

nemocniční zpravodaj

Leden
2026

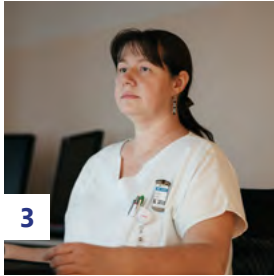
ČASOPIS FORBES ZAŘADIL PRIMÁŘE
ALEŠE CHRDLÉHO DO VÝBĚRU 50
NEJLEPŠÍCH LÉKAŘŮ V ČR

RADIOLOGIE JE PRO SOUČASNOU MEDICÍNU
NEPOSTRADATELNÁ. RÁDA BYCH, ABYCHOM BYLI
KLINICKÝM LÉKAŘŮM KVALITNÍMI PARTNERY
prim. MUDr. Markéta Brabcová



NEMOCNICE
ČESKÉ BUDĚJOVICE

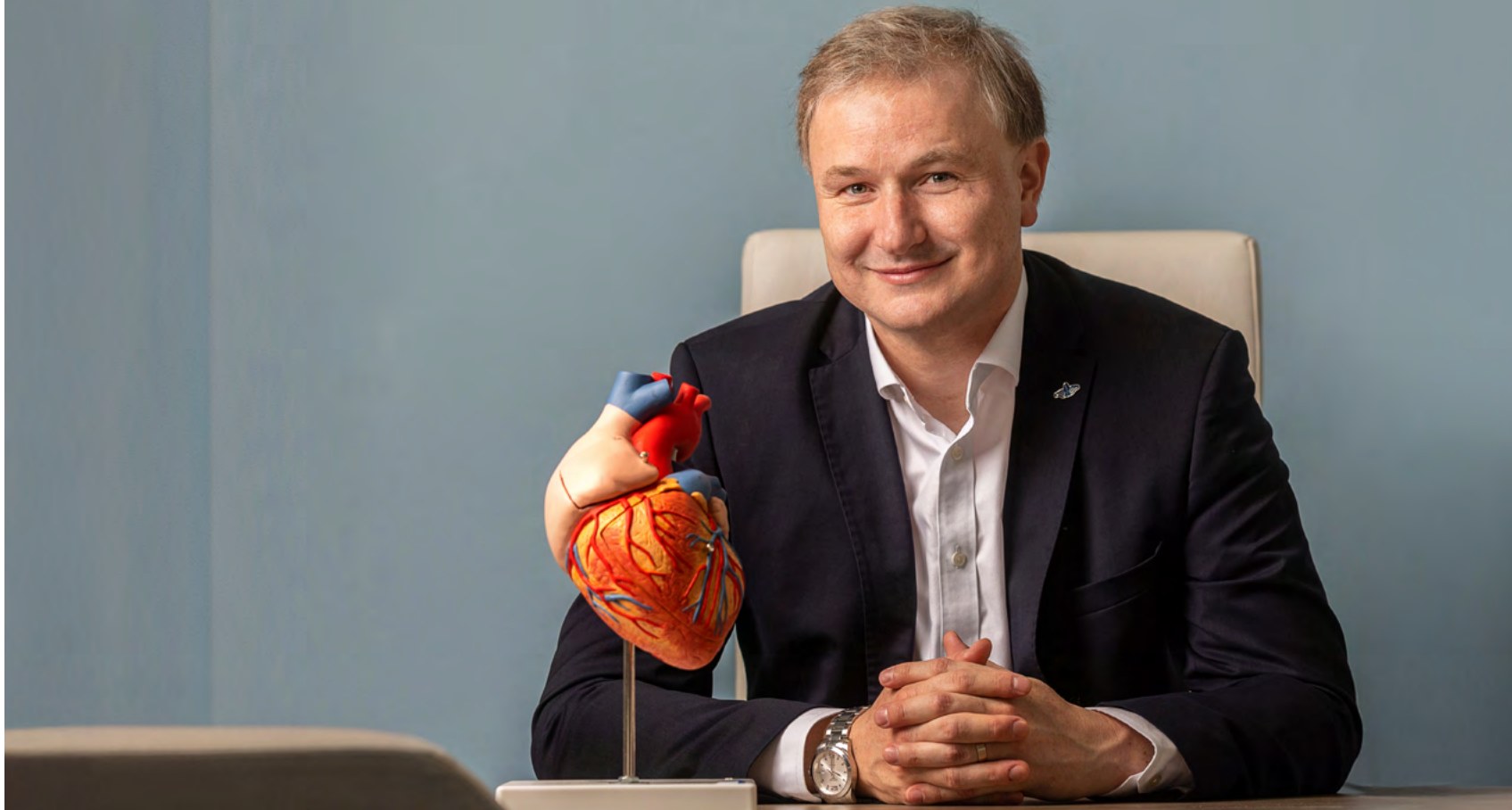
Obsah



- 1 Úvodník předsedy představenstva
- 2 Zaměřeno na nelékařské zdravotnické pracovníky
Mgr. Iveta Drábková
[Rozhovor](#)
- 3 Radiologie je pro současnou medicínu nepostradatelná. Ráda bych, abychom byli klinickým lékařům kvalitními partnery
Primářka MUDr. Markéta Brabcová
[Naše úspěchy](#)
- 7 Časopis Forbes zařadil primáře Aleše Chrdleho do výběru 50 nejlepších lékařů ČR
[Rozhovor](#)
- 8 V dnešní době dokážeme 90 % pacientů pomoci k návratu do běžného života již po několikátýdenní hospitalizaci
prim. MUDr. Jan Tuček, Ph.D.
[Lékárna](#)
- 14 Spoustu (kloubního) ZDRAVÍ DO NOVÉHO ROKU!
[Představujeme](#)
- 15 Tým Hemodialyzačního střediska interního oddělení
[Lexikon zdraví](#)
- 17 Až na dno
- 18 Vliv alkoholu na nervový systém
- 20 Kratom
- 22 Význam nutriční péče před, během a po operačním výkonu
[Vzdělávání](#)
- 24 Dětská paliativní péče v Nemocnici České Budějovice
- 28 Sjezd evropských cévních chirurgů otevřel možnosti mezinárodní spolupráce
- 29 19th World Congress of Neurosurgery - Stopa českobudějovické neurochirurgie v srdci moderního Orientu
- 30 Světový neurochirurgický kongres v Dubaji pohledem sester
