NEMOCNICE
ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s.

ročník 19 č. 3/2009

ZIMA 2009/2010

NEMOCNIČNÍ ZPRAVODAJ

EDITORIAL

Milé a milí,

mám za sebou hutných čtrnáct dní, kdy jsem od rána do podvečera psala zpravodaj. Vždycky si říkám, že ho zvládnu dát do kupy za týden, ale ještě se mi to nikdy nepodařilo. A to prosím pěkně sbírám jako správná drbna své informace průběžně, kdykoli se s někým potkám! To jsem se takhle tuhle setkala s jednou prima lékařkou v supermarketu u ředkviček a hned jsem věděla, na co se ptát v rámci Úvodníku pana předsedy představenstva.

Takže materiál jest předpřipraven, zdálo by se nasnadě ho jen srovnat a dát do latě. Jenže jak píšu, tak mi připadá, že je ve stránkách jakýsi kvásek a ze zamýšlené půl stovky stran je jich nakonec o třetinu víc. Dokonce by jich mohlo být celých osmdesát, kdyby se někteří ze svého původního slibu napsat sem pár řádek nakonec nevytáčeli. Nevadí, snad příště…

Přesto si nemohu stěžovat. Potkala jsem se opět s bezvadnými lidmi, kteří mají co říci. Téměř beze zbytku to platí vždy o zpovědi Osobností. Paní primářka MUDr. Emilie Jakovlevičová nezklamala (a děkuji za skvělé kremrolky, doručené v rámci autorizace!). Když jsem, časově dezorientovaná, pojala úmysl napsat o opravě hodin, které byly snesené z nemocniční věžičky, nečekala jsem, že se setkám s Pavlem Kapplerem. Hodinářem, jakých byste na prstech jedné ruky spočítali. Do poslední chvíle jsem neměla obsazenou rubriku Hobby. Vyslýchala jsem kde koho, ale měla jsem štěstí jen na kolaře, tenisty, čtenáře, zkrátka na koníčky, provozované devadesáti procenty národa. Až si přečtete článek, poznáte, proč říkám, že mne měl pánbůh rád a v hodině dvanácté na mě z poznámek vypadl lísteček MUDr. Jiří Holý.

Na lámání chleba ovšem došlo v Jindřichově Hradci během Sousedské návštěvy. Takovou zimu, jako při cestě autobusem za panem ředitelem Mlčákem jsem nad Vajgarem nezažila, i když mi to město není cizí. Za 28 minut (stopovala jsem si to), nežli jsem proklouzala od autobusového nádraží k nemocnici, se mi chtělo ječet. V dobré se vše obrátilo a neskromně jsem přesvědčena, že nastalo povídání velmi inspirativní.

Přátelé, počtěte si stránky od A do Zet. Snad se dozvíte něco, o čem jste nevěděli. To je vždycky moje největší meta!

PhDr. Marie Šotolová
odpovědná redaktorka Nemocničního zpravodaje

FOTO NA TITULNÍ STRANĚ
Foto: Aleš Baloun

OBSAH

EDITORIAL (šot) 2
ÚVODNÍK PŘEDSEDY PŘEDSTAVENSTVA MUDr. BŘETISLAVA SHONA (šot) 5
ZPRÁVY MANAGEMENTU
Představenstvo Nemocnice České Budějovice, a. s. má jiné složení (šot) 6
Změna v dozorčí radě Nemocnice České Budějovice, a. s. (šot) 7
MUDr. Jozef Filka, CSc.: Nemocnice pokračuje v přípravě na akreditaci podle standardů SAK ČR a na certifikaci podle normy ČSN ISO/IEC 27001 7
Ing. František Bostl: Stavaři se zimy nebojí 8
Z novinek přístrojového vybavení nemocnice (kol.) 9
PhDr. Marie Šotolová: Změna na postu primáře nervového oddělení (MUDr. Drahoslava Tišlerová) 10
KDO JE KDO
PhDr. Marie Šotolová: Advokátní kancelář Jarušek 12
STALO SE
PhDr. Marie Šotolová: Nituška a kapka krve 14
Nové identifikační karty (šot, ing. Pavel Majer) 14
Malí pacienti měli vánoce dvakrát (šot) 15
STANE SE
Ing. Lukáš Tryml: Centrální laboratoře opět v popředí zájmu 16
Spánková laboratoř otevře dveře dokořán (kol.) 17
Odpoledne o právní odpovědnosti (šot) 17
prim. MUDr. Jan Sattran: Na oftalmologii se nezapomíná 17
JEDNOU VĚTOU
Kontrolní den na stavbě dětského oddělení (šot) 17
Klauniáda jedenkrát za týden (šot) 18
Projekty IOP skončily (šot) 18
Vánoční koncert Nemocnice České Budějovice, a. s. 19
Stonožka obětí chřipky (kol.) 19
Lenka Klímová: Jak jinak na leukémii 20
Křest knihy - dítěte českobudějovické nemocnice (šot) 20
PŘEDSTAVUJEME VÁM
MUDr. Ladislav Pešl: Současnost a budoucnost kardiocentra 21
prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc., dr.h.c.: Spolupráce ZSF JU s českobudějovickou nemocnicí 23
MUDr. Jiří Dušek: Zkušenosti českého neonatologa ve Švédsku 25
MUDr. Milan Hanzl, Ph.D.: Komentář k článku MUDr. Jiřího Duška 27
PhDr. Marie Šotolová: Sousedská návštěva v Jindřichově Hradci (Ing. Jan Mlčák, MBA) 29
OSOBNOST
Kůže je zrcadlem vnitřních orgánů (prim. MUDr. Emilie Jakovlevičová, PhDr. Marie Šotolová) 31
KNIŽNÍ NOVINKY 34
V. N.: Barevný svět 35
UTAJENÁ PROFESE
PhDr. Marie Šotolová: Pán věžních hodin (Pavel Kappler) 35
KONGRESY A SEMINÁŘE
Vrcholné setkání anesteziologů (šot) 37
Jihočeské psychiatrické dny 38

MUDr. Zbyněk Tříska: Setkání traumatologů v Českých Budějovicích 38
Sestry v českobudějovickém Metropolu (šot) 38
XVI. Jihočeské onkologické dny (šot) 39
MUDr. Pavel Sadovský: Artroskopický kurz: rameno & koleno 39
Cukrovka není maličkost (šot) 40
Kongresy a semináře Nemocnice České Budějovice, a. s. - 1. pololetí 2010 40

LETEM SVĚTEM

MUDr. Naďa Pavlíčková: Světový glaukomový kongres 41
MUDr. Vladimír Přibáň: Neurochirurgové na světovém kongresu 41
MUDr. Pavel Sadovský: 4. mezinárodní kongres Slovenské společnosti pro artroskopii a sportovní medicínu v Bratislavě 42
prim. MUDr. Václav Šnorek, MUDr. Petr Vaník: Kongres Evropské respirační společnosti 42
MUDr. Jan Pirnos: Léčba maligních lymfomů 45

HOBBY

Bible je vždy výhra (MUDr. Jiří Holý, šot) 47

ODBORY

Mgr. Lubomír Francl: Informace ze Základní organizace Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče 48

SPOLEČENSKÁ KRONIKA

Nové vrchní sestry (šot) 49
Na druhém konci telefonu je ing. Jana Hnízdilová (šot) 49

PŘÍLOHA

Projekty spolufinancované EU 51
MUDr. Jaroslav Novák, MBA: Modernizace a obnova přístrojového vybavení Centra komplexní onkologické péče a traumatologického centra 51
MUDr. Martin Kloub: Českobudějovičtí traumatologové ošetří ročně 50 000 zraněných! 52
prim. MUDr. Bohuslav Kuta, MBA: Přínos projektu IOP pro ARO 54
prim. MUDr. Petr Lhoták: Nové rentgeny z fondů EU 56
MUDr. Jiří Fiedler: Novinky na českobudějovické neurochirurgii 56
MUDr. Ivan Fanta: Na dětském oddělení přibyla řada nejmodernějších přístrojů 57
prim. MUDr. Václav Janovský: Onkologické oddělení českobudějovické nemocnice 59
MUDr. Jana Vančurová: Modernizace a dovybavení úseku teleradioterapie 60
RNDr. Petr Berkovský: Modernizace dozimetrie v českobudějovické nemocnici 61
MUDr. Petr Vítek: Modernizace a dovybavení úseku brachyterapie 62
MUDr. Jan Pirnos: Nová kvalita v přípravě cytostatik 63
prim. MUDr. Václav Šnorek: Nový přístroj na oddělení plicním a TBC pořízený v rámci Projektu IOP - Elektromagneticky navigovaná bronchoskopie: „SuperDimension inReach System“ 64
MUDr. Aleš Petřík, PhD.: Další zlepšení péče pro onkologické pacienty na českobudějovické urologii v rámci IOP 65
prim. MUDr. Jana Přádná: Výkonný barvicí automat pro imunohistologii 66
prim. MUDr. Petr Lhoták: Nový MR scanner v jihočeské metropoli 67

ÚVODNÍK PŘEDSEDY PŘEDSTAVENSTVA MUDr. Břetislava Shona

Pane předsedo, jak hodnotíte rok 2009?

V roce 2009 považuji za nejzásadnější skutečnost, že se udržela kvalita zdravotní péče o naše pacienty. V některých odbornostech jsme rozšířili péči využitím nových diagnostických a terapeutických metod nebo byla zlepšena péče o pacienty obnovou zastaralé přístrojové techniky. Dále se zvyšovaly počty miniinvazivních výkonů.

V investiční výstavbě nemocnice v termínech a požadované kvalitě předávala kontrolním orgánům Regionálního operačního programu jednotlivé etapy výstavby nového pavilonu dětského oddělení. V roce 2009 dále probíhala rozsáhlá rekonstrukce a oprava budovy infekčního oddělení. Skončila také generální oprava nemocniční ubytovny. Pokud se týkalo přístrojových investic, úspěchem byl nákup přístrojů z Integrovaného operačního programu Ministerstva zdravotnictví pro Centrum komplexní onkologické péče a Traumatologické centrum v hodnotě téměř 150 mil. Kč. Tyto přístroje jsou již na místě a většina z nich už slouží pacientům.

Nesmím zapomenout na velký nárůst mzdových prostředků pro naše zaměstnance. V únoru minulého roku proběhlo prvé navýšení, kdy jsme zvýšili tarifní mzdy většiny zaměstnanců o 5 %, přičemž například sestřičkám - absolventkám se zdvihl plat dokonce o 10 %. K druhému navýšení tarifních mezd došlo 1. 8. 2009, a to o 15 % u sester, fyzioterapeutů, laborantů a zdravotních asistentů.

Celkově hodnotím rok 2009 velmi dobře. Na tomto úspěchu se podílel každý ze zaměstnanců nemocnice a já vám za to mnohokrát děkuji.

Jaké jsou priority roku 2010?

Vzhledem k úhradové vyhlášce pro rok 2010, která vychází z hesla všem dobře známého ze sdělovacích prostředků „Dobře už bylo“, dostanou zdravotnická zařízení stejné objemy finančních prostředků jako v roce 2009, respektive budou sníženy (v případě naší nemocnice o cca 20 mil. Kč). Na vysvětlenou: v minulých letech byly úhrady následujícího roku vždy vyšší o přibližně 4-5 %. Z toho se poté hradilo navýšení mezd zaměstnanců a některé nové diagnostické a terapeutické kapacity. Letos budou zároveň zvýšeny limity na zdravotní péči pro pacienty o cca 2 %.

Sice už jste se tématu dotknul, přesto však prosím o souhrn mzdové politiky nemocnice v roce 2010.

Z výše zmíněného vyplývá, že nemocnice pro letošek nemůže počítat s dalším navyšováním mezd. Naopak musí aktivizovat veškeré síly pro hledání všech dostupných finančních rezerv, které jí zajistí co nejlepší rok 2010 a především start do roku 2011. To je z mého pohledu klíčové, neboť skutečný finanční dopad krize do zdravotnictví přijde až v roce 2011. Toto vše musíme zajistit při udržení stávající mzdové úrovně a samozřejmě toho nejdůležitějšího - udržení úrovně a kvality zdravotní péče.

Co se bude letos stavět nebo přestavovat?

V důsledku ekonomické situace ve státě a skutečnosti, že podle vedení pojišťoven i Ministerstva zdravotnictví se letos dočerpají rezervy, je otázkou, jakým způsobem bude probíhat úhrada zdravotní péče v roce 2011. Proto nepočítáme v tomto roce se zahájením žádných velkých investičních akcí. Chceme dodělat vše, co je rozděláno z minulého roku: dokončit pavilon dětského oddělení a opravu infekčního oddělení, provést rekonstrukci

bývalé lékárny na specializované rehabilitační pracoviště a zrealizovat výběrové řízení včetně vlastní dodávky přístrojové techniky Centrálních laboratoří, kterou přislíbil financovat Regionální operační program Jihozápad.

Pacienti ústy lékařů kritizují, že není v terminálu automat na kávu, bankomat a že v areálu není WI-FI. To kritizují i někteří zdravotníci.
Změní se něco v tomto smyslu?

Automat na kávu v terminálu není z důvodů praktických. Terminál má sloužit ke krátkému posezení například při čekání na propouštěného pacienta nebo k odpočinku pacienta, který čeká na odvoz od svých blízkých. Nechceme, aby stolky byly déle obsazeny lidmi, kteří si přijdou popovídat.

O bankomat se pokoušíme dlouhodobě, ale žádná banka ho nechce do terminálu přes opakovaná jednání nainstalovat.

O Wi-Fi jsme zatím nejednali.

Jaké je vaše osobní přání do roku 2010?

Jménem vedení společnosti přeji všem našim pacientům, aby se u nás cítili ještě lépe než v roce 2009, aby byli spokojeni s lidským přístupem našich zaměstnanců, ale i s naší medicínou. Zaměstnancům nemocnice přeji hodně štěstí, zdraví a spokojenosti v rodinném životě, v neposlední řadě aby zvládli všechny složitosti týkající se akreditace nemocnice a přípravy na normu ISO 27001. Všem nám potom přeji, aby se nesplnily nejčernější předpovědi o průběhu pandemie chřipky H1N1.

Přeji si a očekávám velmi úzkou spolupráci vedení společnosti se všemi zaměstnanci na překlenutí všech eventuálních obtíží souvisejících s ekonomickou krizí roku 2010 eventuálně 2011.

Rozhovor připravila PhDr. Marie Šotolová

ZPRÁVY MANAGEMENTU

PŘEDSTAVENSTVO NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, A. S. MÁ JINÉ SLOŽENÍ

Dle zápisu Rady Jihočeského kraje jako jediného akcionáře Nemocnice České Budějovice, a. s., který byl v minulých dnech doručen předsedovi představenstva, došlo k následující změně:

Na svůj post místopředsedy představenstva rezignoval z osobních důvodů k 1. 1. 2010 MUDr. František Vorel, CSc. Nadále zůstává členem vedení nemocnice a primářem soudně lékařského oddělení.

Členem představenstva se stal Ing. Ivo Houška, MBA - předseda představenstva Nemocnice Tábor, a. s., který byl členem tohoto orgánu již v minulosti, kdy zastával v českobudějovické nemocnici funkci technického ředitele.
(viz foto)

ZMĚNA V DOZORČÍ RADĚ NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, A. S.

18.-20. 11. 2009 a 24.-26. 11. 2009 se ve dvou kolech konaly volby do Dozorčí rady Nemocnice České Budějovice, a. s. za tři reprezentanty zaměstnanců, kterým končil jejich mandát (MUDr. Ivan Fanta, Mgr. Lubomír Francl a MUDr. Luděk Štěrba). Obou kol se zúčastnila nadpoloviční většina pracovníků nemocnice, vždy více nežli 1500 osob. Z jedenácti kandidátů nakonec zvítězili zaměstnanci, podporovaní odbory.

Zdeňka Jaukerová
staniční sestra JIP
neonatologické oddělení

MUDr. Petr Pták
lékař
chirurgické oddělení

Bc. Jana Štěpánová
vrchní sestra
ARO

NEMOCNICE POKRAČUJE V PŘÍPRAVĚ NA AKREDITACI PODLE STANDARDŮ SAK ČR A NA CERTIFIKACI PODLE NORMY ČSN ISO/IEC 27001

MUDr. Jozef Filka, CSc.

I v minulém období pokračovaly přípravy Nemocnice České Budějovice, a.s. na akreditaci. Po úvodním období, kdy se jednotliví členové seznamovali s novými akreditačními standardy Spojené akreditační komise ČR, platnými od 1. 9. 2009, byly určeny odpovědné osoby za zapracování jednotlivých standardů do vnitřních dokumentů nemocnice. Na posledním zasedání Rady pro kontinuální zvyšování kvality dne 23. 11. 2009 jednotliví členové upřesnili termíny dodání příslušných směrnic tak, aby většina z nich byla uvedena v platnost v průběhu roku 2010.

Nejdůležitější z hlediska řízení kvality v nemocnici a aplikace akreditačních standardů bude v následujícím období vytvoření směrnic pro vedení zdravotnické dokumentace. Prvním krůčkem v této oblasti bylo zavedení systému ošetřovatelské dokumentace od 1. 12. 2009, který splňuje všechny požadavky vyhlášky MZ ČR č. 385/2006 Sb. v platném znění.

Kromě toho bude zapotřebí zavést účinný systém hlášení a sledování nemocničních nákaz, následně pak ze získaných parametrů odvodit systém jejich prevence, který v konečném důsledku ochrání pacienty a v neposlední řadě ušetří peníze vydávané na jejich léčbu.

Velmi důležitou oblastí z hlediska bezpečnosti pro pacienty, která musí být zapracována do dokumentů nemocnice, je vytvoření jednotného systému perioperační péče a oblast kardiopulmonální resuscitace (dále jen KPR). Dojde k přehodnocení a stanovení povinného vybavení nemocničních pracovišť pomůckami a léky pro KPR, dále k vytvoření systému školení kardiopulmonální resuscitace u všech skupin zaměstnanců s povinností absolvovat toto školení jedenkrát ročně.

Poslední měsíce probíhaly intenzivní práce také v přípravě nemocnice na certifikaci podle normy ČSN ISO/IEC 27001. Dolaďovaly se jednotlivé směrnice, upřesňovaly se termí-

ny plnění jednotlivých úkolů. Rada pro bezpečnost informací připravovala povinná školení všech zaměstnanců k problematice řízení bezpečnosti informací formou E-learningu.

Současně se konaly interní audity na vybraných pracovištích nemocnice, které mapovaly situaci z hlediska plnění normy ISO 27001 a zjišťovaly neshody s uvedenou normou. Auditorský tým (MUDr. Jozef Filka, CSc., Bohumil Hajs, Ing. Jiřina Klimešová, Jitka Koubová, Mgr. Monika Kyselová, Ing. Pavel Majer, Mgr. Jiřina Otásková, MBA, MUDr. Aleš Petřík, PhD., Mgr. Renata Pilečková, Ing. Michal Pinl, Vladimír Řehoř, Mgr. Tereza Sládková, Bc. Marcela Stýblová, Ing. Milan Voldřich, Mgr. Zdeněk Vondra, MUDr. Pavel Žampach) provedl v průběhu dvou měsíců celkem 28 interních auditů na různých klinických a neklinických pracovištích. V současné době už prakticky všechny audity skončily. Auditorský tým je na svém zasedání 9. 12. 2009 zhodnotil a projednal nejčastější neshody respektive zjištění. Některé problémy byly odstraněny ihned, některé však jsou systémové a opakující se napříč nemocnicí a na jejich odstranění bude potřebné vynaložit určité množství peněz. Nejčastějšími zjištěními bylo nedostatečné zabezpečení archivů oddělení, zdravotnické dokumentace na ambulancích, způsob zasílání zdravotnické dokumentace. Nemocnice si naopak vede velmi dobře v zajištění počítačové sítě vůči útokům z vnějšku a v dodržování základních pravidel ochrany citlivých dat pacientů koncovými uživateli, tj. lékaři a sestrami. Závěry z auditů projedná představenstvo Nemocnice České Budějovice, a.s. v rámci ročního přezkoumání celého systému řízení bezpečnosti informací a určí harmonogram postupného řešení zjištěných závad.

STAVAŘI SE ZIMY NEBOJÍ

Ing. František Bostl

Práce na stavbě dětského oddělení pokračují dle schváleného harmonogramu. V rámci dotačního programu ROP skončila druhá etapa ze tří. Uzavření obou již realizovaných etap výstavby proběhlo bez výhrad a s kladným hodnocením distributorem dotačního programu, kterým je Regionální rada regionu soudržnosti Jihozápad. V současné době probíhají práce na poslední etapě, zahrnující vnitřní technologie, například instalaci vzduchotechnických zařízení. Dále pak částečné vybavení objektu zdravotnickou technikou a nábytkem, a to v rozsahu určeném schváleným projektem v rámci dotace. Ukončení celé výstavby by mělo být v dubnu 2010. Formální uzavření celého projektu proběhne o měsíc později. Před otevřením nového pavilonu dětského oddělení a jeho uvedením do plného provozu, plánovaným na červen letošního roku, bude dokončeno vybavení všech stanic s maximálním využitím stávající zdravotnické techniky.

Před koncem roku 2009 skončila na infekčním oddělení oprava celého přízemí, prvního patra a jednolůžkových pokojů ve druhém patře. Byly vyměněny oba původní výtahy a zprovozněna nově přistavěná propojovací chodba k chirurgickému pavilonu s jedním novým výtahem. V roce 2010 zbývá provést rekonstrukci prostorů jednotky intenzivní

péče, která bude ve střední části druhého patra. Na jejím původním místě vznikne zázemí oddělení (zasedací místnost, pracovny lékařů, centrální mytí vozíků pro rozvoz stravy apod.). U nové spojovací chodby bude také dobudován ještě druhý, zásobovací výtah. Všechny opravy a rekonstrukce by měly skončit do poloviny roku 2010.

Z NOVINEK PŘÍSTROJOVÉHO VYBAVENÍ NEMOCNICE

Na konci roku 2009 získalo urologické oddělení multifunkční laser Laser Versa Pulse Power Suite 100W za pět a půl milionu korun. Zakoupením přístroje určeného k operacím nezhoubných onemocnění prostaty tak českobudějovická nemocnice nabízí pacientům kompletní přístrojové vybavení pro řešení této problematiky. S použitím nového laseru jsou zdejší urologové schopni operovat endoskopicky i ty případy, které dosud řešili otevřenou operací. S tím je spojená i kratší doba nutnosti zavedení močové cévky a pochopitelně i pobytu v nemocnici s menším rizikem krvácení.

prim. MUDr. Miloš Fiala

Nová sestava pro artroskopické operace obohatila inventář ortopedického oddělení. Součástí artroskopické věže je monitor s výkonnou kamerou, poskytující snímky ve vysokém rozlišení, které jsou zárukou velmi kvalitního obrazu. Její součástí je záznamové zařízení, na kterém lze pořizovat jednak fotodokumentaci, jednak dynamický záznam videosekvencí, což je pro artroskopické výkony značně instruktivní a také velmi užitečné pro potřeby výuky, tvorbu přednáškových prezentací a v budoucnu také pro komerční pojišťovny k dokumentaci nálezu. Zařízení je dokonce vybaveno možností ukládat videosekvenci do nemocničního digitálního archivního systému. Zdravotní dokumentace tak bude přístupná v elektronické formě podobně jako rentgenové snímky.

MUDr. Pavel Sadovský

V listopadu 2009 zakoupila Nemocnice České Budějovice, a.s. pro ORL oddělení přístroj k objektivní audiometrii. Jedná se o jediný přístroj tohoto druhu v Jihočeském kraji. Klinický systém pro elektrofyziologické vyšetření sluchu NavPro je řešen modulárně a umožňuje všechna v současnosti potřebná vyšetření v rámci objektivní audiometrie.

Přístroj je určen ke stanovení sluchového prahu u dětí do 4 let věku, jeho využití je součástí neurootologického vyšetření u nemocných s vertigem, dále se používá pro posudkové účely, k vyšetření u poruch řeči, před kochleární implantací, při vyšetření nespolupracujících klientů, při rescreeningu po celoplošném screeningu sluchu prováděném u všech novorozenců narozených v českobudějovické nemocnici. **ORL oddělení**

Na podzim r. 2009 obdrželo dětské oddělení nový videogastroskop GIF N 180 EXERA II, s jehož pomocí můžeme vyšetřovat zažívací trakt dětí i v těch nejnižších věkových skupinách, tedy například i kojenců. V současné době tedy dětské oddělení disponuje videogastroskopy pro všechny věkové kategorie dětského věku.

prim. MUDr. Vladislav Smrčka

Ve 2. pololetí roku 2009 zakoupila českobudějovická nemocnice na gastroenterologické oddělení tři přístroje za cca 3 miliony korun. U všech se jedná o obměnu plně amortizovaných stávajících přístrojů.

Konkrétně jde o Videoduodenoskop TJF 160VR. To je endoskop s boční optikou, kterým se provádí diagnostické a terapeutické endoskopické retrográdní cholangiopankreatografie. Vzhledem k nárůstu onemocnění žlučových cest a slinivky břišní, se zvyšuje počet terapeutických procedur prováděných endoskopicky.

Dále oddělení získalo Videogastroskop GIF H180. Tedy dvoukanálový endoskop s přímou optikou určený především k rozsáhlým slizničním resekcím horního zažívacího traktu s potřebou intenzivního stavění krvácení při těchto endoskopických operacích.

Pacientům je dále určen nový dezinfektor endoskopů ETD 3 Plus GA, zajišťující plynulý provoz endoskopického pracoviště s vysokým počtem diagnostických a terapeutických výkonů. Dezinfekce endoskopů podléhá směrnicím a předpisům a je potřeba pro bezpečné vyšetření pacientů zajistit jejich plnění.

prim. MUDr. Olga Shonová

ZMĚNA NA POSTU PRIMÁŘE NERVOVÉHO ODDĚLENÍ

PhDr. Marie Šotolová

K 1. 1. 2010 byla na místo primářky nervového oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s. jmenována na základě výběrového řízení MUDr. Drahoslava Tišlerová (56) poté, co 15 let pracovala jako zástupkyně primáře. Paní primářka je sice narozena v Jindřichově Hradci, avšak většinu svého dětství a dospívání strávila v Praze a v Jihlavě. Od promoce na pražské Karlově univerzitě třicet dva let působila v českobudějovické nemocnici jako neuroložka, respektive epileptoložka.

Paní primářko, kde se vzal váš zájem právě o medicínu a zvlášť o neurologii?

U neurologie mě vždycky bavilo, že se tu musí spousta věcí vyvodit. Není to přímočarý obor, kde je všechno vidět na první pohled. K medicíně jsem ale nesměřovala jednoznačně. Na gymnáziu mě hodně bavila matematika. Jenže jsem se bála, že bych po jejím studiu skončila jako středoškolská kantorka „matyky“, a to se mi moc nechtělo. Zvítězila nakonec medicína, ideální kombinace přírodních věd, ke kterým jsem inklinovala, a kontaktu s lidmi, což je pro mě dodnes hodně důležité.

Ráda věřím, protože kdybych vás měla popsat jedním slovem, pak by to byl „smíšek“.

Měla jsem štěstí, neurologii jsem začala dělat hned po svém nástupu do nemocnice, takže se mi splnilo hned to, co jsem si přála. Později jsem se specializovala na léčbu epilepsie a v tomto úzkém oboru pracuji již dvacátým rokem.

Paní primářko, čím jste výběrovou komisi oslovila?

Protože jsem už půl roku oddělení z pověření vedla, řekla jsem si, že půjdu do výběrového řízení, kde jsem nakonec byla jedinou kandidátkou. Výběrová komise čekala, s jakým přijdu projektem a zdali bude stačit na mé jmenování.

A podařilo se.

Určila jsem si několik základních oblastí, na kterých bych byla ráda, aby českobudějovické nervové oddělení spočívalo. Tou první oblastí je organizace práce. Protože z mého hlediska pracuje na nervovém oddělení méně lékařů, nežli by bylo zapotřebí. Doufám, že za svého primariátu přesvědčím vedení o nutnosti zvýšení počtu zdejších doktorů, i když je mi samozřejmě jasné, že v dnešní době hraje velkou roli ekonomická stránka problému. O to je důležitější dlouhodobé plánování úkolů každého z nich s přihlédnutím k nutnosti pružných změn.

