
NEMOCNIČNÍ ZPRAVODAJ



EDITORIAL

Milí uživatelé Nemocničního zpravodaje,

pokud Vás překvapilo toto oslovení, prosím, nedivte se. S potěšením jsem byla svědkyní toho, jak se studentky pídily v knihovně po našem bohublém časopise jako po informačním zdroji! Na druhé straně je mým přáním nabídnout vám spíše nežli suché čtení, prošpikované tvrdými daty, články, psané lehčí rukou. Prostě čtení na léto.

*Inspirací pro dovolenou vám může být rubrika *Letem světem*, protože lékařské kongresy, na kterých českobudějovičtí odborníci nezdědka přednášejí, se konají ledaskdy na velmi zajímavých místech. Třeba v Belmontově Riu nebo císařské Vídni. O prázdninách je také čas navštívit během školního roku převelice zaměstnanou novou děkanku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Dovolená znamená i čas pro hobby, třeba pro sbírku nevšedních panenek. Pánové kutilové mohou pro změnu nahlédnout do nemocničního suterénu, kde se taví olovo.*

Aby však nadále zpravodaj patřil kromě čtenářů také uživatelům v plném významu slova, přináší rovněž články učené. Například o urychlení bakteriální diagnostiky v Centrálních laboratořích nebo o posledních trendech v péči o novorozence na českobudějovickém neonatologickém oddělení. Svě místo má galerie nejmodernějších přístrojů, sloužících od jara pacientům Kardiocentra.

*Jaký by to byl časopis bez drbů? Nuda, nuda, nuda. Takže si na konci čísla nalistujte oblíbenou rubriku *Kdo má padesátiny a Kdo se nadále bude věnovat místo nemoci lidí květinám na zahrádce v rámci seniorského věku*.*

Užijte si tedy slunné prázdniny s Nemocničním zpravodajem v rukách, nad hlavou slunečník, před sebou oblíbené pití se spoustou ledu.

PhDr. Marie Šotolová

odpovědná redaktorka Nemocničního zpravodaje

FOTO NA TITULNÍ STRANĚ

Elektronicky řízený anesteziologický přístroj Dräger Primus Infinity umístěný na obou operačních sálech kardiologického oddělení spolu s monitorovacím systémem Carescape B 850 GE Healthcare zajišťuje kvalitní anesteziologickou péči během operací.

Foto: Bohumír Langmaier

OBSAH

Úvodník předsedy představenstva MUDr. Břetislava Shona (Šot)	5
ZPRÁVY MANAGEMENTU	
SYSTÉM BEZPEČNOSTI MANAGEMENTU INFORMACÍ OBSTÁL MUDr. Jozef Filka, Ph.D.	6
DĚTSKÉ ODDĚLENÍ ZÍSKALO ČESTNÉ UZNÁNÍ PRESTA	6
MODERNIZACE A OBNOVA KOMPLEXNÍHO KARDIOVASKULÁRNÍHO CENTRA	7
STALO SE	
JAKÝ BYL ROK 2010 Z HLEDISKA PÉČE O NOVOROZENCE V ČESKÉ REPUBLICE, V JIHOČESKÉM KRAJI A V NAŠÍ NEMOCNICI prim. MUDr. Milan Hanzl, Ph.D., MUDr. Radka Pudíková	11
PROJEKT AUTOMATIZOVANÉ A RYCHLÉ BAKTERIOLOGIE MUDr. Magda Balejová	14
VÝMĚNA VÝTAHU NA ODDĚLENÍ PSYCHIATRIE Ing. František Bostl	15
PAVILON O V HORNÍM AREÁLU MÁ NOVÝ VSTUP Ing. František Bostl	16
UNIKÁTNÍ NÁHRADA ČÁSTI LEBEČNÍ KOSTI	16
JEDNOU VĚTOU	
NOVÝ NÁBYTEK NA ONKOLOGII (šot)	17
MÁM RS. NO A CO?	18
TISKOVÝ MLUVČÍ NEMOCNICE ŠÉFEM KLUBU PUBLIC RELATIONS	18
PRÁVĚ TEĎ	
MODERNIZACE UVNITŘ CÉČKA Ing. František Bostl	18
ČESKOBUDĚJOVICKÁ DIECÉZNÍ CHARITA CHCE POMOCI 1. ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE	19
KDO JE KDO	
ŽENA, STOUPAJÍCÍ SCHOD PO SCHODU (prof. PhDr. VALÉRIE TÓTHOVÁ, Ph.D., R. N.) PhDr. Marie Šotolová	19
DIAGNOSTIKA CUKROVKY (DIABETES MELLITUS - DM) <i>PROČ SE V USA POUŽÍVÁ TĚŽ GLYKOVANÝ HEMOGLOBIN</i> MUDr. Miroslav Verner	22
PRAKTICKÁ SESTRA <i>NOVINKA, NEBO ZDRAVOTNICKÁ PROFESE MINULOSTI, SOUČASNOSTI I BUDOUCNOSTI?</i> Doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D., Hana Kalová, Brigita Janečková, MUDr. Jan Reban, doc. Vladimír Vurm, CSc., Mgr. Josef Havlík	23
OSOBNOST	
PATOLOGIE DĚLÁ DIAGNÓZY (prim. MUDr. JANA PŘÁDNÁ) PhDr. Marie Šotolová	25
KNIŽNÍ NOVINKY	27
UTAJENÁ PROFESE	
KDE SE TAVÍ OLOVO PhDr. Marie Šotolová	28
HOBBY	
KRÁLOVSTVÍ PANENEK JEDNÉ LABORANTKY PhDr. Marie Šotolová	32
ODBORY	
MÍSTNÍ ORGANIZACE LÉKAŘSKÉHO ODBOROVÉHO KLUBU (šot)	34
ZPRÁVA O ČINNOSTI MO LOK NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, A.S. MUDr. Filip Šísl	34

INFORMACE ZE ZO OSZSP	35
Mgr. Lubomír Franc	
KONGRESY A SEMINÁŘE	
VI. ČESKOBUDĚJOVICKÁ ODBORNÁ KONFERENCE PROBLEMATIKA HOJENÍ RAN (šot) ____	38
XI. JIHOČESKÉ TIMROVY DNY	38
MUDr. Naďa Pavlíčková	
XX. JIHOČESKÉ ORL DNY	40
VIII. SETKÁNÍ JIHOČESKÝCH ANESTEZIOLOGŮ A SESTER (šot)	40
PROGRAM GEOMED PĚT LET POTÉ	41
Doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.	
5. ARTROSKOPICKÉ BIENÁLE V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH	42
MUDr. Pavel Sadovský	
XX. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE OŠETŘOVATELSKÝCH PROFESÍ PRACUJÍCÍCH V PÉČI O NOVOROZENCE (šot)	45
KONGRESY A SEMINÁŘE 2. POLOLETÍ	45
LETEM SVĚTEM	
NABITÝ DERMATOLOGICKÝ PROGRAM V NEW ORLEANS	46
prim. MUDr. Jiří Horažďovský, Ph.D.	
RADIOLOGICKÉ NOVINKY Z VÍDNĚ	47
prim. MUDr. Petr Lhoták	
NEWCASTLE PŘIVÍTAL NEUROCHIRURGY Z CELÉHO SVĚTA	48
MUDr. Vladimír Přibáň, Ph.D.	
V JARNÍM MILÁNĚ ROKOVALI MIKROBIOLOGOVÉ	48
MILÁN OČIMA PARAZITOLOGA	48
MUDr. Naďa Mallátová	
MILÁN OČIMA BAKTERIOLOGA	50
MUDr. Magda Balejová	
NOVINKY V RESUSCITACI	51
MUDr. Naďa Pavlíčková jr.	
ISAKOS - RIO DE JANEIRO	53
MUDr. Pavel Sadovský	
SPOLEČENSKÁ KRONIKA	
VÝMĚNA POSTŮ NA ODDĚLENÍ PLICNÍM A TBC (šot)	54
POHÁR VÍTĚZSTVÍ PRO KARDIOCENTRUM	54
ODCHODY DO DŮCHODU	55
ŽIVOTNÍ VÝROČÍ	55
FOTOREPORTÁŽ NA ZÁVĚR	57

Úvodník předsedy představenstva MUDr. Břetislava Shona



Pane předsedo, jak hodnotíte 1. pololetí roku 2011?

Jak si jistě zaměstnanci nemocnice všimli, tak oproti minulým létům, kdy jsme v průběhu každého roku realizovali množství velkých stavebně investičních akcí, došlo v tomto pololetí ke změně. Nemocnice kromě dobudování jídelny pro zaměstnance a výdejny stravy pro pacienty, žádné nové stavební akce neprovádí. První pololetí je tedy ve znamení zajištění léčebné a diagnostické péče pro pacienty za ztížených ekonomických podmínek. Čísla za první pololetí zatím ukazují, že nemocnice plní terapeutické a diagnostické limity pojišťoven tak, aby nedošlo při vyúčtování roku 2011 ke srážce ze záloh, které jsou již samy o sobě v tomto roce o 60 milionů korun nižší než v roce 2009. Samozřejmě již dnes kalkulujeme s dopady eventuálního navýšení DPH,

a to vše v situaci, kdy zdaleka nejsou vyjasněna všechna pravidla úhrad od pojišťoven za tento rok.

V nemocnici funguje nový systém smluv. Co bylo důvodem jeho zavedení?

V nemocnici se vytváří nový systém přijímání, evidence a obecně práce se smlouvami s využitím nově zakoupené výpočetní techniky. Systém se teprve kultivuje a jsem přesvědčen, že výsledkem nebude v žádném případě prodloužení cesty smluv od klienta do nemocnice a zpět. Jedním z cílů je také revize všech platných smluv v naší nemocnici. Po zavedení veškeré techniky, která je v tuto dobu objednána, dojde k definitivní změně systému práce se smlouvami, zejména k jejímu zjednodušení a urychlení Vámi zmiňovaného procesu od návrhu smlouvy k jejímu přijetí a aplikaci (což někdy znamená i vyinkasování peněz). Každopádně výsledkem bude větší systém a pořádek.

Na jaře napsaly sestry petici hejtmanovi. Jaký je názor vedení společnosti na tuto aktivitu?

Petice je standardním způsobem, jak se obecně lidé vyjadřují k různým problémům ve státě či na svých pracovištích. Požadavek navýšení mezd bývá jistě jedním z nejčastějších obsahů petice. Poměrně obsáhle jsem reagoval na některé nepřesnosti a neúplnosti v této petici uvedené předsedovi ZO OSZSP ČR Mgr. Franclovi, který přislíbil, že názor vedení po odborářské linii předá. Myslím, že opakovat vše, co bylo napsáno jako oficiální odpověď na petici zaměstnanců, by nemělo být obsahem tohoto zpravodaje.

Jaké má vedení společnosti další plány?

Při snížených příjmech od pojišťoven v roce 2011 a nejasné finanční budoucnosti roku 2012 i dalších roků ve zdravotnictví udělat vše pro to, aby byla zachována kvalita péče o pacienty a aby nedošlo ke snižování příjmů zaměstnanců. Intenzivně pracujeme na hledání dalších úspor ve všech oblastech činnosti akciové společnosti tak, abychom mohli eventuálně příjmy zaměstnanců naopak navyšovat. Pochopitelně očekávám v tomto úsilí spolupráci a vstřícnost všech zaměstnanců nemocnice.

Pane předsedo, od 1. 1. 2012 má fungovat nová zdravotnická koncepce Jihočeského kraje. Co to bude znamenat pro naši nemocnici?

Zdravotnická koncepce Jihočeského kraje prozatím oficiálně nebyla vydána, a pokud mám správné informace, teprve se na ní pracuje. Nedovedu tudíž v žádném případě odpovědět na otázku jejího eventuálního dopadu na naše zdravotnické zařízení.

Rozhovor připravila PhDr. Marie Šotolová

ZPRÁVY MANAGEMENTU

SYSTÉM BEZPEČNOSTI MANAGEMENTU INFORMACÍ OBSTÁL

MUDr. Jozef Filka, Ph.D.

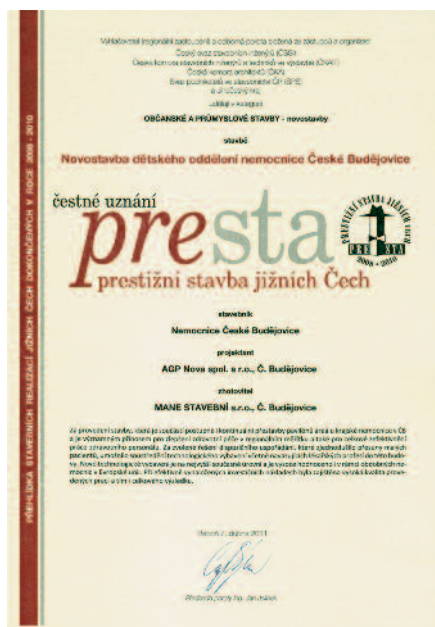
6. dubna 2011 proběhl v Nemocnici České Budějovice, a.s. první dozorový audit zavedeného systému řízení bezpečnosti informací podle normy ČSN ISO/IEC 27001. Hodnocení provedli auditori z certifikační společnosti CiS - Certification & Information Security Services. Cílem auditu bylo prověření zavedeného systému řízení dle kapitol normy a vypořádání připomínek a doporučení vzešlých z certifikačního auditu, který nemocnice absolvovala v roce 2010. Dozorový audit probíhal dle předem připraveného postupu.

V jeho průběhu auditori prověřili fungování jednotlivých procesů a konstatovali, že systém managementu bezpečnosti informací se za rok od certifikace kvalitativně zlepšil, a to především v zažití a zautomatizování procesů bezpečnosti informací v nemocnici. Během hodnocení nebyly shledány žádné neshody.

Závěrem auditori konstatovali, že zavedený systém managementu bezpečnosti informací v Nemocnici České Budějovice, a.s. splňuje požadavky stanovené normou ČSN ISO/IEC 27001:2005. Pozitivní je podle nich, že tento systém vykazuje potenciál pro další zlepšování a zdokonalování. Z auditu vzešlo několik doporučení ke zlepšení, která budeme postupně realizovat.

Autor je náměstek pro kvalitu a bezpečnost poskytované péče Nemocnice České Budějovice, a. s.

DĚTSKÉ ODDĚLENÍ ZÍSKALO ČESTNÉ UZNÁNÍ PRESTA



7. 4. 2011 byly v Třeboni vyhlášeny ceny 6. ročníku ankety PRESTA - Prestižní stavba jižních Čech. Zástupci Regionálního zastoupení Českého svazu stavebních inženýrů za spolupráce České komory architektů, České komory autorizovaných inženýrů a techniků činných ve výstavbě, Svazu podnikatelů ve stavebnictví a Jihočeského kraje vybírali z 62 objektů v 5 kategoriích nejlepší jihočeské stavby dokončené v letech 2008–2010. Kritériem bylo, aby se jednalo o kvalitní, hospodárně navrhované stavby s dobrou architektonickou, technickou i technologickou úrovní řešení. Čestné uznání v kategorii Občanské a průmyslové stavby si odnesla novostavba dětského oddělení českobudějovické nemocnice, kterou projektovala firma AGP Nova spol. s r. o., České Budějovice. Zhotovitelem byla MANE STAVEBNÍ s. r. o. České Budějovice.

PROJEKT PAVILON DĚTSKÉHO ODDĚLENÍ JE SPOLUFINANCOVÁN EVROPSKOU UNIÍ



MODERNIZACE A OBNOVA PŘÍSTROJOVÉHO VYBAVENÍ KOMPLEXNÍHO KARDIOVASKULÁRNÍHO CENTRA

Zhruba 80 miliónů korun investovala Nemocnice České Budějovice, a.s. do nového přístrojového vybavení komplexního kardiovaskulárního centra, které vzniklo v roce 1998.

Nyní patří mezi 11 akreditovaných pracovišť svého typu v České republice.

Z hlediska přístrojové vybavenosti a kvality poskytované medicínské péče se česko-budějovické kardiocentrum řadí mezi čtyři nejlépe vybavená specializovaná lékařská pracoviště v zemi. Současně je tuzemskou jedničkou v transplantacích srdečních chlopní lidského původu.

„Přibližně 85 procent uvedené sumy by měly být kryty dotačními zdroji z Integrovaného operačního programu Evropské unie,“ uvedl ředitel Kardiocentra Nemocnice České Budějovice, a.s. MUDr. Ladislav Pešl.

Česko-budějovické kardiocentrum poskytuje kromě transplantací plný rozsah dostupné péče o pacienty s postižením srdce. Péče v oblasti intervenční kardiologie a kardiochirurgie představuje dva ze tří pomyslných pilířů, o něž se v současnosti opírá každé plnohodnotné kardiocentrum. Třetím je rozvinutá arytmiologická a kardiostimulační péče.

Velkou část stávajících přístrojů komplexního kardiovaskulárního centra pořídila nemocnice už v letech 1998 až 2002. Po každodenním používání jsou tyto přístroje do značné míry opotřebované. Každým rokem se proto zvyšuje počet nutných servisních zásahů. V mnohých ohledech jsou navíc morálně zastaralé, neboť v posledních deseti letech došlo k významnému posunu medicínských technologií vpřed.

Koordinátor projektu 1. místopředseda představenstva a ředitel úseku operačních a ostatních oborů Nemocnice České Budějovice, a. s., MUDr. Jaroslav Novák, MBA uvádí, že peníze z dotace by nemocnice měla obdržet ve 3.–4. čtvrtletí letošního roku.

„Z hlediska indikátorů naplnění standardu přístrojového vybavení komplexního kardiovaskulárního centra dle věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky se česko-budějovické kardiocentrum posune z 90 na 96,7 procenta, což svědčí o tom, že toto pracoviště bylo i v minulých letech velmi dobře přístrojově vybaveno. Nyní se úroveň přiblížila těsně stoprocentnímu bodovému ohodnocení,“ konstatuje MUDr. Jaroslav Novák, MBA.

Mezi zcela nové technologie uvedené do provozu patří například kardiologický software pro magnetickou rezonanci či přístroj pro řízenou mírnou hypotermii, který lékařům umožní podle potřeby ohřívat či zchlazovat organismus pacienta. „Pořízením těchto přístrojů a software dochází jak k zásadnímu nárůstu kvality poskytované péče, tak i k možnosti zavedení dalších nových terapeutických postupů,“ zdůrazňuje ředitel kardiocentra.

Kardiocentrum Nemocnice České Budějovice, a.s. zahájilo provoz v rámci kardiologického oddělení na podzim roku 1998. U jeho zrodu stály dvě významné osobnosti české medicíny. Dnes už zesnulý ředitel česko-budějovické nemocnice, kardiolog MUDr. Jiří Bouzek, MBA a prof. MUDr. Jan Pirk, DrSc. z pražského IKEMu.

Hlavním důvodem jeho založení byla značná časová prodleva při převozu pacientů s akutním infarktem myokardu z jihočeského regionu na pražská pracoviště ke kardiointervenčním výkonům trvale obnovujícím průtok krve akutně uzavřenou věnčitou tepnou. Protože součástí nového kardiologického oddělení byl i katetrizační sál, mohla být na jaře roku 1999 zahájena tolik potřebná nonstop péče o pacienty s akutním infarktem myokardu pro celé jižní Čechy. Snaha o poskytování komplexní péče kardiologickým pacientům pokračovala na jaře roku 2000 vybudováním a otevřením kardiochirurgického oddělení.

Kardiocentrum Nemocnice České Budějovice, a.s. poskytuje nyní péči téměř třem čtvrtinám milionu lidí. S výjimkou transplantací zabezpečuje plný rozsah dostupné péče

o pacienty s postižením srdce. Spádovou oblastí pro intervenční kardiologii je celý Jihočeský kraj, spádovou oblast pro kardiochirurgii a nově poskytované výkony v oblasti arytmologie a kardiostimulace pak představují nejen celé jižní Čechy, ale také téměř polovina kraje Vysočina a část Plzeňského kraje.

Některé z nově zakoupených přístrojů



Lůžkové prostory koronární jednotky kardiologického oddělení s monitory životních funkcí Carescape B 850 GE Healthcare. Jsou vybavené základním multiparametrickým modulem s možností rozšíření o další multifunkční moduly.



Ultrazukový přístroj Vivid S6 GE Healthcare umístěný v laboratoři funkční diagnostiky kardiologického oddělení umožňuje kompletní kardiovaskulární diagnostiku.



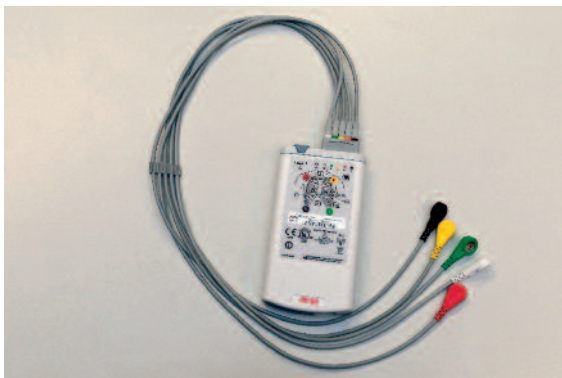
Monitor vitálních funkcí Dash 4000 GE Healthcare v prostorách zákrovového sálku koronární jednotky.



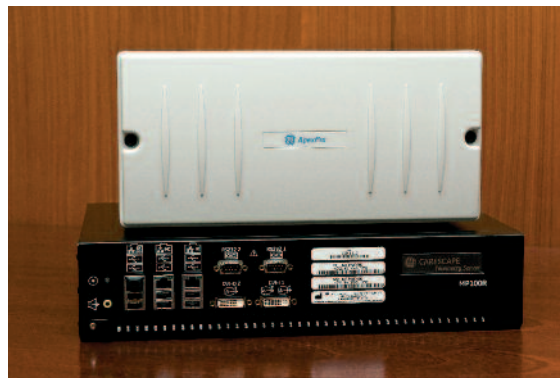
Ultrazukový přístroj Vivid S6 GE Healthcare umístěný v laboratoři funkční diagnostiky kardiologického oddělení umožňuje kompletní kardiovaskulární diagnostiku.



