

nemocniční zpravodaj

Červen
2024

Představujeme

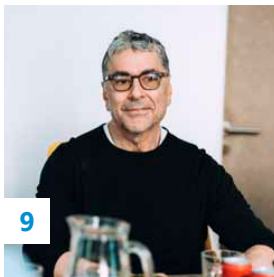
STOMATOCHIRURGICKO- -ONKOLOGICKÝ TÝM

prim. MUDr. Ondřej Nikolov
Patologické oddělení

**Patologie je o detailech. Ty často rozhodují
o správné diagnóze a následné léčbě pacienta**

**Primář Neurochirurgického oddělení
MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D., MBA, jmenován
docentem za světově uznávané studie**

Obsah



1	Úvodník předsedy představenstva
2	Spolupráce – Rektor Jihočeské univerzity a generální ředitel Nemocnice České Budějovice jednali o vzájemné spolupráci
3	Rozhovor – Patologie je o detailech. Ty často rozhodují o správné diagnóze a následné léčbě pacienta MUDr. Ondřej Nikolov, primář Patologického oddělení
7	Naše úspěchy – Českobudějovická nemocnice provedla první roboticky asistovanou operaci srdce
8	Jako jediní v kraji nabízíme pacientům komplexní řešení nádorových a zánětlivých onemocnění jater, slinivky břišní a žlučových cest
9	Rozhovor – Když se přestanete srovnávat s ostatními, váš život bude rázem jednodušší Americký neurochirurg David Langer, MD
16	Primář Neurochirurgického oddělení jmenován docentem za světově uznávané studie doc. MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D., MBA, primář Neurochirurgického oddělení
21	V našem oboru je důležité umět se včas zastavit MUDr. Jindřich Sova, vedoucí lékař intervenční radiologie
26	Představujeme – Stomatochirurgicko-onkologický tým Nemocnice České Budějovice,
27	Nádorová onemocnění dutiny ústní a jejího okolí
28	Plastická chirurgie v týmu se stomatochirurgií
31	Role patologa ve Stomatochirurgicko-onkologickém týmu
32	Rozhovor – Každý náš pacient je jiný. Sestra musí být především empatická Zdravotní sestry Ludmila Vodvářková a Drahomíra Suchanová, Psychiatrické oddělení
36	Vzdělávání – Konference estetické chirurgie se zaměřila na operace nosu
37	XV. celostátní konference Sekundární osteoporóza v Plzni
39	Naši lékaři prezentovali úspěšnou léčbu vzácného onemocnění na Západočeském dermatovenerologickém semináři
40	Biologická léčba atopického ekzému byla hlavním tématem 23. kongresu Evropské společnosti pro dětskou dermatologii v Košicích
41	Světoví odborníci se sjeli do Prahy na 30. národní dermatologický kongres
43	Časný záchyt a prevence zdravotních komplikací u předčasně narozených dětí
44	Plyšáková ordinace
46	Psychiatrické oddělení ožilo koncertem i zahradní slavností
47	Dětský divadelní spolek Hrejkováček věnoval speciální pomůcky pro nedonošená miminka
48	Očima fotografa – Loutky, barvy, konference

Na titulní straně prim. MUDr. Ondřej Nikolov / Foto: Jan Luxík

Úvodník předsedy představenstva

MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

Začalo léto a v Nemocnici České Budějovice finišují stavební práce v rámci 2. etapy přístaveb, nástaveb a stavebních úprav pavilonu CH. Pokračují kompletační práce v celém objektu, postupně jsou zprovoznována jednotlivá technologická zařízení jako vzduchotechnika, vytápění, chlazení, výtahy atd. S ohledem na postupné dokončení stavby se realizují také úpravy komunikací, chodníků a oplocení nebo zemní práce v okolí pavilonu CH. Vše pokračuje podle plánu a do září bude tato stavební akce dokončena. Ještě během léta začne instalace nábytku a potřebného vybavení. Jedná se o mimořádně rozsáhlou akci, pro zajímavost, jen soubor nábytku zahrnuje 1 004 položek.

Po prázdninách, konkrétně v pondělí 9. září, vypukne další z řady našich stěhovacích akcí „kulový blesk“. Postupně se přestěhují z pavilonu C do pavilonu CH operační sály chirurgie, kardiochirurgie, hrudní chirurgie a cévní chirurgie. Tyto operační sály budou v novém umístění po dobu zhruba jednoho roku. Za tuto dobu v pavilonu C kompletně zrekonstruujeme operační sály pro uvedené odbornosti. Ve 4. nadzemním podlaží pavilonu C budou vybudovány čtyři operační sály místo stávajících tří, ve 3. nadzemním podlaží budou tři operační sály stejně jako doposud, ale jeden z nich bude tzv. hybridní operační sál s angiografickým přístrojem. Spolu s operačními sály se rovněž z důvodu plánované rekonstrukce přesune do pavilonu CH na přechodnou dobu jednoho roku jednotka pooperační a resuscitační péče (RES) kardiiovaskulárního a thorakálního centra.



V rámci pavilonu CH změní své místo jednotka intenzivní péče (JIP) i lůžkové stanice oddělení úrazové chirurgie, stejně tak lůžková část Anesteziologicko-resuscitačního oddělení (ARO). Následně se z pavilonu C do uvolněných prostor přesune jednotka intenzivní péče (JIP) Neurochirurgického oddělení a také lůžková stanice tohoto oddělení. Do cílového umístění v přízemí pavilonu CH se přestěhují rovněž ambulance úrazové chirurgie a neurochirurgie.

Jak vidíte, stěhování bude opravdu rozsáhlé. O přesunech konkrétních pracovišť, které se uskuteční v průběhu září a října, budeme

průběžně informovat na webových stránkách nemocnice. Pokud tedy po prázdninách na některé z těchto oddělení půjdete, věnujte pozornost již zmíněným webovým stránkám Nemocnice České Budějovice **www.nemcb.cz** a také značení přímo v areálu nemocnice.

Na závěr mi dovolu popřát Vám všem, našim pacientům, návštěvníkům nemocnice, zaměstnancům i ostatním čtenářům Nemocničního zpravodaje, krásné slunečné léto a bezpečný návrat z dovolených zpět domů.

Rektor Jihočeské univerzity a generální ředitel Nemocnice České Budějovice jednali o vzájemné spolupráci



Ve čtvrtek 30. května 2024 navštívil Nemocnici České Budějovice rektor Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích prof. Ing. Pavel Kozák, Ph.D.

Generální ředitel nemocnice MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D., jej seznámil s historií nemocnice, její současnou podobou i rozvojovými záměry do budoucna, spočívajícími v první řadě v přesunu veškerých provozů z dolního areálu nemocnice

do areálu horního. Během tohoto významného setkání bylo předmětem jednání také představení vědeckovýzkumné činnosti nemocnice a strategie jejího dalšího rozvoje nebo praktické aspekty spolupráce českobudějovické nemocnice se Zdravotně sociální fakultou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích při přípravě nelékařských zdravotnických pracovníků. Méně známou skutečností je to, že Nemocnice České Budějovice spolupracuje také s Přírodovědeckou

fakultou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, přičemž MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D., vyzdvihl velmi nadějnou perspektivu této vědeckovýzkumné spolupráce.

Posilování dlouhodobého partnerského vztahu obou institucí je tím nejlepším předpokladem dalšího rozvoje v oblasti vzdělávání, výzkumu a inovací.

■ Redakce

Patologie je o detailech. Ty často rozhodují o správné diagnóze a následné léčbě pacienta

Do primářského křesla Patologického oddělení 1. června usedl MUDr. Ondřej Nikolov, který doposud vedl Patologické oddělení českokrumlovské nemocnice. Patologie hraje v dnešní době klíčovou roli v diagnostice nádorových onemocnění. Své vize s rozvojem nádorové diagnostiky a směřováním oddělení přibližuje MUDr. Nikolov v následujícím rozhovoru.



prim. MUDr. Ondřej Nikolov

■ **Pane primáři, proč jste se rozhodl pro medicínu, potažmo patologii?**

Medicína mě vždy lákala. Na gymnáziu mě velice bavila biologie, zejména biologie člověka, a navíc jsem chtěl najít profesní uplatnění v oblastech, kde bych pracoval s lidmi a mohl jim pomáhat. Vystudoval jsem Lékařskou fakultu v Plzni Univerzity Karlovy a po absolvování jsem nastoupil na Onkochirurgické oddělení v Krajské nemocnici Liberec. Práce na chirurgii mě velmi bavila a myslím, že mi i šla. Ale po čase jsem zjistil, že bych přece jen chtěl zkusit patologii, která mě

zaujala už během studií. Každopádně na své chirurgické období velice rád vzpomínám a jsem za něj vděčný, protože pro mě jako patologa byla tato zkušenost nesmírně přínosná. Zkusil jsem si práci „na druhé straně“ a vím, co chirurg od patologa očekává.

■ **Čím si Vás patologie získala?**

Patologie je krásný a pestrý obor s velkým prostorem i pro vědu a výzkum. Mojí subspecializací je dermatopatologie, která se zabývá nádorovými a zánětlivými onemocněními kůže.

Vyhovuje mi i povaha práce. Mohu si ji zorganizovat a na rozdíl od kolegů-operatérů, kteří se musí rozhodovat okamžitě, si můžu správné rozhodnutí nějaký čas rozmýšlet. Ačkoliv i v patologii se najdou stresové situace, jako je například vyhodnocení peroperační biopsie. Vzorek tkáně, který se při operaci odebere, musíme do 35 minut správně vyhodnotit, aby operatér věděl, jakým způsobem má dále vést operační výkon. Jelikož naše oddělení musí odebranou tkáň zpracovat ve zkráceném čase, kvalita preparátů je v těchto případech horší než u vzorků vyšetřených standardním způsobem. Možná vás napadá, jak tedy tkáň při peroperačním vyšetření vypadá. Je to, jako bychom si ji prohlíželi v mlze či za mléčným sklem.

■ **Svoji kariéru jste začal v severozápadních Čechách. Co Vás přivedlo z druhé strany republiky do jižních Čech?**

Své první zkušenosti jsem získal na Patologickém oddělení v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem. Pocházím z nedalekých Teplic, ale v tamní okresní nemocnici bylo Patologické oddělení zrušeno, proto jsem tedy nastoupil do Ústí nad Labem. Před takřka devíti lety hledali primáře na Patologické oddělení českokrumlovské nemocnice. Zaujala mě možnost vést malé oddělení a vybudovat si ho dle svých představ. Takže jsem přesídlil na jih Čech. Přestože se jedná o okresní pracoviště, tak se nám jej podařilo dostat na velmi dobrou úroveň. Když letos českobudějovická nemocnice vypsala výběrové řízení na primáře Patologického oddělení, rozhodl jsem se jej zúčastnit. Je mi 41 let a myslím, že jsem v životní etapě, kdy mám stále ještě dostatek sil a nápadů, ale i elánu pustit se do nové výzvy. Zároveň mám velkou oporu v mé zástupkyni, výborné diagnostičce a skvělém člověku, MUDr. Petře Hroudové. Dříve jsem zde pracoval na dohodu, takže prostředím i kolektiv již znám. Všichni mě přijali velmi přátelsky.

■ **V Nemocničním zpravodaji od počátku roku představujeme jednotlivé onkotýmy. I když každý tým je složen z jiných specialistů a je zaměřen na jiné spektrum diagnóz, jedno mají všechny společné – odkazují se na závěry patologa. Chápu správně, že jednou z hlavních úloh patologie je diagnostika onkologických onemocnění?**

Přesně tak. Aby mohl operatér zvolit správný operační postup nebo aby mohl onkolog stanovit adekvátní léčbu, potřebuje výsledek patologického vyšetření. Důležité je, abychom udělali diagnózu nejen kvalitně a správně, ale také včas. Onkotýmy čekají na naše výsledky, aby mohly nasadit adekvátní léčbu šitou na míru konkrétnímu nemocnému. Ve chvíli, kdy se diagnóza zpožďuje, oddaluje se také léčba.

Patologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. je referenční laboratoří, takže vyšetřuje vzorky nádorů nejen z naší nemocnice, ale z pracovišť celého Jihočeského kraje. Nově začínáme vyšetřovat některé vzorky pro Gastroenterologické oddělení Nemocnice Tábor, a.s. A protože má zástupkyně MUDr. Petra Hroudová je specialistkou na nádorová onemocnění plic, budou i vzorky nádorů plic z táborské nemocnice centralizovány k nám. Tím se urychlí diagnóza a následná léčba, což je pro pacienta vždy přínosné a zlepšuje to jeho prognózu.

Ale mějme na paměti, že na úplném začátku stojí sám svědomitý pacient, který při vzniku obtíží navštíví svého praktického lékaře. Zde je nezbytné, aby lékař dokázal správně a rychle posoudit jeho stav a včas ho odeslat na další vyšetření ke specialistovi. V dnešní době je trend dělat zákroky, které jsou při maximální diagnostické výtěžnosti pro pacienta minimálně invazivní, tedy co nejméně zatěžující. Takže při řadě vyšetření, např. gastroenterologických či bronchoskopických, se rovnou odebírají miniaturní vzorky, například klíšťkami či jehlou, a ty putují k nám. Díky moderním metodám

umíme stanovit diagnózu i z velmi malého množství buněk.

■ **Není při odběru malého vzorku riziko, že se lékař zrovna „netrefí“ do nádoru a vyjde falešně negativní nález?**

Poznáme, když odběr nebyl ideálně zacílen, a v tom případě doporučíme další odběr.

■ **Jak dlouho trvá vyšetření vzorků a co vše obnáší?**

Některé jednodušší případy dokážeme vyšetřit a diagnosticky uzavřít do pěti pracovních dní. Nádorová diagnostika trvá déle kvůli řadě použitých metod. Jakékoliv zkrácení by negativně ovlivnilo přesnost výsledků, a tím i léčbu pacienta.

Mám-li popsat vlastní proces, tak nejprve je potřeba vzorek správně zpracovat a připravit k další diagnostice. Na těchto úkonech se podílejí nejen lékaři patologického oddělení, ale zejména naši laboranti. Finálním produktem v procesu zpracování tkáně je ultratenký tkáňový řez, který je obarvený širokým spektrem barviv a je natažený na skle. Pokud bychom tkáňové řezy neobarvili, tak bychom pod mikroskopem nic neviděli. Celý proces trvá zhruba pět pracovních dní a podá nám první informace o povaze onemocnění. Pro nádorovou diagnostiku je ve většině případů nezbytné navazující imunohistochemické vyšetření. Jedná se o vyšetření založené na reakci specifických protilátek s antigeny nádorových tkání. Tato metoda prodlužuje dobu vyšetření zhruba o jeden den. U některých nádorů není možné uzavřít diagnózu bez použití genetického vyšetření.

Lékaři často svým pacientům říkají, že jejich vzorek byl odeslán na histologii. Má to čistě psychologický efekt. Histologie se vyučuje na lékařských fakultách a zabývá se tkáněmi, které nejsou změněné chorobným procesem. Patologie vyšetřuje tkáň, které jsou změněné chorobným procesem.

Tedy jakýkoliv vzorek, který se pacientovi odebere, se posílá na vyšetření na patologii. Obecně je s patologií stále spojena řada mýtů a polopравd.

■ **Které z nich musíte nejčastěji vyvracet?**

Patolog není soudní lékař. Pitvy jsou pouze okrajovou náplní naší práce. Provádíme tzv. patologicko-anatomické pitvy. Jedná se pitvy zemřelých, jejichž úmrtí nastalo ve zdravotnickém zařízení. Lékaři ze Soudnělékařského oddělení provádějí zdravotní a soudní pitvy. Takže pitvají těla lidí, kteří zemřeli mimo zdravotnické zařízení. Patologové na rozdíl od soudních lékařů mají k dispozici veškerou lékařskou dokumentaci a víceméně pitvou potvrzují nálezy klinických lékařů.

Jsou samozřejmě i případy, kdy pacient zemře krátce po příjezdu do nemocnice. Jeho diagnóza nemusí být zcela jasná, protože nebyl vyšetřen v plném rozsahu. V těchto případech pitevni vyšetření ozřejmí diagnózu pacienta i příčinu úmrtí. Příčinu úmrtí pacienta chce znát nejen jeho ošetřující lékař, ale také nejbližší příbuzní pacienta. Proto musíme umět s pozůstalými komunikovat a srozumitelně jim vysvětlit příčinu úmrtí. Nejtěžší chvíle zažíváme při komunikaci s rodiči, kterým zemřelo dítě.

Oproti soudním lékařům provádíme pitev mnohem méně a díky pokrokům v medicíně a diagnostice se jejich počty pořád snižují. Většinu naší pracovní náplně tedy představuje mikroskopická diagnostika vzorků, které byly odebrány živým pacientům. Ovšem patolog nikdy nesděluje pacientovi výsledky vyšetření. Patolog zastává roli konzultanta pro klinické lékaře, nikoliv pro pacienty. Výsledky vyšetření tedy sděluje pouze lékařům.

■ **Patologie se v průběhu let dost proměnila. Co jsou aktuální trendy v patologii?**

Patologie se neskutečně vyvíjí. Dříve byla patologie založena



prim. MUDr. Ondřej Nikolov

zejména na pitevni diagnostice a bioptická, případně cytologická diagnostika byla na okraji. Patolog pouze určil, zda nádor je, či není zhoubný. V dnešní době jsou naopak pitvy na pozadí a hlavním úkolem patologie je bioptická a cytologická diagnostika. Laicky řečeno, jedná se o vyšetření tkání a buněk, které byly odebrány živým pacientům.

Aktuálními trendy jsou molekulární patologie a digitalizace provozu. Trendy musí sledovat každé špičkové pracoviště. Dále je na vzestupu personalizace medicíny, tedy „ušití“ léčby přímo na míru pacientovi. Dříve byly diagnostické možnosti mnohem menší, takže i diagnostická kritéria byla mnohem obecnější.

Stávalo se, že pacient podstoupil léčbu s veškerými nežádoucími účinky, a ta přesto nebyla dostatečně účinná.

V dnešní době dochází k obrovskému rozvoji molekulárně-genetických vyšetření. Díky nim jsme schopni mnohem přesněji klasifikovat typ nádoru a můžeme zvolit léčbu upravenou na míru konkrétnímu pacientovi.

■ V dnešní době se hovoří o digitalizaci medicíny a o telemedicině. Jak se toto téma odráží v patologii?

Aktuálním trendem je používání skenerů, jejichž pořízení je jedním z našich krátkodobých cílů. Speciální skenery dokážou naskenovat velké množství preparátů, které je možné hodnotit vzdáleně. To lze využít nejen při práci z domova, ale zejména v rámci konzultací mezi jednotlivými patologickými pracovišti, což povede k obrovské časové úspoře. V naší praxi je časté, že některé, zejména raritní diagnózy, se zasílají k posouzení na jiná pracoviště. Takže vzorky se musejí zabalit, odeslat, čeká se na výsledky... To vše stojí čas. Díky skeneru bude pacientovi stanovena diagnóza mnohem rychleji.

■ Jaké jsou Vaše další plány, respektive dlouhodobé cíle?

Chtěl bych rozšířit spektrum prováděných vyšetření. Naše oddělení zatím není schopné vyšetřit všechny typy nádorů, jako jsou například nádory centrálního nervového systému. Českobudějovická neurochirurgie je špičkovým pracovištěm, takže mým cílem je vychovat si patologa, který se bude věnovat patologii centrálního nervového systému. Zároveň bych rád zlepšil diagnostiku v rámci hematoonkologických onemocnění a chtěl bych zavést tzv. lymfomovou skupinu.

Komunita patologů je poměrně malá, takže se převážně známe a naše spolupráce napříč republikou funguje nadstandardně. Chceme navázat užší spolupráci zejména s kolegy z fakultních nemocnic. Samozřejmě máme v plánu také navštívit zahraniční sympozia a zapojit se případně i do mezinárodních studií.

■ Plánujete oddělení i personálně posílit?

To nepochybně. Rádi přijmeme již zkušeného kolegu, ale jsme připraveni poskytnout maximální podporu i absolventům. Chceme si vychovat kvalitního patologa.

■ Jak se mladý patolog učí správně stanovovat diagnózy?

Mladý patolog se učí na základě pitevních vyšetření. Nejenže se učí pitevní technice, ale také se učí nemoci posuzovat makroskopicky, tedy pouhým okem. Při pitvě odebírá vzorky z jednotlivých orgánů, které pak hodnotí mikroskopicky a posuzuje onemocnění na mikroskopické úrovni. Mladé lékaře učíme i tím, že jim dáváme k mikroskopickému vyšetření vzorky od živých pacientů. Tato vyšetření pak společně diagnosticky uzavíráme. Po atestaci by měli mít odborně pokrytou celou širší oboru patologie.

V rámci vzdělávání mladých lékařů na našem pracovišti jsme zavedli systém, kdy každý absolvent má svého školitele. Školitel se po půl roce mění, takže mladý lékař pozná lékaře všech subspecializací a načerpá co nejvíce znalostí.

■ Jaké předpoklady a kvality jsou třeba pro práci patologa?

Chce to určitou manuální zručnost při preparaci, výborné znalosti anatomie, výdrž a chuť se celoživotně vzdělávat. Patologie jde rychle dopředu, musíme mít hodně načteno a v mikroskopu nakoukáno. Jako patologové máme smysl pro detail, často si všimneme drobností, které by jiný přehlédl. A o tom patologie je – o detailech, které mnohdy rozhodují o správné diagnóze.

Součástí naší práce je také komunikace. Patolog musí fungovat jako konzultant pro klinického lékaře. Ve chvíli, kdy patolog píše nesrozumitelné nálezy a nekomunikuje s lékařem, léčba pacienta nemůže fungovat tak, jak by měla.

■ Řada absolventů nyní hledá své první zaměstnání. Co vidíte jako hlavní pozitiva práce patologa na Vašem oddělení?

Patologie je velmi pestrá. Práce je náročná a je jí hodně, ale všechny nás těší. Máme velmi dobrý kolektiv. Naše oddělení je na špičkové úrovni, jsme referenční laboratoří. Patologii lze dobře skloubit i s rodinným životem, protože nemáme služby. Jak jsem zmínil, díky digitalizaci se otevírají i možnosti práce z domova.

■ Na úvod jste zmínil, že Vaši subspecializací jsou nádorová a zánětlivá onemocnění kůže. Většinou se v souvislosti s rakovinou kůže mluví o melanomu. Existují i jiné kožní nádory a existuje proti nim účinná prevence?

