

nemocniční zpravodaj

Únor
2022

Představujeme

PSYCHIATRICKÉ ODDĚLENÍ

Klíšťová encefalitida

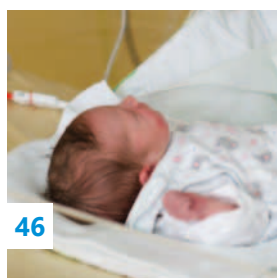
MUDr. Michal František Kříha
Infekční oddělení

Prof. RNDr. Daniel Růžek, Ph. D.
Biologické centrum Akademie věd České Republiky

Ovládání přístrojů a provádění vyšetření
se dá naučit, avšak jednání s pacienty
a kolegy v sobě člověk již musí mít

Mgr. Dušan Hejna
Radiologické oddělení

Obsah



1 Úvodník předsedy představenstva

2 Představujeme: Psychiatrické oddělení

- 2 Psychiatrie, její reforma a dostupnost v Jihočeském kraji
- 4 Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.
- 9 Co platno člověku, kdyby celý svět získal, a na duši své škodu utrpěl
- 10 Dětská psychiatrie
- 12 Ambulance pro léčbu alkoholismu a jiných závislostí
- 13 Neurostimulační metody v psychiatrii
- 14 Pracoviště repetitivní transkraniální magnetické stimulace (rTMS)
- 15 Klinická psychologie na Psychiatrickém oddělení v historické perspektivě
- 16 Klinická psychologie na Psychiatrickém oddělení v současnosti
- 17 Denní stacionář
- 21 Specifika práce sestry na Psychiatrickém oddělení
- 23 Zdravotně-sociální pracovník v nemocnici a na Psychiatrickém oddělení

25 Rozhovor s vrchní sestrou Mgr. Romanou Jáchymovou

27 Rozhovor s radiologickým asistentem Mgr. Dušanem Hejnou

32 Klíšťová encefalitida je v porovnání s boreliózou jednoznačně závažnější onemocnění

37 Možná to zní jako klišé, ale je skutečně nesmírně vnitřně obohacující odpovídat na otázky, na které doposud nikdo neznal odpověď

41 Domácí lékař - Paracetamol

44 Lexikon zdraví - Krevní tlak

46 Nové technologie pomáhají i těm nejmenším pacientům

47 Záchranářem po všech stránkách

em. prim. MUDr. Emilie Jakovljevičová slaví významné životní jubileum

48 Nekrolog - em. prim. MUDr. Vojtěch Louda

49 Pochvala MUDr. Zdeňkovi Kunášovi, Neurologické oddělení

Úvodník předsedy představenstva

MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

■ Pane předsedo, co je v českobudějovické nemocnici nového?

Podle všeho jsme za vrcholem další vlny onemocnění covid-19 způsobené tentokrát variantou koronaviru omikron. V Jihočeském kraji klesá počet osob s nově prokázaným onemocněním covid-19, a i přes jejich vysoký absolutní počet je nižší počet pacientů v těžkém stavu než v předchozích vlnách. Klesá také zájem o očkování proti covid-19 i vytížení vysokokapacitního odběrového centra na českobudějovickém výstavišti. V nemocnici si všichni přejeme, aby tato vlna byla tou poslední. Covid-19 však nezastavil naše investiční a rozvojové záměry. Pokračuje projekt Restrukturalizace a rekonstrukce horního areálu Nemocnice České Budějovice, a.s., stejně jako třeba nábor nových zaměstnanců nebo vědecká a výzkumná činnost.

■ Jaký je tedy aktuální stav očkování proti covid-19?

Ještě nedávno bylo naše očkovací centrum (OČKO) na českobudějovickém výstavišti v provozu 12 hodin denně 7 dní v týdnu včetně sobot, nedělí a svátků s denní kapacitou přes 1 500 očkovaných osob. Rekordního počtu očkovaných dosáhli pracovníci OČKA dne 6. 12. 2021, kdy od 7 do 22 hodin aplikovali 1 845 dávek vakcín. Od začátku ledna 2021 tak zdravotníci našeho českobudějovického OČKA aplikovali celkem 260 tisíc vakcín a s tímto počtem jsme 5. nejvýkonnějším očkovacím centrem v zemi. V současnosti již očkujeme jen některé dny v týdnu podle toho, jak se plní registrace k očkování. Díky tomu také mohou nyní být delší doby od registrace do samotného očkování. Nenastane-li nějaký zásadní zvrat v pravidlech pro očkování, téměř jistě



MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D. / Foto: Jan Luxik

na konci února činnost očkovacího centra na výstavišti ukončíme.

■ Jaký je průběh stavebních činností v nemocnici?

Práce na 1. etapě přestavby pavilonu CH probíhají tak, že plánovaný termín dokončení ve druhém čtvrtletí 2022 bude dodržen. Nejdříve bude zprovozněna centrální sterilizace z důvodu nutnosti jejího několikátýdenního zkušební provozu před vlastním stěhováním operačních sálů traumatologie, neurochirurgie, urologie a gynekologie do nových prostor. Práce na nástavbě pavilonu C nad lineárními urychlovači onkologického oddělení byly dokončeny v plánovaném termínu, v současné době probíhá dodávka technologií, nábytku a dalšího mobiliáře. Na konci února zde bude zahájen provoz nového endoskopického centra

Gastroenterologického oddělení a hemodialyzačního střediska Interního oddělení. Hned v březnu započne přestavba současných ambulantních prostor gastroenterologie. V roce 2022 bude kromě toho zahájena 2. etapa přestavby pavilonu CH, rozšíření Oddělení ústní, čelistní a obličejové chirurgie nebo rozšíření zaměstnanecké jídelny včetně zvětšení varny stravovacího provozu. Pokračování stavebních prací v pavilonu CH si od dubna 2022 vyžádá dočasné přestěhování akutních ambulancí úrazové chirurgie do prostor urgentního příjmu v pavilonu C. O této zásadní změně v provozu nemocnice budeme naše pacienty a návštěvníky podrobně informovat, mimo jiné i v příštím vydání Nemocničního zpravodaje.

■ redakce

Představujeme: Psychiatrické oddělení

Psychiatrie, její reforma a dostupnost v Jihočeském kraji

Předmětem a náplní oboru psychiatrie je prevence, diagnostika, terapie a rehabilitace osob s duševními poruchami v rozsahu diagnóz F0-F99, jak jsou vymezeny současnou verzí Mezinárodní klasifikace nemocí, která v České republice platí od roku 1994. Psychiatrie se rovněž zabývá výzkumem vzniku a terapie těchto duševních poruch.

Obor psychiatrie vymezuje hranice mezi psychiatrickými diagnózami a nechorobnými stavy nespokojenosti, sociálním selháním, přirozenými reakcemi na životní zátěže, extrémními názory a postoji politickými a filozofickými. Cílem péče o osoby s duševními poruchami je co nejvíce podpořit schopnosti pacienta a jeho přirozeného zázemí tak, aby byl schopen se v co nejvyšší míře vypořádat se svými obtížemi sám. K těmto cílům využívá psychiatrie léčebné postupy biologické (léky, stimulační metody, fototerapie apod.), psychoterapeutické, socioterapeutické a rehabilitační. Pro dlouhodobě duševně nemocné je nezbytné doplnit zdravotní péči o péči sociální a rehabilitační. Zdravotní a sociální péče se u těchto nemocných vzájemně prolínají a doplňují. Psychiatrické problémy (závislosti, sebevražednost, extrémní názory, stigmatizace, trestná činnost) často úzce souvisejí s celospolečenskými problémy dané doby a přesahují kompetence i možnosti psychiatrie a zdravotnictví vůbec. Za hledání řešení těchto jevů musí nést odpovědnost státní orgány a instituce, kterým může být psychiatrie nápomocná.



Slavnostní otevření pavilonu A v březnu roku 2019 / Foto: redakce

Vymezení činnosti oboru a nároků kladených na obor

Popis klientely, nejčastější diagnostické okruhy

Obor psychiatrie se zaměřuje na osoby trpící některou z duševních poruch F0-F99, jak jsou popsány v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí, u všech věkových kategorií. Psychiatrie spolupracuje s ostatními klinickými obory medicíny, jelikož psychické vlivy se mohou podílet na vzniku a udržování somatických (tělesných) chorob a naopak somatické choroby mohou

psychické poruchy vyvolávat. Duševní poruchy jsou často dlouhodobé a mívají periodický průběh. Mnohé z nich zkracují délku života (například schizofrenie, deprese, závislosti). Jelikož u většiny psychických poruch dosud neznáme ani příčiny a důvody vzniku, je jejich léčení někdy obtížné a dlouhodobé. Všechny ale výrazně zhoršují kvalitu života jedince, kvalitu vztahů rodinných, partnerských, pracovních i sociálních a omezují životní spokojenost. To vše má vliv na mnohé oblasti života postiženého i jeho okolí. Největší část psychiatrické péče je

v ambulantních zařízeních věnována pacientům s úzkostnými poruchami.

Úkoly psychiatrie

V současné době psychiatrie čelí především těmto výzvám:

- stárnutí populace zvyšuje výskyt duševních poruch ve stáří (především demence),
- zdraví populace je více ohroženo nadměrnou konzumací alkoholu a dalších návykových látek,
- oblast tradiční psychiatrie je oproti ostatním oborům medicíny zanedbaná nejen v akutní péči, ale i v péči o dlouhodobé a chronické pacienty,
- některé životní a zdravotní problémy pacientů se zbytečně přenášejí do působnosti psychiatrie, přitom jejich řešení je často v kompetenci praktických lékařů,
- spolupráce řady oblastí (jako je gerontologická péče, léčení závislostí nebo péče o pacienty s mentální retardací) není dostatečně koordinována se sociálními oblastmi.

Probíhající reforma psychiatrické péče v České republice vede k restrukturalizaci služeb a sítě zařízení poskytujících tuto péči. Centra duševního zdraví rozšiřují stávající péči a přibližují ji tak uživatelům. Strategie se opírá o čtyři základní pilíře:

- ambulantní péče,
- centra duševního zdraví,
- psychiatrická oddělení nemocnic,
- psychiatrické léčebny (nemocnice).

Psychiatrická ambulance pro dospělé

Psychiatrická ambulance pro dospělé představuje primární psychiatrickou péči. Její činnost je zaměřena na léčbu a prevenci celého spektra duševních poruch. Určitá část psychiatrické péče je zajišťována prostřednictvím tzv. psychiatrické péče ve veřejném zájmu. Jejím úkolem je zajištění péče o osoby, které nejsou pro léčbu dostatečně motivované, o osoby sociálně selhávající, o osoby v ochranné léčbě nařízené soudem (psychiatrické, sexuologické, protialkoholní a protitoxikomanické). Dalším jejím

úkolem je vyhledávání osob se závislostí a dispenzární péče (sledování průběhu nemoci) pro všechny uvedené skupiny. Veřejná psychiatrická péče je zřizována jednak pro dospělé a dále pro děti a dorost.

Ambulance pro děti a dorost

Ambulance provádí psychiatrickou diagnostiku a komplexní léčbu, rehabilitaci, reedukaci či resocializaci dětí a dorostu s psychickou poruchou. Zprostředkovává další psychiatrické, pedagogické nebo sociální služby ve spolupráci se zdravotnickými i nezdravotnickými zařízeními. Provádí jejich sledování (dispenzarizaci). Používá všechny formy terapie včetně psychoterapeutických přístupů individuálních a skupinových, rodičovské a rodinné terapie.

Ambulance pro léčbu závislostí

Zaměřuje se na vyhledávání, diagnostiku, léčbu, rehabilitaci, resocializaci a registraci osob se vznikající nebo vzniklou závislostí na alkoholu a jiných návykových látkách. Také se zabývá prevencí závislostí. Její součástí je rovněž substituční terapie při závislosti na opiátech.

Sexuologická ambulance

Její činnost spočívá v diagnostice a léčbě sexuálních poruch a v ochranné sexuologické léčbě spojené se znaleckou činností.

Centrum duševního zdraví

Je soubor vzájemně propojených služeb poskytovaných jednou nebo více organizacemi, které zajišťují v daném regionu služby osobám s psychickým onemocněním. Primární poslání center duševního zdraví je poskytování psychiatrických, zdravotních a přímo navazujících sociálních služeb. Cílem center je nabídnout maximální podporu při začleňování klientů do jejich vlastního sociálního prostředí.

Krizové centrum

Je zařízením prvního kontaktu, které je volně přístupné bez objednací lhůty. Úkolem krizového centra je



prim. MUDr. Jan Tuček, Ph.D. /
Foto: redakce

psychoterapeutická či psychiatrická pomoc osobám, které se ocitly v tíživé životní situaci. Mimo to pečuje o osoby s psychickou poruchou, u nichž lze předpokládat, že se díky pomoci krizového centra vyhnou hospitalizaci v lůžkovém psychiatrickém zařízení. Krizové centrum tak snižuje počet psychiatrických hospitalizací a šetří celý zdravotnický systém. Krizová centra fungují nepřetržitě – 24 hodin denně sedm dní v týdnu. Jejich součástí může být i malý počet lůžek, která slouží k několikadennímu pobytu, nemusí ale formálně jít o lůžka nemocniční. Mezi služby krizového centra patří trvalá možnost telefonického kontaktu a možnost osobního kontaktu. Další programy krizového centra, které ale neposkytují všechna centra, jsou krizová intervence formou výjezdu nebo návštěvy, krátkodobý pobyt na krizovém lůžku anebo krátkodobý pobyt v denním stacionáři.

Psychiatrické oddělení v nemocnici

Je určeno pro krátkodobou a většinou dobrovolnou hospitalizaci pacientů s akutní psychickou poruchou nebo s akutním zhoršením poruchy chronické. Provádí diagnostiku, terapii, rehabilitaci a posuzování psychických poruch. Poskytuje konziliární službu pro ostatní oddělení nemocnice. Po 24 hodin denně musí mít zajištěnou konziliární službu (dostupnost lékařů jiných odborností,

např. neurologie, interna apod.), laboratorní a další pomocná vyšetření. Má možnost zřídit jednotku intenzivní psychiatrické péče. Některá oddělení mají specializované pracoviště pro děti a mladistvé, psychogeriatrické oddělení (léčba duševních poruch ve stáří), oddělení pro poruchy paměti, případně další specializovaná pracoviště.

Psychiatrická nemocnice

Úkolem psychiatrických nemocnic je dlouhodobá léčba a rehabilitace psychicky nemocných pacientů všech věkových kategorií. Zároveň zatím plní i úlohu psychiatrických oddělení nemocnic v regionech, kde dosud psychiatrická oddělení nejsou zřízena nebo kde nemají odpovídající lůžkovou kapacitu. V psychiatrických nemocnicích se uskutečňuje ústavní ochranné léčení podle stanovené spádové oblasti. Psychiatrické nemocnice vytvářejí podmínky pro diferencovanou péči prostřednictvím specializovaných oddělení, jako jsou pracoviště doléčovací, rehabilitační, psychoterapeutická, psychogeriatrická, pro léčbu závislostí, dětská a adolescentní, pro ochranné léčení, sexuologická pracoviště, somatická a jiná. Psychiatrické nemocnice hospitalizují také osoby

k vyšetření duševního stavu pro soudní a posudkové účely na základě nařízení orgánů činných v trestním řízení a soudů. Kromě psychiatrických nemocnic se všeobecným zaměřením existují i psychiatrické nemocnice specializované na psychické poruchy u dětí a mladistvých, na osoby se závislostmi na alkoholu a jiných návykových látkách.

V Jihočeském kraji se na léčbě duševních poruch podílejí různá zdravotnická a sociální zařízení. Akutní lůžkovou péči poskytuje Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. a Psychiatrické oddělení Nemocnice Tábor, a.s. Dlouhodobou léčbu, tj. následnou lůžkovou péči poskytuje Psychiatrická léčebna Lnáře a Psychiatrická nemocnice Písek. Kromě zařízení pro dospělé pacienty existuje na území Jihočeského kraje i Dětská psychiatrická nemocnice Opařany a Psychiatrická léčebna Červený Dvůr, která poskytuje péči výhradně o klienty závislé na psychoaktivních látkách (alkohol a jiné drogy).

Kromě lůžkových zařízení působí na území Jihočeského kraje také síť psychiatrických ambulancí. Většina

z nich je soukromá, jen některé jsou součástí nemocnic (například ve Strakonících, v omezené míře i v Českých Budějovicích) nebo psychiatrických nemocnic (Písek, Blatná). V Jihočeském kraji jsou rovněž dostupná zařízení komunitní péče určená zejména pro osoby s psychotickou poruchou. Jedná se o centra duševního zdraví ve Strakonících a Táboře a sdružení FOKUS v Českých Budějovicích. Služby sdružení FOKUS jsou doplněny sociální službou Domino, kterou v Českých Budějovicích provozuje Městská charita České Budějovice. Další skupinou, jíž je určen poměrně rozvinutý systém komunitních a sociálních služeb, jsou osoby ohrožené závislostí či osoby závislé. V této oblasti působí zejména občanská sdružení Prevent a Arkády. Kromě zdravotnických zařízení pečují o duševně nemocné pacienty i zařízení sociální. Lůžka s psychiatrickou péčí (DZR – domovy se zvláštním režimem) mají domovy důchodců Máj a Dobrá Voda v Českých Budějovicích a dále Chýnov, Drhovle a Loucký Mlýn (soukromé zařízení). Specifickým zařízením je Domov Libnič, který se specializuje převážně na psychiatrickou klientelu.

■ **Prim. MUDr. Jan Tuček, Ph.D.**

Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

Psychiatrické oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s. bylo založeno v roce 1954. Za tímto účelem byl přijat **MUDr. Arnošt Klen**, který do té doby vykonával funkci přednosta psychiatrie ve Vojenské nemocnici v Praze. Za druhé světové války pracoval jako lékař u anglické armády v Africe. Na psychiatrickém oddělení v Českých Budějovicích se stal prvním primářem. Funkci vykonával do svých sedmdesátí let, do roku 1979.

Jeho zástupcem byl **MUDr. Josef Fríd** a sekundární lékařkou **MUDr. Marie Toncarová** a **MUDr. Ludmila Skleničková**.

MUDr. Skleničková vyhrála konkurz na asistentku v Doškolovacím ústavu v Praze. V srpnu 1961 po promoci na umístěnku nastoupila MUDr. Alena Filipová a v říjnu po složení první atestace **MUDr. Slavoj Břichcín**. MUDr. Skleničková odešla do Prahy. Do roku 1967 bylo psychiatrické

oddělení umístěno v pavilonu interny (současný pavilon I). Prostory byly velmi stísněné, kapacita oddělení dosahovala čtyřiceti lůžek na čtyřlůžkových pokojích. V přízemí oddělení byla oddělená místnost s klecovým lůžkem, kam byli umístováni neklidní pacienti. K oddělení patřila již tehdy záchytná protialkoholní stanice umístěná v suterénu původní nemocniční budovy na druhém konci nemocnice. Středně zdravotnickou péči zajišťoval základní kolektiv zdravotních



*em. prim. MUDr. Arnošt Klen /
Foto: archiv oddělení*



*em. prim. doc. MUDr. Eva Peterová, CSc. /
Foto: archiv oddělení*



*MUDr. Slavomír Spousta /
Foto: archiv oddělení*

sester vedený vrchní sestrou **Vinšovou** a čtyři zřízenci.

Lékaři zajišťovali noční služby na Psychiatrickém oddělení, Neurologickém oddělení umístěném v původní nemocniční budově a na Kožním oddělení tehdy umístěném v budově, kde je nyní ředitelství nemocnice. Samostatně sloužil každý lékař hned měsíc po nástupu s tím, že mohl v případě potřeby telefonicky konzultovat primáře příslušných oddělení. Odměna za služby byla minimální, stejně jako na jiných odděleních nemocnice v té době.

Oddělení zajišťovalo základní akutní péči, léčbu depresivních poruch a prvních atak psychotických onemocnění. Několikrát týdně byla řada pacientů překládána do Psychiatrické léčebny v Dobřanech. Léčba byla tehdy prováděna medikamentózně tricyklickými antidepresivy, z neuroleptik byl tehdy dostupný Plegomazin. U těžkých depresivních stavů byly aplikovány elektrošoky, tehdy ještě bez narkózy, a byla prováděna léčba schizofrenií inzulinovými kómaty.

Klecové lůžko bylo odstraněno v roce 1962, poté se klecová lůžka již nikdy nepoužívala.

Postupně byla díky MUDr. Filipové zavedena **léčba elektrokonvulzivní terapií v celkové narkóze a myorelaxaci** ve spolupráci s anesteziologem. Byli jsme jedním z prvních pracovišť v republice, které

tento v současné době běžný způsob začalo provádět.

V roce 1961 byla plánována výstavba nové psychiatrické budovy. Plány nové budovy byly průběžně konzultovány s architektem i personálem oddělení.

Nová budova byla dokončena a otevřena roku 1967. V té době se jednalo o nejmodernější psychiatrické pracoviště v republice. Nyní jsou v této budově umístěny laboratoře. Šlo o třípatrovou budovu s využitím suterénu, která byla dimenzovaná pro 106 pacientů umístěných podle diagnóz.

V suterénu budovy byly dílny pro pracovní terapii a rehabilitaci. V přízemí byla místnost pro příjem pacientů, na kterou navazovala místnost, v níž byla prováděna hygiena pacientů, pokud možno ještě před vyšetřením. Největší část přízemí byla vyčleněna pro záchytnou protialkoholní stanici a protialkoholní lůžkové oddělení. Vedoucím tohoto úseku se stal MUDr. Josef Roušal. První patro budovy bylo vyčleněno pro pacienty neklidné, vyžadující dohled. Součástí byla místnost pro provádění léčby elektrokonvulzivní terapií,



Stará budova psychiatrie před stěhováním do dolního areálu / Foto: archiv oddělení

inzulinovými kómaty a atropinovými kómaty.

Druhé patro budovy mělo dvě stanice, pro ženy a pro muže. Hospitalizováni zde byli pacienti s různými duševními poruchami, kteří se léčili dobrovolně a při léčbě spolupracovali. Prováděny byly všechny v té době dostupné léčebné metody.

Byla zde zavedena skupinová podpůrná a rehabilitační psychoterapie kombinovaná s muzikoterapií a arteterapií. V muzikoterapii se výrazně osvědčila zdravotní sestra Alena Popperová a v arteterapii externista PhDr. Milan Kyzour. Za zpracování komplexní terapie personál oddělení získal 2. místo Vondráčkovy ceny. MUDr. Alena Filipová zorganizovala EEG laboratoř, jejíž provoz zajišťovala společně se zdravotní sestrou Růženu Tušlovou. V té době byla podobná laboratoř jen na psychiatrické klinice v Brně, kde již měli k dispozici počítač, který tehdy zabíral celou místnost. Při školení byla MUDr. Filipová seznámena s prací na moderním počítači od firmy Parker, který byl již jen velikosti psacího stroje. Bohužel jeho cena



Budova bývalé psychiatrie v dolním areálu nemocnice / Foto: redakce

byla jeden milion korun a to tehdy jak primářka, tak ředitelství nemocnice odmítly poskytnout. Tím se práce v EEG laboratoři musela omezit jen na povšechné hodnocení činnosti mozku bez léků a pod jejich vlivem

a na vyloučení neurologických poruch. Třetí patro budovy bylo vyčleněno pro léčbu neuróz. MUDr. Slavoj Brichcín zde zavedl a úspěšně prováděl skupinovou psychoterapii metodou „náhradní rodiny“. Na tomto oddělení pracovala MUDr. Irma Chodurová.