Centrální stanice Carescape CIC Pro GE Healthcare pro sledování dat z lůžkových a telemetrických monitorů životních funkcí umístěná na koronární jednotce.



Telemetrický systém Carescape Apex Pro GE Healthcare umožňuje dálkové monitorování EKG subakutních pacientů v prostorách kardiocentra.



Transportní monitory Transport Pro GE Healthcare slouží k zachování kontinuálního monitorování akutních pacientů kardiochirurgického oddělení během převozů. Základní multiparametrický modul je společný pro monitorovací systém operačních sálů a intenzivní péče a umožní sledování vitálních funkcí bez ztráty dat a nutnosti přepojování.



Monitorovací zařízení Carescape B 850 GE Healthcare na kardiochirurgickém operačním sále.



Přístroj pro kontinuální eliminační metody Aquarius Baxter umístěný na RES kardiochirurgického oddělení.



Anesteziologický přístroj Dräger Primus Infinity umístěný na obou operačních sálech kardiochirurgického oddělení spolu s monitorovacím systémem Carescape B 850 GE Healthcare.



Thermogard XP Alsius slouží k intravaskulární řízené hypotermii event. ohřevu umístěný na RES kardiochirurgického oddělení.



Monitory vitálních funkcí Dash 4000 GE Healthcare v prostorách jednotky intenzivní péče kardiochirurgického oddělení.



Intraaortální balonková kontrapulzace Arrow AutoCat 2 Wave pro krátkodobou podporu oběhu umístěná na RES kardiochirurgického oddělení.

S novým vybavením komplexního kardiovaskulárního centra českobudějovické nemocnice se 30. března 2011 seznámili jihočeští novináři.



Tiskové konference se za Nemocnici České Budějovice, a.s. zúčastnili (zleva): MUDr. Petr Lhoták - primář radiologického odd., MUDr. Ladislav Pešl - ředitel Kardiocentra a odborný garant projektu, MUDr. Jaroslav Novák, MBA - 1. místopředseda představenstva a koordinátor projektu, MUDr. František Toušek, FESC - primář kardiologického oddělení a MUDr. Aleš Mokráček, CSc - primář kardiochirurgického oddělení.



Koordinátor projektu a 1. místopředseda představenstva Nemocnice České Budějovice, a.s. MUDr. Jaroslav Novák, MBA v rozhovoru s redaktorkou českobudějovického regionálního studia Českého rozhlasu.



Součástí tiskové konference byla prohlídka Kardiocentra, kde jsou přístroje, pořízené za peníze EU. Ředitel Kardiocentra MUDr. Ladislav Pešl poskytuje rozhovor Regionální televizní agentuře.

Foto Bohumír Langmaier

Šance pro váš rozvoj.
Tento projekt „Nemocnice České Budějovice - Modernizace a obnova přístrojového vybavení komplexního kardiovaskulárního centra“ je spolufinancován Evropskou unií z Evropského fondu pro regionální rozvoj.



EVROPSKÁ UNIE
EVROPSKÝ FOND PRO REGIONÁLNÍ ROZVOJ
ŠANCE PRO VÁŠ ROZVOJ



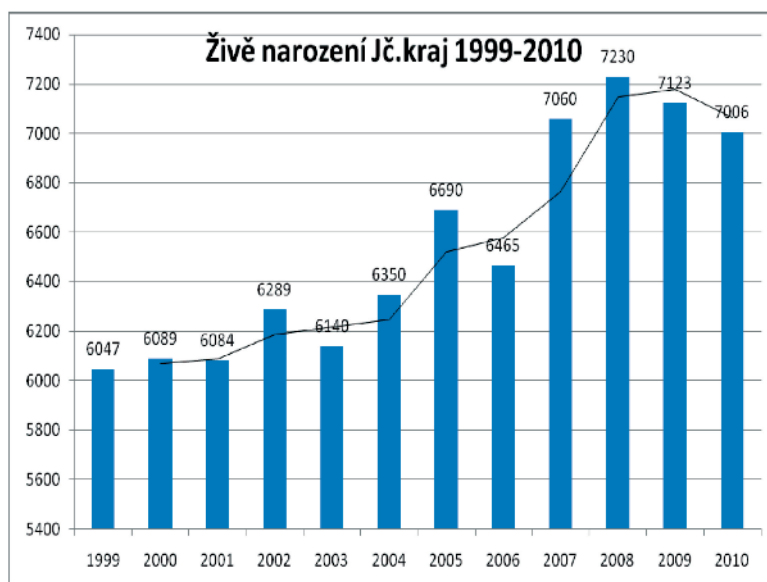
STALO SE

JAKÝ BYL ROK 2010 Z HLEDISKA PÉČE O NOVOROZENEC V ČESKÉ REPUBLICE, V JIHOČESKÉM KRAJI A V NAŠÍ NEMOCNICI prim. MUDr. Milan Hanzl, Ph.D., MUDr. Radka Pudíková

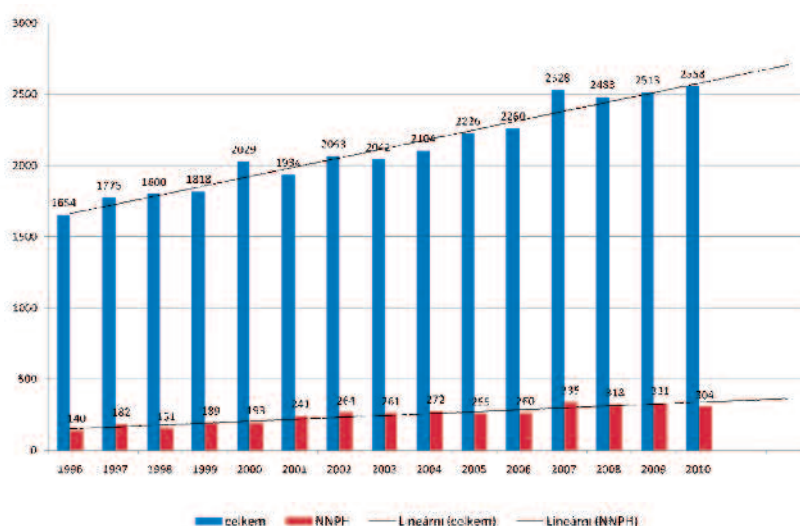
Vývoj počtu živě narozených:

V České republice se od roku 2008 zastavil počet živě narozených novorozenců na hranici 118 000 dětí, zatím bez významnějšího poklesu, který však velmi pravděpodobně nastane již od tohoto roku. V Jihočeském kraji však dochází k tomuto poklesu už v uplynulých dvou letech. (Graf č. 1). Od roku 2008 došlo k poklesu o 224 novorozenců na 7006 dětí v roce 2010. Na tomto poklesu se celkem rovnoměrně podílely všechny porodnice Jihočeského kraje s jedinou výjimkou, kterou je naše porodnice. V Českých Budějovicích vykazujeme trvalý vzestup od roku 1996 až na „rekordních“ 2558 dětí v roce 2010. (Graf č. 2).

Graf č. 1



Graf č. 2: Živě narození Č. Budějovice 1996–2010



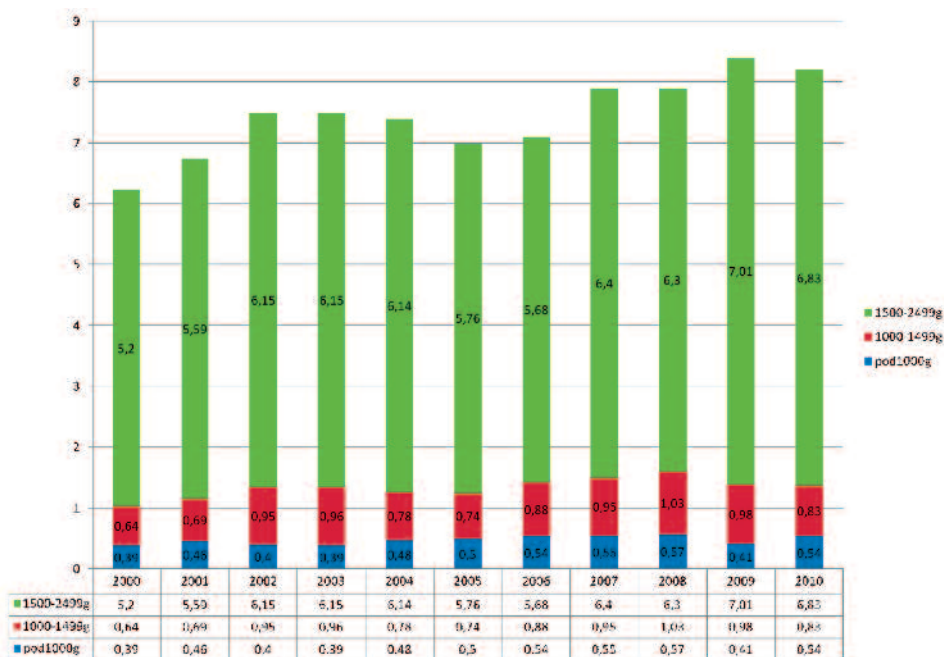
Novorozenecká úmrtnost:

Je dobře známo, že se jedná jen o hrubý, nicméně z mezinárodního hlediska stále používaný ukazatel úrovně péče. Česká republika se pohybuje v mezinárodním srovnání trvale na špici pomyslného žebříčku a ani rok 2010 s novorozeneckou úmrtností 1,44 ‰ na tom nic nemění. Jihočeský kraj vykazoval od roku 2003 trvale významně lepší výsledky, než byl celostátní průměr, ale v roce 2010 jsme dosáhli výsledku 2,2 ‰. K tomu je třeba dodat, že zhoršení úmrtnosti nebylo způsobeno v žádném případě nárůstem úmrtnosti na vrozené vady.

Počet narozených novorozenců nízkých porodních hmotností:

Česká republika stále patří mezi vyspělé země s nejvyšším výskytem novorozenců porodní váhy pod 2500 g. V roce 2010 se těchto dětí narodilo celkem 7,7 ‰ ze všech živě narozených, což znamená další vzestup. Příčinou tohoto nežádoucího trendu je především další nárůst vícečetných těhotenství (vlivem asistované reprodukce) a také významné stárnutí populace rodiček. Pokud se týká našeho kraje, nárůst nízké porodní váhy se sice zastavil (8,2 ‰ v roce 2010), stále však patříme mezi kraje s vyšší porodností těchto novorozenců, než je celostátní průměr. V tomto ohledu považujeme za závažnější skutečnost, že roční počet novorozenců nejnižších porodních hmotností (pod 1500 g 1,4 ‰, pod 1000 g 0,54 ‰) dlouhodobě převyšuje celostátní průměr. (Graf č. 3).

Graf č. 3



Novorozenci extrémně nízké porodní hmotnosti (váha při narození pod 1000 g)

Podívejme se nyní na skupinu dětí nejnižších porodních hmotností, která se zásadním způsobem podílí na úmrtnosti v časném věku, ale je také zatížena nejvyšším vývojovým rizikem. Výsledky péče o tuto kategorii novorozenců se obecně považují za poměrně citlivý ukazatel úrovně péče na specializovaných pracovištích. V České republice se v uplynulém roce narodilo celkem 493 těchto nejmenších dětí a domů jich bylo propuštěno 401. V Jihočeském kraji se narodilo celkem 38 těchto dětí (všechny léčeny na našem pracovišti), přičemž jich bylo domů propuštěno 30. I když je to výsledek horší než v roce 2009, je úmrtnost těchto dětí za rok 2009 a 2010 dohromady nejnižší v republice (společně s Fakultní nemocnicí Hradec Králové a Fakultní nemocnicí Motol). Daleko důležitější je ovšem skutečnost, kolik z od nás propuštěných extrémně nedonošených novorozenců odešlo domů bez závažnějšího poškození mozku, plic či smyslových orgánů. Nepřítomnost

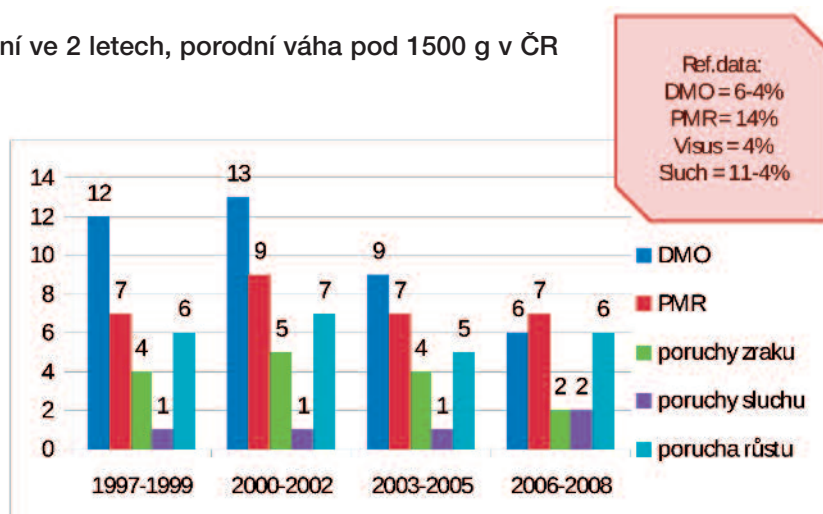
těcho patologií (závažné časné morbidity), znamená reálnou naději na příznivý vývoj těchto dětí, bez trvalých následků (postižení). Od nás v tomto dobrém zdravotním stavu odchází 58 % dětí sledované kategorie, což je z hlediska situace ve zbylých jedenácti regionálních perinatologických centrech, nadprůměrný výsledek. Navíc patříme mezi tři pracoviště (spolu s Fakultní nemocnicí Brno a Fakultní nemocnicí Motol), ve kterých se počet propuštěných dětí bez závažné časné morbidity meziročně zvyšuje. Ve všech ostatních centrech došlo k opačnému vývoji, což představuje nepříznivý trend. Z toho pramení od roku 2008 zhoršování situace v tomto ohledu z celostátního hlediska.

Vývoj novorozenců porodní váhy pod 1500 g ve 2 letech korigovaného věku:

Jedná se o jeden z klíčových ukazatelů úrovně naší péče. Z celostátního pohledu ukazuje přítomnost hybného postižení (DMO), snížené mentální výkonnosti (PMR), závažných smyslových postižení a růstové retardace u dvouletých dětí ročníků 1997 až 2008 graf č. 4.

Graf č. 4

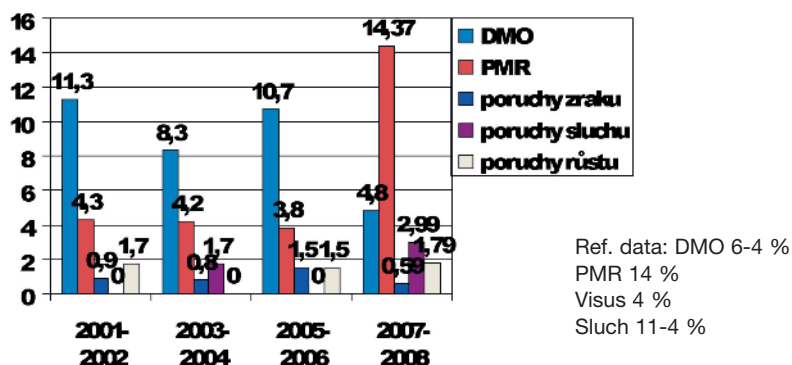
Postižení ve 2 letech, porodní váha pod 1500 g v ČR



Obecně se dá říci, že tyto výsledky vykazují příznivý trend a jsou srovnatelné s referenčními hodnotami ve vyspělých zemích. Taktéž naše údaje od roku 2000 vykazují celkem příznivé výsledky, které jsou zcela srovnatelné s celorepublikovými. Za komentář snad stojí vyšší incidence PMR u ročníků 2007–2008 (Graf č. 5), za kterou byla odhalena metodická nejednotnost v hodnocení psychologického vyšetření dvouletých dětí, která již byla odstraněna. I přes tento fakt je výsledek srovnatelný s referenčními hodnotami uváděnými v literatuře.

Graf č. 5

Postižení ve 2 letech porodní váha pod 1500 g v ČB



Vohr B.R. et al. Pediatrics 2005, Doyle L.W. et al. Pediatrics 2007, Wilson-Costello D et al. Pediatrics 2007, A. D.: Amoure et al. Arch Dis Child 2010.

Závěr:

Českobudějovické neonatologické pracoviště si zachovává své výborné postavení v rámci obdobných pracovišť České republiky. Výsledky specializovaných pracovišť našeho státu jsou rovněž stále v mezinárodním srovnání velmi dobré.

PROJEKT AUTOMATIZOVANÉ A RYCHLÉ BAKTERIOLOGIE

MUDr. Magda Balejová

Koncem roku 2010 Nemocnice České Budějovice, a.s. zakoupila pro laboratoř bakteriologie nová zařízení - VITEK 60 pro stanovení citlivosti k antimikrobiálním látkám a VITEK MS pro identifikaci bakterií, kvasinek a vláknitých hub na principu hmotové spektrometrie (výrobce - firma bioMérieux). Cílem je urychlit bakteriální diagnostiku, tedy zkrátit dobu od příjmu vzorku do laboratoře do vydání výsledku. Při dosavadním způsobu zpracování trvá kultivace bakterií minimálně 18 až 24 hodin, následná identifikace a stanovení citlivosti k antimikrobiálním látkám dalších 24 až 48 hodin, u pomalu rostoucích nebo obtížně identifikovatelných agens i déle.



Laborantka vyjímá obarvené preparáty z barvicího automatu.



Automatický systém VITEK 2 ke stanovení citlivosti k antimikrobiálním látkám.

Nemocnice rovněž pořídila nový automat k barvení mikroskopických preparátů, pracující novou technologií sprejování, která eliminuje artefakty, vznikající při barvení nořením preparátů do nádobek s barvivou.

Všechny tyto přístroje zahájily zkušební provoz v průběhu ledna a února 2011. V současné době již laboratoř začíná s jejich rutinním využitím.

VITEK 60 stanovuje citlivost k antimikrobiálním látkám v závislosti na rychlosti růstu bakterií za 6–9 hodin. Minimální inhibiční koncentrace (MIC) antibiotik, stanovené systémem VITEK 60 pro daný kmen, vycházejí z porovnání koncentrací růstové křivky testovaného kmene s koncentracemi růstových křivek v databázi přístroje. Tyto křivky byly získány testováním velkého množství kmenů každého druhu mikroorganismu, který je v databázi přístroje, se širokou škálou známých koncentrací MIC každého antibiotika, pomocí referenční mikrodiluční metody. Součástí výsledku vyšetření je zjištění fenotypů rezistence daného kmene (např. produkce širokospektré betalaktamázy - ESBL) a na základě toho interpretace výsledku vyšetření. Jde o vysoce

standardizovanou a osvědčenou metodu, pracující s inokulem definovaného zákalu a eliminující faktory vizuálního hodnocení. Jen v sousedním Německu je přes 500 instalací tohoto přístroje.

VITEK MS, pracující technologií MALDI-TOF (Matrix Assisted Laser Desorption Ionisation-Time Of Flight), identifikuje bakterie, kvasinky i vláknité houby během několika minut. Výsledek identifikace, včetně přípravy vzorku z kultury, je tak hotový do jedné hodiny. Metoda je svou citlivostí srovnatelná s metodami molekulární biologie. Cena

vyšetření je navíc několikanásobně nižší než při stávajících způsobech identifikace. Principem metody je ostřelování mikrobiální suspenze laserovým paprskem, který způsobí uvolnění jednoduchých bílkovinných molekul. Délka dráhy jejich letu je úměrná velikosti molekul. Výsledkem vyhodnocení drah jednotlivých molekul je tzv. spektrum, které přístroj porovnává s knihovnou (databází) spekter. Ta obsahuje spektra velkého množství tzv. typových kmenů nebo kmenů izolovaných z různých klinických materiálů. Porovnáním dojde k velmi přesné identifikaci vyšetřovaného kmene.

V nadcházejících měsících budou oba tyto systémy - VITEK 60 a VITEK MS, včetně stávajících systémů BactAlert 3D (hemokultivačního systému a systému pro kultivaci mykobakterií), propojeny softwarem MYLA a jeho prostřednictvím připojeny na laboratorní informační systém. To umožní nejen další urychlení přenosu výsledků vyšetření, ale i zlepšení sledování dynamiky vývoje rezistence a epidemiologie v rámci nemocnice.

Projekt automatizace a rychlé bakteriologie přinese standardizaci, optimalizaci a zrychlení procesu diagnostiky, kratší čas k efektivní antimikrobiální terapii, a tím snížení nákladů na terapii i hospitalizaci. Cílem je i zlepšení sledování a kontroly nozokomiálních infekcí. V současné době již proběhl informační seminář o těchto nových technologiích pro pracovníky Centrálních laboratoří českobudějovické nemocnice a uskutečnil se obdobný seminář pro zájemce z klinických oborů.



Lékařka pracuje s výsledky identifikací hmotnostního spektrometru VITEK MS.