Na kůži může být řada dalších nádorových jednotek. Uvedme jednu z nich, bazocelulární karcinom (neboli bazaliom). Jedná se o nádor, který je způsoben expozicí ultrafialovému záření. Dříve se objevoval zejména u starších lidí na místech, která jsou nejvíce vystavena slunci – krk, hlava, končetiny. V dnešní době se výskyt bazaliomu, ale i melanomu posouvá do nižších věkových kategorií. Je to způsobeno nadměrným opalováním a návštěvami solárií. Nejlepší prevencí je cíleně se neslunit a nevystavovat se přímému polednímu slunci. Kůži je třeba před sluncem chránit, ať již oděvem, nebo kosmetickými přípravky s vysokým ochranným faktorem.

■ Ing. Veronika Dubská

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

■ Naše úspěchy

Českobudějovická nemocnice provedla první roboticky asistovanou operaci srdce

Lékaři z Oddělení kardiochirurgie, hrudní chirurgie a cévní chirurgie Nemocnice České Budějovice, a.s. realizovali první roboticky asistovanou operaci srdce.

„Jednalo se pacienta s ischemickou chorobou srdeční, který podstoupil chirurgickou revaskularizaci myokardu – tzv. koronární bypass, za pomoci robotického systému Da Vinci X. Princip operace spočívá v tom, že se pomocí třech vpichů na levé straně hrudníku zavedou nástroje, které jsou připojené k ramenům robotickému systému. Chirurg sedící za řídicí konzolí a ovládající ramena robota odebere vnitřní prsní tepnu, která je umístěna na vnitřní straně hrudníku, a kterou používáme jako nejčastější cévní štěp k provedení koronárního bypassu. Po dokončení odběru vnitřní prsní tepny se bypass našije na cílovou věnčitou tepnu na bijícím srdci z malého řezu pod levým prsem. Tuto fázi již provádí chirurg ručně. U první operace byl s námi přítomen MUDr. James Chek z Fakultní nemocnice Hradec Králové, kde tento typ operace několik let provádějí. U operace mi asistovali doc. prim. MUDr. Aleš Mokráček, CSc.



Robotický systém Da Vinci X



Zleva: doc. MUDr. Vojtěch Kurfirst, Ph.D., MUDr. Júlia Csanady a MUDr. James Chek

a MUDr. Júlia Csanady,” sdělil doc. MUDr. Vojtěch Kurfirst, Ph.D.

„Celá operace netrvá déle než u klasického přístupu, u kterého se musí rozříznout celá hrudní kost. Díky menším operačním ranám a plné stabilitě hrudního koše mohou pacienti dříve rehabilitovat a dříve opouštějí nemocnici. Je zde také menší riziko rozvoje komplikací spojených s hojením operačních ran, které se vyskytují hlavně u pacientů s nadváhou a cukrovkou,” uvedla MUDr. Júlia Csanady.

Kromě operací pro ischemickou chorobu srdeční se robotickým systémem dají operovat i srdeční chlopně, nepravidelnost srdečního tepu nebo některé vrozené srdeční vady.

„Programem robotické kardiochirurgie navazujeme na program robotické hrudní chirurgie, kdy jsme od listopadu 2023 do těchto dnů úspěšně odoperovali 26 pacientů s převážně plicní onkologickou diagnózou. V tu chvíli jsme třetím pracovištěm kardiochirurgie v rámci České republiky (z celkového počtu 13 pracovišť), které robotickou kardiochirurgii aktivně provádí,” vyjádřil se primář Kardiochirurgického oddělení doc. prim. Mokráček.

„Nemocnice České Budějovice robotickou chirurgii rozvíjí systematicky a velmi intenzivně jako jeden z kroků ke zvyšování bezpečnosti a kvality poskytované péče,” uzavřel generální ředitel MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

■ Redakce

Jako jediní v kraji nabízíme pacientům komplexní řešení nádorových a zánětlivých onemocnění jater, slinivky břišní a žlučových cest

Českobudějovická nemocnice disponuje jako jediná v Jihočeském kraji specializovaným centrem pro hepatopankreatobiliární chirurgii. Chirurgické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. je zařazeno do velmi úzké skupiny tzv. „high volume“ neboli vysokoobjemových center, které se specializují na operace slinivky břišní, dále pak na onemocnění jater a žlučových cest.

„Tým, který se této problematice věnuje, nezahrnuje pouze specializované chirurgy, ale také gastroenterology, klinické onkology a intervenční radiology. Všechny tyto odbornosti pak navrhnou ten nejlepší léčebný plán pro každého pacienta, který se do hepatopankreatobiliárního týmu dostane a kde je celý jeho případ pečlivě probrán,“ uvedl primář Chirurgického oddělení MUDr. Petr Pták, Ph.D. a dodal „Jsme jediným pracovištěm v jižních Čechách, které nabízí pacientům komplexní řešení jak nádorových, tak i zánětlivých onemocnění jater, slinivky břišní a žlučových cest.“

„Komplexní znamená, že nádorové onemocnění díky týmu specializovaných chirurgů nejen odoperujeme, ale máme také dostatečné anesteziologicko-resuscitační zázemí. To je jak v průběhu operace, tak v péči pooperační nesmírně důležité,“ sdělil zástupce primáře Chirurgického oddělení MUDr. Pavel Kožnar.



„Naše centrum disponuje intervenčním gastroenterologem, který provádí nejen detailní endosonografie a biopsie těchto orgánů k přesnému určení povahy onemocnění, ale také řeší případné pooperační komplikace. Ty bohužel k tak náročné chirurgii, jakou je chirurgie slinivky břišní, celosvětově patří. Pakliže se komplikace vyskytnou, zvládáme je řešit miniinvazivně,“ doplnil prim. MUDr. Pták.

Dalším podstatnou výhodou specializovaného centra je dostupnost klinického onkologa, který je nepostradatelnou součástí týmu.

Intervenční radiologové českobudějovické nemocnice řeší například pokročilá nádorová onemocnění jater, kdy díky speciální intervenci nechají zdravou část jater dorůst do potřebného objemu, následně pak mohou chirurgové nádorem postižený jaterní lalok odstranit.

„Díky vizionářskému vedení naší nemocnice máme k dispozici jednu z nejlepších přístrojů

v rámci chirurgické léčby těchto typů onemocnění v ČR. Mezi naše nejnovější přístroje patří ultrazvukový přístroj, který vlastnime teprve půl roku. Jsme první a k tomuto datu také jediný chirurgický tým v naší republice, který disponuje tímto přístrojem určeným právě zejména pro chirurgické výkony v oblasti jater a slinivky břišní. Díky tomuto zařízení jsme schopni řešit nádorová onemocnění jater pomocí tzv. radiofrekvenční ablace. To laicky znamená, že pomocí jehly spálíme samotný nádor. Pomocí specializované ultrazvukové sondy vidíme uložení nádoru v játrech ve dvou na sebe kolmých rovinách a zacílení tohoto nádoru pomocí jehly je naprosto přesné. Díky tomuto přístroji jsme schopni v reálném čase zhodnotit jak kvalitu ošetření daného nádoru, tak současně kontrolovat, že jsme neporanili důležité struktury v játrech. Tohoto postupu se využívá například u pacientů, kteří nejsou schopni podstoupit radikální chirurgický výkon, ve smyslu odstranění části jater, a to z důvodu nedostatečné funkce jater (nejčastěji na vrub cirhózy),“ vyjádřil se chirurg MUDr. Tomáš Jekielek.

„V případě chirurgie jater, slinivky břišní a žlučových cest platí, že centra provádějící větší počty výkonů dosahují významně lepších výsledků, proto by pacienti s takto závažnými onemocněními měli být léčeni právě zde,“ uzavřel generální ředitel MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

■ Redakce

Rozhovor

Když se přestanete srovnávat s ostatními, váš život bude rázem jednodušší

Americký neurochirurg David Langer, MD, patří ke špičkám ve svém oboru. V neurochirurgii zavedl řadu nových postupů, pracoval v laboratoři laureátky Nobelovy ceny za fyziologii a medicínu Katarin Karikó, vybudoval neurochirurgickou kliniku v prestižní newyorské nemocnici Lenox Hill a ve stejnojmenném dokumentárním seriálu z produkce společnosti Netflix je jednou z ústředních postav. V nedávné době založil společnost zaměřenou na využití umělé inteligence v komunikaci lékaře s pacientem. Vedle řady profesních úspěchů je ale důležitým milníkem v jeho životě i vážný úraz páteře. O svém pohledu na medicínu a život se se mnou podělil v rámci velmi otevřeného rozhovoru, který vznikl během jeho návštěvy českobudějovické nemocnice.



David Langer, MD

■ Váš životopis je opravdu úchvatný. Co osobně považujete za svůj největší úspěch?

Určitě si nejvíc vážím a jsem vděčný za úspěch mého neurochirurgického oddělení v nemocnici Lenox Hill Hospital. Ve zdravotnictví v New Yorku panuje opravdu tvrdá konkurence. V Lenox Hill Hospital jsem dostal možnost založit nové oddělení a vybrat si spolupracovníky. Spolu s kolegy se nám podařilo vybudovat špičkové oddělení s unikátní kulturou. Dalo mi to obrovské zkušenosti v oblasti managementu a vedení, jakož i v mnoha dalších směrech. Naše oddělení funguje již jedenáct let a je to něco, co po mně zůstane. Vedle dětí je to bezpochyby to nejlepší, co se mi v životě podařilo.

■ Jaká je vaše filozofie vedení oddělení?

Největším úspěchem je, když oddělení funguje, i když tam nejsem. To samozřejmě neznamená, že se nechci nadále cítit potřebným – pokud člověk není nepostradatelný, zvláště v našem oboru se stává zranitelným.

Když se mi před lety přihodil vážný úraz, nebyl jsem v práci půl roku a oddělení fungovalo skvěle. Ukázalo se, že to jde i beze mne. Mohl bych samozřejmě usoudit, že mne tedy nepotřebují. Myslím ale, že s kolegy i s nemocnicí máme natolik zdravé vztahy, že věřím, že takto nesmyslejší. Oddělení je postaveno tak, aby mohlo fungovat i do budoucnosti. Ačkoliv máme každý

svoji specializaci, ve většině případů jsme se schopni navzájem zastoupit; za to patří dík i mým kolegům, kteří odvádějí fantastickou práci.

Lenox Hill Hospital je nemocnice s miliardovým dolarovým rozpočtem. Kdybych odešel, tak to pro systém bude jen drobná epizoda, což respektuji a rozumím tomu. Nemůžete být větší, než je vaše hodnota. Na druhou stranu ale vnímám, že se mi za řadu věcí, které jsme s mým týmem dokázali, dostává uznání a respektu. Takže se tak nějak spoléhám na lidskou povahu a doufám, že jsou lidé dobří – což ale není vždy pravda.

■ **Máte za sebou řadu úspěchů a pořád máte zápal pro další věci, jako je například založení společnosti specializující se na umělou inteligenci. Co vám dodává odhodlání a vůli pořád zkoušet nové věci?**
Vlastně nevím. Musel jsem podstoupit terapii, abych si to sám vysvětlil. Vždycky jsem byl ambiciózní a toužil jsem po uznání. Dnes už mi na tom nezáleží; uznání je velmi pomíjivá záležitost, která funguje jako droga. Chcete ho pořád víc a víc. Jsem rád, že toto už je za mnou. Většina neurochirurgů v Americe je nicméně velmi ambiciózní a cílevědomá.

■ **Proto jste si vybral neurochirurgii?**
Můj otec měl mrtvici, což mne přivedlo k neurovědám. Já miluji neuroanatomii. Neurochirurgie je vnímána jako výjimečný obor, takže když jste neurochirurg, vašemu egu se dostává mnoha pozitivních ohlasů.

Otec byl velmi úspěšný a ceněný kardiolog. Působil na Harvardské univerzitě, pracoval v laboratoři Národního zdravotního ústavu s laureátem Nobelovy ceny. Doma pochopitelně netrávil moc času. Myslím, že jsem tehdy chtěl jeho pozornost a možná odtud i pramení moje touha po uznání. Ambiciózní muži často mívají problematický vztah s otcem.

Dalším aspektem je, že mám rád změnu. Neakceptuji daný *status quo*. Když vidím problém, nedokážu jej přijmout a jít dál; mám potřebu jej vyřešit, což často způsobuje konflikty.

V medicíně mnoho věcí funguje tak, že vlastně postupuje v potravním řetězci – s tím já nesouzním. Teď se už dostáváme k filozofii, která rozlišuje dva typy lidí - zlaté hvězdy a severní hvězdy. Když jste zlatá hvězda, dosahujete výborných výsledků, vždy úspěšně složíte všechny zkoušky a získáte řadu titulů.

Když jste severní hvězdou, máte nápady a vize, které někdy přesahují i vás samé a na kterých chcete pracovat.

Já jsem spíše ten druhý typ. Americký zdravotnický systém je však bohužel postavený na zlatých hvězdách, s čímž já bojuji. Kdybych dělal věci tak, jako všichni ostatní a jak je očekáváno, byl bych úspěšnější – ať už to znamená cokoli. Na druhou stranu bych ale nedokázal to, co jsem dokázal.

Nezajímám se o řadu strukturálních cílů. Někdy mám pocit, že stojím trochu stranou, ale takto mi to vyhovuje. Trvalo ovšem dlouho, než jsem do tohoto stadia dospěl. V roce 2018 mne oslovil stoicismus a kniha amerického autora Ryana Holidaye Ego je váš nepřítel. Řada překážek, kterým vaše odvaha čelí, je osud. Jeho knihy popisují ctnosti stoicismu, což je odvaha, spravedlnost, střídmost a moudrost.

Tato filozofie do mého života sice přišla později, nicméně dobře definuje můj způsob uvažování. Téma etiky a pochopení, že sláva není důležitá, jsou pro mne obzvláště důležité od mého úrazu. Říká se, že srovnávání s druhými je zlodějem radosti, o čemž přemýšlím každý den. Dokážete-li se přestat srovnávat s ostatními, můžete se soustředit, jak dělat věci správně. Život je mnohem jednodušší, když si je člověk tohoto vědom.

■ **Předpokládám, že se také cítíte svobodnější.**

Určitě. Je skvělé, když jsou ostatní úspěšní, a já jim jejich úspěch přeji. Neznamená to, že tím snižují mé úspěchy. Srovnávat sebe s ostatními a myslet, že tohle jsem měl udělat já, nebo že jsem lepší než oni, nedává smysl. Vždy se najde někdo lepší. To je problém, který nemůžete vyřešit.

■ **Profesor Bendok z Mayo Clinic v rozhovoru mluvil o konceptu „proč“. Jaké je vaše „proč“ děláte neurochirurgii?**

Myslím, že moje „proč“ se v průběhu času změnilo. Jiné bylo, když mi bylo 26 let a pro neurochirurgii jsem se teprve rozhodoval, a jiné je teď, kdy je mi šedesát let. Tehdy jsem chtěl být nejlepší. Byl jsem v univerzitním veslařském týmu. Dělal ty nejobtížnější věci, aniž bych věděl proč – určitě v tom byl i jistý prvek sebemrškačství.

Zpočátku je dobré mít drive a ambice, ale pak je třeba se posunout, vyvíjet se, zmoudřet. Dospělosti a moudrosti člověka přitom učí až neúspěchy. Pokud se nevyvíjíte, můžete dávat za vinu jen sami sobě, že věci, které jste dokázali a byly pro vás důležité, už najednou nejsou. Moje současné „proč“ je pokračování v rozvoji. Víím, že nemohu operovat do osmdesáti, ale stále mám svou práci rád.

■ **Jakým směrem se chcete dál rozvíjet?**

Chci pracovat na tom, abych byl užitečný a neurochirurgii dál přispíval, i když už nebudu tolik operovat. Svým způsobem jde o tzv. posun na druhou křivku, což je koncept, kterým se zabývá profesor z Harvardské univerzity Arthur Brooks. Popisuje křivku fluidní a křivku krystalizované inteligence. Na křivce fluidní inteligence jsme v mládí, kdy máme vysokou úroveň intelektuální síly. Testy píšeme s výbornými výsledky, dokážeme na lidi zapůsobit svojí skvělou pamětí, analyzovat fakta, dokumenty a data. Mezi čtyřicátým a padesátým rokem ovšem tato inteligence klesá.



Dr. Langer (vpravo) přihlíží operaci krkavice, kterou provádí prim. doc. MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D., MBA, a MUDr. Martin Bombic

Dostáváme se na vyšší úroveň krystalizované inteligence, která nám umožňuje shromažďovat nové poznatky z různých oblastí. Fluidní inteligence nám umožňuje analyzovat a rozdělovat, díky krystalizované inteligenci dokážeme věci spojovat. Každý typ inteligence nám umožňuje rozvoj různých dovedností a mění naše role v práci. Obě inteligence se překrývají. Musíte najít svoji křivku krystalizované inteligence. V medicíně se jedná o výuku, přednášky a poskytování rozhovorů. Učit okolí porozumět věcem, která jsou důležité. Něco za sebou zanechat a pomoci mladším, aby byli úspěšní. Nyní jsem tedy více mentorem.

■ **Až jednou opustíte neurochirurgii, co byste po sobě rád zanechal?**

Doufám, že lidé budou vědět, že mi na nich záleželo. A že jsem dělal to nejlepší, co jsem mohl.

■ **Doposud byla medicína záležitostí dvou stran – pacienta a lékaře. Nyní do toho vstupuje třetí subjekt – umělá inteligence (AI), kterou při svojí práci už aktivně používáte. Jak myslíte, že bude rozdělena odpovědnost za výsledek léčby?**

Myslím, že i nadále zůstanou jen dva komponenty. Ohledně AI existuje mnoho fantaskních představ, které se nejspíš nikdy neuskuteční. Na druhou stranu se rovněž jistě stane řada věcí,

které si nyní nedokážeme představit. To, jak těmito událostmi bude ovlivněna medicína i naše životy, teprve uvidíme.

Co se týče použití umělé inteligence ve zdravotnictví, hlavně nám ulehčí život. My AI používáme k přepisu ústní komunikace, aby doktoři nemuseli psát poznámky či zprávy – to je jedna její podoba. Jsou zde ovšem také obrovské možnosti v diagnostice. AI totiž dokáže přesně vyhodnocovat velké množství dat a vytvářet komplexní modely, což je úžasné.

Pokud tedy studujete medicínu a rozhodujete se o své budoucí odbornosti, berte sílu AI v potaz.

Využijte maximum výhod, které vám nabízí, ať už si vyberete kterýkoliv odvětví. AI bude takový náš externí mozek.

Chtěli-li jsme se něco dozvědět v minulosti, hledali jsme v knihách. Pak přišel internet a klíčová slova.

Data však mohou být použita i negativně. Zdravotní pojišťovny vás sledují, fungují trochu jako Velký bratr. Budou mít informace, které doposud neměly – budou o vašem zdravotním stavu vědět mnohem víc.



Zleva: prim. doc. MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D., MBA, David Langer, MD a MUDr. Martin Bombic

Každá příležitost je tu pro nás. AI rozhodně zlepší kvalitu našich životů i naši schopnost být dobrými doktory. Současně ovšem znamená nástroj, pomocí kterého lze zdravotnictví udělat levnější. Obzvlášť v USA, které je hodně orientováno na peníze, tak sníží množství lidí v systému. To bude mít negativní dopad na počet lidí, kteří budou nezbytní pro jednoduché léčebné a diagnostické úkoly. Doktoři budou stále potřební, ale budou mít na starosti mnohem více pacientů.

Umělá inteligence dále zmenší manévrovací prostor pro rozhodování. Budeme se mnohem více rozhodovat na základě tvrdých dat. Myslím, že tohle nastane v horizontu 5–10 let.

■ Ve Spojených státech, ale i jinde v západním světě, se často hovoří o tzv. defenzivní medicíně. Co to přesně znamená a jak ji ovlivní umělá inteligence?
Defenzivní medicína znamená, že uděláte pacientovi testy nebo výkony, protože se obáváte, že jinak byste byl zažalován. Obavy z toho, že budeme zažalováni, nezmizí nehledě na využití AI. Řešit profesní nedbalost v USA upřímně považuji za nutnost. My nemáme žádnou sociální síť a zdravotní péče je nesmírně drahá. Mnoho lékařů přitom provádí nepotřebné operace a indikuje zbytečnou léčbu, jen aby dostali zaplacené. Pokud se takto chovají,

musí čelit následkům, jinak hrozí, že budou lékaři systém zneužívat ještě více.

Já sám jsem žalobě čelil několikrát. Nejednalo se o zanedbání péče, ale o vzniklé komplikace. Zprvu to pro mne bylo skutečně hrozné, ale nyní tyto situace vnímám jako daň za naši práci. Je rozdíl mezi profesním pochybením ve smyslu poskytování léčby, kterou pacient nepotřebuje, a komplikacemi.

AI pomůže, ale také dělá chyby. Medicína je příliš komplikovaná; přestože uděláte vše správně, výsledek nemusí být dobrý. S tím se nedá nic dělat. I když do hry vstoupí AI, pořád to budeme my, lékaři, kdo za ni bude zodpovědný – stejně jako za jakýkoli jiný nástroj, který používáme.

Umělá inteligence nám pomůže dělat lepší rozhodnutí, ale pořád bude potřeba člověk, který její návrhy a doporučení odsouhlasí. Ačkoliv AI používám k zápisu poznámek, také ji i sebe učím. Víím, co umí zachytit, a tedy se podle toho přizpůsobím. Když používáte AI, víte, že ji používáte a že jste zodpovědný za výstup.

■ V ČR si pacienti nestěžují ani tolik na péči, jako na komunikaci. Přepokládám, že vaše aplikace napomáhá pacientům porozumět lékařským sdělením.

Založil jsem společnost, která dělá audio, video a fotografie. Svým pacientům dávám celý film. V České republice je problémem, že si lidé za péči neplatí – je zadarmo. Oproti tomu v USA je zdravotnictví tržním a velmi konkurenčním prostředím. Je zde naprosto běžné, že si pacient přijde pro názor k druhému, třetímu lékaři; vybírá si je jako jakoukoli jinou službu. Myslím, že české zdravotnictví takhle nefunguje, na řadu operací zde máte čekací listiny.

Jedním ze způsobů, jak získat pacienta, je postarat se, aby byl spokojený po všech stránkách. Já s tím úplně nesouzním. Často s nadsázkou říkám: Když bude lékař, který má

úspěšnost u léčby rakoviny 100 %, ale bude to náfuca, co nekomunikuje s pacientem. A jiný, opravdu empatický lékař, který vás bude držet za ruku a objímat, ale bude mít úspěšnost 90 %. Za kým půjdete? Určitě za tím stoprocentním. Ačkoliv je tedy komunikace důležitá, myslím, že někdy se na ní lpí přespříliš. Existují data, která ukazují, že spokojenější pacienti se méně soudí a mají lepší výsledky, ale to už je něco jiného.

