smrtí? Nejsme někdy pro naše pacienty, navzdory nejlepším úmyslům vrátit jim jejich dobrý život,

jen zdrojem přemíry utrpení tváří v tvář neodvratitelné smrti? Jaké to pro nás, lékaře, lékařky a sestřičky, je, rozhodovat o péči na hraně života? A co si o našem snažení myslí naši pacienti a jejich nejbližší? To jsou otázky, které si kladl projekt DECAREL.

Rozhodovat o tom, jaká péče je pro konkrétního pacienta smysluplná a indikovaná, není zcela jisté pouze otázkou medicínskou, ale i otázkou psychologickou, sociální, právní a dozajista i etickou.

Z medicínského hlediska jako zdravotníci víme, jaké metody a léky máme v konkrétní situaci použít. Někdy ale tušíme, nebo dokonce téměř jistě

víme, že ani při nejlepším průběhu nemoci nebude výsledek léčby příliš uspokojivý. Pacient například nebude schopen opustit nemocnici, už nikdy nebude schopen se sám najít a napít nebo zůstane trvale upoután na lůžko. Přestože jeho život naší péčí prodloužíme o pár hodin nebo dní, jeho smrt je stejně nevyhnutelná. Pak stojíme před otázkou, jestli je námi indikovaná léčba pro našeho pacienta vlastně prospěšná. Zda je naše léčba schopná vrátit pacientovi takový dobrý život, který si přeje, nebo mu přinese jen bolest, úzkost, vztek a utrpení.

Pro takové náročné rozhodování je zásadní znát pacientova přání, preference a hodnoty jak v životě, tak v případě závěru života. Z výsledků studie však vyplývá, že přání našich pacientů příliš neznáme. Většinou se diskuze na toto téma odkládá a v pokročilých fázích nemoci nám již pacient své postoje často sdělit nemůže. Je pochopitelné, že rozhovory o možném konci života a postojích pacienta jsou velmi stresující jak pro lékaře, tak pro pacienty a jejich rodiny. Proto se do takových rozhovorů nechce nikomu. Rozhodování o péči v závěru života se tak většinou odehrává bez znalosti hodnot a preferencí pacientů na základě konsenzuálního rozhodnutí více zdravotníků. Současně studie také ukázala, že je toto rozhodování pro většinu zdravotníků stresující a byli by rádi, aby byly do rozhodování více zapojeny také zdravotní sestry.

Studie dále hovoří o tom, že pro kvalitu komunikace s pacienty a jejich rodinami je zásadním předpokladem kvalitní a otevřená komunikace ve zdravotnickém týmu. Právě komunikace a způsob rozhodování pak také výrazně ovlivňují celkovou míru psychické zátěže a stresu zdravotníků poskytujících péči pacientům v závěru života.

Projekt proto přinesl nové prokázané argumenty pro potřebu zkvalitnění profesní přípravy lékařů a mediků, a to především v komunikaci s pacientem v závěru života a s jeho příbuznými.

Součástí studie byl také sběr informací od příbuzných, jejichž blízcí zemřeli ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Někteří příbuzní velmi dobře hodnotili lidský přístup personálu, vstřícnost, ochotu, vlídnost, dostatek srozumitelných informací, ale i otevřenost a citlivost při podávání informací. Velmi dobře byla přijímána i flexibilita návštěv bez časového omezení, skvělá zdravotní péče a možnost rozloučit se. Další z příbuzných se však podělili i o negativní zkušenosti. Jednalo se například o nedostatečnou a nevhodnou komunikaci, nedostupnost lékaře, nedostatek intimity a soukromí, omezenou dobu návštěv či z jejich pohledu nedostatečnou péči.

A co považovali oslovení příbuzní za nejpodstatnější?

Jako nejdůležitější uváděli kvalitu komunikace se zdravotníky, možnost klást otázky a mít možnost být se svým blízkým až do konce jeho života.

Ve studii jsme se také zabývali tím, zda pacienti projeví svým nejbližším nějaká přání a případně jaká. Nejčastějším přáním bylo odejít z nemocnice a zemřít doma. Také se často opakovalo přání ne být resuscitován, nepodstupovat další léčbu, ne být závislý na přístrojích a ne být zátěží pro své blízké. Na základě všech těchto výsledků vznikla v rámci projektu i doporučení, která by mohla a měla být pro zdravotníky v těchto těžkých rozhodováních pomocí. Díky tomu lze zkvalitnit péči o pacienty tak, aby byla léčba nejen odborně skvělá, ale pro konkrétního pacienta také lidsky a eticky smysluplná.