VÝMĚNA VÝTAHU NA ODDĚLENÍ PSYCHIATRIE

Ing. František Bostl



V Dolním areálu nemocnice v pavilonu psychiatrického oddělení, proběhla v dubnu letošního roku výměna výtahu. Vzhledem k tomu, že se jedná o jediný výtah v celém objektu a v průběhu prací nebylo možno zcela zastavit provoz, znamenalo to pochopitelně pro zaměstnance tohoto oddělení, ale i pro pracovníky zajišťující zásobování, spoustu starostí. V čele s panem primářem MUDr. Janem Tučkem, Ph.D. a vrchní sestrou Mgr. Hanou Dohnalovou se však problémy, které se po dobu stavby vyskytly, podařilo vyřešit tak, že neměly žádný dopad na pacienty, za což všem zúčastněným náleží velké poděkování. Nový výtah jim pak je odměnou za všechny starosti. Na rozdíl od původního výtahu umožňuje i přímý přístup do šaten zaměstnanců bez nutnosti procházet po schodišti přes obě lůžkové stanice a také dopravu spisů do archivu, které dříve bylo nutné nosit po schodech. Nový výtah má místo klíčového uzavírání čtečky přístupových karet, které zabraňují jak případnému neoprávněnému přivolání výtahu, tak i jeho neoprávněnému spuštění. Díky vstřícnosti dodavatelské firmy proběhla celá výměna zařízení včetně souvisejících stavebních prací v maximálně zkráceném termínu podle předem dohodnutého harmonogramu.

PAVILON O V HORNÍM AREÁLU MÁ NOVÝ VSTUP

Ing. František Bostl



Od letošního roku slouží pacientům a návštěvám v pavilonu O, ve kterém sídlí oddělení rehabilitace a 1. oddělení následné péče, nový vstup. Původní přístupové schodiště je nově rozdělené na dvě části - v té širší byla zřízena místo schodů rampa pro bezbariérový přístup do budovy, který zde doposud chyběl. Místo původních vstupních mechanických dveří jsou osazeny posuvné automatické s časovým spínačem umožňujícím v naprogramované době jejich otevírání na fotobuňku. Současně došlo k úpravě parkovacích míst navazujících na nový bezbariérový vstup. Parkování je určeno pacientům rehabilitačních ambulancí v přízemí pavilonu O, kam byl přístup pouze přes zásobovací rampu v zadní části objektu.

Foto Bohumír Langmaier

UNIKÁTNÍ NÁHRADA ČÁSTI LEBEČNÍ KOSTI



Českokobudějovičtí neurochirurgové úspěšně použili jako první v České republice novou unikátní náhradu části lebeční kosti. Pomocí nového implantátu vrátili touto metodou do plnohodnotného života, bez dalších budoucích fyzických a estetických omezení, už tři pacienty.

Dosud se pro podobné zákroky používaly vesměs cizorodé materiály, které zakryly otvor v lebce, ale se sousední kostní tkáně se ne-

spojily. Nová metoda umožňuje překlenutí defektu implantátem, který se postupně změní na vlastní kostní tkáň pacienta.

„Vlastní zákrok není z chirurgického hlediska mimořádně složitý, unikátní je ovšem použití hydroxyapatitu, jako materiálu pro výrobu implantátu. Tato synteticky vytvořená tkáň odpovídá porézní strukturou a chemickým složením originální kostní mateřské tkáni. Její ojedinělé vlastnosti umožňují vrůstání kostních buněk a konečnou přestavbu implantátu ve vlastní živou kost,“ uvedl zástupce primáře neurochirurgického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. MUDr. Vladimír Příbář Ph.D.

Tyto vlastnosti jsou ve srovnání s ostatními materiály jedinečné. Jejich využitím je dosaženo dokonalého kosmetického efektu s minimem vedlejších komplikací, zejména zánětlivých. V České republice se jedná o první operace provedené implantáty takto unikátního biokompatibilního materiálu.

Ztrátové defekty lebky vznikají v důsledku úrazů, zánětů, u nádorových onemocnění a při nadměrném vstřebání kostní ploténky. „Náhrada defektu lebky byla dosud uskutečnitelná pouze pomocí vlastní kostní ploténky, kostního cementu, popřípadě kovové náhrady. Všechny tyto možnosti měly své nevýhody, spočívající v nepřijatelném kosmetickém výsledku nebo ve výši infekčních komplikací. Nově použitý implantát tyto nevýhody eliminuje. Prostorový 3D model výplně defektu, vytvořený na základě obrazu

z komputerové tomografie, navíc absolutně věrně tvarově kopíruje původní tvar lebky a takto dokonale naplňuje kosmetický efekt zákroku,“ poznamenal operátor.

Hydroxylapatit (zkratka HA, resp. HAp) je minerál a jeden z nejvýznamnějších bio-keramických materiálů. Jde o přirozenou formu vápníku a fosforu. Hydroxylapatit je hlavní neorganickou složkou kostí a zubů.

Tato látka využívaná v lékařství je horkým favoritem při přípravě materiálu vhodného pro různé kostní implantáty. Její bioaktivní, biokompatibilní a non biodegradabilní vlastnosti ji předurčují k použití v různých oblastech lékařství. Možné jsou kostní a kloubní náhrady či zubní aplikace. Hydroxylapatit kombinovaný s polymerními materiály (např. kolagen) prokazuje na makroskopické i na mikroskopické úrovni strukturu podobnou kostem.



Na tiskovou konferenci 8. 2. 2011 přišli kromě lékařů také pacienti, kteří se operaci podrobili. Bez nadsázky lze říci, že se tento neurochirurgický výkon stal událostí dne, a to i v celostátním měřítku. O českobudějovickém úspěchu referovaly všechny celoplošné televize a následovaly desítky článků v tisku.

JEDNOU VĚTOU

NOVÝ NÁBYTEK NA ONKOLOGII

Nové vybavení ve vyšetřovnách a na ambulancích, především stoly a skříněmi, získalo onkologické oddělení českobudějovické nemocnice.



Šot



MÁM RS. NO A CO?

2. června 2011 se na českobudějovickém náměstí Přemysla Otakara II. uskutečnila velká benefiční akce u příležitosti Celosvětového a Národního dne roztroušené sklerózy. V úvodu hovořila o této zákeřné chorobě vedoucí lékařka MS centra Nemocnice České Budějovice, a.s. MUDr. Libuše Lhotáková. Ta rovněž odpovídala na četné dotazy z řad široké veřejnosti. Součástí odpoledne bylo vyhlášení veřejné finanční sbírky. Celou benefici

provázela řada vystoupení dětských souborů, ale i ukázky cvičení.

Šot

TISKOVÝ MLUVČÍ NEMOCNICE ŠÉFEM KLUBU PUBLIC RELATIONS

Press klub Syndikátu jihočeských novinářů obnovil činnost profesního Klubu Public Relations, navazujícího na stejné sdružení, které v krajském městě fungovalo na sklonku devadesátých let. Jeho vedoucím a zároveň reprezentatem Nemocnice České Budějovice, a.s. se stal tiskový mluvčí Mgr. Jan Dušek. Členy klubu jsou tiskoví mluvčí společností zastoupených v Integrovaném záchranném systému Jihočeského kraje, dále mluvčí a PR manažeři společností, které jsou významnými zaměstnavateli na Českobudějovicku.

„Význam a následná činnost obnoveného klubu spočívá zejména ve vzájemné informovanosti jednotlivých společností, v případě složek integrovaného záchranného systému pak v koordinaci komunikačních aktivit,“ řekl Mgr. Jan Dušek. To podle něho povede k objektivním a profesionálně celistvým výstupům formou tiskových zpráv a informací o krizových situacích v regionu či lokalitě.

„Cílem činnosti klubu je také mimo jiné zvýšit povědomí o oboru Public Relations mezi lidmi. Rovněž prostřednictvím médií hodlá podporovat různé charitativní akce a pořádat odborné semináře i pro nečleny klubu a také si vyměňovat zkušenosti v oblasti PR.“ upřesnila Jana Holoubková, manažerka Press klubu Syndikátu jihočeských novinářů.

Tisková zpráva Pressklubu

PRÁVĚ TEĎ

MODERNIZACE UVNITŘ CÉČKA

Ing. František Bostl



V největším pavilonu českobudějovické nemocnice C v Horním areálu dochází k postupné kompletní modernizaci sociálních zařízení v onkologických ambulancích a na lůžkových stanicích kardiologie, kardiochirurgie, gastroenterologie, onkologie a plicního oddělení. První polovina rekonstrukce proběhla v zimě, druhá část se realizuje v červenci a v srpnu. Vzhledem k tomu, že se práce realizují za plného provozu, vždy pouze s postupným vyklizením dvou lůžkových pokojů na každé stanici, klade rekonstrukce značné nároky na pracovníky výše uvedených oddělení. Všem těmto zaměstnancům je proto nutno vyslovit uznání za to, jak celou obtížnou situaci zvládají. Věříme, že konečný výsledek jim bude odměnou za současné komplikace.

ČESKOBUDĚJOVICKÁ DIECÉZNÍ CHARITA CHCE POMOCI 1. ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE



Diecézní charita České Budějovice zahájila 9. května 2011 nový projekt Dobrovolníci v nemocnici. Jeho cílem je zlepšení kvality života a podpora pacientů, kteří jsou hospitalizováni na 1. oddělení následné péče v českobudějovické nemocnici. Pacienti jsou se svou bolestí a strachem odtrženi od domova a blízkých lidí, cítí se osamoceni. Dobrovolníci mohou nabídnout pacientům popovídání, naslouchání, předčítání, hraní společenských her, doprovod na procházku. Pro jejich práci je připraví a povede charitní Dobrovolnické centrum, které má zkušenosti s dobrovolnictvím jak v charitních projektech (dobrovolníci u klientů pečovatelské služby apod.), tak v necharitních organizacích (např. domov pro seniory, centrum pro lidi s mentálním postižením). Nemocnice České Budějovice, a.s. tento projekt vítá a považuje jej za vhodnou formu zpestření volného času pacientů.

Pokud byste se chtěli stát dobrovolníky vy nebo někdo z vašich přátel, můžete si domluvit nezávaznou schůzku na telefonu 731 441 760 nebo na mailu dobrovolnici@charitacb.cz, případně osobně na adrese Dobrovolnické centrum, Kanovnická 11, České Budějovice. Kontaktní osobou je Mgr. Věra Michalicová, vedoucí Dobrovolnického centra.

KDO JE KDO

ŽENA, STOUPAJÍCÍ SCHOD PO SCHODU

PhDr. Marie Šotolová



Do pracovny děkanky prof. PhDr. Valérie Tóthové, Ph.D., R. N. se musí vyjít pěkná řádka schodů, skoro až na střechu. Však také v dnešním sídle Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Jírovcově ulici sídlili po celá desetiletí českobudějovičtí kominíci. Černý mour střídá v rámci rekonstrukce celého areálu běloba zdravotnických uniforem. Dlužno ovšem přiznat, že na děkanátu se chodí spíše v kostýmech a oblecích. Sama paní děkanka je dáma, pro kterou šarm, elegance a noblesa nejsou cizí slova. Což se nevyklučuje s jejím celoživotním zájmem o ošetrovatelství.

Stát se zdravotní sestrou bylo moje dětské přání, které mi vydrželo i během mé docházky na základní školu. Přesto, že se mne učitelé snažili přesvědčit, abych vystudovala gymnázium a poté medicínu, zůstala jsem věrná svému rozhodnutí. Motivovalo mě sociální citění a touha pomáhat lidem.

Paní děkanko, vy jste se ke své inauguraci 25. 1. 2011 dopracovala stupínek po stupínku, jak je patrné z vašeho životopisu. Zastavme se však na chvíli jen u jedné z funkcí, které jste zastávala a díky níž jste mohla ovlivnit práci sestřiček nejen naší

nemocnice. Předsedala jste totiž pracovní skupině pro tvorbu národně vzdělávacího standardu oboru Všeobecná sestra na Ministerstvu zdravotnictví ČR.

Tato pracovní skupina vznikla v době, kdy došlo k transformaci vzdělávání sester. Po vytvoření legislativních předpisů následovala potřeba specifikovat minimální požadavky pro přípravu akreditačního materiálu v oboru Všeobecná sestra. Do pracovní skupiny byly nominovány jak vyučující na vysokých školách, tak na vyšších školách, neboť v těchto dvou školských institucích může podle zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických profesích probíhat profesní příprava sester. V pracovní skupině byli i zástupci zaměstnavatelů. Standard uveřejnil Věstník MZ ČR jako Metodický pokyn k vyhlášce 39/2005 Sb. Při přípravě materiálu jsme kromě české legislativy vycházeli z Evropské strategie Světové zdravotnické organizace pro vzdělávání v tzv. regulovaných nelékařských profesích - všeobecných sester a porodních asistentek - z roku 1998, dále z příslušných direktiv Evropské komise a jejich doporučení. Zároveň jsme respektovali výstupní znalosti a dovednosti (výchovně vzdělávací cíle - výsledky vzdělání) všeobecných sester, které dokumenty Evropské komise formulují do základních kompetenčních kritérií. Tyto kompetence zahrnují péči o děti, dospívající, dospělé a seniory při akutních a chronických poruchách zdraví, při somatických a psychických potížích, o které je pečováno v nemocnicích nebo mimo ně. Dále zahrnují činnosti, které podporují a uchovávají zdraví a zabraňují vzniku onemocnění.

Vy se metodicky zabýváte nejen českými občany, ale také cizinci.

Transkulturní ošetrovatelství se ve světě rozvíjí od padesátých let minulého století. Rozvíjí se jako svébytný ošetrovatelský obor se specifickou strukturou studia, jejíž součástí je vlastní výzkum. V České republice se o něm začíná hovořit až v posledním desetiletí 20. století. Rozvoj transkulturního ošetrovatelství ovlivnil rok 1989, který nastartoval kromě širokých společensko-politických změn i změny v národnostní, kulturní a etnické struktuře populace České republiky. Tyto změny kladou určité nároky i na zdravotníky, neboť během poskytování zdravotnické péče by se mělo postupovat tak, aby pacienti/klienti z různých minoritních skupin dostávali od všech členů zdravotnického týmu účinnou a srozumitelnou péči poskytovanou s respektem a způsobem slučitelným s jejich kulturně zdravotnickým přesvědčením a praxí.

Tato skutečnost nás vedla k přípravě výzkumných projektů, jejichž cílem bylo zmapovat problematiku minorit z hlediska náboženských, filozofických a kulturních specifík na poli péče o zdraví, životního stylu a vyžadovaných specifík v oblasti ošetrovatelské péče. První výzkumný projekt jsme zaměřili na vietnamskou a čínskou minoritu a nyní dokončujeme druhý výzkumný projekt, zaměřený na tři další národnostní menšiny a pět náboženských komunit žijících v České republice. Výstupem projektů jsou standardy ošetrovatelské péče jak pro každou národnostní minoritní skupinu, tak i pro každou náboženskou komunitu. Výsledky výzkumu zpracováváme do monografických výstupů: vyšla monografie o vietnamské a čínské minoritě a teď finalizujeme druhou o dalších minoritách.

Práce s menšinami není jednoduchá - během řešení výzkumného projektu spolupracujeme při sběru dat s kontaktní osobou z každé minority. Ke sběru dat používáme dotazník se 140 položkami, zaměřenými na prevenci nemocí, kulturní zvyky, reprodukční zdraví, zdraví dětí. Druhá část se zabývá životním stylem jednotlivých minoritních skupin a třetí část vyplňují pouze lidé, kteří byli hospitalizováni v české nemocnici. Zde mapujeme jejich spokojenost s poskytovanou péčí.

Zdravotně sociální fakulta, kterou vedete, se nezabývá jen cizinci v Čechách, ale překračuje naše hranice. Například v projektu, zaměřeném na ošetrovatelství geriatrických pacientů, což je stále aktuálnější téma. Podílí se na těchto projektech českobudějovická nemocnice?

Ano. Cílem prvního projektu je připravit navazující magisterský studijní program s názvem *Geriatric Nursing Care*, při jehož řešení chceme spolupracovat s odborníky z praxe. Pod-

mínkou je, aby přednášeli anglicky. Do roku 2060 vzroste počet obyvatel v zemích Evropské unie ve věku nad 65 let o 67 milionů a osmdesátníci budou představovat nejrychleji rostoucí skupinu obyvatel. Z tohoto důvodu je velice žádoucí, aby se zdravotničtí pracovníci dle svých kompetencí podíleli na maximalizaci délky zdravého života. Zároveň se však očekává, že s prodloužením délky života bude stále větší počet starších lidí potřebovat dlouhodobou péči, neboť ve vyšším věku dochází častěji ke vzniku chronických onemocnění. Tyto celosvětové skutečnosti vedly fakultu k rozhodnutí připravit zmíněný „joint degree“ s názvem *Geriatric Nursing Care*. Měl by umožnit absolventům bakalářského programu Ošetrovatelství pokračovat ve studiu a získat vědomosti a dovednosti pro holisticky pojímanou ošetrovatelskou péči u stárnoucího obyvatelstva. Současně připravujeme, opět s partnery ze zahraničních univerzit, další projekt, jehož cílem bude připravit mezinárodní tým pro řešení výzkumných projektů. Také zde počítáme se zapojením odborníků z praxe.

V koncepci na pozici děkanky Zdravotně sociální fakulty jste uvedla, že se chcete věnovat inovaci studijních oborů dle potřeb pracovního trhu. Jmenovitě, že nahradíte neatraktivní studijní programy novými, které budou v maximální míře kopírovat potřeby společenské praxe. Co chcete konkrétně nově zavést ve výuce a co zrušit?

Budu podporovat modulární uspořádání studijních oborů, tak jak se s tím běžně setkáváme na zahraničních univerzitách. Modulární struktura umožní studentům vyšší volnost a větší variabilitu v souladu s předpokládaným uplatněním a tím se zvýší i atraktivita absolventů na trhu práce. Za velice žádoucí považuji rozšíření kombinované formy studia. Situace na trhu práce často vyvolá potřebu rekvalifikace pro lepší uplatnitelnost. V zahraničí je běžné, že se člověk během svého života rekvalifikuje 2krát až 3krát. V současné době proto připravujeme v kombinované formě studia obory Speciální pedagogika a Speciální pedagogika - vychovatelství. Určitě by byl velký zájem o kombinovanou formu studia ve studijním oboru Fyzioterapie, o který je velký zájem - máme nyní více jak devítinásobek uchazečů, než kolik jich můžeme přijímat.

Paní děkanko, kladete důraz na rozvoj spolupráce s výzkumnými i praktickými organizacemi. Jak chcete nově rozvíjet součinnost s naší nemocnicí?

Jak jsem řekla, spolupracujeme s vámi v oblasti pedagogické činnosti, kterou bychom rádi rozšířili na řešení výzkumných projektů. Myslím si, že se to může podařit, vždyť už teď je jeden člen z mého týmu proděkanů přímo z vaší nemocnice - proděkanem pro vědu a výzkum je doc. MUDr. Mgr. Alan Bulava, Ph.D.

Dovolte mi ještě jednou citovat Vaši „děkanskou“ koncepci: Lidé na prvním místě. Je tato priorita daná tím, že jste žena?

Důraz na člověka v mých pracovních cílech nevychází ani ze skutečnosti, že jsem žena, jako právě z toho, že základním objektem, na který se naše práce ve zdravotně-sociálních oborech orientuje, je lidská bytost. Na naší fakultě vychováváme lidi - studenty, aby sloužili lidem, v mnoha případech pak lidem ve velmi těžkých zdravotních či sociálních situacích. Abychom však vychovali kvalitní profesionály s vysokým morálním a etickým kreditem, kteří dokáží zvládnout všechny nástrahy a úkoly, které na ně v profesionálním životě čekají, musíme jít našim studentům sami vzorem naší prací a naším přístupem, jejichž základním pojítkem je korektní vztah k sobě navzájem, tj. jak vůči ostatním spolupracovníkům, tak vůči studentům.

Závěrem nám prosím prozrad'te něco málo o vás osobně.

Svou profesí a svou prací mám moc ráda, a když se mě někdo zeptá na koníčky, většinou odpovím, že má práce je mým koníčkem. Často pracuji i více než šestnáct hodin denně a ani to mi nestačí pro realizaci všech plánů, úkolů a cílů. Snad někdy budu mít čas na přečtení všech krásných knížek, které mám doma, na práci na zahradě u chalupy na Novohradsku a na častější výlety s manželem nejen po Novohradsku, ale i po Šumavě,

kteřou mám moc ráda díky nesmírné kráse její přírody a jejím nesčetným romantickým a zádumčivým zákoutím. V současné době jsem však vděčná za každou minutu, kterou mohu při svém vytížení věnovat rodině. Vím ale, že by si zasloužila více mého času, protože bez její podpory bych nemohla pracovat s takovým nasazením.

ŽIVOTOPIS prof. PhDr. VALÉRIE TÓTHOVÉ, Ph.D., R. N.

- 1974 absolvovala Střední zdravotnickou školu v Rožňavě
- 1989 absolvovala Filozofickou fakultu Univerzity Karlovy - obor Ošetřovatelství a Pedagogika, kde se později v oboru Ošetřovatelství habilitovala.
- 1982–1997 odborná učitelka SZŠ v Českých Budějovicích
- 1997–1999 zástupce ředitele pro VZŠ na SZŠ a VZŠ v Českých Budějovicích
- 1991–1999 odborná asistentka na ZSF JU v Českých Budějovicích
- 1999–2011 vedoucí katedry ošetřovatelství ZSF JU v Českých Budějovicích
- 2001–2011 proděkanka pro pedagogickou činnost
- 1. 2. 2011 děkanka ZSF JU v Českých Budějovicích
- členka European Transcultural Nurses' Association
- členka International Council of Nurses Research
- členka The Society of Hungarian Scientists and Scholars associated by the Hungarian Academy of Science
- členka České asociace sester
- členka Lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, sekce výchova ve zdravotnictví
- členka České asociace zdravotníků v revmatologii
- členka redakční rady šesti odborných časopisů
- členka Vědecké redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.
- členka Vědecké rady šesti univerzit v ČR

DIAGNOSTIKA CUKROVKY (DIABETES MELLITUS - DM) PROČ SE V USA POUŽÍVÁ TĚŽ GLYKOVANÝ HEMOGLOBIN

MUDr. Miroslav Verner

Od loňského roku jsem byl opakovaně žádán o vysvětlení, jak je to vlastně se stanovováním diagnózy diabetu. Kolegové zachytili, že v USA je od loňského roku používán též glykovaný hemoglobin.