V rámci různých organizačních opatření byly prostory psychiatrického oddělení využívány různými dalšími obory. Do provozu bylo uvedeno Gerontopsychiatrické oddělení. Postupně došlo ke zrušení provozu Oddělení pro léčbu závislosti včetně protialkoholní záchytné stanice a stanice pro léčbu neuróz. Kapacita oddělení byla snižována až na 90 lůžek. V rámci reorganizace celé nemocnice a hlavně sloučením areálu bývalé Vojenské a následně Okresní nemocnice byl provoz v původní budově ukončen a oddělení bylo v roce 1998 přestěhováno do dolního areálu. S tím došlo k další redukci na 42 lůžek. V provozu byly dvě stanice rozdělené na mužské a ženské oddělení. Vzhledem k tomu, že se jednalo o adaptaci původních prostor, bylo v provozu oddělení zapotřebí udělat hodně kompromisů. Přesto i nadále byla poskytována péče odpovídající standardům psychiatrické péče. Součástí



Kolektiv Psychiatrického oddělení / Foto: Jan Luxík

oddělení byla také psychiatrická ambulance, ambulance dětské a dorostové psychiatrie, sexuologická ambulance a ambulance pro léčbu závislostí. Pro potřeby hospitalizovaných pacientů také sloužil Denní stacionář. Vedení nemocnice si uvědomovalo problémy spojené s provozem oddělení v nevyhovujících prostorách, a proto byl v rámci reorganizace nemocnice vypracován projekt na rekonstrukci pavilonu A, kde se v současné době Psychiatrické oddělení nachází. I když se jednalo o nejstarší budovu nemocnice, zdařilá rekonstrukce podpořená fondy EU umožnila začít poskytovat psychiatrickou péči na úrovni 21. století. Došlo k výraznému zlepšení v komfortu pacientů a jejich bezpečnosti. K dispozici mají jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje s příslušenstvím, pacienti mají možnost vycházek na zahradu. Péče je poskytována na čtyřech stanicích, které jsou děleny podle závažnosti stavu, a tak umožňují vhodně diferencovat pacienty a jejich potřeby. Péče je poskytována v souladu s nejmodernějšími postupy jak v psychofarmakologii, tak i v psychoterapii. Jako jediné neakademické pracoviště v republice umožňujeme terapie rTMS, v provozu je také ECT pracoviště s možností ambulantní terapie, fototerapie. Od podzimu letošního roku byl zahájen provoz Denního psychoterapeutického stacionáře pro pacienty s úzkostně depresivní poruchou. Významnou roli v péči o duševně nemocné představuje také ambulantní část. V rámci oddělení pracuje ambulance akutního příjmu, kde je možné ošetřit pacienty bez objednání. Dále máme ambulanci dospělé psychiatrie, dětské a dorostové psychiatrie, ambulanci poskytující soudem nařízenou ochrannou psychiatrickou léčbu, ambulanci pro léčbu závislostí a ambulanci sexuologickou. Oddělení také úzce spolupracuje s komunitními službami jak v Českých Budějovicích, tak i v ostatních částech Jihočeského kraje.



Současná podoba Pavilonu A / Foto: archiv oddělení

Personál na oddělení (historický přehled):

MUDr. Jaroslav Vítů, který byl původně plicním lékařem a po složení první atestace z psychiatrie se zaměřil na dětskou psychiatrii (pedopsychiatrie, složil z ní atestaci a pracoval pak na ambulanci pro dětskou psychiatrii společně s MUDr. Václavem Tauškem,

který již jako odborný pedopsychiatr přišel z pracoviště v Opařanech a později zastával na oddělení funkci zástupce primáře.

MUDr. Josef Roušal se specializoval na protialkoholní léčbu. Z Psychiatrické léčebny v Dobřanech přišli po atestaci manželé Chodurovi. MUDr. Irma Chodurová pracovala



Návštěva ministra zdravotnictví Mgr. et Mgr. Adama Vojtěcha v roce 2020, uprostřed prim. MUDr. Jan Tuček, Ph.D., vpravo MUDr. Jaroslav Novák, MBA, ředitel úseku vybraných zdravotnických oborů / Foto: archiv oddělení



Zahrada Psychiatrického oddělení / Foto: Jan Luxík

zpočátku v prvním patře a pak na oddělení neuróz. MUDr. Vladimír Chodura pracoval na I. patře oddělení a později se stal primářem oddělení. Po promoci nastoupila MUDr. Helena Kubínová, která později pracovala jako ambulantní psychiatrická v tehdejší OÚNZ (Okresní ústav národního zdraví). MUDr. Jitka Moravcová, později Vítů, která od promoce pracovala na oddělení, složila atestaci prvního a druhého stupně a v posledních letech zastávala funkci konziliáře v nemocnici. MUDr. Eva Kořínková, která později zastávala funkci zástupce primáře. MUDr. Zdenka Timrová, později Vyhánková, na oddělení pracovala v letech 1976 až 1981, kdy přešla do Prahy. V současné době pracuje v PN Bohnice a zastává funkci primářky, je zapojena do doškolení psychiatrů. MUDr. Alena Mátlová pracovala na oddělení přechodně, poté emigrace do USA. MUDr. Jana Jarkovská, MUDr. Lenka Suchanová, MUDr. Jitka Wolfová, MUDr. Marie Procházková,

MUDr. Petr Bauer, MUDr. Milan Přenosil, MUDr. Pavla Sýkorová, MUDr. Pavel Kalný a MUDr. Naďa Kramářová později přešli do ambulantní soukromé praxe. MUDr. Slavomír Spousta krátce zastával funkci primáře oddělení a pak přešel na psychosomatickou kliniku do Prahy,

nyní pracuje v Praze v soukromé psychiatrické ambulanci.

MUDr. Dagmar Křížková po složení atestace přešla do soukromé ambulantní praxe.

Na oddělení pracoval také MUDr. Jiří Hrdlička v sexuologické ambulanci, MUDr. Nora Kučerová, později Kočvarová, pracovala v dětské psychiatrické ambulanci.

Primáři oddělení byli MUDr. Arnošt Klen, Doc. MUDr. Eva Peterová, CSc., MUDr. Vladimír Chodura, CSc., MUDr. Slavomír Spousta a MUDr. Jan Tuček, Ph.D.

Současný stav:

V současné době na oddělení pracuje dvacet lékařů včetně primáře, šest psychologů, 43 zdravotních sester (vrchní sestra, čtyři staniční, sedm ambulantních, dvě na denním stacionáři, 29 v nepřetržitém provozu), tři ošetřovatelky, 27 sanitářek a sanitářů, jedna ergoterapeutka, jedna arteterapeutka, dvě zdravotně sociální pracovnice, jedna dokumentační pracovnice.

■ **Alena Filipová, prim.**
MUDr. Jan Tuček, Ph.D.



Zahrada Psychiatrického oddělení / Foto: Jan Luxík

Co platno člověku, kdyby celý svět získal, a na duši své škodu utrpěl

**Rozhovor s emeritním primářem
MUDr. Vladimírem Chodurou, CSc.,
vedený PhDr. Marií Šotolovou
v roce 2008 upravil
prim. MUDr. Jan Tuček, Ph.D.**

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

U mě to bylo tak, že jsem během studií lékařství v Plzni „fiškusoval“ (vypomáhal) na psychiatrii u pana profesora Vencovského a už jsem u ní zůstal. Když jsem v roce 1962 promoval, tak jsem nastoupil jako sekundář do Psychiatrické nemocnice Dobruška. V polovině šedesátých let jsem se dozvěděl, že primář MUDr. Arnošt Klen staví v Českých Budějovicích velký psychiatrický pavilon, kde mělo být místo původních pětadvaceti lůžek 145 míst. Tím samozřejmě nastala potřeba atestovaných psychiatrů a já si nenechal ujít příležitost u rozvoje oddělení být. V srpnu 1966 už jsem s kolegy stěhoval psychiatrické oddělení z interny do nového. Tehdy jsem ovšem netušil, že s tímto oddělením spojím svůj život na dalších 32 let, když nepočítám posledních deset let, kdy jsem si tady nechal už jen jeden klinický den. Nikdy jsem toho kroku nelitoval, protože jsem se v Budějovicích setkal s velice vzácně se vyskytující kolegiální, a to je ještě

slabé slovo, vstřícných a příjemných spolupracovníků. Snad to bylo dáno osobností primáře Arnošta Klena, starého, moudrého a tolerantního pána. Mimo jiné veterána od Tobruku. Když jsem sám byl v letech 1983–1998 primářem, oceňoval jsem, jak dokázal dát lékařům svou plnou důvěru a vést je k vědecké dráze.

Psychiatrie jako obor do roku 1989 čelila manipulativním tlakům ze strany státních orgánů. Tomu se nevyhnulo ani naše Psychiatrické oddělení. Na téměř pravidelnou žádost zdravotního odboru KNV, nikoli StB, abychom hospitalizovali osoby, jež by mohly třeba narušit první máj, na tuhle „ouřední“ povinnost jsme nereagovali a konali dle svého nejlepšího lékařského svědomí. Budiž řečeno, že v tomto nám kryl záda ředitel nemocnice MUDr. Libor Slanina, který se choval také jako doktor. Samostatnou kapitolou byl tehdejší náhled na psychiatrii jako vědecký obor. Ta byla, hlavně pak psychoanalýza a psychoterapie, považovaná za nějakou buržoazní židovskou pavědu. Vadilo, že nad psychikou není plná kontrola, a kdoví, co by se na psychoterapeutických skupinách mohlo probírat, co by se tam mohlo dít. My jsme ovšem měli velký hlad po literatuře. Té zahraniční bylo prachmálo, v češtině bylo k dispozici jen pár titulů. Všichni jihočeští psychiatři jsme se tehdy domluvili s docentem Balcarem, který na tom byl v Praze přece jenom lépe, že vždy přijede na týden a udělá s námi nácvik některé psychoterapeutické techniky. I když to vůbec nebylo oficiální, dělo se tak po deset let až do roku 1992. Denní konfrontace s lidským neštěstím, umíráním, zlobou samozřejmě není snadná. Obranou je stabilita na třech nohách. Jednou „nohou“ je zájem



*em. prim. MUDr. Vladimír Chodura, CSc. /
Foto: archiv oddělení*

o obor, musí vás to prostě těšit. Druhou je rodinné zázemí. A ta třetí noha se hledá podle mé zkušenosti až kolem pětatřiceti let věku. Když už člověku ubývá testosteronu a pocit úspěšnosti už není tak prvořadou potřebou jako u mladších mužů. Pro mě se tou třetí nohou stabilního postoje k životu stala amatérská botanika. I psychiatr se může zhroutit, stejně jako každý jiný člověk. Zbláznit se, to už není dostupné každému. Na někom můžete dříví štípat, jinému ke zhroucení stačí podnět a genetická dispozice. Když chcete dělat psychoterapii jiných lidí, musíte být schopni udělat ji také sám sobě.

Psychiatr se potřebuje ponořit u pacienta do jeho hodnot, zvyklostí, nenávisí i lásek. Psychiatrie je hodně závislá na osobní zkušenosti. Má blízko k umění, o psychopatologii se mnohdy dozvíte více z krásné literatury než z učebnice. Román je z hlediska psychiatrie živá příroda, mezi ním a učnou knihou je často stejný rozdíl jako mezi vycpaninami v muzeu a zpívajícími ptáky.

Dětská psychiatrie

Celá psychiatrie je opředená tajemstvím a vyvolává různé fantazie. Po někoho je to zajímavý obor, pro někoho může být psychiatrie místem, kam by nikdy nevkročil. Pro dětskou psychiatrii to platí dvojnásob. Vzbuzuje v lidech nejružnější představy. Někdo si představuje temné a smutné místo, kam musí za trest chodit zlobivé děti, dětské psychiatrické oddělení pak jako místo, kde zní pláč, křik, zoufalství, mučení... kde jsou mříže, svěrací kazajky, děti přivázané k posteli, místo sestřiček krutí dozorcí apod. Jiní zase fantazírují o geniálních Einsteinech a Mozartech, jejichž genialitu okolí nedokáže pochopit a ocenit, a tak zůstávají sami a opuštěni. Další fantazie se točí kolem toho, jak vlastně vypadá takové psychiatrické vyšetření, psychiatrické oddělení nebo psychiatrická léčba. Dostanou zázračnou pilulku, která vyřeší jejich utrpení?

Nebo máme ještě nějaké jiné kouzelné přístroje a metody, které dokážou člověka zbavit duševního trápení?

Celý ten obor je jaksi tajemný, podivný, šílený, někdy až na hranici jakéhosi šamanství či magie, a podněcuje v mnoha lidech vedle ošklivé stigmatizace i zvědavost. Co tam tedy my psychiatři vlastně děláme?

Ve skutečnosti se ale jedná o svět, který je vlastně celkem obyčejný a dotýká se skoro každého z nás, protože většina z nás má také děti, a kdo nemá děti, má určitě nějaké rodiče. Každý člověk má nějaký svůj zajímavý životní příběh. Příběhy našich pacientů se obvykle výrazně neliší od příběhů ostatních lidí na naší planetě. Přicházejí k nám úplně obyčejné děti a úplně obyčejní rodiče z masa a kostí. Přicházejí, protože mají se svým dítětem nějaký problém a trápí

je to, něco jim přerostlo přes hlavu, něco nedokážou již sami ovlivnit, chtějí se o svoje trápení podělit. Dobrou zprávou je, že na to nemusejí být sami. Je zde někdo, kdo jejich příběh vyslechne a bude hledat řešení v tíživé situaci společně s nimi.

V Nemocnici České Budějovice funguje dětská psychiatrická ambulance (MUDr. Anna Hrušková Kušnieriková) a dětská psychologická ambulance (Mgr. Kateřina Sekyrová). Máme také milou sestřičku, Drahomíru Suchanovou. Ambulance dětského klinického psychologa poskytuje především klinická diagnostická vyšetření, poslední dobou je velký zájem především o diagnostiku poruch autistického spektra pomocí nejnovějších testových a dotazníkových metod, a také poradenskou činnost pro nejružnější poruchy dětského věku. Dětská psychiatrická ambulance je určena především pro děti s akutnějšími a závažnějšími potížemi, kde prostá poradenská činnost nestačí, tyto děti vyžadují intenzivnější terapeutický kontakt a často také psychofarmakologickou intervenci.

Základním stavebním kamenem (ale bohužel také často kamenem úrazu) je velmi náročná práce s rodiči dětských pacientů. Bez jejich spolupráce nejenže není možné dobře diagnostikovat, ale není prakticky možné dítě léčit. My dětské odborníci jsme tedy závislí na rodičích našich pacientů, podobně jako jsou naši dětské pacienti závislí na svých rodičích. Proto vyžadujeme, aby rodiče (ideálně otec i matka) dítě k vyšetření doprovázeli, mluvíme obvykle zvlášť s rodiči, zvlášť s dítětem. U starších dětí zůstává někdy adolescent rozhovoru s rodičem přítomen. Pokud je to možné, chráníme tajemství dětí, neprozrazujeme je rodičům. Výjimkou je, když se dozvíme informaci o něčem, co může dítě vážně ohrozit.



Dětská ambulance / Foto: Jan Luxík



Lékaři Psychiatrického oddělení / Foto: Jan Luxík

V dětské psychiatrické ambulanci léčíme děti s následujícími diagnózami:

- Hyperkinetické a jiné poruchy chování
- Úzkostné poruchy
- Obsedantně kompulzivní poruchy
- Psychotická onemocnění
- Tikové poruchy
- Problémy s udržení moče a stolice
- Poruchy příjmu potravy (mentální anorexie a bulimie)
- Poruchy autistického spektra
- Problémy související se školním vzděláváním
- Poruchy sexuálního vývoje včetně pohlavní dysforie
- Problematika rodinných vztahů

Léčba těchto dětí nespočívá jen v prostém předepisování psychofarmak, jak se možná mylně někteří zdravotníci z jiných oborů domnívají, ale zejména v terapeutických konzultacích, které jsou závislé na ochotě rodičů spolupracovat,

chtít o dítěti a o sobě přemýšlet, otevřít se novým možnostem a v neposlední řadě udělat si na dítě a často i na sebe a na vztah se svým partnerem čas. Při léčbě vycházíme v první řadě z potřeby dítěte, nikoli z potřeb jeho rodičů, rodiny, či dokonce školy. Cílem není „vyléčit“ duševní poruchu, ale aby z dítěte vyrostl v rámci možností funkční jedinec s co nejlepší kvalitou života. To znamená člověk, který je samostatný, žije v uspokojivých vztazích, je se sebou spokojený, je schopen chodit do školy či do práce, dokáže navázat vztah s druhým člověkem, má koníčky, které ho baví, uvědomuje si svoje silné stránky i svoje slabiny, dokáže si říct o pomoc a své problémy přiměřeným způsobem řešit.

V ambulanci praxi se držím nejnovějších poznatků neurovědy a psychofarmakologie, využívám

také prvky kognitivně-behaviorální psychoterapie i psychodynamických přístupů. Mám dokončený výcvik v kognitivně-behaviorální psychoterapii, funkční specializaci z psychoterapie a výcvik ve vztahové psychoterapii dětí a dospívajících. Dokončuji výcvik v psychoanalytické psychoterapii.

V rámci ambulance poskytují po domluvě dětem, dospívajícím a výjimečně i některým dospělým pravidelnou systematickou psychoterapii. Při práci využívám možnosti supervize, spolupracuji s doc. PhDr. Janou Kocourkovou, PhDr. Martinem Mahlerem, MUDr. Petrem Pöthem a PhDr. Martinem Ciprem.

- **MUDr. Anna Hrušková Kušnieriková**

Ambulance pro léčbu alkoholismu a jiných závislostí



Ambulantní sestry Psychiatrického oddělení / Foto: Jan Luxík

Ambulance pro léčbu alkoholismu a jiných závislostí je zaměřena na ambulantní léčbu pacientů s problematickou závislostí, včetně pacientů s duálními diagnózami (pacienti s diagnózou některé z forem schizofrenního onemocnění a závislostí). K ambulantní léčbě jsou přijímány ženy a muži od osmnácti let věku.

Ambulance zajišťuje diagnostickou, léčebnou a preventivní péči pro osoby závislé na alkoholu, problémové uživatele alkoholu a osoby experimentující s alkoholem, které mají motivaci ke změně stávajícího stavu.

Další poměrně velkou skupinou pacientů jsou pravidelní uživatelé psychotropních látek (například

stimulancií, kanabinoidů, opioidů) a dalších látek s návykovým potenciálem, především se jedná o benzodiazepinové preparáty (léky proti úzkosti jako např. Lexaurin, Neuro, Diazepam aj.) a hypnotika (léky na nespavost).

Poměrně pravidelně se do léčby hlásí také lidé, kteří se rizikově chovají v hazardních hrách a způsobili si nemalé potíže zejména v oblasti osobních vztahů a financí. Naše ambulance zajišťuje rovněž léčebnou péči pro lidi, kteří mají zájem přestat s kouřením.

V Ambulanci pro léčbu alkoholismu a jiných závislostí sledujeme i pacienty, kterým byla soudem nařízena ochranná protitoxikomanická nebo protialkoholní

léčba. Tito pacienti se mimo jiné pravidelně podrobují laboratorním odběrům a o jejich spolupráci a objektivně doložené abstinenci či neabstinenci jsou soudy pravidelně informováni.

V současné adiktologii (léčbě závislostí) se jako nejefektivnější jeví komplexní léčba, tedy kombinace biologické, psychologické a režimové terapie. Někdy si nelze vystačit jen s ambulantní péčí a pacienta je třeba nasměrovat do chráněného prostředí specializované psychiatrické léčebny, kde absolvuje několikátýdenní ústavní program.

■ **MUDr. Dana Dvořáková**

Neurostimulační metody v psychiatrii

Neurostimulační metody představují skupinu metod, které se svým působením snaží ovlivnit funkci či činnost nervového systému. Neurostimulace může probíhat na úrovni periferního nervového systému (jednotlivé nervy v těle) nebo na úrovni centrální (mozek a mícha). Stimulovat jednotlivé oblasti je možné invazivním nebo neinvazivním způsobem. Při využití neinvazivních metod dochází ke stimulaci přes povrch těla. U invazivních metod je stimulace přivedena operačně do přímé blízkosti vybraných nervových struktur. V psychiatrii mají neurostimulační metody vedle dalších postupů své pevné místo při léčbě psychických onemocnění. Ačkoli byly některé formy neurostimulace používány již v dávné historii, v posledních letech dochází k jejich dalšímu rozvoji a výzkumu. Nejčastěji jsou v psychiatrii využívány neinvazivní metody mozkové stimulace, které se dále dělí na metody konvulzivní (vyvolávající křečový stav) a nekonvulzivní. Současné výzkumy se zaměřují především na druhou skupinu metod.

Nekonvulzivní neurostimulační metody využívají magnetické pole či elektrický proud nízké intenzity, který je aplikován skrz povrch lebky (transkraniálně) a ovlivňuje jednotlivé mozkové oblasti. Při repetitivní (tj. opakující se) transkraniální magnetické stimulaci (rTMS) dochází pomocí elektromagnetické cívky k opakované aplikaci magnetických pulzů na povrch hlavy pacienta. Ty podle využitých stimulačních parametrů ovlivňují činnost přilehlých mozkových oblastí, a je tak možné pozitivně přispět k léčbě různých neuropsychiatrických onemocnění. Tato metoda je využívána především k léčbě depresivních stavů, některých

úzkostných poruch a dále například k léčbě chronických sluchových halucinací. Detailněji je metoda popsána v samostatném článku Pracoviště repetitivní transkraniální magnetické stimulaci (rTMS).

Elektrické neurostimulační metody můžeme rozlišit podle typu použitého proudu na tzv. transkraniální stimulaci stejnosměrným proudem (tDCS) a transkraniální stimulaci střídavým proudem (tACS). Mezi další elektrické stimulační metody patří také stimulace za využití šumu (tRNS) a stimulace za využití pulzního elektrického proudu (tPCS). U elektrické stimulace je aplikace prováděna pomocí elektrod přiložených na povrch hlavy pacienta a je využívána nízká intenzita proudu (většinou 1–2 mA). Probíhající elektrický proud přímo ovlivňuje procesy na povrchu nervových buněk a předpokládá se také, že dokáže dlouhodobě pozitivně ovlivnit funkci jednotlivých mozkových oblastí. V posledních letech probíhá výzkum především tDCS, tedy transkraniální stimulace stejnosměrným proudem, a to pro její nízkou pořizovací i provozní cenu a jednoduchou aplikaci, která by do budoucna mohla umožnit i využití v domácím prostředí. Další výhodou transkraniální stimulace stejnosměrným proudem je malý počet nežádoucích účinků a dobrá snášenlivost. Její využití je zkoumáno zejména u depresivních stavů, chronických sluchových halucinací, ale také například jako možná podpora tzv. kognitivních funkcí (jako je například paměť a pozornost). V současné době jsou tyto metody v České republice pouze ve fázi výzkumu a nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění.

Asi nejznámější konvulzivní stimulační metodou je elektrokonvulzivní terapie (ECT), která je známá již od třicátých let minulého století. Pacient je při této

metodě uveden do krátké celkové anestezie a myorelaxace (uvolnění svalů). Poté je pomocí dvou elektrod aplikován modulovaný elektrický proud krátkého trvání, který vyvolává přechodný křečovitý stav. Tato metoda má své nezastupitelné místo v léčbě některých závažných psychiatrických poruch, jako je například rezistentní depresivní epizoda, rezistentní psychóza, katatonie (abnormální pohyby vyskytující se u různých poruch) a další. Při některých stavech je elektrokonvulzivní terapie jedinou život zachraňující léčbou. V posledních letech je také zkoumána magnetická konvulzivní terapie, kdy je záchvat vyvolán magnetickými impulzy velmi vysoké frekvence.

Z invazivních neurostimulačních metod můžeme zmínit hloubkovou mozkovou stimulaci (DBS), při níž je v rámci operačního zákroku implantován elektrický stimulátor přímo do dané mozkové oblasti. Tato metoda je využívána například u Parkinsonovy choroby, vážných forem obsedantně kompulzivní poruchy a epilepsie. Její využití je zkoumáno také při léčbě těžkých forem depresivní poruchy. U této indikace bývá někdy využívána tzv. vagová stimulace (stimulace bloudivého nervu). Zkoumá se také využití tzv. epidurální kortikální stimulace (stimulátor umístěn na mozkové plěně).

