

nemocniční

zpravodaj

Duben
2024

**SPECIÁL
O BRCA**

Představujeme

MULTIDISCIPLINÁRNÍ GIT TÝM

MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

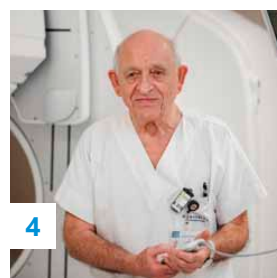
Pět let ve funkci generálního ředitele

em. prim. MUDr. Ladislav Šabata
Oddělení nukleární medicíny

**Čas věnovaný nastupujícímu lékaři
je investicí do budoucna**



2



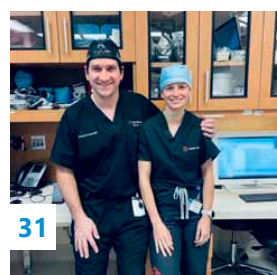
4



10



15



31

- 1 Úvodník předsedy představenstva**
- 2 Pět let ve funkci generálního ředitele MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.**
- 4 Rozhovor – Čas věnovaný nastupujícímu lékaři je investicí do budoucna em. prim. MUDr. Ladislav Šabata, Oddělení nukleární medicíny**
- 9 Naše úspěchy – Neurologické oddělení českobudějovické nemocnice jde příkladem v péči o pacienty s cévní mozkovou příhodou**
- 10 Představujeme – Multidisciplinární GIT tým českobudějovické nemocnice**
 - 11 Diagnostika - Gastroenterolog
 - 12 Diagnostika - Patolog
 - 13 Léčba
- 14 Rok 2023 v číslech**
- 15 Speciál o BRCA – Proč si mám nechat „řezat“ do zdravého těla?**
- 18 Mutace genu BRCA: Riziko, diagnostika a preventivní opatření u nosiček genetické predispozice ke vzniku nádorového onemocnění**
- 21 Na Onkologickém oddělení poskytujeme péči i zdravým nosičkám mutace (nejen) genu BRCA**
- 23 Z gynekologického hlediska je jediným spolehlivým opatřením preventivní odstranění rizikových gynekologických orgánů**
- 25 Široká škála operačních technik umožňuje volit tu nejvhodnější metodu rekonstrukce prsu pro konkrétní pacientku**
- 29 Lexikon zdraví – Sipping**
- 31 Vzdělávání – Cesta za velkou louží aneb pět týdnů na neurochirurgii v americkém Idahu**
- 34 Fyzioterapeutka Mgr. Marika Bajerová předala našim zdravotníkům řadu cenných poznatků k podpoře přirozeného porodu**
- 36 Klinické studie v Nemocnici České Budějovice, a.s.**
- 38 Studenti Zdravotně sociální fakulty rozšířili řady dárců krve a kostní dřeně**
- 40 Očima fotografa – Ohlédnutí za kongresy**

Na titulní straně MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D. / Foto: Jan Luxík

Úvodník předsedy představenstva

MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

Po delší době Vám dnes přináším aktuální informace o průběhu stavebních prací v českobudějovické nemocnici. Podle plánu pokračuje 2. etapa přístaveb, nástaveb a stavebních úprav pavilonu CH, která bude dokončena do konce srpna, a v rámci které bude v návaznosti na již dokončenou první etapu vybudováno mimo jiné šest nových operačních sálů, další jednotka poanestetické péče, nové lůžkové oddělení anesteziologie a resuscitace (ARO), další jednotka intenzivní péče, tři standardní lůžkové stanice a rozsáhlý ambulantní trakt. Aktuálně se zde dokončují obklady a dlažby, probíhá pokládka PVC krytin, montáže podhledů a kompletace vzduchotechniky, elektroinstalace, rozvodů slaboproudu vč. EPS či systému sestra-pacient. Byla provedena rovněž montáž zbývajících výtahů a dokončují se práce na finálních povrchových úpravách fasády.

Na tuto stavební akci bezprostředně naváže kompletní rekonstrukce jednotky pooperační a resuscitační péče (RES) a operačních sálů kardiovaskulárního a thorakálního centra a chirurgického oddělení. Ve 4. nadzemním podlaží pavilonu C budou vybudovány čtyři operační sály místo stávajících tří, ve 3. nadzemním podlaží budou tři operační sály stejně jako doposud, ale jeden z nich bude tzv. hybridní operační sál s angiografickým přístrojem. Proti původně uvažované dílčí rekonstrukci těchto provozů tak nakonec přistoupíme k jejich zevrubné přestavbě, která nám umožní naplnit beze zbytku náročné požadavky moderní medicíny.

Do svého cíle nezadržitelně směřuje přístavba pavilonů C a T14, která zahrnuje jednak rozšíření oddělení ústní, čelistní a obličejové chirurgie, dále zvětšení zaměstnanecké jídelny i varny stravovacího provozu.



Kapacita zaměstnanecké jídelny je zvětšena o polovinu, místo dvou set míst nyní disponuje třemi stovkami míst. Dokončena je polovina původní části varny a nyní probíhají práce na druhé polovině, dokončují se také venkovní úpravy okolo objektu.

Poněkud stranou pozornosti zaměstnanců i návštěvníků nemocnice může být probíhající instalace střešní fotovoltaické elektrárny na pavilonech L, O, T a T8 s celkovým instalovaným výkonem 574 kWp. Osazeny byly konstrukce a také již i všechny panely na objektu prádelny, nyní pokračují práce na šikmých střeších ostatních pavilonů. Veškerá zde vyrobená energie bude v nemocnici rovnou i spotřebována.

Kromě výše popsaných stavebních investic probíhá celá řada menších stavebních akcí a také projektová příprava dalších staveb.

Před námi je mimo jiné vybudování patrového zaměstnaneckého parkoviště s heliportem letecké záchranné služby, napojeným na systém našich nadzemních spojovacích koridorů, nebo přestavba budovy T13 (menší budova za současnou psychiatrií), sloužící aktuálně jako archiv, na oddělení akutní dětské psychiatrie.

Pokračujeme tak v projektu „Restrukturalizace a rekonstrukce horního areálu Nemocnice České Budějovice, a.s.“, jehož cílem je vytvořit moderní a logicky uspořádanou nemocnici, opustit dolní areál nemocnice, veškeré provozy přesunout pouze do horního areálu nemocnice a vytvořit v něm podmínky pro fungování oborů akutní péče v podobě monobloku.

Pět let ve funkci generálního ředitele MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

**Vážení čtenáři
Nemocničního zpravodaje,**

další rok je za námi a 5. dubna 2024 uplynul můj pátý rok ve funkci generálního ředitele Nemocnice České Budějovice. Zároveň s tím uplynulo i mé pětileté funkční období. Rada Jihočeského kraje vykonávající působnost valné hromady obchodní společnosti Nemocnice České Budějovice, a.s. na svém jednání dne 7. března 2024 zhodnotila mé dosavadní působení a rozhodla, že v čele nemocnice budu pokračovat i nadále.

Každoročně se na stránkách Nemocničního zpravodaje lehce uvolněnou formou a s využitím většího množství fotografií ohlížím za uplynulým rokem. Letos si dovoluji pojmout toto ohlédnutí trochu jinak. Z každého roku mého pětiletého působení jsem vybral jednu fotografii, která je spojena s nějakým příběhem.

I letos v rámci dokumentární linie mých pojednání uvedu několik údajů, rámuji chod nemocnice do kontextu doby. Dva roky a dva měsíce trvá válka na Ukrajině, jejíž konec se stále zdá být v nedohlednu. 7. října 2023 začala

válka Izraele s Hamásem, a to kombinovaným raketovým ostřelováním izraelského území a pozemním útokem teroristů Hamásu proti vojenským a civilním cílům v Izraeli. V dubnu 2024 došlo k výrazné eskalaci napětí na Blízkém východě v podobě střetu Izraele a Íránu. 15. dubna 2024 jednal premiér Fiala v Bílém domě s prezidentem USA Bidenem o strategické, obranné a ekonomické spolupráci, stalo se tak pět let po poslední návštěvě českého premiéra v Bílém domě.

■ MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.



2020

26. února 2020 s hejtankou Jihočeského kraje Ivanou Stráskou a ministrem vnitra Janem Hamáčkem k připravenosti Jihočeského kraje na výskyt nákazy novým koronavirem, tehdy označovaným jako 2019-nCoV. 4 dny před prvním potvrzeným případem v ČR a dva týdny před prvním potvrzeným případem v Jihočeském kraji.

2021

14. ledna 2021 na českobudějovickém výstavišti připravujeme velkokapacitní očkovací centrum. S počtem 260 tisíc provedených vakcinací bylo českobudějovické OČKO nakonec pátým nejvýkonnějším očkovacím centrem v zemi.



2019:

Celkový počet lůžek: **1 473**
Počet hospitalizovaných pacientů: **56 830**
Počet ambulantních vyšetření: **799 191**
Fyzický počet zaměstnanců k 31. 12.: **2 974**
Čistý obrat za účetní období: **5,05 miliardy Kč**
Výsledek hospodaření po zdanění: **136 milionů Kč**

2023:

Celkový počet lůžek: **1 474**
Počet hospitalizovaných pacientů: **50 210**
Počet ambulantních vyšetření: **893 630**
Fyzický počet zaměstnanců k 31. 12.: **3 639**
Čistý obrat za účetní období: **7,78 miliardy Kč**
Výsledek hospodaření po zdanění: **341 milionů Kč**



2022

Jak postupují stavební práce, mění se Nemocnice České Budějovice před očima. Zde na věžovém jeřábu s Ing. Františkem Bostlem. Moc si vážím toho, že na jeřábu (fakticky i obrazně) lezeme spolu.

2019

MUDr. Břetislav Šon byl úspěšným generálním ředitelem Nemocnice České Budějovice. V jejím čele stál dlouhých 14 let. Mě si vybral za svého nástupce a systematicky mě na tuto roli připravoval. Navždy nás opustil 2. listopadu 2022. Často na něj vzpomínám.



2023

7. června 2023 jsme s hejtmanem Jihočeského kraje Martinem Kubou provedli nemocnici předsedu vlády ČR Petra Fialu. Nebylo by ale co ukazovat bez zodpovědné práce všech našich zaměstnanců, kteří českobudějovickou nemocnici vytvářejí.



Čas věnovaný nastupujícímu lékaři je investicí do budoucna

K výrazným osobnostem českobudějovické nemocnice patří emeritní primář Oddělení nukleární medicíny MUDr. Ladislav Šabata. Podílel se nejen na rozvoji oddělení, ale na několik let usedl i ve vedení nemocnice. Díky jeho nezměrné vitalitě by jen málokdo hádal, že v nemocnici pracuje již více než padesát let.

■ **Pane doktore, v českobudějovické nemocnici pracujete přes padesát let. Ale do nemocnice jste „nastoupil“ mnohem dřív a bez nadsázky jste zde jako doma.**

Přesně tak. Můj otec MUDr. Ladislav Šabata zde v roce 1945 zakládal Dětské oddělení. Přešel sem z Prahy, a protože v Českých Budějovicích neměl žádné zázemí, tak bydlel v dnešním pavilonu Z. Já jsem tam od roku 1946 též bydlel. Pamatuji si, jak jsem jako kluk jezdil výtahem, kterým se později vozily rodičky. Takže nemocnici znám opravdu od dětství.

■ **Přesto vás to k medicíně příliš netáhlo.**

Mým přáním bylo studovat na vysoké škole jadernou fyziku. Maturoval jsem ovšem v roce 1959 a pro jaderné fyziky nebylo v tehdejší Československu uplatnění. Nejbližší jaderný reaktor byl v Sovětském svazu. Můj plán mi z těchto důvodů okolí rozmluvilo a já se rozhodl pro medicínu.

■ **Nukleární medicína tak pro vás musela být ideální.**

Nukleární medicína mě zaujala již při studiích, když jsem pracoval jako pomocná vědecká síla v ústavu lékařské fyziky, kde se zabývali radioaktivitou. Bohužel tehdy cesta k nukleární medicíně vedla přes specializaci v onkologii. A na onkologii jsem pracovat nechtěl. Takže jsem snahu pracovat v nukleární medicíně vzdal a nastoupil jsem jako asistent na Ústav biologie Lékařské fakulty v Plzni. V roce 1969 z důvodu nespokojenosti s vedoucím ústavu po odborné stránce dali všichni asistenti výpověď, takže jsem se též rozhodl odejít. Nastoupil jsem do nemocnice v Chebu jako lékař na Interní oddělení.

V květnu 1971 jsem pak nastoupil do českobudějovické nemocnice, které jsem zůstal dodnes věrný.

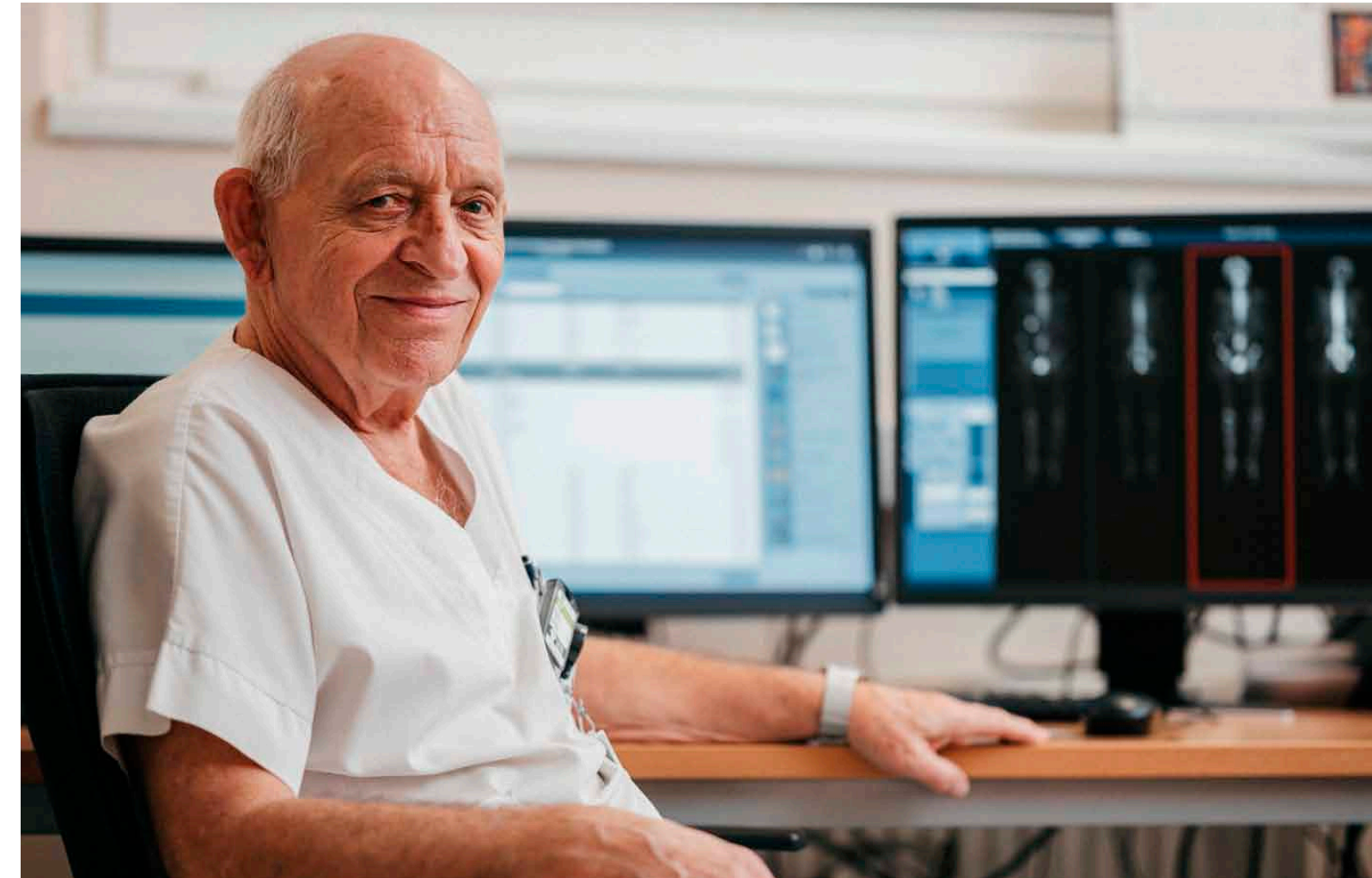
■ **Nastoupil jste rovnou na nukleární medicínu?**

Kdepak, nastoupil jsem na Interní oddělení a později k tomu přibyla funkce závodního lékaře. Na práci v nukleární medicíně jsem si musel ještě pár let počkat, protože nejprve jsem si musel udělat atestaci z interního lékařství. Na Oddělení nukleární medicíny jsem nastoupil v roce 1973.

Z přípravy na atestaci mám milou vzpomínku. V roce 1976 jsem šel na tehdy povinné šestitýdenní předatestační školení v Doškolovacím ústavu v Praze. Když jsem tam přišel, paní asistentka řekla: „Vy jste z Budějovic od pana primáře Brože. Tak co my vás ještě můžeme naučit?“ Takovou mělo naše oddělení pod vedením pana primáře pověst. A mezi námi – měli pravdu. Z hlediska klinické praxe oproti nám opravdu měli menší rozsah vyšetřovacích metod, protože v ústavu se věnovali především výzkumu. Nejlepší vybavení měla tehdy ostravská nemocnice, což jsme jim všichni záviděli. Ale z hlediska práce jsme opravdu patřili k předním pracovištím.

■ **Jaké to bylo dostat se konečně k vysněné nukleární medicíně?**

Byl jsem nadšený. Když jsem začínal, tak jsme si museli všechna nastavení a postupy matematicky dovodit, což mě velmi bavilo. Výpočty poločasů úniku jsme prováděli ručně na tzv. semilogaritmických papírech, protože kalkulačky nebyly. Přístroje kreslily při vyšetření ledvin



Emeritní primář Oddělení nukleární medicíny MUDr. Ladislav Šabata

křivky, jak se radiofarmaka vychytávají a vylučují ledvinami. A my jsme opět na papíře museli počítat rychlost odtoku radiofarmaka z ledvin pro určení jejich funkčního stavu. Dnes jsou přístroje tak komplikované, že lékař nemá možnost do jejich nastavení zasáhnout.

■ **Co vám tehdejší přístroje umožňovaly při vyšetření vidět?**

Tehdejší přístroje měly jen jednoduchou obrazovku s velmi hrubým obrazem vyšetřovaného orgánu. Pro vlastní hodnocení bylo záření vyzařované radiofarmaky detekováno kamerou a postupně se zachycovalo na film, který pak sestry vyvolávaly v temné komoře. Bylo to vlastně jako fotografovat noční oblohu na dlouhou expozici. Později jsme používali

velké filmy velikosti A4, které jsme vyvolávali na Radiologickém oddělení. Zlom přišel až v roce 1987, kdy jsme dostali jako první v nemocnici počítač z Maďarska, ke kterému byl připojen barevný televizor.

■ **To musel být velký zážitek.**

To ano. Učit se s počítačem mě neskutečně bavilo. Dostal jsem se do kontaktu s kolegou z Fakultní nemocnice Motol, který byl též fandou počítačů. Jezdil jsem za ním do Prahy a celou noc jsme seděli u počítače a zkoušeli jsme programovat. Počítače, které přišly v 90. letech, už byly složitější, a hlavně jsem na ně už neměl čas.

