

nemocniční

zpravodaj

Červen
2022

Představujeme

ODDĚLENÍ PLASTICKÉ CHIRURGIE

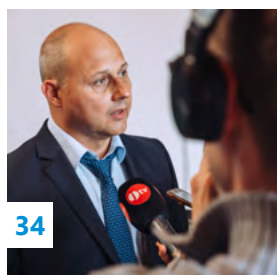
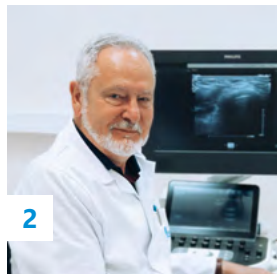
Rozhovor s odcházejícím primářem
Dětského oddělení

MUDr. Vladislavem Smrčkou

Téma měsíce

**Slavnostní otevření nových centrálních
operačních sálů a centrální sterilizace**

Obsah



1

Úvodník předsedy představenstva

2

Rozhovor s odcházejícím primářem Dětského oddělení MUDr. Vladislavem Smrčkou

6

Představujeme: Oddělení plastické chirurgie

- 9 Plastická chirurgie a mezioborová spolupráce
- 12 Rekonstrukce volnými laloky v českobudějovické nemocnici
- 15 Rekonstrukce prsu
- 17 Nádory
- 18 Replantace
- 20 Chirurgie ruky
- 22 Dětská plastická chirurgie
- 25 Estetická chirurgie

27

Téma měsíce – Nemocnice České Budějovice slavnostně otevřela nové pracoviště centrálních operačních sálů a centrální sterilizace

32

Naše úspěchy – Nemocnice České Budějovice dokončila kompletní rekonstrukci Gastroenterologického oddělení

33

Komplexní cerebrovaskulární centrum obdrželo za rok 2021 nejvyšší diamantové ocenění

34

Mikrochirurgická léčba jako nová šance pro pacienty s cévní mozkovou příhodou

36

Lékaři českobudějovické kardiochirurgie připravili skriptu pro budoucí zdravotní sestry

38

Domácí lékař – Alergie a jak na ně

40

Vzdělávání – Českobudějovická neurologie se úspěšně podílela na programu 11. Neurokazuistického sjezdu

41

European Stroke Organization Congress - ESOC 2022

43

20. Jedličkovy neuroimunologické a likvorologické dny

44

Oborová konference jihočeských neurologů 2022

45

Konference ošetrovatelských profesí pracujících v péči o novorozence

48

Práce s rodinou v dětské paliativní péči

50

Mezinárodní setkání chirurgů pod Kunětickou horou

50

XXI. Jihočeské Timrovy dny

52

Terminál nemocnice se proměnil na Plyšákovou ordinaci

Úvodník předsedy představenstva

MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

■ Pane předsedo, co je v českobudějovické nemocnici nového?

Nemocnice České Budějovice, a.s. v pátek 10. června slavnostně otevřela nové centrální operační sály a novou centrální sterilizaci. Stavba byla realizována v období od listopadu 2019 do května 2022 sdružením firem OHLA ŽS a Metrostav. Celkové náklady stavby činily včetně nákladů na projektovou přípravu a dalších souvisejících výdajů 1,15 miliardy Kč vč. DPH. Kromě vybudování 12 operačních sálů s kompletním zázemím, centrální sterilizace a centrálních skladů pro operační sály v sobě tato první etapa přístaveb a rekonstrukcí pavilonu CH zahrnuje vybudování dospávacího pooperačního pokoje, jednotky intenzivní péče, čtyř standardních lůžkových stanic, prostoru pro novou magnetickou rezonanci či prostorů pro technologie celého objektu. Část lůžkových stanic již slouží jako přechodné útočiště pro Anesteziologicko-resuscitační oddělení a Oddělení úrazové a plastické chirurgie. V následujících týdnech dovybavíme a „zabydlíme“ operační sály včetně centrální sterilizace tak, aby zde po zkušebním provozu mohli být první pacienti operováni v běžném režimu od tohoto září. Na právě dokončenou 1. etapu přestavby pavilonu CH naváže 2. etapa, v rámci které bude v průběhu následujících dvou let vybudováno mimo jiné dalších 6 operačních sálů, druhý dospávací pooperační pokoj se 13 lůžky, druhá šestnáctilůžková JIP, 3 standardní lůžkové stanice s celkem 96 lůžky, veškeré ambulantní proozy Očního oddělení, ORL, Ortopedie a Plastické chirurgie. Dokončení přestavby pavilonu CH je nezbytným předpokladem pro opuštění dolního areálu a koncentraci veškerých provozů do areálu horního.



MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D. / Foto: Jan Luxik

■ V Nemocnici České Budějovice, a.s. proběhl nácvik evakuace, můžete ho čtenářům Nemocničního zpravodaje přiblížit?

Nácvik evakuace personálu i pacientů jsme plánovali již před covidovou pandemií, nyní na něj konečně došlo. Přestože zaměstnanci jednotlivých oddělení teoreticky znají postupy a únikové cesty pro případ evakuace stanice, oddělení či celého pavilonu, praktický nácvik takové situace zanechá v jeho účastnících mnohem pevnější stopu. Při případné skutečné evakuaci již v ideálním případě jen zopakují zažitý postup. Kromě toho jsou při praktickém nácviku vyzkoušeny najednou veškeré bezpečnostní prvky, úniková schodiště, požární odvětrání apod., a mohou tak být odhaleny některé nedostatky, které při jejich běžné preventivní kontrole nemusí být patrné. V červnu proběhl nácvik evakuace Centrálních laboratoří, lůžkové stanice Rehabilitačního oddělení a lůžkové stanice Infekčního oddělení.

Bylo simulováno vypuknutí požáru a následné zakouření souvisejících prostorů. Cvičena byla nejen evakuace personálu a chodících pacientů, ale také ležících pacientů. Chtěl bych vyslovit uznání všem našim zaměstnancům, kteří se nácviků aktivně a se ctí zúčastnili a poděkovat Mgr. Jitce Kosáčkové za přípravu těchto cvičných evakuací i řízení krizové připravenosti jako takové. Všem nám z celého srdce přeji, aby zůstalo u cvičných evakuací a nemuseli jsme čelit evakuaci skutečné.

■ Co byste popřál našim čtenářům před letními prázdninami?

Všem našim pacientům, návštěvníkům nemocnice, zaměstnancům i ostatním čtenářům přeji slunečné a odpočinkové léto a bezpečný návrat z dovolených zpět domů. Pokud byste nicméně naši péči potřebovali, jsme tu jako páteří nemocnice Jihočeského kraje i v létě pro Vás.

■ redakce

Rozhovor s odcházejícím primářem Dětského oddělení MUDr. Vladislavem Smrčkou

K poslednímu květnovému dni odešel z primářského křesla Dětského oddělení MUDr. Vladislav Smrčka. V čele jednoho z největších oddělení českobudějovické nemocnice stál úctyhodných 29 let. O své úspěšné kariéře primáře a nefrologa hovoří v následujícím rozhovoru.

■ Pane primáři, na začátek vám položím obligátní otázku. Mohl byste zavzpomínat na své začátky v krajské nemocnici?

Dne 1. srpna 1979 jsem nastoupil do tehdejšího Okresního ústavu národního zdraví (OÚNZ). Po absolvování lékařské fakulty jsem žádal o místo ve zdejší Krajské nemocnici s poliklinikou (KNsp), tehdy zde ale nebylo volné místo. Chtěl jsem se věnovat pediatrii. Na rok jsem si potom odskočil absolvovat základní vojenskou službu a poté jsem pokračoval v Okresním ústavu národního zdraví až do atestace. V samotném zařízení jsem ale moc času nepobyl. Fungovalo to tehdy tak, že jsem v pondělí při příchodu na pracoviště obdržel informaci, na jakém obvodu chybí pediatr, a tam jsem se přesunul. Díky tomu jsem v českobudějovickém okrese prošel čtrnácti obvody.

■ Po atestaci jste tedy nastoupil do krajské nemocnice?

Nikoli. Ani po mé atestaci zde nebylo volné místo. Mé kroky tedy zamířily (či byly spíše rozhodnutím ředitelství nasměrovány) do Týna nad Vltavou. Chyběly zde dvě dětské lékařky, věnoval jsem se proto souběžně dvěma obvodům. V péči jsem měl hodně přes dva tisíce dětských pacientů. Po třech a půl letech v Týně se štěstěna umoudřila a já jsem nastoupil do krajské nemocnice.

■ V roce 1993 skončil ve funkci primáře Dětského oddělení MUDr. František Říha a vy jste uspěl ve výběrovém řízení a stal se jeho nástupcem.

Primář MUDr. František Říha byl pro mě výborný učitel. Velmi mu na Dětském oddělení záleželo, trávil zde spoustu času. Oddělení jsem v roce 1993 převzal ve velmi dobré kondici, a navíc s velmi dobrou pověstí. Jako nový primář jsem si nemohl vůbec stěžovat. Na tehdejší dobu bylo Dětské oddělení velmi kvalitně vybaveno jak personálně, tak přístrojově. Medicína byla v té době pochopitelně úplně jiná, než jak ji známe dnes. Ale nejen medicína. Dříve nebylo standardem, že s dítětem tráví čas na oddělení i jeho rodič. Pakliže tu nějaké matky s dětmi byly, tak především z důvodu kojení. Hospitalizace i s rodičem nebyla možná především z prostorových důvodů. Společná hospitalizace rodiče s dítětem, tzv. rooming, který je pro nás dnes běžnou praxí, byla možná pouze na dvou pokojích na stanici kojenců.

■ Mluvíme o budově původního Dětského oddělení, která byla v místech dnešního Perinatologického centra.

Počátkem osmdesátých let mělo Dětské oddělení přechodně své působiště v místech dnešních Centrálních laboratoří. Poté se přestěhovalo do budovy (opravené v rámci tzv. akce Z) situované v místě

dnešního Perinatologického centra, která byla v roce 2010 nahrazena velmi moderním a prostorným pavilonem D. Krajský úřad, který byl jedním z investorů tohoto projektu, mě oslovil ke spolupráci a já jsem tak měl možnost se na koncepci budoucího pavilonu podílet. Strávil jsem na tom opravdu hodně času a troufnu si říct, že budovu znám jako nikdo jiný – až do její poslední zásuvky 😊. Vím přesně, jaké jsou tu hydranty, jaká okna, protože se stavbyvedoucím jsem byl v intenzivním kontaktu.

■ Jak na tuto dobu vzpomínáte?

Byla to velmi náročná, ale zároveň krásná etapa, na kterou vzpomínám velmi rád. Bavilo mě plánovat prostory na míru přímo našim potřebám. Všichni jsme se těšili do nového. Jsem rád, že se během dvanácti let (pavilon byl slavnostně uveden do provozu v květnu 2010) neobjevila žádná zásadní vada, provozní nedostatky či snad nutnost rekonstrukce. Nemuseli jsme nic bourat či měnit. Podařilo se nám vybudovat funkční prostory, které splňují představy naše i rodičů našich pacientů.

■ Hospitalizace dítěte spolu s rodičem je pro řadu rodičů již standardem.

Ano. Nová budova nám tuto praxi umožnila. Je ale nutné si stále uvědomovat, že jsme nemocnice, zdravotnické zařízení, nikoli hotel. Někdy se setkáváme s nerealistickými představami ze strany rodičů. Prioritou je pro nás stále lékařská a ošetrovatelská péče o nemocné děti.

■ Ve funkci primáře jste strávil úctyhodných 29 let. Jaké období či momenty považujete za ty nejzásadnější?

Vždy jsem se snažil, abychom udrželi vysokou kvalitu naší odbornosti a rozsah poskytované péče. To s sebou samozřejmě přinášelo změny v organizaci práce i v dispozici oddělení. Dokončili jsme vybavenost stanice dětské hematologie a onkologie. Funguje nám zde celá řada odborných



prim. MUDr. Ladislav Smrčka / Foto: redakce

ambulancí, počet specializací přesahuje deset. Zvýšil se také počet pacientů. Když jsem nastupoval, přijímali jsme zhruba 3 000 pacientů ročně. Dnešní roční příjem činí přibližně 5 500 včetně jedné tisícovky matek jako doprovod. Zvýšil se také počet ambulantních pacientů. Naopak se nám podařilo zkrátit dobu hospitalizace z dřívějších skoro deseti dní na tři dny. Spoustu dětí ošetříme ambulantně. Nejzásadnějším milníkem byl ale již zmíněný přesun do nového pavilonu. Dočkali jsme se prostor, které nám umožňují poskytovat péči i komfort na vysoké a profesionální úrovni. Vybudování pavilonu D bylo

vlastně první vlaštvou v následující rozsáhlé rekonstrukci naší nemocnice, která stále probíhá. Zároveň to byla první stavba, na kterou byly použity evropské peníze.

■ Pane primáři, změnily se přístroje, budova, právní forma naší nemocnice. Změnil se v čase i dětský pacient?

Dětský pacient je pořád stejný. Nepředstavitelně se ale změnilo spektrum nemocí. Dnes tu až na výjimky nenajdete zápal plic nebo větší pacienty se zánětem ledvin. Dnešní Dětské oddělení léčí

pacienty s problémy vyplývajícími z doby, ve které žijeme. Máme zde děti s mentální anorexií, děti s psychickými problémy, děti s problémy výchovného rázu. Na stanici malých dětí již neleží děti se záněty středouší či s již zmíněnými zápaly plic, ale děti s vrozenými nebo metabolickými vadami nebo po úrazech. Diametrálně se tak změnila i námi poskytovaná péče.

■ Jak jste na Dětském oddělení prožili pandemii covidu-19?

Covidové období zvládla všechna dětská oddělení v republice velmi dobře. Jako všichni jsme se potýkali s nedostatkem personálu, byla zastavena plánovaná operativa. Nejvyšší počet našich covidových pacientů tvořily děti, jejichž pozitivitu jsme odhalili například až v rámci předoperačního vyšetření. Větší problém byl s hodně medializovaným postcovidovým syndromem PIMS, který se u nás objevil v poměrně velkém počtu několika desítek případů. Z dostupných informací ale víme, že trvalé následky našťestí žádný z našich pacientů nemá.

■ Pediatrie se stejně jako jiné obory za dobu vašeho působení výrazně posunula.

Ano. Neuvěřitelným způsobem se změnila například dostupnost zdravotnických prostředků. O takových přístrojích, se kterými dnes běžně pracujeme, se nám dříve ani nesnilo. Jsou daleko přesnější jak z hlediska měření, tak i například z hlediska dávkování léků. V osmdesátých letech začínaly výzkumy v oblasti metabolických vad či vzácných chorob, ale stále to byl teprve začátek. Až po roce 1989 nastal obrovský boom nových léků ze zahraničí, kdy jsme byli občas překvapeni, jak obrovské portfolio máme k dispozici.

Co se týče moderní lékové léčby, obrovský přelom je použití biologické léčby ať už v onkologii, onkohematologii, gastroenterologii, nefrologii, nebo revmatologii. Zde

nastal opravdu obrovský pokrok. Na druhou stranu je pravda, že těchto onemocnění v roce 1979 tolik nebylo. Nikdy bych neřekl, že budeme léčit tolik pacientů např. s Crohnovou chorobou. Jednoznačně tedy za civilizační pokrok platíme určitou daň. Máme více závažných chorob, na které ale máme lepší léky. To samé se týká očkování. Díky němu ubylo infekčních chorob, očkujeme děti například proti hemofilu

■ Na oddělení jste působil jako dětský nefrolog, na zkrácený úvazek zde budete působit i nadále. Co vás přivedlo k tomuto oboru?

Jsem absolvent fakulty dětského lékařství, což je dnes 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Motole. Během studia jsme se hodně věnovali právě dětské nefrologii (odvětví zabývající se diagnózou a léčbou ledvin). Když jsem se vrátil z obvodu do nemocnice,

"Dnešní Dětské oddělení léčí pacienty s problémy vyplývajícími z doby, ve které žijeme. Máme zde děti s mentální anorexií, děti s psychickými problémy, děti s problémy výchovného rázu."

či pneumokoku. Kdybych měl ale vybrat jednu věc, kterou bych v roce 1979 absolutně nepředpokládal, je to mnohonásobný nárůst psychiatrických poruch a psychologických potíží, které jsme bohužel nezvládli včas podchytit. Dětská oddělení, včetně našeho, jsou plná dětí s psychiatrickými nebo psychickými potížemi, pro které ale chybí vyškolený personál i kapacity. Všechno nelze zvládnout léky, které se sice velmi vylepšily i pro dětské pacienty, ale vidíme, že takto nemocné děti potřebují i něco jiného. A to často ještě dlouho před pobytem v nemocnici. Toto ale není pouze problém pediatrie. V této oblasti jsme všichni zaspali minimálně několik desítek let, a to jak ve zdravotnictví, tak ve školství nebo i tělovýchově. A samozřejmě to zaspaly i odpovědné osoby na různých vládních úrovních.

bylo poměrně hodně pacientů, kteří měli potíže s ledvinami. Díky šikovnosti prof. MUDr. Miloše Velemínského, CSc., z Neonatologického oddělení jsme měli k dispozici ultrazvuk – šlo o jeden z prvních ultrazvuků v celé republice. Právě s ultrazvukovou diagnostikou se nepředstavitelně posunuly naše diagnostické možnosti a následná léčba nefrologických pacientů. Práce s ultrazvukem mě bavila. Věnoval jsem se nejen ledvinám, ale také nitrobrříšním onemocněním. Na ultrazvuku, který byl tehdy umístěn ve sklepě pod Ženským oddělením, jsme se stídali tři. Prof. Velemínský jej používal pro neonatologii, já pro Dětské oddělení a MUDr. Otakar Schacherle pro gynekologii. Následně jej začal využívat i bývalý primář Neonatologického oddělení MUDr. Milan Hanzl, Ph.D., pro screening ledvin u novorozenců.



prim. MUDr. Ladislav Smrčka / Foto: Jan Luxík

Myslím, že jsme s takto zavedenou praxí byli první nemocnicí v České republice. Toto ultrazvukové vyšetření je v současnosti v České republice již téměř běžnou praxí. Ledviny jsou na ultrazvuku dobře viditelné, lze tedy dobře identifikovat velmi závažnou vadu, která se musí urychleně řešit. Jde například o chlopeň zadní uretry, která v močové rouře u chlapečků brání odtoku moče ven. Moč se začne hromadit uvnitř močového traktu a během krátké doby dokáže ledviny zdevastovat. Díky screeningu tuto vadu odhalíme včas a okamžitě léčíme.

■ **Tušíte, kolik jste během své kariéry provedli ultrazvuků?**

Možná sto tisíc.

■ **Za jak dlouho se z lékaře stane zkušený „ultrazvukista“?**

Pracovat s ultrazvukem se nenaučíte z knížek. Musíte to vidět na vlastní oči. Já jsem měl to štěstí, že jsem byl ze začátku jediný, kdo to dělal. Viděl jsem tedy kvantum patologických pacientů. Musíte vidět souvislosti s jinými vyšetřovacími metodami, jako je magnetická rezonance, CT nebo rentgen, které vám eventuálně váš předpoklad potvrdí. Takže ano, musíte se něco naučit, musíte mít nějaké zkušenosti, ale především musíte vyšetřovat, vyšetřovat a vyšetřovat. Čím více vyšetřujete, tím více vidíte patologii, které si pak můžete zapamatovat a dávat do souvislostí.

■ **Co byste popřál novému panu primáři?**

Hlavně pevné nervy a trpělivost. Rád bych tímto poděkoval svým kolegům – těm, kteří tady byli a už nejsou, protože odešli do důchodu nebo na jiné pracoviště, i těm, kteří tady stále působí. Chtěl bych poděkovat za to, že jsem měl možnost s nimi pracovat a že tuto možnost budu mít i nadále. Mladým kolegům přeji, aby je pediatrie bavila, aby ji neopouštěli a aby se jí věnovali, seč jim síly budou stačit. Přeji jim, aby našli potěšení v tom, když uvidí zdravého pacienta, kterému pomohli.

■ **Bc. Iva Nováková, MBA**

*ředitelka úseku komunikace
a péče o zaměstnance*

Představujeme: Oddělení plastické chirurgie

Plastická chirurgie jako samostatný obor začala vznikat v době první světové války, kdy bylo třeba řešit velké množství tkáňových defektů. Z chirurgů, maxilofaciálních chirurgů (zabývají se ústní, čelistní a obličejovou chirurgií) a ORL lékařů se stali specialisté na řešení ztrátových poranění – plastičtí chirurgové. Také v Českých Budějovicích se tento přerod udál, byť za mírových podmínek a zhruba o 70 let později. Primář MUDr. Miloslav Pexa byl traumatolog, ale dobře si uvědomoval důležitost práce plastického chirurga. Kromě toho měl také úzké vazby na pražskou kliniku plastické chirurgie a popálenin na Vinohradech a prosadil ordinariát plastické chirurgie v rámci traumatologického oddělení. Tento ordinariát vedl MUDr. Miloslav Votruba, který získal atestaci z plastické chirurgie v roce 1987. V roce 1990 pak nastupuje na traumatologické oddělení další atestovaná plastická chirurgyně MUDr. Eva Šteflová. Na oddělení se prováděly především operace odstátých boltců, akutní poranění ruky, následné operace na ruce a nemoci rukou, odstraňování kožních nádorů a řešení následných defektů, ošetřování popálenin, defektů po úrazech, operace dekubitů, estetické operace.

Plánované operace byly prováděny pouze 2x týdně v odpoledních hodinách (to znamená jeden den plného operačního programu na jediném sále). Nyní obsáhneme za týden devět plných operačních dní – operujeme na více sálech současně, často operujeme na jiných odděleních a vyjíždíme do jiných nemocnic. To ukazuje, o jaké stovky procent jsme navýšili spektrum a četnost prováděných operací, a to jak rekonstrukčních, tak estetických. To by samozřejmě

nebylo možné bez vstřícného přístupu ředitelství nemocnice jak pod vedením ředitele MUDr. Jiřího Bouzka, MBA, tak MUDr. Břetislava Shona a nyní MUDr. Ing. Michala Šnorka, Ph.D.

