



NEMOCNIČNÍ ZPRAVODAJ

Roč. 16

č. 3–4 / 2005



Foto: Ing. Ivo Houška

Listopad 2005

Editorial

Čas letí jak blázen. Nežli jsme přivykli psát na konci letopočtu místo čtyřky pětku, chýlí se rok ke konci. Své poslední dny také zažívá Nemocniční zpravodaj v podobě, jakou znáte už několik let.

Za prvé chceme, aby vycházel pravidelně začátkem každého čtvrtletí. Za druhé bude mít své pravidelné rubriky – například Úvodník generálního ředitele, Informace z vedení, Společenskou kroniku, Stalo se i Stane se, Knižní novinky, Kongresy, Osobnost, Ošetrovatelství a Drobničky. Bez vaší spolupráce se však neobejdeme. Je pravda, že oč se příjemněji čte, o to je nudnější psát, ale.... Pokud nechceme jen brečet, že nevíme, co se děje na druhém konci „špitálu“, pak musíme sednout k počítači a poslat na pr@nemcb.cz alespoň pět řádek o všem jen trochu důležitém nebo zajímavém, co se v uplynulém čtvrtletí na našem pracovišti stalo nového a co se chystá. S radostí přivítáme také vaše zprávy ze služebních cest. Ideální je 10 – 15 řádek s několika fotografiemi a odkaz, kde lze na intranetu najít plné znění zprávy pro kolegy lékaře a sestry. Nezapomeňte, že věc pro příslušné oddělení samozřejmá, bývá pro jiného překvapivá a navíc užitečná. Ambicí Nemocničního zpravodaje není suplovat vědecké časopisy, ale být v obraze všeho, co se odehrává ve firmě.

Uzávěrka bude každého 15.dne posledního měsíce čtvrtletí. Lednové číslo v novém nemocničním kabátku se tedy uzavře 15.12.2005. Nebojte se, že zapomenete. Od desátého prosince budeme datum připomínat.

Kromě papírové podoby začne Nemocniční zpravodaj vycházet také na intranetu.

Závěrem prosíme a žadoníme : napište, co byste chtěli v plátku, který je tu jen a jen pro vás, číst.

*PhDr. Marie Šotolová
odpovědná redaktorka Nemocničního zpravodaje*

Obsah

Otázky pro generálního ředitele MUDr. Břetislava Shona (Šot).....	3 – 5
MUDr. P. Havránek: Novinky v atestacích.....	5 - 7
Doc. MUDr. P. Petr, PhD: Úřad Zvláštního vyšetřovatele pro narkotika USA.....	7
MUDr. P. Dohnal: Za spánkovou medicínou do Dillí.....	8
MUDr. P. Sadvoký: Dětská sekce České společnosti pro ortopedii a traumatologii.....	9
MUDr. P. Havránek: Kardiologický kongres ve Stockholmu boursal vříté představy.....	9 - 11
MUDr. L. Filip: Českobudějovičtí ortopedi sklidili úspěch v Harrachově.....	11
MUDr. M. Pexa: Chirurgie mi přinášela neskonale štěstí (Šot).....	12 - 14
PhDr. H. Dvořáková: Lékařská knihovna je tu pro vás.....	14 - 15
M. Svobodová: Knihovna Zdrav. soc. fakulty Jihočeské univerzity se představuje.....	16
PhDr. M. Šotolová: Alpy nejen z Kletě.....	17 - 18
MUDr. R. Šiška: Vizitka LOK v Nemocnici Č. Budějovice.....	19
Mgr. L. Franc: O čem jedná ZO OSZSP.....	19
MUDr. M. Verner: Centrální laboratoře jdou do nových prostor.....	20
L. Robauschová: Nový software pro platby cizinců v Nemocnici Č. Budějovice.....	20
PhDr. M. Šotolová: Něco více o nemocniční kapli.....	21
MUDr. F. Vorel: Informace o pacientech pro média.....	22
Mgr. J. Otásková: Dárci krve mezi námi.....	23
Společenská kronika : Atestace 1.1.2005 – 30.9.2005.....	23
Ukončení pomaturitního specializačního studia 1.1.-30.9.05.....	24
Životní jubilea v listopadu a v prosinci.....	25
Odchody do důchodu 30.6.- 30.9.2005.....	25
Drobničky: Velkoplošné logo, PF 2006, Jak jsme se fotografovali, Mezinárodní dny, Kongresy.....	25 - 27

Příloha:

Doc. MUDr. P. Petr, PhD: Nutraceutický vliv fermentovaných masných produktů na mikroflóru trávicího traktu u člověka.....

28-34

Otázky pro generálního ředitele Nemocnice České Budějovice, a.s. MUDr. Břetislava Shona

Pane generální řediteli, čeká naši nemocnici do konce tohoto roku nějaká mimořádně důležitá událost?

Významnou událostí je přemístění plicní léčebny z Hrudkova u Vyššího Brodu do Českých Budějovic a zahájení provozu centrální laboratoří. K přemístění léčebny nás vedly dva hlavní důvody:

Ten první se týká pacientů. Primáři MUDr. Václav Šnorek a MUDr. Ján Lipták se shodují v tom, že pacienti plicních léčen potřebují v dnešní době především farmakoterapii, blízkost odborných statistických laboratoří, dalších diagnostických technologií a možnost konsiliárních vyšetření. To vše je bezproblémově zajištěno v naší nemocnici. Tím druhým důvodem k přestěhování byla ztrátovost léčebny v Hrudkově ve výši 15 – 16 milionů korun ročně. Proto představenstvo rozhodlo po jednání s politiky i starostkou Vyššího Brodu a odsouhlasení Dozorčí radou přestěhovat celý provoz do naší nemocnice.

Pro plicní léčebnu bude sloužit pavilon bývalé „LDN“ v Dolním areálu, kde proběhla rekonstrukce podle nejnovějších technických norem. S otevřením oddělení, kde bude zhruba 55 lůžek, se počítá v polovině listopadu.

Co bude dál s prázdným objektem v Hrudkově?

Hledáme takové vhodné využití, aby budoucí majitel přinesl pracovní místa do oblasti, kde je problém s nezaměstnaností. Jsem bohužel přesvědčen, že je to běh na dlouhou trať. Zatím jsme objekt oplotili a najali k hlídání bezpečnostní agenturu, aby nedošlo k jeho ničení.

Zdravotnickému personálu jsme při jednáních ve Vyšším Brodě nabídli uplatnění v Českých Budějovicích. Kromě dvou sester a primáře s manželkou tuto nabídku všichni odmítli.

Během listopadu čeká nemocnici kromě otevření plicní léčebny také vernisáž budovy centrálních laboratoří. Více na toto téma píše ve svém článku ředitel úseku laboratoří MUDr. Miroslav Verner. Co bude s prostory po stávajících laboratořích?

Některé laboratoře byly v nájmu u jiných subjektů a tyto nájmy ukončíme. Objekt, ve kterém byla umístěna biochemická laboratoř, zůstane zatím prázdný s tím, že uvažujeme o různých variantách využití. Jakmile představenstvo rozhodne o způsobu využití, určitě budou zaměstnanci nemocnice informováni.

Nejsou volné prostory noční můrou generálního ředitele? Co takhle „áčko“ - historická budova nemocnice?

Prázdné prostory pro mne nejsou v žádném případě můrou. Můrou by pro mne byly plné prostory s neefektivní a prodělečnou činností. Jak víte, v přízemí pavilonu A funguje oddělení nukleární medicíny. Záměrem vedení nemocnice je přestěhovat toto oddělení do suterénu onkologického pavilonu „C“. Celá věc ale dosud není zpracována do detailu, neprošla představenstvem, v běhu je výběrové řízení na gama kamery. S tím vším stěhování souvisí.

Budova A je opravena zvenčí tak, aby nechátrala. Zevnitř je třeba udělat řadu oprav na elektroinstalaci, rozvodech vody atd., což v současné době neplánujeme. Pro tuto budovu hledáme co nejracionalnější využití a dokud ho nenajdeme, bude budova zakonzervována.

Áčko poutá pochopitelně pozornost každého, kdo se jen přiblíží k Hornímu areálu. Uvnitř lidé pro změnu zvolní krok, když míjejí romantický domeček proti nejvyššímu pavilonu C.

Myslíte jistě bufet pana Suchého. Zatím není rozhodnuto, k čemu bude tento objekt sloužit. Více budeme vědět, až dokončíme rozšíření nájezdu před pavilonem C. K tomuto rozšíření jsem se rozhodl vzhledem k tomu, že v pavilonu C je řada oddělení, jako kardiologie, gastroenterologie, onkologie, urologie, plicní atd., kam denně přijíždí množství sanit s pacienty s akutními onemocněními. „Běžné“sanity však často blokují celý vchod do pavilonu a znemožňují příjezd sanit rychlé zdravotní pomoci. Proto vznikla myšlenka rozšířit nájezdovou plochu, vytvořit oddělený pruh pro sanity RZP a miniautobus, který bude rozvážet chodící pacienty na jednotlivá oddělení. Zbytek komunikace bude sloužit jako dosud ostatním sanitám. Až uvidíme, jak bude celé prostranství vypadat, rozhodneme se, co s bývalým bufetem dál.

Mimochodem, jak jste spokojený s prodejnou potravin v terminálu?

Vím o kritice. Ale je nutné říci, že ceny v maloobchodech jsou vždy nutně vyšší nežli v supermarketech. Prodejnu provozuje nemocnice ve vlastní režii a nemůže, a ani nechce doplácet na ceny potravin, když potřebuje peníze na přístrojové vybavení, na platy lidí... Vím, že lidem chybí „teplá sekaná, houska a hořčice“, ale normy EU na lahůdkářský sortiment tohoto typu jsou dnes tak náročné, že by pro nás bylo velmi těžké je v daných podmínkách splnit. Přesto jsem přesvědčen, že si tam dnes může každý návštěvník vybrat z velmi bohatého sortimentu. Pokud má někdo ze zaměstnanců konkrétní nápad, co by mělo v prodejně být, rádi se budeme takovým názorem zabývat. Určitě nepočítáme s otevřeným bufetem.

Když už jsme se zastavili v terminálu, je na místě informace o bankomatu.

Nemocnice jedná s Českou spořitelnou o jeho instalaci. Nebude to ale hned, protože banka zatím nemá žádný volný, který by tu umístila.

Věci, o které se v nemocnici hodně mluví, je outsourcing výpočetní techniky...

Nemocnice vypsal výběrové řízení na nemocniční informační systém a proběhly první dvě fáze. S firmou, která zůstala ve hře, zatím není podepsaná smlouva. Pokud by vše dopadlo dobře, mohla by implementace začít počátkem roku 2006. Ale opravdu zatím nechci nic předjímat.

Myslím si, že se lidé už nemohou dočkat, až bude v nemocnici jen jeden jediný informační systém.

To, že čtyři roky tu jsou dva systémy, bylo dáno snahou nejdříve si vyzkoušet, co bude nemocnici plně vyhovovat. A pak zpracovat pokud možno co nejdokonalejší zadávací dokumentaci pro výběrové řízení na systém šitý na míru našemu zařízení. Před těmi čtyřmi roky jsme navíc předpokládali, že se nároky na počítačovou síť změní v souvislosti s otevřením střeoevropského prostoru a se zřízením krajského uspořádání. Potřeba určitého sjednocení souvisejícího se vstupem do EU a vznikem Jihočeského kraje se v oblasti výpočetní techniky bohužel nepotvrdila. Navíc k poslednímu dni roku končí smlouvy s dodavateli stávajících nemocničních informačních systémů. Proto už jsme dále neváhali s vypsaním výběrového řízení, na jehož konci bude stát jednotný informační systém. Vybírá se podle ceny a k ní příslušející kvalitě.

Poslední otázka, byť jsou peníze až na prvním místě: Jak nemocnice hospodaří?

Nemáme dluhy, faktury splácíme podle smluv od čtrnácti dnů do měsíce, přestože zdravotní pojišťovny platí minimálně s měsíčním až dvouměsíčním zpožděním. Průměrné mzdy vzrostly proti roku 2004 na úroveň roku 2003. Tedy opakovaně nám vyčítaný pokles mezd z roku 2004 je již vyrovnán. Velké množství zaměstnanců dostává měsíčně výrazně více než v minulosti, nikdo nedostává méně. Určitě máme zdravou ekonomiku. Rád bych na tomto místě co nejsrdečněji poděkoval všem zaměstnancům, kteří se na tomto výsledku podíleli. Týká se to pochopitelně všech pracovních kategorií od dělnických až po vedení nemocnice.

Rád bych ještě na závěr ubezpečil všechny naše zaměstnance, že se velmi vážně zabýváme otázkou ochrany našich zaměstnanců pro případ pandemie ptačí chřipky. Touto problematikou se zabývala již dvě zasedání představenstva za účasti prim. MUDr. Chmelíka a nemocniční epidemioložky MUDr. Šípové. Jsme připraveni z vlastních zdrojů nakoupit dostatečné množství ochranných pomůcek (pokud nebude celá věc řešena centrálně krajem), děláme vše pro zajištění monovakcíny H5N1 pro všechny zaměstnance.

Opakovaně v mediálních prostředcích inzerovaný pokles mezd v Nemocnici České Budějovice o 17 % mezi roky 2003 a 2004 se nezakládal na pravdě. Celá věc vznikla omylem, když ústředí LOK dostalo neúmyslně z naší nemocnice informaci o tom, že lékaři měli v roce 2003 plat průměrný 49 000 Kč a v roce 2004 jen 40 973 Kč. Pokud by toto byla pravda, potom by skutečně došlo k poklesu o 17%. Realita je ale jiná: v roce 2003 byla průměrná mzda 41476 Kč a 40 973 Kč v roce 2004. To znamená pokles o 2,3 %, který vznikl tím, že v roce 2004 nebyly vypláceny nenárokové odměny, související se třináctým platem. Ústředí LOK již dostalo správnou informaci. Zkrátka a dobře se vloudila chybička. Stane se. V roce 2005 rostou dle našich statistik nadále průměrné mzdy u všech pracovních kategorií.

