

nemocniční zpravodaj

Prosinec
2024

Představujeme

MELANOMOVÝ TÝM

Mgr. Hana Dohnalová

Čestnému slovu a přímému jednání
se vrátila jejich původní hodnota,
a to není málo

Věra Červová, MBA

Zdravotníci pečují o zdraví a spokojenost pacientů,
my se staráme o spokojenost našich zaměstnanců



- 1** Úvodník předsedy představenstva
- 2** Rozhovor – **Čestnému slovu a přímému jednání se vrátila jejich původní hodnota, a to není málo**
Mgr. Hana Dohnalová odcházející z pozice náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a hlavní sestry
- 6** Rozhovor – **Zdravotníci pečují o zdraví a spokojenost pacientů, my se staráme o spokojenost našich zaměstnanců**
Věra Červová, MBA opouštějící pozici vedoucí Zaměstnaneckého oddělení
- 10** Naše úspěchy – **Profesor Velemínský byl in memoriam oceněn za celoživotní péči o předčasně narozené děti a jejich rodiče**
- 12** Naše úspěchy – **Emeritní primář neurochirurgie MUDr. Vladimír Chlouba byl jmenován čestným členem odborné společnosti**
- 14** Představujeme – **Melanomový tým Nemocnice České Budějovice**
 - 17** Role chirurga v léčbě maligního melanomu v naší nemocnici
 - 20** Léčba melanomu na Oddělení plastické chirurgie
 - 21** Úloha patologa v melanomovém týmu
- 22** Naše úspěchy – **Příběh s dobrým koncem: 114 dní boje o život**
- 25** Vzdělávání – **Systém MOZART významně snižuje riziko reoperací u pacientek s karcinomem prsu**
- 26** **Letošní sjezd Evropské společnosti cévní chirurgie se konal v polském Krakově**
- 28** **Výroční kongres České neurochirurgické společnosti v Liberci**
- 29** **Poděkování Karla Štixe, ředitele Střední zdravotnické školy a vyšší odborné zdravotnické v Českých Budějovicích zaměstnancům Nemocnice České Budějovice, a.s.**
- 30** **V rámci háčkovacího „maratonu“ vzniklo 90 hraček pro dětské pacienty**
- 33** Nekrolog – **MUDr. Jan Tuček**

Na titulní straně Mgr. Hana Dohnalová a Věra Červová, MBA / Foto: Ing. Jana Duco, MBA

Úvodník předsedy představenstva

MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

Ve dnech 26. a 27. listopadu se v Praze konal další ročník odborné konference „Efektivní nemocnice 2024 – Strategie zdravotních pojišťoven a nemocnic“, v rámci které byly vyhlášeny výsledky 19. ročníku celostátního hodnotícího projektu „Nejlepší nemocnice roku 2024“. Nemocnice České Budějovice, a.s. zvítězila mezi obchodními společnostmi v kategorii finanční zdraví.

Za finančně zdravou nemocnici je považováno takové zařízení, které má dostatek prostředků na úhradu svých závazků, které rovněž hradí v přiměřeném čase, financuje dlouhodobý majetek z dlouhodobých zdrojů a také do svého majetku investuje. Zcela zásadním kritériem je také úroveň mezd, tj. zda dokáže adekvátně odměnit svůj personál. Dobrá finanční kondice nemocnice je nezbytným východiskem pro zajištění bezpečné a kvalitní péče pro naše pacienty a další zlepšování pracovních podmínek našich zaměstnanců.

28. listopadu 2024 Rada Jihočeského kraje vykonávající působnost valné hromady obchodní společnosti Nemocnice České Budějovice, a.s. na svém jednání schválila změnu stanov naší akciové společnosti. Od 1. ledna 2025 dochází ke snížení počtu členů představenstva z pěti na tři. Ve svých funkcích nepokračují Mgr. Petr Studenovský a Ing. Michal Čarvaš, MBA. Oběma kolegům děkuji za jejich dosavadní práci v představenstvu akciové společnosti Nemocnice České Budějovice. Mění se také způsob jednání za společnost. Zjednodušeně řečeno, dosud jsme veškeré dokumenty podepisovali za nemocnici dva členové představenstva (já s MUDr. Jaroslavem



Novákem, MBA), nově bude společnost zastupovat každý člen představenstva samostatně.

Další významnou událostí je částečná personální obměna dozorčí rady nemocnice. Na konci listopadu se po pěti letech konaly v řádném termínu volby tří členů dozorčí rady z řad zaměstnanců nemocnice. Ve svých funkcích pokračují za zaměstnance prim. MUDr. Petr Pták, Ph.D., a Bc. Jan Šusta. Nově v dozorčí radě usedne paní Ilona Matulíková, staniční sestra z Anesteziologicko-resuscitačního oddělení naší nemocnice, která nahradí Mgr. Lubomíra Francla, který se rozhodl znovu již ve volbách do dozorčí rady nekandidovat. Usnesením Rady Jihočeského kraje vykonávající působnost valné hromady obchodní společnosti Nemocnice České Budějovice, a.s. dochází k dalším změnám ve složení dozorčí rady.

Ve svých funkcích nepokračují Mgr. Ivana Stráská, JUDr. Ing. Tomáš Bouzek, Mgr. Šimon Heller a Ing. Jan Krob. Všem jmenovaným jménem vedení nemocnice děkuji za korektní spolupráci. Novými členy dozorčí rady jsou Bc. Pavel Haišman, Ing. Petr Lamač, Mgr. Viktor Lavička, MBA, a Mgr. Adéla Ruidarová. Stávající předseda dozorčí rady RNDr. Jan Zahradník v tomto orgánu zůstává i nadále, stejně jako Ing. Jiří Svoboda.

Dovolte mi na závěr roku poděkovat našim zaměstnancům za mimořádné pracovní nasazení a pacientům za důvěru, s kterou se nám svěřují do péče. Čtenářům Nemocničního zpravodaje přeji klidné vánoční svátky v kruhu nejbližších a do nového roku zejména pevné zdraví, mnoho štěstí a dobrou náladu.

Čestnému slovu a přímému jednání se vrátila jejich původní hodnota, a to není málo

Po třech letech velmi intenzivní práce odchází na konci roku Mgr. Hana Dohnalová z pozice náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a hlavní sestry. Za dobu svého působení zavedla řadu významných změn, které přinesly stabilizaci personálu, modernizaci procesů a ošetrovatelských standardů. V rozhovoru reflektuje výzvy spojené s vedením nelékařských pracovníků a novinky, které se jí podařilo zavést do praxe.

■ **Když jste před třemi lety nastupovala, stála jste před řadou výzev. Které pro vás byly nejobtížnější?**
Ano, máte pravdu. Nástup do funkce byl opravdu velmi prudký, hektický a trochu mi připomínal dobu, kdy jsem v roce 1999 nastoupila na pozici vrchní sestry na Psychiatrickém oddělení – mnoho problémů, mnoho dotazů, mnoho očekávání, mnoho zařizování a ideálně vše vyřešit ihned.

Přesto musím znovu v úvodu poděkovat předsedovi představenstva MUDr. Ing. Michalovi Šnorkovi, Ph.D., za tuto pracovní příležitost, kdy jsem mohla zúročit všechny své zkušenosti, postupně nabývané od svého nástupu do nemocnice v roce 1985. Po celou dobu mého působení v pozici hlavní sestry a náměstkyně ošetrovatelské péče byl neobyčejně vstřícný, laskavý, tolerantní i velkorysý a za to mu jsem velmi vděčná. Víím, že to není samozřejmost.

Co bylo tím nejobtížnějším, asi nelze zcela specifikovat. Obtížné bylo vypořádat se s funkcí jako takovou, protože od náplně práce vrchní sestry, kterou jsem do roku 2021 zastávala, se samozřejmě charakter pracovního místa hlavní sestry výrazně lišil. Bylo nutné se velmi rychle zorientovat ve svých povinnostech, kompetencích, ale i zákonech, vyhláškách a podobně a současně ihned začít řešit provozní a faktické záležitosti z praxe, se kterými se na mne vedoucí pracovníci všech kategorií i řadoví zaměstnanci začali ihned po nástupu obracet. Musela jsem se naučit, jak postupovat ve snaze co nejdříve změnit určité zažitě nebo

spíše přežitě postupy v praxi a přitom dodržet správný schvalovací proces, kterým všechny změny většího rozsahu nebo významu musí dle nastavených pravidel nemocnice procházet. V tom všem mi pomáhaly moje nové, milé a za každých okolností vždy ochotné kolegyně z „našeho patra“ – z Právního oddělení a Oddělení informačního a vnitřních a vnějších vztahů, Kanceláře vedení společnosti v čele s paní Denisou Peterkovou a ze sekretariátu vedení Jihočeských nemocnic a.s.

■ **V době, kdy jste nastupovala, byl počet zaměstnanců cca 3000, z toho takřka 1600 nelékařští pracovníci, kteří spadají do vaší gesce. Dnes máme čtyři tisíce zaměstnanců. Jak lze efektivně řídit tak velký počet zaměstnanců?**

K mým novým pracovním úkolům přibyla agenda personální, tzn. zajišťování jednotlivých zdravotnických provozů a lůžkových oddělení zaměstnanci všech nelékařských kategorií, což představuje stěžejní část pracovní náplně hlavní sestry. Informací a konkrétních záležitostí spojených s přijímáním nových pracovníků a prodlužováním či ukončováním pracovních poměrů a s tím souvisejících dalších pracovních aspektů této problematiky bylo skutečně velmi mnoho. Proniknout do této oblasti byl úkol náročný, a to nejen vzhledem k velké skupině nelékařských zdravotnických pracovníků, která v současnosti čítá cca přes dva tisíce zaměstnanců, ale i z hlediska stovek drobných, větších i opravdu zásadních problémů, jež tento vysoký počet nutně přináší. Problémy se samozřejmě netýkaly pouze pracovních záležitostí, ale např. i osobních starostí



Mgr. Hana Dohnalová

zaměstnanců, které nějakým způsobem zasahovaly do jejich pracovního procesu. Posuzovat a řešit tyto situace bylo mnohdy složitější než obstarat jasně definované pracovníprávní věci, které se daly vyřešit dle zákona. Snažila jsem se tuto oblast uchopit s maximální zodpovědností a současně s pochopením pro „obě strany“ – zaměstnance i zaměstnavatele. Často byla složitá i administrativa spojená s personálními záležitostmi v kombinaci se zákonnými předpisy. To pro mě byly nové věci, ale za pomoci úžasných žen na Zaměstnaneckém oddělení pod vedením paní Věry Červové, MBA, a paní ředitelky Bc. Ivy Novákové, MBA, se kterou jsme nastupovaly do svých funkcí v lednu 2022 současně, jsme vždy našly společnou řeč i řešení mnohdy komplikovaných případů.

■ **Co vše se vám za dobu vašeho působení podařilo?**

Snad to nevyzní příliš domýšlivě, ale doufám, že toho, co se podařilo nebo alespoň z dlouhodobějšího hlediska daří, je více.

Především musím zmínit navýšení počtu a stabilizaci stavu všech profesí nelékařských zdravotnických pracovníků v naší nemocnici. Zejména je to patrné v kategorii sanitář/sanitářka. Zatím nemáme stav tohoto personálu doplněný do takového počtu, abychom mohli na všech pracovištích přejít z jednosměnného provozu s pohotovostními službami do provozu nepřetržitého, ale rozhodně je to naším cílem. Mnoho let se nemocnice potýkala s nedostatkem pracovníků v této kategorii. Každoročně se v nemocnici

organizovaly kurzy pro budoucí sanitáře, avšak jejich zájem o uplatnění v praxi po ukončení kurzu byl buď nevelký, anebo jejich využití mělo takové limity, že jsme s nimi v další spolupráci na bázi pracovního poměru nemohli pokračovat. Po nástupu do funkce to byla jedna z neaktuálnějších otázek k řešení. Jediný způsob, jak navýšit stavu tohoto personálu, bylo pořádat víc kurzů v průběhu roku. Avšak s přibývajícími úkoly a povinnostmi hlavní sestry jsem si byla vědoma toho, že nemohu všechny změny rozběhnout sama a že se musím o úkoly podělit.

Na jaře 2022 jsem oslovila Mgr. Lenku Cardovou, která v té době pracovala na Oddělení následné péče 1 jako staniční sestra. Zнала jsem ji pouze jako učitelka svou studentku z magisterského

studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Její poctivý přístup k povinnostem a pracovitost byly nevěšdní, a proto mi utkvěla v paměti. Požádala jsem ji o pomoc při realizaci dalšího sanitářského kurzu tak, abychom během jednoho roku mohli pořádat kurzy tří a tím se rozšířily naše možnosti v naplňování personálních plánů.

Lenka začala spolupracovat s paní Danielou Traplovou, která mnoho let zajišťuje agendu dalšího vzdělávání nelékařských pracovníků a je v této oblasti velmi zkušenou a předvídavou ženou kolektivu Zaměstnanecského oddělení. Sanitářský kurz se podařilo nejen akreditovat s novým garantem, kterým se stala Lenka, ale také organizovat ho třikrát za rok. Tím začala naše spolupráce. V září 2022 nastoupila Mgr. Lenka Cardová do pozice mé zástupkyně a od té doby se neodmyslitelně řadí mezi klíčové osoby, díky kterým má „úřad“ hlavní sestry stávající podobu. Kromě jejího poctivého pracovního nasazení a vřidnosti mám radost i z toho, že z původně jen pracovního propojení se stalo i velké přátelství, za což jí velmi děkuji.

■ Podařila se však ještě celá řada dalších věcí, že?

Ihned po mém nástupu do funkce jsme ve spolupráci s vedoucími pracovníky nelékařských profesí vytvořili pracovní tým pro tvorbu ošetrovatelské dokumentace v čele s Bc. Lucií Petroušovou, vrchní sestrou Gynekologicko-porodnického oddělení, a tým pro otázky celoživotního vzdělávání zaměstnanců, kterému se dodnes velmi svědomitě věnuje Mgr. Marie Schusterová, vrchní sestra Rehabilitačního oddělení. Současně jsme začali intenzivně pracovat na aktualizaci všech standardů ošetrovatelské péče. To byl velký objem práce, ale během jednoho roku se podařilo – díky perfektní spolupráci vrchních a staničních sester – všechny standardy dokončit a nastartovat tak pravidelný cyklus jejich dalších nutných aktualizací.