- 31 AO Trauma kurz: Současné koncepty v diagnostice a léčbě infekce ve zlomenině
- 34 XVII. konference AKUTNĚ.CZ očima týmu ARO a RES Nemocnice České Budějovice
- 37 Stáž na Institutu Karolinska mě profesně i lidsky inspirovala
- 40 Fyzioterapeuti sdíleli své zkušenosti s péčí o extrémně nedonošená miminka
- 41 Tříkrálové požehnání v terminálu nemocnice

Na titulní straně prim. MUDr. Markéta Brabcová

■ Úvodník předsedy představenstva



Vážení čtenáři Nemocničního zpravodaje, konec ledna má jednu zvláštní vlastnost: většina tradičních předsevzetí už tou dobou prošla prvním střetem s realitou. Času je méně, povinností víc a „novoroční energie“ se pomalu rozplyne v běžném rytmu dnů. A přesto existuje jedno předsevzetí, které dává smysl právě tehdy, když opadne prvotní nadšení – protože není o velkých slovech, ale o konkrétním činu. Tím předsevzetím je dárcovství krve.

Krev je pro moderní medicínu nenahraditelná. Potřebujeme ji u akutních stavů, při operacích, u komplikovaných porodů, v intenzivní péči i u pacientů, jejichž léčba je dlouhodobá a náročná. Pro řadu lidí představuje transfúze most přes kritické období – čas, který umožní, aby další léčba zabrala, aby se organismus zotavil a aby se pacient mohl vrátit zpět do života.

Na rozdíl od mnoha léků krev neumíme vyrobit. Když je potřeba, musí být k dispozici díky tomu, že ji někdo předem daroval. A protože její složky mají omezenou trvanlivost, je pro nemocnici klíčové, aby přicházeli dárci průběžně – stabilně, po celý rok. Právě v tomto období je obzvláště důležité, aby se zásoby průběžně doplňovaly.