Zásadním aspektem je, že plánování budoucí péče o pacienty s pokročilým závažným onemocněním má prokazatelně významné přínosy pro pacienty a jejich rodiny, pečující personál i celý systém zdravotní péče. Proto aktivně zjišťujeme a zaznamenáváme pacientovy hodnoty, preference a přání a respektujeme je v co největší míře. Pravdivě a citlivě

informujeme pacienty a jejich rodiny v takovém rozsahu, v jakém si sami přejí. Umozníme pacientům a jejich blízkým klást otázky a získat na ně srozumitelné a laskavé odpovědi. Kvůli dobrým rodinným vztahům se jak pacienti, tak i rodiny často bojí rozhovorů o vážné nemoci. Vzájemně se chtějí chránit před bolestí ze špatných zpráv. To je zcela pochopitelné. Díky citlivé komunikaci můžeme pomoci rodinám i pacientům prožít náročný čas společně a upřímně. Toto období je pro všechny velmi náročné, ale můžeme ho zvládnout. Respektujeme také rozhodování osob s právem zástupného souhlasu – osoby blízké, pokud pacient není schopen rozhodovat sám. Jsou to právě pacientovi nejbližší, kteří jej nejlépe znají a mohou nám zprostředkovat jeho přání.

U pacienta se závažným onemocněním by vždy mělo být zásadní stanovení cíle léčby. Cílem může být například plné uzdravení, ale také zajištění pacientovy schopnosti sebeobsluhy, dobrá terapie bolesti, strávit konec života doma, rozloučit se s rodinou či úmrtí bez utrpení. Na základě cíle léčby se následně vytvoří plán péče, ale může se stanovit i její limitace. Limitovaná péče je taková, která spočívá v tom, že pacientovi nebude poskytnuta péče, která by nevedla k našemu cíli a pacient si ji nepřeje. Konkrétně se to může týkat například resuscitace, krmení sondou nebo třeba operace.

Z toho, co bylo již řečeno, je jasné, že rozhovory na téma konce života nejsou jednoduché. Proto je pro nás nejpodstatnější vzdělávat se a prohlubovat své psychosociálních a komunikačních kompetence, jež nám pomohou získat větší jistotu v rozhovorech s pacienty v závěru života a jejich příbuznými.

Rozhodně bychom neměli zapomínat na zajištění důstojnějšího prostředí pro umírající pacienty a pacienta i jeho blízké zavčas a otevřeně informovat, aby se mohli na závěr života připravit.



MUDr. Veronika Helešicová

Zároveň ale nezapomínejme na sebe. Udržujeme pozitivní komunikaci v rámci zdravotnického týmu (sdílení informací, výměna zkušeností a názorů, dohoda na společném postupu, vzájemná podpora). Využívejme také metod duševní hygieny pro efektivní zvládnání stresu spojeného s rozhodováním a péčí o pacienty v závěru života.

Nyní máme také možnost využívat nástroj ARS (Advance caRe planing and decision making Supporting tool) pro plánování péče u pacientů s pokročilým závažným onemocněním, jenž je užitečným prostředkem pro zkvalitnění procesu rozhodování. Dotazník ARS byl testován v rámci studie DECAREL. Jedná se o jednoduchý, srozumitelný a časově nenáročný dotazník, který nám, zdravotníkům, dává podnět k tomu, abychom se zamysleli nad tím, kde se pacient v rámci své nemoci nachází a jaká jsou naše očekávání od léčby.

Současně nás vede k tomu, abychom se aktivně ptali pacienta a jeho blízkých, jak situaci chápou a vnímají a jaká jsou jejich očekávání. Následně můžeme společně s pacientem vytvářet realistické cíle a plány léčby. Dotazník byl lékaři, kteří jej testovali, hodnocen pozitivně. Dle jejich názoru napomáhá strukturovanému přemýšlení, lepšímu plánování péče, otevírání etických otázek a je užitečný pro zlepšení rozhodování.