V tomto krátkém sdělení si dovoluji využít informace pana profesora Škrhy podané výboru České společnosti klinické biochemie. Níže je citace ze zápisu výboru odborné společnosti.

Prof. MUDr. Jan Škrha, DrSc., MBA z České diabetologické společnosti informoval o tom, že se v současné době diagnostikuje diabetes mellitus podle doporučení České diabetologické společnosti a České společnosti klinické biochemie v souladu s Evropským doporučením i doporučením Americké diabetologické asociace (ADA) pomocí glykémie za standardních podmínek (glykémie nalačno $\geq 7,0$ mmol/l a glykémie při orálním glukózovém tolerančním testu za 2 hod $> 11,0$ mmol/l). ADA od r. 2010 navíc zavádí využití stanovení Hb1c jako dalšího indikátoru použitelného k průkazu diabetu. Ten je diagnostikován v případě, že hodnota HbA1c je větší než 6,5 % (podle DCCT - Diabetes Control and Complications Trial). Základní podmínkou tohoto využití je však celonárodní standardizace stanovení glykovaného hemoglobinu, která byla v USA již provedena. Skupina expertů WHO, která se sešla v r. 2009, navrhla, aby HbA1c se mohlo používat vedle zmíněných doporučení v situaci, když jsou splněny podmínky standardizace. V zemích, kde toto neproběhlo, by měla zůstat původní doporučení.

Hlavní dosavadní využití HbA1c je při posuzování kompenzace diabetu. V ČR se od r. 2004 používají hodnoty dle IFCC (International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine - norma 2,8–4,0 %). Vyjadřování v jiných jednotkách než v procentech (např. v mmol/mol) se nevžilo a nebylo dosud ani doporučeno v rámci Evropské diabetologické společnosti. Další vývoj může směřovat k vyjadřování koncentrace HbA1c jako průměrné glykemie (tzv. mean blood glucose, MBG) v mmol/l, ale zatím se tento parametr testuje v široce koncipovaných studiích. Do klinické praxe nebyl dosud doporučen.

Trendy v ČR se poněkud liší. V současné době je snaha o zavádění stanovování HbA1c do ambulancí diabetologů a praktických lékařů, zatím však bez důrazu na celonárodní standardizaci. Stanovování glykovaného hemoglobinu není po stránce analytické jednoduchá záležitost. V rozporu s tím však zástupci firem prodávající „chytré přístroje“ mohou předkládat laikovi tvrzení o naprosté jednoduchosti postupů. Hlavní argumentací pro zavádění tohoto vyšetření do ambulantní praxe je malý počet vyšetření HbA1c prováděný u diabetiků.

Osobně bych přivítal u tohoto analyticky náročného vyšetření nejprve celonárodní standardizaci a poté rozšíření diagnostiky diabetu o HbA1C jako další indikátor. Čtenářům připomínám „sladké“ tajemství. Použití různých kritérií pro diagnostiku DM nevytváří identické množiny pacientů, ale v logice věci každé výše uvedené kritérium má jinou vypovídající hodnotu a vyžaduje vždy rozumné hodnocení kvalifikovaného odborníka v podmínkách stabilní a standardizované diagnostiky.

PRAKTICKÁ SESTRA

Novinka, nebo zdravotnická profese minulosti, současnosti i budoucnosti?

Doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.^{1, 2}, Hana Kalová^{1, 2, 3}, Brigita Janečková², MUDr. Jan Reban⁴, doc. Vladimír Vurm, CSc.¹, Mgr. Josef Havlík¹

¹Katedra veřejného a sociálního zdravotnictví, ZSF JU České Budějovice,

²Pracoviště klinické farmakologie, Nemocnice České Budějovice, a.s.,

³EMA (European Medical Agency) n. f., České Budějovice,

⁴Domov pro seniory Hvízdal, České Budějovice

Souhrn

Autoři předkládají úvodní informaci o existenci a úkolech zdravotnické profese „praktická sestra“.

Vznik a uplatnění zdravotnické profese „praktická sestra“ v zahraničí

Zhruba od počátku šedesátých let se zejména v anglosaských zemích rozvinuly napřed diskuze, poté praxe, nakonec i konflikty týkající se výkonu zdravotnické profese tzv. „Practice Nurse“. Překlad „praktická sestra“ je nepřesný, přesněji jde o jev „sestra v ordinaci“ či „ordinující sestra“, což jsou překlady věcně přesnější, avšak toporné. Přidržíme se proto pro český jazykový úzus pojmu „praktická sestra“, kterýžto pojem má adekvátní a logický protějšek v pojmu „praktický lékař“.

Zcela recentně, v posledních dvou letech, existují ve Velké Británii tendence umožnit sestřám v pozici „Practice Nurse“, aby předepisovaly všechny léky, vyjma tzv. léků vyhrazených, tedy opiátů atp. (BMA - British Medical Association vede proti tomuto jevu soustředěnou a částečně úspěšnou kampaň.)

Tato tendence, totiž rozšíření pravomocí, kompetencí a gesce nelékařských profesí včetně farmaceutů (viz např. koncept Farmaceutické péče - Pharmaceutical Care), je logickou součástí širšího společensko - odborného pohybu, směřujícímu k určité detronizaci lékařů a lékařského stavu. Podobně jako pro sestry, předpokládá se v Británii uvolnění preskripce i pro farmaceuty. K tomuto jevu - Independent Prescriber - zejména v jeho pojetí Independent Nurse Prescriber, se vrátíme v samostatném přehledu.

Pojetí zdravotnické profese „praktická sestra“ se v USA od Velké Británie do určité míry liší. To, co je v Britském úzu označováno jako Practice Nurse, je v USA zvané Nurse Practitioner (NP), a je to jeden ze zvláštních případů APN (Advance Practice Nurse). Dalšími variantami APN jsou NA (Nurse Anaesthetist, v USA CNA Certified Nurse Anaesthetist), NM (Nurse Midwife, v USA Certified Nurse Midwife), CNP (Clinical Nurse Specialist, v USA CCNS - Certified Clinical Nurse Specialist) a NP 0 (Nurse Practitioner). Celá tato terminologická stavba se zejména díky mezinárodním organizacím sester jazykově velmi amerikanizuje. V USA se o zavádění zdravotnické profese „praktická sestra“ v praxi zasloužili: Loretta Ford, RN (pozdější významná akademická funkcionářka University of Rochester) a Henry Silver, MD z Univerzity v Coloradu.

Popis pracovní náplně a aktivit praktické sestry

Celkovým pojetím, popisem a konkrétní pracovní náplní „praktických sester“ se velmi systematicky zabývá Antonia Clark z London South Bank University. Dle jejích zkušeností praktické sestry pracují v ordinacích všeobecných praktických lékařů (General Practitioner - GP, u nás kupř. PLD - Praktický lékař pro dospělé a PLDD - Praktický lékař pro děti a dorost), přičemž zajišťují vyhodnocování stavu, screening, léčbu, péči (ošetřování a edukaci), výchovu pro pacienty ze všech částí komunity, od dětí po seniory. K jejich typickým pracovním aktivitám patří:

- poskytování poradenství, konzultací, léčby a informování o širokém spektru zdravotních situací a lehčích (méně závažných onemocnění) chorob, (např. „chřipkovitá onemocnění“), podle potřeby odeslání k dalšímu členovi ordinačního týmu
- provádění vyšetřovacích procedur
- provádění menších operačních zákroků/výkonů
- provádění vstupního vyšetření (při registraci pacienta)
- dispenzarizace a provádění léčby u (již diagnostikovaných a dispenzarizovaných) případů jako jsou astma, diabetes mellitus, hypertenzní nemoc, kožní onemocnění a tzv. „well - woman and well - man clinics“, poradny pro ženy a muže týkající se jejich tender - atributů (u žen menstruace, kontinence, choroby prsů atp., u mužů prostata, kontinence, erekce atp.)
- vydávání kontraceptiv/antikonceptiv a aplikace kontracepčních/antikoncepčních pomůcek
- provádění cervikálních stěrů a těhotenských testů
- odběry vzorků krve a moči a dalších biologických vzorků a odběrů materiálu
- provádění rutinních výkonů, jako je aplikace injekcí, oční výplachy, přikládání a odstraňování obvazů, léčba ran atd.
- poskytování odborných informací u situací, jako jsou krevní tlak, kontrola tělesné váhy, zanechání kouření, stav kardiovaskulárního systému, atd.
- podávání injekcí a vakcinace u dětí
- podávání a provádění vakcinace před cestami do zahraničí a poradenství v zdravotní problematice během cest do zahraničí
- poskytování první pomoci a zásahu u naléhavých případů - dle potřeby
- poradenství pro pacienty ve věci jejich dlouhodobých potřeb medikace a ošetrovatelských výkonů
- doplňování zásob potřebného materiálu a péče o ordinační prostory
- vedení přehledné a čitelné dokumentace všech konzultací a výkonů, provádění záznamů do dokumentace pacientů
- update a vylepšování - doplňování klinických počítačových systémů zaváděním dat o pacientech a léčbě
- udržování stálého spojení s ostatními sestrami, lékaři, pracovníky recepce a dalšími zaměstnanci ordinace.

K získání pozice „Praktická sestra“ se většinou kromě dosaženého vzdělání terciárního typu požaduje dvouletý pobyt na školicím místě. V současnosti je velice zajímavé a zřejmě

i příznačné, že např. ve Velké Británii se nepožaduje ukončené vzdělání vysokoškolského (terciárního) typu, nýbrž že stačí, aby uchazečka/uchazeč byli oprávněni k takovému studiu, např. přijati ke studiu. Je to spolu s tzv. grandfather's - rule, tedy doslova dědečkovým pravidlem, projevem toho, že existuje velké množství zkušených sester s bohatou letitou praxí. V takovýchto situacích lze příslušná oprávnění (jak Practice Nurse, tak Independent Nurse Prescriber) udělit na základě dosažené praxe a postavení, (proto „dědečkovovo pravidlo“, že totiž uchazečka/uchazeč jsou v oboru již dlouho a dobře zavedeni).

Použitá a doporučená literatura:

- Brykczynski, K. 1989. An interpretive study describing the clinical judgement of Nurse Practitioners. *Scholarly inquiry Nursing Practice*. 3 (2) pp 75-104.
- Chapple, A. Macdonald, W. 1999. A nurse led pilot scheme: The patients perspective. *Primary Health Care*. 9 (4) pp16-17.
- Clark, A., 2009. Practice Nurse. A job description and activities. May 2009, Prospects. UK official graduate careers. <http://ww2.prospects.ac.uk>
- Gillam, S. 1998. PCAPS- lessons learned, opportunities grasped. *The Queens Nursing Institute*. vol 8 (3) autumn.
- Mcgrath, S. 1990. The cost effectiveness of Nurse Practitioners. *Nurse Pract*. 15 (7) pp 40-42.
- SETRHA. 1994. Evaluation of Nurse Practitioner Pilot Projects. NHS EXEC. South Thames summary report. Touche Ross @ co. London.
- Sox, H. 1979. Quality of patient care by Nurse Practitioners and Physician's assistants: A ten year perspective. *Ann Intern Med*. 91(3) pp 459-68.
- The Manchester Report. 1996. The future healthcare workforce. The steering group report.
- UK Central Council (UKCC 1999) Towards a Higher Level Practice. London.

OSOBNOST



PATOLOGIE DĚLÁ DIAGNÓZY (prim. MUDr. JANA PŘÁDNÁ) PhDr. Marie Šotolová

Zkoušku z patologie řadí medicíci mezi nejobtížnější, protože zahrnuje v podstatě všechno, s čím se lidské tělo může potýkat. „Snad proto s patologií nechtějí mít lékaři příliš společného ani v pozdější praxi“, usmívá se paní primářka MUDr. Jana Přádná. Ona sama tomuto oboru však zcela propadla.

„Možná proto, že jsem matematicko-analytický typ se slabostí pro exaktnost,“ prozradila na sebe. Což snad objasňuje specializaci, nikoli zvolenou profesi doktora.

„Pro mě jiné studium nikdy nepřicházelo v úvahu. Maminka, která se sice dožila 91 let, bývávala hodně nemocná. Jako malá holčička jsem si vždycky

moc přála, abych ji uzdravila. Vliv na mě měl i strýc, prof. MUDr. Karel Dvořák, CSc., který v českobudějovické nemocnici vedl interní oddělení. Takže jsem po maturitě nastoupila na medicínu do Plzně a pak přešla do Prahy. Tam jsem se jako pomocná vědecká síla začala věnovat patologii.“

Zatímco vaši spolužáci ještě s hrůzou v očích vzpomínali na tu zmíněnou zkoušku z „patoly“. Jak si po desítkách let v oboru vysvětlujete podtón, který často provází zmínky o patologii?

Určitou roli jistě hraje fakt, že se pracuje se zemřelými. Kromě směsice pocitů, které se

ke smrti váží, patolog také čelí poznámkám typu „Ty už nemůžeš nic zkazit, tobě nic neuteče...“ Ale pozor, my dnes pracujeme především s tkáněmi živých pacientů! Osobně už dnes do pitevny téměř nepřijdu, jsem hlavně u mikroskopu. Jako každý patolog, tak i já jsem tam strávila dlouhé hodiny. Když si odmyslím nutnost objasnit příčinu úmrtí, tak ten čas je potřebný k dokonalému poznání podoby jednotlivých tkání. Teprve poté se lze odpovědně věnovat histologickému vyšetření, biopsii. V ten moment je na tom patolog stejně, ne-li hůře nežli ošetřující lékař nebo operatér. Když udělá chybu, má to osudové následky, protože při špatné diagnóze není léčba účinná. V našem případě vyšetření stvrzuje laboratorní protokol s datem a jménem patologa, takže při možné žalobě lze dohledat i za mnoho a mnoho let, kdo jmenovitě a zda pracoval správně.

Takže patologie je docela dobrodružná disciplína?

To je na mě trochu silné slovo. Máme prostě docela velkou zodpovědnost. Nejen když nám během probíhající operace přinesou ze sálu tzv. zmrazák a je třeba co nejrychleji stanovit, zda jde například o zhoubný nádor a jak tedy operovat dál. Ale i během rutinního posuzování odebraného vzorku. Uvažte, že tady na českobudějovické patologii nám jich pod rukama projde denně kolem tří stovek. Dnes se odebírá na rozdíl od minulosti místo několikacentimetrového kousku tkáně z několika míst pacientova orgánu jen milimetrová částička, často punktát získaný pod počítačovým tomografem. Nicméně stejně trvá nebezpečí, že se nepodařilo odebrat zrovna tu zasaženou část. Tady přichází ke slovu zkušenost, schopnost domýšlet věci.

Paní primářko, vy jste se patologii upsala na 40 let. Změnila se?

Nesmírně. Kromě toho, co jsme už zmínily, tak především obrovským nárůstem počtu biopsií. Jestliže ještě před pár lety to byla pro laborantky piplová ruční práce, tak dnes by se to bez přístrojů vůbec nedalo zajistit. Konkrétně nám pomáhá mimo jiné nový barvicí automat, který jsme dostali vloni z peněz Evropské unie. Od základního barvení preparátu a základního vyšetření se totiž odvíjí speciální vyšetření, na kterém záleží stanovení diagnózy.

Z čeho ta záplava sklíčků pod mikroskopy patologů vyplývá? Jsme více nemocní?

To je těžké posoudit, ale je více nemocí, které je medicína schopná rozeznat. A pak od jednoho pacienta se odebírá také díky miniaturizaci více vzorků. Nejde už jen o zhoubnost nemoci, ale také o to, kam například nádor zasahuje.

Sice stále mluvíme o pacientech, ale vy s nimi tváří v tvář do styku příliš nepřicházíte. Neschází vám poděkování „Paní doktorko, vy jste mi vrátila zdraví...“?

Patologie je sice mým celoživotním osudem, ale po promoci jsem atestovala na chirurgii, kde jsem byla s pacienty dnes a denně. Když už jsem potom dělala na patologii, tak jsem ještě dlouho jezdila jako lékařka se záchrankou i na vrtulnicích. Jsem přesvědčená, že každý patolog by měl projít i klinickou praxí. Na chirurgii jsem se naučila řadu postupů, které mi dodnes pomáhají. Ostatně stále více se v poslední době stává, že se k nám přímo přijdou pacienti zeptat, jak jim biopsie dopadla.

Je patologie ženský nebo mužský obor?

Při přípravě vzorků určitě převažují ženy, u nás je přes dvacet laborantek a jen jediný laborant. Mezi lékaři najdete v menších nemocnicích asi spíše ženy, až na výjimky se tady neslouží, což vyhovuje maminkám s malými dětmi. Ve fakultních nemocnicích ale převažují lékaři - muži. Možná proto, že se tam víc dělá výzkum a ten se neobejde bez přesčasů, které pánové zase až tak moc nemusí řešit. Mužský mozek je cenný také kvůli stále náročnější obsluze složitějších a složitějších přístrojů, přece jenom mívá lepší technické vlohy.

V těchto dnech, ve svých 63 letech, odcházíte do penze. Pokud byste volila znovu, zase by zvítězila patologie?

Nejsem si jista. Dnes už si lékaři i široká veřejnost stále více uvědomují, že se bez patologie nelze při léčbě obejít. Ale já jsem zažila dost dlouhou dobu, kdy byl tento obor popel-

kou. Možná, že by mě zlákala interna. Chirurgie asi ne, to je pro ženu obří fyzická dřina, stát několik hodin na sále, stále služby...Jsem docela ráda, že si můj syn, který vystudoval medicínu v USA, zvolil právě vnitřní lékařství. S patologií internu spojuje nutnost hodně nad každým případem přemýšlet, protože tam hned na první pohled nikdy nevíte, o co jde.

Myslím si, že se vám bude po patologii i po nemocnici stýskat.

Kdoví. Jednak mám úvazek na Poliklinice Jih, jednak se docela těším, že budu konečně vědět, kdy mi na zahrádce vykvetly kytky. A pak: můžu se s klidným svědomím za těmi léty v českobudějovické nemocnici ohlédnout, snad jsem tu po sobě nechala kus práce. Alespoň kolegové se na mě docela často obraceli, kolikrát volali jeden za druhým. Pro mě to bylo potvrzením, že jsem se snažila poctivě udělat co nejpřesnější diagnózu, abych jim, a tedy i pacientům, pomohla. V patologii neexistuje žádná protekce, nález je takový a takový a jen při jeho přesnému určení léčba netápe. To má pak člověk dobrý pocit.

KNIŽNÍ NOVINKY



Interna

Autor: Richard Češka a kolektiv

Nakladatelství: Triton

Počet stran: 876

Signatura: K 10961

ISBN 978-80-7387-423-0

Spolupořadatelé: prof. MUDr. Vladimír Tesař, DrSc., MBA, prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc., doc. MUDr. Tomáš Štulc, Ph.D.

Nová monografie interny pro studenty a lékaře v „interním kmeni“ je zaměřena především prakticky. Autoři v ní poskytují stručnou a srozumitelnou formou aktuální, prakticky orientované informace o klinickém obrazu, diagnostice a léčbě interních onemocnění. Opakování patofyziologických aspektů chorob je omezeno na minimum nezbytné pro pochopení klinických projevů a léčby. Monografie pokrývá v základním rozsahu celé spektrum chorob všech interních oborů. Zvláštní pozornost je však věnována chorobám, se kterými se lékaři v obecné interní praxi setkávají nejčastěji, a problematice akutních stavů - zde monografie poskytuje dostatek zcela konkrétních a prakticky orientovaných informací, aby mohly být vodítkem pro jejich diagnostiku i léčbu. Dvě závěrečné kapitoly se věnují praktickým problémům v interně, které přesahují rámec jednotlivých interních oborů, a vybrané problematice z jiných lékařských oborů.

Autorský kolektiv zahrnuje pracovníky většiny fakultních pracovišť České republiky. Mimořádným úsilím autorů i redakce vznikla kniha v období kratším než jeden rok. Důraz na srozumitelnost a praktickou použitelnost ovlivňoval práci autorů od samého začátku a texty vznikaly s pomocí připomínek oponentů, kteří byli nejen z řad mladých lékařů, ale i studentů posledních ročníků medicíny.



Kinesiotaping pro sportovce

Sportujeme bez bolesti

Autor: Radka Doležalová, Tomáš Pětivlas

Nakladatelství: Grada

Počet stran: 96

ISBN 978-80-247-3636-5

Signatura: K 10957

Kniha je praktickým pomocníkem pro všechny sportovce, trenéry i fyzioterapeuty, kteří se často setkávají s úrazy a řeší jejich následky. Metoda lepení barevných pásek na kůži přináší nečekaně výborné výsledky. Touto neinvazivní metodou, přiložením tapu, ovlivňujeme svalové napětí (tonus) v postiženém místě, a tak dochází k redukci bolesti, zapojení správného pohybového stereotypu a zmírnění tlaku na postižený segment. Výhodou knihy jsou ukázky fotografií jednotlivých tahů lepení tapu na konkrétní pacienty s popsanou diagnózou a uvedení principů účinku. Autoři jsou fyzioterapeuti a trenéři s praktickou zkušeností využívání kinesiotaingu u nás i v zahraničí a patří mezi „průkopníky“ této metody ve sportu v ČR.