Novinky v atestacích

MUDr.Pavel Havránek

Zákon 95/2004 nebyl dosud novelizován, platí se všemi chybami a nejasnostmi. Specializovanou způsobilost lze stále získat v 83 různých oborech na základě atestační zkoušky.

Po dobu přípravy musí kandidát pracovat na akreditovaném pracovišti. V průběhu léta 2005 došlo ke změně koncepce pro vytváření sítě akreditovaných pracovišť na základě požadavků EU. Na akreditovaném pracovišti musí probíhat celá příprava uchazeče, nikoli její část. Akreditační komise, jejichž členy jmenovala ministryně zdravotnictví, začaly pracovat v září 2005, mají tedy obtížný úkol vytvořit síť akreditovaných pracovišť pro celou ČR.

Specializační přípravu lze rozdělit většinou na dva stupně, společný kmen a vlastní specializační průpravu. Společných kmenů, základů je celkem 6, interní, chirurgický, pediatrický, radiologický, patologický a hygienický.

Interna je na příklad základním kmenem pro 20 oborů, kmen trvá dva roky, lze tedy předpokládat, že akreditovaná pracoviště pro základní kmen ve vnitřním lékařství musí absorbovat 800 lékařek a lékařů každý rok. I budoucí praktičtí lékaři musí absolvovat patnáctiměsíční přípravu na interním oddělení. Na vlastní specializační přípravu, která je v interně čtyřletá, je nutné počítat s potřebou asi 60-80 míst pro školence ročně.

Z toho je zřejmé, že v některých oborech vzniknou akreditovaná pracoviště alespoň dvojího typu: ta která se akreditují pro přípravu ve společném kmeni, a ta, která budou

akreditována pro přípravu specializační. Pro ilustraci: V současné době funguje v ČR 172 nejružnějších lůžkových interních oddělení a klinik. Z logiky čísel plyne, že akreditaci alespoň

pro základní kmen by měla mít patrně všechna interní oddělení dřívějších větších okresních (tzv. dvojkových) nemocnic.

Na akreditovaná pracoviště budou ale kladeny určité nepodkročitelné požadavky. Jako příklad uvádím návrh požadavků pro akreditované pracoviště ve vnitřním lékařství pro základní kmen:

Neselektovaný příjem nemocných, počet hospitalizovaných alespoň 1000/rok. Primář musí mít atestaci II.st. v oboru vnitřní lékařství, více než 10 let praxe a primářskou licenci. Na takovém oddělení by měl pracovat i lékař s atestací z kardiologie a gastroenterologie nebo další lékař s dosud dvojkovou atestací. Musí tam být oborová nebo mezioborová JIP, návaznost na ARO, chirurgii, neurologii a rehabilitaci, kromě všeobecné interní ambulance musí mít kandidát možnost vidět práci v základních odborných ambulancích, jako je gastroenterologická, kardiologická, diabetologická, nefrologická, revmatologická, pracoviště funkční diagnostiky, TRN, neurologie, rtg a klinické biochemie.

Pro akreditaci s výukou školenců ve specializační přípravě jsou podmínky ještě přísnější. Školeneц musí po celou dobu pod dohledem školitele pečovat o alespoň 10-20 pacientů, ošetřit minimálně 600 ambulantních nemocných. Každý lékař v přípravě musí mít svého školitele s atestací (dosud II.st.), který má 5 let praxe. Jeden školitel by se měl starat maximálně o dva školence!

Pro splnění požadavků na akreditovaná pracoviště vyššího typu, tedy pro specializační přípravu, se budou muset specializovaná oddělení spojovat ve virtuální centra oborů, v akreditační přihlášce musí být specifikovány kompetence jednotlivých oddělení, klinik. Každý školeneц musí mít jasný rozpis aktivit, ve velkých nemocnicích musí být dohodnuta a dodržována cirkulace školenců.

Při akreditaci pracovišť se bude přihlížet také k publikační a vědecké činnosti oddělení, musí být zajištěna knihovnická služba a dostupnost internetu a běžné počítačové techniky.

Zatím platí, že do systému v důsledku platnosti zákona 95 nepřitečou žádné nové finanční prostředky. Jen na odměny pro školitele by bylo potřeba 500 mil. ročně, na platy volně se pohybujících školenců ročně dvě miliardy. Tyto finance nejsou, snad bude novelizován par. 38 zákoníku práce, podle kterého bude mateřské oddělení svého zaměstnance na akreditované pracoviště vysílat. Všichni ale víme, že takto problémy malým oddělením jen narostou a že nejde o systémové řešení.

MZ tedy prodloužilo tzv. přechodné období do června 2009, což se ovšem netýká atestací, které již s jistotou poběží podle nových pravidel.

Tedy bude se atestovat před oborovou atestační komisí, jejíž členy jmenuje a odvolává MZ na návrh odborné společnosti, ČLK a akreditační komise.

Řada lékařů z naší nemocnice bude jistě chtít co nejdříve uzavřít základní kmen podle nového zákona. Dosud nebyla změněna zásada, že kmen musí být ukončen zjištěním vědomostí, tedy nějakou zkouškou, jejíž povaha je zatím nejasná. Půjde asi o písemný multiple-choice test. Předcházet má placený závěrečný kurs, který dosud organizuje IPVZ, do budoucna ale asi obě bude v kompetenci akreditovaného pracoviště vyššího typu.

Zatím se ale bude test po ukončení společného základu konat v Praze, v současné době jsou tyto kurzy již vypsány a je možno je absolvovat.

Nejasná situace je stále u lékařů s první atestací v základním oboru. Podle zákona by si měli doplnit vzdělání podle požadavků a logbooku, aby mohli získat specializovanou způsobilost. Z výkladu zákona a vyhlášek zatím není jasné, zdali po tomto doplnění musí absolvovat atestaci, jinou zkoušku, test, nebo zdali bude stačit vyjádření školitele. Stále platí

paragraf 44 zákona č.95/2004 Sb., podle kterého k první atestaci stačí do 5 let doplnit chybějící praxi.

V každém případě je dnešní první atestace v některém z šesti základních oborů platná jako přiznaný základní kmen pro atestace v dalších specializacích.

Na konci přípravy základního kmene potvrzuje všechny splněné výkony, požadované vzdělávacími programy, do logbooku příslušný školitel.

Do listopadu 2005 by měly všechny požadavky na jednotlivé typy akreditovaných pracovišť viset na webu a předpokládá se, že od listopadu bude možno poslat přihlášku, kterou posoudí akreditační komise.

Úřad Zvláštního vyšetřovatele pro narkotika USA **Doc. MUDr. Petr Petr, PhD**

Ve dnech 22. června až 30. června 2005 jsem vykonal pracovní cestu do USA, do New Yorku, stát New York, a dále do New Haven-u, Torrington-u a Wodridge Lake, stát Connecticut..

V New Yorku jsem dne 23. a 24. června navštívil Úřad Zvláštního vyšetřovatele pro narkotika (Special Narcotics Prosecutor). Za americkou stranu se mnou vedl jednání vedl a s činností Úřadu mě seznamoval vedoucí oddělení 60/70 pan Petr Kougasian.

Jednání vyústilo v zájem americké strany účastnit se v ČR na seminářích a při výuce z oblasti drogové prevence a přípravě podmínek nezbytných pro vytváření Drug Free Workplace – „pracovišť prostých drog“. Dále v připravenost Američanů vyšetřit cca 19 pracovníků Úřadu zvláštního vyšetřovatele pro narkotika námi vypracovanou metodikou hodnocení HRQoL s použitím dotazníku SF-36 v anglické verzi. Údaje budou srovnány s dosavadními výsledky shromážděnými našimi odborníky v rámci české a jihoafrické policie. Panu Kougasianovi jsem předal vzorové formuláře dotazníku SF-36 v anglické jazykové mutaci a kopie dosavadních publikací české strany týkající se HRQoL u policejních a dalších ozbrojených složek. (viz Závislosti a my, ročník 2004 a 2005)

Dále Američané přijmou praktikanty/stážisty dle výběru české strany, v počtu 2-4 osoby na semestr.

V Connecticutu jsem ve dnech 25. – 27. června navštívil New Haven, sídlo Yaleské a Jihoconnecticutské Státní University, dále Torrington a Woodridge Lake.

V doprovodu pana Alfreda Silvermana jsem shlédl zařízení pro problémovou mládež s pozitivní drogovou anamnézou. Zařízení provádějí selfmonitoring za použití metod „ suché chemie“ zejména z moči, slin a výjimečně i potu.

Dne 28. a 29. června jsem pobýval opět v New Yorku, kde jsem jednal s panem velvyslancem Hynkem Kmoníčkem o možné spolupráci Stále mise České republiky při OSN s naší stranou. Výsledkem jednání je ochota Úřadu velvyslance ČR při OSN přijmout do mise každý semestr 2 praktikanty dle určení naší strany. Za Ministerstvo zahraničních věcí se výběrových řízení zúčastní pan dr.Kára, ředitel odboru OSN na MZV. Praxe bude směřovat zejména na mezinárodní bezpečnostní aspekty protidrogové politiky (Drug enforcement). Sekretariát p. Dr. Káry jsem o této skutečnosti uvědomil.

Získané poznatky, zkušenosti a vědomosti použiji při výuce předmětu Klinická farmakologie, při odborné a publikační činnosti Pracoviště klinické farmakologie a případně dle dispozic generálního ředitele Nemocnice České Budějovice, a.s. i pro další vzdělávání pracovníků naší nemocnice, případně zahraničních kolegů.



Za spánkovou medicínou do Dillí MUDr. Pavel Dohnal

Kongres federace kontinentálních společností pro výzkum spánku a spánkovou medicínu se konal 22.- 28.9.2005 v Dillí

Foto: dr. Pavel Dohnal

Setkání, kterého jsem se účastnil, jedinečným způsobem dokumentovalo diagnostické i léčebné postupy jednotlivých škol. Zajímavá v tomto ohledu byla konfrontace japonské a severoamerické spánkové medicíny, jež vychází z tradic dané civilizace. Zaujaly mě i netradiční postupy léčby prostřednictvím indické jógy či australské pojetí neorganické insomnie.

Místo, kde se kongres konal, inspirovalo k životnímu zamyšlení. Způsob soužití jednotlivých hinduistických kast ve městě, někdy nazývaném „Tržnicí světa“, není pro Evropana během několika dní pochopitelný. Určitě vnímá extrémy v podobě pohádkového bohatství i chudoby, kdy dotyčný skutečně nemá nic než ošacení na sobě. Svět emocí je však vyhrazen svobodomyšlnému spiritismu, kterým je každý hinduista prodchnut v každém okamžiku svého života. Nezbyvá tak prostor pro pocity zmaru, jimiž by byl našinec určitě zahlcen.

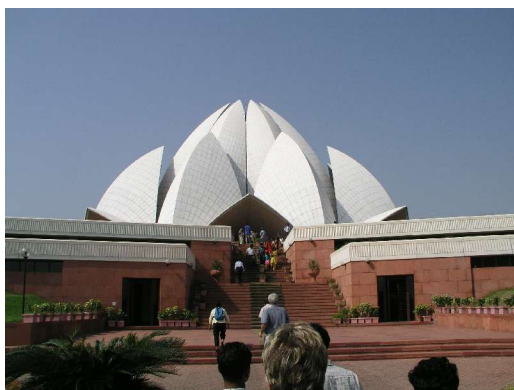


Foto: dr. Pavel Dohnal

Lotosový chrám, nechal postavit v r. 1986 Bahá'u'alláh, vyznavač víry Bahá'í. Tolerantní smýšlení Indů je velkým předpokladem pro polyteismus. Každý sem může přijít a pomodlit se podle svého vyznání. Bahá'í provozuje Townshend International School v Hluboké nad Vlt.



Foto: dr. Pavel Dohnal

Pohled na staré Dillí do věčně rozestavěných a z evropského hlediska nikdy nedostavěných obydlí. V přízemí bývá obchod, v patře bydlí lidé. Často zde není dost místa a tak se žije i před domem.

4. setkání Dětské sekce České společnosti pro ortopedii a traumatologii **MUDr.Pavel Sadovský**

15.10.2005 proběhla v Třeboni čtvrtá schůze Dětské sekce České společnosti pro ortopedii a traumatologii, tentokrát organizovaná Ortopedickým oddělením Nemocnice České Budějovice a s..Ortopedi z celé ČR jednali zejména o onemocnění kyčelního kloubu, neuroortopedii, tumorech v dětském věku a vrozených vadách, se zaměřením na diagnostiku a terapii. Jednání bylo zakončeno zprávami o zasedáních Evropské a Americké společnosti pro dětskou ortopedii. Účastníci strávili v Třeboni velmi hezký podzimní den a byli spokojeni jak s odbornou, tak se společenskou stránkou setkání.

Kardiologický kongres ve Stockholmu boursal některé vžité představy **MUDr.Pavel Havránek**

Evropský kardiologický kongres ESC se ve Stockholmu konal od 3.do 7.září 2005 již popáté. Důraz byl tentokrát kladen na specifickou problematiku kardiovaskulárních chorob u žen, u kterých je tato problematika často přehlížena, přestože podíl srdečních chorob na mortalitě je u nich větší než u mužů. Ženy jsou dosud méně často vyšetřovány invazivně, nedostanou vždy adekvátní léčbu v primární ani sekundární prevenci. Ani revaskularizace u žen není indikována v takové míře, jako u mužů. Určité zvláštnosti najdeme u žen i v problematice srdečního selhání. Tzv. gender medicine se tedy tlačí do popředí a má jistě svůj význam.