Neurostimulační metody v psychiatrii představují vedle léčiv a psychoterapie další možnost, kterou může lékař svým pacientům nabídnout. V některých případech neurostimulační metody umožňují zjednodušení či snížení dávek podávaných léčiv a některým pacientům s vážnými obtížemi také usnadňují návrat do běžného života.

■ **MUDr. Zuzana Stuchlíková**

Pracoviště repetitivní transkraniální magnetické stimulace (rTMS)

Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS) je neinvazivní neurostimulační metoda, která je od 90. let využívána v terapii řady neuropsychiatrických onemocnění.

Pracoviště repetitivní transkraniální magnetické stimulace je na našem Psychiatrickém oddělení v provozu od roku 2020. Pod vedením primáře MUDr. Tučka, Ph.D., vznikl na oddělení tým lékařů, kteří se aplikaci rTMS věnují. První zkušenosti s touto metodou jsme čerpali na Psychiatrické klinice Masarykovy univerzity v Brně a zejména v Národním ústavu duševního zdraví v Praze. V rámci pracoviště pak probíhá další zaučování nových lékařů v aplikaci rTMS.

Metoda je k dispozici v ambulantním

i hospitalizačním režimu a od doby jejího zavedení již byla nabídnuta a aplikována řadě pacientů. Stimulace probíhají každý všední den v běžné pracovní době. Jedno sezení trvá v rozmezí od deseti do třiceti minut a celkový počet sezení je v úvodní fázi nejčastěji deset až patnáct. Délka i počet jednotlivých sezení jsou vždy upraveny dle individuální potřeby pacientů a jednotlivých indikací. Nabízena je dále také tzv. udržovací stimulace, která je podle potřeby a klinické odpovědi prováděna pravidelně s odstupem několika týdnů až měsíců od ukončení úvodního stimulačního protokolu. Metoda rTMS je hrazena ze zdravotního pojištění do celkového počtu třiceti sezení za rok, což pokrývá všechny námi využívané terapeutické stimulační protokoly.

Repetitivní transkraniální magnetickou stimulaci využíváme většinou jako přídatnou metodu zejména k farmakologickým, tj. medikamentózním terapeutickým přístupům, které mohou dosahovat u některých pacientů svých limitů. V oblasti psychiatrie je rTMS využívána především k terapii depresí (unipolárních i bipolárních), využití dále nachází u některých úzkostných poruch, pocitů bažení a u chronicky halucinujících pacientů. Dle mezinárodních doporučených postupů je pak metoda v různé míře účinná u dalších indikací, jako je například chronická bolest, fibromyalgie (dlouhodobé nevyléčitelné onemocnění projevující se bolestí svalů a kloubů) či tinnitus (ušní šelest), a využití nalézá také v oblasti rehabilitace po cévních mozkových příhodách.

Jedná se o neurostimulační metodu, která využívá aplikace opakovaných impulsů silného (2T) magnetického pole k ovlivnění mozkové aktivity. Aplikace je prováděna pomocí elektromagnetické cívky přiložené na povrch hlavy pacienta. Při využití nízkofrekvenční stimulace (1 Hz) dochází ke snížení mozkové dráždivosti (excitability), oproti tomu využití vysokofrekvenční stimulace (nejčastěji 10–20 Hz) ji zvyšuje. Tohoto poznatku v praxi využíváme podle toho, zda se snažíme činnosti jednotlivých mozkových oblastí podpořit, jako je tomu kupříkladu u depresivních stavů, či tyto aktivity zmírnit, což je žádoucí v léčbě již zmíněného tinnitu či chronických sluchových halucinací.

Stimulace je pacienty většinou dobře tolerována, mezi nejčastější nežádoucí účinky patří mírná bolestivost v místě aplikace, která se vyskytuje asi u 30 % pacientů, a bolesti hlavy po aplikaci u zhruba 20 % pacientů. Velikou



rTMS (repetitivní transkraniální magnetická stimulace) / Foto: Jan Luxík

výhodou metody je skutečnost, že k aplikaci stimulace není třeba uvedení do celkové anestezie, jako je tomu u elektrokonvulzivní terapie, ani aplikace tlumivých léků či analgetik. Pro pacienty proto není rTMS časově ani fyzicky zatěžující, bez dalších omezení mohou na její aplikaci docházet z domácího prostředí přímo do ambulance a po stimulaci bez nutnosti následného pozorování odejít.

Co čeká pacienta, který přichází k aplikaci rTMS?

Při první návštěvě probíhá rozhovor s lékařem zaškoleným k aplikaci a indikaci rTMS. Metoda je pacientovi vysvětlena s představením přístroje, který je ke stimulaci využíván. S pacientem je probrána anamnéza, je zhodnocena vhodnost volby rTMS pro jeho obtíže a je vyplněn bezpečnostní

dotazník. Před samotným zahájením aplikace je pak také doplněno EEG vyšetření, abychom minimalizovali riziko výskytu vzácného, ale závažného nežádoucího účinku stimulace, kterým je vyvolání epileptického záchvatu. Pacienti, kteří v minulosti epileptický záchvat prodělali nebo mají dle EEG záznamu (diagnostická metoda používána k záznamu elektrické aktivity mozku) zvýšené riziko jeho prodělání, rTMS podstoupit nemohou. Dalším omezením, které nám nedovolí rTMS provádět, je implantovaný kov v oblasti hlavy či přítomnost kardiostimulátoru. Relativně kontraindikovaná je rTMS také u těhotných žen. Pokud pacient splňuje indikaci a nejsou přítomny žádné z kontraindikací, je možné přistoupit k terapii. Při prvním sezení je provedeno zaměření. Pacient obdrží elastickou čepici, na kterou je vyměřeno a zakresleno místo plánované stimulace.

Pomocí aplikace jednotlivých pulzů nad motorickou kůrou pravé ruky je zjištěna nejnižší intenzita impulsu, která vyvolá viditelnou svalovou odpověď. Tato hodnota je pak využita ke stanovení individuální intenzity budoucí stimulace. Pacient je poté pohodlně usazen do stimulačního křesla, pomocí speciálního polštářku je zafixována poloha hlavy, aby se zabránilo nechtěným pohybům hlavy, a tedy i posunu cívk. Následně je spuštěn standardizovaný stimulační protokol, který je vybrán dle klinických obtíží pacienta. Po ukončení stimulace může pacient ihned opustit vyšetřovnu a vykonávat běžnou denní činnost. K další aplikaci se pak dostavuje následující pracovní den či dle dohody s ošetřujícím lékařem.

■ **MUDr. Zuzana Stuchlíková**

Klinická psychologie na Psychiatrickém oddělení v historické perspektivě

První psychologové začali pracovat na Psychiatrickém oddělení začátkem 70. let 20. století, kdy nastoupily PhDr. Vlasta Roušalová a PhDr. Iva Nesnídalová. Celkem mělo oddělení čtyři psychology, dalšími byli PhDr. Karel Koubek a PhDr. Božena Kadubcová.

Psychologové prováděli psychodiagnostiku a psychoterapii. Byli přiděleni na jednotlivé stanice a vzájemně se zastupovali. PhDr. Kadubcová se stala psychologem dětské a dorostové psychiatrie.

V 70. letech byla na oddělení zřízena první jihočeská linka důvěry. Součástí léčebného programu Psychiatrického oddělení se stala psychoterapie

individuální i skupinová, arteterapie, kterou zavedl zkušený arteterapeut PhDr. Milan Kyzour, dále pracovní terapie, přednášky pro pacienty nebo aktivity pro rodinné příslušníky.

V době, kdy byla na oddělení zřízena stanice pro starší pacienty, byla pravidelně dvakrát týdně prováděna skupinová psychoterapie seniorů, která byla spojena také s trénováním paměti.

V roce 1986 se PhDr. Vlasta Roušalová s PhDr. Karlem Koubkem zasloužili o uvedení Grassiho testu organicity, psychodiagnostické metody určené ke zjišťování poškození mozku, mezi testy používané v Československu. PhDr. Karel Koubek po revoluci opustil

zdravotnictví a jako docent přednášel na Jihočeské univerzitě.

Na oddělení působil jako klinický psycholog také PhDr. Jiří Pospíšil, který se později stal senátorem a do oboru se již nevrátil. V nedávné minulosti zde pracovala Mgr. Eva Spoustová, která z hlediska své odbornosti napomohla úspěšné proměně Psychiatrického oddělení po jeho přesunutí do areálu bývalé Vojenské nemocnice, dnes dolní areál Nemocnice České Budějovice. Kromě jiného se rovněž spolupodílela na skupinové psychoterapii v rámci Denního stacionáře.

■ **Mgr. Václav Šnorek** s přispěním **PhDr. Vlasty Roušalové**

Klinická psychologie na Psychiatrickém oddělení v současnosti

Klinická psychologie představuje označení souboru určitých odborných činností realizovaných v interakci s pacienty a také název zdravotnické profese. V českobudějovické nemocnici působili kliničtí psychologové dlouho především na Psychiatrickém oddělení, v souvislosti s potřebami jednotlivých medicínských oborů byly postupně vytvořeny psychologické pozice na dalších odděleních.

Klinický psycholog je oprávněn provádět bez indikace lékaře diagnostiku psychického stavu, stanovit a realizovat léčebný postup. K jeho kompetencím patří rovněž preventivní, léčebně rehabilitační nebo dispenzární péče. Naše práce přináší informace umožňující pracovníkům jiných odborností stanovit přesněji diagnózu, a zvolit tak odpovídající léčbu. Pouze klinický psycholog může aplikovat speciální psychologické testy. Psychoterapie může sice přispět k lepší pohodě u většiny lidí, ale její klíčové využití je spíše u pacientů se závažnějšími psychickými problémy, kde rodina nebo přátelé pomoci nemohou. Úkolem klinického psychologa by nemělo být doprovázení v běžných životních situacích. To poskytují poradenští psychologové mimo zdravotnictví.

V současnosti pracuje v našem zdravotnickém zařízení devět psychologů, přičemž jejich působení je koordinováno v součinnosti s vedením Nemocnice České Budějovice, a.s. a příslušnými primáři řízeno vedoucím klinickým psychologem. Na Psychiatrickém oddělení pracuje šest psychologů (Mgr. Václav Šnorek, Mgr. Miluše Pixová, Mgr. Kateřina Sekyrová, Mgr. Hana Matlasová, Mgr. Jakub Škoda, PhDr. Iva Dedeciová),



Psychologové kmenově zařazení na Psychiatrickém oddělení / Foto: Jan Luxík

dvě kolegyně jsou na rodičovské dovolené. U hospitalizovaných pacientů jsou prováděna psychologická vyšetření, intervence a individuální psychoterapie. Pacienti Psychiatrického oddělení zahajují svůj den komunitním setkáním vedeným psychologem. Ambulantní péči poskytují příslušné ambulance (ambulance klinické psychologie pro dospělé, ambulance klinické psychologie pro děti a mládež). Psychologové Psychiatrického oddělení se spolupodílejí na činnosti Denního stacionáře, mimo jiné zde realizují skupinovou psychoterapii. Zajišťujeme také konziliární péči pro jiná oddělení. Jsme k dispozici pro zaměstnance Nemocnice České Budějovice, a.s. ve smyslu psychologického poradenství.

Po přestěhování Psychiatrického oddělení do horního areálu získal úsek klinické psychologie velmi dobré zázemí, v nové budově vznikla základna pro celý obor. Náš obor se neustále vyvíjí. Požadavky na rozsah poskytované péče narůstají, současně je ale také nutné naplňovat přísnější a propracovanější standardy, stejně tak se vyrovnat s narůstající administrativou. Jako akreditované pracoviště navíc zabezpečujeme specializační vzdělávání pro všechny jihočeské nemocnice.

■ **Mgr. Václav Šnorek**
vedoucí klinický psycholog

Denní stacionář

Psychiatrické oddělení poskytuje komplexní služby pro pacienty s psychickými poruchami širokého spektra. Nedílnou součástí léčby je psychosociální rehabilitace a psychoterapie, která probíhá v rámci denního stacionáře.

Pro hospitalizované pacienty nabízíme skupinové terapie v rámci dopoledního a odpoledního programu. Jedná se o pohybové aktivity (jóga, relaxační cvičení, cvičení na labilních pomůckách jako jsou například míče, na cvičení, balanční podložky aj.), nácvik instrumentálních denních aktivit (jízda veřejnou dopravou, manipulace s penězi, nakupování, vaření, úklid), trénink sociálních dovedností (navazování mezilidských vztahů, komunikace, empatie, sebedprosazení, plánování a řešení problémů). Cílem terapie v Denním stacionáři je aktivizovat pacienty, udržovat rovnováhu jejich denního režimu ve smyslu aktivně stráveného času a udržet jejich schopnosti vykonávat běžné aktivity. Jedná se o činnosti pomáhající pacientům s duševním onemocněním vypořádat se s náročnými požadavky každodenního života a rozvíjející zájmy a seberealizaci formou kreativních činností.

Mimo jiné se zde pacienti setkávají na pravidelném loutkovém představení a canisterapii, kde mohou odložit každodenní starosti, zažít chvíle odpočinku a zábavy a prostřednictvím speciálně vedeného a cvičeného psa navazovat komunikaci, spolupracovat, prožívat pozitivní emoce z přirozené radosti a lásky poskytované zvířetem.

Nově od září 2021 funguje pro ambulantní pacienty 6týdenní komplexní terapeutický program, který je zaměřen na léčbu neurotických a afektivních poruch. Stacionář

funguje ve všední dny od 9-15 hodin. Cílem je stabilizace psychického stavu, prohloubení porozumění sobě i svým obtížím a také faktorům, které mohou psychický stav ovlivnit jak směrem pozitivním, tak i negativním. Ambulantní Denní stacionář napomáhá předcházet hospitalizaci nebo může být součástí doléčování po hospitalizaci. Je to intenzivní forma péče, složená z několika na sebe navazujících bloků, jako jsou komunity, skupinová psychoterapie, arteterapie, nácvik sociálních dovedností a relaxace. Součástí jsou pravidelné individuální konzultace s lékařem, který sleduje vývoj psychického stavu a v souvislosti s tím upravuje medikaci.

vzájemně si poskytují zpětnou vazbu, prohlubují náhled na vlastní prožívání a fungování v sociálních vztazích. Mnohé psychické poruchy jsou udržovány maladaptivními stereotypy v myšlení a chování. Je to takový „bludný kruh“. Příkladem může být žena, která si z dětství nese poselství „buď hodná holka, snaž se ostatním vyhovět, to, co chceš ty, není důležité“. Tato paní se pak v zaměstnání i v blízkých vztazích přizpůsobuje, aby byla ta „hodná holka“. Své potřeby nedá najevo (mnohdy ani neví, že nějaké má), ale necítí se dobře. Pocit nepohody roste a paní vlastně neví proč, začne se obviňovat, že není dost hodná a čím dál tím víc se zaplétá do bludného kruhu. Cílem terapie je,



Denní stacionář - arteterapie / Foto: Jan Luxík

Program probíhá v uzavřené skupině (maximálně deset pacientů). Pacienti se spolu postupně seznamují, vytvářejí atmosféru důvěry a vzájemné podpory. Sdílí své těžkosti, osobní témata,

aby si tento nefunkční způsob chování uvědomila, aby si všimla vlastních potřeb a pocitů, pojmenovala si je. V konečné fázi, aby začala více komunikovat se svým okolím o tom, co potřebuje.



Výrobky pacientů z keramické dílny denního stacionáře / Foto: redakce

Stacionář poskytuje bezpečný prostor pro uvědomění si těchto mechanismů a podporuje vytváření nových, adaptivnějších forem fungování vůči sobě i okolí. Častými tématy vůči sobě jsou: přijetí sebe sama, vnímání vlastní hodnoty, reflexe pocitů, vnímání somatických komponent emocí. Směrem k okolí jsou často řešeny konflikty v mezilidských vztazích, schopnost přijímat zpětnou vazbu od ostatních, umět vyjádřit své potřeby, pocity a postoje.

Základními principy práce ve stacionáři je důvěrnost a respekt k jedinečnosti každého pacienta. Konkrétní náplň jednotlivých bloků je upravována dle potřeb dané skupiny. Pro ucelenou péči je nezbytný týmový přístup, schopnost efektivně předávat informace o dění ve skupině a pružně reagovat v souladu s vývojem jednotlivých pacientů i skupiny. Důležitý je proces léčby, ale především její přesah – tedy to, co si pacienti odnesou do svého života.

Proč stacionář na Psychiatrickém oddělení?

Mohlo by se zdát, že si s hospitalizovanými pacienty v rámci stacionáře „jen tak hrajeme a povídáme“, přesto opakovaně zažíváme, že pobyt na stacionáři pozitivně přispívá k léčbě pacienta, jako by ten pacient „rozkvetl“. V týmu jsme si tento princip nazvali „draní peří“. Při této aktivitě se lidé scházeli, povídali si, sdíleli svoje zážitky, zkušenosti a příběhy. Podobné je to při činnostech na stacionáři, které otvírají možnost nenásilně, „mimoděk“ sdílet svůj příběh a vyslechnout ostatní, inspirovat se tím, jak život zvládají oni, jak se na každodenní situace dívají. Vše je sdělováno v přátelské atmosféře bez hodnocení, vzniká tak pocit, že na těžkosti člověk není sám. Když se to děje při činnosti, jako je vaření nebo tvoření, je výsledek hmotný – uvařené jídlo, výrobek, který má příběh – a o to víc si ho mohou pacienti užít (a my také, když jdeme chodbou a z kuchyňky se line vůně pečeného cukroví).

Jsme rádi, že se podařilo otevřít ambulantní Denní stacionář, který na svůj start kvůli covidu delší dobu čekal. V regionu dlouhodobě chyběla možnost procházet intenzivní a ucelenou terapií bez hospitalizace. Hospitalizovaní pacienti často sdělují, že se cítí v prostředí oddělení bezpečně, a vyjadřují obavy, jak zvládnou každodenní fungování a návrat do běžného života (rodina, práce). Mnohdy si uvědomí, že by chtěli udělat ve svém životě určité změny a buď neví, jak na to, nebo (častěji) mají obavy, že vlivem okolností „zajedou do starých kolejí“. V tom může ambulantní stacionář pomoci, aby si pacienti upevnili pozitivní vzorce chování a postoje a přitom se dokázali postupně vracet do běžného života. Uspořádání, kdy pacient dochází ambulantně do stacionáře, klade větší nároky; na rozdíl od hospitalizace se pacient vrací do svého prostředí, ke svým domácím radostem i starostem. Ve stacionáři může komunikovat o tom, s čím se setkal v domácím prostředí, co mu dělá těžkosti a jak s tím pracovat,

například jak mluvit s rodinou o svých potřebách, o svých psychických potížích, jak pracovat se svou energií tak, aby nevznikal „energetický dluh“. Mnohdy jsou pacienti delší dobu bez práce, a i to je téma, o kterém často mluvíme – výběr práce, její náplň, míra pracovní zátěže, kterou aktuálně zvládnou. Samotné docházení do stacionáře je nácvikem pravidelného režimu, podobného tomu pracovnímu.

Ve všech oblastech medicíny je spolupráce lékař–pacient důležitá.

V psychiatrii to platí mnohonásobně, protože psychické poruchy ovlivňují mnoho oblastí života pacienta. Ten musí být ochoten mnohé věci ve svém životě přehodnotit, například upravit svůj režim, naučit se zvládat projevy psychické poruchy, komunikovat o tom s blízkými i s lékařem, přijmout obvykle dlouhodobou medikaci apod. Aby se léčba dařila, je (kromě naprosto nezbytné motivace pacienta) důležitá multidisciplinární spolupráce, jejímž prostřednictvím se stává zdravotní péče komplexní a efektivnější.

Každému pacientovi přejeme, aby se jeho subjektivně prožívaná kvalita života zvýšila.

■ **PhDr. Iva Dedeciová**
psycholožka

Bc. Darina Iroušková
ergoterapeutka

Radka Hartmannová
zdravotní sestra



*Keramická dílna v denním stacionáři /
Foto: redakce*

Denní stacionář - komunitní místnost / Foto: Jan Luxík



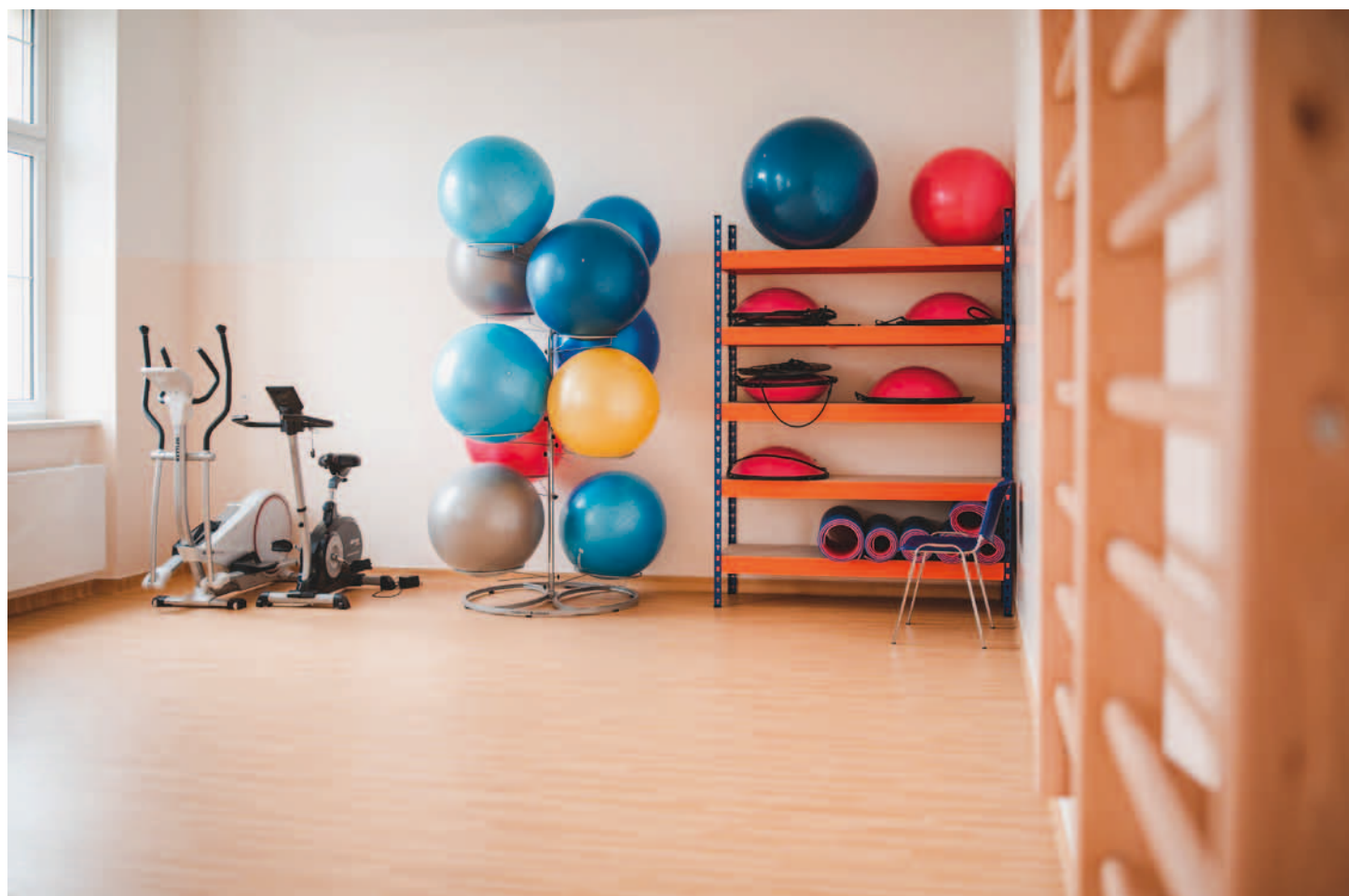
Zahrada Psychiatrického oddělení / Foto: redakce



Výrobky pacientů v rámci arteterapie / Foto: Jan Luxík



Výrobky pacientů z keramické dílny
Denního stacionáře / Foto: redakce



Denní stacionář - tělocvična / Foto: Jan Luxík

Specifika práce sestry na Psychiatrickém oddělení

V oboru psychiatrie pracuji již více než 22 let, z toho poslední tři roky jako staniční sestra na příjmové stanici A. Za ta léta prošel tento obor spoustou změn a jeho obzor se rozšířil. Přibyly nové diagnózy, nové léčebné a diagnostické prostředky, a tím pádem se pozměnilo a rozšířilo i složení pacientů. Pro někoho práce skoro čtvrt století na stejném místě může znít jako stereotyp a nuda, ale upřímně vám mohu říci, že se zde nenudím ani trochu. Stejného názoru nabyla i má kolegyně, Alžběta Hofmannová, která v oboru pracuje teprve necelé tři roky. Děláme toho mnoho, možná by to vydalo na tenčí knížku. Společně se vám zde pokusíme alespoň přiblížit specifika naší práce a vypíchnout to nejdůležitější.

