

listopad/prosinec 2018

NEMOCNIČNÍ ZPRAVODAJ

číslo 8

Nový laser na urologickém oddělení

Na urologickém oddělení naší nemocnice byla provedena obměna holmiového laseru

str. 10

Výprava do severní Ghany

s českobudějovickou účastí

str. 8

MUDr. Jiří Krbec

Představujeme:
Nový primář hrudní
chirurgie

str. 2

Představujeme:

**Nový primář
hrudní chirurgie
MUDr. Jiří Krbec**



MUDr. Jiří Krbec je stálicí naší nemocnice. Nyní se stal primářem hrudní chirurgie

V nemocnici jste s krátkou pauzou od roku 1985. Jaké byly začátky?

Již v době studia medicíny jsem si uvědomoval, že bych rád ve své budoucí profesi uplatnil nejen teoretické znalosti, ale též manuální dovednosti. Přirozeně jsem tedy směřoval k chirurgickým oborům. Do českobudějovické nemocnice jsem nastupoval po promoci v roce 1985, a to na chirurgické oddělení. Z této pozice jsem cítil největší perspektivu následného výběru budoucí specializace. Mé první zkušenosti s budoucí specializací se odehrávaly na poli mnohaleté implantace kardiostimulátorů a asistencemi při plicních resekcích tehdejšímu primáři oddělení MUDr. B. Cyprovi. Bohužel už jsem profesně nezastihl operovat elitního hrudního chirurga staré školy prof. MUDr. A. Kosteleckého, kterého jsem znal jako medik. Po roce 1990 jsem se začal intenzivněji věnovat vznikající miniinvazivní chirurgii. Nemocnice České Budějovice byla prvním pracovištěm v republice, které laparoskopickou cholecystektomií v roce 1991 uvedlo do praxe tento způsob operování. Se svým kolegou MUDr. Adolfem Drsem jsme navázali na zkušenosti s laparoskopickými výkony a v roce 1992 provedli první operační výkon torakoskopický. Všichni jsme ale v dalších letech cítili, že pro další fungování hrudní chirurgie bude nezbytné si kromě ukončeného vzdělání ve všeobecné chirurgii doplnit atestace i z chirurgie hrudní. Se souhlasem vedení nemocnice byl v roce 1997 osloven ke spolupráci zkušený pražský hrudní chirurg MUDr. Vladislav Hytych. S kolegou MUDr. Drsem jsme tak díky němu po dalším pětiletém studiu, osvojení si techniky a taktiky hrudního operování a mnoha stážích na domácích i zahraničních pracovištích úspěšně odatestovali a mohli dále pokračovat v plicní a hrudní chirurgii v Českých Budějovicích na profesionální úrovni. Po odchodu MUDr. V. Hytycha v roce 2000 jsme s MUDr. Drsem utvořili tým, který se v tomto složení dané problematice věnoval až do odchodu kolegy do penze.

V roce 2000 jste se snažili, aby hrudní chirurgie a vznikající kardiokirurgie fungovaly dohromady, ale tenkrát se to nepodařilo...

Máte pravdu, ale podmínky tehdy nebyly shledány optimálními. Až v roce 2014 byla hrudní chirurgie přiřazena ke kardiokirurgii, jak je to ve vyspělém světě běžné. Od tohoto okamžiku provozujeme hrudní chirurgii ve spolupráci s lékaři kardiocentra. Při velikosti a významu naší nemocnice a poskytovaných službách krajské úrovně je role hrudní chirurgie nezpochybnitelná. Pro pacienty to znamená, že se jim dostane kvalitní operační i perioperační péče nejen při operačních výkonech plánovaných, ale především výkonech akutních úrazových i neúrazových.

A čím se tedy zabývá obor hrudní chirurgie?

Chirurgickou léčbou/operacemi či jinými hrudně-chirurgickými instrumentacemi/nádorových a nenádorových onemocnění plic, pohrudnice, pohrudničních dutin, hrudní stěny, bránice, mezihrudí i jeho orgánů, kromě srdce a aorty, jež jsou doménou kardiokirurgů. Samostatnou velkou kapitolou je pak řešení náhlých příhod hrudních, především úrazových a zánětlivých.

Jaké jsou vaše vize ohledně fungování vašeho oddělení?

Přál bych si, aby se podařilo obor hrudní chirurgie v naší nemocnici zachovat, dále rozvíjet a především pomoci vychovat nástupce. Mimo fakultní nemocnice hrudní chirurgie jako taková existuje zpravidla více či méně pouze v rámci větších chirurgických pracovišť. Oceňuji velice to, že si širší management naší nemocnice uvědomuje nezbytnost tohoto oboru v portfoliu poskytované zdravotní péče, a jsem rád, že hrudní chirurgie byla statutárně povýšena na úroveň kardiokirurgie.

Co rád děláte ve volném čase?

Pokud mám čas, ujíždím do přírody. Chatařím na Lipně, aktivně tam relaxuji u řemeslných prací všeho druhu, trávím čas se psy, v létě jezdím na kole, na motorce, v zimě na lyžích...

Bc. Iva Nováková, MBA, Václav Votruba

Jsme ortopedi a úrazoví chirurgové

Dne 23. října se v Berlíně otevřely brány jednoho z největších kongresů pro ortopedy a úrazové chirurgy, kterého se mimo jiné účastní experti z celého světa. Kongres trval do 26. října.

Hlavním jazykem je němčina, nicméně v menší míře je zastoupen i jazyk anglický, a to v sekcích, které jsou organizovány takzvanou pozvanou zemí. Tou byla letos Velká Británie. Velká Británie, která chce jistě i tímto způsobem zůstat v Evropě, se kongresu v Berlíně bude účastnit v ještě větší míře i v roce 2019. Na akci, na které zaznělo asi 1500 přednášek a sdělení, pravidelně vyrazí více než 10 tisíc lékařů a zástupců firem. Industriální podpora kongresu je v Berlíně tradičně velká. Z našeho traumatologického pracoviště se s podporou vedení nemocnice zúčastnili prim. MUDr. Pavel Kopačka, MUDr. Alexandr Ryppl a MUDr. Daniel Mahovský.

Mottem letošního kongresu bylo „Wir sind O&U“ („My jsme ortopedi a úrazoví chirurgové“). Právě tento rok slaví Německá společnost pro ortopedii a úrazovou chirurgii (Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie) desetileté výročí své existence. Společné vzdělávání směrem k ortopedii a úrazové chirurgii mělo za cíl zatraaktivnit oba obory, které mohou vzájemně ze svého spojení profitovat, stejně tak i pacienti. Tento model je považován za možný vzor pro další země. Jednotný koncept se zdá i do budoucna jako nejlepší řešení a je podporován také Německou chirurgickou společností. Pochyby a původní obavy z absence chirurgického vzdělání v oboru úrazové chirurgie se zatím nepotvrdily, i když na předešlém kongresu byl slyšet požadavek na opětovné posílení role

chirurga. Nenaplnily se ani původní obavy ze ztráty konzervativního, neoperačního obsahu ortopedie. Společný obor však znamenal nutnou restrukturalizaci nemocnic, oddělení se spojovala. Přes všechna pozitiva není vyloučeno, stejně jako v jiných oborech, že bude problém pokrýt společný obor personálně. V současné době se totiž v Německu hlásí do oboru ortopedie a úrazové chirurgie jen 5,5 % absolventů medicíny.

Celý kongres se koná v několika paralelně probíhajících sekcích po dobu čtyř dnů. Kolem poledne jsou navíc mezi přednáškovými bloky zařazena ještě takzvaná „lunch sympozia“, zpravidla podporovaná některou z firem. Stěžejními tématy přednáškových bloků byly endoprotetika a revizní endoprotetika, zlomeniny a poranění v oblasti kloubů a dlouhých kostí, problematika páteře, ruky a zápěstí, infekce asociované s osteosyntetickým materiálem a endoprotézami, dále artroskopická chirurgie, sportovní medicína a rehabilitace.

bude problém pokrýt společný obor personálně. V současné době se totiž v Německu hlásí do oboru ortopedie a úrazové chirurgie jen 5,5 % absolventů medicíny.

Celý kongres se koná v několika paralelně probíhajících sekcích po dobu čtyř dnů. Kolem poledne jsou navíc mezi přednáškovými bloky zařazena ještě takzvaná „lunch sympozia“, zpravidla podporovaná některou z firem.

Stěžejními tématy přednáškových bloků byly endoprotetika a revizní endoprotetika, zlomeniny a poranění v oblasti kloubů a dlouhých kostí, problematika páteře, ruky a zápěstí, infekce asociované s osteosyntetickým materiálem a endoprotézami, dále artroskopická chirurgie, sportovní medicína a rehabilitace. Hlavní náplní jsou samozřejmě aktuální trendy a koncepty v ošetřování zlomenin.