Z celé řady zajímavých sdělení a přednesených výsledků studií bych se rád zmínil nejdříve o několika zdánlivě okrajových sděleních, která ale mohou ovlivnit naše diskuse s pacienty i naše vžité představy.

První takovou studií je **NORVIT**, The Norwegian Vitamin Trial. Dr. Bonaa z university v Trondheimu při presentaci boursal naše představy o úloze plasmatického homocysteinu. V posledních dvaceti letech jsme se na hladinu homocysteinu v plasmě stále s větší důvěrou dívali jako na jeden z nových rizikových faktorů aterosklerózy, jako na nezávislý predikátor rizika infarktu myokardu i cévní mozkové příhody. Bylo také dobře známo, že jeho mírně zvýšené hladiny lze často normalizovat zvýšením příjmu kyseliny listové. Dosud ale nebylo potvrzeno, zda snížení hladiny homocysteinu skutečně sníží riziko infarktu myokardu. Za další nezávislý rizikový faktor byl považován nízký dietní příjem vitamínu B6. Norští autoři se poprvé pokusili ověřit homocysteinovou hypotézu v sekundární prevenci. NORVIT byla randomizovaná, dvojité slepá studie. 3749 pacientů s akutním infarktem bylo rozděleno na čtyři skupiny, z nichž ta první dostávala 0,8 mg kyseliny listové (s 0,4 mg vitamínu B12) a 40 mg vitamínu B6, další dvě skupiny jeden z vitamínů a čtvrtá jen placebo, po dobu 3,5 roku po infarktu. U nemocných na kyselině listové klesla po 2 měsících plasmatická hladina homocysteinu o 28%, takto úspěšně byli léčeni po celou dobu studie. Vitamin B6 hladinu homocysteinu neovlivnil. Hlavním cílem studie bylo vyhodnotit kompozitní ukazatel, fatální i nefatální infarkty myokardu a mozkové cévní příhody. Oproti očekávání dopadli nejhůře pacienti, kteří dostávali všechny výše jmenované vitamíny. V jejich skupině bylo celkem 210 příhod, ve skupině placebové jen 172. Vzestup klinických událostí o 20% byl statisticky signifikantní, více bylo i všech úmrtí a dokonce i nových případů rakoviny, tam ale nárůst statistické významnosti nedosáhl. Autoři studie prohlásili homocysteinovou hypotézu za mrtvou, s tím, že hladina tohoto metabolitu v krvi je jen nevinným souputníkem jiných dějů.

Je pravda, že výsledky jsou dalším důvodem se domnívat, že mírná hyperhomocysteinémie není kauzálním rizikem pro infarkty a mozkové příhody a že nelze doporučit pacientům po infarktu rutinně multivitaminovou suplementaci.

Je ale asi předčasné, poslat homocystein „do starého železa laboratoří“. Vyčkáme výsledků další rozsáhlé britské studie SEARCH. Homocystein stále budeme vyšetřovat u nemocných s pozitivní rodinnou anamnézou infarktů a náhlých smrtí, u kterých nenajdeme klasické rizikové faktory. Dostatečný příjem kyseliny listové a vitamínu B12 v **dietě** budeme nadále našim nemocným doporučovat.

Příjemnější sdělení zaznělo v rámci přednášek základního výzkumu. Alespoň od roku 2003 je už široká veřejnost seznamována s tím, že tmavá čokoláda s vysokým obsahem kakaia je zdraví prospěšná, že obsahuje řadu velmi účinných antioxidantů, že dokáže snižovat krevní tlak. Mléčná čokoláda nefungovala, snad pro interferenci mléka se vstřebáváním antioxidantů. Skupina dr. Hermanna z Zürichu podpořila tento názor studií, zaměřenou na dysfunkci endotelu a adhezi trombocytů. Šlo o ultrazvukové sledování tzv. flow-mediated vasodilatace brachiální tepny u jinak zdravých kuřáků a laboratorní měření adheze trombocytů. I v této práci vyšla vítězně švýcarská tmavá čokoláda, přičemž efekt čtyřicetigramové tabulky trval 8 hodin, po tu dobu dokázala čokoláda pozitivně ovlivnit funkci endotelu a snížit adhezi trombocytů.

Třetí studie zkoumala také zajímavou hypotézu – zdali obecně prospěšné ω -3 mastné kyseliny dokáží fungovat i v akutní situaci a zabránit vzniku život ohrožujících arytmií. Multicentrická evropská studie **SOFA** zkoumala podání buď rybího oleje nebo olejového placebo 546 pacientům s ICD. Aktivně léčená skupina dostávala po dobu jednoho roku 900 mg ω -3 mastných kyselin denně, tedy tolik, jakoby tito nemocní měli v jídelníčku mořskou rybu 4x týdně. Sledovaným cílem byl výskyt fibrilace komor či komorové tachykardie, s výbojem ICD. Placebová skupina nebyla horší, jen ve skupině pacientů po předchozím infarktu myokardu byl trend k lepšímu výsledku. Zvýšená plasmatická hladina ω -3 mastných kyselin tedy proti život ohrožující arytmií nechrání. Na rozdíl od výše zmíněných velkých dávek vitaminů ale ryby neškodí, stále platí, že konzumace rybích pokrmů je prospěšná z hlediska aterogeneze v primární i sekundární prevenci a rybí jídla i olej jistě nemocným po infarktu neškodí.

Další dvě presentované studie jistě nepatří mezi okrajové a spíše kuriózní, jde o práce, které jistě zasáhnou do každodenní práce praktiků, kardiologů i internistů.

Po uveřejnění výsledků studie **ALLHAT** před rokem jsme byli trošku na rozpacích, zdali uvěřit tomu, že diuretika prokazují stejné nebo možná lepší služby v prevenci kardiovaskulárních příhod, hlavně iktů a srdečního selhání u starších nemocných. Její závěry naznačovaly částečně horší výsledky amlodipinu a lisinoprilu proti chlorthalidonu.

Ve Stockholmu presentované výsledky studie **ASCOT-BPLA** tvrdí vlastně pravý opak a jsou v souznění s mnoha poznatky posledního desetiletí. Investigátoři zařadili vysoce rizikové pacienty bez předchozího infarktu myokardu s neléčenou středně těžkou hypertenzí nebo pacienty na monoterapii, ne ideálně kontrolované. Šlo o velmi rozsáhlou, multicentrickou studii, do které bylo zařazeno 19342 pacientů.

Ve studii ASCOT se jevila léčba, založená na amlodipinu a ACE inhibitoru perindoprilu ve všech směrech výrazně lepší, než terapie hypertenze s použitím betablokátoru a diuretika (šlo o atenolol a bendroflumethiazid). Zejména cenný je efekt na fatální a nefatální mozkové příhody, kterým dokázala léčba amlodipinem a perindoprilem předejít podstatně lépe, rozdíl činil 23%. V této studii bylo 63% nemocných starších 60ti let, takže její výsledky můžeme dobře vztáhnout na populaci starších hypertoniků.

Tato léčebná strategie také dokáže velmi účinně zabránit novému vzniku diabetu (o 30% méně), zdá se tedy, že nová taktika léčby starších hypertoniků se právě rodí na konci roku .

2005. Lékové skupiny ACE inhibitorů a blokátory vápníkového kanálu znovu posílily svou pozici.

Druhým častým praktickým problémem ambulantních internistů a kardiologů je stupňovitý výstavba programu terapie srdečního selhání. O potřebě komplexní terapie nikdo jistě nepochybuje. Trochu jsme ale váhali nad otázkou, kdy nasadit betablokátor u nově léčeného pacienta se srdečním selháním. Většinou jsme betablokátor opatrně titrovali po zavedení terapie ACE inhibitorem. Ve Stockholmu byly publikovány výsledky studie CIBIS III, do které byli zařazeni nemocní s ejekční frakcí pod 35%, se stabilizovanou situací chronického srdečního selhání ve funkční třídě NYHA II a III, starší 65 let. Šlo o 1010 pacientů. Výsledky prezentoval dr. R. Willenheimer. Byly sledovány dvě strategie – „první bisoprolol“ (10 mg jednou denně) a „první enalapril“ (2x10 mg denně). Strategie s časným nasazením betablokátoru nepřinesla horší výsledky, byla rovnocenná a bezpečná. Je možné, že u některých vybraných nemocných může zvýšit léčba s prvním použitím betablokátoru šanci na přežití během prvního roku, jak to analýza výsledků naznačuje. Klinik se tedy nyní může bezpečně rozhodnout dle svého uvážení, alespoň u nemocných s mírnou formou srdečního selhání.

Českobudějovičtí ortopedi sklidili úspěch v Harrachově **MUDr.Libor Filip**

6. – 8. 10. 05 jsme se spolu s Dr. Davidem Musilem a Dr. Zdeňkem Vodičkou účastnili 4. ortopedického symposia v Harrachově. Naše účast byla aktivní:

Dr. Musil přednesl přednášku MIS-AL technika TEP kyčle a Laterální přístup se „Z“ plastikou u TEP kolenního kloubu. Dr. Vodička přednášel na téma Chirurgická léčba deformit MCP kloubů u revmatiků. Já jsem se podělil o první zkušenosti s TEP hlezenního kloubu

Kongres se věnoval především novinkám v endoprotetice, zvláště miniinvazivním metodám implantace kyčelních a kolenních kloubů, navigované implantaci a revmatochirurgii. Námí prezentovaný soubor implantací miniinvazivní metodou byl nejobsáhlejší ze všech zúčastněných a prezentované výsledky hodnotili kolegové z oboru pozitivně. Další sdělení v endoprotetice se týkala implantace endoprotéz v méně častých lokalizacích – hlezno, loket, MCP klouby. Byť se jedná o operace s menší četností než jsou implantace v oblasti kyčlí a kolenou, byl také zde patrný rozvoj. Vzhledem k tomuto zaměření byl pro nás kongres velmi přínosný.

Chirurgie mi přinášela neskonale štěstí Rozhovor s MUDr. Miloslavem Pexou



Foto: Šot

Když jsem v září nastoupila do Nemocnice České Budějovice, a.s., začalo mi vadit, jak málo toho vím o její historii. Přestože jsem tu přivedla na svět obě děti, chodila jsem sem na návštěvy za příbuznými a dost často se dívala z ulice na zdejší věžní hodiny. Tak jako já je na tom určitě víc lidí, kteří tady nepracovali celý život. A tak se objevila myšlenka představit v každém čísle Nemocničního zpravodaje nějakou osobnost, která za sebou nechala výraznou stopu. „Udělejte pana primáře Pexu, ten je všemi dodnes milován,“ odpověděl generální ředitel na otázku, kým onu galerii začít. Sehnat MUDr. Miloslava Pexu nebylo vůbec snadné. Ve svých 76 letech stále ještě pomáhá na milované traumatologii, učí na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity i na Střední zdravotnické škole a také čas od času hlídá se svou paní na chalupě vnoučata od dvou synů. Ale nakonec jsme se sešli.

Pane primáři, jak jste se dostal k medicíně? Vy jste z lékařské rodiny?

Ale vůbec ne. Moji rodiče měli za první republiky v Lišově živnost. Maminka byla švadlena a tatínek holič-vlásenkář. Pocházel ze čtrnácti dětí a do Lišova se přizemil z Třeboně. My jsme byli doma jen dva, můj starší bratr zemřel ještě jako dítě a já zůstal sám. Tatínek dbal na to, abych uměl řemeslo. Kdyby se něco stalo, abych se uživil rukama. Někdy říkám, že jsem vyučený holič.

Za to, že se ze mě stal lékař může lišovský pan učitel Slepíčka. To byl skutečný kantor, hrál na housle a chodil s námi na výlety. Tehdy vždycky vyvstala otázka: „Kdo se bude starat o lékárníčku?“ Vybral si mě a já se postupně stal zdravotníkem třídy. Přes jódové péro jsem se dostal do Červeného kříže a začal se o medicínu zajímat trochu víc.

Vy se kromě lékařského cechu také celý život hrdě hlásíte ke skautingu?

Však jsem se kvůli skautu také málem na medicínu nedostal. Maturoval jsem v roce 1948. Předtím jsem vedl v Lišově skautský oddíl. Jenže po Únoru nám svazáci zabrali klubovnu, prostě všechnen majetek. To víte, že se mi to nelíbilo. Navíc, jak už jsem říkal, otec byl živnostník. Ale prosím vás, co to bylo za kapitalistu, když jen dělal lidi krásnými?

Zkrátka, při přijímačkách na medicínu jsem nedostal z ČSSM doporučení. Protože jsem měl výborný prospěch, ptala se mě komise, proč. Tak jsem to po pravdě řekl a už se

s medicínou loučil a myslel na to, co tomu řekne tatínek, až se z Prahy vrátím domů. Když se odpoledne četla jména přijatých, byl jsem ke svému nesmírnému údivu mezi nimi. Když mi předseda komise gratuloval, podal mi levou ruku – to je skautské znamení. A řekl „Buď připraven na všechno a buď dobrý doktor.“ Nikdy poté už jsem ho neviděl, ale díky jemu sem se zřejmě dostal na lékařskou fakultu Univerzity Karlovy.

Co vás přivedlo zrovna k chirurgii?

Zase vzpomenu pana učitele Slepíčku. Ten o mně říkal, že jsem někdy zbrklý. Pravda je, že mě vždycky fascinovala rychlost. Běhával jsem sprint, skákal dálku, vesloval... Dodnes jsem velký fanoušek fotbalu, hokeje, volejbalu. Líbilo se mi vždycky rychlé rozhodování. Chirurgie nabízí nutnost rychlého řešení, které musí být správné. A pak to teplo, které se v člověku rozlije, když se se svým zákrokem správně střetne, dobře ho technicky udělá a vidí, že tomu pacientovi pomohl! Takový slastný pocit možná znají uživatelé drog.

Vám prý ve skautu přezdívali Orel....