Někteří lékaři mají tendenci chovat se paternalisticky; říct vám, co potřebujete, ale nenaslouchat vám. Lékař, který se chová takto, ovšem není dobrý doktor – k tomu je třeba být upřímný a naslouchat. Účastný a dobře komunikující lékař má i lepší výsledky, protože právě v tom spočívá být dobrým doktorem. Ne že komunikuji proto, že se obávám špatných recenzí.

Přestože jsem si tohoto všeho vědom a vše dělám, jak by se mělo, najdou se pacienti, kteří raději půjdou k jinému lékaři v New Yorku. A to mne štve. Lenox Hill Hospital má v New Yorku řadu konkurentů, Columbia Memorial Hospital a Mount Sinai Hospital jsou největšími a nejlepšími zdravotnickými systémy na světě. Lidé si vybírají nejen lékaře a nemocnici, ale i značku, na kterou bývají citliví. Tak to prostě je a jediné, co můžete udělat, je sklopit hlavu a jít dál.

■ Někteří lékaři nechtějí pacientům říkat prognózu, jelikož mají pocit, že jim tím seberou naději. Jaký je váš názor?

Já osobně naštěstí nemívám mnoho pacientů s nevyléčitelnými chorobami. Léčím hlavně vysoce rizikové výdutě, krvácení do mozku a léčitelné mozkové nádory. Pacientům říkám, že je nepravděpodobné, že přežijí dalších tolik a tolik let. Zároveň jim říkám, že nic není jisté a že nikdo neví, jak vše dopadne.

To je jedna z výhod nahrávek pro pacienty. Když k nim totiž mluvím, často mě neposlouchají.

Chytanou se jen naděje a poté si myslí, že jsem jim řekl něco jiného. Člověk má potom pocit, že k nim nebyl upřímný. Každý má svou interpretaci sdělení – toho je třeba si být vědom. To je fakt, který nelze změnit.

Je důležité dát lidem naději, ale zároveň si myslím, že je třeba být realistický. Když měl můj otec mrtvici,

Byly by jeho výkony stále stejné, kdyby mohl soutěžit jen o bronz? Myslím, že právě to už se začíná dít. Stává se z nás komodita. Individuální hodnota, kterou každý z nás přináší, je menší, protože jsme ve velkých zdravotnických systémech placeni méně. Když jsou menší platy, o práci mají zájem jiní lidé. Neříkám, že je to dobře či špatně – takhle to prostě je.

"Každá příležitost je tu pro nás.

AI rozhodně zlepší kvalitu našich životů

i naši schopnost být dobrými doktory.

Současně ovšem znamená nástroj, pomocí

kterého lze zdravotnictví udělat levnější..."

všichni lékaři říkali, že bude v pořádku. Jeho stav se však nezlepšil ani po roce. Byl jsem naštvaný, protože ke mně nebyli upřímní.

■ Jste v epicentru dění. Jak myslíte, že se promění medicína?

Bude v ní více žen, budeme vydělávat méně peněz a mít menší rozhodovací autonomii. Budeme pracovat pro velké zdravotnické systémy a mít více času na děti. Naše kvalita života se v mnohých ohledech zlepší.

Obávám se ale toho, jak bude vypadat špičková medicína. Tu totiž tvoří lidé, kteří udávají směr, mají velké nadšení pro věc a jsou tvůrci zásadních změn. Myslím, že na medicínu bude chodit méně lidí s tímto nastavením. K medicíně patří stres, lékař ji potřebuje. Je to stejné, jako kdyby olympijský plavec jen trénoval, ale na konci by na něj nečekala žádná zlatá medaile.

V USA jsou často nerealistická očekávání, co můžeme udělat, a co je očekáváno, že uděláme. Částečně je to vinou trhu. Každý soutěží – já jsem lepší než tamten, když přijdete ke mně, slíbím vám, že se stane tohle, v tomhle jsme my ti nejlepší... To vše jen přizívuje mentální nastavení pacientů. Pokud budou na lékaře kladeny realističtější požadavky, možná bude zdravotnictví méně nákladné.

Množství byrokracie je dnes skutečně obrovské, spousta peněz se utrácí za věci, které s péčí o pacienty vůbec nesouvisí. Nejsem si jistý, zda to lze zvrátit; nikdo sám sebe nestřelí do nohy. Netvrdím, že budoucnost bude temná, ale že bude jiná. Budeme mít vítěze a poražené.

Umělá inteligence představuje příležitost ke změně. Bude-li správně využita, může mít obrovský pozitivní

dopad na zdravotní péči. To však vyžaduje vyzrálé a zodpovědné lidi.

■ **Dnes už si může člověk nechat vyšetřit genom, aby věděl, jaké se u něj nejspíš rozvinou nemoci. Jak jste zmínil, systém o nás bude mít mnohem více informací. My o svých zdravotních rizicích též. Jaký na to máte názor?**

"AI nám nespočítá, kdy zemřeme. Na náš život má obrovský vliv životní prostředí, způsob života, co jíme, zda cvičíme, koho si vezmeme, kde žijeme, co děláme za práci...."

Možná se dozvíte, že se pravděpodobně nedožijete určitého věku. Nemyslím si, že je to špatně; možná díky tomu budou lidé žít jinak.

AI nám nespočítá, kdy zemřeme. Na náš život má obrovský vliv životní prostředí, způsob života, co jíme, zda cvičíme, koho si vezmeme, kde žijeme, co děláme za práci. AI přinese lidem informaci, k jakým nemocem jsou náchylní, pokud např. kouří, jsou obézní apod. Ti to snad využijí k tomu, aby žili lepší životy. Když o tom tak přemýšlím, vůbec nemusí být špatné vědět, kdy člověk zemře – já bych to věděl rád. Vrátime-li se na chvíli k filozofii, každý říká, že bychom měli žít přítomností; nelze žít v minulosti ani v budoucnosti. Proto medituji a žiji přímo v daném okamžiku ve své hlavě.

Část problému je lidská smrtelnost. Kdybyste věděla, kdy zemřete, myslím, že byste si z toho hodně vzala. Někteří lidé se stresují tím, zda budou mít koncem dne dost

peněz. Nebo chtějí jet příští týden na dovolenou, a co příští rok? Budu ještě příští rok potřebovat peníze? Všechno jsou to starosti o peníze. Mohla byste lépe plánovat. Možná to zní bláznivě, ale když se nad tím zamyslíte, některé naše obavy pramení právě odsud. Strach ze smrti je jedním z důvodů, proč umělá inteligence přemýšlí lépe

než lidé – nikdy jej totiž nepocítí. Beze strachu ze smrti se rozhoduje jinak. Pokud se bojíme smrti a přibližně víme, kdy zemřeme, mohlo by to být pro nás dobré. Nemyslím si, že doba, kdy by každý věděl, kdy umře, přijde – ale nebylo by to špatné.

■ **Zmínil jste, že meditujete. Je to způsob, jak se vyrovnáváte se stresem z práce?**

Práce mne nestresuje, a to ani když mám před operací. Znáte Alexe Honnolda? To je horolezec, který zcela bez jištění zdolal skalní stěnu *El Capitan*. Jeho výkon byl inspirací pro film *Bez jištění na El Capitan* (v angličtině *Free Solo*). Důvodem, proč se nebojí, je, že na samotný výstup několik let tvrdě trénoval.

To samé platí v chirurgii. Když trénujete, jak nejlépe umíte, musíte se naučit chápat, že jste schopni udělat jen to, co dokážete. Jediné, nad čím máte plnou kontrolu, jste vy a vaše reakce. Nemůžete řídit vše.

Jakmile takto vytrénujete svoji mysl – dělám to nejlepší, co mohu, a dělám to správně – tak odejde veškerý stres.

■ **Takto jste to měl vždycky?**

Neměl jsem to tak vždy – k jistému prozření jsem dospěl až během posledních pár let díky mému úrazu. Stresuji se kvůli osobním věcem a vztahům, nad kterými nemám kontrolu. Takže když medituji, zjišťuji, že zkrátka jen musím dělat to nejlepší, co dokážu. Ale práce mi stres skutečně nepůsobí. Stresují mne lidé, kteří dělají svoji práci špatně. Jak ale řekl Marcus Aurelius: Buď k ostatním tolerantní a k sobě přísný. Na sebe buďte co nejtvrdší, ale neočekávejte, že ostatní budou pracovat stejně tvrdě jako vy.

■ **Jestli to správně chápu, vážná nehoda, která se vám stala, vám do života přinesla i pozitivní změny?**

Rozhodně. Byla to ta nejlepší věc, co se mi kdy stala. Tím samozřejmě nechci říct, že takovou zkušenost potřebuje každý. Mluvím o tom, co se mi stalo – o evoluci svého myšlení – s řadou lidí. Doufám, že oni se mohou vydat na tu samou cestu, aniž by si zlomili krk nebo skoro umřeli. Řada lidí má zkušenosti s prožitkem blízké smrti, přičemž na ně reagují různě. Někteří došli k prozření, jiní propadli depresím z toho, proč přežili zrovna oni.

Silný vliv na mne měl hlavně proces uzdravení. Na dvě hodiny jsem úplně ochrnl, byl jsem kvadruplegik. Myslel jsem, že je celý můj život pryč... A pak jsem jej dostal zpět. Pochopil jsem, že je mojí odpovědností svůj život změnit. Kdybych to neudělal, něco by se mnou bylo špatně. K tomuto závěru jsem však nedospěl hned. Prvních pár měsíců jsem se cítil osvícen – ale byl jsem i v bezvědomí a myslím, že jsem trpěl posttraumatickou poruchou. Na chvíli jsem ten pocit vnitřního míru tedy ztratil. Skrze meditace, jógu a čtení se mi však zase vrátil a nyní žiji způsobem, jaký jsem si zvolil. Ne že bych byl konstantně šťastný, ale mám radost ze života a nestresuji se, i když samozřejmě jsou okamžiky,

kdy se svým emočním životem bojuji. Mohu být někdy smutný, ale na radosti ze života mi to nijak neubírá.

■ **Měl jste obavy, že už se nevléčíte?**

Utrpěl jsem skutečně vážné poranění páteře a měl jsem velké bolesti, což bylo to poslední, co se zlepšilo. Už pár týdnů po operaci jsem však věděl, že se uzdravím, ačkoliv to nebylo hned.

■ **Cítil jste jako výhodu, že jste lékař a víte, jak může vše dopadnout?**

Určitě. Neměl jsem jistotu, že se vrátím do práce. Věděl jsem ale, že se mi dostane té nejlepší péče. Nechal jsem se operovat naším týmem. Můj kolega mne napřed operovat nechtěl; chtěl, abych šel do jiné nemocnice, ať mám soukromí. Zeptal jsem se ho, co by to vypovídalo, kdybych se nechal operovat jinde – je-li náš tým dost dobrý pro naše pacienty, je dost dobrý i pro mne, o čemž jsem nikdy nepochyboval. Soukromí jsem nepotřeboval. Všichni jsme si byli vědomi rizik, ale od koho jiného se nechat operovat než od člověka, o němž víte, že je výborný operatér? Kdyby někdo z mého týmu potřeboval operaci, chtěl bych ho operovat.

■ **Meditací jste se dříve nevěnoval?**

Ne. Zranil jsem se v lednu 2022 a od března jsem začal meditovat a dělat tai chi. Před rokem jsem také začal cvičit třikrát týdně jógu; chodím na hot vinyasa flow do studia. Je to poměrně náročné, obzvláště pro muže. Hodně se vám zvedne tep a potíte se. Před dvaceti lety by mne ani nenapadlo, že budu něco takového dělat. Chodil bych do posilovny, běhal, jezdil na kole, posiloval, závodil – zkrátka samé typicky „chlapské“ věci. Na lekcích často bývám jediný muž, což vlastně vůbec není špatné. Jak tělo stárne, jóga je nejlepší cvičení na klouby a střed těla. Myslím, že se hodně podceňuje přínos jógy pro mysl. Zpočátku je to náročné, ale jak se zlepšujete, zklidní se i vaše mysl a můžete se soustředit na dýchání a relaxaci. Každý den na sobě pracuji. Nejsem perfektní, ale snažím se, co můžu.

■ **Člověk může při meditaci zažívat vnitřní klid. Ale pak otevře oči a zjistí, že problémy nezmizely.**

Ale to je jen naše vnímání. Ve skutečnosti zde nejsou. Záleží, jak problémy vnímáte a jaké s nimi máte spojené emoce.



Zleva: Primář Neurochirurgického oddělení doc. MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D., MBA, a David Langer, MD

Jakmile si toto uvědomíte, je na vás, co s tím chcete udělat. Problémy jsou jen v našich hlavách.

Jsem velmi emotivní člověk. Často jsem ztrácel nervy a rozčiloval se – zvláště když se nedařilo. Ale to už nedělám. Není to tím, že bych snad byl méně náročný, ale pochopil jsem, že rozčilováním se problém nevyřeším. Musím ho jen přijmout a jít dál. Mnoho lidí si této změny všimlo a zvláště kolegové na operačním sále vnímají, že už na ně nekřičím. Kéž bych se toto naučil před 40 lety. Bůh ví, jaký bych dnes byl...

■ **Na závěr se chci zeptat na návštěvu naší nemocnice. Přihlížel jste operaci krční tepny, kterou prováděl prim. doc. MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D., MBA. Jaké jsou vaše dojmy?**

Fantastické. Prostředí a vybavení je na stejné úrovni jako v USA. Jiří oddělení posouvá dál a dál. Zdejší lékaři jsou

v léčbě karotid a dalších cévních operacích skutečně výborní. Musím přiznat, že mne při operaci zaujaly některé operační „triky“, a těším se, že je zavedu i u nás.

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

Speciální poděkování patří primáři Neurochirurgického oddělení doc. MUDr. Jiřímu Fiedlerovi, Ph.D., MBA, na jehož pozvání doktor Langer do českobudějovické nemocnice přijel. Díky němu tak mohl vzniknout i tento pro mne výjimečný rozhovor.

Primář Neurochirurgického oddělení MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D., MBA, jmenován docentem za světově uznávané studie

Primář Neurochirurgického oddělení doc. MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D., MBA, patří k světovým odborníkům v cévní mikrochirurgii mozku. V této oblasti realizoval řadu studií publikovaných v předních světových odborných časopisech. Významný úspěch zaznamenal s výzkumem zaměřeným na chirurgickou léčbu mrtvice u pacientů, kde selhala standardní léčba. Tato problematika byla podkladem jeho habilitační práce.

■ **Pane primáři, v tomto roce jste se na základě úspěšného habilitačního řízení na LF MU Brno stal docentem chirurgie. Co bylo předmětem a cílem vašeho výzkumu?**

Práce naší skupiny přinesla světu pilotní data o možné účinnosti a bezpečnosti mikrochirurgického zprůchodnění mozkových tepen u pacientů s akutní mrtvicí, u nichž selhala standardní léčba. Tou v současnosti rozumíme rozpuštění krevní sraženiny v mozkové cévě léky či její odstranění přes třísko pomocí katétru. Tyto postupy jsou také nejúčinnější léčbou této velmi běžné nemoci, kterou intervenční medicína zná. Přes veškerý pokrok ovšem zůstává 5–10 % pacientů, u nichž nefunguje. Šance těchto pacientů na návrat do běžného sociálního života je velmi nízká, zhruba 10 %. V průběhu pěti let, kdy jsme studii prováděli, se v našem a spolupracujícím ostravském centru katétretem přes třísko léčilo zhruba 1 100 pacientů. U 47 z nich došlo k selhání standardní terapie. V souladu s protokolem studie jsme našim pacientům nabídli chirurgickou léčbu s použitím zobrazovacích metod. Naše pilotní data naznačují, že po selhání standardní terapie může provedení mikrochirurgické léčby vést k soběstačnosti až u 60 % pacientů. Je radost vidět pacienta, který byl na počátku naší léčby ochrnutý na polovinu těla, nemluvil a ani nerozuměl, jak v normálním stavu odchází domů.

■ **Proč jste svůj výzkum zaměřil právě na léčbu mrtvice, která je**

doménou neurologů a intervenčních radiologů? Neurochirurgii má řada lidí spojenou spíše s operacemi mozkových nádorů.

Je pravda, že nádorů mozku operujeme hodně, stejně jako třeba aneurysmat, malformací a poruch cirkulace mozkomíšního moku. Mozkový bypass je oproti tomu vzácná operace – ze 2 000 operací, které ročně provedeme, tvoří např. operace krčních tepen asi 10 %, zatímco bypass jen 5 promile. Jde však o velmi účinnou léčbu, díky čemuž je už 25 let mým koníčkem. Za svůj zájem o tuto oblast vděčím svému prvnímu chirurgickému „otci“, tehdejšímu zástupci primáře Neurochirurgického oddělení, doc. MUDr. Vladimíru Příběhovi, Ph.D.

Slovo „bypass“ v angličtině označuje objíždku a nutno říct, že jde o poměrně přesný popis i zde. Ucpaná tepna se jednoduše řečeno zprůchodní přemostěním. To může znít jednoduše, jde však o technicky náročnou operaci, která vyžaduje mnoho tréninku a dovedností. Nejprve je třeba nalézt na povrchu hlavy tepnu, která bude dodávat krev. Následně musíme otevřením lebky získat přístup k tepně, kde je krve málo. Tyto milimetrové cévy v hluboké šterbině obklopené mozkem je nutné sešít, aniž bychom při tom poranili okolní tepny, mozek či tenké perforující tepénky a žíly.

Další mikrochirurgickou metodou v léčbě mrtvice je přímé zprůchodnění mozkové cévy – tedy její rozříznutí, odstranění sraženiny a sešití.



prim. doc. MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D., MBA

Tento postup i bypass jsou známy již od 70. let. Stále však chyběl důkaz, že jsou pro pacienty při léčbě mrtvice prospěšné. My jsme tuto řemeslnou léčbu zasadili do moderní léčby mrtvice.

Zhruba před deseti lety jsem pochopil, že naše Neurologické oddělení pod vedením doc. MUDr. Svatopluka Ostrého, Ph.D., má potenciál silného centra pro léčbu mrtvic. Stejně velký potenciál měl i náš sehraný neurochirurgický tým. Shodou více šťastných náhod byla v té době moje chirurgická zkušenost v léčbě mrtvic velká i ve světovém měřítku.

Když jsem o našem mikrochirurgickém řešení komunikoval s prof. Fady T. Charbelem z Chicaga, kterého to velice zaujalo, pochopil jsem, že jsme tento přístup použili opravdu jako první na světě a že musíme naše výsledky obhájit relevantní studií. Netušil jsem ale, jak dlouhá a náročná cesta to bude.

■ **Před realizací studie jste tedy nejprve musel ovládnout techniku.** Přesně tak. Osvojení a zdokonalování mikrochirurgické techniky na mozku jsem zasvětil celý svůj profesní život. Absolvoval jsem řadu zahraničních stáží, kde jsem se učil od těch nejlepších. Náš tým se postupně stal

nejzkušenějším týmem v obnovení krevního zásobení v mozku (tzv. revaskularizaci mozku) v České republice – dnes za sebou máme asi 3 000 revaskularizačních operací na krku a 200 na mozku. Přesto jsem měl intenzivní pocit, že je třeba ještě něco víc. Od roku 2018 jsem proto opakovaně absolvoval stáž na prestižních klinikách v Sapporu a Tokiu. Učit se od velikánů jako je prof. Rokuya Tanikawa pro mne bylo obrovskou zkušeností, jakož i změnou, co se týče filozofie operování. Cítil jsem se jako Beatrix Kiddo ve filmu Kill Bill, když ji do učení přijal mistr Pai Mei.

Na klinice jsem trávil veškerý svůj čas a poznával tam nové limity neurochirurgie. Technika japonských neurochirurgů je kromě jiného založena na mistrovských nástrojích. Podobně jako Beatrix dostala meč od Hattori Hansa, i já jsem díky osvětlenému vedení nemocnice dostal svůj „meč“ – speciální japonské instrumentarium a operační mikroskop, který jsme pořídili jako první v Evropě. Za to patří managementu nemocnice můj velký dík.

Rozhodl jsem se, že abych pro zamýšlenou studii udělal co možná nejvíc, několik let budu trvale na příjmu a kdykoli to bude třeba, okamžitě přijedu udělat mozkový bypass. Naučenou techniku jsem zavedl i u nás a předal ji i dalším kolegům.

■ Jak ovlivnil vznik Komplexního cerebrovaskulárního centra vaši práci?

Zásadně. Díky tomu, že se Česká republika zásluhou komplexních cerebrovaskulárních center a tvrdé práce neurologů a radiologů stala jedním ze světových premiantů v léčbě mrtvic, jsem na ně mohl s chirurgií navázat tam, kde selže standardní léčba. Současná léčba mrtvice, jak ji provádějí neurologové a radiologové, je totiž v medicíně skutečnou revolucí – ačkoliv to vlivem pandemie koronaviru není tak očividné.

Komplexní cerebrovaskulární centra v České republice vznikla již dříve. U nás v jižních Čechách by se dalo mluvit spíše o restartu. Začali jsme jako taková „čtyři mušketýři a jedna princezna“ - neurologové MUDr. Martin Reiser, MUDr. Mirka Nevšímalová, doc. MUDr. Svatopluk Ostrý, Ph.D., intervenční radiolog MUDr. Luděk Štěrba a já.

V rozvíjejícím se cerebrovaskulárním centru jsme se poměrně brzy setkali se situací, kdy u pacienta standardní



Světový neurochirurgický kongres v Kapském městě 2023 - šéf jihoamerické neurochirurgické společnosti hovoří o přínosech studie prim. doc. MUDr. Jiřího Fiedlera, Ph.D., MBA,

terapie selhala. Současně však zbýval čas pro léčbu zavřeného velké mozkové cévy. Tým mne proto požádal o zprůchodnění cévy provedením mozkového bypassu. Operace byla úspěšná a my jsme s údivem zjistili, že jsme podle tohoto nového moderního scénáře léčby mrtvice postupovali jako první na světě.

■ Provést jako první na světě úspěšný zákrok je velký úspěch. Jak na prvenství reagovala odborná veřejnost?

Kolegové ve světě mi gratulovali. Dnešní medicína je nicméně založena na důkaze; nestačí říct, že člověk přišel s novou technikou, nebo předvést pár hezkých výsledků. Zásadní je přinést odborné veřejnosti jasná data. A to trvalo 10 let.

■ Jak váš výzkum ovlivnil a ovlivní pacienty naší nemocnice, potažmo v České republice?