Všeobecným tématem je i traumatologie a ortopedie ve vyšším věku. Stárnutí populace s sebou nese problémy ve smyslu zvýšení komplikací typu periprotetických zlomenin (zlomenin v oblasti či v blízkosti endoprotézy), osteoporotických zlomenin páteře. Narůstá i počet polytraumatizovaných starších pacientů s vyšší mortalitou, která je dána především současnou přítomností kraniotraumatu. Bezprostřední příčinou úmrtí je pak hlavně respirační selhání a selhání multiorgánové. Prediktorem mortality u starších pacientů je věk, INR > 2 a nízké GCS. Již primárně je mortalita u starších pacientů dvakrát vyšší než u mladší populace bez ohledu na tíži poranění.

Dalším problémem jsou infekce po osteosyntéze nebo endoprotéze, zvláště při narůstajícím trendu rezistence bakterií na antibiotika. V posledních několika letech byly zaznamenány další pokroky ve studiu takzvaného „biofilmu“, dále i v diagnostice a terapii samotných kostních infektů. Biofilm je polysacharidová matrix na povrchu implantá-

tu, kterou vytvářejí bakterie. Tyto pak v koloniích v této matrix přežívají a jsou odolná vůči antibiotikům. Rezistence je dána schopností bakterií vzájemně komunikovat, dále tím, že jsou v polysacharidové matrix chráněny před účinkem antibiotik. Bakterie přitom vykazují velmi nízkou metabolickou aktivitu. Biofilm, který vyzrává po zhruba šesti týdnech, je příčinou chronických infekcí po osteosyntéze či implantaci endoprotézy. Bez odstranění biofilmu, tedy implantátu, nelze infekci vyléčit jen samotným podáváním antibiotik.

Jednou ze zemí Evropské unie, kde je zaznamenán nárůst rezistentních kmenů bakterií, je Španělsko. Kromě racionálního využívání antibiotik je u kostního infektu současný trend zaměřen na výzkum a používání materiálů fungujících na jiném principu nežli antibiotika. Jedním z nich je například bioaktivní sklo, které nově používáme ve vybraných indikacích i na našem pracovišti. Antimikrobiální účinek bioaktivního skla je potvrzen desítkami retrospektivních, ale i prospektivních studií. Tento účinek je založen na vytvoření mikroprostředí, které potlačuje růst mikrobů (nejen bakterií, včetně rezistentních kmenů a dalších problémových bakterií, ale i kvasinek). Uplatňují se zde děje jak chemické (zvyšování pH), tak fyzikální (zvyšování osmotického tlaku uvolňováním iontů). Současně dochází k přestavbovým změnám - na povrchu granulí se tvoří vrstva kalciumfosfátu, který následně precipituje a přeměňuje se na přírodní hydroxyapatit, jenž pak stojí na počátku procesu osteointegrace použité kostní náhrady (bioaktivního skla). Dalším novým trendem je použití bakteriofágů, tedy virů, které jsou upraveny tak, že selektivně napadají bakterie. Použití bakteriofágů je zatím ve fázi laboratorních zkoušek a může pomoci například v rámci smíšených infekcí (zejména v přítomnosti polymikrobiálního biofilmu), v eradikaci problémových bakterií, rezistentních na antibiotika. Další možností je aplikace antimikrobiálních vrstvy na povrch samotného implantátu - například formou hydrogelu (nižší adherence bakterií pro hydrofobní účinky gelu + lze přidat antibiotika) nebo vrstvy stříbra či dioxidu titanu.

U vazivových poranění můžeme zmínit například další možnosti v ošetření poranění předního zkříženého vazy. Kromě klasické náhrady vazy šlachovým štěpem (šlacha z hamstringů, patelárního vazy a dalších) se některá pracoviště věnují akutní artroskopické sutuře vazy s použitím speciálního implantátu ve smyslu kotvičky. Stejně jako u ostatních metod není tato metoda vhodná pro všechny pacienty. Předpokladem je rovněž ošetření do tří týdnů. Další možností je také takzvaná vnitřní dlahy (internal bracing), kdy

se v akutní fázi poraněný vaz zpevní speciální páskou. Stejně tak lze zpevnit (augmentovat) vazy v jiných oblastech kolenního kloubu nebo i jiných kloubech. Opět jde o metodu, která není indikovaná u všech pacientů s poraněním předního zkříženého vazy a další studie ukáží výsledky a opodstatnění této metody.

V příslušných sekcích je probírána tematika v rámci ošetření zlomenin v jednotlivých oblastech. Zlomeniny v oblasti horního konce pažní kosti je možné na jedné straně rekonstruovat a ošetřit dlahou či hřebem. V případě víceúlomkových zlomenin s případnou luxací hlavice pažní kosti je nutné, například i s přihlédnutím k věku, zvážit náhradu ramenního kloubu. Nejčastěji jsou takové stavy ošetřeny takzvanou reverzní náhradou ramenního kloubu, která má lepší funkční výsledky ve srovnání s částečnou náhradou pažní kosti. Komplikace se však nevyhýbají ani tomuto druhu náhrady a její indikaci je vždy potřeba pečlivě zvážit. U ramenního kloubu je dalším tématem diagnostika a ošetřování poranění svalů, které tvoří takzvanou rotátorovou manžetu. Zde je rovněž přístup v ošetření odlišný dle etiologie poranění manžety a dle věku pacienta. Řešením chronické ruptury rotátorové manžety, kterou nelze rekonstruovat, zvláště pak u starších, může být opět reverzní náhrada ramenního kloubu. Ta na rozdíl od standardní náhrady nevyžaduje pro svou funkci intaktní rotátorovou manžetu. Obdobným způsobem jsou probírány i zlomeniny v oblasti jiných kloubů a dlouhých kostí se zaměřením na přístup, na použitý osteosyntetický materiál, včetně jeho inovací. Nedílnou součástí bývají i pokroky v diagnostice. Nesmíme rovněž zapomenout na možnosti neoperační terapie zlomenin a opomíjenou nezůstává ani rehabilitační péče, včetně některých novějších a inovativních metod (například používání takzvaného pacemakeru u dorzálních luxací ramenního kloubu).

U zlomenin s nitrokloubní lokalizací se klade rovněž důraz na reпозиční techniky a vlastní ošetření za artroskopické asistence s přímou, miniinvasivní kontrolou zlomeniny v kloubu. U zlomenin horního konce holenní kosti s nitrokloubní lokalizací se zdá, že kvalitu repositione zlomeniny lze dobře kontrolovat jak artroskopicky, tak pod rentgenovou kontrolou na sále. Výhoda artroskopie spočívá především v posouzení poranění dalších struktur (kromě zlomeniny poranění menisků, zkřížených vazů, lokalizace volných fragmentů) a především v nižším výskytu pooperačních infekcí, pokud je repositione zlomeniny a její osteosyntéza podpořena artroskopicky.

Tradičně na kongresu v Berlíně nalezneme odborné sekce věnované tématům, které běžně nebývají náplní obdobných kongresů. Každoročně je to například problematika DRG s cílem neustále zlepšovat a optimalizovat vykazování zdravotní péče pojišťovněm, nebo posudková medicína. Obsahem sekcí zaměřených na výzkum jsou především biomateriály, diagnostika infektu a například imunitní odpověď u polytraumatizovaných pacientů.

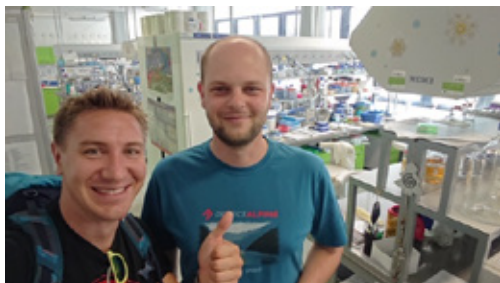
Kongres v Berlíně je vždy hodnocen velmi kladně, každoročně přináší nové trendy a koncepty v ošetřování zlomenin, poranění měkkých tkání polytraumatizovaných pacientů a mnoho dalších. Kromě ortopedů a traumatologů si na své přijdou i lékaři pohybující se v intenzivní medicíně, infektologové a lékaři zaměřením na rehabilitaci a sportovní medicínu.

MUDr. Alexandr Rypal

Klinika radiologie a nukleární medicíny Fakultní nemocnice Brno

Ve dnech 10.-21. září jsem se zúčastnil dvoutýdenní předatestační stáže ve Fakultní nemocnici Brno - Bohunice na klinice radiologie a nukleární medicíny.

Úvodní den se nesl v duchu seznamování s novým pracovištěm a kolegy. Fakultní nemocnice disponuje třemi CT přístroji značky PHILIPS, z toho dvěma CT přístroji staršího typu, které Nemocnice České Budějovice hravě trumfne, a posledním třetím CT přístrojem o něco atraktivnějším. Jedná se o IQon-Spectral CT, které dokáže vyšetřit pacienta v rozmezí 40-200keV (konvenční CT vyšetří pouze jednou energií). Unikátností je, že rentgenka není rozpořívána mechanicky, jako je tomu u konvenčních CT, ale je na vzduchovém polštáři. Tím se minimalizuje tření a zvyšuje se rychlost rotace. Obsahuje dvouvrstvý detektor, kdy svrchní vrstva absorbuje nízké energie (Low keV) a spodní vrstva vysoké energie (High keV). Tímto lze pokaždé získat vyšetření s duální energií.