Další věc, po které se „volalo“ a kterou se podařila změnit, bylo nastavení funkčního postupu pro zapracování nově nastupujících pracovníků neboli adaptačního procesu, dříve nazývaného nástupní praxe, a to bez zbytečné administrativní zátěže jak pro vrchní a staniční sestry, tak pro nové zaměstnance.

Mezi úspěchy se řadí i otevření pracoviště sociálních lůžek v roce 2023, které poskytuje pobytové sociální služby ve zdravotnickém zařízení. Pomáhá a podporuje klienty, které nelze propustit ze zdravotnického zařízení dříve, než se jim zajistí následná lůžková, terénní nebo ambulantní sociální služba.

Ale nemohu vyjmenovat vše, co prošlo nějakou změnou, bylo toho skutečně mnoho.

■ Velkým tématem nelékařského personálu je administrativa, vzdělávání a kompetence. Podařily se vám nějaké změny i v této oblasti? Případně co čeká vaši nástupkyni a obecně personál?

Celoživotní vzdělávání je velké téma, kterému se věnujeme celé roky a trůfám si říct nadstandardně. Jen v roce 2024 jsme pro své zaměstnance, samozřejmě zcela zdarma, uspořádali celkem 116 vzdělávacích akcí, z nichž 15 bylo určeno pracovní kategorii ošetrovatel/ka a sanitář/ka.

V letošním roce jsme dokončili aktualizaci popisů pracovních míst pro všechny nelékařské kategorie, což nebyl lehký úkol, neboť vyhláška stanovující činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků neuvádí pro určité pracovní kategorie vždy zcela jednoznačné instrukce. Do nových pracovních náplní vrchní sestry zároveň tyto aktualizované popisy zapracovávají a určují i příslušné kompetence pro jednotlivé pracovníky v rámci jejich oddělení.

Ve spolupráci s Mgr. Jitkou Kosáčkovou, referentkou krizového řízení, jsme zrealizovali celou řadu školení

a workshopů na téma sebeobrany, včetně doporučených deeskalčních technik při zvládání konfliktních situací. V rámci zvýšení bezpečnosti pacientů se například podařilo i standardní lůžková oddělení vybavit evakuačními podložkami, které jsou trvalou součástí lůžka pro případ, že je nezbytné pacienta evakuovat.

V souvislosti s výkonem své funkce musím zmínit i spolupráci s PhDr. Mgr. Hanou Kubešovou, náměstkyní pro řízení kvality a bezpečí poskytované péče. Nad řešením různých problémů jsme spolu strávily mnoho hodin, a proto mohu říci, že je člověkem na svém místě. Každý nový úkol, jež pro zdravotnická zařízení, a tedy i pro naši nemocnici, plyne z určité zákonné normy, dokáže posoudit v souvislostech a přitom nezapomínat na každodenní realitu a lidi, kterých se implementace nových nařízení do praxe dotýká vždy nejvíce.

■ Ve svém úvodním rozhovoru jste zmínila, že základem efektivní spolupráce je soustavná komunikace a důvěra. Jak se vám dařilo budování vzájemné důvěry vedoucími pracovníky i řadovými zaměstnanci?

S vedoucími pracovníky jednotlivých pracovišť jsem kromě pravidelných měsíčních porad byla v každodenním kontaktu. Mým cílem bylo změnit nebo alespoň nastartovat procesy změn ve věcech, které jak zaměstnance, tak vedoucí pracovníky dlouhodobě trápily, rozčilovaly, možná nějakým způsobem omezovaly, a přitom měli pocit, že je nemožno nijak ovlivnit. Předpokladem pro to, abychom společně určili směr a cíl naší budoucí spolupráce, bylo slušné a férové jednání, a to zejména při řešení závažných nebo určitým způsobem nepříjemných personálních a provozních problémů. Možná by dotaz, jaké úrovně komunikace a důvěry se podařilo dosáhnout, měl směřovat na kolegyně a kolegy jednotlivých pracovišť. Osobně mám ale pocit, že pomyslnou hráz počáteční nedůvěry a obav jsem ani nezaznamenala a že jsme vzájemně a velmi rychle našli společnou řeč.

Náš otevřený způsob komunikace se poměrně rychle dostal do povědomí zaměstnanců i jejich nadřízených. Většina záhy pochopila, že jejich názory, připomínky a návrhy budou vždy vyslyšeny a že se tak mohou sami stát iniciátory změn. Některé změny trochu bolely, některé méně, některé byly vítané, ale všechny změny byly systémové a vedly k nápravě věcí, které si to zasloužily.

■ V českobudějovické nemocnici nekončíte, i nadále zůstáváte. Když se pomyslně ohlédnete za třemi jistě náročnými lety, co se vám vybaví, na co si ráda vzpomenete?

Velmi příjemná je zpětná vazba od mnohých zaměstnanců i vedoucích pracovníků, kteří se k mému působení na pozici hlavní sestry vyjadřují. Den co den jsem se setkávala s mnoha zaměstnanci – netroufám si vůbec odhadnout, kolik jich bylo. Důvody pro setkání byly různé, samozřejmě někdy i méně příjemné, a slyšela jsem opravdu mnoho příběhů a postřehů z praxe. Často jsme rozhovor končili pouze ústní dohodou, plánem, návrhem řešení a podobně, jejichž výsledek nebyl jistý, ale vždy jsem měla dojem, že se lidé při rozhovoru cítili bezpečně a důvěřovali slibu „co se řekne v kanceláři, to tam také zůstane“. Mám pocit, že čestnému slovu a přímému jednání se tak vrátila jejich původní hodnota, a to není málo. Myslím, že „úřad“ hlavní sestry v současné době plní funkci, která se od něho očekává.

Je to však zásluhou i všech, se kterými jsem během výkonu funkce spolupracovala nejintenzivněji, a to jsou vedoucí pracovníci všech oddělení, odborných pracovišť a ambulancí. Bez jejich pomoci, vstřícnosti, ochoty a zkušeností by se nemohlo podařit zvládnout tak velké množství práce jako v uplynulých třech letech. Za to jim velmi děkuji. Díky jejich pílí, pracovitosti a schopnostem je naše nemocnice jednou z nejlepších v ČR, což se opakovaně potvrdilo v celostátním projektu Nejlepší nemocnice roku, kterou organizuje HealthCare Institute o.p.s.



Mgr. Hana Dohnalová

■ Čemu se budete věnovat od nového roku?

Od ledna 2025 začnu předávat funkci své nástupkyni Mgr. Ivetě Drábkové. Vzhledem k šíři agendy, se kterou se Iveta musí seznámit, zůstávám v kanceláři hlavní sestry na kratší úvazek jako její zástupkyně.

V příštím roce bude nutné dokončit přestěhování posledních oddělení z dolního areálu nemocnice do horního areálu, v souvislosti s tím se musí zrevidovat stavy personálu a stanovit jejich cílové počty, na několika odděleních je potřeba dokončit

plánovanou změnu jednosměnného provozu sanitářů na provoz nepřetržitý, musíme dokončit standardy sociální péče pro pracoviště sociálních lůžek... a tak bych mohla pokračovat. Všechny tyto záležitosti představují mnoho práce a mnoho změn organizačních, personálních i provozních, na jejichž řešení se ještě budu ráda podílet. V osobním životě se těším na více času stráveného s rodinou, a především s vnoučaty.

■ Ing. Veronika Dubská Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

Zdravotníci pečují o zdraví a spokojenost pacientů, my se staráme o spokojenost našich zaměstnanců

Ke konci roku opouští svou funkci vedoucí Zaměstnaneckého oddělení Věra Červová, MBA. Málokdo by věřil, že tato vždy usměvavá a ochotná dáma pracuje v Nemocnici České Budějovice již 45 let. Své začátky, náročnější období, ale také své další profesní plány přibližuje v následujícím rozhovoru.

■ V českobudějovické nemocnici pracujete neskutečných 45 let. Jak začala vaše kariéra?

Studovala jsem v Českých Budějovicích na střední ekonomické škole, dnes je to obchodní akademie. Tenkrát bylo běžné, že do škol chodili zástupci zaměstnavatelů a nabízeli studentům volná místa. Jedním z nich byl i zástupce tehdy Krajského ústavu národního zdraví s nabídkou práce v ekonomickém úseku, kádrovém oddělení a ve mzdové účtárně. Musím přiznat, že když jsem studovala, práce mzdové účetní rozhodně nebylo to, co bych si vysnila a chtěla dělat celý život. Zvažovala jsem i jiné nabídky, ale nemocnice zvítězila ze zcela praktického důvodu – nabízela bydlení na ubytovně. Tehdy jsem nebydlela v Českých Budějovicích a musela bych denně složitě dojíždět. Takže jsem 1. srpna 1979 nastoupila do nemocnice na místo mzdové účetní jako zástup za mateřskou dovolenou. A asi tomu osud chtěl, že jsem v naší nemocnici zůstala až dodnes. 😊

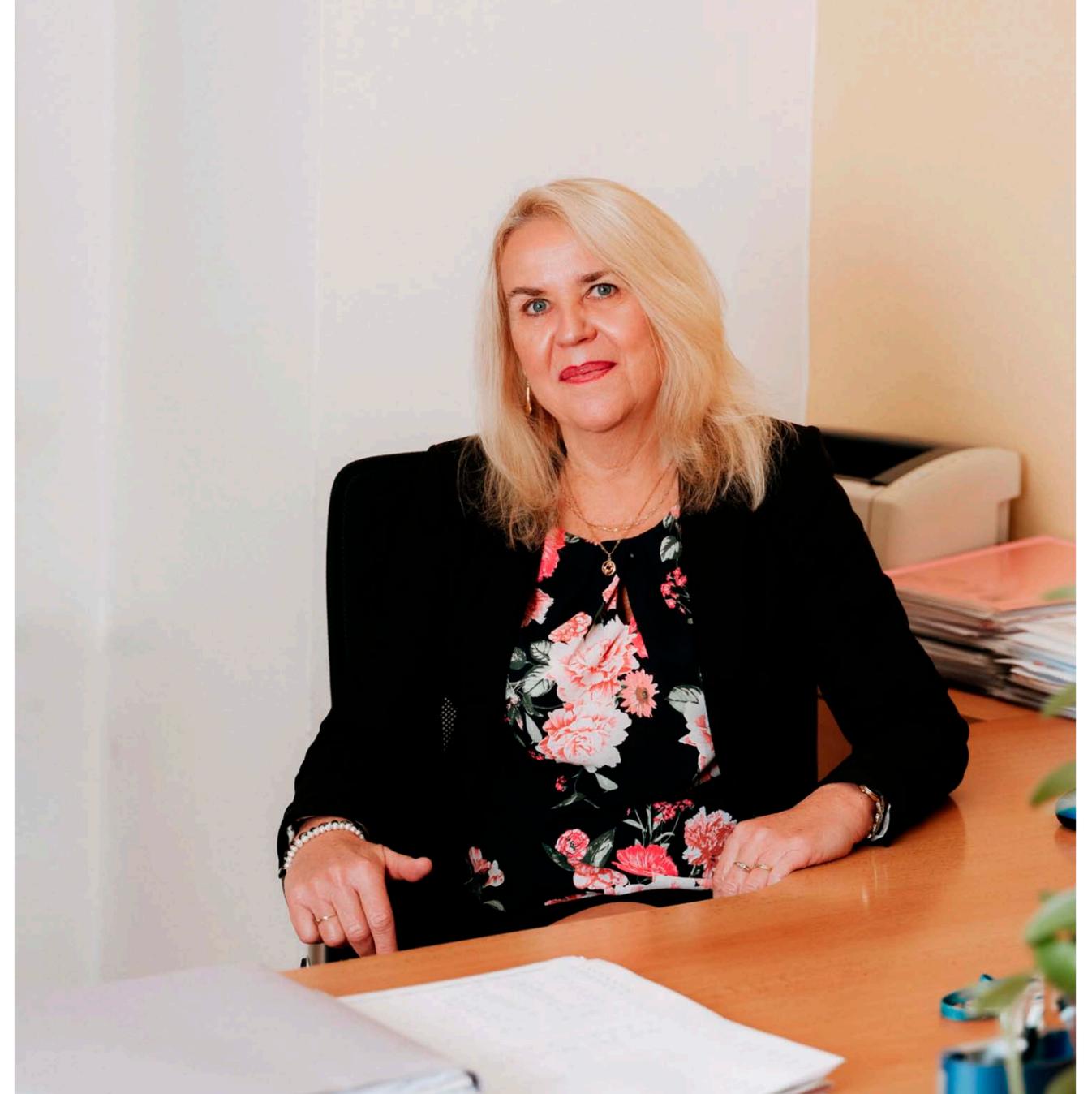
■ Jak vzpomínáte na své začátky v nemocnici?

O mzdovém účetnictví jsem ze školy věděla jen minimum. Co vše práce mzdové účetnictví obnáší, jsem se učila až postupně praxí. Začátky byly těžké, a to zejména proto, že jsem nastoupila právě v době, kdy se připravoval přechod na strojní zpracování mezd. Veškeré informace o zaměstnancích potřebné ke zpracování mezd se přenášely na děrné pásky a poté se předávaly ke zpracování do Podniku výpočetní techniky, v začátcích do Tábora. Bylo to období velmi náročné hlavně na čas, v práci jsme byly denně takřka

do půlnoci. Za pochodu jsme se učily, jak proces dobře zorganizovat, aby nedocházelo k takovým situacím, že jsme si z PVT přivezly tři plné prádelní koše sestav, chybové hlášení nás upozorňovalo na chybu v dokladu č. 1, kterých jsme ale měly v koši spousty. Tehdy jsem velmi zvažovala, že odejdu ve zkušební době, ale kvůli vlídnému přístupu kolegyně a vzájemné spolupráci jsem tak neučinila.

Nemocnice tehdy vypadala samozřejmě jinak. Měla do tisíce zaměstnanců. Vybavuji si, že například ARO mělo tehdy jen cca 30 zaměstnanců. Agenda, kterou nyní zpracováváme na Zaměstnaneckém oddělení, byla rozdělena na tři části: Personální a kádrové oddělení a Úsek práce a mzdy, jehož součástí byla Mzdová účtárna.

Nicméně je to období, na které velmi ráda vzpomínám. Všechny mzdové účetní jsme tenkrát seděly pohromadě v jedné kanceláři, v dnes již neexistující budově s vrátnicí. Naše kancelář byla v 1. patře, kde se tehdy nacházela i zaměstnanecká jídelna, a v přízemí budovy kuchyně. Takže zaměstnanci si cestou na oběd často vyřizovali potřebné potvrzení nebo dotazy. I tak to oproti dnešku bylo mnohem klidnější období. Legislativa se takřka neměnila a zpracování mezd zdaleka nebylo tak složité, jako je dnes. V úplném začátku, než se mzdy naostro začaly zpracovávat v PVT, jsme si vystačily s daňovými tabulkami, tužkou a kalkulačkou. Školení byla spíše formalitou, zatímco dnes absolvujeme semináře na legislativní změny několikrát ročně.



