
NEMOCNIČNÍ ZPRAVODAJ



EDITORIAL

Vážení a milí,

dnešní Nemocniční zpravodaj je, jak jste si jistě všimli, poněkud baculatý. Stalo se to tak, že ve vidině událostí s velkým U jsem chtěla počkat s jeho podzimním vydáním až po otevření nového akutního úrazového příjmu a položení základního kamene k dětskému oddělení. Mezitím se ale navršilo ještě mnoho dalších informací, o které byste neměli přijít. Však si je na dalších stránkách přečtete.

Neobvyklá je příloha, která by se mohla jmenovat Kdysi a nyní. Před návštěvou dolnorakouského hejtmana jsem dostala úkol vybrat několik snímků nemocnice, jak vypadala před časem a jaká je nyní. Ukázalo se, že se za posledních pět let změnila téměř k nepoznání. Takže jsme společně s panem fotografem Langmeierem za pomoci předsedy představenstva dr. Shona ještě vyhledali další zajímavé fotky. Posuďte sami listováním posledními stránkami.

Až se pročtete až nakonec, otočte list, protože na vás čeká PF 2009. Užijte si hezky příští rok.

*PhDr. Marie Šotolová
odpovědná redaktorka Nemocničního zpravodaje*

OBSAH

ZPRÁVY MANAGEMENTU

Úvodník předsedy představenstva MUDr. Břetislava Shona (šot)	4
Nové Emergency v českobudějovické nemocnici (šot)	5
Novostavba dětského oddělení zahájena (šot)	8
prim. MUDr. Vladislav Smrčka: Dětské oddělení od historie k současnosti	9

STALO SE

Pane Rosiči, dvěstěkrát díky! (šot)	11
Koncert pro jihočeské dárce krve 8. X. 08 (šot)	12

NOVINKY V PŘÍSTROJOVÉ TECHNICE

PRÁVĚ TEĎ

Mikrovět ve fotografii (šot)	14
------------------------------	----

STANE SE

Fotografie Aleše Balouna (šot)	14
--------------------------------	----

JEDNOU VĚTOU

Země živitelka 2008 (šot)	15
Dolnorakouský hejtman naším hostem (šot)	15
Zdravá nemocnice	15
Cena Janssen - Cilag pro transfúzní oddělení	16

SOUSEDSKÁ NÁVŠTĚVA

Rozhovor s předsedou představenstva Nemocnice Tábor, a. s. (šot)	16
--	----

OSOBNOST

PhDr. Marie Šotolová: Co platno člověku, kdyby celý svět získal, a na duši své škodu utrpěl (MUDr. Vladimír Chodura, CSc.)	18
--	----

SDĚLENÍ

MUDr. Jozef Filka, CSc.: Řízení kvality a bezpečí poskytované péče v Nemocnici České Budějovice, a. s.	20
RNDr. Miroslav Kobr, CSc.: Zavádění systému řízení rizik bezpečnosti informací v českobudějovické nemocnici	22
Mgr. Jiřina Otásková, MBA: První zkušenosti auditorů českobudějovické nemocnice	25
prim. MUDr. Václav Chmelík, MUDr. Iva Šípová: Pandemický plán nemocnice	27
MUDr. Magdalena Horníková: „Antibiotic strategy international“ (ABS) v Nemocnici České Budějovice, a.s.	28
PhDr. Marie Šotolová: Půlstoletí onkologického oddělení	29
Výměna kloubů rychleji	30
Dr. Pavel Sadovský: Artroskopické výukové centrum v českobudějovické nemocnici	31
Mgr. Lenka Motlová: Dobrovolníci v českobudějovické nemocnici	32
MUDr. Marek Chromý: Specifika a postřehy z ultrazukového vyšetřování v chirurgii	33
KNÍŽNÍ NOVINKY	36

UTAJENÁ PROFESE

PhDr. Marie Šotolová: Dobře utajený šrumec	38
--	----

ODBORY

Mgr. Lubomír Francl: Informace ze ZO OSZSP	39
--	----

KONGRESY A SEMINÁŘE

MUDr. Miroslav Verner: Pochvala centrálním laboratořím	40
Jihočeské onkologické dny již po patnácté (šot)	41
Dva dny pro zvědavé sestry (šot)	42
MUDr. Martin Holý: Vzdělávání lékařů v Nemocnici České Budějovice, a. s.	43

CO SE CHYSTÁ

LETEM SVĚTEM

MUDr. Ivona Mrázová: 44. výroční zasedání Americké společnosti klinické onkologie - ASCO	45
MUDr. Hana Šiffnerová, MUDr. Jan Podnos: Mezinárodní konference na téma maligní lymfomy	46
MUDr. Drahoslava Tišlerová, MUDr. Libuše Lhotáková: Kongres Evropské neurologické společnosti v Nice	48
MUDr. Pavel Sadovský, MUDr. David Musil: Kongres ramenní chirurgie	50
MUDr. Dana Dvořáková, Mgr. Václav Šnorek: Novinky v léčbě úzkostné poruchy	51
MUDr. Zdeněk Staněk: Challenges in Laparoscopy 2008 v Římě	51
Mgr. Václav Šnorek: Rorschachova metoda na pořadu dne v Leuvenu	53
MUDr. Pavel Sadovský: Anglická zkušenost	54

SPOLEČENSKÁ KRONIKA

Dokončené vzdělání, odchod do důchodu, životní výročí	56
---	----

PŘÍLOHA: Kdysi a teď (Fotografie)	58
--	----

Úvodník **předsedy představenstva** **MUDr. Břetislava Shona**



Pane předsedo, skončila rekonstrukce prostor anesteziologicko-resuscitačního oddělení s ambulancemi úrazové chirurgie. Zároveň začala doslova na zelené louce stavba dětského oddělení. Zednická kladívka jsou však slyšet i odjinud...

Ano, k přestavbě lůžkové části ARO, ambulantní části úrazové chirurgie a radiologické části komplementu (nové CT, angiografická linka a přímo digitalizovaná skiografie) se ještě vrátíme na dalších stránkách zpravodaje. Stejně tak k novostavbě dětského oddělení vedle chirurgického pavilonu. Tady chci zdůraznit, že tyto dva pavilony budou spojeny chodbami. Cílem propojení je přiblížit se co nejvíce systému monobloku, jehož provoz je nesrovnatelně lacinější a praktičtější. Dětské pacienty nebudou na každé vyšetření převáženi byt' jen pár metrů sanitními vozy. Dětské oddě-

lení bude splňovat všechny atributy moderního dětského oddělení s lůžkovou a ambulantní péčí.

Dále: v současné době vytváříme studii opravy infekčního oddělení. Za plného provozu došlo k přestěhování stanice z přízemí. Tím se uvolnily prostory pro nutnou renovaci.

Management velmi dbá na vzhled budov, ale s tím také související zateplení fasád. Docela velkým soustem byla ubytovna. Dostalo se i na zateplení a omítku uliční strany oddělení následné péče II v Dolním areálu směrem do ulice Boženy Němcové.

Tento trend bude jistě pokračovat, avšak mnoho budov k zateplení již nezbyvá. Konkrétní plán zateplování zbývajících objektů však dosud není odsouhlasen.

Počítáte s nějakými významnými organizačními změnami?

Jak už se dozvěděli čtenáři Nemocničního zpravodaje v minulém čísle, v nemocnici vznikla nová funkce náměstka pro řízení kvality a bezpečnosti poskytované péče. Tento post zastává MUDr. Josef Filka, CSc. Jedním z jeho hlavních úkolů je příprava nemocnice na akreditaci podle akreditačních standardů Spojené akreditační komise ČR. Předpokládám, že doba přípravy nemocnice k akreditačnímu řízení bude trvat asi tři roky. Dále velmi úzce spolupracujeme se společností Hexpert, s. r. o. na přípravě nemocnice k získání certifikace managementu bezpečnosti informací podle normy ISO 27001.

Do konce roku zbývá několik týdnů, co je pro toto období z vašeho pohledu prioritou?

Mojí prioritou vždy byla a bude vzorná péče o naše pacienty, a to jak po stránce medicínské, tak lidské. Vaše otázka jistě tímto směrem nebyla mířena, ale já bych rád tuto myšlenku opět připomenul.

Ke konci každého roku je třeba velmi pečlivě hlídat limity, které jsou dány smlouvami se zdravotními pojišťovnami a jež nemocnice musí v paušální úhradě splnit, aby jí nebyly strženy peníze ze zálohových plateb. Týká se to předpisů na recepty a poukazů, právě tak, jako výkonnosti nemocnice. Jinak nemám pocit, že by se v práci vedení společnosti něco výrazného v průběhu roku měnilo.

Rozhovor připravila PhDr. Marie Šotolová



Panoramatické foto Bohumír Langmeier

ZPRÁVY MANAGEMENTU

NOVÉ EMERGENCY V ČESKOBUDĚJOVICKÉ NEMOCNICI



Jedna z letošních nejvýznamnějších investic - otevření akutního úrazového příjmu Emergency byla ukončena slavnostním přestřižením pásky dne 15. září. O významu akce svědčila přítomnost dvou ministrů: MUDr. Tomáše Julínka, MBA a Ing. Miroslava Kalouska. Nechyběla samozřejmě ani vrcholná reprezentace Jihočeského kraje a města České Budějovice. Před vstupy na nové anesteziologicko-resuscitační oddělení a do novoutou zářících ambulancí oddělení úrazové chirurgie se vměstnala padesátka významných hostů.

Cíl investice? Co nejrychlejší a nejkvalitnější ošetření pacientů z celého Jihočeského kraje, které sem sanity přivážejí s nejtěžšími poraněními.

Přestavba se týkala lůžkové části anesteziologicko-resuscitačního oddělení, přičemž došlo ke sloučení lůžkové části oddělení v Dolním a Horním areálu. V pavilonu CH je nyní 14 ARO lůžek, napojených na radiodiagnostický komplement, na traumatologické ambulance i na operační sály neurochirurgie, traumatologie a chirurgie.

V radiodiagnostickém komplementu jsou k dispozici nové špičkové přístroje: computerová tomografie, angiografie a přímo digitalizovaná skiografie.



3D rotační angiografie

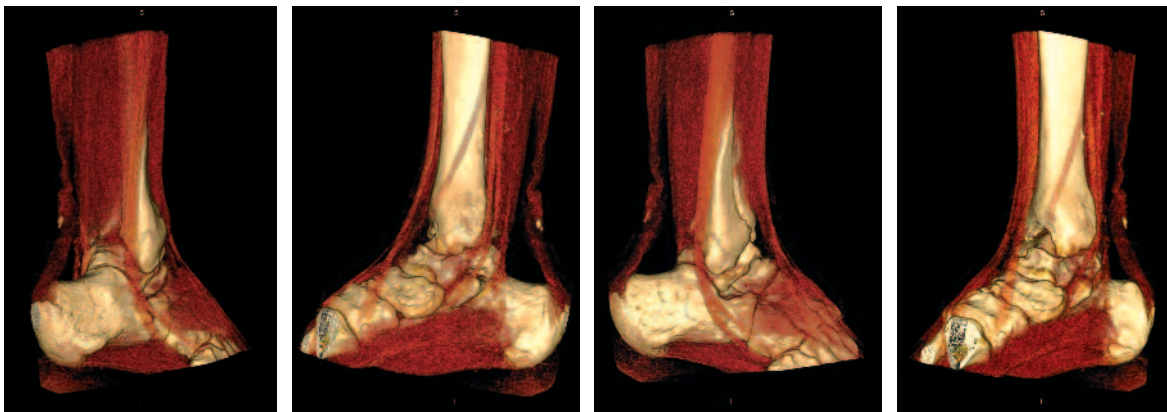


Nové pracoviště přímo digitalizované skiografie s automatickým skládáním snímků



Nejmodernější computerová tomografie

Nové zobrazovací přístroje umožňují 3 D zobrazení, obrazy lze natáčet všemi směry, takže lékaři vidí mnohem přesněji rozsah a podobu poranění či jiné patologie. Na snímku dole hlezo (kost a měkké tkáně).



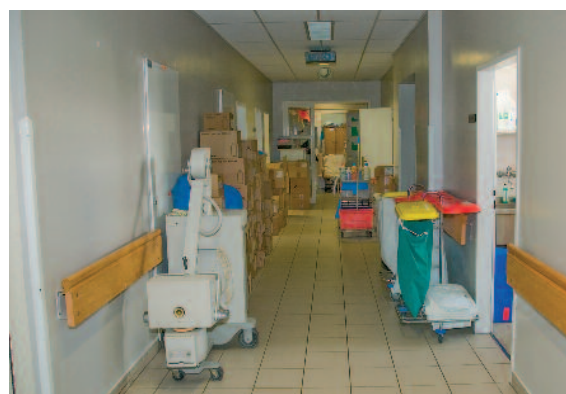
Přestavba také přinesla větší komfort pacientům oddělení úrazové chirurgie. Dříve mělo toto oddělení dvě ambulance pro chronické pacienty a jednu ambulanci jako zákrokový sál. Po přestavbě jsou zde tři ambulance pro chronické pacienty a tři až čtyři ambulance sloužící jako zákrokové sálky.



Čekárna před ambulancemi úrazového oddělení během dokončování nových prostor a nyní.

Na první pohled zaujme prostorná příjezdová komunikace mezi pavilony CH a ženským oddělením s velkoplošným zastřešením pro případy hromadných havárií.

Přestavba suterénu a přízemí chirurgického pavilonu znamenala na samém začátku velké stěhování personálu, pacientů, zdravotnické techniky, léků a dokumentace do provizorních prostorů, které fungovaly více než rok a půl.



Provizorní prostory anesteziologicko-resuscitačního oddělení v Horním areálu.

Předseda představenstva Nemocnice České Budějovice, a. s. MUDr. Břetislav Šon v této souvislosti řekl: „Za celou tuto dobu jsem nedostal jednu jedinou stížnost a nedošlo k žádnému poškození pacienta. Vidím v tom skutečně obrovský kus práce lékařů, sestřiček,



Nový sál s lůžky ARO.

ale i ostatního zdravotnického personálu, který musel každodenně v těchto provizorních prostorech pracovat a musel jistě vysvětlovat pacientům, že vše co se dělá, se dělá právě pro ně a pro lepší budoucnost. Uvědomuji si, jak extrémně nepříjemné muselo být provádět špičkové výkony na operačních sálech za rachotu sbíječek a nepříjemného hluku stavby. Proto je na místě poděkování za trpělivost jak personálu, tak pacientům.“

Celkové náklady na přestavbu se pohybovaly okolo 180 mil. Kč, z čehož více jak 100 mil. Kč investovala nemocnice do přístrojové techniky. Peníze pocházely z vlastních zdrojů za finančního přispění Jihočeského kraje.

NOVOSTAVBA DĚTSKÉHO ODDĚLENÍ ZAHÁJENA



29. září se ještě mezi pavilony chirurgie a dětského oddělení zelenala louka. Dnes už tu roste nová budova. Právě onen den poklepal předseda představenstva Nemocnice České Budějovice, a. s. za přítomnosti mnoha hostů na její základní kámen.

Jihočeským dětem bude nový objekt sloužit od května 2010. Celkové náklady na tuto investici dosáhnou 290 milionů korun. V listopadu získala nemocnice informaci, že na stavbu získá prostředky z Regionálního operačního programu Jihozápad. Tyto

finance získá ve třech etapách, pokud splní všechna náročná kritéria pro splnění podmínek projektu.

Nynější budova dětského oddělení je po stavební stránce zastaralá a neumožňuje další rozvoj. Byla postavena v roce 1937 jako infekční pavilon a pak následovaly přestavby. Poslední rekonstrukce se uskutečnila v rámci „Akce Z“ v letech 1977-1981. Objekt má špatné izolace. Jediný vchod není bezbariérový, je tu jen jeden výtah, má nedostatek prostor pro ambulance, ubytování doprovodu, čtyřlůžkové pokoje nemají vlastní sociální zařízení a tak dále. Počet pacientů z celého regionu přitom trvale roste, stejně jako zájem rodičů o pobyt v nemocnici s dětmi. Cílem výstavby nové budovy je zvýšení komfortu péče o dětské pacienty i zlepšení služeb pro jejich blízké.

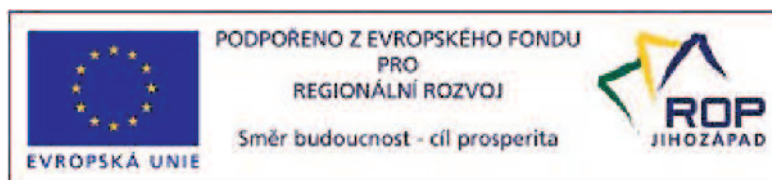


Nová pětipodlažní budova bude vybavena dvoulůžkovými, maximálně třílůžkovými pokoji s vlastním sociálním zařízením, bude disponovat také odděleným sociálním zázemím pro personál, návštěvy, doprovod pacientů a děti. Vstup do ambulantního traktu bude orientován jako dosud z ulice L. B. Schneidera, kde bude umístěna i recepce. Dojde také k úplnému oddělení části pro akutní ošetření a příjmy od části odborných ordinací. Chybět nebudou herny, školní prostory, návštěvní místnosti ...

Dětské oddělení bude v nové budově disponovat osmi lůžky na jednotce intenzivní a resuscitační péče, pěti lůžky v tzv. dospívacím pokoji, osmnácti pooperačními a pouřa-

zovými lůžky, deseti lůžky na onkohematologii, dvaceti jedním lůžkem na stanici velkých dětí a třiceti čtyřmi lůžky na stanici kojenců a batolat. Každá stanice bude mít lůžka pro doprovod dítěte, samozřejmě nejvíce na stanici kojenců, mimo to budou i čtyři pokoje hotelového typu pro doprovod pacienta.

Moderní prostorové uspořádání umožní úzké napojení na spolupracující akutní obory v sousedním chirurgickém pavilonu. Odpadnou tak převozy malých pacientů na traumatologii, chirurgii a neurochirurgii prostřednictvím sanitek. Celý objekt bude zcela bezbariérový.



Název projektu: Pavilon dětského oddělení

Celková výše rozpočtu: 288 707 342 Kč

Dotace z ROP NUTS II Jihozápad: 267 054 291 Kč (92,5 %)

Datum zahájení projektu: 1. 9. 2008

Datum ukončení projektu: 31. 5. 2010

Realizátor projektu a příjemce dotace: Nemocnice České Budějovice, a.s.

DĚTSKÉ ODDĚLENÍ OD HISTORIE K SOUČASNOSTI

MUDr. Vladislav Smrčka

Historie budovy

První zmínka o výstavbě nové budovy nynějšího dětského oddělení je z roku 1926, kdy správní výbor Všeobecné veřejné nemocnice České Budějovice žádal o přidělení státní dotace, a to na výstavbu nového infekčního pavilonu. Smlouva na výstavbu byla však podepsaná až na podzim roku 1935. Rozpočet na veškeré práce činil 358 718,50 korun. Nový jednopatrový infekční pavilon byl dostavěn v roce 1937 s konečným rozpočtem 850 000 korun a měl kapacitu 75 lůžek. Pavilon byl od ostatních prostor nemocnice oddělen plotem. V přízemí budovy bylo umístěno oddělení pro dětskou obrnu, diftérii a střevní tyfus, v prvním poschodí spály a jiné infekční choroby, v suterénu pak choroby zažívacího traktu. Primářem infekce a zároveň i prosektorem nemocnice byl v letech 1936-1952 MUDr. František Barták.



V roce 1952 se infekční oddělení přestěhovalo do nové budovy. Starý objekt z roku 1937 prošel rekonstrukcí. V září 1952 se sem přemístilo dětské oddělení, které do té doby sídlilo v provizoriu ve 2. patře sanatoria MUDr. J. Říhy v ulici U Tří lvů.

Budova sloužila bez větších problémů až do roku 1974, kdy se začaly připravovat podklady pro její generální rekonstrukci, ta však byla zahájena až na podzim 1978. Dětské oddělení se

pak na přechodnou dobu přestěhovalo do přízemí tehdejší psychiatrie (nynější Centrální laboratoře).



Rekonstrukce v „Akci Z“ probíhala od podzimu 1978 do 2. 4. 1982, kdy bylo slavnostní otevření. Budova byla rozšířena, zvýšena o jedno patro, byla zřízena samostatná jednotka intenzivní a resuscitační péče, rooming-in, pokoje pro matky, atd. Přestavba stála 6 milionů korun a zrekonstruované oddělení mělo 106 lůžek (mimo novorozence na porodnici).

Od rekonstrukce v roce 1982 se pomalu začínají objevovat nedostatky technického i provozního charakteru. Bylo nutné opakovaně opravovat střechu, do které zatékalo. Mnoho oken jde špatně zavřít nebo naopak otevřít, praskají staré nezrekonstruované stoupačky, mnohde přestává téct voda. Z důvodu špatné kanalizace dochází každoročně několikrát k zatopení suterénu budovy. Provoz dětského oddělení čím dál více komplikuje i nevyhovující uspořádání budovy. V budově jsou pouze dvě místnosti pro odborné ordinace, chybí bezbariérový přístup a dostatek sociálních zařízení pro děti i doprovod. Dvě příjmové ambulance jsou navzájem průchozí, chybí zázemí pro jednotlivé stanice, nevyhovují prostory pro endoskopie, pro onkohematologickou stanici, atd. Nedostatek prostor pro doprovod nemocných dětí a narůstající tlak na jeho přijímání často vede ke stížnostem. Všechny tyto problémy vedly k rozhodnutí, že je nutné provést zásadní stavební úpravu dětského oddělení. Nabízela se buď rekonstrukce stávajícího objektu, přestěhování dětského oddělení do jiné budovy, nebo výstavba nového pavilonu. Po zvážení všech okolností management nemocnice rozhodl o výstavbě zcela nové budovy. Místo pro výstavbu bylo zvoleno s ohledem na nutnost co nejužšího kontaktu s budovou chirurgických oborů, tedy na pozemku, kde dříve stávala budova patologie a soudnělékařského oddělení.

Nová budova

Nová budova bude mít pět podlaží, přímé spojení jak na operační sály a ambulance chirurgického pavilonu, tak i na emergency. Zvýší se počet lůžek, a to hlavně pro doprovod pacientů, pracoviště endoskopie a onkohematologická stanice získají parametry odpovídající současným epidemiologickým a prostorovým požadavkům. Příjmové i odborné ambulance budou v dostatečném počtu, včetně odpovídajících čekáren. Také pokoje pacientů budou komfortnější, maximálně třílůžkové, každý s vlastním sociálním zařízením. Velkým přínosem bude recepce a bezbariérový přístup do všech prostor. Zcela nově vznikne stanice pro jednodenní nebo krátké hospitalizace a ambulantní lůžkovou péči.

Historie dětského oddělení



V červenci 1945 rozhodly státní orgány o zřízení samostatných dětských oddělení i mimo Prahu a Brno, proto bylo vypsáno výběrové řízení na post primáře dětského oddělení v Českých Budějovicích. Dne 5. 12. 1945 byl jmenován provizorním primářem (definitivně byl ustanoven 1. 1. 1947) MUDr. Ladislav Šabata.

