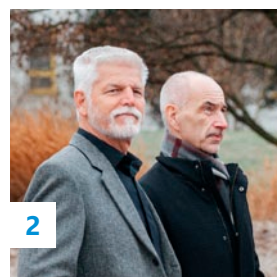


nemocniční zpravodaj

Leden
2025

Prezident Petr Pavel navštívil
Nemocnici České Budějovice

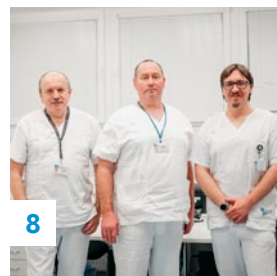




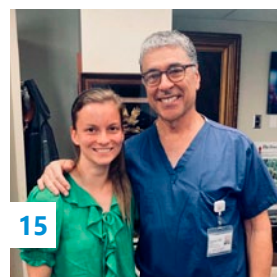
2



5



8



15



19

- 1 Úvodník předsedy představenstva**
- 2** Vzácná návštěva – **Prezident Petr Pavel navštívil Nemocnici České Budějovice**
- 4** Naše úspěchy – **MUDr. Ladislav Pešl v pořadu Mistři medicíny**
- 5** Rozhovor – **Vždy mi záleželo na tom, aby zaměstnanci měli dobré pracovní podmínky a někoho, kdo se za ně postaví**
Mgr. Lubomír Francl, dlouhodobý člen dozorčí rady Nemocnice České Budějovice a bývalý předseda odborové organizace
- 8** Představujeme – **ORL onkologický tým Nemocnice České Budějovice**
 - 10** Nádory v ORL oblasti
 - 12** Přínos a možnosti plastické chirurgie u onkologických ORL pacientů
 - 13** ORL onkotým pohledem patologa
- 15** Vzdělávání – **Město, které nikdy nespí, aneb pět týdnů v newyorské Lenox Hill Hospital**
- 19** Lékařská mise v Ghaně: **Pomoc, která má smysl**
- 22** Výpadky léčiv v České republice
- 25** Výživa v chirurgii
- 28** **16. Rohovkový den**
- 28** **Studentky ze Slovenska absolvovaly v českobudějovické nemocnici odbornou stáž**
- 29** **Tříkrálové požehnání v terminálu nemocnice**

Na titulní straně prezident republiky Petr Pavel v doprovodu generálního ředitele Nemocnice České Budějovice Michala Šnorka / Foto: Jan Luxik

Úvodník předsedy představenstva

MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

14. ledna 2025 navštívil prezident České republiky Petr Pavel s paní Evou Pavlovou Nemocnici České Budějovice. Zahájili zde svou dvoudenní návštěvu Jihočeského kraje. Je mimořádnou poctou, že si prezident republiky pro zahájení své cesty vybral právě naši nemocnici. Připomínám, že českobudějovická nemocnice přivítala prezidenta republiky opět po dlouhých jedenácti letech, v roce 2014 zde byl na návštěvě předchozí prezident Miloš Zeman. Vzácné hosty jsem během zhruba hodinové návštěvy provedl areálem spolu s hejtmánem Jihočeského kraje Martinem Kubou.

Prezident Petr Pavel spolu s první dámou zahájili návštěvu v nedávno otevřeném pavilonu CH, kde měli možnost vidět příjmový box Anesteziologicko-resuscitačního oddělení a přímo navazující CT vyšetřovnu Radiologického oddělení. Na toto místo jsou zdravotnickou záchrannou službou přiváženi pacienti v kritickém stavu z celého Jihočeského kraje. Není umění chlubit se novostavbami, proto jsem panu prezidentovi pověděl také např. o dolním areálu, který již brzy bude uzavřenou kapitolou v historii naší nemocnice.

Hlavním bodem programu byla návštěva Dětského oddělení Nemocnice České Budějovice, kde primář MUDr. Jan Hřídel uvedl prezidentský pár do problematiky pediatrie v Jihočeském kraji a postavení českobudějovické nemocnice. Prezident Petr Pavel a paní Eva Pavlová měli možnost krátce hovořit se zaměstnanci Dětského oddělení a pozdravit i malé pacienty a jejich rodiče, kterým předali drobné dárky. Atmosféra na stanici malých dětí byla velmi přátelská a kolektiv zaměstnanců Dětského oddělení si pořídil na památku společné fotografie.



Přes centrální park poté naši hosté zamířili na ředitelství nemocnice, kde proběhla diskuze na téma nedostatku praktických lékařů pro děti a dorost. Já jsem prezentoval kroky, které v tomto číní nemocnice, spočívající mimo jiné v intenzivním náboru a tréninku lékařů, kteří do budoucna nahradí seniorní praktické lékaře pro děti a dorost. Hejtmán Jihočeského kraje Martin Kuba představil prezidentovi republiky krajský projekt dětské polikliniky v Českých Budějovicích, která praktickým lékařům pro děti a dorost uleví od administrativní a logistické zátěže a umožní jim pečovat o větší množství

dětských pacientů. Informoval rovněž o jihočeské on-line pohotovosti, kterou Jihočeský kraj pro své občany poskytuje jako první bezplatně a po jeho vzoru tuto službu nyní zavádí další kraje.

Na rozloučenou jsem první dámě předal jako dárek kalendář Barvy duše 2025 s malbami pacientů Dětského oddělení. Tematicky jsme tak uzavřeli tuto mimořádnou návštěvu prezidentského páru, kterou vnímáme jako uznání náročné práce všech zaměstnanců Nemocnice České Budějovice jako největšího zaměstnavatele v Jihočeském kraji.



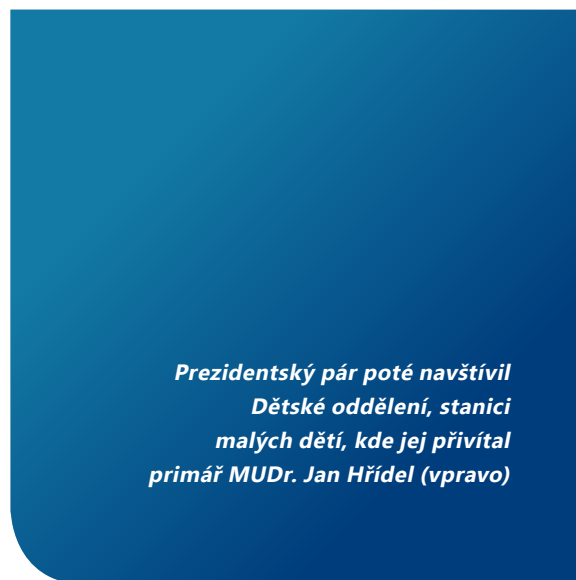
Generální ředitel Michal Šnorek provedl prezidenta Petra Pavla prostory nedávno otevřeného pavilonu CH



Spolu s hejtmanem Jihočeského kraje Martinem Kubou provedl generální ředitel Michal Šnorek vzácné hosty areálem nemocnice



Setkání probíhalo ve velmi příjemné atmosféře a kolektiv zaměstnanců Dětského oddělení si pořídil na památku společné fotografie



Prezidentský pár poté navštívil Dětské oddělení, stanici malých dětí, kde jej přivítal primář MUDr. Jan Hříděl (vpravo)



Na závěr setkání předal generální ředitel Michal Šnorek první dámě Evě Pavlové kalendář Barvy duše 2025 s malbami, které vytvořili pacienti Dětského oddělení



MUDr. Ladislav Pešl v pořadu Mistři medicíny

Pětatřicet let můžete potkávat na chodbách českobudějovické nemocnice MUDr. Ladislava Pešla, ředitele Kardiologického a thorakálního centra. Právě jemu je věnován díl dokumentárního seriálu České televize s názvem **Mistři medicíny**, který Česká televize odvysílala ve středu 22. ledna na ČT2.

MUDr. Ladislav Pešl zasvětil svůj život tomu, aby pacienti Jihočeského kraje měli přístup k těm nejmodernějším metodám léčby. Díky jeho vizi, odhodlání a neúnavné práci patří českobudějovické kardiocentrum mezi špičky v oboru nejen u nás, ale i ve střední Evropě.



Nenechte si ujít jedinečný pohled na práci tohoto výjimečného lékaře a člověka. Pořad můžete shlédnout na: <https://www.ceskatelevize.cz/porady/mistri-mediciny>



Ředitel Kardiologického a thorakálního centra MUDr. Ladislav Pešl



Vždy mi záleželo na tom, aby zaměstnanci měli dobré pracovní podmínky a někoho, kdo se za ně postaví

Na podzim loňského roku volili zaměstnanci českobudějovické nemocnice své zástupce do dozorčí rady. Do dalšího volebního období se již rozhodl nekandidovat dlouhodobý člen rady a bývalý předseda odborové organizace **Mgr. Lubomír Franci**. Ukončením svého členství v dozorčí radě tak završuje své více jak čtyřicetileté působení v naší nemocnici.

■ Kdy jste nastoupil do českobudějovické nemocnice?

Do nemocnice jsem nastoupil v roce 1983 jako radiologický laborant na ozařovny. Ty tehdy ještě sídlily v dolním areálu. V roce 1989 jsem byl jmenován vedoucím radiologickým laborantem. Zažil jsem tedy i stěhování do pavilonu CH, které proběhlo v roce 1993. Ve funkci vedoucího jsem pak skončil v roce 2014, protože jsem byl zvolen místopředsedou Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR. Od roku 2015 tuto funkci vykonávám v Praze.

■ Jak jste se dostal k práci odboráře?

V odborech působím víceméně od té doby, co jsem nastoupil do nemocnice. Před revolucí bylo totiž členství v Revolučním odborovém hnutí (ROH) de facto povinné. V rámci ROH jsem se stal zástupcem našeho úseku.

Po zániku ROH vznikl Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR a v nemocnici byla založena základní organizace (ZO NEMCB), do které jsem vstoupil. Odborová organizace vyjednávala podmínky pro zaměstnance v naší nemocnici. V letech 2000 až 2014 jsem byl jejím předsedou.

V rámci struktury Odborového svazu vznikly tzv. krajské rady. Ty vyjednávaly s krajem sociální a zdravotní služby, kterých je Jihočeský kraj zřizovatelem či je jinak zabezpečuje. V roce 2002 jsem byl zvolen do výkonné rady Odborového svazu, což je jeho nejvyšší orgán.



Mgr. Lubomír Franci

■ Působil jste jako vedoucí na jednom z největších pracovišť v nemocnici. Jaká byla vaše motivace být aktivní v odborové činnosti nad rámec náročné práce na oddělení?

Jsem levicově zaměřený a vždy mi záleželo na tom, aby měli zaměstnanci dobré pracovní podmínky a někoho, na koho se mohou s důvěrou obrátit. Význam odborů v naší nemocnici stoupl transformací na akciovou společnost. Protože nemocnice již nebyla státem řízenou organizací, již se na nás nevztahovaly platové předpisy.

Zaměstnanci tak přišli o dosavadní záruku státem stanovené výše platu. Transformaci na akciovou společnost jsme tak sledovali s velkými obavami, aby se zaměstnancům nezhorsily platové podmínky. S novým vedením jsme museli vše vyjednat.

■ Jak se vám jednání dařilo?

Vyjednávání jsme se učili za pochodu. První roky, než jsme se plně zorientovali v legislativě a v možnostech obchodní společnosti, byly náročné. Museli jsme vyjednat tzv. kolektivní smlouvu a nastavit mzdový předpis včetně kategorií zaměstnanců a stupňů odměn, který v modifikované formě funguje dodnes.

■ Zažil jste několik ředitelů, jak na jednání s nimi vzpomínáte?

Na všechny ředitele vzpomínám rád. Se všemi byla veškerá jednání naprosto korektní, i když někdy i velmi náročná. Nicméně vždy jsme si dokázali vše vyříkat narovinu. Někdy jsme se nedohodli, ale tak jsme to prostě brali. Dodnes s úsměvem vzpomínám, jak jsme kdysi s obchodním ředitelem Ing. Janem Švejdu, MBA, vyjednávali tak hlasitě, až se na nás přišel podívat i pan ředitel MUDr. Břetislav Šon. 😊

■ Odborová organizace hájí zájmy zaměstnanců. S jakými problémy se na vás obraceli zaměstnanci nemocnice?

Zpravidla to byly provozní problémy, jak si vyčerpat dovolenou (zvláště byl-li nedostatek personálu), jak řešit rozpis směn, placení přesčasů, vykazování přestávek apod. Vyjednávali jsme různé systémy odměn tak, aby byl systém pro všechny co nejvíce spravedlivý.

■ Vedle práce na oddělení a v odborech jste řadu let působil i na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské fakulty.

Ano, několik let jsem na fakultě vyučoval. Byl jsem členem výboru Odborné společnosti radiologických asistentů a s paní docentkou PhDr. Janou Šemberovou, CSc., jsme stáli u zrodu studijního oboru

radiologický asistent. Nejdříve byl otevřen bakalářský stupeň, posléze i magisterské studium. Když obor vznikl, rozhodl jsem se, že jej ve svých takřka 40 letech též vystuduji.

■ Zdravotnictvím se zabýváte celý život. Kde vidíte hlavní problémy dneška?