Říkali o mě, že jsem jako orel – buď to vyjde nebo ne. Ale orlů bylo mezi skauty hodně, tak mi přezdívkou polatinštili na Aquilu. Se skauty se dodnes scházíme a já jsem hrdý na to, že jsem se stal členem Svojsíkova oddílu. To je velké vyznamenání.

Ostatně až do roku 2000 jsem byl instruktorem Lesní školy pro vedoucí oddílů a učil je poskytovat první pomoc. Scházíme se dvakrát do roka a plníme své přesvědčení - pracovat dál podle svých možností při výchově mladých lidí.

Vraťme se k lékařství. Vy jste se v září r. 1968 přestěhoval z Tábora do Českých Budějovic, protože jste vyhrál konkurs na zástupce primáře zdejší traumatologie. Na tomto oddělení jste pracoval naplno čtvrt století a dodnes sem chodíte jako konzultant. Co považujete za svůj největší profesní úspěch?

Radost mi vždycky udělá, když se setkám s některým ze svých pacientů. Kolikrát už je ani nepoznám a oni se mi připomenou a poděkují, že jsem jim pomohl.

Z koncepčních věcí si cením vzniku Traumacentra. Když v roce 1979 zemřel můj učitel primář Josef Podlaha, tak jsme chtěli pokračovat v duchu jeho představ o péči zraněných. Aby dostali lidé, kteří spolu se zraněním ochrnuli nebo měli těžké popáleniny co nejúplnější a nejlepší okamžitou péči. V 80tých letech se nám podařilo získat dvě antidekubitní vzdušná lůžka, otevřeli jsme pokoj intenzivní péče a začali mimořádně aktivně spolupracovat s odborníky plastické a rekonstrukční chirurgie, neurochirurgy, rentgenology, s anesteziology a řadou dalších specialistů.

Dnes se úsek, který jste léta vedl, jmenuje Oddělení úrazové a plastické chirurgie. Jak se díváte na estetickou chirurgii?

Estetická chirurgie má určitě své oprávnění. Já jsem docela pyšný na to, že jsem stál u zrodu manželství mezi českobudějovickou traumačkou a plastikou. Aby člověk mohl dělat například retransplantace - mikrochirurgii, musí být vzdělaný, ale také mít výdrž. Nesmí cítit hlad, musí výborně vidět, být v kondici.

Já si vzpomínám na sedmnáctiletou dívku s dlouhými černými vlasy. Když přišla, byla skalpovaná, kůže jí visela na zátylku. Před námi byl úkol, jak ji přišít a ještě zajistit, aby vlasy byly nadále vyživované. Nedovedete si představit tu radost, když přišla za čas s dítětem na rukou a řekla mi „Zatahejte si.“ Ty krásné vlasy byly její! Když člověk vidí, že tkáň znovu žije, tak je šťastný, že tu chirurgii nedělal zbytečně.

Dnes mě stále znovu překvapuje vstup dokonalých implantátů. Ale lékař si musí být vědomý etiky a vědět, kdy se má vrátit ke klasice.

Pořád hovoříme o lékařích. Co dělá podle vás sestřičku dobrou sestrou?

Její schopnost ovládnout se, i když je unavená. Pokud dokáže využít výraz obličeje a konejšivé slovo, pak je nezastupitelná. A když je navíc ještě zodpovědná, přináší pacientům i

lékaři klid, pak je to kouzlo a taková sestra, to je světlo zdravotnictví, jak říkávám studentkám při výuce chirurgie.

O ženách mluvíte v superlativech, dokonce jste přesvědčen, že snesou mnohem více nežli muži. Čím to je, že je tak málo žen operáterek?

Já nevím. Ale vezměte si, že existuje jen maskulinum „chirurg“. Femininum „chirurgka“, to vůbec není. Já jsem několik takových žen poznal, byly výborné, ale mužů je v tomto oboru prostě více. Kolegové asi dávají podvědomě kolegyním najevo, že žena má přece jenom ještě jiné poslání a muž chirurg - operovat.

Od promoce v roce 1953 do dneška jste poznal stovky doktorů, tisíce pacientů. Jaké je vaše krédo?

I ve třetím tisíciletí, v době exploze techniky, počítačů, stentů, staplerů, titanových a biodegradabilních implantátů nesmíme zapomenout na to, že laskavé, dobré a povzbuzující slovo je nezastupitelnou součástí léčby. Ať je lékař sebevíce utahaný, nikdy nesmí utéci před pacientem, když se ho ten chce na něco zeptat a odpověď je sebetěžší. Není to anonym, je to člověk, který potřebuje pohládit jako vy, jako já, jako všichni, které máme rádi.

Šot

Lékařská knihovna je tu pro vás

PhDr. Helena Dvořáková

V uplynulých dnech schválil generální ředitel Nemocnice České Budějovice nákup nového knihovnického software KpwinSQL. Tento knihovnický systém pracuje v grafickém prostředí Windows 200/XP. Plně podporuje normalizovaný knihovnický formát MARC 21. Obsahuje všechny knihovnické moduly (akvizice, katalogizace, výpůjčky, modul pro uživatele, modul MeSH). Systém umožňuje sdílenou katalogizaci, tj, stahování již hotových katalogizačních záznamů z národní knihovny ČR a dalších knihoven, což je významné především pro zpracování přírůstků české provenience.

Pro uživatele je systém velice vstřícný, čtenář nepotřebuje složité zaškolení. Může se pohybovat díky jednoduchému formuláři v katalogu lékařské knihovny, rezervovat si požadované materiály, vyhledávat v několika typech dokumentů současně, prostřednictvím odkazů i v jiných knihovnách.

Katalog lékařské knihovny bude na začátku roku 2006 přístupný jak na našem intranetu , tak na webových stránkách lékařské knihovny Nemocnice České Budějovice.

Stejnou verzi knihovnického systému s úspěchem používá například Správa Pražského hradu. Starší verzi mimo jiné 33 nemocničních knihoven, včetně písecké. Více se dozvíte na www.kpsys.cz

Zajímavé knižní novinky v lékařské knihovně Nemocnice Č.Budějovice

STEHLÍK, Jiří – ŠTULÍK, Jan:
Zlomeniny patní kosti. 1. vyd. Praha:
Galén. 2005, 114 s. Signatura K 10.558



Monografie je věnována metodě léčby nitrokloubních zlomenin patní kosti zavřeným postupem, ověřeným sledováním 302 zlomenin u 261 pacientů v letech 1994 – 2001. Tato metoda je všeobecně použitelná, má minimum kontraindikací, umožňuje kvalitní repozici a stabilní fixaci a omezuje riziko vzniku infekčních komplikací. Její dokonalé zvládnutí vyžaduje důkladnou znalost anatomie patní kosti i patologickoanatomické odlišnosti jednotlivých typů zlomenin. V případě kominutivních typů tento postup navíc usnadní provedení časné talokalkaneární dězy, což významně zkrátí nemocnost pacientů. Tato metoda byla Traumatologickou sekcí ČSOT a Českou společností úrazové chirurgie zařazena mezi léčebné standardy. Monografie je doplněna o kapitoly dětské a plastické chirurgie je velkým přínosem jak pro diagnostiku, tak léčebný postup v klinické praxi. Autor doc. MUDr. Jiří Stehlík, CSc. je primářem ortopedického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

DUNGL, Pavel a kol.: Ortopedie. 1. vyd. Praha: Grada. 2005. 1273 s. Signatura: K 10.539

Souhrnná učebnice ortopedie nebyla v českém písemnictví vydána za posledních více než 30 let. Chyběl komplexní a jednotící pohled na celou problematiku. Autorský kolektiv Ortopedické kliniky IPVZ a 1. LF UK v Praze na Bulovce pod vedením prof. MUDr. Pavla Dunga, Dr.Sc. svým dílem tuto mezeru dokonale vyplňuje. Autoři pokrývají nejen výuku a další vzdělání postgraduální, ale i pregraduální. Kniha poskytuje informace lékařům z oboru ortopedie a ortopedické protetiky, a současně lékařům z oborů tematicky souvisejících jako je např. traumatologie, chirurgie, revmatologie, onkologie, rehabilitační lékařství či dětské a dorostové lékařství. Součástí této rozsáhlé monografie je bohatá obrazová dokumentace – v publikaci najde čtenář na 1400 názorných kreseb, fotografií a rtg snímků.

KOUKOLÍK, František : Mozek a jeho duše. 3. přeprac. a rozš. vyd. Praha:
Galén. 2005. 263 s. Signatura K 10.547



Již třetí čtenářsky úspěšné knihy z pera oblíbeného popularizátora vědy a významného odborníka v oboru patologické anatomie a neuropatologie MUDr. Františka Koukolíka pojednává o vztahu mozku a chování, který je jedním z klíčových směrů jak základního, tak užitého výzkumu. Publikace se zabývá smyslovým vnímáním a poznáváním, pamětí, řečí a jazykem, vědomím a orientovanou pozorností, emotivitou, řídicími funkcemi i vědomím ve smyslu sebeuvědomování, včetně jejich poruch. Součástí jsou kapitoly o Alzheimerově chorobě, schizofrenii a depresi.

Knihovna Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity se představuje Marie Svobodová

Jen málokterá českobudějovická instituce je tak svázaná s nemocnicí jako Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity. Třetina zaměstnanců tam učí, třetina se tam učí a třetina o tom uvažuje. Proto vás zveme do tamní knihovny U Výstaviště 26 .

Knihovna Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích plní už pátým rokem základní funkce vysokoškolské knihovny. Navštěvují ji jak zaměstnanci Jihočeské univerzity, tak její studenti, chodí sem veřejnost a knihovnice odtud posílají v rámci meziknihovní výpůjční služby knížky do celé republiky. Když si na internetu najdete v elektronickém katalogu na adrese www.lib.jcu.cz titul, který potřebujete, zajistí vám ho lékařská knihovna Nemocnice České Budějovice přímo na vaše pracoviště nebo do nemocniční studovny.

Pokud chcete navštěvovat knihovnu ZSF sami, připravte si poprvé občanský průkaz a dvacet korun k registraci včetně zřízení čtenářského průkazu.

Knihovna buduje specializované fondy informačních zdrojů v papírové i elektronické podobě podle informačního profilu, který vychází z akreditovaných studijních oborů a realizovaných vědecko-výzkumných záměrů na Zdravotně sociální fakultě JU. Elektronický informační fond je tvořen bibliografickými a fulltextovými databázemi a dalšími elektronicky publikovanými dokumenty, které jsou uloženy na diskovém prostoru serveru knihovny, dále pak souborem licencí pro přístupy do vzdálených informačních zdrojů a systematicky uspořádanými odkazy na volně dostupné informační zdroje. Ve volném výběru je v knihovně uloženo téměř 9 000 knih, 54 periodik a cca 1 800 diplomových, bakalářských a ročníkových prací.

Ve studovně je 12 studijních míst s internetem dostupným na sedmi počítačích.

Výpůjční doba knihovny

pondělí - pátek: 8.00 - 16.00 hod.

sobota mimo prázdniny: 8.00 - 12.00 hod.

telefon: 385102918 , e-mail: knihovna@zsf.jcu.cz

Alpy nejen z Kletě

PhDr. Marie Šotolová

Pamatujete? Když pánbůh dal, byly z jistého balvanu kousek pod observatoří vidět brzy ráno Alpy. Bílé vrcholy říkaly „sáhni si na nás“. Šestnáctým rokem se už smíme dotýkat Dachsteinu a jeho bratří. Spousta českých lyžařů si vyzkoušela, že je víkend na super alpských sjezdovkách vyjde dokonce levněji než doma na mnohem horším sněhu. Pro zaměstnance Nemocnice České Budějovice, a.s. je výlet do Rakouska ještě zvýhodněný.



Foto: dr. Jan Starczewski
Chata v Rossleithenu, která je k dispozici
Nemocnice České Budějovice



Foto: dr. Jaroslav Novák
Celkový pohled na alpskou obec Rossleithen

V centru zimních sportů a letní turistiky Rossleithen jsou celoročně dva čtyřlůžkové apartmány za 7 000,- korun na týden. Úprava ceny jen na jednotlivé dny není možná. Byty jsou v nově postaveném domě vysokohorského stylu. Jsou vybaveny kuchyňkou a vlastním sociálním zařízením. Ložní prádlo je nutné vzít si s sebou, buď vlastní nebo je zdarma zapůjčí a vyperem nemocniční prádelna.

Proč vážit 180ti kilometrovou cestu z Českých Budějovic do Rossleithenu? V zimě je odpověď jasná: deset minut jízdy od chaty je proslulý komplex sjezdovek Hinterstoder, dějiště Světového poháru. O několik minut dál je Wuzeralm, ráj pro skialpinisty. Necelou hodinu se jede do Schladmingu. Odměnou je 220 kilometrů lyžařských tratí.

Pokud však nepatříte mezi vyznavače bílé stopy, jeďte do Rossleithenu v létě. Jen se nekochejte pohledem na úchvatná alpská panoramata stejně jako Rudolf Hrušínský ve Vesničce mé střediskové! Raději navštivte 21 metrovou novou vyhlídkovou věž Wurbauerkogel. Anebo se vydejte do národního parku Kalkalpen v bezprostřední blízkosti městečka. Z osmi set pramenů tam pijí desítky různých zvířat, včetně medvědů. Nad tisíci květin poletuje kolem 1 600 druhů motýlů.

Majitel chaty, kterým není naše nemocnice, si pro sebe pravidelně rezervuje některé týdny. V roce 2006 to budou termíny 21.-27.8. a 25.-31.12. Na toto období není tedy možné objednat si apartmány. Pobyty jsou od soboty do soboty.

Pokud si vyberete pro rok 2006 z ostatních termínů, musíte si je objednat do 30. listopadu jako stornovací poplatek. Objednávky přijímá paní Kadlecová – linka 2120. Pokud se do Alp vydáte, nezapomeňte poslat do redakce Nemocničního zpravodaje 2005 a do 15.12.2005 složit zálohu 1 000,- korun, která v případě zrušení objednávky slouží pr@nemcb.cz hezkou fotografií, aby vaši kolegové měli inspiraci pro svou dovolenou.