Primariát vedl až do roku 1977. Dětské oddělení fungovalo ve 2. patře bývalého sanatoria MUDr. J. Říhy v ulici U Tří lvů a provoz začal 14. 1. 1946 na 51 lůžkách v pokojích po 2-8 lůžkách. Prvním sekundářem se stal MUDr. Karel Špatný, který až do nástupu druhého sekundáře měl permanentní službu, když si potřeboval něco

obstarat, tak zaskočil primář nebo některý sekundář z jiného oddělení nemocnice.

Od založení převzalo dětské oddělení i péči o novorozence na porodnickém oddělení. Zpočátku tam byly vizity třikrát týdně a od roku 1950 byl detašován jeden sekundární lékař pro novorozence na převážnou část pracovního úvazku. První sekundární lékařkou na porodnici byla MUDr. Šafářová - Řehořová. Od roku 1948 vznikalo pododdělení pro nezralé děti, vybavené dvěma tzv. těžkými inkubátory. Postupně se zvyšoval počet lékařů i zdravotních sester. V roce 1960 vznikl první ordinariát na dětském oddělení, a to pro novorozence, ordinářem se stala MUDr. Horiánská.



Od 1. 5. 1977 se stal primářem oddělení MUDr. František Říha. Primariát vedl v letech 1977-1980 a 1982-1993. Po jeho nástupu začala přestavba a přístavba staré, naprosto nevyhovující budovy dětského oddělení a rozsáhlá modernizace jednotky intenzivní a resuscitační péče.



V roce 1980 se stal primářem dětského oddělení MUDr. Miloš Velemínský, CSc., který vedl primariát do roku 1982. Za jeho působení byla dokončena přestavba budovy dětského oddělení. Dne 1. 3. 1983 se dětské oddělení rozdělilo na dětské oddělení (prim. MUDr. F. Říha) a novorozenecké oddělení (prim. MUDr. M. Velemínský, CSc.), které se od 1. 12. 1984 přestěhovalo do nového pavilonu, kde nyní sídlí lékařská knihovna a Informační centrum. V průběhu 80. let vznikla samostatná stanice dětské onkohematologie.

V roce 1993 byl jmenován primářem MUDr. Vladislav Smrčka.

Nová budova dětského oddělení by tak měla zcela odpovídat současným požadavkům a věříme, že by mohla sloužit tak dlouho, jako ta nyní, tedy 72 let.

STALO SE

PANE ROSIČI, DVĚSTĚKRÁT DÍKY!

Kdybyste šli Vimperkem a potkali pana Mikuláše Rosiče na ulici, asi byste na první pohled neodhadli, že je rekordmanem ve zvláštní disciplíně - v dárcovství krve. Je to téměř neuvěřitelné, avšak pan Rosič daroval krev 200x. Protože mu je 65 let, ve čtvrtek 11. září se tak stalo naposledy. Vedení transfúzního oddělení nic nenechalo náhodě: poděkovat přišli ředitel Centrálních laboratoří MUDr. Miroslav Verner i primář MUDr. Petr Biedermann. Pan Rosič byl upřímně nešťastný, že už pro něj „kariéra“ dárce krve nadobro skončila, a tak mu zdejší sestřičky alespoň na útěchu daly Amálku.



KONCERT PRO JIHOČESKÉ DÁRCE KRVE 8. X. 08

Do třetice všeho dobrého, chtělo by se říci. Právě tolikrát se už při krásné hudbě v Koncertní síni Otakara Jeremiáše v Českých Budějovicích setkali dárci krve z celých jižních Čech. Zase to byly nervy a zase se to podařilo. Co? Přece přesvědčit řadu lidí, aby věnovali gratis své prostory, práci a hlavně umění ve prospěch hezkého večera pro Jihočechy s dobrým srdcem. Dlužno přiznat, že vše zadarmo nebylo, ale díky záštitě náměstka Jihočeského kraje pro oblast zdravotnictví a sociálních věcí MUDr. Vladimíra Pavelky, se mohlo podávat tmavě rudé víno a mlsat Ferrero Rocher. Jako v předešlých letech, tak i letos padl největší díl organizační práce na Informační oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. a na Oblastní spolek Českého červeného kříže v Českých Budějovicích. Opět nezklamal ředitel Jihočeské komorní filharmonie Mgr. Vlastimil Ochman, který dal k dispozici sál včetně koncertního křídla. Český rozhlas České Budějovice poskytl paní Hanu Krchovou jako průvodkyni programem. V zákulisí s trochou nervozity přecházel její jmenovec, pan Krch z českobudějovické Konzervatoře, který sestavil krásný repertoár, interpretovaný dvacítkou mladých muzikantů. Samozřejmě, že se oba o pauze seznámili a pátrali po společných předcích, čehož se ovšem nedopátrali ☹. Z balkonu na vše okem spíše vlídným nežli přísným dohlížel ředitel Konzervatoře Mgr. Petr Riess. Kdyby jeho nebylo, touha poděkovat dárcům krve nádhernými melodiemi, by zůstala nenaplněna. Pan ředitel Riess totiž přesvědčil své posluchače, že hrát dárcům krve může přinést docela dobrý pocit, i když honorář chybí.



Zájem o Koncert pro jihočeské dárci krve rok od roku stoupá. Letos bylo poprvé nutné otevřít posluchačům i galerii. Parter se úspěšně plnil už po šesté večerní. Ačkoliv měli všichni zainteresovaní strach z náročného programu Konzervatoře, nakonec se tetelili blahem, protože se program všem moc líbil.



V prvních řadách jako vždy usedli ti, kteří mají dárcovství krve tak říkajíc v popisu práce. Kromě ředitelky Oblastního spolku Českého červeného kříže v Českých Budějovicích Hany Vacovské, to byla náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Nemocnice České Budějovice, a.s. Mgr. Jiřina Otásková, MBA. Tajemník českobudějovického primátora Rudolf Vodička ve svém úřadě pomáhá dárcovství, jak to jen jde. Nechyběl ani ředitel zdravotního úseku interních oborů nemocnice, hematolog MUDr. Ivan Vonke, MBA. Transfúzní oddělení reprezentoval vedoucí Stanice dárců krve MUDr. Jiří Faltus (2. řada).

Kromě hudby si z letošního koncertu odnesli lidé také slova MUDr. Ivana Vonkeho: „Měli jsme mladého muže s velmi závažnou chorobou vyžadující léčbu plazmou. Tento pacient spotřeboval plazmu od téměř 800 dárců, plně se uzdravil, stará se o rodinu a chodí do práce. Děkujeme vám.“

NOVINKY V PŘÍSTROJOVÉ TECHNICE

Ve druhém pololetí roku 2008 investovala Nemocnice České Budějovice, a.s. opět značné prostředky do nákupu přístrojového vybavení na jednotlivá oddělení. O vybavení zrekonstruovaného anesteziologicko-resuscitačního oddělení se dočtete v samostatném článku, který se této významné události věnuje. Z dalších významných nákupů jsme vybrali s ohledem na jejich značné pořizovací náklady tuto čtveřici:

V letošním roce byl pro ortopedické oddělení zakoupen nový operační stůl zn. Maquet, který významným způsobem zkvalitní práci na operačním sále. Při ortopedických resp. plastických operacích jsou nutné různé polohy pacientů, které nové zařízení včetně nezbytných doplňků dokonale umožňuje. Díky tomu, že se jedná o jeden z nejkvalitnějších výrobků na trhu, je zde i záruka mnohaleté a doufáme že i bezporuchové funkce.

prim. MUDr. Jiří Stehlík, CSc.

Od října 2008 využíváme na chirurgickém oddělení novou laparoskopickou věž firmy Olympus, která díky technologii vysoké kvality rozlišení umožňuje zobrazení laparoskopických operací o řád výše. Velkým posunem kupředu je také vysoko průtoková insuflační a sací jednotka s kabelem odvětrání dutiny břišní, což výrazně zvyšuje přehlednost operačního pole při koagulaci tkání a možnosti odsávání. V neposlední řadě též zpříjemňuje práci videooptika s xenoxovým zdrojem světla, které se nemlží a nevyžaduje neustálé otírání, a také možnost archivace dat přímo v řídicí jednotce. Tento přístroj umožňuje další rozvoj moderních šetrných operačních zákroků na chirurgickém oddělení. Laparoskopicky se operují nejen žlučníky, ale také brániční kýly, provádějí se výkony na velkých břišních cévách a tlustém střevě.

MUDr. Milan Kobza

Gastroenterologické oddělení získalo nový přístroj pro autofluorescenční endoskopii.

Autofluorescenční endoskopické metody jsou v pořadí další optické metody, které využíváním různých částí světelného spektra napomáhají podrobnějšímu hodnocení slizničního povrchu a podslizničních změn. V současné době je endoskopická medicína namířená na co nejrychlejší a nejefektivnější vyhledávání časných karcinomů a jejich histologických předstádí.

Tento nový přístroj gastrokopický a koloskopický pracuje se třemi elektronickými světelnými systémy-bílé světlo, NBI, AFI- které lze během vyšetření jednoduše mezi sebou přepínat a pozorovat slizniční morfologii pod různými úhly.

Novinka přispěje podstatným způsobem v odhalování prekancerů Barretova jícnu a časných stadií kolorektální tumorosní patologie.

prim. MUDr. Olga Šonová

Do laboratoře klinické chemie Centrálních laboratoří na pracoviště klinické a soudní toxikologie byl pořízen dvoukanálový plynový chromatograf Trace Ultra firmy Thermo s dvěma plamenově-ionizačními detektory a automatickým dávkovačem.

Jedná se o špičkový přístroj používaný pro analýzu alkoholu a těkavých látek v krvi a jiných biologických materiálech pro klinické a forenzní účely. Například stanovení alkoholu u řidičů pro potřeby Policie ČR.

Tento sofistikovaný přístroj nahradil již nevyhovující původní zařízení. Obměna rozšíří analytické možnosti Centrálních laboratoří ve specializovaných činnostech a tím podpoří i možný rozvoj v oblasti vysoce specializované laboratorní diagnostiky.

Ing. Marie Kašparová, MUDr. Miroslav Verner

PRÁVĚ TEĎ

Právě teď si užíváme nové cesty od ženského oddělení směrem k infekčnímu oddělení a jídelně. Zvláště dobře jsou naladěné dámy na podpatcích, které už nemusí škobrtat po štěrku a výmolech. Kudy chodíme, tudy chválíme ☺



MIKROSVĚT VE FOTOGRAFII

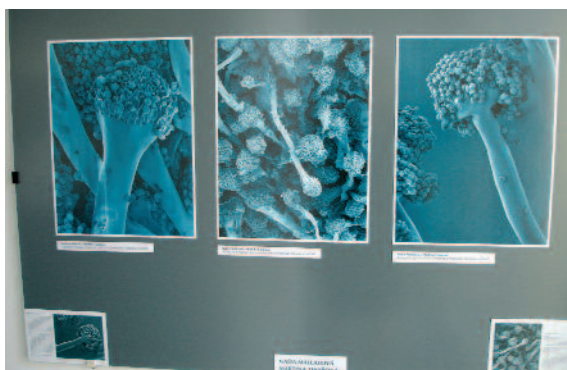
Právě teď skončila v Domě kultury Metropol výstava české vědecké fotografie Mikrosvět. Tři z autorů skvělých snímků jsou spjati s naší nemocnicí.

MUDr. Alois Timr, bývalý primář očního oddělení, byl autorem mikroskopické fotografie Oční pozadí. Mimochodem tato fotografie se dostala pro svou kvalitu do oftalmologických učebnic.

Z bakteriologické laboratoře vzešla kompozice Bc. Jana Němce, která dala výtvarnou hodnotu izolovaným kulturám streptokoků, pocházejícím z výtěrů krku, pořízených v naší nemocnici.

Aspergillus niger, mikrofotografie MUDr. Nad'y Mallátové z laboratoře parazitologie a mykologie českobudějovické nemocnice a Bc. Martiny Tesařové z Jihočeské univerzity, zaujala nejen v minulém čísle Zpravodaje, ale i na výstavě. Neméně zajímavá jsou i slova dr. Mallátové v krásně vybaveném katalogu:

„Je fascinující vidět, jak organismy, které mohou vyvolat fatální onemocnění u predisponovaných pacientů, mají svůj svět plný nádherných až abstraktních tvarů a barev, připomínající výtvar moderního umělce. Jak nás houba, která vytváří odpudivý zelenavý povlak na potravinách, může až magicky přitahovat ve své mikroskopické podobě. Uvědomíme si, jak mnoho různých podob život má.“



STANE SE

Na své místo čeká v budově vedení společnosti padesátka zarámovaných fotografií přírody autora Aleše Balouna, kterého řada z nás zná jako zaměstnance Zdravotního ústavu. Fotografie, které obdivovali znalci hor, především Alp, na nedávné výstavě v Českých Budějovicích, zpříjemní pacientům prostory jednotlivých oddělení nemocnice. Část fotografií je přístupná na www.fotoalpy.cz



JEDNOU VĚTOU

ZEMĚ ŽIVITELKA 2008

Tradiční výstava zemědělské techniky a produktů nabídla letos návštěvníkům v pavilonu F2 expozici Jihočeského kraje. Protože výstavy slouží k prezentaci úspěchů, není divu, že jeden panel patřil zdravotnictví. Nemocnice České Budějovice, a.s., jejichž sto procent akcií vlastní Jihočeský kraj, představila nové přístroje v kardiocentru a na onkologickém oddělení. Během pondělního poledne 25. 8. 2008 pak byl na zvědavé otázky připraven odpovídat vedoucí odboru sociálních věcí a zdravotnictví Jihočeského kraje Mgr. Zdeněk Studenovský.



DOLNORAKOUSKÝ HEJTMAN NAŠÍM HOSTEM



4. září 2008 přijel do Českých Budějovic dolnorakouský hejtmán. Dr. Erwin Pröll si při své návštěvě prohlédl v doprovodu předsedy představenstva Nemocnice České Budějovice, a.s. MUDr. Břetislava Shona a za účasti primáře MUDr. Bohuslava Kutý, MBA nově zrekonstruované anesteziologicko-resuscitační oddělení. Primář oddělení úrazové chirurgie MUDr. Pavel Kopačka ukázal dr. Pröllovi nové ambulantní prostory, které jsou se svým zařízením na evropské úrovni léčby pacientů. S mimořádným zájmem si dr. Erwin Pröll za doprovodu primáře kardiologického oddělení MUDr. Františka Touška prohlédl katetrizační sály pro léčbu arytmií, které byly v kardiocentru otevřeny na jaře roku 2008.

ZDRAVÁ NEMOCNICE



Všeobecná zdravotní pojišťovna a Nemocnice České Budějovice, a.s. podepsaly smlouvu o příspěvku pojištěncům VZP na sportovně a relaxačně rekondiční programy. VZP dotuje cvičení, masáže, plavání, saunování, pobyty v solné jeskyni roční částkou 600 korun a zaměstnanecké oddělení nemocnice shromažďuje požadavky na proplacení. Preventivně zaměstnanecký program nese název zdravá firma.

Jubilejní 55. výročí svého založení oslavilo na podzim oddělení úrazové chirurgie Nemocnice České Budějovice, a. s.

CENA JANSSEN - CILAG PRO TRANSFÚZNÍ ODDĚLENÍ

Cenu firmy Janssen - Cilag za nejlepší odborné sdělení v oboru transfúzního lékařství v prestižním časopise Transfúze a hematologie dnes v roce 2007 získal příspěvek „První nález fenotypu Gy(a-) v České republice od jeho objevu v r. 1967. Možné příbuzenství s původními nositeli tohoto fenotypu v USA v letech 1967-1968.“ Jeho první autorkou je MUDr. Helena Banzetová, zástupkyně primáře transfúzního oddělení českobudějovické nemocnice. Cena byla předána v rámci 15. česko-slovenského hematologického a transfuziologického sjezdu ve Špindlerově Mlýně začátkem letošního září. Poprvé bylo toto sdělení uveřejněno jako poster během mezinárodního kongresu v Kapském Městě před dvěma lety.

SOUSEDSKÁ NÁVŠTĚVA V TÁBOŘE



Pořád a všude je co řešit. Předseda představenstva Nemocnice Tábor, a.s. Ing. Ivo Houška, MBA byl „odchycen“ k naléhavé konzultaci se stavaři mezi vybouraným I. patrem budoucí porodnice a vstupem do klece mobilního výtahu.

studoval ředitel českobudějovické nemocnice MUDr. Jiří Bouzek. A od něho přišla nabídka, abych přešel do nemocnice. Na začátky v nemocnici vzpomínám moc rád, protože se to nadšení a nasazení už asi nikdy nebude opakovat. Nejdříve jsem pracoval na analýzách a nemocničním informačním systému, později jsem byl jmenován technickým ředitelem. Od 1. 2. 2007 jsem se stal předsedou představenstva Nemocnice Tábor a.s..

Jak ale píší noviny, ne všichni Táborští jsou na vaší straně.

Nedivte se. Od sametové revoluce se třikrát změnil majitel nemocnice a ředitelé se tu střídali příliš rychle. Někdy i tři za pouhý rok. A když vzpomenu na obavy zaměstnanců z akciové společnosti v Táboře, pak jsou stejné, jako byly v Českých Budějovicích v roce 2004.

V regionálním tisku sice sem tam čtu kritiku, ale mnohem častěji informace o bouřlivém stavebním rozvoji tábořské nemocnici a o nákupu nových přístrojů. Jaké jsou vaše nejbližší plány?

„ŘEDITEL NENÍ ANI SVATÝ, ANI PÁNBŮH ... ale bere na sebe odpovědnost. Všem proto vtlučím do hlavy, že jsme tým, kde má každý svůj úděl. Medicínské věci musí posuzovat doktoři, hospodaření ekonomové, techniku inženýři. Nemocnice není jiný svět, vítězí tu rozum jako v každé jiné branži.“

Řekl mi ing. Ivo Houška, MBA při návštěvě Nemocnice Tábor, a. s., kterou jako předseda představenstva vede.

Pane inženýre, vy jste vystudovaný strojař z pražského Českého vysokého učení technického. Podle toho, že hrajete squash, tak oplýváte zdravím. Jak jste se dostal k medicíně?

Přes výpočetní techniku. Když jsem po absolvování vysoké školy dělal tři roky v konstrukci Motoru Jikov, asi by mě další kariérní postup samotného překvapil. Pracoval jsem posléze pro soukromou firmu, která zajišťovala software pro mnoho privátních lékařů, poliklinik i nemocnic. Před dvanácti lety, když jsem pracoval jako ředitel Polikliniky JIH v Českých Budějovicích, jsem se zapojil do vzdělávacího projektu HOPE, kde také

Největším soustem je přístavba pavilonu akutní medicíny a porodnice za 194 mil. Kč a rekonstrukce operačních sálů za 112 mil. Kč. To vše za plného provozu. V obou akcích je zahrnuto cca 90 mil. Kč do přístrojového vybavení.

Chceme, aby úroveň odpovídala 21. století - tedy samostatné pokoje s vlastním sociálním zařízením, možnost trvalé přítomnosti otce. Televize, lednice jako standard. V téže budově bude nové anesteziologicko-resuscitační oddělení, chirurgické a ortopedické ambulance. Cesty se přestanou křížit, transfer těžce zraněných s pacienty, čekajícími na banální ošetření. K oběma akcím nám výrazným podílem přispěly evropské fondy (109 mil. Kč), státní rozpočet (72 mil. Kč), finanční prostředky Jihočeského kraje (91 mil. Kč) a zbytek jsou naše vlastní zdroje (34 mil. Kč).

S tím se však nespokojíte, co rok 2009?

Pracujeme na přípravě totální rekonstrukce lůžkové části chirurgických oborů. Představte si, že je to tady v původní podobě z roku 1940, z poloviny i včetně oken.

Stýská se vám po Českých Budějovicích?

Protože jste mě nedávno po ránu potkala, jak jdu českobudějovickou nemocnicí s nostalgickým výrazem, tak je odpověď asi jasná. A také v některých věcech zavádím budějovický model, například v přečíslování vnitřních linek podle logického jednotného systému, kdy každé oddělení má svá čísla, začínající stejným dvojčíslem. Jednoduše řečeno, proč bychom měli v tábořské nemocnici experimentovat ve věcech, které jsou již vyzkoušené v budějovické.



Dva protiklady: „Oči tábořské nemocnice“, jak říká předseda představenstva dvojici oken v budoucích pokojích porodnice třetího tisíciletí, shlížející na Tábor a vstup do podzemního bunkru téže budovy, kde se dodnes zachovala elektrocentrála. Jednou sem pozvou s chutí milovníky historie. Zatím suterén čeká na totální rekonstrukci, aby mohl sloužit zaměstnancům.

CO PLATNO ČLOVĚKU, KDYBY CELÝ SVĚT ZÍSKAL, A NA DUŠI SVÉ ŠKODU UTRPĚL

MUDr. Vladimír Chodura, CSc.



Na rozhovor s emeritním primářem psychiatrického oddělení dr. Chodurou jsem byla zvědavá - přiznávám. Jaký je syn skvělého hudebního pedagoga, skladatele a sbormistra Jihočeského pěveckého sdružení prof. Františka Chodury, kterého jsem mnohokrát sledovala na pódiu?

Bohužel, co se týká hudby, tak jsem talent po svém otci nepodědil. Takže si budeme musit povídat spíše o mém oboru - o psychiatrii.

Ráda. Avšak psychiatrie prý podle zlých jazyků není obor, ale diagnóza?

A také se říká, že psychiatrem se stává ten, kdo si neví sám s sebou rady. Poznal jsem za svou praxi stovky psychiatrů a procento podivínů je v nich zcela stejné jako v jiných profesích. Druhý mýtus je, že psychiatr vidí v každém blázna. Opak je pravdou: psychiatři mají mnohem větší toleranci k tomu, co je norma. My nemáme příliš rádi slovo normální. Co to je normální? Zubní kaz je z fyziologického hlediska nenormální, z hlediska statistiky

je - normální. Takže je na místě spíše držet se hranice patologické versus fyziologické.

Údělem psychiatra je samozřejmě zabývat se patologickými jevy. Co člověka vede k povolání, kde se setkává častěji nežli jinde s neštěstím?

U mě to bylo tak, že jsem během studií lékařství v Plzni fiškusoval na psychiatrii u pana profesora Vencovského a už jsem u ní zůstal. Když jsem v roce 1962 promoval, tak jsem nastoupil jako sekundář do Dobřan. V polovině šedesátých let jsem se dozvěděl, že primář dr. Klen staví v Českých Budějovicích velký psychiatrický pavilon, kde mělo být místo původních pětadvaceti lůžek 145 míst. Tím samozřejmě nastala potřeba atestovaných psychiatrů a já si nenechal ujít příležitost u rozvoje oddělení být. V srpnu 1966 už jsem s kolegy stěhoval psychiatrické oddělení z interny do nového. Tehdy jsem ovšem netušil, že s tímto oddělením spojím svůj život na dalších třicet dva let, když nepočítám posledních deset roků, kdy jsem si tady nechal už jen jeden klinický den.

Nikdy jsem toho kroku nelitoval, protože jsem se v Budějovicích setkal s velice vzácně se vyskytující kolegiální, a to je ještě slabé slovo, vstřícných a příjemných spolupracovníků. Snad to bylo dáno osobností primáře Arnošta Klena, starého, moudrého a tolerantního pána. Mimo jiné veterána od Tobruku. Když jsem sám byl v letech 1983-1998 primářem, oceňoval jsem, jak dokázal dát lékařům svou plnou důvěru a vést je na vědecké dráze.