Tradiční CT využívají faktu, že když rentgenové paprsky prochází tělem, vnitřnosti toto záření tlumí různou silou. Kostí bohaté na vápník či různé kontrastní látky ho pohltnou a na snímcích jsou pak vidět bílou barvou. Měkké tkáně oslabují nejméně, takže jsou pak černé. Spektrální CT současně s intenzitou záření měří i to, jak látky tlumí záření v různých vlnových délkách (spektrech). Každá se totiž chová jinak. Senzor tyto drobné rozdíly dokáže detekovat a počítač pak látky vykreslí jinou barvou. Výsledkem je snímek, který nám dá komplexnější představu o stavu vnitřních orgánů. Při jednom skenování vznikne obrázek, na kterém lze odlišit kosti, chrupavky, svaly, tuky nebo různé kontrastní látky, které se používají ke sledování žaludku, střev, plic, ledvin apod.

Zároveň se v těle zvýrazní i neznámé látky. Například u pacientů s urolitiázou lze zjistit složení konkrementu. Na tomto pracovišti je možné podávat až o polovinu méně kontrastní látky intravenózně, aniž by se snížila kvalita vyšetření.

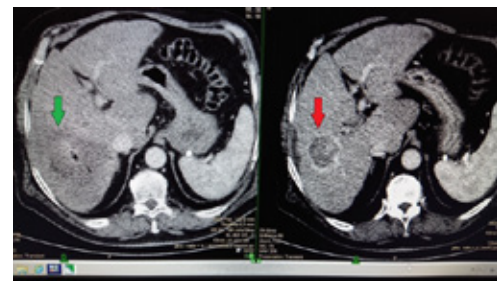
Fakultní nemocnice má také dispozici dvě „klasické“ magnetické rezonance a PET/MR. PET/MR patří mezi nejnovější a nejmodernější hybridní zobrazovací techniky a kombinuje přednosti pozitronové emisní tomografie a magnetické rezonance. Pro zobrazení látkové přeměny se používají radionuklidem označené látky, obvykle – glukóza. PET/MR pomůže odlišit strukturální změny lidských orgánů a přesně posoudit změny jejich životních projevů. Obě metody zobrazení MR a PET je tak možné nyní používat současně a zobrazení získávat najednou. V České republice jsou tyto přístroje zatím jen dva, ve Fakultní nemocnici v Plzni a Brně.

Dále mají dvě pracoviště pro intervenční výkony. Samostatné pracoviště pro vaskulární intervenční výkony a samostatné pro nevasculární. Kromě technického zázemí provádějí i zajímavá vyšetření a intervenční výkony pod CT kontrolou. Jedním z těchto zákroků je radiofrekvenční ablace (RFA).



Jedná se o výkon, při kterém je pacientovi perkutánně (procházející kůží) zavedena speciální radiofrekvenční jehla do nádoru či metastázy. Jehla je vlastně elektroda, kterou se aplikuje energie do ložiska,

má v průměru 16-18 gauge. Mohou být monopolární (ložisko je ničené kolem hrotu elektrody), bipolární (ložisko je ničené mezi dvěma elektrodami) či multipolární (ložisko je ničené mezi více elektrodami). Elektroda může mít různý tvar. Nejčastějším typem je jehla nebo tzv. deštník. Elektroda se zavádí pod ultrazvukovou nebo CT kontrolou. K perkutánní ablacii jsou vhodné jaterní metastázy, jejichž velikost je v nejdelší ose 5 cm. V jednom sezení lze takto zničit i více metastáz. V našem případě to byl přesně takový pacient. Před zavedením jsme provedli CT s kontrastní látkou v arteriální a portovenózní fázi. Zavedli jehlu (elektrodu), připojili na systém pro samotnou radiofrekvenční ablacii a nastavili energii pro ničení konkrétního nádoru. Pacient je při vědomí, monitoruje se saturace kyslíku a pulzu. Délka zákroku se u každého pacienta může lišit. V našem případě šlo o výkon trvající přibližně 30 minut. Kritériem úspěšnosti je ztráta vaskularizace ošetřeného ložiska a jeho postupné zmenšování. Intervenční radiologické metody doplňují standardní terapeutické postupy, ale v některých případech jsou jejich alternativou.



Za indikaci lze považovat nádory nebo metastázy jater, plic a ledvin. Výhodou je cílené lokální zničení nádorové tkáně a zachování tkáně zdravé. Tyto zákroky provádí výhradně přednosta kliniky Prof. MUDr. Vlastimil Válek, CSc., MBA, EBIR, jehož zkušenosti a dovednosti jsou pro radiologii neocenitelné.

Za indikaci lze považovat nádory nebo metastázy jater, plic a ledvin. Výhodou je cílené lokální zničení nádorové tkáně a zachování tkáně zdravé. Tyto zákroky provádí výhradně přednosta kliniky Prof. MUDr. Vlastimil Válek, CSc., MBA, EBIR, jehož zkušenosti a dovednosti jsou pro radiologii neocenitelné.



Fakultní nemocnice sousedí s Masarykovou univerzitou a laboratořemi CEITEC. CEITEC (Central European Institute of Technology, česky Středoevropský technologický institut) je výzkumné vědecké centrum zaměřené na oblasti živých věd, pokročilých materiálů a nanotechnologií. Přesvědčil jsem se, že svět je opravdu malý. RNDr. Tomáš Skalický, PhD., můj kamarád z Českých Budějovic, v těchto laboratořích pracuje. Jeho tým se zabývá a snaží se o vyjasnění fungování molekulárních mechanismů tvořících kontrolu kvality RNA a degradace v eukariotických buňkách. Ukázal mi nejmodernější laboratoře, kde pracují s RNA a obřími elektronovými mikroskopy. Oči se mi rozzářily, když jsme přešli do lékařského výzkumu. Experimentální magnetická rezonance je naprosto úchvatná. Snaží se zde zlepšit diagnostiku roztroušené sklerózy, Parkinsonovy nebo Alzheimerovy choroby, případně zjistit, jak se projevují emoce v mozku. Vidět to na vlastní oči byl pro mě zážitek.



Za dva týdny pobytu jsem stihl vidět spoustu zajímavých vyšetření a kvalitu a efektivnost práce v jiné nemocnici. Stáž byla pro mě přínosná nejen z profesního hlediska, ale i kvůli navázání nových přátelských vztahů ve svém oboru. Vzájemná výměna zkušeností a přiučení se něčemu novému je podstatou těchto stáží. I když Nemocnice České Budějovice není fakultní nemocnice, myslím si, že kvalitou vyšetření a péčí o pacienta v ledasčem fakultní nemocnici předčí. Bc. Michal Fábera - radiologický asistent

Bc. Michal Fábera - radiologický asistent

Norský stážista: Českobudějovičtí chirurgové na mě působí velmi pozitivně



Dagfinn Bjórkóy z ortopedického oddělení nemocnice v norském Bærum zavítal v polovině listopadu 2018 na týdenní stáž do Nemocnice České Budějovice. Přijel na pozvání MUDr. Martina Klouba.

Jak jste se s MUDr. Martinem Kloubem seznámil? Kdy začala vaše spolupráce?

Před rokem jsem navštívil Davos Masterclass kurz, jehož byl MUDr. Martin Kloub předsedou. Měl krásnou prezentaci a posluchačům dal nabídku: „Kdo má zájem, může se přijet podívat, jak to u nás děláme.“ Ihned jsem nad tím začal přemýšlet. Když jsem pak Martina kontaktoval, byl velmi vstřícný, přičemž mi v Českých Budějovicích nabídl i pobyt.

Co vás u nás v prvních dnech zaujalo?

Hned první dva dny jsem viděl tři případy hřbování zlomeniny proximálního humeru. Podobné zlomeniny léčíme i v naší nemocnici, používáme ale jinou operační metodu. Pojetí léčby českobudějovických chirurgů vypadá velmi dobře, zdá se kvalitní. Je velmi těžké se ho naučit sám, proto velmi oceňuji, že jsem ho mohl vidět.

Jak na vás působí naši chirurgové?

Jsou zkušení a sebraní. Působí na mě velmi pozitivně. Na operačním sále jsou velmi dobře připravení. Zdá se, že jsou schopni řešit problémy bez nutnosti snížení kvality péče. Starší lékaři svým mladším kolegům velmi dobře předávají zkušenosti. Supervize zde funguje. Zároveň musím vyzdvihnout, že jsou zde stále k dispozici lékaři, kteří mohou provést operační zákrok. Celkově jsou podmínky na operačním sále pro chirurga výborné.

Představíte nám oddělení, na kterém pracujete?

Pracuji již šestnáct let na ortopedickém oddělení, na kterém je celkem 24 lůžek a 18 lékařů. V poslední době se více věnujeme jednodenní chirurgii. Ve srovnání s Nemocnicí České Budějovice, která je komplexní s velkým objemem zajímavých případů, je ta naše menší.

Jaký je váš pocit z návštěvy naší nemocnice?