Na téměř čtyřicet standardních lůžek, několik lůžek na jednotce intenzivní péče, na čtyři odborné ambulance včetně Centra pro roztroušenou sklerózu, konzilií v celé nemocnici, EEG, EMG a přibližně 12 000 lidí ročně ošetřených v akutní ambulanci máme deset lékařů. Kvůli tomuto nízkému počtu řešíme dnes a denně problém jejich zastupitelnosti. Nechci se s tímto stavem smířit. A to ani nemluvím o pohotovostních službách! Zatím sloužíme v jednom člověku na lůžkové části plus na jednotce intenzivní péče plus na akutním příjmu i ambulanci a samozřejmě provádíme všechna akutní konzilia v nemocnici. Ale už se trochu začíná blýskat na lepší časy. V nejbližší době, pravděpodobně v březnu, začneme s nasazením druhého lékaře o sobotách a nedělích alespoň na čtyři nejfrekventovanější hodiny. Pro akutní situace v ostatním čase bude k dispozici další lékař na telefonu, který přijede například při podávání trombolýzy, což je situace, kterou jeden lékař nepřetržitě řeší několik hodin. Ideální by samozřejmě bylo, pokud by po celou dobu sloužili dva lékaři. To v současné době možné není, do budoucna to ale bude nutností.

Bez odborných kvalit by ovšem služby lékařů nebyly příliš platné.

Moc ráda bych změnila obecně panující názor, že neurolog je sice schopen nemoc per-

fektně diagnostikovat, ale stejně ji nemůže vyléčit. Méně se už ví o tom, že v posledních letech lze spoustu závažných onemocnění úspěšně léčit.

Své o tom vědí pacienti našich odborných ambulancí. Jednoznačným příkladem jsou nemocní s roztroušenou sklerózou, kteří jsou léčeni v MS centru našeho oddělení. Průběh tohoto závažného neurologického onemocnění je dnes zcela odlišný ve srovnání s nedávnou minulostí a díky novým způsobům léčby se kvalita života těchto lid zásadně zlepšila. Převratné výsledky má epileptochirurgie, která je schopna významně pomoci řadě pacientů s epilepsií, u kterých již nepomáhá podávání léků. Nicméně to je tak úzká specializace, že z naší epileptologické poradny posíláme pacienty k těmto zákrokům na pražské kliniky. Kromě toho je tu především podávání nových generací léků…

Ráda bych rozšířila i poradnu pro nemocné s extrapyramidovými onemocněními, mezi něž patří například Parkinsonova choroba. V této poradně se také úspěšně léčebně aplikuje botulotoxin.

Nelze zapomenout ani na elektromyografickou a elektroencefalografickou laboratoř. Vše bych chtěla pomoci výrazně rozšířit tak, jak se sluší na pracoviště, které v tomto ohledu vyšetřuje a léčí pacienty z celého kraje.

Na špičce ale jsou zřejmě cévní mozkové příhody.

Jistě, to je současná priorita, nejen naše. Od 1. ledna 2010 fungujeme jako iktové centrum, což znamená, že cévní mozkové příhody neboli všem známé mrtvice léčíme komplexně v součinnosti s internisty, neurochirurgy, radiology, ale i třeba s fyzioterapeuty a nelze ani zapomenout na zcela klíčovou spolupráci se záchrannou službou.

Děje se tak podle metodiky ESO, což je Evropská organizace pro mozkové příhody. Tato metodika byla uveřejněna na začátku roku 2009 a my ji už nyní uvádíme do denní praxe. Protože drtivá většina těchto příhod má původ v uzávěru některé z cév, je management léčby touto metodikou standardizován. Při jeho důsledném uplatnění, o což se velmi snažíme, se snižuje úmrtnost o 18 %, závislost postiženého člověka na pomoci okolí dokonce skoro o třetinu a nutnost jeho umístění do zařízení následné ústavní péče o čtvrtinu! Nejde jenom o aplikaci trombolýzy, která uvolní cévní řečiště, ale skutečně o komplexní přístup k pacientovi. Na tom mi velmi záleží.

K tomu, co jste zatím popsala, je však nutné mít lékaře, kteří jdou s dobou.

Samozřejmě, vzdělání na našem oddělení, a nejen pro lékaře, ale i pro sestry, je dalším nosným pilířem mé koncepce. V nejbližší době začneme pořádat jednou za měsíc pravidelné semináře pro lékaře, rádi bychom začali i se semináři pro sestřičky. Kolem nás je sice mnoho odborných knih, ale člověk často už nemá sílu si je po práci nastudovat, je radši, když mu někdo o novinkách v oboru poví. Jistě chceme také letos uspořádat tradiční květnovou oborovou konferenci, na které se setkáváme s neurology z celých jižních Čech.

Jaký je váš sen?

Hodně neskromný ☺. Mou metou by bylo získat II. stupeň akreditace pro neurologické obory. Je to běh na hodně dlouhou trať. Když se to nepodaří mně, tak třeba mému nástupci. Určitě v tom může hrát úlohu, jak se moderně říká, image oddělení. Aby o nás bylo v kladném smyslu slova slyšet v televizi, v novinách, při přednáškách pro pacienty a jejich rodiny. Oceňuji a také se o to osobně snažím, aby byli lékaři zapojeni do pomoci druhým takříkajíc bytostně. Jsem ráda, že jsem například už mnohokrát mohla darovat krev, takže mám zlatou Janského plaketu.

Závěrem: Co děláte, když neděláte?

Velmi ráda vařím a peču. Pro rodinu a občas i pro kamarády na zahradě, kde se sejdeme s kytárkou. Hobby jsou pro mě kytky. A také se samosebou ráda věnuji rodině, hlavně svým dvěma dcerám, které mi dělají radost. Obě jsou jako já lékařky. Jedna se sice trošičku „odrodila“ a pracuje v Praze na psychiatrii, ale druhá, zdá se, zůstane věrná po mámě neurologii. Takže když se sejdeme u stolu, můj muž, který je stavař, má občas dost práce, aby se dostal ke slovu!

KDO JE KDO

„Zavoláme Jaruškovi… Poslali jsme péefku Jaruškovi? V deset to nepůjde, mám tu Jaruška…“ Když jsem jméno Jarušek slyšela z úst předsedy představenstva mnohem častěji, začalo mě zajímat, kdo je ten tajemný JARUŠEK, kterému se z nemocnice telefonuje na mobil non stop, když se vynoří problém? Například, když jsou volby do dozorčí rady a po prvním dnu hrozí, že nepřijde volit své zástupce nadpoloviční většina zaměstnanců. Kolikrát se budou opakovat? (Prý donekonečna, neboť, jak řekl advokát Jiří Jarušek, zákon určuje, kolik musí být voličů a neudává žádný konečný počet volebních kol.) Pamatujete, jak pan doktor Shon volal po této „jobovce“ k zodpovědnosti všechny zaměstnance nemocnice, aby šli volit hned poprvé? Cherzez nikoli la femme, ale viz foto…

To je tedy on - právní poradce Nemocnice České Budějovice, a. s. Usměvavý pětatřicátník, obklopený obrazy jindřichohradeckého Róma Paly Paštiky, ukrytý v uličce za českobudějovickou radnicí.

„Pane Jarušku, jak se člověk dostane k zakázkám pro nemocnici?“

V tomto případě bych řekl, že štěstí přeje připraveným. První práci pro nemocnici jsem dělal poté, kdy mě MUDr. Shonovi doporučila spolužačka. Stalo se tak proto, že věděla o mé předchozí praxi v renomované pražské Advokátní kanceláři Fiala, Profous, Maisner, která měla zkušenosti s prostředím počítačů, outsourcingem a zadáváním veřejných zakázek. Já už jsem v té době opět pracoval doma, tedy v Českých Budějovicích a tehdy tady tolik právníků s obdobnými zkušenostmi nebylo. Dlužno říci, že důvodem mého oslovení byla nutnost zajistit nemocnici právní servis během chystaného outsourcingu na výpočetní techniku, kterou nakonec vyhrála firma IDS.

Proč je právní problematika u tohoto typu veřejné zakázky jiná nežli u všech ostatních?

Především je mnohem širší. Potkává se zde několik právních institutů: právo nájmu, pravidla zajištění servisu počítačů včetně konzultačních služeb a sankční systém, subdodavatelské vztahy, licenční ujednání a k tomu je třeba vzít v úvahu prostředí zdravotnického zařízení. Nejde jen o zabezpečení citlivých dat, ale i o řešení odpovědnosti při výpadku počítačového systému, který v dnešní době může mít pro pacienty fatální následky.

Z mého hlediska jako právníka bylo úspěchem, že zadávací řízení proběhlo bez stížností ostatních uchazečů o outsourcing.

Je to tedy už pět let, co s nemocnicí spolupracujete, a to velmi intenzivně.

Samozřejmě, že jsem byl rád, když spolupráce po prvním kontaktu neskončila, spíše naopak. Dnes nemocnici věnuji více nežli třetinu svého pracovního času. Řeším

velkou směsici právních problémů, především z obchodního práva. Hodně se v součinnosti s ing. Bostlem a panem Kubcem věnuji investicím, opět hlavně zadávání veřejných zakázek. Je tu také agenda pracovně právních vztahů, připomínkování obchodních smluv a pak řada jednorázových záležitostí. Smlouvou mezi Jihočeským krajem a nemocnicí ve věci darovacích smluv na regulační poplatky počínaje, až zmíněným volebním řádem do dozorčí rady akciové společnosti konče. Na druhé straně se nevěnuji řešení sporů mezi pacienty a nemocnicí, to je doména JUDr. Šimáka, který u vás pracuje každé pondělí už řadu let.

Rozumím-li tomu dobře, tak například s rozvody se zaměstnanci nemocnice na vás neobracejí.

Pozor, nezastupuji jednotlivé zaměstnance nemocnice, ale celou vaši firmu. Nicméně advokátní kancelář v městě velikosti Českých Budějovic se nemůže úzce specializovat. My s kolegy sice více pracujeme pro firemní klientelu, například se hodně zabýváme nájemními vztahy v obchodních centrech nebo problémy spedičních firem či třeba právními vztahy při používání elektronických platebních systémů, ale sem tam zastupujeme i soukromé osoby při převodech nemovitostí nebo právě při rozvodových řízeních. Osobně se čím dále více profiluji na právní aspekty zadávání veřejných zakázek.

Když uvážíme, že na zakázku nad dva miliony korun musí být vypsána veřejná zakázka, tak při finančním obratu nemocnice máte o práci jistě postaráno. Nezávidí vám ostatní českobudějovičtí advokáti, že jste získal tak velkého klienta se vzornou platební morálkou?

To víte, že čas od času někdo nějakou poznámku utrousí. Musím pak rozlišovat, jestli je míněna žertem nebo ve zlém. Na rozdíl od notářů, jejichž počet je regulován, tak advokátů může být ve městě tolik, kolik jich tam být chce. Pak záleží na každém, jak se osvědčí. Já se velice snažím, abych dostál důvěře managementu, které se snad už pět let těším. Těžko mohu předeslat, jak dlouho budu pro nemocnici pracovat, ale byl bych rád, kdyby to bylo co nejdéle. Věřím, že nemocnice bude i nadále pokračovat ve svém trendu modernizace a rozvoje, který je dnes hrazen také z evropských peněz. Pak tu budou právníci se znalostí všech úskalí veřejných zakázek zapotřebí. Teď se připravujeme na řešení zadávacích řízení, spojených s modernizací vybavení Centrálních laboratoří.

Ještě bych rád doplnil takovou osobní věc: Vysoce si vážím lékařské profese i práce všech ostatních zdravotníků. Mám nesmírnou úctu k tomu, s jakou odpovědností nastupují denně do práce. Stejně tak si cením kompetentnosti managementu a razance, s jakou přistupují k řešení často nesmírně složitých záležitostí. Proto pro nemocnici také rád pracuji, není pro mě jen bonitní klient, ale víc.

Stačí se podívat při cestě oběma nemocničními areály napravo, nalevo a člověku je jasné, kolik právních kliček se při takovém objemu stavebních a dalších akcí, jaký v posledních letech českobudějovická nemocnice zažívá, musí rozplést. Nemáte někdy strach, že se tady ocitnete nikoliv jako právník v budově vedení, ale jako pacient s diagnózou Přepracování?

To snad ne. Přiznávám, že advokátní praxe mi minimalizuje volný prostor, ale snažím se věnovat se našemu malému chlapečkovi, někdy se mi podaří zahrát si fotbal a něco si přečíst. Sice bych se rád knížkám o světových válkách 20. století nebo o středověku věnoval mnohem více, ale teď zrovna má večer přednost studium dalších a dalších nových zákonných norem. Také je tu nutnost stále zlepšovat angličtinu a němčinu, protože chceme s kolegy z naší advokátní kanceláře pokračovat v orientaci v rámci Evropské unie na zahraniční klientelu.

Držíme tedy palce, aby vám to vyšlo. Dík za rozhovor, po kterém už všichni víme, kdo je JARUŠEK, který je na druhém konci telefonní linky vždy a všude ochotný hledat nemocnici cestu, jak se poprat s hadím klubkem, zvaným „potencionální právní spory“.

Rozhovor připravila PhDr. Marie Šotolová

STALO SE

NITUŠKA A KAPKA KRVE

PhDr. Marie Šotolová

Už počtvrté jsme se u jednoho stolku sešly v budově českobudějovického Oblastního spolku Českého červeného kříže s jeho ředitelkou Hanou Vacovskou a Jitkou Kosáčkovou nad otázkou, jak potěšit jihočeské dárce krve.

Před hledištěm, zcela zaplněným dárci krve a jejich blízkými poděkoval všem MUDr. Ivo Vonke, MBA - ředitel interních oborů Nemocnice České Budějovice, a.s.

V minulých letech se podařilo uspořádat tři koncerty, vždy s velkou podporou Jihočeského kraje a hostujících umělců. Naštěstí jsme našli také letos pochopení u hejtmana Jihočeského kraje Mgr. Jiřího Zimoly, který se na naší transfúzní stanici stal na jaře roku 2009 prvodárcem, i u jeho náměstkyně Mgr. Ivany Stráské. Oba slíbili podporu nejen morální, ale i tu, která umožnila objednat dárcům skleničku červeného vína, stylové koláčky s motivem kapky krve a květinový koš členům opery Jihočeského divadla. Byl to totiž ředitel divadla Mgr. Jiří Šesták, který se připojil k předešlým donátorům a věnoval se svými kolegy dárcům krve dvě stě!!! čestných vstupenek na milou operetu Mamzelle Nitouche.

Představení bylo skvělé. Svým slovem potěšil všechny moderátor Českého rozhlasu České Budějovice ing. Martin Hlaváček, zastupující sice instituci, jež se dlouhá léta podílí na akci Daruj krev s rozhlasem, ale sám je ne-dárcem, neboť prodělal kdysi žloutenku. Své publikum si užívali herci, když s nadsázkou chválili pana Floridóra, že i krev dává. Jevišti naopak tleskali dárci z celého kraje téměř bez konce. Byl to prima večer. Jen nevím, jak se u jednoho konferenčního stolku na Husově třídě vyrovnáme s kolegyněmi z Červeného kříže příští rok, kdy bude čas pro jubilejní pátý ročník. Protože letos jsme za pomoci Jihočeského kraje, Jihočeského divadla a Českého rozhlasu nasadili laťku setsakramentsky vysoko.

NOVÉ IDENTIFIKAČNÍ KARTY

Konec roku bývá hektický. Letos mimo jiných profesí také pro ing. Pavla Majera a jeho kolegyni Lucii Ovádkovou, kteří zajišťovali od 1. října 2009 výrobu nových identifikačních karet pro všechny zaměstnance Nemocnice České Budějovice, a.s.

Ing. Pavel Majer doplňuje: „Nové karty vznikly dle směrnice NCB_SME_09_007. Za tímto účelem zakoupila nemocnice tiskárnu pro barevný potisk plastových karet včetně

možnosti tisknout fotografie v potřebném rozlišení. To byl základní požadavek, jehož cílem bylo odstranit anonymitu osob pohybujících se po naší nemocnici a zároveň v tomto bodě splnit požadavek normy ISO 27001 „Systém řízení bezpečnosti informací“. Do této chvíle bylo vydáno přes 2 500 identifikačních karet. Vydávání nových karet bude probíhat včetně fotografování vždy první pracovní den v měsíci.“

MALÍ PACIENTI MĚLI VÁNOCE DVAKRÁT

Už to tak chodí, že před vánocemi nepřicházejí na dětské oddělení na návštěvu jen rodiče s babičkami a dědečky, ale také, obtíženi patřičným počtem dárků, lidé z nejrůznějších úřadů, firem a společností, chtějící udělat nemocným dětem radost. Vždyť jsou většinou sami mámami a táty od rodin a vědí své o slzách do polštáře, když všechno bolí a „doma“ je za sedmero horami.

První prosincový den předali své dárky, kde mimochodem nechyběly cyklistické přilby s nápisem Milujeme jižní Čechy, hejtman Jihočeského kraje Mgr. Jiří Zimola a ředitelka krajské pobočky Všeobecné zdravotní pojišťovny Ing. Bronislava Hlachová.

Následující den zavítali na dětské oddělení zástupci managementu českobudějovické firmy E.ON Energie a. s. v čele s předsedou představenstva Ing. Michalem Šafářem. Také oni přinesli dárky za 120 000 korun. Dalších 80 000 korun věnovali na vybavení heren v nově stavěném pavilonu. Jednoho z plyšáků si odnesla i malá Magdalenka, která se už zdravá zrovna vracela s maminkou domů.

Šek na 100 000 korun převzal 13. prosince 2009 v budějovickém Mercury Centru primář neonatologického oddělení MUDr. Milan Hanzl, Ph.D. Peníze věnovalo vedení obchodního centra společně se stavební společností Skanska. „Za těch sto tisíc korun koupíme dva speciální monitory. Díky nim mohou děti s váhou pod jeden kilogram být brzo na pokoji s maminkami,“ vysvětlil pan primář. Přístroje totiž sledují zásobení tkání kyslíkem. „Pro vývoj nezralého dětského mozku je velmi důležitá fyzická blízkost matky,“ dodal. Ročně na oddělení pečují o čtyřicítku dětí s porodní váhou pod kilogram. I proto jsou nové přístroje tolik potřebné.

STANE SE

CENTRÁLNÍ LABORATOŘE OPĚT V POPŘEDÍ ZÁJMU

Ing. Lukáš Tryml

Jsou to teprve čtyři roky, kdy byly otevřeny nové Centrální laboratoře Nemocnice České Budějovice, a. s. Nezasvěceným se mohlo zdát, že budou ve své moderní podobě sloužit nezměněny dalších deset, dvacet let. Jenže vývoj laboratorní medicíny a s ním spojených technologií jde dopředu mílovými kroky. Takže už vloni se nemocnice začala ucházet v rámci Regionálního operačního programu Jihozápad o možnost dalších investic do svého moderního laboratorního zařízení. Myšlenku se podařilo prosadit. V polovině března letošního roku se tak spouští další z projektů Nemocnice České Budějovice, a. s., využívajících evropských peněz.

Smyslem projektu „Modernizace vybavení Centrální laboratoře“ je sjednocení a modernizace technologického vybavení a dalších návazných procesů. Konkrétně se jedná o více nežli padesát přístrojů, jejichž dominantou je Automatická preanalytická a analytická linka s napojenými biochemickými a imunochemickými analyzátory, která bude umístěna v Laboratoři klinické chemie-CORE. Tento systém umožňuje komplexní přípravu biologického vzorku, zejména krve (separace krevního séra, jednoznačná identifikace vzorku pomocí čárového kódu). Dále zajišťuje optimální využití dodaného vzorku krve a jeho následné zpracování v biochemických a imunochemických analyzátorech, na kterých budou prováděna běžná i speciální laboratorní vyšetření (např. tumorové markery, hormony, vitamíny, hladiny léků).

Projekt významně zlepší vybavenost Centrálních laboratoří zdravotnickými technologiemi. Nemocnice přestěhovala v roce 2005 sedm oborových laboratoří do centrální budovy, kompletně vybavené novým nábytkem a základním vybavením. Avšak laboratoře pracovaly v nových prostorách většinou s původními technologiemi, v řadě případů zastaralými a z hlediska životnosti dosluhujícími. Části provozu zůstaly postaveny na manuálních a polomanuálních laboratorních analýzách s riziky možných chyb. Výše uvedené problémy, stejně tak jako optimalizaci laboratorních činností v Centrálních laboratořích, standardizaci laboratorních vyšetření, zkracování času odezvy laboratoře (času od příjmu vzorku do vydání výsledku) řeší nový projekt v hodnotě 57,5 milionu korun (z toho 53,2 milionu korun je hrazených Regionálním operačním programem Jihozápad). Na nový způsob práce se jak pacienti, tak zdravotníci mohou těšit v únoru příštího roku, kdy jeho realizace končí.

PODPOŘENO Z EVROPSKÉHO FONDU PRO REGIONÁLNÍ ROZVOJ
EVROPSKÁ UNIE
Směr budoucnost - cíl prosperita
ROP JIHOZÁPAD

Tento projekt Modernizace vybavení Centrální laboratoře je spolufinancován Evropskou unií.

SPÁNKOVÁ LABORATOŘ OTEVŘE DVEŘE DOKOŘÁN

22. března 2010 se v rámci Světového dne spánku chystá v Nemocnici České Budějovice, a.s. Den otevřených dveří. MUDr. Pavel Dohnal, vedoucí lékař Spánkové laboratoře v Dolním areálu, prozradil, že se veřejnost bude moci od 14:00 hodin podívat do zdejší spánkové laboratoře a seznámit se s možnou léčbou potíží spánku. Podle zájmu se bude výklad opakovat vždy po hodině, až do 17.00 hodin. Českobudějovická nemocnice se tak zapojí do celorepublikové snahy poukázat na problém spánkové apnoe.

ODPOLEDNE O PRÁVNÍ ODPOVĚDNOSTI

V pátek 26. března 2010 se od 11:00 hodin v Informačním centru v pavilonu T 6 nad Lékařskou knihovnou uskuteční beseda s nejuznávanějším právníkem, specializovaným na zdravotnictví, JUDr. Ondřejem Dostálem. Vzhledem k tématu, kterým bude Právní odpovědnost ve zdravotnictví a právní ochrana zdravotníka, jsou zvláště zváni primáři oddělení, na kterých leží největší tíha přímé zodpovědnosti. **šot**

NA OFTALMOLOGII SE NEZAPOMÍNÁ

Oční oddělení českobudějovické nemocnice se těší na práci s novým laserem, který nahradí starý, sloužící hlavně diabetikům a dalším nemocným se sítnicovými chorobami. Nový přístroj Visulas Trion, který nemocnice objednala za více nežli 2 miliony korun od renomované firmy Zeiss, budou moci lékaři volně přepínat na tři různé vlnové délky, což s sebou přinese jemnější práci v krajině makuly - žluté skvrny. Další, červené světlo, dovolí přímou koagulaci postižených cév a umožní pracovat i v prostředí, kam dosud například pro krvácení do sklivce nebylo vidět. **prim. MUDr. Jan Sattran**

JEDNOU VĚTOU

KONTROLNÍ DEN NA STAVBĚ DĚTSKÉHO ODDĚLENÍ

17. 9. 2009 přivítal předseda představenstva Nemocnice České Budějovice, a. s. MUDr. Břetislav Shon (1. zleva) kontrolní delegaci, která navštívila stavbu dětského oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s. Delegace byla ve složení: Ing. Martin Bouška - zástupce DG Regio z Evropské komise, Mgr. Michaela Šímová - vedoucí oddělení kontroly realizace a Mgr. Matouš Radimec - vedoucí oddělení monitoringu, evaluace a absorpční kapacity.

Prohlídku odborně vedl Ing. František Bostl (2. snímek, 1. zprava) - vedoucí Investičního oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

KLAUNIÁDA JEDENKRÁT ZA TÝDEN

Od října 2009 se pacienti dětského oddělení setkávají se svými oblíbenými zdravotními klauny pravidelně jedenkrát týdně. Prvním zdravotním klaunem byl v roce 1998 Američan Gary Edwards. Dnes jen v České republice do nemocnic chodí téměř sedmdesát klaunů. Jsou mezi nimi i doktorka Naprdová (Jana Wertigová - mimochodem dcera vrchní sestry onkologického oddělení) a doktor Ucík (Jakub Doubrava), kteří přinášejí dobrou náladu také dětem do českobudějovické nemocnice.

PROJEKTY IOP SKONČILY

Projekty „Nemocnice České Budějovice - Modernizace a obnova přístrojového vybavení Traumatologického centra“ a „Nemocnice České Budějovice - Modernizace a obnova přístrojového vybavení Centra komplexní onkologické péče“, spolufinancované Evropskou unií z Evropského fondu pro regionální rozvoj, byly k 31. 12. 2009 úspěšně uzavřeny. Podrobné informace přináší příloha tohoto čísla Nemocničního zpravodaje.
16. 12. byli s výsledky obou projektů seznámeni jihočeští novináři.

O Traumatologickém centru informoval koordinátor projektu MUDr. Jaroslav Novák, MBA za přítomnosti mj. primářů MUDr. Vladislava Smrčky (dětské odd.), MUDr. Bohuslava Kuty, MBA (ARO) a MUDr. Petra Lhotáka (radiologické oddělení). V závěru tiskovky odpovídal na řadu dotazů vedoucí Traumacentra prim. MUDr. Pavel Kopačka.

MUDr. Jaroslav Novák, MBA seznámil žurnalisty také s novým vybavením Centra komplexní onkologické péče. Na diskuzi byli připraveni primáři MUDr. Jana Přádná (patologické oddělení), MUDr. Václav Šnorek (plicní a TBC oddělení), MUDr. Václav Janovský (onkologické oddělení), MUDr. Petr Lhoták (onkologické oddělení), PharmDr. Miroslav Děták (ústavní lékárna). Nejvíce otázek se sesypalo na prim. MUDr. V. Janovského.

šot, foto Marek Plandor

VÁNOČNÍ KONCERT NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, A. S.

16. prosince 2009 pozval předseda představenstva Nemocnice České Budějovice, a. s. své nejbližší kolegy, představitele jednotlivých oddělení i zástupce servisních úseků na koncert sopranistky Gabriely Jelínkové a barytonisty Filipa Bandžaka. Koncertní síň Otakara Jeremiáše se postupně zcela zaplnila a sledovala sóla i duety obou operních pěvců.

Po koncertě následoval přípitek na úspěchy roku minulého i budoucího v restauraci U Zlaté Pečeti v hotelu Malý pivovar. Protože pan MUDr. Břetislav Shon není přítelem dlouhých proslovů, zakrátko byl čas na neformální setkání lidí, kteří se během roku kvůli časové tísni často jen letmo pozdraví na chodbě.

šot, foto Bohumír Langmaier

STONOŽKA OBĚTÍ CHŘIPKY

Kdo věří, že třináctka nosí neštěstí, tak se tuto zimu ve svém přesvědčení upevnil. Kvůli zákazu návštěv při předvánoční chřipkové epidemii musel být odložen XIII. ročník Stonožky - hnutí „Na vlastních nohou“. Pacienti dětského oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s. se sice na Stonožku společně se svými pedagogy pečlivě připravili, jenže vše dopadlo jinak. Nový termín Stonožky zůstává zatím otevřený. Všichni, kteří se na výrobě drobností podíleli, doufají ve vaši přízeň a slibují, že o novém termínu budou všechny včas informovat. Vždyť výtěžek z prodeje suvenýrů jde na konto potřebných dětí z rozvojových zemí.

JAK JINAK NA LEUKÉMII

Lenka Klímová

14. prosince 2009 odpoledne zavítal do nemocnice autor knihy „Jak jinak na leukémii“ ing. Ivan Beneš, aby si v adventu popovídal s lidmi, kterým diagnóza leukémie, nebo i jiné závažné nemoci zatěžují život, mysl a dělají starosti. Povídání zprvu lehce rozpačité se nakonec rozvinulo do dvou hodin plných názorů a zkušeností.