Věra Červová, MBA

■ Kdy jste pak dostala na starost celé oddělení?

V roce 1990 jsem byla nejprve pověřena vedením Mzdové účtárny. V roce 1999 pak došlo k reorganizaci administrativních činností a zmíněné úseky byly sloučeny do jednoho. Tak vzniklo Zaměstnanecké oddělení a já se stala jeho vedoucí. Bylo to náročné období. Ze třech úseků zůstaly de facto jen mzdové účetní a dvě referentky tehdejšího Úseku práce a mzdy, které řešily zařazování

zaměstnanců do platových tříd a stupňů podle praxe a přiznávání příplatků k platu a také vyúčtování cestovních příkazů. Téměř ze dne na den jsme se musely naučit i veškerou personální práci, uzavírání smluv, nároky zaměstnanců vyplývající ze zákoníku práce, spolupráci s úřadem práce a další činnosti. Do nově vzniklého oddělení bylo začleněno i tehdejší oddělení Vzdělávání. Tato reforma přinesla zaměstnancům větší komfort, protože vše vyřídili

s jednou účetní. Byla jsem tehdy z kolegyně nejmladší a musela se rychle zorientovat ve spoustě nových věcí.

■ Dnes už to zní nepředstavitelně, ale jak jste zmínila, dříve jste mzdy zpracovávaly ručně. Kdy se mzdy začaly zpracovávat na počítači?

Když pominu dobu zpracování mezd v PVT, první osobní počítače jsme dostaly hned na začátku 90. let. A protože tenkrát nebyly mezi sebou propojené jako nyní, na konci

měsíce se ze všech zadané údaje stáhly a zpracovaly dohromady. Po ukončení spolupráce s PVT se musel najít nový program na zpracování mezd v přímo v nemocnici.

Naštěstí se poměrně brzy našel a začal používat uživatelsky příjemný, jednoduchý a hlavně spolehlivý mzdový systém, který používáme dodnes, samozřejmě s celou řadou úprav a vylepšení. Postupně se pak vytvářela nemocniční síť a nakupovaly další programy.

■ **Dalším náročným obdobím musel být i rok 2004. Z příspěvkové organizace řízené Ministerstvem zdravotnictví se nemocnice transformovala na akciovou společnost vlastněnou Jihočeským krajem.**

Určitě. Bylo nutné zpracovat do veškerých smluv jak formální změny, jako je například změna názvu, tak samozřejmě i řadu procesních změn v systému odměňování zaměstnanců. Už jsme nebyli vázáni platovými tabulkami Ministerstva zdravotnictví, ale vlastním mzdovým předpisem.

■ **Pocítily tyto změny nějak i zaměstnanci?**

Co se týče zpracování a výplaty mezd, tak nikoliv. A ani to pocítit nesměli. Mzdy jsme musely jako vždy zvládnout v termínu. Změny ale viděli na výplatních páskách. Mzdový předpis a efektivnější hospodaření nemocnice se dodnes pozitivně odrážejí v tom, že mzdy našich zaměstnanců dlouhodobě patří mezi jedny z nejvyšších v rámci českých nemocnic.

■ **Správně vyplnit vše potřebné ke mzdám ale lecky není lehké ani pro zaměstnance.**

Vím, že není. Zdravotníci (a nejen oni) mají svou odbornou práci a není jejich úkolem, aby uměli to, co zpracováváme a řešíme my na Zaměstnaneckém oddělení. Oni pečují o pacienty, jejich zdraví a spokojenost a my se staráme o spokojenost našich zaměstnanců. Proto se jim snažíme poradit a vyjít

vstříc, pokud je to jenom trošku možné. Někdy je pro laika opravdu těžké zorientovat se ve všech námi používaných formulářích, výpočtu jednotlivých mzdových položek na výplatní pásce, evidenci pracovní doby, srážkách ze mzdy. S prosbou o vysvětlení se zaměstnanci mohou vždy obrátit na svoji účetní nebo kohokoliv jiného ze Zaměstnaneckého oddělení.

"Každá práce má svá pro a proti a mne moje práce, i když někdy byla opravdu náročná, bavila. Proto jsem ji také s chutí a snad i nejlépe, jak jsem mohla, tolik let dělala."

■ **Za poslední tři roky došlo k historicky nejvyššímu nárůstu počtu zaměstnanců. Přibylo více jak 1 500 zaměstnanců, celkový počet je nyní přes 4 000. Jak jste se s tak velkým nárůstem vyrovnaly?**

V tomto směru byl dobrou školou covid. Tehdy jsme musely uzavírat enormní množství nových smluv, a hlavně dohod o pracovní činnosti nebo provedení práce s pracovníky v očkovacích a odběrových centrech, s dobrovolníky apod. Takže s nárůstem zaměstnanců (a s tím související agendy) jsme si po zkušenostech dokázaly poradit. Nicméně náš tým postupně rozšiřujeme adekvátně k rostoucímu počtu zaměstnanců. V současné době zpracovává každá účetní téměř 400 zaměstnanců, a to jak po stránce mzdové, tak i personální. Ovšem neřešíme jen nové nástupy, ale i činnosti spojené s ukončením pracovního poměru a veškeré změny v době trvání pracovněprávního vztahu.

Více než nárůst zaměstnanců nás ale zaměstnaly změny v legislativě, kterých byl v letošním roce rekordní počet. Například neustálé změny a nejasnosti týkající se rozvržení pracovní doby lékařů, změny u zkrácených úvazků, velké změny u dohod o pracovní činnosti a o provedení práce, nároku na dovolenou a měsíčních hlášení na správu sociálního zabezpečení,

změny v exekučních nárocích apod. Všechny změny v pracovní smlouvě, byť jsou reakcí na změnu legislativy, je nutné připravit v listinné podobě a mít zaměstnancem podepsané. Takže letošní rok byl opravdu náročný.

■ **Jaké změny čekají vaši nástupkyni?**

Bohužel se i ona bude muset vypořádat s řadou legislativních i interních změn. Hlavní výzvou bude pravděpodobně novela zákoníku práce, která čeká na schválení. Očekávají se také změny v oblasti důchodového pojištění a změny týkající se nároku na starobní důchod a odchodu do něho. Všechny tyto změny se našich zaměstnanců úzce dotýkají. Je třeba opět vše implementovat do našich procesů.

Příští rok se plánuje přechod na nové mzdové a personální programy. Takže moji nástupkyni bude čekat jistě náročné období rozjezdu nového softwaru, který pak, věřím, ušetří práci všem.

■ **A co umělá inteligence? Rezonuje i toto téma ve světě mzdového účetnictví?**

Četla jsem, že mzdová účetní je jednou z profesí, které umělá inteligence může nahradit. Ale upřímně tomu nevěřím. Může nahradit spoustu procesních a výpočetních úkonů, ale nemůže nahradit lidský kontakt. Nedovedu si představit, že nový zaměstnanec přijde do naší kontaktní místnosti a všechny záležitosti ohledně nástupu s ním vyřeší umělá inteligence. Myslím, že stoprocentní náhrada člověka ani není žádoucí. V určitých momentech a situacích je potřeba použít citlivý lidský přístup nebo i úsměv.

■ **Funkci vedoucí oddělení předáváte ke konci roku Ing. Monice Lexové. Ale i nadále zůstáváte v týmu Zaměstnaneckého oddělení. Jaké jsou vaše další profesní plány?**

V nemocnici zůstávám na poloviční úvazek. Jednak chci ještě předávat svoji agendu Ing. Monice Lexové, své nástupkyni. Konec roku je vždy hektický, je nutné vypořádat řadu věcí, takže na předávání zatím nebylo mnoho prostoru. A než úplně odejdu z nemocnice, dala jsem si za cíl zavést elektronické schvalování dovolenek. To jsme si zatím pilotně odzkoušeli na vybraných úsecích a teď bych ho chtěla zavést pro všechny zaměstnance. Není to tak jednoduché, jak by se mohlo na první pohled zdát, protože je třeba zajistit, aby zaměstnanci měli do programu přístup z práce i z domova, a to nejen po technické stránce, ale i s ohledem na kybernetickou bezpečnost. Chci se postarat o hladký start včetně proškolení všech vedoucích pracovníků, kterých je více jak padesát.

■ **Jak plánujete využít volný čas?**

Chci se více věnovat tomu, co mám ráda, což je cestování, kultura a chalupaření. Upřímně se těším, že po 45 letech budu moct odjet na dovolenou kdykoliv, nejen tehdy, když je ten správný termín. Dosud to nebylo možné kvůli zpracování mezd na začátku měsíce.



Věra Červová, MBA

Ale nechci, aby to vyznělo, že si stěžuji. Každá práce má svá pro a proti a mne moje práce, i když někdy byla opravdu náročná, bavila. Proto jsem ji také s chutí a snad i nejlépe, jak jsem mohla, tolik let dělala. Za každým číslem si totiž představíte konkrétní osobu. Chtěla bych poděkovat za krásnou spolupráci všem svým kolegyním a kolegům napříč nemocnicí, primářům, vrchním sestrami, vedoucím a vedení

nemocnice. Své nástupkyni přeji hodně úspěchů, někdy i hodně vytrvalosti a správných rozhodnutí. Všem zaměstnancům přeji, aby i nadále byli spokojeni s naší prací. A nemocnici přeji, aby se jí stále dařilo a měla spokojené zaměstnance i pacienty.

■ **Ing. Veronika Dubská**
Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

Profesor Velemínský byl in memoriam oceněn za celoživotní péči o předčasně narozené děti a jejich rodiče

Nezisková organizace Nedoklubko, z. s. vyhlásila na svém galavečeru, který se tradičně konal u příležitosti oslav Světového dne předčasně narozených dětí v pražském paláci Žofín, laureáty prestižního ocenění Purpurové srdce 2024. Cena za celoživotní péči o předčasně narozené děti a jejich rodiče byla in memoriam udělena zakladateli Neonatologického oddělení českobudějovické nemocnice prof. MUDr. Miloš Velemínskému, CSc., dr. h. c. Cenu za něj převzal jeho syn,

doc. MUDr. Miloš Velemínský, Ph.D., MHA, primář Gynekologicko-porodnického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

Nedoklubko pořádá oslavy Světového dne předčasně narozených dětí a slavnostní předávání cen Purpurového srdce osobnostem české neonatologie již od roku 2010. Purpurové srdce je celosvětově vnímaný symbol a ocenění za zranění v boji. Původně se udělovalo vojákům, ale tuto myšlenku přejali i rodiče nedonošených dětí na celém světě.

Každý z laureátů významně přispěl k rozvoji neonatologie a zasadil se o zlepšení péče o předčasně narozené děti. Profesor Velemínský získal cenu Purpurové srdce poprvé již v roce 2010.

Profesor MUDr. Miloš Velemínský, CSc., dr. h. c., se významně zasloužil o rozvoj české neonatologie. Právě jeho zásluhou byla v Českých Budějovicích v 70. letech 20. století založena první jednotka intenzivní péče pro patologické novorozence. V roce 1984 pak založil první samostatné novorozenecké oddělení v České republice.



„Velice si vážím ocenění, které jsem měl tu čest na slavnostním večeru na Žofíně za svého otce převzít. Byl jsem pozván, abych na 2. kongresu Nedoklubka přednesl přednášku s porodnickou tematikou, a organizátorkám se podařilo po celé dva dny trvání kongresu dokonale utajit vše, co se mělo během slavnostního večera na Žofíně odehrát. O to překvapivější a dojemnější byl pak okamžik, kdy se na pódiu objevily fotografie mého otce, zaznělo jeho jméno a byl jsem moderátory vyzván k převzetí velice krásné ceny Purpurového srdce v podobě pamětní medaile o impozantním průměru 120 mm,“ uvedl prim. doc. MUDr. Miloš Velemínský, Ph.D., MHA.



prim. doc. MUDr. Miloš Velemínský, Ph.D., MHA, na slavnostním předávání cen

Nedoklubko je nezisková organizace, která již od roku 2002 podporuje rodiče předčasně narozených dětí a neonatologická oddělení v České republice. Jejím hlavním cílem je psychosociální podpora rodičů předčasně narozených dětí v celé České republice.

„Pan profesor byl do poslední chvíle aktivním lékařem. Pro časopis Nedoklubka ‚Nejste v tom sami‘ poskytl rozhovor, kde zdůraznil potřebu kontaktu rodičů s miminkem (tzv. klokánkování) a zanechal vzkaz pro nás všechny: ‚Dle dosavadních

výsledků lze konstatovat, že i děti s nejnižší hmotností mají velkou šanci být plnohodnotnými členy dětské i dospělé populace. Dá to více práce a přináší to více starostí, ale stojí to za to! Pan profesor Velemínský, nepostradatelná osobnost české neonatologie, zůstane navždy v našich srdcích,“ sdělila Lucie Žáčková, výkonná ředitelka organizace Nedoklubko, z. s.

■ redakce



prim. doc. MUDr. Miloš Velemínský, Ph.D., MHA

Rozhovor s panem profesorem Velemínským si můžete přečíst zde:



Video z konference:



Video z galavečera Purpurové srdce 2024 v paláci Žofín:



Emeritní primář neurochirurgie MUDr. Vladimír Chlouba byl jmenován čestným členem odborné společnosti

Ve dnech 20. až 22. listopadu 2024 proběhl v Liberci výroční kongres České neurochirurgické společnosti (ČNCHS). Během galavečera mi bylo velkou ctí, že jsem jménem výboru mohl předat čestné členství ČNCHS emeritnímu primáři našeho oddělení MUDr. Vladimíru Chloubovi.

Emeritní primář MUDr. Vladimír Chlouba vystudoval gymnázium ve své oblíbené Třeboni, v roce 1983 graduoval na 1. LF UK Praha a poté nastoupil na chirurgii v Českých Budějovicích. Často vzpomíná na základní vojenskou službu v Žatci. Roku 1986 získal první atestaci z chirurgie a v tom samém roce přešel na nově zřízené Neurochirurgické oddělení pod vedení doc. MUDr. Petra Kozlera, Ph.D. Po jeho odchodu do ÚVN Střešovice se v roce 1994, rok po složení atestace z neurochirurgie, stal primářem Neurochirurgického oddělení. Oddělení vedl do roku 2023, kdy vedení předal mně.