Co se stalo vaším vědeckým zájmem?

Schizofrenie, afektivní poruchy a psychoterapie neuróz. V tom posledním jsme byli v Českých Budějovicích na špici vývoje. Uvědomte si, že až do osmdesátých let nebyla psychofarmaka zdaleka tak běžná, jako nyní. Pravda, na začátku mé kariéry už existovala první generace neuroleptik a antidepresiv, ovšem s mnoha vážnými vedlejšími účinky. My jsme tedy neurózy zvládali jen skupinovou terapeutickou léčbou. V tom jsme byli úspěšní.

Českobudějovická nemocnice měla ovšem ještě jeden primát, už v padesátých letech tady kolegové pochopili, že lůžková psychiatrická péče se dá dělat jen s propojením dalších

oborů, například neurologií, radiologií, internou. To je velký klad nemocniční péče ve srovnání s prostředím psychiatrických léčeben, které bývají od medicíny izolované.

Mou nejužší specializací bylo katamnestické sledování psychogenních psychóz po náhlém psychickém ořesu. To jsou velmi vzácné jevy, se kterými se lékař během dlouhých let setká jen v ojedinělých případech, v pár desítkách za život. Ale věnoval jsem se psychiatrii i na širším poli, takže mám na kontě přes třicet publikací.

Vy jste byl primářem v letech, o kterých řada lidí ví, že v nich byla psychiatrie zneužívána proti „nepřátelům“ režimu. Zažil jste to i tady?

Samozřejmě, že jsme také čelili manipulativním tlakům. Na téměř pravidelnou žádost zdravotního odboru KNV, nikoli StB, abychom hospitalizovali osoby, jež by mohly třeba narušit 1. máj, tak na tuhle „ouřední“ povinnost jsme nereagovali a konali dle svého nejlepšího lékařského svědomí. Budiž řečeno, že v tomto nám kryl záda ředitel nemocnice MUDr. Slanina, který se choval také jako doktor.

Samostatnou kapitolou byl tehdejší náhled na psychiatrii jako vědecký obor. Ta byla, hlavně pak psychoanalýza a psychoterapie, považovaná za nějakou buržoazní židovskou pavědu. Vadilo, že nad psychikou není plná kontrola a kdoví, co by se na psychoterapeutických skupinách mohlo probírat, co by se tam mohlo dít.

My jsme ovšem měli velký hlad po literatuře. Zahraniční bylo prachmálo, v češtině bylo k dispozici pár titulů. Všichni jihočeští psychiatři jsme se tehdy domluvili s docentem Balcarem, který na tom byl v Praze přece jenom lépe, že vždycky přijede na týden a udělá s námi nácvik některé psychoterapeutické techniky. Přesto že to vůbec nebylo oficiální, dělo se tak po deset roků, až do devadesátého druhého.

Lze říci, že psychiatrie odráží změny ve společnosti více nežli jiné medicínské obory?

Je to tak, že když na společnost zesílí ekonomický tlak, zvýší se počet neurotických poruch a psychóz. Musím ale říci, že adaptace lidí po roce 1989 byla mnohem snazší nežli po osmašedesátém. Komunisti sice šli z funkcí, ale ne k lopatě.

Jak jsou na tom s běsy sami psychiatři?

Denní konfrontace s lidským neštěstím, umíráním, zlobou samozřejmě není snadná. Obranou je stabilita na třech nohách. Jednou „nohou“ je zájem o obor, musí vás prostě těšit. Druhou je rodinné zázemí. Tady jsem měl štěstí, s manželkou lékařkou jsme nikdy na medicínu nenadávali, koneckonců z našich tří dětí je jedna dcera endokrinoložka a syn je oftalmolog.

A ta třetí noha se hledá podle mé zkušenosti až kolem pětatřiceti let věku. Když už člověku ubývá testosteronu a pocit úspěšnosti už není tak prvořadou potřebou jako u mladších mužů. Pro mě se tou třetí nohou stabilního postoje k životu stala amatérská botanika.

Takže Zahradníkův rok je vaše nejoblíbenější četba?

Nemám ani tak slabost pro klasickou zahradu, ale spíš pro kaktusy, sukulenty, bonsaje a dendrologii. Dostal jsem se k tomu vlastně shodou okolností díky jednomu ze svých pacientů.

Dostal se k nám v akutním nebezpečí sebevraždy po úmrtí své ženy. V tomhle případě se nedalo dělat nic jiného, nežli sedět a poslouchat, to se tak někdy psychiatrům přihodí. Tady byla veškerá psychoterapie nanic. Po čtyřech zoufalých dnech požádal ten pán o propuštění, že musí domů ke kytkám. Když někdo začne plánovat, víte, že už má nejhorší za sebou. Pak mi přinesl jako poděkování kaktus. Za pár dní se na něm objevil zlatožlutý květ. To byla taková krása, že mi nedalo, nežli se o něj začít starat. Ponořil jsem se do knížek a kaktusům jsem propadl. Když jsem někdy pak přišel z nemocnice „celej ošoupanej“, jak se dnes říká vyhořelý, tak jsem si šel zahořet do hlíny. Nabádám kolegy, aby nezanedbali postavit něco proti profesi, něco, kde se neumírá.

I psychiatr se tedy může zhroutit?

Zhroutit ano, to se může každý. Zbláznit se, to už není dostupno každému. Na někom můžete dříví štípat, jinému ke zhroucení stačí podnět a genetická dispozice. Když chcete dělat psychoterapii jiných lidí, musíte být schopen udělat ji také sám sobě.

Dnes přece vše zachrání tabletky...

V tom vidím největší kámen úrazu dnešní psychiatrie. Ta už začíná být svým způsobem deformovaná tlakem farmaceutických firem, vyrábějících antidepresiva. Protože je může předepisovat kdekdo, nerozeznává se na odborné úrovni, zdali jde o fyziologický smutek nebo patologickou depresi, kde je léčba těmito léky na místě. Důsledkem šikovných marketingových akcí, během nichž je jasné cui bono, je strmý nárůst medikace. Přitom počet patologických depresí je v čase konstantní. Ano, stoupá počet zneurotizovaných lidí, které tableta utvrdí v tom, že stačí polknout a nemusí nic dělat. Jenže... princip civilizace spočívá v nutnosti o něco se snažit a teprve poté mohu mít slast. Nejdřív potím krev a pak vyhraju. My nyní zažíváme atmosféru tady a teď, tak si píchnu heroin, spolknou tabletu... Pokud psychiatři podlehnou této šalivé léčbě, bude to cesta do pekel.

Na druhé straně se díky lékům třeba konkrétně v českobudějovické nemocnici snížil počet hospitalizovaných.

Ano, dnes řadu potíží zvládají ambulantní lékaři. Ale to neodporuje výše řečenému. Dobrý psychiatr i nadále musí jít dál do nitra člověka, nežli lékaři jiných specializací. My se prostě dozvídáme o člověku víc jako o osobnosti. I když například onkologové mají s námi většinou stejně zvýšenou schopnost soucítění s pacienty. Oba tyto obory jsou až příliš často postaveny před skutečnost, že nemůžeme vyléčit, ale v nejlepším případě jen tlumit příznaky těžké nemoci a učit člověka žít s jeho hendikepem. Znamená to ponořit se u pacienta do jeho hodnot, zvyklostí, nenávisí i lásek. Psychiatrie je hodně závislá na osobní zkušenosti. Má blízko k umění, o psychopatologii se mnohdy dozvíte více z krásné literatury nežli z učebnice. Román je z hlediska psychiatrie živá příroda, mezi ním a učenou knihou je často stejný rozdíl jako mezi vycpaninami v muzeu a zpívajícími ptáky.

Foto a text PhDr. Marie Šotolová

ŘÍZENÍ KVALITY A BEZPEČÍ POSKYTOVANÉ PÉČE V NEMOCNICI ČESKÉ BUDĚJOVICE, A. S.

MUDr. Jozef Filka, CSc.



Zahraniční studie, které probíhají od konce osmdesátých let minulého století, ukazují, že u přibližně 10 % hospitalizací dochází k poškození pacientů. V České republice dosud žádná studie výskytu nežádoucích událostí neproběhla. Za těchto podmínek lze předpokládat, že výskyt nežádoucích událostí bude v ČR stejný, nebo spíše o něco vyšší, než je uváděných deset procent. Problematika zvyšování bezpečí pacientů je celosvětovým problémem. Na summitu členských států Evropské unie v dubnu 2005 byla schválena tzv. Lucemburská deklarace k bezpečí pacientů (Luxembourg Declaration on Patient Safety), jejíž součástí jsou doporučení pro postupné přijímání různých opatření ke zlepšení bezpečí pacientů v podmínkách zdravotnických zařízení. Jde například o to umožnit pacientům úplný a volný přístup k informacím, zavést systém hlášení nežádoucích událostí a nedokonaných pochybení, postupně zavádět procesy v oblasti řízení rizik ve zdravotnictví - mj. vytvářením algoritmů a indikátorů kvality v rámci systému externího hodnocení kvality, vytvářet prostředí, kde jsou chyby využity k poučení, nikoli k svalování viny a hanby i k trestání „pachatelů“.

Zdravotnické organizace musí čím dál tím víc - s ohledem na měnící se potřeby a očekávání pacientů, na konkurenční tlaky a technický pokrok - neustále zlepšovat své služby.

Výsledkem této snahy je spokojený pacient.

Ke zkvalitňování léčebné a ošetrovatelské péče i ke zvyšování bezpečí pacientů ve zdravotnických zařízeních slouží **systémy řízení kvality**, založené buď na certifikaci dle normy ISO 9001, nebo na akreditaci: v ČR podle akreditačních standardů Spojené akreditační komise ČR.

Jedním ze systémů řízení kvality, vedoucí organizace k excelenci, kvalitě a ekonomické výkonnosti, je systém managementu kvality podle normy **ISO 9001**. Jeho páteří jsou procesní řízení, zaměření na zákazníka a zaměstnance, dokumentace a kontinuální zvyšování kvality. Je zapotřebí si uvědomit, že certifikace podle ISO 9001 není posudek odborné způsobilosti. Vysoká odborná úroveň lékařů a ostatního zdravotnického personálu je považována za samozřejmost a posoudit ji mohou jen akreditační orgány. Ve zdravotnictví se tento systém řízení kvality uplatňuje hlavně v laboratořích, lékárně, stravovacím provozu, prádelně apod.

Proces v každém zdravotnickém zařízení se musí hodnotit od okamžiku, kdy se pacient dostane do kontaktu s nemocnicí nebo jinou klinikou, přes vlastní poskytování lékařské péče až do momentu, kdy ji opouští. Je třeba stanovit, jak je řízeno, že bude pacientovi stanovena správná diagnóza nebo podány optimální léky. Nedílnou součástí dobře fungujícího systému managementu ve většině zdravotnických zařízení musí být i správné řízení procesů spojených s ubytováním a stravovacím zázemím.

Stejně tak je zapotřebí zajistit, že pacient dostane i správnou a tolik potřebnou sociální podporu: tzn., že bude zabezpečena správná komunikace a péče o jeho emoce, jakož i způsob poskytování následné péče po propuštění domů.

Pokud jsou požadavky normy ISO 9001 správně aplikovány, v celém procesu jsou eliminovány chyby. Jedním z nástrojů normy ISO 9001 pro zjišťování případných nedostatků je systém interních auditů, odhalujících všechny odchylky od požadovaného stavu. Ty musí být nejen odstraněny nápravným opatřením, ale i formou preventivních opatření tak, aby se stejný problém již nevyskytl.

V certifikované zdravotnické organizaci je zaveden systém řízení dokumentace, tzn., že je přesně definováno, jakou formální úpravu má každý dokument, kolik kopií je vydáno, kde jsou umístěny, kdo je zpracoval, zkontroloval a schválil a jak často bude revidován. Změny a aktualizace této dokumentace se evidují. Personál musí prokazatelně znát každý dokument, který se týká přímo nebo nepřímo jeho práce. Pacient má tak záruku, že na každém oddělení budou dokumenty, podle kterých personál pracuje a které obsahově zná. Základním požadavkem certifikované i akreditované zdravotnické organizace je vytýčení dlouhodobé strategie a určení cílů. Tyto cíle by měly být rozpracovány i na úroveň jednotlivých oddělení. Strategie je důležitá zejména tehdy, panují-li v resortu nepříznivé podmínky. Pomůže totiž zdravotnické organizaci přežít.

Principy akreditace nemocnic podle standardů Spojené akreditační komise ČR jsou velmi podobné, nebo i shodné s principy normy ISO 9001. Standardy se však zaměřují na odborné otázky v oblasti poskytování léčebné i ošetrovatelské péče, přitom ale formální požadavky jsou velmi podobné normě ISO 9001. Vycházejí z předpokladu, že málokterý proces ve zdravotnickém zařízení proběhne podle předem připraveného plánu. Příčinou je složitost obrovského „mraveniště“, jakým je nemocnice. Široké spektrum odborníků, lidských povah, atmosféra často nabitá emocemi a stresem, přetížení zdravotnického personálu, složitost moderních diagnostických a terapeutických technologií, nedostatek finančních prostředků a lidských zdrojů, to jsou pouze některé důvody, proč je zdravotnické zařízení obrovským inkubátorem podporujícím existenci a růst rizik.

Medializace řady problémů českého zdravotnictví týkajících se bezpečí péče představuje v poslední době vážnou výzvu pro všechny typy zdravotnických zařízení soustředit se také na oblast řízení rizik. Akreditační standardy vyžadují v oblasti poskytování zdravotní péče nejen kvalitu, ale i její bezpečnost včetně řízení bezpečnosti informací. Jsou také zaměřeny na oblast personálního managementu, vzdělávání personálu, velká část jich je

věnována kvalitě zdravotnické dokumentace, ale i kvalitě zázemí, v kterém je zdravotní péče poskytována.

Důležitou část akreditačních standardů tvoří řízení rizik. Cílem programu řízení rizik je snížit možnost výskytu těch nežádoucích situací, které by mohly jakýmkoliv způsobem poškodit zdraví pacienta či zaměstnance, majetek nemocnice nebo její pověst. Jde také o prevenci finančních ztrát, především těch, které jsou spojeny s nekvalitou, popřípadě s rizikem nákladných a vleklých soudních sporů. Řízení rizik spočívá v jejich identifikování, vyhodnocování a řešení potenciálních nebo aktuálních rizik, které mohou být zdrojem zranění, finanční ztráty nebo ztráty dobré pověsti nemocnice.

Otázky kvality a bezpečnosti se v akreditačních standardech Spojené akreditační komise ČR prolínají, přičemž specifické standardy se zaměřují na rizika medikačního procesu, stravovacího provozu, nozokomiálních infekcí, na pozitivní identifikaci pacienta, zdravotnickou dokumentaci, likvidaci odpadů nebo na důležitost informovaných souhlasů a zdůrazňují potřebu prohloubit komunikaci zdravotníka s pacientem za účelem jeho důkladné informovanosti. Jedním z důležitých rizik je únik informací, kde se většinou jedná o citlivá data o pacientech. Touto oblastí se zabývá norma **ISO 27001**. Cílem zavedení systému řízení bezpečnosti informací podle normy ISO 27001 je zabránit neoprávněnému nakládání s informacemi ve všech formách jejího výskytu, zajistit jejich dostupnost a integritu nutnou k podpoře poskytování komplexní zdravotní péče. Tato opatření omezí možné komplikace činnosti nemocnice následkem bezpečnostních incidentů a přispějí tím k zachování jejího dobrého jména. Certifikace nemocnice podle normy ISO 27001 je tedy velmi důležitým doplněním akreditačních standardů Spojené akreditační komise ČR.

Vedení naší nemocnice po důkladné rozvaze rozhodlo o tom, že řízení kvality bude směřovat jak k získání akreditace podle akreditačních standardů Spojené akreditační komise ČR, tak i k získání certifikace podle normy ISO 27001.

ZAVÁDĚNÍ SYSTÉMU ŘÍZENÍ RIZIK BEZPEČNOSTI INFORMACÍ V NEMOCNICI ČESKÉ BUDĚJOVICE, A. S.

RNDr. Miroslav Kobr, CSc.



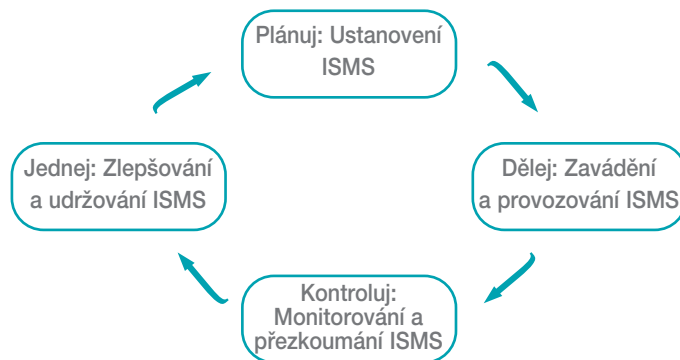
V květnu tohoto roku začaly v českobudějovické nemocnici práce na implementaci systému řízení bezpečnosti informací dle mezinárodní normy ČSN ISO/IEC 27001. Na implementaci spolupracuje firma HEXPERT a.s., která má již s obdobnými projekty potřebné zkušenosti.

Co vedlo nemocnici k rozhodnutí zahájit takový projekt? Proces rychlého nástupu informačních technologií do denní činnosti zdravotnických zařízení s sebou přináší i nové druhy rizik, kterých si zaměstnanci nemusí být vždy vědomi. Důsledkem je, že se problémy z oblasti bezpečnosti informací začnou řešit až ve chvíli, kdy dojde k prvnímu bezpečnostnímu incidentu a s ním souvisejícím ztrátám. Teprve potom se zkoumají jeho příčiny a přijímají rozhodnutí, jak se v budoucnu potíží vyhnout.

K tomu, aby mohl management nemocnice takovým situacím předejít, zavádí shora uvedený Systém řízení rizik bezpečnosti informací, dále jen ISMS (Information Security Management System). Jeho hlavním účelem je zavedení mechanismů a postupů pro trvalé řízení bezpečnosti informací. Vzhledem ke složitosti současných informačních systémů a jejich provázanostem by přijetí pouze jednorázových opatření postupem času rychle ztrácelo na své účinnosti.

Norma ČSN ISO/IEC 27001 je založena na aplikaci modelu známého jako Plánuj-

Dělej-Kontroluj-Jednej - PDCA (Plan-Do-Control-Act). Při použití autory normy má model tuto podobu:



Vstupem pro ISMS jsou na jedné straně požadavky na zajištění bezpečnosti informací a očekávání jejich naplnění, výstupem ISMS je pak na straně druhé řízená bezpečnost informací.

Prvními kroky fáze „Plánuj“ je stanovení rozsahu a hranic ISMS, tj. vymezení oblasti jeho působnosti a vydání Politiky ISMS, která je rámcovým dokumentem stanovujícím cíle ISMS a hlavní zásady v oblasti ochrany informací.

Mají-li být rizika bezpečnosti informací v nemocnici řízena, musí se identifikovat a ocenit jejich úroveň. Nezbytnou součástí fáze „Plánuj“ je proto vhodná metoda analýzy rizik, jimž jsou informace nemocnice vystaveny. Jejím úlohou je ocenění rizik, jež vznikají působením existujících hrozeb na zranitelnosti informačních systémů nemocnice. Informačními systémy se přitom nerozumí jen ty, které nakládají s elektronickými informacemi, ale i takové, které zahrnují listinné dokumenty. Je třeba nalézt všechny hrozby reálně působící na informační systémy a příslušné zranitelnosti těchto systémů, jichž mohou tyto hrozby využít. Vzhledem k množství spolupůsobících faktorů nejde o jednoduchý problém. Příklady hrozeb jsou např. požár, krádež, počítačové viry, porucha hardware apod. Pokud jde o zranitelnost, není např. zdravotnická dokumentace v listinné podobě nijak zranitelná, pokud jde třeba o počítačové viry. Informační aktiva obsažená např. na notebooku v otevřené podobě (tj. nezašifrovaná) vůči hrozbám jako krádež či ztráta určitou nezanedbatelnou zranitelnost naopak vykazují.

Po identifikaci potenciálních hrozeb musí být odhadnuta pravděpodobnost jejich uskutečnění respektive četnost jejich působení a možná zranitelnost informačních aktiv, tj. % aktiv, jež je dotčeno, pokud se daná hrozba uskuteční. Příkladem hrozby s našťěstí s nízkou četností je třeba požár, který zpravidla zničí všechna aktiva v místě, kde k němu dojde, nebyla-li přijata potřebná protipatření, tj. zranitelnost aktiv je 100 %. Příkladem hrozby s velkou četností výskytu jsou počítačové viry, zejména uvažujeme-li o jejich šíření prostřednictvím e-mailů.

Po analýze rizik je při implementaci ISMS nutno navrhnout vhodná protipatření k eliminaci či zmírnění nalezených rizik. Opatření jsou vybírána z přílohy A normy ČSN ISO/IEC 27001, která je členěna do následujících 11 kapitol:

A.5	Bezpečnostní politika
A.6	Organizace bezpečnosti informací
A.7	Řízení aktiv
A.8	Bezpečnost z hlediska lidských zdrojů
A.9	Fyzická bezpečnost a bezpečnost prostředí
A.10	Řízení komunikací a řízení provozu
A.11	Řízení přístupu
A.12	Akvizice, vývoj a údržba informačních systémů
A.13	Zvládání bezpečnostních incidentů
A.14	Řízení kontinuity činností organizace
A.15	Soulad s požadavky

Pokud nelze eliminovat všechna rizika těmito opatřeními, budou v případě potřeby doplněna o další vhodná opatření s využitím doporučení např. ISO TR 13335.

Prvým krokem další etapy „Dělej“, jež probíhá v nemocnici do prosince, je tvorba plánu zvládnutí rizik, jehož součástí budou rozhodnutí o způsobu nasazení jednotlivých opatření. Cílem je nalezení optimálního poměru mezi možnými ztrátami způsobenými narušením bezpečnosti informací v nemocnici a náklady vynaloženými na vhodná opatření, vedoucí k zamezení těmto ztrátám. Ne vždy je potřebné a účelné omezit rizika úplně, a protože mnohdy může být dané riziko zmírněno více způsoby s odlišnou ekonomickou náročností, otevírá se prostor pro přijatelné řešení jak z hlediska ekonomického, tak se zřetelem k bezpečnosti informací. Navržená opatření nemusí rizika vždy zcela potlačit, ale omezit je na přijatelnou úroveň tak, aby odpovídala stanoveným kritériím. Rozhodnutí o kritériích pro akceptaci rizik a přijatelné úrovni rizika přísluší v rámci ISMS vedení nemocnice. Výjimkou jsou případy, kdy je zavedení určitých opatření stanoveno zákonem, který zpravidla pokutuje ve správním řízení jejich opomenutí.

Nedílnou součástí plánu zvládnutí rizik je vyčlenění potřebných zdrojů pro implementaci příslušných bezpečnostních opatření a provoz ISMS vedením nemocnice. Dále jsou stanoveny priority při řízení rizik a způsoby i časové termíny implementace jednotlivých opatření včetně určení konkrétních odpovědností za provoz ISMS v rámci organizační struktury nemocnice.