Možná jste o darování krve někdy uvažovali – a zatím jste se k tomu nedostali. Pokud hledáte rozhodnutí, které má jasný smysl i na konci ledna, je to právě toto. Je v něm lidská solidarita v té nejčistší podobě: pomoc někomu, koho neznáte, ale kdo ji může nutně potřebovat. Prvodárci jsou pro nás důležití. I když se někdy může zdát, že zásoby určité krevní skupiny jsou právě teď dostatečné, zařadíme je do registru dárců a můžeme je oslovit ve chvíli, kdy se potřeba změní. Je to jednoduchý princip, který v praxi zachraňuje čas – a někdy i životy.

Všem dárcům krve upřímně děkuji. Děkuji také kolegům z Transfúzního oddělení a stanice dárců za profesionální práci, díky které je celý systém bezpečný a spolehlivý – a díky které se darovaná krev skutečně dostane tam, kde je potřeba.

Pokud byste se chtěli zorientovat, na webu nemocnice najdete hned na hlavní stránce informace pro dárce krve včetně aktuální potřeby odběrů a praktických údajů. Stačí navštívit www.nemcb.cz.

Přeji Vám do dalších týdnů především zdraví, klid a dobrou energii. Ať se nám i v běžných dnech daří udržet to, na čem dobré zdravotnictví stojí: odbornost, důvěra a vzájemnou pomoc.

■ MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.



zaměřené na problematiku žilních vstupů, nutriční u pacientů nebo na biopsychosociální témata. Tam bych ráda vyzdvihla aktivitu Psychiatrického oddělení, které se významně podílí na vzdělávání našich zaměstnanců v této problematice. Jsem velmi ráda, že naše sestry nejsou pouze pasivními účastníky vzdělávacích programů, ale celá řada z nich se na vzdělávání našich nelékařských pracovníků podílí velmi aktivně, za což jim patří můj velký dík.

Sestry ale nejsou jedinými zástupci nelékařských profesí v naší nemocnici. Aby ošetrovatelská péče o pacienty mohla být komplexní, vysoce specializovaná a v souladu s doporučenými národními ošetrovatelskými postupy, pracujeme dnes v tzv. multidisciplinárních týmech. Vedle sester v těchto týmech pracují také fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, logopedi, ergoterapeuti, psychologové, laboranti, farmaceutičtí asistenti, sociální pracovníci a celá řada dalších profesí. Nezastupitelná je také role ošetrovatelek, sanitářek a sanitářů. Všichni se snažíme pracovat jako jeden tým a naším společným zájmem je zajistit pacientům holistickou (celostní) péči, která zohledňuje všechny aspekty jejich zdraví – biologické, psychické i sociální.

V průběhu letošního roku se nám v Nemocničním zpravodaji postupně představí některé týmy našich nelékařských pracovníků. Vykonávají každodenní rutinní činnosti, o kterých mnohdy vůbec nepřemýšlíme, ale které jsou pro zajištění kvalitní péče o pacienty nezbytné. Jsou takovými drobnými kolečky v dobře promazaném stroji/soukolí naší nemocnice.

Závěrem bych vám chtěla do nového roku popřát pevné zdraví a spokojenost jak v osobním, tak profesním životě.

■ **Mgr. Iveta Drábková**
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
hlavní sestra

Vážení spolupracovníci, milí čtenáři, máme tady leden, období, kdy většina z nás více či méně bilancuje rok uplynulý a plánuje rok nadcházející. Nevím jak vám, ale mně ten minulý utekl jak krajina za okny rychlíku. Také mám po ročním působení na nové pozici o čem přemýšlet. A jak již v prosincovém čísle zmiňoval náš generální ředitel MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D., i pro nemocnici byl rok 2025 poměrně náročný (reakreditace, otevření nových operačních sálů, volby, opuštění dolního areálu...), ale zároveň úspěšný.

Dovolte, abych vám všem – téměř 4 000 zaměstnancům naší nemocnice – poděkovala za skvělou práci, kterou jste odvedli a odvádíte. A protože zhruba polovinu našeho týmu tvoří nelékařské profese, ráda bych se jim teď věnovala podrobněji.