Pro mě je MUDr. Chlouba stále mým primářem, proto v dalším textu budu vypouštět slovo emeritní. Při příležitosti jeho významného ocenění bych rád připomenul jeho neurochirurgickou kariéru a nesmazatelný odkaz, který nám zanechal.

Primář Chlouba se zasloužil především o obrovský pokrok v počtu a spektru prováděných výkonů a celkovému rozvoji Neurochirurgického oddělení. V 90. letech, když byl jmenován do funkce, jsme byli na oddělení tři lékaři. Operační sál jsme měli k dispozici jen tři dny v týdnu. Ročně jsme prováděli přibližně 300 jednodušších operací. Naše oddělení



Emeritní primář MUDr. Vladimír Chlouba

mělo k dispozici jen tři pokoje, a to na chodbě Chirurgického oddělení.

Dnes náš tým tvoří 13 lékařů a ročně provedeme 2 000 neurochirurgických výkonů ve standardním spektru velké české neurochirurgie. V některých oblastech máme nejvíce výkonů v České republice. Disponujeme dvěma špičkovými operačními sály plně vybavenými nejmodernější přístrojovou technikou. Oddělení má 30 lůžek a jednotka intenzivní péče 17 lůžek.

Kromě mě a našich specialistů vychoval MUDr. Chlouba také několik dalších významných lékařů. Jedním z nich je doc. MUDr. Vladimír Příběh, Ph.D., šéf neurochirurgické kliniky na LF MU Plzeň, a dále několik

konzultantů, kteří působí ve Velké Británii (MUDr. Sokol, MUDr. Řehoušek) a v Německu (MUDr. Janata). Za sebe bych rád zdůraznil, že jeho vlídné, nesoutěživé a zároveň stimulační vedení bylo pro nás všichni obrovskou inspirací. Dovedl nás strhnout svou pracovitostí a odhodláním.

Samostatnou kapitolou je pak jeho vyhlášená manuální zručnost. Medik musí při studiu především prokazovat „duševní“ schopnosti a odolnost vůči stresu. Pro chirurga je výhodou, když je i manuálně zručný. Jak je při operování zručný, se ovšem dozvídá až během prvních let po dokončení medicíny. I méně manuálně zručný lékař se může naučit operovat standardní spektrum výkonů, ale dříve či později

narazí na své limity. Proto je pro mě vždy velkým potěšením vidět operovat někoho tak zručného, jako je primář Chlouba. Jeho styl operování je unikátní kombinací chirurgické šikovnosti, pragmatického přístupu a selského rozumu. Nejen chirurgické problémy řeší nejjednodušší možnou cestou. Kromě své odborné práce využívá MUDr. Chlouba svoji manuální zručnost a intelekt i v rámci svých koníčků. Jeho vášeň pro historii, zejména středověk a kastelologii, je patrná již při příchodu k jeho domu, který si sám

s otcem postavil a kolem něj vybudoval několik obranných věží. Je fascinující, jak je schopen vyrobit a upravit téměř jakýkoli nástroj. Namátkou zmíním například kroužkovou zbroj a funkční dělo. S bratrem společně postavili vodní elektrárnu. Rád bych připomenul, že primář Chlouba byl jedním z hlavních iniciátorů rekonstrukce Karlova hrádka u Purkarce.

Vedle historie se věnuje i hokeji. Je dlouholetým členem týmu složeného z lékařů, policistů a dalších

hokejových nadšenců. Na ledě si dokázal vybudovat respekt svých spoluhráčů i soupeřů. Když má puk, ostatní se mu klidí z cesty při jeho zpravidla úspěšném útoku na branku.

Jsem rád, že s panem primářem Chloubou stále spolupracujeme a že nám může předávat své cenné zkušenosti. Je pro nás nejen profesionálním, ale i lidským vzorem.

■ **prim. doc. MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D., MBA**
Neurochirurgické oddělení



Generace dárců krve stárne Potřebují nástupce

Je čas na novou krev – tu tvoji!

Pomozte nám naplnit
naše krevní zásoby

Děkujeme

#tedjetonatobe

800 603 333

www.nemcb.cz



...je čas to otočit

Melanomový tým Nemocnice České Budějovice

Do melanomového (dermatoonkologického) týmu Nemocnice České Budějovice jsou odesíláni pacienti k rozhodnutí o léčbě kožních nádorů. Jedná se převážně o kožní nádory melanocytárního původu, v menší míře také o nemelanomové nádory. Členy týmu jsou dermatolog a onkolog, kteří v součinnosti určují klinickou diagnózu a strategii dalšího postupu v diagnostice a léčbě, v distanční spolupráci s patologem, chirurgem, plastickým chirurgem, očním specialistou a ORL specialistou. Melanomový tým se schází v pavilonu C každou středu od 8:30. Pacient přichází nejčastěji na doporučení dermatologa, onkologa či chirurga. K rozhodnutí o postupu je nutná řádně vypracovaná strukturovaná zpráva obsahující stručné nynější onemocnění, základní stagingová vyšetření (RTG hrudníku, UZ břicha a lymfatických uzlin), anamnézu, farmakoterapii, eventuálně výsledek histologického vyšetření.

Cesta pacienta s podezřelým kožním útvarem by vždy měla začít u kožního lékaře. Součástí kožního vyšetření při diagnostice pigmentových névů je ruční či digitální dermatoskop. Specifická vyšetření ručním dermatoskopem je 79 %, digitální dermatoskop nám umožňuje ještě lepší výsledek, a to z toho důvodu, že dokáže znaménko lépe zvětšit a také vzhledem k archivaci snímků umí porovnat změny v čase. Součástí nejmodernějších přístrojů je i umělá inteligence, která posuzuje rizikovitost znaménka. Pokud je vynechán tento první diagnostický krok a pacient si nechá odstranit podezřelou lézi bez jasné diagnózy, může si tím zkomplikovat nejen cestu k přesné diagnóze, ale i k včasné a účinné terapii.

Při jasné klinické diagnóze doporučí dermatolog chirurgickou excizi s příslušnou šíří ochranného lemu. U melanocytárních nádorových lézí jsou v poslední době preferovány dvoudobé výkony. Nejprve se provede bioptická excize – excize s minimálním lemem – a následně je po histologickém ověření diagnózy maligního melanomu a určení jeho tloušťky (Breslow index) provedena reexcize s příslušným chirurgickým lemem, která se v případě melanomu pohybuje v rozmezí 0,5–2 cm, popřípadě je výkon rozšířen o biopsii sentinelové uzliny. Dle tloušťky melanomu je dále indikováno i genetické vyšetření biologických markerů, jako je BRAF mutace, které jsou určující při rozhodování o adjuvantní terapii. U metastatického melanomu vyšetření BRAF mutace, PD-L1 k rozhodování systémové onkologické léčby.

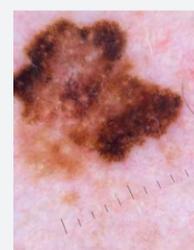
Po zařazení do příslušného klinického stadia je pacient s nižším nerizikovým stadiem předán melanomovým týmem ke sledování spádovému onkologovi. Pacienti s rizikovým či metastatickým melanomem, kteří jsou indikováni k adjuvantní či systémové onkologické léčbě, zůstávají v péči onkologického centra.

Maligní melanom

Melanom je zhoubný nádor kůže s potenciálem metastazovat (zakládat druhotná ložiska). Nádor vykazuje velkou variabilitu ve vzhledu – od vzhledu běžné pihy po rozsáhlé zvržedovatělé nádory s přítomností pigmentu i bez něj. Vzniká z pigmentových buněk (melanocytů), které se nacházejí především v kůži, ale může se vyskytovat i v oku (oční melanom), vzácněji pak v oblasti dutiny nosní a vedlejších dutin nosních, ve středouši, v mozku, na sliznicích úst nebo genitálu a v trávicím traktu. Při jeho vzniku se uplatňuje zejména sluneční záření. Spíš než pravidelné opalování se jako rizikový faktor jeví intenzivní spálení sluncem, a to zejména v dětském a dospívajícím věku. I když maligní melanom vzniká ve 2/3 případů de novo, je důležitým rizikovým faktorem i přítomnost většího množství (více než 100) či přítomnost atypických (více než 5) melanocytárních névů. U těchto lidí je udáváno až 25× vyšší riziko vzniku nádorových lézí oproti běžné populaci. Výskyt melanomu celosvětově roste. U mužů je nejčastější lokalizace na trupu, u žen na bérkách. Melanom představuje asi 4 % všech kožních nádorů, ale je zodpovědný za 73 % úmrtí. Prognóza tenkých melanomů je dobrá, zatímco



Lentigo maligna



Dermatoskopický obraz lentigo maligna



Povrchově se šířící melanom



Nodulární melanom s ulcerací a satelitní kožní metastázou

Zleva: MUDr. Jan Musil (Chirurgické oddělení), MUDr. Vladimír Příbáň jr. (Oddělení plastické chirurgie), MUDr. Jitka Bočková (Kožní oddělení), MUDr. Ivona Mrázová, MBA (Onkologické oddělení), prim. MUDr. Jiří Horažďovský, Ph.D. (Kožní oddělení) a zdravotní sestra Lenka Pástorová (Onkologické oddělení)

lokálně pokročilých či metastazujících velice nepříznivá. Křivka mortality melanomu naštěstí nekopíruje zvýšení výskytu, což je přisuzováno lepší informovanosti, preventivním prohlídkám a zlepšeným možnostem terapie. Diagnostika melanomu se provádí dermatoskopicky a histologicky. Klinicky rozlišujeme 4 základní varianty – lentigo maligna melanoma, povrchově se šířící melanom, nodulární melanom a akrolentiginózní melanom. Vzácnějšími variantami pak jsou amelanotický, desmoplastický, oční a slizniční

melanom. Všechny formy melanomu mohou potenciálně tvořit metastázy. K průkazu metastáz využíváme zobrazovací metody UZ, CT, PET/CT, MR. Základním léčebným prostředkem melanomu je chirurgická léčba. Pro vysoce rizikové pacienty existuje možnost adjuvantní terapie, jejímž cílem je odstranit případné mikrometastázy a oddálit návrat nemoci. Při metastazujícím onemocnění se opět uplatňuje terapie chirurgická, radioterapie (léčba zářením), cílená onkologická léčba a imunoterapie.

Maligní melanom je závažné nádorové onemocnění. Ještě v nedávné minulosti byly možnosti léčby velmi omezené. V průběhu posledního desetiletí jsme svědky doslova revoluce v léčbě melanomu. Po kompletním odstranění nádoru můžeme v současnosti nabídnout léčbu adjuvantní (zajišťovací) dle výsledku vyšetření BRAF mutace – cílenou léčbu (dabrafenib, trametinib) či imunoterapii (nivolumab, pembrolizumab). Jako adjuvantní léčba se označuje dodatečná protinádorová terapie, která se podává po primární léčbě (v případě melanomu po chirurgickém výkonu), aby se snížilo riziko návratu zhoubného nádoru buď v podobě lokální recidivy, lokoregionálního návratu onemocnění, či v podobě vzniku vzdálených metastáz. Ošetřující onkolog v dermatoonkologickém nebo komplexním onkologickém centru zváží indikaci adjuvantní léčby individuálně. Tato léčba trvá jeden rok a je podávána v komplexním onkologickém centru. Poté je pacient sledován onkologem.

Pacientům s neoperovatelným či metastazujícím nádorem může lékař indikovat léčbu radioterapií a léčbu systémovou. Dříve byla k dispozici pouze chemoterapie, která zásadně neprodlužovala přežití pacienta. K dispozici máme imunoterapii (ipilimumab, nivolumab, pembrolizumab, relatlimab) a cílenou léčbu (vemurafenib, dabrafenib, encorafenib, trametinib, cobimetinib, binimetinib). Léčbu můžeme podávat v monoterapii či v kombinaci. Roli v rozhodování o léčbě pacienta hrají mnohé faktory: celkový stav pacienta, rozsah nemoci, přidružené choroby, možné nežádoucí účinky cílené léčby a imunoterapie a ovlivnění kvality života. Díky těmto novým lékům můžeme dnes našim pacientům nabídnout perspektivu prodloužení života a některým dlouhodobou kontrolu onemocnění. Snaha o další zlepšení s sebou přináší otázky týkající se predikce léčebné odpovědi, individualizace léčby dle mutačního profilu nádoru a optimální kombinace léků s cílem zabránit vzniku rezistence.

Nemelanomové kožní nádory

V menší míře se tím zabývá i nemelanomovými kožními nádory, což je souhrnné označení pro zhoubné kožní nádory s původem jiným než v pigmentové buňce. Řadíme sem především spinocelulární a bazocelulární karcinom a nádory z Merkelových buněk. Tyto nádory se obecně vyskytují častěji než melanom. Bazocelulární karcinom je nejen nejčastější kožní nádor, ale i nejčastější zhoubný nádor v populaci. Jako rizikový faktor je uváděna především chronická expozice slunečnímu záření, což je také důvodem, proč jsou tyto nádory diagnostikovány hlavně u lidí v pokročilém věku. Oproti melanomu nejsou tyto nádory tolik nebezpečné, většinou rostou pomalu a méně metastazují – výjimku zde tvoří karcinom z Merkelových buněk. Prognóza je tudíž díky tomuto biologickému chování taktéž příznivá. Hlavní léčebnou metodou zůstává na prvním místě chirurgie, v indikovaných případech radioterapie a systémová onkologická terapie.

Tým se v případě nemelanomových nádorů kůže zabývá především lokálně pokročilými, neoperovatelnými a metastazujícími nálezy.

Bazocelulární karcinom

Bazaliom je nejčastější kožní nádor vyskytující se v solární lokalizaci u bělochů. Klinicky vypadá nejčastěji jako ploché ložisko či uzel růžové barvy s lesklým povrchem. Jedná se o pomalu rostoucí nádor s nízkým metastatickým potenciálem, ale některé formy mohou způsobit poměrně velkou lokální destrukci měkké tkáně, chrupavky či kosti, a proto mohou mít výrazný mutilující účinek. Hlavním rizikovým faktorem je chronická expozice slunečnímu záření, doba latence od záření ke klinickému projevu je 15–50 let. Mezi další rizikové faktory se řadí především světlý fototyp (typ kůže) a imunosuprese (riziko vzniku bazaliomu je cca 10× větší). Základní terapeutickou metodou je chirurgie. Pro některé méně agresivní a ploché léze lze zvolit i celou řadu neinvazivních metod, jako je například kryoterapie, laser či lokální terapie imiquimodem. Naopak u lokálně pokročilých nálezů, neléčitelných chirurgicky nebo radioterapií, a metastazujících nálezů je vyhrazena onkologická systémová terapie (cílená terapie, imunoterapie).