Odpověď na tuto otázku má více vrstev. Mě osobně tato zkušenost posunula na jinou chirurgickou

úroveň a umožnila mi operovat ještě náročnější cerebrovaskulární problematiku než dříve. Dále tyto operace provádím i pro FN Brno, se kterou mám uzavřenou smlouvu. Chirurgický samuraj Kamiyama, učitel Tanikawy, by řekl, že mi „narostlo srdce“.

Pro naše pacienty je zase zásadní skutečnost, že je v naší nemocnici léčba mrtvic na nejvyšší možné úrovni, což publikace výzkumu v prestižním časopise potvrzuje. Projít náročným recenzním řízením by totiž jinak bylo takřka nemožné. Jak již bylo řečeno: nestačí hlásat, že začínáme s něčím novým, nebo že provádíme hodně nějakých operací; důležité jsou výsledky a analýza komplikací. Primárním zadáním nemocnice je dle mého názoru léčba pacientů, a klíčovým způsobem hodnocení je tedy zhodnocení výsledků léčby. Analyzuji komplikace, dělám si na ně názory a je-li to zajímavé, publikuji. Pouze tak si můžeme být já i moji pacienti jisti tím, že je léčím dobře. Pro upřesnění: nedávno jsem narazil na rozhovor s lékařem, který své výsledky nikdy veřejně nepublikoval



Prim. doc. MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D., MBA, při prezentaci v Harvard Medical Clubu Harvardské univerzity v Bostonu

a na otázku moderátora, kolik má při radiointervenční léčbě komplikací, odpověděl, že málo. To je pro pacienta velmi nebezpečná odpověď. Správný chirurg musí říct, jaké komplikace má a kolik jich je – a vždy musí mít pocit, že jich je zbytečně mnoho.

Přínosem pro české pacienty je i to, že se díky našim výsledkům mikrochirurgická léčba mrtvice přesunula z tzv. off-label zóny do zóny šedé. Neurochirurgické pracoviště, které splňuje přísná kritéria, tedy může pacientovi tuto operaci nabídnout bez větších obav z právních důsledků. V České republice už byl tento zákrok proveden ve FN Plzeň, Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem a FN Ostrava.

■ Jaké je tedy postavení naší nemocnice v léčbě mrtvic?

Z pohledu evropských doporučení jsme na základě našich publikací od roku 2011 při léčbě mrtvice oprávněni provádět mozkový bypass. Během posledních 10 let jsme

provedli nejvyšší počet těchto zákroků v České republice a respekt jsme si získali i v rámci světa. Stali jsme se známým evropským centrem v operativě mozkových bypassů a krčních tepen v akutní ischemické indikaci. To vše je možné jen díky našim neurologům a radiologům, kteří svoji práci provádí skutečně výborně. Svědčí o tom i opakovaná nejvyšší ocenění od iniciativy Angels, na která můžeme být skutečně pyšní. Zde bych chtěl za plodnou spolupráci poděkovat vedoucímu centra prim. doc. MUDr. Svatopluku Ostrému, Ph.D.

■ V úvodu jste zmínil, že jste výsledky vašich studií prezentoval na světových fórech i v prestižních časopisech. Jaký má vaše studie dopad pro neurochirurgii ve světě?

Naše chirurgické výsledky jsou ve světové literatuře prioritní, a tedy pochopitelně vzbudily zájem cévních neurochirurgů v USA a Asii, jakož i neziskové organizace Global Surgery. Cílem této organizace je zajistit dostupnost chirurgické léčby i ve středně a nízkopříjmových

zemích světa. Toho dosahují primárně edukací lokálních potenciálních cerebrovaskulárních chirurgů a dodáváním instrumentarií.

V mnoha zemích mimo evropský kontinent standardní léčba mrtvice selhává jen proto, že endovaskulární léčba není z ekonomických důvodů dostupná. Peníze chybí i na prostou angiografii nebo angiografický přístroj, natožpak na drahý spotřební materiál nutný k léčbě přes tříslu. Oproti tomu je cévní neurochirurg, umí-li operovat a má-li své nástroje, v těchto zemích levný. Do budoucna vidím své hlavní zadání právě ve vedení mikrochirurgických tréninků.

Problémy s financováním léčby nicméně nezažívají jen pacienti v rozvojových zemích. V některých bohatých zemích má sice možnost chirurgické léčby každý, ale náklady na tuto léčbu mohou v konečném důsledku vést až k finančnímu bankrotu celé rodiny. V některých státech USA postihne tzv. rodinný bankrot až 30 % pacientů. Pro ukázkou netřeba chodit daleko – stačí se podívat třeba na seriál Perníkový táta, jehož děj odstartoval právě potenciální bankrot rodiny způsobený léčbou otce.

■ Kvalita vědeckých sdělení se v dnešní době hodnotí dle počtu citací a kvality odborných časopisů, které jej převezmou. Vaše výsledky uveřejnily přední světové časopisy. Co to pro vás znamená?

Mít významný impakt a být často citován znamená, že je ve světě člověk uznáván a že lidé poslouchají, co říká. Kvalitu publikací si svět přetřídí sám. Poslední dobou často uvažuji nad motivací lidí, kteří publikují v pirátských časopisech – k čemu jim to je? Nemohou z toho mít dobrý pocit. Myslím, že psát dává smysl jen pokud je co říci; tedy nepsat články proto, že se budou vyjímat v životopisu.

Naše studie byla uveřejněna ve 4. nejlepším světovém chirurgickém časopise, tedy v prvním percentilu ukazatele průměrného počtu citací, kterému se říká impakt faktor. Z toho jsem měl velkou radost. Navíc jsem prvním autorem další publikace v prvním kvartilu impakt faktoru, tedy Q1. V jižních Čechách moc chirurgů (a možná ani klinických lékařů), kteří jsou prvním autorem více Q1 publikací, nenajdete. Osobně mě však více potěšila prezentace našich výsledků v rámci zvané přednášky na nejlepších světových univerzitách například v Curychu, Cambridge, Chicagu a Kapském městě. Za naprostý vrchol pak považuji zvanou přednášku v Harvard Medical Clubu Harvardské univerzity v Bostonu. Musím říct, že jsem při pobytu na těchto univerzitách získal jinou perspektivu na současnou medicínu.

Je mi rovněž obrovskou ctí a potěšením, že výsledky naší práce nedávno ocitoval můj učitel – prof. Dr. Rokuya Tanikawa ze Sappora. Tanikawa společně

s Dr. Lawtonem z Phoenixu navázali na naší studii a uvádí náš výzkum do praxe světové neurochirurgie.

■ Jaké jsou vaše další plány?

Primárně bych chtěl předat své zkušenosti kolegům z našeho oddělení a ze světa, budou-li mít zájem. Zatím ho mají. Tuto operativu dnes kromě mě ovládá i MUDr. Martin Bombic a MUDr. Marek Grubhoffer – už jim jen zbývá roztáhnout křídla a rozletět se do světa. Mimochodem, právě v den tohoto rozhovoru, tedy 10. 6. 2024, místo mě MUDr. Bombic prezentuje zvanou přednášku na výročním kongresu německé neurochirurgické společnosti v Goettingenu.

Naše oddělení je oficiálním školicím centrem v cévní mozkové chirurgii pro Světovou neurochirurgickou společnost (WFNS). Tohoto statutu si velmi vážím a vnímám jej jako ocenění tvrdé práce celého našeho týmu. WFNS je nezisková organizace lékařů celého světa, od čehož musíme odlišovat různé firemní organizace, za kterými ve větší či menší míře stojí

zisk. V rámci WFNS se u nás střídají stážisti ze světa, hlavně mimo Evropu – z Kostariky, Venezuely, Malajsie, Filipín či Velké Británie. Zkušenosti dále předáváme i prostřednictvím laboratorního výcviku, ve kterém jsme aktivní téměř 20 let, a dle mého názoru je změna nutná i zde. Mým hlavním zadáním v krátkodobém horizontu je z našeho malého oddělení, kde jsem operoval hlavně já, prim. MUDr. Vladimír Chlouba a MUDr. Ondřej Teplý, udělat velké oddělení, kde operují celé týmy. Pro tento účel se na podzim budeme stěhovat do nových prostor.

Nic z našich úspěchů by ale nebylo možné bez emeritního primáře MUDr. Vladimíra Chlouby, který svým vlídným, participativním vedením po dobu několika dekád umožňoval rozvoj můj i celého oddělení.

Je pro mě proto velkou radostí, že na našem oddělení působí i nadále. Pro mne i mé mladší kolegy je totiž cennou studnicí klinického moudra.

Velký dík patří také mé ženě, psychiatrice MUDr. Lence Fiedlerové. Poznali jsme se na studiích Lékařské fakulty a já jsem svůj zápal pro medicínu neskrýval. Nejspíš ale nemohla předvídat, jak moc se bude muset mým ambicím obětovat. Musela práci v nemocnici skloubit s péčí o naše dva syny a domov, neboť já jsem byl nepřítomen buď fyzicky, či duchem. Navíc se tak dělo v době, kdy naše lékařská generace rozhodně nebyla šetřena ve službách, zodpovědnosti ani množství práce.

■ Ing. Veronika Dubská

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

■ Rozhovor

V našem oboru je důležité umět se včas zastavit

Původně chtěl pokračovat v rodové tradici a stát se pilotem. Nakonec jej osud přivedl k medicíně. MUDr. Jindřich Sova, vedoucí lékař intervenční radiologie, se tak svému oboru, který má své nezastupitelné místo v léčbě pacientů s cévní mozkovou příhodou, úspěšně věnuje již 25 let.



MUDr. Jindřich Sova

■ Pane doktore, čím se obecně zabývá intervenční radiologie?

Intervenční radiologie je moderní nástavbový obor základního oboru radiologie a zobrazovací metody. Zabývá se minimálně invazivními zákroky, které se vyznačují co nejmenším zásahem do pacientova těla, a to konkrétně na cévním systému a dalších orgánech. Vysoce specializovanou oblastí intervenční radiologie je pak intervenční neuroradiologie, která zahrnuje výkony na cévách centrálního nervového systému, tedy mozku a míchy. Zjednodušeně lze říci, že základním úkolem vaskulární (cévní) intervenční radiologie je uzavření cévy (tepny nebo žíly) v případě krvácení nebo její

zprůchodnění při uzávěru například krevní sraženinou. Tyto principy platí i v případě endovaskulární (nitrocévní) léčby cévní mozkové příhody.

Dalším spektrem výkonů vaskulární intervenční radiologie je léčba primárních tumorů jater a metastáz.

Intervenční radiologie zahrnuje i výkony, kdy nepostupujeme cestou nápichu cévy (tzv. nevaskulární výkony), ale přímo přes kůži do určitého orgánu nebo tkáně. Jsou to například bioptické punkce patologických ložisek tenkou jehlou s odběrem vzorku tkáně. Dále jsou to drenáže, tedy vypouštění či odsátí tekutinových kolekcí (například abscesů) různých oblastí lidského těla.



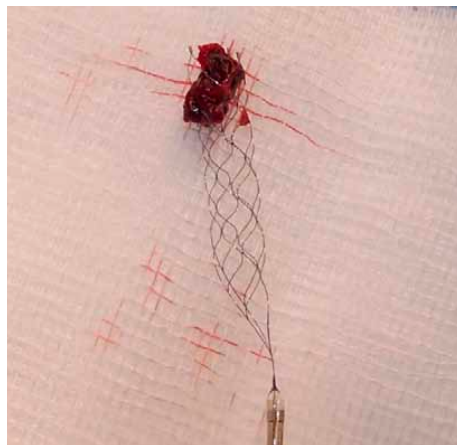
Habilitace...

Cévní intervenční zákroky se provádějí s využitím kontrastních látek pod rentgenovou kontrolou na speciálním angiografickém (AG) přístroji.

Cévy v různých oblastech lidského těla ošetřujeme zevnitř za pomoci speciálních nástrojů. Tyto nástroje, tedy instrumentárium, zavádíme punkčním přístupem do cévy v oblasti třísla, podpaží, lokte a předloktí. Do cévy zavedeme dutou jehlu, přes kterou zavedeme tenký „drát“ – vodič, po němž na místa, která je třeba ošetřit, zavádíme cévním řečištěm katétr. Do cévy katétr nastříkujeme kontrastní látku, která nám pod rentgenovým (RTG) zobrazením na angiografickém přístroji zobrazí průtok krve a vnitřní povrch stěny cévy. Obraz si AG přístroj ukládá do paměti a lze ho kdykoliv zobrazit na monitoru bez dalšího použití RTG záření. Pomocí katétrů a vodičů dále zavádíme různé instrumentárium (balonky, stenty, spirálky, lepidlo, embolizační částice) tam, kde je to potřeba.

■ Intervenční radiologové jsou součástí týmu Komplexního cerebrovaskulárního centra naší nemocnice, který pečuje o pacienty s cévní mozkovou příhodou. Jak probíhá rozhodnutí o způsobu léčby pacienta?

Cévní mozková příhoda (CMP), lidově mrtvice, je náhlá porucha krevního oběhu mozku, která vede k nevratnému poškození mozkové tkáně. Jde o akutní stav, který vyžaduje neodkladnou lékařskou pomoc, přičemž nejdůležitější roli hraje čas. Podle mechanismu vzniku se dělí na ischemické cévní mozkové příhody a hemoragické (krvácivé) cévní mozkové příhody. Při ischemické CMP je v mozku narušen krevní oběh. Příčinou je obvykle krevní sraženina (trombus), která zablokuje (ucpe) některou z tepen zásobujících mozek. Tato krevní sraženina se může vytvořit (a často se i vytváří) mimo samotný mozek, např. v krční tepně nebo v srdci, a krevním řečištěm

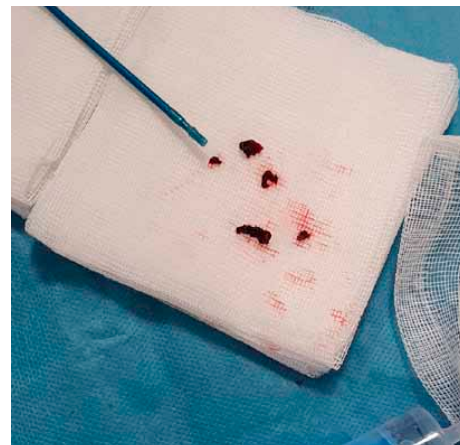


Obr. č. 1: Stent-retriever s vytaženou krevní sraženinou

je pak zanesena do mozku, kde zablokuje některou z jeho cév. Podíl ischemických CMP na celkovém počtu je zhruba 85 %.

Rozhodnutí o způsobu léčby je týmovou záležitostí. Neurolog je o stavu pacienta informovaný posádkou sanitky již před jeho příjezdem do nemocnice a případně aktivuje intervenčního radiologa a jeho tým (radiologický asistent a sestra instrumentářka). Po příjezdu do nemocnice podstupuje pacient CT vyšetření mozku a mozkových tepen se speciálním zobrazením průtoku krve jednotlivými oblastmi mozku (tzv. perfúze). Již během CT vyšetření je pacient léčen neurologem. Na základě výsledku vyšetření pak tým rozhodne o nejvhodnější léčbě, což je zpravidla do patnácti minut od příjezdu pacienta. V případě ischemické CMP je pro některé pacienty vhodnější pouze neurologická medikamentózní léčba (tzv. systémová trombolýza), pro některé zase pouze intervenční léčba (mechanická trombektomie) a část pacientů je léčena kombinací metod. Při krvácivé CMP následuje léčba intervenční endovaskulární nebo operační neurochirurgická.

Intervenční zákrok (mechanickou trombektomií) v rámci ischemické CMP podstoupí necelá polovina pacientů s CMP, což znamená, že takto ročně



Obr. č. 2: Aspirační katétr s odsátými krevními sraženinami

ošetříme přibližně 150 pacientů. Naši pacienti jsou nejčastěji lidé ve věku 70–80 let, ale výjimkou není ani člověk výrazně mladší nebo starší.

■ Jak probíhá vlastní léčba intervenčním radiologem?

Nejčastější příčinou mozkové příhody je náhlé ucpání cévy krevní sraženinou. Zde je naším úkolem cévu zprůchodnit, a to buď vytažením, či odsátím sraženiny. V případě, že je céva významně zúžena, provádíme její roztažení pomocí balonku s následným zavedením speciální titanové vnitřní výztuhy (tzv. stentu), která zabraňuje opětovnému zúžení.

Vytažení trombu se provádí pomocí speciálního stent-retrieveru (obr. č. 1). Tato metoda se používá od roku 2009 a přinesla průlom v ošetření mozkových cév při mozkových mrtvicích endovaskulární metodou. Do té doby se zkoušely různé typy mechanických zařízení, jejichž maximální úspěšnost ovšem nepřesáhla 50 %. Stenty byly původně používány pouze k roztahování cév. V roce 2008 však tým intervenčních neuroradiologů v německém Stuttgartu zjistil, že lze tento stent připojený k zaváděcímu vodiči vytáhnout rozvinutý s krevní sraženinou, aniž by došlo k vážnému poškození mozkové tepny. První CE certifikace stent-retrieveru Solitaire FR přišla v roce 2009 – jednalo se o německý patent.



Vedoucí lékaře intervenční radiologie MUDr. Jindřich Sova na pracovišti

Postupně se vyvíjela i druhá technika, tzv. aspirace, kdy se ke sraženině zavede speciální aspirační katétr se širokým ústím (obr. č. 2). Tento katétr se ústím zavede do úrovně uzávěru a podtlakem přisaje krevní sraženinu, načež je i s ní extrahován. Někdy se podaří sraženinu katétremsky vysát do připojené podtlakové pumpy či speciální stříkačky, ale to je spíše výjimečné.

Vznikne-li uzávěr na podkladě zúžení mozkové tepny, po odstranění sraženiny provádíme její roztažení pomocí balonku s následným zavedením již trvalé vnitřní kovové výztuhy (stentu), abychom zabránili opakovanému zúžení tepny.

■ Jsou obě metody stejně účinné? Podle čeho se pro danou metodu rozhodujete?

Rozhodnutí, kterou metodu použít, se odvíjí od lokalizace uzávěru

a cévně anatomických poměrů daného pacienta. Zatím nebylo spolehlivě prokázáno, že by jedna metoda byla efektivnější než druhá. Záleží spíše na zkušenostech pracoviště a cviku intervenčního radiologa. Ve světě je situace obdobná – německá škola je spíše pro stent-retriever, americká pro aspiraci.

U pacientů našeho kraje máme zkušenosti, že v předním povodí vnitřní karotické tepny (krkavice) a v povodí střední mozkové tepny je úspěšnější mechanická metoda pomocí stent-retrieveru.

V oblasti tepen, které zásobují zadní partie mozku a mozeček (tzv. vertebrobasilární povodí) je metodou první volby aspirace. Pokud selhává, provádíme kombinovanou metodu stent-retrieveru a aspiračního katétru, které říkáme „Solumbra“.

■ V případě CMP hraje klíčovou roli čas. Kolik času na výkon máte a dokdy je třeba pacienta u vás ošetřit?

Ano, při léčbě ischemické CMP hraje zásadní roli čas; aplikuje se zde známé heslo: „Čas je mozek“. Mechanická trombektomie (MT) symptomatického uzávěru mozkové tepny v přední cirkulaci je již několik let standardní léčbou akutní ischemické CMP (iCMP) do prvních 6 hodin od vzniku iktu (mrtvice). Tedy do 6 hodin od vzniku mrtvice, pokud pacient splňuje podmínky provedení MT, vždy provádíme tento výkon. Na základě klinických studií tento výkon u vybraných pacientů provádíme i po 6 hodinách od vzniku mrtvice. V tomto výběru nám velmi pomáhá již výše zmíněné speciální CT vyšetření krevního zásobení jednotlivých oblastí mozku tzv. mozková perfuze.

V oblasti vertebrobazilárního (zadního) povodí lze tento výkon provádět i výrazně déle než 6 hodin od vzniku mrtvice.

■ Kolik času má váš tým na přípravu?

Na zákrok musíme být připraveni do 30 minut od zhodnocení výsledků CT vyšetření a rozhodnutí o intervenční endovaskulární léčbě pacienta. Kromě intervenčních radiologů jsou v týmu ještě radiologičtí asistenti, kteří obsluhují angiografický přístroj, a sestry instrumentářky. Režim angiografického pracoviště je podobný režimu práce na operačních sálech. Nezbytnou součástí týmu a zákroku na intervenčním sále je personál ARO, který pacienta v průběhu výkonu sleduje a v případě potřeby jej uvede do narkózy. Pacient se na sál dostane zpravidla do 40 minut od přijetí do nemocnice.

■ Jak dlouho trvá vlastní zákrok?

Vlastnímu zákroku předchází příprava pacienta na sále, která trvá asi deset minut. Jakmile je příprava hotova, napícheme tříslo a rekanalizace se nám podaří zpravidla do třiceti až čtyřiceti minut. Nejkratší časy, kterých dosahujeme, se pohybují kolem patnácti minut. Někdy je zákrok samozřejmě velmi složitý,

např. spojený se zprůchodněním uzávěru krčního úseku vnitřní karotické tepny, a trvá až dvě hodiny. Některé pacienty, u kterých není léčba úspěšná, pak předáváme neurochirurgům, kteří provádějí přímé operační odstranění sraženiny z uzavřené tepny nebo našívají cévní bypass.

Časový průběh zákroku pečlivě zaznamenáváme, a to včetně času napíchnutí tepny v tříslu, zavedení instrumentária a rekanalizace. Tyto údaje jsou sledovány v rámci celorepublikové studie, do které je naše pracoviště zapojeno.

■ Zmínil jste, že je v případě potřeby pacient uveden do narkózy. Běžné je tedy pacient při vědomí?

Většina pacientů je během zákroku při plném vědomí, případně v analgosedaci, tedy v léky navozeném stavu s cílem utlumení bolesti a zklidnění pacienta. Zákrok většinou nebývá bolestivý. V případě obtížné extrakce trombu požadujeme po přítomném ARO týmu analgosedaci. Místo vpichu ošetřujeme lokální anestezií. V průběhu výkonu, kdy se instrumentáři pohybujeme v milimetrových průměrech mozkových tepen, je nutný absolutní klid pacienta. U velmi neklidných pacientů nebo pacientů v těžkém klinickém stavu tedy

požadujeme celkovou anestezii už před začátkem výkonu. Ideální by bylo uvést do celkové anestezie neboli narkózy každého pacienta, ale přicházeli bychom tak o drahocenný čas, kdy často dochází k nežádoucímu poklesu krevního tlaku. Existují studie, ze kterých vyplynulo, že lepší klinické výsledky mají pacienti, kteří v průběhu MT nejsou v celkové anestezii. Přístupy jednotlivých pracovišť se však opět liší – například špičkové intervenční neuroradiologické pracoviště v německém Essenu, kde mají s léčbou mrtvice obrovské zkušenosti, všechny pacienty uspává. S kolegy jsme tam absolvovali stáž a opravdu jsme se přesvědčili, že skvělých výsledků lze docílit i s využitím celkové anestezie.