V systému není dostatek peněz. Byly proto provedeny změny v úhradové vyhlášce, které se některých nemocnic určitě negativně dotknou – od pojišťoven dostanou za vykázanou péči méně peněz.

Dlouho voláme po jejich sloučení. Nyní by se měla slučovat Vojenská zdravotní pojišťovna a Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR.

■ Není restrukturalizace nemocniční péče, konkrétně rušení lůžek, jednou z nutných cest k efektivnímu zdravotnictví?

Restrukturalizace je nutná, ale dle mého názoru musí probíhat koncepčně a komplexně tak, aby všichni občané měli přístup ke kvalitní a bezpečné zdravotní péči. A ne jen hasit požáry a řešit jednotlivosti.

"...hlavní problém vidím v nedostatku lékařů v terénu, tj. obvodních lékařů a ambulantních specialistů. Nemocnice pak suplují ambulantní sféru..."

Tlačí se na změnu struktury sítě poskytovatelů zdravotnické péče. Ruší se například porodnice, které nemají dostatek porodů. Část akutních lůžek se má přetransponovat na lůžka pro následnou péči apod. Velkým problémem je nedostatek ambulantních lékařů. Do naší obce dojíždí lékařka dvakrát týdně. Tím vším se může pro občany, zejména na vesnicích, zhoršit dostupnost péče. Sám bydlím 30 km od Českých Budějovic a bez auta se v sobotu nikam nedostanu.

Lidé také nechtějí čekat u lékaře, takže se pak i s malichernostmi obrací na záchranou zdravotnickou službu či urgenty. Nemocnice pak často suplují i sociální služby.

Dalším problémem je, že naše zdravotní pojišťovny nefungují konkurenčně.

V Jihočeském kraji restrukturalizace proběhla již před lety. Nemocnice jsou pouze v okresních městech a v Českých Budějovicích. Malé nemocnice Vimperk a Volyně se zaměřily na poskytování následné péče.

Samozřejmě je problém, pokud oddělení neprovádí dostatečný počet výkonů. Lékaři potřebují mít dostatečnou praxi ve výkonech, aby mohli poskytovat bezpečnou péči. Ale hlavní problém vidím v nedostatku lékařů v terénu, tj. obvodních lékařů a ambulantních specialistů. Nemocnice pak suplují ambulantní sféru. Dalším problémem je nerovnoměrné rozmístění ambulantních lékařů. Ze statistik vyplývá, že zubaři pracují hlavně ve velkých městech a velká

část z nich nemá uzavřené smlouvy s pojišťovnami. Mladým lékařům se zpravidla na venkov moc nechce. Problém je, že pojišťovny toto nikterak neregulují. Takže lidé, kteří si nemohou placenou péči dovolit či bydlí ve vesnických oblastech, chodí do nemocnic nebo na pohotovost.

Nedávno se řešilo zrušení poskytování akutní péče v nemocnici v Orlové, protože další nemocnice jsou v Havířově a v Karviné. Úvaha byla, že lékaři z Orlové přejdou do Havířova, což je 20 km. To se ovšem nestalo – lékaři buď odešli do ambulantní sféry, nebo prostě jinam.

■ Co je pro odbory hlavním tématem na rok 2025?

Je jím odměňování pracovníků ve zdravotnictví neohledně na právní formu subjektu, resp. samostatný zákon, který bude tuto oblast řešit. Mediální kampaň s tímto tématem jsme měli připravenou již vloni, ale kvůli povodním

"Náš hlas je určitě slyšet, ale záleží, kdo sedí na druhé straně."

jsme ji zrušili. Jedním z důvodů, proč jsme kampaň připravili, je to, že ministerstvo zdravotnictví se v dohodě s odbory ze dne 8. 12. 2023 zavázalo, že připraví návrh zákona o odměňování zdravotnických pracovníků, který bude platit pro všechny zdravotnické pracovníky bez ohledu na právní formu jejich zaměstnavatele. Bohužel žádný návrh připraven nebyl a dohoda nebyla dodržena.

Řešíme vzdělání a zvyšování kompetencí u lékařů i nelékařských profesí jak ve zdravotnictví, tak v sociálních službách. Je snaha o zvyšování kompetencí zejména u nelékařských profesí, ale s tím by mělo jít ruku v ruce i zvyšování mezd, což se zatím neděje.

■ Je při rozhodování o zdravotnictví slyšet hlas odborů a zdravotníků?

Náš hlas je určitě slyšet, ale záleží, kdo sedí na druhé straně. Zažil jsem již několik ministrů a vlád. Většina z nich se s námi sešla, do médií řekli, že vše s odbory projednali. Ale už neřekli, že při rozhodování naše připomínky vůbec nevzali v potaz.

Jako odborový svaz jsme připomínkovým místem pro právní normy. Veškeré zákony týkající se zdravotnictví procházejí naším připomínkovým řízením. Bohužel častým nešvarem je, že změny zákonů se provádějí formou poslaneckých

návrhů, čímž odpadá možnost, aby zainteresované subjekty, jako jsme my či zaměstnavatelé, podaly připomínky. Považujeme to za nedemokratický postup. Takto se sociální dialog nevede.

V roce 2019 hrozilo zrušení až 10 000 nemocničních lůžek, s čímž jsme nesouhlasili. A tak jsme objížděli republiku a sbírali podpisy pod petici.

Návrh i díky tomu nakonec neprošel, takže názor odborů určitě váhu má.

■ Mzdy jsou velmi diskutovaným problémem. Jsou zdravotníci dostatečně ohodnoceni?

Mluví se o průměrných mzdách, které jsou poměrně vysoké. Ale důležitý je přepočítání na hodinovou sazbu. Ta pak například u lékaře, který v měsíci místo 180 hodin odpracoval 300 hodin, už tak vysoká není. Mladí si už nechtějí vydělávat přesčasy a službami. Chtějí mít i svůj osobní život a věnovat se koníčkům. Proto bojujeme za stanovení adekvátní minimální mzdy, aby mzdové podmínky neodrazovaly od práce ve zdravotnictví.

Českobudějovická nemocnice je výjimka, zde jsou mzdy nad republikovým průměrem. Ale například ve Zlínském kraji jsou mzdy lékařů v nestátních nemocnicích až o 10 000 Kč nižší. Jsou velké rozdíly mezi příspěvkovými fakultními nemocnicemi a krajskými nemocnicemi, které jsou akciovými společnostmi. Příspěvkové organizace mají platy dle platové vyhlášky a dohadují si s vedením jen příspěvky apod. My se ale vždycky ptáme, proč by například sestra v kraje zřizované nemocnici měla mít o několik tisíc méně než sestra, která stejnou práci vykonává ve fakultní nemocnici. Razíme heslo: Za stejnou práci stejná mzda.

■ Na konci loňského roku jste se rozhodl již nekandidovat do Dozorčí rady. Co vás k tomu vedlo?

Myslím, že už je čas se rozloučit. Členem dozorčí rady jsem byl (vyjma jednoho volebního období) od roku 2003. A v dozorčí radě by měli být jako zástupci zaměstnanců lidé, kteří zde pracují a znají místní problematiku. Tímto uzavírám více jak 40 let svého působení v českobudějovické nemocnici. Doufám, že na mne budou kolegové vzpomínat v dobrém.

■ Ing. Veronika Dubská

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

ORL onkologický tým Nemocnice České Budějovice

K mezioborovým pracovním kolektivům Nemocnice České Budějovice, a.s. patří i multidisciplinární ORL onkologický tým. Tento tým pracuje každý čtvrtek od 8:30 hod. v onkologické ambulanci v pavilonu C. Jeho spádovou oblastí je celý Jihočeský kraj, ale výjimečně přijímá i pacienty z jiných oblastí České republiky.

Základními členy ORL onkologického týmu jsou specializovaní lékaři – otorinolaryngolog a lékař radioterapeut/onkolog. Ale stejně jako ostatní onkologické týmy pracuje i tento v součinnosti s řadou dalších zdravotnických odborností – úzce spolupracuje s navazujícími specializacemi, jako je radiodiagnostika, stomatologie, nutriční terapie, logopedie, endokrinologie, paliativní medicína, nukleární medicína, ARO ambulance bolesti, ARO paliativní ambulance, a dle potřeby i s dalšími. ORL onkologický tým se řídí mezinárodně stanovenými standardními postupy pro diagnostiku a léčbu nádorů v ORL oblasti.

Do ambulance ORL onkologického týmu jsou odesíláni pacienti se zhoubnými nádory v oblasti horních dýchacích a polykacích cest:

- nádory hltanu (nasofarynx, orofarynx, hypofarynx)
- nádory dutiny nosní
- nádory vedlejších nosních (paranasálních) dutin
- nádory hrtanu
- a nádory velkých slinných žláz.

Nádory ORL oblasti představují různorodou skupinu maligních (zhoubných) nádorů. Histologicky se převážně jedná o nádory vycházející z epitelu horních dýchacích a polykacích

cest (tzv. spinocelulární karcinomy), vzácněji se zde vyskytují jiné typy nádorů (lymfomy, sarkomy, maligní melanom). Samostatnou skupinou jsou nádory slinných žláz.

Nádory hlavy a krku

Zvláštní vlastností nádorů v oblasti hlavy a krku je jejich relativně časný klinický projev, přesto i v dnešní době v části z nich dochází k pozdní diagnostice, zpravidla zanedbáním prvních příznaků onemocnění pacientem. Nádory v této oblasti jsou převážně problematikou tzv. lokoregionální – tzn. že nádorové onemocnění je přítomno v oblasti primárního nádoru a v oblasti spádových lymfatických uzlin hlavy a krku. K rozvoji vzdálených metastáz (generalizaci) dochází výrazněji méně často.

Diagnostika

Základem diagnostiky je anamnéza, fyzikální vyšetření a otorinolaryngologické vyšetření včetně endoskopie příslušné oblasti s odběrem podezřelé tkáně na histologické vyšetření k tzv. bioptické verifikaci nádorové nemoci.

Histologické vyšetření prováděné na Patologickém oddělení pomáhá k přesnějšímu určení (histologické typizaci) daného nádoru. Dnes jsou jeho součástí i další doplňující molekulárně-biologická vyšetření k upřesnění dalších charakteristik jednotlivých druhů nádorů (např. p16, HPV, EBV..).

Radiologické vyšetřovací metody

V rámci vyšetření lokoregionálního rozsahu nádorové nemoci lze považovat za základní CT vyšetření oblasti hlavy a krku, které dále v individuálních případech doplňujeme o další vyšetření – ultrazvukové vyšetření (UZ) krku, MRI vyšetření, event. PET/CT

vyšetření. Pro vyloučení vzdálené generalizace tj. vzdálených metastáz doplňujeme RTG plic nebo CT hrudníku a UZ či CT vyšetření břicha.

■ **Celotělové PET/CT** vyšetření je přínosné zejména při přesnějším určování rozsahu uzlinového postižení, pro vyloučení vzdálené generalizace a k indikaci v případě krční metastatické lymfadenopatie tj. zvětšení uzlin při neznámém (dřívějšími vyšetřovacími metodami nezobrazeném) primárním nádoru.

■ **CT vyšetření** lze považovat za komplementární k MRI vyšetření u nádorů hlavy a krku při hodnocení invaze tj. rozšíření nádoru do kosti, chrupavky.

■ **MRI vyšetření** je oproti CT vyšetření výhodnější při hodnocení postižení/rozšíření do kostní dřevě u pacientů s rozsáhlými zubními amalgámovými výplněmi, které mohou zkreslovat CT obraz. MRI vyšetření je dále vhodné ke zhodnocení invaze nádorů do oblasti spodiny lební, očníce, k zobrazení infiltrace hlavových nervů a také diferenciativně diagnosticky k odlišení nádoru od obstrukce vedlejších dutin nosních.

■ **UZ vyšetření krku** je vhodnou doplňkovou metodou zejména na zhodnocení postižení krčních lymfatických uzlin a slinných žláz.

■ **OPG** – panoramatický RTG snímek čelistí – je vyšetření indikované při nádorech v oblasti dutiny ústní před plánovaným operačním výkonem na čelistech a také je součástí preventivního dentálního vyšetření před plánovanou radiační terapií orofaciální oblasti ke zhodnocení stavu dentice (chrupu) pacienta a k rozhodnutí o indikaci k rozsahu ošetření a extrakci (vytržení) zubů před zahájením radioterapie.



Zleva: MUDr. Václav Sýkora (Oddělení ORL), MUDr. Petr Vitek (Onkologické oddělení) a prim. MUDr. Pavel Střihavka (Oddělení ORL)

Staging - určení stádia onemocnění

Pro určení stadií onemocnění slouží mezinárodně vypracovaný, tzv. TNM systém klasifikace zhoubných nádorů (aktuálně používané osmé vydání z r. 2017), který obsahuje orgánově specifické klasifikace potřebné pro přesné zařazení jednotlivých druhů nádorů do stadií. Tato klasifikace slouží ke stanovení prognózy a optimální léčby jednotlivých druhů a stadií nádorových onemocnění.