Spinocelulární karcinom

Spinaliom je druhý nejčastější kožní nádor. Tvoří cca 20% všech kožních zhoubných projevů kůže. Většina primárních nádorů je lokalizovaná na hlavě a krku u lidí s nízkým fototypem. Obvykle začíná jako červená ploška, která postupně roste a vyvyšuje se. Na povrchu jsou často žlutavé krusty či hyperkeratózy, v dalších fázích může docházet k tvorbě povrchových vředů. Rozlišujeme formy primární a pokročilé. Pokud je spinaliom léčen včas, má velmi dobrou prognózu. V první linii terapie dominuje chirurgická léčba. U chirurgicky neřešitelných a metastazujících nádorů je možné zvolit radioterapii či systémovou onkologickou léčbu (chemoterapie, imunoterapie).

Karcinom z Merkelových buněk

Karcinom z Merkelových buněk je vzácný, agresivní tumor vycházející z neuroendokrinních buněk kůže. Hlavním rizikovým faktorem je sluneční záření, což vysvětluje výskyt převážně na hlavě a krku u lidí s nízkým fototypem. Důležitou roli v etiopatogenezi má i polyomavirus. Incidence tohoto nádoru je poměrně nízká. Klinická diagnostika je většinou obtížná, jelikož nádor může imitovat celou řadu kožních projevů. Nejčastěji však Merkelův karcinom vypadá jako tuhý růžový až lividní uzel s rychlým růstem v řádu týdnů až měsíců. Diagnostika je pak tedy především histologická. Nádor má velkou tendenci k vytváření lokálních recidiv, lokoregionálních i vzdálených metastáz. Toto biologické chování má důsledek i v terapii, kdy je přistupováno k radikálním excizím s bezpečnostním lemem 1–2 cm. Chirurgické radikální odstranění s vyšetřením sentinelové uzliny je první metodou volby v terapii. Dle dalších parametrů je po operaci indikována adjuvantní terapie (radioterapie). U metastazujících nádorů lze indikovat systémovou onkologickou léčbu (imunoterapie, chemoterapie).

Radioterapie

Radioterapie se uplatňuje při terapii většiny kožních nádorů. S velmi dobrým výsledkem ji můžeme indikovat v případě chirurgicky neřešitelných bazaliomů a spinaliomů. K dispozici máme fotonové či elektronové záření lineárního urychlovače, rtg. záření a rtg. ozařovače.

V komplexní léčbě maligního melanomu je radioterapie dlouhodobě považována za okrajovou terapeutickou modalitu. Je to zejména proto, že maligní melanom je pokládán za omezeně radiosenzitivní či radiorezistentní nádor. Radioterapie primárního nádoru je u kožního melanomu indikována spíše výjimečně, málo časté jsou i indikace radioterapie pooperační. Naopak poměrně častou indikací je radioterapie s paliativním záměrem v případě metastatického onemocnění. Mezi standardní a nejčastější indikace radioterapie

patří paliativní ozáření různých lokalit z důvodů regionálních a vzdálených metastáz (mozek, skelet atd.). Cílem paliativní radioterapie je obvykle zmírnit symptomy, které metastázy vyvolávají, např. v případě bolestivých kostních metastáz, nebo jim předejít, např. při hrozící míšní kompresi. Při limitovaném metastatickém postižení ve smyslu počtu i velikosti metastáz přichází v úvahu stereotaktická radioterapie.

V poslední době se stává předmětem diskusí problematika systémového působení radioterapie, zejména v souvislosti s využíváním systémové imunologické léčby. Je možné, že právě radioterapie pomůže nastartovat imunologickou odpověď, kterou následně moderní imunoterapie bude schopna zintenzivnit a udržet.

Adjuvantní léčba

Jako adjuvantní léčba se označuje dodatečná protinádorová terapie, která se podává po primární léčbě (v případě melanomu po chirurgickém

výkonu), aby se snížilo riziko recidivy (návratu zhoubného nádoru), zpravidla v podobě návratu onemocnění či vzniku vzdálených metastáz v plicích, játrech, mozku nebo kostech. Ošetřující onkolog v dermatoonkologickém nebo komplexním onkologickém centru zváží indikaci adjuvantní léčby individuálně.

Imunoterapie pomáhá využít v boji proti zhoubným nádorům možnosti pacientova vlastního imunitního systému. V adjuvantní léčbě melanomu se jedná o použití tzv. inhibitoru kontrolních bodů imunitní odpovědi – protilátky proti receptoru programované buněčné smrti PD-1 (programmed cell death-1).

Stále platí, že nejlepší léčbou maligního melanomu je prevence.

Jelikož se melanom ve většině případů nachází na kůži, je zde každý rizikový útvar snadno vyšetřitelný. Každý by si měl jednou měsíčně sám prohlížet povrch kůže po celém těle. Pozornost by mělo vzbudit každé znaménko, které se nějakým způsobem změní nebo nově

utvoří. Dalším krokem samovyšetřování je pak posouzení pravidel ABCDE, která hodnotí varovné příznaky melanomu. Pravidlo je akronymem anglických názvů pro posuzované aspekty – asymetrie, okraje, barva, rozměr a vývoj. Pokud kdokoli zaznamená některou z těchto změn, je důležité se objednat ke kožnímu lékaři, který dokáže znaménko podrobněji vyšetřit dermatoskopem. V prevenci vzniku nádorů kůže povšechně se uplatňuje ochrana před slunečním zářením a krémy s SPF 50+. Dalším opatřením jsou i preventivní prohlídky u dermatologa jednou ročně, který je často schopen odhalit melanom již v počínající fázi, dříve než jsou změny patrné při samovyšetřování pouhým okem.

■ **MUDr. Jitka Bočková**
Kožní oddělení

■ **MUDr. Ivona Mrázová, MBA**
Onkologické oddělení

Role chirurga v léčbě maligního melanomu v naší nemocnici

Úvod

Péče o pacienta s maligním melanomem vyžaduje důslednou spolupráci dermatologa, patologa, onkologa, chirurga a plastického chirurga. Jaká je role chirurga v péči o pacienta s tímto onemocněním? Pacient se k chirurgovi dostává buď v rámci primární excize (vyříznutí) suspektního melanocytového névu (tzv. pihy), kdy je odeslán s jasným požadavkem na excizi od kožního nebo praktického lékaře, nebo v druhém případě po pečlivém vyšetření a zhodnocení tzv. melanomovým týmem, kdy již přichází s jasně stanovenou diagnózou tohoto onemocnění a definovaným požadavkem na radikální chirurgický

výkon. Chirurg je tedy nedílnou součástí indikačního týmu a hovoří s pacientem o chirurgických modalitách léčby, je klíčovým článkem a spolu s onkologem také efektem v celém procesu, neboť nejde pouze o odstranění nádoru, ale také o záchytnou onkologickou léčbu, která má za cíl minimalizovat pravděpodobnost recidivy onemocnění.

Diagnostika

Diagnostika maligního melanomu je prováděna pomocí klinického a dermatoskopického vyšetření. Zobrazovací metody, jako např. RTG, CT, PET/CT, pomáhají určit rozsah onemocnění, TNM klasifikaci, a tedy klinické stadium choroby.

Vzhledem k tomu, že se jedná o tumor neuroektodermového původu, který je tvořen vysoce specializovanými buňkami, vyžaduje poměrně značnou radiorezistenci a chemorezistenci. Tím pádem je dominantní modalitou chirurgická léčba, při které se provádí excize s lemem s eventuální biopsií sentinelové uzliny. Velikost lemu a indikace k biopsii uzliny jsou podmíněny klinickým stadiem onemocnění. Je nezbytné podotknout, že při klinickém vyšetření je samozřejmostí také důsledné palpační vyšetření axilárních jamek a obou třísel kvůli vyloučení možné lymfadenopatie. Pokud není nález jednoznačný, je nezbytné provést biopsii s histologickou

verifikací suspektního nálezu. Jedná-li se o drobné léze charakteru pihy, je možné provést rovnou excizi s minimálním lemem 1–2 mm.

Histologické vyšetření, které provádí patolog, následně potvrzuje nebo vylučuje diagnózu maligního melanomu a hodnotí se při něm počet mitóz, vaskulární a lymfatická invaze, ulcerace a perineurální šíření. Velmi důležité je hodnocení hloubky tumoru podle Breslowa. Breslow udává nejhlubší bod invaze tumoru (tloušťku tumoru) v mm. Při posuzování hloubky invaze se můžeme setkat také s hodnocením podle Clarka, které je však na ústupu. Clark udává anatomickou hloubku invaze a odpovídá na otázku, kolika anatomickými vrstvami kůže tumor prorůstá. Histopatologický nálezn je základem TNM klasifikace melanomu a determinuje prognózu pacienta. Se vzestupem biologické léčby a imunoterapie se úloha patologa rozšiřuje o stanovení mutací v klíčových onkogenech (BRAF, NRAS, CKIT).

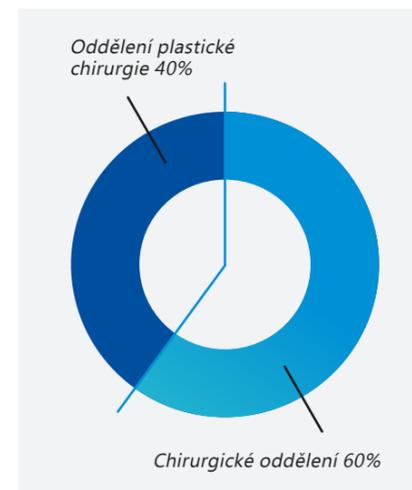
Chirurgická léčba je základem léčby maligního melanomu. Spočívá v chirurgické excizi s dostatečným lemem zdravé tkáně, tzv. radikální excizi, a biopsii sentinelové uzliny. Velikost lemu se odvíjí od klinického stadia onemocnění. U Tis je lem 0,5 cm, u T1-T2 1–2 cm, u T3-T4 2 cm. Pokud je melanomem postižen prst dané končetiny (akrolentiginózní melanom),

je indikována amputace postiženého prstu v sousedním článku. V případě, že nedošlo k radikální excizi nebo panují pochybnosti o řádném odstranění tumoru, je indikována tzv. reexcize, jejímž účelem je odstranit tkáň v oblasti jizvy po předchozím zákroku, u které nelze vyloučit zbytkovou infiltraci tumorózními buňkami. Tímto způsobem je garantována onkologická radikalita. Reexcize by měla být indikována do 1 měsíce od původní excize. Princip „excize s lemem“ je dán tím, že tumor má sklon k zakládání satelitních metastáz ve svojí blízkosti a navíc disponuje tzv. dormantními (spícími) buňkami, které se reaktivují v okamžiku selhávání imunitního systému. Za historickou zajímavost můžeme považovat fakt, že dříve byl běžně doporučený lem až 5 cm včetně odstranění svalové fascie, což vedlo ke zbytečně extenzivnímu výkonu a mutilujícímu efektu na pacienta. S rozvojem onkologické léčby to však již neplatí. Navzdory tomu je ale řešení defektů po excizi poměrně častým problémem. Není možné se vyjádřit k pokročilosti jakéhokoliv nádorového onemocnění, jestliže nemáme k dispozici informaci o možném šíření do spádových lymfatických uzlin. Proto je také v případě melanomu nezbytné provést biopsii sentinelové uzliny. Biopsie sentinelové uzliny je indikována při akrolentiginózním melanomu, při nehmátných uzlinách v axille a v případě, že se jedná

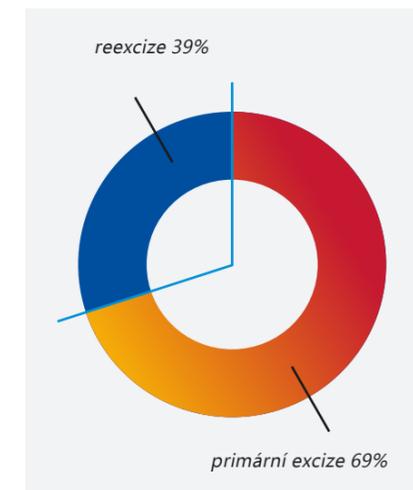
o stadium T1b a více. Uzliny mohou být značeny pomocí lymfoscintigrafie nebo pomocí magnetických částic (SPIO). Naše nemocnice používá lymfoscintigrafii s ^{99m}Tc s následnou detekcí uzliny pomocí scintilační sondy. Je zajímavostí a historickou perličkou, že lymfoscintigrafie s následnou biopsií uzliny byla původně vyvinuta právě pro chirurgii maligního melanomu, ačkoliv se dnes hojně používá především v mammární chirurgii. Disekce regionálních uzlin při mikroskopickém postižení sentinelové uzliny při peroperačním vyšetření je možná a minimalizuje riziko lokální recidivy tumoru, avšak měla by být prováděna individuálně, např. při postižení více uzlin nebo v případě extrakapsulárního šíření. Jedna z palčivých otázek chirurgické léčby se týká radikálních excizi s dostatečným lemem v kosmeticky komplikovaných oblastech hlavy a krku. Dostáváme se tu do konfliktu mezi onkologickou radikalitou a kosmetickým dopadem excize, který může výrazně snížit kvalitu života pacienta.