V rámci této druhé etapy ISMS budou postupně vyškoleni zaměstnanci nemocnice, jejichž motivace a pozitivní přístup k zavedení a provozu ISMS je pro úspěch projektu klíčový. Nemocnice působí v určitém legislativním prostředí, které učinilo pacienta rozhodujícím činitelem, pokud jde o přístup k jeho zdravotním záznamům a manipulaci s nimi. Vynikající medicínské výsledky nemocnice mohou být mediálně zastíněny incidenty v oblasti bezpečnosti informací. Úskalím při motivaci zaměstnanců bývá to, že řada bezpečnostních opatření se může jevit jako určitá komplikace provozu.

Jako součást provozu ISMS dojde k měření účinnosti jednotlivých opatření a budou navržena vhodná kritéria potřebná k objektivnímu hodnocení efektivity ISMS a shromažďována potřebná data k vyhodnocení těchto kritérií. Na základě těchto měření a stanovených kritérií bude v další etapě „Kontroluj: Monitorování a přezkoumávání ISMS“ vyhodnoceno, nakolik byla splněna očekávání spojená s implementací ISMS. Dalším úkolem bude případné nalezení cest, jak zlepšit účinnost ISMS a popř. zefektivnit jeho provoz jak po stránce zabezpečení informací, tak po stránce ekonomické. Nezbytnou součástí této etapy jsou také interní audity ISMS prováděné na základě schváleného harmonogramu.

Náplní poslední fáze prvního cyklu ISMS „Jednej: udržování a zlepšování ISMS“ je zavedení zlepšení navržených a schválených v předchozí etapě, uskutečnění potřebných nápravných a preventivních opatření apod. Po ukončení poslední etapy bude následovat certifikační audit a celý cyklus Plánuj-Dělej-Kontroluj-Jednej se bude znovu opakovat.

Při těchto opakováních se na základě získaných výsledků a podle ekonomických možností zpravidla kritéria pro akceptaci rizik zpřísňují a úroveň zabezpečení informací se tak postupně zvyšuje. Smyslem opakování je kromě působení zahrnutých zpětných vazeb a implementace navržených zlepšení ISMS zejména reakce na změny informačních systémů nemocnice, případné organizační a alokační změny a změny vnějšího prostředí.

RNDr. Miroslav Kobr, CSc., je vzděláním fyzikální chemik. Deset let se však již věnuje poradenství v oboru bezpečnosti informací a je nositelem příslušných certifikací. Mimo jiné se podílel na Zavedení bezpečnostní politiky ve Všeobecné zdravotní pojišťovně, na tvorbě Systému řízení bezpečnosti informací pro Ministerstvo spravedlnosti ČR a na Realizaci opatření k uplatnění bezpečnostní politiky vyhlášené stockholmským ústředím skupiny Skanska v ČR a SR.

PRVNÍ ZKUŠENOSTI AUDITORŮ ČESKOBUDĚJOVICKÉ NEMOCNICE

Mgr. Jiřina Otásková, MBA



Audity ve zdravotnictví jsou nepostradatelnou součástí měření kvality péče ve zdravotnickém zařízení. Analyzují oddělení, práci sester, programu či organizace tým, že porovnávají data a hledají shodu nebo neshodu mezi tím, co bylo naplánováno, a tím, co bylo dosaženo. Odkrývají problémové oblasti, které vyžadují pozornost. Poukazují na úspěchy, které mohou pomoci ostatním. Audity se netýkají pouze sester nebo lékařů, ale všech zaměstnanců zdravotnického zařízení. Mohou se týkat kvality poskytované péče, dokumentace, kvality práce ošetrovatelského týmu nebo ostatních oblastí ve zdravotnickém zařízení.

Co je to vlastně ošetrovatelský audit? Definic může být mnoho. My si můžeme představit audit jako systematické vyhodnocování ošetrovatelské praxe s cílem zlepšit kvalitu ošetrovatelské péče. Audit je založen na profesionálních standardech a má za úkol zjistit, jak dalece se ošetrovatelský proces - neboli péče o pacienta, práce nebo výkony sestry těmito standardy řídí nebo se s nimi ztotožňuje.

Cílem auditů je odhalit možné oblasti, kde je potřeba důsledněji dodržovat standardy ošetrovatelské péče, odůvodnit náklady na personální a materiální zdroje, dále je to sledování efektivity péče, podpora kritického myšlení směřující u sester k analýze vlastní práce a skutečných potřeb pacientů k dosažení optimálního poskytování ošetrovatelské péče.

Audity dělíme na interní a externí. Interní audit je prováděn v rámci daného oddělení a zdravotnického zařízení. Externí audit je prováděn různými kontrolními orgány mimo zdravotnické zařízení.

V naší nemocnici jsme se rozhodli, že ke standardům ošetrovatelské péče budeme provádět interní audity. Pokud se rozhodnete pro takto velkou akci, je nutné připravit určitá kritéria (stejná), dle kterých se musí vybraní auditoři řídit. Z těchto důvodů byl svolán informativní seminář, kde zazněla jednotná metodika k provádění auditů, která je následující:

- a) Oznámení o auditu na daném oddělení proběhne týden před jeho provedením
- b) Dokumentace k auditu:
 - 1) „Kontrolní kritéria k auditu“ - pro daný standard,
 - hodnocení 1, 2 je hodnocením jednoho a druhého pracovníka (2 sestry), dokument podepíše mimo auditora i vedoucí pracovníci oddělení
 - zaznamenat součty získaných bodů
 - na oddělení tento dokument nesmíme ponechat
 - 2) „Protokol k provedenému auditu“ - vypisuje auditor, vždy po ukončení auditu, nesmí chybět podpisy zúčastněných
 - 3) „Navržená nápravná opatření“ - vyplňuje vrchní nebo staniční sestra stanice, kde byl audit prováděn, v případě zjištěných nedostatků zde vedoucí pracovníci zdůvodní pochybení.
 - 4) „Kalendář plánovaných ošetrovatelských auditů“ - vypracuje každý auditor, měl by čtvrtletně provést audit na deseti odděleních = 10 auditů (na oddělení o více stanicích je audit proveden na jedné stanici, volba stanice závisí na auditorovi).
 - 5) Seznam auditorů bude k dispozici na intranetu, dále zde auditoři získají „Protokol k provedenému auditu, Navržená nápravná opatření, Kalendář plánovaných ošetrovatelských auditů“.

- c) Pokud bodové hodnocení pracovníka klesne pod 16 bodů (z celkového počtu 19), bude do 30 dnů proveden nový audit na dané stanici (nemusí se týkat konkrétní pracovníce, která nesplnila kritéria).
- d) Auditor provádí audity za stejných kritérií na všech odděleních nemocnice.
- e) Při provádění auditu dbejte na zajištění diskretnosti a objektivnosti.

Nyní se budeme věnovat již číselným údajům.

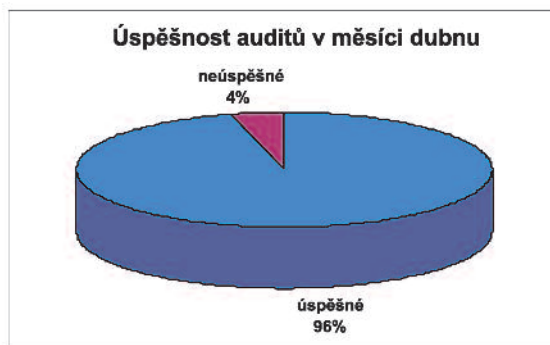
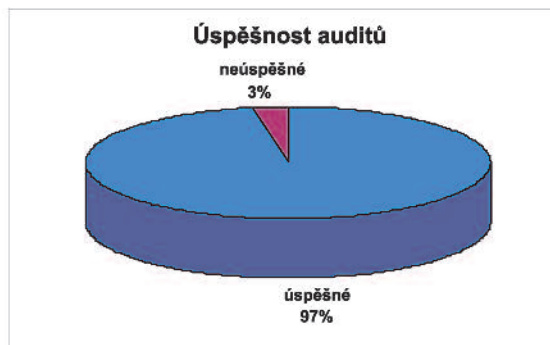
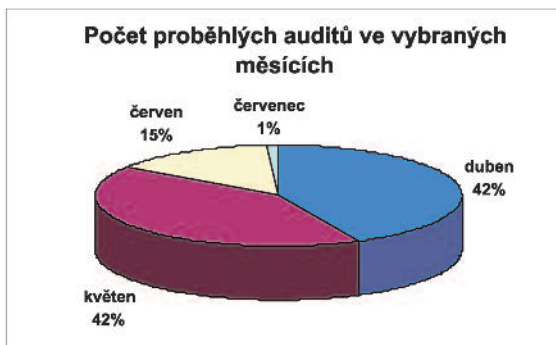
Od dubna do července, to jsou čtyři měsíce, bylo provedeno celkem **284** auditů na čtyřiceti odděleních, zaměřených na oblast ošetrovatelské péče: to znamená dodržování standardů ošetrovatelské péče závazných pro naši nemocnici. Odpovědi na otázky, na které se auditori ptali, získávali pracovníci ve standardech ošetrovatelské péče. Kontrolní kritéria auditu byla připravena pro 26 standardů ošetrovatelské péče. Pro přehled uvádím, že z celkového počtu 284 auditů nezískalo plný počet bodů 8 ošetrovacích stanic viz graf č. 2.

V dubnu bylo provedeno 117 auditů, plný počet bodů nebyl dosažen v 5 auditech (4 %).

V květnu bylo provedeno 114 auditů, plný počet bodů nebyl dosažen ve 3 auditech.

V červnu bylo provedeno 40 auditů a v červenci 3 audity a pracovníci na ošetrovacích stanicích získali plný počet bodů.

Závěrem lze konstatovat, že audity splnily očekávání. Zpětnou vazbou, což je jeden z nejdůležitějších kroků, zda se sestry zabývají novými technikami a výkony poskytované péče, publikovanými ve standardech ošetrovatelské péče naší nemocnice, jsme získali kladnou odpověď.



PANDEMICKÝ PLÁN NEMOCNICE

prim. MUDr. Václav Chmelík, MUDr. Iva Šípová

Základní příkaz dnešní doby v péči o nemocné je kvalita a bezpečí. Zvyšování bezpečí v nemocničním prostředí podporuje systém dílčích opatření, která jsou vedena jednotným a srozumitelným programem. Tento program má vést k vytvoření pracovních návyků, důslednému užívání pomůcek a postupů, jež snižují pravděpodobnost nákazy v nemocničním prostředí. Je ale také nutné předvídat možné mimořádné události, jako je import vysoce nebezpečné nákazy či vznik epidemie či pandemie. Připravenost musí být jak morální (schválené postupy, edukace, motivace, psychická připravenost), tak materiální (nezbytné pomůcky, léčiva, zásoby materiálu pro případ krize).

Obě posledně zmíněná nebezpečí jsou v celém světě velmi aktuální. Evropské země věnují velkou pozornost přípravě na takovou situaci. Jako reakce na nebezpečí nové pandemie chřipky si země, regiony a instituce připravily pandemické plány a země Evropské unie vynakládají značné prostředky na nákup prepandemické vakcíny, rezervovaly si kapacity farmaceutického průmyslu na výrobu pandemické vakcíny, zakoupily i zásoby virostatik, především Tamiflu. Většina vyspělých zemí tyto produkty připravuje pro 100 % své populace.

V naší zemi vzbudila chřipka mediální zájem před pěti lety. Od té doby někteří lidé pozapomněli a mají dojem, že když pandemie nepřišla, byl to jen falešný poplach. Je to velký omyl. Nebezpečí pandemie trvá, nevíme jen, jaký virus, jak modifikovaný a kdy přijde. Přijde však v blízkých letech určitě. V minulém století udeřily tři velké chřipkové pandemie. Ta nejstrašnější v roce 1918 postihla všechna lidmi obydlená místa na planetě a její ztráty na životech se odhadují na 60-80 milionů.

Český stát, zdravotnictví i jednotlivá zdravotnická zařízení by na podobnou možnost měly být stejně dobře připraveny jako jiné evropské země.

Zdravotnické zařízení je institucí, která bude v takové situaci postižena zásadním způsobem. Bude muset změnit náplň své činnosti a přitom bude ohrožena jak snížením počtu pracovníků následkem nemoci, tak i nedostatečnými dodávkami nutných léčiv a zdravotnického materiálu, především ochranných pomůcek.

V době pandemie bude třeba využít všech sil a prostředků k jejímu přednostnímu vyřešení. Plánované a odkladné zdravotnické činnosti proto budou s dostatečným předstihem utlumeny a uvolněné týmy, prostory a prostředky pak mohou být využity k řešení pandemické nemoci.

Rychlá změna mezinárodní, národní, lokální i vnitřní situace vyžaduje dokonalou průběžnou informovanost a rychlé řízení změn. K tomuto účelu bude v nemocnici zřízen zvláštní tým, který bude monitorovat a analyzovat situaci a navrhopvat vedení ústavu opatření.

Na vrcholu pandemie pravděpodobně převýší poptávka po péči možnosti celého zdravotnictví, zvláště pak v činnostech, které jsou závislé na zvláštním vybavení (např. umělá plicní ventilace). Do zdravotnického zařízení v takové situaci mohou neorganizovaně proudit davy žadatelů o péči. Aby byla poskytována péče adekvátní stavu, bude nutný jednoduchý a maximálně objektivní systém klasifikace nemocných. Nezaujatost tohoto postupu nejlépe zaručí vytvoření indikačních týmů složených zpravidla z anesteziologa a dalšího lékaře.

Plné vytížení celých týmů zdravotnickými činnostmi vyžaduje, aby byla zásadně zjednodušena zdravotnická dokumentace. K tomuto účelu je vhodné zvážit, zda současné pracovní počítačové systémy nemají být nahrazeny zjednodušenou grafickou dokumentací spojenou s texty, ze kterých je formulace vybrána zaškrtnutím: takzvaný krizový chorobopis.

S plným zněním Pandemického plánu Nemocnice České Budějovice a. s. se můžete seznámit na intranetu českobudějovické nemocnice.

Pandemický plán Nemocnice České Budějovice byl publikován ve Zprávách Centra epidemiologie a mikrobiologie. Stal se inspirací při tvorbě plánů jiných nemocnic v České republice.

EVROPSKÝ PROJEKT „ANTIBIOTIC STRATEGY INTERNATIONAL“ (ABS) V NEMOCNICI ČESKÉ BUDĚJOVICE, A.S.

MUDr. Magdalena Horníková

V září 2006 jsme dostali nabídku zúčastnit se projektu zaměřeného na strategii racionálního užívání antibiotik v nemocnicích. Projekt koordinovalo na mezinárodní úrovni Rakousko pod vedením manažera R. Gareise (Roland Gareis Consulting, Vídeň). Zapojilo se do něj devět zemí Evropské unie (Rakousko, Německo, Belgie, Itálie, Polsko, Maďarsko, Česká republika, Slovinsko a Slovensko). V České republice projekt koordinovala Nemocnice Na Homolce pod vedením prim. MUDr. Vlastimila Jindráka a účastnilo se ho celkem 6 nemocnic (Nemocnice Na Homolce, Nemocnice České Budějovice a. s., FN Brno, FN Plzeň, FN Hradec Králové a FN Motol). Cílem projektu bylo vytvoření standardů, nástrojů a indikátorů nemocničních antibiotických programů a jejich implementace v nemocnicích členských zemí. Projekt spolufinancovala Evropská unie jako součást „Programme of Community Action in the Field of Public Health“ 2003-2008 (bližší informace na www.abs-international.eu).

Dne 12. 11. 2008 proběhla v Praze v Nemocnici Na Homolce **závěrečná konference ABS**, konaná u příležitosti vyhlášení **Evropského antibiotického dne** (18. 11. 2008), kde zazněly konkrétní výstupy dvouleté práce zúčastněných nemocnic.

Za Nemocnicí České Budějovice, a.s. lze uvést:

1. Existence a praktické užívání „pozitivního antibiotického listu“ (spolu se zavedením schvalování vázaných antibiotik elektronickou cestou).
2. Proběhlé audity profylaktického podávání antibiotik na některých chirurgických pracovištích (ortopedie, kardiochirurgie, gynekologie a všeobecná chirurgie), na které navazuje tvorba psaných doporučených profylaktických režimů.
3. Prozatím neoficiální existence antibiotického týmu (otevřená mezioborová skupina lékařů zabývajících se antibiotickou terapií - konzultanti, spolutvůrci doporučených diagnostických a terapeutických postupů některých infekcí či infekčních komplikací, kontaktní lékaři jednotlivých oddělení nemocnice).
4. Připravovaná dostupnost dat o spotřebě antibiotik na úroveň jednotlivých oddělení nemocnice.

Jako součást výstupu lze uvést i vznik Metodického pokynu k VIM (velmi důležitý materiál) a od ledna 2009 plánované praktické zavedení izolačních režimů vytvořených k omezení možnosti přenosu nozokomiálních infekcí.

Veškerá tato činnost je zaměřena ke snížení nárůstu antibiotické rezistence, která představuje v nemocnicích závažnou hrozbu (způsobuje ztrátu účinnosti antibiotik pro léčbu závažných, mnohdy život ohrožujících infekcí, zasahuje nebezpečně některé rizikové skupiny pacientů s vysokou vnímavostí k infekci - nemocní na ARO, JIP, onkologičtí a transplantovaní pacienti atp.), stále častěji se objevují případy nozokomiálních infekcí vyvolaných multirezistentními původci (MRSA, producenti širokospektrých beta-laktamáz) s velmi omezenými možnostmi účinné léčby. Řešení tohoto problému vyžaduje omezit nadužívání antibiotik v nemocnicích spolu se zaváděním moderních postupů prevence a kontroly infekcí, které brání přenosu a šíření multirezistentních mikroorganismů.

Výstupy Evropského projektu „ABS international“ budou jedním ze tří hlavních témat Konference Evropské unie zaměřené na problematiku **antibiotické rezistence a nozokomiálních infekcí jako hrozby pro bezpečí pacientů**, která se uskuteční v dubnu 2009. Cílem konference je dosažení evropského konsensu stran standardů pro nemocniční antibiotické programy a doporučení pro jejich implementaci v nemocnicích členských zemí, případně pro využití při jejich akreditaci.

ŠEDESÁTKA ONKOLOGICKÉHO ODDĚLENÍ

PhDr. Marie Šotolová

V knihovně českobudějovické nemocnice je uschována rozsahem sice nevelká, ale o to zajímavější brožura vloni zesnulého primáře onkologického oddělení MUDr. Jana Fischera. Dozvídáme se z ní, že toto oddělení bylo založeno právě před šedesáti lety. Jak píše autor, léčba zářením hloubkovým rentgenem, umístěným na interním oddělení, se zde aplikovala již před rokem 1945, avšak až do roku 1948 byla léčebná péče o onkologicky nemocné věci jednotlivých oborů bez vzájemné spolupráce a bez možnosti zajištění komplexní péče. Ke změně došlo s koncem 2. světové války, když vznikala vedle Prahy a Brna další pracoviště s potřebným vybavením a specializací. Jako první bylo rozhodnuto o zřízení oddělení pro léčbu zářením v tehdejší státní oblastní nemocnici v Českých Budějovicích. Konkursem získal místo prvního primáře radio-röntgenologického oddělení MUDr. František Vařura z pražské nemocnice Na Bulovce. Původní budova městského chudobince v dnešním Dolním areálu z roku 1898 doznala adaptace a nabídla 38 lůžek. Druhá polovina budovy stále sloužila jako domov důchodců. Tato lůžka sloužila všem obyvatelům Jihočeského kraje, kterých bylo kolem půl milionu a staralo se o ně 8 zdravotníků. Oficiální otevření oddělení pro léčbu zářením se uskutečnilo 22. 7. 1948.



Shodou okolností mě letos upozornila primářka dr. Olga Shonová na významné postavení českobudějovické onkologie i v dalších letech - konkrétně na skutečnost, že zdejší primář MUDr. Rudolf Rubeš patřil mezi iniciátory celostátního onkologického registru. Laskavě mě upozornila na bývalou krajskou sestru centra klinické onkologie paní Danuši Novákovou. A tak jsme se nedávno setkaly.

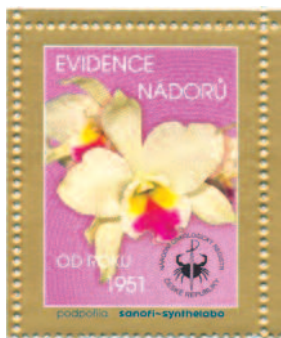
Hlášení zhoubného novotvaru se podávala od roku 1952. Byla to povinnost, určená státem, nicméně praxe byla asi dost vzdálená od litery zákona, vid'te.

To tedy ano, nejvíc nám dala zabrat rodná čísla. Musíte si uvědomit, že se jejich používání teprve rozjíždělo. A tak se dost často odvodila podle data narození a pohlaví jen první část čísla a koncovku si jednoduše kdekdo vymyslel. Znamenalo to obracet se na matriky a pracně dohledávat správné údaje, pokud například mezitím pacient zemřel a z evidence obyvatel bylo tak jeho jméno vyjmuté. Samozřejmě, nebyly počítače, takže všechno znamenalo zapisovat ručně na kartičky, záznamy kontinuálně doplňovat v čase, jak jsme dostávali o pacientovi průběžně informace. Byla to mravenčí práce. Představte si, že se nám stal případ, když po třiceti letech se jeden z pacientů soudil kvůli špatné léčbě a my jsme zpátky naprosto přesně dohledali, jak tehdy lékaři postupovali. K nám, na Centrum klinické onkologie, chodily do Českých Budějovic ze všech oddělení patologie v jihočeských okresech kopie například histologických nálezů.

K čemu měl registr sloužit?

Samozřejmě prvotně ke statistice, k vyhodnocování trendů v onkologických chorobách, k posuzování vlivu lokalit na toto onemocnění až do úrovně jednotlivých okresů. Třeba málo nemocných, a nevědělo se proč, bylo v okresech Prachatice a Český Krumlov, snad díky mladšímu věku tehdejších dosídlenců v pohraničí. Ale také jsme měli zaznamenáno, kdy došlo u nemocného k první návštěvě lékaře a kdy byl nádor odhalen a pokud tady došlo k nějakému prodloužení, tak se to samozřejmě interně vyšetřovalo. Stejně tak na kartě byl popis nádoru, zjištění uzlíků, metastáz a podobně. Možná, že vás to překvapí, ale na veřejnost se tato statistika za minulého režimu příliš nedostávala, jako by to byla pro republiku ostuda, když se zvýšila incidence nádorových onemocnění.

Vzhledem k tomu, že je celý tento registr dnes už pomalu padesát let zpátky za-



chovaný v archivu, tak si myslím, že jeho hodnota se časem zvyšuje. Možná, že za další půlstoletí bude překvapením, jak se onkologická onemocnění vyvíjela v časové ose.

To je pravděpodobné. Musím ale říci, že k obrovskému kvalitativnímu posunu v hlášení těchto chorob došlo v roce 1976. Tehdejším primářem byl MUDr. Rudolf Rubeš, jeden z předních českých onkologů. Ve věci hlášení byl zarputilý a podle mnohaletých zkušeností a konzultací s precizností pracoval na novém formuláři, postihující celé spektrum onkologické problematiky. Tato podoba hlášení se používala deset let nejdříve v České re-

publice, pak i na Slovensku a tvoří základ onkologickému registru dodnes.

Bavila vás ta úředničina?