■ **Od vašich začátků došlo ke spoustě technologických změn, přišly nové přístroje**

a vyšetřovací metody. Odrazilo se to i ve spektru vašich pacientů?

Odrazilo, a dokonce velmi výrazně. Ale možná jiným směrem, než byste čekala. V mých začátcích ještě neexistoval ultrazvuk, CT a podobně. Nukleární medicína tak prováděla široké spektrum vyšetření. S příchodem nových zobrazovacích a vyšetřovacích metod převzala značnou část našich vyšetření jiná oddělení.

Doménou nukleární medicíny bylo vyšetření mozku na mozkové nádory či krvácení. Denně jsme vyšetřili 12–16 pacientů. S příchodem CT tato vyšetření přešla do oboru radiologie. Nám zůstalo vyšetřování metastáz a druhotných nádorů v kostech.



Emeritní primář Oddělení nukleární medicíny MUDr. Ladislav Šabata

Dříve jsme také jako jediní vyšetřovali štítnou žlázu, protože neexistoval ultrazvuk a laboratoře neuměly vyšetřit hormon štítné žlázy. Poruchu činnosti žlázy jsme vyšetřovali důkladným klinickým vyšetřením pacienta, reflexem Achillovy šlachy a vyšetřením akumulace radiojodu ve štítné žláze. Dnes toto vyšetření dělá endokrinolog pomocí ultrazvuku. My provádíme jen vyšetření funkčního stavu.

V rámci našeho oboru největší technologický pokrok proběhl v 70.–90. letech. V roce 1971 se primáři MUDr. Jiřímu Brožovi podařilo prosadit nákup gamakamery a patřili jsme tak k jedněm z mála takto moderně vybavených oddělení

v republice. Zásadní změnu přinesla pozitronová emisní tomografie (PET/CT), která spojuje vyšetření pomocí radiofarmak a CT. Kombinace těchto dvou metod umožňuje lepší rozlišení výsledného obrazu.

Dále se objevila celá řada nových radiofarmak, díky nimž jsme schopni zobrazit některé i velmi speciální nádory. To je teď hlavní směr, kterým se náš obor ubírá.

■ Nukleární medicína pracuje s radiofarmaky, která produkují ionizující záření. Neměli dříve pacienti z vyšetření strach?

Měli. Hlavně maminky se bály nechat vyšetřit dítě. Ale co si pamatují, tak pouze jeden pacient vyšetření odmítl. Jinak se nám vždy podařilo

pacientovi vysvětlit, že množství záření při našich vyšetřeních je nízké a nikterak je nepoškodí. Například CT vyšetření obvykle představuje daleko větší radiační zátěž.

■ Dnes jsou veškeré zdroje ionizujícího záření přísně kontrolované, zdravotníci nosí dozimetry. Jak se dříve řešila vaše ochrana před zářením?

Odpovídala možnostem doby. Ještě v 80. letech jsme si na nočních službách, když na oddělení nebyl laborant, sami připravovali radioaktivní látky na akutní vyšetření. Což bylo například vyšetření plic při podezření na plicní embolii. Tehdy ještě neexistovaly uzavřené laminární boxy na přípravu radiofarmak, vše jsme dělali na stole. To už je v dnešní době naprosto nemyslitelné.

■ V letech 1993–1996 jste také působil jako ředitel nemocnice. Co bylo impulzem k tak zásadní profesní změně?

V roce 1993 se Ministerstvo zdravotnictví snažilo o maximální privatizaci majetku nemocnic. Důvodem mé kandidatury na ředitele bylo právě zabránit privatizaci nemocničního majetku. Nikdo ze stejně smýšlejících kolegů o kandidaturu neměl zájem, tak jsem se uvolil já. Ale s podmínkou, že budu ve funkci pouze tři roky. Stávající primář Oddělení nukleární medicíny MUDr. Brož chtěl jít za tři roky do penze a já měl ambice stát se jeho nástupcem.

Měl jsem tedy tři roky na to najít nového ředitele, který nebude chtít nemocnici privatizovat. To se mi podařilo. Mým nástupcem se stal MUDr. Jiří Bouzek, MBA, který byl výraznou osobností a měl vize, které já jsem neměl. Pod jeho vedením prošla nemocnice velkým rozvojem. Vždy jsem ho respektoval a moc rád na něj vzpomínám. Jeho předčasná smrt mě tehdy velmi zasáhla.

■ Musela to být obrovská změna, přejít od léčení a fyziky do kanceláře se spoustou administrativy.

To byla. Ale prostě to jinak nešlo. Zajímavostí je, že v době mého působení ve funkci ředitele byli řediteli plzeňské nemocnice a olomoucké nemocnice také lékaři z nukleární medicíny.

■ Jaké to bylo vyměnit po třech letech ředitelské křeslo za primářské?

Ředitelství jsem opouštěl s vědomím, že nový ředitel bude obrovským přínosem pro nemocnici. A já se budu moci věnovat tomu, co mě baví. Být primářem mi umožnilo rozhodnout o směru fungování oddělení. I když i jako primář jsem měl spoustu administrativních povinností, které mě nikdy nebavily. Když jsem před jedenácti lety skončil na pozici primáře, byl jsem rád, že se můžu věnovat už jen odborné práci.

■ Řada lékařů vzpomíná s nostalgii na dobu, kdy byla nemocnice menší. Vnímáte to stejně?

Rozhodně. Vzpomínám na pravidelné měsíční semináře, které byly pro všechny lékaře povinné. Díky nim jsme se všichni znali. Tehdy nás mohlo být odhadem 150 lékařů. Dnes potkávám spoustu lékařů, které neznám.

■ Dalším častým steskem personálu napříč nemocnicí je nárůst administrativy.

Tě opravdu enormně přibýlo. Dřív stačil k popisu nálezu jeden dokument, nyní vyplňuji čtyři. Některé mají své opodstatnění, ale řada jich slouží pouze jako obrana proti případným sporům.

"...nestačí se věnovat jen kolegům, je třeba podílet se na vzdělávání i dalších profesí, jako jsou zdravotní sestry a radiologičtí asistenti..."

Na své začátky vzpomínám rád zejména díky osobnostem, které jsem měl možnost v nemocnici potkat. Rád bych vzpomenu pana primáře Brože, který mi profesně i lidsky toho velmi dal. Moc rád vzpomínám také na svého vedoucího lékaře z Interního oddělení, endokrinologa MUDr. Dalibora Mikuláše, který se nám, mladým lékařům, velmi věnoval. Bohužel nedávno zemřel.

V mých začátcích bylo běžnou praxí, že dopoledne odborní lékaři pracovali v ambulanci v Říhárně. Po obědě pak pracovali v nemocnici. Se spoustou kolegů jsme měli velmi přátelské vztahy.

Když jsem začínal na interně, byli jsme fajn parta a trávili jsme spolu i volný čas. Stejně to bylo u nás na oddělení. Teď již bohužel není tolik času se potkávat.

Jsem členem Revizní komise České lékařské komory, a tak vidím, jak důležité je správné vedení zdravotnické dokumentace. Při posuzování stížnosti můžeme vycházet pouze z písemných zápisů. Řada pacientů si stěžuje na chování lékařů, což je nedoložitelné. Nedoložíte, kdo co řekl.

A někteří pacienti mají představu, že medicína musí umět všechno. Nepochopí, že něco medicína neumí a nedokáže, a pak si stěžují.

■ Velkou část svého profesního života jste také zasvětil předávání svých zkušeností novým kolegům. A to nejen v nemocnici, ale i mimo ni. Což obnáší spoustu času, úsilí a trpělivosti.

Vždy jsem to vnímal tak, že čas, který věnuji nastupujícímu lékaři, je investicí do budoucna.

Když se nebudu mladému kolegovi věnovat a nepomohu mu rozšiřovat jeho vědomosti a znalosti, tak se nemůže osamostatnit. Čím lépe a dříve se zacvičí, tím více mi ubude v budoucnu práce. A tak to беру dodnes.

Ale nestačí se věnovat jen kolegům, je třeba podílet se na vzdělávání i dalších profesí, jako jsou zdravotní sestry a radiologičtí asistenti. Od roku 1996 učím na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Pan primář Brož zde přednášel klinickou část a já to, co mě bavilo více, tedy přístroje a způsoby zpracování vyšetření. Postupně jsem převzal i klinickou část a po dvaceti letech přednášení jsem pak napsal vlastní skriptu.

■ Zbývá vám ve vašem naplněném diáři čas i na koníčky? Co vás baví?
Mě vždycky bavil sport, nejvíc lyže. Když jsme byli mladší, účastnil jsem

se závodů zdravotníků Jihočeského kraje v běhu na lyžích a ve slalomu. Nebyl jsem špičkový sportovec, ale v rámci zdravotníků jsem se umisťoval dobře. Postupně jsem musel lyžování opustit, ale jezdím alespoň na kole.

A pak samozřejmě rád čtu science fiction. Mám rád knihy od spisovatele Artura C. Clarka, což byl původní profesí radarový inženýr britského letectva, který vynalezl systém, jak pomocí tří družic na oběžné dráze pokrýt celý svět rozhlasovým signálem. Baví mě, že jeho knížky, ačkoliv jsou to fikce, mají matematicko-fyzikální základ a řadu věcí sám matematicky dovodil.

■ Více než padesát let v nemocnici jste prožil velmi pestře. Jak více než půlstoletí v nemocnici vnímáte?
Vždycky, když se otočím, zjistím, že deset let je za mnou. Byly doby, kdy jsem byl spokojen, a doby, kdy jsem

byl spokojen méně. Řada věcí se mi podařila, ale vím i o těch, které jsem měl udělat jinak. Většinu jsem dělal tak, jak se měly dělat, a vždy s dobrým úmyslem pro blaho oddělení i pacientů. Ne vždy se mi dařilo jednat klidně. Teď jsem podstatně klidnější, než jsem býval. Oproti mládí jsem tolerantnější.

■ Přestože byste si již dávno mohl užívat zaslouženého odpočinku, do důchodu se prý ještě nechystáte.
Někteří moji kolegové tvrdí, že by byla škoda, kdybych šel do plného důchodu. Práce mě pořád baví a jsem schopen ji dělat. Samozřejmě jsem již pomalejší než mladší kolegové. Na druhou stranu rád dělám i práci, do které se ostatním tolik nechce. Takže se navzájem doplňujeme.

■ Ing. Veronika Dubská
Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

■ Naše úspěchy

Neurologické oddělení českobudějovické nemocnice jde příkladem v péči o pacienty s cévní mozkovou příhodou

"Za výjimečnými výsledky, hledějte výjimečné vedení," začíná článek nového vydání magazínu Angels Initiative, na jehož titulní straně stojí tým Neurologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. se zahraničními kolegy ve výcviku. „Iktová síť v jižních Čechách je příkladem toho, jak bezproblémová spolupráce nemocnic a záchranné služby zachraňuje životy," komentuje dále iniciativa Angels fungování péče o pacienty postiženými cévní mozkovou příhodou (CMP).

"Jsme velmi potěšeni, že se naše Neurologické oddělení stalo předmětem zájmu magazínu Angels Initiative. Tato světová iniciativa je známa svým úsilím o zlepšení péče o pacienty s CMP. Článek reflektuje naši snahu o neustálé zlepšování poskytované vysoce specializované péče a předávání



nabytých zkušeností mladým lékařům a zdravotnímu personálu. Je to ocenění práce celého týmu a potvrzení naší role v celosvětovém kontextu zdravotní péče," komentuje úspěch primář Neurologického oddělení doc. MUDr. Svatopluk Ostrý, Ph.D.

Celý magazín je k přečtení na stránkách Angels Initiative.

■ Redakce



SLEDUJTE NEMOCNICI ČESKÉ BUDĚJOVICE NA SOCIÁLNÍCH SÍTÍCH!



facebook
nemcb



instagram
nemocnicecb



youtube
nemcbctv



Multidisciplinární GIT tým českobudějovické nemocnice

V rámci Nemocnice České Budějovice, a.s. působí multidisciplinární tým zabývající se řešením onkologických onemocnění zažívacího traktu (GIT) již řadu let.

Multidisciplinární tým (MDT) v komplexním onkologickém centru je základem pro správnou diagnostiku, adekvátní nastavení léčby a udržení co nejvyšší kvality života pacienta během léčby.

Smyslem multidisciplinárního týmu je správně posoudit výsledky vyšetření (laboratorní, zobrazovací, endoskopie apod.), nutriční stav, fyzický stav pacienta, případně psychický i sociální stav a v celém kontextu stanovit správný postup léčby u konkrétního pacienta.

Součástí MDT GIT onkotýmu je onkolog, chirurg, gastroenterolog, je možnost konzultace s radiodiagnostikem,

spolupracujeme s nutriční specialistkou, patologem a paliativním týmem.

V průběhu činnosti se MDT rozštěpil na GIT onkotým a HPB (hepatopankreatobiliární) tým.

V rámci MDT GIT onkotýmu jsou řešeni pacienti s maligními onemocněními zažívacího traktu a v rámci pooperační péče pak i pacienti s nádory jater, žlučových cest a pankreatu.

Pro správnou činnost MDT GIT onkotýmu jsou důležitá předem provedená adekvátní vyšetření, která jsou jednoznačně určena pro jednotlivé skupiny maligních onemocnění, bez výsledků těchto vyšetření není možné stanovit správný způsob léčby. Tyto seznamy byly rozeslány všem pracovištím v kraji, kde se vyšetřeními těchto pacientů zabývají - endoskopická pracoviště,

gastroenterologické ambulance, chirurgická pracoviště apod.

Chirurg v MDT GIT onkotýmu

Součástí MDT GIT onkotýmu je chirurg se zvláštní specializací v oboru onkochirurgie.

Po posouzení výsledků vyšetření pacienta celým MDT týmem je navržen nejvhodnější postup jeho léčby, ev. jsou objednána doplňující vyšetření (v rámci GIT onkotýmu máme možnost pacienty přednostně objednat na CT, PET/CT či MR).

Po stanovení postupu léčby je pacient o tomto poučen, je informován o jednotlivých krocích léčby (předoperační léčba - neoadjuvantní, operace, pooperační - adjuvantní léčba), pacient je chirurgem poučen o navrženém operačním postupu, o typu operačního zákroku, jaká je předpokládaná doba pobytu na chirurgii, jaké jsou možné komplikace výkonu, zda je předpoklad laparoskopického či robotického výkonu, zda je předpoklad založení stomie, co stomie obnáší apod. Některé vysoce specializované operace nejsou prováděny na našem pracovišti (např. exenterace pánve). Adepty těchto výkonů chirurg konzultuje na vyšším pracovišti.

Po provedení operačního výkonu je pacient opět probrán v MDT GIT onkotýmu s výsledkem operace a výsledkem definitivního histologického vyšetření a je stanoven následný postup - další léčba adjuvantní, dispenzarizace, léčba paliativní nebo léčba symptomatická. Pacient je pak předán do péče dalších odborníků podle stanoveného postupu.

■ **MUDr. Radek Axman, Ph.D.**
Chirurgické oddělení



Zleva: zdravotní sestra Mgr. Eva Jedličková, MUDr. Marie Beneš Kočová, MUDr. Radek Axman, Ph.D., MUDr. Zuzana Mandátová a zdravotní sestra Jaroslava Kožnarová

Diagnostika - Gastroenterolog

Úloha gastroenterologa v GIT onkotýmu je především diagnostická. Endoskopická diagnostika zažívá v posledních letech velký rozmach a zálohování obrazové dokumentace v nemocničním systému nám usnadnilo její dostupnost k prostudování. Z endoskopických metod se jedná o gastroskopii, koloskopii, endosonografii, ERCP a cholangioskopii. Všechny tyto metody vedou přímo k diagnóze a umožňují cílený odběr materiálu k histologickému vyšetření.

Při přípravě zpráv do multidisciplinárního týmu je důležité dbát na stručnost, přehlednost a přesnost. U výsledků vyšetření je zásadní uvést datum vyšetření a optimálně do zprávy zahrnout alespoň základní zhodnocení celkového stavu pacienta.

Při stanovení léčebného postupu je vedle výsledků vyšetření rozhodující též stupeň schopnosti sebeobsluhy a mobility pacienta. K určení stupně používáme skórovací systém PS WHO, který rozlišuje pět kategorií pacientů. Například pacient se skórem PS WHO 3 tráví více než 50 % dne na lůžku. U těchto pacientů rizika spojená s léčbou převyšují její profit a podání chemoterapie je zcela nevhodné.

Do onkotýmu přicházejí pacienti již informovaní o diagnóze nádorového onemocnění či důvodném podezření na něj. Vždy preferujeme fyzickou přítomnost pacienta v onkotýmu, protože osobní jednání nic nenahradí. Vítejte též přítomnost rodiny či jiných blízkých osob, protože často potřebujeme pacientovi předat velké množství informací. Blízcí tak

mají možnost s námi prodiskutovat jak vlastní léčebný postup, tak další záležitosti týkající se domácí péče o nemocného apod. V některých případech lze po dohodě například s ošetřujícím lékařem stanovit léčebný postup i bez fyzické přítomnosti pacienta, tzv. dokumentačně.

Doporučení k léčbě se řídí pravidly, která jsou uvedena v Modré knize onkologických onemocnění a které vychází z evropských doporučení (ESMO). Pokud se rozhodneme postupovat nad rámec těchto doporučení, tzv. off label, je toto možné, ale je třeba zvolený postup řádně v závěru zdůvodnit. Na základě dostupných informací tým rozhodne a navrhne pacientovi vhodný postup léčby. K léčbě je možné přistoupit pouze se souhlasem pacienta.

Léčebný cíl může být v zásadě dvojitý: kurativní - s cílem vyléčit a paliativní - s cílem prodloužit život při zachování co nejlepší kvality života.

Pacienti s velmi pokročilými tumory nebo s řadou chorob často nemohou podstoupit žádnou speciální onkologickou léčbu a nezbyvá než pouze tlumit příznaky, které choroba přináší. Paliativní tým se snažíme oslovovat již v okamžiku, kdy je jasné, že onemocnění nelze vyléčit.

Diagnostika - Patolog

Účast patologa v práci GIT onkotýmu je navenek skrytá, ale pro stanovení adekvátního léčebného postupu má nezastupitelnou roli. Nesetkáváme s přímo s pacientem, ale naše diagnóza poskytuje zásadní informace o nádorovém onemocnění, které jsou nezbytné pro nastavení optimálního typu (chirurgický výkon, chemoterapie, radioterapie, biologická léčba, cílená léčba, paliace) a rozsahu (ektomie, parciální či totální, případně rozšířená resekce) léčebného postupu.

Problematika, kterou se patolog v GIT onkotýmu zabývá, je široká. Zahrnuje nádorová onemocnění zažívacího traktu od jícnu přes žaludek, tenké a tlusté střevo až po anální oblast. Ve všech těchto oblastech se může vyskytovat celá řada různých typů maligních nádorů. Nejčastěji se setkáváme s různými variantami adenokarcinomu. Dalšími častými onemocněními jsou dlaždicobuněčné karcinomy jícnu a anu, neuroendokrinní tumory (s nejčastějším výskytem ve střevu), maligní lymfomy (zejména žaludku a střeva), gastrointestinální stromální tumory a další, méně časté mezenchymální tumory. Kromě diagnostiky primárních tumorů je naším úkolem posoudit případně sekundární

Po ukončení léčebného procesu předáváme pacienty k dalšímu sledování, tzv. dispenzarizaci na Gastroenterologické oddělení, Onkologické oddělení či praktickému lékaři. Způsob sledování volíme individuálně s ohledem na věk pacienta a jeho další onemocnění. Správná dispenzarizace je taková, která vede k odhalení návratu zhoubného onemocnění ještě před vznikem klinických symptomů, tj. ještě v době, kdy pacient nemá žádné potíže.

postžení gastrointestinálního traktu tumorem z jiného, primárního místa.