Hovořilo se o knize, jejím vzniku, o nemoci, životní síle, tvorbě životních hodnot, nadějí a pohledů do budoucích dnů. Velice zajímavý byl rozhovor autora s pacientem s leukémií, který se jako kněz věnuje lidem s životními handicapy, starým, nemocným a opuštěným. Tolik životní síly a optimismu, které z jejich rozhovoru vyznělo, bychom měli přát všem, kteří bojují s problémy, nemocemi a starostmi. Vyzařovala z nich síla a vůle k životu, dokládající v plné míře to, co říkávaly již naše babičky: „Věř a víra Tvá Tě uzdraví.“

Jsem přesvědčena, že povídání i názory pana inženýra Ivana Beneše a dalších statečných lidí, kteří jdou životem se „svými“ diagnózami, pomůže těm, kteří těch sil zatím mnoho nemají. Věřím, že jim kniha, která je k zapůjčení na hematologické ambulanci a podle slibu autora bude k dispozici i v Lékařské knihovně, dodá hodně optimismu v boji s nemocemi a při zvládání životních zátěží.

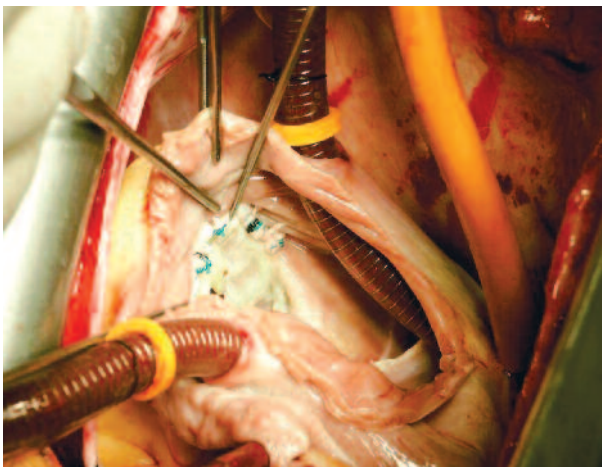
www.leukemiejinak.cz

KŘEST KNIHY - DÍTĚTE ČESKOBUDĚJOVICKÉ NEMOCNICE

22. - 23. 10. 2009 se ve Wellness hotelu Frymburk konal seminář Pestré kameny/Bunte Steine, který v rámci projektu GEOMED 2009 sledoval souvislosti specifik jihočeské přírody (např. rašelinišť, vodních zdrojů, geologických podmínek i tradiční stravy, rybího masa, fermentovaných potravin - piva, uzenin, jogurtů atp.) se zdravotní kondicí. V rámci této akce pokřtil hejtman Jihočeského kraje Mgr. Jiří Zimola publikaci Stříbrná stuha Lipenska, která shrnuje možnosti využití rašelinových extraktů jako společného dědictví česko - bavorsko - rakouského příhraničí. Finanční náklady na publikaci uhradil městys Frymburk za významné pomoci Jihočeského kraje. Na snímku je kromě hejtmana (uprostřed) vedoucí autorského kolektivu doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D., vedoucí Pracoviště klinické farmakologie Nemocnice České Budějovice, a. s. (vpravo) a RNDr. Vladimír Kostka - ředitel jihočeské pobočky Akademie Jana Amose Komenského (vlevo).

SOUČASNOST A BUDOUCNOST KARDIOCENTRA PO 11 LETECH V ELITNÍ JEDENÁCTCE

MUDr. Ladislav Pešl



Na sklonku roku 2009 bylo českobudějovické kardiocentrum na základě auditu Ministerstva zdravotnictví zařazeno do sítě komplexních kardiovaskulárních center ČR.

O co se vlastně jedná?

Je to zásadní milník v historii českobudějovického kardiocentra, obrovský úspěch Nemocnice České Budějovice, a.s., a především velmi dobrá zpráva pro Jihočechy, neboť i přes všechny nejmodernější terapeutické postupy zůstávají onemocnění srdce a cév stále na prvním místě v příčinách úmrtí našich spoluobčanů. Pokud bych začal trochu obšírněji: moderní kardiopéče se v ČR začala rozvíjet teprve v návaznosti na hlavní dokument České kardiologické společnosti z konce devadesátých let. Tento dokument nasměroval pacienty se srdečním onemocněním do nově, personálně, přístrojově a organizačně definovaných kardiocenter podle principu 1 kraj - 1 kardiocentrum. Hlavní důraz byl kladen na včasnou dostupnost zejména pacientům s akutním infarktem myokardu. Že tato myšlenka byla správná, ukázalo následujících deset let, kdy se kardiocentrům podařilo zorganizovat spolupráci s Územními středisky záchranné služby a ostatními zdravotnickými subjekty v krajích tak, že se ČR zařadila na první místo na světě v dostupnosti nejmodernější léčebné metody akutního infarktu myokardu, tzv. perkutánní koronární intervence. Zatímco kardiopéče se tedy zdárně rozvinula, péče o cévní onemocnění stagnovala, a to je jedním z hlavních důvodů rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví přičlenit vaskulární péči do kardiocenter, která již mají zkušenost s organizací kardiopéče v krajích. Díky tomu, že po otevření kardiologického oddělení v roce 1998 (faktickém založení českobudějovického kardiocentra) naše nemocnice neusnula na vavřínech a v roce 2000 vybudovala i kardiochirurgické oddělení, jsme nyní byli zařazeni mezi ta nejlepší, tzv. komplexní kardiovaskulární centra. Díky udělení tohoto statutu budeme moci z evropských fondů v letošním roce čerpat téměř 100 miliónů korun v rámci integrovaného operačního programu. Je to veliký úspěch a zároveň ohromná výzva.

Co bylo potřeba splnit a kdo splnění podmínek hodnotil?

Kategorizace kardiocenter byla provedena v polovině minulého roku na základě auditu Ministerstva zdravotnictví složeného z lídrů dotčených odborných společností, zástupců zdravotních pojišťoven a zástupců ministerstva. Po stránce odborné hodnotili naše kardiocentrum profesor Jan Pirk z IKEM a docent Václav Chaloupka z Fakultní nemocnice Brno. Audit byl velmi podrobný, zabýval se například přístrojovým, personálním a prostorovým uspořádáním kardiocentra, cévní chirurgií, angiologií a intervenční radiologií, organizační strukturou kardiocentra, provozními řády, výkonností, spektrem výkonů, spádovou oblastí zmíněných oborů, úrovní organizace zdravotní péče uvnitř českobudějovické nemocnice a zároveň její návazností a dostupností pro celý Jihočeský kraj, výzkumnou činností, schopností vychovávat mladé odborníky, atd. Českobudějovické kardiocentrum získalo 94 ze 100 možných bodů. Zbývajících 6 bodů nám chybělo právě díky malému počtu ošetřených pacientů s cévním onemocněním.

Kolik je tedy nyní nově v ČR kardiocenter?

V současné době má status komplexního kardiovaskulárního centra včetně našeho celkem jedenáct pracovišť, šest pracovišť má status kardiovaskulárního centra (tzn. bez přítomnosti kardiochirurgie).

To jsou centra s dlouhou historií. Jak je možné dostat se na jejich úroveň za jedenáct let, tedy relativně krátkou dobu v porovnání například s IKEM, Hradcem Králové nebo Brnem?

To je dobrá otázka, ale podrobně na ni odpovědět by nám zabralo několik hodin povídání a mnoho stránek textu ve zpravodaji. Na samém začátku byla správně postavená filozofie kardiocentra a několik entuziastů odhodlaných pracovat ve dne i v noci. Zmíněnou filozofií našeho kardiocentra bylo uspokojení krajské potřeby beze zbytku a především okamžitá dostupnost této vysoce specializované zdravotní péče každému. Důsledkem byl potom velmi strmý nárůst výkonnosti hned v prvních letech, se kterou se samozřejmě snoubila i bezpečnost prováděných výkonů a růst kvality poskytované péče. Ruku v ruce jsme postupně a vždy smysluplně zaváděli a zavádíme dodnes nové terapeutické výkony, takže dnes můžeme říci, že počtem, spektrem i kvalitou prováděných výkonů v rámci intervenční kardiologie patříme v posledních pěti letech na první místo v republice. V oblasti arytmologie a kardiostimulace po dvou letech na 3.-4. místo v republice a v oblasti kardiochirurgie se počtem řadíme rovněž do první poloviny pracovišť, spektrem výkonů vyjma transplantací srdce jsme srovnatelní pouze s IKEM, Brnem a Hradcem Králové. Ročně je v kardiocentru hospitalizováno na 5000 pacientů, 3500 pacientů je proveden některý ze superspecializovaných výkonů (perkutánní koronární intervence, radiofrekvenční ablace, srdeční operace nebo implantace kardiostimulátoru či defibrilátoru). Několik desítek tisíc pacientů je každoročně v kardiocentru vyšetřeno. Během těch jedenácti let jsme za pochodu vychovali na tři desítky mladých lékařů. Metodicky jsme pomohli vybudovat kardiocentrum v kraji Vysočina, což se nám dnes vrací zejména v podobě kardiochirurgických pacientů a jsme schopni tak udržet na rozdíl od mnoha ostat-

ních kardiochirurgických pracovišť potřebnou výkonnost a erudici. A tak bychom mohli pokračovat ještě dlouho.

Co považujete za přednosti českobudějovického kardiocentra?

Za hlavní přednost považuji nízký věkový průměr a vysokou úroveň vzdělání našich specialistů, jejich schopnost týmové práce a předávání zkušeností mladým kolegům. U těch potom odhodlání pracovat a ochotu vzdělávat se. Sestřičkám, ošetřovatelkám a sanitářům patří veliký dík za pracovitost, profesionalitu a lidský přístup k pacientům. Za další přednost považuji ohromnou flexibilitu našeho kardiocentra ve využívání nejmodernějších medicínských technologií. Díky těmto faktorům máme ohromný potenciál dalšího rozvoje ve vlastní výzkumné činnosti a uvádění nejmodernějších postupů do běžné klinické praxe. To nám mohou ostatní kardiocentra upřímně závidět.

Co vás čeká v nejbližší budoucnosti?

Z medicínských činností to je letos rozvoj programu implantabilních chlopní a zahájení programu NSTEMI, zahájení programu využití kmenových buněk v angiologii, zahájení programu neurointervencí u akutní ischemické cévní mozkové příhody, zahájení programu farmakomechanické léčby hluboké žilní trombózy, zvýšení počtu periferních intervencí a stentáží aorty. Jsou to všechno smysluplné činnosti. Ruku v ruce nás však čekají těžká jednání se zdravotními pojišťovnami ohledně úhrady této nově zaváděné péče. Každý si dovede asi představit, jak tato jednání v době hospodářské krize budou vypadat. V neposlední řadě dojde i k několika organizačním změnám ve struktuře kardiocentra, mluvím zde o začlenění vaskulární péče do stávajícího kardiocentra a organizace této péče v kraji.

šot

SPOLUPRÁCE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTY JIHOČESKÉ UNIVERZITY S ČESKOBUDĚJOVICKOU NEMOCNICÍ

prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc., dr.h.c. - děkan ZSF JU

V roce 1991 při založení Jihočeské univerzity vznikla současně Zdravotně sociální fakulta. Nutno říci, že iniciátory vzniku této fakulty byli také zaměstnanci českobudějovické nemocnice, především doc. MUDr. Vladimír Vurm, CSc. a doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D. (Pochopitelně byly účastny i jiné profese: právníci, sociální pracovníci a pedagogové, kteří na založení spolupracovali.) Tímto byl dán základ vztahu mezi nemocnicí a fakultou, který byl v dalších letech ještě podpořen tím, že druhým a třetím děkanem byli zvoleni bývalí lékaři nemocnice.

V průběhu let vzájemné vztahy probíhaly ve vlnách. Vždy ale byly korektní. Současný vztah je dán vzájemnou potřebou obou institucí. Předem podotýkám, že potřeby Zdravotně sociální fakulty převyšují potřeby nemocnice. Fakulta totiž potřebuje pracovníky nemocnice k tomu, aby pomáhali vychovávat studenty v oblasti nelékařských a sociálních profesí. Nemocnice po definování pravidel platných pro výuku svoji úlohu plní a za to jí patří dík.

Naopak nemocnice potřebuje získat schopné bakalářky eventuálně magistry - všeobecné sestry, porodní asistentky, fyzioterapeuty, radiologické asistenty. Fakultě se však

bohužel vždy nedaří nabídnout nemocnici kvalitní pracovníky nebo pracovnice těchto oborů, především všeobecných sester v dostatečném počtu. Již jednou jsem se v tomto časopise zmínil, že celá transformace výuky středního zdravotnického personálu není výmyslem „Tothové a Velemínskýho“, ale koncepce byla zpracována Ministerstvem zdravotnictví. „Oni“ pouze uvádějí program do praxe a zvyšují kvalitu výuky.

Vedení fakulty často dostává připomínky, že bakalářky jsou nedostatečně teoreticky i prakticky připravené a že jejich chování je i nadřazené při přidělování pracovních úkolů. Tuto skutečnost řešíme a věříme, že se takové chování našich studentek již nevyskytuje.

Dále jsme se například setkali s výtkou, že studentky neumějí vysvětlit termín DNA. Mohu pouze odpovědět, že o existenci DNA ví každý středoškolák a ve studijním programu naší fakulty je zařazena výuka genetiky. Podmínky k tomu, aby se to tedy dozvěděl každý, student má.

Vedení fakulty přijímá také dost často upozornění na nedostatečné praktické dovednosti sester bakalářek. Podle směrnice Ministerstva školství by neměly studentky bakalářských programů mít při praxi dozor. Druhý předpis říká, že sestry bakalářky musí mít 2 000 hodin praxe, což je několikanásobně vyšší počet hodin než měly absolventky středních zdravotnických škol. Aby byla kvalita praxí v nemocnici na potřebné úrovni, vedení fakulty finančně podporuje sestry mentorky a vytipované zkušené sestry z oddělení, které se v mimopracovní době věnují praktické výuce bakalářek. Členky katedry ošetřovatelství mají v pracovním úvazku práci ve směnách jednotlivých oddělení nemocnice. Opět mimo povinnosti dané vyhláškou. Posluchačky bakalářských studií se rekrutují z absolventek nejenom zdravotnických, ale i jiných středních škol. Je pochopitelné, že v prvních fázích studia mohou být absolventky zdravotnických škol lepší, ale podle sdělení pracovnic zodpovědných za praxi se tento handicap v průběhu studia vyrovnává.

Podařilo se nám akreditovat studijní program Dětská sestra, bohužel pouze v magisterském programu. Jsme tedy fakulta umožňující toto studium. Podle evropských norem není totiž možno studovat dětskou sestru v bakalářském programu.

Vedení fakulty tak úroveň studia zvyšuje, ale všichni víme, že školy sice mohou nabízet, avšak studenti musí chtít a mít zájem.

S tím souvisí druhá problematika, vyvolávající jisté napětí mezi našimi institucemi. Absolventky fakulty nenastupují často nejen do nemocnic, ale vůbec do zdravotnictví.

Připomínám, že naše fakulta pořádá v průběhu studia besedy se studenty, na které jsou zváni představitelé nemocnic. Upozorňujeme na morální povinnost nastoupit do zdravotnictví. Zdůrazňujeme také potřebu odborníků v nemocnicích. Ty, kteří jsou z Českých Budějovic a okolí, motivujeme k práci v Nemocnici České Budějovice, a.s. Bohužel často dostávají jiné lukrativní nabídky, které nemůže řádně fungující nemocnice splnit. Část sester je z jiných okresů. Myslím si, že jde o problém společenský a ne problém Zdravotně sociální fakulty nebo českobudějovické nemocnice.

Vedení fakulty podporuje i výzkumnou činnost v nemocnici. Například neonatologické a ORL oddělení jako jediná oddělení v ČR provádějí celoplošný screening sluchu u novorozenců. Vedení fakulty dále umožňuje postgraduální studium lékařům. Studenti jsou také často dobrovolníky na vybraných odděleních.

Nemocnice upravila ve svém areálu velmi dobře budovu vhodnou pro výuku atd. Musím konstatovat, že obě instituce se snaží vzájemně spolupracovat. Pokládám proto za nutné v rámci zmínek o vzájemné spolupráci poděkovat managementu Nemocnice České Budějovice, a.s. a sdělit mu, že vedení Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity se snaží dělat stejně dobrou a kvalitní práci jako on. Někdy to bohužel nevyjde, stejně tak jako je to v životě.

ZKUŠENOSTI ČESKÉHO NEONATOLOGA VE ŠVÉDSKU

MUDr. Jiří Dušek

Barrnklinik - Neonatalavdelning, Norrlands Universitetssjukhus Umeå

Již dva roky mám možnost pracovat na Univerzitní klinice ve Švédsku. Svou předchozí praxi jsem získal na neonatologickém pracovišti českobudějovické nemocnice.

Město Umeå, kde působím, má 110 tisíc obyvatel, z toho tvoří téměř jednu třetinu studenti. Naše spádová oblast je co do rozlohy velká asi jako Česká republika (od Sundsvalu až k nejsevernějšímu okraji Švédska) a žije zde zhruba milion lidí. Počet porodů na Univerzitní klinice v Umeå je ročně kolem dvou tisíc. Zdejší neonatologické oddělení má hlubokou tradici, je součástí pediatrické kliniky s velmi samostatnou organizací a zároveň velmi dobrou provázaností. Patří mezi jedno z prvních na světě poskytujících péči novorozencům narozeným od dokončeného 22. gestačního týdne (GT) a u dětí s respiračním selháním až do půl roku věku po narození. Poté přebírá péči oddělení ARO. Nejmenší novorozenec narozený na zdejším pracovišti měl váhu 307 gramů a byl propuštěn bez neurologického deficitu domů před rokem a dosud se vyvíjí přiměřeně korigovanému věku.

Organizace péče je třífázová, ovšem pracoviště II. typu pokrývají péči o novorozence od dokončeného 28 gestačního týdne.

Komunikace se odehrává samozřejmě ve švédštině, i když všichni umějí na velmi dobré úrovni anglicky, a to včetně nižšího personálu. Musím podotknout, že do Švédska jsem odcházel s nulovou znalostí švédštiny. Postupně je tlak jazyka tak silný, že se člověk za pochodu a po krátkém kurzu naučí švédsky. Na našem oddělení pracují lékaři ze Švédska, Indie, Německa, Norska, Finska a já z Čech. Dá se říci, že jazykové překážky velmi rychle odbourává zkušenost a hlavně manuální zručnost. Česká neonatologie má velmi dobré jméno.

Mnoho výkonů, které v Čechách spadají do kompetencí lékaře, zde provádějí speciálně vyškolené sestry, respirační specialisté, dietní sestry, tým na zavádění splavných centrálních žilních katetrů, periferních arterií. V organizaci transportu novorozenců hrají velmi výraznou roli taktéž sestry. Ve zdejším prostředí je v sesterském personálu větší zastoupení mužů, což je velmi pozitivní. Vedle sester je zde i dostatek nižšího personálu. Z tohoto důvodu mnoho lékařů nemá tolik manuální praxe jako v České republice. Naopak mohou svůj čas věnovat jiným aktivitám a vědecké práci. Hned po příchodu jsem dostal přístupová práva do univerzitní knihovny s možností přístupu do všech medicínských databází dostupných na internetu.

Je toho mnoho, co by stálo za zmínku, tak jen pár bodů. Organizace transportů, odlišnosti v léčbě, komunikace, zodpovědnost…

Transport novorozenců je poměrně důležitou částí naší péče - transport zajišťujeme pro mnoho nemocnic a na velmi velké vzdálenosti. Většina transportů se odehrává letecky ve výškách kolem 10 tisíc metrů. Vzdálenosti jsou následující: například pro pacienta do Gällivare cca 800 km, a pokud má srdeční vadu, transport do Götteborgu 1300 km a poté

naše cesta zpět 1000 km. Během transportu je možnost kontinuální monitorace EKG, dechové frekvence, tlaku, saturace, expirační CO2, rektální teploty a dalších parametrů. Samozřejmostí je možnost vyšetření krevních plynů během transportu. Nutno podotknout, že vše zapisuje sestra. Pro neonatologa to obnáší celodenní vytížení a nutnost zajistit pacienta i na takto značnou vzdálenost a pamatovat i na tlakové poměry ve vyšších nadmořských výškách. Při transportu novorozence s perzistující plicní hypertenzí máme možnost použít transportní inhalační podání oxidu dusnatého.

V ojedinělých případech transportujeme pacienty i mimo území Švédska, například do Anglie, Dánska…

Již dva roky poskytuje naše pracoviště možnost celotělového chlazení asfyktických novorozenců. Je zde samozřejmě návaznost na primární zajištění postasfyktických novorozenců v nemocnicích nižšího typu. Odehrává se ve spolupráci dětských lékařů a anesteziologů a nutno dodat, že na velmi dobré úrovni. Pokud jsou splněna celostátně nastavené kritéria, např. pH do hodiny od porodu pod 7,0, BE více než -15, Apgar score v 10. minutě pod 5 … je zahájeno pasivní chlazení, oběhová, ventilační podpora, novorozenec je poté transportován naším týmem a pokračujeme v aktivním celotělovém chlazení po dobu 72 hodin. Kontinuálně je sledováno EEG, ultrazvuk centrálního nervového systému a do 7 dnů provádíme magnetickou rezonanci centrálního nervového systému pro stanovení prognózy.

Osobní zkušenost je jednoznačně pozitivní. Zatím proběhla léčba u 20 dětí a všechny byly propuštěny domů plně kojeny, bez závažného neurologického deficitu. Nejnižší pH z pupeční arterie bylo 6,86, Apgar score 0/1/3. Nyní je dítě 13 měsíců staré, zatím psychomotoricky odpovídá věku, bez postižení.

Jaké jsou v krátkosti odlišnosti v léčbě:

Profylaktické podání surfaktantu pod 28. GT zde neplatí, naopak, až 40 % novorozenců narozených v 25. GT má primárně N-CPAP, bez nutnosti podání surfaktantu. Velmi silně se dodržuje restrikce tekutin, jen ve velmi výjimečných případech novorozenci po porodu mají váhový přírůstek (váhová křivka kopíruje přirozený váhový úbytek). Používají se 25% roztoky glukózy pro dosažení dobré energetické bilance, jako průplach arterií se používá slabý roztok bílkovin. Velmi dobře zpracovaná výživa, v léčebném týmu je taktéž specialista na výživu. Mateřské mléko se vyšetřuje na bílkovinu, laktózu, tuky a dítěti se optimalizuje výživa podle složení mléka matky, či dárkyně ….

Pokud dojde k odtoku plodové vody u novorozenců pod 32. GT, probíhá monitorace plodu, infekčních markerů matky a je snaha o prodloužení těhotenství až o 2 měsíce (u novorozenců na hranici viability). Matka samozřejmě dostává Betametason. V literatuře zmiňovaná komplikace vývoje hypoplastických plic se vyskytla na zdejším pracovišti v průběhu 2 let pouze 1x a byla terapeuticky zvládnuta.

Z léčby je nutno zmínit komplexnost terapie perzistující plicní hypertenze novorozenců.

Na zdejším pracovišti je mnohem větší výskyt ve srovnání s Českou republikou a českobudějovickým pracovištěm metabolických, neuromuskulárních, endokrinologických, vývojových vad. Např. glukóza-galaktóza malabsorpce, kongenitální myastenický syndrom bez protilátek, různé typy mitochondriálních onemocnění, syndrom kongenitální spánkové apnoe (Ondina kletba).

Vzhledem k tomu, že celé Švédsko má značné množství imigrantů z nejrůznějších zemí: Indie, Iráku, Somálska, Konga atd., tak se i ve zdejším prostředí setkáváme s onemocněními, které jsou endemické či mnohem rozšířenější v jiných oblastech světa, například thalasemií, malárií, HIV…

Velkou výhodou země je možnost velmi rychle sehnat jakéhokoli lékaře kdekoli po Švédsku. Systém je unifikovaný na všech pracovištích. Máme osobní „pager“ a ústředna nám velmi rychle může předat hovor, či odkaz. Ve vypjatých situacích k nezaplacení.

Velmi se hodnotí vzdělání a dá se říci, že je jedním z nejdůležitějších bodů práce, společně s bezpečností pacienta. Např. u nás máme Klinické tréninkové centrum a jedenkrát v týdnu se provádí nácvik resuscitace a týmové spolupráce. Nejde ani tolik o zvolení konkrétní léčby, ale o týmovou spolupráci, organizaci a komunikaci. Vše se nacvičuje na vynikajícím modelu firmy Laerdal (možnost zajištění dýchacích cest, měření saturace, poslech akce srdeční, EKG, zajištění venózního přístupu umbilikálním katétrem, zavedení hrudního drénu…) a natáčí na dvě kamery. Poté se případ společně vyhodnocuje. Obdobný model v několika variantách je i pro dospělé, např. nácvik akutního císařského řezu, resuscitace. Nácvik se odehrává v prostorách Klinického tréninkového centra. Toto centrum slouží pro široké okolí, jeho činnost probíhá již 1,5 roku a lze pozorovat markantní zlepšení při resuscitacích, či ve vypjatých situacích. Mohu jen doporučit.

Je zde trochu jiné rozdělení pravomocí a zodpovědnosti. Pokud je lékař konzultantem, jen on sám rozhoduje o zvolené terapii, medicínský šéf - asi lze přirovnat k primáři v ČR - nastavuje obecný rámec péče a zajišťuje kontinuitu léčby. Z toho vyplývá i mnohem větší míra zodpovědnosti, a to ani ne tak k nadřízenému, ale spíše k rodičům. Rodiče jsou do léčby mnohem více zapojeni. Dá se říci, že u dětí mají možnost trávit prakticky 24 hodin a jsou také přítomni většině terapeutických postupů. Chvíli mi trvalo zvyknout si na jejich přítomnost od zavádění umbilikálních katétrů až po resuscitaci, ale po čase to člověk vidí z jiného pohledu. Ještě markantnější situace je zapojení otců do péče o děti obecně, nelze nalézt odlišnost v přístupu k novorozenci mezi matkou a otcem, je zcela běžné „klokanění“ otců několik hodin denně.

Propouštění fyziologických novorozenců se děje za následujících podmínek: Pokud nespadají do rizikové skupiny a provedený POX screaning (saturace kyslíkem na horních a dolních končetinách a index pulsatility) je negativní, a zároveň vyšetření dětským lékařem je zcela bez patologického nálezu, mohou jít domů po šesti hodinách od porodu s následnou kontrolou následující den. Otec má automaticky nárok na deset dnů placeného volna po narození dítěte.

Několik osobních poznámek na konec.

Máme tady velmi dobré možnosti čerpání volna za přesčasovou práci, po celoročním sečtení i 2-4 měsíce z roku, dle odpracovaného počtu služeb, během měsíce maximálně 4 služby.

Švédsko absolutně akceptuje dosažené vzdělání v ČR, bez nutnosti jakýchkoli dalších zkoušek.

Velmi dobré je využívání dostupných medicínských zdrojů z internetu. Na oddělení je deset počítačů bez omezení přístupů k internetu. Síťové propojení je taktéž využíváno k zasílání dat mezi pracovišti, např. kontinuální sledování EEG se odehrává centrálně pro celý region v neurofyziologické laboratoři…

V Českém prostředí je větší šíře screeningových programů. Oproti České republice ve Švédsku poskytují primární péči dětští lékaři pouze do jednoho roku věku, poté pak lékaři všeobecní. Tento stav není však shledáván zcela optimálním a Česká republika může být ráda za svůj současný systém.

Švédsko je velmi otevřená země lékařům z celého světa, ať již těsně po škole, tak i se zkušenostmi.

Možnost pracovat na zdejším oddělení je nesmírně cennou zkušeností. Rozšiřuje úhel pohledu na možnosti léčby, posunulo mi časovou hranici až k dokončenému 22.+GT.

Multikulturní společnost s kolegy z celého světa poskytuje možnost konzultovat pacienty s odborníky po celém světě.

Z důvodu neznalosti švédštiny byl pro mě osobně začátek velmi těžký, ale po překonání jazykové bariéry mám jednoznačně pozitivní dojem.

Jiri.Dusek@vll.se

KOMENTÁŘ K ČLÁNKU MUDR. JIŘÍHO DUŠKA

MUDr. Milan Hanzl, Ph. D.
primář neonatologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

Úvodem chci poděkovat našemu kolegovi za velice pěkný a v mnohém nejen pro české neonatology inspirativní článek. Po přečtení tohoto textu a také na základě několika krátkých diskusí s autorem při jeho návštěvách ve vlasti si dovolím několik poznámek.

Během posledních 2 let samozřejmě došlo na našem pracovišti i v naší nemocnici ke změnám, které mohou čtenáři upřesnit předkládané srovnání.