■ Jaká je úspěšnost endovaskulární léčby?

Co do hodnocení indikátorů kvality, naše pracoviště na poli léčby ischemických CMP dosahuje kvalit i počtů ošetřených pacientů srovnatelných s vysoce specializovanými centry fakultních pracovišť. V 85 % případů dokážeme sraženinu kompletně odstranit a rekanalizovat povodí uzavřené tepny. Jsou ale případy, kdy může část řečiště zůstat uzavřena, protože se sraženina rozpadne a drobnější část se dostane dále do tenoučké periferní tepny, kam již nemůžeme naším instrumentáři zasáhnout. Hovoříme zde o průměru tepny do jednoho milimetru. Dalším typem neúspěšné rekanalizace je uzávěr tepny kalcifikovaným trombem, který nelze zachytit stent-retrieverem a odolává i výraznému podtlaku aspiračního katétru. Posledním typem neúspěchu je situace, kdy jsou tepny zásobující mozek výrazně vinuté anebo ze širokého oblouku hrudní aorty odstupují v nepříznivém úhlu. V takovém případě naše instrumentarium prakticky nelze zavést. Následky mrtvice se bohužel odvíjejí od její lokalizace. To znamená, že i když zprůchodníme větší tepnu, ale přetrvává uzávěr drobné periferní tepny, která zásobuje důležitou oblast mozku, výrazný neurologický deficit přetrvává.

■ Je zákrok proveditelný u všech pacientů?

Zákrok zkusíme provést i u pacientů, kteří mají cévy ve velmi špatném stavu či nepříznivou anatomii a splňují vstupní kritéria k provedení MT. Šance na úspěch se v takových případech nicméně výrazně snižuje.

■ Co bývá příčinou špatného stavu cév?

Stav cév je rozhodně negativně ovlivňován rizikovými faktory souvisejícími s nezdravým životním stylem, které může člověk sám ovlivnit a nebo je lze úspěšně ovlivnit léčbou – nedostatečná fyzická aktivita, obezita, kouření, vysoký krevní tlak, cukrovka, a vysoký cholesterol. Další rizikové faktory jsou různá onemocnění srdce či chlopní a poruchy srdečního rytmu, při kterých v srdečních síních vznikají krevní sraženiny a odtud se pak uvolňují a vnikají do cév mozku. V rámci intervenčního výkonu například obezita zvyšuje riziko komplikací v tříslu, kde provádíme nápich tepny. Ateroskleroticky změněné, kalcifikované, zúžené a vinuté tepny limitují zavedení endovaskulárního instrumentária.

■ Co je při intervenčních zákrocích nejdůležitější? Jistě je důležitá i manuální zručnost, kde ji trénujete?

Intervenční radiolog musí mít přesně synchronizovaný pohyb rukou se zvětšeným obrazem na monitoru. Vzdálenost z třísla do mozkových cév se pohybuje okolo jednoho metru a my na tuto vzdálenost pomocí tenkých hadiček a „drátů“ provádíme život zachraňující výkony v milimetrových rozměrech. Nežádka se ocitáme v situacích, kdy může posun vodiče nesprávným směrem třeba o dva milimetry vážně poškodit zdraví pacienta. Je to věc tréninku, zkušeností a „šikovných rukou“. Čím více máme pacientů, tím se zákroky stávají rutinnějšími. Každý rok se posouváme. Je zřejmé, že intervence na mozkových tepnách nemůže dělat lékař, který se zničehonic rozhodne, že se stane intervenčním neuroradiologem.

Této vysoké specializaci předchází několikaleté provádění cévních intervenčních výkonů na periferních cévách, kdy radiolog získává cit pro zavádění a práci s instrumentáři na zobrazeném cévním řečišti

v RTG obraze. Možný je i trénink na plastových modelech cévního řečiště ve specializovaných výcvikových střediscích, ale živý člověk se nasimulovat nedá.

V zavádění nových vysoce specializovaných neurointervenčních výkonů na našem pracovišti nám pomáhá úzká spolupráce se špičkovým neurointervenčním pracovištěm Ústřední vojenské nemocnice Praha pod vedením doc. MUDr. Františka Charvátu, Ph.D., který nám předává své zkušenosti a posouvá naše pracoviště ke stále složitějším výkonům.

Také se účastníme workshopů, a to doma i v zahraničí. Jednou z nejlepších lekcí je, když se člověk může koukat pod ruce věhlasnému profesorovi přímo na jeho pracovišti ve chvíli, kdy se jeho výkon komplikuje.

V rámci správného a bezpečného provádění složitých neurointervenčních výkonů je důležité, aby školitel svého žáka dovedl na potřebnou úroveň a aby měl žák dostatek respektu. V našem oboru je důležité umět se včas zastavit, abychom předešli zbytečným komplikacím výkonu. Jeden z mých učitelů MUDr. Milan Haco, který byl jedním ze zakladatelů intervenční radiologie v IKEM a na radiodiagnostickém oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s. zavedl vyšetřování věnčitých tepen (koronarografií), vždy říkal: „Nejdřív se musíš naučit předvádět komplikace, řešit komplikace a pak můžeš dělat velké výkony.“

■ Ing. Veronika Dubská

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

Co to je angiografický přístroj

Většina intervenčních výkonů na cévním řečišti je prováděna na rentgenových přístrojích, které jsou pro to speciálně vyrobeny a jsou vybaveny speciálním softwarem. Protože cévy nejsou pod rentgenovým zářením vidět, k jejich zobrazení je nutné cílené podání kontrastní látky přímo do vyšetřované cévy pomocí speciální cévky (katétru) a speciální funkce přístroje, tzv. DSA (digitální subtrakční angiografie) zobrazí průtok krve cévou.

Tento obraz je uložen do paměti přístroje a následný výkon pokračuje bez nutnosti dalšího podání kontrastní látky.



Stav před zákrokem: uzávěr větvení vnitřní karotické tepny, levá polovina mozku bez přísunu krve



Stav po zákroku: krevní zásobení levé poloviny mozku kompletně obnoveno

Stomatochirurgicko-onkologický tým Nemocnice České Budějovice

Multidisciplinární onkologické týmy (tzv. onkotýmy), které onkologickým pacientům poskytují komplexní diagnostickou, léčebnou a dispensární péči, jsou v České republice již několik desetiletí považovány za zlatý standard péče.

Onkotýmy jsou obvykle součástí komplexních onkologických center a jejich péče je určena individuálně pro každý typ nádorového onemocnění. Přístup lékařů je založen na principech integrované a týmové zdravotní péče, při níž zdravotníci zváží všechny možnosti moderní onkologické diagnostiky a léčby. Následně společně zpracují individuální plán léčby a další komplexní péče. Práce onkotýmu tedy zahrnuje diskuzi, plánování a společné rozhodování o léčbě a navazující zdravotní péči, a to vždy s přihlédnutím k osobním potřebám a preferencím jednotlivých pacientů.

Stomatochirurgicko-onkologický tým Nemocnice České Budějovice, a.s. se schází každé druhé pondělí od 12:30 hodin na Stomatochirurgické ambulanci v pavilonu C. Komplexní onkologickou léčbu pro pacienty s nádory orofaciální oblasti – tj. s nádory obličeje, dutiny ústní a slinných žláz (mimo průšní žlázu) – zajišťuje lékař se stomatochirurgickou specializací a onkolog. Zároveň úzce spolupracují s dalšími zdravotnickými odborníky, např. s radiodiagnostikou, stomatologem, nutričními terapeuty, logopedem a lékaři z ambulance bolesti nebo paliativní ambulance.

Do péče týmu jsou odesíláni pacienti se zhoubnými nádory v orofaciální oblasti z celého Jihočeského kraje, což je jeho spádová oblast, a výjimečně i z jiných krajů.



MUDr. Petr Vitek a MUDr. Blanka Tichavová

Pro optimálně vedenou léčbu pacienta je nezbytná řada vyšetření, z nichž každé musí mít stanovenou standardní kvalitu a jejich soubor je určován individuálně pro jednotlivé pacienty.

Jedná se o:

- **zobrazovací vyšetření, jako je CT, MRI, UZ, PET/CT nebo další vyšetření, která vedou k určení klinického rozsahu (tzv. klinický staging),**
- **histologické potvrzení diagnózy k verifikaci a typizaci nádoru (tzv. typing a grading),**
- **další doplňující vyšetření, jako jsou laboratorní vyšetření dalších zdravotnických odborností včetně anamnestických údajů,**
- **zhodnocení nutričního stavu pacienta.**

Strategie léčby se pak odvíjí od výše uvedených faktorů a závazná je preference a názor samotného pacienta.

Hlavními léčebnými metodami standardní onkologické léčby v léčbě nádorů orofaciální oblasti jsou chirurgie, radioterapie, chemoterapie, biologická léčba a imunoterapie.

Specifickou a nezbytnou pro léčbu nádorů v oblasti hlavy a krku je také:

- **stomatologická péče, kdy je nutné provést standardní vyšetření pacienta stomatologem před zahájením onkologické léčby, a stomatologická péče v průběhu a po ukončení onkologické léčby,**
- **co se týče nutriční péče, pacienti s nádory orofaciální oblasti jsou často omezení v příjmu potravy a tekutin, a proto je nutné věnovat zvýšenou péči jejich výživě a hydrataci před zahájením, v průběhu a také po ukončení onkologické léčby.**

Komplexní onkologická péče by měla zajišťovat nejen radikální onkologickou terapii, ale i další péči, která pozitivním způsobem ovlivní průběh léčby a celkový stav pacienta.

Nové přístupy v onkologické terapii přispěly ke změnám v léčebných postupech. Proto klademe důraz na mezioborovou spolupráci a na to, aby byl každý terapeutický postup u konkrétního pacienta vytvořen v úzké spolupráci multidisciplinárního onkologického týmu a individualizován pro každého pacienta.

■ **MUDr. Petr Vitek**
Onkologické oddělení



MUDr. Jan Capouch, Onkologické oddělení, člen týmu

Nádorová onemocnění dutiny ústní a jejího okolí

Téměř každý člověk se v životě setkal s diagnózou zhoubného nádorového onemocnění, a to buď v blízkém okolí či prostřednictvím informací v médiích. Často se mluví o nádorech střev, prostaty, prsu, plic a podobně, ale málokdo z laické veřejnosti si dokáže představit, že zhoubný nádor může vzniknout i v oblasti dutiny ústní a jejího okolí. A nejedná se o vzácnost! Právě naopak. Na našem oddělení operujeme

v průměru 30–40 pacientů ročně kvůli onkologickému onemocnění. Těch, kteří si vyslechnou diagnózu zhoubného nádoru dutiny ústní, je však ještě více.

Zhoubným nádorem v oblasti úst může být postižena jakákoli část – rty, jazyk, dásně, tvářová sliznice, ústní spodina, slinné žlázy i čelistní kosti. Mohou se zde také vyskytovat nádory, které primárně

postihují jiné struktury a do úst pouze prorůstají (např. z vedlejších dutin nosních) nebo v ústech vznikají jako metastázy (dceřiná ložiska) vzdálených nádorů (např. metastázy ledvin nebo prsu). Dle statistik tvoří nádory oblasti dutiny ústní asi 5–10 % všech zhoubných nádorů.



Ilustrační fotografie zhoubných nádorů v dutině ústní

Jednoznačná příčina maligních onemocnění zatím nebyla určena. Předpokládá se, že za nimi stojí řada faktorů. Jedná se například o věk a pohlaví (častěji nemocní jsou muži nad 50 let), místní faktory (špatná úroveň ústní hygieny, mechanické dráždění, např. destruovanými zuby či nevyhovujícími zubními náhradami, piercingem), chemické dráždění (alkoholismus, kouření), biologické vlivy (infekce papilomaviry - HPV), špatná úroveň výživy nebo poruchy imunity. Dále je nutné brát v úvahu i dědičnou dispozici a některé rizikové celkové choroby. Výše uvedené však nelze brát doslova. V posledních letech se setkáváme s nádorovým onemocněním i u pacientů nižších věkových kategorií a u pacientů, u nichž bychom jmenované rizikové faktory hledali jen těžko.

Postižení úst zhoubným nádorem má svá specifika, a to především pro jeho umístění. Hlava je nejviditelnější částí těla. Jakékoli postižení obličeje,

ať způsobené nádorem nebo léčbou, přináší svému nositeli stigma, postihuje sociální vazby nemocného a zasahuje do základních životních funkcí, jako je příjem stravy, dýchání, mimika nebo verbální komunikace.

Prognóza zhoubného onemocnění dutiny ústní závisí na celkovém zdravotním stavu pacienta, lokalizaci nádoru, jeho typu a rozsahu, případně také na postižení uzlin a přítomnosti vzdálených metastáz. Na základě těchto informací lékaři zvolí nejvhodnější způsob léčby. Může se jednat o čistě chirurgický výkon, kombinaci chirurgické a onkologické léčby (nejčastěji pooperačního ozáření, případně chemoterapie), nebo čistě onkologickou léčbu. Strategii léčby pak na základě všech dostupných informací o nemoci a stavu pacienta stanovujeme ve společném stomatochirurgicko-onkologickém týmu. Pacienti jsou tu po léčbě dlouhodobě sledováni. V rámci komplexní péče

spolupracujeme s kolegy z různých oborů, např. z logopedie, výživového poradenství, rehabilitace, ambulance bolesti či paliativního týmu.

Léčba onkologických pacientů je vždy dlouhodobá a náročná, a to nejen pro ně samotné, ale také pro blízké okolí. Proto je dobré soustředit se na prevenci a především na věci, které můžeme ovlivnit, jako je např. životní styl, hygiena dutiny ústní a pravidelné preventivní prohlídky u zubního lékaře, které mohou případné nežádoucí změny na sliznicích v ústech včas zachytit.

■ **MUDr. Blanka Tichavová**
*Oddělení ústní, čelistní
a obličejové chirurgie*

Plastická chirurgie v týmu se stomatochirurgií

Jedna z mnoha věcí, které jsou na plastické chirurgii krásné, je skutečnost, že se náš obor uplatňuje ve všech oblastech lidského těla – doslova od hlavy až k patě. To plastiku staví na styčné hranice s mnoha ostatními obory a předurčuje ji k tomu, aby byla otevřená spolupráci s ostatními specializacemi.

S Oddělením ústní, čelistní a obličejové chirurgie, které bylo doposud pod taktovkou primáře MUDr. Pavla Střihavky, jsme dlouhá léta rozvíjeli a udržovali spolupráci při řešení rozsáhlých nádorů v oblasti obličeje. Jednalo se především o případy, kdy po odstranění nádoru vznikají obrovské 3D defekty.

Nežádka se jedná o natolik rozsáhlé otevřené rány, že jsou jimi pacienti doslova znetvořeni do společensky neúnosného stavu. Jsou to defekty, kdy stomatochirurg odstraní nejen část obličejového skeletu, jako například část horní čelisti nebo dolní čelisti, ale i přilehlý kožní kryt. Zpravidla tak dojde k vzájemnému nežádoucímu propojení mezi dutinou ústní, nosem a vedlejšími dutinami nosními. Tyto pak jsou otevřeny na povrch kůže do zevního prostředí a navozující pacientům těžko snesitelný diskomfort vyžadující permanentní krytí a výměnu obvazového materiálu. Některé resekční výkony nemusejí být na první pohled patrné, jelikož se provádějí v dutině ústní.

Uvedl bych zde například různé typy resekcí jazyka (glosektomie), zpravidla s částí spodiny dutiny ústní, které rovněž vytvářejí velmi složité defekty k rekonstrukci. Velký rozsah defektů, kdy dochází k obnažení velkých ranných ploch, může být spojen s většími krevními ztrátami a se zatékáním krve a sekretu do dýchacích cest a hltanu. Těmto pacientům je znemožněno dýchání, mluvení, polykání a příjem potravy. U velké části pacientů je proto nezbytné dočasné založení tracheostomie pro kontrolu nad dýcháním a zavedení žaludeční sondy nebo výživovací hadičky přes stěnu břišní.

S cílem minimalizovat u pacientů přítomnost takto devastujících otevřených defektů a zamezit jejich infikování provádíme v týmu složeném ze stomatochirurga a plastického chirurga okamžité rekonstrukce současně s resekčním výkonem. Tyto operace trvají v závislosti na obtížnosti šest až jedenáct hodin.

Z pohledu plastické chirurgie je možné rozdělit typy rekonstrukcí na mikrochirurgické a nemikrochirurgické. Nemikrochirurgické operace využívají ke krytí defektů místní lalokové plastiky. Pracuje se zde s laloky, které lze přesunout z okolí defektu, jako například velmi užitečný svalový lalok m. sternocleidomastoideus, který lze odebrat i s kožním ostrovem a vykryt tak kožní nebo slizniční defekt třeba v dutině ústní nebo současně i na tváři. Velmi příhodné místní laloky jsou také supraklavikulární, čelní lalok nebo stopkovaný lalok temporoparietální fascie. Mikrochirurgické laloky, které jsou u rozsáhlých defektů indikovány častěji, jsou charakterizovány tím, že je definovaný lalok odebrán a odpojen z místa odběru na cévní stopce a „volně“ přenesen do místa defektu, kde je krevní oběh v laloku obnoven našitím jeho cévní stopky na předem připravené tzv. příjmové cévy (tepna a žíla). Těmto lalokům se proto říká



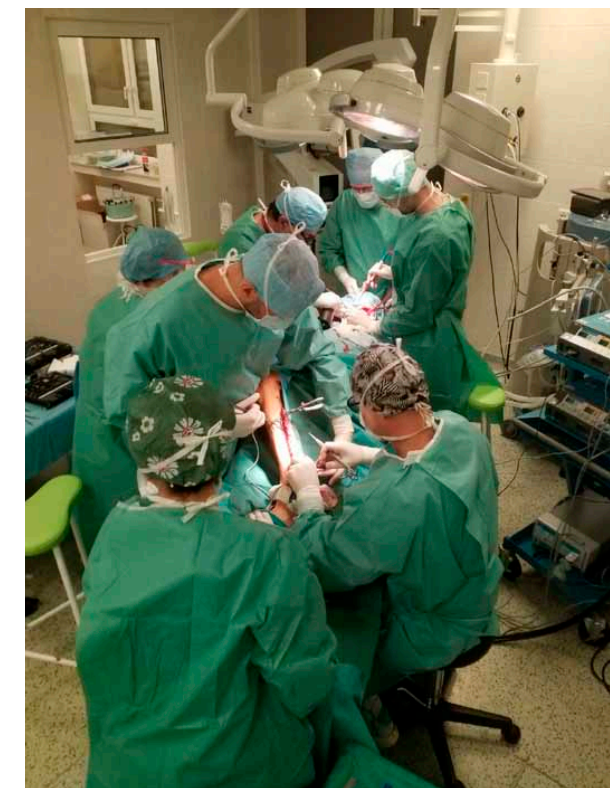
Rekonstrukce poloviny jazyka volným čínským lalokem

volné laloky (free flaps). Jde vlastně o provedenou transplantaci tkáně v rámci jednoho pacienta. Jelikož se průměr (kalibr) cév průměrně pohybuje kolem 2–5 mm, jejich funkční napojení, tedy aby v nich proudila krev, vyžaduje zvládnutí mikrochirurgické techniky operování. Mikroanastomózy se šijí pod objektivem mikroskopu vláknou síly 8/0, 9/0, 10/0, které jsou svým průměrem menší než lidský vlas. Volný lalok může být tvořen svaalem, kůží, kostí, fascií či jejich vzájemnou kombinací. Rekonstrukce rozsáhlého defektu krajiny obličeje někdy vyžaduje i současně použití dvou laloků. Příjmovými cévami pro našití těchto laloků jsou zpravidla velké tepny a žíly krku a jejich větve. Proto musí být plastický chirurg trénován v preparaci cév i v této oblasti.

Léta spolupráce Oddělení plastické chirurgie s Oddělením ústní, čelistní a obličejové chirurgie pro nás znamenají velký kus profesní kariéry. A pro každého plastického chirurga, který stojí před složitým rekonstrukčním řešením, je to právě trojrozměrná složitost defektů, které jsou mu případ od případu individuální výzvou. Operacím předchází schůzka stomatochirurga s plastickým chirurgem, kdy stomatochirurg uvádí rozsah resekčního zákroku, který je u pacienta potřeba provést. Plastického chirurga vždy zajímají okraje defektu,



Volný lalok z předloktí k rekonstrukci poloviny jazyka



Dva operační týmy pracují současně (odstranění nádoru a odběr laloku)

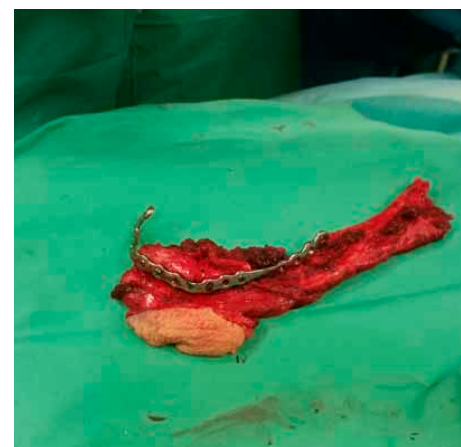
kam až musí plánovaný lalok zasahovat a jaké tkáně je potřeba nahradit. Snahou je, aby přesný plán resekce a volba typu, velikosti a designu laloku byly jasné již před samotným zákrokem. Rozsah resekčního zákroku se však během operace nezdá měnit – zpravidla v závislosti na odběru vzorků tkáně během operace a jejich histologického vyšetření, kdy je stomatochirurg nucen svůj výkon rozšířit. Plastický chirurg tak musí být připraven na variantu alternativní a svou plánovanou rekonstrukci tak musí být schopen přizpůsobit vzniklé situaci. Vysoké nároky na složitost rekonstrukcí nás léta motivovaly osvojovat si náročnější a náročnější lalokové plastiky. Od počátečního vykrývání jednodušších 2D defektů pomocí čínského laloku (kožní lalok a. radialis z předloktí) nebo ALT laloku (fasciokutánní lalok ze zevní strany stehna) jsme se tedy propracovali přes svalové laloky (m. latissimus dorsi, serratus anterior a rectus abdominis) až k vaskularizovaným mikrochirurgickým kostním lalokům

z lopaty kosti kyčelní a lýtkové kosti (fibula free flap). Volná lýtková kost (fibula) je současností zlatým standardem pro rekonstrukci kostních defektů. Široké spektrum rozsáhlých resekci v oblasti obličeje, které jsou stomatochirurgové v naší nemocnici schopni provádět, pro nás bylo hnací silou naučit se tyto defekty řešit. V současnosti jsme společnými silami zvládli mnoho pacientů vyžadujících náhradu tváře v celé její tloušťce či náhrady části nebo celého jazyka a provádíme i náhrady obličejového skeletu, nejčastěji dolní čelisti.