Norsko je od České republiky velmi daleko, proto je pro mě úžasné vidět, jaký systém zde funguje. Zároveň jsem se zde naučil něco nového. Do Norska si odvážím nové znalosti, které se pokusím předat svým kolegům.

Bc. Iva Nováková, MBA, Václav Votruba

Výprava do severní Ghany s českobudějovickou účastí

V září tohoto roku jsem se již potřetí zúčastnil měsíčního humanitárního výjezdu s křesťanskou misijní neziskovou organizací OM.

Už šest let se každé září vydává výprava OM na dobrodružnou cestu do chudých oblastí severní Ghany. Za pomoci autobusu, jeepů a motorek překonává někdy zaprášené, někdy bahnité cesty ghaňských stepí a džunglí a dostává se do zapadlých vesniček, aby mohla tamním obyvatelům poskytnout lékařskou péči a další potřebnou pomoc.

V týmu bylo kolem čtyřiceti lidí, z největší části Ghaňané a Češi, ale přidali se také Američané, Švýcaři a Němci. Z toho nás bylo šest lékařů a pět studentů medicíny, farmakologové, zdravotní sestry a podpůrný personál. Navštívili jsme tři hlavní oblasti: u řeky Volty oblast Kpandai, na severu, téměř u hranic s Burkina Faso, oblast Mamprungu Moaduri s vesničkou Yagaba a nově také oblast Mpaha, ve které je většina obyvatelstva muslimská. V každé z oblastí jsme vyjžděli do okolních komunit, celkově jsme tak navštívili 21 vesniček a ošetřili více jak 3000 vesničanů.

Všechny oblasti spojovala chudoba, negramotnost (na severu více jak 75%), špatná přístupnost a nedostatek lékařské péče. A zejména poslední zmiňovaná bylo pro mě jedním z důvodů, proč opět vyjet. Máme zde ve všem dostatek a věci, které bereme jako samozřejmost, v Ghaně samozřejmostí vůbec nejsou. Pomoci jsme mohli opravdu i málem.

Naše práce zahrnovala dvě hlavní oblasti: Edukace obyvatel a praktická pomoc v podobě primární lékařské péče (nedílnou součástí byla mimo jiné i identifikace a podpora dětí v jejich vzdělání). Po příjezdu do komunity jsme navštívili náčelníka vesnice a poprosili o svolení léčit jeho lidi. Shromážděným vesničanům jsme pak vysvětlovali zásady osobní hygieny, učili je, jak se chovat k prostředí, ve kterém žijí, a co a jak správně jíst. Poté jsme pod mangovníky zorganizovali několik klinických stanovišť a začali pacienty léčit. K nejčastějším nemocem, se kterými jsme se setkali, patřila malárie, infekce horních cest dýchacích, infekce močových cest, ale také malnutrice a parazitární onemocnění. Samozřejmě to vše bylo proloženo zajímavými případy elefantiázy, endemické říční slepoty a dalšími jednotkami. Zdaleka ne vše jsme mohli vyléčit, ale díky penězům, které se zde v České republice vybrali, jsme některé nemocné vzali do nemocnice a terapii jim zaplatili. Měli jsme tam například desetiletou dívku jménem Litchina, která trpěla leukémií a bez naší pomoci by jistě zemřela. Momentálně je se svou matkou v Kumasi, kde se léčí, a její prognóza je více než dobrá. Blízko Yagaby jsme narazili na osmiletou dívku s odontoblastomem dolní čelisti, kterou jsme vzali k léčbě do nemocnice. K transportu jsme vybírali další závažné případy a pomáhal, jak jen mohli a jak finance stačily. Potěšil mě případ třináctileté Forestýny, kterou jsme minulý rok odvezli do Tamale k léčbě hnisavé osteomyelitidy bérce. Dva měsíce ji v nemocnici léčili. Dlouho jsme pak o ní neslyšeli a letos nám přišla ukázat zahojenou nohu.

Jsem rád, že jsem opět mohl s týmem skvělých kolegů vyrazit a pomoci tam, kde bylo potřeba. Věřím totiž, že práce v Ghaně má smysl, a i když téměř neviditelně a pomalu, tak přesto mění životy lidí a komunit k lepšímu.

MUDr. Jan Houzar

Léčení ve vesnici Mpaha

ER neboli Emergency Room byl oblíbený americký seriál, který byl natočen v letech 1994–2009 a krátce poté byl uveden i u nás v televizi pod názvem Pohotovost. Řada čtenářů si seriál určitě vybaví a zároveň uvědomí, že byl jedním z prvních, který věrně popisoval realitu fungování moderní nemocnice, a to zejména v okamžiku prvního kontaktu s pacientem.

Od té doby vyrobily české televizní společnosti množství více či méně povedených seriálů z nemocničního prostředí, nicméně ER - Pohotovost zachovává pohled na běžné fungování pohotovostního provozu velké nemocnice, která se stará jak o běžné úrazy, tak i o komplikovaná polytraumata na nejvyšší úrovni, která upoutají laiky a neurazí specialisty. Mnoho odborných postupů, s nimiž jsme se na obrazovkách setkali, jsme v uplynulých letech postupně zavedli do praxe i na naší českobudějovické Emergency. Díky vyškolení našich lékařů zachováváme postupy ATLS (Advanced Trauma Life Support) a vážně poraněným pacientům se po příjezdu na naši traumatologickou ambulanci dostane péče podle amerického standardu.

Své zkušenosti nejen předáváme, ale musíme také získávat nové, proto jsme se zúčastnili IX. ročníku odborné konference Emergency 2018 konané v Ústí nad Labem. Jednalo se o multioborovou konferenci, která zahrnovala všechny specializace, jichž se týká problematika urgentního příjmu. Neurologický blok byl zaměřený na management a léčbu CMP a její prevenci, kardiologický blok pak především na infarkt myokardu. Tato zpráva je však věnována, vzhledem k našemu zaměření, takřka výhradně postřehům z bloku traumatologického. Nejzajímavější přednáškou bylo rozsáhlé sdělení primáře urgentního příjmu ÚVN Střešovice, pplk. MUDr. Pavla Kupky, který detailně popsal způsob, jakým funguje jejich emergency při příjmu a primárním ošetření polytraumatizovaných pacientů. Popsaný postup poté názorně demonstroval na konkrétním případě těžce poraněného řidiče osobního automobilu. Úspěch při péči

o polytrauma začíná již v přednemocniční neodkladné péči, kdy je pacient tříděn na základě mechanismu úrazu (triáž třídění raněných), a pokud je identifikován jako „triage pozitivní“, je směřován do traumacentra I. řádu, které má zákonem danou povinnost pacienta převzít. Operační středisko ZZS informuje kontaktní místo zdravotnického zařízení o klinickém stavu pacienta podle předem stanoveného protokolu, a proto je důležité, aby pracovník kontaktního místa byla osoba se zdravotnickým vzděláním. Interval mezi okamžikem úrazu a předáním pacienta na urgentní příjem by neměl přesáhnout 60 minut. V nemocnici se statusem traumacentra se péči o polytraumatizovaného pacienta věnuje traumatým, který je standardně svoláván prostřednictvím pagerů, které nosí jeho členové stále u sebe. Složení traumatým v ÚVN je: končetinový traumatolog (ortoped/traumatolog), viscerální traumatolog (všeobecný chirurg), intenzivista (anestezio- log), radiolog + RTG laborant s C ramenem (pojízdňový rentgenový přístroj) a ultrazvukem, 3x sestra (s odborností ARIP) a sanitář. K tomu, aby se zabránilo zmatkům ohledně kompetencí, je dalším členem traumatým tzv. traumaleader – standardně vedoucí sloužící lékař traumatologie s certifikátem „ATLS provider“, jehož úkolem je management posloupnosti ošetření – „co teď a co potom“. Roli traumaleadera prim. Kupka několikrát zdůrazňoval jako nezbytnou prevenci sporů mezi lékaři různých odborností, jejichž názory na správný postup se mohou často lišit vzhledem k jejich zkušenostem a specializaci. Po vstupním vyšetření oběhově stabilního pacienta na CT (celotělový polytrauma scan) nebo oběhově nestabilního pacienta ultrazvukem (FAST – rychlé zhodnocení přítomnosti patologického množství tekutiny - krve v tělních dutinách) je pacient směřován na akutní operační sál k tzv. „Damage Control Surgery/Orthopaedics“ – dočasnému chirurgickému ošetření měkkotkáňových, kostních a orgánových poranění s cílem zastavit krvácení, zabránit systémové infekci, zabránit vzniku kompartment syndromu a ošetření ostatních urgentních stavů spojených s traumatem (pneumothorax, srdeční tamponáda, vysoký nitrolební tlak).

Cílem je tedy obnovit fyziologické funkce, nikoliv anatomické struktury. Například definitivní ošetřování zlomenin a trhlin tenkého nebo tlustého střeva během DCS je v této fázi chybou. Výkon by měl být časově co nejkratší, všechny další výkony zvyšují v této fázi riziko úmrtí pacienta.