Na úvod bychom asi začaly tím, jak se stát sestrou na psychiatrii. K tomu, aby u nás mohla sestra pracovat, je nutné vystudovat střední zdravotnickou školu, avšak i tento obor nabízí řadu možností, jak získat bližší a konkrétnější informace o oboru – buď formou specializačního vzdělání, různých přednášek a seminářů, nebo v poslední době nově otevřeným navazujícím magisterským studiem v oboru psychiatrie na specializovaných vysokých školách. Výběr pracovních míst je opravdu rozmanitý, každý si může vybrat to, co mu vyhovuje nejvíce. Jednou z možností je lůžková péče, a to buď akutní, kam lidé přicházejí v akutně probíhajícím stavu nemoci, nebo Psychiatrické léčebny, kde jsou pacienti na dlouhodobém stabilizačním pobytu. Pokud člověku více vyhovuje ambulantní sféra, může si vybrat hned z několika možností – jsou zde ambulantní psychiatrii nebo specializované ambulance, jako je například sexuologie, adiktologie (léčba závislosti na návykových látkách) nebo dětská psychiatrie.

A jednou z posledních možností, která je asi v dnešní době nejvíce prosazovaná, je péče komunitní (tj. v přirozeném prostředí pacienta) a terénní buď přímo v centrech duševního zdraví, nebo v jiných organizacích (například Fokus). Práce v tomto oboru určitě není pro každého, ale pokud to člověk nezkusí, tak neví.

Hned u příjmu pacienta na naše oddělení je velmi důležitá pečlivá kontrola jeho osobních věcí. Věci se musí probrat a vytřídit. Potencionálně „nebezpečné“ předměty, kterými by si mohl kdokoliv z pacientů ublížit, se zapíše a uloží na sesterně, kde si je mohou kdykoliv vypůjčit. Někdy nám tato činnost zabere jen pár minut, jindy



Inspekční pokoj sester s kamerovým systémem / Foto: Jan Luxík

A jak vypadá práce v akutní lůžkové péči? Od začátku mé praxe se složení diagnóz změnilo. Zpočátku byl spíše větší počet depresivních pacientů, nyní převládají alkoholové a drogové závislosti. Nezměnilo se ale to, že jsou pořád ve velkém zastoupení pacienti se schizofrenií, pacienti s bipolární poruchou a také pacienti s demencí. Neřešíme zde však pouze psychiku, spousta pacientů si s sebou přináší řadu interních onemocnění, máme zde i pacienty po úrazech či operacích. Paleta pacientů je tedy opravdu pestrá.

však i skoro půl hodiny. „Nebezpečné“ předměty jsou například nabíječky, různé tkaničky, ostré předměty, léky, ústní voda s obsahem alkoholu, klíče, zapalovače či krémy v kovových krabičkách apod. Personál musí být opravdu obezřetný a vynalézavý, protože pacienti si dokážou ublížit i obyčejnou věrnou kartičkou drogerie.

Po tomto procesu se pacient dle stavu uloží na vhodný pokoj. Na stanici A máme klasické třílůžkové pokoje,

tří pokoje s postelemi ukotvenými k zemi, které slouží pro opravdu neklidné a agresivní pacienty, a dále ještě dvě polstrované izolační místnosti, kde pacient není omezen v pohybu, ale je minimalizováno jakékoliv sebepoškození. Zbývající stanice disponují klasickými dvou nebo třílůžkovými pokoji. U některých příjmů masivně neklidného a agresivního pacienta nám vlastní síly nestačí, a tak se nebojíme požádat o pomoc nemocniční bezpečnostní službu, se kterou úzce spolupracujeme. Při službě musíme mít oči a uši opravdu všude, mít neustálý přehled o tom, kde se pacienti nacházejí a co dělají. K tomu nám dopomáhají všudypřítomné kamery, které záznam přenášejí přímo na inspekční pokoj sester. V případě, že se kdokoliv ze zaměstnanců ocitne v nebezpečí, máme k dispozici „SOS“ náramky. Ty slouží k přivolání zbylého personálu z budovy, čímž se získá fyzická převaha nad nebezpečným, tj. neklidným pacientem. Minimalizuje se tím riziko úrazu na všech stranách.

Velká, našimi pacienty velmi vítaná a vlastně i nepostradatelná odlišnost od jiných oddělení je přítomnost kuřárny na všech stanicích, kam mají pacienti nepřetržitý přístup. Jak se stav pacientů zlepšuje, dostává se jim dalších výhod – třeba návštěva venkovní zahrady, kde mohou trávit čas během dne, vycházky mimo oddělení v doprovodu rodinných příslušníků, víkendové zkušební propustky nebo třeba pracovní terapie v rámci našeho stacionáře.

Tady se dostáváme k důležité spolupráci s jinými než zdravotnickými pracovníky. Pacientům se ve stacionáři věnují zkušený arteterapeuti, ergoterapeuti, psychoterapeuti i psychologové. Mají k dispozici rozsáhlou tělocvičnu, keramickou dílnu, rukodílnu či relaxační místnost s knihovnou. Pacientům, kteří nemají fungující rodinu či přátele, jsme schopni ve spolupráci se sociální sestrou zajistit i oblečení z naší charity, které je jim ponecháno i po propuštění.

Jak z výše zmíněného vyplývá, práce na psychiatrii je opravdu týmová v širokém rozsahu.

a za každých okolností si zachovat status profesionála, což je někdy opravdu náročné.



Pracovnice denního stacionáře / Foto: Jan Luxík

Když přemýšlíme nad tím, jak nám ve škole říkali, že sestra má mnoho rolí, tak „u nás“ to platí stoprocentně. Kromě základních rolí se klidně můžete stát nákupčí (hlavně tedy cigaret a kávy), bez kterých to prostě nejde, baristou, když zaléváte nakoupenou kávu, vrátným při odemykání kuřárny, kadeřnicí, manikérkou, opravářem elektroniky, švadlenkou při přišívání knoflíku, kurýrem mezi dovozem jídla a pacientem nebo třeba písáčkou při sepisování motivačního dopisu. Takto bychom mohly pokračovat ještě dlouho, ale myslíme si, že by to pro představu stačilo.

Nejdůležitější je však podle nás komunikace. Personál musí zachovat vždy klid a nadhled, nenechat se vyprovokovat, vydírat či se sebou manipulovat. Musí být neustále ve střehu, být tím tichým pozorovatelem

Během mého působení na psychiatrii se změnilo téměř všechno. Budova, prostředí, přístup okolí k oboru, administrativa, zákony, léky i pacienti (i když některé bych si dovolila po dvacáté hospitalizaci nazvat „starými známými“). Co však zůstává stejné, je nemocný člověk, který nás potřebuje v jakékoliv roli, a my sestry, které se snažíme všechny naše role zvládnout a navzájem si v tom pomáhat, protože kolektiv má velkou moc. Měla jsem, a vlastně stále mám, štěstí na dobré kolegy, od kterých jsem se mnohému naučila. Teď se snažím předávat své zkušenosti dál, udržovat stabilní a pevný kolektiv, aby si i další kolegyně za pár let mohli říci: „Nenudili jsme se, věřte nám.“

■ **Bc. Lucie Vaverová**
Alžběta Hofmannová

Zdravotně-sociální pracovník v nemocnici a na Psychiatrickém oddělení

Nemocnice České Budějovice, a.s. (NCB) má v současné době k dispozici celkem šest zdravotně-sociálních pracovníků. V minulosti bylo toto číslo různé, ale současná doba je hektická a potřeba pacientů a jejich blízkých konzultovat možnosti sociálního zajištění po propuštění stoupá. Související legislativa se často mění. Běžný občan nemá čas a často ani důvod se zajímat o problematiku sociální oblasti do doby, než se ho začne přímo dotýkat. Úděl pacienta nebo osoby, která by mu měla po propuštění ze zdravotnického zařízení poskytovat následnou péči, je něco, čemu se člověk ve svých úvahách raději vyhýbá. Pokud tato situace nastane, nemocnice bezplatně poskytuje konzultace se zdravotně-sociálním pracovníkem, který je schopen po shromáždění potřebných informací nabídnout vhodné řešení.

Obecně jsou úkoly zdravotně-sociálního pracovníka v NCB následující:

- obecné sociální poradenství
- pomoc při řešení různých životních situací (vyřizování sociálních dávek, podání žádostí do domů pro seniory aj.)
- kontakty na organizace působící v oblasti sociálních služeb
- informace o návazné péči po propuštění (domácí ošetrovatelské a pečovatelské služby, osobní asistence aj., eventuálně jejich zprostředkování v indikovaných případech)
- spolupráce s orgány státní správy a samosprávy, neziskovými organizacemi, praktickými lékaři atd.
- zajištění hmotné pomoci po propuštění – ošacení, hygienické prostředky u indikovaných případů

- zvýšená péče o ohrožené skupiny klientů – děti a matky s dětmi, samoživitelé, osaměle žijící osoby a osoby s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem nebo zdravotním postižením, nesoběstačné, sociálně potřebné, bez přístřeší, osoby s psychiatrickým onemocněním či sociálně vyloučené atd.

Spektrum činnosti je skutečně pestré, ale hlavní těžiště naší práce je v obecném sociálním poradenství. Jsme tedy ti, kteří vás nasměrují ke zdrojům pomoci. Svou činnost zahajujeme na podnět lékaře, pacienta, osob jemu blízkých, na základě informace od poskytovatelů sociální pomoci z terénu nebo si pacienta sami vytipujeme na vizitách a po poradě s lékařem zahájíme činnost. Bližší informace o nás může zájemce o službu získat ze stránek NCB v sekci <https://www.nemcb.cz/pro-pacienty/propusteni-z-nemocnice-a-nasledna-pece/>. Kromě kompletního seznamu zdravotně-sociálních pracovníků s kontakty a rozpisem příslušných oddělení jsou zde i odkazy na případné další zdroje pomoci a poradenství.

Těžiště naší práce je na lůžkových odděleních naší nemocnice. Poradenství poskytujeme také ambulancím a samozřejmě neodmítneme zaměstnance nemocnice, pokud se na nás obrátí. Stává se, že nám volají pro radu i lidé, kteří si na nás našli kontakt našli na stránkách NCB nebo byli v minulosti hospitalizováni a nevědí si rady. Tyto klienty se snažíme nasměrovat na vhodné terénní služby. Nemůžeme naplnit některá očekávání klientů, kteří se domnívají, že to budeme my, kdo je bude navštěvovat doma a poskytovat péči. Nejsme oprávněni

provádět sociální šetření v terénu. V tomto případě spolupracujeme v mezích určených zákonem například s Oddělením sociálně-právní ochrany dětí nebo se sociálními pracovníky obcí a sociálními kurátory pro dospělé.

Sociální práce s pacientem s psychiatrickou diagnózou má svá specifika. Hlavní odlišnost vidím v důrazu na komunikaci. Pracovat s pacientem, který je v akutní fázi onemocnění, těsně po příjmu na naše oddělení, je často nemožné. Postup mé intervence koordinuji s lékařem a ošetrovatelským personálem tak, abych co nejméně narušovala léčbu a celkový stav pacienta. Pod vlivem onemocnění má pacient často nereálná očekávání a představy, jak by se měla situace řešit, a může být velmi těžké najít vhodný kompromis.

V poslední době pozoruji nárůst pacientů, kteří řeší existenční problémy, které vznikly často z důvodu nadměrného užívání návykových látek. Mladí lidé se závislostí často příliš neřeší, zda jsou zdravotně a sociálně pojištěni, stále spoléhají na rodinu, zavírají oči před problémy a povinnostmi. Snaha je tyto osoby motivovat k řešení celkové situace, zprostředkovat léčbu a kontakt na terénní sociální služby, doporučit, jak začít situaci řešit, například si domluvit splátkový kalendář ke splacení dluhů u zdravotní pojišťovny, evidovat se na Úřadu práce ČR, žádat o sociální dávky, hledat ubytování aj. Podmínka je zájem a vůle pacienta. Stává se, že při opakovaných hospitalizacích řešíme stále stejné problémy, protože po odchodu z oddělení pacient nepokračuje v doporučených opatřeních.

Dluhová problematika v posledních letech výrazně stoupá. A mnoho lidí, kteří se dostali do dluhové pasti, mají z pochopitelných důvodů psychické problémy. Pacienta nebo jeho blízké odkážeme na specializované poradny při neziskových organizacích.

Velmi často řeším případy, kdy o pacienta s demencí či jinou závažnou psychiatrickou diagnózou není schopna rodina pečovat. Důvody jsou různé, někdo se bojí ztráty zaměstnání a výdělku, někdo již pečuje o jiného člena rodiny a je vyčerpaný, může tomu bránit vysoký věk či zdravotní stav rodinných příslušníků. Mohou být vážně narušeny rodinné vztahy, někdo není schopen akceptovat určité omezení svého životního stylu. Mým úkolem je najít řešení. Jsem na straně pacienta, ale spolupráce a motivace blízkých je nezbytná. Často si pro svůj zdravotní

stav pacient není schopen plně zajistit potřebnou péči a tady je úloha rodiny nezastupitelná.

Pokud pacient nesouhlasí, aby se možnost sociálního řešení hledala ve spolupráci s rodinou, musím jeho přání respektovat. S psychiatrickou diagnózou se pojí mimo jiné i určitá sociální izolace a navázání pacienta na terénní zdroje pomoci je často jediná možnost, jak zlepšit kvalitu života.

Pokud by se mě někdo zeptal, co bych změnila, byla by to situace mimo nemocnici. Stále se s kolegyněmi potýkáme s tím, že jsou omezené kapacity poskytovatelů sociální péče nebo je tato služba nedostupná. Jako příklad bych uvedla potíže s řešením pacientů bez přístřeší, kteří pro svůj zdravotní stav nemohou být propuštěni do svého přirozeného prostředí, protože není k dispozici bezbariérový,

azylový dům apod. Je to bolest všech zdravotně-sociálních pracovníků, troufám si říci, napříč celou republikou.

Práce na Psychiatrickém oddělení mě těší. Mám štěstí na pracovní kolektiv. Chci poděkovat všem, se kterými jsem se během svého působení od roku 2003 setkala, za jejich rady a postřehy, které mi pomohly nejen v pracovním životě. Ráda bych věnovala ještě vzpomínku na působení mé předchůdkyně paní Květoslavy Bartoňové. Její klid a noblesa jsou pro mě stále vzorem, jehož zatím nedosahuji, ale nepřestávám se o to snažit.

■ **Mgr. Martina Eštoková**
zdravotně-sociální pracovnice

ANTIBIOTIKA musíme chránit!

Nemáme za ně náhradu.

Antibiotika jsou naše jediná obrana proti bakteriálním infekcím a nemocem. Musíme proto dát pozor, abychom je neoslabovali. Když je totiž bereme nesprávně, umožňujeme bakteriím vytvořit si proti nim odolnost. Kvůli této **antibiotické rezistenci** se i obyčejné infekce mohou znovu stát smrtelně nebezpečnými. Proto musíme antibiotika užívat přesně podle předpisu!



Rozhovor s vrchní sestrou Mgr. Romanou Jáchymovou

Práce na psychiatrii je krásná, a to hlavně svou pestrostí.

Tým sester Psychiatrického oddělení vede od Nového roku Mgr. Romana Jáchymová. Ve funkci vrchní sestry vystřídala Mgr. Hanu Dohnalovou.

■ Paní vrchní, co pro vás nová pozice znamená?

Nabídka na práci vrchní sestry přišla náhle, neměla jsem moc času na to, udělat si jednoznačnou vizi. Svou pozici vnímám jako velkou zodpovědnost, velkou výzvu a také jako projev důvěry, což mě velice těší. Určitě bych ráda pokračovala ve stejné atmosféře, kterou tady dokázala vytvořit naše dlouholetá vrchní Mgr. Hanka Dohnalová. Má velkou, možná největší zásluhu na tom, že se nám tady dobře pracuje, jsme tu rádi a málokdo z nás by měnil. Změnila jsem sice pozici, ale stále zůstávám na svém oddělení, které, troufám si říct, dobře znám. Zním všechny své kolegy a z jejich strany vnímám podporu, důvěru a přátelskou atmosféru.



Mgr. Romana Jáchymová, vrchní sestra Psychiatrického oddělení / Foto: Jan Luxík

■ V nemocnici v Českých Budějovicích nejste žádným nováčkem. Kdy a kde jste v nemocnici začínala?

V roce 1994 jsem dokončila studium na Střední zdravotnické škole v Písku, následoval rok studia mimo obor

zdravotnictví a v roce 1995 jsem nastoupila na traumatologii jako sestra do nepřetržitého provozu na standardní lůžkovou část. Po půl roce jsem odešla na mateřskou dovolenou. Po návratu z mateřské jsem chtěla pokračovat na traumatologii, ale tehdy tam nebylo

místo a hlavní sestra nemocnice mi nabídla místo na psychiatrii. Bylo to úplně něco jiného než traumatologie, ale nabídku jsem přijala a dodnes jsem šťastná, že se tak stalo. Nastoupila jsem jako sestra do nepřetržitého provozu na lůžkovou stanicí A, což bylo mužské oddělení. V roce 2005 jsem přestoupila na ženské oddělení neboli stanicí B, kde jsem od roku 2005 až do letošního roku zastávala funkci staniční sestry. V roce 2008 jsem dokončila v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně specializaci v oboru psychiatrie a v roce 2014 jsem dokončila magisterské studium v oboru ošetrovatelství. Od roku 2008 pracuji na částečný úvazek

se tady se stereotypy – co pacient, to jiný příběh, jiné potřeby, jiný přístup, jiná práce. Hodně našich pacientů má chronická onemocnění a stává se, že se s některými setkáváme opakovaně, někdy i několikrát do roka. Dobře se známe, víme, co od sebe navzájem očekávat, známe potřeby těchto pacientů, a o to lépe se nám s nimi spolupracuje. Jedna věc mě na našem oboru trápí a dlouhodobě se snažím proti ní bojovat. Je jí stigmatizace našeho oboru. Stále ještě bohužel není na náš obor pohlíženo jako na ostatní, stále přetrvává mnoho mýtů a nepravd o duševně nemocných, a to nejen ze strany běžné populace, ale někdy bohužel i ze strany jiných zdravotníků.

toleranci a ohleduplnost. Pracujeme mnoho hodin s duševně nemocnými a naše „zákulisi“ je naší duševní hygienou. A docela se nám to daří. Není výjimkou, že tu zaměstnanci pracují dvacet i více let. Dokonce jedna naše sestřička zde pracuje už přes čtyřicet let.

Výrazně se ale změnilo prostředí a vybavení našeho oddělení. Z poměrně strohého, někdy až nehezkého prostředí jsme se před třemi lety přestěhovali do krásných prostor nové psychiatrie, která pacientům nabízí mnohem více komfortu, soukromí a zázemí. Naši pacienti byli dříve i na pětilůžkových pokojích, měli společné sociální zařízení na chodbách a téměř žádný prostor pro volnočasové aktivity. Nová psychiatrie má jedno- nebo dvoulůžkové pokoje s koupelnou a WC, na lůžkových stanicích máme terapeutické místnosti, kde mají pacienti k dispozici rotoped, boxovací pytel, různé hry, potřeby na malování, knihy, časopisy. Máme i návštěvní místnosti, a především velmi pěknou zahradu s lavičkami, stoly a pingpongovým stolem, kterou naši pacienti hojně využívají. Vždy bylo naším cílem, aby se u nás pacienti cítili pohodlně, spokojeně, komfortně a to se nám v těchto nových prostorech daří mnohem lépe.

Trochu se také mění skladba pacientů. V porovnání s mými začátky je určitě více lidí se závislostmi a hodně mladých lidí s poruchami osobnosti. Dnešní doba s sebou přináší mnoho stresu, přibývají lidé s poruchou přizpůsobení, úzkostnými stavy.

"Jedna věc mě na našem oboru trápí a dlouhodobě se snažím proti ní bojovat. Je jí stigmatizace našeho oboru."

i na Jihočeské univerzitě, kde vedu semináře zaměřující se na péči o duševně nemocné, a zároveň jsem mentorem pro ošetrovatelskou praxi studentů na Psychiatrickém oddělení.

■ Práce sestry na psychiatrii je velmi specifická. Co vás na vaší práci těší?

Práce na psychiatrii je krásná, a to hlavně svou pestrostí. Nesetkáváme

■ Na Psychiatrickém oddělení pracujete již přes dvacet let. Co se za tu dobu změnilo a co naopak zůstává stále stejné?

Na psychiatrii pracuji od roku 2000. Už tehdy jsem nastupovala do velmi přátelského, téměř rodinného prostředí. A zrovna toto se za těch dvacet let moc nezměnilo. Je pro nás hodně důležité, v jaké atmosféře pracujeme, jak se cítíme, jakou k sobě máme důvěru,

■ Umět vypnout a odpočinout si od práce patří k základům duševní hygieny. Jak trávíte volný čas?

Vzhledem k tomu, že už máme dospělé syny, máme i více času na koníčky. S manželem máme rádi turistiku, cyklistiku, geocaching. Jako rodina rádi hrajeme stolní deskové hry. Já sama se nebráním ani různým ručním pracím. A neumím si představit život bez knížek.

■ Ing. Veronika Dubská

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

Rozhovor s radiologickým asistentem Mgr. Dušanem Hejnou

Ovládání přístrojů a provádění vyšetření se dá naučit, avšak jednání s pacienty a kolegy v sobě člověk již musí mít

Z pozice vedoucího radiologického asistenta odešel na konci roku 2021 po takřka pětadvaceti letech pan Mgr. Dušan Hejna. Co obnáší práce vedoucího a co ho na práci radiologického asistenta i po tolika letech pořád baví, vysvětluje v následujícím rozhovoru.

■ Nepocházíte z jižních Čech, jak jste se tedy objevil v Českých Budějovicích?