Pro mě jako lékařku studie DECAREL otevírá důležitá témata v péči o pacienty. Jako zdravotníci se snažíme zachraňovat životy a naším cílem je tyto životy prodloužit. To, jaký život pacient s těžkou nemocí má, ale často nevíme, přičemž konkrétní postoje jednotlivých pacientů se mohou zcela lišit. Pokud v situaci závažné nemoci budeme ke svým pacientům upřímnější, citlivě jim sdělíme naše realistická očekávání

a současně se jich budeme ptát na jejich přání a obavy, můžou se náročná rozhodování i situace stát pro všechny zvladatelnějšími. Toto rozhodování však nikdy nebude jednoduché, protože jsme všichni lidé se srdcem a emocemi.

Děkuji tímto i vedení nemocnice, oddělení, která se studie zúčastnila, a všem zdravotníkům, kteří se na provedení studie podíleli.

Nástroj ARS spolu s doprovodným audio komentářem je volně k dispozici na stránkách projektu na adrese: www.med.muni.cz/DECAREL/vystupy-projektu

■ **MUDr. Veronika Helešicová**
*Anesteziologicko-resuscitační oddělení
paliativní a podpůrný tým*

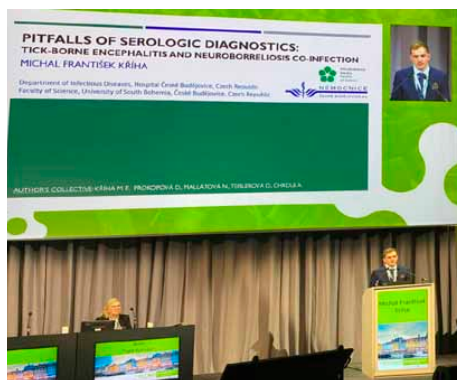
MUDr. Kříha prezentoval náš výzkum na prestižním evropském fóru

Evropská společnost klinické mikrobiologie a infekčního lékařství (ESCMID) pořádala v polovině dubna 2023 v dánské Kodani svůj 33. výroční kongres, kterého jsme se zúčastnili společně s MUDr. Pavlínou Filipovou a MUDr. Michalem Františkem Kříhou. V současné době se jedná o jeden z nejprestižnějších kongresů v těchto oborech na světě, s přibližně 13 tisíci účastníky a 4 dny plnými přednášek, sympozií a seminářů probíhajících ve více než 10 paralelních sekcích.

Kromě covidu-19 a jeho následků se pozornost obrátila k další pandemii, které se také někdy říká „tichá pandemie“. Sice je tichá, ale o to větší škody může napáchat. Jedná se o narůstající rezistenci bakteriálních původců nemocí vůči antibiotikům. Podle Světové zdravotnické organizace je možné kolem roku 2050 očekávat, že na infekce způsobené rezistentními bakteriemi bude umírat ročně více lidí než



Malá mořská víla, Kodaň



MUDr. Michal František Kříha

na všechna nádorová onemocnění. Až se nabízí bonmot, že mikroby tu byly před námi a budou i po nás.

Péče o správné používání antibiotik, tzv. antimicrobial stewardship neboli antibiotická politika, je velkou výzvou pro současné i budoucí generace lékařů. V oblasti antimikrobiální rezistence se ukazuje, že pomáhají nejen nové poznatky a nová antibiotika (kterých mimochodem moc není), ale i lepší a promyšlenější využití stávajících „běžných“ postupů a „obyčejných“ opatření.

Mezi další velké oblasti diskuze patřily infekce spojené s migrací, vracející se „klasické infekční nemoci“ typu záškrtu, spalniček, nikdy neustupující tuberkulóza a HIV/AIDS. Na významu a užitečnosti nabývá výzkum a předávání zkušeností u infekcí osob s oslabenou imunitou v důsledku transplantací, protinádorové, biologické a jiné imunosupresivní léčby.

Kromě pozvaných přednášejících, předních odborníků ve svém oboru, měli možnost se aktivně účastnit i další lékaři a lékařky. Celkem bylo přihlášeno přes 6 tisíc abstraktů, z nichž byly téměř 4 tisíce přijaty k posterové prezentaci (úspěšnost 70 %), několik stovek k e-posterové „bleskové“ prezentaci (představení obsahu posteru před promítacím plátnem během tří minut) a 150 abstraktů bylo vybráno k ústní prezentaci během hlavních zasedání kongresu. Z české infektoologie byl v této konkurenci jako jediný vybrán k ústní prezentaci příspěvek MUDr. Michala Františka Kříhy a kolektivu s názvem Těžkosti v diagnostice souběžné infekce klíšťovou encefalitidou a lymeskou boreliózou. MUDr. Kříha prezentoval naše data za posledních 5 let, kdy jsme zjistili, že necelá čtvrtina pacientů s klíšťovou encefalitidou, kteří jsou hospitalizováni na našem oddělení, má také současně neuroboreliózu, tedy infekci nervového systému způsobenou lymeskou boreliózou. Tato oblast je zatím málo probádaná a naše skupina pacientů je ve světě jedinečná. Ukazuje se, že pacienti s dvěma infekcemi v jedné hospitalizaci mají o něco těžší akutní průběh, ale nikoli zásadně horší výsledky léčby.