Na závěr je tedy možné říci, že předpokladem úspěšné péče o polytraumatizovaného pacienta je především multidisciplinární spolupráce v rámci traumacentra, nácvik a dodržení standardizovaných postupů, dobrá spolupráce a komunikace s operačním střediskem ZZS a autorita vedoucího traumátymu, která řídící postup ošetření dle zásad ATLS a DCS. Vzhledem k tomu bychom rádi na další podobné odborné setkání vyrazili ve větším počtu i s našimi kolegy ze spřízněných oddělení – zejména z chirurgie a ARO, protože péče o polytrauma v rámci traumacentra závisí na všech těchto odbornostech a především na spolupráci mezi nimi.

V souvislosti s nedávno zprovozněným oddělením urgentního příjmu se těšíme na novou spolupráci také proto, že nebudeme muset pacientům, kteří omylem zabloudí na naši úrazovou ambulanci, složitě vysvětlovat a vyšetřovat jejich potřeby, abychom je poté nasměřovali na patřičnou akutní ambulanci jiného oddělení, ale rychle bez nebezpečí z prodlení předáme odborníkům na urgentním příjmu. Zároveň v očekávání našeho plánovaného přestěhování v nejbližší době budeme se specializací oddělení urgentního příjmu v

denním kontaktu a budeme moci se s nimi podělit o naše zkušenosti, stejně tak jejich znalosti ocenit, převzít a využívat i poté, co se po přestavbě vrátíme podle plánu zpět do chirurgické budovy. Děkujeme vedení nemocnice a panu primáři za možnost se konference zúčastnit.

MUDr. Aleš Křiváček,
MUDr. Jiří Smrž, oddělení úrazové chirurgie NČB

KONFERENCE EMERGENCY 2018



Kurz Hernia Basic a 5. Česká herniologická konference

Ve dnech 31. 10. až 2. 11. 2018 jsme se zúčastnili (ve složení dr. Bystřický jako garant a lektor kurzu, předsedající a přednášející, dále dr. Kadlec a dr. Šuhájek jako účastníci) kurzu Hernia Basic v Prostějově a následně výroční V. České herniologické konference v Olomouci, v rámci které proběhly volby do výboru České herniologické společnosti.

Operace kýly je nejčastější chirurgickou operací v ČR i Evropě. Česká herniologická společnost, z.s. (www.chsp.cz), vznikla roku 2014 jako sekce Evropské kýlní společnosti a jako součást České chirurgické společnosti. Klade si za cíle upevnit a zlepšit péči o pacienty s kýlou, vytvářet doporučené postupy v řešení defektů břišní stěny, podílet se na dlouhodobém sledování nemocných i na systému postgraduálního vzdělávání lékařů a z dlouhodobého hlediska upravit systém úhrad zdravotních pojišťoven za řešení komplikovaných defektů břišní stěny.

Kurz Hernia Basic je koncipován jako dvoudenní vzdělávací program určený pro mladé lékaře v předatestační přípravě. První den je věnován anatomii, fyziologii břišní stěny a základním chirurgickým postupům v řešení kýly. Následuje nácvik laparoskopického šití a uzlení na тренаžeru a produktový blok, kde se účastníci dozví bližší informace o kýlních implantátech a šicím materiálu. Ve druhém dni mají možnost zúčastnit se aktivně programu na operačním sále – asistovat při několika operacích různých typů kýly - od malé kýly pupeční až po velký defekt v jizvě po laparotomii.

Letošní konference byla poprvé organizována jako monotematická. Tématem bylo řešení ventrální kýly. Zahraničními účastníky byli dr. W. Reinpold z Hamburku a dr. R. Lorenz z Berlína, oba členové rady Evropské kýlní společnosti. Prezentovali zajímavé příspěvky o inovativních postupech v herniologii, dr. Reinpold pomocí telemostu přímo ze své kliniky v Hamburku o technice MILOS (miniinvazivní plastika ventrální kýly) a dr. Lorenz o moderních napěťových plastikách tříselné kýly a o vzdělávání v herniologii i chirurgii. Mezi české přednášející patřila dr. Barbara East z III.

Chirurgické kliniky FN Motol (nové doporučené postupy v uzávěru laparotomie a prevence kýly), vystoupili také lékaři z kliniky Pallas Athéna Praha o metodě IPOM (laparoskopické řešení ventrální kýly) a kolegové z Liberce, Přerova a Frýdlantu mluvili o svých zkušenostech s řešením monstrózních kýl. Zazněly dva příspěvky z českobudějovické chirurgie – obecná prezentace o standardech otevřené retromuskulární plastiky ventrální kýly včetně výsledků vlastního souboru 306 operací za dva roky a dále obecná přednáška o tzv. komponent separaci jako součásti řešení monstrózních a atypických kýl v jizvě, opět doplněná o vlastní výsledky. Prezentované výsledky českobudějovické chirurgie byly velmi kladně přijaty, zejména díky velikosti prezentovaných souborů, a snesou srovnání s výsledky celoevropskými.

Celou konferenci provázela velmi živá diskuse. V řadě případů byly na základě předložených výsledků stanoveny doporučené postupy v souladu s guidelines Evropské kýlní společnosti, například doporučení o používání dlouhovstřebatelných monofilamentních vláken technikou 4:1 k uzávěru laparotomie a o významu komplexní multioborové předoperační přípravy před operací velkých ventrálních kýl. Zaznamenáváme také renesanci tzv. napěťových plastik tříselné kýly bez využití sítky. Prezentovaná technika MILOS je kombinací otevřené a laparoskopické operace se skvělými výsledky, malou zátěží pro pacienta a minimálními nároky na použitou síťku.

Potvrdili jsme si tak, že i přesto, že je kýla vnímána jako operace běžná až banální, řešení zejména komplikovaných kýl a recidiv je stále zatíženo mnoha komplikacemi i kontroverzemi. Poslední den byl organizován již tradičně jako workshop na operačním sále v prostějovské nemocnici s přímým přenosem do přednáškového sálu v olomouckém hotelu NH Collection.

Pro mne osobně šlo již o čtvrtou aktivní účast. Asistovali jsme operaci ventrální kýly metodou IPOM a následně provedli dvě operace tříselné kýly – velkou skrotální kýlu laparoskopicky a poté tříselnou kýlu klasicky s užitím sítky. Operace byly sledovány s velkým zájmem a nad řadou kroků se přímo „online“ odehrávala živá diskuse. Co je však nejpodstatnější – operace proběhly bez komplikací a bez zdržení, pacienti jsou v pořádku a byli z nemocnice brzy po operaci propuštěni.

Celkový dojem z konference i workshopu je kladný. Naše prezentace byly velmi dobře přijaty.

Na závěr konference proběhly volby do výboru České herniologické společnosti. Členství ve výboru společnosti jsem ve volbách obhájil.

MUDr. Petr Bystřický, Chirurgické oddělení
Nemocnice České Budějovice, a.s.



Na urologickém oddělení naší nemocnice byla provedena obměna holmiového laseru. Nový EMPOWER Laser 65 od firmy Olympus nahrazuje devět let starý přístroj Lumenis.

Přístroj daného typu je v Evropě instalován vůbec poprvé. Užívá se k ureteroskopické léčbě močových kamenů v ledvině a močovodu. Těchto výkonů se provádí zhruba 500 ročně (300 semirigidním a 200 flexibilním ureteroskopem), což je v České republice vysoký nadprůměr. V terapii konkrementů je přístroj unikátní speciální funkcí, která zkracuje dobu drcení kamene a omezuje jeho pohyby. Druhým použitím je laserová operace prostaty, kdy se u nezhoubného onemocnění prostaty odstraní zvětšená tkáň. Výhodou je větší šetrnost a možnost operace i objemných prostat, které se jinak operují otevřeným výkonem. Takových výkonů se provádí přes 80 ročně. Jsme jedno ze tří pracovišť v České republice, které je provádí.

MUDr. Aleš Petřík, Ph.D.



Mikrovaskulární workshop v Ústí nad Labem

Ve dnech 23. a 24. září 2018 byl Neurochirurgickou klinikou Ústí nad Labem pořádán mikrovaskulární workshop v rámci EANS Vascular Section a WFNS Skull Base Surgery Committee s názvem „Transtemporal approaches and intensive EC-IC bypass course“.

Program kurzu je k nahlédnutí na webu www.neuro-surgery.cz/course-program. Byl veden špičkami v oblasti cévní neurochirurgie, jakými jsou prof. Rokuya Tanikawa - Teishinkai Hospital Sapporo (Japan) a prof. José Alberto Landeiro - Rio de Janeiro (Brazil).

Kapacita kurzu čítala 20 výukových míst a z Českých Budějovic se zúčastnili MUDr. Petr Košťál a MUDr. Marek Grubhoffer.

Workshop byl zaměřen především na nácvič mikrovaskulárních sutur a extra-intra kraniiálních anastomoz, ve své druhé části pak na transtemporální přístupy

do oblasti zadní a střední jámy lební. Celá akce byla organizačně i obsahově výborně připravena. Jedním z lektorů kurzu byl i českobudějovický MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D., MBA.