Léčba

Způsob léčby (léčebná strategie) závisí na řadě faktorů – na lokalizaci a rozsahu primárního nádoru, jeho histologickém typu a přítomnosti spádových uzlinových metastáz či vzdálených metastáz. Při výběru léčebné strategie se dále zohledňuje biologický stav pacienta, jeho přidružená onemocnění, věk pacienta a také jeho preference. Cílem terapie moderními léčebnými metodami a inovativními postupy je dosáhnout maximální léčebné účinnosti za současného udržení její toxicity na přijatelné úrovni.

Chirurgická léčba

Operační léčba je v oblasti nádorů hlavy a krku dominující léčebnou metodou.

Jejím cílem je snaha o pokud možno radikální chirurgické odstranění celého nádoru, včetně odstranění případných spádových uzlinových metastáz. Radikálnost při chirurgickém výkonu je nezbytnou součástí předpokladu úspěšné léčby. Nedojde-li k odstranění celého nádoru, je pravděpodobnost pooperační recidivy velmi vysoká.

Je smutné, že část pacientů se dostaví k vyšetření až v pokročilém stadiu onemocnění, kdy chirurgická léčba již není možná.

Radioterapie

Radioterapie je další významnou léčebnou metodou v léčbě nádorů oblasti hlavy a krku. Koncept radioterapie vychází z předpokladu, že nezralé nádorové buňky jsou oproti zdravým tkáním citlivější vůči ozáření, a tak při ozáření dochází k poškození jejich DNA a následné buněčné smrti. Tato léčebná metoda se využívá buď samostatně, nebo v kombinaci s léčbou chirurgickou s cílem zničit všechny nádorové buňky. K ozáření v Komplexním onkologickém centru Nemocnice České Budějovice (KOC) se standardně používají moderní lineární urychlovače, které emitují záření X nebo urychlené elektrony.

Ve vybraných případech domlouvá lékař ORL onkologického týmu jinou metodu radiační terapie – buď protonovou léčbu v Protonovém centru v Praze, nebo terapii CyberKnife na onkologické klinice FN Ostrava nebo v ÚVN Praha.

Radioterapie jako léčebná metoda však s sebou nese riziko řady nežádoucích reakcí, jež vyplývají ze škodlivých vedlejších účinků, které má záření na zdravé tkáně a orgány v krční oblasti. Jedná se zejména o vliv na velké a malé slinné žlázy, sliznici dutiny ústní, zuby, kůži, měkké tkáně, svalstvo, kosti a nervy v oblasti hlavy, krku a horních částí hrudníku. Dále o projevy suchosti v ústech (xerostomie), zánět sliznic v oblasti dutiny ústní a krku (mukositida), ztrátu chuti nebo změnu vnímání chuti. Objevují se i poiradiační zubní kazy, trismus (křeč žvýkacích svalů) a poiradiační záněty kůže a poškození kostí. Jako pozdní změny po ozáření se mohou rozvinout otoky měkkých tkání, vazivové změny (fibróza) a změny ve smyslu odumrtí (devitalizace) tkání – nekróza. Závažnou komplikací radioterapie v oblasti hlavy a krku je nekróza kostí – osteoradionekróza. Jedná se o velmi závažné, těžko léčitelné onemocnění, ke kterému jsou nejvíce náchylné čelistní kosti.

Výše uvedené komplikace ztěžují léčbu a zhoršují kvalitu života pacientů a mohou ovlivňovat i prognózu nemocných. Bohužel jsou v některých případech i důvodem k přerušení či ukončení onkologické léčby.

Chemoterapie

Další používanou metodou je chemoterapie. Využívá léčiv zvaných cytostatika, která zasahují do určité fáze buněčného cyklu. Při léčbě karcinomů hlavy a krku má tato metoda spíše podpůrnou roli a její hlavní význam je v léčbě paliativní.

Toxicita chemoterapie je tzv. systémová (působí toxicky na všechny buňky v lidském těle). Nejčastější je hematologická toxicita jako projev poškození krvetvorby ve třech liniích (bílé krvinky, červené krvinky, krevní destičky). Dále dyspeptické obtíže jako žaludeční nevolnost nebo zvracení, vypadávání vlasů a ochlupení (alopecie). Chemoterapie má toxický vliv také na další tkáně a orgány (játra, ledviny, nervová tkáň...).

Cílená biologická terapie a imunoterapie

Relativně novými léčebnými postupy jsou cílená biologická terapie a imunoterapie zaměřené proti speciálním cílovým buněčným strukturám. Jedná se o moderní individualizované léčebné postupy, které jsou nákladné a jejichž úhradu schvalují jednotlivé zdravotní

pojišťovny individuálně. Toxicita cílené léčby je spektrálně odlišná od toxicity chemoterapie, může ovlivňovat prakticky všechny tkáňové systémy a orgány. U řady pacientů je však její tolerance velmi dobrá. Správným managementem léčených pacientů lze všechny nežádoucí vedlejší účinky léčby zmírnit, nebo jim i zcela předejít.

Nové přístupy v onkologické terapii přispěly ke změnám v léčebných postupech. Je kladen důraz na mezioborovou spolupráci a na to, aby každý terapeutický postup byl vytvořen v úzké spolupráci onkologického týmu a byl individualizovaný a optimalizovaný pro každého jednotlivého pacienta.

Follow up – fáze sledování pacientů po ukončení onkologické léčby

Sledování pacientů po léčbě provádí klinický onkolog.

Na první kontrolu je pacient pozván jeden měsíc po ukončení onkologické léčby. Při této kontrole je důležité hodnocení akutních nežádoucích účinků léčby – operace, radioterapie, a chemoterapie. Další kontroly pak probíhají v dvou- až tříměsíčních intervalech ke zhodnocení odeznívání poléčebných změn a efektu provedené komplexní onkologické léčby. Doporučený interval kontrol v prvním roce po ukončení onkologické léčby je v rozmezí jednoho až tří měsíců, v dalším roce pak dvou až čtyř měsíců,

v následujících letech je interval čtyři až šest měsíců a po pěti letech od ukončení léčby přichází pacient na kontrolu zpravidla jednou za rok.

Funkce štítné žlázy (hladina hormonů štítné žlázy) je kontrolována v intervalu šesti až dvanácti měsíců kvůli riziku poškození funkce štítné žlázy po ozáření.

Hodnocení léčebné odpovědi

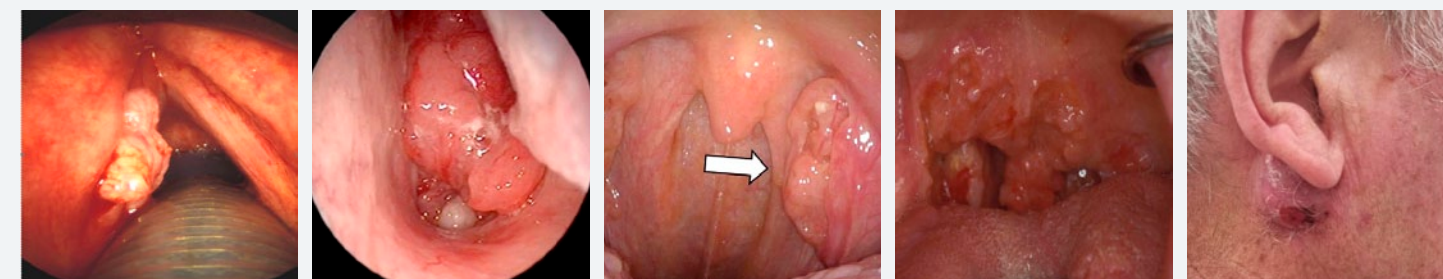
Po ukončení radioterapie či chemoradioterapie provádíme kontrolní CT nebo MRI vyšetření zpravidla tři měsíce po ukončení léčby, v případě podezření na přetrvání nádorové nemoci eventuálně i dříve. Pokud je v této fázi podezření na pokračování nádorové nemoci lokoregionálně, zvažuje se použití léčebné metody, která dosud nebyla v léčbě použita, nebo reoperace (opětovná operace). Ke zhodnocení efektu léčby v období tři až šest měsíců po léčbě lze s výhodou využít PET/CT vyšetření.

Další vyšetření zobrazovacími metodami je dále doporučováno jen dle symptomatologie nebo v případě podezřelého klinického nálezu.

Rentgenové vyšetření srdce a plic je indikováno jednou ročně k vyloučení metastazování nádorového onemocnění.

■ **MUDr. Petr Vítek**
Onkologické oddělení

Etiologie (příčina vzniku) nádorů v ORL oblasti není zcela jasná. Je prokázán přímý vliv kouření a konzumace alkoholu (zejména tvrdého) na zvýšený výskyt nádorů v této oblasti. I když incidence nádorů způsobených kouřením a konzumací alkoholu v posledních letech klesá, můžeme pozorovat přesun, zejména u nádorů



Karcinom hlasivky vlevo – endoskopický nále
Karcinom nosohltanu s prorůstáním do nosní dutiny vlevo – endoskopický nále
Karcinom tonzily
Rozsáhlý karcinom měkkého patra oboustranně
Karcinom kůže

hltnanu, do mladších věkových skupin (30–40 let věku). Toto je způsobeno infekcí viru HPV (lidský papilomavirus), jehož některé typy jsou zodpovědné (stejně jako např. u gynekologických nádorů) za tento jev. Vzhledem k rozdílné biologické povaze HPV pozitivních nádorů v ORL oblasti dochází v posledních letech k přehodnocení náhledu na toto onemocnění a úpravě léčebné strategie.

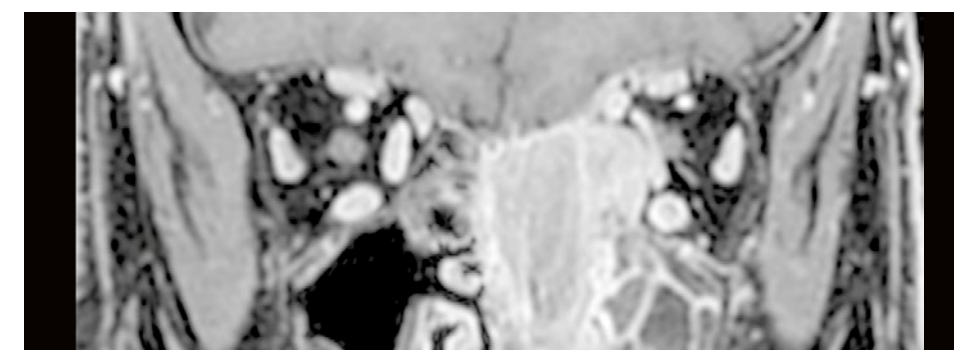
Projevy nádorů hlavy a krku se liší v závislosti na oblasti, ve které se vyskytují. Mezi nejčastější patří rezistence v oblasti krku (projev rozšíření nádorového onemocnění do oblasti krčních uzlin), chrapot (u nádorů hrtanu) či bolestivost při polykání (nádory hltnanu). Mezi méně časté projevy patří nosní obstrukce (nádory nosu a nosohltanu) či krvácení. Kvůli rozličnosti projevů přicházejí pacienti v různých stádiích onemocnění.

O strategii terapie nádorů v ORL oblasti rozhoduje multidisciplinární ORL onkologický tým ve složení otorinolaryngolog a onkolog a dle potřeby jsou k plánování terapie přizváni lékaři dalších odborností (plastický chirurg, neurochirurg, stomatochirurg). Ve většině případů je primární (prvotní) léčba chirurgická a sestává z radikálního odstranění nádorového ložiska a téměř vždy operačního výkonu na spádových krčních uzlinách, které bývají postiženy až v 80%. Velmi často po primární chirurgické terapii následuje terapie onkologická (radioterapie, chemoradioterapie). V některých případech (například pokud rozsah nádoru neumožňuje operaci, či u konkrétních typů nádorů) je prvotní léčba onkologická a chirurgická terapie je ponechána jako léčba záchranná při persistenci (přetrvávání) či recidivě (znovuzplanutí) onemocnění. Vzhledem ke složitosti ORL oblasti (přítomnost

kriticky důležitých struktur, jako jsou nervy a cévy aj.) a jejímu přímému podílu na základních lidských potřebách (příjem potravy a dýchání) je každý operační výkon v této oblasti zatížen rizikem trvalých následků pro pacienta. Může se jednat o poruchy či nemožnost příjmu stravy ústy, nutnost zajištění dýchacích cest tracheostomií (tzv. slavíkem), omezenou hybnost horních končetin či estetický dopad po výkonu v této exponované oblasti (obličej a krk). Vzhledem k tomu je při plánování chirurgické terapie důležité poučit pacienta o předpokládaných omezeních, která z této terapie budou vyplývat, a naplánovat pro něho pooperační rehabilitační režim. V rámci pooperačního režimu úzce spolupracujeme s logopedy (terapie poruch polykání a řeči), foniatry (poruchy tvorby hlasu) a fyzioterapeuty (dechová rehabilitace, rehabilitace omezené hybnosti končetin aj.).

I přes pokrok v medicíně a všeobecný posun ke zdravému životnímu stylu jsou nádory v ORL oblasti časté, a zůstávají tak velkým společenským problémem. Vzhledem k jejich lokalitě a možným trvalým dopadům pro pacienta po jejich terapii je nutný komplexní a individuální přístup k jednotlivým pacientům, který může zajistit pouze mezioborová spolupráce.