Já jsem na onkologickém oddělení pracovala vlastně od školy až po odchod do penze třicet sedm let. Na řadě věcí jsem se jako krajská onkologická sestra mohla podílet při budování tohoto oboru. V součinnosti nejen s primářem Rubešem, ale i MUDr. Zikmundem - krajským odborníkem pro klinickou onkologii. Dnes už si možná ani nikdo nedovede představit, jak to bylo složité. Vždyť ještě na přelomu padesátých a šedesátých let neexistovala specializace onkologa, většinou tu působili chirurgové, atestovaní onkologové prostě neexistovali. To, že jsem se na tvorbě systému podílela od samotného základu, tak mě to těšilo, a kolikrát jsem si nosila práci i domů. V českobudějovické nemocnici nešlo ale jen o registr, byli jsme na špici i v jiných oblastech léčby rakoviny. Dneska mě těší, že náš systém převzaly současné sestry a že skvěle pracují mezioborové týmy.

P.S.: V současnosti mají lékaři naší nemocnice hlášení k dispozici v elektronické podobě v rámci Nemocničního informačního systému.

Pokud vás zajímá celá historie onkologického oddělení, kterou prim. MUDr. Jan Fischer sepsal do roku 2001, najdete ji na <http://www.nemcb.cz/cz/page/82/Historie-onkologického-oddeleni-Nemocnice-Ceske-Budejovice.html?detail=445>

VÝMĚNA KLOUBŮ RYCHLEJI

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR uzavřela letos s jihočeskými nemocnicemi smlouvu na úhradu více operací totálních endoprotéz. Sníží se tak čekací lhůty na výměnu kloubů, které dosud byly dvou až tříleté. Celkový počet operací endoprotéz kyčelního kloubu se meziročně v Jihočeském kraji zvýší o 50 % a u kolenních kloubů o 42 %. Nemocnice České Budějovice, a. s. vloni vyměnila pojištěncům VZP 139 kyčelních kloubů a v roce 2008 jich provede 192. Výměn kolenních kloubů bylo v roce 2007 celkem 102, letos 140! Pro ortopedické oddělení naší nemocnici to znamená během druhého pololetí roku 2008 zvýšit tento druh operací přibližně o padesát procent. Rovněž dojde ke zvýšení úhrad výkonovým způsobem u revizních operací kloubů. Všeobecná zdravotní pojišťovna nám tak zaplatí do konce roku o pět milionů více. Zásadním důsledkem pro pacienta bude zkrácení čekacích dob na tyto operační výkony, které se však výrazněji projeví až v případě, že stejné počty operací budeme moci provádět pro pojištěnce VZP i v dalších letech. Dalším významným krokem ze strany Všeobecné zdravotní pojišťovny je zvýšení úhrad za minutovou režii u všech operačních a anesteziologických výkonů a výkonů invazivní ra-diologie, které přinese nemocnici další zvýšení příjmů o asi pět milionů korun.

Potěšitelné je, že zvýšení počtu výkonů v oblasti endoprotéz o deset procent povolila i Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra.

ARTROSKOPICKÉ VÝUKOVÉ CENTRUM V ČESKOBUDĚJOVICKÉ NEMOCNICI

Dr. Pavel Sadovský

Ortopedické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., je v současné době jedním z nejvýznamnějších artroskopických pracovišť v republice. A to jak počtem prováděných výkonů, tak spektrem operací. Provádí se zde ročně kolem sedmi set artroskopických operací: z toho téměř polovina jsou tzv. rekonstrukční operace, tedy rekonstrukce zkřížených vazů v kolenní, reinzerce menisků, chondroplastiky, stabilizace ramen, operace rotátorové manžety ramenních kloubů, arthrodezy hlezenných kloubů apod.

	AS celkem mimo rekonstrukčních	Rekonstrukční AS na kolenní	Rekonstrukční AS na ramenní	Rekonstrukční AS celkem
2002	142	47	28	75
2003	536	151	121	272
2004	473	160	100	260
2005	442	156	147	303
2006	446	148	168	316
2007	349	160	144	304

Některé z rekonstrukčních výkonů nepatří do skupiny rutinně prováděných operačních výkonů na jiných pracovištích. Proto naše ortopedické oddělení stále častěji vyhledávají lékaři z jiných pracovišť, mající zájem o stáže na operačním sále a podobně. Dospěli jsme tak k názoru, že by bylo prospěšné otevřít jakýsi projekt vzdělávání zájemců o artroskopii. Díky pochopení primáře oddělení a vstřícnosti předsedy představenstva naší nemocnice, vznikla smlouva mezi Nemocnicí České Budějovice, a.s. a společností Johnson&Johnson - MITEK, ustanovující program Central Europe Educational Center for Arthroscopy. Tento projekt, jehož nositelem je ortopedické oddělení, chce přispět k rozvoji artroskopie a posílit možnosti vzdělávání i výměny zkušeností a informací v tomto oboru.

Cílem projektu je pořádání odborných neziskových vzdělávacích akcí v oblasti artroskopie.

- Pořádání pravidelných kurzů artroskopické operativy na různých úrovních (začátečníci, středně pokročilí, zkušení artroskopisté) na ortopedickém oddělení českobudějovické nemocnice.
- Pravidelné pořádání celonárodního artroskopického sympozia - zpravidla jedenkrát za dva roky, s účastí předních českých i zahraničních artroskopistů.
- Zajištění odborných stáží pro vybrané lékaře artroskopisty na ortopedickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s.
- Navazování a udržování kontaktů se zahraničními artroskopickými pracovišti, spolupráce s nimi v rámci odborných akcí, sympozia apod., a to jak v ČR, tak v zahraničí.
- Možnost konzultací problematických případů, návrhy řešení a podobně. A to v rámci osobních konzultací, e-mailové korespondence se zasláním obrazové dokumentace atp.
- Možnost vzniku diskusního fóra nad problémovými případy s možností oslovení předních artroskopistů.
- Propagace nových postupů a trendů v artroskopii.

Již nyní se naše ortopedické oddělení významnou měrou podílí na provozu webových stránek pro laickou veřejnost (www.rameno-koleno.cz). Jsou zde zajímavé informace z oblasti artroskopické operativy. Pacienti tu mají možnost tázat se na své problémy, najdou zde rámcové popisy operačních výkonů, ale i možné komplikace operací. Webové stránky tak napomáhají informovanosti veřejnosti a přispívají ke zlepšení komunikace

mezi zdravotníkem a pacientem. Na stránkách je uveřejněn i odkaz na webové stránky českobudějovické nemocnice.

V současné době jsou ve výstavbě webové stránky www.arthroscopy-ceec.eu vlastního projektu CEEC (o spuštění budeme informovat), které jsou určeny odborné ortopedické veřejnosti. Tyto stránky, vedené v češtině a angličtině umožní výměnu informací, řešení problémových případů formou diskusního fóra a chatu, dále informace o kongresech s artroskopickou problematikou.

Za účasti řady lékařů ze zahraničí uspořádalo ortopedické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. společně s firmou DePuy Mitek 27.–28. 11. 2008 kurs artroskopie ramene.

Účastníci mezinárodního kurzu mohli sledovat v přímém přenosu operační postupy přímo ve výukovém sále oddělení v areálu nemocnice.

DOBROVOLNÍCI V ČESKOBUDĚJOVICKÉ NEMOCNICI

Mgr. Lenka Motlová



Dobrovolníkem je každý, kdo ze své dobré vůle, ve svém volném čase a bez nároku na finanční odměnu vykonává činnost ve prospěch druhých lidí. Dobrovolníkem se může stát v podstatě kdokoli, protože každý z nás umí něco, co může ostatním nabídnout.

Cílem Dobrovolnického programu v Nemocnici České Budějovice, a. s. je zlepšit psychosociální podmínky pacientů na lůžkových odděleních a současně přispět k dalšímu rozvoji dobrovolnické činnosti v jihočeském regionu.

Dobrovolníci v nemocnici pomáhají pacientům zvládnout období hospitalizace a vyplňují jim volný čas na lůžku. Nejsou konkurenty zdravotnického personálu, jsou jeho pomocníky v naplňování lidských potřeb pacienta. V mnohém mohou být pro personál přínosem, např. jde o odlehčení a více času na odborné činnosti, přímou pomoc s některými vybranými činnostmi, změnu atmosféry a nový pohled na práci oddělení, organizaci kulturních a benefičních akcí. V žádném případě nezastupují zdravotnický personál. Nemají přístup ke zdravotním záznamům, nesmí podávat informace ohledně zdravotního stavu pacienta, nemanipulují s léky a se zdravotnickým materiálem.

Dobrovolník je pro pacienta společníkem u lůžka a může mu nabídnout změnu nemocničního stereotypu, aktivizaci, vyplnění volného času, zlepšení emocionálního ladění, zvýšení zájmu o vlastní uzdravení a tvůrčí přístup k životu, možnost odpočinku aktivním zapojením do kreativních činností.

Program probíhá od ledna 2001 díky spolupráci Nemocnice České Budějovice, a. s. a Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V současné době Dobrovolnický projekt probíhá na onkologickém oddělení a 2. oddělení následné péče.

Dobrovolníky jsou především studenti Zdravotně sociální fakulty, kteří procházejí nábořem, odborným výběrem, specifickým výcvikem a během své dobrovolné činnosti na odděleních jsou pod pravidelnou supervizí. Podmínkou pro zapojení do jednotlivých aktivit je minimální věk 18 let, absolvování specifického výcviku a podepsání kontraktu na jeden rok, jehož nedílnou součástí jsou kodex dobrovolníka (práva a povinnosti) a mlčenlivost.



Dobrovolníci docházejí do Nemocnice České Budějovice, a. s. na oddělení pravidelně, tj. jednou týdně po dobu jedné hodiny, dle harmonogramu schváleného kontaktní osobou. Nejčastěji jde o povídání si s pacientem, hraní společenských her či krátké procházky s pacienty po chodbě či v areálu nemocnice. Pro pacienty organizují také jednorázové akce např. koncerty, besídky, mikulášskou obchůzku a tvořivé aktivity. Dobrovolníky na oddělení poznáte podle batikovaných triček a visaček.



Odborné vedení programu zajišťuje Mgr. Lenka Motlová, odborná asistentka katedry supervize a odborné praxe ZSF JU. Pozici koordinátora dobrovolníků zastávají studentky doktorského studijního programu Mgr. Veronika Záleská a Mgr. Jitka Macháčková, které organizují činnost dobrovolníků a průběh jednorázových i pravidelných aktivit na jednotlivých odděleních nemocnice. Kontaktní osobou na onkologickém oddělení je psycholožka Mgr. Jana Kliková a na 2. oddělení následné péče Elen Červená, sociální sestra.

Dobrovolnický program navazuje na akreditované programy Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity a finančně ho podporuje Ministerstvo zdravotnictví ČR v rámci dotačního programu Vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením.

SPECIFIKA A POSTŘEHY Z ULTRAZVUKOVÉHO VYŠETŘOVÁNÍ V CHIRURGII

MUDr. Marek Chromý



Chirurgické echo

Ultrazvuk se stal na chirurgickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. standardní diagnosticko-léčebnou modalitou v roce 1996. Oblasti jeho nejčastějšího použití jsou tyto:

1. Diagnostika náhlých příhod břišních
2. Kontrolní vyšetřování břicha u pooperačních stavů
3. Vyšetření hrudníku na přítomnost fluidothoraxu a následné intervenční výkony
4. Peroperační ultrazvuk břicha
5. Drenážní výkony
6. Odběr bioptického materiálu

Ultrazukové vyšetření se v chirurgii postupně stává standardní vyšetřovací metodou, ve vyšetření břicha vhodně doplňující známých 5 chirurgických P. Důvod je nasnadě:

člověk získává 90 % informací zrakem a vhodně cílené ultrazukové zobrazení dokáže jeho zrak v mnohém zdokonalit. Vezme-li si chirurg ultrazukové vyšetřování za své, pak již povaha chirurgických léčebných zákroků vybízí k uplatnění sonograficky cílených intervenčních výkonů.

Diagnostikou náhlých příhod břišních se ve vyčerpávající míře zabývá monografie Dr. Nováka, uvádím proto jen několik postřehů:

Za velmi přínosné považuji ultrazukové vyšetření při bolestech v pravém podbříšku, kdy zvláště u dětí do 10 let lze s vysokou senzitivitou zobrazit normální appendix a ve spojení s případným nálezem zvětšených mesenterálních uzlin stanovit diagnózu mesenterální lymfadenitidy. U více než 50 % lze pak tyto děti pozorovat ambulantně a ušetřit je tak frustrace z hospitalizace a mnohdy i laparotomie k vyloučení appendicitidy. Lze tím zabránit i pooperačním komplikacím, které se u dítěte operovaného ve stavu akutní virózy jako příčiny lymfadenitidy vyskytují poměrně často. Problematické může být přesvědčit kolegy - ortodoxní chirurgy o vysoké senzitivě a specifitě ultrazukového vyšetření v této oblasti.

Vzhledem k tomu, že zanícený appendix je edematózní, stává se pro ultrazuk viditelným a je velmi často zobrazitelný i u pyknických pacientů. Je pak s výhodou lokalizovat jeho pozici a přizpůsobit jí lokalizaci řezu, neboť rozpětí pozice apexu appendixu může kolísat od podjaterní krajiny až po polohu dorsálně od ilických tepen a řez lokalizovaný cíleně je zpravidla kratší. Osobně před appendektomií provádím pokus o ultrazukovou lokalizaci vždy.



Komparace natívu břicha a UZ při ileu

U ileosních stavů se ultrazukové vyšetření jeví jako komplementární k nativnímu rentgenovému snímku břicha, neboť tímto zobrazujeme plyn, ultrazukem tekutinu. V některých případech ileů může být nativ negativní a dilatace kliček střevních na ultrazuku je překvapením. Pouhá ultrazuková diagnóza ileu, při neurčitém klinickém nález na břiše, tvoří maximálně pouhých 5 % diagnostikovaných ileosních stavů, ale vyskytuje se.

Při diagnóze volné tekutiny v dutině břišní vysoce oceňuji diagnostickou ultrazukově cílenou punkci, která je velmi užitečná například v diferenciální diagnostice perforace peptického vředu proti akutní pankreatitidě. Nezastupitelná je tato metoda u výskytu pooperačního fluidoperitonea, neboť peritonitida zde může vzhledem k současné analgetické a často antibiotické terapii probíhat velmi nenápadně.

Rovněž diagnóza pneumoperitonea může být stanovena sonograficky, s výhodou u ležících pacientů, u nichž má nativní snímek břicha vleže na boku nižší senzitivitu. Problematické je zde rozlišení volného plynu od plynu střevního. Podaří-li se zobrazit volný plyn mezi játry a stěnou břišní, není o diagnóze pochyb. Je však někdy třeba se obrnit trpělivostí a vyčkat přesunu plynu do pravého subfrenia v poloze na levém boku. Právě trpělivé vyčkávání může být při dnešním provozu ve zdravotnictví velkým problémem.

Kontrolní vyšetření pooperačních stavů bych nazval vyšší sonografickou školou. Sonografická vyšetřitelnost břišních orgánů po operaci je zpravidla silně omezena vzhledem ke standardně přítomné zaplynovanosti střev, obezitě a zvýšené echogenitě perilaparotomického podkožního tuku, způsobené jeho zánětlivou indurací.

Při kontrole stavů po cholecystektomii je pro zobrazení podjaterní krajiny využitelné jaterní okno. Lze zobrazit tekutinovou retenci, popřípadě koagula v lůžku žlučníku. Pravidlem zde bývá tenký proužek tekutiny časně po operaci. V případě známek abscesu lůžka žlučníku lze přímo navázat provedením echo cílené drenáže. Zobrazení hepatocholedochu je tímto přístupem vesměs špatné. V lůžku žlučníku se mohou vyskytnout i relativně kuriozní nálezy, například aplikovaná hemostatická síťka. Neocenitelnou službu po cholecystektomii koná echo cílená punkce fluidoperitonea, pokud je tekutina i v jiné lokalizaci než v podjaterní krajině. Aspirace žluči se pro nás již několikrát stala prvním symptomem biliární peritonitidy.

Druhou nejčastější indikací pooperačního ultrazvukového vyšetření je stav po appendektomii. Je otázkou, zda toto vyšetření provádět rutinně i v případě nekomplikovaného průběhu po appendektomii. Zatím jsem nezaznamenal, že by, na rozdíl od jaterních abscesů, ultrazvukový nález zánětlivé komplikace v ileocékální oblasti předcházel elevaci zánětlivých markerů. Indikace vyšetření po všech appendektomiích vede k nárůstu počtu vyšetření, což může vést ke sklouznutí vyšetřujícího do rutiny a nutně nastupující znechucení rutinou pak může vést ke snížení diagnostické senzitivity. Z častých nálezů po appendektomiích lze zmínit edém céka, terminálního ilea, častý je nález zanořené base céka, který může méně zkušený sonografista desinterpretovat jako patologii ve smyslu tekutinové retence.

Pro diagnózu fluidothoraxu jak pooperačního tak jako primární patologie je ultrazvuk vzhledem ke své vysoké senzitivitě neocenitelný. Díky němu bylo zjištěno, že u pooperačních stavů je hrudní výpotek zcela běžný. Pro případnou intervenci je vždy třeba zvážit, jaký přínos bude mít okamžitá evakuace výpotku. Jiný bude například přínos evakuace 300 ml u staršího pacienta s respirační insuficiencí, jiný u sportovce po komplikovanější appendektomii. Otázkou je začlenění ultrazvuku do diagnostického algoritmu pneumopathií. Metodou první volby zde bývá prostý skiagram hrudníku, na němž však může dojít ke koincidenci patologických stavů, například hrudní výpotek může maskovat zánětlivou infiltraci plicního parenchymu. Osobně vidím jako přínosnější provést jako první ultrazvuk, popřípadě provést ultrazvukovou cílenou thorakocentézu a poté skiagram hrudníku k posouzení plicní infiltrace.

Peroperační ultrazvuk břicha je zcela samostatnou kapitolou, přesahující svým rozsahem možnosti této stati. Podmínkou sine qua non se stává v chirurgii jaterních maligních lézí, kde tvoří referenční ultrazvukovou metodu. Problémem je zde snížená senzitivita detekce po aplikaci účinných cytostatik, kde může vykazovat vyšší senzitivitu MRI zobrazení s kontrastem. Při vlastním chirurgickém výkonu na játrech je pro dodržení resekčních okrajů užitečná je topografická lokalizace ložisek jehlou nebo aplikací barviva k ložisku.

Jak již bylo zmíněno, ultrazvuk v rukou chirurga přímo vybízí k provádění instrumentací, již proto, že v případě výskytu komplikací není problémem konverze na klasický operační výkon a postup je v rukou jednoho týmu. Toto může na jednu stranu vést k širším indikacím intervenčních výkonů, na druhou stranu k uvážlivějším indikacím šetrnějších intervenčních postupů. Osobně například kolegy intervenční radiology spíše odrazují od drenáží one-step metodou, kterou považují za nepříliš bezpečnou z hlediska možné změny úhlu pohybu trokarového drénu při naražení na tuhou stěnu zánětlivě změněného ložiska, tedy jeho „sjetí“ a možnost poranění okolních struktur. Toto nebezpečí se mi jeví jako nejvíce akutní u perkutánní cholecystostomie, kdy je tuhá stěna žlučníku pravidlem. Při použití Seldingerovy metody je toto nebezpečí daleko nižší.

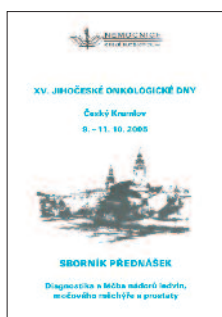
Při provádění ultrazvukových cílených drenáží je problémem kontrola polohy drénu

v ložisku. V iniciační fázi je ultrazvukové cílení vzhledem k dynamickému charakteru vyšetření přínosnější než počítačová tomografie, neboť lze přímo sledovat průnik jehly a uložení vodiče, ovšem kontrola polohy dilatátoru a drénu je již problematická. Ideální se jeví kombinace obou modalit, tedy od punkce jehlou po zavedení vodiče cílení UZ, od zavedení dilatátoru kontrola pod CT. Od ledna roku 2007 do června roku 2008 jsme na našem pracovišti provedli 58 drenážních výkonů, kombinaci UZ+CT nebo CT samotné jsme museli použít ve 4 případech.

Odběr biotického materiálu pomocí core-cut jehly, nejvíce v oblasti jaterních ložisek, je v poslední době velmi diskutovanou kapitolou intervenční radiologie a lze pozorovat spíše odklon od této metody. Domnívám se, že riziko krvácení lze uvážlivou volbou punkčního koridoru, kdy ultrazvukové cílení umožní vyhnout se větším cévám, snížit na minimum.

Závěrem lze říci, že po překonání počátečního konzervativizmu si ultrazvuk vydobyl na naší chirurgii pevné místo a jeho přínos pro pacienty je nesporný.

KNIŽNÍ NOVINKY



XV. Jihočeské onkologické dny

Sborník přednášek

Diagnostika a léčba nádorů ledvin, močového měchýře a prostaty

167 str. Vydala Nemocnice České Budějovice, a.s. v ro. 2008.

ISBN 978-80-254-2729-3



Jihočeská konference nelékařských zdravotnických pracovníků

Sborník přednášek

Přednášky z oborů interna, chirurgie, kardiochirurgie, ortopedie, gynekologie, genetika, hygiena, psychologie a management.

148 str. Vydala Nemocnice České Budějovice, a.s. v ro. 2008.

ISBN 978-80-254-2730-9



Název: **Dětská neurologie**

Autor: Vladimír Komárek, Alena Zumrová et al.

Vydavatel: Galén

Datum vydání: 2008

ISBN: 978-80-726-2492-8

Signatura: **K 10781**

V dětské neurologii došlo v posledních letech k významnému pokroku. Tím, že se u dosud pouze klinicky definovaných jednotek (např. Rettův syndrom, Angelmanův syndrom, spinocerebelární ataxie) v současnosti otevřela možnost postavit diagnózu na podkladě molekulárně genetického vyšetření, mění se i celkový pohled na okruhy neurometabolických, neurodegenerativních a nervosvalových poruch. Nové poznatky v epileptologii přináší magnetická rezonance a video-EEG, moderní antikonvulzivní terapie zahrnuje anti-

epileptika 3. generace. Podstatné jsou pokroky v neuroonkologii, neuroimunologii a relativně nový je koncept neurovývojových onemocnění zahrnující dříve opomíjený autismus. Tato publikace, koncipovaná jako vybrané kapitoly z dětské neurologie, nemá být a není kompletní učebnicí. Jednotlivá témata byla volena podle aktuálního programu výuky dětské neurologie s cílem poskytnout čtenářům základní orientaci v problematice a medikům podklad pro aktivní účast na přednáškách. Kapitoly upozorňují na odlišnosti neurologie dětí a dospělých a zahrnují osvědčené postupy vývojového neurologického vyšetřování novorozenců a kojenců.



Název: **Základy speciální chirurgie**

Autor: Pavel Pafko et al.