První den byl vyhrazen pro teoretickou přípravu. Výuka začala ukázkou karotické endarterektomie přímým videopřenosem z operačního sálu Neurochirurgické kliniky Ústí nad Labem. Po diskuzi následoval blok přednášek.

Druhý den bylo pro všechny zúčastněné k dispozici pracovní místo osazené špičkovým technickým vybavením - mikroskopy Zeiss, frézami Anspach. Pro vlastní mikročirurgickou suturu byl připraven speciální silikonový model a každému participantovi byla zapůjčena sada prémiových japonských mikronástrojů Takayama Instrument - Super Bypass Series. Sada obsahovala mikrojehelce, mikronůžky a pinzety s různým předpětím. Každý operatér si tak mohl zvolit nástroj s optimálním odporem pro maximální přesnost šití. Sada těchto nástrojů nás naprosto fascinovala svou dokonalostí. Pro transtemporální přístupy byly určeny speciální syntetické 3D modely.

Na workshop přímo navazoval Výroční kongres České a Slovenské neurochirurgické společnosti. Během tří dnů (od 25. do 27. září) bylo možné vyslechnout zajímavá sdělení z oblasti vaskulární, spinální, onko-neurochirurgie a také z oblasti chirurgie periferního nervového systému. Vzhledem k bohaté mezinárodní účasti byla většina přednášek a diskuzí vedena v angličtině. Českobudějovická neurochirurgie měla hojně zastoupení jak v lékařské, tak i sesterské akci. Aktivní účastí přispěli svou přednáškou Dr. Grubhoffer, Dr. Teplý a v sesterské sekci pak sestra Zabranská a sestra Bláhová.

MUDr. Košťál Petr, MUDr. Grubhoffer Marek, Neurochirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.

Českobudějovická radnice vzdala hold neonatologickému oddělení, předčasně narozeným dětem i jejich rodičům



K oslavám Světového dne předčasně narozených dětí se v pátek 9. listopadu připojila radnice města České Budějovice. Stejně jako mnohé významné světové objekty (například Eiffelova věž či The Empire State Building) byla nasvícena purpurovou barvou. Poctila tak mimo jiné i Neonatologické oddělení Nemocnice České Budějovice, které se řadí mezi nejlepší pracoviště svého druhu v České republice.

Poskytuje specializovanou neonatologickou péči novorozencům ze spádové oblasti Jihočeského kraje, ale také části kraje Vysočina. Tým lékařů a sester pod vedením primáře MUDr. Milana Hanzla, Ph.D., dokáže zachránit miminka od hranice životaschopnosti a s porodní váhou kolem 500 gramů.

„O významnosti tohoto oddělení svědčí i jeho dlouhá historie – první oddělení intenzivní péče o novorozence v Československu bylo totiž vybudováno právě v jihočeské metropoli, a to věhlasným pediatrem (a nefrologem) prof. MUDr. Velemínským, CSc.“ upozorňuje MUDr. Břetislav Šon, předseda představenstva Nemocnice České Budějovice, a.s. „Tento průkopník neonatologie v českých zemích byl letos vyznamenán státním vyznamenáním a obdržel Medaili Za zásluhy.“

Nemocnice České Budějovice pozvala v pátek 9. listopadu po setmění k radnici všechny zájemce, kteří svou účastí vzdali společně s vedením města hold lékařům a sestřičkám českobudějovické neonatologie, rodičům předčasně narozených dětí a hlavně těm největším bojovníkům – samotným předčasně narozeným dětem.

S projektem nasvícení budov purpurovou barvou přišla před několika lety organizace Nedoklubko, která již 16 let podporuje rodiče po předčasném porodu. Tato organizace spolupracuje se všemi perinatologickými centry v ČR, je jedním z 65 aktivních členů mezinárodní organizace EFCNI a spolupracuje s Českou neonatologickou společností ČSL JEP. Nedoklubko realizuje několik projektů, vydalo terapeutickou knihu Vítež, kulíšku a pravidelně vydává časopis pro rodiny nedonošených dětí s názvem Nejste v tom sami. Spolupracuje s odborníky z řad neonatologů, psychologů, dětských neurologů, pediatrů a dalších zdravotníků. V neposlední řadě, v duchu svého podtitulu „Nejste v tom sami“, také sdružuje rodiče předčasně narozených dětí a tuto komunitu udržuje.

Na jihu Čech má Nedoklubko dvě koordinátorky, které jsou v úzkém kontaktu s oddělením českobudějovické neonatologie. V Českých Budějovicích také pořádá různé podpůrné akce. Například 15. listopadu byla v kostele Panny Marie Růžencové v Českých Budějovicích vedena Mše svatá za nedonošené a nenarozené děti. Odpoledne spoluorganizovalo Křesťanské rodinné centrum Petrkův.



Dne 12. října 2018 jsem se v Praze zúčastnil semináře Fórum odborníků na léčbu psoriázy, jehož náplní byla psoriáza a související problematika jiných odborností.

Prof. MUDr. Vašáková z Pneumologické kliniky Praha nás seznámila s plicními komplikacemi biologické léčby. Novou rizikovou skupinou pro TBC jsou pacienti na biologické léčbě.

Důvodem je zablokování Th1 imunitních reakcí s tvorbou specifického granulomu. Doporučovány jsou jedenkrát ročně pneumologické kontroly pacientů a očkování proti chřipce a pneumokokovi u všech pacientů na biologické léčbě.

MUDr. Chmelová z Kliniky hepatogastroenterologie Praha přednášela o souvislostech mezi jaterními chorobami a systémovou léčbou psoriázy. Nejvíce mne zaujala informace, že 3 až 4 kávy denně působí hepatoprotektivně.

MUDr. Chmelová se také věnovala vztahu psoriázy a NAFLD (Non Alcoholic Fatty Liver Disease). Rizikový faktor je obezita, kterou má více jak 50 % evropské populace. Tíže NAFLD je přímo úměrná tíži psoriázy. Pacienti s NAFLD mají 20x vyšší riziko úmrtí na jaterní onemocnění, 2,3x celkového úmrtí a 2,1x úmrtí na kardiovaskulární choroby. Nutné je vyšetření jaterních testů před zahájením jakékoli imunosupresivní terapie, včetně markerů virových hepatitid!

MUDr. Težová z Revmatologického ústavu Praha přiblížila systémovou léčbu v těhotenství. Methotrexat je nutné ukončit v prvních dvou týdnech po koncepci, obnovení léčby po porodu je možné. U Azathioprinu je gravidita a kojení možné, nutnost detrakce dávky ve 32. týdnu. Z biologik lze použít etanercept a certolizumab po celou dobu gravidity, ostatní inhibitory TNF alfa pouze před druhým týdnem gravidity. Všechna ostatní biologika by měla být nahrazena bezpečnými. Antimalarika lze bezpečně podávat v průběhu gravidity i laktace, což není v souladu s SPC. Diskutována proto byla i právní problematika.

Prof. MUDr. Rosolová z Interní kliniky Plzeň představila pohled kardiologa na metabolický syndrom. Základem metabolického syndromu je vznik inzulinové rezistence, zvýšení hladiny triglyceridů, pokles HDL cholesterolu a zvýšení tlaku krve. Syndrom je spojen s NAFLD, obezitou, depresemi, poruchami spánku.

Výsledkem je předčasná ateroskleróza, viscerální obezita, hepatopatie, vznik nádorů apod. Všechny rizikové faktory u psoriázy by měl tedy dermatolog aktivně vyhledávat a spolupracovat s praktickými lékaři či internisty při léčbě dyslipidemií a hypertenze. Metabolickému syndromu však není věnována náležitá pozornost. Víme o jeho spojení s psoriázou,

dvakrát větším riziku aterosklerotických kardiovaskulárních onemocnění a pětkrát větším riziku vzniku diabetu 2. typu. MUDr. Bortlík s ISKER Praha prezentoval vztah idiopatických střevních zánětů a psoriázy. Aktivované T lymfocyty, uvolňování TNF, interleukinů 17 a 23, hrají nejdůležitější roli v patogenezi psoriázy i střevních zánětů. Porucha fekálního mikrobiomu vytváří podmínky pro vznik střevních zánětů, psoriázy, psoriatické artritidy, hidradenitis suppurativa. Pro psoriázu a střevní záněty je typická vysoká míra genetické predispozice. Prevalence psoriázy je cca u 9 % pacientů s Crohnovou nemocí. Existuje signifikantní asociace mezi psoriázou, ulcerózní kolitidou a Crohnovou nemocí. Biologická léčba všech těchto nemocí je založena na stejném mechanismu. Spektrum typů biologik u střevních zánětů není tak široké jako v dermatologii či revmatologii. Vyzdvížena byla spolupráce gastroenterologa a dermatologa při vzniku paradoxního zánětu - vzniku psoriázy a jejích subtypů při léčbě anti TNF. Opatrnosti je třeba při vzniku idiopatických střevních zánětů při léčbě novými anti IL-17 biologiky (secukinumab, ixekizumab, brodalumab).