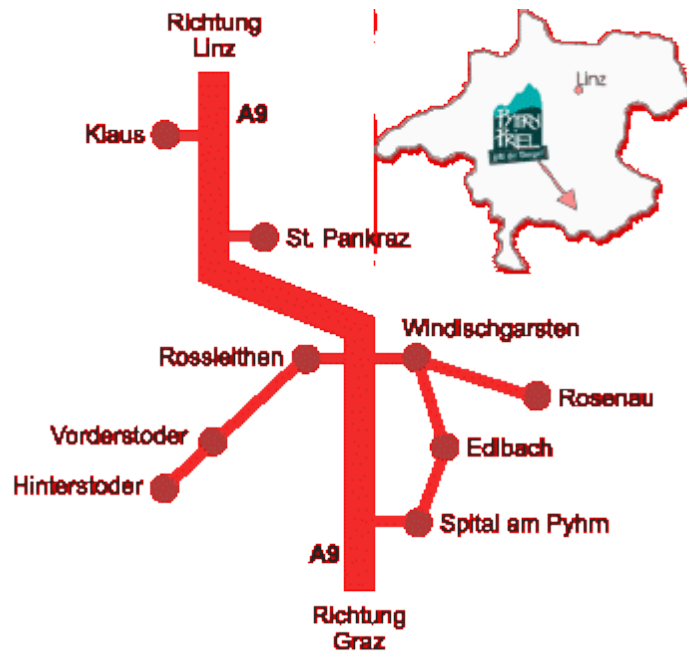


Foto: dr. Jaroslav Novák



Foto: dr. Jaroslav Novák

Oba apartmány jsou moderně zařízené ve venkovském stylu



Šot

Vizitka Lékařského odborového klubu – Svazu českých lékařů v Nemocnici Č.Budějovice, a.s. MUDr.René Šiška

Naše Místní organizace Lékařského odborového klubu – Svazu českých lékařů (dále MO LOK-SČL) má v současné době 196 členů, což je více než 50% lékařů v nemocnici a činí z nás jednu z nejsilnějších MO LOK-SČL v České Republice. Předsedou naší MO je MUDr. René Šiška René a místopředseda MUDr. Marek Chromý.

LOK-SČL vznikl jako profesní odborová organizace lékařů, kteří tvoří vždy mezi zaměstnanci nemocnic minoritu se všemi specifiky lékařského zaměstnání.

V současné době se v odměňování řídíme Mzdovým předpisem platícím do konce roku 2007 a naše aktuální snaha se tedy netýká zvyšování mezd.

Naším hlavním úkolem pro podzim 2005 je dohoda s vedením nemocnice a ZO OSZSP o nové Kolektivní smlouvě.

Pro aktuální informace týkající se LOK-SČL je možné navštívit naši stránku na nemocničním intranetu a přečíst si některý článek, v případě potřeby řešení problému týkající se odborové činnosti možno kontaktovat vedení MO LOK-SČL na adrese lok@nemcb.cz.

O čem jedná ZO OSZSP Mgr. Lubomír Franci

Základní organizace Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče (dále ZO OSZSP) při Nemocnici České Budějovice a.s. má v současné době 576 členů z řad současných i bývalých zaměstnanců.

Ve dnech 10.-12.10.2005 proběhly volby výboru a dozorčí rady ZO OSZSP. Voleb se zúčastnilo 66,7 % oprávněných voličů. Nově zvolený výbor bude pracovat ve složení: Mgr. L.Francí, J.Frolíková, Z. Jaukerová, A.Sedláčková, P.Koukal. Dozorčí rada ZO OSZSP má složení: MUDr. J.Klíma, Bc. J.Štěpánová, J.Bouřilová. Předsedou byl výborem zvolen opět Mgr. L. Franci.

ZO OSZSP řeší problémy všech profesních skupin pracujících v Nemocnici. Hlavní činností odborové organizace je jednání o kolektivní smlouvě a o platových podmínkách zaměstnanců. Mzdový předpis má platnost do 31.1.2007. Novou Kolektivní smlouvu začalo vedení projednávat s odboráři 31.10.2005.

Kromě výše uvedených okruhů činnosti, která se dotýká všech zaměstnanců Nemocnice CB a.s., poskytuje ZO OSZSP svým členům účinnou právní pomoc prostřednictvím erudovaných právníků našeho svazu, poskytuje z prostředků ZO bezúročné půjčky na koupi či rekonstrukci bytu, sociální výpomoci a další výhody.

Centrální laboratoře jdou do nových prostor

MUDr. Miroslav Verner

V roce 1999 rozhodlo vedení nemocnice o transformaci laboratorních oborů do jednotného laboratorního komplexu. Toto rozhodnutí sledovalo prioritně: zjednodušení spojení mezi laboratořemi, klinickými odděleními a dalšími zúčastněnými subjekty v oblasti předávání biologického materiálu a zdravotnických dokumentů, komplexnější přístup k laboratorní diagnostice, odstranění duplicit vyšetření a v manažerské rovině lepší možnosti pro řízení zdrojů.

V novém pavilonu centrálních laboratoří v budově bývalé psychiatrie budou umístěny laboratoře alergologie a klinické imunologie, bakteriologie, lékařské genetiky, klinické hematologie, klinické chemie, parazitologie, mykologie a virologie. V době stěhování se mění i organizační a řídicí struktura ve smyslu jednotného celku, který je rozdělen do 3 sekcí – I. sekce mikrobiologických laboratoří, II. ostatních laboratoří a oborů a III. multioborových laboratoří. Tyto sekce se dělí na jednotlivé laboratoře.

Veškeré laboratorní provozy by měly být přestěhovány do konce listopadu 2005. Poté by měl začít zkušební provoz. Z pohledu klinických oddělení dojde k výraznému zjednodušení zasílání biologického materiálu do centrálních laboratoří přes jednotný centrální příjem. To by mělo zrychlit čas odezvy laboratoří, zejména o zkrácení doby transportu vzorků v době mimo běžnou pracovní dobu a postupně se odstraní multiplicita zadávání identifikací pacientů.

Centrální laboratoře projdou po stěhování za plného provozu postupnou restrukturalizací informatiky a napojení na informační systém nemocnice, což výrazně zkvalitní datovou komunikaci a rychlost výstupů pro potřeby klinických oddělení. Cílem je plná on line komunikace jako základní prvek pro budování expertní nadstavby.

V době stěhování bude nezbytně nutné vzájemně úzce spolupracovat mezi laboratořemi a klinickými odděleními a vzájemně si vyjít vstříc tak, aby krátkodobá omezení provozu laboratoří nenarušovala běžný chod oddělení a v době stěhování se pokud možno omezily nároky na vyšetření na nezbytné minimum. Přesné instrukce budou včas předány všem zúčastněným.

Rekonstrukce budovy a její zařízení pro laboratorní provoz si vyžádalo 130 milionů korun.

Nový software pro platby cizinců v Nemocnici České Budějovice

Linda Robauschová

Úsek Zpracování ekonomických informací Nemocnice České Budějovice připravil program pro zjednodušení administrativy účtování pacientů nepojištěných v ČR. Součástí tohoto programu je základní členění dle země původu pacienta, rozlišení dle předložených formulářů nebo zdravotních průkazů. K nahlédnutí jsou také všechny možné formuláře, kterými by se mohli pacienti prokazovat. Tento program by měl být k dispozici v nejbližší době na intranetu naší nemocnice. Na odděleních, které projeví zájem, je možné provést školení o použití tohoto programu v praxi. O spuštění tohoto programu budete včas informováni.

Něco více o nemocniční kapli

PhDr. Marie Šotolová

Víte, že v budově „J“, kde sídlí Lékařská knihovna, je v 1. patře nemocniční kaple? V bývalé učebně se koná každý čtvrtek od 14. 00 hodin mše. Nejčastěji ji slouží pater Tomasz Piechnik (na fotografii), případně Tomáš Dryje. Oba působí na českobudějovickém děkanství Církve římsko-katolické.

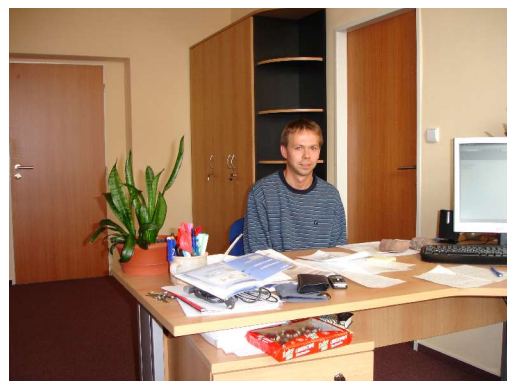


Foto: PhDr. Marie Šotolová

Pane Piechniku, jaká byla vaše cesta z polské vesničky Bielawa do Českých Budějovic?

Jak víte, Polsko je mnohem více nábožensky zaměřené nežli Česká republika. Takže tam není až tak neobvyklé, když se mladý člověk stane bohoslovcem. Já jsem přišel do Prahy už v pátém ročníku teologie a studia jsem dokončil na Karlově univerzitě. Bylo to na základě výzvy českobudějovického biskupa ThDr. Antonína Lišky, který navštívil Polsko a prosil o pomoc při duchovní službě. Jsem tedy vysvěcený pro potřeby zdejší diecéze. Dva roky jsem sloužil v Sušici, pak na Hosíně a teď jsem v Budějovicích.

V českobudějovické nemocnici celebujete jedenkrát do týdne mši, ale také chodíte každé čtvrteční odpoledne navštěvovat věřící přímo na pokoje. Nevadí vám, že Česká republika patří mezi země s největším počtem lidí bez vyznání?

Spíš mě to povzbuzuje, abych lidem pomohl setkat se s Bohem. Často se mi právě v nemocnici stane, že si povídám s nějakou pacientkou a další dvě na pokoji se rozpomenou, jak chodily do kostela a chtějí, abych s nimi promluvil. Co mě mrzí, to je, že chybí čas. S nemocnými můžeme být jen chvíli. Oni bývají rádi, když přijdeme a není proto těžké udělat jim radost.

Vaše služba musí být hodně těžká, hlavně tam, kde už není pomoci.

Podle mé zkušenosti je někdy snazší kontakt s člověkem, který umírá, nežli s pozůstalými. Chtěl bych připomenout, že sestřičky nám mohou v případě potřeby volat 24 hodin denně na čísla 387311 263 nebo 386 350 455 a vždycky někdo z kněží přijde. Pokud už je noc a nejsme v kanceláři, máme telefony přepojené do našich pokojů.

Hovoříte v množném čísle, prozrad'te trochu víc o druhém faráři, který má nemocnici na starosti.

Tomáš Dryje je původem z Pelhřimova. Ještě mu nebylo třicet a je novokněz. Vystudoval Teologickou fakultu Univerzity Karlovy v Praze a tři roky studoval v Římě na Nepomuceu. Možná by vás mohlo zajímat, že pracuje jako spirituál na Biskupském gymnáziu.

Co dělají nemocniční faráři, když mají volno?

Tomášovo záliba je hokej a fotbal a já si rád zahraji šachy nebo si vyjedu na kole.

Dlouhou dobu byly bohoslužby v nemocniční kapli v sobotu. Proč jste je přesunuli na všední den?

Těch důvodů bylo několik. Především řada pacientů, kteří jsou schopni přijít na bohoslužbu, se vrací na víkend domů. Čtvrtek je výhodnější i pro nás, protože máme víc času. V sobotu nás zaměstnávají křty, svatby a další pastorační povinnosti.

Jak se pacienti o vás dozvědí?

My jsme teď nechali vytisknout letáčky s mapkou nemocniční kaple, s termíny bohoslužeb a návštěv u nemocných, s kontakty. Předáváme je sestřám na jednotlivých odděleních, aby je mohly dávat nemocným. Pokud jich nebude dost, stačí si napsat o další na adresu :

dekanstvicb@centrum.cz.

Informace o pacientech pro média MUDr.František Vorel, CSc.

Protože se na pracovníky nemocnice České Budějovice, a.s. obrací velmi často média se žádostí, o poskytnutí informací ke zdravotnímu stavu některých pacientů, upozorňuji na znění zákonů, které jsou stále v platnosti.

§ 55 zákona 20/66 Sb., o péči o zdraví lidu, Povinnosti pracovníků ve zdravotnictví

...(2) Každý zdravotnický pracovník je povinen zejména ...d) zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dověděl v souvislosti s výkonem svého povolání, s výjimkou případů, kdy skutečnost sděluje se souhlasem ošetřované osoby nebo kdy byl této povinnosti zproštěn nadřízeným orgánem v důležitém státním zájmu.

Sankce, vyplývající z § 178 trestního zákona, Neoprávněné nakládání s osobními údaji

- (1) Kdo, byť i z nedbalosti, neoprávněně sdělí, zpřístupní, jinak zpracovává nebo si přisvojí osobní údaje o jiném shromážděné v souvislosti s výkonem veřejné správy, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti nebo peněžitým trestem.
- (2) Stejně bude potrestán, kdo osobní údaje o jiném získané v souvislosti s výkonem svého povolání, zaměstnání nebo funkce, byť i z nedbalosti, sdělí nebo zpřístupní, a tím poruší právním předpisem stanovenou povinnost mlčenlivosti.
- (3) Odnětím svobody na jeden rok až pět let nebo zákazem činnosti nebo peněžitým trestem bude pachatel potrestán, ...b) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 tiskem, filmem, rozhlasem, televizí nebo jiným obdobně účinným způsobem, nebo c) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 porušením povinností vyplývajících z jeho povolání, zaměstnání nebo funkce.