■ **prim. MUDr. Pavel Střihavka**
Oddělení otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku



Maligní melanom nosní dutiny s prorůstáním do očníce vlevo – snímek z magnetické rezonance

Nádory v ORL oblasti

Nádorová onemocnění v ORL oblasti představují velmi různorodou skupinu onemocnění, která se liší typem biologického chování, histopatologickými vlastnostmi a prognózou. Nejčastěji bývá nádorovým onemocněním postižena oblast hrtanu či hltnanu, v menší míře se pak vyskytují nádory slinných

žláz, dutiny nosní a vedlejších dutin nosních nebo nádory nosohltanu. Nádorová onemocnění ORL oblasti se nejčastěji vyskytují u osob kolem 50 let, přičemž u mužů jsou tyto nádory častější než u žen (2,3 : 1). Celosvětově jsou nádory v oblasti hlavy a krku devátým nejčastějším nádorovým onemocněním.

Přínos a možnosti plastické chirurgie u onkologických ORL pacientů

Onkologická onemocnění v oblasti hlavy a krku představují jednu z největších výzev moderní medicíny. Kromě ohrožení života pacienta často znamenají výrazné funkční a estetické změny, které mohou mít hluboký dopad na kvalitu jeho života. U těchto pacientů hraje plastická chirurgie klíčovou roli při obnově ztracených funkcí a vzhledu. Díky moderním technologiím a postupům je možné dosáhnout výsledků, které nejen prodlouží život, ale také zlepši kvalitu života po nemoci.

Význam plastické chirurgie v multidisciplinárním přístupu

Léčba pacientů s diagnostikovanými nádory v oblasti ORL vyžaduje spolupráci mezi mnoha specialisty – otorinolaryngology, stomatochirurgy, onkology, plastickými chirurgy, radiology, logopedy a dalšími odborníky. Plastická chirurgie zde má specifický úkol: řešit defekty vzniklé po chirurgickém odstranění nádorů, ať už se jedná o kůži, měkké tkáně, svaly, nebo kosti. Cílem je nejen funkční, ale také estetická obnova.

Hlavní metody a možnosti plastické chirurgie

■ Mikrochirurgické rekonstrukce

Mikrochirurgické techniky dnes představují zlatý standard v rekonstrukci rozsáhlých defektů hlavy a krku. Plastický chirurg využívá tkáně z jiných částí těla, které coby tzv. **volné laloky** mikrochirurgicky přenáší do postižené oblasti. Tyto tkáně jsou pod mikroskopem napojeny na cévy a někdy i nervy v místě defektu. Jde o časově i technicky velmi náročné operace, pomyslný vrchol oboru plastické chirurgie. To, že se v českobudějovické nemocnici daří mikrochirurgické rekonstrukce pravidelně provádět, je zásluhou nejen týmu plastické chirurgie, ale prakticky všech,

kdo s kým s pacienty s tak komplexní a složitou diagnózou přijdou do styku. Bez značné dávky entuziasmu všech zúčastněných by toto nebylo myslitelné.

Při rekonstrukci defektů u onkologických ORL pacientů nejčastěji používáme následující volné laloky:

Přenos lýtkové kosti (volný fibulární lalok): Tento lalok se nejčastěji používá k rekonstrukci dolní čelisti, méně často pak dalších částí obličejového skeletu. Lýtková kost je pevná a dostatečně dlouhá, aby nahradila rozsáhlé defekty, navíc je zde možné tkáň odebrat bez výrazného omezení funkce dolní končetiny.

Volný radiální předloketní lalok:

Tento lalok je tenký, ohebný a ideální pro rekonstrukci měkkých tkání, například jazyka nebo sliznic ústní dutiny, což přispívá k obnově funkcí, jako je polykání a řeč.

Tzv. ALT lalok: Volný lalok odebraný z přední a boční oblasti stehna se používá k pokrytí větších defektů. Obsahuje dostatek tkáně pro rekonstrukci měkkých tkání krku nebo obličeje a lze jej přizpůsobit konkrétnímu případu.

■ Místní laloky

Zde využíváme tkáň z blízkého okolí defektu, kterou různými způsoby do defektu přesouváme. Nejčastěji takto rekonstruujeme menší kožní defekty, dále jde o nevhodnější způsob rekonstrukce zevních tkání nosu.

■ Vzdálené laloky

Před nástupem mikrochirurgie šlo o nejčastější způsob rekonstrukce. Tkáň z jiné části těla se přesouvá na výživové stopce, která je rozpojena až po vhojení tkáně, zpravidla po třech až čtyřech týdnech. U řešení onkologických ORL diagnóz se do dnešní doby dochoval

zejména přesun stopkovaného velkého prsního svalu a jeho různé modifikace.

Rekonstrukce klíčových oblastí

Nos: Rekonstrukce nosu patří k největším výzvám, protože nos má nejen estetický, ale i funkční význam. K řešení rozsáhlejších defektů nosu lze využít tkání z čela, které jsou svým charakterem nosnímu krytu nejbliže (hovoříme o tzv. čelním laloku). V případě ztráty chrupavky je možné ji nahradit materiálem odebraným z žeber nebo ušního boltce.

Jazyk: Rekonstrukce jazyka je klíčová pro obnovení schopnosti mluvit a polykat. Nejčastěji se využívá volný radiální lalok z předloktí, který poskytuje tenkou, flexibilní tkáň s dobrým prokrvením.

Čelist: Při ztrátě části dolní čelisti po odstranění nádoru je nejčastější metodou rekonstrukce volný fibulární lalok. Tento postup obnovuje nejen estetiku obličeje, ale také funkci žvýkání.

Krk: Rekonstrukce krku je náročná kvůli složitosti struktur v této oblasti. Použití anterolaterálního stehenního laloku je zde často využívanou metodou, která umožňuje obnovu větších defektů. Dále se zde často využívají místní i vzdálené laloky, jako již zmiňovaný stopkovaný velký prsní sval.

Psychologický přínos plastické chirurgie

Kromě obnovení funkcí plastická chirurgie zásadně ovlivňuje psychologický stav pacienta. Možnost vrátit se k normálnějšímu vzhledu a funkcím pomáhá zvyšovat sebevědomí, usnadňuje návrat do společnosti a snižuje negativní psychické dopady onemocnění.

■ **MUDr. Tomáš Votruba**
Oddělení plastické chirurgie

ORL onkotým pohledem patologa

Patolog je nedílnou součástí týmu, který se zabývá léčbou pacientů s onkologickým onemocněním hlavy a krku, kam řadíme nádory dutiny nosní, nosohltanu (nasopharyngu), vedlejších dutin nosních, ústní části hltanu (oropharyngu) včetně mandlí a kořene jazyka. Patří sem také nádory slinných žláz, hrtanu a štítné žlázy. Naše práce je těsně navázána na další odbornosti medicíny, jako jsou otorinolaryngologie (známé jako ORL), chirurgie, onkologie, radiologie, molekulární biologie a genetika nebo nukleární medicína.

Na základě histopatologického vyšetření nádorové tkáně stanovujeme přesnou diagnózu, přičemž zařadíme nádor podle platné klasifikace vydané Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a určíme stadium onemocnění dle TNM klasifikace. Velice důležitým faktorem pro prognózu je vztah nádoru k resekcími liniím a okolním tkáním a také zhodnocení lymfovaskulární invaze (zda byly rakovinné buňky pozorovány v cévách) a perineurální propagace nádoru (zda roste podél nervu).

Nejčastějšími nádory dutiny ústní, oropharyngu, kořene jazyka a hrtanu jsou velmi agresivní dlaždicobuněčné karcinomy (zhoubné nádory epitelových buněk např. buňky sliznice dutiny ústní aj.), které poměrně časně metastazují do lymfatických uzlin. Mezi nejčastější dlaždicobuněčné karcinomy řadíme konvenční a HPV-asociovaný dlaždicobuněčný karcinom. Dlaždicobuněčný karcinom je velmi agresivní nádor, který poměrně rychle zakládá metastázy v lymfatických uzlinách. Pokud se metastatické postižení lymfatické uzliny potvrdí, je nejdůležitější určit, kde se nachází původní nádor. Původní, tzv. primární nádor, může být nádor v dutině ústní, nádor jazyka, hrtanu, ale i nosohltanu. Nutné je vyloučit primární vznik nádoru

v plicích a u žen v oblasti vnějšího genitálu a děložního hrdla. Ve většině případů je nutné, aby náš nálezní odpovídal výsledkům zobrazovacích metod. Od lokalizace primárního nádoru se potom odvíjí další léčba dle platných doporučených postupů.

HPV-asociovaný dlaždicobuněčný karcinom vzniká na podkladě infekce lidským papilomavirem (tj. virová infekce) podobně jako většina dlaždicobuněčných karcinomů děložního čípku nebo anorektální oblasti (řit' a konečník). Přítomnost lidského papilomaviru v nádoru ověřujeme imunohistochemicky protilátkou p16, popřípadě HPV testací ve spolupráci s molekulárním genetikem z Laboratoře molekulární biologie a genetiky. Tento typ dlaždicobuněčného karcinomu má lepší prognózu než konvenční dlaždicobuněčný karcinom.

Diagnostickou výzvu představují některé málo diferencované a vzácnější nádory jako je např. nasopharyngeální karcinom, NUT karcinom, což je velmi vzácný a agresivní typ nádoru v oblasti hltanu, nebo některé typy lymfomů. Pokud se jedná o vyšetření možného recidivujícího karcinomu po již proběhlé léčbě např. radioterapii, bývá vzorek obtížně hodnotitelný kvůli změnám, které napodobují maligní nádor. Patolog tedy musí mít s těmito změnami zkušenosti, aby je dokázal odlišit od opravdové recidivy nádoru. V tomto případě nám také pomáhají správně zvolené imunohistochemické protilátky.

Ve slinných žlázách jsou nejčastější nezhoubné nádory (benigní tumory) jako např. pleomorfní adenom, Warthinův tumor, myoepiteliom či bazocelulární adenom. Méně často jsou ve slinných žlázách zastoupeny primární zhoubné (maligní) nádory jako je mukoepidermoidní karcinom, adenoidně cystický karcinom, případně

vzácný karcinom z acinárních buněk, sekreční karcinom (MASC – mammary analogue secretory carcinoma) či salivární duktální karcinom. Správně je diagnostikovat je však pro léčbu pacienta rozhodující. Zejména u salivárního duktálního karcinomu je nutné v součinnosti se zobrazovacími metodami vyloučit metastazující ložiska nádorového onemocnění, kdy počátek nádorového bujení je v mléčné žláze.

Další poměrně velkou skupinu pacientů, které v ORL onkotýmu řešíme, tvoří pacienti s primárním maligním nádorem štítné žlázy. Papilární karcinom štítné žlázy představuje přibližně 85 % všech karcinomů štítné žlázy. Morfologicky je nutné přesně odlišit jednotlivé varianty papilárního karcinomu, protože se liší v tom, jak agresivně se chovají. Papilární karcinom z vysokých nebo cvočkovitých buněk má velmi špatnou prognózu oproti tzv. enkapsulovanému papilárnímu karcinomu nebo papilárnímu mikrokarcinomu. Pro všechny varianty papilárního karcinomu štítné žlázy je typická patologická varianta genu BRAF, která je zodpovědná za rakovinného bujení a vznik nádoru. BRAF mutaci můžeme vyšetřit ve spolupráci s molekulárním genetikem z Laboratoře molekulární biologie a genetiky.

Dalšími častými nádory z buněk štítné žlázy jsou folikulární adenom či onkocytom. Jedná se o nezhoubné typy nádorů, které se mohou klinicky jevit jako osamocený atypický uzel štítné žlázy. Folikulární karcinom může být v některých případech těžké odlišit od folikulární varianty papilárního karcinomu štítné žlázy. Zde nám pomáhá imunohistochemické vyšetření a molekulárně genetická vyšetření.

Velmi důležité je správně rozpoznat specifický medulární karcinom štítné žlázy, který morfologicky věrně napodobuje ostatní karcinomy štítné

žlázy, ale vzniká z tzv. parafolikulárních C-buněk štítné žlázy. V těchto případech nám pomáhají správně zvolené imunohistochemické protilátky a molekulárně genetická vyšetření. Léčba pacientů s medulárním karcinomem totiž probíhá zcela odlišně v porovnání s ostatními maligními nádory štítné žlázy.

ORL onkotým má po společné diskuzi a po získání všech informací o nádoru za úkol navrhnout cílená vyšetření a terapii tak, aby byl pacient léčen v souladu s trendem personalizované medicíny. Na žádost onkologa můžeme provést vyšetření tzv. prediktivních markerů, které dávají představu o tom, jak bude organismus pacienta pravděpodobně

reagovat na navrhovanou personalizovanou léčbu. V tomto kontextu provádíme u metastatických dlaždicobuněčných karcinomů hlavy a krku imunohistochemické vyšetření exprese PD-L1. Pro správné zhodnocení vzorku nádoru patologem je nutné mít k dispozici dostatečné množství vzorku „živého“ nádoru, což u malého vzorku získaného při endoskopickém odběru může být v některých případech problém. Pokud máme k dispozici celý nádor, např. po chirurgickém odstranění nádoru, je množství nádorové tkáně dostačující.