Sám jsem se začal školit na plastického chirurga v roce 1992 a v roce 1997 jsem získal atestaci. Ještě předtím, než jsem získal atestaci, vznikl díky podnětu MUDr. Evy Šteflové a uvědomění si důležitosti této práce primářem MUDr. Pexou mikrochirurgický program, na který jsem se vyškolil na pražské klinice. V roce 1995 jsem provedl v Českých Budějovicích první úspěšnou replantaci palce. Replantace je komplexní operace, která má za cíl znovuoživení krevního oběhu ve zcela oddělené části lidského těla. V roce 1996 jsem pak provedl první volný přenos laloku mikrochirurgickou technikou. Díky primáři MUDr. Pavlovi Kopačkovi vznikla také úzká spolupráce při řešení komplikovaných ztrátových poranění, přičemž v rámci traumatologického centra naší nemocnice bylo následně vybudováno i replantační centrum, a to jako třetí v České republice.

V roce 2004 získává atestaci MUDr. Pavel Kurial a dále postupně vždy s odstupem několika let MUDr. Jan Kasper, MUDr. Hedvika Janoušková a MUDr. Tomáš Votruba. Nyní se na atestaci začal připravovat MUDr. Petr Vodička. Několik let na oddělení pracovali MUDr. Jozefína Škulavíková a MUDr. Petr Polák. V roce 2003 došlo k významné organizační změně – estetické operace jsou nově operovány třikrát týdně v rámci celodenního programu v dolním areálu a pacienti jsou hospitalizováni na ortopedickém oddělení, kde jsou pro ně vyhrazeny tři

pokoje. Pacienti rekonstrukční jsou pak operováni v celkové narkóze v horním areálu v pondělí, čtvrtek a pátek. V úterý a ve středu se pak operují operace v lokální anestezii a jednou za dva týdny následuje celodenní dětský program. Pacienti rekonstrukční jsou hospitalizováni v rámci traumatologického oddělení. V roce 2008 jsem byl jmenován primářem a fakticky vzniklo samostatné oddělení, byť s roztržštěným lůžkovým fondem. Naše oddělení také hodně využívá programu jednodenní chirurgie. V současné době patří Oddělení plastické chirurgie v Českých Budějovicích mezi nejrespektovanější pracoviště plastické chirurgie v ČR. Již v roce 2000 jsem se stal historicky nejmladším členem výboru Společnosti estetické chirurgie (ČLS JEP) díky mikrochirurgické a přednáškové aktivitě. Jsem členem akreditační komise při Ministerstvu zdravotnictví a podílím se tak na vedení směru celého oboru v rámci ČR. V roce 2019 jsem byl odměněn za celoživotní práci pro obor medailí ČLS JEP. Oddělení nyní provádí kromě rozštěpové chirurgie plnou škálu rekonstrukční plastické a estetické chirurgie. Provedli jsme nejen stovky úspěšných replantací prstů a končetin, nýbrž i skalpů, uší či nohou. Dále kolem 800–900 přenosů volných laloků, což je zákrok, který je chirurgicky zcela srovnatelný s orgánovou transplantací, jen je při něm pacient svým dárcem i příjemcem. Máme zavedený program rekonstrukce prsů včetně preventivních zákroků při rizikovém parenchymu. Dále spolupracujeme hlavně při společných operacích s traumatology, ortopedy, maxilofaciálními chirurgy, s Očním a ORL oddělením, chirurgy, neurochirurgy i gynekology. Operace dekubitů (proleženin) pak provádíme



Kolektiv Oddělení plastické chirurgie/ Foto: Jan Luxík

v nemocnicích v celých jižních Čechách. Jako výzvu a další cíl našeho oddělení bych viděl rutinní skeletální mikrochirurgické rekonstrukce, a to především dolní čelisti po resekcích, rekonstrukce dlouhých kostí po úrazech a resekcích tumorů (nádorů), kterých jsme již několik provedli. Mou filozofií je, aby na oddělení fungovalo ono mušketýrské „jeden za všechny a všichni za jednoho“, díky čemuž by na oddělení panovala přátelská a tvůrčí atmosféra jak mezi samotnými lékaři, tak i mezi lékaři a sestrami. Sestry jsou plnohodnotnými členy týmu a provázejí pacienty od přijetí po propuštění, od začátku nemoci či postižení do vyléčení.

Na závěr si dovoluji poděkovat lékařům našeho oddělení: MUDr. Pavlovi Kurialovi, děkuji za jeho přátelství;

jeho zručnost a erudice v oblasti plastické chirurgie, rozhodnost, talent, cit ke tkáním a představitost z něj dělají jednoho z nejlepších plastických chirurgů, které jsem kdy poznal. Děkuji MUDr. Janu Kasperovi za jeho pracovitost, samostatnost, trpělivost, spolehlivost, příjemné vystupování, nezištnost, edukaci mladších kolegů a mikrochirurgickou erudici – je to plastický chirurg, kterého má každý na pracovišti rád. Děkuji MUDr. Hedvice Janouškové, která rozvinula mamologicko-plastický program. Obdivuji její šikovnost, pracovitost, spolehlivost a blahopřeji jí nyní k její velké životní změně, která již brzy nastane, a přeji si, aby se mezi nás co nejrychleji spokojeně vrátila. Děkuji MUDr. Tomáši Votrubovi za jeho nadšení, s jakým se pustil do mikrochirurgie,

obdivuji jeho pracovitost, zápal, velkou mikrochirurgickou trpělivost a neutuchající bojovnost. Děkuji i za jeho dobrou náladu, kterou na oddělení přináší. MUDr. Petr Vodička je na našem oddělení rok, ale již nyní lze jasně poznat, že do našeho týmu nastoupil skvělý mladý lékař, který se okamžitě svou inteligencí, záplem a touhou dělat věci správně stal plnohodnotným kolegou, na kterého je ve všem spolehnutí. Děkuji instrumentářkám – staniční sestře Radce Kozákové, která se na rozvoji plastické chirurgie v Českých Budějovicích zásadně podílela, a Anetě Sysové, nyní také Haně Zemčíkové, která převzala štafetový kolík. Na oddělení pak hlavně staniční sestře Ivaně Vachtové při péči o rekonstrukční pacienty a o estetické pacienty, dále sestřím



Šárce Šanderové, Evě Foitlové, Janě Kosiňski, Angelině Benešové a staniční sestře Bc. Angele Heldové. Omlouvám se, že jsem zde nejmenoval všechny, byť si jejich práce a trpělivosti s námi také velmi vážím. Vážím si výborných vztahů s primářem MUDr. Martinem Kloubem, Ph.D., a primářem MUDr. Davidem Musilem, Ph.D., kteří vedou oddělení, kam umísťujeme naše pacienty. Tím děkuji i všem jejich zaměstnancům.

Plastická chirurgie má několik stěžejních podoborů – jsou to řešení kožních nádorů a vrozených viditelných vad, estetická chirurgie, rekonstrukce prsů, plastická chirurgie ruky, řešení defektů různé etiologie (příčin) a mikrochirurgie. Těmto se budeme věnovat v samostatných kapitolách.

■ **prim. MUDr. Vladimír Mařík**

Kolektiv lékařů, zleva: MUDr. Tomáš Votruba, prim. MUDr. Vladimír Mařík, MUDr. Hedvika Janoušková, MUDr. Jan Kasper, MUDr. Petr Vodička, MUDr. Pavel Kurial / Foto: Jan Luxík



Kolektiv sester, zleva: Zuzana Ryplová, Ivana Vachtová, Natálie Študlarová, Bc. Hana Zemčíková, Andrea Prenerová / Foto: Jan Luxík

Plastická chirurgie a mezioborová spolupráce

Plastičtí chirurgové jak známo operují převážně na viditelných partiích těla, tudíž výsledky jejich zákroků jsou bezprostředně po operaci hned na očích pacientů i jejich okolí. Tato skutečnost představuje obrovský tlak na chirurga, ale i pacienta, který je s tímto po operaci konfrontován. Fotodokumentace plastických chirurgů českobudějovické nemocnice může působit obzvlášť na laickou veřejnost trochu necitelně, a i přesto, že znázornění stavu před operací v porovnání se stavem po operaci nejlépe vystihuje charakter a možnosti jejich práce, rozhodli jsme se omezit toto zobrazení převážně na výsledný stav.



MUDr. Pavel Kurial při mikrochirurgické operaci / Foto: archiv autora

Vzpomínám si na svá studentská léta a nekonečné rozhovory o tom, kterým směrem se naše kroky budou po medicíně ubírat. Dobře si pamatuji charakteristiky jednotlivých oborů, jako je např. interna – královna medicíny, patologie – koukání do mikroskopu, chirurgie – nejnáročnější obor, ARO – zachraňování životů atd. Ale nejvíce mi v hlavě utkvěla představa a charakteristika plastické chirurgie – samé vyšívání a tzv. kůžičkáři. Být „kůžičkářem“ v té době samozřejmě nenaplňovalo mé ambice. Netušil jsem však, že sešítí 3mm tenké tepny

pod drobnohledem operačního mikroskopu tzv. mikroanastomózou, kterou jsem tehdy zcela fascinován zhlédl ve výukovém videu na studovně, provádějí právě oni zmínění „kůžičkáři“. Když jsem v prvních letech své praxe na chirurgii v českobudějovické nemocnici obdivoval práci umění cévních chirurgů již zesnulého primáře MUDr. Vojtěcha Loudy a současného primáře MUDr. Petra Ptáka, Ph. D., měl jsem možnost poznat také první mikrochirurgické začátky primáře Oddělení plastické chirurgie MUDr. Vladimíra Maříka. Tehdy

padlo mé rozhodnutí a podnítila se touha se takové práce účastnit a stát se plastickým chirurgem. Čím více do tohoto oboru pronikáte, tím více objevujete jeho možnosti a dosah jak po stránce medicínské, tak po stránce společenské. V každodenní praxi odstraňujeme jednoduché i složité kožní nádory, přemísťujeme tkáň v podobě laloků a štěpů do míst, kde je jejich nedostatek, rekonstruujeme plošné i 3D defekty, snažíme se navrátit funkci končetinám a v estetické chirurgii zase měníme tvary tělesných partií. To je jednou z krás a jedinečností plastické chirurgie, provádět tyto činnosti v celém rozsahu lidského těla. Tato skutečnost staví plastiku na styčné hranice s mnoha ostatními obory a předurčuje ji k tomu, aby byla otevřená spolupráci s ostatními specializacemi a poskytovala jim při léčbě pacientů své služby. V tom spatřuji zmíněný společenský dosah naší



Tkáňová expanze vlasaté části hlavy u alopecie dítěte / Foto: archiv autora

každodenní práce v nemocnici a jeho krásu při operacích na rozhraní našeho a jiného oboru.

Mezioborová spolupráce plastiky v rámci naší nemocnice má široký záběr a je těžké zvolit, kterým oborem v představení naší činnosti začít, protože si velmi vážíme všech a chováme k nim stejný respekt. Snad proto, že jsme chirurgové, začnu **Chirurgickým oddělením**, kde jsem začínal a složil tehdy ještě 1. atestaci z chirurgie, než jsem se dal na plastiku. Jedním z klíčových programů našeho oddělení jsou rekonstrukce prsů po nádorech. V současné době dokážeme nabídnout kompletní spektrum zákroků od rekonstrukcí pomocí prsních implantátů přes přenos vlastního tuku do prsou u pacientů po ozáření až po rekonstrukci mikrochirurgickými volnými laloky z podbřišku (TRAM a DIEP laloky). Ve spolupráci s chirurgy provádíme čím dál častěji profylaktické kůži šetřící mastektomie (odstranění prsní tkáně) s okamžitou náhradou implantáty. Pro pacienty zatížené genetickým rizikem (tzv. rizikový poarenchym) tato operace představuje snížení rizika, že do svých 65 let věku onemocní karcinomem prsu, z 85 % na 10 %. Program rekonstrukce prsů na našem oddělení úspěšně rozvíjí a vede MUDr. Hedvika Janoušková a za její neúnavnou práci jí náleží obrovské uznání. V současnosti se zpravidla jednou týdně účastníme chirurgického mammárního programu při primárních rekonstrukcích prsu. Za tuto spolupráci patří velký dík nejen chirurgům, ale rovněž onkologům, patologům, radiologům a Ambulanci lékařské genetiky, kteří se na léčbě karcinomu prsu podílejí. S ohledem na postupný nárůst operativy a indikace k rekonstrukcím vnímáme stále větší potřebu zajistit pro tyto výkony sálovou kapacitu. Léčbu zhoubného melanomu kůže si léta úspěšně dělíme s Chirurgickým oddělením dle jednoduchého principu: od pupíku nahoru plastici a od pupíku dolů chirurgové. Vychází to ze zkušeností

jednotlivých oddělení operovat v axile a v třísele tedy, kdy je potřeba provést odstranění spádových mizních uzlin tzv. exenteraci.

Oddělení úrazové chirurgie je v podstatě naším domovským pracovištěm, ze kterého naše Oddělení plastické chirurgie vzešlo a kde sídlí jeho rekonstrukční část. Pacienti po úrazech tvoří nejpočetnější skupinu ze všech oborů, kterou v rámci plastiky operujeme. Spektrum je velmi široké: od povrchných kožních úrazových defektů, které řešíme zpravidla kožními štěpy nebo místními laloky, přes defektní poranění obličeje až po komplexní poranění horních a dolních končetin vyžadující vysoce specializovaný přenos mikrochirurgických volných laloků. Zde dokážeme nabídnout rekonstrukci jak měkkotkáňových, tak kostních defektů. Speciální kapitolu a jeden z profesních pilířů našeho oddělení tvoří replantační chirurgie (přisívání amputovaných končetin nebo jiných tělesných partií zpět pomocí mikrochirurgické techniky). Naše oddělení má za sebou stovky úspěšných replantací, nejčastěji prstů, ale i vyšších amputačních poranění v zápěstí, předloktí a paži. K raritním replantacím na českobudějovické plastice patří replantace prstu u 15měsíčního dítěte, několik replantací skalpu a replantace boltce u 6letého dítěte. Každému lékaři našeho oddělení se v průběhu jeho odborné přípravy dostane takového tréninku, aby byl schopný se replantačního zákroku ujmout. Naše oddělení poskytuje replantační servis v celém rozsahu regionu jižních Čech, části západních Čech a velké části Kraje Vysočina. Patříme mezi tři pracoviště v České republice, která replantace provádějí. V naší nemocnici v porovnání s ostatními sledujeme obrovskou výhodu přítomnosti zázemí traumacentra tzv. v jednom domě. Traumatolog, anesteziolog, plastika a rentgenolog pod jednou střechou umožňují zajistit

pro pacienty s vysokým amputačním poraněním velmi rychlou urgentní akci, kterou tento typ úrazu vyžaduje.

Ortopedické oddělení je nám velkým partnerem. Řešíme společně pacienty, kteří již několik let trpí chronickým zánětem kosti tzv. osteomyelitidou v oblasti bérce, kde volný mikrochirurgický přenos muskulárního laloku často představuje jediné perspektivní řešení. Stejně tak se účastníme rozsáhlých resekcí tělesných partií u pacientů se sarkomem (zhoubný nádor) nebo dokážeme být nápomocní při komplikacích endoprotetiky kolenního kloubu, kdy je potřeba uzavřít defekt svalovým lalokem, aby se zabránilo infektu a selhání protézy. Velmi si vážíme našeho partnerství s ortopedií v rámci estetické chirurgie. Sdílení lůžkové části oddělení a sálové kapacity roky funguje na té nejlepší úrovni. Obrovský dík patří sesterskému týmu stanice B ortopedie pod vedením Bc. Angely Heldové, který během let péče o naše pacienty pracuje s vysokou profesionalitou a s ohledem na specifickou problematiku estetické chirurgie. Bez jejich erudice a osobního přístupu v pooperační péči bychom jistě nedosahovali takové spokojenosti, s jakou naše pacientky z oddělení odcházejí. Primáři ortopedie MUDr. Davidu Musilovi, Ph.D., velmi děkujeme za jeho profesionalitu, vstřícnost řešit organizační otázky a přátelský přístup v každém dnu naší spolupráce. Naším velkým přáním je pokračovat v tomto modelu koexistence i s přechodem na systém centrálních operačních sálů.

S **oftalmology** spolupracujeme převážně při operacích nádorů víček, které vyžadují jejich rekonstrukci pomocí místních laloků. Zpravidla jednou měsíčně se účastníme programu Očního oddělení. Rozsáhlejší operace pokročilých nádorů krajiny očníce, u nichž je potřeba provést její exenteraci s rekonstrukcí pomocí volných laloků, se vzhledem k mikrochirurgickému

vybavení provádějí na sále plastické chirurgie. Důkazem výborné vzájemné letité spolupráce je naše pravidelná aktivní účast na Timrových dnech, velmi oblíbeném a odborně kvalitním oftalmologickým kongresem každoročně pořádaným českobudějovickým Očním oddělením.

S Oddělením ústní, čelistní a obličejové chirurgie pod vedením primáře MUDr. Pavla Střihavky roky rozvíjíme a na přátelské úrovni udržujeme spolupráci na poli velkých obličejových resekcí rozsáhlých tumorů. V oblasti obličeje se jedná o nejsložitější 3D defekty, které pacienty mutilují do pro ně společensky až neúnosného stavu. Náš úsek péče znamená náročné mikrochirurgické rekonstrukce typu náhrady spodiny očnice, výplně očnice lalokovým materiálem po odstranění oka, rekonstrukce nosu, výstelky dutiny nosní, rekonstrukce dolní čelisti atd. V letošním roce jsme se posunuli na současný světový trend rekonstrukce čelistí zavedením 3D CT plánování při náhradách dolní čelisti lýtkovou kostí odebranou jako volný lalok, nařezanou podle předem zhotovené šablony a transplantovanou do krajiny obličeje. Individuálně formované titanové dlahy a šablony pro osteotomie vytvořené na základě předchozí 3D CT diagnostiky nám umožňují dosáhnout na milimetry přesné anatomické rekonstrukce čelistí a tím se posunout na podstatně vyšší úroveň jak funkční, tak estetické rekonstrukce pro pacienty. První pacientka, které jsem touto metodou s primářem Střihavkou nahrazoval třetinu dolní čelisti a uzavíral defekt v dutině ústní v lednu tohoto roku, se k naší radosti již těší pevnému zdraví. Doba operace u těchto výkonů se pohybuje v rozmezí 6–9 hodin.

Téma chirurgie hlavy a krku řešíme rovněž s **ORL oddělením**, kde jsme se již několikrát podíleli na faryngektomiích (odstranění hltanu) a resekcích jazyka. Tubulizovaný volný čínský lalok z předloktí nebo ALT lalok ze stehna našitý na cévy



ALT volný lalok ze zevní strany stehna k rekonstrukci jazyka po resekcí karcinomu / Foto: archiv autora

na krku představují současný trend pro rekonstrukci hltanu a oblasti jazyka. Naši účast můžeme chirurgům z ORL oddělení přislíbit i při resekcích průšní žlázy, u kterých dochází k potřebě rekonstruovat větvení lícního nervu.

Rovněž nemohu opomenout **Neurochirurgické oddělení**, se kterým naše spolupráce není tak frekventovaná, ale když nastane, tak se vždy jedná o náročnější výkon, který není rutinní záležitostí a vyžaduje pečlivé plánování z obou stran. Tak jsme před lety jako první v České republice provedli přenos volného svalového laloku do nitrolebního prostoru. Jednalo se o pacientku s píštělí tkáňového moku odkapávajícího do nosu, kterou jsme úspěšně společně s neurochirurgem MUDr. Jirkou Fiedlerem, Ph.D., MBA, řešili přenosem a umístěním volného svalového laloku m. gracilis (lalok ze svalu na vnitřní straně stehna) do přední jámy lební našitím na temporální cévní svazek přes žilní štěpy.

Dětskému oddělení děkujeme za péči o naše malé pacienty, u kterých nejčastěji operujeme

odstálé boltce, jež představují nejobvyklejší vrozenou vadu, a dále úrazové defekty dětí. Méně častěji se jedná o kožní nádory nebo vrozené vady ruky typu syndaktylií (vrozeně srostlé prsty). Dětský program v současnosti obsazujeme jednou za 14 dní.

Naše mezioborová působnost směřuje i za hranice naší nemocnice. Pacienty s dekubity (proleženinami) z okolních okresů jezdíme operovat do místních nemocnic (Tábor, Písek, Jindřichův Hradec, Prachatice). Zpravidla zde provádíme rekonstrukce pomocí místních svalových laloků v rámci pobytu pacienta na Chirurgickém oddělení. Využíváme tak sálovou a lůžkovou kapacitu nemocnice v místě bydliště pacienta. V loňském roce nás oslovila nemocnice v Písku se zájmem na poli rekonstrukce prsů u preventivních mastektomií (odstranění prsní tkáně).

Na závěr tohoto článku si nechávám prostor pro zvláštní poděkování **Anesteziologicko-resuscitačnímu oddělení**. Anesteziolog je vždy

klíčovým členem operačního týmu. Ceníme si každodenní práce anesteziologů, kteří se účastní našich programů a provází naše pacienty operačním zákrokem. Velké poděkování patří rovněž personálu lékařskému i sesterskému lůžkové části ARO, která je ochotná přebírat a starat se o naše pacienty v časném pooperačním období po velkých rekonstrukčních zákrocích zpravidla v oblasti hlavy a krku. Bez takového zázemí bychom tyto specializované zákroky v naší nemocnici provádět nemohli. Děkujeme vám všem z týmu ARO, že se staráte o naše plánované

pacienty jak na poli rekonstrukční, tak estetické chirurgie, a děkujeme i za pomoc při řešení našich komplikovaných případů, kterých, doufáme, bude co nejméně.

Je mi jasné, že naše práce je provázána prakticky se všemi odděleními nemocnice, jako jsou Centrální laboratoře, Klinická hematologie, Kožní oddělení, Patologické oddělení a další, a určitě tady nedokážu vyjádřit naše díky všem. Rád bych však přislíbil naši pomoc tam, kde ji dokážeme poskytnout. Ohlédnou-li se na výčet našich působností, vidím nejen rozsah

medicínské péče, na které se podílíme, ale také velké množství příjemných vztahů s kolegy a kamarády z jiných oborů. Péče o pacienty nás spojuje a mezilidských vztahů si ve svém pracovním i osobním životě cením nejvíce. Pokud je výše uvedené prací „kůžičkářem“, jak jsem zmínil v úvodu tohoto článku, tak musím říct, že jsem a budu „kůžičkářem“ velmi rád.