Vyšetřujeme různé typy vzorků - cytologie (např. při punkci ascitu, tedy volné tekutiny v břiše), tenkojehlové biopsie z nádoru v dutině břišní či pánevi, drobné vzorky z (ezofago)gastroskopie, enterobiopsie, kolonoskopie či rektoskopie a materiály získané při operacích. Z každého typu materiálu se snažíme vytěžit co nejkompletnější informaci o typu a rozsahu nádorového onemocnění. K diagnostice využíváme všechny dostupné laboratorní metody, které se neustále rozvíjejí a zdokonalují, abychom mohli zajistit cílenou léčbu. Základem je histologické vyšetření v běžném barvení, které nám utvoří prvotní představu o typu nádoru. V odůvodněných případech následuje další vyšetření ve speciálním barvení a imunohistochemické vyšetření zaměřené na přesnou specifikaci tumoru (typ nádoru, primární místo původu). U materiálů získaných při operacích posuzujeme rozsah (stage) postižení (jako je hloubka invaze, lymfovaskulární invaze, perineurální šíření, resekční okraje, uzlinové metastázy a další důležité parametry). Celkový nálezný je uveden na průvodním listu k histologickému vyšetření včetně zařazení tumoru

Celý léčebný proces a následná dispenzarizace jsou tak individuálně přizpůsobeny každému pacientovi. Jak již bylo zmíněno v úvodu, mezioborová spolupráce je v léčbě onkologických pacientů nezastupitelná.

■ **MUDr. Zuzana Mandátová**
Gastroenterologické oddělení



Adenokarcinom tlustého střeva. Při operaci je část tlustého střeva s nádorem vyjmuto z těla pacienta a zasláno na Patologické oddělení. Závěr patologického vyšetření je důležitý pro stanovení dalšího léčebného postupu.

dle aktuální (p)TNM klasifikace. Tento výsledek je pak k dispozici GIT týmu a příslušným oddělením.

Požadavky na cílenou léčbu se zvyšují. Spolupracujeme s Onkologickým oddělením a zajišťujeme prediktivní vyšetření u konkrétních pacientů (např. vyšetření MSI, KRAS, BRAF, molekulární profil). Věříme, že naše součinnost s prací GIT onkotýmu bude nadále na vysoké úrovni a bude se rozvíjet ve prospěch našich společných pacientů.

■ **MUDr. Věra Fischerová**
Patologické oddělení

Léčba

NÁDORY TLUSTÉHO STŘEVA

Pacienti s nádorem tlustého střeva by měli mít provedenou koloskopii s odběrem biopsie. K vyloučení vzdálené generalizace nádoru (metastáz) by mělo být provedeno CT hrudníku, břicha a pánve. Základem kurativní léčby lokalizovaného karcinomu tlustého střeva je radikální chirurgický výkon. U pacientů s uzlinovým postižením či s přítomností rizikových faktorů následuje adjuvantní (pooperační) chemoterapie. Tu lze podávat v Komplexních onkologických centrech (KOC) i na spádových onkologických pracovištích v celém kraji. U většiny chemoterapeutických režimů je nutné zavedení centrálního žilního vstupu.

U pacientů s neoperovatelným nebo metastatickým onemocněním lze indikovat paliativní chemoterapii, pokud je pacient v celkově dobrém stavu. K chemoterapii se přidává cílená (biologická) léčba, která zlepšuje celkové výsledky. Kombinace chemoterapie a cílené léčby je v současné době standardem pro pacienty s metastatickým kolorektálním karcinomem se skóre performance status dle Světové zdravotnické organizace (WHO) 0 až 1. Typ cílené léčby se určuje na základě prediktivních markerů, které vyšetřuje patolog. Pro malou část pacientů s kolorektálním karcinomem může být užitečná imunoterapie. Cílená léčba i imunoterapie jsou tzv. centrové léčby, a proto se mohou v rámci Jihočeského kraje podávat pouze v KOC v Nemocnici České Budějovice, a.s., a indikace musí projít indikační komisí. Jeden z léčebných přípravků v současnosti začínáme delegovat do regionálních onkologických center.

NÁDORY KONEČNÍKU

Nádory konečníku, stejně jako ostatní typy solidních nádorů,

vyžadují multidisciplinární a komplexní přístup k pacientovi. V rámci diagnostiky je kromě standardního CT vyšetření a endoskopie s odběrem histologie nutné také MR vyšetření pánve, aby byl stanoven lokální rozsah nemoci. U onemocnění bez metastáz zvažujeme primární operaci nebo neoadjuvantní (předoperační) léčbu chemoradioterapií. Současným trendem je u lokálně velmi pokročilých karcinomů rekta volit strategii totální neoadjuvantní terapie. Proto bud' indikujeme nejprve chemoterapii a následnou chemoradioterapii, nebo lze oblast rekta nejprve ozářit a následně podat chemoterapii. Aktuálně probíhající studie zkoumají, který z těchto režimů je optimální z hlediska lokálních relapsů i celkového přežití pacienta. Léčba metastatického onemocnění karcinomem rekta je prakticky totožná s léčbou karcinomů tračnicku. Radioterapii lze u nádorů rekta použít také jako paliativní metodu, která může tlumit bolest a zmírňovat krvácení.

NÁDORY ŘITI A ŘITNÍHO KANÁLU

Léčba nádorů anu a análního kanálu se zásadně liší od postupů u adenokarcinomu dolního rekta. Standardní léčbou nemetastatického onemocnění je chemoradioterapie, při které dochází u 80–90% případů ke kompletní odpovědi. Chirurgická léčba má své místo při návratu onemocnění nebo při léčbě komplikací, jako je destrukce svěrače, inkontinence nebo zúžení.

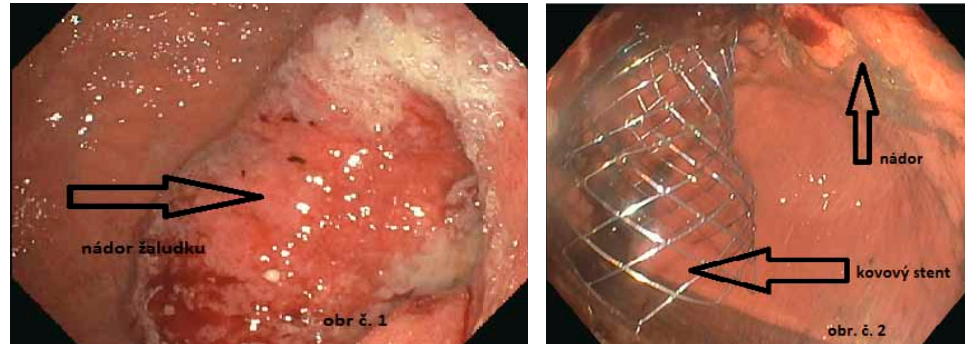
NÁDORY JÍCNU

Léčba nádorů jícnu na našem pracovišti probíhá ve spolupráci s jícnovou poradnou FN Motol a III. chirurgickou klinikou 1. LF UK a FN Motol, protože v Nemocnici České Budějovice, a.s., se nádory jícnu neoperují. Pacientům s nádory jícnu a žaludku by měla být provedena endoskopie s odběrem

biopsie, endoskopická ultrasonografie a CT hrudníku, břicha a pánve. Základem léčby nepokročilého onemocnění (nádory T1-T2 dle klasifikace WHO) je chirurgické odstranění nádoru včetně možnosti endoskopického odstranění. Chirurgická léčba se týká všech oddílů jícnu, kromě krčního jícnu, kde je preferována definitivní chemoradioterapie. U lokálně pokročilých nádorů jícnu je obvykle indikována předoperační léčba chemoradioterapií nebo chemoterapií. Po provedení CT a endoskopického přešetření a dále funkčních vyšetření, jako je spiroergometrie (funkční zátěžové vyšetření plic) a ultrazvuk srdce, je pacient odkázán k indikaci k operaci do jícnové poradny FN Motol. U těchto pacientů je nutno dbát na nutriční zajištění pacienta v rámci předoperační léčby více než v jiných případech. Dle stavu pacienta můžeme u metastatického onemocnění nabídnout paliativní chemoterapii, v přísně indikovaných případech případně chemoimunoterapii. Naši gastroenterologové umí pacientům zavádět také jícnové stenty.

NÁDORY ŽALUDKU

Většina nádorů žaludku v nemetastatickém stadiu je léčena perioperační chemoterapií. Následně částečné či úplně odstranění žaludku provádí naše Chirurgické oddělení. Jako systémovou léčbu neoperovatelného či metastatického karcinomu žaludku využíváme chemoterapii. U malé části pacientů může být účinná biologická léčba. Další skupině pacientů může být dle výsledků prediktivních markerů indikována kombinace chemoterapie a imunoterapie. Jedná se o relativně novou indikaci, od které se očekává dlouhodobý benefit. Ovšem pacienti na této léčbě mohou být vystaveni většímu riziku nežádoucích účinků kombinované léčby.



Snímky nádorů žaludku, které již nelze odstranit chirurgickou cestou. Nádory svojí velikostí a polohou zužují prostor žaludku, a tím zabraňují pacientovi v příjmu potravy. Tento stav mohou gastroenterologové upravit pomocí endoskopických zákroků, konkrétně zavedením metalického stentu do místa zúžení (obr. 2) či vytvořením spojení mezi žaludkem a tenkým střevem pomocí stentu. Obě metody umožňují pacientům opět jíst a pít, což zřetelně zlepšuje kvalitu jejich života. V některých případech lze tyto metody použít i před zahájením perioperační chemoterapie.

Dispenzarizace pacientů po operaci či po ukončení adjuvantní léčby probíhá prostřednictvím Gastroenterologické ambulance Nemocnice České Budějovice, a.s. Pacienti po operaci kolorektálního karcinomu bývají zváni do jaterní poradny, která probíhá na Chirurgickém oddělení. Jejím cílem je včasné zachycení případných metastáz na játrech a jejich operační nebo systémové řešení.

■ **MUDr. Marie Beneš Kočová**
Onkologické oddělení

ROK 2023 V ČÍSLECH

50 442
Hospitalizovaných pacientů

Ambulantně ošetřených pacientů
725 998

NEMOCNICE
ČESKÉ BUDĚJOVICE
Počet národností pacientů
104

32 691
Operací

1 897 Porodů

Narozených dětí
1 951

Jídelna připravila
1 641 130
porcí pro pacienty
Pro zaměstnance a ostatní strážníky
363 971 porcí

Centrální laboratoře přijaly
700 000 žadanek
a bylo provedeno
9 000 000
vyšetření

Prádelna vyprala
1 448 025 kg prádla

Speciál o BRCA

Proč si mám nechat „řezat“ do zdravého těla?

Příběh zdravé nosičky genetické mutace BRCA1, která se rozhodla snížit riziko onemocnění podstoupením preventivních operací.

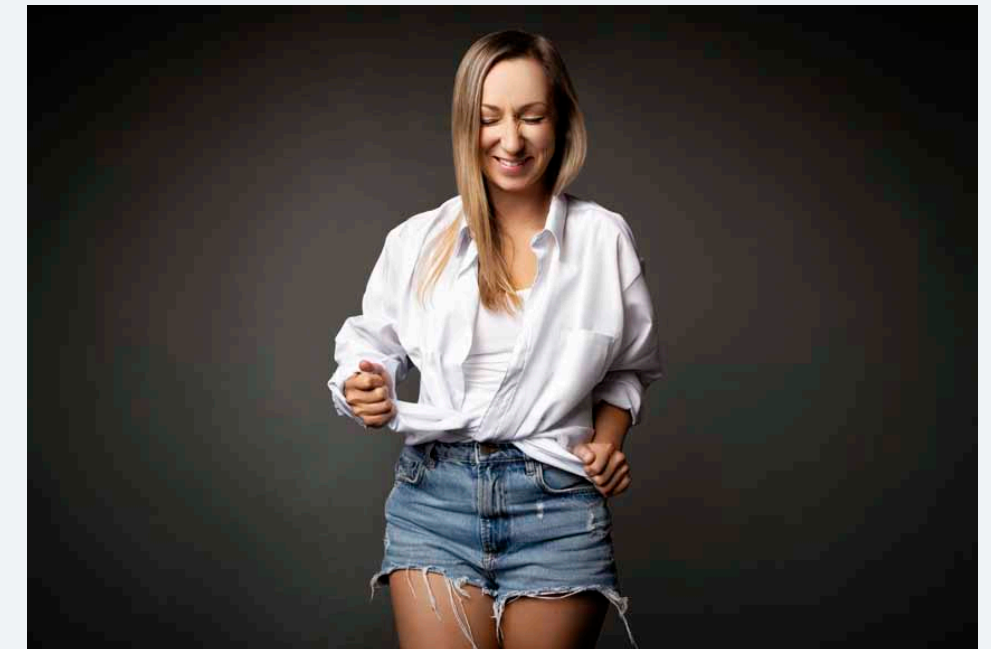
„Proč si mám nechat řezat do zdravého těla?“ běžela mi hlavou další vlna sebelítosti. Po narození třetího dítěte se na mě začaly hrnout myšlenky, že přichází ten čas postarat se o sebe, abych tu pro ně byla co nejdéle. Dokud nebyla malá na světě, cítila jsem, že můžu být ještě v klidu. Ale pak to na mě dolehlo.

Život s mutací BRCA může mít mnoho podob. Buď to víte a nějak to zpracujete, nebo žijete ve strachu. Nebo to nevíte, jste v klidu a nic se neděje, protože patříte k těm šťastným, anebo to, v tom horším případě, zjistíte, až když je pozdě.

„Je mi to líto...“ znělo z úst lékařky, která mi oznamovala, že jsem také nosičkou genetické mutace BRCA1, když mi bylo cca dvacet let. Vyslechla jsem si stejný verdikt jako téměř každá žena ze strany mé mámy. „... můžete to ale brát tak, že to víte a můžete s tím něco dělat. Mnoho lidí to štěstí nemá.“ Nijak zvlášt' mě ta zpráva nezasáhla. Zpětně cítím, že to bylo právě kvůli tomu, co řekla.

„Prostě mám teď nárok na to být víc hlídaná,“ řekla jsem si a tím to pro mě haslo.

Svět internetu nebyl v té době přeplněný všemi informacemi a dezinformacemi, tak jsem žila vlastně jen z toho, co mi řekla ona. Ani jsem neměla tendence něco hledat. „Prostě mám teď nárok na to být víc hlídaná,“ řekla jsem si a tím to



Jana Duco / Foto: Lucie Kout pro projekt Stories

pro mě haslo. V tu chvíli jsem ani nic jiného dělat nemohla a nechtěla. Byla jsem ve věku, kdy jsem brala život tak, jak jde, a víc mě zajímal svět a to, jak si všechno pořádně užít. Jako holka, která z puberty vyrostla až s narozením dětí, jsem si vůbec nepřipouštěla, že bych to měla nějak řešit, dokud jde jen o mě. Dnes vím, že některé ženy tato zpráva zasáhne velmi silně. Některé začnou žít ve strachu, kdy to přijde, bojí se výsledku každé kontroly, některé začnou svalovat vinu na rodiče, kteří jim mutaci předali, a upadají do sebelítosti nebo i vzteku na ně. Jiné se k tomu postaví radikálně a začnou řešit preventivní operace dříve, než mají děti, podstupují dokonce umělá oplodnění, aby jejich budoucí potomci tuto mutaci nezdědili. A některé se o mutaci dozví bohužel až ve chvíli, kdy nemoc propukne.

Z pohledu někoho znalého jsem k tomu mohla svým způsobem přistupovat nezodpovědně, protože jsem s tím něco

neudělala dřív. Vznik rakoviny prsu nebo vaječníků u mutace BRCA1 bývá často v nízkém věku a od 35. roku riziko strmě stoupá. Jenže já si to v hlavě nastavila tak, že dokud nemám odrozeno, jsem „chráněná“. Věk, v kterém onemocněla babička a teta, taky ovlivnil pomyslnou věkovou hranici, kterou jsem si v hlavě nastavila, a možná jsem i trošku doufala, že do té doby moderní medicína připraví nějakou zázračnou pilulku a bude to víc „easy“.

Porodem třetího dítěte jako kdyby mi došlo, že s jedním životním úkolem končím a čeká mě jiný.

„Dokojím a jdu na to,“ říkala jsem si, ale zároveň mě nahlodával červíček. „Jsem mladá, jsem zdravá, jsem fit, nikdy jsem nebyla na žádné vážné operaci... musím? Fakt nemůžu být jednou z těch 20%? Já to přece zvládnou... nechci se dostat tak mladá do přechodu, nechci začít tloustnout, vadnout, stárnout!“

Nenechala jsem si to pro sebe, mluvila jsem o tom otevřeně. Nepotřebovala jsem přesvědčovat, že to mám, nebo nemám dělat. Potřebovala jsem to prostě jen ventilovat. Sdílet, nebýt na to sama. Pro zdravého člověka je to zcela nepředstavitelné nechat si vzít vaječníky a prsa kvůli prevenci. Když ale potkáte někoho, kdo prochází léčbou, dojde vám toho dost. Obzvlášť když má děti stejně staré jako vy. Obzvlášť když ten boj pak prohraje. „Kdybych měla tu možnost vědět to předem, ani nad tím nepřemýšlím,“ zní mi ještě teď v uších slova kamarádky, která to štěstí neměla, a myslím, že právě to mě zbavilo jakýchkoliv pochyb. Smrt jako takovou zvládám přijmout dobře, pokud jde o člověka, který zažil, co mohl, vychoval děti, poznal vnučky, vnuky, pravnučky... Ale když jde o mladé rodiče od dětí, těžce mě to zasahuje, protože se mě to dotýká.

Nebudu to riskovat!

Od začátku jsem měla jasno, že pokud přijde to rozhodnutí se vším začít, budou vaječníky tou první ze dvou operací, protože odhalení nádorového bujení je u nich mnohem komplikovanější než u prsou. Zároveň to byl můj velký strašák. „Přechod, přibírání, hormony, narkóza... nechci to!“ byly moje nejsilnější myšlenky. Zpětně vidím, že všechny strachy přicházely hlavně kvůli nedostatku informací.

Bylo to v květnu 2022, kdy jsem byla na gynekologické kontrole a bavily jsme se s lékařkou o prevenci – šetrném způsobu odstranění vaječníků a vejcovodů i o nahrazení hormonů substitucí, která by snížila dopady umělého přechodu.

„Víte co, dejte mi termín, musím to udělat hned...“ přišlo z minuty na minutu rozhodnutí, které jsem se bála udělat. V tu chvíli jsem pocítila, že je to tak správné, a věděla jsem, že ten rok chci vyřešit i operaci prsou. Okamžitě se dostavila velká netrpělivost a trochu i strach, abych to nakonec všechno stihla včas. Ten rok jsem slavila 37 let.



S dětmi o všem mluvíme. Celá rodina mě v mých rozhodnutích maximálně podpořila.