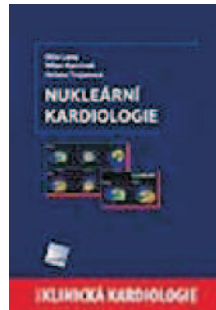
Vydavatel: Galén

Datum vydání: 2008

ISBN: 978-80-246-1451-9

Signatura: **K 10789**

Nová celostátní učebnice určená pro studenty všeobecného i zubního lékařství přehledně seznamuje se základy speciální chirurgie. Je členěna podle jednotlivých subspecializací chirurgie (např. chirurgie ústní, čelistní a obličejová, kardiochirurgie, cévní chirurgie, neurochirurgie, traumatologie, plastická chirurgie, pediatrická chirurgie, transplantace orgánů), v závěru každé kapitoly jsou zařazeny kontrolní otázky k ověření znalostí.



Název: **Nukleární kardiologie**

Autor: Otto Lang, Milan Kamínek, Helena Trojanová

Vydavatel: Galén

Datum vydání: 2008-11-07

ISBN: 978-80-726-2481-2

Signatura: **K 10790**

V technicky vyspělých zemích patří kardiovaskulární onemocnění k nejčastějším příčinám nemoci a úmrtnosti obyvatelstva. Tomu také odpovídá stupeň rozvoje kardiologie se všemi léčebnými možnostmi, jejichž cílem je tento nepříznivý stav zvrátit. V posledních letech dochází k velkému rozvoji zejména neinvazivních zobrazovacích metod. Tento pokrok však představuje výzvu pro kardiology, kteří musejí zvládnout celou řadu nových vědomostí a dovedností. Tato monografie si klade za cíl jim tuto cestu usnadnit.

Autoři v publikaci shrnují současné informace z oboru radionuklidového zobrazování kardiovaskulárního aparátu tak, aby zde našli inspiraci nejen kliničtí kardiologové, ale také výzkumní pracovníci. Po stručném uvedení do oboru následují základní informace o principech a prostředcích používaných k zobrazování v nukleární kardiologii. Největší část knihy je věnována začlenění metod nukleární kardiologie do klinické praxe. Čtenář zde nalezne informace o klinické interpretaci obrazů, vyšetřování vybraných populací pacientů, o rizikové stratifikaci, hodnocení efektu revaskularizace či o vyšetření pacientů s akutní bolestí na hrudníku. Stručně jsou vedle ischemické choroby srdeční zmíněny také nekoronární choroby srdce, vyšetřování pacientů se srdečním selháním a vyšetřování mechanické funkce srdce. V závěru je uvedeno spíše jen inspirativní použití nukleární kardiologie v experimentální práci.

ANEB DOBRĚ UTAJENÝ ŠRUMEC NA NEMOCNIČNÍM DISPEČINKU

PhDr. Marie Šotolová

Musela jsem si přiznat, že po třech letech zaměstnání v českobudějovické nemocnici nevím, kde fyzicky sedí ti, co přepojují telefony, ačkoliv vím, že ústředně jako takové se všemi svými hejblaty a obvody patří suterén budovy vedení. Po lehkém tápání jsem otevřela ty správné dveře, skryté po straně objektu, kam jsme ještě nedávno viděli vcházet budoucí zdravotní sestřičky, kde je zároveň i transformační stanice a náhradní zdroj elektrického proudu pro Horní areál.



„Nemocnice, dobrý den, spojím vás. Máte na mysli oční oddělení?...“ „Romane, zastav na nádraží na kurýru a přivez materiál na izotopy na lůžka.“ „...“, Píšu: nefunguje přídavná klimatizace, dobře, díky, předávám to údržbě ...“ „...“, Dobrý den, nemocnice, spojuji...“

Je krátce po osmé hodině ranní, běžné úterý, vedoucí pracovní skupiny zdravotní dopravy spadající pod provozně technický úsek, zkráceně řečeno nemocničního dispečinku Romana Lundová bere jeden telefon za druhým. Po chvíli se dozvídám, že jich prý bývá za hodinu také pětadesát. Ve zbývajících vteřinách, kdy zrovna telefon nezvoní jak zběsilý, domlouvá se záchranáři okamžitou zápůjčku sanity náhradou za nemocniční „AROVou“ sanitu, u které došlo k závadě na startéru. Záchranka ale jako na potvoru své zbytné auto den předtím odstrojila a tak se v běhu řeší, jak ho zase rychle uvést ve stav, kdy může převážet pacienty mezi

areály a vyšetřeními za asistence zdravotní sestry. „Dispečink, ano slyším, kardio- převoz na eldeenku, dejte mi prosím půlhodinku, děkuji.“ „...“, Pavle, jsi volný? Je to převoz s nosítky.“ „...“, Sestřičky, sežeňte si sanitáka, vezeme vám pacienta na nosítkách.“

Tedy paní Lundová, jak dlouhou máte denní pracovní dobu? Při takové zátěži musíte být snad po čtyřech hodinách úplně vyřízená?

Samotný dispečink nemocnice pracuje nepřetržitě 24 hodin každý den. Od osmi do tří, kdy zajišťujeme kromě dispečinku sanit a provozu telefonní ústředny přijímáme na telefonní lince 2461 hlášení havarijních stavů v obou našich areálech, které následně předáváme údržbě, tak jsme tu dvě. Odpoledne a přes noc pak jsou dvanáctky a to je tu jeden člověk. Jsme ale všichni už odolní. Koneckonců je nás tu šest, z toho jeden muž, k tomu ještě dalších šest řidičů k sanitním vozům pro vnitropřevozy. Většina z nás na dispečinku se po mateřské znovu vrátila k této práci. Člověka baví, že se pořád něco děje, že to není jednotvárná práce. S nadsázkou říkám, že víme úplně všechno, co se v nemocnici přihodí, od zlomené kliky až po velkou operaci.

Pokud si myslíte, že jsme si takhle povídali mezi jednotlivými telefonáty, tak se mýlíte. To jsme mohly teprve, až nastoupila další kolegyně, jinak nebyl čas ani na půlslovíčko.

„Vy jste dorazila zrovna ve špičce. Ta je denně od osmi tak do půl desáté, když přicházejí pacienti na vyšetření, pak těsně před obědem a zase mezi druhou a třetí, nežli odcházejí lidé z práce a rychle ještě zařizují, co je zapotřebí.“ Romana Lundová dělá tuto práci už šestnáct let. Bez vyzvánění telefonu, hlasů z vysílaček, které koordinují provoz čtyř nemocničních sanit a dalších vozů záchranky, setrvalého přicházení i odcházení záchranářů

a servismenů by jí život možná připadal docela nudný.

Že stále něco řešit může být akční, to chápu, nicméně co naštvání lidí?

Vynadáno dostaneme, jak se říká, desetkrát za den. Lidi třeba zlobí, když se nemohou do nemocnice hned dovolat nebo když se jejich hovor při přepojování ztratí. Beru to s pochopením, vždyť do nemocnice většinou nikdo nevolá pro nic za nic, ale naopak v situaci, která nebývá jednoduchá a někdy je hodně těžká. Říkám si proto, že lidé mají na nervozitu právo.

Hovoříme o běžném dnu, co se tu děje, když je nějaká mimořádná událost?

O vyhlášení mimořádné události nás informuje Zdravotnická záchranná služba. Poté, co si zpětně ověříme, že volala skutečně záchranka, tak postupujeme podle daného plánu, kdy kontaktujeme zainteresované osoby. Zažily jsme s kolegyní povodně, třikrát údajnou bombu v areálu, Nažidla i spadlé letadlo na Čtyřech Dvorech. Zaplat'pánbůh toho nebylo zase tolik.

Sem tam zakoušíme také cvičné poplachy, kdy samozřejmě netušíme, že jde právě jen o cvičení.

Dispečink není jen službou veřejnosti, ale do značné míry se zabývá chodem nemocnice. Jsou na vás kolegové v telefonu hodní?

To víte, že se také tu a tam někdo rozčílí. Takovým evrgrínem je rychlost převozu, protože každý má pocit, že ten jeho pacient musí být v sanitce co nejdříve. V nemocnici je doporučení, aby se na převoz nečekalo více nežli dvacet minut. Uvážíte-li, že za den zprostředkujeme sto až sto padesát převozů mezi horním a dolním areálem, často s použitím nosítek, a disponujeme čtyřmi sanitami, tak je jasné, že je to často rébus.

A aby toho nebylo málo, právě na toto pracoviště směřují hlasy z mikrofonu, dožadující se vjezdu do areálu.

Skoro bych zapoměla, to je už jen maličkost: Pokud zazvoníte na tlačítko s označením Dispečink před závorou do horního areálu z ulice J. B. Schneidera, mluvíte právě s námi. Sřežíme ji bedlivě, dokonce jsme kdysi nepustili do areálu jednoho z ředitelů, protože jsme ho po hlase nepoznali. Tak jsme si říkali, že bychom vlastně za to měli být pochváleni, zasmála se na konci návštěvy v nemocničním dispečinku Romana Lundová.

ODBORY

INFORMACE ZE ZÁKLADNÍ ORGANIZACE ODBOROVÉHO SVAZU ZDRAVOTNICTVÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE

Mgr. Lubomír Franci

V září byly dle schváleného rozpočtu rozděleny prostředky základní organizace na půjčky pro naše členy. Preferenci jako v minulých letech mělo zabezpečení bydlení (koupě bytu, rekonstrukce apod.).

V létě byl prioritou provoz letního dětského tábora ve Slavkově. Vzhledem k menšímu počtu dětí se uskutečnily v letošním roce tři běhy, které měly všechny kladný ohlas. Nyní jednáme o jeho zajištění v dalších letech.

Pro naše členy jsme zajistili ještě další výhody dle schválených zásad hospodaření základní organizace: příspěvky pro děti na letní i zimní tábory pořádané odborovou organizací, příspěvky na rehabilitaci a podobně.

První říjnový den se konalo v Jihočeské chalupě tradiční setkání bývalých zaměstnanců nemocnice, členů odborové organizace.

Jedním z hlavních úkolů je jednání s vedením nemocnice o zvýšení mezd v roce 2009. Vzhledem k rostoucím cenám a inflaci budeme požadovat co nejlepší podmínky. K tomu

však potřebujeme cítit podporu nejen našich členů, ale i ostatních zaměstnanců, které náš odborový svaz zastupuje.

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



Letní dětský tábor ve Slavkově přinesl dětem mnoho hezkého. Pekly se špekáčky, jezdilo se na výlety a protože se tu setkaly děti zdravotníků, stal se oblíbenou maskou na maškarním plese pacient.

KONGRESY A SEMINÁŘE

POCHVALA CENTRÁLNÍM LABORATOŘÍM

MUDr. Miroslav Verner

10. října 2008 proběhlo v prostorách 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze slavnostní shromáždění u příležitosti padesátého výročí založení Společnosti klinické biochemie za účasti představitelů České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, významných představitelů akademického života a oboru klinické biochemie. Přednášky se věnovaly dějinám biochemie z pohledu vývoje společnosti, mezinárodních aktivit a úspěchů, překotného vývoje oboru a možné budoucnosti. Pro Nemocnici České Budějovice, a.s. je potěšující, že byla pro aktivity oceněna dvakrát. Poprvé za podíl na organizaci Evropského kongresu klinické biochemie Euromedlab 2001 svým podílem na činnosti organizačního výboru. Podruhé za podporu VIII. sjezdu České společnosti klinické biochemie v Českých Budějovicích v září 2007, kde se podařilo získat významné zahraniční přednášející např. Stevena H. Y. Wonga, Ph.D., DABCC (TC) FACB s přednáškou Pharmacogenomic and Pharmacoproteomic Biomarkers enabling Personalized Medicine for Drug Addiction and Toxicology. Dále Stefana Grebe a Michaela Bauera. Obsahem a zahraniční účastí patřil sjezd k nejkvalitněji obsazeným v historii a s tím souvisela i rekordní účast. Cílem České společnosti klinické biochemie je nyní zlepšit komunikaci s klinickými obory a tím pomoci ve vzájemné edukaci a transferu použitelných znalostí.

Česká společnost klinické biochemie spustila v říjnu 2008 pro odbornou i laickou veřejnost nové www stránky <http://www.labtestonline.cz/> v české verzi, které se budou postupně naplňovat jako zdroj volně dostupných, odbornou společností garantovaných, informací.

JIHOČESKÉ ONKOLOGICKÉ DNY JIŽ PO PATNÁCTÉ

Je úterý 7. října krátce před polednem. Servírka právě roznesla v Press klubu Syndikátu jihočeských novinářů poslední pressa. Primář onkologického oddělení MUDr. Václav Janovský s MUDr. Hanou Šiffnerovou a MUDr. Petrem Rychlíkem v duchu ještě jednou formulují odpovědi na možné dotazy a je to tady: začíná tisková konference k jubilejním 15. Jihočeským onkologickým dnům. Většina dotazů se již tradičně bude týkat samotné nemoci, která bude na pořadu nadcházejícího kongresu. Letos tedy nádorů ledvin, prostaty a močového měchýře.



Tři dny před začátkem Jihočeských onkologických dnů meteorologové sýčkovali, že bude pršet a nastoupí zima zimoucí. Naštěstí se opět nestrefili, takže čtyři stovky lidí, kteří měli od 9. října v Českém Krumlově co do činění s jubilejním kongresem, si užívaly nádherného podzimního slunce. Čtvrtek patřil tradičním firemním satelitním sympóziím. Od loňska jich zase několik přibylo, takže onkologové obsadili v podvečer všechny prostory hotelu Růže.

V pátek zahájili vlastní program předseda představenstva Jihočeských nemocnic, a.s. MUDr. Zdeněk Hejduk a primář onkologického oddělení českobudějovické nemocnice MUDr. Václav Janovský. Pak už se střídaly přednášky v ostrém tempu až do sobotního poledne. Našel se ovšem i čas na neformální setkání v hotelu Zlatý anděl při grilovaném masíčku, dobrém víně a barevných koktejlech. Protože patnáctiny jsou významnými narozeninami, vyvrcholil kongres koncertem cimbálové muziky Hradišťan v kostele svatého Víta. Že byly kostelní lavice zcela plné, netřeba snad ani psát.



Příští rok se - už šestnácté - Jihočeské onkologické dny budou konat od 22. do 24. 10. 2009 a jejich tématem se stane Diagnostika a léčba nádorů plic.

Kongresová nej



Nejbuclatější byl stánek firmy Mylan, která na Jihočeských onkologických dnech vystavovala poprvé a hned získala pozornost girlandami balóneků.



Z grafického a tiskařského pohledu měla tradičně nejhezčí postery naše nemocnice. Letos dokonce tři.

Nejvzdálenější účastníci letošního kongresu byla čecho-australská lékařka MUDr. Aranka Zallmann.

Text: PhDr. Marie Šotolová, foto: Jiří Králík

DVA DNY PRO ZVÍDAVÉ SESTRY



Bylo za osm minut 9.00 hod. 23. října a ve velkém sále Domu kultury Metropol v centru Českých Budějovic už byly disciplinovaně na svých místech tři stovky sester z celých jižních Čech. Úderem deváté totiž začínala dvoudenní Jihočeská konference nelékařských zdravotnických pracovníků. Od čtvrtka do pátku si sestry z interních, chirurgických, gynekologických, laboratorních a psychiatrických oborů předávaly informace o tom nejnovějším, s čím na svých odděleních přicházejí do styku. Řeč ale byla i o osobnosti sestry jako takové či o řízení zdravotnictví a zvyšování kvality poskytované péče.

Jestliže na jiných konferencích bývá druhý den jednání výrazně méně obsazen, v tomto případě to neplatilo a sestry v plném počtu a opravdové pozornosti sledovaly i poslední přednášky v pátek odpoledne. Příští rok v říjnu opět na shledanou.

Šot

VZDĚLÁVÁNÍ LÉKAŘŮ V NEMOCNICI ČESKÉ BUDĚJOVICE, A. S.

MUDr. Martin Holý

Jednou z priorit vedení nemocnice je obnovit soustavné vzdělávání lékařů.

Prvním cílem je v rámci systému péče o začínající lékaře vytvořit a uvést do praxe koncepci jejich výuky v předatestačním období a poskytnout prostor pro jejich prezentaci. Dalším krokem je dosažení širšího mezioborového vzdělání. Lékaři by se tak měli seznamovat s náplní a výsledky práce ostatních oborů, s novinkami a trendy.

Pracujeme v době, kdy se prudce rozšiřuje nabídka informací, v éře „medicíny založené na důkazech“. Léčíme na základě doporučených postupů. Mohlo by se tedy zdát, že další vzdělávání je nepotřebné a nadbytečné, ale opak je pravdou.

Informace mohou získat mladí lékaři snadno, zkušenosti, zdravé lékařské návyky a instinkty již mnohem obtížněji. Narůstající pracovní vytížení zkušených lékařů ukrajuje z času, který mohou mladým kolegům věnovat. Problém je pro začínající lékaře i orientace v záplavě nových poznatků. Rozhodování, jaké postupy jsou pro pacienta skutečně přínosné a prospěšné, stejně jako odlišení všeho nepodstatného a zavádějícího, tak činí často velké problémy. Nezkušený a nejistý lékař pak zatěžuje pacienta i zdravotnický systém neindikovanými vyšetřeními a předepisuje současně nadbytek léků.

Přestože roste počet pacientů, jejichž onemocnění vyžaduje úzkou interdisciplinární spolupráci, vzájemná informovanost mezi kolegy z různých oborů spíše klesá. Péče o komplikované pacienty s větším počtem závažných onemocnění zůstává mnohdy roztržtější. Přístup k nemocným se stejnou diagnózou a týmiž problémy je také na různých odděleních velmi odlišný, chybí standardizace.

Záměrem vzdělávání lékařů v naší nemocnici je na tyto negativní trendy reagovat a znovu otevřít prostor k předávání zkušeností. Počínaje letošním podzimem byly obnoveny oborové, mezioborové a patologicko-anatomické semináře.

Oborové semináře jsou určeny zejména lékařům v předatestační přípravě. Účast je pro tyto lékaře povinná, musí jich absolvovat nejméně osmdesát procent a prezenci mít potvrzenou v nových nemocničních atestačních knížkách. Výhledově se zvažuje možnost elektronické registrace účastníků. Semináře se budou konat jedenkrát měsíčně, kromě července a srpna, a to vždy první středu v měsíci od 15.00 hod. K dispozici bude přesný celoroční rozpis seminářů, aby si všichni, kterých se povinná účast týká, mohli s dostatečným předstihem zajistit volno. Seminář potrvá 60-90 minut a bude obsahovat dvě až tři přednášky. První přednášku (prezentaci v PowerPointu) vždy připraví lékař - absolvent. Téma si zvolí sám, nebo mu je přidělí primář oddělení tak, aby odpovídalo oblasti jeho zájmu. V pětiletém období by měl každý připravit alespoň dvě sdělení. Přednáška bude oponovaná některým ze zkušených lékařů. Podoba prezentace bude mít běžnou strukturu, ale bude-li zapotřebí, měla by navíc obsahovat stručnou informaci o racionální farmakoterapii a farmakoekonomice, o související lékařské dokumentaci a jejím vedení, o nejčastějších chybách a omylech v dané oblasti.

Další dvě přednášky připraví lékaři erudovaní v příslušném oboru. Témata všech prezentací oborových seminářů budou zveřejněna na intranetu, téma jedné přednášky si mohou předem zvolit hlasováním sami posluchači. Jedna z přednášek tak bude vyjadřovat to, co chce daný obor „sdělit“ ostatním, druhá se bude týkat toho, co chtějí ostatní od příslušného oboru „slyšet“. Obsah všech sdělení by se měl vztahovat k naší nemocniční praxi se zcela konkrétními závěry a doporučeními.

Mezioborové semináře, někdy v podobě patologicko-anatomických seminářů, představí jednotlivé lékařské obory a specializace. Sloužit budou jako diskusní fóra („kulaté stoly“) nad tématy a problémy, vyžadujícími mezioborovou spolupráci. S těmito semináři se počítá jednou za čtvrtletí (termíny budou upřesněny), budou určeny všem lékařům

a účast na nich nebude povinná. Výsledkem těchto setkání by měla být dohoda na společném postupu, v optimálním případě vytvoření nemocničního standardu mezioborové péče, který by byl publikován na intranetu nebo v Nemocničním zpravodaji. Témata patologicko-anatomických seminářů pro první období zvolí prim. MUDr. Vorel, samozřejmě půjde o zamyšlení nad našimi neúspěchy.

Všechny přednášky se budou konat v zasedací místnosti Informačního centra nemocnice (budova T6).

Je zřejmé, že rozhodující postavení ve výchově začínajících lékařů mají primáři a velké vizity, nezastupitelná je na některých odděleních role staničních lékařů a „malých“ vizit. Nelze zapomenout ani na úlohu „ranního vzdělávání“, které si každé oddělení organizuje samo nejméně jedenkrát měsíčně. Program těchto „malých“ seminářů bude také dostupný na intranetu, účastnit se jich mohou lékaři z jakéhokoliv oddělení.



Na začátku letošního školního roku doznalo 1. patro Informačního oddělení, nově značeného jako pavilon T6 výrazných změn. Velká zasedací síň nyní pojme stovku posluchačů. V dalších dvou menších učebnách je nový nábytek a všude se podařilo vyměnit černé školní tabule za moderní bílé a křídly za fixy. Přibyla rovněž centrální šatna a také stropní pohledy z aluminia jsou již minulostí.

ČESKOBUĎEJOVICKÉ STOMATOLOGICKÉ DNY	19.–20. 3. 09	České Budějovice Bazilika/IGY
DEN JIHOČESKÉHO KARDIOCENTRA	26. 3. 09	Hluboká nad Vltavou Townshend Int. School
KONFERENCE K PROBLEMATICE HOJENÍ RAN	7. 4. 09	České Budějovice Hotel Gomel
JIHOČESKÉ TIMROVY DNY	9.–10. 4. 09	České Budějovice Bazilika/IGY
ORL DNY	23.–24. 4. 09	České Budějovice Gomel
4TH SHOULDER SYMPOSIUM	23.–24. 4. 09	České Budějovice Bazilika/IGY
1. AO TRAUMAVIDEOSYMPOZIUM	29.–30. 4. 09	České Budějovice Bazilika/IGY
REHABILITACE PACIENTŮ S POŠKOZENÍM MOZKU	duben	České Budějovice Poliklinika JIH
NEONATOLOGICKÉ DNY	14.–15. 5. 09	České Budějovice Bazilika/IGY
SETKÁNÍ DERMATOLOGŮ JČ KRAJE	15.–16. 5. 09	České Budějovice
XXXV. MEZIKRAJSKÉ SETKÁNÍ PNEUMOLOGŮ	21.–23. 5. 09	Nové Hradky - Rezidence

44. VÝROČNÍ ZASEDÁNÍ AMERICKÉ SPOLEČNOSTI KLINICKÉ ONKOLOGIE - ASCO

MUDr. Ivona Mrázová

Ve dnech 29. 5.-4. 6. 2008 jsem se zúčastnila 44. výročního zasedání Americké společnosti klinické onkologie - ASCO v Chicagu.

Do svého sdělení jsem vybrala závěry týkající se biologické léčby.

Výskyt pokročilého kolorektálního karcinomu v České republice je velmi vysoký, šanci pro nemocné je určitě biologická léčba, kterou již používáme na našem pracovišti. Cetuximab v 1. linii k chemoterapeutickému režimu FOLFIRI u K-ras wild type je novou šancí pro nemocné.