V současnosti je pro dlaždicobuněčné karcinomy hlavy a krku k dispozici moderní imunoterapie, např. pembrolizumab a jiné

moderní onkologické přípravky, které jsou pacientovi indikovány v komplexních onkologických centrech, mezi něž patří i Komplexní onkologické centrum Nemocnice České Budějovice, a.s. S využitím všech dostupných vyšetřovacích metod můžeme pomoci klinickým kolegům naplánovat léčbu onkologických pacientů s nádory hlavy a krku tak, aby byl předpokládáný léčebný výsledek pro pacienta co nejlepší.

■ **MUDr. Adéla Stehlíková**
Patologické oddělení

Všechna vydání
Nemocničního
zpravodaje
si můžete kdykoli
přečíst on-line

www.nemcb.cz
sekce TISKOVÉ CENTRUM



POCHVALA

Chtěl bych tímto vyjádřit své velké poděkování pracovníkům Gastroenterologického oddělení, konkrétně MUDr. Kobzové a celému jejímu týmu, za profesionální výkon při mém vyšetření. Díky tomu jsem se cítil velmi dobře a celý zákrok proběhl bez komplikací. Jejich lidskost a ochota mi velmi pomohly překonat obavy a snášet celý zákrok mnohem lépe.

F. S.

Vzdělávání

Město, které nikdy nespí, aneb pět týdnů v newyorské Lenox Hill Hospital

Letošní říjen pro mě byl opět ve znamení zahraničního stážování. Naskytla se mi neuvěřitelná příležitost strávit celý měsíc na prestižním neurochirurgickém oddělení nemocnice Lenox Hill Hospital, která leží přímo v srdci Manhattanu. Oddělení vede energický a stále usměvavý profesor David Langer, který letos v dubnu navštívil naši nemocnici. Právě tento fakt a také má loňská stáž v USA přispěly k tomu, že jsem se mohla podívat do města, které nikdy nespí.

A tak jsem na začátku října opět sbalila svoje dva velké kufry a vyrazila směr další dobrodružství. Přílet do New Yorku a první seznámení s městem pro mě bylo vskutku hektické. Vzhledem k tomu, že v New Yorku žije tolik lidí jako v celé naší republice, první dny jsem prožívala kulturní šok. Všudypřítomní lidé všech národností, hluk a absence respektování dopravních předpisů doprovázená používáním klaksonu (podle mě



Central Park

částečně i jen tak pro radost) mi ukázali tuto obrovskou metropoli ve všech barvách. Po zabydlení v apartmánu nedaleko Central Parku jsem hned druhý den ráno vyrazila na kliniku. Lenox Hill je poměrně malá nemocnice, najdete ji nedaleko Páté avenue. V posledních letech se proslavila zejména seriálem, který je ke zhlédnutí na platformě Netflix. Hned poté, co jsem konečně trefila správný vchod, mě mile překvapila vřelost celého personálu. Seznámila jsem se s profesorem Langerem a jeho týmem a rovnou jsme vyrazili za pacienty.

Americký zdravotní systém je typický svou individualizovanou péčí, co se týče výběru ošetřujícího lékaře. To vidím asi jako hlavní rozdíl mezi jejich a naším zdravotním systémem. Lékaře si zde pacienti vybírají podle recenzí a objednávají se přímo k němu. První setkání probíhá v ambulanci,

kde je probrán a navrhnout léčebný postup, a pokud pacient souhlasí, stará se o něj pouze daný lékař. Na našem oddělení jsme zvyklí přijít ráno do práce a projít vizitu na celém oddělení. V USA se lékaři starají jen o pacienty, které sami operují, a to v rámci péče předoperační i pooperační. Na oddělení je samozřejmostí neustálá přítomnost dalšího personálu – sestřiček, residentů (mladých lékařů bez atestace) a tzv. physician assistants, kteří jsou něco mezi sestrou a lékařem. Dalším rozdílem je i rozvržení pracovního týdne. Chirurg má většinou dva dny operační (pevně dané), které tráví téměř celé až do pozdních hodin na sále. Operační sál je třeba si předem pro své případy rezervovat. Další dva dny jsou v rámci ambulance, kam přicházejí noví či stávající pacienti, a poslední den, většinou pátek, je určený k dohánění restů, vědecké práci i výuce.



Empire State Building



Manhattan



Socha svobody

Na zdejší oddělení pracuje celkem sedm lékařů. Každý se specializuje na jinou část neurochirurgie. Měla jsem možnost strávit každý den s někým jiným, na sále či v ambulanci. Pracovní dny končily většinou kolem šesté hodiny večer, ale všechno čas strávený na klinice stál za to. S profesorem Langerem, který se specializuje

na cévní neurochirurgii, jsem viděla provedení mozkového bypassu (spojky), ošetření aneuryzmatu (cévní výdutě), odstranění nádoru blízko mozkového kmene, ale i operace páteře.

Další pro mě zajímavou příležitostí bylo nahlédnutí do nám příbuzného oboru, a to intervenční radiologie. Každé pondělí jsem tak strávila na speciální angiologie, kde jsem měla možnost vidět ošetření aneuryzmatu přes třísko pomocí katétru nebo třeba embolizaci (ucpání) tepny jako léčbu chronického subdurálního hematomu (krvácení pod plenu mozkovou).

Další zajímavostí, se kterou jsem se zde setkala, je i nově vznikající obor zvaný neuroplastika. Lékař má atestaci z neurochirurgie a zároveň i plastické chirurgie. Věnuje se většinou pacientům, u kterých došlo, nejčastěji v rámci onkologického onemocnění, k poškození kostí či kůže na hlavě. U těchto pacientů pak nejen odstraní nádorové ložisko, ale provede i plastiku tak, aby pacienti netrpěli kosmetickým stigmatem po náročných a často deformujících operacích. K tomu lékaři využívají počítačové modelování a 3D tisk, aby byli schopni pacientům vytvořit kostní ploténku přesně na míru.

Mezi další operační výkony, které jsem viděla, patří operace pro mozkové nádory, operace páteře

a další. Na rozdíl od naší nemocnice není Lenox Hill traumacentrem, takže všechny úrazy hlavy a páteře jsou transferovány do nejbližší nemocnice.

Neméně důležitou součástí práce kliniky je výzkum, kdy má každý chirurg vlastní výzkumnou skupinu. Lékař John Boockvar, který je zástupcem profesora Langer, vede už několik let výzkum zaměřující se na glioblastom, vysoce maligní nádor mozku. Jeho nadšení pro věc bylo neskutečné. Každý den přicházel s novým nápadem, novou publikací či směrem, kam by se mohla léčba dále posouvat. Terapii vždy striktně individualizují a řídí dle genetických vlastností nádoru v úzké spolupráci s onkology a histopatology.

Další z lékařů, Randy D'Amico, cílí svůj výzkum na využívání virtuální reality v rámci předoperačního plánování a následně i operací. Před operací nahrají snímky (nejčastěji z magnetické rezonance) do systému a prohlíží si nádor z každé strany, pozorují jeho vztah k okolním strukturám a plánují tak každý krok operace dopředu. Svoje myšlení posouvá i dál a snaží se do těchto hologramů (modely, které jsou vytvořeny virtuální realitou) implementovat i bílou hmotu – tedy část mozku, která je zodpovědná za přenos informací a kterou je během operace vždy potřeba chránit.

Profesor Langer se potom věnuje využívání ultrazvuku v neurochirurgii. Například pacienty, u kterých by hrozil rozvoj hydrocefalu (hromadění mozkomíšního moku v mozkových komorách), vyšetřuje pouze ultrazvukem přes speciální krycí ploténky, které vkládá během operace místo kostní ploténky a které je možné prosvítit ultrazvukem. Minimalizuje tak potřebu CT vyšetření hlavy, tedy záření, ale i čas samotného vyšetření.

Dalším jeho projektem je tzv. Playback Health. Jedná se o počítačový program, který během ambulantního vyšetření nahrává rozhovor lékaře a pacienta společně se záznamem obrazovky se snímky z magnetické rezonance či CT. Nahrávka je následně zaslána pacientovi na e-mail a ten si potom doma v klidu může rozhovor znovu projít, případně ho ukázat rodině, aby společně probrali možnosti. Výzkum totiž ukázal, že bohužel až 70 % pacientů odchází z ambulance, aniž by si zapamatovali vše potřebné o svém zdravotním stavu a možnostech léčby – vzhledem k množství informací a stresu ze samotného pobytu na ambulanci.



MUDr. Barbora Musilová, Jason Wick, MD (resident), Zoey Croft (research fellow), Jack Hops (instrumentační sestra na sále)

Celá klinika je perfektním zázemím pro lékaře, ale i studenty. Zároveň se mnou zde byli na stáži studenti z Itálie a Nizozemska. Za celý rok se tu vymění přes dvě stě zahraničních studentů a mladých lékařů. Místo nabízí

prostor k vlastní práci, konverzacím odborným, ale i neodborným.

Opravdu všichni lékaři i sestry ke mně byli velice vstřícní a vždy s velkým nadšením odpovídali na mé zvědavé dotazy. Navíc na klinice aktuálně byli dva tzv. research fellows – jedná se o studenty, kteří jsou po střední škole a v dalším roce se chystají nastoupit na lékařskou fakultu. Většina z nich si nechává jeden rok před medicínou volný a tráví ho na oddělení, kam by v budoucnu chtěli nastoupit. Je to pro ně neskutečná příležitost, jak poznat chod oddělení, kolegy i samotný obor. Jejich hlavní náplní práce je především výzkum, psaní publikací, administrativní starost o pacienty, přítomnost na sále, ale také zajištění stáží pro další studenty a mladé lékaře. Myslím, že je to naprosto skvělá příležitost, jak získat ještě před zahájením studia medicíny perfektní znalosti o vysněném oboru. Z mé strany jim patří veliké díky, jelikož mi se vším pomohli. Ukázali mi, kde najdu tzv. scrubs (oblečení, ve kterém se chodí v nemocnici), poradili mi cestu na operační sál a zejména pak cestu do místní kantýny, kde se vydával oběd a kde byla i kavárna.



Brooklyn Bridge



Hlavní vchod Lenox Hill Hospital



MUDr. Barbora Musilová, David Langer, MD



Zleva: Brianna Suff (research fellow), MUDr. Barbora Musilová, Zoey Croft (research fellow), Stephanie Bloom (physician assistant)

Lékařská mise v Ghaně: Pomoc, která má smysl

Od okamžiku, kdy jsem ukončil studium medicíny, jsem se chtěl jako lékař zúčastnit mise v rozvojové zemi. Se zájmem jsem proto sledoval kolegy, kteří jezdili na mise s Lékaři bez hranic. Až do loňského roku jsem si o misích jen četl. V létě mě oslovil prof. MUDr. Jiří Skála-Rosenbaum, MHA, Ph.D., přednosta Ortopedicko-traumatologické kliniky 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (FNKV) s nabídkou účastnit se v říjnu dvoutýdenní mise v Ghaně.

Mise je realizována v rámci programu MEDEVAC Czech (zkratka z „medical evacuation“), což je zdravotně-humanitární program Ministerstva vnitra České republiky. Ten se zaměřuje na poskytování bezplatné lékařské péče zranitelným skupinám obyvatelstva v různých částech světa. Léčebná péče je poskytována výhradně civilistům a je hrazena Českou republikou. Počátky tohoto programu sahají až do roku 1993 a jsou spojené s válečným konfliktem v Bosně a Hercegovině.

Náš lékařský tým byl kromě mě (traumatologa) složen z lékařů z FNKV – ortopedů prof. MUDr. Jiřího Skály-Rosenbauma, MHA, Ph.D., a MUDr. Radka Bartošky, Ph.D., a anesteziologa MUDr. Davida Omáčky. Nedílnou součástí týmu byly dvě instrumentační sálové sestry z FNKV Leona Nachtmanová a Martina Banýřová a koordinátorka celé mise Štěpánka Kulháňková.

Ghana je majoritně křesťanská země v západní Africe. Na rozloze třikrát větší, než je Česká republika, žije přibližně 33 milionů obyvatel. Tato rozvojová země patří k největším producentům zlata v Africe.



Vyšetření dětského pacienta s vrozenou vadou nohy

Ghana byla v historii kolonizována řadou zemí, které z ní vyvážely zlato a později i otroky. V současné době se vlivem mnoha faktorů potýká s chudobou.

Ghana čelí mnoha problémům s poskytováním adekvátní zdravotní péče, a navíc se nachází v oblasti s výskytem malárie. Funkční zdravotní pojištění zde prakticky neexistuje a pacient musí platit za veškeré zdravotní služby. Na léčbu se často skládá celá rodina a platí opravdu za vše – za léky potřebné k operaci, jako jsou antibiotika a anestetika, za obvazy nebo sádku a samozřejmě i za pobyt v nemocnici a práci lékaře.

Protože velká část obyvatel nemá finanční prostředky ani na základní zdravotní péči, často se svěřují do rukou různých léčitelů či kmenových šamanů. Výsledky jejich „terapeutických postupů“ ale ve spoustě případů vedou k neuspokojivým výsledkům i osobním tragédiím.