Práce sestry je pro zdravotnický tým klíčová, protože kombinuje vysoce odbornou ošetrovatelskou péči s moderními technologiemi a lidským přístupem. Sestra již není pouhým vykonavatelem pokynů, ale autonomním odborníkem odpovědným za kvalitu péče a bezpečnost pacienta. Tento trend klade vysoké nároky na celoživotní vzdělávání sester, které musí neustále rozvíjet své kompetence, a tak čelit výzvám moderního zdravotnictví. Také v naší nemocnici máme vysoce kvalifikované sestry – 735 sester absolvovalo specializační vzdělání v různých lékařských oborech, dalších 60 sester právě nějaký další obor studuje. Velké množství sester absolvovalo certifikované kurzy v různých specializacích, např. v hojení ran, péči o stomie, kompresivní terapii a v celé řadě dalších oblastí. V průběhu celého roku připravujeme pro naše sestry interní semináře, které jsou

RADIOLOGIE JE PRO SOUČASNOU MEDICÍNU NEPOSTRADATELNÁ. RÁDA BYCH, ABYCHOM BYLI KLINICKÝM LÉKAŘŮM KVALITNÍMI PARTNERY

Primárka MUDr. Markéta Brabcová vede od 1. ledna letošního roku Radiologické oddělení. Řízení oddělení pro ni není neznámou, protože se řadu let na vedení oddělení podílela, také jako zástupkyně primáře. V rámci radiologie se dlouhodobě specializuje na mamografii – tedy vyšetření prsou. Vedle jejich plánů s dalším směřováním oddělení je právě mamografie jedním z hlavních témat našeho rozhovoru.

■ **Váš předchůdce, MUDr. Petr Lhoták, se k radiologii dostal víceméně náhodou. Jaká byla vaše cesta k radiologii?**

Já jsem končila na lékařské fakultě na začátku tisíciletí. V tom období nemocnice napříč republikou čelily velkým finančním problémům. Chtěla jsem nastoupit do okresní nemocnice na oční oddělení, ale právě z finančních důvodů byl tehdy vyhlášen stop stav, a oddělení posléze

dokonce zaniklo. Nastoupila jsem tedy do českobudějovické nemocnice na Radiologické oddělení s tím, že stále budu zkoušet získat místo na očním. Ale už během prvního roku mi bylo jasné, že radiologie je pro mě to pravé a že už nikam jinam nechci.

■ **Čím si vás radiologie získala?**

Tím, jak se rychle vyvíjí a jak je pestrá. Když jsem nastoupila, zrovna probíhala digitalizace snímků – fyzické analogové snímky byly nahrazovány digitálními. Také se rozjížděl provoz magnetické rezonance. To vše na mě udělalo velký dojem. Lákalo mě, jak široké možnosti zobrazení dnešní radiologie má. A též mi po pravdě vyhovovalo, že ve srovnání s klinickými obory nejsme v tak intenzivním kontaktu s pacienty, ale přesto jim můžeme velmi pomoci. Po zhruba pěti letech, po své atestaci, jsem se pak více zaměřila na mamodiagnostiku a na spolupráci s neonatologickým oddělením.

■ **Od ledna působíte na pozici primárky. S jakou vizí jste se přihlásila do výběrového řízení?**

Původně ani nebylo mou ambicí usilovat o místo primárky. Měla jsem dojem, že primářem by měl být někdo erudovanější, než jsem já. Ale naše oddělení je ve velmi dobré kondici, a to jak přístrojově, tak personálně. Dovolím si říct, že máme na pracovišti velmi hezké vztahy, nejen mezi lékaři, ale i s radiologickými asistenty a sestrami. Zkrátka společně se nám dobře pracuje. Tedy já to tak cítím. Stála jsem o to, aby to tak zůstalo, protože mi na našem oddělení záleží. Pan primář Petr Lhoták mě podnítil, abych vystoupila ze své komfortní zóny a přihlásila se do výběrového řízení. Poté, co mě komise vybrala, mi také přislíbil podporu, za což jsem velmi ráda.