Před třemi lety jsme se posunuli k současnému světovému trendu, kterým jsou rekonstrukce čelisti. MUDr. Pavel Kurial a prim. MUDr. Pavel Střihavka provedli ve spolupráci s firmou Tescan první 3D CT plánovanou rekonstrukci oblouku dolní čelisti na jednotlivé části nařezanou volnou lýtkovou kostí s kožním ostrovem.

Principem výkonu je zhotovení individuálně formované titanové dlahy a šablony pro osteotomie vytvořené na základě předchozí 3D CT diagnostiky. Firmou dodaná sterilní šablona nám umožňuje provést naprosto přesný odběr fibuly, dále pod definovanými úhly provést osteotomie a ve výsledku dosáhnout na milimetry přesné anatomické rekonstrukce čelisti. Tím se posouváme na podstatně vyšší úroveň jak funkční, tak estetické rekonstrukce. Doba operace se u těchto výkonů pohybuje kolem devíti hodin.

Celý úspěch těchto operací je zcela závislý na souhře celého týmu – nejen operaterů, ale i anesteziologa a dalších, od instrumentářek přes sanitáře po sanitární pracovníce. Ti všichni totiž musejí vydržet až do konce a přitom „táhnout za jeden provaz“. Péče o takové pacienty ale nekončí na operačním sále. Neméně důležitá je i pooperační péče, která se často odehrává na jednotkách ARO oddělení a JIP, kdy jsou pacienti po mnohahodinových výkonech vyčerpaní a zcela odkázaní na snahu a úsilí zdravotníků. Ani tehdy se v péči nesmí polevit a je třeba vydržet několik dní, než takový člověk začne být zase soběstačný. Jedním z klíčových parametrů po operaci je monitorace prokrvení mikrochirurgických laloků. První dny po operaci se provádí



Rekonstruovaný segment dolní čelisti a spodiny dutiny ústní z fibuly před transplantací



MUDr. Pavel Kurial

každou hodinu, přičemž se sleduje barva, teplota a kapilární návrat; eventuálně se ručním Dopplerem (přístroj, který pomocí ultrazvuku měří rychlost proudění v cévě) poslouchá prokrvení. Pokud v prokrvení nastane změna, ať ve smyslu překrvení, nebo nedokrvení, je třeba neprodleně reagovat a kontaktovat plastického chirurga. Lalok (celou konstrukci) je v takových situacích možné „zachránit“ před postupným odumřením pomocí časného zásahu operační revizí (zpravidla přešitím anastomóz nebo posílením žilní drenáže).

Spolupráce s Oddělením ústní, čelistní a obličejové chirurgie si velice vážíme. Společné hodiny na operačním sále mezi námi vytvořily přátelské vztahy, navíc jsme se díky stomatochirurgům mnohému naučili. Zažíváme zde profesní chvíle na vrcholu rekonstrukční chirurgie a nejvíce nás těší, když se pacienti díky provedeným operacím mohou těšit ze života a nadále fungovat. Bude nám tedy velkým potěšením dále ve spolupráci pokračovat.

■ **MUDr. Pavel Kurial**
Oddělení plastické chirurgie

Role patologa ve Stomatochirurgicko-onkologickém týmu

Patolog je nedílnou součástí týmů zabývajících se léčbou pacientů s onkologickým onemocněním hlavy a krku. Tam řadíme například nádory dutiny nosní, nosohltanu (nasopharyngu), vedlejších dutin nosních a hltanu (oropharyngu) včetně tonsil a kořene jazyka. Dále sem patří i nádory dutiny ústní, pohyblivé části jazyka, rtu a slinných žláz. Práce patologa je navíc těsně navázána na další odbornosti medicíny, jako jsou stomatochirurgie, ORL, onkologie nebo molekulární biologie a genetika.

Nádor, se kterým se stomatochirurgický tým setkává nejčastěji, je dlaždicobuněčný karcinom, jehož výskyt je převažující u mužů ve věku přibližně 50–70 let. Nejvýraznějšími rizikovými faktory pro vznik tohoto nádoru jsou kouření a alkohol, naopak strava bohatá na zeleninu a ovoce působí protektivně.

Na základě histopatologického vyšetření nádorové tkáně stanovujeme přesnou diagnózu se zařazením nádoru podle platné klasifikace vydané Světovou zdravotnickou organizací (WHO), přičemž stadium určujeme dle TNM klasifikace (zhodnocení rozsahu primárního nádoru, postižení lymfatických uzlin a vzdálených metastáz). Velice důležitým faktorem pro další léčbu je vztah nádoru k resekčním liniím (linie, kterou vedl chirurg řez při odstraňování nádoru) a okolním tkáním.

Nejčastějším nádorem oropharyngu a kořene jazyka je dlaždicobuněčný karcinom, u kterého kromě morfologie rozlišujeme tzv. HPV-asociované dlaždicobuněčné karcinomy, které mají lepší prognózu než konvenční dlaždicobuněčné karcinomy a nestanovujeme u nich stupeň diferenciace. Tyto nádory odlišíme od ostatních

morfologicky podobných tumorů imunohistochemickým vyšetřením s protilátkou p16, popřípadě v některých případech HPV testací ve spolupráci k molekulárním genetikem z Laboratoře molekulární biologie a genetiky.

Konvenční dlaždicobuněčný karcinom je agresivní onemocnění, které poměrně rychle zakládá metastázy v lymfatických uzlinách. V některých případech je vyšetřovaný materiál pro první bioptickou verifikaci nádoru (potvrzení a zařazení nádoru do platné WHO klasifikace) právě lymfatická uzlina s metastázou. V případě potvrzení metastatického postižení lymfatické uzliny je nejdůležitější určení primární lokalizace nádoru. Tou může být nádor v dutině ústní, nádor jazyka, hrtanu, ale i nosohltanu. Nutné je vyloučit primární původ nádoru v plicích a u žen v oblasti vnějšího genitálu a děložního hrdla. Ve většině případů je důležité, aby náš nález odpovídal výsledkům zobrazovacích metod. Od lokalizace primárního nádoru se potom odvíjí další léčba dle platných doporučených postupů.

Diagnostickou výzvu představují některé nízké diferencované a vzácnější nádory, jako je např. nasopharyngeální karcinom, NUT karcinom, některé karcinomy slinných žláz jako adenoidně cystický karcinom, karcinom z acinárních buněk či sekreční karcinom. Pokud se jedná o vyšetření suspektního recidivujícího karcinomu po radioterapii, bývá vzorek obtížně hodnotitelný pro poterapeutické regresivně reparativní změny. Je tedy velmi důležitá zkušenost odcítajícího patologa s těmito změnami napodobujícími maligní nádor, aby je byl schopen odlišit od opravdové recidivy nádoru. V tomto případě nám také pomáhají správně zvolené imunohistochemické

protilátky, kdy využíváme reakce barevně označené protilátky a příslušného antigenu nádorové buňky.

Úkolem stomatochirurgického týmu je po získání všech informací o nádoru a následné společné diskusi indikovat cílená vyšetření a terapii tak, aby byl pacient léčen v souladu s trendem personalizované medicíny. Na žádost onkologa je také možné provést vyšetření tzv. prediktivních markerů, které dávají představu o pravděpodobné odpovědi pacienta na indikovanou personalizovanou léčbu. V tomto kontextu provádíme u metastatických dlaždicobuněčných karcinomů hlavy a krku imunohistochemické vyšetření exprese PD-L1 se stanovením tzv. kombinovaného pozitivního skóre (CPS) a pro jeho validní zhodnocení potřebujeme dostatečné množství vitálního nádoru, což u malého vzorku získaného při endoskopickém odběru může být v některých případech limitující. Pokud máme k dispozici celý nádor z resekátu, je množství nádorové tkáně dostačující. V současnosti je pro dlaždicobuněčné karcinomy hlavy a krku stanovena hranice positivity CPS ≥ 1 pro imunoterapii pembrolizumabem.

S využitím všech dostupných vyšetřovacích metod můžeme našim klinickým kolegům pomoci naplánovat léčbu onkologických pacientů s nádory hlavy a krku tak, aby byl předpokládáný léčebný výsledek pro pacienta co nejlepší.

■ **MUDr. Adéla Stehlíková**
Patologické oddělení

Každý náš pacient je jiný. Sestra musí být především empatická

Zdravotní sestry
Ludmila Vodvářková (LV)
a Drahomíra Suchanová (DS)
patří k nejdéle pracujícím
zaměstnancům naší nemocnice.
V létě tomu bude 50 a 48 let,
co nastoupily na Psychiatrické
oddělení, kde dodnes pracují.

■ **V práci zdravotní sestry jste se očividně našly. Byl to váš sen již od mala? A proč jste si vybraly právě psychiatrii?**
LV: O povolání zdravotní sestry jsem jako malá neuvažovala, chtěla jsem být prodavačkou. Ale nakonec jsem vystudovala dvouletý obor ošetrovatelka. Už v 17 letech jsem tak nastoupila do nemocnice, za což jsem byla moc ráda, protože nebylo samozřejmě získat zde místo. Přidělili mne na psychiatrii, o které jsem nevěděla vůbec nic. Bylo to moje první setkání s psychiatrickými pacienty. Ale už od počátku jsem věděla, že zde chci zůstat a chci studovat dál, abych mohla být zdravotní sestrou. Dálkové studium bylo náročné, ale zároveň krásné období, na které ráda vzpomínám.

DS: Já jsem chtěla být učitelkou v mateřské škole. Ale dostat se na školu bylo obtížné, takže nakonec jsem šla též na obor ošetrovatelka. V druhém ročníku jsem byla na praxi na psychiatrii, a protože se mi tam líbilo, po škole jsem tam nastoupila. A pak jsem též dálkově studovala na zdravotní sestru.

■ **Jak vypadalo oddělení a fungovalo oddělení ve vašich začátcích?**
DS: První patro s přibližně 30 lůžky bylo uzavřené. Péče o pacienty tam byla náročná, nicméně šlo o stanici, kterou si musela projít každá z nás. My jsme zde ale mohly pracovat až od 18 let. V druhém patře bylo otevřené oddělení, pacienti mohli chodit i do zahrady v areálu. A ve třetím patře byli pacienti s neurózami. Na celé patro byly dva záchody a jedna koupelna.

Dnes má každý pokoj své vlastní sociální zařízení. Oddělení celkově působí velmi příjemným dojmem, pacientům je k dispozici například relaxační

místnost, dílny, zahrada apod. Pobyt je tak pro ně mnohem komfortnější, než před 50 lety. Psychiatrie byla vždy na okraji zájmu. Naštěstí dnes péče o pacienty s duševními poruchami zažívá velký rozmach.

■ **Proměnilo se v průběhu času i spektrum pacientů?**
LV: Tehdy se u nás léčili zejména alkoholici a pacienti se schizofrenií, bipolární poruchou, depresemi apod. Obě jsme ještě zažily léčbu pacientů elektrošoky bez narkózy a inzulínové šoky, které se dnes již nepoužívají.

Ale také jsme měli pacienty, kteří u nás byli dobrovolně. Jednou z cest, jak se vyhnout povinné vojenské službě, bylo získat na základě hospitalizace na našem oddělení diagnózu noční pomočování. Tak to někteří mladíci zkoušeli. 😊

Dnes se drtívá většina našich mladších pacientů u nás léčí v důsledku užívání tvrdých drog, sebepoškozování apod.

DS: Pamatuji si, že když byl pacient v deliriu tremens, měly jsme za úkol k němu přivést ostatní léčené alkoholiky, aby viděli, jak mohou dopadnout, pokud nepřestanou s nadměrnou konzumací alkoholu. Dřív přeci jen ještě pacienti na delirium umírali. Říkalo se, že dvě se přežijí, ale třetí je smrtelné. Dnes díky novým lékům již k úmrtím nedochází. (pozn: *Delirium tremens je život ohrožující duševní stav, který se může objevit u osob dlouhodobě požívajících alkohol*) Dřív také pacienti svoji diagnózu a hospitalizaci před okolím tajili. Dnes už je to naštěstí jiné, někteří se k nám hlásí, když se potkáme mimo nemocnici.



Drahomíra Suchanová a Ludmila Vodvářková, všeobecné sestry

■ **V čem konkrétně spočívá práce sestry na psychiatrii?**
LV: Musíte znát pacientovu diagnózu a podle toho k němu zvolit adekvátní přístup. My sestry dáváme pacientům léky a injekce. Dohlížíme, kde se pacient pohybuje a v noci jej po hodinách kontrolujeme.

Máme i starší pacienty většinou s demencí, kteří k nám zpravidla přicházejí z domova důchodců. Jsou neklidní, nespí, tak jsou chvíli hospitalizováni u nás. Ti jsou na pokojích s kamerovým systémem, abychom včas zasáhli, kdyby hrozilo riziko pádu apod.

■ **U vás teda není noc klidná...**
LV: Ne. I když někteří pacienti spí, stejně je musíme v noci hlídat a kontrolovat.

■ **V noci si tedy rozhodně neodpočínáte, a přitom celých 50 let stále sloužíte. Jak to zvládáte?**
LV: Jsem tak celý život zvyklá. Léta jsme pracovaly ještě na 8hodinové směny. Pak přišla změna na 12hodinové směny, z čehož jsme měly obavy. Záhy jsme ale zjistily, že to má své výhody, a já už bych neměnila. Kdysi mi tehdejší vrchní sestra Mgr. Hana Dohnalová chtěla vzhledem k věku ulevit a přeřadila mne na ambulanci. Byla jsem tam úplně nešťastná. Za měsíc jsem jí prosila, abych mohla opět sloužit.

■ **Vy pracujete na ambulanci, takže nesloužíte.**
DS: Přesně tak. Já jsem sloužila asi deset let, pak jsem 12 let působila na příjmové ambulanci a od roku 2001 jsem na dětské psychiatrické ambulanci.

■ **Za ty roky musíte mít ohromné zkušenosti, jak s pacienty pracovat. Máte nějakou univerzální radu?**
LV: Každý pacient je jiný. V každé situaci musíte zachovat klid, a především být empatičtí. Je důležité umět se do pacienta vcítit a nepovyšovat se na něj. Vždy si říct, co by mě samotné bylo nepříjemné. Když se například něčeho bojí, umět mu situaci ulehčit.



Ludmila Vodvářková

DS: Přesně tak. A také dodržovat jejich soukromí a jednat s nimi slušně. A nešetřit úsměvem – ten nic nestojí.

■ Neměly jste někdy z pacientů strach?

LV: Nikdy jsem se nebála, že by mne pacient napadl. Bála jsem se, aby si pacient něco neudělal. Z toho jsem měla hrůzu. Deprese jsou nebezpečné. Když se někdo rozhodne, že už nechce žít, je velmi těžké ho uhlídat. Zpravidla si umí najít cesty.

DS: Strach jsem nikdy neměla, a to jsme dlouhá léta neměly na oddělení ani žádného mužského kolegu. Řada pacientů k nám chodí opakovaně, takže je už známe. A musím říct, že vždycky se k nám pacienti chovali slušně.

■ Řada psychiatrických onemocnění je nevléčitelná. Někteří pacienti se proto k vám i vrací. Co je pro ně důležité při zvládání jejich nemocí?

LV: Rozhodně zázemí. Někteří pacienti se dostali v důsledku

nemoci do finančních potíží, rodina je odmítá, a to je pro jejich léčbu špatné. Kdo má rodinu, která se o něj postará, zvládá onemocnění lépe. Duševní nemoc je omezením na celý život, pro pacienty je to těžký život. Ale řada nemocí se při správné medikaci dá zvládnout i bez dalších hospitalizací či s dlouhými pauzami mezi nimi.

DS: Pacienti se díky lékům dostanou do lepšího stavu a často získají pocit, že je jim už dobře a že to zvládnou bez léků. Ale to je chyba. Léky je nutné brát pravidelně. I v tomto může pomoci právě rodina.

■ Důležitou roli tedy hrají i léky?

LV: Přesně tak. Nové generace léků již nemají léky tak silné vedlejší účinky. Dříve psychotika způsobovaly různé nekontrolovatelné záškuby apod. Celkově léčba velmi postoupila. Dnes se podává i tzv. depotní léčba. Jedná se o injekční podání léčiv nejčastěji jedenkrát měsíčně. Účinné látky se uvolňují do organismu

postupně. Depotní léčba je pro pacienta komfortnější a zároveň nehrozí riziko, že si zapomenou vzít pilulku apod. U našich pacientů je základ nepřerušit léčbu, nepít alkohol a neužívat drogy. V opačném případě se k nám pak pacienti často vrací.

■ Vidíte nějaký spojovací prvek u lidí se závislostí?

LV: Řada z nich vyrůstala s rodiči, kteří byli též závislí. Dostali tak do vínku špatné vzorce i geny. Někteří zapíjejí nediagnostikovanou depresi, což mám pocit, že se týká spíše žen. Psychickou nepohodu zapíjejí často samy doma a velmi rychle se dostanou do závislosti.

DS: Problém závislosti je, že pokud pacient sám nechce, tak jej prostě vyléčit nelze.

■ Paní Suchanová, vy pracujete v dětské a dorostové ambulanci. O jaké pacienty zde pečujete?

DS: Specializujeme se na diagnostiku autismu a Aspergerova syndromu, kterou lze provádět u dětí již od dvou let. Zpravidla se tak děje na žádost dětského obvodního lékaře. Máme vždycky radost, když se diagnóza nepotvrdí. Přijmout diagnózu je totiž pro většinu rodičů nesmírně náročné.

Když jsem do ambulance v roce 2001 nastoupila, měli jsme v péči dvě děti s Aspergerovým syndromem. Ostatní byly považovány pouze za nevychované či podivíny. Lidé s vysokofunkčním Aspergerovým syndromem totiž bez obtíží vystudují i vysokou školu. Jen jsou prostě jiní.

Jak se postupně vyvíjela diagnostika, tak přibýlo i diagnostikovaných pacientů. Bohužel je nedostatek ambulantních dětských psychiatrů a psychologů, čemuž odpovídají i čekací doby na vyšetření v naší ambulanci.

Od mých začátků přibýlo také dětí s diagnostikovaným ADHD, což je vrozená neurovývojová porucha pozornosti s hyperaktivitou. Tyto děti jsou neposedné, neudrží pozornost.

Dřív se toto vůbec nediagnostikovalo, tudíž na ně nebyl brán ve škole žádný ohled, zpravidla měli špatné známky a problémy s chováním. Díky včasné diagnostice mají dnes tyto děti již od mateřské školky asistenta a léky. Stejně jako u ostatních onemocnění zde velkou roli hraje i důslednost rodičů.

■ Velkým tématem dneška je také závislost dětí na elektronice a sociálních sítích. Setkáváte se i s těmito případy?

DS: Ano. Řada dětí je závislá na elektronice a nechce chodit do školy. Toto se hodně zhoršilo po covidu. Denně nám volají rodiče dětí, kteří neví, jak dostat děti do školy. Dítě by chtělo být doma, nikam nechodit. S ostatními dětmi komunikují pouze přes sítě. I u nás v čekárně jsou všechny na mobilu. Velkou roli hraje psychohygiena, a to u všech našich pacientů, ať jsou to dospělí či děti. Což znamená sport či alespoň procházky, pravidelný denní režim, dostatečný spánek a mít nějakou zálibu či koníček mimo virtuální svět.

A bohužel přibývá i počet dětí, které se sebepoškozují.

■ Zažily jste a stále zažíváte v práci jistě řadu náročných situací. Nemůžu se nezeptat, jak vy jste si udržely své duševní zdraví?

LV: Na psychiatrii byl vždy úžasný kolektiv i vedení. Vždy jsme byli a jsme jedna velká rodina. Zpravidla, kdo k nám nastoupil, již zůstal. Vždy jsme si pomáhali. Neexistovalo, aby někdo řekl, že nejde pomoci. A důležité je nebrat si práci domů.

DS: S pacienty soucítíme, ale nejde se ztotožňovat s jejich příběhy. A co se týče kolektivu, nikdy jsme nerozlišovali, kdo je to sestra, sanitář, uklízečka.

■ Co vás na vaší práci i po tolika letech těší?

LV: Určitě úspěšná léčba alkoholiků. Ti opravdu po 14 dnech hospitalizace



Drahomíra Suchanová

jsou v úplně jiném stavu. A vždy je pro mne velká radost vidět pacienty, kteří po léčbě depresí úplně rozkvetou.

DS: Takhle to vnímám i v ambulanci. Depresemi totiž trpí i malé děti. Když léčba zabere a dítěti se daří lépe, tak se to pak pozitivně odrazí na fungování celé rodiny.

■ Padesát let je velmi dlouhá doma. Na co rády vzpomínáte?

LV: Určitě na nástup nové vrchní sestry Mgr. Hany Dohnalové v roce 1999. Tehdy jsem již byla na pokraji vyhoření. Paní vrchní byla velmi akční a chtěla, abychom všechny vystudovaly specializaci Ošetřovatelství v psychiatrii. To mi dodalo novou energii a věděla jsem, že na psychiatrii už zůstanu.

DS: Moc ráda vzpomínám na naše společné začátky a na naši první staniční sestru paní Marii Vápeníkovou, kterou jsme měly moc rády. Byla sice velmi přísná, ale zároveň spravedlivá. Vychovala z nás sestry.

Také ráda vzpomínám na naše společné služby o Vánocích.

■ Přes úctyhodný počet odpracovaných let se přý do důchodu ještě nechystáte.

LV: Práce mě pořád baví a jsme i velmi dobře ohodnoceni. Ale čím dál tím více je třeba při naší práci počítat, což není nic pro mne. Chtěla jsem skončit v prosinci, ale protože se personál střídá na dovolených, tak bych se nestihla se všemi rozloučit. Odchod do důchodu jsem tedy odsunula na únor příštího roku. Kolektiv mi bude chybět, prožila jsem zde hezký život.