Naše mise probíhala v Cape Coast Teaching Hospital ve městě Cape Coast, které je od hlavního města Akkra vzdálené přibližně čtyři hodiny jízdy po prašných cestách. Bylo naplánováno osm operačních dní. K dispozici jsme měli dva operační sály, které byly základně vybaveny, a to jak starým operačním stolem,

Mé víkendy v New Yorku byly ve znamení poznávání Manhattanu. A tak jsem první víkend vyrazil na prohlídku nedalekého, ale rozlehlého Central Parku. Překvapilo mě, že byl plný běžců, lidí na kole, na procházce, ale i umělců, rodin, psů a zejména zvědavých a občas až drzých veverek. Kdo by čekal, že alespoň v parku bude chvíli klid, ten by byl zklamán. Ze všech stran byla slyšet hudba, křik, zahraniční turisté či malé, ale hlučné stánky s občerstvením. Další dny jsem se vydala poznávat řeky, které Manhattan obklopují. Na jedné straně se nachází řeka Hudson, dost široká na přistání letadla. Na druhé straně je pak East River, na které lze jako jeden ze způsobů dopravy využít trajekt.

Nevynechala jsem ani návštěvu slavné sochy Svobody na Liberty Island. Během cesty jsem sice přemýšlela,

kolik lidí je potřeba k tomu, aby se loď potopila, nebo zda se skutečně překlopíme, zejména ve chvíli, kdy pouze z jedné strany lodi byl ten správný výhled. Celý výlet ale stál za to, majestátnost a krása stavby mi naštěstí pomohly zapomenout na ostatní polovinu světa, která se mnou na ostrov vyrazila.

Další víkendy jsem pak vyplnila procházkami po Brooklyn Bridge, Páté avenue a zpět přes Times Square a kolem Empire State Building. Upřímně mám pocit, že ani nebylo možné všechno a všechny v New Yorku vnímat. Město nabízí nepřehledné množství zábavy, ať už sportovní, kulturní, gastronomické, nebo jiné. Začala jsem souhlasit s myšlenkou, že New York není místo, ale je to pocit. Je plné neutuchající energie, lidí, života, a bohužel také švábů. :)

Ze stáže si odnáším nespočet nových znalostí, zážitků, ale i nové známosti z řad perfektních neurochirurgů a jejich týmů. Všichni ke mně byli vstřícní, snažili se mi předat maximum a s čímkoliv mi pomoci. Stáž mě v rámci neurochirurgie opět posunula, dodala mi novou motivaci a ukázala mi směry a možnosti, kam se dál vyvíjet a posouvat.

Nesmírné díky patří naší nemocnici, která mi absolvování stáže umožnila a podpořila mě. Dále bych ráda poděkovala našemu primáři doc. MUDr. Jiřímu Fiedlerovi, Ph.D., MBA i celému kolektivu neurochirurgie. V neposlední řadě chci poděkovat i své rodině, která se podobně jako minulý rok ujala kocoura Jarmila. Tentokrát mi ho vrátili jen o dvě až tři kila těžšího. :)

■ **MUDr. Barbora Musilová**
Neurochirurgické oddělení

tak lampami a hemokoagulací (zařízením k zástavě krvácení). Na jednom ze sálů byl k dispozici i rentgenový zesilovač (tzv. C-rameno) potřebný při operacích některých úrazů.

Již před naší cestou byl do nemocnice přes českou ambasádu dopraven spotřební materiál a základní nástroje a instrumentária pro naši práci. Místní primář nám předem zaslal prezentaci pacientů (včetně rentgenové dokumentace), které sám indikoval k operaci. První den jsme těchto přibližně 60 pacientů prohlédli a pečlivě jsme z nich vybrali ty, kdo naši pomoc potřebovali nejvíce. Jednalo se zejména o pacienty s těžkou artrózou kyčelního kloubu, způsobenou v řadě případů i srpkovitou anémií, a o pacienty s pakloby (špatně zhojenými zlomeninami) dlouhých kostí, zejména dolních končetin. Další skupinou byli dospělí i děti se špatně zhojenými zlomeninami, zánětlivými píštělemi a sekvestry (odumřelými částmi) dlouhých kostí. I když jsme některé pacienty z operačního programu vyřadili, počet operací každý den narůstal. Operovali jsme totiž i pacienty s akutními úrazy, které byly následkem dopravních nebo pracovních nehod.



Náš tým. Přední řada zleva: prof. MUDr. Jiří Skála-Rosenbaum, instrumentační sestry Leona Nachtmanová a Martina Banýřová, anesteziolog MUDr. David Omáčka; v zadní řadě zleva: MUDr. Karel Holub a MUDr. Radek Bartoška



Spolupráce s místními lékaři byla důležitým prvkem naší mise

Před každým pracovním dnem jsme připravili operační program tak, že jsme začínali tzv. čistými výkony, aby nedošlo ke kolizi s potřebou použití rentgenového zesilovače a abychom měli k dispozici správné instrumentarium a potřebné nástroje. Náš tým vždy spolupracoval s místním personálem, a to jak sesterským, tak i doktorským. Celkem jsme během osmi pracovních dní provedli 61 operací. Vzhledem k tomu, že se většinou jednalo o komplikované a delší operace, končil náš pracovní den až kolem 19. nebo 20. hodiny, často i později.

Někdy se objeví názory, zda má taková mise vůbec smysl. Na základě osobní zkušenosti musím odpovědět, že ano. Je pravda, že 61 provedených operací je

jen kapka v moři, že nemůžeme zachránit celý svět. Naši pacienti se ale často starají o celou velkou rodinu, a tak se přeneseně efekt operací mnohonásobně potencuje. Dále jsme motivačně a odborně působili na místní lékaře. Každý případ, který jsme operovali, jsme s nimi náležitě rozebrali a diskutovali. Místní lékaři nám při operacích asistovali, což byla více než vítaná pomoc. Tím, že jsme je naučili, jak některé typy onemocnění a úrazů operovat, se naše pomoc násobí. Také jsme pro místní lékaře připravili sérii odborných přednášek na traumatologická témata. Toto vše dohromady mělo obrovský vliv na kvalitu lokální zdravotní péče, což potvrzují reakce místních zdravotníků.

Tato mise ale velmi ovlivnila i mě. Posunul jsem se v rozhodování a operační technice s limitovanými zdroji. Měl jsem krásný pocit, že to, co jsem se doma za 20 let praxe naučil, mohu aplikovat i v zásadně sníženém komfortu v Ghaně. Viděl jsem případy, se kterými se v našich podmínkách nepotkáváme, a tak se mi pootevřely oči, jak je medicína pestrá.



Bezprostřednost dětí je na celém světě stejná

Profesor Skála-Rosenbaum před operací snímá „kartonovou“ fixaci u otevřené zlomeniny paže

Díky srovnání si člověk skutečně uvědomí, jak vynikající náš zdravotní systém je, i když řada lidí jej kritizuje. Velkou radostí mi byla skvělá spolupráce našeho týmu. Jsem velmi vděčný, že jsem mohl být jeho součástí.

Každému lékaři či zdravotníkovi velice doporučuji vyjet poznat jiný zdravotní systém a získat cenné zkušenosti. A nemusí to být jen do Afriky.

■ **MUDr. Karel Holub**
Oddělení úrazové chirurgie

Výpadky léčiv v České republice

Česká republika se podobně jako ostatní státy Evropy potýká s nedostatkem léčivých přípravků (LP). Aktuálně se situace lehce zlepšuje. Proč ale k výpadkům léčiv dochází?

Na tuto otázku není lehké odpovědět, protože se jedná o poměrně složitý problém. Mezi hlavní příčiny patří systém nízkých cen / nízkých úhrad léků. Léčivé přípravky v České republice podléhají složitě cenové regulaci, kterou řídí Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL). Léčivé přípravky vázané na recept (Rx přípravky) jsou u nás obecně velmi levné a často tak dochází k tzv. **reexportu léků**, kdy se léky dovezou na český trh, ale následně jsou vyvezeny/prodány do zahraničí za mnohem vyšší cenu, než za jakou by byly distribuovány v České republice. Přestože se státní orgány (SÚKL, Ministerstvo zdravotnictví České republiky) snaží tento problém řešit, dokud budou tak výrazné rozdíly mezi cenou přípravku v České republice a např. v Německu nebo v Rakousku, budeme se stále potýkat s reexportem – a v důsledku toho budou léky v českých lékárnách chybět. Na trend nízkých cen u Rx přípravků již některé farmaceutické firmy zareagovaly odchodem z českého trhu. I když se zatím jedná o jednotky případů, určité léky již u nás na trhu s léčivými nejsou k dispozici. Dalším faktorem, který v menší míře může přispívat k výpadkům, je jistá „neatraktivnost trhu s léky v České republice“. Česká republika je s 10 miliony obyvatel pro farmaceutické firmy malým státem, a pokud se v Evropě rozhodnou uvést lék na trh, mohou upřednostnit větší země, a to nejen Německo či Francii, ale také např. Polsko.

Dalším významným celoevropským faktorem je stárnoucí populace celé Evropy. Průměrná doba dožití obyvatel Evropy se zvyšuje, a jak lidé stárnou, častěji potřebují lékařskou péči. A s tím souvisí i vyšší potřeba léků.

Prognosticky se doba dožití bude zvyšovat, a logicky bude potřeba více lékařské péče a poroste i spotřeba léků. Statistická data za Českou republiku hovoří jasně: Spotřeba léků roste a bude růst i nadále.

Dalším faktorem, který se podílí se na výpadku léčiv v Česku, je „nízká variabilita léčivých přípravků“. Co to znamená? Léčivou látku, např. ibuprofen, dodává do České republiky více farmaceutických firem. Platí, že čím více firem dodává léčivý přípravek s obsahem ibuprofenu na trh, tím lépe. V situaci, kdy má jedna firma výpadek ibuprofenu, ostatní dodavatelé, kteří taktéž dodávají na trh léčivé přípravky s obsahem ibuprofenu, tento nedostatek snadno pokryjí. Problém může nastat, když určitou léčivou látku dodávají na trh pouze jedna nebo dvě farmaceutické firmy. Tento stav se označuje nízká variabilita léčivých přípravků. V praxi si toto můžeme ukázat na cytostatikách –základních léčivech používaných při léčbě onkologických onemocnění. Z tabulky vybraných základních cytostatických léčiv níže je vidět, kde je nízká variabilita, tedy že tyto léčivé přípravky jsou do naší země dodávány jen velmi malým počtem farmaceutických firem (MAH). Z tabulky vyplývá, že počet MAH v čase klesá. Nejvíce ohroženou skupinou cytostatik jsou léčiva, která do České republiky dodávají pouze jeden nebo dva dodavatelé.

Cytostatikum	Rok 2018	Rok 2024
Cyklofosfamid	1	1
Ifosfamid	1	1
Vinblastin	1	1
Vinkristin	1	1
Topotekan	7	2
Cisplatina	3	1
Paklitaxel	7	2

Nutno ještě zmínit, že firmy mají dopředu stanovené kvóty na léčiva na lékařský předpis. To znamená, že firma má roční plán, kolik balení daného LP do České republiky doveze. Pokud se první firma dostane do výpadku a LP do Česka nedodává, druhá firma není schopna zvýšit objemy dodávek léčiv právě z důvodu, že roční kvóta dodávek léčiva do České republiky je daná a neměnná. A tak i zde během doby dochází k výpadku (tzv. sekundární výpadek léčiva). Tyto situace nastávají právě u přípravků s nízkou variabilitou, mezi které řadíme i výše zmíněná cytostatika.

Čtenáři si možná vzpomenou na tzv. „Nurofenovou kauzu“, kdy v lékárnách chyběly sirupy pro děti s obsahem ibuprofenu. Pro rodiče malých dětí byla tato situace nemilá, ale nabízely se i jiné možnosti. Na trhu byly a jsou léčivé přípravky s obsahem jiných léčivých látek na řešení teploty a bolestivých stavů u malých dětí. Situace, kdy nemáte k dispozici základní cytostatika, je mnohem závažnější, a ne vždy lehce a rychle řešitelná. Navíc onkologický pacient potřebuje léčbu včas, čím dříve, tím lépe. Pokud léčivý přípravek není na trhu v České republice, je zde možnost mimořádného dovozu neregistrovaného LP, ale je nutno počítat s tím, že lhůta dodání tohoto LP může být až jeden měsíc. Navíc je tato procedura administrativně náročná a neregistrovaný LP často nemá úhradu ze zdravotního pojištění, tzn. pacient si ho musí uhradit.

Někdy může mít na možný výpadek léčiv vliv i nedostatek obalových materiálů, lék se sice vyrobí, ale není ho do čeho zabalit, chybí papír, popř. jiné pomocné obalové materiály. Doposud se na trhu s léčivými potýkáme s důsledky covidové pandemie a farmaceutický trh stále ještě nedostal do kondice, v jaké byl v době před covidem.