V době čekání jsem se snažila uklidňovat. Hodně mi v tom všem pomáhaly Bachovy esence, ale i můj muž, který absolutně nepochyboval o správnosti toho, co se chystám podstoupit. Bála jsem se změny těla, jizev, tloušťnutí, vypadávání vlasů... Pokoušely se o mě i myšlenky, co když dopad bude horší než přínos. Když mi ale gynekolog řekl, že i zvládnání přechodu je hlavně o hlavě, přepnula jsem. Zmáčkla to správné pomyslné tlačítko a já se zaměstnala cvičením a vším možným, abych byla fit a zdravá, připravená na zákrok a následnou rekonvalescenci. Hormonální substituci jsem se nejdříve vnitřně bránila s pocitem, že to přeče nějak zvládnou sama, ale přechod v nízkém věku nese svá rizika (osteoporóza, kardiovaskulární onemocnění), tak jsem i tu přijala jako nezbytnou. Nakonec jsem začala vidět i nějaká pozitiva. Tím největším bylo to, že si už nebudeme muset dávat pozor, a příjemným bonusem byl i fakt, že nebudu menstruovat.

Operace trvala asi půl hodiny a můj pobyt v nemocnici jen dva dny. Na co jsem ale narážela v průběhu rekonvalescence, byla netrpělivost. Chtěla jsem být hned v pohodě, fungovat, jako kdyby se nic nedělo,

jít co nejdříve do práce, prostě žít život jako předtím. Jizvy po laparoskopii byly téměř neznatelné, cítila jsem se celkově dobře, ale přišlo něco jako šestinedělí a neustále jsem řešila, co to je a jestli je to normální. Kvůli neschopnosti tuto situaci okamžitě vyřešit jsem se nemohla dobře soustředit. Do tří měsíců se ale vše srovnalo a já se uklidnila.

Pak už jsem se nemohla dočkat, kdy dostanu termín na prsa.

Nechtěla jsem na nic čekat a objednala jsem se na konzultaci k plastickému chirurgovi. Obava z preventivního odstranění prsou s okamžitou náhradou byla pro mě (ač to zní možná paradoxně) minimální. Přístup operátora mi pomohl k ještě větší psychické pohodě a za půl roku jsem byla na sále znovu.

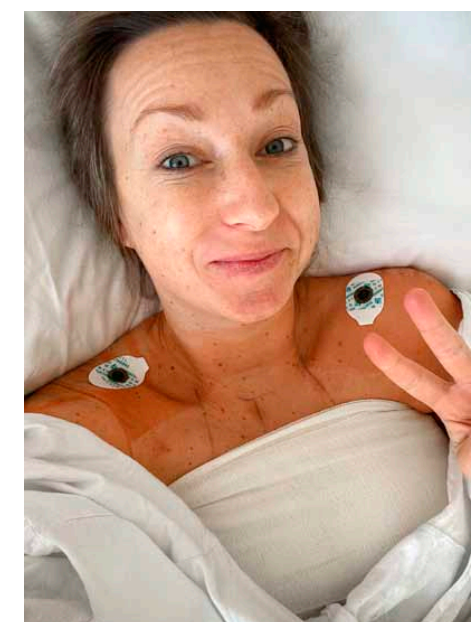
I přesto, že dnes existuje možnost ponechat si bradavky a dvorce, byla jsem od začátku rozhodnutá, že chci, aby odstranili všechno, co půjde. Když už to mám podstoupit, tak ať tam přinejlepším žádná zbytková tkáň nezůstane. V tu dobu už jsem měla dávno srovnané priority a trošku nechápala, jak jsem mohla myslet tak povrchně a chtít třeba i vyčkávat,

jestli nemoc někdy nepropukne, jen ze strachu ze změny nebo proto, abych do sebe nemusela nechat řezat. V tomto období mi byly tyto věci už jedno. Chtěla jsem hlavně udělat maximum pro to, abych se vyhnula potenciálnímu onemocnění.

Když člověk čte o tom, čím vším musí ženy s nádorem prsu projít, že na konci je stejně čeká odstranění prsu a náhrady se dočkají za několik let, připadá si jako blázen, že vůbec myslel na to, že přijde o svá už tak riziková prsa a dostane hned nová s minimem rizika. Bez chemoterapie, bez ozařování, bez strachu, že by se něco mohlo vrátit.

Mám teď tedy umělá prsa s už relativně vybledlými jizvami a dnes už i dotetovanými dvorci, takže když mě někdo zahlédne letmo nahou, nepozná nic.

Nebylo to úplně bez problémů, musela jsem s jedním prsem na revizi druhý den po operaci kvůli hematomu, což jsem v ten den obrečela. Bála jsem se, že o prso přijdu, že se bude špatně hojit, že budu mít škaredou jizvu. Nakonec to nemělo na nic vliv, snad jen na malý rozdíl ve velikosti daného prsu, což mě ve výsledku nijak netrápí. Měla jsem

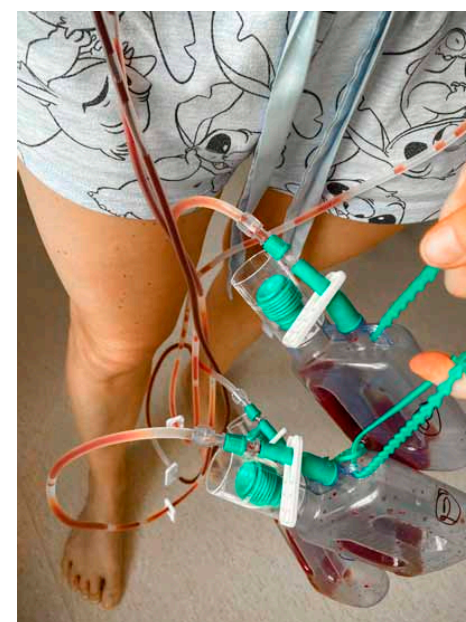


Snažila jsem se brát vše pozitivně. Drenům jsem říkala kabelky.

šťěstí a určitě to bylo i díky veškeré přípravě (vitamíny, minerály, psychická pohoda) a šikovnosti plastických chirurgů, že jsem se dobře zhojila, což také není samozřejmost. Přijala jsem nová prsa hned za svá a musím říct, že se nemám o nic míň raději než předtím.

Jsem moc ráda, že jsem všechno zvládla vyřešit včas, snížila své riziko na riziko běžné populace a díky své úžasné rodině, dětem, manželovi, kamarádkám a i těm svým bachovkám jsem všemi emočními fázemi prošla relativně v klidu. Za to všem patří moje velké poděkování.

Děkuji také všem z Oddělení plastické chirurgie Nemocnice České Budějovice, a.s., kteří se o mě starali, zejména hlavnímu operátorovi MUDr. Pavlu Kuralovi, který mě svým laskavým a klidným přístupem úplně zbavil veškerých obav, což jistě přispělo k psychické pohodě a dobré rekonvalescenci, a byl k dispozici pro všechny mé dotazy. Děkuji také vrchní sestře Mgr. Heleně Prokešové, která si se mnou po operaci lidsky povídala a vnášela klid nejen do pooperační léčby. Poděkování patří také MUDr. Petru Valhovi, Ph.D., MUDr. Gabriele



Ukázka tetování metodou 3D na operovaném prsu.

Foto: archiv Terezy Tillmanové (<https://www.royalesthetic.cz/tetování-prsa>)

Urbančové i MUDr. Martinu Michalovi z Gynekologicko-porodnického oddělení za úžasný přístup a celkovou péči. A v neposlední řadě všem z Radiologického a Onkologického oddělení za veškerou preventivní péči, zejména pak MUDr. Ivoně Mrázové, MBA, která mě má dlouhá léta na starosti a o všech možnostech se mnou mluví vždy bez nátlaku a soudu.

Za kompletní prsa musím také poděkovat tatérce Tereze Tillmannové, která umí vytetovat dvorce v 3D podobě tak, že vypadají, jako by byly vlastní. Pro ženy po prodělaném onemocnění nebo preventivním odstranění prsou dělá tuto službu zdarma.

JE TŘEBA O TOM MLUVIT

SVŮJ PŘÍBĚH SDÍLÍM I S LUCÍ KOUT V RÁMCI JEJÍHO PROJEKTU STORIES, KTERÝ MÁ POUKÁZAT NA TY MEZI NÁMI, KTEŘÍ SE V ŽIVOTĚ MUSELI SETKAT S PŘEKÁŽKAMI A VYPOŘÁDALI SE S NIMI, A POMOCI ZÍSKAT PROSTŘEDKY PRO TY, PRO KTERÉ JE BOJ S JEJICH OSUDEM NÁROČNĚJŠÍ. JSEM RÁDA, ŽE TOHO MOHU BÝT SOUČÁSTÍ. DĚKUJI!

<http://www.luciekout.com/blog>

■ Jana Duco

Mutace genu BRCA: Riziko, diagnostika a preventivní opatření u nosiček genetické predispozice ke vzniku nádorového onemocnění

Onkologická onemocnění patří v souhrnu mezi častá onemocnění a mohou se týkat kohokoli z nás. Faktory zvyšující riziko vzniku nádoru jsou různé. Patří mezi ně např. věk, pohlaví, ale také životní styl a prostředí. Náš životní styl dokonce může být tím hlavním, co se na vzniku nádoru podílí (kouření u nádorů plic, HPV infekce u nádorů děložního čípku apod.). Vzácněji u člověka existují rizika vrozená – drobné chybičky dědičného materiálu, které samy o sobě ke vzniku nádorového onemocnění nestačí, ale riziko jeho vzniku celoživotně významně zvyšují. U nosičů vrozených dispozic není jisté, že nádor vznikne, ale riziko je celoživotně vysoké a postupně narůstá.

Mezi významné genetické dispozice pro vznik nádorů prsů a vaječníků patří mutace genů BRCA1 a BRCA2. BRCA geny jsou u zdravého jedince odpovědné za opravu genetické informace v buňkách. Pokud nefungují správně, tedy jsou mutované, hromadí se v buňkách chyby, které mohou vést k vzniku nádorového onemocnění. Z tohoto důvodu u nosičů mutací BRCA genů vznikají nádorová onemocnění v nižším věku a častěji než u zbytku populace.

Riziko onemocnění u nosičů genetické mutace BRCA je až 80%.

Ženy nosičky mají ve srovnání s běžnou populací cca 5–10× vyšší riziko pro

karcinom prsu a 30–40× vyšší pro karcinom vaječníků. Těmto hodnotám odpovídá celoživotní riziko vzniku karcinomu prsu asi 80% a karcinomu vaječníků 40–60%. Výskyt jednoho typu nádoru nesnižuje rizika vzniku jiných; ženy mohou mít v průběhu života i více nádorů. Např. celkové riziko vzniku druhého karcinomu prsu u ženy, která již jeden nádor prsu měla, je přibližně 60%. I muži nosiči mají oproti běžné mužské populaci riziko vzniku nádorů vyšší, ale míra rizika zdaleka nedosahuje hodnot jako u žen. Vezmeme-li tedy velkou skupinu žen nosiček, většina z nich někdy v průběhu života prodělá nádorové onemocnění, část z nich i více než jedno. Vezmeme-li stejně velkou skupinu mužů nosičů, většina z nich nádorem nikdy ne onemocní. Nikdy ale nevíme, u koho z nich to bude a kdy.

Indikace k vyšetření genetické zátěže má svá specifika

Mutaci v genech BRCA nese přibližně každý dvoustý Středoevropan. K vyšetření vrozených nádorových dispozic jsou odesíláni obvykle onkologičtí pacienti, u kterých je nádorové onemocnění něčím neobvyklé (nádor v mladém věku, specifický typ nádoru apod.) nebo se v jejich rodině objevují nádory častěji. Ne každé nádorové onemocnění je důvodem k provedení genetického testu. Jakmile se v rodině mutace genu BRCA zjistí, mohou podstoupit cílený genetický test i příbuzní (doporučení, kdo v rámci rodiny může podstoupit genetické vyšetření, je součástí závěrečné genetické zprávy).

Vyšetření se provádí z odběru krve. Čtení genů BRCA probíhá v rámci panelu genů všech známých genetických nádorových dispozic (existuje více genů, které v případě poškození zvyšují riziko vzniku nádorů). Výsledky vyšetření jsou dostupné obvykle za 3–6 měsíců. Pokud člověk nesplňuje podmínky k vyšetření genetických nádorových dispozic z prostředků veřejného zdravotního pojištění, a přesto o toto vyšetření má zájem, může si ho uhradit jako samoplátce. Cena se dle rozsahu vyšetření pohybuje v řádech desítek tisíc korun. Zde je třeba zmínit, že pokud není splněna podmínka pro hrazené vyšetření, je riziko nosičství významné genetické dispozice malé. Žádný genetický test člověku nedá odpověď na otázku, jestli nádor někdy mít bude, nebo nebude – ani sebezávažnější vrozené riziko neznamená, že ho nádor potkat musí, naopak i s „bezvadným“ dědičným materiálem může prodělat několik onkologických onemocnění. Test umožní člověku poznat svá rizika a podniknout preventivní kroky.

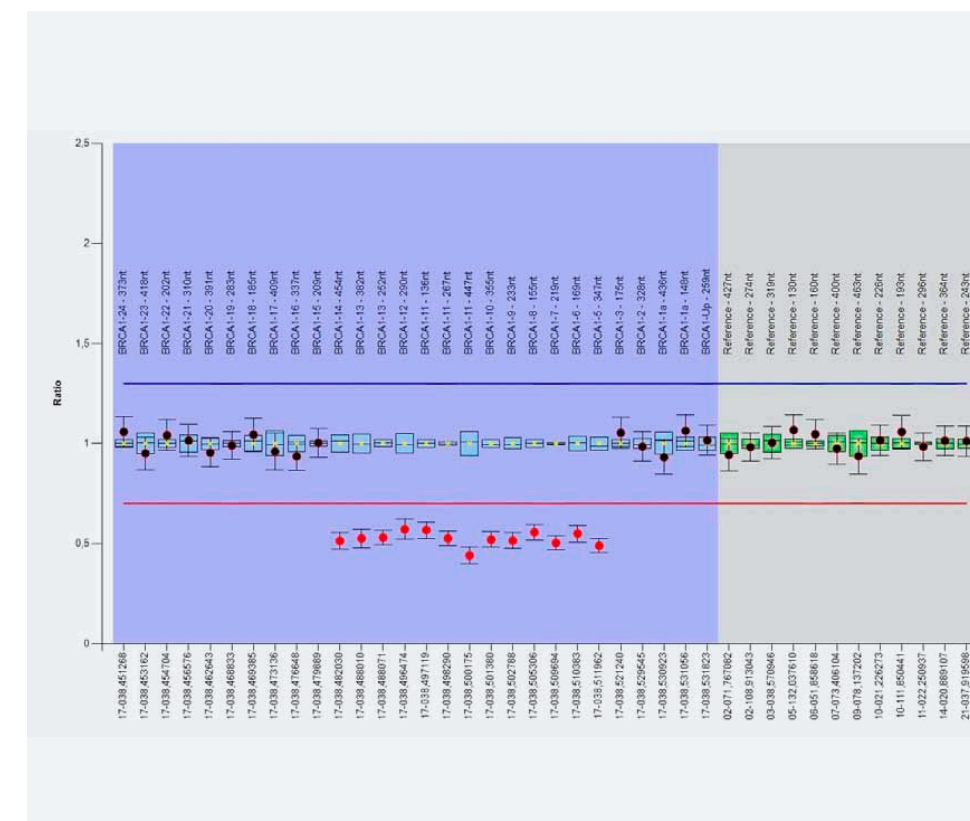
Po prokázání genetické zátěže lze podniknout kroky ke snížení rizika.

Při nalezení mutace genů BRCA1 nebo BRCA2 je vyšetřovaný podrobně informován o významu výsledku a strategiích, jak se dá nádorové riziko ovlivnit. Mutace genů BRCA jsou v současnosti neodstranitelné. Vždy má smysl upravit svůj životní styl a zbytečně si nepřidávat další odstranitelná rizika, ale bohužel to samo o sobě nestačí.

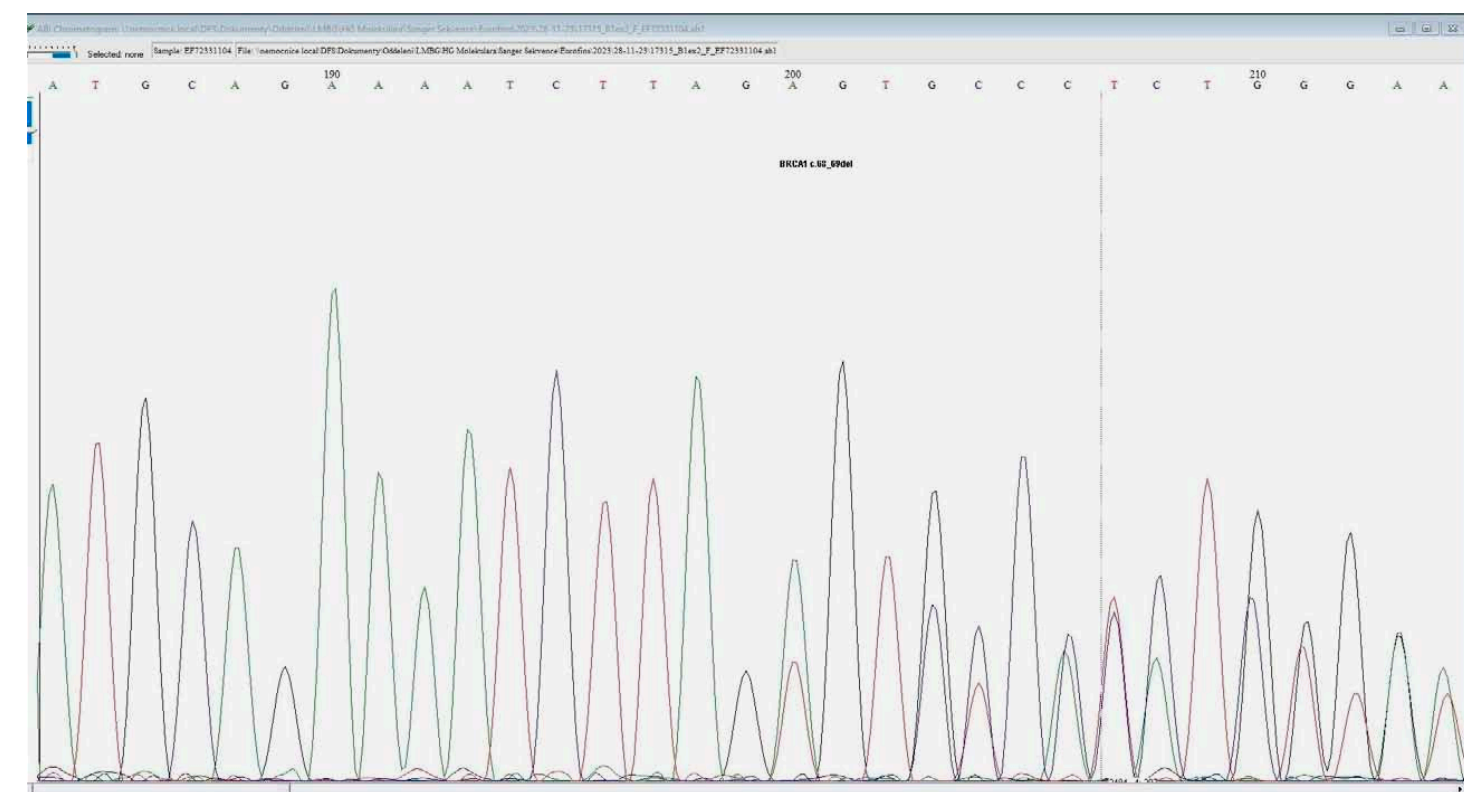
V případě průkazu mutace je doporučeno (a vzniká nárok ze strany veřejného pojištění) chodit na čtenější pravidelná vyšetření k lékaři, aby se případné nádorové onemocnění odhalilo co nejdříve. U žen jsou kontroly zaměřeny především na prsní žlázy a reprodukční orgány. Další doporučené kontroly se odvozují od rodinné zátěže a konkrétního poškozeného genu.