S organizací práce na oddělení jsem pomáhala řadu let, proto mám o chodu oddělení poměrně dobrý přehled. Rozhodně neplánuji aktuálně žádné velké změny, spíše pozvolné. Většina našeho přístrojového vybavení byla obměněna, kromě jednoho CT stroje. Zkoušíme program s umělou inteligencí na vyhodnocování snímků plic a kostí, ale výsledky jsou zatím ne zcela vyhovující. Takže žádný technologický převrat nás asi zatím nečeká.

Věřím, že spolu s mými zástupci, MUDr. Jindřichem Sovou a MUDr. Karlem Hesem, se nám podaří vést oddělení správným směrem.

■ Jaká je personální situace na vašem oddělení a jaký je zájem mladých lékařů o radiologii?

Personální situace je dost dobrá, i když stále by mohla být lepší. Máme takřka třicet plných úvazků – záměrně neuvádím lékařů, protože řada kolegů, a hlavně kolegyň, využívá možnosti práce na zkrácený úvazek. I díky tomu se daří dlouhodobě udržet na našem oddělení dostatek lékařů. Můj předchůdce také zavedl pro atestované lékaře možnost popisování snímků z domova – tzv. vzdálený přístup. Této možnosti jsem využila i já v rámci své rodičovské dovolené. Mohla jsem se tak mnohem dříve vrátit do práce v rozsahu, který mi vyhovoval.

V posledních letech je mezi lékaři absolventy o radiologii značný zájem. Máme na oddělení hodně mladých kolegů, kteří radiologii chtějí dělat již primárně. Těší mě, že mají o obor zájem. Myslím, že na nové mladé kolegy máme dlouhodobě velké štěstí. Kvůli omezenému náboru v minulosti, ale také kvůli odchodům lékařů na jiná pracoviště máme dnes nižší zastoupení lékařů ve střední věkové kategorii. Právě o tuto skupinu je potřeba také cíleně pečovat, například umožnit jim další vzdělávání. To se samozřejmě týká i mladých lékařů, kteří stojí na začátku své kariéry. Také možnost práce na zkrácený úvazek či práce z domova patří mezi důvody,



prim. MUDr. Markéta Brabcová

proč je o radiologii mezi mladými lékaři v poslední době takový zájem.

■ Jak probíhá adaptační proces nových kolegů?

Jak říkáme, každý radiolog musí mít hodně „nakoukáno“. To znamená, že čím více snímků vidí, tím si je v jejich hodnocení a popisech jistější. Nováčci se nejprve chodí dívat na jednotlivá vyšetření, poté začínají s popisy jednoduchých vyšetření a snímků. Postupně se učí popisovat CT vyšetření, ultrazvuk a posléze také snímky z magnetické

rezonance. Po celou dobu pracují pod dohledem zkušených kolegů.

Samostatnou specializací je intervenční radiologie. Jde o náročný obor, který vyžaduje velkou manuální zručnost. Na rozdíl od klasické radiologie se zde řeší akutní stavy, jako jsou například mozkové mrtvice. I zde noví lékaři postupují pod vedením zkušených kolegů – od nejjednodušších úkonů až po ty složitější.

Práce lékařů by se ale neobešla bez radiologických asistentů, kteří obsluhují

většinu přístrojů. Pro mě již nyní je, a doufám že i dále bude, oporou vrchní radiologický asistent Bc. Jan Veselý. Jsme rádi, že přímo v Českých Budějovicích na Zdravotně sociální fakultě je vyučován obor radiologický asistent. Na výuce studentů se aktivně podílíme. Vedle emeritního primáře MUDr. Petra Lhotáka zde studenty učí i MUDr. Roman Klus a dříve se na výuce podíleli mnozí další kolegové.

■ V loňském roce byl zahájen provoz nového hybridního sálu Kardiocentra, který umožňuje společné výkony chirurgů a intervenčních radiologů. Můžete přiblížit, jak tato spolupráce funguje a jakých výkonů se týká?