Vojtův princip

Autor: Václav Vojta, Annegret Peters

Počet stran: 200

ISBN 978-80-247-2710-3

Signatura: K 10958

V polovině 20. století vypracoval Václav Vojta na základě pozorování změny spasticity při manipulaci s dítětem školního věku s infantilní spastickou diparézou terapeutický koncept - reflexní lokomoci. Léčba reflexní lokomocí představuje možnost zabránit vývoji infantilní cere-

brální parézy a její fixaci hlavně u „ohrožených kojenců“, kteří ještě spasticitu viditelně neprokazují, a je dnes neodmyslitelnou součástí moderní fyzioterapie v neurologii, ortopedii, chirurgii jak u dětských, tak u dospělých pacientů.

UTAJENÁ PROFESE

KDE SE TAVÍ OLOVO

PhDr. Marie Šotolová

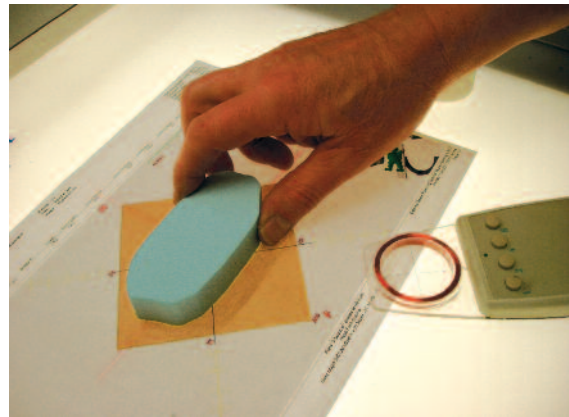
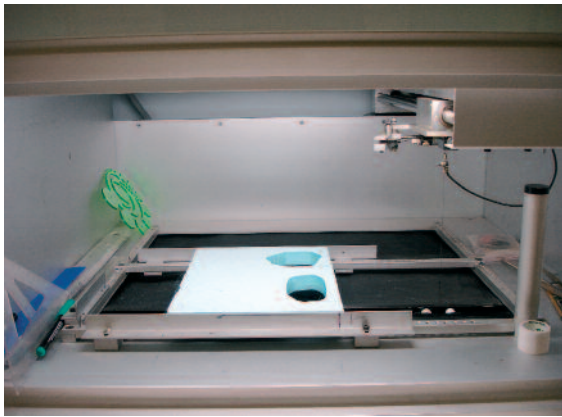
Kdyby se vás někdo zeptal, jestli víte, jak a kde se kalila ocel, možná byste si vy starší vzpomněli na čtenářský deník, dávající jasnou budovatelskou odpověď. Pokud by se vás ovšem někdo zeptal, kde se v českobudějovické nemocnici taví olovo, kdoví, zdali byste našli hned odpověď. Tedy pokud nejste zaměstnanci onkologie, kteří vědí o své modelové laboratoři, kde pánové František Kovář a Mgr. Martin Schacherl vyrábějí olověné bloky pro vykrývání ozařovaných pacientů, velmi dobře.

Mechanická dílna - součást Fyzikálně technického útvaru onkologického oddělení - stojí na půli cesty mezi plánováním léčby zařízením a pacientem ležícím pod urychlovačem. Zatímco začátek i konec léčby dnes řídí výkonné počítače, tady se zatím ještě cení přesná práce lidské ruky.



Protože je třeba při ozařování chránit zdravé okolí nádoru, dostávají zdejší mechanici několikrát za týden technický výkres, aby odlili vložku do ochranného rámečku na míru. Na začátku má hlavní slovo speciální počítačově řízená vyřezávačka, která si uloží náčrtek do své paměti a pak strunou vyřízne z tvrzeného polystyrénu model nádoru s bezpečnostním lemem.

Naproti mají pánové v rohu čertovskou pec, kde je roztavená slitina B1 z olova, cínu a viz-



mutu. Zhruba jedenkrát týdně vlévají do formy kolem polystyrénového modelu slitinu, která má teplotu tavení nějakých sedmdesát stupňů Celsia, aby vytvořili požadovaný vykrývací blok.

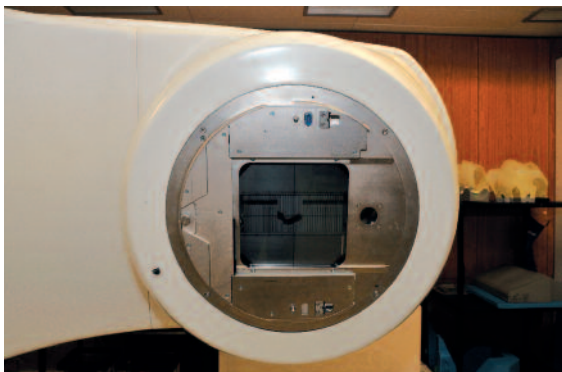


Ten putuje řádně zabroušený k ozařovacímu přístroji a s rámečkem se vkládá do aplikátoru. Po čase se sem vrací, aby se opět roztavil a přetvořil zase v jiný tvar.

K větštině prý oba pánové olovo nepoužívají. Oběma je totiž budoucnost jasná - stále modernější přístroje tvarují ozařovací pole tak, jak je zapotřebí. Na českobudějovické onkologii tak už druhým rokem pracuje v rámci projektu Integrovaného operačního fondu EU další špičkový multileaf kolimátor, jehož lamely vytvarují ozařovací pole s milimetrovou přesností. Dlužno připomenout, že je však použitelné pouze pro záření X, ale pro elektronové jiná možnost než „staré známé“ odlévání olověných pomůcek není.

Zatím si v mínus 1 podlaží nejvyššího nemocničního pavilonu však ještě, byť stále řidčeji, pobublává kov.

Párkrát za měsíc dělají ještě jednu specialitku, a to plexisklové držáky na fixaci dutých jehel, kterými putují izotopy při brachyterapii uvnitř tkáně. Ale i tady jde vývoj dopředu a řadu fixátorů dnes už nabízejí firmy přímo ke koupi.



Otázce, zdali se v dílničce tedy nenudí, se technici srdečně zasmáli. Jejich hlavní povinností je ranní kontrola a kontrolní měření zařízení na radioterapeutických pracovištích. Dále pak zajišťují měření in vivo dozimetrii na pacientech. Starají se průběžně i o jejich běžnou údržbu. Také (ale to jsem slíbila, že nenapíšu, aby se na ně nevrhla útokem ostatní oddělení) často opravují závady na elektrotechnice.

Tak vidíte, nemocniční „vysokou pec“ jsme objevili právě včas.



Během reportáže jsem dostala tip na starostu Dobré Vody u Českých Budějovic, Mgr. Jiřího Šabatku, který pracoval v dílně onkologického oddělení v letech 1968–2002. Tvrzení, že je znalcem dějin tohoto pracoviště, se ukázalo být naprosto správným. Protože historii oddělení zpracoval na začátku tohoto tisíciletí prim. MUDr. Jan Fischer, a je volně dostupná na www.nemcb.cz v sekci O nemocnici, omezují se následující řádky jen na výběr z osobních vzpomínek J. Šabatky.

„Do nemocnice jsem nastoupil po vojně jako absolvent průmyslové školy jaderné techniky. Před tím jsem ale ještě pracoval krátce na výrobě zařízení pro jaderné elektrárny v plzeňské Škodovce.

Tehdy už byly k dispozici jako novinka české izotopové ozařovače s kobaltem (Chisotron) a césiem (Cesioterax), nahrazující dřívější rentgeny. Proti současnosti šlo o přístroje mnohem víc závislé na manuální lidské práci. Například jsme museli každé dva měsíce korigovat i dobu ozáření pro různé velikosti ozařovacích polí, protože tím, jak stárnul zdroj záření, tak se zvyšovala nutná doba ozáření.



Kobaltový ozařovač Chirotron, výrobek pražské Chirany, který sloužil v českobudějovické nemocnici od konce 60. do poloviny 80. let. Na archivním snímku ozařovač s vyměnitelným tubusem ukrývajícím radioaktivní kov a ovladovna.

Zvláštní kapitolou byla výroba vykrývacích bloků. U rentgenu, jehož paprsky nepronikají tak do hloubky těla, stačilo překrýt pacienta pětimilimetrovým plechem, který jsme kdysi získali z tužkárny Kooh-i-noor. Jenže u izotopových ozařovačů byla zapotřebí ochrana mnohem silnější, zvláště u citlivých orgánů, jako jsou oči, plíce, klouby kvůli kloubní tekutině, páteř s míchou, vaječníky a ledviny. Tloušťka vykrývacího olova byla 50–60 milimetrů. Když se používala tak zvaná mantltechnika, celotělové ozáření, kdy ležel pacient na lehátku pod ozařovačem, tak právě zmíněné orgány bylo nutné podle umístění

tumoru chránit. U ledvin, kterých jsme dělali snad nejvíc, se za pomoci gamakamery zakreslil přímo na kůži její obrys a pomocí drátku se vytvaroval, aby se našla co největší shoda s nahrubo vyřezaným modelem orgánu z polystyrénu. Z polystyrénového pozitivu se pak udělala sádrová forma; než pořádně uschla, trvalo to 3–4 dny. Pak se do ní lilo rozžhavené olovo, prskalo to na všechny strany, bez brýlí se člověk neobešel. A zase se čekalo, takže takový blok byl hotový někdy až za týden. Je však třeba zdůraznit, že jako vždy ve zdravotnictví i zde byla nezastupitelná role lékaře. Pokud by místo určené k vykrytí špatně lokalizováno, byl jakkoli přesný blok jen zdrojem komplikací!

Stejně se kryla třeba i ovária u mladičkových pacientek, aby mohly mít později děti. Později jsme převzali alespoň v některých případech švédský trik, kdy se do plastového rámu pokládaly do potřebného tvaru prefabrikované olověné hranoly a trojúhelníčky. Bylo to takové speciální lego.

Když uvážíte, jak je olovo těžké a kolik bloků bylo zapotřebí denně používat, tak není divu, že laboranti na onkologii byli zpočátku i muži. A to jsem nezmínil výměnu tubusů na původním ozařovači Chisotron, ve kterém byl silný zářič a které se musely vyměňovat kvůli vymezení velikosti pole u každého pacienta podle hloubky a rozsahu nádoru. Nejtěžší vážil sedmáct kilo!

Později jsme dostali ozařovač další generace Chirobalt 2n. Ten už sice měl tvarovací lamely, ale ty byly pravoúhlé a bylo možné ozařovat čtvercová nebo obdélníková pole, takže sice odpadla manipulace s tubusy, avšak potřeba vykrývacích bloků zůstala. Když se objednávalo do nemocnice půl tuny olova, nikoho to nepřekvapilo.

Nejdál s přípravky tehdy byla v republice Fakultní nemocnice na pražské Bulovce, takže jsme tam jezdili sbírat rozumy.

Nejvíc práce měla dílna na onkologickém oddělení v sedmdesátých letech. S pomocí pracovníků nemocniční údržby jsme vyráběli celou řadu ozařovacích pomůcek, které jsme viděli pouze v zahraniční literatuře. Nedělali jsme tam jen olověné bloky na tělo, ale později například celoobličejové plastové masky pro fixaci pacienta při ozařování.

Nedá se také zapomenout na aplikaci rádia při gynekologických nádorech. Když tahle technologie skončila, tak putovaly radioaktivní tuby a jehly do dolu Richard u Litoměřic, kde jsou v úložišti jaderného odpadu zalité betonem ve dvouseťlitrových sudech, aby nikoho neohrozily. Laboranti a lékaři s nimi ale předtím pracovali dnes a denně jen v rukavicích. Nejlepší ochranou byl co nejkratší čas práce s nimi. Pouze přímo aplikující doktor, který byl zdrojům nejbližší, se kryl opěradlem židle a olověnou zástěrou, ale ti kolem už ničím. Šlo o to, že jsme v dílně ručně vložili do gumové hadičky s měděným drátkem tubu s rádiem, udělal se uzlík, následovala další tuba, uzlík, další..., aby sonda zůstala ohebná a přizpůsobila se vnitřku dělohy. S těmito zářiči ležely ženy kolikrát i na dvanáctilůžkových pokojích až tři dny. Postele sice měly obložené až pěti dvoucentimetrovými olověnými deskami, ale mám o tehdejší jaderné bezpečnosti oprávněné pochyby. Posledních patnáct let se už používají sondy pro ochranu okolí šetrnější, abych uklidnil čtenářky.

Nebo radiofory pro brachyterapii rtu nebo močového měchýře! Šlo v podstatě o dvacetimilimetrové i delší jehly, naplněné radiem nebo kobaltem, které se aplikovaly přímo do nádorem zasažených orgánů. Takový člověk s nádorem rtů měl zapíchané čtyři podélně a pátou příčně a čtyři, pět dní s tím chodil. Po aplikaci se téměř nechráněnými rukama jehly dezinfikovaly: jednoduše se vyvařily v horké vodě. Vůbec se nedivím tomu, že jen málokdo z tehdejšího personálu umřel jinak nežli na rakovinu.

Možná, že moje vzpomínky zní děsuplně, ale je třeba si uvědomit, že se léčba rakoviny radioterapií a brachyterapií v šedesátých až osmdesátých letech teprve rozvíjela, o chemoterapii ještě nemohla být řeč. To, co popisuji, bylo tedy dáno skutečností, že jsme stejně, jako celý svět, teprve stáli na začátku vývoje potřebné technologie. Nebylo to ale tak, že by České Budějovice byly nějak zaostalé. Naopak! Díky stykům tehdejšího primáře MUDr. Rudolfa Rubeše, hlavního odborníka na onkologii, jsme se tady na jihu dostali

k tomu nejmodernějšímu, co tehdejší československé zdravotnictví nabízelo. Pozdější primář MUDr. Miroslav Hybl a paní MUDr. Miluše Dolečková, Ph.D. nás iniciovali k výrobě dalších a dalších pomůcek. Málokdo například ví, že jsme na naše pracoviště dostali vůbec první prototyp československého urychlovače Betatron ze Závodů mechanizace a automatizace v Ostrově nad Ohří, který spadal pod příbramský uranový průmysl. To byl tehdy velký úspěch. Betatron léčil nemocné téměř dvacet let, od roku 1971 až do doby, nežli se onkologické oddělení přestěhovalo na začátku devadesátých let z tzv. radiáku v areálu bývalé Vojenské nemocnice do nového pavilonu C v horním areálu.

Když jsem se v patnácti letech hlásil na jadernou průmyslovku, bylo to do jisté míry z naivity, z okouzlení raketami, vesmírem... Nakonec jsem prožil 34 let s jadernými zařízeními v nemocnici, a i tak mám na co vzpomínat.



Umístění zdroje záření

Umístění vykrývacího bloku

Poloha pacienta

Dnes už historická řezačka polystyrénových modelů z doby, kdy počítače ještě neovládaly svět. Rozteč mezi polohami zdroje, bloku a nádoru bylo třeba tak dlouho upravovat, až všechno sedělo na milimetr a teprve pak se mohla ostrá struna zaříznout do plastu a vytvarovat model tumoru.

HOBBY

KRÁLOVSTVÍ PANENEK JEDNÉ LABORANTKY

PhDr. Marie Šotolová



Jsou lidé, kteří poplávají nad nesplněným snem. A pak jsou druzí, kteří si ho splní, byť trochu jinak, nežli původně zamýšleli. K těm patří usměvavá Ilona Lonsmínová (34). Chtěla být dětskou sestrou, řízením osudu vystudovala obor zdravotní laborant a už patnáct let pracuje v českobudějovické nemocnici, v posledních čtyřech letech na transfúzní stanici. Miminek má přesto kolem sebe víc než dost. Sbírá totiž panenky. Těmi nejmilovanějšími jsou „reborny“, tedy věrné kopie malých dětí ze softvinylu.

Paní Lonsmínová, takovéhle panenky jsem ještě nikdy neviděla!

Nemají příliš dlouhou historii, první snad mohu říci „se narodily“ v USA začátkem tohoto tisíciletí. Však každá z nich má svůj rodný list a její tvářičku dělají umělci podle skutečného novorozeněte. Kit, jak se této kopii děťátka říká, je ale teprve na začátku

rebornování. Tedy procesu, který jakoby vdechl do panenky život. Přes internet si napříč celým světem dnes kupují rebornistky v podstatě stavebnici. Nežli složí mimino a hlavně



nežli mu speciálními barvami imitují kůži, zasadí vlasek po vlásku, řasu po řase, zasadí oči z foukaného skla, ušijí oblečky, to trvá celé týdny. Já ale sbírám už panenky hotové. Mám jich zatím sedm.

To musí být vaše dcery nadšené. Víte, to nejsou panenky na hraní.

I když při změně ročního období s holkami neodoláme a převlékneme je do svetrů nebo naopak dostanou letní šatečky. Na to, aby se jen tak tahaly, jsou dost drahé a vzácné. Každá rebornka je originál. Je sice pravda, že každé miminko, které umělec „zkopíruje“, mívá dvě až třeba pět stovek svých identických sourozenců, ale nakonec každé z nich vypadá jinak, podle toho, jak se která rebornistka rozhodne jej dokončit. Každá panenka tak nakonec je se svou podobou jedná na Zemi. To ale nejsou jediné důvody, proč rebornky nejsou na hraní. Protože jde skutečně o kopii dítěte, může být dost těžká, zvláště když jako skutečné novorozeně má kolem padesáti centimetrů, váží přes tři kila a hlavička jí padá na rameno, když se chová. Samozřejmě jsou i panenky mnohem menší.

Kde jste vlastně tyhle unikáty objevila?

V muzeu panenek v Troskovicích pod hradem Trosky. Sbíráni panenek, konkrétně replik porcelánových a dobových panenek, je mým koníčkem už nějakých deset let. Začalo to



vánočním dárkem a šup, už to jelo. Sbíráím i kočárky a zavazadla. Když jsem uviděla před čtyřmi lety první reborny, úplně jsem jim propadla. Že to je vášeň, by vám asi potvrdili všichni, kteří se kolem těchto realistických panenek pohybují. Jakoby lidé zkoušeli, do jakých detailů je možné ještě jít. Jinak si nelze vysvětlit, proč vznikají panenky „nedonošenci“, i s typickým žilkováním na drobounké nožičce a trochu svraštělou kůží.

Předpokládám, že ve vaší rodině se něco tak obyčejného, jako jsou barbíny, nechytá?

Mladší dcerka nějaké má, mě ale, když jsem na ně měla věk, neoslovily, vyžlata hubená ☹. Snad díky tomu, že jsem chtěla pracovat na neonatologii, tak mám ve sbírce spíš mimina. Mým tajným přáním je ostatně být zaměstnaná jako profesionální chovačka. Kdyby mi to nebylo hloupé, tak se chodím koukat co chvilku do porodnice. Ještě že mám ty panenky jako živé!



Zatímco v textu jsou fotografie unikátních rebornek, tak zde představujeme miminko z porcelánu a sbírku dam v dobovém oblečení, které jsou hrdinkami světových románů.



Ilona Lonsmínová představila svou sbírku také na jubilejní XX. celostátní konferenci ošetrovatelských profesí, pracujících v péči o novorozence, která se konala 12.–13. května 2011 v českobudějovickém Domě kultury. Z dvou set padesáti sestříček z novorozeneckých a porodnických oddělení českých nemocnic nebyla snad jediná, která by výstavu minula bez povšimnutí. Mnohé se ovšem domnívaly, že dokonalé panenky „reborny“ jsou výukovými modely! <http://mojepananky.webnode.cz>

ODBORY

MÍSTNÍ ORGANIZACE LÉKAŘSKÉHO ODBOROVÉHO KLUBU NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, A.S.



31. 1. 2011 zvolili členové Místní organizace Lékařského odborového klubu Nemocnice České Budějovice, a.s. po abdikaci svého dosavadního předsedy MUDr. Martina Klouba jednomyslně platnými 84 hlasy do svého čela MUDr. Filipa Šísla (34).

MUDr. F. Šísl vystudoval Lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Plzni. Po absolutoriu pracoval v letech 2002–2005 na anesteziologicko-resuscitačním oddělení Nemocnice Sokolov. Od podzimu roku 2005 pracuje na stejném oddělení v naší nemocnici, přičemž v posledních čtyřech letech ordinuje v ambulanci bolesti. Do Lékařského odborového klubu vstoupil hned na začátku své praxe, tedy v roce 2002.

Nový předseda MO LOK je ženatý, manželka pracuje jako rentgenoložka, má dvě dcery. Mezi jeho záliby patří fotbal a rybařina. šot

ZPRÁVA O ČINNOSTI MÍSTNÍ ORGANIZACE LÉKAŘSKÉHO ODBOROVÉHO KLUBU NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, A.S.

MUDr. Filip Šísl

Rok 2011 začal velmi hekticky pod vlivem akce Děkujeme, odcházíme (D-O), kterou pokládám celorepublikově za velmi úspěšnou, přestože českobudějovickou nemocnici zasáhla z mnoha důvodů jen velmi okrajově.

V naší MO LOK došlo v jejím důsledku ke změně na postu předsedy. MUDr. Martina Klouba, který pracoval jako předseda MO LOK mnoho let (za což mu patří velký dík), nahradil MUDr. Filip Šísl. Členská schůze zvolila nové pětičlenné předsednictvo, které se účastnilo několika konstruktivních vyjednávání s vedením nemocnice a představiteli Krajského úřadu. Výsledkem bylo významné navýšení tarifních mezd lékařů v naší nemocnici, tak jako jinde v celé ČR. Dalším důležitým bodem vyjednávání byla otázka nadměrné přesčasové práce lékařů naší nemocnice. Obě strany se zavázaly, že budou hledat cesty k řešení tohoto problému, který provází celé české zdravotnictví mnoho let.