Přehledy / Seznam léčiv

V přehledu jsou uvedena hlášení podaná od 31.12.2007, tedy od data účinnosti novely zákona o léčivech č. 378/2007 Sb., která stanovuje držitelům rozhodnutí o registraci povinnost oznamovat SÚKL zahájení, přerušení nebo ukončení uvádění léčivých přípravků na trh.

Vyhledávání

Hledané léčivo (název přípravku, kód SÚKL, název ATC, kód ATC...)

Zobrazovat jen poslední hlášení k přípravku

Více parametrů vyhledávání Export do XLS Vyhledat

Léčivé přípravky

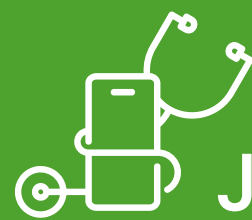
Kód SÚKL	Název přípravku Doplňk. názvu	ATC	LPD	Typ oznámení	Platnost od	Datum hlášení	Předpokládaný termín obnovy	Nahrazující LP
0148309	TULIP 40MG TBL FLM 90 I	C10AA05 ATORVASTATIN		Přerušení	10.03.2025	28.01.2025	30.04.2025	
0267753	TEREBYO 14MG TBL FLM 1X28 POUZDRO	L04AK02 TERIFLUNOMID		Přerušení	14.03.2025	28.01.2025	31.03.2025	
0189668	TELMISARTAN/HYDROCHLOROTHIAZID SANDOZ 80MG/25MG TBL FLM 30	C09DA07 TELMISARTAN A DIURETIKA		Přerušení	14.03.2025	28.01.2025	31.03.2025	
0013860	PAROLEX 20MG TBL FLM 30	N06AB05 PAROXETIN		Přerušení	04.04.2025	28.01.2025	30.04.2025	0150995, 0150997, 0232072, 0232070, 0030805, 0237993
0208323	ORTANOL 20MG CPS ETD 100 II	A02BC01 OMEPRAZOL		Přerušení	14.02.2025	28.01.2025	28.02.2025	0215604, 0215605, 0025366, 0212917, 0240712, 0240720, 0273783, 0140192, 0164967, 0185344, 0075166, 0115182, 0260768
0056804	FURORESE 40MG TBL NOB 50	C03CA01 FUROSEMID		Přerušení	17.03.2025	28.01.2025	31.03.2025	0090219, 0056005, 0269109
0221744	FUROSEMID HAMELN 10MG/ML INJ SOL 10X2ML	C03CA01 FUROSEMID		Ukončení	31.03.2025	28.01.2025		0116441, 0251021, 0260190, 0243407
0056011	FURORESE 20MG TBL NOB 50	C03CA01 FUROSEMID		Přerušení	04.04.2025	28.01.2025	30.09.2025	0056010, 0056012



Webové stránky SÚKL disponují aplikací Dostupnost léčiv <https://prehledy.sukl.cz/mr.html#/>, kde se po zadání názvu léku zobrazí aktuální informace, zda je daný lék ve výpadku a jak dlouho tento výpadek bude trvat.

Závěrem lze konstatovat, že i v roce 2025 musíme počítat s výpadky léčiv. Nemocnice České Budějovice, a.s., je ve velmi úzkém kontaktu se všemi významnými dodavateli léčivých přípravků (MAH). Společně se snažíme o zajištění kontinuity dodávek léčiv pro celý holding nemocnic Jihočeského kraje, aby byla zajištěna adekvátní lékařská péče jak pro pacienty hospitalizované, tak i ty ambulantní.

PharmDr. Barbora Vařejková
Lékárná



**Jihočeská
pohotovost**

**Kdykoli
a kdekoli
pro Jihočechy
zdarma**



ÚSPORA ČASU

osobní návštěvu pohotovosti lze nahradit, vyhněte se přeplněné čekárně

ONLINE JIHOČESKÁ POHOTOVOST

přístup k lékařské péči na dálku prostřednictvím Vašeho telefonu nebo počítače

REGISTRACE A SPOJENÍ

registrujte se, zadejte požadavek a lékař se s Vámi spojí do 30 minut formou videohovoru

KONZULTACE

získejte odborné informace, rady a doporučení ke zdravotnímu stavu bez osobní návštěvy ordinace lékařské pohotovosti

LÉKAŘ

praktický lékař pro děti a dorost nebo praktický lékař pro dospělé posoudí a doporučí léčebný režim, který doplníte volně prodejným lékem nebo lékem z vystaveného eReceptu

KDYKOLI A KDEKOLI PRO JIHOČECHY ZDARMA

v režimu 24 hodin 7 dní v týdnu, v tuzemsku i zahraničí



www.jihoceskapohotovost.cz



Jihočeský kraj

Výživa v chirurgii

Podvyživený chirurgický pacient je zatížen zvýšenou pravděpodobností vzniku komplikací, zvýšeným počtem rozpadlých střevních anastomóz (chirurgické napojení tlustého střeva po odstranění jeho části), prodlouženým a komplikovaným hojením operační rány, zvýšeným počtem infekčních komplikací a možným následným rozvojem multiorgánového selhávání. Malnutrice je poměrně častým jevem zvláště u onkochirurgických pacientů, seniorů a pacientů s chronickým onemocněním (např. IBD – Crohnovou chorobou). Na vývoji malnutrice chirurgického pacienta se podílí vlastní nemoc, omezení příjmu jídla v době kolem operačního výkonu a nechutenství v důsledku pooperační zánětové reakce.

Evropská společnost pro klinickou výživu a metabolismus (ESPEN) vydala v roce 2017 doporučení: Výživa v chirurgii. Výbor Společnosti klinické výživy a intenzivní metabolické péče (SKVIMP) sestavil pracovní skupinu složenou z chirurgů, internistů, anesteziologů a onkologa, jejímž úkolem bylo posoudit jednotlivá doporučení a adaptovat je na české prostředí. Pracovní skupina SKVIMP doporučení ESPEN převzala a vydala pod názvem Klinická výživa v chirurgii v roce 2018.

SKVIMP v doporučení definovala základní intervence v období kolem operace:

1. Dlouhodobá komplexní intervence nutričně rizikových pacientů s odložitelným výkonem v podobě nutriční intervence a pohybové rehabilitace v délce minimálně 4 týdnů. Intervence by měla vést ke zvýšení proteinové hmoty organismu a zvýšení funkční rezervy srdce a plic.
2. Krátkodobá nutriční podpora v délce 7 až 14 dnů u nutričně rizikových pacientů před velkou operací, typicky pro nádor trávicího traktu.

Intervence koriguje ztrátu minerálů, vitaminů a stopových prvků a zlepšuje pooperační reaktivitu organismu.

3. Pooperační nutriční podpora nutričně rizikových pacientů s cílem podpořit syntézu bílkovin a minimalizovat ztráty bílkovin.
4. Dlouhodobé nutriční monitorování a péče, pokud u pacienta přetrvává riziko vzniku malnutrice nebo došlo ke zhoršení již existující poruchy výživy.

Nutriční příprava nebo pooperační nutriční podpora není potřeba jedině u pacienta, který přichází k operačnímu výkonu s dobrou metabolickou rezervou, a díky tomu je u něj předpoklad, že bude mít plný perorální příjem obnovený do týdne od operace. Vždy je nutné mít na paměti, že i při zvýšení nákladů na předoperační přípravu je zlepšení nutričního stavu před plánovanou operací efektivnější než sebelepší pooperační umělá výživa.

VĚNUJTE POZORNOST VÝŽIVĚ

Nedostatečná a nesprávná výživa vede k malnutrici. Malnutrice zhoršuje průběh nemoci, komplikuje léčbu a zvyšuje úmrtnost pacientů. Všimněte si příznaků.

Malnutrice je řešitelná. Poradte se se svým lékařem nebo odborníkem na výživu. Hledejte informace z důvěryhodných zdrojů. Jednejte včas.



**NECHTĚNÉ
HUBNUTÍ**



**ZTRÁTA CHUTI
K JÍDLU**



**SLABOST
A ÚNAVA**



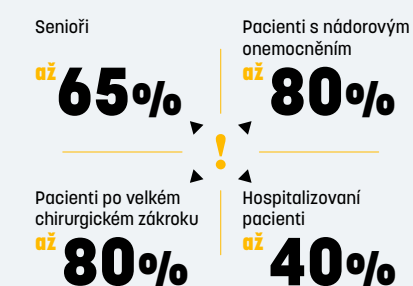
**ZMĚNY
NÁLADY**



OTOKY



KDO JE OHROŽEN MALNUTRICÍ



www.rizikamalnutrice.cz

Ověřené informace od zdravotnických odborníků pro vás a vaše blízké.

- Co je malnutrice v nemoci
- Jak ji poznat a jak jí předejít
- Kdo je ohrožený
- Co pro sebe můžu udělat sám
- Na koho se obrátit



Pod záštitou Ministerstva zdravotnictví České republiky

Výše uvedená doporučení SKVIMP se neobejdou bez rozsáhlé mezioborové spolupráce.

K naplnění prvních dvou bodů doporučení SKVIMP bylo nutné začít intervenovat potřebné pacienty ještě před hospitalizací na chirurgii. Nejschůdnější cestou, která byla nakonec v Nemocnici České Budějovice, a.s. zrealizována od ledna 2022, bylo zapojení nutričního terapeuta do onkochirurgického týmu. V praxi to probíhá tak, že pacienti, kteří absolvovali posouzení onkochirurgickým týmem s doporučením operačního výkonu, podstoupí ještě vyšetření nutričním terapeutem, který provede nutriční intervenci. Pacientům je doporučováno zvýšit příjem bílkovin (a dle potřeby i kalorií) a současně je doporučena i vhodná forma pohybu, aby došlo ke zvýšení proteosyntézy. V případě potřeby mají pacienti jedním z lékařů Chirurgického oddělení s funkční licencí F 16 (MUDr. Jan Beneš, MUDr. Jitka Pokorná, Ph.D., MUDr. Emil Skříšovský) předepsán sipping. Velmi úzce v tomto směru Chirurgické oddělení spolupracuje s Gastroenterologickým oddělením a shodně je prováděna předoperační příprava u vysoce rizikových pacientů s různými diagnózami, ale nejčastěji s nespecifickými střevními záněty (IBD – Crohnova choroba), enterální sondovou výživou (do trávicího traktu) i parenterální výživou podávanou do žil.

V rámci protokolu ERAS (rychlé zotavení po chirurgických výkonech) mají pacienti po velkých střevních operacích již v den operace nabídnutý sipping - popíjení umělé výživy s vysokým obsahem bílkovin. K perorálnímu příjmu je však

nutné přistupovat striktně individuálně, především u seniorů je zvracení spojeno s velkým rizikem vdechnutí.

Pacienti, kteří musí mít zavedenu derivační sondu skrz nosní dutinu do žaludku vzhledem k umělému napojení v horní části trávicího traktu, mají při plánovaných operacích zavedenu trojcestnou sondu. Žaludeční část je derivační (odvádí žaludeční šťávy) a ta část, která je zavedena do tenkého střeva, je využívána k výživě, prakticky od prvního dne po operaci. Enterální výživa má nezastupitelný význam, protože na rozdíl od parenterální výživy je fyziologická a kromě dodávky všech živin, minerálů, vitamínů a stopových prvků zabraňuje translokaci (přechodu) bakterií z tlustého střeva při nedostatečné výživě slizničních buněk střeva. U velmi rizikových pacientů, kteří podstupují rozsáhlé operace v horní části trávicího traktu (hemipankreatoduodenektomie) dle potřeby zajišťujeme chirurgickou výživu jejunostomií (chirurgicky zhotovený umělý vstup do tenkého střeva). Výhodou této formy intervence je to, že sonda neobtěžuje pacienta v nose a nosohltanu a je možné ji využívat dlouhodobě, řádově i několik měsíců.

Chirurgické gastrostomie jsou v současné době prováděny u pacientů, u kterých není technicky možné provést PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie). Jsou to nejčastěji pacienti po velmi rozsáhlých stomatochirurgických a ORL operacích pro onkologická onemocnění v oblasti úst a krku nebo s lokálně pokročilým nádorem před další onkologickou léčbou.

Domácí výživa do PEG, chirurgické gastrostomie, případně chirurgické jejunostomie vyžaduje rozsáhlou edukaci pacienta i členů rodiny a také patřičné materiální vybavení. V této oblasti Chirurgické oddělení úzce spolupracuje s metabolickou ambulancí Interního oddělení.

Podání parenterální výživy u hospitalizovaných pacientů nepředstavuje medicínský problém. V rámci předoperační přípravy se podává pacientům, u kterých nelze využít trávicí trakt. Pooperační parentální výživa je rezervována pro pacienty, kteří jsou malnutriční nebo s vysokým nutričním rizikem a enterální výživa je u nich kontraindikována, popřípadě je enterální příjem nedostačující. Ke krátkodobé parenterální výživě lze využít centrální žilní katetr, a pokud pacient není schopen enterální výživou dosáhnout 60–80% nutričních cílů, využíváme ji zcela běžně. Velkou výzvou jsou pacienti po rozsáhlých břišních katastrofách s četnými píštělemi nebo syndromem krátkého střeva s předpokladem dlouhodobé domácí parenterální výživy. U těchto pacientů včas zajišťujeme dlouhodobý žilní přístup (tunelizovaný katetr, PICC, port) a plynule pacienty předáváme do péče metabolické ambulance.