Nad hybridním sálem má patronát Kardiocentrum, respektive ředitel MUDr. Ladislav Pešl, ale provádějí se zde i výkony z cévní chirurgie. A právě s cévními chirurgy spolupracují také intervenční radiologové. V praxi to vypadá tak, že chirurg operuje například tepnu v tříse a poté intervenční radiolog endovaskulárně, tedy uvnitř cévy, pokračuje ve výkonu na tepnách dolní končetiny, kde dilataje balonkem zúžená místa, může vložit stent a tak podobně. Následně zase chirurg tříslu zašije.

Spolupráce na hybridním sále je teprve v počátcích, na ideální spolupráci a organizaci práce zde ještě pracujeme. Věřím, že do budoucna se spektrum výkonů nejspíše rozšíří. Nyní zde pracují MUDr. Jindřich Sova a MUDr. Karel Hes.

Chci ještě zmínit, že naši intervenční radiologové provádějí mimo jiné komplikované zákroky na mozkových tepnách a jejich rukama projde značná část pacientů s mrtvicí. Pro akutní případy jsou k dispozici nonstop. Dále provádějí široké spektrum cévních i mimocévních intervenčních výkonů.

■ V rámci přístrojové obměny jste pořídili i nový mamograf. Právě na mamografickém pracovišti působíte již řadu let. Jaká vyšetření

zde provádíte? Rozšířil nový přístroj vaše diagnostické možnosti?

Věnujeme se zejména předoperační a pooperační diagnostice, a to převážně u onkologických pacientek. Vedle klasického zobrazení umí nový mamograf provádět i tzv. tomografii, 3D vyšetření, kdy mamograf v rámci jedné dávky ionizačního záření dokáže vytvořit snímky několika vrstev prsu. Úplnou novinkou je pak kontrastní mamografie. Pacientce podáme nitrožilně kontrastní jodovou látku, kterou se nasatí nádorová ložiska, a tím se zvýrazní. Na mamografu díky tomu vidíme i ložiska, která jsou jinak skryta v normální žláze nebo jsou hůře zobrazitelná.

Vedle diagnostiky provádíme i značení malých nádorů, které jsou při operaci těžko dohledatelné. Do nádorů zavádíme v poslední době zejména magnetická zrna, která si chirurg najde sondou přímo v průběhu operace na sále.

■ Provádíte také screeningová mamografická vyšetření prsu?

Preventivní screeningová vyšetření provádí pouze specializovaná akreditovaná screeningová centra. My k nim nepatříme, přičemž v jižních Čechách jsou nyní k dispozici dvě. Naše pracoviště provádí mamografii pouze pacientkám i pacientům, kteří k nám byli odesláni na základě pozitivního nálezu ze screeningového centra nebo jsou léčeni na Chirurgickém či Onkologickém oddělení. Nejde tedy o screeningové, ale o diagnostické mamografie.

I když to není přímo věc našeho pracoviště, chtěla bych zde vyzdvihnout důležitost screeningových mamografických vyšetření. Program screeningu rakoviny prsu probíhá více než dvacet let. Za tu dobu se díky včasné diagnostice daří snižovat úmrtnost žen na karcinom prsu. Je opravdu důležité diagnostikovat nádory včas, dokud jsou malé a dobře léčitelné. Bohužel přes veškerou snahu na pravidelný screening chodí pouze přibližně 60 procent žen. To je hlavní

důvod, proč bohužel i dnes nejsou výjimkou ženy, kterým diagnostikujeme nádor ve velmi pokročilém stadiu.

■ Některé ženy mají z mamografického vyšetření obavy ať už kvůli ionizačnímu záření nebo kvůli bolesti. Jsou jejich obavy oprávněné? Jak je vyšetření zatěžující?

Vím, že se čas od času objeví nepodložené poplašné zprávy, třeba na internetu, že mamografie škodí. Rozhodně není žádný důvod se vyšetření obávat. Mamografické vyšetření představuje jen minimální radiační zátěž. 3D vyšetření na našem novém stroji má stejnou radiační zátěž jako klasické 2D vyšetření. Pro některé ženy může být mamografie nepříjemná, protože prsní tkáň je nutné do přístroje správně polohovat, a prs tudíž komprimovat. Vyšetření není příjemné, není pohodlné, ale může ženě zachránit život!