Další palčivá otázka se týká debulkingu u maligního melanomu. Pokud má tumor metastázy v jiných orgánech, je metodou volby jejich chirurgické odstranění, jsou-li resekabilní. Predilekčními místy pro metastázy melanomu jsou kůže, uzliny, mozek, plíce, játra, a dokonce byly popsány i metastázy do horního GIT. V takovém případě se postupuje podle

chirurgických zákonitostí resekce daného orgánu, např.: melanom střeva vyžaduje resekci daného úseku střeva. Jaké výkony provádíme na našem pracovišti? V ideálním případě je provedena excize s lemem a vzniklý defekt je uzavřen primárně, prostou lineární suturou. Tímto způsobem končí většina operací. Někdy se ale může jednat o extenzivní výkon, který má pro pacienta kosmeticky nepříznivý dopad kvůli přítomnosti rozsáhlé jizvy nebo defektu a snižuje tak jeho kvalitu života. Proto jsou k dispozici různé metody uzavěru a krytí, které často vyžadují spolupráci s plastickým chirurgem. Při rekonstrukci platí, že funkčnost je nadřazena kosmetickému efektu. Pokud se jedná o větší defekt, který je obtížné nebo nemožné uzavřít lineární suturou, je možné vytvořit kožní lalok z okolí nebo aplikovat dermoepidermální štěp. Z hlediska kožních laloků je možné použít jakýkoliv vhodný lalok, resp. plastickochirurgický výkon podle lokalizace, kde je přítomen defekt. Úskalí použití štěpu je v tom, že defekt může být relativně hluboký a spodina je po operaci zatím bez granulací, takže neposkytuje dostatečný podklad pro uchycení a následné připojení dermoepidermálního štěpu. Tento problém vedl k vyvinutí některých metod dočasných krytí. Na našem pracovišti používáme COM 30, což je kombinovaná obvazová textilie vytvořená za účelem dočasných krytí defektů po rozsáhlých nekrektomiích,



Graf demonstruje poměr operací na Chirurgickém oddělení a na Oddělení plastické chirurgie



Poměr primárních excizi a reexcizi

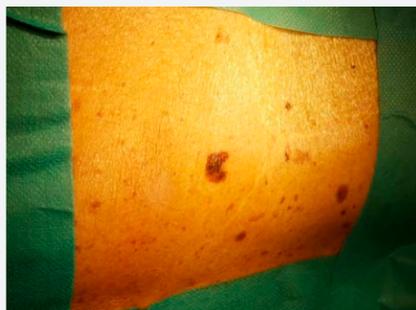
popáleninách nebo kožních excizích. Jakákoliv forma léčby představuje zásah do integrity organismu a vychýlení z jeho normálního stavu. Z toho potom plynou možné komplikace. Jak již bylo zmíněno, chirurgická léčba maligního melanomu je v podstatě rozsáhlá kožní excize s biopsií nebo disekcí spádových uzlin s následným uzavřením defektu dostupnými způsoby. To přímo implikuje možné komplikace, které mohou nastat a které se v podstatě neodlišují od běžných chirurgických pooperačních komplikací. Mezi tyto komplikace patří infekce nebo rozpadnutí operační rány, krvácení a hematoma, poškození

svalu nebo šlachy, serom operační rány, lymfedém, nepřipojení kožního štěpu a zcela výjimečně mohou nastat komplikace v podobě přerušování nervově-cévních struktur. Komplikace chirurgické léčby maligního melanomu jsou v drtivé většině místního charakteru a nepostihují celý systém. Komplikace představují závažný problém, který může zpomalit, nebo dokonce zcela znemožnit podání adjuvantní terapie a tím pádem negativně ovlivnit celkové přežití pacienta.

MUDr. Jan Musil
Chirurgické oddělení



Nodulární melanom



Melanom připravený k excizi



Stejná léze s naznačeným lemem



Defekt po excizi



Stejný defekt po aplikaci COM 30



Z-plastika po interscapulární excizi melanomu

Léčba melanomu na Oddělení plastické chirurgie

Chirurgická léčba kožních melanomů v rámci českobudějovické nemocnice je historicky rozdělena podle lokalizace nádoru mezi Chirurgické oddělení a Oddělení plastické chirurgie. Od úrovně pupku výše, kdy se sentinelová uzlina (nejbližší lymfatická uzlina od nádoru) zobrazuje v axilách (podpaží), jsou tyto nádory řešeny na Oddělení plastické chirurgie, včetně melanomu hlavy. Melanomy umístěné pod úrovní pupku se sentinelovou uzlinou v třísele se v Chirurgickém oddělení, které si nás eventuálně přizve k řešení vzniklého defektu po odstranění nádoru.

Po stanovení diagnózy (klinické vyšetření, dermatoskopie, bioptická excize pigmentového névu s histologickou diagnózou melanomu) a provedení stagingových vyšetření jsou pacienti vyšetřeni v melanomovém onkotýmu, s jehož závěrem pacienty objednáme k operaci. Kromě odstranění nádoru může onkolog vyžadovat odstranění sentinelové uzliny, jejíž označení probíhá v den výkonu.

Základem chirurgické léčby melanomu je radikální odstranění nejen samotného nádoru, ale i určitého množství zdravé tkáně v jeho okolí. Požadavek onkologa na rozsah excize

se u jednotlivých případů může lišit. Rozsah tzv. lemu zdravé tkáně je dle podtypu, stadia a velikosti melanomu od 0,5 do 2 cm. Fixací odebraného nádoru dochází ke kontrakci tkáně (až o 14 %), proto je kromě histologických okrajů, které hodnotí patolog, důležitý i rozsah lemu zdravé tkáně uvedený operátem. Nebylo však potvrzeno, že by lem širší než 2 cm vedl k lepším léčebným výsledkům.

K dalším operačním výkonům patří reoperace po nedostatečně radikálních výkonech – obvykle po odstranění névů, kdy je melanom diagnostikován až při bioptickém vyšetření. Nezbytná

radikalita výkonu představuje výzvu v adekvátním krytí defektu v místech nedostatku měkkých tkání a jejich nižší posunlivosti, např. v oblasti hlavy. Proto jsou pacienti s melanomem v nepříznivých lokalizacích odesláni na Oddělení plastické chirurgie, kde lze defekt vzniklý při operačním výkonu zakrýt, nejčastěji kožním štěpem.

Pokud se nádor vyskytuje v oblasti, kde je dostatek kůže s možností jejího posunu do vzniklého defektu, je preferována primární sutura – sešítí

rány po uvolnění jejích okrajů. Pokud nelze vzniklý defekt vyřešit posunem místních tkání, je dostupným řešením odběr kožního štěpu a jeho aplikace do poresekčního místa či krytí defektu místním lalokem. Na velmi exponovaných/rizikových místech (oblast očí, nášlapná plocha nohy, oblast Achillovy šlachy) je často nutné provést složitější rekonstrukční zákrok.

Operace melanomu mohou probíhat v lokálním znecitlivění – pacienti odchází domů ihned po výkonu. Neprokázalo se,

že aplikace lokálního anestetika zvyšuje riziko šíření melanomu. U rozsáhlejších výkonů (zpravidla s vyšetřením sentinelové uzliny) je vhodná celková anestezie, pacienti jsou propuštěni obvykle následný den po operaci. S výsledkem histologického vyšetření jsou pacienti pozváni na kontrolu do melanomového onkotýmu, kde je rozhodnuto o dalším postupu léčby.

■ **MUDr. Vladimír Příbáň jr.**
Oddělení plastické chirurgie

Úloha patologa v melanomovém týmu

Obdobně jako v jiných klinicko-onkologických týmech je účast patologa nepřímá a navenek skrytá, protože se nesetkává přímo s konkrétními pacienty. Pro činnost týmu je však patologická diagnóza nezbytná, neboť poskytuje detailní informace o typu a rozsahu nádorového onemocnění, které jsou potřebné k nastavení optimální léčby.

Problematika kožních pigmentových lézí je velice široká, jejich diferenciální diagnostika patří z pohledu patologa k nejobtížnějším a je zatížena velkou mírou subjektivity. Hranice mezi ještě benigním a již maligním nádorem je úzká a neostrá.

Mezi benigní kožní pigmentové léze patří různé pigmentové skvrny, lidově označované jako pihy či znaménka. Nejčastěji se jedná o pigmentové névy, které se dělí na junkční, intradermální, smíšené, modré a dysplastické. Velmi obtížnou diagnózou jsou pigmentové névy typu Spitz a Reed, které mohou věrně imitovat maligní melanom (MM). Kategorie maligních pigmentových lézí zahrnuje neinvazivní MM (melanoma in situ, lentigo maligna) a klinicky nejzávažnější jednotku, kterou je invazivní MM.

Podezřelé „znaménko“ je vyříznuto na Kožním či Chirurgickém oddělení, poté je odesláno na Patologické oddělení, kde se vzorku přidělí bioptické číslo a je zadáno do elektronické databáze. Následuje tzv. přikrojení, kdy je vzorek makroskopicky posouzen a popsán a je z něho odebrána reprezentativní část pro následné laboratorní zpracování. Z histologických metod se využívá základní barvení (HE) a imunohistochemické vyšetření se specifickými protilátkami (např. SOX10, Melan A, S100). Finálním produktem laboratorního zpracování je histologický preparát (sklo), který kvalifikovaný lékař patolog zkoumá pod mikroskopem. V odůvodněných případech lze u metastazujících nádorů na žádost onkologa doplnit molekulárně genetické vyšetření (mutace BRAF).

U MM se pro potřeby melanomového týmu hodnotí typ nádoru (SSM, nodulární, vřetenobuněčný, névoidní atd.), jeho velikost/tloušťka, přítomnost ulcerace, invaze do krevních a lymfatických cév, šíření podél nervů, průvodní zánětlivá reakce, vzdálenost nádoru od okrajů a spodiny excize a přítomnost satelitních ložisek. Na podkladě těchto parametrů se tumor zařadí dle aktuální TNM klasifikace

společně s kódem MKN a onkologickým kódem. Všechny tyto informace jsou zadány do Nemocničního informačního systému a vytištěny v podobě výsledku na průvodním listu k histologickému vyšetření.

V některých případech je indikováno tzv. peroperační vyšetření spádových lymfatických uzlin. V rámci tohoto vyšetření patolog v průběhu operace hlásí na operační sál, zda jsou, či nejsou uzliny metastaticky postižené. Toto vyšetření nám komplikuje současná móda masivního tetování, protože externí barvivo z tetováže se vychytává ve spádových uzlinách a může výsledný histologický obraz značně ovlivnit.

Problematika MM se netýká jen kůže. MM může metastazovat do všech orgánových systémů, ale jako primární tumor může postihovat i jiné oblasti, jako je pohlavní ústrojí, GIT nebo oko. V těchto případech jsou pacienti řešeni ve spolupráci melanomového týmu a příslušného klinicko-onkologického týmu.

■ **MUDr. Věra Fischerová**
Patologické oddělení



Excize melanomu s centimetrovým lemem zdravé tkáně



Primární uzávěr rány



Krytí defektu levého spánku kožním štěpem



Oblast stehna 2 týdny po odběru kožního štěpu



Reexcize neradikálně odstraněného melanomu, lem 1 cm kolem původní jizvy označen předoperačně



Průběh reexcize, spodinu rány tvoří svalová fascie

Příběh s dobrým koncem: 114 dní boje o život

Seznamte se s jednatřicetiletým panem M., který se nikdy s ničím vážným neléčil. Jeho příběh začal 22. srpna 2023, kdy ho záchranná služba přivezla do českobudějovické nemocnice s krutými bolestmi břicha. Po ošetření na Urgentním příjmu byl hospitalizován na Gastroenterologickém oddělení s diagnózou akutní pankreatitidy – zánětu slinivky břišní.

Stav pacienta se dramaticky zhoršoval. Pro naprostou fyzickou vyčerpanost, dušnost s nedostatkem kyslíku v krvi a neztišitelné bolesti bylo již po 40 hodinách hospitalizace nutné pacienta přeložit na Anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO). Byl uveden do umělého spánku s nutností zajištění dýchacích cest a napojení na umělou plicní ventilaci. Zánět slinivky se velmi rychle rozvíjel a měl za následek rozvoj těžkého septického šoku. Prakticky současně docházelo k postupnému rozvoji multiorgánového selhání, kdy šestý den na umělé plicní ventilaci gradovalo poškození plic, tzv. ARDS (akutní respirační selhání). K zajištění dostatečného oxykčení krve bylo nutné pacienta ventilovat v tzv. pronáční poloze (otočením na břicho), jako rescue postupu při ARDS. V tu chvíli proběhla i konzultace s Oddělením kardiologie ohledně případného napojení na ECMO (mimotělní okruh, který by nahradil funkci plic). Během následujících tří dnů byl pacient střídavě po 12 hodinách ventilován na zádech a na břiše. Postupně došlo ke zlepšení plicních funkcí. Přes tento kritický stav, který si mimo jiné vyžádal oboustrannou hrudní drenáž, tracheostomii a invazivní vstupy, byl pacient po měsíci přeložen zpět na Gastroenterologické oddělení. Při vědomí, pohybující se pomocí chodítka,

kdy byl schopen ujit kolem 20 metrů. Stav plic se zlepšil natolik, že mohl normálně dýchat i mluvit. Jen ho stále trápila nevolnost a nebylo možné přijímat více tekutin a potravy přirozenou cestou. Zánětem změněná tkáň slinivky způsobila vznik tzv. pseudocysty – dutiny vyplněné tekutinou a odumřelou tkání slinivky –, která se postupně zvětšovala. Zasahovala do oblasti sleziny i žaludku. Byla nebezpečná i stran možného infikování bakteriemi.

Po pěti dnech na Gastroenterologickém oddělení došlo u pacienta k opětovnému zhoršení bolestí břicha, nárůstu zánětlivých parametrů a k progresi septického stavu. Bylo nezbytné provést nekrektomii (odstranění odumřelé tkáně pankreatu). Jelikož pseudocysta zasahovala k žaludku, zvolila se cesta endoskopického ošetření, protože je pro pacienty šetrnější a technicky byla možná. Tímto způsobem byl pacient ošetřen opakovaně, vždy s krátkodobým pobytem na ARO. Ale stav se bohužel nelepšil. Vzhledem k již chronické sepsi se 24. října, tj. dva měsíce od začátku potíží, přistoupilo k chirurgické revizi břicha a odstranění odumřelé části slinivky. Chirurgické zásahy s sebou často přinášejí četné komplikace a jsou technicky náročné, proto jsou při léčbě pankreatitidy ponechány až jako poslední možnost řešení komplikací. Pro pacienta to opět znamenalo nasazení kontinuální sedace a uvedení do umělého spánku, napojení na umělou plicní ventilaci a opět zavedení tracheostomie.

Po výkonu, kdy byla celá dutina břišní zrevizována, odstraněny zhnisané tkáně, zavedena vyživovací jejunostomie (katetr zavedený do tenkého střeva

a vyvedený na stěnu břišní k možnosti podávání speciální stravy), však bohužel nebylo technicky možné dutinu břišní uzavřít. Tato „břišní katastrofa“ se řešila zavedením tzv. VAC systému, kdy je pomocí speciální pěny a fólie ošetřena rána a následně je tento systém napojen na vakuum. Docházelo sice k čištění rány, ale přes všechny snahy nebylo možné kůži na břiše sešít k sobě. Proto byl u nás poprvé v České republice použit systém FASCIOTENS, který pomocí speciální konstrukce umožňuje pomalu „vytahovat“ kůži. Tento systém měl pacient přesně měsíc. Během té doby bylo nutné provádět opakované chirurgické revize a výměny celého systému. Tento způsob léčby je unikátní i v tom, že pacient mohl být částečně při vědomí. Systém na hrudník netlačí, umožňuje u pacienta i spontánní ventilaci, a tedy částečné zapojení vlastních svalů. Až 30. listopadu mohli chirurgové břišní stěnu zcela uzavřít. Následovala dekanylace (odstranění tracheostomické kanyly z krku), pacient mohl opět po více jak měsíci sám mluvit a dýchat. Samostatně však byl téměř nepohyblivý.