Ve druhé polovině roku čeká předsednictvo místní organizace splnit celorepublikový plán, a sice nabrat nové členy tak, aby došlo k posílení LOK jako partnera k vyjednávání jak s představiteli jednotlivých nemocnic, tak i s Ministerstvem zdravotnictví a zdravotními pojišťovnami. Naše organizace má nyní cca 150 členů a patří k největším v celé ČR, avšak její členský potenciál není zdaleka vyčerpán.

Předsednictvo MO LOK čeká další řada jednání s vedením, mimo jiné o podobě nové kolektivní smlouvy, ke konečnému rozdělení peněz, jak vyplývá z memoranda akce Děkujeme, odcházíme, i o přesčasové práci.

Chtěl bych touto cestou oslovit další lékaře naší nemocnice, aby velmi dobře zvážili případné členství v LOK, protože jen silná členská základna může být silným partnerem při vyjednávání s vedením nemocnice na místní úrovni. Myslím si, že LOK akcí Děkujeme, odcházíme jasně ukázal, že velmi nekompromisně hájí zájmy všech lékařů v České republice, nejen nemocničních. Jsem si dobře vědom, že se způsob realizace nátlaku LOK nemusel líbit všem lékařům, ale s odstupem několika týdnů se ukázalo, že jen takový rezolutní postup mohl mít šanci na úspěch. Tím není jen zvýšení mezd lékařů, ale i to, že lékařský stav jako jeden muž zvedl hlavu a odlepil svůj pohled od podlahy...

Kontakt: filip.sisl@seznam.cz, 387 874 022

INFORMACE ZE ZÁKLADNÍ ORGANIZACE ODBOROVÉHO SVAZU ZDRAVOTNICTVÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE

Mgr. Lubomír Franci

Jak je jistě zaměstnancům Nemocnice České Budějovice, a. s. všeobecně známo, připravil v únoru výbor naší základní organizace a po schválení veřejnou členskou schůzí odeslal hejtmanovi Jihočeského kraje Jiřímu Zimolovi otevřený dopis o nesouhlasu s navyšováním mzdy pouze lékařům. Tento dopis podepsalo více než 1300 zaměstnanců nemocnice. Tato akce opět ukázala, že když se spojí a sjednotí většina zaměstnanců, má to svou váhu, i když odpověď hejtmana nesplnila naše očekávání (viz níže).



JIHOČESKÝ KRAJ

MGR. JIRÍ ZIMOLA
HEJTMAN

Vážený pan
Mgr. Lubomír Franci
předseda ZO OZSP
Nemocnice České Budějovice, a.s.
B. Němcové 585/54
370 01 České Budějovice



KUJCP00RLL90

V Českých Budějovicích dne 11.4.2011

Vážený pane předsedo,

děkuji Vám za Váš dopis a v něm vyslovenou důvěru. Samozřejmě jsem se, nejen v reakci na něj, nechal informovat o mzdovém vývoji středního zdravotnického personálu v Nemocnici České Budějovice, a.s. Jistě také víte, jaké postoje zaujali političtí představitelé Jihočeského kraje k akci „Děkujeme, odcházíme“. Rád využívám této příležitosti k tomu, abych poděkoval všemu zdravotnickému personálu za rozumný a nanejvýš seriózní přístup.

Věřte, že jako představitel zakladatele jihočeských nemocnic a zároveň předseda Dozorčí rady Nemocnice Č. Budějovice pečlivě sleduji ekonomiku a vývoj mezd ve všech našich zdravotnických zařízeních. V roce 2009, přestože jde o plně akciové společnosti, jsme zrealizovali nárůst úhrad VZP do mezd i přesto, že některé zdravotní pojišťovny toto navýšení dodnes nehradí, jiné s významným zpožděním. V letošním roce dojde ke zvýšení mezd lékařům, v příštím by podle memoranda, podepsaného ministrem zdravotnictví, mělo dojít na střední zdravotnický personál. Předpokládám, že vláda svůj slib splní. Pokud se týká vás, sledujeme kolektivní vyjednávání se zaměstnavateli a dohlížíme, aby se i zaměstnanci podíleli na výsledku hospodaření. Zároveň ale podotýkám, že hospodaření nemocnic je závislé na úhradách zdravotních pojišťoven a ona „slavně vybojovaná“ 2% navýšení nejsou nic jiného, než návrat na skutečnost roku 2010.

Pokud by v realizaci změn v platových rozměrech došlo k jakýmkoli problémům, budu velmi vděčný za každou informaci. Jsem si vědom, že bez středního zdravotnického personálu včetně technického personálu nemocnice fungovat nemůže. Jsou to právě všichni tito lidé, kteří zajišťují běžný chod nemocnice. Proto si této Vaší práce velmi cením. Současně by ode mne bylo krajně nefér, slibovat něco, co s ohledem na výše řečené a v souvislosti s financováním zdravotnictví, nemohu okamžitě dodržet.

S pozdravem

U Zimního stadionu 1952/2, 370 76 České Budějovice, telefon: 386 720 493, fax: 386 354 967
e-mail: hejtman@kraj-jihocesky.cz, www.kraj-jihocesky.cz

Od 1. 7. 2011 nebude zaměstnavatel vyplácet příspěvek na životní pojištění vybraným profesím zaměstnanců dle přílohy č. 3 Kolektivní smlouvy v platném znění. V této příloze je uvedeno, že příspěvek zaměstnavatele se poskytuje v případě, že má vytvořen ze svého hospodaření dostatek volných finančních zdrojů, proto zaměstnavatel i přes naše výhrady mohl toto rozhodnutí učinit. Zaměstnanci, kteří příspěvek čerpali, si musí domluvit osobně s p. Řežábkem změnu nebo ukončení pojistné smlouvy.

Dne 22. 4. 2011 vyšla ve Sbírce zákonů tzv. malá novela Zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů. Tato novela prodlužuje registrační období z 6 na 10 let. Registrační jednotka Ministerstva zdravotnictví nebude vydávat žádné potvrzení o prodloužení registrace. Po jednání s vedením nemocnice sdělují, že pro zaměstnavatele bude dostačující, když si zaměstnanec na webových stránkách Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně <http://www.nconzo.cz> najde údaje o čísle své registrace a o délce její platnosti, tyto údaje vytiskne a předá zaměstnavateli. Zaměstnavatel nebude uznávat registraci zpětně a bude postupovat dle platného mzdového předpisu. Pro připomenutí uvádím, že mzdový předpis řeší odměňování zaměstnanců, kterým skončila platnost registrace, a ti nepředložili prodloužení její platnosti. Tito zaměstnanci jsou přeřazeni do nejnižšího mzdového pásma s původní nižší výší mzdy od prvního dne následujícího měsíce po měsíci doručení na zaměstnanecké oddělení. Doufáme, že se tato změna nebude týkat všech, protože jistě velká většina zaměstnanců si prodlouží registraci v řádném termínu.

V dubnu byly rozděleny prostředky základní organizace na půjčky pro její členy. Preferenci měly stejně jako v minulosti půjčky na bydlení (koupě bytu, rekonstrukce apod.)

Dále jsme pro členy zajistili další různé výhody, o kterých odboráře průběžně informujeme. Jedná se například o příspěvky na letní i zimní dětské tábory pořádané odborovou organizací nebo příspěvek na rehabilitaci.

Výbor základní organizace pořádá jako každoročně zájezd ke Dni dětí, tentokrát s návštěvou ZOO Praha a plavbou lodí po Vltavě.

V současnosti je naším hlavním úkolem zajistit hladký průběh všech běhů Letního dětského tábora Slavkov, který se i přes některé problémy zatím daří úspěšně provozovat. Bohužel, vzhledem k menšímu počtu přihlášených dětí se pravděpodobně uskuteční pouze dva běhy.

Organizace práce naší ZO OSZSP je v současnosti zajištěna následovně:

1. Výplata příspěvků pro členy základní organizace dle platných zásad hospodaření do výše 500,- Kč bude vyplácet A. Sedláčková v úterý a ve čtvrtek od 14.00 do 15.00 hodin v kanceláři ZO OSZSP v pavilonu T 6 - přízemí. Je vhodné předem zavolat na linku 5303.
2. Vyšší příspěvky budou vypláceny bezhotovostním převodem z účtu. Písemné žádosti prosím zasílejte předsedovi ZO OSZSP Mgr. L. Franclovi.
3. Přihlášky na Letní dětský tábor Slavkov i žádosti o informace, týkající se tábora, prosím zasílejte na e-mail tabor.slavkov@seznam.cz nebo volejte ve všední dny v době od 8.00 do 12.00 hodin na číslo 737 169 501.
4. Knihovna ZO OSZSP bude otevřena v úterý a ve čtvrtek od 14.00 do 15.00 hod.

Všechny ostatní záležitosti vyřizuje předseda ZO OSZSP Mgr. L. Franc - linka. 5161, mobil 736 504 737, e-mail: franc1@nemcb.cz. V době jeho nepřítomnosti se obraťte na Z. Jaukerovou, místopředsedkyni ZO OSZSP, linky 5721, 5722.

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

KONGRESY A SEMINÁŘE

VI. ČESKOBUDĚJOVICKÁ ODBORNÁ KONFERENCE PROBLEMATIKA HOJENÍ RAN



s podtitulem Mezioborová konference se konala 12. 4. 2011 v českobudějovickém Domě kultury Metropol. O stále rostoucím zájmu svědčily nejen plně obsazené stoly ve Velkém sále, ale také neobvykle vysoký počet vystavujících firem (9) a návštěva redaktorky z časopisu Florence, určeném pro zdravotní sestry.

šot

XI. JIHOČESKÉ TIMROVY DNY

MUDr. Nad'a Pavlíčková



21.-22. 4. 2011 se konaly již jedenácté Jihočeské Timrovy dny, tentokrát v romantickém prostředí hotelu Štekl v blízkosti zámku Hluboká nad Vltavou. Zúčastnilo se jich 70 lékařů a přes čtyřicet sester.

Hlavním tématem byla patologie očnice a mezioborová spolupráce.

První den jednání se řešila současná problematika léčby glaukomu novými preparáty bez konzervačních látek, které přináší možnosti léčby u alergiků a pacientů nesnášející běžné oční kapky s konzervačními látkami, jakou je například benzalkonium (Pavlíčková, N. - České Budějovice, Eliášová M - Litomyšl). Kazuistiku operací zadního segmentu oka prezentovali autoři z našeho očního oddělení (Sattran J., Šimek J.).

Druhý den se účastníci kongresu seznámili se zajímavou prací kolegů z oční kliniky Všeobecné fakultní nemocnice Praha (Kuthan P., Kainzová I., Diblík P.) o pseudotumorech očnice - idiopatickém zánětlivém syndromu očnice, klinické jednotce připomínající nádor, která může postihnout různé struktury očnice a u níž nelze stanovit její etiologii.



Velmi instruktivní byla práce z neurochirurgického oddělení Fakultní nemocnice Plzeň (Choc M., Runt V., Mraček J.). Autoři referovali indikace, možnosti a limity chirurgické léčby tumorů orbity s využitím laterální orbitotomie či extradurální transkraniální orbitotomie u lézí v přední polovině orbity a transkraniální intradurální orbitotomie se selektivní dekompresí optického kanálku u afekcí zadní části a apexu orbity. K zacílení čistě Intraorbitálních a intrakonálních lézí bylo v posledních letech užito intraoperační obrazové navigace.

Dalším zajímavým sdělením byla přednáška Retrogradní exenterace očnice (Fiedler J. - neurochirurgické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.)

Kolegové z Oční kliniky UK 2. LF a FN Motol (Odehnal M., Malec J., Dotřelová D.) prezentovali dvouleté zkušenosti s víčkovými implantáty z 24 karátového zlata, které dle jejich zkušeností jsou bezpečnou metodou v terapii lagophtalmu při obrně lícního nervu.

Z našeho oddělení jsme přednesli kazustiku mladé ženy s rychle se rozvíjejícím obrazem orbitocelulitidy: se zánětlivou protrusí bulbu, omezenou hybností bulbu a diplopií (Hackl M., Pavlíčková N., Sattran J., Sýkora V.), která byla ve spolupráci s ORL oddělením operačně a konzervativně úspěšně vyléčena.

Z dalších sdělení byla přínosná práce z posudkového lékařství (Pertlíček J.) o novém hodnocení a posuzování stavu invalidity u očních chorob.

Neméně zajímavé jsou vždy přednášky psychologické Mgr. Václava Šnorka, kterého jsme pozvali a který svým velmi ilustrativním způsobem vždy strhne pozornost. Na řadě příkladů z praxe rozebral problematiku komunikace zdravotnického personálu s pacientem, důležitost individuálního přístupu a schopnosti vzájemného porozumění.

Část jednání se věnovala endokrinní orbitopatii a její léčbě (Karhanová M. - FN Olomouc, Rezek P. - Oblastní nemocnice Kolín, a. s.). Kolega Rezek pak uzavřel jednání rozsáhlou kazuistikou očních chorob v oblasti očnice a jejich řešení z jeho dlouhodobé praxe. V sesterské sekci byly kladně hodnoceny práce našich lékařů Úrazy oka (Bartoška P.), Vyšetřovací metody v současném očním lékařství (Honner D.), Zlomeniny očnice (Neumannová S. - stomatochirurgické oddělení).

Pozornost získalo i Profesní vzdělávání a kompetence sester v praxi (Chloubová I. - ZSF JU). Kvalifikační příprava všeobecných sester se v současnosti odehrává na vysokých školách univerzitního i neuniverzitního typu a na vyšších zdravotních školách.

Přednáška Vybrané minority a jejich specifika versus sestry (Nováková D. - ZSF JU) připomněla současný celosvětový vývoj v oblasti migrace a změny v etnickém složení populace v České republice, a tím i nutnost přípravy sester řešit při ošetrovatelské péči specifické problémy různých komunit.

XI. Jihočeské Timrovy dny proběhly za krásného slunečního počasí, které umocnilo příjemnou náladu všech účastníků i vystavujících firem. Diskuze jak odborné, tak neformální probíhaly proto i mimo hotel, na terase a v zámeckém parku. Historii založení a rozvoje zámku Hluboká s promyšlenou stavbou zahrady a okolí nám přiblížil velmi sofistikovaným způsobem pan Richard Vlasák, redaktor Českobudějovického deníku.

Foto šot



XX. JIHOČESKÉ ORL DNY

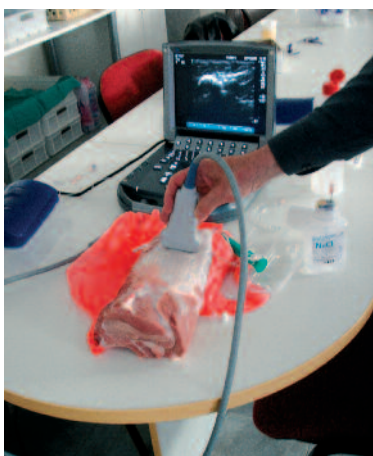
Na dva dny se České Budějovice staly centrem české otorinolaryngologie. Ve dnech 28. a 29. dubna totiž Nemocnice České Budějovice, a.s. pořádala jubilejní dvacáté Jihočeské ORL dny.

Hlavním tématem kongresu byly úrazy, záněty a zánětlivé komplikace v oblasti hlavy a krku. Tato problematika je velice široká, a proto vyžaduje spolupráci ORL specialistů s praktickými lékaři, pediatry, stomatochirurgy, oftalmology, plastickými chirurgy a dalšími úzce specializovanými odborníky.



Lékaři se v rámci ORL dnů seznámili mimo jiné s použitím harmonického skalpelu a laseru při chirurgické léčbě defektů hlavy a krku. Harmonický skalpel umožňuje zároveň řezání i stavění krvácení, takže výsledkem je zkrácení operačního procesu a lepší hojení rány. Navíc se chová velice šetrně k operovaným tkáním. Přístroj pracuje na bázi ultrazvukové technologie. Mechanická energie vychází z vibrující čepelky do tkání, kde generuje teplo. V místě účinku se dosahuje teplot pod 100 °C, a proto působí jen minimální poškození tkáně. Díky kavitačnímu efektu pak dochází k výbornému oddělování jednotlivých tkáňových vrstev.

VIII. SETKÁNÍ JIHOČESKÝCH ANESTEZIOLOGŮ A SESTER



Nácvik detekce struktur na svalové tkáni.

28. dubna 2011 se v prostorách českobudějovického anesteziologicko-resuscitačního oddělení setkala padesátka zdravotníků při workshopu, vedeném prim. MUDr. Danielem Nalosem (2. zleva) z Krajské zdravotní a. s. - Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem a jeho kolegy z nemocnic v Hradci Králové a Nového Města na Moravě. Workshop se týkal využití ultrazvuku v anesteziologii a resuscitaci, který je určen pro práci anesteziologa na sále a intenzivní péči. V oboru ARIM se využití ultrazvuku mimořádně rozvíjí. Odborným školícím garantem je již zmíněný prim. dr. Nalos. Do budoucna plánuje podle slov svého primáře MUDr. Bohuslava Kutý, MBA anesteziologicko-resuscitační oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. pořádat kromě plánovaných školení

anesteziologů na jiných zdejších pracovištích workshopy s touto tematikou nejméně dvakrát ročně.

29. dubna pak probíhaly v prostorách Domu kultury Metropol v lékařské i sesterské sekci přednášky multioborového charakteru. Svá sdělení přednesli pracovníci českobudějovického ARO, ale i specialisté z pražských a brněnských fakultních nemocnic a kolegové z okresních anesteziologicko - resuscitačních oddělení. Právě anesteziologové z jihočeských okresů budou dostávat v příštích letech ke svým přednáškám v rámci kooperace ještě větší prostor, jak prozradil prim. MUDr. Kuta.



šot



GEOMED

PROGRAM GEOMED PĚT LET POTÉ

Doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.

Tempus fugit cito pede.

Vergilius

Čas kvapí. Stěží si uvědomujeme, že již před pěti lety byl díky podpoře Jihočeského kraje č. 2338/2006/KHEJ, zahájen program GEOMED - geomedicinský potenciál jižních Čech.

V prvním pololetí letošního roku jsme měli možnost zúčastnit se následujících odborných akcí:

18. 3. 2011: seminář v malém konferenčním sále českobudějovického hotelu Budweis „Přírodní karbonifikační procesy a jejich medicinský význam“, věnovaný zejména rašelině a slatině, jejich léčivému potenciálu a využití v praxi.



25. 3. 2011: seminář v historickém Radničním sále v Prachaticích „Peloidy a peloidní extrakty“

Na fotografii vlevo hlavní organizátor akce doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D. a místostarosta města Prachatic Ing. Roman Zeman.

21. 4. 2011: v rámci Třeboňského odborného dne „Totální kloubní náhrady a možnosti balneoterapie“ v půvabných prostorách Městských slatinných lázní Třeboň (peloidní procedury).



29. 4. 2011: na již tradiční konferenci „Peloidy a nutraceutika“ ve velkoryse renovované Rezi-denci v Nových Hradech.

Viz foto.

24. 5. 2011: v rámci akce Jihočeské agrární komory „Chutná hezky jihočesky“ na Výsta-višti České Budějovice (fermentační potra-vinářské technologie jako zdroj nutraceutik).

24. 6. 2011 jsme vyhodnotili první pololetí v programu GEOMED na evaluačním semináři v hotelu Budweis.

Druhé pololetí letošního jubilejního pátého ročníku vyvrcholí opět ve Frymburku, ve dnech 21.-23. října tradiční akcí „Pestré kameny - Bunte Steine“ spojené s osobností Adalberta Stiftera, básníka Šumavy a jeho pověstným „laskavým zákonem“ mezilidských vztahů. Ročník ukončíme evaluačním seminářem v závěru letošního roku.

Všem spolupracovníkům, partnerským organizacím a podporovatelům programu GEOMED srdečné díky.

5. ARTROSKOPICKÉ BIENÁLE V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

MUDr. Pavel Sadovský

Central European
FOR ARTHROSCOPY
Educational Center

5th ARTHROSCOPIC SYMPOSIUM
Hip & Foot – ASK of less common areas
5th – 6th May, 2011
Bazilika, IGY Centre, České Budějovice

Opět jsme se přesvědčili, jak nám všem neúprosně letí čas. Když jsem v roce 2009 při závěrečném poděkování v Bazilice IGY Centra ukončoval setkání artroskopistů 4. bienále věnované ramennímu kloubu, v duchu jsem si říkal, že si konečně po všech starostech s přípravou a průběhem sympozia na dva roky oddechneme. Ale rychle uplynul rok, a protože konání artroskopických symposií s přenosem operací ze sálu „na živo“ do auditoria se u nás stalo již tradicí, museli jsme začít pomýšlet na přípravy dalšího, již v pořadí pátého kongresu. Nevím, jak v ostatních medicínských oborech, ale v případě ortopedie je v současné době přešel symposií, kurzů, kongresů od kraj-ského formátu po mezinárodní. Nabídka ortopedických odborných akcí je skutečně mimořádná. O to více nás těší, ale současně i zavazuje, když naši kolegové, ortopedi z celé republiky, se zajímají, zda bude v Českých Budějovicích opět artroskopický kongres.

Po minulých ročnících, které jsme věnovali artroskopii kolenního a zejména ramen-ního kloubu, jsme pro letošní setkání zvolili odvážně téma kyčelního kloubu.



Hlavní aktéři symposia: zleva prim. doc. dr. Stehlík, CSc., doc. dr. Paša - předseda České arthroscopické společnosti, dr. Sadovský, dr. Filip - předseda Společnosti pro chirurgii nohy, dr. Jochem Mueller Stromberg, prim. dr. Mačák, dr. Musil, dr. Manfred Lais.