S přátelským pozdravem všem v naší nemocnici za Oddělení plastické chirurgie

■ **MUDr. Pavel Kurial**
zástupce primáře

Rekonstrukce volnými laloky v českobudějovické nemocnici

Mikrochirurgie představuje jeden z pilířů plastické chirurgie, jejíž počátek v našem oboru odstartoval ve světě v roce 1965 první úspěšnou replantaci palce japonský plastický chirurg Susumu Tamai a v roce 1973, kdy byl proveden první úspěšný mikrochirurgický přenos volného laloku v australském Melbourne.

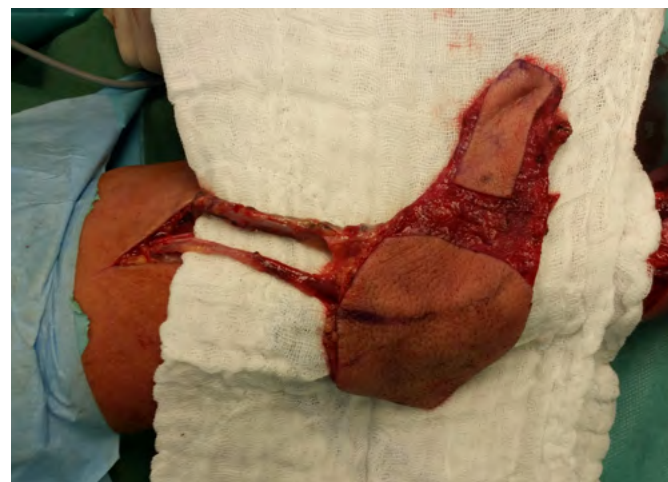
Vznik mikrochirurgického programu na plastice v českobudějovické nemocnici je spjat se jménem primáře MUDr. Vladimíra Maříka, který v době přípravy na svou atestaci z plastické chirurgie začal s prvními replantacemi a přenosy tkáňových celků. Byl to právě mikrochirurgický program, díky kterému naše oddělení v prvních počátcích své existence získalo v rámci České republiky vysoký kredit a zařadil naše pracoviště mezi první čtyři v zemi, která disponují možností poskytovat servis v rámci replantační chirurgie a možností provádět rekonstrukce volnými laloky.

Volný lalok (free flap z angl.) představuje tkáň, která má své anatomicky definované cévní zásobení na arteriální a žilní stopce, která celou tuto tkáň prokrvuje. Po zvednutí laloku a odpojení stopky z tzv. donorského místa se lalok stává „volným“, je přenesen a umístěn do místa defektu a cévní stopka je pomocí mikrochirurgické techniky napojena na tzv. příjmové cévy. Tím se v laloku znovu obnoví krevní oběh. Přímo se vlastně jedná o transplantaci tkáně v rámci jednoho pacienta. Podle konkrétní potřeby charakteru tkáně v místě defektu může být zvednut lalok tvořený kůží, svalem, fascií nebo kostí. U komplexních defektů lze někdy využít tzv. složený (kompozitní) volný lalok, který je tvořen současně např. kůží a svalem, svalem a kostí nebo současně svalem, kostí i kůží. Kombinovaný lalok je lalok tvořený dvěma laloky na jedné cévní stopce (např. lalok m. latissimus dorsi společně s lalokem m. serratus na jedné cévní



MUDr. Pavel Kurial / Foto: archiv autora

stopce a. thoracodorsalis). Volný lalok může být tvořen i celým orgánovým celkem. Jako příklad mohu uvést přenos



Volný čínský lalok tvořený dvěma kožními ostrovy / Foto: archiv autora

prstu z nohy na ruku po amputačních poraněních nebo volný přenos střevní kličky pro rekonstrukci hltanu (pharyngu).

Při volných lalokových plastikách je podmínkou znalost mikročirurgetické techniky operování a tomu odpovídající technické vybavení: mikroinstrumentárium s operačním mikroskopem. Kalibr tepen a žil cévní stopky, kterou je nutno pomocí mikroanastomóz stylem end to end nebo end to side napojit, se pohybuje průměrně v rozmezí 1,5–5 mm. Síly vláken, které k šití používáme, jsou 8/0, 9/0 a 10/0 (0,05 - 0,02 mm, pozn. red.). Podle charakteru přenosu se doba operace pohybuje mezi 3–8 hodinami.

Pro úspěšný přenos hraje klíčovou roli sehraný tým. Pracujeme ve dvou operačních skupinách, přičemž první tým provádí odběr volného laloku a druhý tým připravuje příjmové cévy v místě defektu. Tento způsob práce ve dvou týmech výrazně zkracuje dobu operace a celkovou zátěž pro pacienta. Úspěch přenosu závisí nejen na samotném operačním zákroku, ale stejně tak na vedení anestezie a pooperační péči. Krevní průtok anastomózami malého kalibru je pomalejší a případné výkyvy krevního tlaku, podchlazení pacienta nebo mechanické příčiny (útlak hematodem nebo obvazovým materiálem) mohou

vést ke spasmu a vytvoření trombu v anastomóze. V momentě, kdy při ucpané přívodné tepně dojde k zastavení proudění krve do laloku nebo naopak při ucpaní odvodné žíly k městnání krve v laloku, začíná lalok odumírat. Pokud se včas adekvátně nezasáhne medikamentózně nebo operační revizí, hrozí částečná nebo úplná ztráta laloku. Důsledkem toho poté zůstává nevyřešený defekt a mutilace pacienta v místě odběru laloku. Z toho důvodu je v prvních dnech po operaci nutno v hodinových intervalech lalok monitorovat vycvičeným personálem, aby bylo možno včas reagovat na případné poruchy prokrvení. Na tomto místě bych tedy rád poděkoval sesterskému personálu, který každou hodinu lalok dle instrukcí trpělivě kontroluje a informuje lékaře o případných změnách jeho prokrvení. Díky jejich starostlivé péči bylo takto mnoho laloků zachráněno a pacienti byli ušetřeni dalších útrap spojených s komplikovaným průběhem a přetrváváním defektu.

Jednotlivé volné laloky jsou anatomicky definovány v místě jejich odběru a rozděleny do skupin dle charakteru tkáně, typu cévního zásobení nebo náročnosti odběru. Poskytují tak širokou škálu možností rekonstrukce složitých defektů. Volné laloky mají nezastupitelný

význam zvláště u těch defektů, jejichž spodina je málo prokrvená (např. kost u otevřených defektních zlomenin či obnažené šlachové struktury), nebo u trojrozměrných defektů (velké obličejové reseky u nádorových onemocnění). Lalok uzavírá samotný defekt a rovněž přivádí krev spolu s i. v. podanými antibiotiky do oblasti s malým prokrvením. Rekonstrukci pomocí volného laloku indikujeme v případech, kdy není možné řešit defekt v dostatečné kvalitě a rozsahu u konkrétního pacienta jiným, jednodušším způsobem (kožním štěpem nebo místní lalokovou plastikou).

Na Oddělení plastické chirurgie provádíme ročně v průměru 50 volných lalokových přenosů. Mezi nejfrekventovanější laloky patří tzv. čínský lalok. Jedná se o lalok fasciokutánní (tzn. tvořený kůží a fascií) odebraný z přední strany předloktí na cévní stopce a. radialis (vřetenní arterie). Kryjeme jím nejčastěji menší defekty na dolních končetinách, ale také defekty v oblasti obličeje a dutiny ústní. Jeho tubulizovanou variantu lze použít při rekonstrukcích pharyngu. Kožní defekty většího rozsahu kryjeme s výhodou tzv. perforátorovým ALT lalokem (anterolateral thigh flap), odebraným ze zevní strany stehna. Je to lalok se stopkou r. descendens a. circumflexa

femoris lateralis a lze jej podle počtu perforátorů, které jej vyživují, rozdělit na několik samostatných kožních ostrovů.

Velmi častým lalokem je svalový lalok m. latissimus dorsi na stopce a. thoracodorsalis (lalok tvořený širokým svalem zádovním). Tento lalok je možné odebrat současně s kožním ostrovem nebo rovněž s laterálním okrajem lopatky v případě, kdy je potřeba kostní komponenta. Umožňuje tak rekonstruovat třídimenzionální defekty po rozsáhlých resekcích v oblasti obličeje. Jeho variantu kombinovaného laloku m. latissimus dorsi s m. serratus na cévní stopce a. thoracodorsalis můžeme použít při potřebě krytí plošně rozsáhlého defektu (např. skalpovaná hlava).

Lalok m. gracilis (nalézá se na vnitřní straně stehna a funkčně není důležitý pro nohu) je tenký dlouhý svalový lalok zásobovaný větví z a. profunda femoris. Není příliš frekventovaný, ale uvádím zde jeho variantu pro funkční svalový přenos s odběrem motorické větve n. obturatorius. Víceetapovou rekonstrukcí jsme s použitím tzv. cross-face nervové anastomózy tento lalok funkčně zapojili do tváře a obnovili tak mimiku u pacientky s jednostrannou parézou n. facialis.

Obvyklým lalokem, který na našem oddělení využíváme pro rekonstrukci prsů po mastektomii, je v posledních letech volný TRAM lalok z podbříšku. Je tvořen malým kouskem přímého břišního svalu (m. rectus abdominis) a kůží z podbříšku na cévní stopce hluboké epigastrické arterie (a. epigastrica inferior profunda). Jeho perforátorovou variantu, tzv. DIEP lalok, jsme v souladu s moderními postupy před několika lety rovněž zavedli do naší praxe. Výhodou je ušetření odběru svalu, díky čemuž nedochází k oslabení břišní stěny, a není proto k jejímu zpevnění třeba použít prolenovou síťku, jako je tomu u TRAM laloku.



Anterolateral thigh flap (ALT) přenesený ze zevní strany stehna na chodidlo / Foto: archiv autora



Prs po mastektomii rekonstruovaný perforátorovým volným lalokem DIEP z podbříšku / Foto: archiv autora

K výčtu technicky náročných lalokových přenosů, které provádíme, patří určitě i přenos II. prstu z nohy na ruku na cévní stopce I. meziprstní arterie na noze (a. metatarsa I.) Díky stabilní osteosyntéze skeletu, napojení šlach flexorů a extenzorů, a hlavně napojení senzitivních digitálních nervů tato přibližně sedmihodinová rekonstrukce umožňuje docílit funkční rekonstrukce palce nebo ostatních prstů po jejich úrazové amputaci. Mezi méně indikované laloky, které jsme na našem oddělení za jeho existence provedli, uvedu ještě tříselný lalok, volnou temporoparietální fascii (fascie uložena v oblasti spánkové ve vlasaté části hlavy) a LAF (lateral arm flap, lalok ze zevní strany paže).

Z oblasti raritních přenosů, které jsme jako první v České republice ve spolupráci s neurochirurgy provedli, zmíním čtyři případy přenosu a umístění volného svalového laloku do intrakraniálního prostoru. Nejčastější indikací byla chronická píštěl mozkoměchu, který odkapával pacientovi nosem.

Výčet volných laloků, jejichž přenos na našem oddělení provádíme, završím zmínkou o volných přenosech kostí. Vedle přenosu žebra nebo laloku z crista iliaca (hřeben lopaty kosti kyčelní) jde hlavně o přenos volné fibuly (lýtkové kosti), který má své indikace v kostní traumatologii, ortopedii a stomatologické. Volnou fibulu lze odebrat společně s kožním ostrovem a svalovou tkání ze zadní

svalové skupiny bérce a použít k rekonstrukci komplexních defektů dolní či horní čelisti. V tomto roce jsme na našem oddělení ve spolupráci se stomatologickými kolegy poprvé provedli rekonstrukci dolní čelisti pomocí volně přenesené lýtkové kosti (fibuly) nařezané dle předem připravených řezacích šablon zhotovených podle 3D CT modelu. Pacientce po resekcii tumoru dolní čelisti byla na základě tohoto modelu zhotovena individualizovaná titanová dlaha, která zafixovala fibulu do její anatomické pozice v místě defektu. Tato nová metoda umožňuje prakticky dokonalou 3D přesnost a posunuje úroveň rekonstrukce dle současných světových trendů.

Přenosy volných tkáňových celků jsou jedním z pevných pilířů našeho oddělení a v naprosté většině indikací se jedná o nezastupitelné výkony. Jsou to operace, díky kterým se naše pracoviště v rámci hodnocení spektra rozsahu poskytované péče o pacienty s komplexními defekty řadí mezi přední v České republice. V závěru bych rád uvedl, že bychom tyto rekonstrukce nemohli provádět bez materiálního a technického zázemí, které nám českobudějovická nemocnice poskytuje, a bez součinnosti ostatních oborů, které se na výkonech podílejí, za což všem jménem našeho oddělení velmi děkuji.

■ **MUDr. Pavel Kurial**
zástupce primáře

Rekonstrukce prsu

Plastická chirurgie je po celou dobu svého fungování zde v nemocnici nedílnou součástí komplexní péče o onkologické pacientky, protože prsa vždy byla silný atribut krásy a ženskosti.

Často se na nás obracejí pacientky po prodělané chirurgicko-onkologické léčbě a úspěšném zvládnutí nemoci s prosbou o estetické vylepšení.

At' už se jedná o drobné korekce (úprava deformujících či jinak nevzhledných jizev, úprava tvaru prsu a rozdílných velikostí obou prsů) nebo rekonstrukce celého prsu po ablaci (kompletní odstranění prsu).

Pacientka k nám přichází na doporučení onkologa po úspěšném ukončení léčby nádoru prsu a společně potom hledáme optimální řešení, které je přísně individuální dle výchozího stavu a přání a preference pacientky.

Při drobných korekcích nerovností a jizev často používáme metodu LIPOTRANSFERU (transplantace či přenos vlastního tuku). Je to světová novinka s velkým potenciálem a rychlým rozvojem, při které se využívá získaného zvětšení objemu a schopnosti regenerace tkáně v oblasti transplantovaného tuku.

Rekonstrukce celého prsu je složitější problematika, jejímž cílem je vytvoření odpovídajícího objemu a tvaru „nového“ prsu i s dvorcem a bradavkou a vytvoření oboustranné symetrie.

Při rekonstrukci celého prsu musíme dotvářet chybějící objem prsní tkáně a současně nedostatečný kožní kryt.

Volíme ze 3 základních možností či způsobů rekonstrukce prsu:

■ **Rekonstrukce pomocí silikonového implantátu** – ten se vkládá nejčastěji pod sval do námi vytvořené dutiny, kterou chirurg vytvoří v krajině původního prsu, který byl odejmut. Podmínkou pro tento typ rekonstrukce je dostatečně volná a roztažná kůže i jizva, která umožní vložení silikonového implantátu pro doplnění objemu. Pokud toto není dostatečné, můžeme si pomoci nejdříve vložím silikonového balonku (tkáňového expanderu), který se postupně několik měsíců naplňuje, tím zvětšuje svůj objem a dochází k roztažení nedostatečné kůže a povolení jizev. V následné operaci je tkáňový expander vyměněn za silikonový implantát.

Výhodou operace je její jednoduchost, poměrně krátká rekonvalescence pacientky a nepřidělavání dalších jizev. Toto je vhodné spíše pro rekonstrukce menších a pevnějších prsů. Nevýhodou je přítomnost cizího materiálu a vše spojené se silikonovými implantáty (možný infekt, prasknutí či opotřebením postupem času a nutná výměna za nový implantát)

■ **Rekonstrukce pomocí kombinace silikonového implantátu a místního přesunu tkáně (laloku)** – kde využíváme k překrytí silikonového implantátu přesunutí tkáně (často kůže s podkožím, někdy i současně s částí svalu) z místa nadbytku této tkáně do místa, kde chybí. Často je to právě v lokalitě po chirurgickém odejmutí prsu a chybí zde tkáň a kožní kryt k vytvoření kvalitního překrytí silikonového implantátu.

Jako místa nadbytku se nejčastěji využívají kožní řasy z boční strany



Vlevo (z pohledu čtenáře) rekonstrukce mikrochirurgickým DIEP lalokem, vpravo preventivní odstranění žlázy a rekonstrukce implantátem. V další etapě bude provedena rekonstrukce prsních bradavek a tetování prsních dvorců. / Foto: archiv autora

hrudníku, horního nadbřišku či ze zad nad lopatkou. Po přesunu tkáně je odběrové místo často přímo sešito.

Tento typ operace je o něco náročnější, rekonvalescence ale není nijak delší než předchozí typ operace. K nevýhodám spojeným s přítomností silikonového implantátu se zde přidává často nutnost vytvoření delší či nové jizvy a možné komplikace hojení v tomto místě.

Tento typ operace volíme k rekonstrukci středních pevných prsů či u pacientek, kde je kůže po chirurgicko-onkologickém výkonu velmi tenká či hodně zjizvená.

■ Rekonstrukce vlastní tkáni

pomocí volných laloků – jedná se o náročný několikahodinový mikročirurgický výkon, kde často současně pracují dva operační týmy. Nově rekonstruovaný prs se vytváří z masy tkáně, nejčastěji podbřišku (složený z kůže, podkožního tuku, někdy s částí břišního svalu, prokrvených jasně určenou tepnou a žílou), která se kompletně odpojí od cévního zásobení, přenesena na nové místo potřeby vytvoření nového prsu a pod mikroskopem se napojí na cévní systém hrudníku, který je k tomu připravený po částečném odstranění žebra. Z této masy tkáně se zmodeluje i větší a přirozeně povislejší prs. Rána podbřišku se uzavírá jako při abdominoplastice (estetické odstranění převisu podbřišku, plastika břišní stěny – zpevnění obalů břišních svalů sešitím či umělou sítkou, uvolnění horní části kůže, její stažení dolů, vytvoření nové pozice pupíku).

Tento typ operace je vhodný pro pacientky, u kterých je potřeba vytvoření objemnějšího prsu a často přirozeně povislého, které mají současně potřebný nadbytek tkáně v podbřišku.

Výhodou operace je přirozeně vypadající stálý prs, často pacientka pozitivně vnímá i estetický výsledek redukce podbřišku. Nevýhody operace jsou spojené s její náročností, jako je delší pobyt v nemocnici a následná rekonvalescence a rehabilitace, možné komplikace hojení rozsáhlých operačních ran, možné povolení svalů břišní stěny či až vznik břišní kýly.

Každá operace má své výhody a nevýhody a je nutná pečlivá volba postupu dle výchozího stavu tkání po onkologické léčbě, konstituci pacientky a její motivovanosti. Nejdůležitější je spolupráce, trpělivost pacientky a přísná restrikce (úplné vynechání) kouření!

Vytvořením nového prsu to často nekončí. Všechny tyto rekonstrukční postupy nám umožní vytvoření objemu a tvaru nového prsu, avšak bez dalšího atributu celistvosti a to dvorce s bradavkou. Pacientka proto dále může podstoupit rekonstrukci (vytvoření) nové bradavky na daném prsu. Dotvoření pigmentu bradavky a celého dvorce provádí již tatér, se kterým dlouhodobě spolupracujeme. Pacientka na konci celého procesu má celistvý reálný prs, kdy je dosaženo relativní maximálně možné symetrie tvaru a objemu obou prsů. Tento celý proces (kromě práce tatéra) je hrazen zdravotní pojišťovnou.

V posledních letech, hlavně ve spojení s mediální propagací americkou herečkou Angelinou Jolie, s celkovým nárůstem rakoviny prsu a povědomí žen obecně, stoupá počet preventivních výkonů u mladších žen. Provádíme maximální možné odstranění prsní žlázy obou prsů, zachování kůže s bradavkou a dvorcem a okamžitou náhradu ztraceného objemu prsními silikonovými implantáty. Jedná se o pacientky s genetickou mutací, která je u nich zjištěna na základě rodinných predispozic. U těchto žen s věkem razantně stoupá možnost vzniku nádoru prsu oproti běžné populaci, a proto se zde doporučuje tento typ operace ke snížení rizika možného budoucího onkologického onemocnění.

Od poloviny roku 2017 jsme začali úzce spolupracovat s mamárními onkochirurgy našeho Chirurgického oddělení, kdy u přísně vybraných pacientek provádíme současně onkologicko-chirurgické radikální odstranění nádoru a současně rekonstrukce prsu při jedné operaci. Chirurg radikálně odstraní prsní žlázu i s bradavkou a nádorem prsu, ve spolupráci s plastických chirurgem ponechá kůži prsu a ten následně může nahradit objem prsu

rovnou silikonovým implantátem. Výhodou pro pacientku je pouze jeden a často definitivní rozsáhlejší zákrok na nemocném prsu, odchází z nemocnice s pocitem přetrvávající celistvosti a zachování ženskosti.

Toto je hlavně důležité pro mladší pacientky, jejichž počet s diagnózou rakoviny prsu začíná stoupat. Nechtějí být psychicky, fyzicky, sociálně a společensky hendikepované a po překonání onkologické nemoci chtějí zase normálně naplno žít.

Tyto pacientky jsou ušetřeny absolvování onkologické léčby bez prsu, nošení epitézy (prsní náhrady) a následně další operace k vytvoření prsu nového nebo náročné radioterapii (ozařování prsu po operacích, kdy je prováděno jen odstranění části prsu s nádorem a často dochází ke změnám tvaru a velikosti prsu vlivem pooperačních změn s kombinací změn struktury ozařené tkáně a může dojít až k deformacím prsu).

Je nutné zdůraznit, že tento výkon není vhodný pro každou pacientku s rakovinou prsu a o daném postupu rozhoduje mamární tým (složený ze skupiny specialistů v různých oborech podílejících se na celkové léčbě pacientky s nádorem prsu) na základě mnoha parametrů. Stále je nutné pacientce připomínat, že na prvním místě je hlavně onkologická léčba, a to je radikální chirurgický výkon. Estetický výsledek je v tomto případě pro pacientku a plastického chirurga důležitý, ale nesmí převážit nad prioritou radikálního odstranění nádoru a zachování daných postupů onkologické péče. Tímto výkonem nelze dosáhnout dokonalosti a nelze jej srovnávat s výsledky na fotografiích žen po čistě estetických operacích.

■ MUDr. Hedvika Janoušková

Nádory

Součástí rekonstrukční plastické chirurgie na našem oddělení je také řešení nádorových onemocnění. Především se jedná o léčbu zhoubných i nezhoubných onemocnění kůže, měkkých tkání a kostí ve spolupráci s ostatními odděleními nemocnice.