Pátého prosince byl přeložen na chirurgickou JIP, kde pokračovala rehabilitace. Pan M. začal znovu normálně jíst a poté mohl být po krátkém pobytu na Chirurgickém oddělení propuštěn domů.

Po 114 dnech v nemocnici, 650 hodinách na umělé plicní ventilaci mohl tento mladý tatínek opět vidět svého malého syna a Vánoce strávit doma.

Všem, kdo se podíleli na tomto příběhu, patří velké „DĚKUJI“.



VAC systém



Systém FASCIOTENS

S panem M. jsme byli i po propuštění z nemocnice v občasném kontaktu. Protože mne zajímalo, jak se mu po roce daří a jak on vnímal svůj boj o život, domluvili jsme se na rozhovoru.

■ V září to byl rok, co vás záchranná služba přivezla do nemocnice kvůli bolestem břicha. Diagnostikovali vám akutní pankreatitidu – tedy zánětlivé onemocnění slinivky břišní. Po necelých dvou dnech vás kvůli rychlému, dramatickému průběhu přeložili na ARO, uspali a ventilovali na přístrojích. Pamatuje si na začátek toho všeho?

Pro začátek: Nechci být hnidopich, ale to víte, datum takové události si člověk celkem dobře zapamatuje – a přesně to bylo 22. srpna. Přivezla mne záchranka, přišla nějaká vyšetření. Veliká legrace bylo zavádění sondy do žaludku. Veškerý další čas se nesl ve znamení bolesti, tam se není čemu divit. V noci a brzy ráno 24. srpna už se mi velmi špatně dýchalo. Dále už si pamatuji, jak mi oznámili, že mě převevou na ARO a uvedou do umělého spánku.

Manželce jsem jen předal nezbytné přístupy, pak už jen poslední vzpomínka před usmáním a hurá do hajan.

■ Jak vzpomínáte na probouzení na ARO, kde jste ležel opakovaně? Co bylo pro vás nejhorší a naopak bylo vůbec něco, co by vás, dalo se snad říct, i potěšilo? Báli jste se?

První probuzení z umělého spánku si po těch všech opiátech a lécích na bolest ani nepamatuji. Z doslechu vím, že jsem byl nějakou dobu mimo, než jsem začal komunikovat, vlastně spíše gestikulovat (při provedené tracheostomii). Další probouzení po různých zákrocích si pamatuji, některá méně, jiná více. Probudit se, být malátný či unavený, to je naprosto v pořádku. Co mne ale naprosto ničilo, bylo probuzení po operaci, kdy jsem byl naprosto při smyslech, ale s tělem jsem nemohl dělat naprosto nic, nemohl jsem otevřít oči, pohnout rukou ani nohou, jen za nějaký čas jsem mohl vrtět hlavou. A tak se s nikým bohužel nedomluvíte. Nezbyvalo nic jiného, nežli poslouchat zvuk plicního ventilátoru a děnit kolem a čekat, až odezní utlumující léky.

Nejhorší byla právě některá taková probouzení, nepřetržitě bolesti a horečky, kvůli nimž mne obtěžovalo věčné horko – tedy mně se zdálo, že je horko. Proto jsem si nedokázal představit ani chvíli bez ventilátoru a věřím, že jsem tím byl otravný pro všechny kolem, ale ten malý unavený ventilátor byla moje oáza v poušti. Jinak určitě nemusím rozepisovat, jak hrozné je, že nemůžete vůbec nic, jen ležet. Ostatní se o vás musí starat ve všem, ať chcete, či ne. První dny jsem neměl ani sílu zvednout telefon, nemohl jsem psát tužkou, vše mne bolelo a vysilovalo.

Nyní trochu z pozitivního soudku. Velice mne potěšilo, že to se mnou nikdo nevzdal, i když vím, že byly situace, kdy mnozí už nevěřili na zázraky. Přinejmenším nevěřili, že se vrátím zpět do normálního života. Veškerý personál oddělení ARO byl super. Objevily se sice situace, kdy to vypadalo, že někdo už prochází nebo prošel syndromem vyhoření či jinými problémy anebo je to pro něho čistě jen práce za mzdu a komunikace byla dosti strohá. Tomu se ovšem nedalo divit a dnes vše vzal výt. Toto se děje všude a chtěl jsem

jen poukázat na to, co tato náročná profese lidem provádí. Já osobně zažil primárně skvělý přístup a za to jsem velice rád. Něco takového, jako je vlídný přístup, člověku velice pomůže, protože v tu chvíli víte – a nikdo vám to nevyvrátí –, že jste přítěží pro lidi kolem, jste přítěží i pro rodinu, protože ta ani neví, jak dopadnete, ale všichni to překousnou a i tak vám darují úsměv. ZA TO MOC DĚKUJI!

Ještě k otázce strachu. Tam, kde jsem se měl bát, jsem všechno prospal. Tam, kde jsem nespál, jsem si už zase nepřipouštěl, že se nevrátím domů. Ovšem nepopírám, že stát se mohlo cokoli.

■ **Měl jste otevřené břicho, spousta hadiček, napíchaný katetrů, drénů... Měl jste bolesti? Jak jste to vše vnímal?**

Bolesti jsem měl neustále, tedy od doby, kdy se mi musely snižovat dávky opiátů kvůli strachu ze závislosti a dalších věcí, které musí lékaři řešit. Bolesti mne doprovází i dnes. Už to ale naštěstí nejsou bolesti kolem břicha, jež jsem měl ještě po odchodu z nemocnice, ale bolesti z dlouhého pobytu na lůžku. A všechny ty milé hadičky? Pokud máte bolesti, jde to stranou. Hadičky primárně všude tahaly a překážely nejen mně, ale i zdravotnickému personálu. 😊



Uzavření břišní stěny a postupné hojení

■ **V nemocnici jste strávil přibližně čtyři měsíce – začalo to na konci léta, odcházeli jste před Vánoce. Jak jste se cítil, když jste mohl konečně odejít domů?**
Pro mne to bylo vězení minimálně v tom, že opravdu jsem se nehnul z lůžka. Za celou dobu jsem nebyl venku ani v kolečkovém křesle, situace to nedovolovala. Moje jediné uvolnění z lůžka byla rehabilitace. Tu si ovšem neužijete, protože je bolestivá. Nádech svobody přišel až na standardním pokoji, kde už jsem mohl vstávat, jak jsem chtěl. Sice také s bolestmi, ale máte svobodnou vůli si rozhodnout, kdy a kam se půjdete v rámci oddělení projít.

Radost, kterou pocítujete, když se konečně vrátíte domů k rodině a do pohodlí, se nedá popsat. To je totální nálož endorfinu.

■ **Jak na to vše teď, kdy už je to zhruba rok, vzpomínáte nyní?**
Že bych si chtěl jen tak zavzpomínat, to ne. Mozek má skvělou schopnost spoustu špatného promazat, ale jako na potvoru zanechá nejradikálnější vzpomínky



a ty vám čas od času promítne. Ovšem uloží i krásné vzpomínky na to, jak se k vám někdo hezky chová.

Občas se člověku v noci vybaví právě pár hezkých chvil, následně jste odměněn směsicí těch hrozných, kupříkladu halucinací z umělého spánku. To je sci-fi, které neomrzí.

■ **Moc děkujeme a přejeme jen to nejlepší a spoustu spokojených chvil s rodinou. A samozřejmě hodně zdraví!**

Paní doktorko, i já vám a všem z oddělení moc děkuji. Zachránili jste mi život a díky tomu mohu i nadále pumpovat dávky nervů, ale i lásky svému synovi, manželce a celému zbytku rodiny.

■ **MUDr. Petra Cihlářová**
Anesteziologicko-resuscitační oddělení



Pan M.

■ **Vzdělávání**

System MOZART významně snižuje riziko reoperací u pacientek s karcinomem prsu

Ve dnech 2.–4. 10. 2024 jsme měli možnost se s kolegou MUDr. Janem Houzarem zúčastnit 43. ročníku kongresu Evropské onkochirurgické společnosti ESSO v Antverpách. Jedná se o jednu z největších akcí v rámci onkochirurgie na světě, a protože jedním z témat tohoto kongresu byla chirurgie karcinomu prsu, měli jsme zde možnost odprezentovat naše výsledky a zkušenosti s používáním systému peroperačního zobrazení resekátu prsu při prs zachovných výkonech – systému MOZART.

Tento systém umožňuje určit eventuální šíření nádoru prsu do okrajů resekátu a případně okamžitě doresekovat postiženou část prsu. Používáme jej více než rok a výrazně díky tomu ubylo reoperací pro pozitivní okraje resekátu (konkrétně z 5,5 % na 0,6 %). Dále pomocí něj prokazujeme v uzlině jódové zrno, které používáme ke značení pozitivní uzliny k cílené axilární disekci (kdy se odstraní pouze postižená, resp. postižené uzliny). Takový postup může pacientku ušetřit disekce axily (odstranění všech uzlin ze dvou etází axily), což významným způsobem snižuje riziko lymfedémů (otoků horních končetin), zlepšuje hybnost končetiny a zkracuje rekonvalescenci.

Sekce, ve které jsem prezentoval naše výsledky, probíhala v hlavním kongresovém sále a týkala se zobrazení resekátu prsu při prs šetřících výkonech a spolu se mnou v ní vystoupil Ash Kothari z londýnské St. Thomas Hospital a Tomasz Sachańbiński z Polska. Přednáška i diskuze probíhaly ve velmi přátelském duchu a měl jsem radost, že jsme se shodli na podobných



Zleva: MUDr. Jan Beneš a MUDr. Jan Houzar

závěrech. Z těch hlavních zde zaznělo, že zobrazení resekátu během operace je velmi účinné a významně redukuje počet reoperací (což potvrzovala i naše statistika). Chirurg si tak může být jistější tím, že odstraní celý nádor, který nikde nezasahuje do resekčního okraje. To je velmi důležité zejména u malých nádorů, které nejsou hmatné, a dále u denzních (tuhých) žláz, kde je obtížné pohmatem rozeznat nádorové ložisko od tuhé části tkáně. Pacientkám jednak tolik nehrozí další operace, která sama o sobě nese nemalá zdravotní rizika, a dále zde odpadá prodlžení v zahájení následné onkologické léčby.

Další výhodou peroperačního zobrazení systémem MOZART (popřípadě konkurenčního systému od jiné firmy)

je i fakt, že nikterak neprodlužuje a nenarušuje průběh operace, probíhá přímo na operačním sále a chirurg má pod kontrolou celý proces snímkování a má možnost přímo vidět zhotovené snímky, což u peroperačního zobrazení na klasickém mamografu, kdy se resekát odnáší na radiologické pracoviště, nebylo možné.

Naše výsledky a závěry hodnotili účastníci velmi kladně a nejen během diskuze, ale i následně v kuloárech je probírali.

■ **MUDr. Jan Beneš**
Chirurgické oddělení

Letošní sjezd Evropské společnosti cévní chirurgie se konal v polském Krakově

Ve dnech 24. až 27. září 2024 jsem měl možnost zúčastnit se každoročního sjezdu Evropské společnosti cévní chirurgie (ESVS) spolu s MUDr. Janem Rychlíkem. Tento největší a nejprestižnější sjezd cévních chirurgů na starém kontinentě se letos konal v polském Krakově. Setkání probíhalo v kongresovém centru ICE Kraków, což je na poměry postkomunistické střední Evropy moderní, obrovská a architektonicky zajímavá stavba u řeky Visly, přímo vedle historického centra Krakova.



prim. MUDr. Milan Kobza a MUDr. Jan Rychlík

Díky velkorysým prostorám probíhal bohatý odborný program simultánně ve dvou velkých a dvou menších sálech a v dalších místnostech paralelně probíhaly workshopy. Pro ESVS je typický pragmatický přístup s jasným dopadem a doporučeními pro každodenní praxi. Doporučení ESVS v oblasti chirurgicko-terapeutického přístupu i optimální léčebné strategie jsou vždy podložena řadou studií a vycházejí z medicíny založené na důkazech (tzv. evidence-based medicine). Pooperační medikace ovlivňující srážlivost krve je totiž u cévních pacientů vždy nezbytná a neustále se vyvíjí. Stejně jako v jiných chirurgických oborech, například v pankreatobiliární chirurgii nebo chirurgii karcinomu rekta, se usiluje o centralizaci výkonů do jednotlivých regionů. Tento přístup je důležitý zejména v případě chirurgie abdominální aorty, kde by dalším pokrokem měl

být screeningový program zaměřený na výdutě břišní aorty, který se nyní zavádí i v České republice. Svého prvního sjezdu ESVS jsem měl možnost se zúčastnit již před téměř 20 lety v Helsinkách a posun, zejména v oblasti endovaskulárních technik, je od té doby jednoznačný. Nyní spadají do péče cévních chirurgů nové typy stavů a komplikací, jako jsou netěsnosti (endoleaky), infekce či uvolnění graftů (výztuž tepny v jejím lumen). Nové poznatky také naznačují, že u mladších pacientů, zejména s výdutí, může být vhodná klasická operace nebo ještě lépe laparoskopická či robotická operace. Velmi zajímavá a z pohledu chirurgů povzbudivá jsou data, podle kterých je vhodnější u pacientů ohrožených ztrátou končetiny využít klasickou otevřenou operaci (bypassovou techniku) namísto endovaskulárních výkonů. Ve vzdělávání v cévní chirurgii napříč Evropou hraje významnou roli

rozdílnost provádění endovaskulárních výkonů – v některých zemích jsou svěřeny zejména do rukou cévních chirurgů. Tento trend paradoxně způsobil, že v určitých státech je oproti dřívějšímu nedostatek erudovaných „klasických“ cévních chirurgů. Opakovaně byla zdůrazněna důležitost průpravy ve všeobecné břišní chirurgii, protože nejzávažnější cévní stavy, jako jsou traumata nebo prasklá výduť a problematika nedokrvivosti střev, se stále objevují v oblasti dutiny břišní a retroperitonea (oblast mezi dutinou břišní a páteří). Poprvé v životě jsem slyšel přednášku na téma syndromu druhé oběti (second victim syndromu) u chirurgů, jejich křehkosti a syndromu vyhoření. Toto téma dnes silně rezonuje zejména v anglosaském světě a překvapivě se týká nemalého procenta chirurgů. Je proto bezpochyby přínosné se tímto problémem zabývat.