Snad k nejvýznamnějšímu posunu u nás za uvedené období došlo k zapojení rodičů nejen do ošetřování a léčení nemocného a nedonošeného novorozence, ale především roste úloha a účast rodičů v rozhodování o šíři a podobě poskytování této péče nejen u novorozenců narozených kolem hranice viability a u dětí s velice špatnou prognózou z hlediska přežití a závažných trvalých následků. Důsledná aplikace zásad takzvané vývojové péče posunula rodiče mezi rovnocenné členy ošetřovatelského týmu a v každodenním provozu nám ukazuje přednosti tohoto přístupu, který nás dále přibližuje zmíněnému standardu ve vyspělých zemích EU.

Zmíněnou otázku kompetencí jednotlivých zdravotnických pracovníků lze obtížně srovnávat. V našich podmínkách je otázka kompetencí a odpovědnosti vedoucích pracovníků jednotlivých odděleních legislativně nastavena zcela odlišně.V současnosti s tím asi nic moc nenaděláme. Pokud se týká rozdělení činností mezi lékařské a nelékařské profese, jsme jednak limitováni personálním zajištěním ošetřovatelské činnosti, při které bohužel mnohdy nezbývá čas na skutečnou další specializaci ošetřovatelských profesí v práci u lůžka pacienta. Bohužel situaci nám také neusnadňuje současný systém pregraduálního a postgraduálního vzdělávání nelékařských profesí, které se po mém soudu v mnohém odklání od skutečných potřeb zdravotnických provozů.

V otázce profylaktického podávání surfactantu dochází i u nás k omezení této aktivity ve prospěch tzv. rescue aplikace surfactantu (podání až po přijetí na RES a JIP podle skutečného stavu novorozence). Důvodem je především snaha o omezení oxidativního stresu v bezprostředním poporodním období.

Na problém řešení velmi předčasného odtoku plodové vody nepanuje v zemích s velice vyspělou perinatální péčí a srovnatelnými výsledky této péče (především z pohledu časné a pozdní neonatální morbidity novorozenců) shodný názor. V každém případě zmiňovaný konzervativní přístup vyžaduje velice precizní monitorování stavu plodu v děloze nejen z pohledu rizika intraamniálního zánětu. V naší republice, včetně našeho pracoviště, preferujeme spíše aktivní přístup, i když v menší míře a za přesně stanovených podmínek je tento přístup u plodů kolem hranice viability, přes jeho nesporná rizika, též používán.

Velice děkuji Jiřímu za postřehy, které se týkají léčení následků těžké perinatální asfyxie metodou celotělové hypotermie. Mohu s potěšením konstatovat, že od ledna 2010 je tato metoda dostupná i na našem pracovišti pro všechny pacienty z nám svěřeného regionu.

Je třeba ještě dodat, že díky přístupu vedení nemocnice se během posledních dvou let výrazně zlepšilo personální zajištění lékařské péče na našem oddělení. To se odráží nejen na výsledcích péče, větší spokojenosti rodičů s tím, jaká je jim ze strany personálu věnována pozornost, ale také na publikační a přednáškové činnosti lékařů. Dále mají českobudějovičtí neonatologové možnost postgraduálního vzdělání nejen v České republice, ale hlavně v zahraničí. Nelze pominout ani garanci odpočinku po práci mimo řádnou pracovní dobu, která je, stejně jako na mnoha jiných pracovištích akutní medicíny v nemocnici, často enormně stresující.

Závěrem přeji autorovi článku další úspěchy nejen na poli medicíny. Pro nás je příjemné zjištění, že kolegové, kteří se seznámili se specializovanou péčí o novorozence na našem pracovišti, jsou schopni velice úspěšné pracovat i v zemích se špičkovou neonatologickou péčí.

SOUSEDSKÁ NÁVŠTĚVA V JINDŘICHOVĚ HRADCI

PhDr. Marie Šotolová

V našem seriálu Sousedská návštěva už zbývají jen dvě nemocnice, kde jsme ještě nebyli: Prachatice a Jindřichův Hradec. Tu první jsem se rozhodla nechat do letního čísla, vědoma si tun sněhu, které nemocnici v lednu obklopí. Moc jsem si ale nepomohla. Den, kdy jsem jela do Jindřichova Hradce, mráz jen praštěl - ostatně viz foto doličné. Ještě že sekretariát předsedy představenstva Ing. Jana Mlčáka, MBA nabízí báječný teplý čaj s citrónem.

Pane předsedo, vy jste snad jediný ředitel, který se ve své nemocnici narodil. V čem máte ještě primát?

Například v tom, že jsme u nás v rámci Jihočeského kraje poprvé instalovali babybox. Naštěstí za dva roky jeho existence jsme v něm žádné opuštěné dítě nenašli.

S nadsázkou podotýkám, že je to snad kvůli vaší nově opravené porodnici, kam se maminky musí těšit!

My jsme také na ni náležitě pyšní. Kromě obyčejných pokojů (viz foto) máme nadstandardní. Nevím, zdali tomu tak je v jiných nemocnicích, ale umožňujeme našim pracovnicím využívat tento nadstandard zdarma jako zaměstnaneckou výhodu. Myslím si, že například sestry - novopečné maminky - to oceňují.

Zřejmě tady máte skutečně semknutou partu lidí.

Velmi se o to snažíme, vždyť tři z pětice základních hodnot, které prosazujeme, se týkají personálu. Chceme dát lidem možnost seberealizace, propojení s ostatními, ať už mezi jednotlivci nebo odbornými skupinami, vážíme si jejich loajality.

Chci ale zdůraznit, že na prvním místě je u nás vždy pacient.

Myslím si, že o tom nemůže být pochyb. Jinak by vám Spojená akreditační komise ČR neudělila vloni akreditaci.

Akreditace je pro pacienty stvrzením jejich bezpečí, když se zdejší nemocnici svěří do rukou. Jejím udělením ale celý proces nekončí. Znamená to neustále dohlížet na plnění velmi přesných manuálů. Česká republika je státem psaného práva, tak jsme na to zvyklí. Proto dbáme s kolegy na přesné zpracovávání písemných pokynů. Nejdříve je třeba definovat úkol, pak teprve je možné vyžadovat jeho důsledné plnění. Vyvinuli jsme vlastní systém hodnocení každého úseku, kdy červené čtverečky znamenají problém, zelené „splněno“. Ukazatele označeny křížkem nebyly v daném období hodnoceny. Práci vyhodnocujeme každý měsíc a tabulky jsou k dispozici na nemocničním intranetu.

Kompletní hodnocení nákladových středisek	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hospodářský výsledek									
Spotřeba léků									
Využití lůžkového fondu									
Využití prac. doby a dodržování limitů přesčas. práce lékařů									
Využití prac. doby a dodržování limitů přesčas. práce sester	X	X							
Audity zdravotnické dokumentace uzavřené - lékaři									
Audity zdravotnické dokumentace uzavřené - sestry	X								
Audity zdravotnické dokumentace otevřené - lékaři	X								
Audity zdravotnické dokumentace otevřené - sestry	X								
Audity ošetřovatelského procesu	X						X	X	
Audity hygienicko-epidemiologického režimu	X	X				X	X	X	

Na druhé straně kladu zdravotníkům na srdce, aby problémy přiznávali, protože jen když o nich víme, tak se dají řešit. Příkladem takového problému jsou proleženiny. Pokud byste se podívala do našich statistik, tak by se vám najednou v časové ose ukázal strmý růst jejich výskytu. Ve skutečnosti to bylo odrazem minulých zvyklostí dekubity zatajit, protože o něčem vypovídaly. Pak se sestry přesvědčily, že máme jako vedení zájem tento nemocniční evrgrín řešit, přestali jsme prostě všichni strkat hlavu do písku. Teď už, o tom jsem přesvědčen, půjde křivka dolů a nebude to smyšlený údaj.

Velmi dbáme na podobu zdravotnické dokumentace. Náročné bylo sjednotit ji v celé nemocnici, protože každý primariát má své zvláštnosti a každý primář svůj způsob práce. Přesvědčování nebylo zrovna lehké. Nakonec jsme koupili německý systém Hinz, který používá řada evropských nemocnic, a zavedli ho jednotně napříč nemocnicí.

Jistě jste spokojený s výsledkem vaší ankety, kdy je 84 % pacientů spokojeno s péčí jindřichohradecké nemocnice.

Spokojený jsem. Vloni jsme u nás včetně dačické nemocnice hospitalizovali přes 14 000 pacientů. Počet lůžek je cca 450. O to vše se stará necelých sedm set zaměstnanců. Myslím si, že to není špatný výsledek. Vezměte v úvahu, že průměrný prostoj lůžka včetně LDN je 3, 37 %. Čísla jsou sice příjemná, ale ještě větší radost mi udělá, když zavolá nějaký pacient a poděkuje. Výhodou malého města je, že se tu všichni znají a denně potkávají, takže nemám nouzi o zpětnou vazbu.

Koneckonců jste se v anketě HealthCare Institute, která vychází z posouzení výročních zpráv, ocitli v kategorii Finanční zdraví na 2. místě v rámci jižních Čech. Kde jste se naučil řídit nemocnici?

Abych obstál ve zdravotnictví, kde jsem začal v roce 1992 na postu náměstka hospodářsko-technické správy jindřichohradecké nemocnice, absolvoval jsem řadu zahraničních postgraduálů, zaměřených právě na zdravotnický management. Specifikem manažera ve zdravotnictví je dle mého názoru vysoká míra zodpovědnosti, jde tu o život. Doslova.

Pokud vím, tak se zabýváte více věcmi: stolním tenisem, lyžováním, rád si přečtete detektivku a angažujete se na jindřichohradecké fakultě Vysoké školy ekonomické.

Externě tam učím. Je to zajímavé spojení s nemocnicí, protože zadáváme studentům práce, které řeší nějaký problém právě tady. Například odraz novelizací v akreditačním procesu nebo optimalizaci oběhu dokladů v nemocnici. S potěšením také pořádám pro studenty exkurzi do nemocnice. Mám už osvědčené kolečko, které končí na heliportu s nádherným výhledem na zámek, rybník Vajgar a celé město. Klidně bychom si na vchod do nemocnice mohli dát tabuli Školicí zařízení VŠE.

Když už jsme u vašich mezifiremních vztahů, co jindřichohradecká nemocnice a naše v Českých Budějovicích?

Protože vaše otázka poskytuje prostor k pochvale, pak ji využiji a zmíním se o vaší interně, kardiocentru, trumacentru, chirurgii. Všude tam máme velmi dobré vazby. Zvláštní kapitolou je dětská intenzivní a intermediální péče pod primářem MUDr. Milanem Hanzlem, Ph.D. Tady jsou vztahy přímo „rodinné“, snad proto, že pan primář v Jindřichově

Hradci působil. Naši lékaři k němu jezdí pravidelně na stáže a naopak, když je v Budějovicích nedostatek volných kapacit, tak my se snažíme novorozence, kteří potřebují delší hospitalizaci, umístit u nás.

Co budoucnost?

Mám před sebou na letošek samozřejmě hodně krátkodobých cílů. Vydat instruktážní brožury pro manažerské procesy na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, pro ortopedii, pro zdravotníky, starající se o sociální lůžka nebo po vzoru soukromé společnosti Agel, a. s. o právní odpovědnosti lékařů.

Letos chceme například navázat na loňskou besedu během Světového dne stomiků a společně s lékárnou Zelená hvězda, kterou provozujeme za podpory B Braunu, založit funkční Klub stomiků. Také se zaměříme na Poradnu pro vlhké hojení ran, založenou vloni a poskytnout speciální školení sestrám.

Změny, hlavně s důrazem na ošetřovatelskou sekci, doznají naše webové stránky, kdy se na nich objeví maximum kontaktů na jednotlivá pracoviště.

Potom jsou věci na delší běh: přesvědčit všechny zaměstnance, že když léčíme člověka, musíme léčit i jeho okolí. Proto jsme vyčlenili paní primářku mikrobiologického oddělení a přidali jí ještě dalšího odborníka s patřičnými pravomocemi, aby se zabývali naprostou čistotou nemocnice. Děláme si vlastní stěry ze stěn, jen abychom co nejvíce snížili noční můru zdravotnických zařízení - nozokomiální nákazy.

A ty strategické cíle?

Moc bych si přál dostavět celý nemocniční areál. Spousta věcí se už podařila. Aby vypadal podle mých představ, stačilo by nám půl miliardy korun. Proto se budeme opakovaně pokoušet o získání evropských dotací. Letos je jistá oprava polikliniky, která nám patří. Je to organická součást nemocnice, kde funguje řada ambulancí s našimi ordinujícími lékaři. Rekonstrukci zaplatí jindřichohradecká nemocnice z vlastních zdrojů a zateplení uhradí Státní fond životního prostředí.

Držíme tedy palce!

Ing. Jan Mlčák, MBA (52) absolvoval provozně ekonomickou fakultu Vysoké školy zemědělské v Praze a postgraduální studium Vysoké školy ekonomické Praha. Je absolventem Projektu Hope. Zúčastnil se zahraničních studijních pobytů: v nemocnici Queen Margaret Hospital (Velká Británie), Organization and Financing of Health Care Systems - University of Pittsburgh, projektu Nevada - Bohemia (University of Nevada - The American International Health Aliance, Inc.). Absolvoval studium MBA na The Nottingham Trent University. Externě působí jako odborný asistent VŠE Praha. Od roku 2007 je konzultantem a auditorem Sjednocené akreditační komise ČR v technické oblasti. Podílel se na akreditaci Fakultní nemocnice Ostrava, Vítkovické nemocnice a Nemocnice v Šumperku.

OSOBNOST

KŮŽE JE ZRCADLEM VNITŘNÍCH ORGÁNŮ

MUDr. Emilie Jakovlevičová

Je tomu dvacet let, kdy se po Sametové revoluci světila ve Čtyřech Dvorech kaple pro potřeby pravoslavné církve. Připravovala jsem tehdy z této - pro město České Budějovice unikátní - události - reportáž. Dodnes si pamatuji jméno Ing. Jakovlevič, který byl strůjcem velmi zvláštního sobotního dopoledne, plného vysokých úzkých svící, táhlé chrámové hudby a zlatých rouch kněží. Všechno se mi vybavilo, když jsem dostala tip do této rubriky: paní emeritní primářka kožního oddělení MUDr. Emilie Jakovlevičová. Na svou omluvu musím říci, že jsem v nemocnici teprve čtyři roky, takže ve věci historie jsem závislá na těch, kteří tu prožili celá desetiletí a vědí, kdo byl a je Osobnost.

Paní primářko, dnes už vím, že šlo o vašeho manžela. Upřímně řečeno, ten obřad byl nekonečný a po čtyřech hodinách jsem si říkala „zlatí katolíci, těm Vatikán omezil kázání na dvacet minut“.

„Já jsem také katolička,“ usmála se paní primářka. „Můj muž je pravoslavného vyznání, jeho bratr je dokonce na Moravě pravoslavným arcibiskupem. Je totiž Srb po tatínkovi, který se do Československa přiženil za první republiky, ale věřte, že žádná překážka v manželství to není. Naopak. Jiný by mi třeba bránil ve víře, abych nepoškodila v komunistické éře rodinu.“

Možná, že jste v té nelehké době spíše poškodila svůj kariérní postup, protože jste se stala primářkou až v roce 1991. A to jste v českobudějovické nemocnici velmi úspěšně pracovala takřka celý život.

Všichni věděli, že jsem Moravanka, vychovaná v katolické církvi, kterou jsem nikdy neopustila. Nemluvilo se o tom, ale také mě nikdo nikdy nelákal ke vstupu do komunistické strany. Na druhé straně ani já jsem nikdy nepomýšlela na primariát, i když bych si ho podle kolegů po mnoha letech zasloužila. Myslela jsem si, že zůstanu řadovou lékařkou do penze.

Přišel převrat a já jsem 1. dubna 1991 na primářku vyhrála výběrové řízení. Vedla jsem oddělení pět let, ale pak už jsem chtěla jít do důchodu.

Což neznamená v mém případě přestat pracovat - do dneška jsem dvakrát týdně ve své soukromé ordinaci v Mladém a ještě jezdím ordinovat do Domova důchodců Máj a do Hluboké nad Vltavou, kam se mladším lékařům moc nechce. Není to zrovna lukrativní, ale někdo přece musí ty staré lidi léčit. A navíc je to odborně zajímavé, každý věk má stejně jako roční období jiné dermatózy.

Vy jste se, paní primářko, stala lékařkou z touhy pomáhat?

Nikdy jsem nechtěla dělat nic jiného, nežli medicínu. Bylo to vlastně kvůli mému tatínkovi. Pocházím ze zemědělství, a to není ani dnes lehký život. Když mi bylo pět roků, to mluvíme o konci třicátých let, tak otec dostal epileptický záchvat. Zjistilo se, že důsledkem benigního mozkového nádoru. Tehdy začala jeho pouť po nemocnicích. Zatímco oni si s maminkou povídali na lavičce, tak já jsem tam různě pobíhala a už tehdy jsem začala pošilhávat po profesi doktorky. Maminka chtěla, abych šla na obchodní akademii, gymnázium a pak další studium stálo moc peněz, ale nakonec jsem si ho vyprosila.

Jenže mi to málem nebylo nic platné. Maturovat jsem měla už po Únoru a tenkrát začal nábor do JZD, kterého se jako agitátoři účastnili i profesoři. Vůbec jsem nevěděla, že se tatínek, jak byl kvůli své nemoci nervní, dostal do ostré půtky s jedním z nich, což byl můj češtinář. Nikdy nezapomenu, jak mi bylo, když jsem se to dozvěděla. Profesor si mě zavolal a řekl mi „Seitlová - to bylo moje dívčí jméno - tatínka nikam nepouštějte nebo se nikam nedostanete.“ Nikdy o té hádce nikomu neřekl a zachránil mě. Prostě to byl slušný člověk. Medicínu jsem vystudovala v Brně a v roce 1957 jsem na umístěnku odešla do Strakonic.

Tady u nás v jižních Čechách jste se rozhodla pro dermatologii?

Úmysl věnovat se kožnímu lékařství jsem pojala už na škole. Nějak jsem k tomu inklinovala. Dodnes si z dětství pamatuji, kdo měl jaké znaménko na obličeji. I to, že náš starosta z Bučovic měl stejně jako můj dědeček náušnici. Tenkrát se totiž věřilo, že zlato v uchu pomáhá zlepšit slabozrakost. Ve strakonické nemocnici bylo ale kožní oddělení v budově spolu s internou a infekcí. Takže jsem sloužila i tam. Dokonce jsem sloužila jako první strakonická záchranářka na lítačce.

Dělala jsem to ráda, nebyla to marná zkušenost, mnohokrát jsem se přesvědčila, že řada kožních problémů vychází z vnitřku těla. Kůže je zrcadlem vnitřních orgánů a kdo ji takto nebere, tak často chybuje. Netýká se to jen lékařů, ale i pacientů. Když mají problém s kůží,

strčí hlavu do písku a nechtějí si přiznat, že může jít o důsledek jiného, často vážného onemocnění. Dobrý dermatolog musí podle mě trvat často na celkovém vyšetření včetně laboratorních testů a nespokojit se jen s mastičkou.

Od roku 1959 jste ale spojila svůj život s českobudějovickou nemocnicí. Jestliže dobře počítám, tak jste tady odsloužila třicet pět let.

Do Českých Budějovic jsem odešla za manželem, který jako zemědělský inženýr tehdy pracoval na Krajském národním výboru. Narodili se nám tu děti, Mirko - který se také stal lékařem a působil na zdejší gastroenterologii a Dušan, ten se potatil a učí na veterinární škole.

V českobudějovické nemocnici jsem se zaměřila na kožní alergologii. Je to zajímavá specializace. Spolupracovala jsem s oddělením pracovního lékařství a hygieniky. Jezdili jsme hodně po továrnách a odebírali vzorky, když jsme narazili na nějaký sporný případ, kde bylo třeba určit, zdali se jedná o nemoc z povolání nebo ne. Já jsem se nikdy moc nespoléhala jen na zprávu hygieniků nebo „bezpečáků" z provozů, chtěla jsem si vždy raději ověřit na místě, jaký vliv může to které prostředí na kožní alergii mít.

I když je mi teď 77 let, tak stále dojíždím čtyřikrát ročně do Prahy na Karlovo náměstí, kde jsou na Kožní klinice zasedání alergologické sekce České dermatologické společnosti.

A čas od času se přijdete podívat i na kožní oddělení českobudějovické nemocnice.

To je pravda. Já jsem tam pracovala tolik let, že když nastala má pětiletá primářská éra, tak jsme byli sžitý kolektiv, kde v poměru ke spolupracovníkům nebylo moc co měnit. Myslím si, že jsem funkcí moc nevyrostla.

Na co jste z primářského období pyšná?

Snad na hodiny, které jsem strávila nad přestavbou kožního oddělení, v jehož budově teď sídlí vedení. Ale tak jde život. Z nemocnice jsem odcházela v 64 letech, i když jsem nemusela. Jenže dnešní doba potřebuje už zase jiné typy primářů, nejen odborníky. Hendikepem naší generace je angličtina, my jsme se orientovali na němčinu. Také mi bylo jasné, že jsem raději doktorka, nežli ekonom, jednající s farmaceutickými firmami. Medicínu, byť „jen" v ordinaci, dělám ráda dál, snad vydržím do osmdesátky, ale kdoví? V každém případě se bojím chvíle, kdy ji budu muset opustit.

Naše povídání se chýlí k závěru. Takže, jaký byl váš nejzajímavější případ?

Já už si všechny ty super případy nepamatuji. Ale jeden mi utkvěl v paměti jako naprostá kuriozita. Přijel za mnou pacient s dítětem, které mělo před operací zduřených uzlin na jedné pražské klinice. Co si prý o tom myslím a jestli to nemůže být něco zhoubného? My jsme jako kožaři sloužili také na infekčním oddělení, měla jsem tam za sebou dvacet pět let služeb. A tak jsem si všechno dávala dohromady, uzliny byly velké, vyptávala jsem se ještě, jestli neměl něco na kůži. Maminka si vzpomněla na nějaký vřídek. Všechno se mi spojilo a vyklubala se z toho tzv. zaječí nemoc - tularémie. Chlapce jsme vyléčili antibiotiky. Nedávno jsem ho potkala jako zdravého třiadvacetiletého muže, to bylo moc příjemné. Ale ještě vám dlužím prozradit, kde se nakazil: ze zaječího masa, dovezeného do našeho supermarketu z USA. To je známé, že na amerických prériích jsou zajíci a králíci promořeni tularémií, ale najít spojení mezi nimi a malým klukem z jižních Čech byl skoro zázrak. Když se vám něco podobného v medicíně podaří, nikdy už na tu nemoc nezapomenete. Sto let je málo, aby se lékař setkal se všemi nemocemi a mohl je podle své zkušenosti co nejrychleji diagnostikovat.

Chodí lidé dnes do ordinace s jinými potížemi nežli na začátku vaší kariéry?

Samozřejmě. Velmi mi například komplikuje život reklama na nejrůznější kosmetické přípravky. Alergie po nich není žádnou výjimkou. Ani po těch tak zvaně přírodních. Víte, co je v přírodě alergenů? Takový tee trea olejíček nebo propolisová tinktura!

Jaký je váš den mimo ordinaci?

Nevydržím jen tak sedět. Docela ráda vařím srbsko-českou kuchyni, kterou jsem se naučila v rodině mého manžela. V kuchyni u tety jsem se naučila přes jídlo srbsky dokonce mluvit. Hlavně peču, máme čtyři vnoučata, tak je pro koho. Také máme psy, chalupu…

Vždy se ptám také na životní krédo. Jaké je to vaše?

Čeho jsem se vždycky držela, i když jsem docela cholerik, tak nikdy nezdvihnout hlas na pacienta. To jsem přijala za vlastní od pana primáře Palouše a vždycky jsem se tím řídila. Doma si to třeba pak vynahradím.

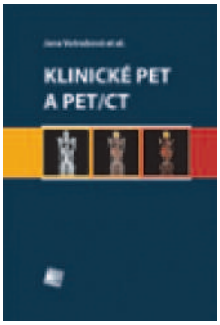
Kdybych měla něco vzkázat začínajícím kolegům, pak to, že je velká chyba nadchnout se pro nějakou pravděpodobnou diagnózu. Zkrátka nepřizpůsobovat fakta diagnóze, ale naopak diagnózu zjištěným faktům. V této souvislosti je nutné nebát se konzultovat své nejasnosti nejen se staršími doktory, ale i s lékaři z jiných oborů. Proto jsem pracovala ráda v nemocnici, že tady byla diskuze věčná.

Rozhovor připravila PhDr. Marie Šotolová

KNIŽNÍ NOVINKY

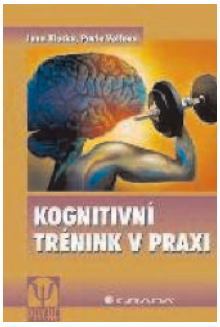
Poul Jan at al.: Dětská ortopedie
ISBN 978-80-7262-622-9
Signatura: K 10861 v.1

Moderní učebnice Dětská ortopedie, na jejímž vzniku pracovalo několik desítek odborníků, podává přehledný a zároveň komplexní obraz dětské ortopedie. Mapuje problematiku v celé její šíři, proto autorskou roli přijali kromě ortopedů specialisté z oblasti zobrazovacích metod, internisté, pediatři, plastičtí chirurgové, anesteziologové, ale i genetici a rehabilitační pracovníci. Publikace podobného rozsahu ani záběru u nás v posledních dvaceti letech nebyla vydána.



Votrubová Jana at al.: Klinické PET a PET/CT
ISBN 978-80-7262-619-9
Signatura: K 10863 v.1

Hybridní zobrazovací metoda pozitronové emisní tomografie (PET) a počítačové tomografie (CT) představuje kombinaci funkčního a morfologicko-anatomického celotělového zobrazování. Záměrem autorů je podat ucelený přehled o základních principech PET, CT a hybridního zobrazování a o nejdůležitějších klinických indikacích. Těžiště publikace „Klinické PET a PET/CT“ je v onkologické problematice, která tvoří většinu indikací k hybridnímu vyšetření. Kromě vyhledávání ložisek maligních nádorů, stagingu a kontroly terapeutického efektu zvolené léčby je pozornost věnována epileptologii, kardiologii a vyhledávání zánětlivých ložisek.



Klucká Jana, Volfová Pavla: Kognitivní trénink v praxi
ISBN 978-80-247-2608-3
Signatura: K 10849 v.1

„Kam jsem si dal ty brýle?“ „Vždyť jsem tu knížku měla nedávno v ruce…?“ „Kdyby nebylo té nehody, všechno mohlo být jinak...“ Jsou vám tyto věty povědomé? Ať už patří vašim blízkým, pacientům nebo vašim klientům, je tato kniha určena právě vám. Soustředí se především na procvičování kognitivních funkcí a nezapomíná ani na další faktory, které mírné kognitivní poruchy, demence a jiná kognitivní selhávání doprovázejí. Každé cvičení je možné vzít jako inspiraci, obměňovat je a nově k sobě řadit podle individuálních potřeb. Publikaci jistě ocení psychologové, ošetřovatelé v nemocnicích, pracovníci komunitních středisek, pracovníci v domovech důchodců, sociální pracovníci, pečovatelé, příbuzní i dobrovolní pracovníci.

BAREVNÝ SVĚT

Byla jednou jedna velká nemocnice, kde se oddělení rozlišovala podle barevných oken, a lidé věděli, u jaké barvy mají řešit svůj problém. Já ležel na dětském oddělení se zelenými okny, kupodivu to je má oblíbená barva. Budova to byla stará, zašedlá a nehezká. Když jsem ji poprvé spatřil, viděl jsem svět šedý a ošklivý. Vešel jsem dovnitř, stěny byly bílé, sem a tam nějaký obrázek, který už pomalu ztrácel svoji barvu. Jen já jsem, kvůli své nemoci, zářil citrónovou žlutí. Bylo mi zle! Posadil jsem se a vedle mě si sedla mamka.