§ 4 zákona 101/2000, o ochraně osobních údajů,

Pro účely tohoto zákona se rozumí osobním údajem jakákoliv informace týkající se určeného nebo určitého subjektu údajů

Pouhý komentář zdravotnického pracovníka pro tisk, že pacient je v nemocnici, je porušení zákona. Tím spíše, když ho umožníme fotografovat. Nepochybují, že jakákoli stížnost by v takovém případě mohla oprávněně vést k trestnímu stíhání. Podat tisku jakékoli informace ústní, písemné nebo obrazové o pacientovi je možné jen s jeho písemným souhlasem, který bude uložen do jeho zdravotnické dokumentace. V případě nezletilých dětí nebo nesvéprávných osob tak může učinit jen jejich zákonný zástupce. Pokud není zákonný zástupce dosud určen, jak se to stalo v případě holčičky, nalezené v Hůrkách u českých Budějovic, není kdo by souhlas udělil a nemocnice tak nemůže o dítěti poskytovat jakékoliv zprávy a dovolit jeho filmování apod.

To, že jiné nemocnice a lékaři o svých pacientech mluví, a to i v televizi, není argument. Podle mého názoru se dopouštějí trestného činu. Zákonodárce od roku 1966 citované ustanovení novelizoval. Patrně je považuje za správné. Já také.

Policie České republiky nechť publikuje, co uzná za vhodné. Zdravotnické právní předpisy ale mnohdy nezná. Ten samý policista, který novináře odkáže na nemocnici, bez mrknutí oka zahájí proti lékaři, který podá neoprávněně informace po jeho doporučení, trestní stíhání.

Dárci krve mezi námi

Mgr.Jiřina Otásková

18. října 2005 jsem se zúčastnila v českobudějovickém hotelu Gomel předávání zlatých křížů, zlatých a stříbrných medailí MUDr. Jana Janského. Stalo se už hezkou tradicí pozvat mnohonásobné dárcce krve a veřejně jim poděkovat, protože svou krev darují bez nároku na odměnu.

Vždycky, když se rozhlížím, vidím tváře lidí, kteří nejsou lhostejní k lidské bolesti. Svým činem, kdy dávají kus sebe sama, projevují lásku člověka k člověku.

Mezi oceněnými byli také zaměstnanci naší nemocnice. Zlatou medaili za 40 odběrů získali : Zdeněk Celý - sanitář ortopedického oddělení, PhDr. Helena Dvořáková - vedoucí knihovny. Stříbrnou medaili za 20 odběrů získal Josef Fencel - sanitář kardiologického oddělení a Tomáš Zápotočný – oddělení informačních technologií.

Všem oceněným srdečně blahopřeji a za pacienty děkuji.

Společenská kronika

Atestace,složené v období 1.1. – 30.9.2005

CEMPÍRKOVÁ Věra MUDr. - Interní odd., CIHLÁŘ Radek MUDr.- AR, ČANÁDYOVÁ Júlia MUDr. – Kardiochirurgické odd., DRBOLOVÁ Markéta MUDr. -Neonatologické.odd., DUŠEK Jiří MUDr. - Neontologické odd., DVOŘÁKOVÁ Dana MUDr. - Psychiatrické odd., FIALOVÁ Marie RNDr. - Virologické odd., KARPIANUS Daniel MUDr. – Kardiologické odd., KLIMEŠ Martin MUDr. – ARO, KLOUB Martin MUDr. - Odd.úraz.a pl.chirurgie, KOZÁK Václav MUDr. - Neonatologické odd., KRAK Martin MUDr.-ARO, NEUMANNOVÁ Soňa MUDr. - Stomatochirurg.odd., NEVŠÍMALOVÁ Miroslava MU Dr. - Nervové odd., PEŠL Michal MUDr.- Odd.úraz.a pl.chirurgie, PETERKOVÁ Lenka MUDr. - Onkologické odd., ROMSAUER Tomáš MUDr. - Kardiologické odd., ŠÍSL Filip MUDr. – ARO, ŠKULAVÍKOVÁ Jozefína MUDr. - Odd.úraz.a pl.chirurgie, TEISLEROVÁ Dana MUDr. - Virologické odd., TOMŠÍKOVÁ Zdeňka MUDr. – Neontologické odd., VITKOVÁ Marie MUDr. - Interní oddělení

Ukončení pomaturitního specializačního studia Středně zdravotního personálu studium PSS v období 1.1.2005-30.9.2005

Příjmení,jméno,titul	Oddělení
BLAHUTOVÁ Lenka	Ortopedické odd.
BLAŽEJOVÁ Natalie	Ortopedické odd.
BUŠTOVÁ Pavla	Ženské odd.
BYLOKOVÁ Marta	Anestez. resust.odd.
ČERKLOVÁ Martina	Neurochirurgické odd
ČERVENKOVÁ Martina	Kardiologické odd.
DRYJEOVÁ Lenka Bc.	Kardiochirurg. odd.
FALUŠIOVÁ Helena	1.odd.násled.péče
FARKAČOVÁ Věra	Kardiologické odd.
HARTOVÁ Radka DiS.	Kardiochirurg. odd.
HAVLÍČKOVÁ Helena	Kardiochirurg. odd.
HEDÁNKOVÁ Jana	Ortopedické odd.
HESOVÁ Jana	Chirurgické odd.
HOLCEPLOVÁ Adéla	Transfuzní odd.
JANNIOVÁ Sylvie	Gastroenterolog.odd.
JAROŠOVÁ Lucie	Chirurgické odd.
JAZVINSKÁ Jana	Kardiologické odd.
JORDÁNOVÁ Ilona	Interní odd.
KADLECOVÁ Martina	Chirurgické odd.
KODLOVÁ Zlataše	Infekční odd.
KOŘÁNOVÁ Martina	Ortopedické odd.
KOVAŘÍKOVÁ Eva	Odd.úraz.a pl.chir.
KRLÍNOVÁ Gabriela	Neonatologické odd.
KŘIVÁČKOVÁ Martina	Chirurgické odd.
KUDLÁČKOVÁ Nina	Anestez. resust.odd.
LHOTSKÁ Daniela	Oční odd.
MACHUTKOVÁ Daniela DiS.	Kardiochirurg. odd.
MAROUŠKOVÁ Lucie DiS.	Ženské odd.
MATOUŠKOVÁ Martina	Interní odd.
MICHALCOVÁ Miroslava	Ortopedické odd.
MRÁZKOVÁ Kateřina	Anestez. resust.odd.
NEUMANOVÁ Soňa	Odd.úraz.a pl.chir.
NEUŽILOVÁ Michaela	Anestez. resust.odd.
NOSKOVÁ Dana	Ženské odd.
PAVLEČKOVÁ Šárka	Ženské odd.
PRAŽÁKOVÁ Anna	Kardiologické odd.
REZKOVÁ Monika	Infekční odd.
RŮŽIČKOVÁ Hana	Anestez. resust.odd.
SÍKOROVÁ Jana	Kardiochirurg. odd.
SLÁMOVÁ Eliška	Odd.úraz.a pl.chir.
STEINHAUSEROVÁ Monika	Odd.klin.biochemie
ŠENKÝŘOVÁ Marie	Chirurgické odd.
ŠPENGER Michal	Odd.úraz.a pl.chir.
TESAŘOVÁ Martina	2.odd.násled.péče
VIDLÁKOVÁ Jitka	Neonatologické odd.
VONDRUŠKOVÁ Dagmar	Kardiologické odd.
VOTAVOVÁ Hana	Kardiologické odd.
ŽÁKOVÁ Klára	Kardiochirurg. odd.
ŽENÍŠKOVÁ Iveta	Urologické odd.

Významná životní jubilea oslaví v listopadu a v prosinci kolegové

SEMERÁDOVÁ Stanislava	2.11. Infekční odd.
ČOUDKOVÁ Jindřiška	7.11. Oddělení úklidu
ŠOTOLOVÁ Marie PhDr.	14.11. Informační oddělení
VOVESNÁ Hana Bc.	21.11. Chirurgické odd.
FAKTOROVÁ Zdeňka	22.11. Odd.nukleár.medicíny
KŘÍŽKOVÁ Helena	8.12. Radiologické odd.
DRMOTOVÁ Marcela	10.12. Interní odd.
CYPROVÁ Olga	18.12. Kardiologické odd.
KRÁLOVÁ Zdeňka	21.12. Transfúzní odd.
MENDLÍKOVÁ Jiřina	21.12. Odd.klin.biochemie
KOVÁČOVÁ Vlasta	22.12. Oddělení úklidu
NEDOROST Jaroslav	26.11. Anestez. resust.odd.
NOVÁK Rudolf MUDr.	26.11. Odd.úraz.a pl.chir.

Od 30.6.do 30.9. 2005 odešli do starobního důchodu a poděkování za práci pro Nemocnici České Budějovice, a.s. si zaslouží

M.Bílková - Bakteriologie, L.Honzová - Oddělení úrazové a plastické chirurgie, E.Hucková -2.ONP, P.Kadoun - Nervové odd., J.Klimešová - Kožní odd., V.Palušová - Bakteriologie, V.Pileček - Správa budov a ploch, O.Pumprová - Klinická biochemie, V.Pytlová - 1.ONP, J.Sobalová - Ortopedie, D.Stehlíková - 1.ONP, D.Suchá - Bakteriologie, M.Tomanová -Bakteriologie, M.Trachtová - Ortopedie, L.Uhlířová - Transfúzní odd.

Drobničky

Velkoplošné logo

Neonatologické oddělení sděluje, že si nechalo pro potřeby svého kongresu vyrobit skládací velkoplošné logo (cca 2 x 1,5 m). Logo dává k dispozici kolegům prostřednictvím Informačního oddělení pro použití na dalších akcích. (1.2015)



Pracovní fotografie loga v prostoru kongresového sálu Bazilika v IGY

PF 2006

Informační oddělení zajistilo pro rok 2006 na návrh generálního ředitele MUDr. B. Shona „péefky“. Kromě předtištěného přání v béžovo-zlatém odstínu je na přírodním kartonu barevná fotografie historické budovy nemocnice „Áčko“. Každé oddělení jich dostane k dispozici 10 ks. Současně bude od poloviny listopadu ke stažení na intranetu elektronická podoba téhož blahopřání.

Jak jsme se fotografovali

Ve fotoateliér se změnila malá zasedačka v budově vedení 17.-18.10. Během dvou dní se tu vystřídala stovka lidí. Před objektivem byl management, primáři, vrchní sestry, vedoucí laboranti... Snímky se použijí do chystané reprezentační brožury o Nemocnici České Budějovice, a.s., která nahradí začátkem roku 2006 modrého Průvodce našeho pacienta. Řada údajů v něm už totiž zastarala. Dále se využijí pro nové webové stránky a konečně budou k dispozici také do účelových publikací - výroční zprávou počínaje a odbornými články lékařů konče.

Od poloviny listopadu budou uloženy ve dvou formátech na Informačním oddělení nemocnice (l.2015). Půjde jednak o formát v tiskové kvalitě, jednak o komprimovaný formát pro mailovou poštu. Právě tyto fotografie dostanou do svých mailů všechny primariáty. Pokud bude zájem o průkazové fotografie (aršík se 4 snímky za 70,-kč) nebo pohlednice (13x18cm za 17,50 Kč, lze si je mailem objednat na adrese fotostarcb@tiscali.cz.



Foto: Šot

Co zaznělo při fotografování

Všichni: „Radši bych šel k zubaři, šla ke gynekologovi!“

Fotograf: „Tvařte se pozitivně!!!“

Primář XY s pobaveným úsměvem na nabídku, nechat si přidělat snímek jako dárek k vánocům: „Žena chtěla kožich, dostane mou fotku...!“

Co nikdy nezaznělo při fotografování

„To jsem rád - ráda, že se fotím!“

Mezinárodní dny OSN v prosinci se vztahem ke zdravotnictví

1.12. Světový den AIDS

3.12. Mezinárodní den lidí s postižením

Kongresy v listopadu a v prosinci 2005

V anketě jsme zjistili, že máte zájem o plán chystaných konferencí a kongresů. Abychom vám mohli dát stoprocentně spolehlivý a vyčerpávající seznam, prosíme o průběžné zasilání informací, jaké akce vaše oddělení chystá. Adresa je pr@nemcb.cz. Níže uvedený přehled považujte za první vlašťovku nové služby, kde se však některá zajímavá odborná setkání mohla ztratit. Děkujeme za pochopení.

9 - 10.11.2005 Nemocnice CB

Asistence při zavádění centrální žilní kanyly a ošetrovatelská péče u pacienta s centrálním žilním vstupem - odborný krajský seminář

9.11. (14.00 hod.) – 11.11.2005 IGY České Budějovice

22. Neonatologické dny

15.11.2005 Nemocnice CB

[Moderní přístupy v léčbě ran - odborný krajský seminář](#)

25.-26.11.2005 hotel Concertino Jindřichův Hradec

Jihočeské psychiatrické dny

30.11.2005 Aula Bobík , Jihočeská univerzita České Budějovice

Rehabilitační konference při příležitosti 25.výročí otevření lůžek včasné rehabilitace

1.12.2005 Nemocnice CB

[Novinky v problematice ošetrování pacientů s poruchou močení](#)

7.12.2005 Nemocnice CB

[Asistence při zavádění centrální žilní kanyly a ošetrovatelská péče u pacienta s centrálním žilním vstupem - odborný krajský seminář](#)

8.12.2005 Nemocnice CB

[Správné postupy při zavádění a ošetrování periferních žilních kanyl](#)

8.12.2005 České Budějovice - Konzervatoř

Jihočeský diabetologický den

15.12.2005 Nemocnice CB

[Problematika včasné a účinné KPR - krajský odborný seminář](#)

19.-20.12.2005 Výstaviště České Budějovice

International postgraduate course : Aortic Root Surgery

Tiráž:

Vydává Nemocnice České Budějovice, a.s. Ročník 16 (3-4/2005). Odpovědná redaktorka PhDr. Marie Šotolová. Bezplatné. Pouze pro vnitřní potřebu Nemocnice České Budějovice, a.s. Náklad 300 ks.