Ano, to je pravda. Pocházím z Broumova, dříve Východočeský kraj, nyní Královéhradecký kraj. Broumov je krásné malé městečko s bohatou historií a nádhernou přírodou v okolí. Vystudoval jsem místní gymnázium a nevěděl, co studovat dál. Až po dvouleté základní vojenské službě a práci ve strojírenství jsem si chtěl ještě doplnit vzdělání. Tehdy jsem začal přemýšlet nad zdravotnictvím. Chtěl jsem zkusit dvouleté nástavbové studium na zubního laboranta na SZŠ v Hradci Králové. V roce 1989 se ale tento obor neotevíral, otevřel se ovšem obor radiologický laborant, takže moje budoucí zaměření bylo vlastně dílem náhody. Tento obor se mi velmi líbil, myslím i díky mému koníčku, tedy fotografování. Rentgenová vyšetření jsou vlastně tak trochu jako fotografování. Škola nás připravila pro



Mgr. Dušan Hejna / Foto: redakce



Mgr. Dušan Hejna / Foto: redakce

práci na radiodiagnostice, nukleární medicíně a radioterapii. Já jsem si vybral radiodiagnostiku. A jak jsem se tedy dostal do Českých Budějovic? Na škole jsme byli tři spolužáci a zároveň velcí kamarádi. Hledali jsme tedy, kde by nás zaměstnali všichni tři. A to bylo v Českých Budějovicích na Radiologickém oddělení. Do Českých Budějovic jsme posléze nastoupili jen dva a kolega po pár letech odešel pracovat jinam, tak jsem v nemocnici nakonec zůstal sám. Protože jsem zde však našel svou životní lásku, tak jsem v nemocnici v Českých Budějovicích již zakotvil nastálo. A bydlení pod Kletí s výhledy na krásnou přírodu také stojí za to, částečně mi to Broumovsko vynahrazuje.

■ V nemocnici pracujete od roku 1991, takže více než třicet let. Za tak dlouhou dobu se muselo mnohé změnit. Jak se proměnila vaše práce za oněch třicet let? Co jste musel umět tenkrát a co naopak musíte umět dnes?

Rentgenové záření objevil profesor Röntgen v roce 1895. Takže v době, kdy jsem začal pracovat jako radiologický laborant (nyní asistent), neuplynulo od objevu ani sto let. Ale tento obor se velice rychle rozvíjel a rozvíjí, stal se pro zdravotnictví nepostradatelným. Ještě na škole v Hradci Králové jsem na praxi na poliklinice standardní rentgenové snímky vyvolával ručně v temné komoře. Snímek byl tedy k dispozici asi za patnáct minut.

V Českých Budějovicích tehdy již existovaly vyvolávací automaty, které celý vyvolávací proces urychlily na pět minut a později na dvě minuty. Ale stále existovaly temné komory a chemikálie jsme míchali ručně, dokud se nezačaly využívat míchačky chemikálií. V té době zhotovení RTG snímku RA asistent hodně ovlivňoval – expoziční parametry se nastavovaly ručně. A trefit se do správné expozice bylo věcí zkušenosti. Ve velkých nemocnicích, jako byla ta českobudějovická (od roku 1987), již byly první CT přístroje, na kterých trvalo jedno vyšetření s rekonstrukcí snímků kolem dvacet minut. V Českých Budějovicích byly skiografie ještě s klasickou tomografií, dále skiaskopické

stěny na vyšetření trávicího traktu a urologického systému, angiografická linka na vyšetření cév, mamograf na vyšetření prsů a pojezdové RTG a C rameno na operačním sále.

Pracoviště v té době byla v budově A, CH a CH1, v budově I, v budově E a v prostorách dolního areálu, kde byla i radioterapie. Díky vývoji rychlých počítačů došlo k rozvoji digitalizace vyšetření, tedy že se již nepoužívaly rentgenové filmy, nýbrž speciální kazety s fólií, které se po expozici vkládaly do čtečky kazet, díky čemuž se RTG snímek zobrazil na monitoru PC. Všechny snímky se začaly ukládat do úložišť snímků, tzv. PACS. Na většině pracovišť již nyní máme RTG přístroje s přímou digitalizací, vlivem čehož odpadá vkládání do čtečky; využívá se speciální detektor záření a RTG snímek se objevuje přímo na monitoru rentgenového přístroje. RTG přístroje se stále zlepšují, především vývojem PC. RTG, CT a skia vyšetření jsou čím dál rychlejší, dávky na pacienty a personál jsou také stále nižší. RTG přístroje mají tzv. expoziční automatiku, kdy si přístroj upraví expozici částečně sám. A dalším obrovským objevem v oblasti zobrazování bylo vyšetření pomocí nukleární magnetické rezonance, kde se k zobrazení lidského těla nevyužívá rentgenové záření, nýbrž silné magnetické pole. To je prostě pokrok.

■ Vaši práci tedy velmi ovlivnil technologický pokrok a rozvoj počítačové techniky.

Ano, dříve jsme hodně ovlivňovali expoziční parametry a vyvolávání snímků. Dnes je většina přístrojů expozičně automatizovaná, na druhou stranu má však více ovládacích prvků a RA asistenti se musí tyto přístroje naučit ovládat. S rentgenovými snímky se dá na PC pracovat jako s digitálními fotografiemi. Každý výrobce má jiný ovládací a vyhodnocovací software, vlivem čehož je to složitější; nyní jde prakticky o ovládání počítačů, které řídí vyšetřovací přístroje. Proto dochází ke specializování RA asistentů na určité přístroje. Jeden RA asistent již nedokáže perfektně ovládat všechny přístroje,

kteří máme. Samozřejmě musí RA asistent správně nastavit a zacentrovat pacienta, aby byla projekce co nejpřesnější. Cílem práce RA asistentů je vždy provést co nejlepší a nejkvalitnější vyšetření za co nejnižších dávek. To platilo dříve a platí to i nyní. Většina RTG a CT vyšetření trvá velice krátce, delší je nyní příprava pacienta a manipulace s ním. Také za ty roky narostla administrativa při vyšetřování pacientů.

■ Takřka 25 let jste působil na pozici vedoucího radiologického asistenta. Můžete přiblížit, co vše jste musel ze své pozice zajišťovat?

Protože došlo v roce 1997 na Radiologickém oddělení ke změně na postu primáře, chtěl nový pan primář MUDr. Petr Lhoták k sobě nového vedoucího radiologického asistenta (RA). Vybral si mne. Protože mne kolegové přemlouvali, ať to vezmu, nakonec jsem souhlasil. Neměl jsem ani celých šest let praxe. Do funkce vedoucího (RA) jsem byl jmenován v květnu 1997. Vedoucí radiologický asistent má většinu povinností stejných jako vrchní sestry klinických oddělení, přičemž se navíc musí starat o vyšetřovací přístroje, zajišťovat povinnosti v radiační ochraně a povinnosti při práci se zdroji ionizujícího záření. Jde tedy o dost rozsáhlý soubor povinností a administrativy. Vedoucí RA asistent se stará o personální agendu spojenou s nástupem nových zaměstnanců a jejich zaškolením. Provádí rozdělení zaměstnanců na pracoviště a tvorbu plánů a rozpisů směn spolu se zaměstnaneckým oddělením. Zajišťuje zásobování oddělení zdravotnickým materiálem a léčivý spolu s obchodním oddělením a lékárnou. Vede evidenci přístrojů a zajišťuje jejich opravy, preventivní prohlídky a zkoušky spolu s technickým oddělením. Zajišťuje opravy a nákup nezdravotnického vybavení oddělení spolu s obchodním oddělením. Zajišťuje preventivní prohlídky zaměstnanců spolu s pracovním lékařstvím. Zajišťuje různé opravy v budovách spolu

s údržbou. Zajišťuje plnění povinností souvisejících s radiační ochranou a plnění povinností při práci se zdroji ionizujícího záření spolu s klinickým radiologickým fyzikem. Zde náleží velký dík panu RNDr. Petru Berkovskému z radioterapie, který nám velmi pomáhal v době, kdy jsme neměli svého radiologického fyzika. Vytváří s radiologickým fyzikem vyšetřovací radiologické standardy. Kontroluje a opravuje vykazování zdravotní péče spolu s Oddělením vykazování zdravotní péče. Vyplňuje statistická hlášení. Kontroluje zdravotnickou dokumentaci a zajišťuje její archivaci spolu s centrálním archivem. Kontroluje úklid a odvoz odpadů společně s Oddělením úklidu a odpadového hospodářství. Opravuje údaje pacientů v PACS. S primářem oddělení investice jak přístrojové, tak stavební. Spolupracuje s IT oddělením. Informace o omezení provozu našich pracovišť se musí oznamovat na intranetu a není jich málo. Určitě jsem na něco zapomněl, je toho moc. Nic z toho bych samozřejmě nezvládl sám. Velkou část povinností mají úsekovi RA asistenti. Také lékaři, ostatní RA asistenti, sestřičky, administrativní pracovníci a sanitářky se podílí na chodu celého oddělení. Za vším také stojí výborná spolupráce s primářem oddělení a vedením nemocnice. Všem patří velký dík. K tomu všemu jsem si ještě před nástupem do funkce doplnil specializační vzdělání, následně již jako vedoucí RA ukončil v roce 2001 bakalářské, a v roce 2006 magisterské vzdělání. Na samotné vyšetřování pacientů nemá již vedoucí RA asistent moc času. Já jsem si ponechal alespoň práci na operačních sálech urologie.

■ Jak jste si vybíral kolegy a jaký je váš recept na úspěšně fungující kolektiv?

Abych řekl pravdu, tak jsem si kolegy moc nevybíral. Vybral jsem si jen úsekové RA asistenty (pány Mgr. Miloše Plhoně, Bc. Vladimíra Jecha, Milana Kříže a paní Olinu Stiskalovou), ke kterým jsem měl důvěru, a se kterými jsem chtěl spolupracovat. I já sám jsem

nastoupil do funkce, protože jsem cítil podporu od kolegyň a kolegů; bez jejich podpory bych tuto funkci nikdy nepřijal. Když jsem v roce 1997 nastoupil do funkce vedoucího RA, bylo na oddělení patnáct lékařů, pětadvacet RA asistentů, devět sestřiček a administrativních pracovníků a za rok se provedlo přibližně 100 400 vyšetření. V roce 2020 již bylo šestadvacet lékařů, pětadvacet RA asistentů, třináct sestřiček a administrativních

na Jihočeské univerzitě studijní obor Radiologický asistent a studenti chodí na naše oddělení na praxi. Takže si je již můžeme trochu vychovávat a vybírat ještě před nástupem k nám. Opravdu jsem měl na většinu kolegyň a kolegů štěstí a všem patří velký dík za to, jak oddělení fungovalo a funguje. Nerad jsem dával příkazy a pokud to šlo, snažil jsem se s každým domluvit po dobrém. Řešení konfliktů mezi zaměstnanci a mezi zaměstnanci a pacienty je vždy složitě a vyčerpávající.

a kolegům co předat. Podle mne potřebovalo oddělení čerstvý vítr do plachet, který by měl na oddělení přinést nový vedoucí RA asistent pan Bc. Jan Veselý. S tím je spojena i personální změna na pozicích úsekových RA asistentů. Nechtěl jsem ve funkci zůstat jako zkušený vedoucí RA asistent, který sice vše zařídí a snaží se mít vše v pořádku, ale už na oddělení nepřinese ani žádné velké změny, ani energii kolegům do další práce. Honza Veselý je generačně mladší a věřím, že je plný elánu a nových nápadů ohledně vylepšení chodu oddělení. O odchodu z funkce jsem přemýšlel skoro rok, nebylo to tedy unáhlené rozhodnutí. Postupně jsem si vytipovával kolegy i kolegyně, kteří měli k vedoucí funkci předpoklady. Dva z kolegů odmítli a třetí, tedy Honza Veselý, souhlasil. Vše jsem konzultoval i s panem primářem Lhotákem, protože i jemu musí vedoucí RA vyhovovat a primář oddělení musí cítit, že se na vedoucího RA může spolehnout. Honzu jsem pak před koncem roku 2021 na funkci již připravoval a snažím se mu být dále nápomocen.

"Nechtěl jsem ve funkci zůstat jako zkušený vedoucí RA asistent, který sice vše zařídí a snaží se mít vše v pořádku, ale už na oddělení nepřinese ani žádné velké změny, ani energii kolegům do další práce."

pracovníků a za rok jsme provedli 203 200 vyšetření. V roce 2021 nastoupili další RA asistenti. Když mluvíme o RA asistentech, myslím tím i asistentky. Díky generálnímu řediteli nemocnice panu MUDr. Ing. Michalu Šnorkovi, Ph.D., a personálnímu řediteli panu Ing. Milanu Voldřichovi, MBA, se nám dařilo průběžně doplňovat chybějící personál a domluvit navýšení počtu RA asistentů pro zajištění provozu. Vzhledem k nedostatku sestřiček a RA asistentů jsme na oddělení přijali všechny, kdo měli zájem na radiologii pracovat. Obrovskou výhodou je, že je

Pokud někdo z RA asistentů projevil zájem o sebe prezentaci na přednáškách a kongresech, vždy jsem se snažil je v tom podpořit. Odborným aktivitám jsem v rámci možností meze nekladl. V našich řadách bylo i pár kolegů, se kterými jsme se museli rozloučit. Ne každý vydržel velký pracovní nápor a plně nasazení. Práce máme opravdu hodně.

■ O uvolnění z funkce jste požádal sám. Připravoval jste svého zástupce a podle jakého klíče jste jej vybral?

Ano, o uvolnění z funkce jsem požádal sám. Cítil jsem, že již nemám oddělení

■ Na oddělení zůstáváte a vracíte se tedy naplno na pozici radiologického asistenta. Na jakém „úseku“ nyní pracujete a na co jste se nejvíce těšil?

Od 1. 1. 2022 jsem na oddělení jako řadový RA asistent na pracovištích v budově C a postupně i v budově I. Po domluvě s panem primářem a vedoucím RA se zapracovávám na skiagrafii, skiaskopii, pojezdových RTG přístrojích a skia na operačních sálech. Ano, musím se zapracovávat. Princip vyšetření za ty roky zůstal stejný, nicméně přístroje jsou jiné. CT a angiografii přenechám mladším, do toho se už pouštět nebudu. Jak jsem již zmínil, na operační sál urologie jsem chodil i jako vedoucí RA asistent, bylo to jediné pracoviště, kde jsem relativně v klidu mohl pracovat. Zkoušel jsem i práci na magnetické rezonanci, ale když jsem měl během dne dvacet telefonátů a měl jsem stále něco zařizovat, tak to nešlo dohromady. Na operační sál se mi nikdo

moc neodvažoval zavolat. Samotné vyšetřování pacientů mne vždy bavilo. RTG přístroje jsou technicky úplně jinde než před třiceti lety a na to jsem se těšil.

■ **Práce radiologického asistenta vás stále naplňuje. Co vás na vaší práci baví a co je na ní naopak nejtěžší?**

Práce RA asistenta mne stále baví, je to podobné jako zhotovovat fotografie a mým cílem je provádět kvalitní RTG vyšetření. Těší mne, že provedené RTG vyšetření slouží ke stanovení diagnózy a následně ke správné léčbě pacientů. Vždy se snažíme, aby provedené vyšetření bylo co nejkvalitnější. Pokud se na vyšetření pacient vrací a vidíte zlepšení jeho zdravotního stavu, tak je to odměna i za naši práci. Bohužel ne vždy to dopadne dobře. Na naší práci je hezký právě výsledek našich vyšetření. Díky RTG záření „vidíme“ do lidského těla a pomáháme tím ke stanovení diagnózy pacientů.

RA asistenti jsou zhotovitelé vyšetření, pak následuje důležitá práce lékařů radiologů stanovit z vyšetření správnou diagnózu, a to je mnohdy velmi náročné. Bez zobrazovacích metod našeho oddělení by vlastně u velké části pacientů nebylo možné určit správnou diagnózu. Těžké je v naší práci posuzovat indikace vyšetření. Počet vyšetření stále stoupá a víme, že mnohdy jsou indikace k vyšetření nedostatečné. Pacient by měl být vždy klinicky vyšetřen a teprve následně indikován k vyšetřením pomocí RTG záření. Dohady o potřebě vyšetření s indikujícími lékaři jsou složité. Vždy musíme mít na paměti, že RTG záření také škodí. Indikace k vyšetření musí být zdůvodněná. Složitě je také provádět vyšetření u nespolupracujících ležících pacientů, avšak vždy se snažíme vyšetření provést tak, aby mělo výpovědní hodnotu.

Samozřejmě někdy je vyšetření neproveditelné, ale to jsou jen výjimky. Nejtěžší však je, když ani přes veškerou péči zdravotnického personálu již nelze pacientovi pomoci. Každá ztráta je velmi těžká.

■ **Pokud se nyní někdo rozhoduje o studiu na radiologického asistenta, co byste mu poradil? Jaké předpoklady musí mít dobrý radiologický asistent?**

U budoucích studentů oboru RA asistent je důležité, aby měli vztah k technice, zvládali anatomii, nebáli se ionizujícího záření a uměli jednat s pacienty. Důležitá je i představitost, jak správně vyšetření provést, pokud nelze provést standardně. Ovládání přístrojů a provádění vyšetření se dá naučit, avšak jednání s pacienty a kolegy v sobě člověk již musí mít.

■ **Ing. Veronika Dubská**

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

Staňte se členem týmu NEJLEPŠÍ NEMOCNICE ROKU 2021

Kompletní přehled volných pozic naleznete na:
www.nemcb.cz/vzdelani-a-kariera/pracovni-prilezitosti



Klíšťová encefalitida je v porovnání s boreliózou jednoznačně závažnější onemocnění

Klíšťová encefalitida je velmi závažné infekční onemocnění přenášené klíšťaty. Jižní Čechy patří v posledních letech k místům nejen s nejvyšším výskytem infikovaných klíšťat, ale bohužel i nejvyšším počtem pacientů. Žádná konkrétní léčba tohoto onemocnění zatím není dostupná, zato je však k dispozici velmi účinné a léty ověřené očkování. Více o této závažné, avšak stále podceňované nemoci nám poví MUDr. Michal František Kříha z Infekčního oddělení naší nemocnice.

■ Pane doktore, jaké jsou typické příznaky klíšťové encefalitidy?

Klíšťová encefalitida má dvě fáze. První propuká nejčastěji týden po přisátí klíštěte a nemá žádné specifické projevy. Jde o chřipkové příznaky – pacienti si například stěžují na únavu, bolesti svalů, kloubů a hlavy a na horečku. Tyto obtíže však mohou mít celou řadu příčin. V této fázi nemá ani lékař možnost s jistotou potvrdit nákazu virem klíšťové encefalitidy, protože v krvi se ještě nestačily vytvořit detekovatelné protilátky. Klíšťovku lze v této fázi jen tušit podle klinických příznaků a například anamnézy přisátí klíštěte, chybějícího nebo neúplného očkování a změn v krevním obraze a pomocí dalších parametrů vyšetření krve. Tyto změny ovšem mohou být přítomné také u jiných virových nemocí.



MUDr. Michal František Kříha / Foto: redakce

Po chřipkové fázi obtíže přibližně na týden ustoupí a nemoc následně přechází do druhé, tzv. neurologické fáze, při které již virus pronikl do nervového systému, kde začíná škodit, a objevují se tak nové příznaky.

Tato fáze má tři možné scénáře průběhu podle toho, jakou část nervového systému virus postihuje. Nejmírnějším z nich, i když také velice nepříjemným, je **meningitida** neboli zánět mozkových obalů. Člověk s touto formou nemoci trpí příznaky,

kteřé jsem zmiňoval již u první fáze, mohou ale být vystupňované. Navíc ho ještě hodně bolí hlava, má ztuhlé krční svalstvo, je světloplachý a může zvracet. Druhou, méně příznivou formu představuje **encefalitida**, což je již přímo zánět mozku. Ten se navíc může projevovat například třesem, ztrátou rovnováhy, celkovým zpomalením psychiky a v nejhorším případě poruchou polykání a mluvení. Při třetí formě – **myelitidě** – je postižena mícha a dochází k obrně končetin a někdy i k obávané obrně bránice.

V této fázi je již nutná hospitalizace, abychom diagnózu potvrdili, pacienta sledovali a včasné zasáhli, pokud by se průběh vyvíjel špatným směrem. Smutné je, že na encefalitidu stále nemáme specifický lék, a tak naše léčba cílí zejména na příznaky a má podpůrný efekt. V případě encefalitidy nasazujeme kortikoidy, se kterými máme dobré zkušenosti, a někdy u pacientů pozorujeme rychlé zlepšení stavu.

Právě proto od 1. ledna letošního roku mají všichni lidé nad 50 let v ČR očkování hrazené pojišťovnami. Věk je známým rizikovým faktorem horšího průběhu, významnou predispozicí těžkého průběhu jsou však také poruchy imunity. Další faktory, proč jeden nemocný má těžký průběh a druhý třeba jen mírný, jsou ve světě výzkumu klíšťové encefalitidy jedním

podceňované onemocnění, jenže ve chvíli, kdy k nám pacienti přijdou s potížemi, je už na očkování pozdě. Pro příklad bychom přitom nemuseli chodit moc daleko. Ve vedlejším Rakousku se podařilo dosáhnout proočkovanosti proti této nemoci u více než 80 % obyvatelstva. U nás je bohužel naočkována stěží jedna třetina populace.

K odstranění klíštěte není nutné lékařského ošetření.

- Klíštěte zvládnete vyndat i sami - například pinzetou.
- V případě, že je klíštěte prisáté na špatně dostupném místě, obraťte se o pomoc na někoho ve Vašem okolí.
- Klíštěte nevytrhávejte. Pokud se Vám klíštěte nepodaří vyndat celé, pokuste se jeho části vytáhnout ostrou pinzetou.
- Pokud i přesto zůstávají kusadla klíštěte v kůži, ránu dobře umyjte mýdlem, případně zakápněte dezinfekcí. Vaše tělo si se zbytky klíštěte samo časem poradí a odloučí je.

■ Řekl byste, že ve většině případů jde spíše o mírné onemocnění? Jaká je šance, že nemoc nedopadne dobře?

Do fáze s postižením nervového systému přechází asi 3/4 všech nemocných. Riziko úmrtí se u klíšťové encefalitidy uvádí kolem 0,5–1 %, nicméně frekvence výskytu dlouhodobých následků dosahuje mnohem vyšších hodnot. Jen obrny končetin jsou přítomné v 5–10 % případů a s určitou formou lehčích následků se potýká až 50 % pacientů! Platí, že čím je pacient starší, tím větší je riziko nejen kritického průběhu, ale i dlouhodobých následků.

z intenzivně zkoumaných témat. Nejčastěji k nám přicházejí pacienti v produktivním věku 40–50 let, kteří jsou aktivní, chodí do lesa, zahrádkaři a mají rádi přírodu. A někteří po prodělání nemoci již bohužel nejsou schopni vrátit se do svého původního zaměstnání ani vést stejný životní styl. Pacienty zpravidla překvapuje závažnost průběhu klíšťovky a fakt, o jak nepříjemné onemocnění se jedná. Lidé se běžně bojí spíše boreliózy, která je z větší míry samouzdravitelná a existuje proti ní efektivní antibiotická léčba. Klíšťovka je u nás dlouhodobě

■ Propukne nemoc u každého? A kolik pacientů ročně léčíte?

Víme o případech, kdy nemoc proběhne asymptomaticky, což znamená bezpříznakově. Nebo jen s mírnými příznaky či obtížemi, kdy nedojde k přechodu do druhé fáze. Sběrem dat o pacientech hospitalizovaných na našem oddělení, u kterých se potvrdila diagnóza klíšťové encefalitidy, jsem vlastně navázal na práci našeho bývalého primáře MUDr. Václava Chmelíka a každoročně si data vyhodnocuji. V letech 2019–2021 na našem oddělení leželo v průměru 80 pacientů, což je v porovnání s ostatními nemocnicemi opravdu

hodně. Vzpomínám si na situaci v létě roku 2020, kdy bylo na našem oddělení v jednu chvíli celkem 13 pacientů jen s touto diagnózou.

■ **Encefalitida je závažné onemocnění mozku. Jak dlouho trvá léčba a následná rekonvalescence?**

Ano, nervový systém je při neurologické fázi vždy více či méně zasažen.

že ani po 3 až 9 měsících nejsou schopni se plně vrátit do zaměstnání.

Ať už kvůli problémům s pamětí, soustředěním, častými bolestmi hlavy, nebo přetrvávajícím třesem.

Tyto příznaky se označují jako tzv. postencefalitický syndrom.