Otevřely se dveře ordinace a vyšel doktor v zeleném tričku. Říkám si, co to je? Většina doktorů přeci nosí bílé dlouhé pláště. Pan doktor mi řekl, že je potřeba mě hospitalizovat. To už jsem všechno viděl ne tmavě, ale černě! Usměvavá sestřička v modré uniformě, mě zavedla na pokoj, který byl vymalován žlutou barvou, takže jsem trochu splýval. Ještě že tam byly zelené skříňky! V pokoji byla i televize a video. Řekl jsem si, že to tu nějak vydržím. Můj svět se stával barevnějším! Druhý den měla přijít primářská vizita. Pomyslel jsem si: to bude velký slet bílých havranů. Ale ouha, když vešli, všichni měli na sobě barevná trička. Od sestřiček jsem se dozvěděl, že je nosí proto, aby se jich děti nebály. Podle triček dostali, od doktorů z jiných oddělení, přezdívku lentilky nebo „teletubbies“. Začal jsem se strašně smát. Můj svět byl barevný a ne tmavý! Ale zelený, modrý, červený a žlutý. Když mi po měsíci pani doktorka v červeném tričku řekla, že mohu jít domů, vůbec se mi nechtělo. Dodnes tam rád jezdím na kontroly, protože se tam vždy zasměji. „A vo tom to je!“

Autorem je dětský pacient V. N. (1995) dlouhodobě hospitalizován pro závažné onemocnění.

UTAJENÁ PROFESE

PÁN VĚŽNÍCH HODIN

Zkuste si položit otázku, jak tluče srdce tak podivuhodného organizmu, jakým je nemocnice. Že by jako hodiny? Zmizí-li z věžičky, jakoby se tep zastavil. Když místo dřevěné desky zase odrážejí paprsky slunce nablýskané rafičky, život se vrátil. Operaci provedl hodinář Pavel Kappler.

Pane Kapplere, jak je dlouhá cesta k dvoumetrovému ciferníku nemocničních hodin?

V mém případě určitě ne krátká a navíc klikatá. Představte si, že jsem řadu roků do dnešní Nemocnice České Budějovice, a.s. služebně jezdil. Přesněji do bývalé vojenské nemocnice, protože jsem dvacet let dělal mechanika zdravotnické techniky Vojenské nemocnice Hroby. Tehdy byly u Tábora sklady polní nemocnice, uložené v bednách a my jsme se s kolegy starali, aby v případě okamžité potřeby bylo všechno funkční. Naše chvíle přišla každoročně po velkém letním cvičení v Kunžaku, kdy se na louce cvičně postavilo ve stanech několik polních nemocnic a čtrnáct dní tam pracovali lékaři, aby prověřili stav zařízení. Pak se všechno zabalilo, vrátilo do skladů a čistilo, opravovalo - parními kotli na sterilizaci počínaje a mobilními rentgeny konče. Kdeže by mě tehdy napadlo, že v zimě roku 2009/2010 budu opravovat vaše věžní hodiny!

Vždycky jsem si myslela, že hodinářem se nemůže stát, byť šikovný mechanik, jen tak. Hodiny jsou přece kromě změti šroubků také uměním.

Souhlasím, já jsem ale k tomuto řemeslu přičichl už v dětství díky otci. Ten jako jemný mechanik v Kovosvitu Sezimovo Ústí měl k drobným strojkům blízko, a tak souběžně opravoval lidem v Chýnově, kde jsme žili, hodiny. Občas mi něco svěřil, třeba vyčistit benzínem budík. Když mi bylo dvanáct, čtrnáct, tak jsem se místo hodinám raději věnoval mopedům a motorkám, protože v tomto věku, co nervy a nekouří, není technika.

Když pak otec zemřel, vyvstala otázka, co s jeho hodinářskou dílničkou. Nikdo by ji nekoupil, vyhodit mi ji bylo líto, tak jsem si řekl, že to začnu s hodinářstvím zkoušet. Jako bych tušil, že se mi to jednou bude hodit!

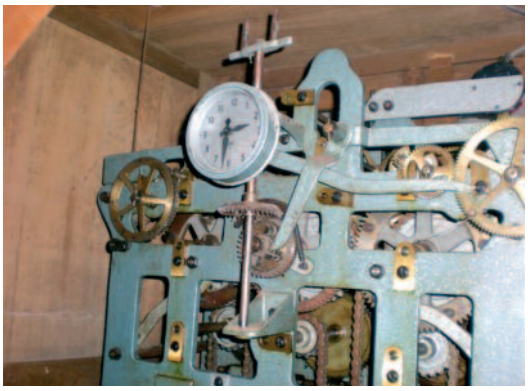
Takže jste se vyučil nakonec dálkově hodinářem.

Ano, to bylo v roce 1987. Pořád jsem ale měl hodiny jen jako koníček. Před dvěma lety došlo na lámání chleba a já se rozhodl věnovat se mu natvrdo. Buď to vyjde, nebo ne. To už jsem měl za sebou studium na Střední restaurátorské škole v Praze. Mou mistrovskou prací byly hodiny - tehdy ze zámku Orlík.

Specializuji se na věžní hodiny a všechny typy starožitných, historických hodin. Opravil jsem například hodiny na dačickém zámku, tam ale také všechny v celém interiéru, protože kastelán byl na hodiny fajnšmekr. Také hodiny na táborské kostelní věži, teď pracuji na opravě věžních hodin hlubockého zámku, které budou součástí tamní expozice. Mám takovou úchylku, když někde projíždím, koukám, jestli jim na věži jdou hodiny.

A nám na konci roku 2009 šly jen sem tam a někdy ukazovaly špatný čas.

Právě. Tak jsem nabídl vaší nemocnici své služby. S vedením jsme se dohodli a v prosinci 2009 jsem vyjmul stroj, odvezl si ciferník i rafiky s tím, že v lednu 2010 budou hodiny v bezchybném chodu.



Jak jsou naše hodiny staré? Z roku 1913, kdy byla dostavěná původní nemocniční budova? Tehdy je vyrobila firma Zink za 1 650 rakouských korun.

Tak to vás asi zklamu, stroj už někdo v minulosti vyměnil, nyní na sobě nese označení firmy Elektročas Praha, 1961. Pokud vím, první generální oprava stroje proběhla pouhé dva roky po jeho osazení na věž, takže asi nešlo o špičkový výrobek. Na ciferníku je vyryt rok 2002. To je běžná praxe, že když je plech ciferníku zrezivělý, tak se na původní kovaný rám zavěsí nový. Pro hodináře je samozřejmě nejdůležitější oprava stroje, ten však lidé nevidí. Hodiny, pokud samozřejmě jdou, tak hodnotí spíš podle toho, jak vypadají zvenku. Protože je ciferník na jižní straně budovy, která je extrémně zatížená výkyvy teplot, musel jsem obnovit lak. Číslice z bronzové samolepicí fólie nahrazuje plátkové zlato a pozlacené jsou i rafiky, které jsou s největší pravděpodobností původní. Snad vás bude zajímat, že plátkové zlato na vašich hodinách je od sušické firmy Grac. Ta se specializuje na zlatotepectví. Plátkové zlato, které má tloušťku jednu desetitisícinu milimetru, se rozklepává bucharem ve formě z kůžiček hovězího slepého střeva, kam se vkládá ebenovými kleštěmi. Za pět minut je třeba udeřit sedmikilovým kladivem 360x. Tak se to děje ve zlatotepeckých dílnách po staletí.

Z ulice se zdá, že jde o „hodinky“. Jak jsou ve skutečnosti velké?

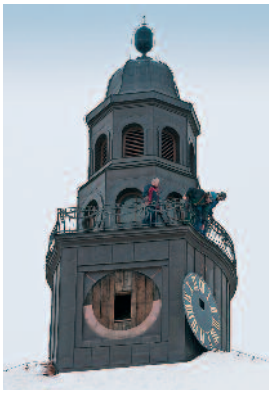
Když jsem objednával horolezce, aby je po opravě vrátili na věž, tak jsem říkal: ciferník bude mít 20-30 kilo. Smáli se, že prý to znají, nakonec je z toho metrák. Měli pravdu, má kolem 70 kilo. Velká rafika je dlouhá zhruba 1,5 metru a malá 1,25 metru.

Proč horolezci?

Jde o instalaci ciferníku a rafik. Ten není možné protáhnout otvorem před strojem zevnitř, vždyť má dva metry průměr a stejně tak není manipulační prostor na ručičky. Když se opravuje celá budova a je na ní lešení, tak to není problém. V jiných případech se musí tyto části dopravit do výšky na nataženém laně. V zimě je samozřejmě komplikací sníh. Jsou to docela nervy.

A to si člověk myslí, že život hodináře je prost jakéhokoli stresu. Pěkně v teple s lupou na oku se za klidného tikotu strojů obírá ozubenými kolečky, jen ho sem tam vyruší kukačky.

Je pravda, že když pracuji v dílně, tak si ani nepustím rádio, ten tikot je uklidňující. Na druhé straně říkám, že hodiny jsou v bytě jediný živý nábytek. Hodinářství je však docela dobrodružné. Nejen kvůli technickým záludnostem. Nedovedete si představit, jaké vzrušení se zažije, když pod zkorodovanou vrstvou najdete signaturu a vročení hodináře, který stroj postavil před dvěma sty lety nebo ještě dřív.



PhDr. Marie Šotolová.
Fotoreportáž z 19. 1. 2010, kdy horolezci zavěšovali opravený ciferník, připravil Bohumír Langmeier.
Ostatní foto z archivu Pavla Kapplera.

KONGRESY A SEMINÁŘE

VRCHOLNÉ SETKÁNÍ ANESTEZIOLOGŮ

V českobudějovickém Domě kultury Metropol se 1.-3. 10. 2009 setkal rekordní počet anesteziologů z celé České republiky, více nežli 1 200. Mezi lékaři a sestrami byli specialisté z USA, Německa, Nizozemska a Ruska. Přednáškový program XVI. národního kongresu České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (ČSARIM) se zaměřil jak na oborová, tak i mezioborová témata, jakými jsou například algeziologie - léčba bolesti, transplantologie, etika a právo v souvislosti s péčí o těžce nemocného nebo umírajícího člověka a pro-

blém paliativní medicíny, jejíž celostátně přijatou koncepci bude rozpracovávat i českobudějovická nemocnice.

O významu kongresu pro region svědčí skutečnost, že se zahájení zúčastnili 1. vicehejtman Jihočeského kraje MUDr. Martin Kuba, náměstkyně hejtmana Jihočeského kraje pro oblast zdravotnictví Mgr. Ivana Stráská, primátor města Mgr. Juraj Thoma, předseda představenstva Nemocnice České Budějovice, a.s., MUDr. Břetislav Shon a děkan Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc. O aktivitách České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny je informoval prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc.

Jednání se konala během dvou a půl dne ve třech lékařských a jedné sesterské sekci. Kromě zdravotníků se kongresu zúčastnilo 160 vystavujících firem.

JIHOČESKÉ PSYCHIATRICKÉ DNY

Jednou za dva roky pořádá českobudějovická nemocnice setkání psychiatrů, především z jižních a západních Čech. Letos se lékaři setkali v prvních říjnových dnech na břehu Lipna ve Wellness hotelu Frymburk.

SETKÁNÍ TRAUMATOLOGŮ V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

MUDr. Zbyněk Tříska

8. 10. 2009 se konalo v IGY/Bazilice setkání traumatologů pořádané Traumatologickým centrem Nemocnice České Budějovice, a. s.

Mezi účastníky byli odborníci na traumatologii v čele s primářem MUDr. Kopačkou a prof. MUDr. Havránkem, předním odborníkem na dětskou traumatologii.

Naše oddělení připravilo přednášky na téma fraktury pánve a acetabula, poranění nohy, zlomeniny klíční kosti, fraktury distálního humeru, principy demage kontrol, kazuistika bodného poranění srdce, subtrochanterické fraktury, skokanské koleno. Ortopedické oddělení se věnovalo poranění menisku (sutura menisku). Chirurgické oddělení představilo problematiku poranění slinivky břišní. Podrobnou diagnostiku poranění obličejového skeletu ozřejmili kolegové z oddělení ORL. Problematice intrakraniálních hematomů u warfarinizovaných pacientů se věnovalo neurochirurgické oddělení. Prof. MUDr. Havránek se zabýval zlomeninami v oblasti lokte u dětí.

Celkem se tohoto sympozia účastnilo 250 lékařů a sester. Všem registrovaným účastníkům byly předány upomínkové předměty České spořitelny.

SESTRY V ČESKOBUDĚJOVICKÉM METROPOLU

Už podruhé uspořádala Nemocnice České Budějovice, a. s. 22.-23. října 2009 v českobudějovickém Domě kultury Metropol konferenci pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Akce se zúčastnily čtyři stovky převážně sester z nejrůznějších zdravotnických zařízení Jihočeského kraje. Tentokrát kladli organizátoři velký důraz na chirurgii, dermatologii, geriatrii, výživu a nechyběla ani problematika akreditace nemocnic. Plná znění většiny přednášek byla uveřejněna ve sborníku, který je k dispozici v Lékařské knihovně naší nemocnice a dalších oborových veřejných knihovnách. (ISBN 978-80-254-5416-9) **šot**

XVI. JIHOČESKÉ ONKOLOGICKÉ DNY

Už tradičně se do Českého Krumlova sjeli onkologové z celé republiky, aby se věnovali diagnostice a léčbě nádorů, tentokrát plic a pleury. S ohledem na zaměření se kongresu 22.-24. 10. 2009 účastnilo ať již v řadách přednášejících nebo posluchačů mnoho pneumologů. Trvalou připomínkou je sborník přednášek, který při této příležitosti Nemocnice České Budějovice, a. s. vydala. Ten je k dispozici jednak v elektronické podobě na www.linkos.cz, jednak v Lékařské knihovně naší nemocnice a dalších oborových veřejných knihovnách. (ISBN 978-80-254-5417-6)

Už první den se v hotelu Růže, kde probíhala satelitní sympózia farmaceutických firem, zaregistrovalo tři sta lékařů. Další přibyli v pátek, kdy začal vlastní dvoudenní odborný program. Ten zahájil za přítomnosti předsedy představenstva Nemocnice České Budějovice, a. s. primář onkologického oddělení MUDr. Václav Janovský. Mezi přenášejícími byly skutečné špičky v oboru, například prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc., přednosta III. chirurgické kliniky 1. LF a FN Motol.

Kdo zrovna nesledoval v Jízdárně českokrumlovského zámku přednášky, ten diskutoval o novinkách s reprezentanty farmaceutických firem. Letos se počet vystavovatelů opět zvýšil a dosáhl téměř čtyřiceti. XVI. Jihočeské onkologické dny uzavřel jako vždy koncert v kostele svatého Víta, tentokrát s houslovým virtuosem Jaroslavem Svěceným. **šot**

Foto: Jiří Králík

ARTROSKOPICKÝ KURZ: RAMENO & KOLENO

MUDr. Pavel Sadovský

Na ortopedickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s. proběhl 5.-6. 11. 2009 další ze školících artroskopických kurzů. Tématem byla jednak artroskopie kolenního kloubu se zaměřením na různé techniky rekonstrukce předního zkříženého vazu, jednak artroskopie ramene s řešením nestability kloubu a dále rekonstrukční operace na rotátorové manžetě.

Operační výkony jsme prováděli na operačních sálech, odkud je kamery přenášely on line do posluchárny oddělení, kde průběh operací sledovali účastníci kurzu. Těmi tentokrát byli artroskopisté z Ukrajiny, Ruska, Polska, Slovenska a samozřejmě z českých ortopedických pracovišť. Tato metoda výuky je velmi přínosná, protože kurzisté mohou sledovat průběh operace v přímém přenosu, komentovat situaci a vznášet dotazy.

Celkem jsme předvedli šest operací. Mezi jednotlivými operacemi proběhly teoretické bloky přednášek. Na závěr každého dne byly připraveny modely ramena a kolena, na kterých si zájemci mohli vyzkoušet operační postupy.

Lektory letošního kurzu byli dr. Sadovský a dr. Musil z ortopedického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s a dr. Přikryl, artroskopista z přerovské nemocnice.

Celá akce proběhla v rámci školicích akcí CEEC - Central European Educational Center for Arthroscopy ve spolupráci s firmou DePuy Mitek, členem firmy Johnson & Johnson s. r. o.

Více viz na www.arthroscopy-ceec.eu

CUKROVKA NENÍ MALIČKOST

Už po sedmnácté se v Českých Budějovicích setkali přední odborníci na diabetes mellitus s lékaři z nemocnic, praktiky a více nežli stovkou zdravotních sester „z oboru“. Celý čtvrtek 10. prosince 2009 patřil tomuto jedinému tématu, které se dotýká jednoho milionu obyvatel našeho státu. Garantem setkání bylo Diabetologické centrum Nemocnice České Budějovice, a.s., které ročně ošetří kolem pěti tisíc pacientů s komplikovaným průběhem této civilizační choroby. O významu akce svědčí nejen stále rostoucí počet přihlášených zdravotníků, ale i firem, které vyrábějí léky a pomůcky pro diabetiky.

šot

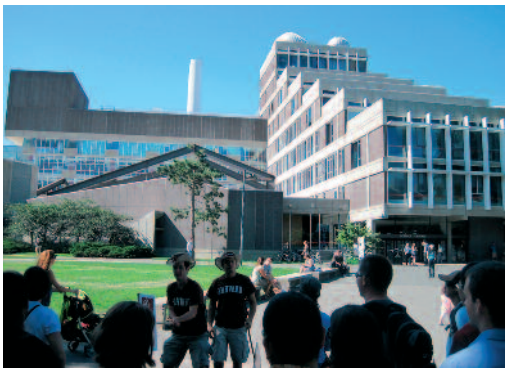
KONGRESY A SEMINÁŘE NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, A. S. - 1. POLOLETÍ 2010

Den jihočeského kardiocentra	**8. 4. 2010**	Hluboká nad Vltavou Townshend Int. School
5. českobudějovické odborné dny s problematikou hojení ran	**13. 4. 2010**	České Budějovice Hotel Gomel
Jihočeské Timrovy dny	**22.–23. 4. 2010**	České Budějovice - IGY / Bazilika
Jihočeské ORL dny	**29.–30. 4. 2010**	Nové Hrady - Hotel Rezidence
7. anesteziologické setkání	**30. 4. 2010**	České Budějovice - IGY / Bazilika
Peloidy a peloidní extrakty v praxi	**6.–8. 5. 2010**	Nové Hrady - Hotel Rezidence
19. celostátní konference ošetřovatelských profesí pracujících v péči o novorozence	**13.–14. 5. 2010**	České Budějovice IGY / Bazilika

LETEM SVĚTEM

SVĚTOVÝ GLAUKOMOVÝ KONGRES

MUDr. Naďa Pavlíčková



V loňském roce se v hlavním městě amerického státu Massachusetts Bostonu uskutečnil Světový glaukomový kongres. Jeho součástí bylo symposium České glaukomové společnosti, která tak měla možnost představit své zkušenosti v oblasti výzkumu, diagnostiky a léčby glaukomu.

Hlavním cílem současného pohledu je prevence a včasná léčba. Glaukom je druhou nejčastější ireverzibilní příčinou slepoty na světě. V roce 2020 se předpokládá, že na Zemi bude 80 milionů glaukomových pacientů. V Evropě se glaukom podílí na slepotě dvaceti procenty. Glaukom je chronická progresivní optická neuropatie, charakterizovaná ireverzibilní poruchou zrakového nervu. Včasné rozpoznání choroby, vyšetřování nitroočního tlaku ve věku nad 40 let při předpisu brýlí, včasná léčba, konzervativní, laserová či chirurgická, může zpomalit nebo dokonce zastavit další funkční ztráty vidění. V tomto duchu probíhal celý kongres. Také díky podobným akcím dochází k standardizaci léčby na celém světě.

Ve své přednášce jsem uvedla zkušenosti očního oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. s operativní léčbou úhlového typu glaukomu: extrakcí čočky fakoemulzifikací s implantací umělé nitrooční čočky. Ve shodě s jinými publikacemi jsme v souboru 35 pacientů měli dobré operační výsledky: zlepšení zrakové ostrosti v průměru o 4 řádky, došlo k poklesu nitroočního tlaku v průměru o 5 mm Hg, redukci antiglaukomové léčby z původních 2-3 preparátů na 0-2, a tím i ke zlepšení kvality života glaukomového pacienta.

Bylo příjemné mít možnost aktivně se účastnit kongresu v tradičním městě vědy a výzkumu, kde sídlí tak prestižní univerzity, jako jsou Harvard University nebo Massachusetts Institute of Technology.

NEUROCHIRURGOVÉ NA SVĚTOVÉM KONGRESU

MUDr. Vladimír Přibáň

Ve dnech 1.- 4. září 2009 jsme se s dr. Fiedlerem zúčastnili kongresu světové neurochirurgické organizace (WFNS), který se konal v americkém Bostonu. Kongres, organizovaný jednou ze dvou amerických neurochirurgických společností odpovídal více duchu amerických, než světových sjezdů. O to více nás potěšilo, že naše příspěvky vybral vědecký výbor ve formě přednášky a elektronického posteru.

Osobně jsem navíc měl čest být v předsednictvu spolu se dvěma japonskými kolegy a americkým moderátorem - profesorem Loftusem panelové diskuze na téma **současného postavení otevřené operace a stentigu v léčbě stenóz karotických tepen**. Panel trval hodinu a snad naplnil očekávání přítomných kolegů v auditoriu. Byla postulována indikační kritéria obou typů výkonu na základě posledních velkých multicentrických studií. Endovaskulární léčba má v současné době omezené indikace s vyšší četností komplikací (zejména embolizačních) než otevřená operace. Stenty jsou jednoznačně doporučeny u restenóz tepen těžce nemocných pacientů, neschopných podstoupit operaci radiačně indukovaných stenóz a anatomicky složitých situací pro chirurgickou léčbu. V ostatních případech zůstává karotická endarterektomie zlatým standardem. Panelová diskuze nebyla jednostranná monotematická debata chirurgů. Kolega z Japonska prezentoval vývoj

nových technologií karotických stentů. Pokrok na tomto poli je velký, a pochopitelně do budoucna mohou endovaskulární miniinvazivní výkony nahradit otevřené operace.

Po přednáškových maratónech jsme si užili město Boston včetně jeho proslulého kulinářského zážitku - novoanglického humra. Z města a jeho obyvatel čiší sebevědomí obyvatel Nové Anglie. Tady se začala psát historie Spojených států amerických, kdy rebelové včele s obchodníkem Samuelem Adamsem vysypali na protest proti novým daním ze strany Anglie čaj z lodi do oceánu. Dnes radikála Adamse připomíná tmavé pivo velmi slušné chuti a jeho přítele Hancocka nejvyšší budova ve městě.

4. MEZINÁRODNÍ KONGRES SLOVENSKÉ SPOLEČNOSTI PRO ARTROSKOPII A SPORTOVNÍ MEDICÍNU V BRATISLAVĚ

MUDr. Pavel Sadovský

S MUDr. Musilem jsme se 10.-11. 9 2009 zúčastnili kongresu, který se koná každoročně jako vrcholná akce artroskopické společnosti, pořádaná střídavě v Čechách a na Slovensku oběma národními artroskopickými společnostmi.

Přednášky předních českých a slovenských artroskopistů přinesly poslední zkušenosti, názory a operační postupy u rekonstrukcí zkřížených vazů, revizní operace po plastikách vazů, dále operace lézí rotátorové manžety a nestabilit ramena. Artroskopii kyčelního kloubu bude zcela jistě patřit budoucnost, protože pacientů s bolestmi kyčle přibývá. O zkušenostech s artroskopií v této části těla referoval a ve workshopu demonstroval dr. Lais z Freiburgu, který již provedl kolem tisícovky těchto výkonů a patří ve své specializaci k evropské špičce. Mimochodem dr. Lais byl lektorem na artroskopickém kurzu, který jsme uspořádali v Nemocnici České Budějovice, a.s. v loňském roce.

Kongres byl pro nás přínosný právě kvůli problematice kyčelního kloubu. Jsme rádi, že držíme krok s nastupujícím trendem a patříme ke třem pracovištím v České republice, která s těmito operacemi začínají.

Na kongresu jsme prezentovali naše zkušenosti s artroskopií kyčle a do programu byly zařazeny naše další tři přednášky (rekonstrukce rotátorové manžety, revizní operace zúžených vazů a léčba zlomenin glenoidu).

KONGRES EVROPSKÉ RESPIRAČNÍ SPOLEČNOSTI

Prim. MUDr. Václav Šnorek, MUDr. Petr Vaník

Ve dnech 12.-16. září 2009 jsme se zúčastnili XIX. mezinárodního kongresu Evropské respirační společnosti, který probíhal ve Vídni. Jde každoročně o jedno z největších setkání pneumologů, tentokrát se sjelo z celého světa téměř 19 000 účastníků. Kongres byl zaměřen na celou oblast oboru ve formě sympozií, bloků přednášek, vzdělávacích seminářů, diskusních setkání nad postery k jednotlivým tématům. Dále zde byla setkání jednotlivých pracovních skupin, setkání s předními experty v určitých oblastech atd. Jeho součástí byly prezentace výsledků posledních významných klinických studií.

V několika diskuzních sekcích zaměřených na léčbu astma bronchiale, se objevila řada prací, hodnotících nejrůznější aspekty biologické anti IgE léčby omalizumabem. Je prokázáno, že u vybrané skupiny nejtěžších astmatiků s prokázanou alergií na celoroční alergeny má tato léčba příznivý vliv na snížení počtu exacerbací nemoci, snížení četnosti

symptomů, spotřeby úlevové medikace, u mnoha pacientů bylo pak možno snížit dávky nebo úplně vysadit systémové steroidy.

V sympóziu věnovanému chronické obstrukční plicní nemoci byly podrobně rozebírány výsledky velké multicentrické studie UPLIFT, hodnotící efekt léčby dlouhodobě působícím anticholinergikem tiotropiem. Zároveň byl podrobně hodnocen bezpečnostní profil léku a jeho vliv na průběh onemocnění.

Blok věnovaný léčbě intersticiálních plicních procesů zhodnotil výsledky léčby různými léky ze stávajícího portfolia léčiv, bohužel prognóza onemocnění i přes pokroky v diagnostice zůstává nadále velmi nepříznivá a žádné z léčiv nezabrání po určité době v progresi onemocnění a fatálnímu konci.

Seminář k bioptickým technikám prezentoval práce hodnotící výtěžnost transbronchiálních punkcí pod kontrolou ultrazvuku v různých indikacích, transthorakální punkce v diagnostice periferních plicních lézí, přínos klinického cytologa, srovnání cytologie oproti histologii a také ukázky některých paliativních endobronchiálních zákroků.
Některá sdělení uvádíme podrobněji:

Screening plicního karcinomu - prof. Nackaerts, Belgie

Screening je účelný u nemoci, která má vysokou incidenci a prevalenci. Použitá metoda by měla snižovat mortalitu ve vyšetřované skupině. Plicní karcinom je v Evropě, co se incidence týče, na 4. místě (za karcinomem prsu, prostaty a kolorektálním karcinomem), v mortalitě je výrazně na místě prvém. Uvedené ostatní lokalizace nádorů možnost screeningu mají, nejvíce smrtící plicní nádory ne. Relativní riziko tvoří kromě kouření CHOPN (relativní riziko 4,5), rodinná anamnéza (2,5), práce s azbestem (5), vlivy okolí - radon… (3).

Rtg snímek hrudníku: nízká senzitivita, neprokázán přínos, a to ani ve spojení s cytologií sputa, vysoký počet „intervalových“ nádorů. MRI nebyl ve screeningu plicní rakoviny studován. PET(-CT): zatím nejsou validní studie. Falešné pozitivity (záněty…), falešné negativity (karcinoidy, nádory pod 1 cm nezobrazí - nízká senzitivita).

Nízkodávkový CT: senzitivnější než rtg snímky. Ve světě běží 5 randomizovaných studií - US (53 364 pacientů), Itálie 2x, Dánsko, Nizozemsko+Belgie (studie Nelson - přes 15 000 zařazených). Prvé výsledky budou v roce 2010, ukončení všech - předpoklad rok 2014. Low-dose CT má v použití ke screeningu zatím nejblíže, nicméně trvají otázky týkající se bezpečnosti metody - předpokládá se, že zářením nízkodávkového CT je vyvolán jeden plicní nádor na 50 000 plicních skenů. Rovněž je třeba posoudit poměr cena/zisk. Proto tato metoda není zatím doporučována k použití mimo randomizované kontrolované studie, na jejich výsledky je třeba počkat. K časnému screeningu plicní rakoviny t.č. není doporučována žádná metoda.