Nezhoubné nádory

Nezhoubné nádory kůže a měkkých tkání představují širokou škálu různých jednotek. Jedná se o nádory, které sice rostou nedestruktivně vůči svému okolí, zato však vyvíjí tlak na okolní struktury, obtěžují svou lokalizací nebo představují nebezpečí svým budoucím zhoubným potenciálem. Nejčastější jednotky představují fibromy (vazivové stopkaté, elastické či tuhé), lipomy (tukové elastické rezistence uložené v podkoží nebo hlouběji), hemangiomy (cévní červené až modrofialové kožní afekce), pigmentové névy (znaménka) různých typů a cysty (často komplikované zánětem). Odstranění takových nádorů ideálně probíhá ve spolupráci s kožním lékařem, který určí nejpravděpodobnější diagnózu a indikuje odstranění. Podle velikosti, umístění a nutného rozsahu výkonu poté provádíme operační odstranění. Získaný materiál odesíláme k histologickému (mikroskopickému) vyšetření.

Zhoubné nádory kůže – nemelanocytové

I v tomto případě se jedná se o velmi široký termín zahrnující velké množství jednotek. Nejčastější zhoubné nádory kůže představují bazocelulární karcinom (bazaliom) a spinocelulární karcinom (spinaliom). Nalezneme je častěji u starších pacientů se světlejším typem pleti a vlasů na místech exponovaných slunečnímu záření. Obličej, kštice, záda a hřbety rukou jsou typickými lokalizacemi. Zpravidla se jedná o nehojící se projev na kůži komplikovaný mokváním, infekcí

či krvácením. Na základě vyšetření a indikace dermatologa provádíme odstranění těchto nádorů zejména v obličeji, na hlavě a krku.

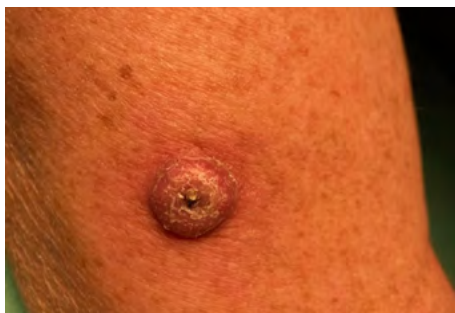
Bazaliom představuje zhoubný nádor typický svou lokální destrukcí a jen zcela výjimečně metastazuje (šíří se do jiných orgánů). Radikální odstranění je proto léčbou definitivní. Naopak při neradikálním odstranění, zejména ve specifických lokalizacích obličeje (nosní vchod, ústí zvukovodu nebo okolí oka), hrozí návrat nádoru se závažnějším postižením dané lokality – může dojít až ke ztrátě orgánu (nosu, ucha nebo oka). Právě z tohoto důvodu je operativa těchto nádorů směřována do rukou plastického chirurga, který je po radikálním odstranění schopen využít specifických technik k rekonstrukci dané oblasti. Na místech s dostatkem posunlivé kůže (tvář, krk, trup a horní končetiny) je po odstranění možné prostě sešítí okrajů rány – přímá sutura, která by měla představovat běžnou praxi všeobecného chirurga. Bohužel jsou ale pacienti i v těchto případech častokrát odesíláni na naše oddělení, čímž se čekací doba na výkony prodlužuje.

Spinaliom kromě lokální destrukce představuje hrozbu metastazování, zejména do lymfatických uzlin. Pacient by proto měl být v indikovaných

případech dále dovyšetřen kožním lékařem či onkologem.

Operace těchto nádorů má dvě fáze. Ve fázi první probíhá radikální excise – odstranění s lemlem makroskopicky zdravé kůže (šíře je definována pro jednotlivé typy nádorů), ve fázi druhé přichází na řadu rekonstrukce vzniklého defektu. Vše se provádí v rámci jednoho operačního zákroku. V případech, kdy pouhým okem nelze rozlišit jasné hranice (okraje či hloubka) nebo se jedná o infikovaný nádor, můžeme přistoupit k řešení ve dvou dobách. To znamená, že se při první operaci buď použije dočasný kryt (látka napuštěná dezinfekčním roztokem) a vyčká se na výsledek histologie, nebo se defekt vyčistí a definitivní krytí se aplikuje v druhé době (druhá operace se zpravidla provádí za 2–3 týdny).

Mimo přímou suturu zmíněnou výše je někdy nutné přistoupit ke složitějším rekonstrukcím. Ať už z důvodů technických (malá posunlivost kůže, nedostatek tkáně), či estetických (deformita dané lokality, riziko nezhojení a rozpadu rány, nevzhledné jizvy, tah za oční víčko způsobující vysychání rohovky – ektropium atd.). V těchto případech lze využít místních laloků nebo kožního štěpu.



Spinocelulární karcinom (spinaliom) paže / Foto: archiv autora



Spinocelulární karcinom (spinaliom) kštice / Foto: archiv autora

Rekonstrukce místním lalokem je technika krytí defektu tkáně z přilehlého okolí. Její uvolnění (zvednutí) ve formě laloku (kůže a podkoží) a přesunutí do oblasti defektu umožní vykrytí defektu bez nadbytečného tahu či vytvoření nevzhledné deformace obličeje. Můžeme tak využít laloky rotační (pro oblast křtice nebo tváře), posunlivé (na čelo či nos) nebo transpozici – kombinace rotace a posunu kůže (na nosu, horním rtu nebo v okolí ucha a oka).

Technika kožního štěpu představuje transplantaci vlastní kůže pacienta do vzniklého defektu. Využívá se po odstranění větších nádorů, kdy nelze zvolit rekonstrukci pomocí lalokových plastik. Odběr kůže probíhá nejčastěji z okolí klíční kosti, třísla nebo před uchem, při potřebě většího kožního štěpu je možné přistoupit k odběru přístrojovému (dermatomem) z oblasti stehna. Plocha po odběru kožního štěpu je pak ošetřena buď sešitím, nebo v případě dermatomu ponechána ke spontánnímu zhojení. Tato plocha se dá přirovnat k hlubší odřenině, zhojí se zpravidla do 2–3 týdnů.

Odebraný kožní štěp je poté upraven, ztenčen a zafixován do vzniklého defektu tzv. bolusem (pravidelně zvlhčovaným přišitým smotkem obvazového materiálu), čímž se předejde vyschnutí kožního transplantátu. Bolus je sejmut za pět dní, kdy je štěp ke své spodině

příhojen a umožní další ošetřování. Většinu těchto operací, i vzhledem k vyššímu věku pacientů, provádíme v ambulantním režimu na zákrokovém sále v lokální anestezii. Dle výsledku histologie nádoru je stanoven další postup (pravidelné sledování dermatologem, dovyšetření či rozšíření původní excize).

Zhoubné nádory kůže melanocytové – maligní melanom

Maligní melanom je nádorové onemocnění vycházející z melanocytů – buněk produkujících pigment melanin. Nejčastěji se vyskytuje na kůži, může však postihovat i sliznice orgánů či oko. Ačkoliv představuje pouze asi 4 % všech zhoubných kožních nádorů, je zodpovědný za většinu úmrtí způsobených nádory kůže. Nejčastěji se vyskytuje na trupu, u žen na bérkách. Asi 1/4 melanomů vzniká přeměnou znaménka. Pozornost by měly vzbuzovat pigmentové skvrny s nápadnou rychlostí růstu v krátkém čase, nepravidelnými okraji, změnou barvy (pigmentace), svěděním, krvácením, mokváním, vředovatěním a bolestivostí. Pacient by v takovém případě měl vyhledat kožního lékaře k odbornému vyšetření.

Pacienti s podezřením na maligní melanom procházejí sérií vyšetření u kožního lékaře, onkologa či multidisciplinárního týmu, který tvoří dermatolog

a onkolog. Důvodem je určení rozsahu onemocnění, tedy zda a případně do jakých orgánů se rozšířilo, a způsobu léčby.

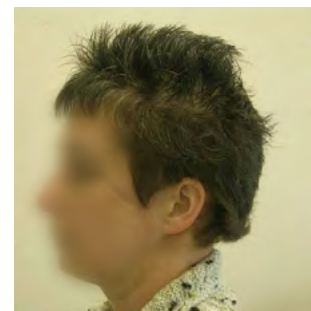
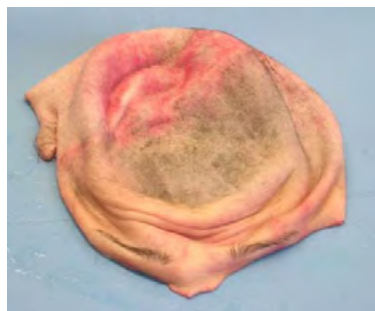
Na naše pracoviště se pacienti poté dostávají při indikaci primární chirurgické léčby. Rolí plastického chirurga je provést jak radikální odstranění nádoru (určená šíře a hloubka), tak eventuální odběr sentinelové uzliny k histologickému vyšetření. Sentinelová uzlina představuje první „strážnou“ uzlinu odvádějící lymfu (mízu) z oblasti nádoru, vlivem čehož také bývá prvním orgánem postiženým metastazováním. Vyhledání této uzliny se provádí pomocí lymfoscintigrafického vyšetření. Na Oddělení nukleární medicíny se pacientovi injekčně aplikuje malé množství speciální látky do okolí nádoru, která je poté během operace detekovatelná specifickou (scintilační) sondou. Tato metoda umožní cílený a elegantní odběr pouze označené uzliny bez zbytečného zásahu do dalších lymfatických uzlin v dané oblasti.

Operace provádíme v celkové, méně často v lokální anestezii, pokud při výkonu není nutné získání spádové uzliny (dle indikace). Pacienti jsou s výsledkem definitivního histologického vyšetření kontrolováni multidisciplinárním týmem, který rozhodne o další léčbě.

■ **MUDr. Petr Vodička**

Replantace

Oddělení plastické chirurgie Nemocnice České Budějovice, a.s. se řadí mezi hrstku pracovišť na území České republiky, která se věnují rekonstrukční mikrochirurgii v celém spektru. Co si ale pod pojmem rekonstrukční mikrochirurgie představit? Jedná se o širokou škálu operačních výkonů, které mají dva společné jmenovatele. Jde o rekonstrukci tkáně, která je pro pacientův život či kvalitu jeho života rozhodující, a k této rekonstrukci je využíváno mikrochirurgických operačních technik za pomoci operačního mikroskopu. Pomyslnou hranici mikrochirurgie tvoří operování na strukturách menších než dva milimetry.

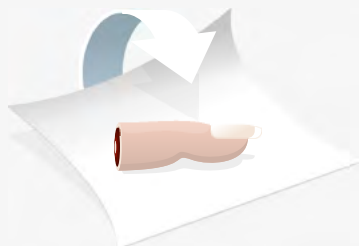


35letá pacientka plně zhojena po replantaci skalpu se zachovanou funkčností růstu vlasů/ Foto: MUDr. Pavel Kurial

Ošetření amputátu



1. Omýt mírným proudem vlažné vody



2. Zabalit do vlhkého kapesníku



4. Ten vložit do nádoby s poměrem vody a ledu 2:1, NEMRAZIT



3. Vložit do suchého, neprodyšně uzavřeného sáčku



Úspěšná replantace palce /
Foto: archiv autora

nově vzniklého oboru byl šicí materiál. Mikrochirurgické nástroje byly již v té době na relativně vysoké úrovni, samotná šicí vlákna však nikoli – byla příliš tlustá a nespolehlivá. Tento nedostatek byl ale postupně díky technologickému pokroku vyřešen a mikrochirurgie se mohla začít naplno rozvíjet napříč operačními obory. Jen pro zajímavost: nejtenčím dnes vyráběným vláknem je vlákno s označením 12/0, což v metrickém systému představuje tloušťku 10 mikrometrů čili 0,01 milimetru. Šije se jehlou o délce 0,8 milimetru a šíře 30 mikrometrů.

Nové možnosti, zejména ve funkčním napojování velmi drobných cév, neunikly pozornosti plastických chirurgů. První indikací, kterou si v plastické chirurgii mikroskop našel, byly a dodnes jsou tzv. replantace, což je označení pro operace, při nichž se pacientovi akutně snažíme navrátit část těla, o kterou přišel zpravidla úrazem. Nejčastěji se jedná o prsty na ruce a amputované horní končetiny v různých úrovních, méně často pak o skalp (vlasatá část pokrývající horní část lebky), ucho, nos či penis. Zdaleka ne každou část oddělenou od zbytku těla je možné přišít zpět. Záleží na celé řadě proměnných faktorů. Jednu z nejdůležitějších rolí hraje mechanismus úrazu a charakter oddělených částí, dále stav pahýlu i amputátu, aktuální stav pacienta, jeho zlovyky, práce, koníčky, chronická onemocnění atd. Obecně rozšířený názor, že pro úspěšnou replantaci je zásadní čas, který od úrazu uplynul, a chlazení amputátu, není bohužel správný. Čas je

Celý koncept vychází z poznání, že lidská ruka předčí svými schopnostmi lidské oko. Jinými slovy – lidský mozek je schopen řídit velemalé pohyby lidské ruky hluboko pod rozlišovací schopností lidského oka. Proto je hodinář schopen pod patřičným zvětšením opravit strojek, jehož jednotlivé součástky sotva vidíme, a proto je i trénovaný mikrochirurg schopen zrekonstruovat tkáň, které při pohledu pouhým okem vypadají jako jednodolitá hmota.

Mikrochirurgie je především týmová záležitost a jedinec v ní zmůže pramálo. Vedle vysokého osobního nasazení každého člena týmu, jsou ale neodmyslitelným minimem tři technologické složky, které jediné dohromady dávají základ k možnosti mikrochirurgického operování. Jde o operační mikroskop, mikrochirurgické nástroje a dostatečně slabý šicí materiál. Ačkoli první mikroskop zkonstruovali otec a syn Janssenovi z Holandska již v roce 1590, cesta k plnohodnotnému operačnímu mikroskopu byla ještě dlouhá. Mikroskopy byly v rámci pozvolna se rozvíjející všeobecné chirurgie po několik následujících

století používány pouze k občasnému pozorování ran a vzácně i při jejich čištění. Omezující byla zejména jejich značná váha, velikost a nízká kvalita obrazu. Ta nebyla způsobena nedostatečným zvětšením, ale tehdy ještě nedořešenou chromatickou i sférickou aberací čoček, čímž byl obraz pod větším zvětšením pro potřeby chirurga nečitelný. Další z hlavních překážek na cestě k operačnímu mikroskopu byla i pozdější problematika světelného zdroje a jeho tepelného působení na živou tkáň. První monokulární operační mikroskop sestavil švédský otorinolaryngolog Carl-Olof Siggesson Nylén až v roce 1921. Použitelnější binokulární variantu sestrojil o pouhý rok později jeho kolega Gunnar Holmgren. V následujícím desetiletí mikroskopy využívali právě otorinolaryngologové a v omezené míře i neurochirurgové.

Americký cévní chirurg Julius H. Jacobson provedl v roce 1960 úspěšné napojení cévy o průměru 1,4 milimetru a zavedl pojem mikrochirurgie. Z medicínského pohledu jde o historický milník. Největší „brzdou“ rozvoje tohoto



Replantace ucha u šestiletého pacienta / Foto: archiv autora

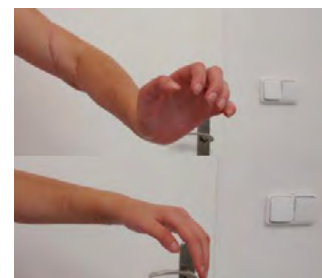
jen pouze jedním z více faktorů a velmi často není faktorem rozhodujícím. Správné chlazení amputátu má rovněž svůj význam, ale v drtivé většině případů je chlazení prováděno špatným způsobem, což často vede ke zničení amputátu a jeho nepoužitelnosti pro případnou replantaci. Správný postup chlazení amputátu je znázorněn na obrázku. Hlavní zásada zní, že pokud si není člověk stoprocentně jist, jakým způsobem amputát ošetřit a transportovat, je lepší nedělat nic a vše přivést tak, jak to je – například jen zabalené v čistém bavlněném kapesníku. Jsou-li splněna mnohočetná kritéria a mikrochirurg replantaci indikuje, pak se úspěšnost připojení celosvětově pohybuje okolo 75%. Naše pracoviště z těchto čísel nijak nevybočuje.

První úspěšnou replantaci v nemocnici v Českých Budějovicích provedl v roce 1995 MUDr. Vladimír Mařík, dnešní primář Oddělení plastické chirurgie. Šlo o připojení amputovaného palce ruky zpět na své místo. Tímto výkonem se začala psát bohatá kapitola jihočeské rekonstrukční mikrochirurgie. Postupně byl rozšířen mikrochirurgický tým o další lékaře, sestry a pomocný zdravotnický personál. V dnešní době patříme mezi replantační pracoviště v rámci celorepublikového replantačního plánu a provádíme zhruba třicet těchto výkonů ročně. Nejčastější indikací je replantace palce na ruce. Bez palce a možnosti úchopu totiž člověk ztrácí jednu ze základních evolučních výhod. Z raritnějších indikací bylo provedeno několik úspěšných replantací skalpu a například i úspěšná replantace ucha u dítěte, což je v celosvětovém srovnání raritní.

Replantace jsou krásnou součástí našeho oboru. Zároveň však náročnou – fyzicky a snad ještě více psychicky. Provádíme mnohahodinové operace při maximální koncentraci, během kterých může v každé vteřině vše přijít vniveč. Jsou zde extrémní nároky na sálový a následně i lůžkový a rehabilitační personál a je nutná i maximální pacientova spolupráce. To vše dělá z replantace především týmovou práci. Ta se nám v Nemocnici České Budějovice, a.s. daří a pacienti tak dostávají jedinečnou šanci ve zdánlivě bezvýhodných situacích.

Velký dík patří všem našim spolupracovníkům napříč obory, kteří se na péči o tyto pacienty podílejí.

■ **MUDr. Tomáš Votruba**



Replantace horní končetiny v lokti u jedenáctileté pacientky, funkční výsledek / Foto: archiv autora

Chirurgie ruky

Chirurgie ruky je jedním z podoborů plastické chirurgie. Prolíná se i s dalšími obory, jako je ortopedie, neurochirurgie, traumatologie, rehabilitace a fyzioterapie. Obecně lze říct, že plastická chirurgie ruky se zabývá měkkými tkáněmi ruky. V praxi Nemocnice České Budějovice, a.s., Ortopedické oddělení řeší revmatické a artritické postižení ruky, endoprotetiku kloubů ruky (náhrady umělými klouby), nestability zápěstí a endoskopické

vyšetření zápěstí. Oddělení úrazové chirurgie se zabývá především akutními úrazy kostry a šlachového aparátu ruky. Neurochirurgické oddělení ošetřuje chronické úžňové syndromy s kompresí nervů, jako je syndrom karpálního tunelu v zápěstí nebo ulnárního nervu v lokti. Plastická chirurgie doplňuje spektrum výkonů o operace vrozených vad ruky a nádorů, rekonstrukční operace na šlachách, rekonstrukční

operace po poranění nervů ruky, operace Dupuytrenovy kontraktury a vrcholem péče jsou volné přenosy laloků (tkáňových celků) k zakrytí defektů, obnovení cévního zásobení a replantace prstů a ruky (znovupříští oddělené části). Nakonec se víceméně všichni pacienti ošetření odborníky z jednotlivých oddělení dostávají do péče Rehabilitačního oddělení.

Vrozené vývojové vady ruky jsou zmíněny v jiném článku, proto se můžeme zaměřit na zbylá témata. Poměrně často jsou na ruce nebo předloktí při ostrých (někdy i tupých) úrazech poraněny šlachy, ať už ohýbačů (flexorů), nebo natahovačů (extenzorů) prstů. Poranění nemusí být vždy hned správně rozpoznáno, a tak se pacienti k ošetření dostanou později, kdy jsou pahýly přerušovaných šlach již od sebe vzdáleny nebo jsou jizevnatou tkání spojeny s okolím. Časté je i současné poranění nervů. Při operaci je nutné, pokud je to možné, vše uvést do původního stavu – provádíme sešití šlachy (resutura), uvolnění ze srůstů (tenolýza), dočasnou náhradu šlachy silikonovým spacerem a pak její náhradu šlachovým štěpem (transplantace) nebo rovnou přesun jedné šlachy na jiné místo (transpozice). Uvolňujeme ztuhlá kloubní pouzdra (kapsulotomie) nebo provádíme rekonstrukci šlachových poutek.

Poranění nervů na horní končetině má pro hybnost a citlivost končetiny bohužel zcela devastující účinek. Dochází k výpadku jak citlivosti (senzitivita), tak i hybnosti (motorika) prstů nebo celé ruky se zápěstím. Pro laika podobně vyhlížející stav nastává při postižení centrálního motoneuronu, například při dětské mozkové obrně (DMO), po traumatu mozku nebo po cévní mozkové příhodě (CMP). Končetina je omezeně pohyblivá, prsty jsou neobratné a nesvedou žádaný pohyb, často jsou přítomné deformity (nepřirozené postavení) v držení prstů, zápěstí či lokte. Ačkoliv se parézy (ochrnutí) po poranění nervů a ostatní stavy, jako je dětská mozková obrna



1. Krytí stopkovaným lalokem / Foto: archiv autora

nebo cévní mozková příhoda, od sebe velmi liší, jedno je jim v rámci terapie společné – ke zlepšení stavu se provádějí tzv. transpoziční operace, které využívají funkčních jednotek svalů a šlach na končetině ke zlepšení postavení a hybnosti jednotek nefunkčních, dále se provádí prodloužení zkrácených svalů, šlach, uvolnění zúženého meziprstí nebo ztuhlého kloubu a podobně.

Nejčastěji tedy operujeme pacienty po úrazech nervu loketního, vřetenního a středního nebo i spastické pacienty po dětské mozkové obrně nebo cévní mozkové příhodě. Ve spolupráci s kolegy z Oddělení úrazové chirurgie obnovujeme i hybnost po poranění lýtkového nervu na dolní končetině. Dupuytrenova kontraktura je onemocnění podkožního vaziva v dlani, vzácně i na plosce nohy, které se projevuje ztlustěním tohoto vaziva a tvorbou uzlů a pruhů, a při postupu onemocnění dochází k omezení hybnosti prstů do natažení. Postižení je nejčastěji na malíkové straně ruky v dlani a na prsteníčku a malíku a může být pouze v dlani nebo se může šířit dále na prst.