Chtěli bychom poděkovat Nemocnici České Budějovice, a.s. za podporu účasti na kongresu i za podporu našich výzkumných aktivit, které provádíme společně s pracovišti Centrálních laboratoří a s ústavu Akademie věd ČR.

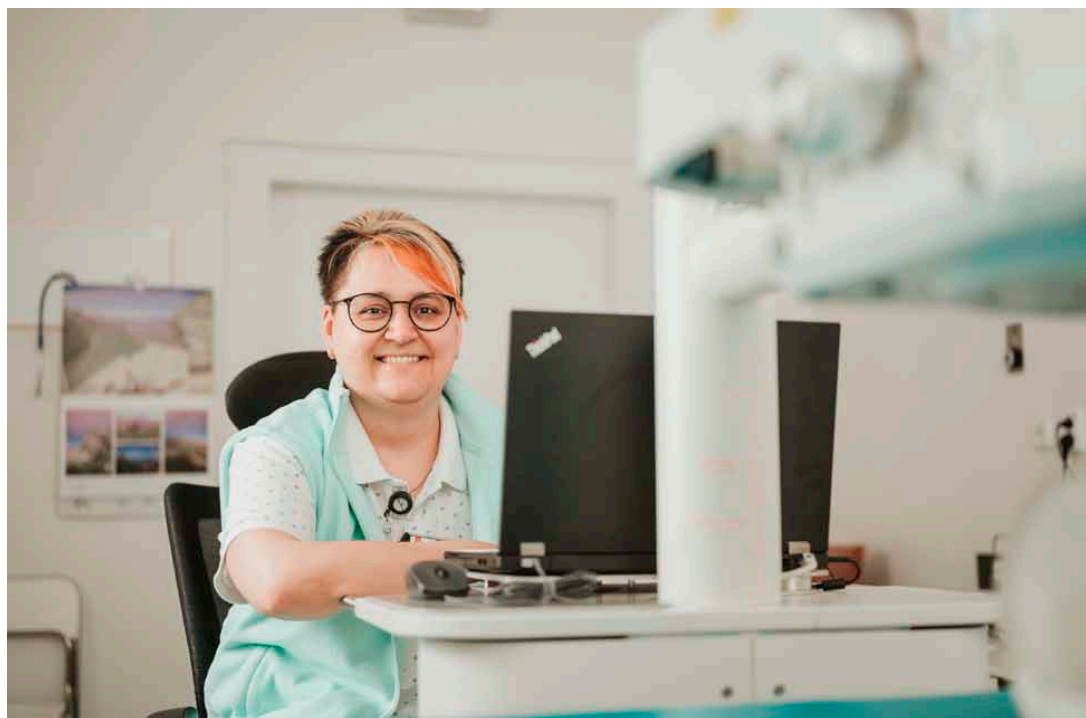
■ **prim. MUDr. Aleš Chrdle**
Infekční oddělení

Přednáškové odpoledne na téma „Terapie radiojódem a management pacientů s karcinomy štítné žlázy“

V úterý 25. dubna 2023 uspořádalo Oddělení nukleární medicíny Nemocnice České Budějovice, a.s. mezioborové setkání lékařů Jihočeského kraje, kteří se účastní léčby pacientů s diferencovanými karcinomy štítné žlázy (DTC). Setkání se konalo formou přednáškového odpoledne v Clarion Congress Hotelu v Českých Budějovicích.

Přestože jsou nádory štítné žlázy poměrně vzácné, v odvětví endokrinologie se jedná o velmi časté onemocnění. Nejčastěji jde o diferencované karcinomy (DTC). V České republice bylo v roce 2021 diagnostikováno celkem 1148 případů a v průběhu let se výskyt pacientů s touto diagnózou zvyšuje. Onemocnění má naštěstí velmi dobrou prognózu. Základní strategií léčby je chirurgické odstranění štítné žlázy následované léčbou radiojódem, pacient však musí být celoživotně sledován. Oddělení nukleární medicíny Nemocnice České Budějovice, a.s. patří mezi jedno z pěti odborných pracovišť v České republice, které specializovanou léčbu radiojódem provádí.