Solitární plicní ložisko - Dr. Diederich, Německo

Při velikosti nad 10 mm vysoké procento malignity, proto invazivní přístup. Více než 95 % lézí měří 10 mm a méně, z nich 95 % je benigních, a to i v rizikových skupinách. To uvádí na základě tří studií, kde více než 66 % dospělých kuřáků má na CT tento nález. Popsány metody sledování. Benignita je podle jedné studie u lézí pod 5 mm 67 %, u lézí 3-6 mm podle jiné studie 60 %, opět podle jiné je benigních 67 % resekovaných lézí pod 3 mm… Autor na takových základech považuje za účelné léze 10 mm a menší jen sledovat (CT/PET) a zasahovat jen když se zvětšují. Popisuje známá kritéria benignity. Uvádí i jiná doporučení, z nichž mne zaujalo doporučení American of Chest Physicians, publikované v CHEST 2007. Pravděpodobnost malignity $p = ex/(1+ex)$, kde $x = -6.8272 + (0{,}0391 \times$ věk v letech$) + (0{,}7917 \times$ kuřáctví$) + (1{,}3388 \times$ malignita$) + (0{,}1274 \times$ průměr v milimetrech$) + (1{,}0407 \times$ spikulace$) + (0{,}7838 \times$ lokalizace v horním laloku). U kritérií kuřáctví, předtím prokázané malignita, spikulace a lokalizace ano = 1, ne = 0. Parametr ideální do běžné pneumologické praxe. Autor je radiolog, přístup pneumologů bývá agresívnější.

Plicní karcinom - zobrazování mimo hrudník - Dr. De Wever, Belgie

Staging důležitý - posuzování operability, výběr správné kombinace chemo- a radio-

terapie. Vzdálené metastázy jsou nalezeny u více než 40 % pacientů již v době stanovení diagnózy. Recidiva karcinomu pochází asi u 60 % pacientů z mikrometastázy mimo hrudník. V přístupu ke zjišťování vzdálených metastáz není jednota. Otázky jsou kdy a jak tyto metastázy vyšetřovat. Tyto metastázy jsou buď symptomatické (játra, nadledvinky, kosti, mozek) nebo němé. Symptomatické metastázy vyšetřit musíme. Na metastázy symptomatické se názory různí: v Kanadě se u nemalobuněčného karcinomu plic (NSCLC) vyšetřuje plný rozsah nehledě na příznaky. Americká hrudní a Evropská respirační společnost u NSCLC před operací nevyžadují vyšetření mozku ani kostí, nemá-li pacient příznaky. Z markerů: GGT, LDH. Další metody závisí na vyšetřované oblasti. Horní břicho: CT, UZ, MRI, celotělová PET, celotělová PET/CT. Nadledvinky jsou zvětšeny asi u 2 % lidí, většinou jde o adenomy. U pacientů s nádorem je pouze méně než 50 % zvětšených nadledvinek biopticky ověřeno jako metastázy. Při iniciálním stagingu se zjišťují tyto metastázy v 10 %. Pro zjišťování metastáz v játrech se zdá PET specifičtější než konvenční zobrazení. Mozek: CT, MRI. Incidence mozkových metastáz při iniciálním stagingu je mezi 12 a 18 %. U pacientů s plicní rakovinou a příznaky z CNS je pozitivita CT v 91 %. Lze vyšetřit spolu s CT hrudníku při jedné aplikaci kontrastu. MRI je senzitivnější a odhalí i menší metastázy. Senzitivita PET je menší, o použití PET/CT v této lokalizaci nejsou dostatečné informace. Kosti: scintigrafie, CT, MRI, celotělová PET, celotělolová PET/CT. Scintigrafie je zde proti rtg i CT senzitivnější a specifičtější. U potenciálně operabilních jsou takto objeveny kostní metastázy ve 4 %. Časté jsou falešně pozitivní výsledky, zejména díky ložiskům degenerativních nemocí. Kostní metastázy jsou podle autora málokdy symptomatické, proto rutinní screening scintigrafií podle něho není nutný. MRI je u kostí výhodnější co do senzitivity i specificity. PET má u kostí senzitivitu 92 % a specificitu 99 %, takže scintigrafii výrazně předčí a zřejmě použití scintigrafie kostí eliminuje. Probrána byla další jednotlivá vyšetření, podrobně pak PET a PET/CT v M-stagingu. Použití PET hodnotí dvě studie. Snižuje se počet probatorních torakotomií, celkový počet vyšetření při stagingu se nesníží, řešení je v kombinaci? Při PET/CT se zobrazí řada lézí, které nezachytí samotná PET nebo samotné CT. Prezentuje PET/CT snímek metastázy v žebru, kde na CT ani retrospektivně nelze patologii najít. Lepší diferenciace benigní/maligní. Usnadní výběr vzdálené metastázy optimální pro provedení biopsie. Na konci přednášky na otázku, jak pátrat po metastázách, zdůrazňuje PET/CT a MRI.

Endoskopické vyšetření EUS-FNA a EBUS-TRNA - Dr. Tournoy, Belgie

Techniky neinvazivní - sputum. Techniky invazivní - otevřená plicní biopsie, mediastinoskopie, videothorakoskopie. Techniky minimálně invazívní - bronchoskopie, transtorakální plicní biopsie, EBUS-TBNA (endobronchial ultrasound - transbronchial needle aspiration), EUS-FNA (esophageal ultrasound fine needle aspiration). Obě tyto techniky jsou určeny pro vyšetření uzlin a jiných útvarů ležících v blízkosti velkých dechových cest nebo jícnu. Probíral nebezpečí - pozor na warfarin a clopidogrel, nevadí anopyrin, nutnost zkušeností vyšetřujícího, tři aspirace versus okamžitá cytologie (rapid on-site evaluation - ROSE) pro stanovení diagnózy, sledování po výkonu. Není totéž získání vzorku pro diagnózu a pro určení stagingu, kde American College of Chest Physicians rozeznává podle rozsahu postižení čtyři skupiny pacientů, každé skupině pak přiřazují příslušné metody N-stagingu. Obě metody mají své místo ve vyšetřování a plicní lékaři by se je měli učit.

Krueger (Německo) porovnával detekci mozkových metastáz při známém primárním plicním karcinomu vyšetřením MRI a PET/CT u 103 pacientů. Mozkové metastázy byly zjištěny pomocí MRI u 21 pacientů, pomocí PET/CT jen u sedmi. V porovnání s MRI jako zlatým standardem je senzitivita PET/CT pro zobrazení mozkových metastáz 23,8 % a specificita 97,6 %.

Kurimoto (Japonsko) analyzoval vnitřní strukturu mediastinálních uzlin zobrazených EBUS. Na základě homogenity či heterogenity a přítomnosti aberantních cév zobrazených

Dopplerem se snažil rozlišit, zda jde o uzliny zvětšené při sarkoidóze nebo uzliny metastatické. Správně stanovili dg. v 96 % (98/102).

Serra (Španělsko) porovnával přínos vyšetření vzorků získaných při EBUS-TBNA jednak cytologií, jednak zpracováním do cytobloku (CB) - takto zpracováno 33,5 % vzorků. Vyšetřili 206 pacientů (muži/ženy 185/21), průměrný věk 63 let. Vyšetřených uzlin bylo 410. Preparáty rovnou na sklíčku, pro cytoblok do formoterolu, vyšetřeny navíc imunohistochemicky. U adenokarcinomu stanovení mutace epidermal growth factor receptoru (EGFR). Cytoblok umožnil dg. navíc u 28 vzorků (20,5 %). Celkem 39x (26,8) zjištěn z CB adenokarcinom. Mutace EGFR zjištěna ve dvou případech. Autor uzavírá, že materiál pro cytoblok by měl být odebírán, protože poskytuje dodatečnou informaci k prostému preparátu. Dobrá spolupráce pneumologa a cytopatologa je důležitá.

Gurioli (Itálie) posuzoval přínos EUS - FNA pro diagnostiku a staging NSCLC. Průměrný počet aspirací u pacienta 6 (1 - 15). Senzitivitu uvádí 85 %, negativní prediktivní hodnotu 63 %.

Vaník s kolegy (Nemocnice České Budějovice, a.s., Česká republika) prokázal výhodnost zejména při diagnostice sarkoidózy vyšetření EBUS-TBNA doplnit excizí sliznice bronchů.

Řada posterů se týkala transbronchiální kryobiopsie. Gesierich (Německo) vyšetřil prvých 14 pacientů s difuzním postižením plicního parenchymu, výkon v celkové anestezii. Vzorky byly o něco větší než při transbronchiální biopsii a měly velmi dobře zachovanou morfologii. Žádné závažné krvácení, 10x krvácení malé, 1x PNO, 1x zhoršení respirační insuficience s přechodným pobytem na JIP. Aktas (Turecko) vyšel z možnosti kryorekanalizace při postižení nádorem a srovnával výsledky při odběru vzorků kryoprobou s klíšťkovou biopsií v diagnostice nádoru. Velikost vzorku u klíšťové biopsie byla 0,2 mm, u cryobiopsie 0,8 mm. Dg. stanovena u klíštěk v 78 %, u kryobiopsie v 92,7 %. Krvácení bylo v obou případech stejné.

Objevily se už i práce týkající se elektromagneticky navigované bronchoskopie. Karnak (Turecko) byl úspěšný v 8 z 9 periferních lézí a u 27 z 31 lymfatických uzlin. Seilo (Španělsko) byl u 45 pacientů s periferními plicními uzly velkými průměrně 2,5 cm úspěšný v 67 %. Komplikace byla 1x (PNO). Senzitivitu uvádí autor 75 %, specificitu pro nádory 100 %, ale negativní prediktivní hodnotu jen 56 %.

Je příjemné zjištění, že naše oddělení drží krok s evropskou plicní medicínou.

LÉČBA MALIGNÍCH LYMFOMŮ

MUDr. Jan Pirnos

Ve dnech 4.-8. 12. 2009 jsem se zúčastnil výroční konference Americké hematologické společnosti (51. ASH meeting) v New Orleans. Z rozsáhlého programu jsem věnoval pozornost zejména problematice léčby maligních lymfomů, jejichž léčbu naše Komplexní onkologické centrum v rámci kraje zaštiťuje.

Pro naši práci zazněla dvě klíčová sdělení stran léčby Hodgkinovy choroby - německá skupina prezentovala očekávané závěrečné analýzy velkých studií HD 10 a HD 11.

Na základě uzavření studie HD 10 byly pro skupinu pacientů s nepokročilou chorobou bez rizikových faktorů stanoveny jako standardní léčba dva cykly chemoterapie ABVD a následné ozáření IF (involved field) do 20 gy (gray) (testovány byly 2 a 4 cykly ABVD + 20 a 30 gy záření v 2x2 designu). Bylo tedy prokázáno, že snížení dávky radioterapie i po pouhých dvou cyklech ABVD nezhoršuje celkové výsledky léčby v žádném parametru. To je výborná zpráva pro pacienty, neboť lze očekávat, že poklesne procento pozdní toxicity léčby po radioterapii, zejména sekundárních malignit.

Studie HD 11, kde byly pro skupinu pacientů s intermediálním stadiem choroby (I a II st s některými rizikovými faktory) testovány podobným designem čtyři cykly ABVD a 4 cykly Beacopp bazální + 20 či 30 gy záření IF, přinesla následující závěr: redukce radioterapie na 20 gy má ve skupině pacientů léčených standardní léčbou ABVD horší výsledky než dosavadní dávka 30 gy, naopak v kombinaci s intenzivnější chemoterapií Beacopp bazální postačuje i dávka 20 gy. Za standardní pro naše oddělení tedy nadále považujeme stávající léčbu čtyřmi cykly ABVD (případně dle výsledků novější generace studie kombinace 2x Beacopp eskalovaný a 2x ABVD) a ozáření do 30 gy.

V nových generacích studií HD jsou testovány další redukce chemoterapie (zejména snaha o vyloučení bleomycinu z kombinace), redukce radioterapie a v mnoha centrech testovaná možnost plánování léčby dle výsledků časného PET restagingu.

Z dalších zajímavých sdělení v oblasti léčby Hodgkinovy choroby byla analýza podskupiny mladých dospělých (20-25 let) a adolescentů (15-20). Z dřívějších německých studií vyplývá, že výsledky a prognostické i prediktivní faktory se pro obě skupiny prakticky neliší a tedy i adolescenty lze léčit dle protokolů pro dospělé pacienty (toto je pro nás jen okrajová informace, v ČR se všichni pacienti do 19 let léčí v pediatrických hematoonkologických centrech).

U non hodgkinských lymfomů byla zajímavá sdělení o neprokázání benefitu z konsolidace léčby první linie u agresivních B lymfomů autologní transplantací a vysoko dávkovanou chemoterapií u mladých pacientů pod 60 let se středním a vysokým rizikem (R-CHOEP-14 vs. R-MegaCHOEP). Pro tuto skupinu zatím není standardní postup jasný (ovšem kontrolní skupina R-CHOEP-14 byla již sama o sobě znatelně intenzivnější, než standardní režimy používané u nás).

Dále poměrně velká studie (594 pacientů) prokázala benefit kombinace Rituximab + Bendamustin proti standardní léčbě Rituximab + CHOP pro pacienty s folikulárním lymfomem, navíc při lepším profilu toxicity bylo dosaženo vyššího procenta léčebné odpovědi, stejně jako prodloužení doby do progrese.

Velký praktický význam pro nás má výsledek studie potvrzující výbornou účinnost substituce antracyklinů etoposidem (při jejich kontraindikaci pro kardiální koomorbiditu) v léčbě difuzního velkobuněčného B lymfomu. Vzhledem k věkové struktuře pacientů se s tímto problémem setkáváme poměrně často a závěr non inferiority režimu R- COEP (bez antracyklinu) vs R-CHOP dává i více nemocným pacientům s tímto potenciálně kurabilním onemocněním šanci na trvalé vyléčení.

Velmi terapeuticky svízelná je skupina pacientů s periferními T lymfomy. Studie britských autorů prokázala profit z konsolidace léčby vysoko dávkovanou chemoterapií s následnou autologní transplantací, pro skupinu pacientů schopných takto intenzivnější léčby.

Dalším tématem byla léčba mantle cell lymfomů, která má při standardní terapii velmi neuspokojivé výsledky. Ze závěrů studií vyplývá důrazné doporučení pro autologní transplantaci v první linii léčby u mladších pacientů, u starších pak udržovací léčba rituximabem či konsolidace radioimunoterapií.

Několik studií se zaměřilo na význam časného hodnocení PET vyšetření v léčbě difuzního velkobuněčného B lymfomu. Výsledky však zatím nejsou konzistentní a rozhodování o léčbě na základě časné PET odpovědi tedy zatím patří do dalšího výzkumu, nikoliv do standardní praxe.

BIBLE JE VŽDY VÝHRA

...a zvláště dnes. Tato slova má vepsaná MUDr. Jiří Holý (42) v Knize knih, kterou dostal za třetí místo na posledním Mistrovství ČR ve znalostech Bible, už pošesté konané v sídle Senátu.

Pane doktore, náš rozhovor zařadím sice do rubriky Hobby, ale pro vás jsou biblické znalosti spíše nežli koníčkem důsledkem životního názoru?

Je tomu tak. S vírou jsem to však začal brát vážně až v posledním ročníku medicíny. Když jsem pak začal pracovat v Českých Budějovicích, tak zde ještě Křesťanské společenství, které jsem znal z Prahy, nebylo. Nakonec jsem zakotvil ve sboru Církve bratrské. Tady jsem potkal RNDr. Josefa Sulka, který mě do studia Bible zasvětil a se kterým jsem také poprvé soutěžil v biblických znalostech.

Jak takové klání vypadá?

Je to důsledně ekumenická záležitost. Protože se testuje znalost Starého i Nového zákona, nepřekvapí, že se této soutěže zúčastňují i představitelé židovských organizací, že společenský program tvoří židovské tance a že začátek soutěže ohlašuje tradiční sofar, tedy trubka vyrobená z beraního rohu a užívaná v synagógách. Jednou za dva roky se sejdeme v sobotu ve Valdštejnském paláci a ve čtyřčlenných družstvech se snažíme co nejpřesněji zodpovědět sto otázek. Otázky však každý musí zodpovědět individuálně a zisk bodů se pak každému z družstev sčítá. Vůdčí úlohu organizátora hraje Mezinárodní křesťanské velvyslanectví v Jeruzalémě, reprezentované ing. Karlem Sedláčkem, který je ředitelem soutěže. Díky této instituci je první cenou týdenní zájezd do Izraele pro celý tým.

Když si uvědomíme, že ve Valdštejnském paláci měří své síly zhruba 20 skupin, tak vaše třetí pozice, kterou jste si přivezl, je skvělá.

Děkuji. Připomínám však, že se jedná o výsledek snažení celého týmu. Být ve finále bylo jistě zajímavé a napínavé. Už proto, že rozstřel posledních tří postupujících skupin vypadá takto: každá dostane nějaký hudební nástroj, pomocí kterého musí co nejrychleji oznámit, kde našla místo v bibli, které zkoušející právě citoval.

V této soutěži však vůbec nejde o to, kdo vyhraje, ale aby se lidem atraktivním způsobem ukázalo, že Bible není nějakou archaickou knihou nebo pouze záležitostí kultury. Jde o to, aby veřejnost viděla, že tu jsou lidé, kterým stojí za to ji studovat. Proto se také soutěži věnuje poměrně velká mediální podpora, umocněná hosty, kteří mezi soutěžící chodí. Jedním z nich byla například moderátorka Ester Janečková, dalším třeba spisovatel Ivan Klíma.

Přesto se ptám: trénujete před soutěží tak, jako například maratónci?

Přečtu si biblické kvízy, abych si oživil paměť. Třeba jak dlouho žil Izák v porovnání s Abrahamem není informace, kterou by si člověk pamatoval dnes a denně - a to byla jedna z otázek. Jinak se denně snažím přečíst z bible nějaký kousek. Tu první jsem dostal od svého dědečka už ve čtrnácti letech.

Co vám dává křesťanství jako lékaři?

Nejvíce snad to, že na pacienty nemyslím, jen když je před sebou vidím jako medicínský případ. Společně s dalšími zdravotníky, z nichž je většina zaměstnaná v českobudějovické nemocnici, máme takové neformální křesťanské společenství napříč církvemi.

Na naše pacienty, zejména na ty s těžkými a nevyléčitelnými chorobami myslíme tedy nejen večer, při svých soukromých modlitbách, ale i při společných setkáních.

Pracujete na interním oddělení, kde bohužel často není pomoci. Nemáte pochybnosti ve víře, když se setkáváte dnes a denně s umíráním?

Jistě není pochyb o tom, že péče a tzv. doprovázení v závěru lidského života je těžké pro všechny zúčastněné. Nebylo by přirozené, kdyby se tato situace věřícího člověka a jeho víry nedotýkala. Pomáhá však vědomí, že stejně tak umíral Ježíš Nazaretský, o kterém čteme v Novém zákoně - ale tím to neskončilo, jak se tam také můžeme dočíst. Stejně tak fyzická smrt každého člověka - i ta moje - nebude mít poslední slovo, o tom nás Bible na pochybách nenechává, Ale není to nešťastné, odsouvat Pána Boha jen na poslední věci člověka? Vždyť k víře je podle mého názoru třeba vést i děti, což jsem přijal za svůj úkol - jako učitel v nedělní škole pro předškoláky i jako táta tří kluků.

ODBORY

INFORMACE ZE ZÁKLADNÍ ORGANIZACE ODBOROVÉHO SVAZU ZDRAVOTNICTVÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE

Mgr. Lubomír Francl

Jedním z okruhů naší činnosti v této době je příprava zásad hospodaření odborové organizace, aby členové základní organizace mohli i v tomto roce získat různé výhody, jakými jsou půjčky, příspěvky pro děti na letní i zimní tábory, příspěvky na rehabilitaci apod. Problém v loňském roce činil při odvodu členských příspěvků nový způsob hrazení pracovní neschopnosti. Prvních čtrnáct dnů hradí zaměstnavatel a pak jsou vypláceny dávky ze sociálního pojištění. Tyto dávky dostane zaměstnanec domů, respektive na účet. Odborová organizace se proto nedozví, kolik zaměstnanec na dávkách obdržel, a proto se o tyto částky snižuje výběr členských příspěvků. Připomínám, že pokud člen dostává dávky ze sociálního pojištění celý měsíc, a nejsou mu tedy provedeny odvody členských příspěvků srážkou ze mzdy, musí si člen za tento měsíc sám uhradit udržovací příspěvek.

Tak jako v minulosti, tak i letos chystáme během „jarních“ prázdnin dětský zimní tábor. Dovolte mi poděkovat všem, kteří se na organizaci podílejí, v čele s MUDr. Jiřím Klímou.

Byť je teprve začátek roku, připravujeme již letní dětský tábor Slavkov. Více informací o něm bude v brzké době na intranetu a rozešleme je v písemné formě na všechna oddělení.

V říjnu proběhly volby výboru naší základní organizace. Výbor pracuje v tomto složení: předseda Mgr. Lubomír Francl, místopředsedkyně Zdeňka Jaukerová, jednatelka Jaroslava Frolíková, hospodářka Alena Sedláčková, člen výboru pověřený oblastí BOZP: Petr Koukal.

V listopadu proběhly volby zástupců zaměstnanců v dozorčí radě Nemocnice České Budějovice, a.s. Z naší kandidátky byly zvoleny p. Zdena Jaukerová a Bc. Jana Štěpánová. Děkuji všem zaměstnancům, kteří našim kandidátům dali své hlasy.

Co je před námi? Nejdůležitějším úkolem pro výbor naší základní organizace je příprava na kolektivní vyjednávání v roce 2010. Stávající kolektivní smlouva končí 31. 3. 2010. Jednání budou probíhat v únoru a v březnu. Pokud k nim budete mít nějaké podněty, rádi je přijmeme. Pro to, aby byla tato jednání co nejúspěšnější, potřebujeme cítit podporu nejen členů odborové organizace.

Závěrem chci zdůraznit, že pozice odborů při vyjednávání je tak silná, kolik má členů. Další informace o naší činnosti získáte na intranetu Nemocnice České Budějovice, a.s. pod hlavičkou ZO OSZSP.

SPOLEČENSKÁ KRONIKA

NOVÉ VRCHNÍ SESTRY

V souvislosti s odchodem do důchodu paní Libuše Vonešové se vrchní sestrou dětského oddělení stala paní Zuzana Šimková (na snímku vlevo). Vrchní sestrou neurochirurgického oddělení se stala paní Olga Pouzarová (na snímku vpravo), protože paní Marie Adamcová rovněž odešla do důchodu.

NA DRUHÉM KONCI TELEFONU JE…

Ing. Jana Hnízdilová (24), která bude dlouhodobě zastupovat asistentku předsedy představenstva Denisu Peterkovou. Slečna Jana je absolventkou ekonomické fakulty Jihočeské univerzity, kde se zaměřovala na účetnictví a finanční řízení podniku. Českobudějovická nemocnice je jejím prvním působištěm. Když odejde ze zaměstnání, baví se plaváním, během na pásu ve fitku, squashem a také kolektivními míčovými hrami. Na nemocnici si cení toho, že se zatím nesetkala s nikým, kdo by na ni byl nevrlý. **šot**

27. 8. 2009	nás navždy opustil nefrolog pan MUDr. Karel Pulkrab.
27. 8. 2009	zemřela psychiatrička paní MUDr. Nora Kočvarová.
8. 11. 2009	skončila životní pouť chirurga pana MUDr. Karla Halouna.
22. 12. 2009	skonala paní Ivana Šestáková ze zaměstnaneckého oddělení.

Čest jejich památce.

Složené atestace v období od 1. 8. 2009 - 31. 12. 2009

HES Karel MUDr.	Radiologické odd.
LEITGEB Marian MUDr.	Anestez. resust. odd.
SOVA Jindřich MUDr.	Radiologické odd.
ŠMRHA Radim MUDr.	Anestez. resust. odd.
SOKOL Drahoslav MUDr.	Neurochirurgické odd.

Ukončené PSS v období od 1. 8. 2009 - 31. 12. 2009

KEJŠAROVÁ Alice	Chirurgické odd.

Odchody do důchodu v období 1. 8. 2009 - 31. 12. 2009

POHL František	Odd. obsl. čin. - OPS
JANOUCHOVÁ Ivana	Onkologické odd.
MAŘÍKOVÁ Zdeňka	2.odd. následné péče
BIDAŘOVÁ Daniela	Odd. obsl. činností - úklid
HEJLKOVÁ Jana	Labor. hematologie
MINÁŘOVÁ Eva Mgr.	Ústavní lékárna

NOVOTNÁ Jaroslava	Onkologické odd.
HYNKOVÁ Marie MUDr.	Labor. bakteriologie
KLEČKOVÁ Marie	Dětské oddělení
RIŠKOVÁ Marie	Ústavní lékárna
NOUZOVÁ Jana	Labor. imunologie
ČÍŽKOVÁ Eva	Transfuzní odd.
ZELENÁ Jana	Odd. obsl. čin. - úklid
HONISSOVÁ Štěpánka	Infekční odd.
ADAMCOVÁ Marie	Neurochirurgické odd.
ČAPKOVÁ Jana	Odd. zaměstnanecké
HALMICHOVÁ Viktorie	Odd. obsl. činností - OPS
PETŘÍKOVÁ Jitka MUDr.	Kožní odd.
VONEŠOVÁ Libuše	Dětské oddělení
WEBEROVÁ Helena	Ústavní lékárna

Životní jubilea v období 1. 10. 2009 - 31. 3. 2010

PERSANOVÁ Marie	Chirurgické odd.
FERENČÍKOVÁ Alena	Odd. úrazové chirurg.
WOFKOVÁ Marie	Odd. úrazové chirurg.
ZEMANOVÁ Marta	Kardiologické odd.
ŠIMÁNKOVÁ Pavla	Psychiatrické odd.
VANĚČKOVÁ Marie PharmDr.	Ústavní lékárna
FRANCL Lubomír Mgr.	Onkologické odd.
LUKASOVÁ Jitka	Odd. plicní a TBC
TYLOVÁ Jana	Onkologické odd.
TICHÁ Anděla	Gastroenterolog. odd.
ŠTĚPÁNKOVÁ Helena MUDr.	Obor lék. genet. - amb.
VRZALOVÁ Květoslava	Odd. úrazové chirurg.
ŠEBESTOVÁ Ludmila	Odd. obsl. čin. - úklid
ČERVENÁ Elena	2. ONP - soc. prog.
VODIČKA Zdeněk MUDr.	Ortopedické odd.
VLK Jaroslav	Nervové odd.
ČERKLOVÁ Marie	Transfuzní odd.
KRBEC Jiří MUDr.	Chirurgické odd.
HŮLKA Jan MUDr.	Anestez. resust. odd.
MAŠKOVÁ Zdeňka	Psychiatrické odd.
LIŠKOVÁ Hana	Urologické odd.
KOSTOURKOVÁ Milena	Chirurgické odd.
ALTEROVÁ Eva MUDr.	Urologické odd.
ZÍKOVÁ Alena	Kardiologické odd.
VRANOVSKÁ Dana	Odd. zpr. ekonom. inf.
FARBAROVÁ Magdalena	Odd. obsl. čin. - úklid
ŽENÍŠEK Jaroslav MUDr.	Urologické odd.
HOŘEJŠÍ Jana	Odd. zpr. ekonom. inf.
VICÁNOVÁ Jana	Chirurgické odd.
BARTUŠKOVÁ Berta	Odd. nukleár. medicíny
SMOLENOVÁ Anežka	Odd. obsl. čin. - strav.
REITINGEROVÁ Zdeňka	Odd. nukleár. medicíny
NETOČNÁ Marie	Onkologické odd.
HRŮNKOVÁ Drahoslava	Kardiochirurg. odd.
TALÍŘ Miroslav	Chirurgické odd.

REITINGEROVÁ Jana	Plicní léčebna
ČERVOVÁ Věra	Odd. zaměstnanecké
KLIMEŠOVÁ Jiřina Ing.	Odd. zpr. ekonom. inf.
SKALICKÁ Dana	Infekční odd.
LAHODOVÁ Danka	Odd. plicní a TBC
MALLÁTOVÁ Naděžda MUDr.	Labor. paraz. a mykol.