Je poměrně častý – setkává se s ním až polovina pacientů. Není však typický jen pro klíšťovku, může být následkem i jiných infekcí nervového systému.

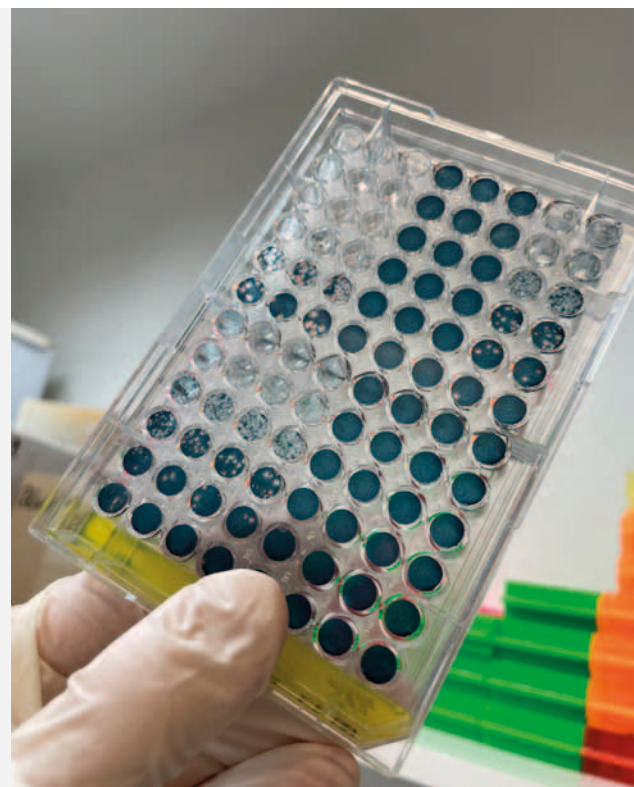
k plnému pracovnímu nasazení opravdu nedoporučujeme.

■ **Jak je to s virem? Zbaví se jej tělo kompletně po uzdravení?**

Časem tělo virus překoná a vyloučí ho, na rozdíl například od herpetických virů, které mají schopnost zabudovat se do buněk člověka. Vzácně jsou však popisovány i chronické formy infekce, které může způsobit dálnovýchodní

OČKOVÁNÍ PROTI KLÍŠŤOVÉ ENCEFALITIDĚ

- Očkování proti klíšťové encefalitidě je možné po celý rok a představuje účinnou prevenci tohoto onemocnění.
- Základní očkovací schéma se skládá z aplikace 3 dávek, v doporučených intervalech se provádí přeočkování jednou dávkou.
- Před začátkem sezóny klíšťat je vhodné mít aplikovány alespoň dvě dávky. Od 1. 1. 2022 mají osoby starší 50 let očkování proti klíšťové encefalitidě zdarma.
- Většina zdravotních pojišťoven nabízí osobám mladším 50 let příspěvek na očkování.
- Očkovat se můžete například v Očkovacím centru Nemocnice České Budějovice, informace o provozní době naleznete zde: <https://www.nemcb.cz/oddeleni/infekcni-oddeleni/>
- Více informací naleznete nejen o očkování naleznete na stránkách www.pozorkliste.cz a www.szu.cz.



Cytopatický efekt viru na buněčné kultuře při tzv. plakové titraci / Foto: soukromý archiv MUDr. Kříhy

A stejně jako musíte šetřit po úrazu zlomenou nohu, je třeba dopřát čas na rekonvalescenci i mozku. Proto po období akutní fáze nemoci pacientům doporučujeme hodně odpočívat, nesledovat televizi a celkově zvolnit. Mentální zátěž a každodenní činnosti by měli začleňovat postupně. V dřívějších dobách byla samozřejmostí 2–3týdenní hospitalizace, nyní pobyt v nemocnici zbytečně neprodlužujeme, ale trvá průměrně 1–2 týdny. Pacientům doporučujeme po propuštění ještě jeden týden na lůžku. Nicméně u spousty pacientů vidíme,

■ **Vymizí časem tento syndrom?**

Ano, většina příznaků tohoto syndromu časem ustoupí. U některých pacientů je to bohužel opravdu běh na dlouhou trať. V případě těžkých komplikací, jako je například obrna, pak může rekonvalescence trvat i několik let a někdy se pacient následků už nikdy nezbaví. Často také pozorujeme, že pacienty, kteří nebyli schopni dodržet dostatečně dlouhý klidový režim, kteří spěchali z nemocnice domů a tam pak nedodržovali doporučené zásady, následně čeká opětovná hospitalizace, protože se jim potíže vracejí. Z tohoto důvodu pacientům překotný návrat

subtyp viru vyskytující se v pásu procházejícím Ruskem a Asií. Tyto východní subtypy mají také mnohem vyšší smrtelnost než náš evropský virus. Vakcína, která je v ČR dostupná, je naštěstí účinná i proti těmto zahraničním variantám viru.

■ **Zmínil jste, že v první fázi nelze nemoc detekovat. Kdy tedy můžete diagnózu s jistotou potvrdit?**

Diagnóza je založena na třech pilířích. Záleží jednak na typickém klinickém

obrazu, jednak na pozitivě vyšetření protilátek v krvi, které v druhé fázi již bývají zvýšené. Pokud víme toto, je diagnóza vysoce pravděpodobná. Provádíme však ještě lumbální punkci, kdy zánět v mozkomíšním moku dotvoří celý obraz infekce a potvrdí diagnózu.

■ **Jaká je vaše rada pro pacienty, které například bolí hlava, nejsou proti klíšťovce očkováni a vědí, že přibližně před týdnem měli klíště?**

Je důležité si uvědomit, že klíšťová encefalitida je horečnaté onemocnění, které má často zřetelný a akutní průběh. Jen pobolívání hlavy může mít zvláště v letních měsících řadu jiných příčin. Klíšťovka proto není diagnóza, na kterou bych zprvu pomýšlel. Pokud si ale neočkovaný člověk odstraní přisáté klíště a do týdne se objeví horečky, je diagnóza možná. Na prvním místě bych ale stejně doporučil návštěvu praktického lékaře, který zhodnotí stav pacienta, vyloučí jiné příčiny horeček a případně k nám dotyčného nasměruje. Pokud horečky ustanou, avšak za několik dní se objeví znovu a přidá se k nim například zvracení, silné bolesti hlavy a ztuhlost šíje, je třeba vyhledat přímo Infekční oddělení, aby se vyloučila infekce nervového systému.

■ **Kdy je ideální čas nechat se očkovat?**

Výhodnější je zahájit očkování před začátkem sezóny klíšťat, například v zimě. Očkovací schéma je 3dávkové, nicméně výrobce vakcíny slibuje 80–90% ochranu pro následující sezónu již po dvou dávkách. Z tohoto důvodu existuje i zrychlené schéma, které je užitečné v letních měsících. Během 14 dní dostanete 2 dávky, 3. pak následuje po 5 až 12 měsících. Poté je člověk chráněn po dobu 3 let, kdy přichází první přeočkování. Další dávka pacienty čeká již po 5 letech, respektive po 3 letech u starších osob.

■ **Velmi diskutovaná je také technika vyjmutí klíštěte.**

Jaký je správný postup?

Technika není až tak podstatná. Důležité je klíště především vytáhnout

a provést to co nejdříve.

Po odstranění je vhodné místo ošetřit běžnou dezinfekcí.

Včasné vyndání klíštěte je zároveň prevencí boreliózy, uvádí se totiž, že k jejímu přenosu dochází až po 24 hodinách přisátí klíštěte.

Pro klíšťovku není rychlost vyndání až tak zásadní, jelikož se přenáší velice rychle po přisátí. Je dobré si pamatovat, odkud jsme klíště vytáhli, a tu a tam místo na kůži zkontrolovat.

místech těla, kde klíště nebylo přisáté. Diagnóza je založena na kožním nálezu, a vzhledem k tomu, že borrelie se považují za bakterie dobře citlivé na běžná antibiotika, jsou jimi bezpečně zahubeny a není nutné se obávat, že bakterie v těle přetrvají. Nabírání protilátek je v tomto případě naprosto zbytečné. I při správné léčbě není zaručeno, že se protilátky vytvoří, a dokonce i normálně „krátkodobé“ IgM protilátky mohou v případě

"Platí, že čím je pacient starší, tím větší je riziko nejen kritického průběhu, ale i dlouhodobých následků. Právě proto od 1. ledna letošního roku mají všichni lidé nad 50 let v ČR očkování hrazené pojišťovnami."

■ **Borelióza je dalším onemocněním přenášeným klíšťaty. O jak závažné onemocnění se jedná?**

Z mého pohledu je klíšťová encefalitida v porovnání s boreliózou jednoznačně závažnější onemocnění. U boreliózy je důležité si říct několik základních faktů. Jedná se o poměrně časté onemocnění, u kterého se nejčastěji setkáváme s kožní formou. Ta je charakteristická plošným zarudnutím, které nebolí ani nesvědí, vyskytuje se nejdříve 3. den po přisátí a někdy ve středu vybledá. Skvrna se tvoří zpravidla v místě přisátí, pomalu se šíří do okolí a v pozdějších fázích se může vyskytovat i na jiných

boreliózy v těle přetrvávat dlouhodobě nebo mohou být zvýšeny nespecificky.

V případě pozdních stadií boreliózy je diagnostika mnohem komplikovanější, orientujeme se podle klinického obrazu v kombinaci s odpovídajícími laboratorními vyšetřeními. Samotný odběr protilátek v krvi nemá velký význam a jeho interpretace je velmi složitá. Denně se v ambulanci setkáváme s tím, že řada pacientů a jejich ošetřujících lékařů spojuje své leckdy i dlouhodobé potíže s pozitivitou náhodně získaných protilátek. A to například i přesto, že potíže již dávno byly vysvětleny jinak. Někdy dokonce

zjevně souvisí s životním stylem jedince. Rovněž je důležité zmínit, že imunita po prodělání boreliózy na rozdíl od klíšťovky není doživotní, člověk se tedy může nakazit opakovaně.

■ **Boreliózu stejně jako klíšťovou encefalitidu přenášejí infikovaná klíšťata. Setkáváte se i s pacienty, kteří se nakazili jak klíšťovkou, tak i boreliózou?**

Ano, i takové pacienty máme každoročně v péči a v důsledku přesnější diagnostiky jsme pozorovali jejich nárůst. Někdy je poměrně obtížné rozlišit, zda pacient nervovou formou boreliózy při klíšťovce opravdu trpí, právě z důvodu obtížné interpretace hladiny protilátek. Řada lidí protilátky proti borelióze v krvi má, nicméně to neznamena, že aktuálně onemocněním trpí. Příznaky obou nemocí se často překrývají, určující je až důkaz protilátek proti boreliím v mozkomíšním moku. Už jsme si na boreliózu při klíšťové encefalitidě zvykli myslet, a proto ji standardně vyšetřujeme.

Čtenáře nejspíš moc nepotěším, ale klíště je přenašeč mnoha dalších infekčních onemocnění. Častější je například tularémie. Jedná se o bakteriální infekci s pozvolným nástupem, která se projevuje hlavně horečkami, nehojícím se vředem v místě přisátí klíštěte a později i zvětšenou svodnou uzlinou.

■ **Klíšťovka je také předmětem řady výzkumů, mimo jiné i na vašem oddělení.**

Ano, je to nemoc, kterou známe dlouhá léta. Stále je ovšem mnoho věcí, které nevíme a které bychom zvláště v oblasti léčby potřebovali objasnit.

Věda se snaží nalézt řešení na otázku, jak infekci již časně detekovat a jak léčbu cílit přímo na virus. Právě zejména včasné potvrzení diagnózy je tématem mého doktorandského studia na Přírodovědecké fakultě Jihočeské univerzity. V rámci něj se snažím pomáhat kolegům z Laboratoře arbovirologie Biologického centra

Akademie věd České republiky při hledání způsobu, jak už v první fázi nemoci odhalit přítomnost RNA, tedy genetické informace viru v moči. Tento postup detekce viru už je znám například u viru Zika, který patří stejně jako virus klíšťovky do skupiny flavivirů. Pacientům, u kterých existuje podezření, že se mohou nacházet v první fázi onemocnění, odebíráme s jejich souhlasem v naší ambulanci moč. V tuto chvíli se snažíme vytvořit protokol, který by umožnil genetickou informaci v moči lépe zakonzervovat, aby bylo

antivirotika, pokud by jejich vývoj byl již úspěšně dokončen. Princip vývoje monoklonálních protilátek spočívá v tom, že vytvořený klon bílých krvinek produkuje jednu specifickou protilátku na určitou strukturu na povrchu daného viru. Včasné podání těchto protilátek by mohlo být cestou, jak zabránit těžkému průběhu v druhé fázi. Jedná se vlastně o podobný princip, jaký jsme uplatňovali u pacientů s covidem. Pokud včas podáme člověku protilátku, které už cílí přímo na virus a dokážou ho zachytit, předpokládáme, že pak

"Smutné je, že na encefalitidu stále nemáme specifický lék, a tak naše léčba cílí zejména na příznaky a má podpůrný efekt."

možné ji následně izolovat a detekovat. V rámci dalších studií ještě zkoumáme krev a mozkomíšní mok pacientů, kteří jsou u nás hospitalizováni v druhé fázi onemocnění. Kromě studií s časnou detekcí viru jsme měli možnost se jako oddělení spolupodílet na studii s výzkumem tvorby monoklonálních protilátek.

■ **Co by z pohledu léčby znamenal objev spolehlivé metody detekce viru v první fázi?**

Kdybychom věděli už v první fázi, že je člověk nakažen, mohli bychom mu podat specifické léky, například monoklonální protilátky či

nedojde k těžkému průběhu. A když už ve spojitosti s klíšťovou encefalitidou zmiňuji covid, chtěl bych využít této příležitosti a vyzdvihnout kolegy z Neurologického oddělení. Ti nám každoročně především v období podzimních vln covidu velmi pomohli, protože převzali péči o naše pacienty s klíšťovkou. Tou dobou se totiž výskyt obou nemocí vždy překrýval, takže šlo o důležitou podmínku toho, abychom se mohli plně věnovat pacientům s covidem.

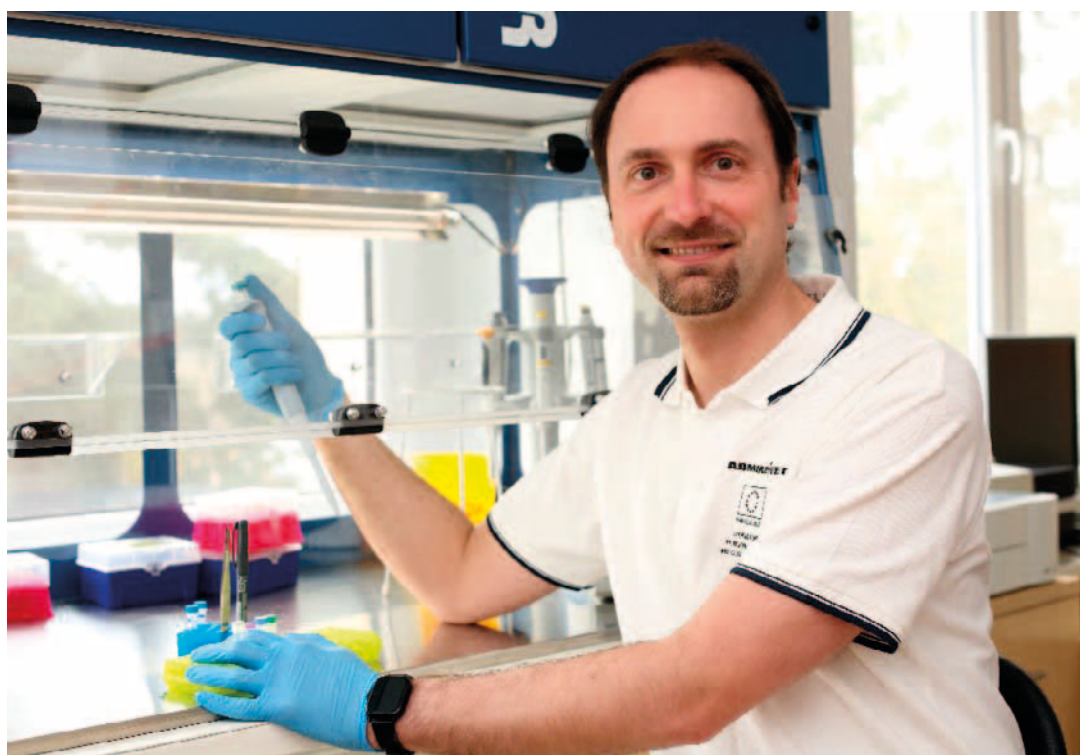
■ **Ing. Veronika Dubská**

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

Možná to zní jako klišé, ale je skutečně nesmírně vnitřně obohacující odpovídat na otázky, na které doposud nikdo neznal odpověď

Výzkumu viru klíšťové encefalidity se intenzivně věnuje prof. RNDr. Daniel Růžek, Ph.D., vedoucí laboratoře arbovirologie z Parazitologického ústavu Biologického centra AV ČR v Českých Budějovicích.

Ve svém výzkumu je velmi úspěšný, v loňském roce se jeho laboratoři podařilo vyvinout látku, která má potenciál se stát do budoucna lékem. Na tomto výzkumu spolupracoval mimo jiných i držitel Nobelovy ceny za fyziologii a lékařství Charles M. Rice. Základem výzkumu byly protilátky pacientů léčených na Infekčním oddělení naší nemocnice. Jsme tedy právem hrdí, že se naši lékaři a pacienti zúčastnili tak průlomového výzkumu.



Prof. RNDr. Daniel Růžek, Ph.D. / Foto: soukromý archiv

■ Pane profesore, jak dlouho je virus způsobující klíšťovou encefalitidu znám a víte už o něm vše? Co ještě případně čeká na objasnění?

Virus klíšťové encefalidity byl poprvé objeven ruskými vědci v roce 1937. Lidový komisariát zdravotnictví SSSR tehdy vypravil sérii vědeckých expedic na ruský Dálný východ, které měly za cíl zkoumání nového onemocnění, jež se v této oblasti začalo vyskytovat. Tehdy se označovalo jako ruská jaro-letní encefalitida. Expedice byly úspěšné – jako původce tohoto onemocnění byl identifikován nový virus, který byl nalezen nejen v patientských vzorcích, ale i u volně žijících hlodavců

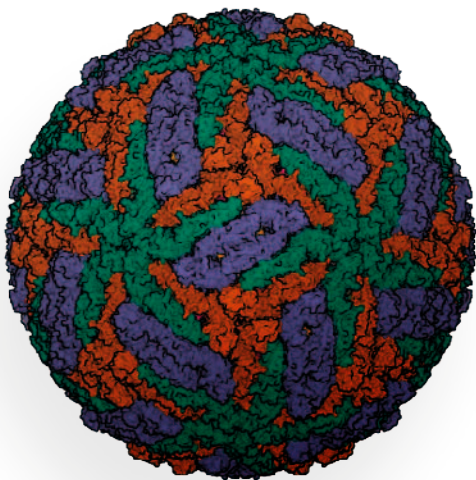
a v klíšťatech. Právě úspěšná detekce viru v klíšťatech naznačila, že by tyto tvorové mohli figurovat jako přenašeči nákazy, což se následně potvrdilo i experimentálně. Ve střední Evropě byl virus klíšťové encefalidity poprvé objeven na území tehdejšího Československa v roce 1948. V tomto roce byl zaznamenán neobvyklý nárůst počtu případů neznámé neuroinfekce v různých částech republiky, což přilákalo pozornost odborníků různých specializací. Ze vzorků krve a mozkomíšního moku se

následně podařilo dr. Františku Galliovi v Praze izolovat virus, který nápadně připomínal virus klíšťové encefalidity známý z Ruska. Paralelně byl tentýž virus izolován na jižní Moravě prim. Krejčím za asistence opět dr. Gallii. Při práci v laboratoři se dr. František Gallia bohužel sám virem klíšťové encefalidity nakazil. Po nedostatečném zotavení se vrátil k laboratorní práci, ale nakazil se ještě jinou laboratorní infekcí, které následně podlehl. Virus klíšťové encefalidity tedy známe již 85 let a víme o něm mnoho.

Přesto ale nemůžeme říci, že o něm víme vše. U klíšťové encefalidity zůstává stále mnoho klíčových otázek nezodpovězených, ať už se týkají biologie samotného viru, nebo zejména procesů, které se odehrávají v infikovaném organismu.

■ U virů typu chřipka a koronavirus je problémem jejich schopnost časté mutace. Jak je to s virem klíšťové encefalidity? Hrozí u něj, že jedno očkování, monoklonální protilátky či případné antivirotikum přestanou být účinné?

Virus klíšťové encefalidity patří mezi evolučně staré viry. Neprochází tedy tak překotným vývojem, jako je tomu u virů mladých, mezi které řadíme například virus SARS-CoV-2. Principiálně mutují neustále všechny viry, ale ty evolučně staré již v průběhu svého vývoje vyzkoušely nejrůznější kombinace svých mutací. V rámci vývoje tak dospěly do stavu, kdy jim další mutace již nepřinášejí žádnou výhodu a spíše jsou pro virus nevýhodné. Takové virové varianty, které nesou nevýhodnou mutaci, jsou poté v rámci populace vytlačeny těmi úspěšnějšími. Když porovnáme genetickou informaci nejstarších izolátů viru klíšťové encefalidity, které máme k dispozici z padesátých let minulého století, s izoláty, které se v přírodě vyskytují nyní, nepozorujeme žádné



Vir klíšťové encefalidity /
Zdroj: soukromý archiv

zásadní odlišnosti. Na základě toho se nemusíme obávat, že by virus klíšťové encefalidity v budoucnu mutoval takovým způsobem, že by proti němu očkování nebo monoklonální protilátky přestaly fungovat.

■ O viru se mluví primárně v souvislosti s přenosem z klíštěte. Ale nejprve se klíště musí nakazit od jiného savce. Můžete popsat „koloběh“ viru?

U nás se virus klíšťové encefalidity přenáší primárně klíštětem obecným (*Ixodes ricinus*). Klíště obecné má tři vývojová stadia – larva, nymfa a dospělec. Jednotlivá vývojová stadia se liší jak svou velikostí, tak i počtem nohou, kdy larvy mají jen tři páry nohou, zatímco nymfy a dospělci páry čtyři. V průměru každé vývojové stadium klíštěte trvá zhruba rok, ale může být kratší i delší v závislosti na klimatických podmínkách. V rámci každého vývojového stadia klíště saje krev na hostiteli zpravidla pouze jednou. Jakmile se klíště jednou nakazí virem klíšťové encefalidity, zůstává nakažené celoživotně.

Klíšťata tak slouží nejen jako přenašeč, ale i rezervoár viru v přírodě. Další rezervoárové hostitele představují drobní hlodavci. Klíště se může nakazit při sání krve na infikovaném hlodavci anebo při společném sání infikovaných a neinfikovaných klíšťat na stejném hostiteli. K přenosu viru na člověka dochází zpravidla po přisátí klíštěte, přičemž klíště vylučuje virus do rány spolu se svými slinami.

■ Jste velmi úspěšní v rámci výzkumu monoklonálních protilátek, které již byly úspěšně testované na myších. Můžete popsat, co se vám v této oblasti doposud podařilo, a případně se podělit o výhled, za jak dlouho by se vaše preparáty mohly začít používat v humánní medicíně?