Léčba je možná několika způsoby – lze pruhy přerušit pouze jehlou přes kůži nebo je možné doplnit vlastní tukovou tkáň do vzniklých prostor. Donedávna byla jednou z alternativ aplikace klostridiového enzymu do pruhu, který vedl k jeho prasknutí. Všechny tyto postupy ale zanechávají v dlani a na prstech části vazivových pruhů. Zlatým standardem je tudíž kompletní odstranění vaziva z dlane a prstů po odklopení kožních laloků. Při správně vedené pooperační péči o jizvy a rehabilitaci je pak i výsledek výborný a umožňuje pacientům vrátit se opět k používání ruky.

Poměrně často jsme osloveni kolegy z jiných oddělení, nejčastěji z Oddělení úrazové chirurgie, abychom pomohli při řešení ztrátových poranění (defektů) na prstech, ruce nebo celé končetině. Využíváme plného spektra plastických postupů od nejjednoduššího spontánního zhojení přes zakrytí kožními štěpy, místními kožními a svalovými laloky (obr. 1) až po volné přenosy tkáňových celků. Replantační výkony (znovupříští oddělené části těla) na horní končetině zahájily éru rozmachu mikrochirurgie jako takové. V zahraničí proběhly první replantace paže a zápěstí v roce 1962 a první replantace prstu (konkrétně palce) v roce 1965. V České republice proběhla první replantace prstu v roce 1978 v Brně. Elegantním řešením ztrátového poranění prstů ruky je volný přenos prstu z nohy, nejčastěji jde o druhý prst nohy. Replantace a mikrochirurgie jsou předmětem samostatného článku (obr. 2).



2. Replantace ruky v zápěstí / Foto: archiv autora

■ MUDr. Jan Kasper

Dětská plastická chirurgie

Dětská plastická chirurgie se věnuje převážně operační léčbě, v menší míře také léčbě konzervativní, která zahrnuje opakované sledování, rehabilitaci, dlahování a podobně. Zabývá se léčbou vrozených i získaných vad a onemocnění. Náplní tohoto podoboru plastické chirurgie je léčba kožních projevů onemocnění typických pro dětský věk, dále vrozených vývojových vad obličeje, rukou, nohou a genitálu. Ze získaných vad nebo onemocnění se jedná o ošetření poranění obličeje, trupu a končetin a ošetření popálenin. Tento výčet však v plné míře neplatí ani pro největší kliniky v České republice. Zde v Nemocnici České Budějovice, a.s. naše oddělení ošetřuje a léčí veškeré vyjmenované vady a onemocnění vyjma rozštěpových vad obličeje, vrozených vad genitálu a kritických popálenin u dětí. Těžce popálení dětští pacienti jsou ošetřeni na vyšším stupni plastického pracoviště (Praha, Brno), přesněji řečeno jsou ošetřeni lékaři jiných odborností, jako je dětský urolog či popáleninový specialista. Častá je také úzká spolupráce s dalšími odděleními naší nemocnice – zejména

s Kožním, Dětským, Oddělením úrazové chirurgie, Ortopedickým, Neurochirurgickým a Anesteziologicko-resuscitačním oddělením.

Nejčastěji ošetřujeme následující onemocnění a stavy.

Kožní onemocnění typická pro dětský věk

Hemangiomy a cévní malformace jsou nejčastější kožní nádory v dětském věku. Jsou nezhoubné a v zásadě jsou tvořeny abnormálním množением nebo zvětšením drobných krevních cév. Hemangiomy jsou charakteristické tím, že po narození zhruba do jednoho roku věku dítěte rychle rostou a poté se začínají samy zmenšovat a mizet (obvykle zmizí nebo se podstatně zmenší do pěti let věku dítěte). Chirurgicky léčíme pouze přetrvávající nebo obtěžující projevy v pozdějším věku.

Cévní malformace (vrozené vady) se také objevují ihned po narození. Z podstaty jsou také nezhoubné (benigní), ale s věkem nemizí, naopak rostou proporčně s dítětem. Zjednodušeně je lze dělit na pomalu a rychle proudící malformace nebo je také lze klasifikovat podle převažujícího typu cév, kterými jsou tvořeny, na kapilární, venózní či lymfatické. U většiny těchto malformací je nutné pravidelné sledování, medikamentózní léčba a ultrazvukové kontroly. Tyto projevy chirurgicky ošetřujeme pouze v případě, že lze nádor odstranit celý nebo že tumor významně omezuje například vidění či příjem potravy.

Vrozené (kongenitální) melanocytové névy vznikají nadměrným dělením pigmentových buněk (melanocytů) v různých částech kůže, nejčastěji na hlavě, krku a trupu. Někdy mohou být velké a mohou obsahovat i vlasy

a chlupy. Dělíme je podle velikosti na malé (do 2 cm), střední (do 20 cm) a velké (nad 20 cm). Udává se, že riziko vzniku maligního melanomu je u velkého névu zhruba 10%. Nutné je tak sledování dermatologem. Chirurgicky se řeší buď kompletním odstraněním (excise) a sešitím (sutura), nebo se opakuje částečná (parciální) excise nejdříve po půl roce. Odstraňují se podezřelá ložiska névů, névy z míst vystavených mechanickému dráždění nebo slunci, jako je obličej, nebo z míst špatně přehledných, například ve vlasech (obr. 1).

Dermoidní cysty jsou v podkoží uložené váčky vystlané kožním epitelem. Obsahují mazové žlázy, vlasy, nejčastěji jsou umístěné v zevním horním okraji očníce nebo mezi nosními kůstkami. Projevují se jako bulka v uvedeném místě a jejich léčba po ověření ultrazvukem je chirurgická.

Mnohočetná neurofibromatóza je poměrně vzácná. Projevuje se trojicí příznaků: mnohočetnými neurofibromy (nádory z obalů nervových buněk), pigmentovými skvrnami na kůži a změnami na kostech. Postihovat může kůži, podkoží, mozek a vnitřní orgány nebo genitál. Vzhledem k rozsahu postižení tkání je chirurgická léčba z principu neradikální – je nemožné odstranit postiženou tkáň.

Vrozené vývojové vady obličeje

Rozštěpy rtu a patra vznikají působením faktorů zevního a vnitřního prostředí. Udává se, že ve zhruba 10% případů je vada způsobena zevní příčinou, ve zhruba 20% případů genetikou, zbytek faktorů vedoucích ke vzniku rozštěpu neznáme. Nejčastější zevní, a tudíž ovlivnitelné faktory jsou infekce, viry (zarděnky, chřipka, cytomegalovirus), toxoplazmóza, hypervitaminóza vitamínem A či D,



1. kongenitální nevus / Foto: archiv autora



2. kornoutovitý boltec 1 / Foto: archiv autora



3. odstálé boltce 2 / Foto: archiv autora

antibiotika (tetracyclin, erytromycin), antiepileptika, kortikoidy, antidiabetika, RTG záření, drogy, chemikálie a rozpouštědla. V Evropě připadá jeden rozštěp na zhruba 500 porodů. Co se naší nemocnice týče, veškerá léčba a sledování probíhá na vyšším pracovišti (Fakultní nemocnice Brno, Fakultní nemocnice v Motole).

Vrozené vady boltce jsou vrozeným onemocněním, se kterým se setkáváme prakticky nejčastěji. Mohou se projevovat úplným chyběním boltce, vytvořením jen malých zbytků (mikrocie), převislým boltcem, kornoutovitým uchem či nejčastějšími odstálými boltci. Při úplném chybění boltce nebo jeho podstatné části je nutná rekonstrukce na více etap, kterou provádíme štěpem z chrupavky hrudního žebra a v kombinaci s kožními štěpy (obr. 2, 3). Ptóza víček je vrozený pokles horních víček. Je zapříčiněn oslabením (dystrofií) svalů, který víčka zvedá. Nemocní si pomáhají buď enormním zdviháním obočí, nebo záklonem hlavy. Léčba je chirurgická.

Vrozené vady zevního genitálu

Hypospadie je porucha vývoje močové trubice s chybným umístěním zevního ústí v oblasti od hráze až po žalud, který mají pouze muži. Odhadem se na 300 porodů vyskytuje asi jedna hypospadie. Léčba je chirurgická, zde v nemocnici přísluší Urologickému oddělení.

Vrozené vývojové vady ruky a horní končetiny

Jedna vrozená vývojová vada ruky či horní končetiny se vyskytne zhruba na 500 až 750 živě narozených dětí. Častější je postižení u mužů. Načasování léčby je individuální, někdy jsou vady součástí syndromů, ale i tak se vždy zásadní výkony doporučují provést v předškolním věku. Obecně se řídíme doporučením operovat do jednoho roku věku dítěte deformitu, která omezuje růst či funkci ruky. Může se jednat například o nehybný ukazovák při syndaktylii nebo zaškrncinu (blíže vysvětleno níže). Do tří let věku vyčkáváme při nedostatečném vývoji končetiny. Pokud je po operaci nutná dlouhodobá řízená rehabilitace, čekáme zhruba do pěti let. Základy na kostře je nutné plánovat mimo období růstu – období růstu je kolem třetího, sedmého a dvanáctého roku věku.



4. syndaktylie 1 / Foto: archiv autora

Syndaktylie (srostlé prsty) je jedna z nejčastějších vrozených vad vůbec. Příčina je většinou neznámá, často je syndaktylie součástí syndromů, nejčastěji je postiženo meziprstí mezi prostředníkem a prsteníčkem.

Může se týkat jen kůže (syndaktylie jednoduchá) nebo i kostí (syndaktylie komplexní). Může dosahovat až na špičky prstů (syndaktylie kompletní) nebo může postihovat jen základní a střední články (syndaktylie nekompletní). Léčba je chirurgická a spočívá v oddělení prstů a vytvoření meziprstního prostoru pomocí kožních laloků z boků původně spojených prstů a pomocí kožních transplantátů. Operace bývá provedena většinou v předškolním věku (lepší identifikace nervově-cévních svazků, spolupráce dítěte při převazech). Pouze v případech, kdy růstem dochází ke zhoršování postavení prstů, bývá operační výkon indikován dříve (v kojeneckém období), aby nebyl porušen normální vývoj prstů (obr. 4, 5).

Lupavý prst je vada, která postihuje nejčastěji palec. Rodiče kojenců si všimnou trvale ohnutého palce, který není možné ani pasivně natáhnout. Příčinou je zduření na šlaše, které brání průchodu šlachy poutky. Léčba je chirurgická (obr. 6).

Hypoplazie palce znamená nedostatečný vývoj palce ruky. Dělí se podle závažnosti na několik stupňů. Léčba je chirurgická a spočívá například v prohloubení meziprstí, šlachovém transferu, policizaci (což je rekonstrukce



5. syndaktylie 2 / Foto: archiv autora

palce přesunem jiného prstu ruky na nervově-cévním svazku) či přenosu prstu z nohy (obr. hypoplastický palec).

Kamptodaktylie je ohybová (flekční) deformita prvního prstového kloubu, nejčastěji na malíku. Objevuje se ve dvou formách – po narození a v období dospívání. Příčina není známa. Léčba je svízelná a spočívá v dlahování nebo operační léčbě.

Polydaktylie označuje zmnožení počtu prstů na ruce. Dle úrovně postižení se dělí do několika stupňů. Nejčastěji bývá postižen palec (obr. 9, 10, 11).

Prstencové zaškrceniny (Amniotic Band Syndrome) spočívají v příčném zaškrcení prstů nebo předloktí. Vznikají ještě v děloze. Jejich závažnost odpovídá hloubce postižení, protože zaškrcení ohrožuje vývoj částí za nimi. Proto je operace, které spočívají v uvolnění jizev, vhodné provést co nejdříve.

Popáleniny

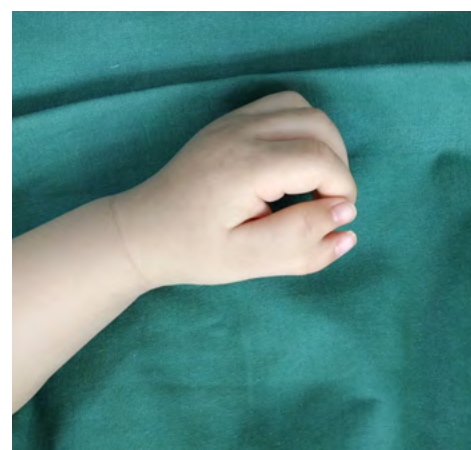
Ošetřujeme popáleniny, poleptání a omrzliny u dětských pacientů, a to jak v ambulantním režimu a ve spolupráci s PLDD (praktický lékař pro děti a dorost) či se spádovou chirurgickou ambulancí, tak i za hospitalizace na Dětském oddělení, kdy se provádí převazy a ošetření v celkové anestezii. Popáleniny hlubšího charakteru nebo na větší ploše jsou po telefonické domluvě transportovány na vyšší pracoviště, tj. popáleninové centrum. Poměrně často operačně řešíme i jizevnaté stavy po popálení.

Výčet by nebyl úplný, kdybychom nezmínili účast při ošetření dalších závažných stavů v dětském věku. Nejčastěji jde o ošetření ran způsobených pokousáním psy v obličejí a na končetinách, dále o řešení defektů po pádech a zlomeninách, ošetření komplexních poranění prstů včetně jejich replantací (znovunašití prstu či jeho části zpět) či operační řešení proleženin.

■ **MUDr. Jan Kasper**



6. lupavý dětský palec / Foto: archiv autora



Nadpočetný palec - stav před operací / Foto: archiv autora



Nadpočetný palec - stav po operaci / Foto: archiv autora



Hypoplastický palec / Foto: archiv autora

Estetická chirurgie

Široká laická veřejnost si pod plastickou chirurgií představuje jen její jednu součást, a to estetickou chirurgii. Ta je také nejvíce prezentována v médiích, často tzv. celebritami nebo samotnými plastickými chirurgy z důvodu vlastní prezentace spojené s reklamou.

Estetická chirurgie začala být více aplikována v meziválečné době, ve 30. letech minulého století, kdy vznikaly první odborné publikace na toto téma. Velký rozvoj nastal pak v 70.–80. letech minulého století. V této době začal být propagovaný zdravý životní styl, začal kult mládí a sexu, ekonomická situace lidí se značně zlepšila, což vedlo k nárůstu estetických operací mimo oblast východní Evropy, Afriky a chudých oblastí Asie. V této době se začaly ve větší míře používat silikonové prsní implantáty, byla vynalezena a rozpracována liposukce (odsátí tuku). Po vymanění střední a východní Evropy z komunistického vlivu bouřlivý rozvoj estetické chirurgie dorazil i k nám.

Některé zajímavosti z této oblasti plastické chirurgie:

První tekutý silikon si vstříkávaly do prsů asijské prostitutky v době korejské války v 50. letech minulého století. Na začátku 90. let, hlavně v USA, výrobci prsních implantátů odškodňovali ve velkém pacientky, které uvedly prakticky jakýkoliv problém s implantáty. Vypadalo to, že prsní implantáty budou vytlačeny na okraj zájmu, ale na obrazovky vtrhla Pamela Anderson s Pobřežní hlídkou a situace se úplně obrátila – augmentace (zvětšení) prsů prsními implantáty jsou v současné době nejčastěji prováděnou estetickou operací na světě. Na druhém místě se nachází liposukce, následují blepharoplastiky (plastické operace očních víček), plastiky nosu, prsů a břicha. My nejčastěji provádíme plastiky víček (blepharoplastiky), následně augmentace prsů, pak redukci a modelaci prsů,



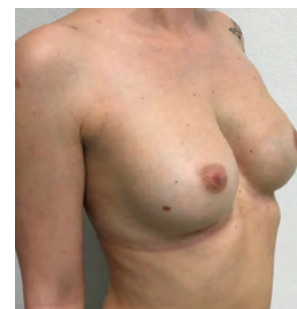
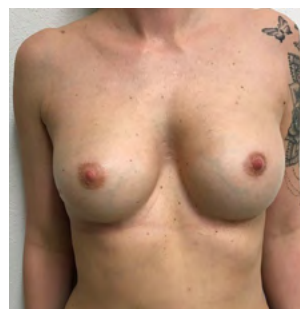
Plastika vnitřních stehien / Foto: archiv autora

liposukci, plastiky břicha, nosu a obličeje. U liposukce je bezpečné množství odsátého tuku množství do 4 litrů, po odsátí 4–6 litrů by pak pacient měl být více sledován, včetně eventuální kontroly krevního obrazu po operaci. Největší množství, které jsme odsáli my, bylo 8 litrů, na světě pak 16 litrů. Jedná se o poměrně namáhavou fyzickou činnost pro provádějícího chirurga, srovnatelnou s těžkou manuální prací.

Zvláštnosti a typické rysy tohoto podoboru plastické chirurgie jsou:

1. Pacient/klient si za zákrok platí a očekává požadovaný výsledek.
2. Výsledek operace je schopen hodnotit jakýkoliv laik, protože je vše vidět.

3. Pacient/klient si v 90% svého chirurga vybírá (web, reklama, recenze v sociálních médiích, např. Instagram, agentury zprostředkující operace, doporučení jiných pacientů), jen cca 10% pacientů přichází na oddělení, protože slyšeli, že se to tam dělá.
4. Pacient/klient požaduje pooperační péči od svého chirurga.
5. Tlak na chirurga je velký, protože pacienti mezi sebou komunikují přes sociální média a vytváří různé skupiny.
6. Pacienti si často neuvědomují, že podstupují chirurgický zákrok, a nepřipouští si medicínské komplikace.
7. Většina zákroků se provádí jen za jednodenní, maximálně dvoudenní hospitalizace. Část zákroků je provedena v lokální anestezii.



Stav před a po operaci zvětšení prsou / Foto: archiv autora

8. Ve větší míře než v jiných chirurgických oborech se ve skupině pacientů/klientů pohybují pacienti s narušenou psychikou.
9. Pokud pacient podstoupí jeden úspěšný zákrok, většinou to není jeho poslední.
10. Je velmi rozšířený medicínský turismus, kdy pacient přijíždí z jiné země na provedení zákroku, nejčastějším důvodem je nižší cena. My operujeme cca 70 % pacientů z tuzemska, nejčastějšími klienty ze zahraničí jsou pacienti z Německa a Rakouska. Nejsou však výjimkou ani pacienti-klienti ze zámoří. Ceny operací v České republice jsou oproti cenám v západní Evropě o 50–80 % nižší.
11. Rány se zašívají velmi často pod napětím, protože se odstraňuje velké množství nadbytečné kůže či naopak tkáň zvětšuje svůj objem, a to má vliv na finální podobu jizvy, kterou pacient může vnímat jako neuspokojivou (vždyť si to přece zaplatil a dělal mu to plastický chirurg).

Na našem oddělení provádíme široké spektrum estetických operací. Vyjma transplantace vlasů a endoskopické operace čela provádíme všechny estetické zákroky, a to v počtech těch největších a nejúspěšnějších klinik v ČR.

Jako první v ČR jsem začal před více než 10 lety provádět **lipoabdominoplastiku** – kombinaci liposukce s plastikou břicha podle brazilských autorů. Před 19 lety jsem pak jako první v ČR začal provádět MACS lift obličej podle belgických autorů. Jako jedni z prvních v ČR jsme začali provádět otevřené rhinoplastiky (operace nosu) a augmentace prsů s modelací prsů v jedné operaci. Provádíme redukce a modelace prsů vertikální technikou stejně jako různými T technikami podle tvaru, velikosti prsů a požadavků pacientek. Jako první v republice jsem také začal provádět plastiky břicha bez použití drainů a používat zevní fixační stehy proti krvácení u faceliftů.

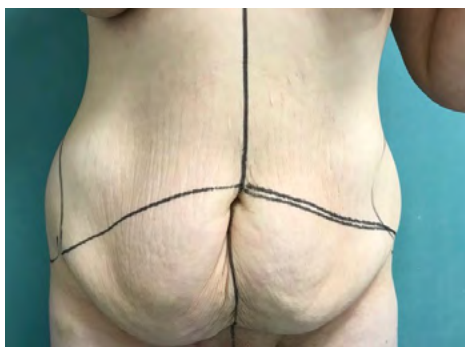
Díky návštěvě jednoho ze světově nejuznávanějších plastických chirurgů

v problematice transplantace tuku do prsů R. K. Khouriho, MD, FASC z USA a díky úsilí MUDr. Pavla Kuriala na poli transplantace tuku jsme jako první v republice začali vyměňovat prsní implantáty za vlastní tuk. Dr. Kurial zavedl a rozpracoval metodu augmentace vlastním tukem, kterou nyní používáme při augmentaci prsů, výplních obličejů i v rekonstrukční chirurgii. Jako první v republice jsme provedli i plastiku vnitřních stehů s liposukcí podle techniky J. P. Hunstada MD, FASC z USA, lifting zad – Bra-line lift a autoaugmentaci hýždí. Jak společně s MUDr. Kurialem, tak každý zvlášť provádíme v nemocnici stovky zákroků. Snažíme se vzdělávat v této oblasti naše mladší kolegy a umožnit jim se v tomto oboru, který není jednoduchý, realizovat a v budoucnu převzít štafetový kolík. Osobně jsem přednášel hlavně o problematice operací víček, ale i o tubulárních prsech v USA, Brazílii, zemích západní Evropy a naposledy v Panamě.

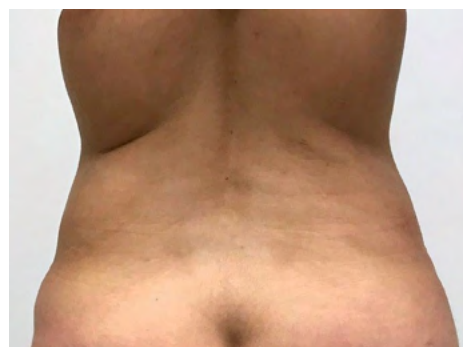
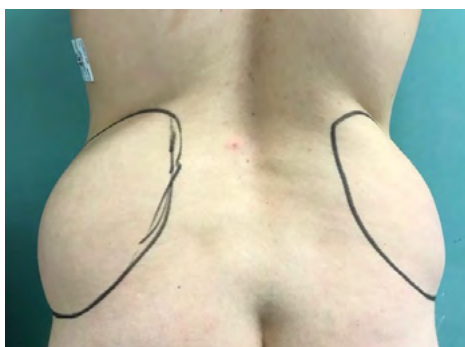
Vyznamenáním celého našeho oddělení je pak to, že jsem již druhé funkční období národním sekretářem ISAPS (největší světová organizace estetických chirurgů) pro ČR. Mimo to jsem také druhé funkční období předsedou Společnosti estetické chirurgie ČLS JEP. To je, myslím, v historii českobudějovické nemocnice poprvé, kdy se někdo z řad jejích lékařů stal předsedou společnosti JEP, tedy ujal se funkce, kterou nejčastěji „okupují“ profesori z pražských klinik. Dr. Kurial se letos stal vědeckým sekretářem této společnosti.