KREJČOVÁ Libuše	Radiologické odd.
BARTŮŇKOVÁ Jiřina	Dětské oddělení
MYSLIVEČKOVÁ Marta	Infekční odd.
JANOUCHOVÁ Ivana	Onkologické odd.
WACKERSHAUSER Bohuslav MUDr.	Ženské odd.
NOUZOVÁ Jana	Labor. imunologie
TALÍŘ Dušan MUDr.	Rehabilitační odd.
PAŤHA Josef MUDr.	Chirurgické odd.
BENEDIKTOVÁ Jaroslava	Odd. ušní-nosní-krční
KORDA Josef MUDr.	Dětské oddělení
HOJDAR Josef	Anestez. resust. odd.
ČERMÁK František MUDr.	Neonatologické odd.
HOUSKOVÁ Jiřina	Kožní odd.
HYNKOVÁ Marie MUDr.	Labor. bakteriologie

PŘÍLOHA

PROJEKTY SPOLUFINANCOVANÉ EU

MODERNIZACE A OBNOVA PŘÍSTROJOVÉHO VYBAVENÍ CENTRA KOMPLEXNÍ ONKOLOGICKÉ PÉČE A TRAUMATOLOGICKÉHO CENTRA

MUDr. Jaroslav Novák, MBA

INTEGROVANÝ OPERAČNÍ PROGRAM

EVROPSKÁ UNIE
EVROPSKÝ FOND PRO REGIONÁLNÍ ROZVOJ
ŠANCE PRO VÁŠ ROZVOJ

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY

Projekty „Nemocnice České Budějovice - Modernizace a obnova přístrojového vybavení Traumatologického centra“ a „Nemocnice České Budějovice - Modernizace a obnova přístrojového vybavení Centra komplexní onkologické péče“ jsou spolufinancovány Evropskou unií z Evropského fondu pro regionální rozvoj.

Ministerstvo zdravotnictví ČR, jako zprostředkovatel dotace ze strukturálních fondů EU, umožnilo získat na základě projektu zpracovaného Nemocnicí České Budějovice, a.s. prostředky k zajištění přístrojového vybavení k poskytování co nejkvalitnější péče v případech zvláště náročných a nákladných onemocnění, která léčí Traumatologické centrum a Centrum komplexní onkologické péče naší nemocnice.

V těchto centrech specializované zdravotní péče se soustřeďuje nejmodernější technika a kvalifikovaný personál. Požadavek koncentrace specializované péče je celosvětovým trendem, členské státy Evropské unie včetně České republiky nevyjímaje.

Na projektu modernizace přístrojového vybavení těchto center specializované péče se financemi z 85 procent podílí Evropský fond pro regionální rozvoj. Zbývajících 15 procent bude hrazeno ze státního rozpočtu prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví ČR.

Nemocnice zakoupila všechny přístroje pomocí vlastních zdrojů a úvěru a po splnění všech podmínek a kontrolách ze strany poskytovatele dotace (MZČR, ERDF, MMZ) budou vynaložené prostředky nemocnici proplaceny z dotace.

Vlastní realizace obou projektů započala v červnu 2009 zahájením výběrových řízení na dodavatele přístrojové techniky a byla ukončena v prosinci roku 2009, kdy byly dodány a instalovány poslední přístroje.

Za velmi krátké období 6 měsíců byly dodány do nemocnice přístroje za 154 miliony korun. Potvrzením naší úspěšnosti je to, že první část dotace za I. etapu obou projektů byla nemocnici uhrazena již v prosinci 2009. Úhradu za II. etapu obou projektů očekáváme v dubnu 2010.

K dosažení tohoto cíle v takto extrémně krátké době bylo nutno vynaložit značné úsilí všech členů realizačního týmu, kterým touto cestou vyslovuji ještě jednou poděkování.

Traumatologické centrum získalo přístroje a vybavení v hodnotě cca 71,2 mil. Kč.

- **Transportní urgentní lůžka pro děti a dospělé s kompletním vybavením (2 ks)**
- **Resuscitační lůžka pro děti a dospělé s kompletním vybavením (7 ks)**
- **Anesteziologické přístroje pro děti a dospělé (5 ks)**
- **Plicní ventilátory pro dětské pacienty (2 ks)**
- **Invazivní monitory pro dětské pacienty (2 ks)**
- **Hemofiltrační přístroj**
- **RTG skiagrafický pojízdný přístroj**
- **RTG pojízdná C ramena (2 ks, z toho 1x s možností 3D zobrazení)**
- **Trauma navigační systém**
- **Vysokofrekvenční koagulační přístroje (2 ks)**
- **Argonová koagulace**
- **Ultrazvukový chirurgický aspirátor**
- **Ultrazvukové přístroje (2 ks)**
- **Operační mikroskop**
- **Operační světlo s kamerovým systémem**
- **RTG transparentní deska k operačnímu stolu**

ČESKOBUDĚJOVIČTÍ TRAUMATOLOGOVÉ OŠETŘÍ ROČNĚ 50 000 ZRANĚNÝCH!

MUDr. Martin Kloub

Oddělení úrazové chirurgie je spolu s oddělením plastické chirurgie Nemocnice České Budějovice, a.s. hlavní součástí krajského Traumacentra, jediným vysoce specializovaným pracovištěm svého druhu v jižních Čechách pro léčbu polytraumat a těžkých úrazů. Soustřeďují se sem nejzávažnější úrazy nejen ze všech sedmi okresů Jihočeského kraje, ale také z části Plzeňského kraje a kraje Vysočina.

Operační léčba Traumacentra, jehož výsledky jsou podle statistik srovnatelné s obdobnými pracovišti ve vyspělých evropských zemích a USA, je v chirurgickém pavilónu za účasti smíšených týmů traumatologů, plastických chirurgů, urologů, kardiochirurgů, neurochirurgů, všeobecných chirurgů, ortopedů, pediatrů, stomatochirurgů a dalších specialistů.

Oddělení se podílí na postgraduálním vzdělávání traumatologů a ortopedů na poli celostátním i mezinárodním.

Lékaři Traumatologického centra Nemocnice České Budějovice, a.s. ošetřují nyní více než 50 tisíc pacientů ročně. V porovnání s rokem 1989 jde o pětinásobný nárůst.

„Tento obrovský nárůst je způsoben jednak trvale rostoucím počtem úrazů přímo v našem regionu, ať už jde o dopravní nehody, nebo sportovní či jiné aktivity, ale také zvyšujícím se počtem pacientů přeložených na naše pracoviště z menších nemocnic. Dalším velmi významným faktorem zůstávají v minulosti zrušené provozy na chirurgických ambulancích na poliklinikách ve večerních a nočních hodinách, o sobotách, nedělích a svátcích. Od-

dělení úrazové chirurgie českobudějovické nemocnice je tak jediné, které zajišťuje v tuto dobu na Českobudějovicku veškerou úrazovou péči," uvádí primář a zároveň vedoucí lékař Traumacentra Nemocnice České Budějovice, a.s. prim. MUDr. Pavel Kopačka.

Růst počtu pacientů překládaných z menších nemocnic do českobudějovického traumacentra souvisí s vysokou úrovní personálního a technického vybavení tohoto pracoviště. Dramaticky tak stále roste především vytíženost ambulantní části oddělení.

Rostoucí počty pacientů vyvolaly potřebu rozšíření a další modernizace takzvaného akutního příjmu - Emergency, včetně prostor přímo navazujícího anesteziologicko-resuscitačního oddělení. Jednu z klíčových investic posledních let v hodnotě přibližně 180 miliónů dokončila Nemocnice České Budějovice, a.s. v loňském roce. Přesto je stále ještě co zlepšovat. Právě proto českobudějovičtí traumatologové vítají možnost dalšího vybavení z Evropského fondu pro regionální rozvoj Evropské unie. V letošním roce bude oddělení vybaveno z „evropských peněz" následujícími přístroji:

Argonová koagulace

Argonová koagulace byla vyvinuta jako alternativa kontaktních metod koagulace (tepelný zdroj, bipolární a unipolární koagulace) a k existujícím nekontaktním metodám (především laser). Principem této technologie je vysokofrekvenční elektrický proud nad 300 kHz dodávaný tkáním bezkontaktně prostřednictvím ionizovaného a tedy vodivého argonového plynu (argonové plazma).

Při aktivaci aplikátoru proudí z elektrody argonový plyn ionizovány díky vysokému napětí, které je odevzdáváno sprejové koagulaci. Argonový plyn je inertní a nedochází k žádným trvajícím chemickým vazbám s jinými chemickými prvky. Díky tomu, že v operačním poli je kyslík vytlačen argonovým plynem, nevzniká kouř ani zápach. Vysokofrekvenční elektrický proud, vyráběný chirurgickým přístrojem, proudí bezdotykově plazmou ke tkáni. Dle nastavení parametrů a aplikační doby dochází k reprodukovatelné povrchové koagulaci až do hloubky max. 3 mm. Proud argonové plazmy putuje od tkáně s vyšší impedancí ke tkáni s nižší impedancí. Tímto je zaručeno optimální snížení krvácení nezkoagulované tkáně a zastavení právě probíhající koagulace. Díky plynovému proudu je krev z operačního pole vytlačena, a tím se výrazně zlepší viditelnost v operační oblasti.

Výhodou je rychlá a bezpečná koagulace, čímž se podstatně snižují krevní ztráty, nevzniká žádný kouř - je přehlednější operační pole, reprodukovatelná koagulační hloubka - nehrozí proto žádná perforace sousedních orgánů, a výkon je tak celkově podstatně bezpečnější.

Přednosti přístroje

- kratší operační čas - díky rychlé a efektivní koagulaci
- menší ztráta krve - až 50 %
- lepší hojení rány - minimální nekrotizace díky použití vzácného plynu
- reprodukovatelné hloubky koagulace - max. 3 mm
- vysoká bezpečnost
- bezdotyková koagulace - nosičem energie je proud plazmy
- nejlepší operační podmínky - nedochází ke vzniku kouře či zápachu
- snížení nákladů - nástroje na více použití (žádné jednorázové výrobky)

Využití přístroje na našem pracovišti bude zejména v oblasti operací polytraumat a sdružených poranění, kde dochází k masivním krevním ztrátám.

C rameno ISO 3D Ziehm Vision FD Vario 3D

RTG C ramena se používají v traumatologii, ortopedii a neurochirurgii na operačních sálech pro peroperační diagnostiku poranění skeletu, peroperační kontrolu kvality dosažené repozice a kontrolu umístění implantátů. Oproti standardním přístrojům přináší C rameno ISO 3D peroperační dvojrozměrnou a trojrozměrnou rekonstrukci snímkovaných oblastí - tedy nejen klasickou skiaskopii, ale i možnost získání řezů vyšetřované oblasti. Tuto možnost dříve umožňovaly pouze CT přístroje. Výhodné je to zejména u kontroly repozice nitrokloubních zlomenin a zlomenin pánve, zlomenin lopatky, distální tibie, talu. Díky tomu dochází k zásadnímu zkvalitnění repozice těchto zlomenin a výrazně se snižuje riziko chybného umístění implantátů v operované oblasti.

Navigace Brainlab

Navigace se začaly používat v traumatologii a neurochirurgii v několika posledních letech. Jejich principem je počítačová konstrukce virtuálního modelu skeletu nebo měkkých tkání z dat získaných buď na CT nebo peroperačně skiaskopicky a následně vložených do přístroje. Díky trojrozměrným hvězdicím, které jsou spojené pevně se skeletem požadované oblasti, a dalším speciálním operačním přístrojům, jež jsou kontinuálně snímané kamerami navigace, je možno poté s tímto virtuálním modelem pracovat, aniž by byla nutná další peroperační RTG vyšetření. Výhody navigace jsou na jedné straně kvantitativní zlepšení péče - snížení RTG zátěže řádově o desítky procent, urychlení některých operačních výkonů, jako například zavádění iliosakrálních šroubů. Dále přináší i kvalitativní posun - umožnění operačních výkonů, které by dříve nebyly technicky možné - např. miniinvazivní osteosyntézy zlomenin pánve šrouby nebo peroperační kontrolu rotační úchylky při zlomeninách femuru nebo tibie. Naprosto nezbytné je však spojení s adekvátně kvalitním peroperačním skiaskopickým přístrojem, který umožní vkládání peroperačně získaných skiaskopických obrazů do navigačního přístroje.

PŘÍNOS PROJEKTU IOP PRO ANESTEZIOLOGICKO-RESUSCITAČNÍ ODDĚLENÍ

MUDr. Bohuslav Kuta, MBA

Anesteziologicko-resuscitační oddělení jako součást Traumacentra je jedním z největších oddělení nemocnice. Zabývá se anesteziologií a pečuje o životní funkce pacientů v akutním a kritickém stavu. V současnosti má dvě lůžkové stanice, anesteziologické pracoviště na operačních sálech a ambulanci pro léčbu chronických a neztišitelných bolestí.

ARO zajišťuje podávání různých typů anestézií na všech operačních sálech, a to průměrně na 18-19 denně.

Mimo tuto činnost se specialisté oboru „Anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína“ zabývají anesteziologickou konziliární službou, spolupracují s pracovníky jednotek intenzivní péče v celé nemocnici a podílejí se na přípravě nemocných k operacím a ke složitým diagnostickým výkonům.

ARO významně spolupracuje se Zdravotnickou záchrannou službou Jihočeského kraje. Pracovníci ARO se profesionálně zaměřují na součinnost se specializovanými obory, například s neurochirurgií, kardiochirurgií, hrudní a cévní chirurgií apod. Na lůžkové části se zaměřují na péči o akutní kritické stavy - mnohočetná poranění v oblasti mozku, hrudníku, břicha, končetin a na péči o pacienty se selhávajícími životně důležitými systémy. Dále se věnují nemocným, kteří potřebují chronickou resuscitačně intenzivní péči (DIOP).

Českobudějovické anesteziologicko-resuscitační oddělení patří k největším v republice. Počtem kolem 20 000 anestézií, téměř 600 hospitalizovaných pacientů ročně a 3 500 pacienty v ambulanci pro léčbu chronických a neztišitelných bolestí přesahuje výkony i některých fakultních nemocnic.

Anesteziologicko-resuscitační oddělení

Statistika výkonnosti

Zdrav.zařízení	Nemocnice	Počet hospitalizovaných pacientů	Počet anestézií	Podíl traumat	Poznámka
České Budějovice	krajská	598/14 lůžek	20 600	30%	Ventilované pouze ARO, KCHO, chybí OCHRIP
Plzeň	fakultní	500/8 lůžek	20 000	10%	Ventilované JIP, CHO KCHO, INT, TRN
Hradec Králové	fakultní	305/12 lůžek	22 000	5%	Ventilované JIP, KCHO, CHO, INT
Ústí nad Labem	krajská	420/12 lůžek	15 041	5-7%	Ventilované JIP CHO a INT/24 lůžek + ventilovaná KJ+INFO
Bulovka	fakultní	210/12 lůžek	16 980	5-6%	Ventilované-JIP CHO, 2x JIP INT, JIP GYN, JIP NE RV. JIP INFO

Specializovaná péče na této nejvyšší úrovni není možná bez splnění několika důležitých podmínek, a to zejména bez špičkové kvalitní techniky, dostatku dobře připraveného a vycvičeného personálu a dostatečné lůžkové kapacity. Nepochybně důležitá je i koordinace činností a dobrá spolupráce s ostatními odděleními nemocnice.

ARO je vybaveno kvalitní technikou, navíc v poslední době díky dotaci z finančních prostředků EU v rámci IOP pro Traumacentra získalo další významnou skvělou techniku, pomocí které bylo možno nahradit některé již starší typy přístrojů.

Jde zejména o 5 nových anesteziologických přístrojů pro děti a dospělé, které budou zajišťovat kvalitní anestézie na operačních sálech. Pomocí této techniky jsme v současné době velmi dobře vybaveni pro podávání celkových anestézií i u rizikových a komplikovaných výkonů.

Dále jde o 6 kompletních výbav pro resuscitační stanici, což obnáší 6 resuscitačních lůžek, 6 speciálních plicních ventilátorů, dále 6 monitorů, 6 odsávaček a zejména dostatečný počet lineárních dávkovačů a infúzních pump. Zvláště infúzní pumpy a dávkovače nyní máme na potřebných počtech k zajištění kvalitní péče o nemocné. Tato technika zajišťuje bezpečné podávání vysoce účinných léků, bez kterých v rámci resuscitační péče nelze fungovat.

ARO Nemocnice České Budějovice, a.s. získalo z fondu také 1 přístroj pro kontinuální dialýzu (CRRT, kont. hemodialýza), pomocí kterého lze provádět hemofiltraci (očišťování krve) přímo u lůžka nemocného.

Z další techniky jsme obdrželi speciální lůžko na urgentní příjem.

NOVÉ RENTGENY Z FONDŮ EU

Prim. MUDr. Petr Lhoták

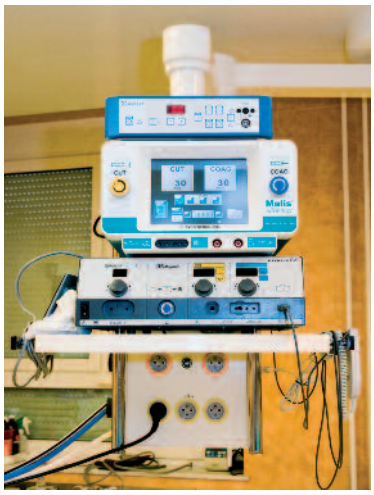
V rámci projektu modernizace a obnovy přístrojového vybavení Traumacentra získala Nemocnice České Budějovice, a.s. tři nové rentgenové přístroje. Jde o mobilní RTG přístroj pro grafické vyšetřování s využitím nepřímé digitalizace, dále mobilní skiaskopické a plně digitalizované C rameno a druhé mobilní skiaskopické, plně digitalizované C rameno umožňující 3D obrazovou rekonstrukci přímo na operačním sále. Jsou to nejmodernější stroje svého druhu pracující na principu plné digitalizace. Přístroj pro grafické vyšetřování pracuje s krátkými expozičními časy. Je vybaven RTG lampou se dvěma ohnisky a rotační anodou. Umožňuje veškeré traumatologické, pediatrické a ortopedické aplikace. Jeho velkou předností je rychlá polohovatelnost a dobré manévrování mezi lůžky. Umožňuje efektivní pacientské workflow. To je velmi důležité pro plynulý chod RTG traumatologické vyšetřovny, kterou projde včetně sobot a nedělí stovka pacientů denně. Obě nová skiaskopická C ramena jsou vzhledem ke svému výkonu schopna zajistit kontinuální skiaskopii (rtg prosvěcování) po dobu nezbytně nutnou pro operační výkon. Kvalitám strojů odpovídá i kvalita televizního řetězce, kdy jsou stroje vybaveny citlivými snímači a monitory o frekvenci o 150 Hz. Obě C ramena jsou snadno nastavitelná a vyvážená. Disponují dokonalým aretačním systémem a orgánovou automatikou, zajišťující optimální poměr mezi dávkou a kvalitou obrazu. Skiaskopický stroj, vybavený zařízením pro 3D obrazovou rekonstrukci, umožňuje dokonalou přesnost rekonstrukčního operačního výkonu.

NOVINKY NA ČESKOBUDĚJOVICKÉ NEUROCHIRURGII

MUDr. Jiří Fiedler

Traumanavigační systém **Brainlab** traumacentra poskytuje rovněž mozkovou a páteřní navigaci, pracující na pasivním infračerveném principu. Umožňuje obrazem řízené vedení operace v oblasti hlavy, báze lební a páteře s vysokou přesností. Umožňuje plánování mnohočetných trajektorií a integraci různých nástrojů. Zajišťuje archivaci operačních dat.

Ultrazvukový drtič tkání včetně kosti **Misonix**. Drcení tkáně pomocí ultrazvuku a její následné odsávání je známo již delší dobu. Poměrně novou aplikací je drcení kosti ultrazvukem a její odsávání. Tato technologie nahrazuje odbrušování fragmentů kostí vysokoobrátkovou frézou. Odbrušování frézou je spojeno s jistým rizikem namotání tkáně na rotující frézu. Použití ultrazvukové technologie tento limit vyřešilo. Použití hlavně u tříštivých zlomenin přední báze lební s nutností uvolnit oční nervy.



Bipolární koagulace **Malis**. Tento systém bipolární koagulace dosahuje stejného výsledku koagulování tkáně při nižším příkonu energie. Tím se eliminuje velký problém všech elektrokauterů - napalování tkáně. Univerzální použití při všech operacích neurotraumatologie, kde pracujeme mikrochirurgickou technikou.

Operační mikroskop **Zeiss pentero**. Integrovaná peroperační angiografie umožňuje vyšetření poraněných cév během operace. Stereoskopické vidění operatéra i asistenta, lehce ovladatelný contravess systém pohybu optické části. Contraves systém je souhrnný název celého stativu mikroskopu. Má několik kloubů, které jsou fixovány elektomagnetickými brzdami. Toto vše je povlečeno sterilním krytím. Při odaretování lze hlavou mikroskopu volně pohybovat. Důležité je, že všechna ramena jsou jemně vyvážena, a to i při měnící se poloze hlavy mikroskopu. Asistent hýbe okulárem, při poloze v sedu je jiná poloha hlavy mikroskopu než vleže. Vyvážení je tak jemné, že pohyb celého mikroskopu lze ovládat ústním spínačem, nebo joystickem na nožním ovladači zoomu a focusu.

Mikroskop umožňuje digitální archivaci všech operačních dat včetně peroperačního videa zlepšuje komfort operatéra.

NA DĚTSKÉ ODDĚLENÍ PŘIBYLA ŘADA NEJMODERNĚJŠÍCH PŘÍSTROJŮ

MUDr. Ivan Fanta

Dětské oddělení získalo v rámci projektu IOP řadu špičkových přístrojů pro traumatologickou léčbu. Podrobné vyšetření umožní nový ultrazvukový přístroj. Další investicí je speciální postel pro komplexní ošetřování dětského pacienta v režimu resuscitační péče. Součástí vybavení tohoto lůžka je nejmodernější dýchací přístroj Evita - XL, dále klinický monitor, umožňující téměř veškerá monitorování životních funkcí, včetně monitorací invazivních. Nezbytnou součástí resuscitační péče je nutnost přesného podávání léků a infuzních roztoků. K tomuto účelu má lůžko jednak infuzní pumpy pro podávání větších měřitelných objemů, jednak lineární dávkovače k aplikaci přesných dávek léků, zajišťujících vitální funkce, příp. podpůrných léků.

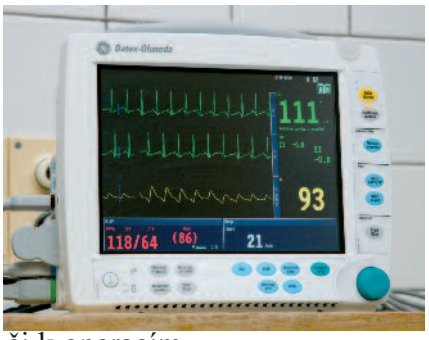
Významným přínosem pro zajištění dětských pacientů v režimu resuscitační péče je transportní resuscitační lůžko, které za minimálních manipulací s pacientem zajišťuje vyšetření, prováděné mimo dětské oddělení. Je kompletně vybaveno přístroji jako výše popsané resuscitační lůžko, navíc je zajištěno technikou na stejné úrovni, avšak všechny přístroje jsou nezávislé na pevných zdrojích. Navíc je vybaveno speciálním dýchacím přístrojem, který má vlastní membránový kompresor vzduchu, takže je k jeho provozu zapotřebí pouze láhev se stlačeným kyslíkem. Zcela unikátní je kompatibilita tohoto dýchacího přístroje v přístrojem MRI, takže odpadá přepojování umělé plicní ventilace na jiný přístroj a v případě nejmenších dětí na ruční ventilaci po dobu vyšetření MRI. K oběma typům lůžek byly dodány též víceúčelové odsávačky.

Stávající vybavení JIRP bylo dále doplněno dalšími dvěma klinickými dýchacími přístroji Evita XL a dvěma velkými klinickými monitory.

Jako nezbytná a povinná součást vybavení každého intenzivního pracoviště byl dodán nový defibrilátor (na obrázku vlevo).

Jedná se o špičkový dýchací přístroj pro umělou plicní ventilaci na pracovištích v režimu resuscitační péče. Zvládá dokonale nejen plnou umělou ventilaci, ale dokáže převést pacienta postupně na spontánní ventilaci s následným odpojením a navozením přirozeného dýchání. Patří k současné světové špičce mezi dýchacími přístroji.

Ultrazvukový přístroj pro veškerá vyšetřování dětských pacientů. Je použitelný i pro kardiologická vyšetření.



Transportní monitor vitálních funkcí, který je možno používat při transportu dítěte. Má bateriové zajištění, což umožňuje trvalou monitoraci vitálních funkcí dítěte i během transportu např. k speciálnímu vyšetření či k operacím.

Vlevo: Transportní odsávačka pro odsávání tělních sekretů, zvl. z dýchacích cest, během transportu na transportním lůžku. Má bateriové zajištění.

Vpravo: Shora 2 infuzní pumpy, dole pak 2 lineární dávkovače. Infuzní pumpy slouží k aplikaci léčivých roztoků do žíly spolu se zajištěním dostatečného objemu kolujícího objemu. Lineární dávkovače slouží k přesnému dávkování léků.

Klinická **odsávačka - přístroj pro odsávání** hlenů, krve a dalších tělních tekutin. Kromě toho je schopen zajišťovat trvalým odsáváním nitrohrudní tlak při poškození plíce a onemocnění hrudní dutiny.

Pro Centrum komplexní onkologické péče byly pořízeny přístroje a vybavení v hodnotě 83,05 mil. Kč.

- **Obměna plánovacího systému pro brachyterapii**
- **Modernizace pracoviště lineárních urychlovačů**
- **Doplnění přístrojů pro klinickou dozimetrii**
- **Nové automatizované (robotizované) pracoviště centrálního ředění cytostatik**
- **Přístroj pro vyšetření magnetickou rezonancí 1,5 T**
- **Přístroj pro navigovanou bronchoskopii**
- **Automat pro barvení imunohistochemických preparátů**
- **Obměna endoskopických přístrojů pro diagnostiku a léčbu nádorových onemocnění**

ONKOLOGICKÉ ODDĚLENÍ ČESKOBUDĚJOVICKÉ NEMOCNICE

prim. MUDr. Václav Janovský

Onkologické oddělení je zařazeno do sítě komplexních onkologických center, garantovaných Českou onkologickou společností a oprávněných provádět veškerou onkologickou léčbu a léčbu ionizujícím zářením včetně cytostatické a cílené biologické terapie.

Oddělení má téměř 70 lůžek, 6 ambulancí a stacionář, sloužící k aplikaci chemoterapie. Samostatnou jednotkou je centrum klinické onkologie zpracovávající data pro Národní onkologický registr.

Radioterapeutický úsek disponuje simulátorem Acuity, umožňující simulaci a verifikaci ozáření, včetně možnosti provádět CT řezy pro plánování radioterapie, dále 2 lineárními urychlovači 2100 C/D se 2 energiemi záření X (6 a 18 MV) a 5 energiemi elektronového svazku, s vícelamelovou clonou k ochraně okolních zdravých tkání a s „Portal Vision" systémem k ověřování přesnosti nastavení ozařovacích polí a stínících bloků. Dalším ozařovačem je terapeutický rentgenový přístroj RTG WH 225 pro povrchovou a hloubkovou rentgenovou radioterapii, určený pro nádory kůže, metastatické procesy a nenádorovou terapii.

Oddělení má vybavení pro absolutní a relativní dozimetrii, automatickou vyřezávačkou bloků a mechanickou dílnu. Součástí je fyzikálně technický úsek pro plánování léčby zářením.

Přístroj GAMMAMED 12i s vysokým dávkovým příkonem slouží pro aplikaci brachyterapie metodou automatického afterloadingu. Pracoviště brachyterapie má k dispozici vlastní operační sálek.

V rámci radioterapie jsou využívány moderní ozařovací techniky, včetně radioterapie s modulovanou intenzitou záření (IMRT).

V chemoterapii oddělení používá veškeré doporučované režimy. Součástí terapie je hormonální léčba, imunoterapie a cílená biologická léčba, nedílnou samozřejmostí je léčba symptomatická a podpůrná.

Nemocnice České Budějovice, a.s. v roce 2009 investuje díky dotaci z EU zejména do přístrojového vybavení centra komplexní onkologické péče.