Výzkum zaměřený na vývoj monoklonálních protilátek, které by bylo možné využít preventivně nebo léčebně, byl realizován ve spolupráci s pacienty z českobudějovické nemocnice. Rád bych jim touto cestou

Article | April 08 2021

Broad and potent neutralizing human antibodies to tick-borne flaviviruses protect mice from disease

Marianna Agudelo, Martin Palus, Jennifer R. Keefe, Filippo Bianchini, Pavel Svoboda, Jiří Salát, Avery Peace, Anna Gazumyan, Melissa Cipolla, Tania Kapoor, Francesca Guidetti, Kai-Hui Yao, Jana Elsterová, Dana Teislerová, Aleš Chrdle, Václav Höhnig, Thiago Oliveira, Anthony P. West, Jr., Yu E. Lee, Charles M. Rice, Margaret R. MacDonald, Pamela J. Bjorkman, Daniel Růžek, Davide F. Robbiani, Michel C. Nussenzweig

Týmu profesora Růžka se ve spolupráci s lékaři naší nemocnice a dalšími výzkumnými týmy ve Švýcarsku a USA podařilo izolovat protilátky s vysokou virus-neutralizační aktivitou, které mohou mít potenciál pro použití v profylaxi nebo léčbě klíšťovky. Práce byla vloni publikována v prestižním odborném časopise Journal of Experimental Medicine (Impakt faktor 14,3)

ještě jednou velice rád poděkoval za jejich ochotu a pomoc, bez které by tento projekt nebylo možné uskutečnit. U pacientů, kteří prodělali klíšťovou encefalidu, jsme identifikovali tzv. superneutralizátory, tj. jedince, kteří si po prodělané nákaze vytvořili nejvyšší protilátky. Od těchto „superneutralizátorů“ jsme následně získali buňky, které jsou za tvorbu takových protilátek zodpovědné. Následně jsme tyto kvalitní protilátky vytvořili již uměle a testovali jejich účinnost jednak s využitím buněčných kultur, jednak i na laboratorních myších. A ukázalo se, že tyto protilátky jsou skutečně nesmírně kvalitní a dokážou virus účinně zastavit, zejména pokud se podají v raných fázích infekce. Na tomto našem výzkumu se podílel i nositel Nobelovy ceny za fyziologii a lékařství z roku 2020 Charles M. Rice. V současné době jsou protilátky připravené k zahájení klinického testování u lidských dobrovolníků. Nicméně klinické testování je nesmírně nákladná záležitost, takže nejprve potřebujeme najít partnera z farmaceutického průmyslu, který by toto klinické testování finančně zaštil.

■ Předpokládám, že se věnujete i dalším výzkumům – můžete nastínit, čeho se týkají?

V naší laboratoři se věnujeme nejruznějším otázkám spjatým s klíšťovou encefalitidou, případně jinými virovými infekcemi. Zkoumáme biologické vlastnosti těchto infekcí a imunitní odpověď hostitele na nákazu, ale věnujeme se i vývoji nových kandidátních léčiv a vakcín.

■ Viry se pohybují na pomezí živého a neživého organismu, jedná se o organismy násobně menší než bakterie. Čím jsou pro vás zajímavé a co je pro vás na nich tak přitažlivého, že jste se rozhodl právě pro jejich studium?

Viry skutečně stojí na pomezí mezi živým a neživým světem. Ani virologové se nemohou shodnout, zda je můžeme pokládat za živé organismy, či nikoliv. Pravdou ovšem je, že se v poslední době začíná stále více a více prosazovat koncept virů jako živých organismů. Samotný výraz virus pochází z latiny a znamená cosi jako jed, hlen či odpornou zápachající tekutinu. Nicméně až vynález elektronového mikroskopu ukázal, že viry nejsou žádným hlenem či odpornou tekutinou, ale že představují miniaturní částice, které mnohdy vynikají svou pozoruhodnou geometrickou krásou. Všechny živé organismy jsou doslova obklopeny viry – existují viry, které se specializují na živočichy včetně člověka, ale jsou i viry rostlin, hub, bakterií, řas či prvoků. Viry nacházíme ve vzduchu, vodě, hlíně, v potravě, zkrátka všude. Odhaduje se, že virových částic, které se vyskytují na planetě Zemi, je více než hvězd ve vesmíru. Nejjednodušší viry sestávají jen z genetické informace, která je zabalená do bílkovinné obálky. A je až neuvěřitelné, že takto jednoduché, až primitivní virové částice dokážou zdolat veškeré sofistikované obranné mechanismy svých hostitelů. Naprostá většina virů žije v jakési rovnováze se svými hostiteli, ale jen nepatrné procento virů způsobuje u svých hostitelů onemocnění. Toto všechno jsou naprosto unikátní

a úchvatné vlastnosti virů, které je nesmírně zajímavé zkoumat, a proto je také tak fascinující být virologem.

■ Co je vaším snem jako výzkumníka? Co byste rád někdy objevil nebo se dozvěděl?

Řekl bych, že mě osobně motivují dva hlavní cíle. Jednak je to obecně objevování neznámého. Možná to zní jako klišé, ale je skutečně nesmírně vnitřně obohacující odpovídat na otázky, na které doposud

nikdo neznal odpověď, a prošlapávat ony pomyslné nové cestičky. Kromě toho je ale také naším cílem objevovat nová léčiva, vakcíny nebo nové diagnostické postupy, které by mohly v budoucnu pomoci pacientům, ať už z hlediska lepší prevence, léčby, či snadnější diagnostiky virových infekcí.

■ Ing. Veronika Dubská

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů



Prof. RNDr. Daniel Růžek, Ph.D.

Je vedoucím Laboratoře arbovirologie Parazitologického ústavu Biologického centra AV ČR v Českých Budějovicích a vedoucím Laboratoře emergentních virových nákaz na Výzkumném ústavu veterinárního lékařství v Brně (CC).

Zabývá se výzkumem virových nákaz přenášených vektory, zejména pak virem klíšťové encefalidity.

Za jeho výzkum monoklonálních protilátek proti viru klíšťové encefalidity mu udělil Adam Vojtěch Cenu ministra zdravotnictví za zdravotnický výzkum a vývoj.

Působí jako koordinátor české sekce Světové virologické společnosti. Je přidruženým redaktorem časopisu Ticks and Tick-borne Diseases.

Vystudoval magisterský obor Klinická biologie a doktorský obor Molekulární a buněčná biologie a genetika na Přírodovědecké fakultě Jihočeské univerzity. Absolvoval postdoktorandský pobyt na Oddělení virologie a imunologie Texaského biomedicínského výzkumného institutu v San Antoniu v USA.

Vyučuje předmět Lékařská virologie na Přírodovědecké fakultě Jihočeské univerzity a Patogeneze virových nákaz na Přírodovědecké fakultě Masarykovy univerzity v Brně.

Víte, že...

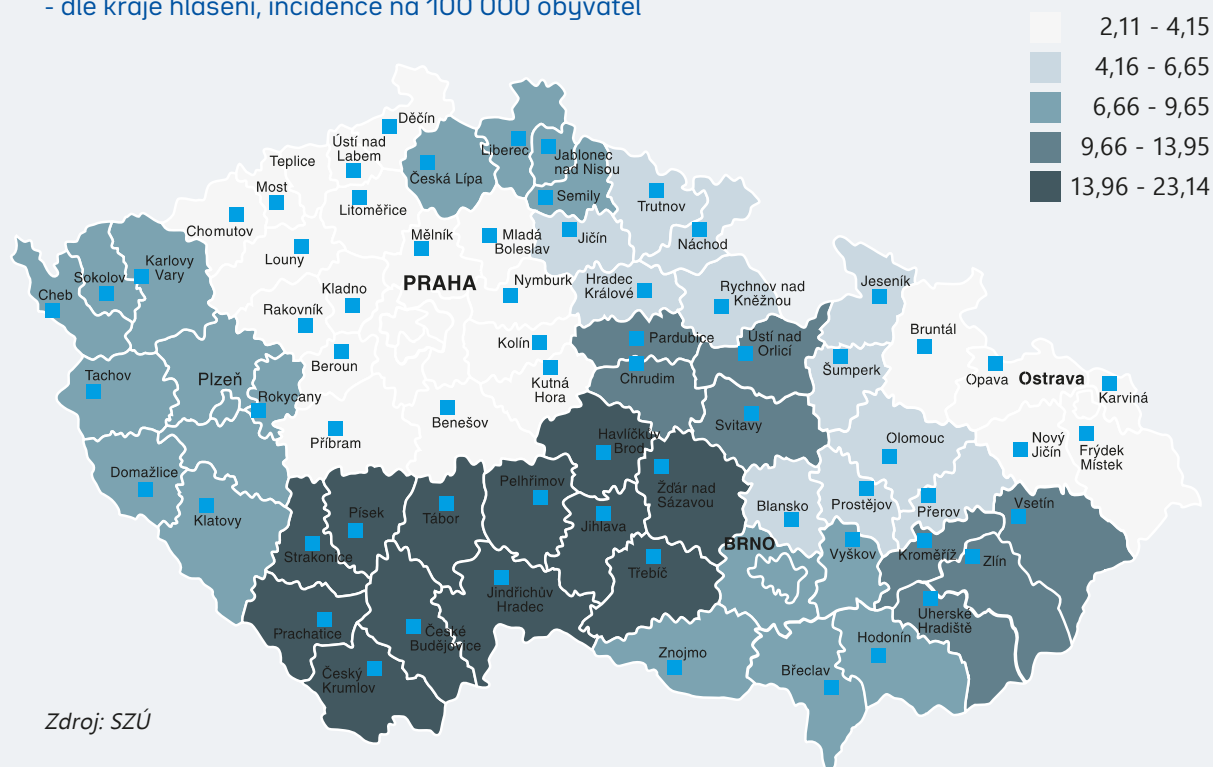
- Klíšťová encefalitida je způsobená virem ze skupiny klíšťových encefalitid (rod Flavivirus), patří do ekologické skupiny arbovirů, tj. virů přenášených členovci.
- Virus přechází z jedné generace infikovaných klíšťat na další prostřednictvím klíštěcích vajíček.
- Člověk se může nakazit nejen od klíštěte, ale i z tepelně nezpracovaného mléka infikovaných zvířat. Nejrizikovější je nesvažené kozí a ovčí mléko a výrobky z něj, nelze však vyloučit ani přenos z kravského mléka.
- Klíšťová encefalitida je specifikem euroasijského kontinentu, na jiných kontinentech se nevyskytuje.
- Česká republika patří k zemím s největším výskytem klíšťové encefalitidy na světě. V roce 2020 onemocnělo v ČR 854 osob, což bylo nejvíce v rámci celé EU. Na druhém místě bylo Německo se 705 případy, na třetím Litva 669 případů.
- Ročně se v ČR nakazí přibližně 800 osob, nemoc způsobí úmrtí u zhruba 3 pacientů.
- Vlivem klimatických změn se klíšťata dostávají do nadmořských výšek nad 700 m, kde se původně nevyskytovala. Infikovaná klíšťata se podařilo najít i na úbočí Sněžky.

Zdroje: Státní zdravotní ústav, Akademie věd České republiky

Klíšťová encefalitida v ČR v roce 2020

- dle kraje hlášení, incidence na 100 000 obyvatel

Incidence na 100 000 obyvatel

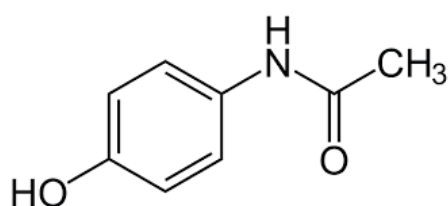


Zdroj: SZÚ

Milí čtenáři, milí pacienti, na tomto místě v našem nemocničním zpravodaji bychom rádi „vedli v život“ sloupek o lécích, léčbě nemocí a otázkách z medicíny, které vás zajímají. Budeme se zde snažit vysvětlit, jak léky v těle fungují a co s organismem dělají. Pro nás zdravotníky je vždy výzva srozumitelně vysvětlit pacientům a jejich blízkým témata, která zdravotníkům připadají naprosto jasná a jednoznačná. Jsme otevření připomínkám i podnětům z vaší strany. Pokud vás zajímá nějaké téma ze světa léků a nemocí, pište nám své náměty na e-mailovou adresu pr@nemcb.cz.

Jako první téma jsme vybrali Paralen. Text se ale týká i Panadolu, Paramaxu a řady dalších léků, v nichž je účinnou látkou paracetamol. Paracetamol je léčivo, které bezpochyby užil každý čtenář těchto řádků, proto je dobré se na něj podívat detailněji. Paracetamol byl poprvé vyroben v roce 1877 v USA univerzitním chemikem H. N. Morsem, na trh byl však jako lék uveden až v roce 1953.

Z chemického hlediska je paracetamol organická sloučenina jednoduchého chemického složení: $C_8H_9NO_2$.



Obrázek znázorňuje tzv. strukturní vzorec paracetamolu. Ukazuje nám, jak jsou jednotlivé atomy – zde se jedná o uhlík (C), kyslík (O), vodík (H) a dusík (N) – uspořádány. Paracetamol lze získat syntézou, což je chemická reakce, kterou běžně provádějí vysokoškolští studenti v rámci chemických cvičení.

Co tato látka v našem těle dělá a k čemu se v medicíně používá? Až donedávna se nevědělo, jak toto léčivo v těle působí. Při působení léčiva v těle se

hovoří o „mechanismu účinku“, tedy o tom, jak daný lék v těle působí, na jaké struktury těla cílí (mozek, srdce apod.). Poslední výzkumy ukazují, že paracetamol má více mechanismů účinku a látka působí na několik různých struktur v mozku. Paracetamol se řadí mezi slabá analgetika a antipyretika – analgetikum je termín pro léky na bolest, termín antipyretikum označuje léčiva používaná proti zvýšené tělesné teplotě. U paracetamolu tak často používáme pojem antipyretické analgetikum. Ještě je třeba zmínit, že paracetamol nemá protizánětlivé účinky.

Paracetamol je možno podávat po celou dobu těhotenství, kojícím matkám i kojencům. U kojenců a batolat se volí léčivo ve formě sirupu nebo čípků. Čípky jsou vhodné především u malých dětí – mají rychlejší nástup účinku a lze je podat i v situacích, kdy dítě zvrací a lék není možno podat ústy.

Často se v literatuře dočteme, že paracetamol je bezpečné analgetikum. Toto tvrzení však má své hranice. Nebezpečí paracetamolu spočívá v možném předávkování a nevratném poškození jater. Jako všechna léčiva, která jsou člověku podána, i paracetamol se musí nějak vyloučit z těla. To se děje v jaterních buňkách, v nichž enzymatické systémy přemění vlastní účinnou látku paracetamol na netoxické rozpustné látky, které jsou z těla vyloučeny močí.



PharmDr. Barbora Vařejková / Foto: redakce

Důležité je také zmínit se o tom, jak paracetamol správně užívat. Maximální denní dávka paracetamolu u dospělých jedinců (tedy maximální množství léčiva, které lze užít během 24 hodin) jsou čtyři gramy, což odpovídá osmi tabletám Paralenu. Najednou si dospělý může vzít maximálně 1000 mg, tedy dvě tablety Paralenu. Je ale třeba dávat pozor i na tělesnou hmotnost jedince – pokud dospělý člověk váží méně než padesát kilogramů, může si najednou vzít maximálně 500 mg, tedy jednu tabletu Paralenu.

U dětí se dávkování řídí jejich hmotností. Jednotlivá dávka u dětí činí deset až patnáct miligramů na každý kilogram hmotnosti dítěte. Celková denní dávka podaná dítěti nesmí být vyšší než šedesát miligramů na každý kilogram hmotnosti dítěte.

Je také třeba dodat, že léky s obsahem paracetamolu se nesmí zapíjet alkoholickými nápoji. Pozor si při užívání léků s obsahem této účinné látky musejí dávat pacienti s poškozením jater. A pacienti, kteří užívají antiepileptika, by se měli paracetamolu úplně vyhnout a zvolit jiné analgetikum.

Musíme se také zmínit o předávkování paracetamolem, jelikož počet otrav způsobených touto účinnou látkou rok od roku vzrůstá a například v roce 2018 bylo nahlášeno 607 takových

otrav. K neúmyslnému předávkování paracetamolem může dojít, pokud lidé kombinují různé léčivé přípravky s obsahem paracetamolu (sem patří již zmiňovaný Paralen, Coldrex, Ataralgin, Panadol a další).

Pokud užijeme příliš vysokou dávku paracetamolu, utrpí tím především naše játra. Lék totiž po podání musí projít játry, kde se pomocí celé řady enzymatických reakcí v jaterních buňkách mění na netoxickou rozpustnou sloučeninu. V průběhu této enzymatické kaskády vzniká toxický meziprodukt, který je ale ihned přeměněn na další, již méně toxický meziprodukt. Pokud však užijeme příliš vysokou dávku paracetamolu, játra tento toxický meziprodukt nestačí odbourávat, ten se začíná v játrech hromadit a může způsobit nevratné poškození jater.

Paracetamol je tedy dobrý sluha, ale zlý pán a na to bychom měli pamatovat i u malých dětí, které ještě nemají plně vyvinuty jaterní enzymatické systémy. Dávkování u dětí do tří měsíců věku by mělo být vždy konzultováno s lékařem, u starších dětí je vhodné dávkování konzultovat s lékárníkem. Nesmíme také zapomenout, že není vhodné paracetamol zapíjet nápoji s obsahem alkoholu. Pacienti užívající antiepileptika by měli být při užívání paracetamolu zvláště obezřetní.

■ **PharmDr. Barbora Vařejková**
Lékárna – ústavní část



Jak správně užívat Paralen

KDO	MAXIMÁLNÍ DENNÍ DÁVKA PARACETAMOLU	MAXIMÁLNÍ JEDNORÁZOVÁ DÁVKA PARACETAMOLU
Dospělý	4 000 mg (8 tablet)	1 000 mg (2 tablety)
Dospělý méně než 50 kg		500 mg (1 tableta)
Dítě do 12 let	60 mg/kg	10 - 15 mg/kg

Obsah paracetamolu:

Paralen, Panadol: 500 mg/tableta
Paramax: 250 nebo 500 mg/tableta

Přípravky pro děti:

Paralen čípky: 100 mg/čípek
Panadol sirup: 24 mg/1ml
Paralen: 125 mg/tableta

U dětí jsou k dispozici různé lékové formy: čípky pro nejmenší děti a kojence a sirupy (Paralen sirup a Panadol sirup), které umožňují užít přesnou dávku v ml dle aktuální hmotnosti dítěte. Pro výpočet dávky 1 ml sirupu obsahuje 24 mg paracetamolu.

Pro děti, které již zvládnou užít tabletu, je k dispozici Paralen 125 mg, tzn. že jedna tableta obsahuje 125 mg paracetamolu, který může být podán u dětských pacientů vážících alespoň 9 kg. U dětí, kde chceme rychle tzv. srazit teplotu je možno zkrátit intervaly mezi jednotlivými dávkami paralenu na 4 hod. To znamená každé 4 hodiny podat paralen, ale vždy mít na paměti, že nesmí být překročena maximální denní dávka dle hmotnosti dětského pacienta. Vždy postupujte dle informací o dávkování na příbalovém letáku přípravku, který používáte.

Kombinované přípravky s obsahem paracetamolu

Zde je obsažen paracetamol spolu s jinými léčivými látkami, nejčastěji se využívá přídavek kofeinu, který zvyšuje analgetický účinek paracetamolu a tudíž je možno snížit množství paracetamolu v tabletě. A dále jsou na trhu kombinované přípravky obsahující paracetamol + jiná analgetická léčiva + kofein (Valetol, Saridon, Migralgin). Dalšími kombinovanými přípravky jsou tzv. přípravky na nachlazení (Coldrex, Coldrex horký nápoj, Paralen grip, Vicks aj.), kde může být navíc složka na suchý dráždivý kašel, vitamín C, kofein a fenylefrin. Ten způsobuje splasknutí nosní sliznice, což je žádoucí u nachlazení. Ale u této látky pozor! Fenylefrin může zvyšovat krevní tlak. Osoby s vysokým krevním tlakem musí tedy dbát zvýšené opatrnosti při

užívání těchto přípravků. Lékové formy jsou buď klasické tablety nebo sáčky, které se rozpustí v horké (pozor - nikoli vařící vodě) a vzniklý roztok se vypije. Tyto přípravky lze užívat max. 5 dní.

Paracetamol na lékařský předpis

Paracetamol může být vázán na lékařský předpis a zde se opět jedná o kombinované přípravky, kde je paracetamol v kombinaci s jiným silnějším analgetikem tzv. opioidním analgetikem. Zde dávkování určuje lékař. Při užití těchto přípravků je nutné pamatovat na možnou ospalost a celkový útlum organismu tzv. opioidním analgetikem (Palgotal, Zaldiar, Ultracod).

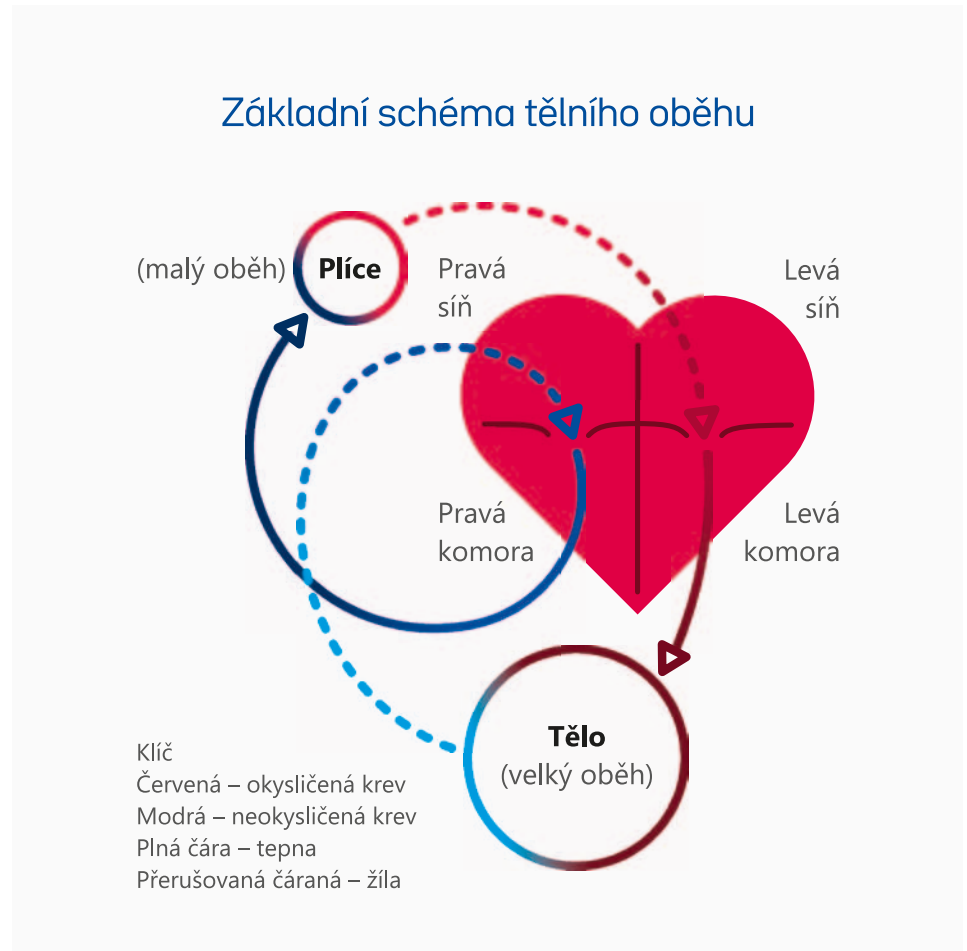
■ **PharmDr. Barbora Vařejková**
Lékárna – ústavní část

Krevní tlak

Když vstoupíte do nějakého lékařského zařízení, většinou vám dají manžetu na paži, zmáčknou tlačítko na přístroji a poté vám sestra či lékař sdělí číslo, třeba 126/84 nebo 132/80. Jde o krevní tlak, který ve velké většině ani nevnímáme, přesto má nenahraditelnou funkci v těle.