Pravidelné kontroly se obvykle zahajují v 25 letech, v případě výskytu časného nádoru v rodině i dříve, v půlročních intervalech. U mužů je první vyšetření doporučeno mezi 35.–40. rokem věku. Sledování u mužů může probíhat cestou praktického lékaře, u žen by měl kontroly koordinovat a provádět onkolog, který stanovuje rozsah a přesný obsah pravidelných vyšetření.

System kontrol nezabrání vzniku nádorového onemocnění, ale napomůže k včasné detekci již vzniklých nádorových buněk, a tedy ke zvýšení pravděpodobnosti úspěšné léčby.



Výstup z genetického testování metodou MLPA. Červené značky pod čarou značí chybějící kousek genu.



Výstup z klasického sekvenování (metoda laboratorní diagnostiky). Chyba genu je zde vyobrazena posunutím čtecího rámce - na dalších pozicích se zobrazuje jako zdvojené různobarevné „kopečky“.

K opravdu významnému snížení rizika slouží preventivní (profylaktické) operace. V případě mutace BRCA tedy preventivní odstranění prsních žláz, obvykle s navazující rekonstrukcí prsu implantátem nebo vlastní tkání pacientky, a odstranění vaječníků a vejcovodů s eventuálním odstraněním dělohy. Mezi těmito přístupy si žena může vybrat. Důrazně doporučená je hlavně preventivní gynekologická operace. Protože včasný záchyt nádoru vaječniku je stále výzvou i pro zkušené gynekology.

Po preventivních operacích většinu žen nosiček nádorové onemocnění v životě nečeká, ale menší část z nich stále může onemocnět, a proto jsou i po preventivních operacích pravidelně sledovány. V současnosti jsou snahy o jednotné sledování nosičů napříč Českou republikou. Doporučení odrážejí aktuální posun v poznání a snaží se sjednotit pohled genetiků, onkologů, gynekologů a dalších odborníků. K nahlédnutí jsou na www.onkogenetika.cz.

Dědičnost mutace je 50 : 50.

Mutace genů BRCA jsou obsaženy v našem dědičném materiálu, který částečně sdílíme se svojí rodinou, a nosiči je tedy mohou předat další generaci. Mutace genů BRCA vykazují tzv. autozomálně dominantní typ dědičnosti, tzn. že otec nebo matka nesoucí jednu mutaci v genu BRCA1 nebo BRCA2 ji předají 50 % svých dětí bez rozdílu pohlaví. Synové i dcery tedy mohou být také nosiči mutací genu BRCA. Protože jedna mutace genu BRCA zvyšuje riziko vzniku nádorů až v dospělosti, vyšetření potomků je možné provádět od 18 let po genetické konzultaci. Současná medicína umožňuje zabránit přenosu mutace na další generaci vyšetřením embryí v průběhu umělého oplodnění. Po přirozeném početí se plod nevyšetřuje, protože plodu ani narozenému dítěti



MUDr. Zuzana Šimková

nezpůsobuje jedna mutace genu BRCA žádné zdravotní komplikace.

Být nosičem genetické mutace neznamená nutně, že člověk onemocní, riziko je však především pro ženy vysoké. Moderní medicína přináší v tomto směru pokroky jak v prevenci, tak v léčbě případného nádorového onemocnění. Pokud o riziku vím,

mohu mu aktivně čelit. Vždy je dobré k sobě přistupovat zodpovědně.

■ **MUDr. Zuzana Šimková**
vedoucí lékařka
Ambulance lékařské genetiky

Na Onkologickém oddělení poskytujeme péči i zdravým nosičkám mutace (nejen) genu BRCA

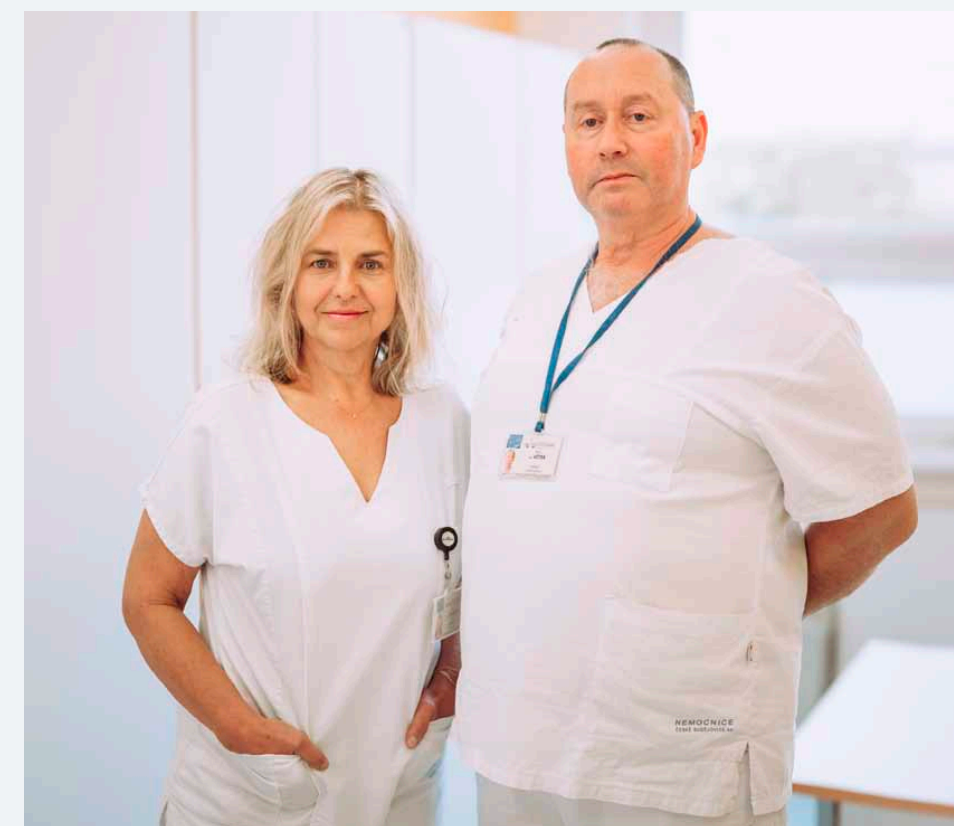
Na Onkologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., je zavedena téměř 20 let tzv. onkogenetická ambulance, která poskytuje organizovanou specializovanou preventivní péči. Do vznikající poradny se přihlásili k péči o pacienty MUDr. Ivona Mrázová, MBA, a MUDr. Petr Vitek, kteří se dodnes věnují mimo jiné i preventivní péči o zdravé nosiče mutace genu BRCA. O své činnosti a přínosu ambulance píše MUDr. Ivona Mrázová, MBA, na následujících řádcích.

Onkogenetická ambulance Onkologického oddělení českobudějovické nemocnice vznikla jako jedna z prvních poraden tohoto typu v České republice ještě v době působení primáře MUDr. Jana Fischera. Vznik iniciovala MUDr. Helena Štěpánková z Ambulance lékařské genetiky, která se věnovala souvislostem onkologických onemocnění s dědičnými predispozicemi. Svoji činnost jsme tedy zahájili vyhledáváním vhodných kandidátů v rámci podávané onkologické léčby, kdy jsme se snažili dle rodinné anamnézy, osobní anamnézy a věku,

kdy byl diagnostikován zhoubný nádor, identifikovat osoby, u kterých by se mohlo jednat o dědičnou formu zhoubného nádoru. Tyto „indikované“ pacienty jsme odesílali na konzultaci k MUDr. Štěpánkové. Testované nosiče s pozitivním výsledkem jsme začali sledovat a provádět u nich doporučená vyšetření. Tak začali přibývat další klienti, a to zdraví nosiči.

Moderní doba přináší objevy různých mutací genů. Je dobré tyto mutace odhalovat a znát, ale na provedená genetická vyšetření by měla navazovat péče o jejich nosiče. Existence takové ambulance je tedy naprostou nutností, aby preventivní genetické testování mělo smysl. Dle algoritmu doporučeného klinickým genetikem pacienty sledujeme, vyšetřujeme a zajišťujeme a hodnotíme odborná a zobrazovací vyšetření. Doporučujeme také operační profylaktické (preventivní) výkony. Lékař této poradny je, dá se říct, průvodcem nosiče zárodečné mutace a koordinátorem jednotlivých vyšetření prováděných prostřednictvím dalších odborností: radiologie, gynekologie, gastroenterologie, kožní, oční, chirurgie, plastická chirurgie, praktický lékař.

Tímto preventivním sledováním nemůžeme zabránit vzniku nádorových onemocnění, ale snažíme se o zachycení nádorového onemocnění v časném stadiu. V péči naší onkogenetické ambulance máme jak zdravé nosiče mutací, tak pacienty s nádorovým onemocněním, u kterých byla v jeho souvislosti zárodečná mutace prokázána. A tak se někdy přihodí, že se staráme o celou rodinu.



MUDr. Ivona Mrázová, MBA a MUDr. Petr Vitek

Nosiči jsou sledováni nejčastěji v intervalu 6 měsíců nebo 1 roku (dle výkonu), po provedených profylaktických výkonech v intervalu 1 roku. Řídíme se doporučením klinického genetika. V současné době je vyvíjena velká snaha o sjednocení, racionalizaci a doplňování daných doporučení v čase.

Není jednoduché slyšet, že máte velkou pravděpodobnost vzniku nádorového onemocnění. Z pohledu onkologa je ale těžší sdělit, že máte zhoubný nádor. Nejtěžší pak, že musíme léčbu ukončit.

Po prokázání zárodečné mutace klinický genetik při předávání závěrečné zprávy nosičům doporučuje kromě jiného návštěvu Onkologického oddělení pro zařazení do onkogenetické ambulance. První návštěva onkogenetické ambulance bývá delší, jelikož je potřeba klientovi opakovaně vysvětlit problematiku „mám zárodečnou mutaci“. To znamená, že jsem nositelem genetické změny, která pro mě jako nosiče představuje výrazně zvýšené riziko vzniku zhoubného nádorového onemocnění.

Uchopit potenciální diagnózu nosičem není jednoduché. Při prokázání genetické zátěže u pacienta jsou reakce jeho rodinných příslušníků, potenciálních nosičů, různé. Někdo chce testovat, sledovat a vyšetřovat tzv. všechno, jiný se obává toho, že po testování zjistí, že je nosičem a bude mít v budoucnu zhoubný nádor, a o nabízenou péči ani nemá zájem. Má strach. Je potřeba trpělivost, empatie, pochopení a dostatek času.

Není jednoduché slyšet: „Máte prokázanou mutaci a to znamená, že máte relativně vysokou pravděpodobnost onemocnění zhoubným nádorem.“ Z pohledu onkologa, který léčí pacienty se zhoubnými nádory, je však ještě těžší sdělovat, že máte zhoubný nádor a potřebujete náročnou léčbu. Nejtěžší pak, že musíme léčbu ukončit.



Recepce Onkologického oddělení

Proto jsme rádi za každého zjištěného nosiče, který využije tohoto obrovského pokroku v odhalování pravděpodobnosti onemocnění zhoubným nádorem a následně i možnosti preventivního sledování, potažmo přístupu k preventivním operačním opatřením ke snížení rizika onemocnění.

Při zahájení činnosti onkogenetické ambulance na Onkologickém oddělení jsme začínali sledováním nosičů BRCA1 a BRCA2. Dnes je spektrum sledovaných mutací daleko širší. V rámci preventivního sledování spolupracujeme s jinými odbornostmi, jejichž prostřednictvím se vykonávají preventivní operační zákroky. Moc tímto děkujeme za spolupráci zejména gynekologům a plastickým chirurgům. Zaznamenáváme zvyšující se nárůst preventivních chirurgických výkonů zejména u prsou a gynekologických orgánů.

Pozn. autora: V období let 2005–2020 byl pozorován významný nárůst v podílu preventivních výkonů u prsou i gynekologických orgánů. Vysvětlením nárůstu chirurgických výkonů po roce 2013 je tzv. Angelina Jolie effect. Prohlášení celebrity o svém přístupu k prevenci ovlivnilo chování žen celosvětově a zvýšilo veřejný zájem o tuto problematiku. Tento

efekt jsme skutečně pozorovali i v naší onkogenetické ambulanci.

Jedinci s dědičnými nádorovými syndromy jsou sice malou, ale přesto důležitou skupinou. Identifikace zdravých nosičů je klíčová pro zlepšení výsledků léčby. Pravidelná vyšetření mohou vést k časnému zachytu a snížení mortality, preventivní výkony pak ke snížení incidence (četnosti výskytu onemocnění).

Děkuji za spolupráci Ambulanci lékařské genetiky a lékařům všech zmiňovaných odborností. Děkuji paní doktorce Heleně Štěpánkové za její odhodlání nás před mnoha lety zorganizovat a všem zdravým nosičům za odvalu všechna ta rizika od nás opakovaně vyslechnout, chodit pravidelně na vyšetření a podstoupit preventivní výkony.

Ráda bych na tomto místě vyjádřila i obdiv nad odvahou Janinky (Jany Duco, pozn. redakce), která se rozhodla poodhalit své soukromí a veřejně promluvit o své cestě s mutací genu BRCA1. Naše společná cesta trvá už 13 let, od doby, kdy jsme ji převzali do péče z její tehdejší spádové ambulance v Brně.

■ **MUDr. Ivona Mrázová, MBA**
Onkologické oddělení
Komplexní onkologické centrum

Z gynekologického hlediska je jediným spolehlivým opatřením preventivní odstranění rizikových gynekologických orgánů

Co obnáší preventivní gynekologická péče o pacientky s mutací genů BRCA a jaké jsou možnosti snížení rizika onemocnění slovy onkogynekologa.

Pacientky s mutací genů BRCA představují z pohledu gynekologa unikátní skupinu vyžadující specifický přístup. S ohledem na probíhající životní fázi, v níž u nich byla tato genetická odchylka zjištěna, a na jejich osobní preference se snažíme nabídnout jim taková opatření, která jim umožní prožít plnohodnotný život při nejnižší možné míře rizika vzniku nádorového onemocnění.

Vrozená mutace genů BRCA1 a BRCA2 je u žen příčinou rizika rozvoje nádorového onemocnění prsu, vaječnicku a vejcovodu, dělohy, tlustého střeva a recta, žlučových cest, slinivky břišní a melanomu kůže a sítnice.

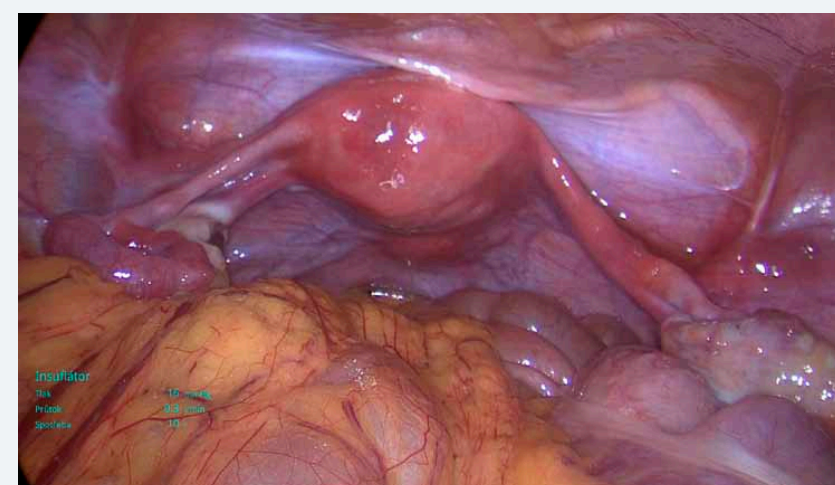
Zdravé ženy s vrozenou mutací genů BRCA1 a BRCA2 jsou sledovány onkologem a podstupují pravidelná vyšetření v doporučených intervalech.

Gynekologická péče o tyto pacientky spočívá nejen v jejich sledování, ale i doporučení vhodné metody antikoncepce a samozřejmě plánování a provádění preventivních operací.

Gynekologické sledování

Pacientky jsou každých 6 měsíců vyšetřeny gynekologickým ultrazvukem lékařem se zkušeností s gynekologickými zhoubnými nádory v kombinaci s laboratorním vyšetřením nádorových markerů.

Bohužel, zhoubné nádory vaječnicků a vejcovodů jsou nádory agresivní, rychle rostoucí a jejich časná stadia jsou zcela bezpříznaková. Ultrazvuk ani žádné jiné zobrazovací vyšetření prováděné v pravidelných intervalech neumožňuje vždy zachytit časná stadia onemocnění a tím efektivně a zcela bezpečně tyto pacientky sledovat.



Laparoskopický pohled na zdravé vejcovody a vaječníky



Laparoskopický pohled do ženské pánve při pokročilém karcinomu (bílé struktury jsou metastázy nádoru, který vznikl primárně v jednom z vejcovodů nebo vaječnicků. V tomto stádiu již často nelze stoprocentně určit, kde proces vzniku začal)

Tento fakt byl opakovaně potvrzen rozsáhlými vědeckými studii.

Situace je odlišná od možnosti sledování prsou, kde lze zobrazovací vyšetření zachytit nádory již v počátečním stadiu a dosáhnout tak i jejich vyléčení.

Jediným spolehlivým opatřením je však preventivní odstranění rizikových gynekologických orgánů.

Preventivní gynekologické operační výkony

Celoživotní riziko rozvoje karcinomu vaječnicku a vejcovodu je u mutace BRCA1 téměř 60% a u BRCA2 až 30%. U běžné populace žen, které tuto mutaci nemají, je menší než 2%. Riziko prudce roste po 35. roce u mutace BRCA1 a 45. roce u mutace BRCA2. Z toho důvodu je u pacientek

po dosažení tohoto věku doporučeno odstranění rizikových orgánů, dělohy a obou vaječníků a vejcovodů.

Po odstranění pouze vaječníků a vejcovodů se riziko rozvoje gynekologického zhoubného nádoru u těchto pacientek výrazně sníží, přesto však i poté zůstává přibližně dvakrát vyšší než v běžné populaci. Je-li odstraněna také děloha, je již toto riziko nižší než u žen, které genetickou mutaci nemají. Proto by děloha měla být při operaci také odstraněna.

Operace jsou prováděny laparoskopicky v celkové anestezii, nejčastěji formou totální laparoskopické hysterektomie (odstranění dělohy) s oboustrannou adnexektomií (odstranění vaječníků a vejcovodů). Tento operační výkon trvá většinou od jedné do dvou hodin, podle konkrétních podmínek v dutině

břišní. Doba hospitalizace bývá čtyři až pět dnů a rekonvalescence je díky minimálně invazivnímu operačnímu přístupu poměrně rychlá.

Po odstranění vaječníků je dle věku vhodné okamžité zahájení hormonální substituční léčby, která brání rozvoji obtíží spojených s předčasnou menopauzou.

Pacientky, které z různých důvodů preventivní operaci odmítnou a dojde u nich k rozvoji zhoubného nádoru, podstupují již v časném stadiu onemocnění nesrovnatelně více zatěžující operační výkon a následně léčbu onkologickou, většinou formou chemoterapie. Operační léčba u pozdních stadií tohoto zhoubného nádoru je pak ještě náročnější, pokud je vůbec možná. Tyto pacientky se nikdy zcela nevyлéčí a na onemocnění dříve či později umírají.