Arthroscopie hlezna předvedená prim. dr. Michalem Mačákem z Nového Jičína.

Arthroscopie kyčelního kloubu je ve srovnání s předešle zmíněnými poměrně obtížná - je to dáno anatomíí kloubu a jeho uložením v nepoměrně větší hloubce svalů a tkání. Vyžaduje navíc speciální instrumentarium, operační stůl a rentgenový zesilovač. Už to samo je důvodem, že arthroscopii kyčle se v naší republice mnoho pracovišť zatím nezabývá a tak jsme u nás společně s lékařskými fakultami v Plzni a Brně předním arthroscopickým pracovištěm.

Vzhledem k anatomickému uspořádání (kyčel je kulovitý kloub s velmi úzkou a uzavřenou kloubní šterbinou), je zapotřebí při operaci kloub nejen naplnit tekutinou pod tlakem, tak jako jiné klouby, ale na extenčním operačním stole kloub „vytáhnout“, a tím umožnit zavedení arthroscopu a nástrojů do kloubní dutiny.

Nejčastějším důvodem k tomuto operačnímu zásahu jsou kostěné osteofyty, které je možno obrousit a „vymodelovat“ tak požadovaný tvar hlavice, respektive krčku kloubu. Dále je možné refixovat odtržené labrum, extrahovat volná kloubní tělíska z kloubu apod. Aby operátor mohl dobře přehlédnout celý povrch a dutinu tohoto kulovitého kloubu, je zapotřebí speciální optiky, která hledí 70 stupňů stranou a je tedy možné prohlížet i „za roh“. To však vyžaduje cvik a zkušenosti operátora.

Druhý den symposia jsme věnovali ve spolupráci se Sekcí pro chirurgii nohy České společnosti pro ortopedii a traumatologii arthroscopii v oblasti hlezna a nohy, tedy krajinně méně obvyklé, ale o to zajímavější.

Aby „živé“ operování bylo pro posluchače a diváky co nejatraktivnější a veškeré operace neprováděli jen lékaři českobudějovického ortopedického oddělení, oslovili jsme své kolegy z jiných českých pracovišť a tradičně zejména z ciziny. Během našich zahraničních stáží a kongresů jsme poznali řadu kolegů a dnes již přátel z řad erudovaných odborníků na problematiku příslušné arthroscopované krajiny. První operaci kyčelního kloubu předvedl dr. Manfred Lais z Freyburgu, druhý výkon dr. Jochem Mueller Stromberg z Bonnu a třetí operaci pak lékaři z naší ortopedie.



Dr. Musil moderuje přenos operace, v popředí dr. Lais.



Debata nad nástroji v zákulisí.

V pátečním programu artroskopie hlezna a nohy operovali kolega dr. Filip, doc. Paša z Úrazové nemocnice v Brně a prim. dr. Mačák z Nového Jičína.

Na závěr dopoledního operačního „maratonu“ následovaly přednášky na vyžádaná témata od zmíněných operatérů.

Přesvědčili jsme se, že je o tento typ kongresu velký zájem: letos jsme registrovali 130 účastníků. Jde totiž o pracovní setkání, které nejen že postrádá nudu strohých přednášek, ale jde o „akční“ podívanou, vlastně jakési představení, kdy jsou účastníci symposia přímo vtaženi do operace, sledují operátora při práci, dotazují se a samozřejmě mohou být i svědky peroperačních komplikací. A to je právě cenné. Mít možnost sledovat zkušeného operátora, jak se vypořádá s nestandardní situací, problémem a jaké nabízí v dané chvíli řešení. To však samozřejmě klade velké nároky na operátora, ale i na celou organizaci symposia. Jen pro představu: přenos je zajišťován do IGY Centra cestou mikrovlnného přenosu. Protože pro tento typ datové komunikace je nutná přímá viditelnost mezi oběma místy, což v našem případě není, je nutné vybudovat retranslační stanici. Ta je na střeše hotelu Gomel. Pro každý operační sál jsou zřízeny dva obrazové kanály (jeden pro kameru artroskopu a druhý pro zevní kameru, kterou kameraman zabírá operační pole, sál a veškeré dění na sále) a jeden obrazový kanál z auditora zpět na operační sál. Dále dva zvukové kanály pro komunikaci mezi operátory (každý z operatérů má mikroport) a s posluchači v sále a ještě další obousměrný zvukový kanál pro komunikaci mezi režii a techniky. To vše krát dvě, protože přenos běží paralelně ze dvou operačních sálů.

Velkému stresu však není vystaven jen operátor a jeho asistent, ale i instrumentářky. Pro ty je stresující řada momentů - instrumentují operátora, na kterého nejsou zvyklé, v našem případě pak často cizincům, kteří nezřídka, a to je nutno přiznat, mají na asistenci velké nároky, často pracují s nástroji, které si k operaci přivázejí, přičemž naše instrumentářky mají jen krátkou chvíli na seznámení s cizím instrumentáři. Navíc je třeba i maximálně omezit slovní komunikaci na sále během přenosu.

Přestože je tento způsob kongresu pro organizátory velmi náročný a nervozita nás opouští až při zamávání do kamery s ukončením poslední operace, je zájem a kladný ohlas od kolegů důvodem v nastoupené cestě pokračovat.

A tak i letos, když jsem v sále na závěr děkoval zúčastněným za perfektně profesionálně odvedenou práci, jsem si oddechl, že „je to za námi“. Ale přiznávám, že již v té chvíli jsem přemýšlel, jaké téma zvolíme pro příští 6. artroskopické bienále.



4. května 2011 se v hotelu Budweis uskutečnila v předvečer kongresu tisková konference. O artroskopii kyčelního kloubu hovořili (zleva) ing. Vlastimil Augustin z firmy DePuy Mitek, která společně s českobudějovickou nemocnicí provozuje Výukové artroskopické centrum, dále operátor MUDr. David Musil a hlavní organizátor akce MUDr. Pavel Sadovský, oba z ortopedického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

**Foto Libor Sváček,
šot**

XX. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE OŠETŘOVATELSKÝCH PROFESÍ PRACUJÍCÍCH V PÉČI O NOVOROZENCE



Okatý chlapeček ze sto let staré fotografie se stal maskotem jubilejní dvacáté konference pro sestřičky novorozeneckých a ženských oddělení nemocnic z celého státu. Na dvěstě padesát se jich sjelo do českobudějovického Metropolu, aby se tady 12.-13. května seznámily s novinkami v oboru. Letošní program zahájil blok, věnovaný psychologii. Značnou pozornost získalo téma resuscitace novorozenců a kojenců. Stranou nezůstala ani prevence nozokomiálních infekcí na novorozeneckých pracovištích z ošetřovatelského hlediska. Jednání zakončil v pátek blok Vybrané ošetřovatelské činnosti z pohledu standardů ošetřovatelské péče. Není bez zajímavosti, že standardy vydala nedávno Nemocnice České Budějovice, a.s. vlastním nákladem jako knihu.



Jubilejní konferenci zahájil za účasti náměstkyně pro ošetřovatelskou péči - hlavní sestry Mgr. Jiřiny Otáskové, MBA a vrchní sestry neonatologického oddělení Mgr. Jitky Troupové primář tohoto oddělení MUDr. Milan Hanzl, Ph.D.



V předstáří si mohly sestry prohlédnout výrobky devatenácti firem, které se specializují na obor neonatologie. Na snímku zástupci českobudějovické firmy TSE, spol. s r. o., která je tradičním výrobcem inkubátorů.

KONGRESY A SEMINÁŘE 2. POLOLETÍ

Setkání traumatologů v Českých Budějovicích	8. 10. 2011	České Budějovice IGY
XVIII. Jihočeské onkologické dny (Nádory jícnu, žaludku a tlustého střeva)	13.-15. 10. 2011	Český Krumlov Zámecká jízdárna
IV. Jihočeská konference nelékařských zdravotnických pracovníků	20.-21. 10. 2011	České Budějovice DK Metropol
Pestré kameny / Bunte Steine	20.-22. 10. 2011	Frymburk Wellness Hotel
Spánek a civilizační choroby (<i>Česká společnost pro výzkum spánku a spánkovou medicínu</i>)	20.-22. 10. 2011	Český Krumlov Zámecká jízdárna
Výroční kongres České neurochirurgické společnosti (<i>Česká neurochirurgická společnost ČLS JEP</i>)	2.-4. 11. 2011	Frymburk Wellnes Hotel
Jihočeský diabetologický den	8. 12. 2011	České Budějovice DK Metropol

NABITÝ DERMATOLOGICKÝ PROGRAM V NEW ORLEANS

Prim. MUDr. Jiří Horažd'ovský, Ph.D.



American Academy of Dermatology
Excellence in Dermatology™

Ve dnech 4. 2.-8. 2. 2011 jsem se zúčastnil již 69. Výročního zasedání Americké dermatologické akademie (69th Annual Meeting American Academy of Dermatology) v New Orleans. Jde o každoroční akci s více jak 10 000 účastníky z celého světa. Rozsáhlý odborný program není možné kompletně obsáhnout, navíc je řada sekcí předplacených předem.

Opakovaně proběhla diskuze k vitamínu D s kontroverzními výsledky, které stává dermatology před dilem. Vitamin D zlepšuje hojení kostí, má protektivní účinek před nádory, zlepšuje imunitní funkce. V minulosti bylo publikováno, že 15 minut slunečního svitu denně stačí k dosažení dostatečné hladiny vitamínu D. Dr. Gallo v Hot Topics Symposium upozornil na dánskou studii z roku 1991 Br Journal of Medicine, kde sluneční záření do jisté míry není ve spojení se hladinou 25 hydroxyvitamínu D v séru. Více jak 53 % hojně se vystavujících respondentů mělo sérovou hladinu hydroxyvitamínu D pod 50 nmol/l. Studie z roku 2009 provedená na dvojčatech během zimy a léta prokázala, že sérová hladina 25 hydroxyvitamínu D závisí spíše na genetické dispozici než na sluneční expozici. Stále se musíme hodně učit ohledně vitamínu D a hojení kostí. Studie 2010 v Journal of the Am Med Ass u žen 70 let a více, které dostávaly per orálně vysoké dávky vitamínu D, prokázala vyšší počet fraktur než u žen, které dostávaly placebo. Stále trvají rozpaky nad protektivním efektem vitamínu D před nádory. Podle další studie z roku 2009 je asociace mezi rizikem nádorů tlustého střeva a sérovou hladinou 25 OH vitamínu D kolísavá. Dr. Gallo dále prezentoval observační studie genetického polymorfismu receptoru vitamínu D. A kolik vitamínu D vlastně organismus potřebuje? Dle posledních doporučení v roce 2011 to je dávka 600 IU denně do 70 let a 800 IU nad 70 let.

Další zajímavou projednávanou problematikou byla psoriáza a její 3 extrakutánní manifestace. Dr. Mandell prezentoval zvýšený prozánětlivý stav u psoriázy (Tumor Necrosis Factor a další cytokiny), který postihuje nejen kůži, ale i další orgány. Na prvním místě je psoriatická artritida. Biologická léčba anti-TNF má výrazný efekt na kloubní onemocnění, paradoxně však může zhoršit kožní onemocnění, dokonce může vyvolat lupus like syndrom. Psoriáza ve spojení se zvýšenou hladinou CRP, známého rizikového faktoru koronárního cévního onemocnění. Poslední studie ukazují vyšší riziko psoriatiků (59%) než u kontrolní skupiny (28%). Další manifestací psoriázy je uveitida (až 2%) psoriatiků.

Dr. Halpern se věnoval problematice melanomu. Rozhodující roli hraje primární prevence, ochrana před UV zářením a ochranné krémy s UV faktorem (sunscreens). Prezentoval poslední studii, kde pravidelná aplikace SPF + 15 sunscreenu po dobu 5 let, redukovala výskyt primárního melanomu 10 let po skončení studie. Sunscreen má také vliv na invazivní melanom - 73 % redukce po dobu 15letého follow up. Probíhající výzkum sleduje podávání vitamínu D a kalcia jako preventivní složky. Pokud se týká terapie melanomu, byly v USA potvrzeny pouze 2 léky, a sice DTIC a high-dose IL - 2, žádný však nefunguje kompletně. Další léky, jako nitrosurea, cisplatina, ITF alfa, taxol a vincristin, mají míru odpovědi pod 20 %. Biologická léčba znamená zvýšení až na 40-50 %, tedy naděje do budoucna, navzdory velkým vedlejším účinkům.



Zákoutí v městě New Orleans fotografoval autor článku.

RADIOLOGICKÉ NOVINKY Z VÍDNĚ

Prim. MUDr. Petr Lhoták



5.-8. 3. 2011 jsem se zúčastnil Evropského radiologického kongresu (ECR 2011), kam přijelo více jak 18 tisíc delegátů z devadesáti zemí. Výměny znalostí a prezentace k nejnovějšímu vývoji v oblasti radiologie byly opět realizovány přímo v srdci Evropy, ve vídeňském Kongresovém centru. Kongres se odvíjel v duchu vývoje zobrazovacích technik, které jsou více než kdy jindy nezbytné

k přesné diagnóze a k adekvátní léčbě pacientů. Uvádí se, že zobrazovací metody přispívají v 70-80 % ke stanovení správné diagnózy v klinické medicíně. Přínosem je také ekonomický benefit při správném stanovení rozsahu onemocnění a zahájení účelné léčby. Velký důraz byl kladen na informovanost radiologů o klinickém stavu jejich pacientů. Absence těchto informací prudce snižuje validitu prováděných vyšetření.

Celá jedna přednášková sekce byla věnována molekulárnímu zobrazování, které se stává na mnoha místech Evropy realitou (Ústav experimentálního molekulárního zobrazování v Centru aplikovaného inženýrství v Cáchách v Německu). Takovými příklady jsou MR spektroskopie a MR speciální kontrastní látky (SPIOGd - EOB - DTPA) specificky se navazující na receptory v hepatocytech. Vedle nových koncepcí pro syntézu použitelných radiofarmak se v současné době vyvíjejí hybridní zobrazovací stroje, které umožňují molekulární zobrazování integrované s tradičními diagnostickými metodami. Takovým zařízením je například přístroj od firmy Siemens Biograf PET - hybridní spojení MR tomografu s PET technologií (pozitronová emisní tomografie). Zařízení je schopné kombinovat anatomické rozlišení měkkých tkání s možností hodnotit metabolismus a molekulární procesy. Dalším zobrazovacím zařízením s možností posuzovat metabolické fáze patologických lézí, které se představilo, byla pozitronová emisní mamografie (PEM). Z nových konvenčních zobrazovacích přístrojů jsme se seznámili s 7T MR skenery s ultra - high magnetickým polem a gradientními systémy umožňujícími zobrazení dosud nedetekovatelných strukturálních změn orgánů a tkání. Ultra - TE krátké sekvence otvírají možnosti získávat signál i z tkání, jako je kost či šlachy, které nejsou zdrojem signálu ve standardním vyšetřovacím režimu magnetické rezonance. Metoda umožňuje selektivní vizualizaci a kvantifikaci složek chrupavky nebo meziobratlového disku. To je významné při posuzování např. vitality chrupavčitých transplantátů.

K příjemnému prostředí kongresu přispěla i milá setkání s řadou kolegů a krásné předjarní počasí ve Vídni.

NEWCASTLE PŘIVÍTAL NEUROCHIRURGY Z CELÉHO SVĚTA

MUDr. Vladimír Přibáň, Ph.D.



1.-5. května 2011 jsem se zúčastnil Joint EANS meetingu-ICH Conference v Newcastle ve Velké Británii.

Konference je jednou ze dvou oficiálních akcí Evropské asociace neurochirurgických společností (EANS). Konala se v příjemném prostředí hotelu Marriott Gosford Park. Před vlastním kongresem proběhly administrativní schůze EANS. Společně s prof. MUDr. Martinem Smrčkou, Ph.D. jsme byli delegováni Českou neurochirurgickou společností do Exekutivního výboru EANS, což bylo spojeno s hlasovacím právem ve věcech dalšího rozvoje asociace.

Vlastní konference se široce zabývala otázkami cévní neurochirurgie. Zajímavá byla struktura účastníků, která doznává jasné proměny. Nejvíce byli zastoupeni logicky domácí Britové, ale hned na druhém místě byli Číňané. Z Česka dorazilo osm neurochirurgů. Sdělení byla především v podobě posterů. Přednášky byly 15-20minutové a v každém bloku jich bylo maximálně pět. Navazovaly tříminutové prezentace: „orální postery“, kterých bylo deset.

Podrobně byl probrán přínos multicentrických studií v jednotlivých oblastech cévní neurochirurgie. Naše pracoviště se prezentovalo přednáškou rozsahu 15 minut na téma rizikových faktorů karotické endarterektomie při chronickém kontralaterálním uzávěru karotidy. Jistě mi nepřísluší hodnocení, ale diskuze a ohlasy kolegů byly vesměs příznivé.

Vlastní kongres příjemně doplnila projížďka parníkem po řece Tyne.

V JARNÍM MILÁNĚ ROKOVALI MIKROBIOLOGOVÉ

Do Itálie odjeli začátkem května lékaři z českobudějovické nemocnice, aby se zde zúčastnili 7. - 10. května 21. Evropského kongresu klinické mikrobiologie a infekčního lékařství. Nové poznatky přivezly na své pracoviště také vedoucí laboratoře parazitologie a mykologie a vedoucí bakteriologické laboratoře.

MILÁN Z HLEDISKA PARAZITologa

MUDr. Nad'á Mallátová

Každý den probíhaly 4 bloky přednášek v deseti sálech, v pauzách posterové sekce. Problematika přesahovala často rámec mikrobiologie a infekčního lékařství. Na programu byly mj. diagnostika a řešení infekčních komplikací v pediatrii, u onkohematologických pacientů, na jednotkách intenzivní péče. Velká část kongresu se věnovala novým technologiím v mikrobiologii. Navštěvovala jsem hlavně sympozia věnující se diagnostice v lékařské mykologii a antifungálním terapeutickým postupům. Zásadní v diagnostice bylo představení nových interpretačních kritérií při testování citlivosti mikromycet k antifungálním látkám. Stále se probírá management léčby fungálních infekcí u pacientů predisponujících k mykotickým infekcím, což jsou hlavně pacienti s hematoonkologickými malignitami a na jednotkách intenzivní péče.

Z široké nabídky odborných témat vybírám evropské guidelines pro diagnostiku a léčbu kandidových infekcí u non-neutropenických pacientů na jednotkách intenzivní péče.

Predispoziční faktory u non-neutropenických pacientů jsou předmětem více studií a výsledky nejsou jednoznačné. Nejčastěji jsou uváděny jako zásadní mechanická ventilace >10 dní, přítomnost centrálního žilního katétru, nosokomiální bakteriální infekce a následná léčba antibiotiky, dále léčba kortikosteroidy nebo jinými imunosupresivy, parenterální výživa, dialýza, chirurgie gastrointestinálního traktu (GIT), pankreatitida.

Diagnostika invazivních kandidových infekcí je obtížná, klinické příznaky nejsou specifické, záchytnost z hemokultury je udávána okolo 50 %. Kandidy jsou běžnou součástí naší endogenní flóry, proto kultivační nález z dýchacích cest, GIT či urogenitálu může znamenat pouhou kolonizaci sliznic.

Laboratorní diagnostika je založena stále na mikroskopickém a kultivačním průkazu kandid z hemokultury a jiných primárně sterilních lokalit. Je třeba mít na paměti, že specifita těchto vyšetření je vysoká, ale senzitivita nízká, proto negativní výsledek neznamená, že pacient infekci nemá. Je doporučován pravidelný monitoring pacienta, kdy stupeň kolonizace kandidami je jednou z komponent pro tzv. Leonovo skóre, které slouží jako pomocný marker při zahájení terapie.

Serologické testy na průkaz kandid nejsou dostatečně specifické.

Mannan je vysoce imunogenní antigen buněčné stěny kandid, uvolňuje se v počátečních fázích infekce, ale je v séru značně nestabilní. Vyšetření je zatíženo poměrně vysokým procentem falešných pozitivit, zvláště při současné bakteriální infekci. Výsledek by měl být hodnocen vždy v kombinaci s výsledkem vyšetření protilátek proti mannanu (antimannanu), což zvyšuje specifitu i senzitivitu nálezu.

1,3-β-D glukán je polysacharid buněčné stěny mnoha druhů mikromycet (panfungální antigen) a je uvolňován do okolí během počátečních fází růstu houby. Detekován však může být jen u některých z nich (*Candida* spp., *Trichosporon* spp., *Aspergillus* spp., *Fusarium* spp., *Acremonium* spp., *Pneumocystis jirovecii* a další), u jiných je obsažen v prakticky nedetekovatelném množství (*Mucorales*, *Cryptococcus* spp.). Může být falešně pozitivní při bakteriální sepsi, a proto není hodnocen jako zásadně přínosný pro diagnostiku kandidových infekcí na jednotkách intenzivní péče.

PCR metody zatím nejsou rutinně využívány. Mají vysokou senzitivitu, interpretace výsledku je však velmi komplikována faktem, že kvasinky jsou běžnou kolonizantou. Metodika není standardizována. V ČR používaný Septifast byl hodnocen jako nevhodný pro velké množství falešných pozitivit.

Veškeré výsledky je třeba vždy hodnotit v kontextu s klinikou a dalšími diagnostickými markery.

Léčba

Za zásadní je považováno včasné zahájení léčby. Udává se, že každá hodina prodlení snižuje naději na přežití o 12 %.