Každý rok pořádáme s MUDr. Kurialem a lékaři našeho oddělení s vydatnou pomocí ředitelství Castle Beauty konferenci, na kterou zveme a na kterou k nám přijíždí ty opravdu největší světové hvězdy oboru. Provádíme s nimi operace a pořádáme přednášky. Toto nám pak umožňuje společně s aktivními návštěvami kongresů v zahraničí následovat nejnovější trendy.

■ **prim. MUDr. Vladimír Mařík**



Abdominoplastika - stav před operací a 1 rok po operaci / Foto: archiv autora



Liposukce pasu - před a 1 rok po operaci / Foto: archiv autora

Nemocnice České Budějovice slavnostně otevřela nové pracoviště centrálních operačních sálů a centrální sterilizace

Nemocnice České Budějovice, a.s.
v pátek 10. června slavnostně otevřela
nové centrální operační sály a novou
centrální sterilizaci. Stavba byla
realizována v období od listopadu 2019

do května 2022 sdružením firem OHLA
ŽS a Metrostav. Celkové náklady stavby
činily včetně nákladů na projektovou
přípravu a dalších souvisejících
výdajů 1,15 miliardy Kč vč. DPH.

„Kromě vybudování 12 operačních
sálů s kompletním zázemím, centrální
sterilizace a centrálních skladů pro
operační sály v sobě tato první etapa
přístaveb a rekonstrukcí pavilonu CH



Zleva: Dana Prokešová, vrchní sestra Centrální sterilizace, MUDr. Jaroslav Novák, MBA, ředitel úseku vybraných zdravotnických oborů, MUDr. Martin Kuba, hejtman Jihočeského kraje, MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D., generální ředitel, MUDr. Aleš Petřík, Ph.D., ředitel úseku chirurgických oborů, Mgr. Petr Studenovský, představenstva Jihočeských nemocnic, Bc. Soňa Brejšková, manažerka Centrálních operačních sálů a centrální sterilizace / Foto: Jan Luxík

zahrnuje vybudování dospávacího pooperačního pokoje, jednotky intenzivní péče, čtyř standardních lůžkových stanic, prostoru pro novou magnetickou rezonanci či prostorů pro technologie celého objektu. V následujících týdnech prostory dovybavíme tak, aby zde po zkušebním provozu mohli být první pacienti operováni od tohoto zří," uvedl generální ředitel Nemocnice České Budějovice, a.s. MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.



"Kromě vybudování 12 operačních sálů s kompletním zázemím, centrální sterilizace a centrálních skladů pro operační sály v sobě tato první etapa přístaveb a rekonstrukcí pavilonu CH zahrnuje vybudování dospávacího pooperačního pokoje, jednotky intenzivní péče, čtyř standardních lůžkových stanic, prostoru pro novou magnetickou rezonanci či prostorů pro technologie celého objektu. V následujících týdnech prostory dovybavíme tak, aby zde po zkušebním provozu mohli být první pacienti operováni od tohoto zří,"

generální ředitel Nemocnice České Budějovice, a.s.
MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.



"Jedná se o největší stavební investici v historii českobudějovické nemocnice a zároveň přelomový bod v chodu nemocnice. Nové operační sály otevíráme po dlouhých 29 letech, přičemž dosud nejnovější sály byly v pavilonu C otevřeny v roce 1993. Financování této stavební akce je založeno na třech pilířích: vlastních zdrojích nemocnice, investiční podpory z rozpočtu Jihočeského kraje a dotačních prostředků z programu REACT-EU,"

hejtman Jihočeského kraje MUDr. Martin Kuba.





"Na právě dokončenou 1. etapu přestavby pavilonu CH naváže 2. etapa, v rámci které bude v průběhu následujících dvou let vybudováno mimo jiné dalších 6 operačních sálů, druhý dospávací pooperační pokoj se 13 lůžky, druhá šestnáctilůžková JIP, 3 standardní lůžkové stanice s celkem 96 lůžky, veškeré ambulantní provozy Očního oddělení, ORL, Ortopedie a Plastické chirurgie,"

MUDr. Aleš Petřík, Ph.D., ředitel úseku chirurgických oborů.





"Realizace přestavby a dostavby pavilonu CH byla náročná nejen proto, že se jednalo o odborná zdravotnická pracoviště. Pracovali jsme za plného provozu sousedících oddělení, např. magnetické rezonance, jejichž fungování stavba nesměla omezit. V týmu Metrostavu pracovali převážně kolegové Jihočeši a o to více jsme rádi, že jsme se mohli podílet na rozvoji naší českobudějovické nemocnice,"

Ing. Martin Stašek, ředitel jihočeského zastoupení společnosti Metrostav a.s.



"Je nám ctí být součástí dalšího významného projektu v historii Nemocnice České Budějovice a těšíme se na pokračování dlouhodobé spolupráce. Zakázka, jejímž cílem byla větší koncentrace lékařské péče do jednoho místa a navýšení komfortu pacientů, je pro nás vždy prioritou,"

Ing. Roman Kocůrek, generální ředitel OHLA ŽS, a.s.

Nemocnice České Budějovice dokončila kompletní rekonstrukci Gastroenterologického oddělení

Necelé tři měsíce po otevření nového endoskopického centra Gastroenterologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. byla dokončena také rekonstrukce ambulantní části tohoto pracoviště. V rekordním čase se podařilo původní ambulantní a endoskopické prostory přestavět a vytvořit moderní zázemí pro ambulantní péči o gastroenterologické pacienty.

Ve zrekonstruovaných prostorách ambulantní části Gastroenterologického oddělení tak vzniklo 6 samostatných ambulancí, včetně infuzní místnosti a nové ultrazvukové vyšetřovny.

Součástí rekonstrukce bylo vytvoření nové recepce a sekretariátu oddělení, to vše doplněno o nezbytná sociální zařízení jak pro pacienty, tak pro personál oddělení. Ambulantní pracoviště je umístěno v sousedství lůžkového oddělení a spojovací chodbou a výtahem těsně komunikuje s endoskopickým pracovištěm.

„Otevřením zrekonstruované ambulantní části se tak završuje



Vlevo generální ředitel MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D., vpravo primář oddělení doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D. s částí týmu / Foto: redakce

téměř dvouleté období modernizace gastroenterologie v českobudějovické nemocnici. Jsem velmi rád, že jsme touto přestavbou docílili maximálně komfortního a příjemného prostředí pro naše pacienty

i zaměstnance,” uvedl generální ředitel MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

■ **Bc. Iva Nováková, MBA**
ředitelka úseku komunikace a péče o zaměstnance



Čekárna v ambulantní části / Foto: redakce



Čekárna před infuzní místností / Foto: redakce



Infuzní místnost / Foto: redakce

Komplexní cerebrovaskulární centrum obdrželo za rok 2021 nejvyšší diamantové ocenění

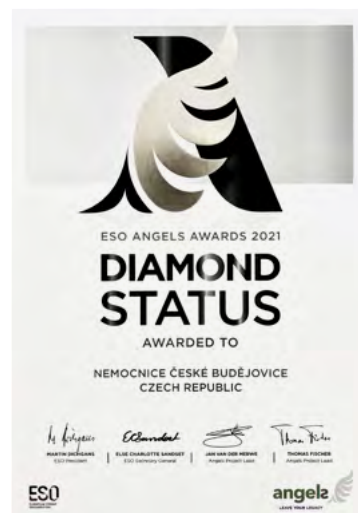
Celkově se jedná již o třetí ocenění českobudějovického KCC iniciativou Angels.

Iniciativa Angels celosvětově působí v oblasti péče o pacienty s mozkovou příhodou. Hlavním obsahem činnosti je rozšiřování povědomí a podpora ve zvyšování dostupnosti a kvality péče o pacienty s mrtvicí. Hlavním cílem iniciativy je zlepšení klinických výsledků a soběstačnosti pacientů po mozkové příhodě.

Každé takové ocenění je výsledkem soustavné a tvrdé práce a úsilí všech členů týmu Komplexního cerebrovaskulárního centra (oddělení

i jednotlivců; lékařů i nelékařů) v čele s týmem Neurologického oddělení. Neurologie stojí v první linii v péči o pacienty s cévní mozkovou příhodou - iktem, koordinuje, sleduje a přizpůsobuje chod centra tak, aby odpovídal těm nejpřísnějším kritériím a my jsme mohli poskytovat tu nejlepší možnou péči našim pacientům.

Ve spolupráci s evropskou i světovou organizací pro mozkové příhody European Stroke Organisation (ESO) připravuje a koordinuje World Stroke Organisation (WSO) řadu programů. Jedním z programů je sledování kvality péče iktových center. Iktová centra zapojená do národní i evropské sítě



Diamantové ocenění kvality cerebrovaskulární péče za rok 2021 pro Komplexní Cerebrovaskulární Centrum České Budějovice

soustavně evidují množství údajů o péči poskytované pacientům s mrtvicí. Každé takové centrum je průběžně periodicky hodnoceno na základě těchto údajů. Hodnocení center v České republice probíhá 1x ročně. Splňuje-li stanovené podmínky kvality péče, obdrží zlaté, platinové nebo nejvyšší diamantové ocenění, tzv. Angels Award. Ocenění je dokladem kvality iktové péče za uplynulý rok.

Skutečnost, že se Česká republika řadí k evropským zemím s nejvyšší úrovní péče o pacienty s mrtvicí, ukazuje i počet udělených ocenění Angels Award. Za rok 2021 bylo v ČR uděleno osm zlatých, devět platinových a dvacet diamantových ocenění.

- **prim. MUDr. Svatopluk Ostrý, Ph.D.** vedoucí Komplexního cerebrovaskulárního centra České Budějovice Neurologické oddělení



Zleva: MUDr. Svatopluk Ostrý, Ph.D., primář Neurologického oddělení a vedoucí Komplexního cerebrovaskulárního centra České Budějovice, Robert Havalda, Iniciativa Angels, „Team Leader“ pro Českou republiku a Řecko, zastupující pro Bulharsko, Maďarsko, Rumunsko a Slovensko / Foto: archiv autora

Mikrochirurgická léčba jako nová šance pro pacienty s cévní mozkovou příhodou

90 % mozkových mrtvic je způsobeno nedostatečným přívodem krve k mozkové tkáni, kdy krevní sraženina uzavře přívodnou mozkovou tepnu.

Standardní léčba funguje v ČR perfektně a běží v rukou lékařů ZZS, neurologů a radiologů. Zahrnuje dvě metody. První spočívá v podání léčivého přípravku do žíly, který napomáhá rozpuštění krevní sraženiny. Druhou je tzv. mechanická trombektomie, kdy je vnitřkem tepenného řečiště přístupem přes třísko zavedeno zařízení zprůchodňující postiženou tepnu. Obě metody se pak v závislosti na stavu pacienta vhodně kombinují.

Tyto metody jsou u drtivé většiny pacientů úspěšné.



MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D., MBA / Foto: redakce



MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D., MBA, na tiskové konferenci při prezentaci výsledků studie / Foto: redakce

Nicméně u 5–10 % pacientů tato léčba nefunguje, tzn. nedojde k zprůchodnění mozkové tepny a dochází tak k rozsáhlému poškození mozku. Šance těchto pacientů na návrat do běžného života je velmi nízká, zhruba 10%. Právě na tyto pacienty se zaměřili v bicentrické studii center vysoce specializované cerebrovaskulární péče v Českých Budějovicích a Ostravě.

„Chirurgická metoda zprůchodnění mozkové cévy je k dispozici již od 70. let minulého století. Provádí se buď mozkový bypass (našití tepny z podkoží před uchem na mozkovou tepnu), nebo přímé zprůchodnění mozkové cévy (její rozříznutí, odstranění sraženiny a našití). Nicméně nikdy se nepodařilo prokázat, že tyto chirurgické metody pacientům pomáhají. Patříme mezi

první nemocnice v Evropě, které se rozhodly tuto metodu u vytipovaných pacientů zavést a zmapovat její přínosy. V rámci 5leté studie jsme prokázali, že u pacientů s mrtvicí, kde selhala tradiční léčba a kteří podstoupili tuto revoluční, mikrochirurgickou léčbu, došlo v 60% případů ke zlepšení stavu pacienta až do jeho soběstačnosti. Studie byla publikována v časopise s impakt faktorem 5,8. Naše výsledky chceme ověřit v rámci rozsáhlejší multicentrické studie, kterou v současné době připravujeme. Chtěl bych zdůraznit, že tato mikrochirurgická metoda je uplatnitelná pouze při akutní léčbě mrtvice, tj. v rámci několika hodin od jejího vzniku," uvádí MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D., MBA, zástupce primáře Neurochirurgického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

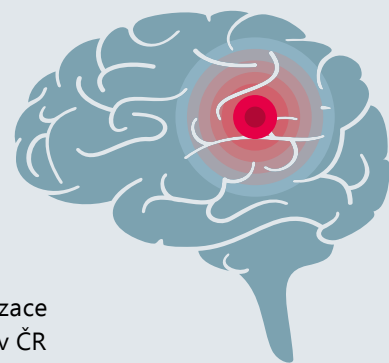


Zástupci obou Komplexních cerebrovaskulárních center prezentovali výsledky své studie na tiskové konferenci, která se konala dne 7. 6. v Českých Budějovicích.

Zleva: MUDr. Martin Roubec, Ph.D., vedoucí lékař Komplexního cerebrovaskulárního centra FN Ostrava, MUDr. Marek Slabý, MBA, ředitel ZZS JČK, Prof. MUDr. Martin Smrčka, Ph.D., MBA, předseda České neurochirurgické společnosti, přednosta Neurochirurgické kliniky a náměstek pro vědu a výzkum FN Brno / Foto: redakce

■ Redakce

Mozková mrtvice je vedoucí příčinou invalidity dospělých a patří mezi tři nejčastější příčiny úmrtí dospělých lidí.



Česká republika patří v léčbě cévní mozkové příhody k evropské špičce, co se týče organizace i počtu léčených pacientů. V roce 2021 bylo léčivým přípravkem podaným do žíly léčeno v ČR téměř 4700 pacientů a mechanickou metodou zhruba 1350 pacientů. Toto je zásluha intenzivní práce neurologů v rámci cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti a jednotlivých center zabývajících se léčbou cévní mozkové příhody, zdravotnické záchranné služby a intervenčních neuroradiologů.

Péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou však vyžaduje intenzivní práci i dalších oborů medicíny – mimo jiné specialistů v oboru neurorehabilitace, ergoterapie, logopedie a spolupráci dalších odborníků.

Lékaři českobudějovické kardiouchirurgie připravili skripta pro budoucí zdravotní sestry

Lékaři Oddělení kardiouchirurgie, hrudní chirurgie a cévní chirurgie Nemocnice České Budějovice, a.s. vytvořili pro Zdravotně sociální fakultu Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích skripta s názvem Kardiotorakovaskulární chirurgie a ošetrovatelská péče.

O důvodech a průběhu vzniku skript hovoří zástupce primáře hrudní chirurgie doc. MUDr. Vojtěch Kurfirst, Ph.D., který je vedle primáře kardiouchirurgie doc. MUDr. Aleše Mokráčka, CSc., jejich hlavním autorem.

Pane docente, pro koho jsou skripta určena a co vás vedlo k jejich sepsání?

Skripta jsou určena hlavně pro nelékařské profese ve zdravotnictví, které pracují v oborech kardiouchirurgie, hrudní chirurgie nebo cévní chirurgie. Vzhledem k tomu, že se výše zmíněné obory rozvíjejí, vznikla potřeba aktualizovat literaturu, ze které se naše sestřičky teoreticky vzdělávají. Často jsem od nich slyšel, že by potřebovaly nějakou učebnici, aby se v našich výkonech dokázaly zorientovat. Učebnici se podařilo vydat v termínu, kdy byla k našemu oddělení přičleněna cévní chirurgie, a vzniklo tak Oddělení kardiouchirurgie, hrudní chirurgie a cévní chirurgie.

Kdo a jak dlouho na skriptech pracoval?

Nejprve jsme s primářem kardiouchirurgie doc. MUDr. Mokráčkem, CSc., chtěli aktualizovat skripta Kardiouchirurgie vydaná též pod záštitou Zdravotně sociální fakulty v roce 2005. Byla zde zároveň možnost spolupráce s oddělením hrudní chirurgie v Thomayerově nemocnici v Praze, kde jsme s kolegyní MUDr. Júlií Csanády přes dva roky pracovali v rámci předatestační stáže, díky čemuž do knihy přibyla kapitola Hrudní chirurgie. Po oznámení o přičlenění cévní chirurgie k našemu oddělení jsem požádal kolegy o kapitolu cévní chirurgie. A protože je to učebnice pro sestřičky, nesmí chybět ani kapitola Ošetrovatelská péče. Celá příprava tedy trvala přes rok. Zde bych chtěl za mě i za pana primáře Mokráčka poděkovat dalším spoluautorům, bez kterých by skripta nevznikla.

Jmenovitě MUDr. Júlii Csanády a MUDr. Martinovi Rezlerovi (oba z našeho oddělení), MUDr. Jiřímu Krbcovi, primáři oddělení hrudní chirurgie, doc. MUDr. Hytychovi, emeritnímu primáři oddělení hrudní chirurgie Thomayerovy nemocnice v Praze, doc. PhDr. Marii Trešlové, Ph.D., ze Zdravotně sociální fakulty a pracovníkům edičního oddělení Zdravotně sociální fakulty.

Odkdy se podle nich začnou studenti učit? Pokud už je používají, jaké máte na skripta ohlasy?

Jakmile mi dorazily první výtisky, hned jsem je poslal „do praxe“ mezi sestřičky. Naši vrchní sestře Barboře Zíkové se dokonce učebnice tak líbila, že hned objednala dvacet výtisků, které budou sloužit jak stávajícím, tak nově přichozícím sestřičkám jako studijní materiál. Ohlasy jsou zatím pozitivní.

Skripta jste vytvořili ve spolupráci se Zdravotně sociální fakultou Jihočeské univerzity. Jak spolupráce probíhala?

Skripta byla vydána pod hlavičkou Zdravotně sociální fakulty. Schválení nejdříve muselo projít ediční radou – tady bych chtěl velmi poděkovat děkance fakulty Mgr. Ivaně Chloubové, Ph.D., za projevenou důvěru při schvalování skript. Korektury, skladbu textu i vlastní vydání mělo na starosti ediční oddělení fakulty – zde velké díky Ing. Evě Ježkové, která měla celou záležitost na starosti. A na kapitole o ošetrovatelské péči jsme spolupracovali s doc. PhDr. Marii Trešlovou, Ph.D., která je na fakultě jedním z největších odborníků na dané téma.

S panem primářem vyučujete studenty na Zdravotně sociální fakultě. Můžete přiblížit, jak dlouho zde již učíte, koho a jaké předměty?

Na fakultě učím od roku 2009, pan primář Mokráček ještě déle. Bereme to jako samozřejmost, že učíme chirurgické předměty a připravujeme tak sestřičky, fyzioterapeuty, radiologické asistenty a další profese k výkonu povolání. Vždycky studentům říkám, že po mojí zkoušce musí vědět, co se s pacientem dělo před příjmem do nemocnice, jak se pacient vyšetřoval, jak se léčil (operoval) a jak do léčebného procesu mohou zasáhnout i oni, ať už přijdou na jakékoliv chirurgické oddělení naší nemocnice. Tady bych chtěl apelovat hlavně na mladší kolegy, aby se nebránili výukovým aktivitám na Zdravotně sociální fakultě, protože jako pedagogové máme jedinečnou možnost si připravovat budoucí pracovníky pro naše oddělení.

Na vašem oddělení provádíte velmi náročné operace na životně důležitých orgánech. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o tyto pacienty? Jak důležitá je správná ošetrovatelská péče při rekonvalescenci pacienta? Jak úzká je zde součinnost lékaře, sestry a pacienta?

Spolupráce lékaře a zdravotnického personálu je v našich oborech naprosto zásadní. Jak jste správně podotkla, jedná se o výkony na životně důležitých orgánech – srdce, plíce, velké cévy –, kde jakákoliv chyba může vést k vážnému poškození pacienta. Nejedná se jen o chyby v průběhu operace, ale velmi často v pooperačním období – ať už na pooperačním oddělení, stanici JIP, nebo lůžkové části. Každá část pooperačního období má svá specifika a naše sestřičky učíme, na co se při péči o pacienta zaměřit. Tady je stěžejní komunikace sestry s lékařem a naopak, abychom včas podchytili možné komplikace a adekvátně je řešili. Zde se vracím k předchozí odpovědi – sestra, která bude dobře teoreticky i prakticky připravená do praxe,



doc. MUDr. Vojtěch Kurfirst, Ph.D. / Foto: redakce

může v rámci léčebného procesu udělat pro pacienta velmi mnoho.

Jaké jsou vaše další publikační či vzdělávací plány?

S kolegyní MUDr. Julií Csanády a autorským kolektivem z naší nemocnice máme za sebou dvě publikace v nakladatelství Maxdorf. Začali jsme knihou Kardiochirurgie v instruktivních kazuistikách z roku 2019 a kolegyně Csanády potom navázala knihou Transkatétrová implantace

chlopní v instruktivních kazuistikách z roku 2021. Text současných skript jsem k posouzení poslal nakladatelství Maxdorf, kde se jim tak líbil, že mě přemluvili k vydání navazující učebnice pro lékařské fakulty. Práce tedy neskončila a v současnosti pracujeme na doplnění textu tak, aby odpovídal zadání a potřebám lékařských fakult.