Prim. MUDr. Jiří Horažďovský, Ph.D.
Kožní oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.

Fórum odborníků na léčbu psoriázy

Ve dnech 26.-27. září jsem se zúčastnil Evropského AO Master kurzu zaměřeného na rameno, loket a zápěstí v Brně. Akce probíhala v anatomickém ústavu v kampusu místní univerzity.

Velkou výhodou tohoto kurzu byla možnost preparace v pitevnách na fresh - frozen kadavederech, jejichž kvalita byla excelentní. Další velkou výhodou kurzu je, že kromě přednášek probíhají hlavně diskuze a tyto společně s preparací v pitevně zabíraly 70 % kurzu. Fakulta kurzu byla složená z významných evropských odborníků, kteří se zabývají problematikou ramene a lokte. Ze všechny bych jmenoval hlavně Simona Lamberta z Londýna, Daniela Rikliho z Basileje, Alexe Hofmanna z Kaiserslauternu a Doc. Pavla Dráče z Olomouce. Chairmanem kurzu byl MUDr. Martin Kloub PhD. z oddělení úrazové chirurgie naší nemocnice, jemuž patří největší dík za zorganizování takto náročné akce. Akce se zúčastnilo 30 posluchačů z Ruska, Polska, Slovinska, Chorvatska, Dánska, Švédska, Norska a ČR.

Prvním tématem byly zlomeniny proximálního humeru. V pitevně jsme si vyzkoušeli deltoideopektorální přístup a hlavně preparaci mediálně od dlouhé šlachy bicepsu. Následně jsme se zaměřili na transdeltoideální a anterolaterální přístup s anatomii hlavně n. axilaris. Přednášky se týkaly hřebování a dlahování proximálního humeru a triky

spojenými s operativou. Následně se posluchači rozdělili do šesti skupin a během 40 minut měli vytvořit prezentaci na danou kazuistiku, kde se nevědělo dopředu řešení, měli tuto kazuistiku probrat, zhodnotit a nastavit léčbu a určit ev. komplikace. Poté autor této kazuistiky přednesl své řešení. Okolo těchto kazuistik byla velká a plodná diskuze a byla to asi po práci na kadaverech nejlepší část kurzu.

Zde je jen pár postřehů z těchto kazuistik: Obecně pakloub po osteosyntéze se má brát jako infikovaný, dokud se nevyloučí. Je nutná extrakce kovu, odběr kultivace, debridement a pokud to lokálně vypadá vše bez infektu, lze pokračovat s reosteosyntézou a ev. spongioplastikou. Ale než je známá definitivní kultivace, léčba je nastavena jako léčba infektu- tzn. ATB i pooperačně. Když je kultivace negativní, ATB se již dále nepodává. Pokud je ale kultivace pozitivní, léčba atb je vedena dlouhodobě dle citlivosti. Po vyloučení infekce je vhodné také provádět vyšetření na alergii na kov – na nikl a chrom.

Kdy není jistě indikace konzervativní léčby fr. proximálního humeru? U luxovaných fraktur, head split fraktury, u nemožnosti zavřené reponovat fraktury proximální metafýzy a samozřejmě otevřené fraktury a ev. tumory. Dále se odborníci shodli, že o náhradě prox. humeru u 4-úločkových fraktur s luxací lze uvažovat od věku nad 60 let. Tyto zlomeniny jsou totiž zatíženy téměř 80% AVN hlavice. Dalším nosným tématem byla traumatologie lokte zaměřená hlavně na nešťastnou triádu. V pitevně jsme si vyzkoušeli přístupy Kocheřův, Kaplanův, Boydův, přístup na coronoid –over the top přístup, paratricipitální přístup, Bryan - Morreyho přístup na dist. humerus. Měli jsme možnost si zkusit přístupy na deliberační operace jak ulnárně, tak radiálně či dorsálně.

Opět byl dán velký důraz na kazuistiky, kdy mě zaujalo hlavně toto: Dle Rikliho je po operaci nešťastné triády lokte – tzn. repozici dislokace, fixaci processus coronoideus,

po fixaci hlavičky radia a reinserci laterální vazy - nutno vyzkoušet stabilitu a pokud loket není stabilní, nedává se kloubový fixatér, ale běžný pevný fixatér na čtyři týdny. Jaký je důvod nepoužití kloubového fixatéru? Bylo vyvráceno, že existuje nějaká jasná osa otáčení lokte, tato osa se mění, a tudíž nelze takto kloubovým fixátérem fixovat. Pacienti na kloubovém zevním fixátéru po 4 až 6 týdnech mají osteolýzu chrupavek danou patologickou osou otáčení.

Dalším tématem byly fraktury zápěstí. V pitevně jsme si vyzkoušeli dorzální přístupy na osteosyntézu dlahami, dále na rekonstrukci SL intervalu. Indikace dorzálního přístupu jsou dislokovaný dorsolunární fragment, centrální impakce, impakce facety scaphoidu, přidružená poranění scaphoidu a SL a ev osteotomie. Fraktury distální ulny mě také překvapily. Ulnární styloid Rikli nefixuje vůbec, hlavičku fixuje jen při inkongruency distálního radioulnárního kloubu. Naproti tomu frakturu metafýzy ulny fixuje téměř vždy, někdy jen K drátem.

Po poranění distálního radia nesmíme zapomenout na poranění S-L či jiné patologie karpu. Pokud dynamicky nějakou patologii zjistíme, nemá cenu fixovat zavřené K dráty. Měla by následovat otevřená procedura s repozicí volárního sklonu radia pomocí joysticků, fixace K dráty 1,5 2x do S-L a 1x do S-C a pak kotvička do kapitata a fixovat SL vaz. Fixace následně na 6 týdnů a pak cvičení bez zátěže.

Celý kurz byl naprosto skvělý, byla to opravdová příležitost se setkat s odborníky a zkusit si nové věci. Myslím, že kurz bude velice přínosný pro mou praxi. Děkuji vedení oddělení a nemocnici za podporu.

MUDr. Karel Holub
Oddělení úrazové chirurgie

Zpráva z AO Master kurzu - artikulární fraktury v okolí ramene a lokte



Bio Skills Barcelona

Firma Zimmer Biomet (vyrábějící ortopedické implantáty), s níž intenzivně spolupracuje naše ortopedické oddělení, pořádá vzdělávací a školicí kurzy v operační technice. Tyto odborné kurzy jsou určeny pro zkušené operatéry a umožňují seznámit se s nejmodernějšími typy endoprotetických náhrad a

Tentokrát byl zaměřen na náhradu glenoidální jamky při implantaci endoprotéz ramenního kloubu. Kurzu se zúčastnilo celkem 18 ortopedů z Evropy – po dvou z Velké Británie, Švédska, Německa, Francie, Itálie, Španělska a Polska a Belgie. Za Českou republiku jsem měl možnost se zúčastnit spolu s primářem ortopedického oddělení v Jihlavě.

První den symposia byl věnován teoretické přípravě, kdy se detailně rozebíraly možnosti a indikace náhrady ramenního kloubu, a to ve všech variantách, které v této lokalitě jsou indikovány a technicky proveditelné: povrchové náhrady hlavice ramenního kloubu, cervikokapitální typ náhrady, anatomická náhrada totální (jak hlavice, tak i jamky), a nakonec i reverzní typy náhrad, kdy se vzhledem k obtížným anatomickým poměrům a situaci implantuje na místo hlavice pažní kosti implantát ve tvaru jamky, a naopak na místo glenoidu se implantuje do krčku lopatky kovová hlavice. Tento takzvaný reverzní typ endoprotézy se nyní uplatňuje stále častěji, ale implantace vyžaduje dokonalou indikaci a precizní operační techniku. Pokud je ale glenoidální jamka v různé míře deformována a insuficientní (úrazem, degenerativním procesem, selháním již dříve implantované komponenty), stává se revizní operace s implantací glenoidální komponenty problematickou. Jsou tak vyvinuty revizní typy náhrad jamky, které

Endoprotetika ramene zažívá v současné době velký rozmach a na naší ambulanci přichází stále více pacientů, kteří jsou pro tento typ ošetření indikováni. Na naše pracoviště jsou odesíláni i z jiných mimokrajských pracovišť. V důsledku toho pak narůstá nejen počet těchto primárních operací, ale též pacientů s komplikacemi po implantovaných náhradách. Řešení těchto komplikací a selhání je velmi obtížné a patří na vybraná ortopedická pracoviště. Díky zkušenostem, které s endoprotetikou ramenního kloubu máme, patří mezi tato pracoviště i naše ortopedické oddělení.

MUDr. Pavel Sadovský, ortopedické oddělení



Zpráva ze zahraniční služební cesty EACTS Milán 2018

Ve dnech 18. až 20. října 2018 jsme se spolu s kolegyní MUDr. Júlií Csanády zúčastnili každoročního sjezdu EACTS (European Association for Cardio-Thoracic Society), který se konal v Miláně, v moderně pojatém konferenčním centru MiCo.

nahrazují značně destruovanou kost krčku lopatky. A právě této úzké problematice byla věnována podstatná část kurzu. Druhý den symposia pak probíhal v pitevnické barcelonské medicínské univerzitě, kde jsme měli možnost si vyzkoušet implantaci jednotlivých komponent endoprotéz na kadaverózních preparátech. Tyto byly perfektně připravené a v dostatečném počtu, takže každý účastník kurzu měl možnost si celkem na třech preparátech vyzkoušet úskalí a triky při implantaci.