Názory na profylaxi nejsou jednotné. Pokud se pracoviště rozhodne profylaxi podávat, pak doporučení jsou riziková pacienta, a to po velkých chirurgických výkonech na GIT 400 mg fluko/den, při dlouhodobém pobytu na jednotce intenzivní péče nebo po ventilaci >48 hod. 100 mg fluko/den.

Propagovaný princip pre-emptivní léčby spočívá v pravidelném monitorování pacienta a včasné zahájení léčby. Výsledky přežití se příliš neliší na pracovištích propagujících tento přístup a pracovištích podávajících tzv. empirickou léčbu. Kultivační průkaz kandid z dýchacích cest bez dalších klinických nebo laboratorních nálezů není signálem k zahájení léčby ani profylaxe.

Pro léčbu prokázané invazivní kandidové infekce jsou stále více dávány do popředí echinokandiny pro jejich nízkou toxicitu a široké spektrum. Jednoznačně jsou doporučovány pro pacienty hemodynamicky nestabilní. Pokud je hemokultivace negativní, pacient stabilizovaný, není prokázáno orgánové postižení a máme potvrzenou citlivost

vyvolávajícího agens, je možné po deseti dnech léčby echinokandinem přejít na flukonazol. Na sympoziu byla uvedena i práce, která dokládala úspěch při přechodu na flukonazol (při splnění zmíněných podmínek) po pětidenní terapii echinokandinem.



Kostel Santa Maria delle Grazie je jednou z milánských dominant. Stavba z 15. století je v seznamu světového dědictví UNESCO. Právě zde je totiž freska Leonarda da Vinci Poslední večeře Páně.

Foto Nad'a Mallátová

U stabilizovaných pacientů při dobré epidemiologické situaci (když víme, že na oddělení není rezistentní *C. glabrata* nebo *C. krusei*) je možné zahájit terapii flukonazolem, kdy nasycovací dávka by měla být 12 mg/ kg/den. Alternativou k echinokandinům u nestabilních pacientů je lipidový komplex amphotericinu B. Léčba by měla trvat minimálně 14 dní po poslední pozitivní hemokultuře v případě, že není zasažen nějaký orgán. Hemokultury nabíráme denně. Prokážeme-li orgánové postižení, léčba se prodlužuje v závislosti na dané lokalitě.

MILÁN Z HLEDISKA BAKTERIOLOGA

MUDr. Magda Balejová

Z řady zajímavých příspěvků mne zaujala sdělení, týkající se infekcí *Clostridium difficile*, zdůrazňující nutnost vyšetření každého průjemového onemocnění vzniklého v nemocnici na tuto infekci, s následnou izolací pacienta minimálně po dobu průjmu. Pacient je infekční i dlouho po léčbě, spory přetrvávají na površích až 5 měsíců. Je nutné důsledné používání rukavic i dodržování hygieny rukou a alkoholové dezinfekce při ošetřování těchto pacientů, jako jediný možný způsob zamezení šíření této nákazy v nemocnici. V terapii středně těžkých infekcí i nadále zůstává lékem volby metronidazol, v terapii těžkých infekcí vankomycin, event. s metronidazolem. Slibně se jeví preparát Fidaxomicin (ve 3. fázi klinických zkoušek), který působí lokálně ve střevě s minimálním ovlivněním ostatní střevní flóry.

V terapii infekcí vyvolaných anaerobními gramnegativními bakteriemi zůstává zachována dobrá účinnost metronidazolu, aminopenicilinů s inhibitory beta-laktamáz, karbapenemů a tigeicyklinu. Rezistence ke klindamycinu je kolem 30 %.

V bloku věnovaném infekční endokarditidě (IE) byl zhodnocen podíl jednotlivých agens na etiologii. Původcem kultivačně pozitivních IE jsou z 80 % grampozitivní bakterie, především stafylokoky, streptokoky a enterokoky, ale i *Propionibacterium acnes*, jinak často kontaminující hemokultury. Z gramnegativních bakterií jsou to bakterie ze skupiny HACEK a enterobakterie - tyto IE jsou většinou nozokomiálního původu. V etiologii kultivačně negativních IE byla v souboru 1334 případů (francouzského autora) za období deseti let prokázána jako původce v 420 případech *Coxiella burnetii*, v 199 případech *Bartonella* spp., 25x *Tropheryma whipplei*, 15x kvasinkovité organismy, v 186 případech obvyklé bakterie. Asi v jedné třetině agens zjištěno nebylo. Byla zdůrazněna velká senzitivita průkazu bakteriální DNA molekulárně biologickými metodami při vyšetření chlopní oproti kultivaci.

Zajímavé bylo sdělení o tzv. „odběrových balíčcích“ dle syndromů např. meningitis, infekční endokarditis, pneumonie, atd., usnadňující rozhodování o potřebných odběrech vzorků klinickým lékařům i střednímu zdravotnickému personálu.

Součástí programu bylo několik sympózií o současném trendu - automatizaci v mikrobiologických laboratořích a o efektivitě, kterou tyto procesy přinášejí. Rychlá detekce

a identifikace patogenů novými technologiemi (hmotnostní spektrometrií - MALDI-TOF, molekulárně biologickými metodami), včetně možnosti přímého průkazu agens z pozitivních hemokultur, zkracuje významně dobu k cílené, adekvátní, antimikrobiální terapii.

V rámci kongresu jsem měla možnost zúčastnit se semináře, pořádaného firmou bioMérieux, na kterém byly představeny nové systémy v rámci projektu automatizované a rychlé bakteriologie. Jednalo se o nový hemokultivační přístroj SIMON, který by měl postupně nahradit stávající systém BactAlert 3D, SMART inkubátor, který bude umožňovat hodnotit růst bakteriálních kolonií již po několikahodinové kultivaci, a software MYLA, propojující všechny stávající i tyto nové systémy a připojení na laboratorní informační systém.

NOVINKY V RESUSCITACI

MUDr. Nad'a Pavlíčková jr.



Dne 11. května 2011 jsem se účastnila odborného symposia „Resuscitace 2011“. Toto symposium pořádala Česká resuscitační rada (ČRR) spolu s dalšími českými odbornými společnostmi pod záštitou European Resuscitation Council (ERC).

Rok 2010 byl pro kardiopulmonální resuscitaci (KPR) významný ze dvou důvodů.

Říjen přinesl nové doporučené postupy pro resuscitaci (Guidelines for resuscitation 2010) a zároveň se v loňském roce připomínalo 50. výročí od první úspěšně provedené moderní kardiopulmonální resuscitace. Přednášky na symposiu zmínily historii a vývoj resuscitace, ale hlavně se věnovaly novinkám a změnám v doporučených postupech. Obecně kladly důraz především na osvětu v šíření základních postupů resuscitace mezi laickou i zdravotnickou veřejností, neboť při zástavě dechu a oběhu je nejkritičtější veličinou čas. Další snahou je rozšířit dostupnost automatických externích defibrilátorů (AED) na veřejných místech.

U základní neodkladné resuscitace (BLS-basic life support) dospělého platí následující postup: kontrola vědomí, zprůchodnění dýchacích cest a kontrola dýchání, zavolat 155, zahájit masáž srdce a umělé vdechy v poměru 30:2 (30 stlačení ku 2 vdechům), přičemž frekvence stlačení hrudníku 100/min. a hloubka stlačení 5-6 cm. Je-li k dispozici, je vhodné použít automatický externí defibrilátor.

Včasně rozpoznání zástavy oběhu se jeví jako nejslabší článek tzv. řetězce přežití, kdy neúměrně dlouhé hledání známek života místo zahájení okamžité kardiopulmonální resuscitace má fatální následky. Mezi laiky, ale i mezi zdravotníky, se vyskytují zejména dva největší omyly. Typické příznaky zástavy oběhu - lapavé terminální ojedinělé dechy (gasping) a křeče (z hypoxie) jsou považovány mylně za známky života. Laik si řekne, že zkolabovaný „dýchá“ a „asi má epileptický záchvat“ a vůbec nezahájí oživovací pokusy.

Velmi dobré výsledky se ukazují v posledních letech po zavedení tzv. telefonicky asistované neodkladné resuscitace (TANR), kdy operátoři tísňové linky 155 pomohou nevyškoleným záchráncům rozpoznat bezvědomí a bezdeší u zkolabovaného člověka a po telefonu poskytnou instrukce k provádění resuscitace do doby příjezdu záchranného týmu. Tím se u postiženého jedince výrazně zvyšuje šance na přežití.

Česká resuscitační rada na svých webových stránkách www.resuscitace.cz zveřejnila podrobné nejnovější doporučené postupy základní i rozšířené neodkladné resuscitace, jednotlivé algoritmy a specifika v dětském a novorozeneckém věku.

Závěrem bych si dovolila citovat předsedu České resuscitační rady MUDr. Anatolije Truhláře: „Srdeční zástava patří mezi málo situací, při nichž ať uděláme cokoliv, nelze nic zkazit. Můžeme ‚pouze‘ zachránit život.“



Základní neodkladná resuscitace & automatizovaná externí defibrilace



Zkontrolujte vědomí

Jemně postiženým zatřeste
Hlasitě jej oslovte: „Jste v pořádku?“



Pokud nereaguje

Zprůchodněte dýchací cesty a zkontrolujte dýchání

**Pokud nedýchá normálně
nebo nedýchá vůbec**

**Volejte 155 & přineste AED
(pokud je k dispozici)**

Okamžitě zahajte resuscitaci

Položte svoje ruce na střed hrudníku postiženého a proveďte 30 stlačení hrudníku:

- Hrudník stlačujte do hloubky alespoň 5 cm frekvencí nejméně 100/min
- Obemkněte svými rty ústa postiženého
- Plynule do nich vdechujte, dokud se nezvedne hrudník
- Jakmile hrudník klesne, vdech zopakujte
- Pokračujte v resuscitaci



KPR 30:2

Pokud normálně dýchá

*** Otočte postiženého do zotavovací polohy na boku**

- Volejte 155
- Neustále kontrolujte, zda normálně dýchá



Zapněte AED & nalepte elektrody

Postupujte neprodleně podle hlasových pokynů přístroje

Nalepte jednu elektrodu pod levé podpaží

Nalepte druhou elektrodu pod pravou klíční kost, vpravo od hrudní kosti

Pokud je na místě více záchránců, nepřerušujte KPR během nalepování elektrod



Odstupte & proveďte defibrilaci

Postiženého by se nikdo neměl dotýkat:

- během analýzy srdečního rytmu
- při defibrilačním výboji

**Resuscitaci ukončete, pokud se postižený začne probouzet (hybe se, otevírá oči a normálně dýchá).
Pokud zůstává v bezvědomí a normálně dýchá, otočte jej do zotavovací polohy*.**

ISAKOS - RIO DE JANEIRO

MUDr. Pavel Sadovský

ISAKOS (International Society of Arthroscopy, Knee Surgery and Orthopaedic Sports Medicine) je největší mezinárodní organizací sdružující artroskopisty. Každé dva roky pořádá prezident společnosti kongres ve své domovské zemi. Protože tím letošním byl zvolen brazilský předseda artroskopické společnosti, bylo místem konání 8. bienále ve dnech 15.-19. května 2011 Rio de Janeiro.

Díky sponzorské podpoře firmy Mitek jsem měl možnost toto setkání navštívit. Z České republiky jsem na kongresu byl s dalšími 9 ortopedy.

Vlastní jednání probíhalo v obřím kongresovém centru, paralelně v několika sekcích. Začátky byly kolem 8. hodiny a poslední kurzy a workshopy končily kolem 17. hodiny. Byla probírána prakticky veškerá problematika a možnosti současné artroskopie. Ramenní kloub, kolenní kloub, hlezno, klouby nohy a velký zájem z řad návštěvníků byl zejména o artroskopii kyčelního kloubu, která se v současné době dostává do popředí zájmu. Provádí se nejen operace - modelace hlavice a krčku pro impingement syndrom, ale i reflace labra, rekonstrukce degenerovaného labra a dokonce jsou již předváděny i rekonstrukce centrálního ligamentum capitis.

Spektru výkonů jasně vévodí rekonstrukční operace - na koleni rekonstrukce obou zkřížených vazů, operace posterolaterálního komplexu, nestability pately. Velkou perspektivu budou mít určitě transplantace menisků.

U ramene je stále velkým důvodem a prostorem pro živé diskuse operace rotátorové manžety. Možnosti její rekonstrukce jsou víceméně odvislé od stále důmyslnějších kotvících implantátů a sofistikovanějších operačních nástrojů. Problémem stále zůstává poškozování a léze chrupavek kloubního povrchu. Poněkud opadlo prvotní nadšení pro intra-artikulární instilaci plazmy s koncentrátem trombocytů. Zdá se, že efektivnější indikací pro tuto metodu jsou různé entesopatie, tendinitidy apod.

Rekonstrukce předního zkříženého vazů, která se již jevila být vyřešenou záležitostí, byla opět oživena a posunuta do opětovného ohniska pozornosti, protože se již provádí dvousvazková náhrada obou částí tohoto vazů.

Program byl velmi kvalitní a vzhledem ke skutečnosti, že se jedná o vrcholné setkání odborníků na artroskopii, bylo možné potkat všechny přední světové speciality, kteří jsou legendami ve svém oboru, což ve mně budilo obzvláštní, až povznášející pocit.

Samo Rio je obrovské město, s pro nás nepředstavitelnými vzdálenostmi a rozměry (jen cesta z hotelu do kongresového centra měřila 38 km). Je samozřejmé, že jsme neodolali a absolvovali „povinnou“ turistickou návštěvu monumentálního Krista na Corcovadu, koupání ve vlnách písčité Copacabany a výlet do pralesa. Riu patří přídomek jednoho z nejkrásnějších měst na světě. To z něj nedělají architektonické historické skvosty, ale úžasná a jedinečná příroda, obrovské strmé homolovité kopce a kouzelné pobřeží.



SPOLEČENSKÁ KRONIKA

VÝMĚNA POSTŮ NA ODDĚLENÍ PLICNÍM A TBC

Na konci prvního čtvrtletí letošního roku odešla do důchodu dlouholetá vrchní sestra oddělení plicního a TBC Mgr. Anna Bláhová. Novou paní vrchní se následně stala Danka Lahodová (50). Z jejího životopisu uvádíme, že vystudovala Střední zdravotnickou školu v Liptovském Mikuláši. Do jižních Čech se přestěhovala po své svatbě. Byť zdravotní sestra, tak první českobudějovický rok strávila u inkasní přepážky na zdejší poště. Po mateřské dovolené se vrátila do zdravotnictví, do Ústavu pro mentálně postižené děti. Odtud odešla na další mateřskou dovolenou, ze které nastoupila do zubní ambulance. V naší nemocnici pracuje čtrnáctým rokem. Začínala na interním oddělení, pak přešla na gastroenterologii a v roce 1999 na plicní. Přejeme zde hodně pracovních úspěchů v nové funkci!



PhDr. Marie Šotolová

POHÁR VÍTĚZSTVÍ PRO KARDIOCENTRUM

Jeden pohár putovní a druhý nastalo zdobí zasedačku kardiologického oddělení českobudějovické nemocnice. Připomínají vítězství na 6. ročníku Fotbalového turnaje kardiologických pracovišť, který se konal 4. 6. 2011 v Hrotovicích. Na jižní Moravě soutěžilo 12 týmů. V česko-slovenské konkurenci se do finále proti Hradci Králové dostali naši kardiologové, posílení o kolegy z ARO, chirurgie a českobudějovické záchranky, brankář pak byl ze spřátelené Fakultní nemocnice Motol.

Jaký byl výsledek? 1:0 pro České Budějovice.

šot



ODCHODY DO DŮCHODU V OBDOBÍ 1. 12. 2010 – 31. 5. 2011

ŽLŮVOVÁ Miloslava
BAŠTÝŘOVÁ Božena
BRÁZDOVÁ Marie
PERSANOVÁ Jitka
BLÁHOVÁ Anna Mgr.
HENZLOVÁ Libuše
BENEDIKTOVÁ Jaroslava
MACHYTKOVÁ Pavla
KUŽELOVÁ Renata
TUSCHLOVÁ Ludmila
RYVOLOVÁ Dana
KLIMEŠOVÁ Jaroslava
ŠORTNEROVÁ Helena
ČÍŽKOVÁ Jitka

OOČ - úklidové služby
Odd. následné péče 1-5. p.
Odd. chirurgické - stanice D
Odd. ženské - konz. gynekologie
Odd. plicní a TBC
Laboratoř klinické chemie
Odd. ušní, nosní, krční
Odd. kožní - ambulance
Odd. gastroenterologické
Odd. nervové - lůžka
Odd. chirurgické - ambul.
OOČ - úklidové služby
Odd. gastroenterologické
Odd. infekční - stanice A

ŽIVOTNÍ JUBILEA V OBDOBÍ 1. 4. 2011 – 31. 10. 2011

JŮZOVÁ Dana
MORAVCOVÁ Zuzana
HESOVÁ Jana
KALINA Ladislav
PINCOVÁ Jana
VOTAVOVÁ Hana
GRILLOVÁ Alice
SOUČKOVÁ Jana
RAČÁK Jan
FROLÍKOVÁ Jarmila
NOVÁKOVÁ Anna
KRAŤKOVÁ Alicja
Bc. KABELOVÁ Alena
ZÁVIŠOVÁ Marie
LIKAVCOVÁ Marie
PLHOŇOVÁ Dana
SKÝPALOVÁ Alena
JAKEŠ Václav
KODLOVÁ Zlatuše
BASTLOVÁ Dagmar
Mgr. MIKEŠOVÁ Anna
KOCÁBKOVÁ Jana
PAPOUŠKOVÁ Soňa
BERGEROVÁ Milena
MUDr. TIMR Pavel
MALÁ Ilona
Bc. ZEMANOVÁ Ivana
BONEŠICKÁ Vlasta
VIDLÁKOVÁ Jitka

OOČ - úklidové služby
Oddělení patologické
Odd. chirurgické - stanice A
OOČ - úklidové služby
Odd. nukleární medicíny
KC-kardiologie - ambulance
Odd. neonatologické - IMP 2
Laboratoř hematologie
Odd. ortopedické - JIP
Odd. ARO - RES
Odd. onkologické - ambul.
Odd. pracovního lékařství
Odd. dětské - ambulance
Odd. zaměstnanecké
Odd. chirurgické
Odd. rehabilitační
Odd. neurochirurgické - JIP
Oddělení patologické
Odd. infekční - JIP
KC - kardiochirurgie - IMP
Laboratoř mol. biologie a genetiky
Odd. transfúzní
KC - kardiochirurgie
Odd. interní - ambulance
Odd. dětské
OOČ - úklidové služby
Odd. nervové
Odd. úrazové chirurgie - ambulance
Odd. neonatologické - JIRP



Prim. MUDr. SHONOVÁ Olga
Prim. MUDr. TOUŠEK František, FESC
Prim. PharmDr. DĚTÁK Miroslav
CIMBŮRKOVÁ Jana
LHOTÁKOVÁ Věra
VEJVODOVÁ Hana
BERAN František
MUDr. MÜLLEROVÁ Helena, CSc.
CHARVÁTOVÁ Daniela
Prim. doc. MUDr. STEHLÍK Jiří, CSc.
HACOVÁ Elevation
URBANOVÁ Věra
MUDr. VOTRUBA Miloslav
ONDŘICHOVÁ Marie
MUDr. KUČEROVÁ Irena

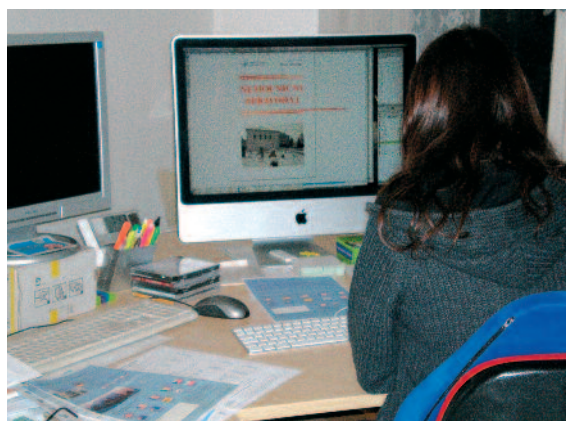
Odd. gastroenterologické
KC - kardiologie
Ústavní lékárna
Odd. stomatochirurgické
Odd. gastroenter. - ambul.
OOČ - úklidové služby
OOČ - vodní hospodářství
Odd. pracovního lékařství
Odd. následné péče 1-6. p.
Odd. ortopedické
Odd. ARO - ambulance
Laboratoř klinické chemie
Odd. plastické chirurgie
OOČ - úklidové služby
Odd. interní



MUDr. HACO Milan

Odd. radiologické

FOTOREPORTÁŽ NA ZÁVĚR



Nemocniční zpravodaj vzniká pátým rokem v tiskárně Jihočeský inzerť expres, s.r.o. Na Barborce uprostřed Dobré Vody u Českých Budějovic. Rukopis putuje mailem do počítače paní Květě Němcové, která ho patřičně graficky zušlechťí. Hotové číslo pošle do kompjútru tiskového stroje. Po sešití půl tisícovky brožurek se pak ovšem vezme celý náklad do rukou a veze se na podatelnu naší nemocnice. Během půlhodinky ho máte ve svých schránkách.



Foto: Bronislav Filipek

Vydává Nemocnice České Budějovice, a.s.
Ročník 21 (1/2011)
Odpovědná redaktorka PhDr. Marie Šotolová
Bezplatné
Pouze pro vnitřní potřebu Nemocnice České Budějovice, a.s.
Náklad 500 ks
Grafická úprava a tisk: Tiskárna Jihočeský inzerť expres, s.r.o.,
Na Barbořce 2, 373 16 Dobrá Voda u Českých Budějovic