DS: Já jsem zde o dva roky méně, ale pořád si nedovedu představit, že bych nechodila do práce. I když se mi kolikrát ráno nechce vstávat. Práce mne pořád baví. Doma mě všechno bolí, ale v práci mě nebolí nic. 😊

■ Ing. Veronika Dubská

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

Konference estetické chirurgie se zaměřila na operace nosu

Ve dnech 2.–3. května 2024 proběhl v prostorách Wellness Hotelu Diamant a Castle Beauty Clinic v Hluboké nad Vltavou již 9. kurz estetické chirurgie Castle Beauty Conference. Tématem letošního setkání byly rhinoplastiky a našim vzácným hostem byl Prof. Dr. Nazim Çerkeş z Istanbulu.

Profesor Çerkeş je světově uznávaný plastický chirurg a expert nejvyšší úrovně co do problematiky rhinoplastik, jakož i bývalý prezident evropské asociace rhinoplastiky a bývalý prezident ISAPS (Mezinárodní společnost estetické plastické chirurgie).

Nos je dominantní součástí obličeje a dává mu výraz. Typů a tvarů nosu je celá řada a různé deformace i odchylky mohou být jak vrozené, tak získané. Rhinoplastika, která dokáže vylepšit nejen vzhled, ale i dýchání nosem, je proto považována za jeden z nejsložitějších výkonů v oblasti estetické medicíny.

Rhinoplastika se provádí ve většině případů v celkové anestézii, pouze v místním znecitlivění lze provádět menší korekce. Výkon trvá průměrně 2-3 hodiny. Přístup může být otevřený a uzavřený. Otevřený přístup, při kterém se provede řez v oblasti kolumely umožňuje odkryt struktury nosu

a poskytuje výhodný přístup k nosním kostem a chrupavkám. Tento přístup se často používá u složitějších případů.

Uzavřený přístup zahrnuje provádění řezu uvnitř nosních dírek, takže žádné jizvy nejsou viditelné. Tato technika může být vhodná pro méně složité případy. Uzavřená rhinoplastika má kratší dobu rekonvalescence, ale nabízí méně přístupu a kontroly nad nosními strukturami. Volba mezi otevřenou a uzavřenou technikou závisí na několika faktorech včetně složitosti potřebných úprav, zkušeností a preference operátora.

Hlavními organizátory kurzu jsou MUDr. Pavel Kurial a primář Oddělení

plastické chirurgie MUDr. Vladimír Mařík. Ve čtvrtek 2. května byly na operačních sálech CBC kliniky provedeny dvě operace – primární a sekundární rhinoplastika. Obě operace byly zdokumentovány, editovány a komentovány.

V pátek 3. května následoval bohatý program, který zahrnoval jak základní, tak pokročilé a nové techniky v oblasti rhinoplastiky. O přestávkách se pozornost účastníků upírala zejména na výstavy biomedicínských firem, které představovaly své nejnovější produkty. Na kurzu se sešli plastičtí chirurgové z různých klinik a oddělení napříč republikou, takže jsme měli příležitost vyměnit si názory a zkušenosti s kolegy z různých pracovišť. Dobrá nálada samozřejmě nechyběla, součástí kurzu bylo i losování o skvělé ceny. Velké poděkování samozřejmě patří Nemocnici České Budějovice, a.s., bez jejíž podpory by nebylo možné tuto akci uskutečnit.

■ **MUDr. Thierry Ghosh**
Oddělení plastické chirurgie



Zleva: MUDr. Thierry Ghosh, MUDr. Jakub Fau, MUDr. Pavel Kurial, Prof. Dr. Nazim Çerkeş, PhD, MUDr. Kristýna Procházková, MUDr. Tomáš Votruba, Dr. Karishma Thimmappa Kagodu, prim. MUDr. Vladimír Mařík a MUDr. Petr Vodička



Zleva: MUDr. Pavel Kurial, Prof. Dr. Nazim Çerkeş a prim. MUDr. Vladimír Mařík



Operace rhinoplastiky, vlevo pProf. Dr. Nazim Çerkeş, vpravo prim. MUDr. Vladimír Mařík

XV. celostátní konference Sekundární osteoporóza v Plzni

Ve dnech 10. – 11. 5. 2024 jsme se s kolegy MUDr. Markétou Beníškovou a MUDr. Martinem Trnkou zúčastnili celostátní konference Sekundární osteoporóza v Plzni.

Sekundární osteoporóza označuje část těch onemocnění, jenž se projevují řídnutím kostí. Tento pojem se uplatňuje u menší, ale významné části pacientů, u kterých za vznikem osteoporózy stojí jiné (sekundární) vnitřní onemocnění.

Na konferenci v Plzni tedy vedle odborníků na kostní nemoci vystupovali i odborníci na nemoci zažívání, ledvin, žláz s vnitřní sekrecí, dále specialisté na léčbu bolesti, nemoci kloubů a další obory medicíny.

Tradičně vysokou úroveň měl blok přednášek věnovaný revmatologii a vlivu kortikoidů (látky podobné hormonům kůry nadledvin) na řídnutí kostí. Tomuto tématu se věnovala

například MUDr. Magdalena Sokalska-Jurkiewicz, PhD. Přínosný byl i blok týkající se nemocí ledvin, kde vystoupila i prof. MUDr. Sylvie Dusilová Sulková, DrSc. s náročným tématem úlohy nefrologa (specialisty na diagnostiku a léčbu onemocnění ledvin) při diagnostice a léčbě kostních nemocí. Paní profesorka je výjimečnou odbornicí na poruchy metabolismu vápníku a fosforu při onemocnění

ledvin a na královéhradecké klinice nabízí distanční konzultace na toto téma i pro lékaře z jiných pracovišť v České republice.

Přednášky o bolestech zad a o léčbě bolesti, které připravili přední odborníci na léčbu bolesti MUDr. Jan Lejčko z FN Plzeň a doc. MUDr. Kozák, Ph.D. z FN v Motole, měly rovněž vysokou úroveň.

V sekci přednášek týkajících se konkrétních případů z praxe jsem měl příležitost podělit se o zkušenosti našeho pracoviště s relativně vzácnou vrozenou poruchou týkající se kromě jiného vývoje a kvality kostí. Tato nemoc se nazývá hypofosfatázie a neexistuje pro ni český výraz. Jde o nemoc vyznačující se nízkou aktivitou enzymu alkalické fosfatázy.

Toho se právě týkala naše přednáška. S rozvojem diagnostických metod a genetiky se zřejmě i v případě hypofosfatázie budou v budoucnu zjišťovat i mírné dospělé formy nemoci, které bylo ještě před několika lety obtížné odhalit. To by pak mělo mít význam při hledání nejúčinnější léčby pro jednotlivého pacienta s tímto typem kostní poruchy.

Tématu poruchy enzymu alkalické fosfatázy (ALP) se týkalo i několik zasvěcených sdělení pediatra docenta MUDr. Kutílka, CSc.

Hlavní osteologickou linii přednášek na konferenci tvořila sdělení věnovaná novým možnostem léčby. Důležitou částí konference bylo i několik sdělení vedoucích představitelů osteologické společnosti, profesora MUDr. Vladimíra Paličky, CSc., dr. h. c. a MUDr. Richarda Piknera, Ph.D. o organizaci programů primární a sekundární prevence osteoporózy v České republice.

Z anglicky hovořících přednášejících je třeba zmínit Pawla Szulce M.D, Ph.D. z univerzity v Lyonu ve Francii nebo Dr. Cesara Libanatiho MD z USA. Dr. Libanati je předním odborníkem na nový přípravek pro léčbu osteoporózy romosozumab, který je již dostupný i v České republice. Dr. Libanati se velmi živě zapojoval do diskuzí s ostatními přednášejícími.

Konference nám umožnila osobně se setkat s kolegy z jiných pracovišť a sdílet s nimi své otázky i odpovědi, radosti i starosti, které k medicíně patří. Tuto osobní zkušenost dle mého názoru nelze nahradit telefonním kontaktem ani online komunikací.

■ **MUDr. Martin Hrbek**
Interní oddělení



Zleva: MUDr. Martin Trnka a MUDr. Markéta Beníšková spolu s Ing. Pavlem Havlíkem a Ing. Romanem Fajkusem, kteří pro českobudějovickou osteologii zajišťují poradenství a podporu při práci s denzitometrem

Obzvláště inspirující bylo pro mne zamyšlení MUDr. Lejčka o principech používání opioidů v léčbě chronické nenádorové bolesti. V této skupině přednášek zaznělo i přehledné sdělení primáře Neurologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. doc. MUDr. Svatopluka Ostrého, Ph.D.

Špatná funkce enzymu vedle dalších účinků vede k poruše mineralizace kostí a tudíž ke kostnímu poškození. Obecně známé je při této nemoci těžké postižení kostí v dětském věku. Významně častěji se tato porucha projevuje až v dospělém věku jako mírná forma této nemoci.

Naši lékaři prezentovali úspěšnou léčbu vzácného onemocnění na Západočeském dermatovenerologickém semináři

26. dubna 2024 jsme se ve složení MUDr. Markéta Kadlecová, MUDr. Libuše Sazmová, MUDr. Olena Točíková a prim. MUDr. Jiří Horažďovský, Ph.D., zúčastnili XVII. Západočeského dermatovenerologického semináře v Plzni, který se konal v hotelu Vienna House Easy Wyndham Pilsen. Účast na tomto kongresu byla celonárodní, přičemž kromě českých kolegů přednášel i prof. Dr. med. Nikhil Yawalkar z New Yorku.

Seminář měl několik obsahových os. První osou byly kazuistiky – nejzajímavější z nich byla kazuistika naší kolegyně MUDr. Sazmové o raritním případě pacienta s mnohočetnými keratoakantomy v literatuře popisovanými jako Grzybowski syndrom. Keratoakantomy řadíme mezi potenciální přednádorové stavy (prekancerózy) kožního spinocelulárního karcinomu. Pacientů s touto diagnózou bylo ve světové literatuře dosud

popsáno čtyřicet. Pacient byl úspěšně diagnostikován a vyléčen právě díky nemalému přispění naší kolegyně.

Dále byly uvedeny kazuistiky na téma nežádoucích účinků malých molekul (JAK inhibitorů), které měly za vedlejší efekt vznik puchýřnatého onemocnění pemfigoidu a lupénky. Vzhledem k rostoucímu počtu pacientů léčených JAK inhibitory, se stále častěji setkáváme s jejich nežádoucími účinky, a tak přednášející sdíleli svá léčebná řešení takovýchto případů.

Další osou obsahových sdělení byly doškolovací přednášky. Velice praktické přednášky na téma atopického ekzému vedla dětská dermatoložka MUDr. Veronika Svobodová, která nám zopakovala vhodnou celkovou i lokální léčbu u dětí a také se podělila o případ dětského pacienta na biologické léčbě Dupixentem. MUDr. Martin Novák nám zopakoval indikace vhodné k vyšetření kožními testy, aktuální legislativu a vznesl

několik věcných připomenutí, a to: v případě pozitivního kožního testu na chromu, již znovu test neopakovat; antihistaminika ani Prednison v dávce do 10 mg nejsou kontraindikací k aplikaci testů; nezaměňovat alergii na jod a na jodové kontrastní látky (jedná se o jiné chemické sloučeniny). MUDr. Jana Říhová měla velice aktuální přednášku na téma HPV (papilomaviry) - zdůraznila možnost ochranné vakcinace v ČR, a to i u chlapců, s velmi dobrými výsledky. Tento blok uzavírala praktická přednáška prim. Horažďovského na téma konvenční systémová léčba atopické dermatitidy dle nejnovějších doporučení.

Další sekce již byly obsahově velice různorodé. Dermatookologii a novinkám ze světa fotoprotekce, kde je nyní velkým trendem používání ochranných faktorů s SPF 100, věnovala svoji přednášku prof. MUDr. Monika Arenbergerová, Ph.D. Za zmínku stojí i přednášky na téma chronická zánětlivá onemocnění včetně



Mnohočetné keratoakantomy



psoriázy a atopické dermatitidy, které zahrnovaly i novinky z biologické léčby, a to především léčby atopické dermatitidy inhibitory Janus kináz (malé molekuly). Zde stála za vyslechnutí přednáška prof. MUDr. Spyridona Gkalpakiotise, Ph.D., MBA, o využití umělé inteligence jakožto škálovacího nástroje při hodnocení závažnosti atopické dermatitidy. Pořadatel akce MUDr. Jan Říčař, Ph.D., měl aktuální přednášku o moderní léčbě ložiskové alopecie, přičemž zmínil nové trendy ze světového kongresu o alopecii, který se konal v San Diegu, a sdílel svoji zkušenost s terapií JAK inhibitorů (baricitinib a ritlecitinib) u ložiskové alopecie v celkovém podávání

a do budoucna i možnost lokální léčby těmito malými molekulami. Velice zajímavou přednášku vedl MUDr. Lubomír Exner o perorálních hyaluronech (u nás vedeny jako doplňky stravy), které nejenže mají účinky proti stárnutí, ale v mnoha zemích jsou již registrovány jako léčivé přípravky u mnoha jiných indikací (ulcerózní kolitida, ortopedické diagnózy a další).

Seminář měl i venerologickou vložku. Doc. MUDr. Filip Rob, Ph.D., aktualizoval naše znalosti léčby a diagnostiky mycoplasmat a ureaplasmat (STI – pohlavně přenosných chorob) a upozornil na rostoucí počet opicích neštovic jakožto STI.

MUDr. Nina Benáková, Ph.D., věnovala svoji podrobnou přednášku problematice akné, přičemž zopakovala vhodné léčebné postupy. MUDr. Michaela Nováková v přednášce o nespecifických střevních zánětech (IBD) upozornila na souvislost s kožními projevy, které se vyskytují až u 15 % pacientů s IBD; nejčastější projev je pak erythema nodosum, proto bychom u pacientů s tímto kožním onemocněním měli dovyšetřit kalprotektin.

■ **MUDr. Markéta Kadlecová**
Kožní oddělení

Biologická léčba atopického ekzému byla hlavním tématem 23. kongresu Evropské společnosti pro dětskou dermatologii v Košicích

Ve dnech 2. – 4. 5. 2024 jsem měla možnost zúčastnit se každoročního kongresu Evropské společnosti pro dětskou dermatologii. Letos se kongres konal v Košicích na Slovensku. Vzhledem k destinaci byla účast evropských i mimoevropských lídrů v menším zastoupení – o to příjemnější a komornější však bylo setkání s kolegy z „blízkého“ zahraničí.

Kongres se konal netradičně v budově Státní filharmonie Košice. Probíhal v jedné sekci, přičemž hlavními tématy byly genodermatózy (dědičná onemocnění s výraznými projevy na kůži a kožních adnex, (strukтуры, které jsou součástí kůže: vlasy, chlupy, nehty, potní, mazové žlázy) často doprovázená orgánovými postiženími),

cévní malformace (vrozená odchylka vznikající během nitroděložního vývoje), pigmentové skvrny, onemocnění vlasů, infekční onemocnění a další. Důraz byl kladen na nové poznatky v rámci etiopatogeneze (příčiny vedoucí ke vzniku nemoci), rozvoje možnosti genetického vyšetření a cílené terapie. V prezentacích byly výsledky dokládány na studiích, ale i na klinických případech z praxe v rámci kazuistických sdělení. Velká část byla věnována možnostem biologické léčby a léčby inhibitory Janusových kináz (léčba, která blokuje rozvoj zánětlivých reakcí) u řady různých diagnóz.

V České republice je biologická léčba indikována u dětských pacientů s diagnózou atopického ekzému, který je nejčastější diagnózou v ambulanci

dětského dermatovenerologa, a lupénky. Léčba inhibitory Janusových kináz je rovněž indikována u atopického ekzému, přičemž pro dětské pacienty od šesti let věku s touto diagnózou máme k dispozici dupilumab v injekční formě. Množství a četnost aplikované dávky se odvíjí od věku a hmotnosti pacienta. Druhým preparátem je upadacitinib v tabletové formě. Věková hranice začátku užívání je dvanáct let a podává se v dávce 15 mg za den.

Lupénku můžeme zaléčit pomocí biologické léčby adalimumabem v injekční formě u pacientů od čtyř let věku. Dále lze použít ustekinumab v injekční formě, který je indikován od šesti let věku, nicméně zatím nemá schválenou úhradu pojišťovnou.

Všechny preparáty biologické léčby a inhibitory Janusových kináz musejí kromě věkové hranice splnit i indikační kritéria, jimiž je vyčerpání všech možností léčby lokálními přípravky včetně fototerapie a balneoterapie.

Ve světě je indikována léčba atopického ekzému dupilumabem od tří měsíců věku. Otázka takto brzy indikované biologické léčby byla v kuloárech diskutována i na tomto kongresu. Vystává zde otázka, zda má význam biologickou léčbu podávat u kojenců, když lze předpokládat spontánní zlepšení věkem mezi druhým a třetím rokem života – názory na to se různí, stejně, tak jako na možnost ovlivnění biologickou terapií následný vznik atopického pochodu. V praxi nicméně občas vidíme kojence, kteří mají opravdu těžký atopický ekzém, se kterým oni a potažmo rodiče musí několik měsíců urputně „bojovat“. Kvůli svědění se často nevyspí a mimo jiné musí během noci opakovaně aplikovat krémy a masti, což negativně ovlivňuje celou rodinu.

Recidivy mohou být doprovázené bakteriálními či virovými superinfekcemi, které vyžadují systémovou léčbu antibiotiky, antiviroty a kortikosteroidy, někdy aplikovanými za hospitalizace.

Pokud by se u těchto pacientů mohl dupilumab aplikovat přechodně na několik měsíců, než by došlo ke stabilizaci kožního nálezu a následně předpokládanému zlepšení, ke kterému často dochází, dle mého názoru by to v indikovaných případech smysl mělo. Zda by to ovlivnilo další vývoj atopického pochodu, ukáží data a čas.

Závěrem bych chtěla poděkovat Nemocnici České Budějovice, a.s., a našemu oddělení za možnost zúčastnit se tohoto kongresu.

■ **MUDr. Eliška Staňková**
Kožní oddělení



MUDr. Eliška Staňková

Světoví odborníci se sjeli do Prahy na 30. národní dermatologický kongres

Ve dnech 24. až 25. května 2024 jsme se zúčastnili 30. národního dermatologického kongresu, který se konal v hotelu OREA Hotel Pyramida v Praze. Přednášely zde osobnosti evropské a světové dermatologie, jako je například prof. Jean Bolognia, MD, z Yaleovy univerzity, prof. Branka Marinovič, zvolená prezidentka European Academy of Dermatovenereology (Evropské akademie dermatovenerologie, EADV), a mnoho dalších.

První den byl věnován dětské dermatologii, onkodermatologii a dermatoimunologii. Z dětské dermatologie nás velice zaujala přednáška MUDr. Blanky Pinkové, Ph.D., o mastocytózách v dětském věku. Mastocytózy jsou onemocnění, která se vyznačují nahromaděním mastocytů v různých orgánech, nejčastěji v kůži. Mastocyt neboli žírná buňka je buňka imunitního systému, která hraje roli při vzniku alergické reakce, která může vyústit až v anafylaktický šok - závažnou, rychle nastupující alergickou

reakci, která může způsobit i smrt. Mastocyty mohou být jak nezhoubného, tak zhoubného charakteru. V současné době probíhá spousta studií, které se věnují léčbě mastocytózy, ale jednoznačná oficiální doporučení pro léčbu neexistují. Mezi základní pilíře léčby patří režimová opatření, antihistaminika a masti s obsahem kortikoidů. Pacienti se závažnou anafylaktickou reakcí musí být vybaveni epinefrinovým autoinjektorem.

Neméně zajímavá byla přednáška ze sekce onkodermatologie prof. MUDr. Denisy Kacerovské, Ph.D., která představila novou klasifikaci melanocytárních lézí, jedná se o nádory, které se mohou vyvinout z kožních pigmentových buněk - melanocytů. V podvečer se konalo setkání účastníků v Arcibiskupském paláci u Pražského hradu, kde probíhala diskuze mezi kolegy z jednotlivých pracovišť.

Druhý den byl zahájen přednáškou prim. MUDr. Jiřího Horažďovského, Ph.D., v bloku kožních infekcí a sexuálně přenosných infekcí (STI). Přednáška pojednávala o současných trendech v problematice STI. Pohlavně přenosné nemoci jsou na vzestupu, a to zejména syfilis, kapavka (gonorrhoea) a lymfogranuloma venereum. Syfilis již dávno není nemocí minulé doby, pozorujeme její návrat. Incidence je nyní nejvyšší za posledních 20 let. Pozorujeme nárůst časných stádií, ale i pozdní komplikace se závažnými důsledky, jako je např. neurosyfilis, oční syfilis a otosyphilis. Neurosyfilis je závažná forma syfilis způsobená bakterií *Treponema pallidum* (původce syfilis), která napadá mozek a míchu. Může se jednat o akutní či chronické projevy. Do akutních řadíme obraz akutní meningitidy - bolest hlavy, světloplachost, zvracení. Do chronických projevů, které mohou nastupovat po různě dlouhém bezpříznakovém období, řadíme postupně vznikající poruchy osobnosti, ztráta intelektu, paměti až demence. Dále jsou to poruchy chůze, porucha vnímání končetin, porucha smyslů - hluchota (= otosyfilis), poruchy zraku - záněty optického nervu (oční syfilis).

Další problematikou moderní doby je narůstající rezistence bakterie *Neisseria gonorrhoeae* (původce kapavky) na antibiotika používaná v léčbě. Tuto problematiku antimikrobiální rezistence v zemích EU a EHS monitoruje program Euro-GASP (European Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme), do kterého je Nemocnice České Budějovice, a.s., taktéž zapojena. Jedná se o spolupráci Kožního oddělení českobudějovické nemocnice, v čele s MUDr. Miloslavou Macasovou, a Pracovištěm bakteriologie Laboratoře klinické mikrobiologie - MUDr. Kateřina Wagnerová. Data jsou shromažďována a odesílána do Národní referenční laboratoře pro diagnostiku syfilis, které dále zpracovává MUDr. Hana Zákoucká. Od roku 2003 dochází taktéž k rapidnímu nárůstu incidence dříve vzácného onemocnění lymfogranuloma venereum, a to zejména u mužů, kteří mají sex s muži. Představena byla kazuistika z našeho oddělení o muži se zánětlivým onemocněním sliznice konečníku (proktitidou), která imitovala klinický obraz IBD (chronických střevních zánětů).