■ **Ing. Veronika Dubská**
Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

Alergie a jak na ně

Imunitní systém člověka je soubor mnoha obranných mechanismů, které nás chrání před cizorodými viry, bakteriemi a mnoha jinými škodlivými látkami, se kterými se naše tělo denně potkává. Imunitní systém člověka cizorodou částici rozpozná a zlikviduje. To nám umožňuje přežít. Problém ale může nastat, když imunitní systém reaguje neadekvátně, běžné látky bere jako cizorodou složku a snaží se je zneškodnit. To může být i případ **alergie**. Jedná se o přecitlivělost našeho organismu, která je škodlivá. U alergiků se setkáváme s tím, že látky, které jsou přirozenou součástí našeho života, imunitní systém považuje za škodlivé, čímž dochází k jeho přemrštěné reakci. To se projeví jako alergická rýma, nejrůznější typy vyrážek, atopický ekzém, alergické astma nebo kašel. Částic vyvolávající tyto projevy může být pyl z rostlin, různé látky obsažené v prachu (například výkaly a rozpadlá těla roztočů), plísňe, nejrůznější potraviny, barviva a řada dalších látek. Alergie někdy může přejít až v život ohrožující stav, tzv. anafylaktický šok. Anafylaxe je stav, který se může objevit například po bodnutí včelou či vosou, kdy dochází k otoku částí těla, klesá krevní tlak, pacient se dusí, má kopřivku. Anafylaktický šok může probíhat velmi rychle a je nutné pacientovi okamžitě přivolat lékařskou pomoc a nasadit léky.

Uvádí se, že nějakou formou alergie celosvětově trpí 15–20% populace, a toto číslo neustále roste. Příčin je mnoho: genetická zátěž ze strany rodičů, nadužívání antibiotik, přílišná hygiena, až „sterilní“ prostředí obzvláště u malých dětí, konzumace polotovarů, které obsahují hodně konzervantů, nebo znečištění životního prostředí.

A co se v našem těle při alergické reakci děje? Musí se sejít dvě základní podmínky, jimiž je vyvolávající faktor (alergen) a vnímavý organismus, který

na tento alergen reaguje. Alergen vnikne do těla, je rozpoznán buňkami imunitního systému (konkrétně určitým typem bílých krvinek – lymfocytů). V této chvíli již o alergenu hovoříme jako o antigenu, protože je v našem těle schopen vyvolat kompletní zánětlivou reakci. Navázání antigenu na povrch leukocytu uvádí v činnost procesy, během kterých dojde k aktivaci dalších lymfocytů a k další produkci protilátek. Imunitní systém člověka je tak důmyslný, že se zde vytvoří určitá skupina tzv. paměťových lymfocytů. Tyto paměťové buňky najdou uplatnění, když se organismus v budoucnu setká se stejným typem alergenu, a proces, který jsme popsali výše, je pak mnohem rychlejší a alergická reakce se projeví za velmi krátkou dobu. Toto je ovšem pouze zjednodušený model alergického procesu v našem těle. Celý systém je daleko složitější, ale dnes již víme, že se jedná o alergický zánět, na kterém se podílí mnoho složek imunitního systému: různé druhy bílých krvinek (žírné buňky, granulocyty, T-lymfocyty, B-lymfocyty) a dále působky, které tyto krvinky při alergické reakci vylučují, např. histamin, leukotrieny nebo další cytokiny. Na tyto buňky a látky je pak cílena léčba alergických stavů.

Protilátky jsou bílkovinné částice (imunoglobuliny), které mají důležitou úlohu v imunitním systému člověka. Jednou ze základních funkcí protilátek je rozpoznání a zneškodnění cizorodých částic v našem těle. Protilátky se člení do několika tříd podle své struktury (IgM, IgD, IgG, IgE, IgA). Protilátky jsou přítomny v těle neustále, ale právě při alergických zánětlivých procesech se jejich koncentrace zvyšuje. V alergických procesech se nejčastěji uplatňují protilátky třídy IgE.

A jak se tedy alergiím bránit? Nejjednodušší je odstranění vyvolávajícího alergenu. Při podezření

na alergickou reakci je vhodné nechat si udělat alergologické vyšetření, tzv. kožní prick test, u alergologa. Test spočívá v aplikaci kapek alergenu (pyly, plísňe, srst zvířat, roztoči z domácího prachu) na kůži předloktí s následným vpichem alergenu do kůže. Alergeny se nechají 15–20 minut působit na kůži. V místě aplikace se může vytvořit zarudnutí nebo pupínek různé velikosti. Lékař pak dle velikosti a charakteru zarudnutí nebo pupínku vyhodnotí, na které alergený daný člověk reaguje.

Farmakoterapie

Protialergická medikace se dělí podle mechanismu účinku do následujících skupin:

- protizánětlivá léčba,
- symptomatická (úlevová) léčba,
- specifická alergenová imunoterapie (SAIT),
- biologická léčba.

Protizánětlivá léčba

Jedná se především o léčbu kortikoidními preparáty, které jsou dnes nejúčinnějšími léky v terapii alergických stavů. Kortikoidy mají poměrně pomalý nástup účinku, ten je ale dlouhodobý. Jedná o tzv. systémovou léčbu, což znamená, že podaný lék působí na celý organismus. Podává se v tabletách, injekcích či infúzích. Tato forma léčby je určena jen ke zvládnutí těžkých alergických příhod, anafylaktických stavů nebo astmatických záchvatů. Velmi výhodná je tzv. topická aplikace kortikoidů – jedná se o aplikaci ve formě mastí, krémů, gelů, očních kapek nebo nosních sprejů. Přípravků je celá řada (Locoid, Triamcinolon, Hydrocortison). Velmi účinné jsou kortikoidy v léčbě alergické rýmy, používají se nazální (nosní) spreje (Avamys, Nasonex, Mommox, Beclomet). Dále jsou k dispozici inhalační roztoky či spreje určené pro terapii alergického astmatu. Inhalační kortikoidní terapie byla převratnou změnou v léčbě

bronchiálního (alergického) astmatu a dnes se jedná o neúčinnější léky v této indikaci. Lokální (topická) aplikace kortikoidů je výhodná z důvodu menších nežádoucích účinků oproti celkovému podání kortikoidů. Tyto přípravky jsou vázány na lékařský předpis a dávkování musí určit lékař. Užívání kortikoidů často vzbuzuje u části veřejnosti mnohdy neopodstatněné obavy z nežádoucích účinků (kortikofobie). Jako všechna léčiva se i kortikoidy vyznačují nežádoucími účinky (NÚ), zejména při dlouhodobém celkovém užívání vysokých dávek. Dnes již víme, jak kortikoidní léčiva v organismu účinkují, a máme k dispozici celou řadu kortikoidů od nejslabších až po velmi silně působící molekuly. Velmi silně účinná kortikoidní léčiva se dnes užívají jen na zvládnutí těžkých alergických stavů a poté se volí jiná léčiva či slabě účinné kortikoidy. Při užívání kortikoidů se používají různé strategie pro minimalizaci nežádoucích účinků.

Symptomatická léčba

Symptomatická léčiva mohou být jen lokální krémy či masti, ale nejčastěji se volí přípravky k celkovému užití ve formě tablet. Jedná se o tzv. H1 antihistaminika, která blokují účinek histaminu. Jsou první volbou v léčbě alergií, mnohá z nich jsou dnes volně prodejná, včetně tablet, které tlumí svědění a otok. Starší preparáty (Zyrtec, Zodac, Claritine) mohou způsobovat ospalost, obzvláště pokud se berou ve vyšších dávkách, než je doporučena 1 tableta denně. Novější antihistaminika (Ewofex, Zenaro, Xyzal, Aeries) už nemají tlumivý efekt a mají navíc imunomodulační a protizánětlivé účinky. Standardně se antihistaminika podávají 1× denně a při zhoršení stavu (pylová sezona, více alergenů v prostředí) se dávka tablet může přechodně zvýšit, ale vždy po dohodě s lékařem. Pro děti jsou tyto preparáty i ve formě sirupu nebo kapek. Dávkování u dětí

do 2 let vždy musí určit lékař. Pro děti od 1 roku věku jsou k dispozici volně prodejné antialergické kapky Fenistil – dávkování se řídí hmotností dítěte, kapky působí tlumivě, délka užívání by neměla překročit 10 dnů, dávkování u dětí do 1 roku věku musí určit lékař.

Alergenová imunoterapie

Alergenová imunoterapie je léčebný postup, při kterém jsou do organismu alergika postupně vpravovány nejprve minimální a postupně se zvyšující dávky alergenu s cílem snížit aktivitu imunitního systému. Tato léčba navozuje vznik tzv. imunologické tolerance, což znamená, že pacient nereaguje na alergen alergickou reakcí. Tato léčebná strategie má dlouhodobý účinek, léčba ale trvá dlouho – minimálně tři roky, optimálně pět let. Určitým paradoxem zůstává, že ačkoliv je tato forma léčby pro určitou skupinu pacientů úspěšná, stále moc nevíme o mechanismu účinku této imunoterapie. K dispozici máme léky ve formě tablet pod jazyk (sublingvální tablety), kapek či injekcí. Dávkování je vždy v rukou lékaře.

Biologická léčba

Biologická léčba je volena u těžké formy astmatu, kdy nevystačíme s inhalačními kortikoidy, pacienti mají často astmatické záchvaty a je nutno užívat kortikoidy i ve formě tablet. Tato léčiva fungují tak, že se navážou na IgE a znemožní vazbu IgE na žírné buňky, ze kterých se potom nemůže uvolnit histamin. Tím pádem nedojde k alergické reakci, která se projevuje zúžením dýchacích cest, otokem apod.

Dnes jsou velmi diskutovanou problematikou **potravinové alergie**. Jedná se taktéž o alergickou reakci těla, kdy určitá běžná složka potravy nastartuje imunitní systém a dojde k otoku části těla, kopřivce, dále může nastat zvracení, průjem či kloubní



PharmDr. Barbora Vařejková / Foto: redakce

bolesti. Příznaků potravinové alergie je celá řada. Obvykle se tento typ alergie projeví ihned po požití jídla nebo do 48 hodin po konzumaci pokrmu. Zde je nutno zmínit, že dost často bývá přítomna **potravinová intolerance (nesnášenlivost)**, která může být zaměňována s potravinovou alergií. U potravinové intolerance však není zapojen imunitní systém člověka, ale jsou porušeny enzymatické systémy, které se podílejí na odbourávání a štěpení složek zkonsumované potravy. Příznaky intolerance mohou být podobné jako u potravinové alergie, a proto je někdy složité zjistit, o co se vlastně jedná. Intoleranci je možno odhalit krevními testy, potravinovou alergii zjistíme již zmiňovaným kožním prick testem.

■ PharmDr. Barbora Vařejková
Lékařka

Českobudějovická neurologie se úspěšně podílela na programu 11. Neurokazuistického sjezdu

Nyní již tradiční pražský sjezd zaměřený na medicínský rozbor zajímavých nebo jinak mimořádných případů, tzv. kazuistik, probíhal v prostorách Brožíkova sálu Staroměstské radnice v Praze 22. – 23. 4. 2022.

Dobře zpracovaná i prezentovaná kazuistická sdělení patří k velmi

vyhledávaným typům odborných sdělení. Příběh pacienta (kazuistika) může představit klinické uvažování, diagnostickou strategii, způsob léčby i vypořádání se s nečekanými zvraty, případně komplikacemi. Přináší ideální možnost představit mimořádnosti, které mohou nastat v každodenní praxi, a tak seznamuje posluchače

s ojedinělými, nebo dokonce vzácnými klinickými jednotkami.

Dosavadní ročníky byly zastoupeny přednášejícími výhradně z akademických pracovišť (klinik) fakultních nemocnic. Na klinikách fungují obvykle nejnáročnější a nejspecializovanější provozy. Proto se zde soustřeďují i pacienti s vzácnými onemocněními nebo jinými raritami. Mimořádnost letošního ročníku byla v něčem jiném. Jako vůbec první neakademické pracoviště v ČR jsme byli organizátoři pozváni, abychom se podíleli na tvorbě programu. Ve spolupráci s Neurologickým oddělením Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem, o. z. (pracoviště stejného typu, jako je to naše) jsme připravili blok kazuistik „Neurologické příběhy pohledem krajské neurologie“. Může vůbec neakademické pracoviště zaujmout auditorium zvyklé na akademický standard?

K nejen mé nesmírné radosti lékaři Neurologického oddělení MUDr. Markéta Pavlínová s MUDr. Ondřejem Krτίčkou, MUDr. Jan Rosol a MUDr. Zdeněk Kunáš nabídku přijali a rychle a samostatně se ujali svých rolí. V „českobudějovických barvách“ vystoupil i náš externí spolupracovník MUDr. Petr Hollý z Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Spolu s kolegy z Ústí nad Labem zaznělo v našem bloku celkem sedm patientských a spolu s nimi i lékařských, „příběhů“, které pojednávaly nejen o mrtvicích, ale také o nádorech, poraněních nervů a infekci. Všichni přednášející prezentovali vysoce kvalitní sdělení na vysoké odborné úrovni.



Přednášející bloku krajských kazuistických „příběhů“ v Brožíkově sále Staroměstské radnice v Praze. Zleva: MUDr. Zdeněk Kunáš (NCB), MUDr. Petr Hollý (NCB, VFN), MUDr. Marie Vinopalová (UnL), MUDr. Ondřej Krτίčka (NCB), MUDr. Ing. David Černík, Ph.D. (UnL), MUDr. Jan Rosol (NCB), MUDr. Markéta Pavlínová (NCB), MUDr. Štěpánka Brušáková (UnL), MUDr. Svatopluk Ostrý, Ph.D. (NCB) / Foto: archiv autora

NCB – Nemocnice České Budějovice, a.s., UnL – Krajská zdravotní, a. s. - Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z., VFN – Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Nepřidám se zde nyní k zástupu těch, kteří zde vystavují pouze vítězné poháry. Život není pouze o výhrách! Soutěž o nejlepší blok jsme nevyhráli. Velmi pyšní jsme však na to – a za úspěch považujeme –, že jsme akademikům byli rovnocennými partnery.

Osobně považuji vystoupení českobudějovických a ústeckých neurologů za celou řadu osobních vítězství. Každý z účastníků svou iniciativou, úsilím i osobní angažovaností se ctí reprezentoval sám sebe i své pracoviště. Řada z nich byla v takové roli poprvé!

Každý z přednášejících si odnesl novou zkušenost, která jej posunula lidsky i odborně dopředu! Rád bych všechny podpořil, aby vytrvali v započaté úspěšné práci.

■ **Prim. MUDr. Svatopluk Ostrý, Ph.D.**
Neurologické oddělení

European Stroke Organization Congress - ESOC 2022

V prvním týdnu května 2022 proběhl po dvouleté pauze osmý ročník kongresu ESOC neboli The European Stroke Organisation Conference (konference Evropské organizace pro cévní mozkové příhody), kterou pořádá ESO – European Stroke Organisation (Evropská organizace pro cévní mozkové příhody). Ve francouzském Lyonu se tak sešli přední odborníci na mozkové příhody (CMP), aby představili nejnovější zjištění a doporučení týkající se organizace péče, diagnostiky a léčby akutního iktu neboli mrtvice.

Více než 4000 registrovaných účastníků ze 107 zemí světa, 214 přednášek a téměř 1000 elektronických posterů činí z Konference Evropské organizace pro cévní mozkové příhody největší evropskou akci zaměřenou na cévní onemocnění mozku. Účast Neurologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. konkrétně Centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče, byla již tradičně aktivní. Prezentovali jsme práci, ve které ukazujeme význam elektrické aktivity mozku při spolehlivé predikci a zajištění bezpečnosti chirurgického zprůchodnění uzavřené vnitřní krkavice.

Kromě nutné akutní léčby mozkové ischemie (nedokrevnosti) byl velký prostor věnován mozkovým krvácením,



Předávání ocenění cen Angels za rok 2021. Komplexní Cerebrovaskulární centrum České Budějovice přebírá ocenění nejvyšší – diamantové / Foto: archiv autora

následkům po mrtvici a vysoce důležité prevenci a přednemocniční diagnostice. Důležitost času zůstává stále hlavním parametrem pro snížení výskytu nepříznivých výsledků. Z analýz vyplývá, že každá minuta, kterou dokážeme ušetřit, má pro pacienty po mrtvici smysl. Extrémní

tlak na čas platí nejen pro pacienty s ischemií, ale také s mozkovým krvácením. V prvním případě se snažíme zprůchodnit uzavřenou tepnu, abychom omezili odumírání tkáně. Ve druhém případě snižujeme krevní tlak a kompenzujeme krevní srážlivost, abychom předešli zvětšení krvácení.

Rychlých a správně koordinovaných postupů lze dosáhnout pouze v dobře organizovaném centru. Obecná zákonitost vyšší koncentrace pacientů zvyšuje bezpečnost pacienta. Systém pravidelného hodnocení center přispívá k dalšímu zlepšování jejich kvality. Českobudějovické Centrum vysoce specializované cerebrovaskulární péče se může od roku 2022 (viz NZ leden 2022) chlubit evropskou certifikací Evropské organizace pro cévní mozkové příhody a nyní i nejvyšším diamantovým oceněním udělovaným iniciativou Angels, které převzalo spolu s dalšími evropskými centry právě na Konferenci Evropské organizace pro cévní mozkové příhody 2022 (viz foto).

i aktivně popírají. Náhlé změny, jako jsou dehydratace, infekce, poruchy nálady/deprese a další se projeví právě poruchami paměti, orientace i soběstačnosti. Léčbou těchto náhlých stavů se upravuje i soběstačnost. Úprava soběstačnosti je pomalejší a mnohdy neúplná. Vzniká tak trvalé zhoršení.

Na akutní infekci se připravit nelze. Na zhoršování soběstačnosti ano. Příprava a provedení opatření v péči o blízkého je v rukou rodiny, nikoliv nemocnice. Role zdravotníků a sociálních pracovníků je v poskytnutí návodu, jak pomoc uskutečnit. Obě strany musí věcně komunikovat.

Základní podmínkou je, připustit si existenci problému a ten přiměřeným

Mnozí si odvykli přizpůsobit svůj režim potřebám svých blízkých, kteří náhle potřebují pomoc a málokdy si připouštějí nutnost finanční spoluúčasti.

Podmínkou úspěšné léčby mrtvice je včas a správně zachytit její příznaky. K rychlému odhalení příznaků mrtvice slouží systém FAST. Pro některé zcela notoricky známý, pro jiné je stále velkou neznámou. Systém **FAST** znamená (Face, Arm, Speech, Time = tvář, paže, řeč, čas) **Náhle** vzniklé: **pokles koutku** nebo **slabost ruky** nebo **porucha řeči** spouští pomyslnou časomíru mozku v závodu o přežití. Je třeba neodkladně konat a **volat 155**. Podceňování, ale ani přehnané nadhodnocování příznaků mrtvice nikomu ani ničemu neprospěje.

Velké množství seniorů tráví značné množství času se svými potomky, často mladšími školními dětmi. Skupina Angels na základě této myšlenky rozvíjí program **FAST Hero** (rychlí hrdinové systému FAST), který spočívá ve vzdělávání školáků v rozpoznání příznaků mrtvice. Ti jsou pak schopni tyto příznaky u svých prarodičů poznat a správně a rychle reagovat. Tato skvělá myšlenka, její sympatická realizace a skvělý tým lidí mě inspirovali k tomu, abychom se k iniciativě připojili a podíleli se na šíření této osvěty, díky níž dojde k dalšímu zlepšení péče o pacienty s mrtvicí.

Je vysoce důležité a obohacující setkávat se s lidmi, kteří soustavnou propagační svými nápady a vizí podložených rozsáhlými znalostmi, obrovskou pílí a množstvím stráveného času posouvají péči o pacienty s iktem správným směrem. Velmi si ceníme podpory vedení Nemocnice České Budějovice, a.s., které osvětlivě vnímá nutnost rozvoje a prostorového, technického i personálního zajištění péče o neurologické pacienty, nejen o ty s mrtvicí. Stejně tak si ceníme, že významně podporuje naše odborné a vědecké aktivity.

■ **Prim. MUDr. Svatopluk Ostrý, Ph.D.**
Neurologické oddělení



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



Dalším velmi diskutovaným tématem byly poruchy paměti, orientace, tedy tzv. kognitivní poruchy (demence) a poruchy soběstačnosti v souvislosti s mrtvicí. Dvouhodinový blok jednání jasně ukázal, že se jedná o globální problém.

Více než u tří čtvrtin pacientů po mrtvici se zhorší paměť nebo soběstačnost, případně obojí. Pro rodinu to bývá překvapení. Skutečností je, že ve třetině případů se uvedené poruchy projevovaly již dříve, před mrtvicí. Velmi často si tento fakt rodinní příslušníci neuvědomují, nepřipouští a mnohdy

způsobem, a hlavně včas řešit. Rodina se musí připravit na možnost náhlé změny v podobě pádu, infekce, onemocnění nebo dokonce vyčerpání pečujícího a mít připraveno pro „horší časy“ řešení, tzv. „plán B“. Takový plán, aby odpovídal představám rodiny, vyžaduje čas, nemalé finanční prostředky a nutnost myslet dopředu. Negativismus pacienta pro změny je běžným jevem, který musí vyřešit především rodina. Snažit se řešit problém, až nastane, je pozdě. Stejně tak přenést řešení problému odesláním pacienta do nemocnice proto, že rodina již péči nezvládá je chybou.

20. Jedličkovy neuroimunologické a likvorologické dny

Ve dnech 27. a 28. května 2022 se v Praze v Hotelu Pyramida konal jubilejní dvacátý ročník kongresu zaměřeného na diagnostiku a léčbu demyelinizačních onemocnění (neurologická onemocnění zánětlivě postihující mozek a míchu), především roztroušené sklerózy. Účastnilo se ho na 150 odborníků ze všech patnácti MS center (centra pro léčbu roztroušené sklerózy) z celé České republiky. Program sestával z přednášek a posterové sekce a byl zaměřen na problematiku léčby a diagnostiky demyelinizačních onemocnění. První den programu byl pak věnován převážně likvorologii (laboratorní vyšetření mozkomíšního moku) a její úloze v diferenciální diagnostice demyelinizačních onemocnění.

Přednášky byly vedeny předními odborníky z naší republiky a také dvěma zahraničními hosty – profesorkou Dr. Mar Tintoré, PhD., z Barcelony a profesorem Dr. Ludwigem Kapposem z Basileje, kteří jsou ve světovém srovnání na špici svého oboru.