Sazba, grafická příprava a tisk: A- grafika, Michael Haišman, české Budějovice

PŘÍLOHA

Nutraceutický vliv fermentovaných masných produktů na mikroflóru trávicího traktu u člověka. *Helicobacter pylori* a jeho význam.

Petr Petr (1,2,3), Josef Dolista (2,3), Hana Kalová (1,2,3,4), Alexandra Soukupová (4), Zdeněk Velikovský (5)

1) *Pracoviště klinické farmakologie, Nemocnice Č.Budějovice, a.s*
Doc. MUDr Petr Petr, PhD

2) *Pracoviště klinické farmakologie, Katedra veřejného a sociálního zdravotnictví, Zdravotně sociální fakulta JU Č. Budějovice*
přednosta Doc. MUDr. Vladimír Vurm, CSc.

3) *Vysoká škola evropských a regionálních studií o.p.s., Č. Budějovice*
rektor Prof. Dr. Josef Dolista, ThDr., PhD

4) *EMA- European Medical Agency, n.f., Č. Budějovice*
předseda správní rady Mgr. Hana Kalová

5) *Krajská hygienická stanice, České Budějovice*
ředitel MUDr Zdeněk Velikovský, krajský hygienik Jihočeského kraje

Souhrn: Autoři podávají přehled příznivého dopadu fermentovaných produktů obecně, a fermentovaných suchých masných produktů zvláště, na mikrofloru trávicího traktu u člověka. Zvláštní důraz je kladen na vysvětlení významu kolonisace *H. pylori* pro zdravotní stav a možné efekty potravy na eliminaci *H. pylori* u člověka.

Klíčová slova: Fermentované suché masné produkty, mikroflora trávicího traktu, *H. pylori*, eliminace, Probiotika, Prebiotika, Synbiotika..

Úvod

V návaznosti na naše předchozí sdělení (23) ve kterém diskutujeme pojmy probiotika, prebiotika a synbiotika (16,23,28) a podáváme přehled jejich jak prokázaného tak potenciálního příznivého vlivu na lidský organismus, přistupujeme nyní k jedné užší oblasti zájmu. Je to oblast soustředěného zájmu jak výzkumníků tak producentů potravin.

Jde o vliv probiotik, zejména ve fermentovaných produktech, na mikroflóru lidského trávicího systému. Velký a soustředěný zájem trvá v těchto souvislostech zejména o mikrofloru střevní, a dále o kolonizaci proximálnějších částí gastrointestinálního traktu, tj. žaludku a dvanáctníku, *Helicobacterem pylori*. (8, 13,19,20,21,22).

Probiotika, prebiotika a synbiotika, zejména ve formě fermentovaných mléčných, (4,26,30) a nověji i fermentovaných sušených masných produktů, (17,24,27) jsou studována a hodnocena co do jejich schopnosti příznivě ovlivnit a snížit frekvenci výskytu dysmikrobiálních průjmů, laktosové intolerance, zácpy, projevů dráždivého tračníku (5) a zejména přítomnosti kolonizace trávicího traktu *Helicobacterem pylori* (*H. pylori*) (1,2,4,5,8,13, 23). Tyto úvahy logicky vedou ke snahám, zčásti již dnes úspěšným, prokázat příznivý vliv požívání těchto produktů i na imunitní systém, na prevenci zhoubných nádorových onemocnění a to zejména kolorektálního karcinomu.

***Helicobacter pylori* v humánní patologii**

Od roku 1985 trvá zájem výzkumníků, klinických i praktických lékařů a můžeme říci celé odborné veřejnosti, o zvláštního mikroba, s názvem *Helicobacter pylori*. Běžně se zkráceně označuje jako *H. pylori*. Jeho jméno dobře vystihuje jak jeho vzhled (*helix* = hlemýžď,

spirála) tak místo kde se nejvíce u člověka vyskytuje, totiž pylorus – terminální část žaludku, ve které pylorický kanál končí svěračem – pylorem. Je to krátká 2 až 3x spirálovitě ohnutá tyčka, na jednom pólu opatřená 2 až 3 bičíky. Objeven byl v polovině osmdesátých let v Austrálii a v našem odborném kontextu je diskutován již od roku 1990 (20,21,22). Tento mikrob je naprosto jedinečným - unikátním příkladem adaptace na extrémní podmínky. Přežívá a prospívá tam, kde jiné mikroorganismy rychle hynou, totiž v lidském žaludku, jsa exponován žaludeční šťávě, a v ní zejména kyselině solné.

Tento husarský kousek mu umožňuje jeho enzymatická výbava. Obsahuje ureázu (je po mikrobech kmene *Proteus* nejsilnějším známým producentem ureázy) a rozkládá všudypřítomnou močovinu až na amoniak, a amonný iont NH_4^+ . Touto silnou zásadou vytváří kolem sebe obláček amoniaku a hydroxidu amonného, jakési chemické aktivní brnění, které zcela neutralisuje kyselinu chlorovodíkovou, v žaludeční šťávě přítomnou. Vymyká se tak z normy a z pravidla, že žaludeční šťáva, právě pro obsah trávicích enzymů a kyseliny solné, tráví potravu a zabíjí mikroby. Takto si *H. pylori* nerušeně žije pod hlenem žaludečním, v přímém intimním kontaktu se sliznicí žaludku (a počátečních partií dvanáctníku). Živí se mikroklky, vystylajícími sliznici těchto partií lidského trávicího traktu, a tímto spásáním mikroklků a adhesí ke sliznici způsobuje mikrotraumata- tzv. minimální léze (20,21,2). Ty jsou posléze východiskem tvorby vředů. Dlouhodobá přítomnost *H. pylori* v žaludku, zejména byla-li sledovaná osoba kolonizována v útlém dětském věku, kdy ještě neměla plně rozvinutou tvorbu kyseliny solné v žaludku, vede ke vzniku chronické gastritidy. Zřejmě po letitém trvání tohoto stavu vede i ke zvýšení pravděpodobnosti výskytu rakoviny a dalších nádorů v žaludku.

Platí přitom zásada, čím časněji se člověk *H. pylori* „nakazí“ a čím méně přitom produkuje kyseliny solné, tím méně pravděpodobný je u něho vznik vředové nemoci žaludku a duodena, a tím pravděpodobnější je vznik chronické gastritis. V dospělosti je u těchto osob vyšší pravděpodobnost rakoviny žaludku. Čím později se člověk nakazí, lépe řečeno kolonizuje, *H. pylori*, a čím vyšší má produkci kyseliny solné v žaludku, tím větší je pravděpodobnost, že onemocní vředovou nemocí žaludku a dvanáctníku.

Z geografického a geopolitického hlediska je zajímavé, že prvně zmíněné stavy, to jest časná kolonizace *Helicobacterem pylori* dětstvím a nedostatečná produkce kyseliny solné, jsou velmi rozšířené v tzv. třetím světě, zejména v teplém pásmu (tropy, subtropy). Naproti tomu situace pozdní kolonizace *Helicobacterem pylori* na prahu dospělosti či až v dospělosti, a dobrá/vysoká produkce kyseliny solné jsou typické pro obyvatele vyspělých zemí v pásmu mírném. Tomu odpovídají i zjištěné prevalence gastritidy, nádorů žaludku a vředové nemoci žaludku a duodena, které mají shodnou geografickou a geopolitickou či socioekonomickou distribuci.

Kromě vředové nemoci žaludku a dvanáctníku je význam *H. pylori* intenzivně zkoumán a studován též u Crohnovy nemoci, a v poslední době i u pacientů u nichž se vyskytla rosacea.

U Crohnovy nemoci jsou popsány případy, kdy eradikace *H. pylori* vedla k navození remise. (Mantzaris a spol., 2004, citováno dle 13). U těchto případů nebyla pozorována žádná souvislost mezi typem eradikační terapie, a dosaženou remisí Crohnovy nemoci. Autoři sami zdůrazňují, že jejich nálezy nelze interpretovat ve smyslu možné etiologické role *H. pylori* při vzniku, vyvolání a udržování Crohnovy nemoci, tj. nelze zatím předpokládat, že by *H. pylori* byl příčinou této nemoci..

Klasické léčebné režimy pro eradikaci *H. pylori*.

V situaci kdy dojde k rozhodnutí, že je potřebné *H. pylori* u konkrétní osoby eradikovat, tj. zcela vymýt, máme k dispozici dnes již klasické léčebné postupy. Je to kombinace léků snižujících produkci kyseliny solné, tzv. Inhibitorů protonové pumpy (PPI- Proton Pump Inhibitors) s antimikrobiálními léky, které proti *H. pylori* působí jako proti infekčnímu agens.

Jsou to antibiotika a některá antimikrobiální chemoterapeutika.

Za klasickou se považuje kombinace jednoho léku typu PPI a dvou antibiotik, většinou jednoho betalaktamového a jednoho makrolidového. V našich podmínkách je takovou kombinací kupř. Omeprazol + Amoxycylin + Clarithromycin (uvádíme generické názvy)

Jako příklad kombinace, ve které je zařazeno neantibiotické antimikrobiální chemoterapeutikum můžeme v našich podmínkách uvést Omeprazol + Metronidazol + Amoxycylin.(20,21,22). Léčba se podává většinou po dobu 7-10ti dnů. Za dalších 28 dnů po skončení této kúry se provede minuciesní vyšetření na přítomnost H. pylori u sledované osoby. Bývá to vyšetření endoskopické s následnou mikroskopií vzorku sliznice, kultivační vyšetření tohoto vzorku sliznice a dále jsou k dispozici metody imunologické a metody využívající produkci ureázy Helicobacterem pylori. Tento tzv. Urea-Breath-Test, využívá neškodných radioaktivní isotopů uhlíku, prokazatelných ve vydechovaném vzduchu, pokud je osoba H. pylori kolonizována. Pokud není H. pylori těmito procedurami (použitými v určitých dohodnutých kombinacích, pro které je vyjádřeno i procento a interval spolehlivosti) po uplynutí 28 dnů prokazatelný, hovoříme o jeho eradikaci. Jako eliminaci označujeme stav, kdy nelze H. pylori prokázat ve vyšetřované osobě bezprostředně po skončení léčebné intervence.

Helicobacter pylori. Mají zde probiotika nějakou roli ?

Tuto méně obvyklou a na první pohled provokativní otázku podrobně rozpracovává Filippo Cremonini (5) a další (2,4,13).

Snaha objevit nové , pohodlné, patient-friendly eradikační režimy pro H. pylori neustává. Velká pozornost je u těchto eradikačních režimů- léčebných schémat, věnována jevu compliance pacientů. Jako compliance označujeme stupeň dodržování léčebného režimu, stručně řečeno lékařovy ordinace léků, pacientem. Probiotika, živé mikroorganismy obsažené v potravě (a dle některých autorů i jejich produkty) ovlivňují příznivě zdravotní stav těch, kdo je požívají, a sice interakcí s mikroflorou cílových osob (12,23,25). Jsou zkoumána právě pod zorným úhlem snah zvýšit úspěšnost eradikace H. pylori na straně jedné, a zvýšit compliance pacientů na straně druhé .

Eradikační režimy , v individuálních případech či při malých skupinách intervenovaných osob jistě bezproblémové, se stávají potenciálním nebezpečím z hlediska lékové politiky, pokud bychom jimi intervenovali rozsáhlé populační skupiny. Pokud by totiž velké skupiny obyvatelstva užívaly současně dvě antibiotika, objevuje se významná možnost vzniku mikrobiální bakteriální resistance k těmto antibiotikům i u jiných mikrobů, nežli je H. pylori. Také nežádoucí účinky, které se při celosvětovém rozšíření eradikačních režimů objevují stále častěji, představují značný jak medicínský a etický, tak ekonomický problém. Tyto úvahy vedly ke konceptu promyšleného užití probiotik jako součásti celostního „ managementu“ infekce H. pylori u velkých populačních skupin.

Koncept reciproční inhibice mezi různými bakteriálními druhy se stal podkladem a východiskem pro několik in vitro studií, provedených v posledních několika letech.(5) Z nich získané podklady umožnily rozšířit původní poznatky o probiotickém efektu probiotik na bakterie kolonizující tlusté střevo i na bakteriální situaci v žaludku, tedy na H. pylori.

Protektivní probiotický efekt je nejlépe znám ze sliznice tlustého střeva, kde několik bakteriálních druhů, z nichž nejvýznamnější jsou Lactobacily, prokazatelně inhibuje adhesi patogenních bakterií k povrchu sliznice, příznivě ovlivňují zdravotní stav produkcí antibakteriálních látek (3,11,24), zvyšují lokální produkci IgA ve tkáni a zvyšují sekreci interleukinu 6 a 10 sliznicí. Dále vedou ke zvýšení interferonu gama, tumornekrosis faktoru alfa, stabilizují složení mikroflory tlustého střeva a mají významný efekt na integritu a permeabilitu sliznice.(4,5,23). Tyto zmíněné mechanismy poměrně dobře vysvětlují a

objasňují praktickou evidenci-průkaz příznivého vlivu probiotik v situacích jako jsou cestovatelské průjmy a průjmy při antibiotické léčbě. V poslední době přicházejí i zprávy o remisích navozených u ulcerosní kolitidy podáváním probiotik. Slibné jsou i zprávy o příznivém vlivu probiotik u Crohnovy nemoci (5,13). Zejména u pacientů z tzv. pouchitis, to je vzplanutí Crohnovy nemoci v operativně vytvořeném úseku střeva u operovaných pacientů s Crohnovou nemocí, má podání probiotik výrazně příznivý efekt. (5).