Doposud se uskutečnily investice zejména do úseku radioterapie. Modernizace teleradioterapie zahrnovala upgrade dynamického mnoholistového kolimátoru a portálového zobrazovacího systému na lineárním urychlovači Clinac 2100 C/D, upgrade softwaru verifikačního systému Varis/Vision verze 7 na systém ARIA verze 8.6., rozšíření plánovacího systému o jednu stanici s novou verzí Eclipse 8.6.17 i dvě konturovací stanice pro potřeby zakreslování cílových objemů a prohlížení plánů. Hlavním cílem této modernizace bylo kromě modernizace systémů také plánování a verifikace, zejména dosažení plné kompatibility obou lineárních urychlovačů, potřebné pro udržení kontinuity léčby v případě technických problémů nebo výpadku jednoho z nich.

Pro zdárný chod radioterapie a udržení vysoké kvality léčby zářením je nezbytné vybavení kvalitní dozimetrií. Investice do této oblasti přinesla celou řadu potřebných přístrojů a zařízení.

Úsek brachyterapie získal nový řídící počítač a moderní 3D plánovací systém Brachy Vision.

Nejvýznamnější investicí úseku klinické onkologie je nový robotický systém centrální přípravy cytostatik CytoCare, který bude provozován v ČR poprvé s vlastním uživatelským softwarem Oncoplan-Cytoplan.

Kromě stěžejních investic pro onkologické oddělení jsou v rámci projektu dovybavována také oddělení spolupracující na diagnostice a léčbě nádorových onemocnění. Jde o nákup magnetické rezonance 1,5 T, dále o barvicí automat na patologickém oddělení pro imunohistologii, která pomáhá určit druh nádoru a jeho vlastnosti, rovněž o nové endoskopické instrumentárium pro urology a konečně o elektromagneticky navigovanou bronchoskopii pro pneumology.

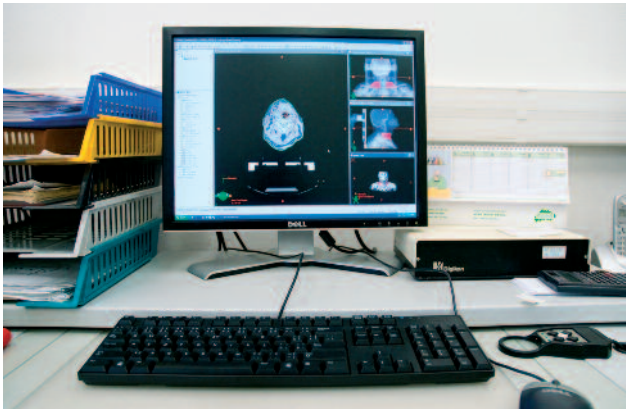
MODERNIZACE A DOVYBAVENÍ ÚSEKU TELERADIOTERAPIE

MUDr. Jana Vančurová

Českobudějovická nemocnice nyní provozuje dva lineární urychlovače. V dubnu 2008 byla zahájena léčba technikou IMRT v léčbě nádorů prostaty, hlavy a krku.

Technika IMRT (Intensity Modulated Radiation Therapy) je formou 3D konformní radioterapie, využívající proměnlivou intenzitu svazku záření v průběhu ozařovaného pole. Tím dosahuje lepší prostorové distribuce dávky záření v cílovém objemu než dříve užívané techniky. Touto metodou je možno provést ozáření konkávních a nepravidelně tvarovaných objemů při současném šetření zdravých tkání v okolí, nebo zvýšit dávku do cílového objemu při nepřekročení dávky v kritických orgánech.

Léčba technikou IMRT je prováděna na lineárním urychlovači vybaveném dynamickým mnoholistovým kolimátorem. V průběhu vlastního ozařování je nutná korekce polohy pacienta podle portálových snímků zhotovených na urychlovači.

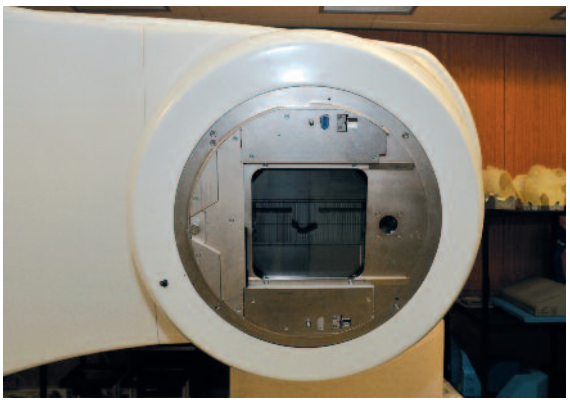


Příprava ozařovacího plánu pro léčbu IMRT vyžaduje několikanásobně delší čas lékaře a fyzika oproti konformnímu plánování. S plánovacím systémem Eclipse, kde byla k dispozici pouze jedna plánovací a jedna konturovací stanice, bylo obtížné přípravu složitějších plánů zvládnout v rámci pracovní doby.

Nová verze softwaru pro plánování radioterapie, zakoupená díky projektu, obsahuje nové nebo vylepšené nástroje pro přípravu ozařovacího plánu. Jedná se např. o nástroj pro automatické konturování zájmových struktur. Mechanické a zdlouhavé manuální konturování odpadá a zůstává pouze kontrola kontur s případnými opravami. Při zakreslování cílových objemů jsme byli limitováni daným počtem struktur, takže nebylo možno při inverzním plánování vždy zohlednit všechny kritické orgány v okolí cílového objemu. Rozšíření počtu konturovacích a plánovacích stanic a nástroje, které nová verze systému Eclipse obsahuje, přispějí ke zkvalitnění procesu plánování nejen IMRT, ale i ostatních konformních technik. Komunikace plánovacího systému Eclipse s plánovacím systémem pro brachyterapii BrachyVision umožňuje sčítání a porovnávání plánů při kombinované léčbě zevním a vnitřním ozářením.

Registraci, zpracování, verifikaci a přenos dat mezi simulátorem, plánovacím systémem a urychlovači zajišťuje nyní verifikační systém ARIA, který oproti původnímu verifikačnímu systému Varis/Vision má zvýšenou kapacitu pracovních stanic i serveru pro ukládání dat, obsahuje nové nástroje k vyhodnocování portálových snímků a statistickému zpracování dat.

Před současnou modernizací díky dotaci z EU jsme k ozařování technikou IMRT mohli



využívat pouze novější z instalovaných urychlovačů. V případě odstávky přístroje z důvodu pravidelných měření, servisu či poruchy bylo nutno přerušit léčbu pacientů. Především u pacientů s nádory hlavy a krku může prodloužení celkové doby léčby negativně ovlivnit výsledky léčby.

Po nainstalování dynamického vícelistového kolimátoru (se 120 lamelami místo původního s 80 lamelami) a portálového zobrazovacího systému na bázi amorfního křemíku i na druhý urychlovač je zajištěna úplná kompatibilita mezi oběma přístroji. Oba ozařovače jsou tak z hlediska parametrů rozhodujících o kvalitě léčby úplně rovnocenné. To umožňuje v případě potřeby převést ozařování pacienta z jednoho urychlovače na druhý bez nutnosti provádět jakékoliv úpravy ozařovacího plánu.

Výhody:

- při plánování denního rozvrhu ozařování odpadá omezení vyplývající z různosti ozařovačů
- denní rozvrh ozařování lze upravovat tak, aby docházelo k rovnoměrnému vytížení obou ozařovačů
- při kontrolách ozařovačů nutných pro zajištění jakosti ozařování nedochází u pacientů k přerušení ozařování
- z použití ozařovací techniky IMRT má benefit 24-27 % ozařovaných pacientů

MODERNIZACE DOZIMETRIE V ČESKOBUDĚJOVICKÉ NEMOCNICI

RNDr. Petr Berkovský

Modernizace dozimetrie, která byla umožněna cílenou dotací EU a MZČR do Centra komplexní onkologické péče, nově dosahujeme:

-měření dávky a dávkového příkonu a přesnější kontrolu dávkových distribucí ze zdrojů ionizujících záření v radioterapii

-ověřování konformních ozařovacích plánů a plánů technikou IMRT

-zjišťování a zdokumentování přesnosti ozařovacích plánů při konformním ozařování a ozařování technikou IMRT

- kontrolu kalibrace lamel vícelistového kolimátoru
- měření během ozařování pacienta, jehož výsledkem je záznam o velikosti a průběhu dávky dopadající na pacienta při ozáření jednotlivým polem

To umožňují nově pořízená zařízení:

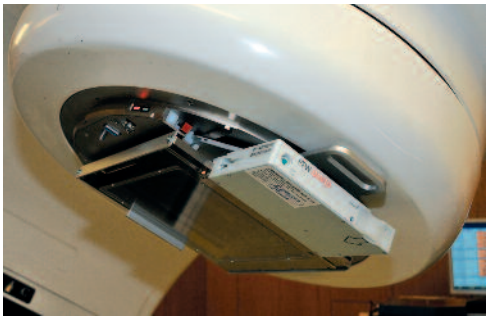
Mephysto (**Me**dical **Phys**ics **To**ol) mc^2 s programem Medical Physics Control Centre je programový soubor pro automatické pořizování a vyhodnocování relativních a absolutních dávkových distribucí ze zdrojů ionizujícího záření v radioterapii pomocí počítačem řízeného vodního fantomu, pevnolátkových fantomů a filmových scannerů. Mephysto mc^2 dovoluje analýzu dat v souhlase s mezinárodně užívanými protokoly. Součástí programu Mephysto je i transformační program pro úpravu naměřených dat pro přenos do pláno-

vacího systému. Mephysto mc² tvoří úplný soubor nástrojů pro kontrolu dat o užívaných terapeutických svazcích záření.

Unidos webline je mikroprocesorem řízený univerzální dozimetr referenční jakostní třídy pro měření dávky a dávkového příkonu v radioterapii, radiodiagnostice a v oblasti radiační ochrany.

Seven29 + 2DArray Positioning Device je dvojrozměrné pole 27 x 27 měřících ionizačních komor pro ověřování IMRT plánů s rozlišením 1cm. Polohovací zařízení ve spojení s programem Merge dovoluje zvýšit rozlišení na hodnotu 0,5 cm. Použití při ověřování konformních ozařovacích plánů a plánů technikou IMRT. Vlastnosti přístroje - rozlišení a přesnost dovolují použití v systému zkoušek provozní stálosti lineárních urychlovačů.

Epid QC Phantom + Epid QC software je fantom speciálně vyvinutý pro ověření kvality obrazu při elektronickém portálovém zobrazování. Lze s jeho pomocí ověřovat linearitu, izotropii, úroveň šumu, rozlišení při nízkém a vysokém kontrastu a geometrii zobrazení. Program dokáže v obraze fantomu najít jednotlivé vzory a provede všechna potřebná vyhodnocení bez zásahu obsluhy. Výsledkem jsou hodnoty neovlivněné subjektivním vnímáním obsluhy.



David pro Varian MLC 120 NT měřicí systém pro zjišťování a zdokumentování přesnosti ozařovacích plánů při konformním ozařování a ozařování technikou IMRT. Navíc dovoluje kontrolu kalibrace lamel vícelistového kolimátoru. Vyhodnocovací program zobrazí a vyhodnotí dávkové hodnoty až na úroveň jednotlivých párů lamel kolimátoru. Davidem lze provádět měření i během ozařování pacienta. Je to dáno speciální konstrukcí měřicí části - minimální ovlivnění svazku záření. Výsledkem měření je záznam o velikosti a průběhu dávky dopadající na pacienta při ozáření jednotlivým polem.

MODERNIZACE A DOVYBAVENÍ ÚSEKU BRACHYTERAPIE

MUDr. Petr Vítek

V rámci projektu IOP byl úsek brachyterapie vybaven novým řídicím počítačem ozařovacího přístroje Gammamed 12 i, novým plánovacím systémem BrachyVision v. 8.6.17 a byla provedena integrace brachyterapie do verifikačního systému ARIA.

BrachyVision představuje moderní 3D plánovací systém umožňující aplikace konformních dávek v brachyradioterapii.

Předchozí metody používané v plánování brachyterapie:

- STP - standardized template planning - výpočet dávkové distribuce tzv. ze šablony - plánovací metoda s omezenou přesností stanovování dávek v kritických orgánech.

Tuto metodu lze dnes používat v případě poruchy počítačového systému a nutnosti neodkladného ozáření pacienta anebo jako metodu s minimální dobou potřebnou pro plánování léčby.

- CTP - computerized treatment planning - založené na digitalizaci definovaných bodů ve dvou ortogonálních RTG snímcích - projekcích. Tato metoda dosud používaná na našem úseku brachyradioterapie využívá jedinou diagnostickou zobrazovací modalitu - RTG.

Od toho se odvíjejí limity pro dosažení maximální přesnosti při plánování léčby ve smyslu určování prostorového cílového objemu s rozložením aplikovaných dávek záření a dávek záření na kritické orgány, přičemž tyto procedury jsou klíčové k přiblížení se optimální brachyterapeutické aplikaci - tento problém je definován v termínu quality assurance.

Cílem brachyradioterapie jak s dočasně aplikovanými zdroji záření, tak permanentně aplikovanými zdroji je dosažení optimálního přizpůsobení dávky a jejího rozložení s ohledem na velikost a tvar cílového objemu a současně dosažení maximálního šetření okolních zdravých tkání a kritických orgánů.

Brachyradioterapie je již osvědčenou a po léta používanou metodou léčby nádorů. Dosáhla celé řady převratných pokroků a zlepšení při vývoji zdrojů záření, ozařovacích režimů, dávkových schémat, způsobů aplikací, aplikačních zařízení, ochrany zdravotnického personálu i pacienta. V řadě těchto oblastí je již velmi obtížné hledat další možnosti zlepšování. Aktuálně se však objevuje nový způsob zlepšení léčebných výsledků brachyradioterapie - tím je nový plánovací systém - Brachy Vision.

BrachyVision umožňuje rychlý výpočet dávek v brachyradioterapii při extrémně vysoké přesnosti.

V předchozích systémech plánování byly dávky záření plánovány v prostředí obklopeném vodou, zatímco ve skutečnosti v lidském těle jde o mnoho odlišných tkání, které ve výpočtech zohledňuje BrachyVision systém. Oproti předchozím plánovacím systémům dosahuje přesného výpočtu rozložení dávek při užití moderních zobrazovacích medicínských metod, které umožňují reálné zobrazení individuálních anatomických struktur a topografických vztahů těchto struktur. BrachyVision systém je součástí sítě verifikačního a plánovacího systému pro teleradioterapii - to představuje výhodu pro možnosti provádění fúze léčebných plánů pro teleradioterapii a brachyradioterapii.

NOVÁ KVALITA V PŘÍPRAVĚ CYTOSTATIK

MUDr. Jan Pirnos

Modernizace na úseku klinické onkologie přináší zcela novou kvalitu v přípravě cytostatik. Díky finanční podpoře Evropského fondu pro regionální rozvoj tak bylo možno pořídit nový robotický systém CytoCare™, který se stal součástí nově budovaného pracoviště centrálního ředění cytostatik s navazujícím stacionářem ambulantní chemoterapie.

Cytostatika podávaná jako parenterální infuze mají být lege artis připravována za aseptických podmínek v tzv. čistých prostorách v boxu s laminárním vertikálním prouděním vzduchu za současného podtlaku a s možností pravidelné kontroly celistvosti.

Požadavkům české legislativy vyhovují nejlépe izolátory a některé robotické systémy. Cílem aseptických příprav je manipulace se sterilními roztoky či pevnými látkami v prostředí nejvyšší čistoty (třída A) při současném uchování jejich sterility.

Původně se plánovalo pracoviště centrálního ředění vybavit několika izolátory tak, aby byla zajištěna dostupnost přípravy cytostatik pro celou nemocnici i s rezervou pro případ ředění pro některá externí pracoviště. Možnost instalace robotického systému se stala reálnou až s finanční podporou z EU. Jde o typ robota na ředění cytostatik CytoCare™, doposud v ČR provozovaného pouze ve VFN Praha. V naší nemocnici navíc bude provozován společně s informačním systémem Cytoplane sloužícím ke komunikaci mezi klinickými odděleními a přípravou cystostatik.

CytoCare™ je automatizovaný robotický systém, který dokáže s naprostou přesností za aseptických podmínek a s maximální bezpečností pro pracovníky připravovat cytostatická léčiva. Jeho mechanická paže dokáže manipulovat se zdravotnickými nástroji, jako jsou jehly a stříkačky, identifikovat jednotlivé léky na základě vážení a skenování. Umožňuje přípravu individuálních dávek cytostatik dle specifických potřeb jednotlivých pacientů a zároveň ochraňuje zdravotnický personál. Příprava chemoterapie v CytoCaru splňuje všechny normy Státního ústavu pro kontrolu léčiv ČR.

CytoCare™ je řízen počítačem a lidská obsluha pouze plní karuselový zásobník vstupním materiálem, odebírá hotová balení, odpadový kontejner a provádí údržbu a dezinfekci.

Plně splňuje požadavky práce s cytotoxickými látkami a oproti izolátorům

- zajišťuje prevenci vzniklých chyb při přípravě materiálu,
- zajišťuje identifikaci léku,
- zajišťuje bezpečné zacházení s toxickým odpadem,
- zajišťuje automatickou kontrolu přesnosti dávky,
- předchází kontaminaci místnosti a okolního prostředí,
- předchází administrativním chybám v distribuci k pacientovi.

NOVÝ PŘÍSTROJ NA ODDĚLENÍ PLICNÍM A TBC POŘÍZENÝ V RÁMCI PROJEKTU IOP - ELEKTROMAGNETICKY NAVIGOVANÁ BRONCHOSKOPIE: „SUPERDIMENSION INREACH SYSTEM“

prim. MUDr. Václav Šnorek

Plicní karcinom je v Evropě čtvrtým nejčastějším zhoubným nádorem, z hlediska mortality je však mezi nádory na místě prvém. Kromě ostatních diagnostických postupů je řádná mikromorfologická diagnóza conditio sine qua non.

Dominující metodou k získání vzorku tkáně je u plicního karcinomu vyšetření bronchoskopické. Problém nastává v okamžiku, kdy ložisko leží za hranicí dosažitelnosti bronchoskopem a současně ne dost blízko hrudní stěny, odkud by bylo přístupné transtorakální biopsii. Nově zakoupený přístroj právě v této situaci umožňuje pohled za hranici optické viditelnosti bronchoskopu.

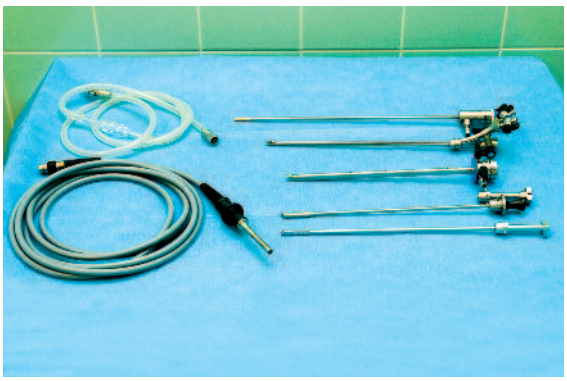
Prvním krokem je vyšetření hrudníku počítačovým tomografem. Vrstva 2 mm a posun 1,5 mm, tedy částečné překrývání řezů, jsou nutné pro podrobné zobrazení a získání virtuálního bronchogramu. Současně je v trojrozměrném modu znázorněno ložisko, které je nutné vyšetřit. Poté se provede skutečná bronchoskopie, která se v tomto případě na plicním oddělení českobudějovické nemocnice provádí vždy v celkové anestezii. Začínáme intubací rigidním bronchoskopem, kterým pacienta během vyšetření ventilujeme, následuje klasická bronchoskopie flexibilním videobronchoskopem. Přístroj

SuperDimension pak obě vyšetření porovnává, takže vyšetřujícího lékaře pomocí zobrazení virtuálních dechových cest vede skutečnými dechovými cestami k patologickému nálezu. Umístění sondy je detekováno elektromagnetickým polem, generovaným deskou pod pacientem. Po dosažení ložiska jsou odebrány vzorky k histologickému a cytologickému vyšetření. První cytologický vzorek je okamžitě na sále vyšetřen („rapid on-site cytology“), takže vyšetřující lékař ví, zda byl odběr úspěšný nebo zda je nutné odběr opakovat.

Na obrázku je pohled na obrazovku monitoru během vyšetření.

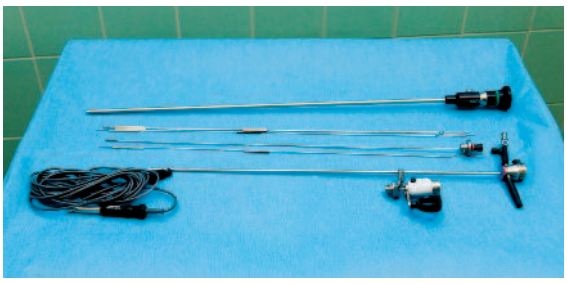
DALŠÍ ZLEPŠENÍ PÉČE PRO ONKOLOGICKÉ PACIENTY NA ČESKOBUDĚJOVICKÉ UROLOGII V RÁMCI IOP

MUDr. Aleš Petřík, PhD.



Na urologickém oddělení českobudějovické nemocnice byly v rámci Integrovaného operačního programu pro Centra komplexní onkologické péče obměněny endoskopické přístroje pro diagnostiku a léčbu nádorových onemocnění uropoetického traktu.

Došlo k nákupu tří cystoskopů k endoskopické diagnostice onemocnění močového měchýře a tří resektoskopů, jimiž se zejména nádory močového měchýře a prostaty odstraňují.



Do vybavení přibyl také ureteroresektoskop, sloužící k odstranění nádorů z močovodu a k léčbě zúženin močovodu. Urologické oddělení se tak zařadilo mezi několik málo pracovišť v republice, která tuto léčbu poskytují.

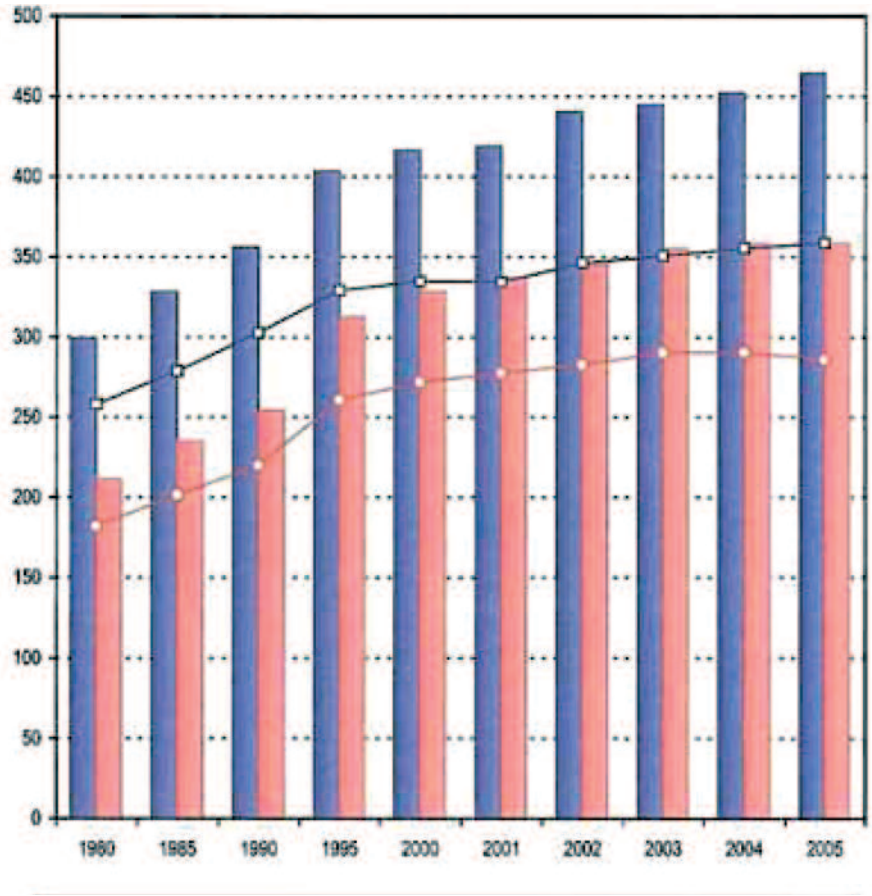
Poslední položkou nákupu pak byla endoskopická HD kamera, pomocí níž se zmíněné výkony provádějí.

VÝKONNÝ BARVICÍ AUTOMAT PRO IMUNOHISTOLOGII

prim. MUDr. Jana Přádná

Patologické oddělení získalo nový barvicí automat pro imunohistologii, který výrazně pomůže při diagnostice nádorů.

Počet nově zjištěných histologicky ověřených nádorů rok od roku narůstá ve všech věkových skupinách.



Pacient s maligním novotvarem je nyní mnohem častěji „monitorován“: nádor i okolní tkáň jsou častěji vyšetřovány, neboť novotvar a jeho vztah k nositeli se mění. Tuto změnu již nelze zjistit běžným mikroskopickým vyšetřením nádoru (klasické histologické vyšetření). Vlastnosti nádoru a změny detailněji určí imunohistologické vyšetření prokázáním jednotlivých komponent (antigenů), kterých je známo čím dál tím více. Imunohistologické vyšetření je prováděním složitých chemických postupů v malém kousku nádorové tkáně. Aby chemická reakce dobře proběhla, musí být stoprocentně zajištěny všechny její kroky: koncentrace chemikálií, teplota a čas (doba působení reagencií).

V začátcích imunohistologie, při malém počtu vyšetření, stačila jedna laborantka ručně přendávat tkáňové vzorky z chemikálie do chemikálie při dodržení časových parametrů. Při obrovském nárůstu, na kterém se podílí i koncentrace onkologicky nemocných, dochází k velkému náporu na ruční zpracování vzorků, u kterého nelze nikdy zcela vyloučit lidskou chybu.

Řešením je speciální přístroj vyvinutý pro imunohistologii - imunostainer, který dokáže zpracovat velké množství nádorových vzorků od několika pacientů současně při bezchybnosti a opakovatelnosti výsledků, s menším počtem laborantek. Výsledky hodnotí lékař pod mikroskopem. Podle výsledků vyšetření se odvíjí individuální léčba pacienta, která je pro něj optimální.

Výhody přístroje:
- Možnost přednostního zpracování urgentních případů
- Vysoký výkon: až 150 skel při osmihodinovém provozu a až 200 skel při spuštění nočního cyklu.

NOVÝ MR SCANNER V JIHOČESKÉ METROPOLI

prim. MUDr. Petr Lhoták

Cestou projektu IOP „Modernizace a obnova přístrojového vybavení Centra komplexní onkologické péče“ nemocnice získala nový MR přístroj AChieva 1,5 T. Jedná se o jeden z nejmodernějších strojů, který je vybaven velmi výkonným gradientním systémem. V kombinaci se silným magnetickým polem (1,5 T) poskytuje dokonalé zobrazování měkkých struktur s vysokým rozlišením. Hardware zaručí v kombinaci s dokonalým softwarem vysokou průchodnost pacientů. Díky zkrácení jednotlivých vyšetřovacích sekvencí se zkrátí pobyt pacienta ve vyšetřovně o desítky minut. Ve srovnání se staršími typy je tak zvýšen jeho komfort během vyšetřování. Pacient nebude například obtěžován nadměrnou hlučností při dlouhodobém pobytu v magnetickém poli. Mimo statické zobrazování umožní nový typ přístroje vedle difuzního a perfuzního vyšetřování i vyšetřování funkční. Funkční magnetickou rezonanci ocení zejména neurochirurgové, kterým umožní optimální resekci nitrolebních nádorů tak, aby docházelo pouze k minimálnímu zásahu do okolní zdravé tkáně mozkové. Českobudějovická nemocnice bude od příštího roku provozovat 2 MR scannery, což je pro její spádovou oblast velkým přínosem. Každý z nich vyšetří ve směnném provozu 3 500 pacientů ročně.

Vydává Nemocnice České Budějovice, a.s.
Ročník 19 (3/2009).
Odpovědná redaktorka PhDr. Marie Šotolová
Bezplatné.
Pouze pro vnitřní potřebu Nemocnice České Budějovice, a. s.
Náklad 500 ks.
Grafická úprava a tisk: Tiskárna Jihočeský inzert expres s.r.o.,
Na Barborce 2, 373 16 Dobrá Voda u Českých Budějovic.