Preimplantační genetická diagnostika

Pro páry, které v rámci programů mimoděložního otěhotnění přemýšlejí o možnostech zamezení přenosu genetické mutace na své budoucí potomky, je k dispozici preimplantační genetická diagnostika.

Jde o metodu pro páry podstupující proces umělého oplodnění, kdy u jednoho z partnerů byla zjištěna vrozená genetická mutace. Umožňuje genetické vyšetření zárodků vzniklých oplozením v laboratorním prostředí. Cílem je identifikovat a do dělohy ženy zavést takové embryo, které nepříznivou genetickou mutaci nenese.

■ MUDr. Martin Michal

*Ambulance pro genetické predispozice
Gynekologicko-porodnické oddělení*

Široká škála operačních technik umožňuje volit tu nejvhodnější metodu rekonstrukce prsu pro konkrétní pacientku

Jaké jsou současné možnosti rekonstrukce prsu u žen s pozitivním vyšetřením na mutace genů BRCA1 a BRCA2 slovy plastického chirurga.

Rakovina prsu je na světě nejčastějším zhoubným nádorem u žen. Přestože současné možnosti léčby umožňují s tímto onemocněním bojovat mnohem účinněji, než tomu bylo před 20 lety, počet žen, které tato zákeřná choroba postihne, každým rokem pomalu narůstá. Boj s rakovinou prsu se nepodaří v naší republice každým rokem vyhrát přibližně 1700 ženám. Včasné odhalení tohoto onemocnění na jeho počátku potom zásadně ovlivňuje úspěšnost léčby.

Vyšetření ultrazvukové, mamografické a MRI (magnetická rezonance) tvoří hlavní nástroje umožňující časný záchyt tohoto onemocnění. Systém screeningových vyšetření je u nás dlouhodobě dostupný všem ženám, ale nezastupitelnou roli ve včasné detekci nádoru prsu hraje důležité samovyšetřování prsů, které by měla každá žena sama provést jednou měsíčně.

Výše zmíněné metody umožňují zachytit nádor, který je již v těle ženy přítomen. Současné poznání vědy na poli lékařské genetiky nám dokáže dát informaci o nádoru mnohem dříve, než vznikne. Dokáže nám dát nesmírně cennou zprávu o výši rizika pro danou ženu, že onemocní v určitém časovém horizontu rakovinou prsu. Ženy, u kterých výsledek genetického

vyšetření na toto riziko upozorňuje, potom označujeme jako „ženy s rizikovým parenchymem prsů“. V jejich genetické výbavě se u nich vyskytují změny, tzv. mutace v určitých genech (nejznámější jsou BRCA1, BRCA2), které zvyšují riziko vzniku karcinomu prsu do určitého věku o desítky procent (až na 60–80%) oproti tzv. ostatním geneticky nezatíženým ženám. Konkrétní míru rizika pro konkrétní ženu vypočítá lékař genetik po posouzení dalších informací. Co je podstatné, je, že tato zátěž rizikového parenchymu se potom přenáší dědičně na další generaci žen v rodině.

Co má tedy žena s rizikovým parenchymem prsů dělat?

Doporučení a léčebné protokoly jsou otázkou multidisciplinárního přístupu mnoha oborů, jako jsou onkologie, radiologie, onkochirurgie, lékařské genetiky, patologie a dosti zásadní místo při rozhodování o způsobu léčby zaujímá plastická chirurgie. Protokoly vhodné léčby se stále vyvíjejí, zdokonalují a měly by být vždy tzv. šity na míru pro konkrétní pacientku. V zásadě je vždy rozhodováno mezi variantou sledování s pravidelným vyšetřováním ženy nebo operační léčbou. Vychází se vždy z klinických nálezů s ohledem na psychosociální a rodinné zázemí pacientky.

Z pohledu plastické chirurgie bych zde rád uvedl skutečnost, která vnáší světlo empatie do situace ženy s rizikovým parenchymem a současně poukazuje na vysoké nároky na provedení

a výsledek operačního zákroku. Pacientka, která již rakovinou prsu onemocněla, je postavena do pro ni velmi náročných, ale jasných situací, že nádor je potřeba z prsu odstranit. To s sebou přináší již očekávané větší nebo menší změny výsledného tvaru prsu, v důsledku operačních zákroků, ev. ozáření apod. Kdežto žena, která má rizikový parenchym, má v podstatě aktuálně zdravé prsy a představa chirurgického zákroku je pro ni mnohem hůře uchopitelná, a není tak připravena akceptovat tvarovou změnu prsů. Dostávají se tady proti sobě dvě roviny. Rovina onkologická, kdy je snahou snížit riziko onemocnění ženy rakovinou prsu na minimum, a rovina estetická související s kvalitou života.

Z onkologického hlediska operační zákrok, tzv. oboustranná risk redukující mastektomie (RRM), znamená snížení rizika onemocnění rakovinou prsu u geneticky pozitivní pacientky z 60–80 % na 5–10 %. Tzn. riziko rakoviny prsu se sice významně sníží, ale nikoliv zcela odstraní. Hledisko kvality života souvisí s následky po odstranění prsní žlázy a zvoleným způsobem rekonstrukce (implantát, vlastní tkáň). Odstraněním prsní žlázy dojde ke ztenčení kožního krytu prsu, mohou vzniknout i nerovnosti, snížená citlivost prsního dvorce, nebo může být dvorec dokonce odstraněn, může se také vyskytnout i bolestivost. Tyto změny společně s tvarovou změnou prsu mohou ovlivnit psychiku pacientky, kvalitu sexu, plánování mateřství apod. Provedení RRM s rekonstrukcí prsními implantáty nelze tudíž srovnávat se zvětšováním

prsů z estetické indikace. Riziko komplikací u RRM se pohybuje mezi 15–20 % v porovnání se 3 % u estetické augmentace. Je proto nelehkým úkolem plastické chirurgie, aby provedení RRM u pacientek s rizikovým parenchymem přineslo maximální snížení rizika rakoviny a současně prsa vypadala co nejlépe. Dále je nutné zdůraznit, že i po provedené operaci musí být žena pravidelně sledována a vyšetřována, jelikož jak bylo již zmíněno, ani po provedené operaci riziko rakoviny prsu zcela nevymizí.



Ukázka preventivní kůži šetřící mastektomie (SSM) s okamžitou náhradou prsními silikonovými implantáty. Vlevo 2 měsíce po operaci, vpravo výsledek po roce s dokončenou 3D tetovází bradavek a dvorce

Současné možnosti rekonstrukce prsu u žen s pozitivním vyšetřením na mutace genů BRCA1 a BRCA2

Na Oddělení plastické chirurgie českobudějovické nemocnice je rekonstrukční chirurgie prsu jedním z nosných pilířů naší činnosti a jednotlivé operační techniky stále vylepšujeme a doplňujeme o nové poznatky a zkušenosti. Dokážeme nabídnout pacientkám kompletní spektrum rekonstrukčních zákroků na prsu jak s pomocí implantátů, tak s použitím vlastní tkáně. Rekonstrukce prsu je v současnosti nedílnou součástí komplexní péče o pacientky s rakovinou prsů a řadí se k ní rovněž péče o pacientky s diagnostikovaným rizikovým parenchymem při pozitivním genetickém vyšetření.

U žen s pozitivním vyšetřením na mutace genů BRCA1 a BRCA2, které se na základě doporučení mamárního týmu rozhodnou pro operaci, vycházíme při volbě operační techniky z velikosti a tvaru prsů, fyzické konstituce pacientky s ohledem na rizikové faktory výkonu a její osobnost. U štíhlejších pacientek s velikostí košíčků A–B bez přítomnosti výraznějšího poklesu prsů provádíme nejčastěji oboustrannou kůži šetřící mastektomii se zachováním dvorce (NSM, nipple sparing mastectomy) s okamžitou náhradou prsními silikonovými implantáty. Původní techniku subkutánní mastektomie s umístěním implantátů přímo pod kůži jsme již před více než

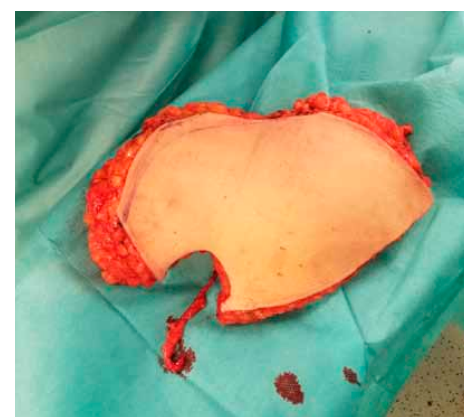
15 lety nahradili technikou umístění implantátu kompletně pod sval z přístupu z krajiny zevního prsního kvadrantu. Naučili jsme se ji v Římě od prof. Marcie Salgarello a přineslo to našim pacientkám bezpečnější uložení implantátů, méně komplikací, menší hmatatelnost implantátů a lepší vzhled v porovnání se standardní technikou. Nástup prsních implantátů s polyuretanovým povrchem umožnil jejich bezpečné umístění i pod kůži s dobrým estetickým vzhledem a menší pooperační bolestivostí. Jeví se tak nyní být novým nastupujícím trendem.

U pacientek s košíčky C a většími, s poklesem prsů a dvorců provádíme tzv. kůži šetřící mastektomii

s odstraněním dvorců (SSM, skin sparing mastectomy) s využitím dermálního laloku. Jizvy jsou stejné jako u standardní redukční mammaplastiky a dermální lalok zbavený povrchní vrstvy kůže umožňuje kompletní překrytí dolní části implantátu, který je umístěn pod sval. Dermální lalok zde velmi účinně nahrazuje umělou náhradu ADM sítku (acelulární dermální matrix), která je velmi nákladná a nepřináší lepší výsledky. U žen s pokleslými prsy se nám často daří dosáhnout lepšího estetického výsledku i po odstranění žlázy, než tomu bylo před operací. Otázka odstranit, či neodstranit prsní dvorec u pacientek s rizikovým parenchymem je stále předmětem studií, které zatím neprokázaly,



Rekonstrukce prsů - pravý prs karcinom, levý prs rizikový parenchym. Jednodobá rekonstrukce volným DIEP lalokem u pravého prsu, rekonstrukce implantátem s dermálním lalokem u levého prsu



Volný DIEP lalok z podbříšku před jeho přenosem na hrudník

že by odstranění dvorce mělo u nich vliv na přežití. I po odstranění dvorce u kůži šetřící mastektomie vždy určité malé množství prsní žlázy zasahující těsně ke kůži zůstane. U žen ve věku 30–40 let zpravidla dvorec zachováme, pokud je to možné. Někdy je naopak lepší dvorec odstranit než čelit následkům komplikace z jeho ztráty. Ženy se nemusejí ztráty prsního dvorce tolik obávat. Následně umíme vytvořit novou bradavku nenáročným malým chirurgickým zákrokem. Dvorec je nejlepší vytvořit následně pomocí tetování. Našim pacientkám dáváme kontakt na šikovného zkušeného tatéra. V současnosti se umění tatérů posunulo na úroveň 3D tetování prsních dvorců, takže vytetovaná bradavka je potom k nerozeznání od skutečné, proto některé pacientky raději volí tuto techniku než operační rekonstrukci bradavky.

Další možností rekonstrukce u pacientek s rizikovým parenchymem prsů je náhrada pomocí vlastní tkáně v podobě oboustranného přenosu tzv. volného perforátorového laloku z podbříšku (DIEP). Kožní převis z krajiny podbříšku se v podstatě rozdělí na dvě části, kdy každá polovina má svoji cévní stopku s tepnou a žílou (vasa epigastrica inferior profunda) vypreparovanou z břišního svalu. Sval tak zůstane kompletně zachován a nedochází k oslabení břišní stěny. Oba laloky se potom volně přenesou (transplantují) každý na jednu stranu hrudníku, kde je předem provedena kůži šetřící mastektomie (SSM) a pod mikroskopem jsou cévy našity na cévy příjmové (vasa thoracica interna). Tak se znovu obnoví krevní oběh v lalocích, což je základním předpokladem úspěšné rekonstrukce. Na břiše je následně provedena abdominoplastika, takže pacientky mají potom po odběru laloků hezčí břicho, než měly před operací. Tento způsob rekonstrukce provádíme zatím u žen, které již onemocněly karcinomem a prodělaly totální mastektomii. Je to časově a technicky náročný výkon, pro pacientku velmi zatěžující,



Příprava tuku na lipomodeling prsů

ale je to současně nejlepší způsob rekonstrukce u žen po ozáření. Jednostranná operace trvá přibližně 5–7 hodin. Oboustranný výkon v průměru 9 hodin. U pacientek s rizikovým parenchymem bez předchozího karcinomu jsme tento způsob rekonstrukce kvůli velké fyzické zátěži a rozsáhlému zásahu tohoto zákroku do organismu ještě neindikovali.

Nezmínil jsem zde další možné rekonstrukční postupy, které patří do našeho spektra operací, jako například rekonstrukce pomocí laloku ze zad (m. latissimus dorsi), posuvný lalok z břicha nebo přenos vlastního tuku (lipomodeling). Tyto techniky používáme jako alternativní hlavně u pacientek, které jsou po rakovině prsu. Osvojení si široké škály operačních technik nám umožňuje volit vždy tu nejhodnější metodu rekonstrukce pro konkrétní pacientku.

To, že je rekonstruktiva prsů v českobudějovické nemocnici na takové úrovni, jaké se těší,

je zásluhou velkého zájmu všech členů našeho týmu se na tomto programu podílet. Celá kapitola začala asi před 20 lety přednáškou prim. MUDr. Vladimíra Maříka a MUDr. Pavla Kuriala o rekonstrukčních technikách pro místní onkolog.



Rekonstrukce levého prsu pomocí vlastního tuku

Sipping

Slovem sipping označujeme pravidelnou konzumaci nutričně vyvážených přípravků, které mají lidskému organismu dodat potřebné látky. Někdy se můžeme setkat s laickými výrazy „pitíčka“ nebo „nutriční drinky“. V odborné literatuře je sipping označován jako tekutá enterální výživa k popíjení.

Slovo sipping pochází z angličtiny a v překladu znamená popíjení. Jedná se o popíjení malých dávek přípravků, které v medicíně označujeme jako potraviny pro zvláštní lékařské účely (PZLÚ). Tyto přípravky mají přesně definované a vyvážené složení. Obsahují cukry, tuky, bílkoviny a neméně důležité vitamíny (A, D, E, K a komplex vitamínů skupiny B), minerální a stopové prvky (např. měď, zinek, selen, železo, jód). Na trhu nalezneme univerzální přípravky k popíjení i přípravky se zvýšeným obsahem bílkovin (tzv. vysokoproteinová výživa) nebo přípravky určené pro výživu při různých onemocněních (např. onkologická onemocnění, diabetes, proleženiny, ledvinná nedostatečnost). Rozmanitá je také nabídka příchutí, vybrat si můžeme z mléčných, ovocných, slaných a neutrálních variant. V současnosti jsou k dispozici i přípravky s krémovou konzistencí, laicky řečeno přípravky na bázi pudingu. Nově jsou na trhu i preparáty určené pro vegany.

Kdy je vhodné užívat sipping?

Jednoduše řečeno tehdy, když běžná strava nestačí. Pokud je pacient schopný jíst a nemá sníženou chuť k jídlu, upřednostňujeme výživu jídlom. V každém případě lze využít služby nutričních poradců, kteří doporučí vhodný systém stravování.

Jaké jsou výhody sippingu?

- Přesně definované složení, vysoký obsah živin v malém objemu.



- Vyvážený poměr živin (bílkoviny, tuky, sacharidy, minerální látky, vitamíny, stopové prvky) – obsah je přesně stanoven.
- Snadná vstřebatelnost živin a nízké nároky na trávení.
- Možnost užívání při postižení dutiny ústní, chrupu a poruchách polykání.
- Při správném užívání dochází ke zvýšení celkového příjmu energie, bílkovin a vitamínů.

Jak sipping správně užívat?

- Sipping konzumujte mezi jídly, na konci jídla jako dezert nebo jako druhou večeři před spaním.
- Celkovou dávku sippingu (dvě lahvičky sippingových přípravků) rozdělte na 2–4 denní dávky.
- Sipping obvykle chutná nejlépe chlazený, ale lze jej podávat i při pokojové teplotě nebo jej ohřát (maximálně na 45 °C).
- Sipping lze přidávat do jídla, zvýší se tak výživová hodnota stravy.
- Ze sladkých příchutí lze pomocí rozmixování s ovocem vytvořit chutné koktejly.
- Mléčné příchutě lze přidat do kávy.
- Neutrální a slané příchutě lze přidávat do polévek nebo omáček. Ale POZOR – až po stažení z plotny! Sipping se nesmí vařit!

- Lahvičku se sippingem před otevřením protřepejte, krém promíchejte lžičkou.
- Sipping, který nespoteřebujete, skladujte v lednici. Není dobré nechávat otevřený sipping celý den při pokojové teplotě.
- Po otevření lze uchovat sipping v lednici po dobu 24 hodin.
- Vyzkustejte více forem a příchutí a vyberte si, která vám vyhovuje.
- Příchutě je vhodné střídat.

Účinnost a bezpečnost přípravků byla prokázána v mnoha vědeckých studiích. Mohou být předepsány pacientům, kteří splňují kritéria pro předpis PZLÚ. Jedná se o tzv. malnutriční (podvyživené) pacienty, kteří rychle ubývají na váze nebo nejsou schopni jíst běžnou stravu v potřebném rozsahu. Podmínky, za kterých lze tyto léky předepsat, jsou přesně dané a předepsat je může pouze specializovaný lékař.

Sipping lze využít také před operací nebo po operaci. Pokud nás čeká plánovaná operace většího rozsahu, je dobré se na ni připravit i co se výživy týče. Operace bývají často přirovnávány ke sportovním výkonům a na ty je také třeba se připravit. Organismus po operaci potřebuje mít rezervy pro zotavení. Pacient, který je v dobrém výživovém stavu, po operaci:

- stráví v nemocnici kratší dobu
- má méně komplikací v podobě infekcí nebo rozpadu operační rány
- má menší pravděpodobnost, že bude muset jít do nemocnice opakovaně
- potřebuje méně léků

Sipping před operací

Přibližně 7–14 dní před termínem operace zařadíme do našeho jídelníčku dvě lahvičky sippingu denně, nejlépe s vysokým obsahem bílkovin. Sipping by měli pít i pacienti, kteří jsou ve velmi dobrém nutričním stavu.



Zleva: MUDr. Pavel Kurial, prim. MUDr. Vladimír Mařík, Radka Kozáková; polyuretanové implantáty

Od té doby postupně narůstaly počty rekonstrukcí prsů u žen po rakovině a staly se tak postupně součástí léčby. Lékaři si osvojovali nové operační postupy jak s implantáty, tak v lalokových plastikách.