Vedle probiotik přitahují zájem odborné veřejnosti v těchto souvislostech i prebiotika. Jako prebiotika označujeme nevstřebatelné součásti potravy, které interagují s mikrobiální florou člověka a mohou stimulovat či inhibovat stupeň kolonizace příslušným mikroobem, a tím příznivě ovlivnit jeho zdravotní stav.

Mezi prebiotika řadíme některé cukry (zejména inulin), vlákninu a některé bakteriální produkty (12,28).

Studie zabývající se příznivým vlivem probiotik u kolonisace *Helicobacterem pylori* se počínají objevovat kolem roku 1989. Údaje a závěry nashromážděné těmito studii vedly k možnosti přistoupit poté i ke studiím na člověku.

Preklinické studie vlivu probiotik na kolonizaci *H. pylori*

Již krátce po začátku *Helicobacterové* éry, totiž v roce 1989, byly provedeny první pokusy objasnit vliv *Lactobacillus acidophilus* na růst isolátů *H. pylori*. Jako intervenční látka byl použit supernatant tekuté kultury *L. acidophilus*. Studie prokázaly dobře patrnou inhibici růstu *H. pylori* po tomto zásahu. Tento efekt byl vysvětlován tím, že použité probiotikum, tj. *Lactobacillus acidophilus*, produkuje kyselinu mléčnou. (5)

V roce 1997 se podařilo vytvořit model na zvířeti a sice na myši. Podáním *Lactobacillus salivarius* se podařilo významně snížit stupeň adheze *H. pylori* ke sliznici žaludeční. Pokud se zárodkům prosté myši podala současně kultura laktobacilů, a *H. pylori*, zabránily laktobacily zcela kolonizaci pokusného zvířete *Helicobacterem*. I v těchto případech mluvily výsledky pro představu, že na účinku laktobacilů proti *Helicobacteru* se podílí zejména produkce kyseliny mléčné. Supernatant kultury laktobacilů snižuje životaschopnost *Helicobacterů* (tzv. viabilitu), snižuje u nich produkci ureázy, kterou nezbytně potřebují k přežití v kyselém prostředí žaludku, a zabraňuje vzniku histopathologických lesí sliznice. Za nesmírně zajímavé je nutno považovat zjištění, že laktobacily vedou k supresi Interleukinu 8, uvolňovaného tkáněmi po kolonizaci *H. pylori*.

Můžeme tedy považovat za prokázané, že *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus casei* – *rhamnosus* a *Lactobacillus salivarius* inhibuje růst *H. pylori* in vitro.

Klinické studie vlivu probiotik na kolonizaci *H. pylori*

Již počátkem devadesátých let bylo možno přistoupit, na základě poznatků shromážděných preklinickými studii, ke studiím klinickým. Jako určité normativní práce možno uvést projekty uskutečněné pracovní skupinou Marada a spol v roce 1998, Michetti a spol v roce 1999, Canducci a spol v roce 2000, Armuzzi a spol. v roce 2001, kdy tato pracovní skupina publikovala dvě rozsáhlé studie, a konečně Felley a spol v roce 2001. Podrobný přehled těchto nesmírně přínosných prací uvádějí Canducci a spol. (2) a Cremonini a spol (5). Cats a spol. (3) vytvořili skutečný mezník v tomto výzkumu v roce 2003, kdy publikovali svoji stěžejní práci: Effect of frequent consumption of *Lactobacillus* containing milk drink in *Helicobacter pylori* colonised subjects. Zcela recentně se touto problematikou zabývá Byst R. a spol (1).

Jako první parametr byl posuzován stupeň uvolňování isotopu C13 z močovininy, po testačním podání vyšetřovaným osobám. Tím bylo možno usuzovat na ovlivnění stupně

kolonizace vyšetřované osoby *Helicobacterem pylori*, který je v tomto uspořádání jediným zdrojem ureázy v posuzovaném systému. (Tzv. Urea-Breath-Test).

Velký zájem vzbudilo překvapivé zjištění Marady a spol. v roce 1998 (viz výše) kdy byla prokázána eradikace *H. pylori* po podání *Lactobacillus acidophilus* u 50 % exponovaných osob. V navazující studii na větším souboru 120 osob byla u náhodně vybrané poloviny souboru podána ke klasické trojkombinaci (viz výše, str. 3) kultura *Lactobacillus acidophilus*.

V přísném vyhodnocovacím uspořádání systémem „ intention-to treat“ bylo prokázáno, že klasická trojkombinace bez suplementace *Lactobacillus acidophilus* vedlas k eradikaci v 70% případů, ve skupině která obdržela navíc suplementaci *Lactobacillus acidophilus* bylo dosaženo eradikace v 88% případů.

Další studie byly provedeny s *Lactobacillus casei*, var. *ramnosus*, s cílem sledovat zejména výskyt nežádoucích účinků při klasické trojkombinační eradikační terapii. Výskyt nežádoucích účinků léčby byl ve skupině intervenované *L. casei* signifikantně nižší.

Felley a spol. se věnují zejména vlivu probiotik na densitu, tj. hustotu, kolonisace *H. pylori* v pyloru vyšetřovaných osob.(8)

Jako zdroje probiotik v těchto studiích sloužily zprvu supernatanty bakteriálních kultur, nyní se zájem výzkumníků soustřeďuje na potravinářské produkty, v jejich běžné, komerčně dostupné formě. (1,5,17,23,26,27,29,30).

Fermentované potravinářské produkty jako zdroj probiotik. Význam fermentovaných suchých masných produktů

Zatímco fakt, že fermentované mléčné produkty (jogurty, jogurtové mléčné nápoje atd.) obsahují probiotika je dnes všeobecně znám, a marketingově využíván, zůstávaly fermentované masné produkty dlouho v pozadí.

Přitom již od roku 1995 existuje solidní vědecká base pro zvažování příznivého vlivu probiotik z ušlechtilých suchých salámů na lidský organismus. (24). Rodriguez a spol. podali již před deseti lety (24) podrobný průkaz o produkci důležitých antimikrobiálních působců, které vznikají při výrobě a zrání ušlechtilých suchých salámů. Dále se touto problematikou systematicky zabývá Christina Caseová (3) a pracovní skupina Gruder A., spol. (11).

Schillingerovi a Kröckelovi se podařilo v roce 2002 objevit a popsat nový typ *Lactobacilla*, který by mohl být typický pro fermentované masné produkty. Je jím *Lactobacillus versmoldensis*, který se v ušlechtilých suchých salámech Provencalského typu a Milanského typu vyskytuje v koncentracích až 7,8 – 8 log 10 na gram produktu. (27).

Nowroozi a spol. (17) přispěli k poznání významu fermentovaných masných produktů jako zdroje probiotik zejména svými pracemi o *Lactobacillus plantarum* v ušlechtilých suchých fermentovaných masných produktech .

Závěr

Z dosud shromážděných poznatků můžeme uzavřít, že probiotika mají příznivý vliv na zdravotní stav i v oblasti ovlivnění mikroflóry lidského těla. Působí příznivě jak v tlustém střevě, kde snižují přítomnost mikrobu nežádoucích a zejména snižují stupeň jejich adheze ke sliznici, tak v žaludku. V žaludku snižují přítomnost a životaschopnost *Helicobactera pylori*, spolupůvodce vředové nemoci žaludku a dvanáctníku a risikového faktoru pro nádorová onemocnění žaludku.

Jako zdroj těchto probiotik může účelně sloužit komerčně dostupná potrava.

Vedle širší veřejnosti již známých fermentovaných (kysaných) mléčných produktů jsou zejména fermentované suché ušlechtilé salámy (u nás tzv. uherského typu) které představují

organolepticky vynikající a přitom nesmírně vydatný zdroj probiotických člověku prospěšných mikroorganismů a jejich produktů.

P.S.: Po pH 5, což je kritická hodnota pro zdravý efekt, jsou v Čechách fermentovány a produkovány následující salámy, u kterých máme k dispozici jejich mikrobiologické profily:

Kostecký uherák, Křemešník- kostecký trvanlivý salám, Poličan, Herkules - Maso Klatovy, Fuet, Hermin, Sevilla, Čerřínek - Kostecké uzeniny

Literatura

- 1) Byst R., Yoghurt with probiotics fights Helicobacter pylori.. Active Low-Carber Forums, <http://forum.lowcarber.org/archive/index.php/t-210456.html>
- 2) Canducci F., Cremonini F., Armuzzi A., Di Caro S., Gabrielli M., Santerelli L., Nista E., Lupascu A., De Martini D., Gasbarrini A.,
Probiotics and Helicobacter pylori eradication, Dig liver Dis. 2002Sep: 34, Supl 2: S81-3
- 3) Case Christine, Antimicrobial peptides: New Weapons Against Disease.
<http://ocawline.pearsoned.com/bookbind/pubbooks/tfc/medilib/Applications/antiepl.html>
- 4) Cats.A,Kuipers E.J., Boschaerts M. A.R., Pot R. G. J., Vandenbroucke-Grauls M. J. E., Kusters J.G.,
Effect of frequent consumption of Lactobacillus casei-containing milk drink in Helicobacter pylori colonised subjects.
Aliment Pharmacol Ther 2003; 17: 429-435
- 5) Cremonini F., Canducci F., Di Caro S., Santarelli L., Armuzzi A., Gasbarrini G., Gasbarrini A.,
Helicobacter pylori Treatment: A Role for Probiotics? Dig Dis 2001; 19: 144-147
- 6) Farmer E., R. Ihibitory Efect of Yoghurt upon the proliferation of ascites tumour cells.
J Dairy Sci,1987.58:787-8
- 7) Farnworth E.R., Handbook of Fermented Functional Food
Published by C.H.I.P.S. Books, Functional Foods and Nutraceuticals Series, 2004
- 8) Felley C., Michetti P., Probiotics and Helicobacter pylori. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2003, Oct, 17 (5): 785-91
- 9) Fuller R., Probiotics in man and animals. J Appl Bakteriol 1989,66:365-78
New York, N.Y., 2004
- 11) Guder A, Wiedmann I, Sahl HG, Posttranslationally modified bacteriocins- the lantibiotics.
Biopolymers, 2000: 55 (1): 62-73
- 12) Havenaar R., Probiotics: a general view. In: Lactic acid bacteria in health and disease.Vol 1. Amsterdam, Elsevier Applied Sciences Publishers, 1992
- 13) Helicobacter Pylori Infection. In: The Analyst, Internet Health Report, Condition: Helicobacter pylori infection, <http://www.digitalnaturopath.com/cond/C361305.html>
Last updated : october 13, 2004
- 14) Knipe L., Fermented and Dried Meat Products.
Animal Science 552.02, 2004
- 15) Lee C.H., Creative Fermentation Technology for the Future.
Proceedings of 12th World Congress of Food Science and Technology,
July 16-20,2003, Chicago, USA
Ohio State University Press, USA , 2004
- 16) Lilly D.M., Stiwell R.H., Probiotics.Growth promoting factors produced by micro-organisms.
Science,1965, 147:747-8

- 17) Nowroozi Jamileh, Mirzaii Mehdi, A Study of the Characteristics of Lactobacillus Plantarum Isolated from Sausage in Iran.
[http://www.royainstitute.org./yakteh\(ya20-6full.htm\)](http://www.royainstitute.org./yakteh(ya20-6full.htm))
- 18) Parker R.B., Probiotics, the other half of antibiotic story.
Anim Nutr Health 1974,29: 4-8
- 19) Petr P. et al., Lékové interakce. Vydal KÚNZ Č.Budějovice , JČT 1-7877-89, 52 str..
- 20) Petr P., et al., Campylobacter pylori v humánní medicíně. Succus, 2/1990, Avicenum, Praha, ČSFR, ss 1-16
- 21) Petr P., et al. Azithromycin (Sumamed) jeho vliv na eradikaci Campylobacter (Helicobacter) pylori. In vivo. Succus, 2/1990, Avicenum, Praha, ČSFR ss. 16- 21
- 22) Petr P., et al., Citlivost kmenů Helicobacter pylori na Azithromycin a Metronidazol .
Min. Ther. II, VI/48, 1997
- 23) Petr P., Kalová H., Soukupová A., Velikovský Z., Strava pro třetí tisíciletí.
(Probiotika,Prebiotika,Synbiotika. Revoluce, nebo návrat ke kořenům)
Auspicia,2/I, 2004 , ss. 90-95,
- 24) Rodriguez JM, Cintas LM, Casaus P, Horn N, Dodd HM, Hernandez PE, Gason MJ
Isolation of nisin-producing Lactobacillus lactis strains from dry fermented sausages.
J Appl Bacteriol. 1995 Feb;78 (2): 109-15
- 25) Salminen S., Uniqueness of probiotic strains. IDF Nutr News Let 1996 , 4:16-18
- 26) Schaafsma G., State of art concerning probiotic strains in milk products. IDF Nutr News Lett 1996,5:23-24
- 27) Schillinger U, Kröckel L, Franz C.M.A.P., Bantleon A Charakterisation of a new Lactobacillus species isolated from raw fermented sausages. Research Report Series,
Published by Federal Research Centre for Nutrition, Institute of Hygiene and Toxicology,
Haid-und-Neu-Str. 9, D 76131,Karlsruhe, Deutschland, 2002
- 28) Schrezenmeier J., de Vrese M., Probiotics,prebiotics and synbiotics-approaching a definition.
AJCN, Vol. 73, No: 2, 361S-364S, February 2001
- 29) Shah N.P., Probiotics and Prebiotics. Special Highlight: Prebiotics and probiotics,Agrofood Industry hi-tech,January/February 2004, Published by Victoria University, School of Molecular Sciences, P.O. Box 14428 Melbourne City Mail Centre, Victoria 8001, Australia
- 30) Sperti G.S., Probiotics. West Point,CT: AVI Publishing Co., 1971
Steinkraus K.H., Comparison of fermented foods of the East and West. United Nations University Press, Tokyo, 1993 (pp 1-12)
WHO, (1996) Fermentation and Research, WHO/FNU/FOS/96.1