I přes nabitý odborný program jsme na chvíli zavítali do historického centra Krakova, které během druhé světové války zůstalo téměř nedotčeno. Díky tomu jsme měli možnost obdivovat impozantní královský hrad Wawel



Rynek Główny, Krakov

i největší středověké náměstí v Evropě se zachovalou původní architekturou. Zcela mimořádnou atmosféru nám poskytla noční procházka původní židovskou čtvrtí Krakova, jejíž komunita válka tragicky zasáhla.

Podobná setkání vždy vedou k bilancování a srovnávání.

■ prim. MUDr. Milan Kobza
Cévní chirurgie

POCHVALA

Děkuji, děkuji a ještě jednou děkuji!!! Takto a hlubokou poklonou chci vyjádřit svůj dík týmu Gynekologicko-porodnického oddělení Nemocnice České Budějovice. Po důkladném vyšetření na tamní ambulanci, následném podrobném popisu a informování o pro mne vhodném operačním výkonu MUDr. Erikou Francovou jsem se bez větších obav podrobila urogenitální robotické operaci, kterou provedli MUDr. Petr Linhart a MUDr. Petr Valha, Ph.D., s kolegy. Pan doktor mne ještě těsně před výkonem přišel znovu pozdravit, informovat a uklidnit.

Vím, pro personál jde o rutinu, každodenní práci. Pro pacienta je to však vždy nové, neznámé, nevšední, obávané s dávkou nejistoty a strachu, jak vše proběhne a jak to zvládne. A tak je příjemné setkávat se s profesionalitou, vstřícností a přesvědčovat se, že personál práce těší a že mají z výsledků radost.

Proto chci závěrem znovu s vážností a úctou poděkovat operatérům, lékařům, anesteziologům, oddělení JIP, sestřám, ošetřovatelkám i všemu nezdravotnickému personálu, s jejichž pomocí jsem prošla od příjmu přes operaci k propuštění. Jejich práce je náročná a nanejvýš odpovědná. Tak bych si přála, aby věděli, že jsou lidé, kteří si to uvědomují a skutečně si toho váží.

Přeji všem jen dobré, radost z práce a spokojenost v soukromém životě.

M.B.

Výroční kongres České neurochirurgické společnosti v Liberci

Tradiční neurochirurgický kongres se letos konal v severočeském Liberci. Celá listopadová akce trvala tři dny a přinesla spoustu zajímavých přednášek od domácích i zahraničních hostů. Z našeho oddělení jsme na kongres vyrazili v silném zastoupení.

V rámci lékařské sekce přednášel v posterové sekci MUDr. Jakub Šeřf, a to o ergonomii v neurochirurgii. Ve své přednášce upozornil na důležitý fakt, kdy je během operace třeba myslet nejen na správnou polohu pacienta, ale také operatéra. Dalším přednášejícím byl MUDr. David Měšťan se zajímavou kazuistikou, která popisovala raritní případ aneuryzmatu (cévní výdutě) na jedné z tepen, které vyživují míchu. Já jsem měla tu čest mít na této konferenci dvě přednášky. První popisovala mé poznatky z loňské stáže v USA u lékaře Ondřeje Choutky. Druhá byla cílená na meningeomy, což jsou nádory vyrůstající z mozkových obalů. Meningeomům se věnuji v rámci svého výzkumu a také doktorského studia.

Na kongres vyrazili také oba naši primáři – současný primář Jiří Fiedler a emeritní primář Vladimír Chlouba. Jak je již zmíněno v našem časopise, emeritní primář Vladimír Chlouba zaslouženě získal čestné členství v České neurochirurgické společnosti. Primář docent MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D., MBA, měl v pátek předsednictví v jedné ze sekcí kongresu.

Velkou radost nám udělalo zastoupení našich sestřiček v sesterské sekci. Úkolu přednášení se zhostily na výbornou a k velkému publiku zazněly dvě poutavé přednášky. Eliška Odvářková přednášela o speciálním typu katetru, který používáme jako první v České republice. Katetr se využívá u pacientů,



Zleva: emeritní primář MUDr. Vladimír Chlouba, Bc. Kateřina Janků, Eliška Odvářková, Bc. Karolína Růžičková a prim. doc. MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D., MBA

kteří trpí krvácením do mozku kvůli prasklému aneuryzmatu (mozková výdut') na mozkové tepně. Její přednáška se týkala ošetrovatelské péče s pomocí tohoto zařízení a vzbudila velký ohlas i diskuzi.

Další dvě naše sestřičky – Bc. Kateřina Janků a Bc. Karolína Růžičková – potom přednášely o využití speciálních pneumatických bandáží na dolní končetiny u našich neurochirurgických pacientů.

Výroční kongres je příjemnou každoroční tradicí. Zaznívají na něm rok od roku kvalitnější přednášky a přijíždějí zajímaví zahraniční hosté. Zároveň

je to příležitost, jak potkat kolegy z jiných pracovišť a vyměnit si tak nejen profesní názory, ale prohodit i pár slov. Myslím si, že si z kongresu všichni odnášíme nové poznatky, protože akce pokrývala celý rozsah neurochirurgie. Od operování mozkových nádorů přes cévní patologie až po operace páteře. Co mě potěšilo z celého kongresu nejvíce, je fakt, že se ke slovu stále více dostává mladší generace. Zároveň mě těší, že jsme v rámci celého kongresu přednesli celkem šest kvalitních příspěvků a prezentovali tak naši práci, oddělení i nemocnici.

■ **MUDr. Barbora Musilová**
Neurochirurgické oddělení



Vážený pane generální řediteli, vážení zaměstnanci českobudějovické nemocnice,

dovolte mi, abych jménem svým a také jménem všech zaměstnanců, žáků a studentů Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné zdravotnické v Českých Budějovicích poděkoval Vám všem za vynikající a nadstandardní spolupráci s Nemocnicí České Budějovice, a.s.

Postupem času se vzácně podařilo navázat nejen pracovní, ale také přátelské vztahy na odděleních nemocnice, kde vykonávají naši žáci a studenti nejen průběžnou, ale také

souvislou praxi včetně praktických maturitních zkoušek oborů vzdělání Praktická sestra a Laboratorní asistent a také závěrečné praktické zkoušky oboru Diplomovaná všeobecná sestra na Vyšší odborné škole.

Jsem si vědom toho, že není vždy samozřejmostí, aby dlouhodobá spolupráce fungovala automaticky a jsem přesvědčen o tom, že často křehké a dlouhotrvající vztahy nejen ve velkých pracovních kolektivech,

ale i v rodinách a mezi přáteli je třeba neustále pěstovat a pečovat o ně. Vážím si toho, že se nám to daří a přeji si, aby tomu tak bylo i v nadcházejícím roce 2025.

Je fajn, když si všichni společně uvědomujeme, že jsme tu proto, abychom pomáhali a dávali naději...

Přeji Vám pevné zdraví do roku 2025.

■ **PhDr. Karel Štix**
ředitel SZŠ a VOŠ zdravotnické

V rámci háčkovacího „maratonu“ vzniklo 90 hraček pro dětské pacienty

Ve Veselí nad Lužnicí se nám podařila krásná věc – uháčkovat hračky pro malé pacienty, kteří se léčí na Dětském oddělení českobudějovické nemocnice.

Jsme skupina žen, která se s háčkem a klubíčky pravidelně setkává v místní kavárně. Čas nám vždy rychle uteče, a proto jsme se rozhodly, že uspořádáme „háčkovací osmičku“, tedy že budeme společně probírat klubíčka a háčkovat celých 8 hodin. Daly jsme si za cíl uháčkovat hračky pro děti na Dětském oddělení nemocnice v Českých Budějovicích, abychom jim zpříjemnily jejich stonání. Pečlivě jsme vybíraly jak přízi, tak i výplň, aby byly vhodné i pro děti do 3 let a hračky se mohly opakovaně přát.



Zleva: vrchní sestra Mgr. Zuzana Šimková, prim. MUDr. Jan Hřídel a Miroslava Bartáková

Čas strávený háčkováním rychle utekl a výsledek je vynikající. Vrchní sestře Dětského oddělení Mgr. Zuzaně Šimkové a primáři oddělení MUDr. Janu Hřídelovi jsme 18. listopadu předaly celkem 90 krásných háčkových hraček pro malé i velké pacienty.

Rádi bychom tuto akci uspořádaly i na podzim příštího roku, a kdo ví, třeba se z „háčkovací osmičky“ stane hezká tradice.

Za kolektiv „veselských háčkařek“

■ **Miroslava Bartáková**
Kardiologické oddělení



POCHVALA

Moc ráda bych poskytla zpětnou vazbu ohledně hospitalizace mé dcery na Dětském oddělení, kde podstoupila plánovaný zákrok zmenšení krčních mandlí. Musím říci, že přístup byl opravdu úžasný. Dceři je sedm let a opravdu lpěla na tom, abych s ní zůstala při pobytu. Velmi si cením toho, že s tím nikdo neměl problém. Přístup sestřiček byl skvělý – ochotný, milý, empatický, usměvavý. Dcera si je za velmi krátkou chvíli oblíbila a jsem si jistá, že jí zpříjemnily celý pobyt. Tady musím zmínit, že staniční sestra Iveta Kučerová je opravdu člověk na svém místě, miliónová. Jako ošetřující lékařku dcera měla paní doktorku Nikol Bejblovou – též naprostá spokojenost. Paní doktorka ochotně zodpověděla veškeré naše otázky, vše podrobně vysvětlila. Celkově toto oddělení hodnotím opravdu 10/10, protože i dcera zpětně vzpomíná především na hodné sestřičky.

V neposlední řadě bych chtěla z dlouhodobého hlediska opravdu velmi vychválit paní doktorku Irenu Starovou, též z Dětského oddělení, stanice malých dětí. Už to budou pomalu tři roky, kdy mojí mladší dceru zachránila z velmi těžkého atopického ekzému (doprovázeného dětskou hypogamaglobulinémií). Než jsme se dostaly k paní doktorce Starové, nikdo nám nedokázal pomoci a všude si nás mezi sebou jen přehazovali. Paní doktorka dceru po týdnu propouštěla ve stavu, v jakém nebyla za celý svůj krátký život. Dcera zůstala v její péči a opravdu si stojím za tím, že paní doktorka nám ji zachránila. Ekzém jí „požíral“ zaživa, a paní doktorka ji z toho dostala. Nikdy jí nepřestanu být vděčná. Moc bych si přála, aby se tyto pochvaly dostaly i přímo k dotyčnému personálu, aby i oni měli tu zpětnou vazbu, že to dělají správně, a jak velký vliv mají na životy ostatních. Můžu děkovat.

N. V.

Zachytili jsme pro vás významné okamžiky naší nemocnice.



MUDr. Jan Tuček



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

s hlubokým zármutkem oznamujeme, že dne 10. prosince 2024 nás ve věku nedožitých 83 let opustil MUDr. Jan Tuček.

MUDr. Jan Tuček se narodil 23. března 1942. Vystudoval Lékařskou fakultu v Plzni Univerzity Karlovy a v roce 1968 nastoupil na Anesteziologicko-resuscitační oddělení českobudějovické nemocnice, tehdy ještě Krajského ústavu národního zdraví. Byl jedním ze třech lékařů tohoto nově vzniklého oddělení a již v tomto roce se také zapojil do výjezdů záchranné služby. V roce 1985 se MUDr. Tuček stal primářem nově vzniklého oddělení Záchrané služby.

MUDr. Jan Tuček zasvětil celý svůj profesní život přednemocniční neodkladné péči. Byl zakladatelem nejen pozemní, ale i letecké záchranné služby. Na Zdravotnické záchranné službě Jihočeského kraje působil až do svých posledních dnů. Pro mnohé byl vzorem oddanosti a profesionality.

Čest jeho památce.

Za kolektiv Anesteziologicko-resuscitačního oddělení

prim. MUDr. Richard Tesařík



	CITO-SLOVCE ODHÁNĚNÍ	OSTRAVSKÁ TĚLOVÝCH. UNIE (ZKRATKA)	MENŠÍ MĚSTO	BODLINA	POMYSLNÁ JEDNOTKA UŽITEČNOSTI	ZHOTOVOVAT ODĚVY		ZNAČKA SPATU	MORAVSKÉ MĚSTO	V TOMTO ROCE	CITO-SLOVCE VÝSKNUTÍ	OPAK DOWNTR	INICIÁLY PĚVCE MARÁKA	KRÁTKÝ KABÁTEK	NECHUŤ	ASIATÉ	IMMEDIATE (ZKRATKA)
KOMUNISTA (HANL.)							PŘEVÁŽETI PO VODĚ										
3. DÍL TAJENKY							1. DÍL TAJENKY LEPICÍ PÁSKA										
VYDÁVATÍ SUCHÝ HARAŠIVÝ ZVUK							PLYNNÝ UHLOVODÍK BURZOVNÍ DOHODCE						ZÁKLADNÍ ČÍSLOVKA LEGRACE				
	OCHABNUTÍ	TELEFON (ZKRATKA) 2. DÍL TAJENKY				VÝSTROJ VÁLEČNÍKŮ HRADBA (ZASTAR.)						ROKLE UNIE					TROPICKÝ LICHOKOP PYTNÍK
ÚMRTÍ ZVÍŘAT					ŠPANĚLSKY „BYČI“ SOBOTA (ZKRATKA)						PRUDCE POVALIT POLOTUHÁ HMOTA						
KUŘIMSKÝ PODNIK				RUSKÝ ŠACHISTA LATINSKY „MOJE“					ŽABÍ CITO-SLOVCE FOND NÁR. OBNOVY				V SANSKRITU „JEDNA“ POTRAVA (ZASTAR.)				
INICIÁLY ZPĚVAČKY DUSILOVÉ			HMOTA V KOSTECH POŠTOVNÍ KÓD ČÍNY				ST. FRANČ. PLATIDLO INIC. REŽIS. KRŠKY								PRIMÁT INICIÁLY HERCE PACINA		
ANGLICKÁ JEDNOTKA HMOTNOSTI					4. DÍL TAJENKY												
PENĚŽNÍ SOUSTAVA					ZHOUBNÝ NÁDOR							JEDNOTKA ELEKTRICKÉHO PROUDU					

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 (Léčárna)

Bezplatné | Náklad 2000 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