Pozvání na přednáškové odpoledne přijalo čtyřicet lékařů z celého Jihočeského kraje. Především se jednalo o endokrinology, ORL lékaře a chirurgy zabývající se operativou štítné žlázy, lékaře nukleární medicíny a další. Během odpoledne zaznělo celkem šest přednášek, po kterých následovala panelová diskuze. Přednáškový blok zahájila MUDr. Adéla Stehlíková s histopatologickou klasifikací nádorů štítné žlázy. Multidisciplinární přístup k diagnostice



MUDr. Petra Němčíková

a terapii karcinomů štítné žlázy a role lékařů jednotlivých odborností shrnul primář MUDr. Vojtěch Kratochvíl, MHA, který také zdůraznil aktuální roli a trendy léčby radiojódem. Primář MUDr. Lubor Mrzena, Ph.D., vystoupil s přednáškou o operativě štítné žlázy, možných strategiích a rizicích. Vyslechli jsme si také indikace léčby radiojódem u nezhoubných onemocnění štítné žlázy v podání MUDr. Jindřicha Čížka. Poslední přednáška MUDr. Petry Němčíkové pak připomněla přípravu pacienta k terapii radiojódem a ukázala, jak konkrétně vypadá terapie radiojódem na Oddělení nukleární medicíny Nemocnice České Budějovice, a.s. Na přednáškový

blok navázala panelová diskuze, která byla velmi živá a zahrnovala různá témata z rutinní praxe.

Z ohlasů přítomných lékařů se zdá, že přednáškové odpoledne bylo vítanou akcí ke sdílení novinek a zkušeností a ke zlepšení mezioborové spolupráce, případně i k navázání užší osobní spolupráce. Vzhledem k pozitivním ohlasům bude Oddělení nukleární medicíny v pořádání tematicky orientovaných multioborových setkání pokračovat.

■ **MUDr. Petra Němčíková**
Oddělení nukleární medicíny

Den pro mrtvici a kampaň Hrdinové FAST

Cévní mozková příhoda (mrtvice) je i v dnešní době stále velmi palčivým problémem a postihuje velké množství pacientů. Během uplynulého roku 2022 ošetřilo Neurologické oddělení přes 1200 pacientů s mrtvicí, což jsou průměrně tři až čtyři pacienti denně. Reálně však čelíme kolísavým náporům sedmi až dvanácti pacientů s podezřením na mrtvici za den. Dle počtu akutně léčených pacientů s mrtvicí jsme největším Komplexním cerebrovaskulárním centrem (KCC) v České republice.



Abychom zlepšili povědomí veřejnosti o mrtvicí, 27. dubna 2023 jsme u příležitosti Dne pro mrtvici za vydatné podpory vedení Nemocnice České Budějovice, a.s. v terminálu nemocnice uspořádali velkou propagační akci zaměřenou převážně na rozpoznání příznaků mrtvice.

Příznaky mrtvice nerozpoznají nebo je nepovažují za závažné více než tři čtvrtiny lidí. Proto v tomto ohledu věnujeme velké úsilí edukaci laické veřejnosti. Údaje Světové iktové organizace (WSO) uvádějí, že každých třicet minut jeden pacient s mrtvicí, který mohl být zachráněn, zemře nebo je postižen těžkými a trvalými následky.

Jakmile je pacient s podezřením na mrtvici přijat v nemocnici, je vše podřízeno tomu, aby co nejrychleji proběhla nejnnutnější vyšetření a byla mu podána účinná léčba, která odstraní krevní sraženinu. Sraženinu můžeme buď „rozpustit“ takzvanou trombolýzou, nebo ji speciálním zařízením, které se nazývá „katétr“, zavedeným přes třísko

až do hlavy z krevního řečiště, odstranit a tím obnovit průtok krve do mozku. U většiny pacientů zvládneme zahájit léčbu do patnácti až dvaceti minut od příjmu v nemocnici.

Čím rychleji sraženinu rozpustíme nebo odstraníme z mozkového řečiště, tím větší šanci má pacient na záchranu.