Vzhledem k tomu, že šlo o jubilejní ročník kongresu, byla jedna z úvodních přednášek věnována historii péče o pacienty s demyelinizačním onemocněním. Dnes existuje rozvinutá síť MS center a široké léčebné možnosti, ale nebylo tomu tak vždy. Naopak, ještě v 80. letech minulého století byla roztroušená skleróza na chvostu zájmu, nebyl jednotný názor na mechanismus a příčinu vzniku nemoci, a tím pádem i na případnou léčebnou strategii. Výsledkem nulových léčebných možností často následovala brzká invalidizace nemocných. Situace se ale postupně zlepšovala, a to díky přijetí koncepce autoimunitní povahy tohoto onemocnění a rozvoji

léčebných možností. Jedním z hlavních průkopníků byl profesor MUDr. Pavel Jedlička, DrSc., po němž je celý kongres pojmenován. Z jeho následovníků jmenujme primáře MUDr. Jiřího Pitřhu a profesorku MUDr. Evu Kubalu Havrdovou, CSc. Díky nim u nás existuje centralizovaná odborná péče o tyto pacienty v podobě sítě MS center a dosažitelná biologická léčba. Celé odborné sympozium se neslo v duchu opatrného optimismu. Důvodem pro něj je skutečnost, že se lékařům po dlouhých letech dostává možnost poskytnout části nově diagnostikovaných pacientů tzv. HET terapii (high-efficacy therapy), tedy vysoce účinnou terapii již při zjištění diagnózy. Efekt této léčby dokládají odborné studie a od celé této léčby se očekává další významné zlepšení prognózy dlouhodobého vývoje onemocnění. Celá odborná veřejnost tuto změnu vnímá jako velmi významnou, až přelomovou.

Jedním z dalších přednesených témat byla problematika demyelinizačních onemocnění v souvislosti s onemocněním covid-19. Rozsáhlá data z registru ReMuS (registr pacientů s roztroušenou sklerózou) ukázala, že horšími prognostickými faktory u pacientů s roztroušenou sklerózou, kteří se nakazili covid-19, je věk, obezita, přeléčení infúzemi s kortikoidy v posledních dvou měsících před nákazou či léčba preparáty anti CD-20 (léčba roztroušené sklerózy). Současně byla přednesena i praktická doporučení pro očkování a podávání virostatik v léčbě covid-19. Další příspěvek nám přinesl ucelený pohled na současné terapeutické možnosti onemocnění z okruhu neuromyelitis optica a jim příbuzných nemocí, které se díky zavedení vyšetřování specifických



Zleva: MUDr. Zdeněk Kunáš,
MUDr. Jana Adámková
a MUDr. Rostislav Hrubý / Foto: archiv autora

markerů do běžné praxe daří častěji odhalit. Terapeutické možnosti pro léčbu těchto onemocnění se postupně rozšiřují, léčba je však stále finančně nákladná a je nutno ji individuálně vyjednat se zdravotní pojišťovnou.

Účast na tomto kongresu nám přinesla nové poznatky, ucelení těch stávajících a v neposlední řadě i výměnu osobních zkušeností z běžné praxe v MS centru.

■ **MUDr. Jana Adámková**
MUDr. Rostislav Hrubý
MUDr. Zdeněk Kunáš
Neurologické oddělení

Oborová konference jihočeských neurologů 2022

Dne 1. 6. 2022 se v odpoledních hodinách konala již tradiční regionální neurologická odborná akce.

Letos po dvouleté vynucené „odmlce“ opět proběhl dobře zavedený neurologický odborný seminář, a to v tradiční podobě. Hlavní témata tohoto semináře se každý rok záměrně mění, jelikož je naším cílem nejen pokrýt co nejširší oblast neurologie, ale i celý seminář zatraktivnit. Tento rok jsme se věnovali převážně závratím a cévním mozkovým příhodám (CMP), které do hotelu Clarion v Českých Budějovicích přilákaly 115 účastníků z řad lékařů i nelékařských pracovníků.

Závrat' představuje jeden z nejčastějších příznaků, který je ale zároveň natolik

nespecifický, že se za ním může skrývat nepřehledné množství příčin. I proto jsme se tímto tématem zabývali, abychom tento příznak zpřehlednili. Ačkoliv jsou obtíže pro pacienta, který závratěmi trpí, mnohdy silně obtěžující, příčiny jsou v naprosté většině případů nezávažné a rychle odeznívají. Úkolem lékařů v prvním kontaktu, jimiž jsou hlavně neurologové, je vyhledat závažné příčiny, především mrtvice (CMP), které vyžadují urgentní neodkladný léčebný zásah, a odlišit je od ostatních, které dominantně přísluší ostatním odbornostem: ORL, interně, kardiologii a dalším. Program byl koncipován i s ohledem na skutečnost, že závratě právě hranice mnoha odborností přesahují. K mému velkému potěšení pozvání přijali kromě kolegů z pražské neurologické kliniky i kolegové ze



Pozvání na oborovou konferenci přijali a velmi kvalitní přehledná sdělení na téma závratí přednesli doc. MUDr. Jaroslav Jeřábek, CSc., (na obrázku) a doc. PhDr. Ondřej Čákr, Ph.D., z FN v Motole / Foto: Pavel Balek



Prim. MUDr. Svatopluk Ostrý, Ph.D. / Foto: Pavel Balek

zdejšího ORL oddělení a přednesli svůj příspěvek zabývající se především vyšetřením rovnovážného systému. Znamením zájmu posluchačů i správné volby tématu byla bohatá diskuse.

Navazující blok se týkal cévních mozkových příhod, kde jsme se k závratím nejednou vraceli. Připomněli jsme si pokročilé zobrazování v diagnostice akutní mrtvice, novinky v CMP v zadním povodí nebo význam neurofyziologie v chirurgické rekanalizační léčbě uzávěrů vnitřní krkavice. Výsledky jsme opakovaně publikovali ve velmi vlivném zahraničním periodiku.

Dále jsme se věnovali pravidlům a novinkám v antikoagulační terapii i významu individuálního vzdělávání a terapie po prodělané mrtvici. Program obohatila také sdělení

strakonického pracoviště s tematikou migrény a spinální neurologie.

Za cíl konference si jistě neklademe konkurovat národním či mezinárodním sjezdům. Úloha regionálních odborných seminářů se liší a rovněž umí nabídnout to, čeho se na velkých akcích dosahuje jen obtížně. K takovým věcem patří například komorní a vlídná atmosféra a současně příležitost k diskusi nad neméně důležitými tématy všedního pracovního dne.

Velmi mile mě překvapila bohatá účast, které si opravdu vážím, zvláště pak z řad nelékařských pracovníků. Dává nám to jasný signál, že to, co děláme, děláme správně, a současně nám to poskytuje velkou motivaci naši činnost pokračovat a dále rozvíjet.

Zároveň bych rád využil příležitosti a už nyní všechny se zájmem o neurologii, byť i okrajovým, pozval na příští ročník, který se bude konat 14. 5. 2023 tamtéž. Optikou dneška si troufám odhadnout, že ani příští rok protiepidemická opatření nebudou setkání omezovat, a velmi rádi přivítáme



Se 115 registrovanými účastníky oborové konference 2022 se letošní seminář dočkal jedné z historicky nejvyšších účastí / Foto: Pavel Balek

všechny neurologické nadšence, včetně těch, kteří se z jakýchkoliv důvodů letos zúčastnit nemohli.

■ **Prim. MUDr. Svatopluk Ostrý, Ph.D.**
Neurologické oddělení

Konference ošetřovatelských profesí pracujících v péči o novorozence

Ve dnech 5. a 6. května 2022 se po dvouletém odkladu způsobeném pandemií koronaviru konala XXVIII. celostátní konference ošetřovatelských profesí pracujících v péči o novorozence, kterou organizovalo Neonatologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. ve spolupráci s ČAS (Česká asociace sester).

Konferenci zahájil předseda představenstva MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.,

společně s primářem Neonatologického oddělení MUDr. Jiřím Duškem, MHA. Hlavním tématem našeho setkání byla vývojová péče. Pojmem vývojová péče označujeme péči, která je zaměřena na podporu správného vývoje novorozence. V neonatologii často označována jako NIDCAP, vychází z anglického *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*. Mezi jednotlivé prvky této individualizované vývojové



Generální ředitel MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D. / Foto: Jan Luxík

péče patří časný kontakt rodičů s novorozencem a zapojení rodičů do péče o novorozence, plánování péče, eliminace hluku a stresu, regulace světla.

Čtvrteční dopolední program byl zajištěn zahraničními řečníky. Doc. Johannes van den Berg, Ph.D. (University Hospital of Northern Sweden Umeå) nám představil letecké transporty novorozenců ve Švédsku. Dále představil možnosti, jak lze během transportu zajistit NIDCAP. Druhým řečníkem byla Annika Nyholm (University Hospital of Northern Sweden Umeå), která nás seznámila s neuroprotektivní péčí o předčasně narozené novorozence, *bondingem* a *skin to skin* péčí (jedná se o včasné utváření vazby mezi dítětem a rodičem – kontakt kůže na kůži dítěte a rodiče).

Během odpoledního programu bylo představeno použití prvků vývojové péče na našem oddělení. O prezentaci se postaraly Klára Divišová, DiS. (porodní sál), Martina Šašková (jednotka intenzivní a resuscitační



Celostátní konference ošetrovatelských profesí pracujících v péči o novorozence / Foto: Jan Luxík

péče – JIRP), Bc. Barbora Vaňková (intermediální péče – IMP II.) a Markéta Tůmová (Banka mateřského mléka). Sestřičky prezentovaly uplatnění

vývojové péče na jednotlivých stanicích. S péčí o novorozence po operativním porodu nás seznámila Libuše Goldmanová (Krajská nemocnice T. Bati, a. s. ve Zlíně).

Po zakončení prvního dne následovala zhruba dvouhodinová prohlídka našeho Neonatologického oddělení. Oddělení se všem účastnicím moc líbilo a obdivovaly nové prostory a množství pokojů pro maminky předčasně narozených dětí.

Druhý den byl zahájen tím, že byl představen Dům Ronalda McDonalda, jehož stavba právě probíhá ve Fakultní nemocnici v Motole. Cílem nadačního fondu Dům Ronalda McDonalda je umožnit vážně nemocným dětem špičkovou lékařskou péči a jejich rodinám nabídnout psychickou, ale také fyzickou podporu. Organizace poskytuje těmto lidem pohodlné a kvalitní ubytování. Dále nás Zuzana Tomášková, MSc, BSc, DiS., ANNP RN, seznámila s výsledky z proběhlých kurzů vývojové péče ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Těchto kurzů se průběžně účastní i naše sestřičky. Následně své příspěvky přednesly



Celostátní konference ošetrovatelských profesí pracujících v péči o novorozence / Foto: Jan Luxík

Bc. Zuzana Náhlingerová (stanice fyziologických novorozenců) a Markéta Nováková (IMP I.). Na závěr přednesla svůj příspěvek Mgr. Alena Machová ze Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Konference splnila naše očekávání a jsme rádi, že můžeme pokračovat v tradičním květnovém setkávání. Velice děkujeme vedení Nemocnice České Budějovice, a.s., že nám umožnilo konferenci uspořádat.

■ **kolektiv**
Neonatologického oddělení



Prim. MUDr. Jiří Dušek, MHA / Foto: Jan Luxík



Na zdraví našich dárců krve
nám záleží.

#MATOSMYSL



 **NEMOCNICE**
ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s.

Práce s rodinou v dětské paliativní péči

Dne 12. května 2022 pořádala sekce dětské paliativní péče České společnosti paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně ve spolupráci s Institutem Pallium, z. ú., ve Žďáru nad Sázavou setkání pracovníků organizací, které se věnují potřebám dětských pacientů v paliativní péči a jejich rodin. Vzájemně si své zkušenosti sdíleli zástupci organizací poskytující zdravotní péči v nemocničním i následném prostředí, sociální péči a vzdělávání, psychospirituální a pozůstalostní péči o děti a rodiny.

V souvislosti s neonatologií se hovořilo o důležitosti vytvoření **funkčního paliativního týmu**, který provází rodinu v průběhu hospitalizace a při jejich odchodu z nemocničního zařízení je odkazuje na konkrétní poskytovatele návazných služeb.

Následně se probírala strategie vytváření plánů péče a důležitost klíčových pracovníků jako koordinátorů péče. Mluvilo se i o důležitosti odlehčovací (respitní) služby, paliativní ambulance, terénního hospice, multidisciplinární ambulance, dobrovolnictví a stacionáře. Byla také vyzdvihnuta nutnost kvalitní mezioborové komunikace v následné péči.

Jednalo se o tom, jak prakticky na základě zkušeností předvedených v jednotlivých kazuistikách v jednotlivých regionech vytvořit síť poskytovatelů následné péče.



Setkání pracovníků organizací poskytujících paliativní péči / Foto: archiv autorů

Byl prezentován způsob, jakým je možné využít koncepci péče o dítě se závažnou, život limitující a ohrožující diagnózou.

Toto společné sdílení by mělo pomoci k dosažení jediného cíle: efektivně a cíleně podpořit celou rodinu kolem dítěte ve všech oblastech péče.

Setkání pro nás mělo velký přínos a jsme rády, že jsme se ho mohly zúčastnit.

■ **Eva Führerová, Martina Šašková**
Neonatologické oddělení

Co je dětská
podpůrná
a paliativní péče?

ANTIBIOTIKA musíme chránit!

Nemáme za ně náhradu.

Antibiotika jsou naše jediná obrana proti bakteriálním infekcím a nemocem. Musíme proto dát pozor, abychom je neoslabovali. Když je totiž bereme nesprávně, umožňujeme bakteriím vytvořit si proti nim odolnost. Kvůli této **antibiotické rezistenci** se i obyčejné infekce mohou znovu stát smrtelně nebezpečnými. Proto musíme antibiotika užívat přesně podle předpisu!



Iceland
Liechtenstein
Norway grants



Dětská podpůrná a paliativní péče je určena pro dětské pacienty, kteří trpí tzv. život ohrožujícím nebo život limitujícím onemocněním. Život limitující onemocnění u dětí je definováno jako stav, kdy není léčba příčiny nemoci možná a kdy je předčasné úmrtí obvyklé. Život ohrožující onemocnění jsou taková, u nichž je vysoká pravděpodobnost předčasného úmrtí v důsledku těžké nemoci, byť může existovat šance na dlouhodobé přežití do dospělosti.

Řešení zdravotní péče a psychosociálních potřeb dětského pacienta a jeho rodiny zajišťuje paliativní tým – zdravotnický tým řeší zdravotní péči o dítě, psycholog týmu se věnuje nemocnému dítěti a jeho sourozencům, rodičům, sociální pracovník týmu zajišťuje poradenství a možnosti ekonomické podpory rodině, kaplan nabízí spirituální péči.

Dětská paliativní péče by měla být zahájena v okamžiku stanovení diagnózy nemoci. To znamená, že by měla být nabídnuta i rodičům, u jejichž ještě nenarozeného dítěte byla zjištěna závažná, život ohrožující nemoc. Časná integrace paliativní péče přináší dlouhodobé zajištění co nejlepší kvality života pacienta – dítěte a jeho rodiny.

Mezinárodní setkání chirurgů pod Kunětickou horou

Ve dnech 12.–13. 5. 2022 jsme měli s MUDr. Pavlem Trnkou možnost zúčastnit se IV. Mezinárodního setkání chirurgů pod Kunětickou horou. Jedná se o kongres pořádaný Chirurgickým oddělením Nemocnice Pardubice, který se zabývá onemocněním tlustého střeva a konečníku – koloproktologií. Na kongresu vystoupili přední odborníci české koloproktologie a onkochirurgie a několik zahraničních hostů, především z velkých italských pracovišť.

Prvním tématem byly komplikace po operaci střev, zejména spojení střeva (anastomózy), prevence jejich vzniku a možnosti následného řešení. Velký důraz byl kladen na prevenci vzniku dehiscencí (nezhojení) anastomóz, především pak na předoperační přípravu ve smyslu předoperační výživy v kombinaci s vhodným pohybem. Následně pak důsledná perioperační péče s možnostmi využití protokolu ERAS, jsou to doporučené postupy,

které se skládají z jednotlivých kroků předoperační, perioperační a pooperační péče, mající za cíl snížit počet komplikací, zkrátit dobu hospitalizace a rehabilitace a snížit tak celkové náklady na péči o pacienta s operacemi na zažívacím traktu.

Druhým tématem byly píštěle v oblasti konečníku a možnosti jejich řešení. Perianální píštěl je patologické propojení konečníku s kůží v oblasti kolem řitního otvoru. Obtíže se projevují hnisavým výtokem, svěděním, bolestmi a inkontinencí. Nemocní trpí výrazným zhoršením kvality života a musí podstupovat opakované akutní a plánované operace.

Vzhledem k variabilitě onemocnění, především v kombinaci se střevními záněty a rovněž se širokou paletou technických možností jejich řešení, se jednalo o problematiku velmi obsáhlou a diskutovanou.



MUDr. Jan Beneš / Foto: redakce

Účast na kongresu byla přínosná nejen stran odborných poznatků v dané problematice, ale i stran navázání kontaktů s kolegy z jiných pracovišť zabývajícími se podobnou problematikou.

■ **MUDr. Jan Beneš**
Chirurgické oddělení

XXI. Jihočeské Timrovny dny

Po předloňské covidové pauze a loňské on-line verzi se letos konečně mohli sejít oftalmologové osobně na XXI. Jihočeských Timrových dnech. Tradiční odborná akce se konala v Clarion Congress Hotelu v Českých Budějovicích ve dnech 26. – 27. 5. 2022. Timrovny dny se profilují jako multioborové sympozium zaměřené na úrazy a patologie v oblasti očníce, anatomické oblasti očního důlku, ve kterém je uloženo oko se svými okohybnými svaly,

cévním a nervovým zásobením. Je to oblast, kde se spolu setkává hned několik lékařských odborností. Kromě oftalmologů zde operují plastičtí chirurgové, stomatochirurgové, neurochirurgové i lékaři ORL (ušní, nosní, krční). Každý na očníce hledí ze svého odborného úhlu, a je tedy důležité, aby lékaři společně jednotlivá témata diskutovali. Bylo nám ctí, že se na odborném programu svými prezentacemi podíleli lékaři naší nemocnice.



Prim. MUDr. David Honner FEBO, uvádějící Jihočeské Timrovny dny / Foto: redakce

Primář Oddělení plastické chirurgie MUDr. Vladimír Mařík prezentoval své výsledky s podkožními závěsy obočí, tzv. brow-lifty, MUDr. Pavel Kurial ze stejného oddělení se podělil o své zkušenosti při řešení komplikací kosmetických obličejových výplní. Primář Oddělení ústní, čelistní a obličejové chirurgie MUDr. Pavel Stříhavka představil nové možnosti řešení rekonstrukcí spodiny očníce pomocí 3D tisku a nových individualizovaných materiálů. Zástupce primáře Neurochirurgického oddělení MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D., MBA, připravil zajímavé videoprezentace neurochirurgických operací v těsné blízkosti optického nervu. V neposlední řadě nemohu nezmínit přehlednou přednášku MUDr. Davida Šůse z pracoviště bakteriologie: Použití antibiotik u úrazů oka, očníce a zánětů kůže, víček a očníce.

Renomé Jihočeských Timrových dnů také pravidelně zvyšuje přítomnost předních oftalmologů napříč republikou. Jmenovitě primář Oční kliniky 1. LF UK a VFN v Praze MUDr. Pavel Diblík, MBA, přední rohovková specialista při Oční klinice 1. LF UK a VFN As. MUDr. Pavlína Skalická, Ph.D., MUDr. Lubor Šplíchal (1. LF UK a VFN). Dále primář očního oddělení v Kolíně MUDr. Pavel Rezek, CSc., MUDr. Zdeněk Kasl, Ph.D. (LF UK a FN Plzeň), MUDr. Adam Kopecký, Ph.D., FEBO (FN v Ostravě). Jejich pravidelné účasti si velmi vážíme.

Na tomto místě je také vhodné poděkovat lékařům našeho oddělení za zajímavé prezentace a organizačnímu týmu za bezchybný průběh celé akce. Naším cílem do budoucna je udržet stávající vysokou odbornou úroveň sympozia a stejně tak zachovat příjemnou přátelskou atmosféru, kterou Timrovy dny od počátku mají.

■ **prim. MUDr. David Honner, FEBO**
Oční oddělení



*Přednáška prim. MUDr. Pavla Rezka, CSc., z Očního oddělení
Oblastní nemocnice Kolín / Foto: redakce*



*Zleva: MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D., MBA, MUDr. Jana Nejedlá, FEBO, MUDr. Nadě
Pavličková, prim. MUDr. David Honner, FEBO / Foto: redakce*

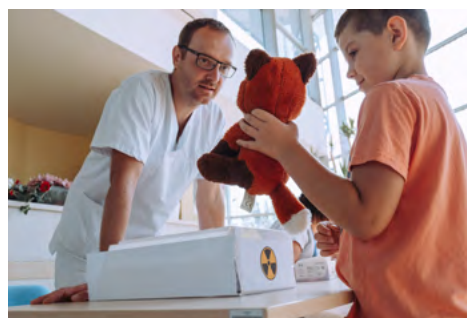
Terminál nemocnice se proměnil na Plyšákovou ordinaci

Více než dvě stě dětí z mateřských škol navštívilo se svými plyšáky v průběhu středečního dopoledne naši Plyšákovou ordinaci, kde na ně čekal usměvavý personál z oddělení ORL, Oddělení úrazové chirurgie a Dětského oddělení. Řada plyšáku měla podezření na zlomeninu, a musela na rentgenové vyšetření. Někteří tak odcházeli s dlahou, jiní se sešitým kožíškem. Plyšáci se ale nevyhnuli ani měření teploty, proplachu nosu, uší či injekci. Děti tak viděly, a některé si i na sobě vyzkoušely, co je může při návštěvě opravdové ordinace čekat a že se není čeho bát.

Studentky Zdravotně sociální fakulty na venkovním stanovišti seznamovaly děti se základy první pomoci a voláním na tísňovou linku 155. Žádné z dětí si pak nenechalo ujít možnost nechat se vyvést na nosítku či v křesle do sanitky jako skutečný pacient.

Ráda bych poděkovala všem kolegyním a kolegům, kteří se na akci podíleli, za jejich ochotu a nasazení.

■ **Ing. Veronika Dubská**
Oddělení vnitřních a vnějších vztahů





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 2 100 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

UPOZORŇUJEME

Akutní úrazová ambulance sídlí v přízemí **pavilonu C**.

Lůžkové stanice (A,B) Oddělení úrazové chirurgie naleznete v pavilonu CH - **vstup CH2**.

VSTUP HLAVNÍM VCHODEM