Na kongresu jsem přednesl sdělení s názvem Influence of epicardial and endocardial use of cryoenergy on the completeness of lesions in

surgical ablation of atrial fibrillation (Vliv epikardiální a endokardiálního použití kryoenergie na kompletnost lézí u chirurgické léčby fibrilace síní). Přednáška odráží klinické i vědeckovýzkumné snahy na Kardiologickém oddělení pod vedením prim. Doc. MUDr. Aleše Mokrálky, CSc., z posledních let – být co nejefektivnější v chirurgické léčbě fibrilace síní a jejich doprovodných komplikací (hlavně v prevenci mozkových příhod) a zároveň výsledky naší práce prezentovat na mezinárodní úrovni.

Použití kryoenergie (zmrazení tkáně za účelem vytvoření jizvy, která je pro arytmiu nepřekonatelná a nedovolí šíření arytmie dále na srdce) je možné ze dvou přístupů – buď pravou síní, což výkon zjednodušuje a zrychluje. Z endokardiálního přístupu jsou zase dosažitelné anatomické struktury (mitrální a trikuspidální anulus), ke kterým se z „vnějšku“ srdce nedostaneme.

Použití kryoenergie (zmrazení tkáně za účelem vytvoření jizvy, která je pro arytmiu nepřekonatelná a nedovolí šíření arytmie dále na srdce) je možné ze dvou přístupů – buď epikardiálního (zvenku srdce) na bijícím nebo zastaveném srdci, anebo endokardiálního (zevnitř srdce) na zastaveném srdci. Epikardiální přístup má výhodu v tom, že není potřeba při operaci otevírat srdeční dutiny – levou a pravou síní, což výkon zjednodušuje a zrychluje. Z endokardiálního přístupu jsou zase dosažitelné anatomické struktury (mitrální a trikuspidální anulus), ke kterým se z „vnějšku“ srdce nedostaneme.

V naší práci, kterou jsme prováděli ve spolupráci s arytmiologi Kardiologického oddělení, jsme přizvali celkem 55 pacientů, jež byli operováni z různých přístupů (epikardiálně nebo endokardiálně). Poté jsme za pomoci elektrofyziologického vyšetření nechali zkontrolovat přesnost a úplnost chirurgicky provedených jizev. Z výsledků se ukázalo, že efektivita endokardiálního přístupu značně převyšuje epikardiální přístup, což doposud nebylo v klinické praxi hodnoceno. Toto zjištění povede k přehodnocení našeho přístupu k použití kryoenergie v klinické praxi a k použití jiných forem energie (radiofrekvence) k léčbě srdeční arytmií z epikardiálního přístupu. Tato přednáška byla zároveň přijata na letošní sjezd České společnosti kardiologické chirurgie, který se bude konat v listopadu v Brně, a výsledky naší práce budeme chtít publikovat v některém z impaktovaných odborných periodik.

MUDr. Vojtěch Kurfirst, Ph.D.
Kardiologické oddělení

Stravovací služby

Vzhledem k současným výživovým doporučením se zaměstnanci ve stravovacím provozu stále snaží o zkvalitnění biologické hodnoty stravy podávané pacientům hospitalizovaným v naší nemocnici.

Již několik měsíců jsou na snídaně a večeře podávány uzeniny, vždy čerstvé, krájené a balené přímo ve stravovacím provozu. Vybírány jsou uzeniny s co nejmenším podílem soli a dalších konzervačních látek a s co nejvyšším podílem masa.

Do stravovacího provozu byla zakoupena speciální technologie na dávkování a balení suchých sypkých hmot. Od 19. listopadu 2018 byla do jídelních lístků zařazena na snídaně novinka – na dietu č. 3 (racionální strava) a dietu č. 13 (strava větších dětí) minimálně jedenkrát týdně sypané ovocné a čokoládové müsli, míchané a balené na jednotlivé porce přímo ve stravovacím provozu. Na dietu č. 9

(diabetická) je rovněž müsli zařazeno do jídelního lístku minimálně jedenkrát týdně, ale v jiném složení.

Tým nutričních terapeutů ve spolupráci s jednotlivými odděleními pracuje v současné době na tvorbě jídelního lístku pro stravování pacientů s dysfagií a dalšími problémy s přijímáním běžné stravy, které jsou způsobené různými obstrukcemi v horní části GIT. Dysfagie je velký nutriční problém, proto bude tato dieta sestavena, nutričně propočítána a připravena technologickými postupy tak, aby byla u pacientů co nejvíce zmírněna

případná malnutrice. Při technologické přípravě stravy pro dysfagické pacienty budou použity potraviny s vyšší energetickou hodnotou, různé typy sippingů a nutričních doplňků (zahušťovadla, přípravky s vysokým obsahem bílkovin, tukové emulze a tak dále), aby se zvýšila nutriční a energetická hodnota podávaných pokrmů. Takto připravená strava bude servírována ve speciálním, k typu stravy vyhovujícím nádobí, šokově zchlazena (prudce zchlazena za stanovenou dobu na požadovanou teplotu) a následně expedována na jednotlivá oddělení. Tam bude strava podána pacientům zchlazena nebo bude ohřátá na požadovanou teplotu. Dysfagická dieta bude do systému diet zařazena na začátku roku 2019.

I nadále budou zaměstnanci stravovacího provozu dělat vše pro to, aby kromě stále nové a přísnější legislativy naplňovali i nové výživové požadavky pro pacienty se specifiky pro přípravu a podávání stravy.



pro období 1. 12. 2018 - 31. 12. 2018, nebo do vyprodání zásob

<p>IMUNITA</p> <p>Preventan Classic 90 tbl v akci i Prevenir Junior 90 tbl</p>  <p>329.- Kč 299.- Kč</p> <p>doplněk stravy</p>	<p>PROSTATA</p> <p>Prostamol Uno 90 tbl</p>  <p>659.- Kč 599.- Kč</p>	<p>SRDCE A CÉVY</p> <p>Omega 3 citrus 100+50 cps</p>  <p>259.- Kč 219.- Kč</p> <p>doplněk stravy</p>	<p>KAŠEL</p> <p>Stodal sirup 200 ml</p>  <p>184.- Kč 159.- Kč</p>
---	--	--	--

	BÝVALÁ ZKRATKA NĚMECKA	POSOUZENÍ VĚDECKÉ PRÁCE	PŘÍZRAK	JMÉNO ZPĚVAČKY ČSAKOVÉ	ŘÍMSKÝ CISAŘ	KTERÉ (ZASTAR.)	UKAZOVACÍ ZÁJMENO	TĚLESNÉ POSTÍŽENÝ ČLOVĚK	VYHUBIT SE		ZNAČKA KURČATO-VIA	KOČKOVITÁ ŠELMA	RUSKÝ PREZIDENT	ZPŮSOB BARVENÍ TEXTILU	EVROPAN	55 (ŘÍMSKY)	JAPONSKÁ METRO-POLE	OBRÁTIT
MLUVNICKÝ PRVNÍ PÁD										VÝCHODO-ČESKÉ MĚSTO								
POŠKOZENÍ ZPŮSOBENÁ OHNĚM										UHÝB. V PO-SL. CHVÍLI ODSEKATI Z POVRCHU								
SOUČÁSTI ELEKTRO-MOTORŮ							SYSTÉM VIDEA MEXICKÉ PLATIDLO			UHLOVODÍK OTVORY VE STĚNĚ						ASIJSKÁ DESK. HRA ZÁPORNÁ ČÁSTICE		
	CITO-SLOVCE NEVOLLE VÝVOJ					STAR. DOBA KAMENNÁ DOSLOVNĚ ZNĚNÍ									K ČEMU KROMĚ TOHO			
SLOVENSKÝ „PIHA“					TAJENKA ZNAČKA KOSMETIKY									KRÁTKÁ SUKNĚ LÁTKA NA OBLEKY				
OSOBNÍ ZÁJMENO				ODPŮRCE REŽIMU BOŽSKÝ POKRM									ZVUK HODIN UMÍNĚNÝ ZÁPOR					
ZNAČKA KILOTUNY			NAUKA O METODĚ ZN. ČISTID-LA NÁDOBÍ								KAPITÁN NAUTILA VZ. FLUOR. SODNĚHO						KÓD ISLANDSKÉ KORUNY	DOMÁCKY TEODORA
NEJVĚTŠÍ NĚMECKÝ OSTROV							DOMÁCKY ATANÁZIE NÁZEV HLÁSKY L				NEPŘÍDÁ-VAT SŮL INICIÁLY FEDERERA							
PŮDA ZKYPRĚNÁ PLUHEM								VYHÝBATI SE										
PÁLENÝ CUKR								SYMBOL PAŘÍŽE										