Byly představeny analýzy dvou zásadních studií CRYSTAL a OPUS, které ověřovaly význam stavu genu K-ras a dle toho účinnost cetuximabu (Erbix). Dosud je cetuximab užíván ve 3. linii léčby pokročilého kolorektálního karcinomu, v blízké budoucnosti by se měla tato modalita léčby posunout do 1. linie léčby. Na základě vyšetření genu K-ras by měl být umožněn přesnější výběr pacientů. Rozlišujeme buňky s nemutovaným, přirozeným (wild type) K-ras genem, které mají funkční signální dráhu s receptorem pro růstový faktor (EGFR) a lze ji pak cetuximabem ovlivnit. U pacientů, u nichž byl prokázán mutovaný gen K-ras, nebyl prokázán rozdíl v účinnosti podání chemoterapeutického režimu FOLFIRI a podání kombinace FOLFIRI+cetuximab. Shrnutí: přítomnost přirozeného (wild type) K-ras znamená vysokou účinnost cetuximabu oproti mutovanému typu K-ras.

K-ras je první molekulární marker v selekci cílené terapie v kombinaci se standardním chemoterapeutickým režimem v 1. linii CRC.

Studie CRYSTAL porovnávala režim FOLFIRI a přidání cetuximabu k FOLFIRI v 1. linii léčby. Poměr v odpovědi na léčbu byl 43 % u FOLFIRI ku 59 % u FOLFIRI+cetuximab.

Studie OPUS - cetuximab+FOLFOX ku FUFA+oxaliplatinu, ve skupině s cetuximabem počet léčebných odpovědí 69 % proti 37 % a riziko progresu sníženo o 43 %.

Přibližně 65 % pacientů má wild type K-ras, těm by měl být cetuximab v první linii výrazně prospěšný.

Dále byla představena účinnost cetuximabu u nemalobuněčného karcinomu plic ve studii FLEX - studie zahrnovala více než 1 100 pacientů s nemalobuněčným plicním karcinomem stadia IIIB/IV. Po randomizaci polovina pacientů dostala k standardní léčbě první linie zahrnující oxaliplatinu také cetuximab, ve skupině s cetuximabem byla statisticky delší doba přežití.

Biologická léčba je velmi drahá a tak jako kandidáti predikce pro efektivitu léčby a cost benefit se jeví: K-ras wild type a EGFR FISH positive.

Kombinovaná biologická léčba, která využívá různé cílené cesty, však nepřinesla do terapie mCRC žádný klinický přínos. Studie CAIRO2 zkoumala účinky kombinované léčby cetuximab (Erbix) + bevacizumab (Avastin) spolu s chemoterapií. Přidání cetuximabu zde neznamenal žádné zlepšení terapeutických výsledků.

V jiných studiích byla potvrzena klesající účinnost kombinace panitumumabu (Vectibix) a bevacizumabu (Avastin) - znamená to, že mechanismům obou - VEGF a EGFR cest - ještě není zcela porozuměno.

Renální karcinom: Ve studiích byla prokázána účinnost sunitinibu (SUTENT) v léčbě metastatického renálního karcinomu - léčba sunitinibem vedla k celkovému přežití 2 roky u pacientů s mRCC.

V současné době by měla být léčbě sunitinibem a sorafenibem standardem, je třeba však hledat další účinnou terapii tam, kde dochází k další progresi při léčbě sunitinibem a sorafenibem. Everolimus je derivát přírodního makrocyclického laktonu sirolimu a disponuje imunosupresivními i antiangiogenními vlastnostmi. Byla prezentována mezinárodní multicentrická studie III. fáze, kde interim analýza prokázala značný benefit z léčby everolimem - výrazně lepší doba přežití do progresu. V současné době je vyhodnocován účinek everolimu u pacientů s lymfomy a neuroendokrinními tumory.

Dále byla prezentována studie AVADO, která srovnává v první linii léčbu docetaxol+placebo s léčbou docetaxol+bevacuzimab (Avastin) u pacientek s metastatickým karcinomem prsu, dosud neléčených chemoterapií. Výstupem ze studie je, že bevacuzimab kombinovaný s docetaxelem významně prodlužuje ve srovnání se samotným docetaxelem dobu do progresu. Kombinace způsobuje regresi nádoru u 63 % nemocných a neovlivňuje známý profil toxicity docetaxelu, ani nevede k dosud nepozorovaným nežádoucím účinkům bevacuzimabu. Studie AVADO prokázala, že přidání bevacuzimabu u nemocných s HER2 negativním karcinomem prsu vede k významnému prodloužení života bez progresu nemoci.

MEZINÁRODNÍ KONFERENCE NA TÉMA MALIGNÍ LYMFOMY

MUDr. Hana Šiffnerová, MUDr. Jan Pirnos

4. 6.-7. 6. 2008 jsme se zúčastnili mezinárodní konference na téma maligní lymfomy v Luganu. Jde o pravidelnou akci konanou jednou za tři roky, při níž se upravují léčebné standardy a navrhuje nové postupy diagnostiky a léčby.

V oblasti léčby nejčastějšího maligního lymfomu - difúzního velkobuněčného B lymfomu nedošlo probíhajícími studiemi zatím k zásadní změně léčebné taktiky, standardem léčby zůstává v první linii CHOP-like chemoterapie kombinovaná s anti cd20 protilátkou (rituximab-Mabthera). Zatím nebyl prokázán významný klinický benefit z následné udržovací léčby Mabtherou a tento postup tak zůstává vyhrazen k testování v klinických studiích.

Nově byla testována a prokázána možnost u nepokročilého onemocnění vynechání radioterapie na základě PET negativy po 3 cyklech rituximab - CHOP. Léčba v tom případě končí podáním 4 cyklu rituximab -CHOP a pacienti zůstanou ušetřeni možných pozdních následků radioterapie.

Problematická zůstává otázka postupu u pokročilého onemocnění u mladších pacientů, schopných podstoupit intenzifikovanou léčbu s následnou vysokodávkovanou chemoterapií s autologní transplantací jako konsolidací, zatím se zdá, že přes vyšší toxicitu přináší tento postup benefit i v oblasti celkového přežití. Individuální postup a optimálně zařazení do klinické studie je u této skupiny žádoucí.

Další nejasnou otázkou je léčba relapsů u pacientů v éře rituximabu - tedy léčených v první linii již chemoterapií s anti cd20 protilátkou, různé režimy záchranné chemoterapie a postavení autologní či allogenní transplantace jsou stále diskutovány a standard neexistuje. Pro naše pracoviště pak volíme postup referování do transplantáčnického centra s doporučením další léčby.

Pro druhý nejčastější - folikulární lymfom platí již dříve potvrzený jasný prospěch pacientů při zařazení rituximabu do první linie léčby, stejně jako je prokázán efekt udržovací léčby rituximabem po dosažení alespoň parciální remise.

V sekci extranodálních lymfomů bylo zajímavé a prakticky pojaté téma CNS profylaxe, ukončená studie potvrdila významný prospěch CNS profylaxe při léčbě primárních

testikulárních lymfomů v zabránění CNS relapsů. U této jednotky též byl prokázán benefit ozáření kontralaterálního varlete profylaktickou dávkou záření.

V oblasti léčby maligního lymfogranulomu - Mo. Hodgkin byla prezentována tato klíčová sdělení:

Lymfocytárně predominantní typ maligního lymfogranulomu (LPHL)

German Hodgkin Study Group zhodnotila u 131 pacientů s histologicky lymfocytárně predominantním typem ML stadia IA tři léčebné varianty: ozáření „extended field“, „involved field“ a kombinovanou chemoterapii. S mediánem sledování 43 měsíců byl počet kompletních remisí srovnatelný. Je možné konstatovat, že i ozáření omezeným objemem „involved field“ je u této skupiny dostatečné a může být považováno za standard.

Multivariantní analýza řady rizikových faktorů ukázala pouze 3 faktory, které u LPHL zvyšují riziko relapsu. Jsou to: pokročilé onemocnění, hemoglobin pod 10,5 g/dl a lymfopenie pod 8 %.

LPHL obvykle exprimuje CD 20 marker, a proto může být použita anti CD 20 monoklonální protilátka - rituximab. V roce 2008 byla publikována první pozitivní data s rituximabem a chemoterapií u relabujících pacientů v studiích II. fáze.

Využití PET u maligního lymfogranulomu

Jako *staging* je užitečné, ale pouze ve spojení s CT vyšetřením.

Při hodnocení *reziduálního onemocnění* je PET vhodné, protože CT vyšetření samo není schopno rozlišit residuální tumor a benigní fibrotickou tkáň.

PET nález může být i falešně pozitivní u zánětlivých onemocnění a v hnědé tukové tkáni. Pokud je nemocný ozařován, doporučuje se s hodnocením residua na PET čekat nejméně 3 měsíce.

U pacientů s časným stádiem choroby a negativním PET nálezem je vhodné toto vyšetření opakovat pouze při podezření na relaps.

PET jako *prognostický faktor*.

Nález perzistující PET pozitivita po 2-4 cyklech chemoterapie je spojen s vysokou pravděpodobností časného relapsu a tito pacienti mohou být zvažováni k provedení autologní transplantace kostní dřeně. Vzhledem k možnosti přidruženého zánětlivého onemocnění, které je u Hodgkinova lymfomu časté, je opět nutné korelovat PET, CT a klinický nález, aby se vyloučila falešná pozitivita.

Problematika radioterapie u časných stádií maligního lymfogranulomu- pro a proti.

Profesor J. Yahalom z Memorial Sloan-Kettering Cancer Center v New Yorku byl advokátem radioterapie u časných stádií maligního lymfogranulomu. Dokazoval, že přidání ozáření k chemoterapii zvyšuje počet bezpříznakového přežití. Zdůraznil, že s redukcí rozsahu ozáření a dávek klesá i riziko sekundárních duplicit a kardiální toxicita. Nyní používají místo „involved field“ techniky nové techniky, která je cílena jen na postižené uzliny „involved lymph node RT“, která umožňuje vynechat většinu normálních orgánů a především prsy z ozářeného objemu. Podkladem je studie B. A. Camphella z Vancouveru, kde byly srovnatelné výsledky bezpříznakového i celkového přežití při ozáření „extended field“, „involved field“ a „involved lymph node RT“ po 2-4 cyklech chemoterapie ABVD.

Pro příznivé časně maligní lymfogranulomy doporučuje místo 4-6 sérií ABVD podat 2 série ABVD a mini ozáření do 20-30 Gy. Ozáření indikují i v případě negativního PET po chemoterapii.

Profesor J. M. Connors z Vancouveru měl přednášku o důvodech, proč by radioterapie měla být u této skupiny pacientů vyloučena.

Radioterapie je spojena s vysokým rizikem sekundárních malignit, zejména solidních

nádorů prsů, plic, zažívacího traktu, kůže a hlavy a krku. Sekundární nádory jsou 2. nejčastější příčinou úmrtí. Dále se objevuje často kardiopulmonální dysfunkce a hypofunkce štítné žlázy.

Na základě studie HD6 se 182 pacienty se st. I-IIA non-bulky 90 % pacientů bylo vyléčeno samotnou chemoterapií 4-6 cykly ABVD. Zbývajících 10 % nemocných, kteří potřebují radioterapii pro residuální onemocnění, by mělo být identifikováno pomocí PET-CT. Integrace PET-CT do standardních postupů umožní většině pacientů léčbu jen chemoterapií.

Pokročilý maligní lymfogramulom

Také desetileté výsledky studie HD 9, kterou prováděla German Hodgkin Study Group, prokazují nadále jasný benefit pro podávání chemoterapie typu eskalovaný BEACOPP oproti basálnímu BEACOPPu nebo COPP/ABVD.

Zajímavým a poučným prvkem na kongresu byly kasuistiky konkrétních pacientů s uvedenými možnostmi léčby, o kterých se hlasovalo. Rozdílné názory na léčbu od renomovaných odborníků jen dokazují, o jak složitou problematiku se v současné době jedná.

KONGRES EVROPSKÉ NEUROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI V NICE

MUDr. Drahoslava Tišlerová, MUDr. Libuše Lhotáková

7.-11. 6. 2008 jsme se zúčastnily 18. kongresu Evropské neurologické společnosti v jiho-francouzském Nice. Z bohatého programu vybíráme několik tematických okruhů:

Použití IVIG u některých neurologických onemocnění

CIDP

Chronická zánětlivá demyelinizační polyneuropatie (CIDP), poprvé popsána v polovině sedmdesátých let, je dnes ve většině případů považována za autoimunní onemocnění. Při její léčbě jsou používány kortikoidy, další imunosupresiva, plazmaferéza a nyní i intravenózní imunoglobuliny (IVIG). Podle současných názorů je preferována léčba IVIG - jejich použití významně redukuje výsledný neurologický deficit. Zatím však není k dispozici mnoho dat týkajících se dlouhodobého účinku, protože jde o léčbu, která v mnoha zemích v nedávné minulosti ještě nebyla povolena.

IVIG a léčba bolesti

Bolest a bolestivé syndromy jsou považovány za součást nebo komplikaci jiných onemocnění a jejich léčba je symptomatická s použitím periferních nebo centrálních analgetik. Avšak u některých onemocnění se ukazuje, že lze použít i jiný typ léčby. Jedná se především o bolestivé syndromy končetin po úraze či operaci, kdy se vyskytuje celý komplex příznaků. V popředí je krutá bolest končetiny, provázená projevy postižení autonomního nervového systému (trofické změny, otok, odchylky v potivosti, ochlupení postižené končetiny, apod.). Byly prokázány protilátky proti autonomnímu nervovému systému, což vedlo k předpokladu autoimunní etiologie tohoto syndromu. Zatím proběhlo a stále probíhá několik studií, kdy v některých z nich je sledován léčebný efekt kortikoidů a v dalších efekt IVIG, přičemž léčba IVIG se jeví do budoucna velice slibně. V současné době dokonce probíhá i studie se sledováním léčebného účinku IVIG na neuralgii trigeminu.

IVIG a myastenia gravis

Myastenia gravis (MG) je autoimunní onemocnění, kdy jsou převážně v thymu vytvářeny specifické protilátky, které blokují postsynaptické acetylcholinové receptory nervosva-

lové ploténky, a tím zhoršují nervosvalový přenos. Klinicky se MG projevuje svalovou únavou a slabostí kosterního svalstva s typickým kolísáním během dne - obtíže jsou nejmírnější po ránu, svalovou zátěží během dne se zhoršují, odpočinkem se zmírňují. Predilekčně na počátku onemocnění bývá postiženo svalstvo okohybné (ptóza víček, často asymetrická, někdy diplopie) a orofaryngeální, později dochází k oslabení pletencových svalů horních i dolních končetin a často i k postižení dechového svalstva, což je závažný život ohrožující stav.

Léčba je chirurgická, spočívající v thymektomii, a medikamentózní, kdy jsou podávány inhibitory cholinesterázy a imunosupresiva. Jednou z možností je i podávání IVIG. Hlavní indikací pro podání IVIG u myastenia gravis je léčba život ohrožujících situací, jako je respirační krize či akutní bulbární symptomatologie, dále pak jsou používány v přípravě před thymektomií.

Roztroušená skleróza mozkomíšní

Jde o závažné neurologické autoimunitní onemocnění, které je nejčastější příčinou invalidity mladých pacientů, proto tomuto onemocnění byla v rámci kongresu vyčleněna značná část programu.

Neustále se na světových fórech diskutuje otázka dědičnosti nemoci, možnosti léčby u dětí a adolescentů, protože kritéria pro léčbu léky 1. volby - DMD, tedy interferony a glatiramer acetátem jsou stanovena na podávání od 18 let věku. Bohužel, první příznaky této nemoci se ne málo často objeví již v dětském věku.

Velmi zajímavé byly přednášky srovnávající nálezy na magnetické rezonanci u pacientů léčených Copaxonem-glatiramer acetát a Betaferonem či Rebifem-interferon beta. Ze studií vyplývá, že čím dříve a intenzivněji se pacient s roztroušenou sklerózou začne léčit, tím menší klinický neurologický deficit, tím méně lézí na MRI. Bohužel, ne ve všech zemích světa jsou podmínky a možnosti léčby této nemoci hned od počátku prvních příznaků, tedy při výskytu CIS - klinicky izolovaného syndromu, např. první příznak nemoci roztroušená skleróza může být výskyt retrobulbární neuritidy. Naše republika patří mezi země, kde možnost léčby léky DMD je nejdříve po 2. atace tohoto onemocnění, s prokázanou velkou aktivitou této nemoci a samozřejmě potvrzenou diagnosou RS na magnetické rezonanci a při vyšetření mozkomíšního moku.

Velmi diskutovaná byla otázka neutralizačních protilátek, které jsou vytvářeny vůči interferonům, tedy otázka, vysvětlující selhávání léčby interferony při léčbě mozkomíšní sklerózy, její relaps-remitující formy. Z přednášek vyplývá, že až třetina pacientů léčených interferony, po určité době selhává na této terapii, začneou progredovat v neurologickém deficitu, např. v dosahu chůze, progresse paretických změn atd. Přibližně u poloviny těchto případů jsou prokázány neutralizační protilátky vůči INF (vyšetření neutralizačních protilátek vůči interferonům je u nás v republice dostupné v nemocnici v Motole, naše MS centrum tohoto vyšetření využívá). Průkaz těchto neutralizačních protilátek je jasným povellem k ukončení této léčby.

Další velmi diskutovanou otázkou je léčba primárně a sekundárně progresivní formy této nemoci. Zde bohužel moc „zbraní“, jak zasáhnout do autoimunitního procesu nemáme a i světové studie ukazují, že u této formy nemoci je mnohdy veškerá snaha a léčba bez odezvy.

Zůstává pak možnost jen dostatečné, kvalitní, ale jen symptomatické léčby.

Na závěr ještě několik nejzajímavějších přednášek z oblasti léčby monoklonálními protilátkami jako je natalizumab, alemtuzumab. Slibovaná účinnost i forma podávání těchto léků - jen jedenkrát měsíčně formou infuse -, by bylo obrovským přínosem pro naše pacienty ve srovnání s každodenní či obdenní injekční aplikací interferonů či glatiramer acetátu.

Navíc snad můžeme svým pacientům slibovat možnost i perorální léčby této závažné, ne-li zákeřné neurologické nemoci, a to již s vyhlídkou od r. 2010?

KONGRES RAMENNÍ CHIRURGIE

MUDr. Pavel Sadovský, MUDr. David Musil

Na konci června proběhl v rakouském Villachu již pátý ročník významného ortopedického kongresu, který se koná každé dva roky a věnuje se výhradně chirurgii ramenního kloubu. Jde o jedno z nejvýznamnějších odborných setkání evropských ortopedů za účasti špičkových odborníků. Nejvýznamnějším letošním účastníkem byl prof. Christian Gerber z Balgrist kliniky ve Švýcarsku, jenž je autorem a konstruktérem ramenní endoprotézy a současně se intenzivně věnuje i artroskopické operativě. Ostatní přednášející byli převahou z Rakouska, Německa a Švýcarska, ale nechyběla ani francouzská škola zastoupená Bruno Toussaintem z Anecy a italská škola reprezentovaná G. Porcellinim.

V současné době jsou prakticky všechna postižení ramenního kloubu, s výjimkou zlomenin proximálního humeru a artro; plastik, ošetřována artroskopicky. Nestability ramene jsou již rutinně ošetřovány artroskopickou stabilizací a provádějí ji již všechna artroskopická pracoviště.

Stále platí, že problematika rotátorové manžety je stále pro svou složitost a náročnost operace vyhrazena špičkovým pracovištím. Potvrzuje se význam vyšetření magnetickou rezonancí před operací v oblasti manžety. Diagnostika magnetickou rezonancí je na zahraničních pracovištích zcela rutinní, naopak se stále více prosazuje i vyšetření počítačovou tomografií s kontrastem aplikovaným intraartikulárně. Zaznamenali jsme naopak ústup ultrazvukové diagnostiky. Je to nespíše dáno tím, že sono vyšetření není schopno popsat stupeň retrakce svalů, kvalitu svalů, jejich tukovou degeneraci, vitalitu okrajů manžety. V samotném chirurgickém postupu při reinzeraci rotátorové manžety nenastal významnější posun. Spíše jsou nyní více používány metody fixace „double row“ za použití dvou řad kotvicích prvků. Reinzerce manžety je tak pevnější a spolehlivější, ale operace se stává nákladnější o použité implantáty.

Poněkud kontroverzní byla diskuze o rehabilitačním programu po těchto operacích. Někteří rehabilitaci urychlují, dokonce povolují cvičení ve vodě v bazénu od třetího dne po operaci ve snaze zabránit zatuhnutí ramene, jiní neopouštějí tradiční rehabilitační postupy a dávají přednost spolehlivému prohojení reinzerovaných tkání a rehabilitují po 4-5 týdnech.

Z přednášek a diskuzí věnované endoprotetice ramene, které dominoval svými zkušenostmi i osobním charizmatem prof. Gerber, vyplynuly dva poznatky:

Při srovnávání výsledků operace implantace hemiartroplastiky a totální náhrady ramene, jednoznačně lepších výsledků dosahují pacienti se zabudovanou totální náhradou. Zdá se, že problémy související s náhradou glenoidální jamky (zejména její uvolňování) jsou již technicky vyřešeny, ale implantace umělého glenoidu vyžaduje precizní chirurgický postup, dokonalou a dostatečně rozsáhlou preparaci, která však je v této lokalitě současně velmi obtížná.

Druhým důležitým závěrem byla skutečnost, že je stále více preferován tzv. resurfacing, tedy implantace kovové duté náhrady, která pokrývá hlavici humeru a tvoří tak nový, ideálně tvarovaný, povrch kloubní hlavice. Jedná se o poměrně jednoduchý operační výkon, i ekonomicky přijatelný. Sám prof. Gerber prezentoval kazuistiku, kdy byl použit tento typ náhrady i u pacientů s výraznou deformitou hlavice při omartróze a s výborným efektem. Současně ale upozorňuje, že tento typ náhrady je indikován u pacientů s bolestmi v rameni, ale s dobrým rozsahem pohybu.

Kromě velmi dobrého pocitu, že na našem pracovišti provádíme ramenní chirurgii v intencích, které prezentovali současní evropští specialisté, jsme si z Villachu odvezli i příslib osobní účasti některých odborníků na ortopedickém kongresu Shoulder 2009, který budeme organizovat příští rok v Českých Budějovicích.

NOVINKY V LÉČBĚ ÚZKOSTNÉ PORUCHY

MUDr. Dana Dvořáková, Mgr. Václav Šnorek

V červenci jsme se zúčastnili zahájení závěrečné fáze mezinárodního klinického výzkumu preparátu Pregabilin, který je dosud užíván v neurologické indikaci, avšak vykazuje uspokojivý terapeutický efekt i při léčbě generalizované úzkostné poruchy. Od roku 2004 byl uveden na trh v 76 zemích. Jeho předností jsou poměrně uspokojivé farmakologické vlastnosti. Podstata účinku spočívá v modulaci hyperexcitovaného neuronu.

Generalizovaná úzkostná porucha (GAD) je charakteristická nadměrnými nekontrolovatelnými obavami a úzkostí, které se většinou týkají běžných denních záležitostí. Frekvence, trvání a intenzita je nepřiměřená zdroji obav a má vliv na každodenní život pacienta.