Krevní tlak spadá do **oběhové soustavy** (odborněji řečeno kardiovaskulární). Tato soustava se skládá ze srdce a z cév. **Srdce** je pumpa, která pohání krev po celém těle, a tluče nepřetržitě od doby, co jsme byli plodem v děloze. **Cévy** se skládají z tepen, žil a kapilár. Obvyklá definice **tepny** je, že vede okysličenou krev, zatímco **žíla** neokysličenou (nicméně nějaký kyslík tam je, jen je ho méně). U podstatné většiny je to pravda, avšak je několik výjimek, např. plicnice (tepna vedoucí do plic) vede neokysličenou krev, protože ta musí získat kyslík v plicích. Proto je asi jednodušší představit si to tak, že tepna je céva vedoucí směrem ze srdce (a ve velké většině vede okysličenou krev), zatímco žila vede zpět k srdci (a ve velké většině vede krev neokysličenou). **Kapiláry** slouží jako spojka mezi tepnou a žílou, kde dochází k výměně kyslíku, živin i tekutin. Navíc se oběhová soustava dělí do dvou skupin: **velký oběh** (cílem je okysličit celé tělo) a **malý oběh** (smyslem je získat kyslík v plicích, bývá zde mnohem nižší tlak). Pokud mluvíme o krevním tlaku, u laické veřejnosti nejčastěji mluvíme o hodnotě ve velkém oběhu, proto se budu dále věnovat jen tomu.

Řekli jsme si, že krev je poháněna srdcem a proudí cévami. Krevní tlak je právě ta veličina, která popisuje rychlost průtoku krve. Čím je vyšší, tím krev proudí rychleji. Je to stejné, jako když se jede po silnici. Když je tlak např. 120/80 mmHg, krvinky jedou po silnici nanejvýš 120 kilometrů za hodinu, nejméně 80. Horní číslo je tzv. **systola**,



což je stav, kdy srdce vypuzuje krev do těla, neboli „do světa“. Spodní číslo je naopak **diastola**, kdy srdce nabírá sílu, aby mohlo vypuzovat krev. Přestože srdce odpočívá během diastoly, krvinky v tělním oběhu pořád proudí, proto existuje spodní tlak. Měření tlaku funguje následovně: manžeta kolem paže se nafoukne, aby uzavřela tepnu. Když elektrický přístroj ucítí, že tepna je uzavřená (nepulzuje neboli nelze nahmatat), začne tlak v manžetě postupně uvolňovat. Jakmile první krvinky protečou tepnou, tak to je to horní číslo neboli systola (pozn. – na rtuťovém tlakoměru uslyší lékař pulsní šelesty, a tak pozná, že se tepna stlačena manžetou začíná otevírat a krev zde proudí turbulentně, tedy víří.). Postupně se manžeta uvolňuje až když přístroj pozná, že krvinky do stěny přestanou narážet (na rtuťovém tonometru lékař přestane slyšet šelesty) – hodnota, při které zmizí šelesty, se zapíše jako diastola. Tento princip se odborně nazývá **Korotkovův fenomén**.

V žilách je tlak mnohem nižší, tam bývá např. 10 mmHg. Teď si asi dokážete vysvětlit, proč neměříme tlak v žilách. Při takto nízkém tlaku v žilním řečišti mohou vznikat problémy jiného rázu, bez spojitosti s tlakem a o nich budeme psát jindy. Příliš vysoký tlak může vést k poškození tepenné stěny se závažnými zdravotními důsledky a riziko bývá tím vyšší, čím je vyšší tlak. Normální hodnota krevního tlaku se pohybuje kolem 120/80 mmHg. Za vyšší krevní tlak se považuje 140/90 mmHg a výš (stačí splnit jednu hodnotu), nižší je 100/60 mmHg a méně.

Jak se správně **měří krevní tlak**? Měl by se měřit za klidových podmínek (nejlépe po aspoň 10 minutách klidu) vsedě tlakoměrem **na paži**, dolní končetiny by neměly být zkřížené a pacient by neměl během měření mluvit. **Šíře manžety** by měla být přizpůsobena šířce paže: čím širší paže, tím širší manžeta (pokud se použije malá manžeta na širší paži, může tlakoměr zdánlivě naměřit vyšší

hodnoty krevního tlaku, ačkoliv pacient má normální tlak). Při prvním měření je vhodné změřit tlak na obou pažích, poté by se mělo měřit na paži, kde bývají vyšší hodnoty. Pokud dlouhodobě přetrvávají hodnoty vyššího tlaku, je vhodné zahájit léčbu. Existuje ještě možnost sledovat krevní tlak po dobu 24 hodin v domácím prostředí, což lékař může naordinovat (nicméně je to nepříjemné vyšetření, protože manžeta se pořád nafukuje). Tlakoměry na zápěstí zaznamenávají vyšší hodnoty tlaku než ve skutečnosti, proto by se již používat neměly.

Možná se divíte, že si občas naměříte vyšší tlak (třeba 146/92 mmHg), ale přitom u vás lékař nezahajuje léčbu vysokého krevního tlaku. Je to dáno tím, že tlak v našem těle se neustále mění. Je závislý nejen na našich tělesných pochodech (které jsou složité), ale i na vnějších vlivech. Když si třeba zaběháme, rozčílíme se nebo na nás nečekaně zašteká pes, způsobí to přechodné zvýšení krevního tlaku. Jak jsme si vysvětlili výše, čím vyšší tlak krve, tím vyšší průtok, což nám umožní zvládnout situaci: buď lépe bojovat, či utéct, a to díky větší zásobě kyslíku. Navíc někteří lidé neradi chodí k lékařům, což může také způsobit přechodné zvýšení krevního tlaku, ale jindy mají tlak zcela normální (tzv. **syndrom bílého pláště**). Proto, když se zachytí vysoký krevní tlak, měl by se pravidelně měřit v klidu v domácím prostředí, zapisovat a dále řešit u praktického lékaře.

Co může způsobit vyšší krevní tlak (odborně **arteriální hypertenzi**)? Ve velké většině případů jasnou příčinu neznáme a nezjistíme. V takovém případě se jedná o tzv. **esenciální hypertenzi**. Víme o rizikových faktorech, které přispívají ke vzniku vyššího krevního tlaku – patří mezi ně kouření, alkohol, obezita, cukrovka, nedostatek pohybu a jiné. Je známo, že výše uvedené faktory dlouhodobě společně ničí naše cévy, což se projeví vyšším krevním tlakem. V menším procentu případů se ví, proč má pacient

vysoký krevní tlak. Tento stav se nazývá **sekundární arteriální hypertenze**. Protože známe příčinu, můžeme se zaměřit cíleně na léčbu. Jsou to např. obtíže s nadledvinami, ledvinami, štítnou žlázou aj.

Zatím jsem hlavně popisoval vysoký krevní tlak, nicméně krevní tlak může být i nízký. Nízký krevní tlak může být způsobený např. nedostatkem tekutin (cévy jsou málo naplněné, a proto například vestoje nestačí dopumpovat krev do mozku), léky, špatnou šířkou manžety (čili člověk má zdánlivě nižší tlak, ačkoliv ve skutečnosti je tlak normální). Nejčastěji se projevuje závratěmi, motáním hlavy či únavou, protože tělo má méně kyslíku a rychleji se vyčerpá. V tomto případě je nejlepší léčbou pít více tekutin nebo přechodně přestat užívat léky snižující krevní tlak. Nízký krevní tlak bývá někdy doprovodným jevem u pacientů, kteří mají šok. **Šok** je život ohrožující stav, kdy v těle není dostatečné zásobení orgánů krví, což vede k jejich poškození, které může být nevratné. V medicíně se slovem šok myslí tento stav. Když někdo například uvidí něco hrozného, samozřejmě bude v šoku, ne však medicínsky. Pacient v medicínském šoku může mít namodralé prsty i rty, chladnou pokožku či rychlý pulz, může pociťovat nevolnost nebo být v bezvědomí. Příčiny bývají např. infarkt, velká ztráta krve, těžká alergická reakce nebo otrava krve - sepsy. Šok bez léčby končí smrtí.

Krevní tlak z velké většiny nevnímáme, což může být zákeřné, když se zahájí léčba. Pacient na tom může být hůře, než když nebral žádné léky, což může zhoršit jeho spolupráci s lékařem. Bohužel, ačkoliv vysoký krevní tlak působí zdánlivě nevinně, dlouhodobě dokáže napáchat škody. Kdybyste po silnici jeli mnohem rychleji, než jezdíte, je jasné, že vám hrozí vyšší riziko vzniku nehody. Totéž platí i u vysokého krevního tlaku. Kdyby byl krátkodobě příliš vysoký, může se projevit mrtvicí, srdečním selháním nebo prasknutím aorty. Kdyby byl dlouhodobě zvýšený,



MUDr. Michael Pisinger / Foto: redakce

může způsobit infarkt, mrtvici, srdeční selhání, poškození zraku i selhání ledvin. **Mrtvice** (odborně iktus) nastává, když se přeruší dodávka kyslíku do mozku, v důsledku čehož začnou odumírat mozkové buňky. Může být zapříčiněna neprůchodností (častější) anebo prasknutím mozkové tepny. Projevuje se nejčastěji ochrnutím části těla a náhlou poruchou řeči. **Srdeční selhání** je stav, kdy srdce nepumpuje krev tak, jak má, a tak se krev hromadí v určitých místech těla, jmenovitě v plicích (což se projeví dušností) anebo v dolních končetinách (otoky). **Srdeční infarkt** je stav, kdy se ucpe tepna zásobující srdce kyslíkem, a projevuje se bolestmi na hrudi. Aorta je největší tepna v lidském těle, a když praskne, člověk může velmi rychle vykrvácet. Prasknutí aorty se rovněž projevuje bolestmi na hrudi a v zádech. Ledviny slouží jako filtr v lidském těle (zbavují se odpadu), a když správně nefungují, může se to také projevit otoky, které se na rozdíl od srdeční příčiny mohou objevit na všech částech těla. Jak vidíte, pokud se neřeší krevní tlak, může to mít v budoucnu závažné následky. Proto se také říká, že **vysoký krevní tlak je tichý zabiják!**

■ **MUDr. Michael Pisinger**
Kardiologické oddělení

Nové technologie pomáhají i těm nejmenším pacientům

Péče o novorozence v Jihočeském kraji je na velmi vysoké úrovni, mimo jiné i díky vzájemné spolupráci českobudějovické neonatologie s kolegy z ostatních nemocnic. Doposud byli naši lékaři odkázáni při konzultacích na běžné komunikační zařízení. Nově je naše Neonatologické oddělení spojeno s kolegy ze strakonické nemocnice speciálním telemostem. Resuscitační lůžko ve strakonické nemocnici dokáže monitorovat životní funkce novorozence

a současně v případě potřeby on-line videohovorem předávat informace neonatologovi do naší nemocnice. Nový telemost je využívá hlavně v případech, kdy novorozenec vyžaduje speciálnější zásah, který není pro personál dané nemocnice rutinní záležitostí. Jedná se zejména o děti předčasně narozené nebo ty, které mají po porodu nedostatek kyslíku. Moderní spojení umožňuje našim lékařům získat přesnější informace k zhodnocení stavu malého pacienta, což je důležité

pro správné navržení dalšího postupu léčby. Právě dobrá rada, která přijde ve správný čas, je tou nejcennější. V případě, že dítě musí být převezeno do naší nemocnice, je náš personál přesněji informován o jeho stavu a může se lépe připravit na jeho příjezd. V budoucnu by se měla novorozenecká lůžka s kamerou objevit ve všech jihočeských nemocnicích.

■ **prim. MUDr. Jiří Dušek, MHA**
Neonatologické oddělení



Péče o novorozence na Neonatologickém oddělení / Foto: MUDr. Tadeáš Abrman

Záchranářem po všech stránkách

V magické datum 2. 2. 2022 vyrazili třeboňští záchranáři na Transfúzní oddělení naší nemocnice udělat dobrý skutek a pomoci pacientům darováním nejcennější tekutiny - krve. Sami dobře vědí, že pro dárcovství krve je nejdůležitější obnovovat fond pravidelných dárců, neboť ti stávající postupně dosahují výsluhového věku, kdy již krev darovat nemohou.

Nemocnice České Budějovice tímto děkuje všem záchranářům, tedy i vám, kteří se jimi prostřednictvím darování krve stáváte. A to především jménem všech pacientů, kterým vaše krev pomáhá vrátit se zpět do života.

Děkujeme i všem, které tyto příběhy inspirují a dodávají odvahu krev darovat.

■ **Ing. Jana Duco, MBA**

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů



Třeboňští záchranáři ze Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje / Foto: ZZS JČK

Životní jubileum

Dne 3. února 2022 oslavila devadesáté narozeniny emeritní primářka Kožního oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., paní MUDr. Emilie Jakovljevičová. Z pohledu jejího nástupce mi dovoluji zavzpomínat a krátce ji na tomto místě připomenout. Studium medicíny na Masarykově univerzitě v Brně ukončila v roce 1957. Na Kožní oddělení Nemocnice Strakonice nastoupila 1. srpna 1957 na tzv. umístěnkou. Ve Strakonických pracovala dva roky, poté nastoupila na Kožní oddělení Nemocnice České Budějovice. Práci na tomto oddělení zasvětila významnou část svého života, pracovala zde bez přerušení až do 31. března 1996, kdy odešla do důchodu.

Významným mezníkem v pracovním životě MUDr. Emilie Jakovljevičové byl rok 1965, kdy se stala ordinářem pro kožní choroby z povolání. Ordinariát měl a stále má celokrajskou působnost a úzce spolupracoval s Oddělením nemocí z povolání a Krajskou hygienickou

stanicí. Paní primářka se díky své pílí a vědomostem stala jednou z hlavních osobností v tomto oboru v naší republice, pravidelně se účastnila odborných zasedání a mnohokrát publikovala své texty v odborné literatuře. Její publikace na téma kontaktní alergie na voskované plátno jsou v oboru proslulé. Dlouhá léta pracovala jako zástupce primáře oddělení a také jako soudní znalec v oboru.

Po sametové revoluci byla na základě konkurzního řízení vybrána na pozici primářky oddělení, kterou také od roku 1991 zastávala. Za jejího působení prošla budova, v níž oddělení sídlilo, zásadní rekonstrukcí. Svůj obor si zvolila již během studia medicíny a zůstala mu celý život věrná. Dermatovenerologická práce pro ni byla doslova koníčkem a významnou náplní života. I po svém odchodu do důchodu v roce 1996 se až do svých 86 let zapojovala do medicínského života,



em. prim. MUDr. Emilie Jakovljevičová / Foto: archiv autora

aktivně se účastnila odborných seminářů oddělení, ordinovala v domovech důchodců a byla smluvním lékařem zdravotních pojišťoven.

Přejeme paní primářce hodně zdraví, spokojenosti a elánu do dalších let.

■ **prim. MUDr. Jiří Horažďovský, Ph.D.**
*Kožní oddělení
Nemocnice České Budějovice, a.s.*

em. prim. MUDr. Vojtěch Louda

Vážené kolegyně, vážení kolegové,
vážení spolupracovníci,

s hlubokým zármutkem sdělujeme smutnou zprávu. Dne 11. 2. 2022 dokončil svou pozemskou pouť emeritní primář Chirurgického oddělení naší nemocnice MUDr. Vojtěch Louda.

Narodil se v roce 1943 v Českých Budějovicích. V roce 1967 po studiích na Lékařské fakultě nastoupil do českobudějovické nemocnice na Chirurgické oddělení. Věnoval se chirurgii břišní v celém rozsahu, na začátku své kariéry se věnoval chirurgii dětské, kterou předal, aby se mohl stát specialistou chirurgie cévní, která se v té době dynamicky rozvíjela. Cévní chirurgii zdokonalil a dovedl k vynikajícím výsledkům. Působil v sekci kardiovaskulární chirurgie chirurgické společnosti JEP.

V období 1991 - 2016 byl primářem svého milovaného Chirurgického oddělení.

Jeho zásluhou a chirurgickou prozřetelností byla na našem oddělení v září roku 1991 provedena první laparoskopická cholecystektomie v Československu.

Laparoskopickou chirurgii na oddělení pak dále rozvíjel. Mimo dalších inovací a pokroků, které přinesla zejména doba 90. let, zavedl například transanální mikrochirurgii a posléze rozvinul nejobtížnější část břišní chirurgie, a to operativu jater, žlučových cest a slinivky břišní.



em. prim. MUDr. Vojtěch Louda / Foto: Českobudějovický deník

Byl vynikajícím a vyhledávaným operátorem, převážnou část svého profesního života trávil na operačním sále, často jezdil operovat pacienty s neodkladnými, složitými výkony i v noci. Jen málokdo v Českých Budějovicích a okolí se s MUDr. Vojtěchem Loudou, ať už přímo nebo prostřednictvím svých blízkých, nesetkal. Byl pracovitý, empatický a žádný pacient mu nebyl na obtíž. S ochotou se ujal těch, kteří chirurgickou pomoc potřebovali. Často říkával, že dobro, aby se mohlo šířit, musí od někoho začít.

MUDr. Vojtěch Louda nám byl osobním příkladem svou pracovitostí, nadšením, precizností i skromností. Byl zdravě náročný k sobě i k nám a svoje umění nám předával. I při zkráceném pracovním úvazku v posledních letech byl nadšeným učitelem mladších kolegů a trpělivě s nimi trávil čas na operačním sále. Za 25 let ve funkci primáře Chirurgického oddělení vychoval a nechal vedle sebe vyrůst spoustu výborných chirurgů.

Za Chirurgické oddělení
prim. MUDr. Petr Pták, Ph.D.

Dovolte mi prosím sdělit vám své velmi kladné reference na pana doktora MUDr. Zdeňka Kunáše z Neurologického oddělení.

Dne 13. prosince jsem se z plného vědomí a „normálního dne“ ocitla ve stavu, který byl pro mě naprosto děsivý a nečekaný, ostatně tak mozkové příhody zpravidla udeří. Začalo to tunelovým viděním, točením hlavy, stavy na omdlení, zvracením a po chvíli mi ochrnula pravá ruka a horní ret a udeřila amnézie. Zkušenost, která je druhým těžko přenositelná. Ten strach, to uvědomění si, že může dojít k postižení mozku. Budu mít následky? Budu postižená? Je mi 46 let, pracuji ve vyšším managementu společnosti, studuji ještě doktorské studium na vysoké škole a můj mozek je pro mě vším. Nejen řídicí jednotka mého organismu, ale i „pracovní nástroj“, který je nutný pro mou obživu i záliby. A teď jste v té situaci, kdy jste naprosto vystrašení, je vám strašně na těle i na duši a nejhorší jsou ty myšlenky, co všechno by se mohlo stát...?

A pak vás záchranná služba nechá na urgentním příjmu a vy čekáte a myšlenky plují bolavou hlavou... Po nějaké době se vás ujme sestřička, pak lékař a pak přichází „ON“, **MUDr. Zdeněk Kunáš z Neurologického oddělení**. V tomto stavu nechcete ještě koukat na otrávené sestry a lékaře, a tak jste nesmírně šťastní, když přijde lékař, který si je vědom vašeho stavu, nejen toho fyzického, ale i toho psychického. Toho, že máte strach, toho, že jste mladí a každá minuta je vzácná (pro případ krvácení do mozku, ucpání cévy atd.). MUDr. Kunáš se mi **maximálně** věnoval, snažil se zajistit veškerá vyšetření co nejrychleji, aby nedošlo k prodlení. Byl si vědom mého ne tak vysokého věku. Chtěl, aby nedošlo z důvodu prodlevy k případnému nevratnému stavu. Doprovázel mě na CT i MRI. Informoval mě o každém kroku a snažil se kvalitně a rychle diagnostikovat můj stav.

Jsem mu velmi, opravdu velmi vděčná za jeho přístup, protože jsem se neskutečně bála. Samozřejmě i za jeho diagnostiku.

Celá situace dopadla dobře, nedošlo k žádnému poškození mozku ani k následnému postižení. Jednalo se o „lehčí variantu“, v podstatě jakési „varování“ do budoucna. Potýkala jsem se ještě cca 3 týdny s přeřikáváním, respektive používáním slov, která v dané větě nedávala smysl. Mám ještě mírný problém s krátkodobou pamětí, ale to se, věřím, zlepší za pomoci technik a metod na podporu kognitivních funkcí.

Nechci již tento e-mail natahovat více, než je nezbytně nutné. **Chci vás, pane řediteli, velmi požádat, zda byste ze své pozice mohl oficiálně pochválit pana doktora MUDr. Zdeňka Kunáše.** Zda byste ocenil jeho přístup k pacientům, jeho snahu a ochotu, profesionalitu, prostě ocenil to, že svou práci dělá velmi kvalitně. **Tito zaměstnanci vám zvyšují kredit nemocnice.**

Přeji nemocnici hodně takových kvalitních zaměstnanců a přeji to hlavně nám, potenciálním pacientům.

S úctou a velkým poděkováním M. K.

pro období 1. 3. 2022 - 31. 3. 2022 nebo do vyprodání zásob

NA LÉČBU VLHKÉHO KAŠLE

Bronchipret sirup
50 ml



~~119.- Kč~~
105.- Kč

STŘEVNÍ MIKROFLÓRA

Linex forte
28 cps



~~249.- Kč~~
199.- Kč

DEZINFEKCE RUKOU

Manusept
500 ml



~~153.- Kč~~
125.- Kč

ZUBNÍ PÉČE

Curaprox kartáčky, více druhů
3 ks v balení



~~249.- Kč~~
229.- Kč

POMŮCKY: ČUVAŠ, SKALD	OCHAB- LOST	ŽENA S PORUCHOU IMUNITNÍ REAKCE	DOMÁCKY LIBUŠE	VYSOKÁ ŠKOLA OBCHODNÍ (ZKRATKA)	NECHŤ	POSLÍČEK	OBALIT VALENIM	VČELAŘSKÁ POTŘEBA		VÝHERNÍ POUKÁZKA	INICIÁLY MERKE- LOVÉ	NÁSTROJ K PEČETĚNÍ	ZNAČKA AVIVÁŽ- NÍHO PŘÍ- PRAVKU	ZABÍJET DIVOKOU ZVĚŘ	OFOUK- NUTÍ (KNIŽNĚ)	PRŮVOD MASKO- VANÝCH HERCŮ	ZNAČKA ASTATU
									SLAVNÁ PISEŇ								
1. DÍL TAJENKY									OHRANI- ČOVAT VZ. KARBI- DU URANU								
SLOVENSKY „NEBO“					VELKÝ HLUK HASITÍ ŽÍZEŇ					OBYVATEL ALTAJE OBRAZY Z FOTEK							NEJVYŠŠÍ HORA TURECKA
ANGLICKY „OBDOBÍ“				ŽABÍ ZÁRODEK SLOVENSKÉ MĚSTO					TEREZKA KŘÍVKA VYPLŇUJÍ- CÍ PLOCHU								
GROSSOVY INICIÁLY			BALONEK VYVOLÁVAČ ZMATKŮ						ODÍVAT SLOVENSKY „OKR“							POLNÍ MIRA PIŠTĚNÍ ČUNÍKA	
POCHLEBO- VAT								ZNAČKA ŽVÝKAČEK STR. CEN. PAPÍRU						PLOVOUCÍ KUS LEDU JUBILEJNÍ			
KOUŘEM ZAČERNIT							NORSKÝ LIDOVÝ PĚVEC ZÁPOR						ROZEPŘE POŠTOVNÍ KÓD ITALIE				
DRŮV (NÁŘEČ.)					2. DÍL TAJENKY												
OTEC (NÁŘEČ.)					MALOMO- CENSTVÍ					OPUCHAT							

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 Chrdle (Infekční oddělení) | Redakční rada: prim. MUDr. Petr Pták, Ph.D. (Chirurgické oddělení), MUDr. Miroslava Nevšimalová (Neurologické oddělení), Mgr. Ondřej Scheinost (Centrální laboratoře), PharmDr. Barbora Vařejková (Lékárna)

Bezplatné | Náklad 2 100 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