Poslední blok kongresu se věnoval estetické medicíně. Přední špička v oboru estetické dermatologie, MUDr. Věra Terzijská, představila možné komplikace výplní a jejich léčbu. Důležité je o možných komplikacích mít povědomí, nebát se jich a dokázat je vyřešit. Mezi nejobávanější komplikace patří uzavření cév. Pokud k tomu dojde, je nutné okamžitě ukončit aplikaci kyseliny hyaluronové a aplikovat čerstvě naředěnou hylázu (enzym hyaluronidáza). Celou oblast vpichu zaplavíme hylázou a s odstupy



Zleva: MUDr. Miloslava Macasová a MUDr. Hana Bartyzalová

jedné hodiny třikrát až čtyřikrát opakujeme. Pomocí teplých masáží a nízkomolekulárního heparinu se pokusíme obnovit arteriální průtok. Obecně je indikováno podání antibiotik a kortikoidů.

Účast na kongresu rozšířila a posílila naše odborné znalosti. Velice obohacující byla také výměna zkušeností s kolegy z jiných pracovišť. Rádi bychom poděkovali Nemocnici České Budějovice, a.s. za možnost zúčastnit se kongresu.

■ **MUDr. Miloslava Macasová**
Kožní oddělení

SLEDUJTE
NEMOCNICI
ČESKÉ BUDĚJOVICE
NA SOCIÁLNÍCH
SÍTÍCH!



facebook
nemcb



instagram
nemocnicecb



youtube
nemcbcztv



Časný záchyt a prevence zdravotních komplikací u předčasně narozených dětí

Prevence nemocí a patologických stavů je efektivním způsobem, jak snížit nemocnost a úmrtnost pacientů. Totéž platí i v neonatologii, kde zasahujeme na začátku života. Díky iniciativě prof. MUDr. Richarda Plavky, CSc. (VFN Praha) a Národního screeningového centra při Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR se nám podařilo zrealizovat unikátní možnost koordinovat program Časný záchyt a prevence zdravotních komplikací u předčasně narozených dětí.

Program je tvořen třemi projekty, přičemž ve všech jeho částech budeme aktivními účastníky a část týkající se protokolárně řízené výživy budeme koordinovat. Jedná se o tyto projekty:

- Domácí řízená monitorace a optimalizace kyslíkové terapie (doc. MUDr. Jana Tuková Ph.D., VFN Praha),
- Časné odhalení vývojové psychopatologie předčasně narozených dětí v 5 letech (MUDr. Daniela Marková, VFN Praha),
- Protokolárně řízená nutrice (MUDr. Jiří Dušek, MHA, Nemocnice České Budějovice, a.s.).

Do části, kterou má na starosti koordinovat Neonatologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., patří centra VFN Praha – Apolinář, FN Olomouc, Neonatologické oddělení Krajské nemocnice T. Bati Zlín a Neonatologické oddělení FN Brno.

Soulad projektu se strategickými cíli

Projekt vychází ze Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030, specifického cíle

Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví; zvyšování zdravotní gramotnosti a dílčího cíle 1.2.7 Posilování časného zachytu nemocí a rizikových faktorů ve všech segmentech péče a zavádění nových programů časného zachytu.

Zásadním faktorem ovlivňujícím nemocnost dětí narozených před termínem je výživa. Jejím výsledkem by mělo být progresivní zvyšování hmotností, růst do délky, zlepšení celkového zdravotního stavu dítěte a zabránění zpomalení růstu či nadměrných váhových úbytků v kterékoli periodě postnatálního období. Jakákoli růstová nebo hmotnostní retardace s sebou nese riziko nedostatečného psychomotorického vývoje v časném životním období. Děti s nízkou hmotností jsou více ohroženy postižením kardiovaskulárního aparátu v pozdějším věku. Je-li období hladovění následováno intervalem intenzivního růstu a hmotnostní přírůstek není úměrný růstu, pak se zvyšuje riziko metabolického syndromu v pozdějším věku – tzn. hypertenze, inzulínové rezistence a obezity. Na správné nastavení výživy je proto kladen velký důraz. Je potřeba aplikovat standardy výživové péče obsažené v doporučení ESPGHAN (Evropská společnost pro dětskou gastroenterologii a výživu), používat programy nutričních kalkulací a provádět analýzu makronutrientů mateřského mléka matek i dárkyň mléka. Dále je nutno provádět následnou Target fortifikaci (cílené obohacení výživy). Úskalím této oblasti je, že zde není nastaven jednotný systém výživy nedonošených novorozenců a každá nemocnice používá vlastní vnitřní standardy. Zavedením této metody dojde k implementaci protokolárně řízené

výživy u novorozenců narozených před 32. gestačním týdnem v pěti centrech vysoce specializované neonatologické péče v České republice, výčet viz. výše. Díky tomuto systému by mělo dojít ke snížení výskytu nebo tíže zdravotních komplikací v pozdějším věku. Program byl zahájen přípravnou částí v dubnu 2024 a slavnostním zahájením za účasti všech zúčastněných koordinátorů na Ministerstvu zdravotnictví 28. května 2024. Po vytvoření všech náležitých doporučení, nastavení mechanismů „Postupů medicíny založené na důkazech“ a přípravě koordinátorů působících na zúčastněných novorozeneckých odděleních dojde k oficiálnímu spuštění programu od ledna 2025.

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



Zleva v popředí: MUDr. Marcela Koudelková (UZIS), MUDr. Daniela Marková (VFN Praha), Ing. Daniela Dokoupilová, Ph.D. (UZIS), prim. MUDr. Jiří Dušek MHA (Nemocnice České Budějovice, a.s.), doc. Ing. Petr Kudrna Ph.D. (UZIS, VFN Praha) V pozadí: prof. Richard Plavka CSc (VFN Praha) a doc. MUDr. Jana Tuková Ph.D. (VFN Praha)

Plyšáková ordinace

12. června se proměnil terminál českobudějovické nemocnice v Plyšákovou ordinaci. Lékaři a zdravotní sestřičky z Dětského oddělení, ORL oddělení a Oddělení úrazové chirurgie tak ošetřovaly plyšové žirafy, hady, želvičky a další zvířátka, která si přinesly děti z mateřských škol.

Spoustu plyšáčků bolelo břicho, ouško nebo měly teplotu. Takže jim paní doktorky vyplachovaly ouška, dávaly injekce a měřily teplotu. Některá zvířátka nešikovně spadla, takže musela na rentgen. U některých stačil obvaz, jiným musel pan doktor ránu zašít.

Děti také prozkoumaly naši transportní sanitku a na chvíli si vyzkoušely, jaké to je být pacientem.

Studentky Zdravotně sociální fakulty se zaměřily na prevenci a například ukazovaly dětem, jak si správně čistit zoubky.

Všichni plyšáci byly moc stateční, všechna vyšetření a ošetření zvládly výborně. Děti se tak pomocí svých plyšových kamarádů seznámily s řadou vyšetření a samy se tak přesvědčily, že se není čeho bát.



Do tlamiček, oušek a krků plyšových pacientů si posvítily MUDr. Lucie Kalinová (na fotografii vlevo) a sestřička Jana Větrovcová z ORL oddělení.



Plyšáci, které třeba bolelo břicho, nebo měly teploty, ošetřovala lékařka z Dětského oddělení MUDr. Nikola Růžička



Pořádně prozkoumat sanitku zvenku i zevnitř pomohli dětem Petr Havel a Bc. Přemysl Štínl z Oddělení obslužných činností



O pochroumaná zvířátka pečoval MUDr. Jiří Urban spolu se sestřičkou Bc. Zdeňkou Přemilovou z Oddělení úrazové chirurgie



Jak se správně čistí zoubky a co umí svítící kolíček na prst dětem vysvětlovaly studentky Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity



Psychiatrické oddělení ožilo koncertem i zahradní slavností

Na Psychiatrickém oddělení probíhají pravidelně akce, které napomáhají k aktivizaci hospitalizovaných pacientů. Jde například o canisterapii, divadelní představení, muzikoterapii, nebo oslavy tradičních svátků. V rámci Denního stacionáře pak probíhají skupinové činnosti, kde mohou pacienti odložit každodenní starosti, zažít chvíle odpočinku, zábavy a zároveň navazovat komunikaci, spolupracovat a prožívat pozitivní emoce.

Každá z akcí je pro pacienty velkým přínosem. V červnu byli pacienti vedle běžných aktivit potěšeni návštěvou

pěveckého sboru Melodico z Gymnázia v Soběslavi, který vede Mgr. Radka Dušková. Sbor s patnáctiletou tradicí pravidelně na dobrovolné bázi navštěvuje pacienty našeho oddělení. Tento koncert byl krásným předvojem zahradní slavnosti, která se konala jen několik dní poté.

Nápad udělat zahradní slavnost vznikl mezi zaměstnanci Denního stacionáře. Představit tímto způsobem zahradu, která je pacientům denně k dispozici, motivovat je k setkání, umožnit jim prožít radost a přivítat léto, byly hlavními motivy pro uspořádání této akce. Nápad se okamžitě setkal

s velkou odezvou a nadšením. Sami pacienti se podíleli na přípravách občerstvení a výrobě plakátů. Vyzkoušeli si tak náročnost přípravy takové akce, a o to více si ji užili.

Na zahradní slavnosti byla krásná výzdoba, bohaté občerstvení a také pestrý program doprovázený hudbou. Nechyběl kouzelník, společenské hry, sportovní aktivity nebo tvořivý kroužek, na kterém si pacienti mohli vyrobit vlastní šperk. Na závěr téměř tříhodinové oslavy léta se i tančilo a úsměvy se objevily nejen na tvářích pacientů, ale i samotných zaměstnanců, kteří se mohli na chvíli oprostít od pracovních starostí.

Zahradní slavnost zakončila jedna z pacientek slovy: „To byla svoboda, děkujeme“.

Na závěr bychom rádi poděkovali vedení nemocnice za materiální podporu a všem zaměstnancům Psychiatrického oddělení, kteří se na přípravě této akce podíleli. Nebylo snadné zorganizovat ji tak, aby se jí mohli zúčastnit i pacienti, u kterých je třeba dbát zvýšené bezpečnosti. O to více nás těší, že se vše podařilo

a mohli jsme na zahradě přivítat více než čtyřicet pacientů, kterým to jejich stav umožnil. Velký dík patří také zaměstnancům Obslužných činností, kteří ochotně pomáhali připravit veškeré zařízení..

■ **Mgr. Miroslava Gáborová**
vedoucí sestra stacionáře
Psychiatrické oddělení



Dětský divadelní spolek Hrejkováček věnoval speciální pomůcky pro nedonošená miminka

Dětský divadelní spolek Hrejkováček věnoval nedonošeným miminkům, která jsou v péči Neonatologického oddělení, pomůcky na stimulaci zraku a rozumových dovedností. Hračky byly pořízeny z výtěžku dobrovolného vstupného na jejich divadelní představení.

Divadelní spolek Hrejkováček je spolek dětí od 3 do 15 let z obce Hrejkovice v jižních Čechách. Pravidelně se scházejí a nacvičují divadelní představení. Z dobrovolného vstupného nakupují

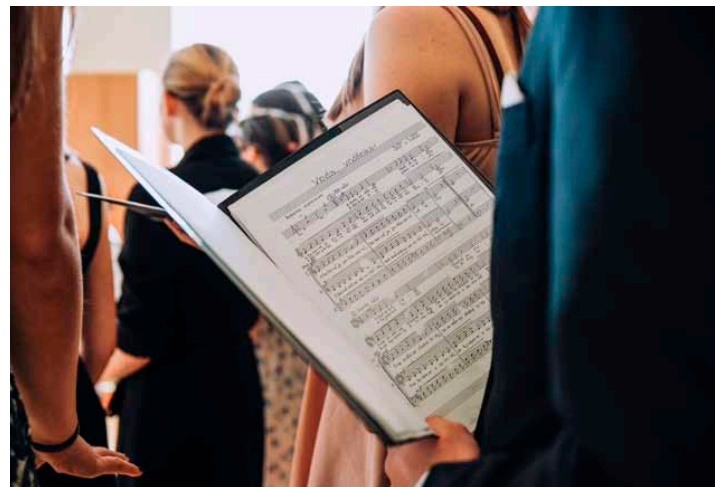
potřeby pro kulisy a kostýmy. Zbýlé peníze každoročně věnují na dobrou věc.

„V minulých letech jsme nakupovali dárky zejména pro děti z dětských domovů. V loňském roce rozšířil naše řady čtyřletý chlapeček, který se narodil předčasně a byl hospitalizován na Neonatologickém oddělení v Českých Budějovicích. Když jsme tedy přemýšleli, komu letošní dárek věnovat, napadlo nás právě místo, které jemu a jeho mamince moc pomohlo v jeho startu do života. Jeho první honorář tedy

putoval dětem, které se rozhodly přijít na svět o něco dříve, stejně jako on. Sestřičky nám poradily, co pořídit, a my doufáme, že náš dárek potěší všechny maminky a jejich "miminka do dlaně," uvedla Kamila Bendová, starostka obce Hrejkovice, která spolu s dětmi ze spolku předala dárečky zástupcům Neonatologického oddělení.

Za naše malé pacienty obci Hrejkovice moc děkujeme.

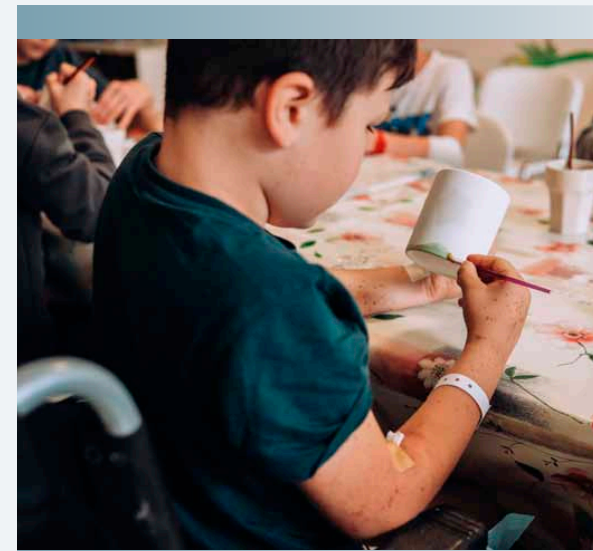
■ **Redakce**



Loutky a barvy udělaly radost našim dětským pacientům

Všem, kteří pomáhají zpříjemnit našim malým i velkým pacientům pobyt v nemocnici, upřímně děkujeme.

Vykouzlit úsměv na tváři přijeli našim nejmenším pacientům divadelníci ze spolku Loutky v nemocnici.



LaDilna přivezla dětem malování na keramiku. Malí pacienti se s chutí chopili štětců a vytvořili si krásné hrnečky.



Celostátní konference profesí pracujících v péči o novorozence

16. a 17. května se sjeli do českobudějovického hotelu Clarion lékaři a ostatní zdravotníci na již třicátou celostátní konferenci pořádanou naším Neonatologickým oddělením. Ústředním tématem konference byla ventilace v neonatologii.



Na úvod programu primář Neonatologického oddělení MUDr. Jiří Dušek, MHA spolu s generálním ředitelem MUDr. Ing. Michalem Šnorkem, Ph.D., poděkoval a předal ocenění ženám, které našim doslova nejmenším pacientům darovaly nejvíce mateřského mléka. Děkujeme.



XXIII. jihočeské Timrový dny

23.-24. 5. se konal v hotelu Clarion již XXIII. ročník jihočeských Timrových dnů. Tento rok byl zaměřen na onemocnění asociovaná s revmatologickými chorobami. Odborný program byl již tradičně věnován patologiím očníce – nádorovým i infekčním onemocněním, plastikám a mezioborové spolupráci. O své zkušenosti se podělili přední specialisté oftalmologie z celé České republiky.



Kongres zahájil prim. MUDr. David Honner, FEBO, MHA, primář Očního oddělení (vlevo), a MUDr. Aleš Petřík, ředitel úseku chirurgických oborů.

Úvod patřil již tradičně hudebnímu představení, tentokrát v podání žákyně ze ZUŠ B. Jeremiáše.



X. Oborová neurologická konference

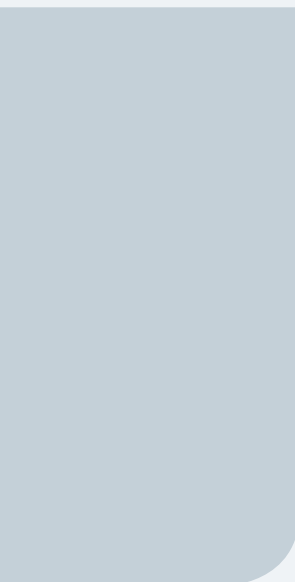
Jubilejní ročník Oborové neurologické konference pořádaný naším Neurologickým oddělením v čele s prim. doc. MUDr. Svatoplukem Ostrým, Ph.D., se konal 29. května v prostorách Clarion Congress Hotelu v Českých Budějovicích. Hlavním tématem akce byly vývoj a úspěchy jihočeské neurologie.



Nácvik evakuace v případě požáru

Ve čtvrtek 30. května se konalo v prostorách pavilonu K – Perinatologického centra taktické cvičení likvidace požáru s následnou evakuací. Cvičení se uskutečnilo ve spolupráci s Hasičským záchranným sborem ČR.





Před objektivem se neschovala ani naše redakční fotografka
Ing. Jana Duco, MBA.

Vítejte ve světě, kde letní dny získávají nový rozměr relaxace a koupání. Wellness Infit Sen v Senohrabech, jen hodinu a půl od vás z Českých Budějovic, se díky venkovnímu bazénu může stát vaším útočištěm pro ty nejteplejší měsíce roku.

Nezapomenutelné chvíle zažijete v novém termálním bazénu, kde se v létě teplota vody pohybuje od 30 do 34°C. Díky vyhřívání bazénu tu můžete strávit i začátek léta, kdy je voda na koupalištích ještě chladná.

Zatímco si budete užívat bublinkovou koupel, na fresh baru vám nachystají váš oblíbený letní drink, který si díky držákům na nápoje



saunových dómech probíhají ceremoniály, které zaujmou nejen váš smysl – od poslechu hudby všech hudebních žánrů přes vůni čerstvě sklizených bylin či esencí až po show od profesionálních sauna mistrů.

A jak se k nám dostanete? Přijet můžete autem a zaparkovat na nově rozšířeném parkovišti přímo u wellness, nebo využijte pohodlí shuttle busu, který vás zdarma dopraví z nádraží Senohraby až před vchod do wellness. Užijte si letní dny plné relaxace a pohody, a to vše jen pár minut od vašeho domova.

www.sen.infit.cz

můžete vychutnat přímo v bazénu. Nechte se hýčkat sluncem ve stylové relaxační zahradě, kde na vás čekají pohodlná lehátka ideální pro opalování nebo lenošení s knihou. A když vás začne slunce pálit příliš, využijte stín v relaxační zahradě pod stromky a slunečníky, nebo navštivte stinné útočiště houpacích lehátek ve vnitřních odpočívárnách. Pokud vás lákají spíše chladnější vody k osvěžení, přírodní ochlazovací jezírko s teplotou okolo 18 až 20°C nabízí dokonalé útočiště před letním žářem.

Milovníci saun mohou v ojedinelém saunovém světě s osmi druhy prohříváren vyzkoušet účinky letního saunování. Ve dvou



LETNÍ AKCE!

Užijte si ještě více odpočinku! Ke 180 minutovému vstupu dostanete dalších 60 minut v termálním bazénu a saunovém světě navíc a zdarma.



pro období 1. 7. 2024 - 31. 8. 2024 nebo do vyprodání zásob

PŘI PRŮJMU U DOSPĚLÝCH Tasetan 500 mg 15 tbl.  179.- Kč 162.- Kč	PŘI PRŮJMU Imodium 2 mg 20 cps.  179.- Kč 179.- Kč	PÉČE O POKOŽKU Panthenol Omega tělové mléko aloe vera 9% 250 ml  220.- Kč 189.- Kč	PŘI BOLESTI HLAVY Atalargin 325 mg/130 mg/70 mg, 20 tbl.  115.- Kč 99.- Kč	HYGIENA NOSU Quixx - nosní sprej 30 ml  159.- Kč 129.- Kč	PÉČE O ZUBY Elmex zubní pasta různé druhy  10% SLEVA	
PÉČE O TRÁVENÍ Biopron 9 premium 30 tbl.  339.- Kč 289.- Kč			PÉČE O POKOŽKU Dapis gel při poštřední hmyzem  249.- Kč 199.- Kč		SNÍŽENÁ CITLIVOST Neurobion 100 mg/50 mg/1 mg, 30 tbl.  304.- Kč 289.- Kč	PŘI TEPLOTĚ A BOLESTI U DĚTÍ Paralen sus 24 mg/ml, 100 ml  159.- Kč 139.- Kč

POMŮCKY: RAT	ZNAČKA PIKOPAS- CALU	MOHUTNÝ PES	SOUHVĚZDÍ ZIMNÍ OBLOHY	ÚZKÝ DÁMSKÝ KLOBOUK	PRAMÁTI	POŠTOVNÍ KÓD INDIE	VRTOŠIVĚ	VÝBEŽEK VODY DO PEVNINY	DOMÁCKÝ ANATOL	PÁDOVÁ OTÁZKA	MOŽNÁ (KNIŽNĚ)	VLASTNÍ TÍHOU SE SNIŽOVAT		BRITSKÝ FILMOVÝ HEREC (JEREMY)	VOJENSKÁ ZBRAŇ	ČLENKA KOMPARSU
JEDNODU- CHÁ BÍLKOVINA							ZA NĚJA- KOU DOBU PRAVO ZAKAZU						VZOREC SULFIDU IRIDIA			
1. DÍL TAJENKY													NĚMECKÝ „RADA“ POMALÝ KLUS KONĚ			
STAROŘEC- KÝ KRAJ						ZBĚŽNĚ BUDDHIS- TICKE STAVBY					ODPAD VODY EGYPTSKÝ VLÁDCE					
	VOICE OF AMERICA PRAŽSKÁ ČTVRT				NECHUTNÝ NÁPOJ ZROZENÍ DÍTĚTE					HOŘKÝ LÍKER VRANÍK						
MEZINÁ- RODNÍ KÓD TANZANIE				MÍSTO PRO ZÁV. KONĚ SLOVENSKY „TĚLA“					3. DÍL TAJENKY ZNAČKA PRAČEK							
INICIÁLY HERCE JELINKA			AFR. STÁT MEZINÁR. ZELENÝ KŘÍŽ (ZKR.)				BIBLICKÁ HORA DOMÁCKÝ ALENA							INICIÁLY SEKORY SPOJKA		
ČESKÁ ZPĚVAČKA							HLAVA KLÁŠTERA INICIÁLY LEDECKÉ						ÚŘAD (ZASTAR.) 99 (ŘÍMSKY)			
2. DÍL TAJENKY										AZBEST						
OBLOUKO- VITÁ PODLÓUBÍ							POBÍDKA			OTRLÝ ČLOVĚK						

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