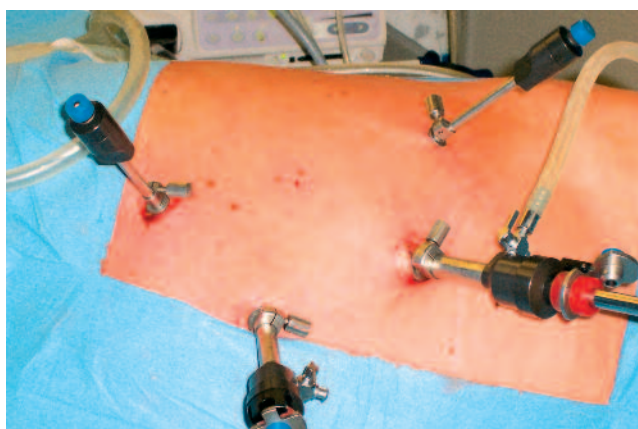
Lidé trpící generalizovanou úzkostnou poruchou se obávají o své zaměstnání, finanční situaci a zdraví své i své rodiny. Mohou ale pociťovat obavy i ohledně méně závažných věcí, jako jsou termíny schůzek a udržování pracoviště nebo domácnosti v čistotě. Příčinou vzniku bývá stresující nebo traumatická událost. Začíná zpravidla mezi 16. až 18. rokem a pokud se neléčí, může trvat i celý život, intenzita přitom kolísá. Postižení se mohou snadno stát závislými na psychoaktivních látkách.

V léčbě se používá jak psychoterapie (zejména kognitivně-behaviorální terapie), tak farmakoterapie (benzodiazepiny, antidepressiva SSRI a SNRI). V případě kognitivně-behaviorální terapie může pacient například dostat „domácí úkol“, aby vypracoval katastrofický scénář týkající se situací, kterých se obává. Zjistí tak, že jeho problémy by měly řešení, i kdyby se onen katastrofický scénář naplnil. Tato terapie obvykle zahrnuje i osvojení sociálních dovedností, které pacient ztratil. Pacient může mít problém říci ne, přijímat normálně kritiku, povzbudit ostatní, systematicky řešit problémy atd.

V Paříži jsme si ověřili schopnost používat psychiatrickou posuzovací stupnici Hamilton Rating Scale for Anxiety - Ham-A (včetně testu dovednosti na konkrétním klinickém případě) a seznámili se s novou verzí MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW (Version 6.0.0), nástrojem zkvalitňujícím klinickou diagnostiku psychických poruch, který jsme si také přivezli.

CHALLENGES IN LAPAROSCOPY 2008 V ŘÍMĚ

MUDr. Zdeněk Staněk



V roce 2004 jsem se zúčastnil prvního kongresu Challenges in Laparoscopy, který se konal v Římě. Jednalo se o perfektně připravený mítink, jehož základem byly živé přenosy laparoskopických urologických operací, prováděné předními evropskými i světovými odborníky. Laparoskopické operace, jako například resekce tumoru istmu podkovovité ledviny (I. Gill) či retroperitoneální lymfadenektomie (I. Türk),

na mě tehdy udělaly veliký dojem. I další ročníky „Challenges“ byly organizovány skupinou lékařů z Nadace Vincenza Pansadora a probíhaly též v Římě.

V listopadu 1997 provedl ve francouzském Bordeaux Richard Gaston první laparoskopickou radikální prostatektomii v Evropě. Není proto náhodou, že se čtvrté

„Challenges“ v červnu 2007, v roce desátého výročí této významné události, přesunuly dočasně právě do Bordeaux.

Pátý kongres se tento rok navrátil opět do Říma. Zde jsem měl možnost společně s dalšími pěti kolegy z České republiky shlédnout téměř dvacet laparoskopických výkonů, provedených deseti špičkovými operátory z Evropy a USA. Operace byly přenášeny do kongresového centra z římské Kliniky Pia XI. satelitem v HDTV (High Definition Television). Zároveň se operovalo až na čtyřech sálech. Průběh operací byl prezentován v kongresovém sále na nadstandardně velké projekční ploše, přesto byla kvalita obrazu vynikající.

Značný prostor byl již tradičně věnován laparoskopické radikální prostatektomii. Tuto operaci zde v přímém přenosu předvedlo šest lékařů. Operace byly prováděny jak klasicky laparoskopicky, tak za asistence robota. Převažoval přístup extraperitoneální. Většina operátorů ligovala dorzální venózní komplex až na závěr skeletizace prostaty. R. Gaston preferuje šetření hrdla močového měchýře. To nejprve kompletně uvolní, otevře přední list Denonvilliersovy fascie, a až poté zde přeruší uretru. Při laparoskopické radikální prostatektomii šetřící intrafasciální nervy neotevřít Gaston laterální část endopelvicke fascie, R. Bollens co nejvíce uchovává Denonvilliersovu fascii. Vesikouretrální anastomóza byla většinou vytvořena pokračujícím monofilamentním stehem. Na základě zkušeností s více než 600 laparoskopických radikálních prostatektomií robotem asistovaných uvedl Gaston lepší funkční výsledky (kontinence i erekce) u robotické operace než u klasické laparoskopické radikální prostatektomie.

K zajímavým sdělením patřil příspěvek C. Abboua, hodnotící 750 retroperitoneoskopických operací. Abbou patří k propagátorům tohoto přístupu. Považuje jej za přirozenější, umožňující přímý přístup do retroperitonea a minimalizující rizika poranění nitrobršních orgánů.

I. Türk zde prezentoval své zkušenosti s laparoskopikou radikálních cystektomií u 40 pacientů. Po rutinním zvládnutí laparoskopické radikální prostatektomie chybí dle něj jen krok k provedení laparoskopické cystektomie. Skutečnou výzvou však zůstává zajištění derivace moče. Tato operace by měla být vyhrazena pouze pro superspecializovaná centra.

Ilustrativní byla přednáška Vita Pansadora o cévních poraněních při laparoskopii. Doporučil některé zásady, jak v této urgentní situaci postupovat. Při žilním krvácení zvýšit tlak kapnoperitonea na 20 mm Hg, komprimovat oblast krvácení, založit další pomocné porty, rozšířit operační tým o dalšího asistenta. Po získání přehledu v operačním poli naložit na poraněnou cévu cévní svorku. K urychlení sutury cévy použít pokračující steh s klipem, umístěným na konci vlákna.

Neplánovaně jsme měli možnost vidět, jak se s takovou situací vypořádal při laparoskopické retroperitoneální lymfadenektomii dr. Hoepffner. Jeho tým v přímém přenosu příkladně ošetřil poměrně silné arteriální krvácení z oblasti bifurkace aorty bez nutnosti konverze.

Široce jsme diskutovali sdělení U. Studera, který doporučuje provádět rozšířenou pánevní lymfadenektomii u většiny pacientů s karcinomem prostaty, kteří podstupují radikální prostatektomii. Rozšířenou pánevní lymfadenektomii indikuje u pacientů s PSA nad 10 ng/ml a u všech pacientů s Gleason skóre 6 a více. (Gleason skóre 6 zahrnuje pro 30 % riziko „undergradingu“ při biopsii.) Přestože ani v roce 2008 není vyjasněna otázka terapeutického přínosu rozšířené pánevní lymfadenektomie při radikální prostatektomii, většina diskutujících Studerův názor podpořila. K většímu uplatnění rozšířené pánevní lymfadenektomie se kloní i B. Guillonneau, který nám tento výkon názorně oddemonstroval při transperitoneální laparoskopické radikální prostatektomii přímo z operačního sálu.

Čeští kolegové i já jsme hodnotili kongres jako velmi dobře koncipovaný, zaměřený převážně na praktické otázky laparoskopické operativy. Osobně jsem si z tohoto kongresu odnesl především mnoho užitečných podnětů k vylepšení naší operační techniky u laparoskopické radikální prostatektomie, se kterou na našem urologickém oddělení začínáme.

RORSCHACHOVA METODA NA POŘADU DNE V LEUVENU

Mgr. Václav Šnorek

Čtyřdenní kongres International Rorschach Society, konaný v belgickém městě Leuven 22. 7.-25. 7. 2008 umožnil setkání uživatelů a příznivců Rorschachova testu a projekčních metod z celého světa. Kongresu předcházelo několik workshopů a volba nového vedení společnosti

Comprehensive System představuje mezinárodně uznávaný systém pro kódování a interpretaci asociovaného materiálu v Rorschachově testu. Dříve publikované národní studie ukázaly existující rozdíly v míře vyjádření jednotlivých proměnných *Comprehensive system* mezi národními soubory. Příspěvky zaměřené na metodologii hledaly východisko ve vytvoření jednotných mezinárodních norem. To je trend, jehož iniciátory a stoupenci jsou především američtí autoři. Snaží se transformovat poměrně širokou variabilitu Rorschachovy metody ve striktně standardizovaný postup administrace Rorschachova testu jako psychologické testové metody včetně např. omezení asociační fáze. Evropští psychologové jsou v tomto směru přinejmenším skeptičtí.

Druhé dominantní téma se zaměřovalo na využití Rorschachovy metody jako relevantního psychodiagnostického nástroje pro posuzování efektu psychoterapie. Obvykle bylo použito opakované administrace Rorschachova testu v průběhu terapie. Oproti dřívějším studiím se hodnocení změny neměřilo podle symptomů nemoci, ale podle kritérií relevantních k terapeutickým konceptům, jako je úroveň objektivních vztahů, hranice Self, identita apod. Jde o zřetelný posun od měření podle psychiatrických diagnóz k hledání kritérií, která jsou bližší psychoterapeutickým cílům i použité diagnostické metodě.

A. Piccone z Univerzity v Buenos Aires, kde nalezneme nejen Fakultu psychologie, ale také samostatnou katedru ROR, upozornila na test v Evropě málo známý, „Postava v dešti“. Výsledky validizační studie srovnávající individuální a skupinovou administraci Zulligerova tabulkového testu představil kolektivu autorů ze stejné univerzity. Korelaci mezi proměnnými *Comprehensive system* DEPI a CDI a vybranými indikátory depresivity v kresebných projekčních metodách zkoumali DeFelipe-Oroquieta se svými kolegy.

Řada příspěvků zazněla ve francouzštině, což potvrzuje velkou intelektuální bohatost francouzské školy. Nelze však opomenout ani kolegyně a kolegy z Japonska a Izraele. Za osvěžující zpestření lze považovat variantu Rorschachova testu pro nevidomé, vytvořenou Italem Giuseppe Barile.

Konkrétní spolupráci jsme projednali s Österreichische Rorschach Gesellschaft, dále s významným subjektem rorschachovské diagnostiky ve Španělsku a Latinské Americe - vydavatelstvím Psimática.

ANGLICKÁ ZKUŠENOST

MUDr. Pavel Sadovský

20. - 24. října 2008 jsem se účastnil klinické stáže v Anglii. Měl jsem jedinečnou příležitost být přítomen přímo na operačních sálech v Royal Liverpool Broadgreen University Hospital, dále na ortopedické klinice v Ormskirku, poté na privátní ortopedické praxi v Harrogate a v privátní nemocnici v Leedsu.

Ortopedická operativa je v Anglii organizována jinak, než jak jsme zvyklí na našich pracovištích. V Anglii jsou specializovaní konzultanti, tedy odborníci v úzké odbornosti (např. Upper Limb, Knee, Hip Joint) a tito lékaři samostatně připravují operační programy na jednotlivých různých pracovištích, kde operují v určité dny v týdnu. Tyto své operační dny mají jak na státních klinikách, tak v privatě. Na tyto operační dny si připravují „své“ pacienty, které indikují k operacím, a jsou odpovědní za indikaci, provedení výkonu i následnou péči. „K ruce“ jim jsou fellows, tedy mladší lékaři, stážisté apod., kteří obstarávají nutnou agendu, související s pacienty na odděleních a dále asistují konzultantům při operacích. Vlastní práce na odděleních začíná, podobně jako u nás, poměrně brzy po ránu, kolem sedmé hodiny. Provádějí ji tito fellows a stážisté. Vlastní operační program pak startuje až kolem deváté hodiny ráno, kdy se teprve na sál dostaví příslušný konzultant. Operuje se pak do pozdních odpoledních hodin, po operaci konzultant z nemocnice odchází, ale práce na odděleních dál leží na bedrech stážistů, kteří jsou tak velmi vytíženi. Přesto se pracuje v mimořádném klidu, beze spěchu a ve velmi milé a přátelské atmosféře.

První tři dny jsem měl možnost být na sále s profesorem Simonem Frostickem, Peterem Brawsonem a Vishalem Sahnim. Zejména oba prvně jmenovaní patří v v Anglii k předním odborníkům, kteří provádějí veškerou současnou operativu v ramenní krajině (alloplastiky, artroskopické výkony, traumata). Měl jsem možnost sledovat oba při celkem standardních operačních výkonech (alloplastika ramene, resurfacing hlavice humeru a mnoho artroskopických výkonů - stabilizace, plikace pouzdra, ošetření šlachy bicepsu, reparace lézí rotátorové manžety, resekcce akromioklavikulárního kloubu).

Následující dva dny jsem byl na privátní klinice profesora Nicka Londona, který je specialistou kolenní chirurgie. Provádí tedy opět veškerou chirurgii v oblasti kolenního kloubu, od artroskopií, přes rekonstrukce vazů, po implantace hemi a totálních kolenních náhrad.

Jednalo se tedy o výkony, které téměř všechny rutinně provádíme i na našem pracovišti. Přesto mě velmi zaujaly dvě skutečnosti: Preciznost, s níž všichni operují, hraničí občas až s puntičkářstvím. Na jednotlivé kroky při operaci mají jasný a kategorický názor a nenechají si jej zpochybnit. S tím souvisí i skutečnost, že se během operace nerozpakují vystřídat nejedno instrumentarium podle toho, které se jim v té chvíli jeví jako nejlepší. Je k dispozici prakticky veškerý v současnosti vyráběný „arsenál“ implantátů a jejich výběr a implantace se řídí jediným cílem - aby výsledek operace byl perfektní.

Velmi se sleduje ekonomické hledisko, ale je evidentní, že se šetří všude jinde, jen ne na operačním sále. Pacienti jsou propouštěni ze zařízení nikoli následující den po operaci, ale ještě týž večer. Dopravu pacientů zajišťují příbuzní anebo taxíky. Tuto dopravu proplácí pacientům pojišťovna. Veškerá další péče (včetně rehabilitace) se přenáší na praktické lékaře. Pro ně je pak jakousi ctí, převzít pacienta po operaci od příslušného specialisty a na jejich bedrech je další léčba (včetně rehabilitace). Například extrakci stehů zajišťuje sestra, která dojede za pacientem domů.

V poslední době se u nás objevují tendence přirovnávat české zdravotnictví k anglickému a často se poukazuje například na skutečnost, že v Anglii jsou, podobně jako u nás, dlouhé čekací doby na operace. Týká se to však jen umělých kloubních náhrad. Je nemyslitelné, aby pacient čekal na artroskopickou operaci déle jak měsíc. Pravdou je, že na operace umělých kloubních náhrad, se čekalo řadu měsíců, i dva až tři roky. Na to však

reagovala anglická vláda rozhodnutím a zákonným opatřením, podle něhož musí být pacient odoperován do 14 týdnů od stanovení indikace k operaci (myšleno totální endoprotéza kloubů). V nemocnicích, které jsem navštívil, je možné spatřit v hlavním vchodu a v recepcích vývěsky se sdělením, že se skutečně podařilo čekatí dobu zkrátit např. na 9 -10 týdnů. Vláda se pro tento účel rozhodla uvolnit do rezortu zdravotnictví jednu miliardu liber. Myslím si však, že pouze toto opatření by mělo jen krátkodobý efekt. Osobně vidím důvod v tom, že v Anglii je nepoměrně hustší síť pracovišť, kde se příslušné operace provádějí a pojišťovny tyto výkony proplácejí.

Pobyt v Anglii byl pro mě velmi cennou zkušeností - ujistil jsem se v tom, že na našem pracovišti děláme stejně špičkovou ortopedii a ve spektru operačních výkonů nijak nezaostáváme (snad s výjimkou resurfacingu humeru, ale Anglie je zemí, kde profesor Copeland vynalezl resurfacing, takže tyto operace jsou tam velmi frekventované), měl jsem příležitost „okoukat“ od zkušených operatérů drobné „finty“ a triky. A nám všem (pacientům i zdravotníkům) bych přál onu pohodu, klid, přátelstvím a kolegiální atmosférou, v níž se pracuje.

SPOLEČENSKÁ KRONIKA

Složené atestace v období 1. 4. 2008 - 31. 10. 2008

BABOROVÁ Lenka MUDr.	Anestez. resust.odd.
ROUČKOVÁ Nad'a Mgr.	Labor. hematologie
ŠUSTR Karel MUDr.	Odd. úrazové chirurg.

Ukončené PSS v období 1. 4. 2008 do 31. 10. 2008

CABALOVÁ Alena Bc.	Psychiatrické odd.
DOHNALOVÁ Hana Bc.	Psychiatrické odd.
JÁCHYMOVÁ Romana Bc.	Psychiatrické odd.

Odchod do důchodu v období od 1. 7. 2008 - 31. 10. 2008

KLIMEŠOVÁ Zdeňka	Labor. paraz. a mykol.
SLÁDKOVÁ Jiřina	Rehabilitační odd.
KRNÍNSKÁ Stanislava	Labor. imunologie
KASKOUNOVÁ Gustava MUDr.	Ženské oddělení
JÁNSKÁ Jana	Onkologické odd.
HRUŠKOVÁ Romana	Plicní léčebna
BARTUŇKOVÁ Jiřina	Dětské oddělení
HELMICHOVÁ Antonie	Nervové odd.
HUŠÁKOVÁ Kateřina	Rehabilitační odd.
TUŠLOVÁ Růžena	Psychiatrické odd.
HALOUN Karel MUDr.	Chirurgické odd.

Životní jubilea v období 1. 7. 2008 - 31. 12. 2008

VÁCLAVÍKOVÁ Jitka	Odd. ušní-nosní-krční
ZABILKOVÁ Marie	Odd. plicní a TBC
NOVÁKOVÁ Jaroslava	Chirurgické odd.
BALLÁKOVÁ Růžena	Onkologické odd.
HORNÁTOVÁ Stanislava	Rehabilitační odd.
BAUEROVÁ Anna	Anestez. resust.odd.
KALAŠOVÁ Iveta	Nervové odd.
KÁMENOVÁ Hana Ing.	Odd. zaměstnanecké
KULOVANÁ Hana	Ženské odd.
CHRTOVÁ Alena	Oční odd.
HERYNKOVÁ Drahomíra	Oční odd.
KOUTNÍKOVÁ Magdalena	1. odd. násled.péče
ŠTĚPKOVÁ Monika	1. odd. násled. péče
KOČVAROVÁ Nora MUDr.	Psychiatrické odd.
TUPÝ Josef	Ženské odd.
KUBÁTOVÁ Jitka Bc.	Odd. ušní-nosní-krční
BÜRGEROVÁ Zdeňka	Interní odd.
FLÍČEK Václav MUDr.	Odd. úrazové chirurg.
ŠACHTOVÁ Miroslava Mgr.	Výdejna léčiv
BENEŠOVÁ Božena	Labor. bakteriologie
JOZOVÁ Eva	Onkologické odd.
DEJČMAROVÁ Eva	Ženské odd.

NOŽIČKOVÁ Nina
SVATOŠOVÁ Květoslava
PELECHOVÁ Marcela
TRSKOVÁ Alena
POLOVÁ Božena
HEJLKOVÁ Jana
BERKOVSKÝ Petr Ing. RNDr.
KEŘKA František Ing.

Odd. zpr. ekonom.inf.
Psychiatrické odd.
Oční odd.
1. odd. násled. péče
Ženské odd.
Labor. hematologie
Onkologické odd.
Obchodní oddělení



CHODURA Vladimír MUDr., CSc.

Psychiatrické odd.



KDYSI A TEĎ

Pokud by se vás někdo před sedmi lety zeptal, jak bude v roce 2008 vypadat českobudějovická nemocnice, asi by dostal odpověď „Pořád stejně, možná o něco lépe“.

Protože redakce Nemocničního zpravodaje je neustále bombardována požadavky na fotografie nejrůznějších pavilonů, které uplatňujete často ve svých prezentacích během lékařských kongresů, vládneme fotoarchivem. Sami jsme byli překvapeni, když jsme listovali souborem snímků, které v letech 2000-2001 pořídil fotograf David Weiss a srovnali je s nynější skutečností. Tu pro vás zachytil Bohumír Langmeier a kol.



Nejnápadnější změnou je nový vstup do Horního areálu. Funkcionalistickou stavbu ze dvacátých let 20. století nahradila krátce po vzniku akciové společnosti Nemocnice České Budějovice v roce 2004 lehká prosklená hala českobudějovického ateliéru A+U Design, která se stala v roce 2004 držitelkou ocenění PRESTA - prestižní stavba jižních Čech v kategorii občanské a průmyslové stavby. Před vstupní halou vzniklo parkoviště pro 280 aut. Zatímco dříve ti šťastnější řidiči zaparkovali v nemocničním areálu, často kdekoli včetně trávníků a ostatní zoufale hledali místo v okolí, dnes je tu postaráno o všechny.



Nemocnice začala v ulici Boženy Němcové sloužit pacientům od roku 1913. Dnes je původní pavilon A zakonzervovaný a management se zabývá myšlenkou, jak jej co nejlépe využít. Investice do jeho interiéru, především sítí, budou značné. V první fázi došlo k opravě střechy, výměně oken a omítnutí. Také zde Nemocnice České Budějovice, a.s. získala za citlivou opravu uznání památkářů i architektů - titul BAUMIT, Fasáda roku 2004.



Jen „pamětníci“ vědí, že místo zad technických budov, která kopírovala rušnou ulici Boženy Němcové, je dnes už cca pět let ku prospěchu pacientů rozsáhlé parkoviště a fitcentrum Delfin s restaurací.



Největším pavilonem nemocnice je tzv. Cěčko. Budova, postavená na začátku devadesátých let 20. století především pro potřeby onkologického oddělení přestala v novém tisíciletí odpovídat požadavkům doby a lůžkovým potřebám. Dnes zde sídlí mimo onkologického oddělení řada dalších oborů včetně kardiocentra. V roce 2008 byly dokončeny vnitřní přestavby, výměna oken a zateplení celého objektu.



Kdysi zde býval psychiatrický pavilon. Oddělení se přestěhovalo do jiné budovy a rozsáhlý objekt mohl být využit pro různé laboratoře, soustředit je na jedno místo a snížit tak náklady na jejich provoz.



Rozsáhlé změny pocítil nemocniční areál v oblasti hospodářského zázemí. Řada nevzhledných objektů, které nemocnice ke svému technickému provozu přestala potřebovat, zmizela. Strojovna - energetické centrum se svými záložními zdroji i dispečinkem dostala nový vzhled.



Dlouholetí dárci krve si ještě pamatují, jak chodívali na odběry nad Horní areál do „transfúzky“. Dnes mají dárci krve k dispozici moderně zařízené přízemí rohové budovy v ulici L. B. Schneidera. V prvním patře bude nově aplikace chemoterapie a infúzních roztoků. V objektu sídlí rovněž ústavní lékárna a prodejna zdravotnických potřeb. V „transfúzce“ je nadále transfúzní oddělení, které tu zpracovává odebranou krev. Oba objekty jsou hezčí...



Vydává Nemocnice České Budějovice, a. s. Ročník 18 (2/2008).

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 Barborce 2, 373 16 Dobrá Voda u Českých Budějovic.

P.F. 2009