Pořádání pravidelných školení a úzká spolupráce neurologů a záchranářů vytváří sebraný celek. Díky této souhře pak dokážeme správně a rychle směřovat více pacientů s mrtvicí do českobudějovického Komplexního cerebrovaskulárního centra.

Letos byla v České republice organizací Health Management Institute ve spolupráci s cerebrovaskulárním výzkumným týmem Mezinárodního centra klinického výzkumu Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně spuštěna mezinárodní kampaň „**Hrdinové FAST**“. Českobudějovické KCC se

do kampaně zapojilo jako jedno z prvních v České republice. Kampaň je zaměřena především na děti od pěti do devíti let. Program hravou a vlídnou formou seznamuje děti se třemi základními příznaky mrtvice – poklesem ústního koutku (**Face**), oslabením horní končetiny (**Arm**), poruchou řeči (**Speech**) – a rychlou reakcí zavoláním záchranné služby (**Time**). Spojením prvních písmen příznaků a rychlé reakce dostáváme zkratku **FAST**.

Ve vzdělávacím programu vystupují animované postavičky prarodičů malého chlapce Časomila Rychlého. Oba jeho prarodiče jsou obdařeni zvláštní schopností. Pokud o svou schopnost kterýkoliv z nich přijde, jedná se o příznak mrtvice. Časomil se stane hrdinou FAST poté, co se naučí, jak rozpoznat příznaky mrtvice, porazit zlou sraženinu a díky tomu zachránit velehrdiny – své prarodiče.



Primář Neurologického oddělení MUDr. Svatopluk Ostrý, Ph.D.

Během dopoledne se multimediální interaktivní prezentace projektu Hrdinové FAST v terminálu nemocnice zúčastnilo více než devadesát dětí z prvních až třetích tříd Základní školy Emy Destinové České Budějovice a Základní školy Boršov nad Vltavou. Přímou na místě se děti pod vedením koordinátorky projektu Renaty Hejnové z Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně a MUDr. Kláry Bílkové a MUDr. Kristýny Janotové z Neurologického oddělení českobudějovické nemocnice seznámily s animovanými velehrdiny Tvářilem Veselým, Ručounem Silným a Mluvilkou Zpěvavou. Od nich se naučily nejen rozpoznat základní příznaky mrtvice, ale i to, jak rychle přivolat pomoc na číslo 155 nebo 112. Po zábavném výukovém bloku si děti mohly své nově nabyté znalosti ověřit na vystřihovánkách, doplňovačkách a dalších výukových materiálech nebo si mohly vyzkoušet, jak složité mohou být každodenní činnosti v roli hendikepovaného pacienta po mrtvici (například zavázat si tkaničku jednou rukou, jednou rukou otevřít PET lahev s vodou nebo rozbalit bonbon).

Nepochybně nevšední zážitek dětí podtrhla příležitost zblízka si prohlédnout sanitku. Kluci i holky

hlali výklad záchranářů, kteří jim vysvětlovali, co všechno v sanitce mají a jak všechna zařízení fungují. Nadšení dětí nebralo konce. Věříme proto, že se děti po návratu domů o tyto zážitky podělily i se svými rodiči nebo prarodiči.

Druhá polovina dne pak byla věnována dospělým. Proběhla celá řada prezentací, které se týkaly neurologie.

Příchozí si také mohli na vlastní kůži vyzkoušet hendikep způsobený mrtvicí, náročnost některých cviků používaných v rehabilitaci po mrtvici nebo získat lepší představu o svém stravování.

Nezůstalo však pouze u mrtvice. Během celého dne bylo na akci připraveno množství materiálů i z dalších specializovaných center fungujících v dikci Neurologického oddělení. Konkrétně například z Centra pro roztroušenou sklerózu, Centra pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy a Regionálního centra spasticity. Pacienti měli příležitost se osobně setkat s lékaři a informovat se o činnostech, kterými se v centrech zabýváme.

Všem účastníkům, kteří se podíleli na přípravě a tvorbě programu akce, za celý tým Komplexního cerebrovaskulárního centra upřímně děkujeme.

- **prim. MUDr. Svatopluk Ostrý, Ph.D.**
Neurologické oddělení
- **Hana Foltýnová**
vrchní sestra
Neurologické oddělení



Získejte pomoc RYCHLE! Toto jsou první známky mrtvice...