V současné době se Chirurgické oddělení při péči o nutriční pacienta v rámci předoperační přípravy, perioperační péče i pooperační péče neobejde bez mezioborové spolupráce.

■ **MUDr. Jitka Pokorná, Ph.D.**
Chirurgické oddělení

Enterální výživa (EV)

je přirozený způsob výživy – živiny (sacharidy, bílkoviny, tuky, vitaminy a minerální látky) jsou totiž přiváděny do trávicího ústrojí, kde stimulují sekreci gastrointestinálních hormonů a zapojují se tak do metabolických pochodů. EV se využívá u celé řady

diagnóz: chronická zánětlivá onemocnění střev v akutním zhoršení, např. ulcerózní kolitida, Crohnova choroba (pokud je zachována peristaltika), pacienti v intenzivní péči po popálení, v sepsi, s polytraumaty. Dále nachází EV uplatnění během předoperační přípravy podvyživených osob

a v pooperačním období zároveň s parenterální výživou, při syndromu krátkého střeva, chronické a akutní pankreatitidě, mentální anorexii, nádorové kachexii a u podvyživených starších pacientů. Dále sem patří nemocní s chronickými kachektizujícími infekcemi či HIV.

Sipping

je technicky nejjednodušší – jedná se o popíjení výživy v podobě malého



Příklady některých přípravků pro sippingovou výživu

nápoje. Většinu firemně vyráběných přípravků tvoří komplexní preparáty, ve kterých jsou veškeré složky výživy (sacharidy, bílkoviny, tuky, minerální látky, vitaminy, stopové prvky, voda) v náležitém množství a poměru. Jde například o preparáty značek Nutridrink, Resource, Fresubin či Ensure. Jednotlivé výživné nápoje mají různé varianty příchutí (vanilka, čokoláda, jahoda, banán, lesní směs, káva atd.), některé se vyrábí i bez příchutě.

Pro pacienty, kteří trpí nesnášenlivostí laktózy, je k dispozici i džusová varianta, která je ale nutričně neúplná, jelikož neobsahuje tuky. Pacient by měl vždy dostat na výběr z většího množství

příchutí a měl by mít možnost svůj výběr kdykoliv přehodnotit. Stále větší oblibě se těší krémové formy enterální výživy. Sipping nejčastěji podáváme jako doplněk k běžné dietě, pokud nemocný není schopen jíst dostatečné množství normální stravy. Jedná se o způsob, jak u pacienta zvýšit příjem bílkovin, energie, minerálních látek, vitamínů apod.

Sondová výživa

představuje další variantu enterální výživy. K výživě sondou přistupujeme, pokud pacient není schopen potřebnou dávku enterální výživy vypít. Sondou lze zavést do žaludku (nasogastrická),



Enterální výživa do sondy



Parenterální výživa – all in one systém

dvanáctníku (nasoduodenální) nebo do první kličky tenkého střeva (nasojejunální). Jestliže je nutné podávat enterální výživu sondou déle než 6 až 8 týdnů, zavádíme **punkční perkutánní endoskopickou gastrostomii (PEG) nebo perkutánní endoskopickou jejunostomii (PEJ).**

Parenterální výživa (PV)

se podává přímo do cévního systému, takže neprochází zažívacím traktem. To znamená, že se nejedná o fyziologický způsob dodávky živin. PV je určena pouze pro případy, kdy vinou závažné dysfunkce pacientova zažívacího traktu není možné plně či vůbec použít výživu enterální nebo z technických důvodů nelze zavést enterální sondu.

Srovnání enterální a parenterální výživy

Výživa	Výhody	Nevýhody
Enterální	<ul style="list-style-type: none"> fyziologická cesta podání zachována výživa střeva nižší náklady malé riziko komplikací 	<ul style="list-style-type: none"> průjmy zvracení riziko aspirace
Parenterální	<ul style="list-style-type: none"> definovaný přísun živin rychlá úprava případného metabolického rozvratu lze i při úplném chybění tenkého střeva 	<ul style="list-style-type: none"> nefyziologický přístup komplikace při zavádění katétru, metabolické, septické vyšší náklady

16. Rohovkový den

Dne 6. prosince 2024 se v Praze konal 16. ROHOVKOVÝ DEN. Tato konference, pořádaná Českou společností refrakční a kataraktové chirurgie ČLS JEP, je největší národní oftalmologickou akcí zaměřenou výlučně na rohovkovou problematiku. Program je sestaven ze zvaných přednášek, zpravidla odborníků z klinických pracovišť. Jejich zkušenosti přispívají k vysoké odborné úrovni konference a účastníci si díky danému tematickému zaměření mohou odnést cenné poznatky pro vlastní praxi.

Již tradičním úvodem konference bývá souhrnné sdělení MUDr. Jana Hamouze o celorepublikové statistice rohovkové operativy za minulý rok. Stejně jako v roce 2023 se naše oddělení umístilo na 5. místě v počtu provedených aplikací amniové membrány (membrány ze zárodečných obalů), což je nejvyšší počet ze všech neklinických (nefakultních) pracovišť. Aplikace (transplantace) amniové membrány je oční operace určená především k léčbě onemocnění povrchu oka, jako jsou například nehojící se defekty, vředy či autoimunitním

zánětem lyzovaná (rozpuštěná) rohovka. V letošním roce byla celá akce dále rozdělena do tří tematických okruhů: řešení rohovkových defektů, keratitidy (záněty rohovky) a rohovkové dystrofie (dědičná onemocnění rohovky).

Bylo mi ctí se aktivně zúčastnit a za naše pracoviště prezentovat příspěvek na téma infekční krystalinová (krystalům podobná) keratopatie.

■ MUDr. Nikola Járová
Oční oddělení

Studentky ze Slovenska absolvovaly v českobudějovické nemocnici odbornou stáž

V rámci evropského programu ERASMUS+, který podporuje mobilitu a spolupráci ve vzdělávání, zavítalo v prosinci do českobudějovické nemocnice na odbornou praxi sedm studentek čtvrtého ročníku oboru Praktická sestra ze Střední zdravotnické školy ve slovenské Trnavě. Společně s nimi přijela i jejich pedagožka.

Během čtrnáctidenní praxe absolvovaly studentky odborný výcvik na Interním, Chirurgickém, Neurologickém oddělení a na Oddělení úrazové chirurgie. Výcvik probíhal pod vedením pedagožek ze Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické v Českých Budějovicích.

Součástí stáže byly také exkurze na dialyzačním středisku, ve spánkové laboratoři a na Psychiatrickém a Rehabilitačním oddělení.

„Studentky byly s průběhem praxe velmi spokojené a ocenily trpělivý a ochotný přístup našeho personálu. Na závěr každá z nich obdržela certifikát o absolvování odborného

výcviku,” uvedla zástupkyně náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Mgr. Hana Dohnalová.

■ redakce



Tříkrálové požehnání v terminálu nemocnice

Dne 6. ledna již tradičně požehnali Tři králové naší nemocnici a zároveň zahájili Tříkrálovou sbírku Diecézní charity České Budějovice, která byla ukončena 14. ledna.

Ve statické kasičce umístěné v terminálu Nemocnice České Budějovice se vybralo 19 267 Kč. "Tříkrálová sbírka již 25 let probíhá napříč celou republikou. Do českobudějovické diecéze přinesla už téměř 130 milionů korun. Příběhy, kde tyto peníze pomáhají, jsou tak rozmanité jako charitní služby samy. Například v Trhových Svinech pomáháme několika rodinám v tíživé finanční situaci tím, že jim hradíme školní obědy pro děti. Na Pelhřimovsku se zase investují statisíce do vybavení pro mobilní hospicové služby. Jinde pomáháme v řádech desetitisíců s rehabilitacemi a zdravotními pomůckami pro děti nebo dospělé, kteří se perou se závažným onemocněním nebo hendikepem. Ve Strakonících zase výnosem ze sbírky dofinancováváme stavbu Domova klidného stáří sv. Anny v Sousedovicích, který zvýší jeho kapacitu i komfort, protože jak víme, míst pro seniory je v podobných zařízeních nedostatek. Investujeme do azylových domů pro



Dne 6. ledna již tradičně požehnali Tři králové naší nemocnici a zároveň zahájili Tříkrálovou sbírku Diecézní charity České Budějovice, která byla ukončena 14. ledna.

matky s dětmi i muže a podporujeme děti v nízkoprahových službách. Pochopitelně dlouhodobou prioritou je rozvoj naší pečovatelské či zdravotní služby. Je těžké něco vyzdvihnout, ale pokud bych přeci jen měl, je to nasazení našich koledníků a dárců.

Velmi si vážíme a děkujeme lidem, kteří mají otevřená srdce, sami často nemají na rozdávání, a přesto se rozhodnou věnovat svůj čas nebo peníze na podporu lidí v nouzi," říká Jiří Kohout, ředitel Diecézní charity České Budějovice.

■ redakce

pro období 1. 2. 2025 - 28. 2. 2025 nebo do vyprodání zásob

PODPORA IMUNITY U Dospělých GS Extra Strong multivitamin 100tbl.  439.- Kč 389.- Kč	PODPORA IMUNITY Walmark Zinek 15mg 90 tbl.  176.- Kč 135.- Kč	PODPORA IMUNITY U DĚTÍ Hliva Jack Hlivač pro děti tbl. 60+30 3D mořský svět  429.- Kč 389.- Kč	PODPORA STŘEVNÍ MIKROFLÓRY Hylak forte 100 ml.  255.- Kč 189.- Kč	PRO LEPŠÍ SPÁNEK Neospan Forte Swiss 45 tobolek  275.- Kč 255.- Kč	PŘI BOLESTI KRKU Jox 85mg/ml+1mg/ml kloktadlo 100ml  158.- Kč 129.- Kč	
PŘI RÝMĚ Olynt 1mg/ml nosní sprej 10 ml  120.- Kč 99.- Kč		PŘI SUCHÉM KAŠLI Robitussin ambroxolam na suchý dráždivý kašel 7,5mg/5ml 100ml sirup  274.- Kč 239.- Kč		PŘI VLHKÉM KAŠLI Robitussin expectorans na odkašlování 100ml sirup  274.- Kč 239.- Kč		PŘI CHRÍPCE A NACHLAZENÍ Paralen Grip chřipka a kašel 500mg/15mg/5mg, 24 tablet  209.- Kč 159.- Kč

POMŮCKY: TDL	ELEMENT	ZPŮSOBO- VAT ROZPAD	BÝVALÁ ZKRATKA NAŠÍ POLICIE	VČELÍN (ZASTAR.)	SYNOVÉ PANOVNIKA	KOVOVÝ PRVEK	ATLETICKÉ NÁČINÍ	INIC. SO- VĚTSKÉHO BIOLOGA LYSENKA	PATRIOTKA	PLANETA SLUNEČNÍ SOUSTAVY	PŘEDNÍ STRANA MINCE	ZAŘÍZENÍ K LOUV ÚHORŮ	DOMÁCKY ALOISIE	INICIÁLY HERCE PACINA	STÁTNÍ ARBITRÁŽ (ZKRATKA)
JEDNOBU- NĚČNÝ ŽIVOČICH						FORMÁT TV S VYSO- KÝM ROZ- LIŠENÍM				PŘESNĚ (HOVOR.)					
ZNAČKA NÁKLAD- NÍCH AUT BYV. NDR						OBCHODNÍ ŘEŤEZEC ČÁST MĚSÍCE				SVĚTADÍL LATINSKY „PRAVDA“					
INICIÁLY HEREČKY ZAWADSKÉ			1. DÍL TAJENKY VÁNOČNÍ PISEŇ											2. DÍL TAJENKY	ŘÍMSKÝ BUH LÁSKY (ZDROB.)
INICIÁLY FILOZOFY KOHÁKA				ČESKÝ PISNÍČKÁŘ ÚŽAS				LOVECKÝ PES DŘ. NÁZEV TOKIA				JAP. LOVKY- NÉ PEREL CHYTRÁK (NÁREC.)			
POSTŘIKO- VANÍ							PŮVODNÍ OBYVATEL ITÁLIE CHYBA						MLÁDKOVY INICIÁLY LITERÁRNĚ TVŮRIT		
	GOGOLŮV PSEUDO- NYM TEXTOVKA				ALKALOID V OPIU SEKNOUT						HAVELKŮV SYNKOPIC. ORCHESTR ŠALBA				
SLÍT PŘES CEDNÍK						FRANCOUZ- SKÝ „HORA“ ZÁPOR				VZOR (ZASTAR.) MPZ LITVY					
3. DÍL TAJENKY								NÁDOBKY NA INKOUST							
BUDOVA- TEL								DÝCHAVIČ- NÝ ČLOVĚK							

Vydává Nemocnice České Budějovice, a.s.

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

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

MUDr. Miroslava Nevšimalová, Mgr. Ondřej Scheinost (Centrální laboratoře), PharmDr. Barbora Vařejková (Lékárna)

Bezplatné | Náklad 2 000 ks | Pouze pro vnitřní potřebu Nemocnice České Budějovice, a.s. | DTP a tisk: Typodesign s.r.o.

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