S personálním posílením týmu se v této problematice erudovali další lékaři. Vedle MUDr. Jana Kaspera to byla MUDr. Hedvika Janoušková, která se v pozici specialisty pacientkám přicházejícím k rekonstrukci věnuje s velkým osobním nasazením a rozvíjí spolupráci s budějovickým centrem Mamma HELP. V současnosti aktivně na spolupráci s onkochirurgy navázal MUDr. Tomáš Votruba. Spolupracuje

s Masarykovým onkologickým ústavem v Brně, kde provádí oboustranné rekonstrukce prsu pomocí DIEP laloků a jeho současné zkušenosti se zaváděním polyuretanových implantátů do rekonstruktivní prsu jistě přinesou další cenné poznatky. Náš tým doplňují skvělí lékaři v přípravě na atestaci MUDr. Petr Vodička, MUDr. Jakub Fau a nejmladší lékař MUDr. Thierry Ghosh, kteří do celého spektra výkonů naší plastiky rychle pronikají. Velký impulz pro naše oddělení přišel v podobě čerstvé posily MUDr. Mgr. Kristýny Procházkové, Ph.D., která k nám přešla z chirurgické kliniky v Plzni, kde se věnovala onkochirurgii prsu jak chirurgicky, tak na akademické

úrovni. Tematicke prsu by se ráda věnovala i jako plastický chirurg.

Věřím, že Oddělení plastické chirurgie má v naší nemocnici skvělý tým, který ve spolupráci s ostatními odbornostmi bude moci poskytovat pacientkám s rizikovým parenchymem a rakovinou prsu péči na té nejvyšší úrovni a pomůže jim tak čelit tomuto zákeřnému onemocnění.

- **MUDr. Pavel Kurial**
zástupce primáře
Oddělení plastické chirurgie

Pokud nechceme užívat sipping, měli bychom zvýšit příjem bílkovin. V současné době jsou k dispozici PZLÚ ve formě prášku s vysokým obsahem bílkovin, které lze přimíchat do běžných hotových jídel. O tom, které přípravky jsou vhodné, se můžete poradit v nemocniční lékárně.

Sipping po operaci

Strava po operačním zákroku by měla být pestrá a bohatá na bílkoviny, které jsou nutné k hojení ran. K tomu může přispět sipping. Před propuštěním z nemocnice se informujte, co je pro vás vhodné a na co byste se měli zaměřit. S tím vám pomůže nutriční terapeut, případně se můžete zeptat v lékárně.

Základem lidského jídelníčku by měla být pestrá strava odpovídající zásadám zdravé výživy. Sipping lze použít k doplnění stravy, anebo jím běžnou stravu krátkodobě nahradit, což by se ovšem mělo dít pouze po dohodě s lékařem.

■ **PharmDr. Barbora Vařejková**
Lékařka

Nejlepší příležitosti jsou v nejlepších nemocnicích



NEMOCNICE
ČESKÉ BUDĚJOVICE



Na koronární jednotku KARDIOCENTRA

přijmeme

VŠEOBECNOU SESTRU a ZÁCHRANÁŘE

Koho hledáme:

- absolventa/ku Střední zdravotnické školy, Vyšší odborné školy, nebo Vysoké školy s odbornou způsobilostí k výkonu povolání dle zákona č.96/2004 Sb. v platném znění
- zájemce z řad praktických sester, diplomovaných sester a záchranářů

Na co se můžete těšit:

- nadstandardní mzdové ohodnocení
- zajímavou práci v krajské nemocnici
- 5 týdnů dovolené na zotavenou
- firemní školku, kde se postaráme o vaše děti
- zvýhodněné vstupné do fitness centra v areálu nemocnice
- moderní jídelnu s pestrou nabídkou za zvýhodněnou cenu

Nástup: dle dohody



Martina Červenková, vrchní sestra Kardiologického oddělení
cervenkova.martina@nemcb.cz



www.nemcb.cz

Vzdělávání

Cesta za velkou louží aneb pět týdnů na neurochirurgii v americkém Idahu

V listopadu minulého roku jsem měla úžasnou příležitost vycestovat do Ameriky v rámci stipendia doktora Ondřeje Choutky, MD. Každý rok sbírá naše Neurochirurgická společnost přihlášky na tuto stáž a předává je k posouzení přímo doktoru Choutkovi, který si poté sám vybírá jednoho residenta. Vybraný resident získá možnost strávit s ním čas na jeho neurochirurgickém pracovišti v americkém Idahu, konkrétně v jeho hlavním městě Boise.

A tak jsem na konci října, plná nadšení, s dvěma velkými kufry, vyrazila na svou první zaoceánskou cestu. Po celkově sedmáctihodinovém letu s osmihodinovým časovým posunem jsem dorazila do města Boise. Na letišti už na mě čekal rozesmátý Ondra a vřele mě vítal. Vyrazili jsme na cestu k němu domů, kde jsem byla po celou dobu stáže ubytovaná. Tam mě přivítala Ondrova žena Peťa, věrně oddaná triatlonu (pro mě velká výhoda) a tři synové, všichni věrně oddaní hokeji. Už po pěti minutách jsem se cítila jako doma, všichni neskutečně byli milí, vřelí a s čímkoliv nápomocní.

Druhý den jsme brzy ráno vyrazili do nemocnice, která byla vzdálená asi dvacet minut autem. Čekal nás operační den a já měla možnost vidět operaci mozkového nádoru vyrůstajícího z hypofýzy - tzv. adenomu. Ondra operoval stejným přístupem, který využíváme i na našem pracovišti, tedy s použitím endoskopu přes nosní dutinu. Jelikož byl ten den Ondra ve službě, stihli jsme ještě odpoledne další výkon pro mozkový absces (infekční onemocnění mozku). Mezi jednotlivými operacemi jsme procházeli vizity na oddělení. Mile mě překvapilo, jak se Ondra s každým



Západ slunce nad Boise (Idaho)

vřele pozdravil a prohodil pár slov. Skvělý byl také celý operační tým od instrumentárek, obíhajících sester, sanitářů po anesteziology. Na sále panovala vždy skvělá nálada, kterou Ondra ještě vylepšoval úžasnými hudebními vložkami. Bylo úsměvné poslouchat Lucii Bílou či Hanku Zagorovou na sále v americkém Boise. :)

Další zajímavou věcí byl i systém fungování samotného oddělení. Na rozdíl od našeho pracoviště, kde se víceméně všichni staráme o všechny pacienty na oddělení, tady měl každý lékař na starosti pouze své pacienty. V rámci vizity tedy každý lékař prochází jen pacienty, které sám sleduje či operuje. Dalším příjemným překvapením byla plná dostupnost veškeré dokumentace přes počítač či mobilní aplikaci, odpadá tedy jakékoliv psaní papírové dokumentace.

Dalším specifíkem je i tzv. physician assistant, pozice, která u nás není. Jedná se o člověka s medicínským vzděláním v oboru, které je ale kratší a není nutné na něj navazovat dalším specializačním vzděláním. U Ondry byla tímto asistentem úžasná Carin. Při operačních výkonech mu asistovala na sále a během ambulantních dnů se věnovala pacientům.

Následující den nás čekala ambulance, kam přicházejí pacienti od různých odborníků. U každého pacienta jsem měla vždy možnost vidět jeho snímky z magnetické resonance či CT vyšetření, poté mi Ondra řekl krátkou anamnézu a šli jsme se na pacienty podívat a promluvit s nimi. Opět jsem si potvrdila Ondrovu vřelost - s každým pacientem mluvil nejméně patnáct minut, podrobně mu vysvětlil jeho diagnózu, navrhl terapeutické



Místní nekonečné traily na běhání

možnosti a dal mu čas na rozmyšlenou. Nutno podotknout, že cílem nebylo vždy skončit u chirurgické terapie. S pacientem většinou přišel nejméně jeden jeho příbuzný, který se také aktivně zapojoval do rozhodovacího procesu, což pro mě také bylo jistým překvapením. Mezi pacienty jsem měla možnost procházet si odborné časopisy či knihy a zásobovat tak Ondru nikdy nekončícími dotazy :). Úsměvná byla historka s jednou starší pacientkou, která po zjištění, že jsem z České republiky, přišla s dotazem, zda u nás už také máme počítače.

Na sále probíhaly různé pro mě zajímavé výkony. Viděla jsem například chirurgickou metodu léčby u tzv. syndromu idiopatické nitrolební hypertenze, při které se fenestruje (otevírá) obal optického nervu. Tím se vytvoří alternativní cesta proudění mozkomíšního moku. Tyto operace provádí Ondra ve spolupráci s okuloplastikou.

Zajímavá byla také operace mozkové výdutě, kterou Ondra prováděl pro mě zcela fascinujícím speciálním přístupem přes oční víčko. Byla jsem přítomna i u dalších běžných výkonů, které děláme i na našem pracovišti, jako jsou operace pro mozkové nádory, cévní patologie a úrazy.

Ambulantní i operační dny často končily pozdě odpoledne či večer. Systém je zde trochu jiný v tom, že Ondra má k dispozici operační sál v pondělí a středu od rána do večera. Úterý a čtvrtek jsou určeny pro ambulanci a v pátek se většinou dělají zbylé resty či vědecká činnost. Například jeden pátek jsme se byli podívat na místní univerzitě, kde si Ondra zakládá svoji vlastní laboratoř na pořádání různých hands-on kurzů pro mladé neurochirurgy. Je to skvělá příležitost, jak si vyzkoušet své praktické dovednosti ve spojení s anatomickými znalostmi a zdokonalit se tak v neurochirurgii.

V rámci celého pobytu jsem měla možnost podívat se i na jiná místa mimo Boise. Hned první víkend jsme vyrazili na *Ski and Mountain Conference*, která se konala asi tři hodiny autem od Boise, ve známém Sun Valley. Konference byla cílená spíše na záchranáře a horskou službu, ale konala se na krásném místě se a obsahovala nejen velmi zajímavé přednášky, ale také skvělé praktické předvedení záchranu pacienta. Zde jsem měla také možnost poznat další členy Ondrova týmu. Všichni byli opravdu úžasní a velmi ochotní a přijali mě mezi sebe víceméně jako vlastní. Seznámila jsem se i s Ondrovým novým kolegou, který je kombinací neurochirurga a intervenčního radiologa. U nás tuto možnost dvojboru prozatím nemáme, ale v rámci cévní neurochirurgie vidím v tomto velký potenciál. Lékař je tak schopný sám vyřešit cévní patologii otevřenou neurochirurgickou operací či ošetřením pomocí katetru z třísla.

Další víkend jsem se podívala v rámci hokejových zápasů Ondrových synů do městečka McCall. Opět šlo o skvělou příležitost podívat se na další místo a proběhnout se kolem jezer nebo nekonečnými traily úžasnou přírodou. Posledním (opět hokejovým) výletem bylo Idaho Falls: krásné město s vodopády v centru, kde jsem se opět proběhla a měla možnost seznámit se s místními obyvateli – veverkami. Také jsem zde nakoupila cenné dary pro rodinu a nějaký ten suvenýr. Jelikož má stáž probíhala v měsíci listopadu, zažila jsem i pravý americký Halloween, kdy byla celá čtvrť poctivě vyzdobená a v ulicích se procházeli malí koledníci. Účastnila jsem se i večere na oslavu Dne díkůvzdání (Thanksgiving) u Ondrových známých, díky čemuž jsem dokonce ochutnala tradiční sváteční večeři – krocana s nádivkou a brusinkami. Když se můj pobyt blížil ke konci, zamířili jsme i do samotného Boise, které mě zase tolik neoslovilo, což ale pravděpodobně bylo tím, že před velkými městy upřednostňuji přírodu.

Po celou dobu stáže mě nepřestával překvapovat Ondrův nikdy neutuchající entuziasmus, kdy byl se mnou ochotný rozebírat různá neurochirurgická témata během ranní cesty do práce, na obědě (pokud jsme ho zrovna ten den stihli :) či po celém dni při cestě zpět nebo během večere. Na každou otázku mi vždy odpověděl, ať byla sebezáludnější, a ještě zmínil nějakou zajímavou knihu či článek nebo mi rovnou ukazoval svá operační videa pacientů s danou problematikou. Po večerech byla také možnost využít Ondrův mikroskop a vyzkoušet si techniky mikrošití, které využíváme při šití mozkových cév. Výzvou je počet provedených stehů na jedno šicí vlákno. Řekněme, že na mé začínající mikrochirurgické ruce jich bylo akorát, ale zbývá prostor ke zlepšení.

Ondra bydlí na okraji města, takže jsem měla kdykoliv možnost zaběhat si po okolí či vyjít do hor, které byly přímo za domem. Každý den byla možnost strávit nějaký ten čas venku, v krásné přírodě s výhledem na celé



Ondřej Choutka, MD a MUDr. Barbora Musilová

město a západy slunce. V rámci příprav na triatlon se takové zázemí hodilo. Ondrova žena sdílí stejnou vášně pro tento sport, takže jsme párkrát vyběhly i společně. Navíc byl doma k dispozici i bazén či menší posilovna s běžeckým pásem.

Pět týdnů uteklo jako voda a já s těžkým srdcem, ale hlavou plnou nových vědomostí a zážitků, pomalu začínala balit své teď ještě větší a těžší kufry domů. Na rozloučenou jsem od Ondry darem dostala vysněnou knihu o operační technice u arteriovenózních malformací (mozková cévní patologie). Pro nedostatek místa jsem z ní udělala příručku, avšak s přehledem nejcennější zavazadlo. Stáž pro mě byla neuvěřitelným životním

zážitkem a čerpat z ní budu po celou dobu své kariéry. Ukázala mi jiný systém fungování neurochirurgie, přinesla nový pohled na různou problematiku a podpořila mou lásku k neurochirurgii. Nesmírně díky patří samotnému Ondrovi, který svou dobrosrdečností dává nám mladým neurochirurgům možnost zažít něco jiného a nového. Další dík patří určitě mému oddělení, naší nemocnici a také České neurochirurgické společnosti. A v neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině, která se mi celých pět týdnů starala o kocoura Jarmila, jehož u mě nyní pravděpodobně čeká pětítýdenní odtučňovací pobyt.

■ **MUDr. Barbora Musilová**
Neurochirurgické oddělení

Fyzioterapeutka Mgr. Marika Bajerová předala našim zdravotníkům řadu cenných poznatků k podpoře přirozeného porodu

Gynekologicko-porodnické oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s., pořádalo 22. března celodenní kurz s názvem „Podpora přirozeného porodu pohledem fyzioterapeutky“, který vedla uznávaná fyzioterapeutka Mgr. Marika Bajerová. Kurzu se účastnily porodní asistentky, lékaři, porodníci a fyzioterapeutky. Mezi tématy, která byla na programu, byla mimo jiné specifika lidského porodu a procesy v ženské pánvi, ke kterým během porodu dochází. S úspěchem se setkala také možnost prakticky si vyzkoušet polohování ženy, kterým lze ovlivnit zvětšení pánevního vchodu a východu, což vede k efektivnějšímu porodnímu mechanismu.



Fyzioterapeutka Mgr. Marika Bajerová

Praktická část kurzu se odehrávala přímo na porodním sále, takže jsme si mohli v reálném prostředí a na těhotné modelce natrénovat situace, které pro nás i rodičky mnohdy bývají stresující. Učili jsme se relaxační a analgetické polohy, účinné polohování na boku a vkleče vhodné k průchodu hlavičky středem pánve a k jejímu výstupu z pánevního východu, stejně jako správné nastavení pozice k podpoře nutace při vypuzovací fázi porodu (při nutaci, kdy jsou k sobě blíže kolena než chodidla, jdou pánevní lopaty k sobě, zatímco sedací hrboly se posouvají od sebe, kost křížová se posouvá směrem dopředu a kostrč dozadu; opakem je kontranutace). V neposlední řadě nám byl představen nový náhled na metodu tlačení při porodu a řešení dystokie ramének, což jsme také velmi ocenili.

Zajímavé je, že metody vzniklé spojením porodnických a fyzioterapeutických zkušeností, které jsou zaměřené na podporu přirozeného porodu, nejsou vždy v souladu s trendem, který určují samy rodičky. Při volbě polohy ve druhé době porodní (tzn. doba vypuzovací, kdy dochází k vlastnímu porození miminka z těla matky) třeba rodičky často žádají jinou polohu než na zádech. Dle fyzioterapeutky je ovšem právě tato poloha na zádech nejefektivnější pro mechanismus porodu a nejvhodnější pro aktivaci bránice a svalů hlubokého stabilizačního systému, které jsou nutné ke správnému tlačení.

Bohaté klinické zkušenosti Mgr. Mariky Bajerové využijí jistě i naše dvě kolegyně – fyzioterapeutky z Rehabilitačního oddělení, které jsou od letošního dubna stabilními členkami

týmu Gynekologicko-porodnického oddělení. Fyzioterapeutickou péči budou poskytovat nejen pacientkám na stanicích porodnice, gynekologie či JIP, ale nově se budou zabývat i ambulantní fyzioterapeutickou péčí pro ženy trpící gynekologickými problémy (funkční sterilita, dysmenorea, dyspareunie, inkontinence, bolesti v oblasti pánve a jiné). Individuální péče pak bude věnována ženám s určitými diagnózami, a to od doby před otěhotněním přes těhotenství až po poporodní období, přičemž důraz bude kladen na prevenci „nepostupujícího porodu“. Jedná se o situaci, kdy vážně průchod dítěte porodními cestami, a to navzdory normálním děložním kontrakcím. Vlastní porodní proces je zpomalen či zastaven. Mezioborové

propojení celkově považujeme za velmi přínosné a smysluplné. Tato vzdělávací akce výborně korelovala s kurzem „Funkční přístupy k porodu“. V rámci tohoto školení se porodní asistentky z naší nemocnice učily používat a manipulovat s šátky Rebozo, jejichž využití rovněž vychází z principů fyzioterapie a podpory přirozeného porodu.

Jsme velice vděční vedení nemocnice za podporu vzdělávání a umožnění realizace tohoto kurzu na našem oddělení. Zapojení fyzioterapie do stávající porodnické praxe znamená další posun v komplexním přístupu k rodící ženě, kdy je důležité brát ohledy na její fyzické i psychické možnosti, a v podpoře žen, které si přejí porodit přirozeně.

■ **Bc. Lucie Petroušová, DiS.**
vrchní sestra
Gynekologicko-porodnické oddělení



 **NEMOCNICE**
ČESKÉ BUDĚJOVICE

**NÁBOROVÝ PŘÍSPĚVEK
AŽ 1 000 000 Kč**

**pro nové lékaře/lékařky
INTERNÍHO ODDĚLENÍ**

ZÁZEMÍ NEJLEPŠÍ NEMOCNICE V ČR

- akreditované pracoviště pro specializační vzdělávání
- moderní hemodialyzační středisko
- jednotka intenzivní metabolické péče
- specializované ambulance
- nejmodernější vybavení pro invazivní monitorování
- podpora dalšího vzdělávání
- motivující mzdové ohodnocení
- 5 týdnů dovolené
- široká nabídka benefitů pro vás a vaši rodinu



www.nemcb.cz



Klinické studie v Nemocnici České Budějovice, a.s.

Termínem „klinická studie“ označujeme proces systematického testování humánního léčivého přípravku nebo přístroje či zdravotnického prostředku na pacientech či zdravých dobrovolnících. Dříve než může být léčivý přípravek předepsán lékařem či prodán v lékárně, musí každá jeho nová molekula projít tímto náročným procesem – je totiž třeba mít jistotu, že je léčivý přípravek účinný a bezpečný a že možné nežádoucí účinky nepředstavují riziko pro pacienty. Tento proces je velmi náročný, a to jak časově, tak i finančně: Vývoj jednoho nového léku stojí někdy až miliardu dolarů a trvá odhadem 10 až 20 let. Uvádí se, že z asi 10 000 nově objevených sloučenin jsou na trh uvedeny jen 1–3 molekuly.