OBLIČEJ
Obličej je povislý



PAŽE
Nemůžete zvednout obě paže



PROJEV
Projev je nezřetelný nebo mumlavý



ČAS
zavolat
155



Aby byly ručičky čisté jako rybičky

5. květen patří každoročně Světovému dni hygieny rukou, který je součástí iniciativy Světové zdravotnické organizace SAVE LIVES: Clean Your Hands (Chráníme životy čistýma rukama). I naše nemocnice se v tento den aktivně připojila ke kampani, která se snaží podpořit zdravotníky i laickou veřejnost v praktikování kvalitní hygieny rukou. Ve vstupním terminálu byly dětem předškolního věku zábavnou formou představeny postupy, jak si ruce správně mýt a předcházet tak přenosu onemocnění.

Jaká jsou doporučení pro laickou veřejnost?

Správným mytím rukou můžeme zabránit vzniku nákazy a onemocnění. Při mytí rukou dochází k odstranění nečistot a také k odstranění přechodné mikroflóry. Mytí rukou mýdlem je nejdůležitější činností při prevenci průjmů a žloutenky i akutních



Mgr. Eva Lošáková (Oddělení nemocniční hygieny a epidemiologie)
učí děti správné technice mytí rukou

infekcí dýchacích cest (různé virózy, chřipka, covid). Mytí rukou také chrání před kožními infekcemi (např. impetigo), které se přenášejí přímým fyzickým kontaktem.

Ruce si myjeme nejen při viditelném znečištění

Nikdy nesmíme zapomenout umýt si ruce mýdlem před jídlem a po použití toalety. Dále si myjeme ruce po příchodu domů, před, během a po přípravě jídla, před a po péči o nemocnou osobu, po výměně plen u dítěte, po smrkání, kašli nebo kýchání, po dotyku se zvířetem nebo úklidu po zvířeti, po kontaktu s odpadem, po práci na zahradě apod.

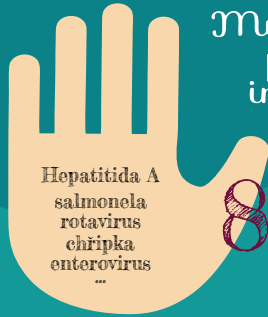
■ **MUDr. Květa Chaloupková**
Oddělení nemocniční hygieny a epidemiologie



Kontrola čistoty rukou pod UV lampou

SVĚTOVÝ DEN HYGIENY RUKOU

5. 5. 2023



Mytí rukou je nejjednodušším preventivním opatřením infekčních nemocí, když je provedeno správně.

80% všech infekčních nemocí se šíří rukama

PODÁNÍM RUKOU SE INFEKCE ŠÍŘÍ ČASTĚJI, NEŽ LÍBÁNÍM



správnou hygienou lze snížit respirační onemocnění

95% lidí si myje ruce nesprávně

2x více mikrobu po použití WC



Ruce si myjte 15-20 sekund



50% mužů nepoužívá mýdlo

Chci mít čistý domov

Kdy si umýt ruce?

pro vynesení odpadků	pro kontaktu se zvířetem i jeho exkrementy
po použití hromadné dopravy	po použití toalety
před, při a po přípravě jídla	po použití nákupního vozíku
před konzumací jídla	před a po ošetření rány
pro návštěvě zdravotnického zařízení	po přebalení dítěte
	po smrkání, kašlání a kýchání



Vážené sestry, ošetřovatelky, kolegyně, kolegové,

dne 12. 5. si opět připomínáme Mezinárodní den sester, který je oslavován na počest Florence Nightingalové, zakladatelky moderního ošetřovatelství.

Kromě své odvahy, kterou prokazovala při prosazování na svou dobu velmi pokrokových myšlenek, byla i symbolem všech sesterských ctností jako je odpovědnost, trpělivost, obětavost, nezištnost, ohleduplnost, ochota a v neposlední řadě sociální citění a láska k člověku.

Vy všichni jste zcela nepostradatelní v rámci našeho zdravotnického systému a díky svému každodennímu nasazení, péči, laskavosti, poctivosti a empatii, kterou pacientům věnujete, naplňujete její odkaz bezzbytku.

■ **Vedení nemocnice**

Za vaši náročnou a ušlechtilou práci vám všem upřímně děkujeme.



PODĚKOVÁNÍ

Ve dnech 21. 3. - 12. 4. jsem byla hospitalizovaná po dopravní nehodě ve Vaší nemocnici na Oddělení úrazové chirurgie, kam mě převezli z nemocnice v Táboře. Podstoupila jsem u Vás dvě operace. Chtěla bych moc, ale opravdu moc poděkovat úplně všem, kteří se na mé léčbě podíleli. Obrovské DÍKY patří ošetřovatelkám, které byly neskutečně ochotné a vždy přišly do pokoje s úsměvem a pomohly mi úplně se vším, co bylo v tu chvíli potřeba. Stejně díky patří sestřičkám, operujícím lékařům, anesteziologům a všem dalším lidičkám, kteří se nejen o mě na oddělení starali.

J. M.



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

www.zsf.jcu.cz

Předporodní kurzy na Zdravotně sociální fakultě JU

Čekáte miminko? Chcete se dozvědět přímo od odborníků z praxe vše potřebné o těhotenství, porodu, šestinedělí, kojení a péči o dítě?

V našem kurzu se během šesti setkání seznámíte se všemi důležitými tématy včetně ukázek praktického cvičení pro těhotenství, v šestinedělí a po porodu.

Délka jedné lekce je 90 minut, z toho 30 - 45 minut je teorie a 45 minut těhotenského cvičení. Teoretická část probíhá formou přednášek a diskuzí, v praktické části se poté kromě těhotenského cvičení účastnice kurzu učí správnému dýchání, úlevovým polohám, masáží, kojení a péči o dítě.

Informace k přihlašování: Je možno přihlásit se za zvýhodněnou cenu na celý kurz (6 lekcí) nebo přijít pouze na vybrané lekce. V případě přihlášení na celý kurz je cena 1200 Kč, v případě účasti na jednotlivých lekcích se za každou navštívenou lekci hradí částka 250 Kč.

Kontaktní osoba: Petr Matula, tel. 389 037 515, email: pmatula@zsf.jcu.cz



!!!

**Oddělení pracovního lékařství
a Očkovací centrum nově sídlí
v pavilonu N
v horním areálu.**



POMŮCKY: TASS, ULEMA	ZNAČKA KILOPONDU	ZNALEC PTACTVA	SLOVENSKÝ „DÍL“	HNĚDÝ PŠTROS	JASNĚ ČERVENÁ BARVA		CHIRUR- GICKÝ ODEJMOUT KONČETINU	ŽVANIL	ZNAČKA ČISTICÍHO PRAŠKU	RUSKÁ TISKOVÁ AGENTURA	VZÁJEMNÉ PŮSOBNÍ VÍCE ČINITELŮ		NÁŠ BÝVALÝ ARMÁDNÍ GENERÁL	ROZPAREK (SLANG.)	ODĚV	DÍVKA ZNALÁ ŠITÍ	UKAZOVACÍ ZÁJMENO
BÝVALÝ ČESKÝ TENISTA						RODINA HOUSLAŘŮ Z CREMONY						CITOSLOV- CE TIŠENÍ					
TELEVIZNÍ STANICE						DŮL PLYN OKR. OD- VOD. KŮMI- SE (ZKR.)						MĚSTO V POVÁŽÍ ZP. BARVE- NÍ TKANIN					
	1. DÍL TAJENKY MRAKY																SLOVENSKÝ „MALÍŘ“
ANGLICKY „ROPA“				ŽÍRAVINA POLSKY „PĚKNÉ“				VÝPRASK (EXPRES.) 2. DÍL TAJENKY								ZNAČKA DECIMETRU DRUHOVÁ ČÍSLOVKA	
INICIÁLY TURZONO- VOVÉ			SKUTEČ- NOST ČESKÝ HEREC						KORYŠ MADRID- SKÝ FOTBA- LOVÝ KLUB				PRK. STRO- PY (NÁŘEČ.) MUŽSKÉ JMÉNO				
PÍT VELKÝMI DOUŠKY						ZORAT KOLEM DOKOLA JUBILEJNÍ							DRAVÝ PTÁK JEDEN I DRUHÝ				
STROMO- RÁDÍ					EXEMPLÁŘ KNIHY ZNAČKA STRÍBRA							SASKÁ DYNASTIE MUCHOVY INICIÁLY					
ZÁMECKÁ MÍSTNOST								DŘÍVĚJŠÍ ŽENSKÝ KABÁTEK									
SOUSTROJÍ								ZNALEC KORÁNU								EGYPTSKÁ ARABSKÁ REPUBLIKA (ZKRATKA)	

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 (Léčárna)

Bezplatné | Náklad 2 800 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