Klinické studie mohou být buď komerčního rázu, což znamená, že farmaceutická firma vyvine molekulu léčiva, která následně projde všemi fázemi klinického hodnocení a je uvedena na trh s léčivem, nebo může jít o takzvaný akademický projekt, což je studie zaměřená na zkoumání

nemoci a na nové léčebné postupy, tedy např. srovnání různých operačních technik. V Nemocnici České Budějovice, a.s., probíhají oba tyto zmíněné typy klinických studií.

Účastníky klinických studií u nás bývají pacienti trpící nemocí, na kterou je testováno zkoumané léčivo, případně může jít o studii zaměřenou na zkoumání nemoci, se kterou se pacient léčí. Klinické studie na zdravých dobrovolnících v naší nemocnici neprovádíme.

Pro pacienta z účasti v klinické studii samozřejmě plynou výhody. Pacient díky své účasti dostane příležitost léčit se novou, moderní metodou, která zatím není součástí běžné terapie – toto je hojně využíváno u onkologických studií, kde je vývoj nových léčiv velmi rychlý. Není divu, že nejvíc klinických studií je právě v oblasti onkologie. Výsledky z klinických studií jsou důležité pro pochopení testované nemoci či fungování zkoušeného léku a mají přesah i do budoucnosti, kdy se dalším pacientům bude moci dostat nové, účinnější léčby.

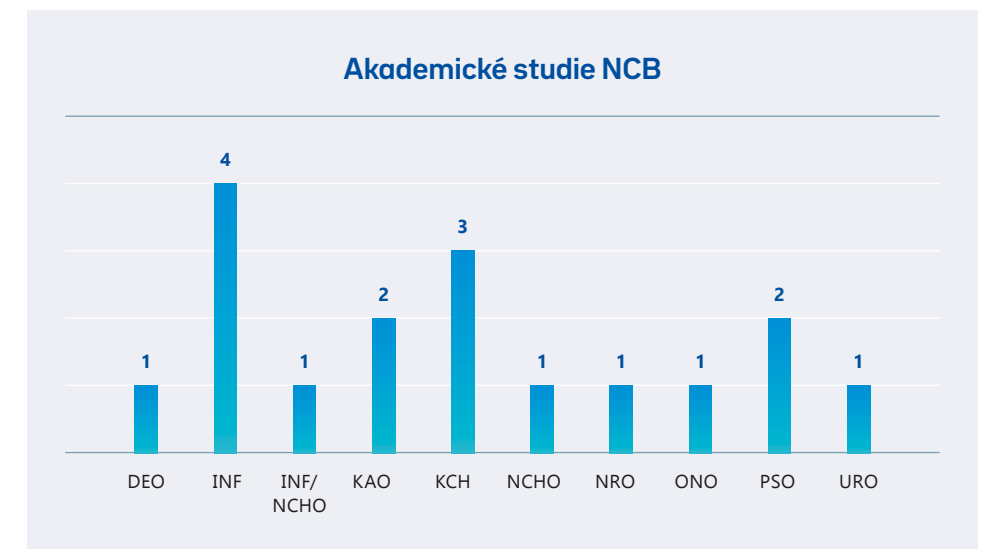
Pacienta je nutné upozornit, že hodnocený lék může stav jeho nemoci zlepšit, zhoršit nebo nijak neovlivnit. Účast ve studii je dobrovolná, takže pacient má možnost kdykoliv ze studie odstoupit, aniž by sděloval své důvody pro toto rozhodnutí. Pokud se pacient rozhodne do klinické studie vstoupit a pokud pro to splní všechna kritéria (tzv. hlavní podmínky zařazení do studie – věk, stav zkoumané nemoci, užívané léky, předchozí léčba aj.), musí podepsat dokument Informovaný souhlas, kde se zaváže k pravidelnému užívání zkoušeného léčiva a k pravidelnému docházení na kontroly (příp. musí být alespoň k dispozici na telefonu). V informovaném souhlasu je pacientovi laicky vysvětleno, v čem daná klinická studie spočívá, jak daný lék působí na zkoumané onemocnění a jaké jsou možné nežádoucí účinky zkoumaného léku. Je žádoucí, aby se pacient zeptal na cokoli, co mu není jasné, případně o čem má pochybnosti.

Legenda: Oddělení

DEO	Dětské oddělení
GAO	Gastroenterologické oddělení
INF	Infekční oddělení
KAO	Kardiologické oddělení
KCHO	Oddělení kardiologie, hrudní chirurgie a cévní chirurgie
OCN	Oční oddělení
ONO	Onkologické oddělení
KOZ	Kožní oddělení
NCHO	Neurochirurgické oddělení
NRO	Neurologické oddělení
PSO	Psychiatrické oddělení
URO	Urologické oddělení

Hodnocený lék i kontrolní vyšetření a léčebné procedury související s klinickou studií jsou pro pacienta bezplatné. Pacient nemá nárok na finanční kompenzaci za účast ve studii, ale mohou mu být proplaceny tzv. cestovní náhrady – jízdné, kdy pacient musí dojíždět na pravidelné kontroly. Klinické komerční studie se často týkají nových léků, ale v Nemocnici České Budějovice, a.s., bývají realizovány i klinické studie, během kterých je posuzován nový zdravotnický prostředek. To obvykle bývá nový nástroj, přístroj, pomůcka či zařízení, které slouží k diagnostice, léčbě či zmírnění nemoci. V naší nemocnici klinické zkoušky realizujeme na Kardiologickém oddělení v celkovém počtu 8 studií, přičemž každou z nich vede prof. MUDr. Mgr. Alan Bulava, Ph.D. Tyto klinické zkoušky jsou zaměřeny zejména na kardiostimulátory nebo katéetrové ablace srdečních arytmií.

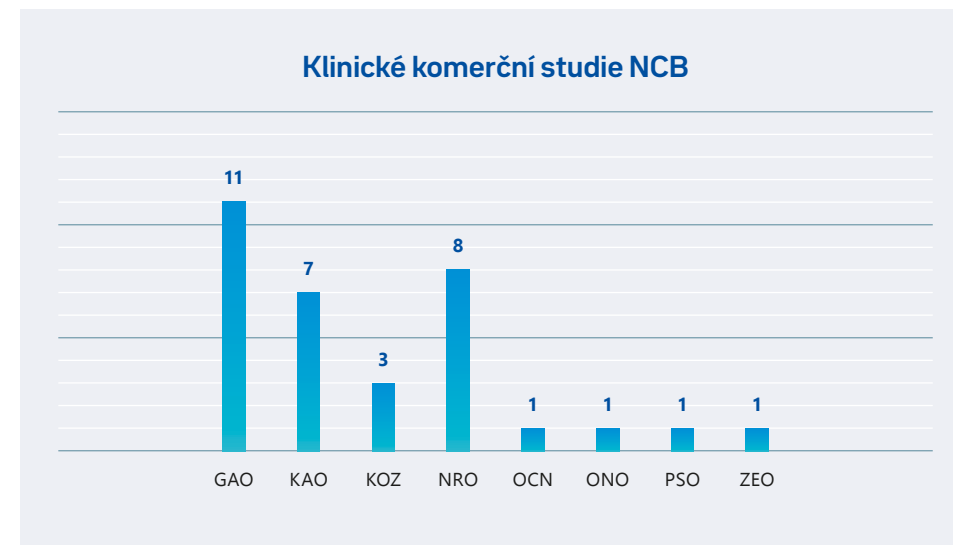
Již zmíněné akademické projekty/studie však nejsou o nic méně důležité. Jejich prvotním cílem není zisk, což znamená, že tyto studie bývají prováděny



na bezplatné bázi. Často v nich bývá zastoupena některá vědecká instituce (např. Akademie věd České republiky) nebo univerzity. Tyto studie mohou být zaměřeny např. na zkoumání chování lidského těla při napadení chorobou (např. studie klíšťové encefalitidy a boreliózy, která proběhla na Infekčním oddělení pod vedením prim. MUDr. Aleše Chrdleho). Také mohou být zkoumány a porovnávány různé přístupy

či typy operačních výkonů (Oddělení kardiologie, hrudní chirurgie a cévní chirurgie, Neurochirurgické oddělení). Jak moc se jednotlivá oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., zapojují do akademických projektů, ukazuje přiložený graf.

■ PharmDr. Barbora Vařejková
Léčárna



Všechna vydání
Nemocničního zpravodaje
si můžete kdykoli přečíst on-line

www.nemcb.cz
sekce TISKOVÉ CENTRUM

Nenechte
si ujít žádné
číslo...

Studenti Zdravotně sociální fakulty rozšířili řady dárců krve a kostní dřeně

Na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity proběhla 26. března osvětová akce „Daruj šanci na život“. Ta si klade za cíl seznámit studenty s darováním krve a kostní dřeně a motivovat je k dárcovství.

Účastníky setkání byli zejména studentky a studenti Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Role hlavní organizátorky a garantky všech sdělení se ujala Mgr. Pavla Moudrá z Ústavu laboratorní diagnostiky a veřejného zdraví ZSF JU.

Úvodního slova pronesl proděkan pro zahraniční vztahy ZSF JU Mgr. František Dolák, PhD., který poděkoval účastníkům za zájem o tuto problematiku a vyzdvihl význam darování krve a kostní dřeně.



MUDr. Vít Motáň, primář Transfúzního oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., ve své přednášce sdělil zajímavosti týkající se krevních skupin a darování krve. „Transfúzní oddělení velmi oceňuje rozsáhlý registr potenciálních dárců krve. Frekvenci darování lze uzpůsobit aktuálním potřebám dárce dle jeho preferencí – např. 1x za rok, apod.“, uvedl primář Motáň.

MUDr. Jana Vondráková, PhD., primářka Oddělení klinické hematologie Nemocnice České Budějovice, a.s., přítomně seznámila s problematikou darování kostní dřeně. Zaměřila se na celý průběh darování krvinek včetně vyhledávání vhodných potenciálních dárců. „Mladí lidé jsou v registru velmi vítáni, protože je předpoklad jejich

dlouhého setrvání v registru, a tudíž větší pravděpodobnosti získu dostatečného množství krvinek při případném darování“, vysvětlila v rámci svého příspěvku.

Jako hosté vystoupily dárně kostní dřeně paní Petra Dornausová a pacientka Mgr. Kamila Podlahová, která podstoupila transplantaci kostní dřeně. Na závěr děkanka ZSF JU, Mgr. Ivana Chloubová, PhD., velmi ocenila osobní zkušenosti přítomné dárně kostní dřeně i poutavé vyprávění pacientky, která popsala svůj boj s akutní myeloidní leukémií včetně transplantace krvinek.

Kromě výše uvedených sdělení byla zájemcům nabídnuta možnost nechat si stanovit krevní skupinu a vstoupit do registru dárců kostní dřeně (ČNRDD). Na místě se zapsalo šest dárců. Následně se ve dvou termínech dostavili studenti, v doprovodu Mgr. Moudré, k darování krve a zápisu do ČNRDD. Další již dorazí individuálně. Paní magistra Moudrá, která je pravidelným dárcem krve, spolu se studenty též darovala krev.

Statistika 2023

Transfúzní oddělení

Počet odebraných vaků plné krve: **17 260 + 3 111** odebrané v Táboře

Nových dárců: **971** (včetně Tábora)

Regionální pobočka Českého národního registru dárců dřeně

Celkový počet registrovaných eventuálních dárců: **9 532**

Nově registrovaní dárci: **277**

Počet dárců, kteří darovali krvinek buňky: **6**

Celkem od roku 1992 darovalo krvinek buňky **105** dárců.

Všem dárcům krve a kostní dřeně jménem svým i našich pacientů velice děkujeme.

■ Redakce

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat všem sestřičkám a paní doktorce MUDr. Petře Jandové z Transfúzního oddělení, které byly 8. 4. 2024 přítomny na odběrech krve, když se mi udělalo nevolno a omdlela jsem.

Vím, že jste na tyto situace zvyklé a je to "Vaše práce". Ale poprvé za svůj život se mi něco podobného stalo a velmi mě potěšilo, jak jste se všechny chovaly a jak jste byly báječně starostlivé.

Ač to může být pro někoho banalita, protože se nestalo nic závažného a nikomu nešlo o život, tak jsem si říkala, že to nejmenší, co můžu na oplátku udělat je, že udělám někomu radost a poděkuji za to, jak skvěle děláte svoji práci.

Ještě jednou děkuji a doufám, že příště bude má návštěva "veselejší".

M. Š.

■ Očima fotografa - Ohlédnutí za kongresy

Touškův den jihočeského Kardiocentra se uskutečnil dne 21. 3. 2024 tradičně v Townshend International School na Hluboké nad Vltavou.



Zleva: primář Kardiologického oddělení MUDr. Jiří Haniš, emeritní primář MUDr. František Toušek, emeritní primář MUDr. Milan Vambra, CSc. a generální ředitel MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.



Vlevo primář Gastroenterologického oddělení doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.

Vedoucí Endoskopického centra MUDr. Filip Šhon

17. a 18. 4. 2024 se konaly Budějovice gastroenterologické. Součástí akce byl endoskopický a sonografický hands-on trénink v prostorách Nemocnice České Budějovice.

Již XIX. Jihočeské anesteziologické dny se uskutečnily 19. dubna 2024 v českobudějovickém Clarion Congress Hotelu.



Úvodního slova se ujal hejtman Jihočeského kraj MUDr. Martin Kuba a primář Anesteziologicko-resuscitačního oddělení MUDr. Richard Tesařík



Kompletní informace naleznete na

<https://www.nemcb.cz/pro-odborniky/kongresy-a-seminare/>

Vstup zdarma

Kompletní informace naleznete na:
<https://www.nemcb.cz/den-mrtvice-v-nemocnici-ceske-budejovice/>



Změna programu vyhrazena

22. 5. 2024 Den mrtvice

9:00 - 12:00 vstupní terminál

Nemocnice České Budějovice, a.s., B. Němcové 585/54

Program přednášek:

- 9 : 00 - 9 : 15 **Rizikové faktory mrtvice a jejich prevence**, MUDr. Kristýna Janotová, Neurologické oddělení
- 9 : 30 - 9 : 45 **Kdy se obávat mrtvice a jak nejrychleji jednat**, MUDr. David Hartmann, Neurologické oddělení
- 10 : 00 - 10 : 15 **Léčba a důsledky mozkové mrtvice**, MUDr. Kristýna Janotová, Neurologické oddělení
- 10 : 30 - 10 : 45 **Ucelená rehabilitace pacientů po CMP**, Mgr. Jiří Placer, DiS., Rehabilitační oddělení
- 11 : 00 - 12 : 00 **Ultrazvukové vyšetření krčních tepen**, MUDr. Martin Reiser, Neurologické oddělení

V průběhu celého dopoledne odborná poradenství:

- Prevence, léčba a důsledky mrtvice
- Návody na domácí cvičení a vhodné pomůcky pro udržení tělesné kondice
- Návčik denních činností a polohování pacienta po mozkové mrtvici
- Vhodná životospráva a měření tlaku, BMI atd.
- Kouření a jeho negativní vliv na zdraví
- Odvykání kouření
- Představení postupů a přístrojů používaných záchranáři při péči o pacienta s mrtvicí



pro období 1. 5. 2024 - 31. 5. 2024 nebo do vyprodání zásob

VITAMÍNY, IMUNITA Milgamma N 100 cps  696.- Kč 619.- Kč	PODPORA PŘI ÚNAVĚ A STRESU Magne B6 forte 50 tbl  249.- Kč 199.- Kč	PODPORA ČINNOSTI SRDCE GS Koenzym Lipo Q10 100 mg  440.- Kč 399.- Kč	NA LOKÁLNÍ BOLEST Emoxen gel 100 g  219.- Kč 189.- Kč	PÉČE O ŽÍLY Priessnitz žily a cévy Medical 125 ml  329.- Kč 299.- Kč	NA BOLEST Cetalgen 500/200 mg 20 tbl  165.- Kč 129.- Kč
PODPORA TRÁVENÍ Biopron forte 30 tbl  339.- Kč 269.- Kč		ZDRAVÉ KOSTI, ZUBY Biomin Vitamin D3 Extra 30 tbl  299.- Kč 259.- Kč	PÉČE O ZUBY TePe mezizubní kartáčky různé velikosti  10% SLEVA	PÉČE O ZUBY Curaprox 1006 zubní kartáček single  10% SLEVA	

POMŮCKY: ENRON, KRUPP, LULU, PINK	ČESKÁ SPORITEL- NA (ZKR.)	AMNESTY INTERNAT- IONAL (ZKRATKA)	PROPLE- TENCE	DIVADELNÍ ZÁVĚS	AMERICKÁ ROCKOVÁ ZPĚVAČKA	ZNAČKA INDIA	SIGNUM (ZNAČKA)		ČESKÝ ZPĚVÁK (PETR)	SLEZSKÝ ZBOJNÍK	ODTUD (ZASTAR.)	AMERICKÁ ZPĚVAČKA A HERČKA	POŠTOVNÍ KÓD ERITREY	PLOSKONO- SÁ OPICE	PLESKAVÁ POMALÁ CHŮZE	HIMÁLAJ- SKÁ OSMI- TISICOVKA	SEKNOUT
PERIODIC- KÁ TISKO- VINA								ROZESMÁT (EXPRES.)									
1. DÍL TAJENKY								2. DÍL TAJENKY AM. ENERG. KONCERN									
	PŘESTÁVAT MLUVIT	LONGITUDE (ZKRATKA) 3. DÍL TAJENKY				NEÚSPĚCH UTÍŠIT (ŽÍZEŇ)							DVEŘNÍ ZÁVĚS MLETÍM NADRTIT				
Z VNĚJŠÍ STRANY							SOCIÁLNĚ NEOBROT- NÝ MIMOŘ UŠNÍ LÉKY					RUKAVIČ- KÁŘ. USEŇ NĚM. ZBR. KONCERN					BÍLÝ ŽIVOČICH
POPLATKY ZA PRŮJEZD					VŘELÁ CITO- SLOVCE NABÍZENÍ					EGYPTSKÝ DŽBÁN							
NEPRAVDY			POTÉ USAZENINA					PŮVAB OST. KARV. KOKSOVNÝ (ZKRATKA)						KÓD LETIŠ- TĚ TULSA SLOVENSKY „STRYČ“			
KONTRA- INDIKACE (ZKRATKA)			HERNA INICIÁLY SKLADAT. HURNÍKA						BERGOVA OPERA MPZ POLSKA						ZNAČKA RUBIDIA INICIÁLY MUSKA		
LETEC (KNIŽNĚ)								4. DÍL TAJENKY									
TATO								ČLOVĚK SE SKLONĚM K DROBNÝM KRÁDEŽÍM									

Vydává Nemocnice České Budějovice, a.s.

Odpovědní redaktoři: Bc. Iva Nováková, MBA, Ing. Veronika Dubská, Ing. Jana Duco, MBA (redakční fotograf)

Předseda redakční rady: prim. MUDr. Aleš Chrdele (Infekční oddělení) | Redakční rada: prim. MUDr. Petr Pták, Ph.D. (Chirurgické oddělení),

MUDr. Miroslava Nevšímalová (Neurologické oddělení), Mgr. Ondřej Scheinost (Centrální laboratoře), PharmDr. Barbora Vařejková (Lékárna)

Bezplatné | Náklad 3 000 ks | Pouze pro vnitřní potřebu Nemocnice České Budějovice, a.s. | DTP a tisk: Typodesign s.r.o.

Evidenční číslo: MK ČR E 23303 | Za tiskové chyby neručíme