■ Prsa se vyšetřují i pomocí ultrazvuku. Jaký je rozdíl mezi ultrazvukovým a mamografickým vyšetřením prsu?

Každá metoda nám poskytuje trochu jiné informace. V prsech se mohou tvořit tzv. mikrokalcifikace, což jsou usazeniny vápníku v prsní tkáni. Jedná se o velmi malinké, takřka mikroskopické útvary, které odhalí pouze mamograf. Právě tyto drobné usazeniny se vyskytují v neinvazivních nádorech a mohou být předzvěstí nádorového bujení. Proto je důležité, aby ženy, jichž se screeningový program týká, chodily na mamograf. Ultrazvukové vyšetření samo o sobě je nedostačující, ale spíše doplňující.

Přibližně deset procent žen má extrémně hustou prsní tkáň, hovoříme o tzv. denzních prsou. Tato tkáň je na mamografu a obvykle i ultrazvuku obtížně vyšetřitelná, proto se do budoucna uvažuje o screeningu magnetickou rezonancí nebo kontrastní mamografií.

Magnetickou rezonanci využíváme k dovyšetření u některých typů nádorů prsu a také u pacientek

s genetickými mutacemi, které zvyšují riziko karcinomu prsu. Vysoce rizikové pacientky chodí v rámci onkogenetické prevence na vyšetření každý rok.

■ Co má případně žena dělat, když si nahmatá v prsu bulku?

Neprodleně se objednat na vyšetření – ať již ve screeningovém centru, nebo u nás. Lidsky chápeme, že nejistota, které musí žena čelit, pokud dostane termín vyšetření až za několik měsíců, je hrozná. Proto se ženy, ale i muži, protože i jich se bohužel rakovina prsu týká, snažíme objednat na ultrazvukové vyšetření v co nejkratší době.

■ Vaše práce zahrnuje i osobní konzultace snímků na jednotlivých odděleních. S kterými z nich spolupracujete nejčastěji?

Chodíme zejména na rentgenové vizity na Chirurgické, Interní a Plicní oddělení, na ARO, Oddělení následné péče, Onkologii, Neonatologii, ORL

a případně na další oddělení, kam si nás kliničtí lékaři vyžádají. Naši intervenční radiologové pak chodí na pravidelné vizity na Neurochirurgické oddělení. Pracujeme také v některých multidisciplinárních týmech.

Někdy mají lékaři otázky k našim popisům snímků. Nemusí jim být vše jasné, ale my zase nemáme kompletní informace o aktuálním stavu pacienta. Společně pak dáváme všechny informace dohromady, aby pacient dostal co nejlepší možnou péči. Stejně tak snímky běžně konzultujeme a v oddělení si radíme navzájem. V rámci radiologie popisujeme větší část vyšetření všichni, ale většina z nás má nějakou svoji specializaci. Jde například o magnetickou rezonanci prostaty, prsů, srdce, neonatologická vyšetření, ultrazvuk pro revmatologii apod. Spoustu snímků vidí dva lékaři, než vyhotovíme jejich finální popis.

Radiologie je komplementem, který je pro současnou klinickou medicínu nepostradatelný, stejně jako třeba laboratorní metody. Smyslem radiologie je klinickým lékařům poskytovat kvalitní informace, které jim pomohou určit správnou diagnózu a následně správně léčit pacienty. To je stěžejním smyslem naší práce. Byla bych velmi ráda, kdybychom si i do budoucna zachovali vysokou erudici a byli klinickým lékařům kvalitními partnery.

■ Ing. Veronika Dubská

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

POCHVALA

Vážený pane primáři Chrdle, vážená paní vrchní sestro Lískovcová,

v loňském roce jsem byl hospitalizován na Vašem oddělení. Chci Vám poděkovat za veškerou péči, kterou jste mi věnovali, a to od samého začátku, až do propuštění. Ale též i v následné ambulantní péči.

Vy a veškerý Vámi vedený personál odvádíte velice kvalitní zdravotnickou péči, na vysoké odborné i lidské úrovni. Toto Vaše starání zahrnuje nejen péči o tělo, ale i duši pacienta.

Umožnili jste mi totiž i využití péče nemocničních kaplanů, a to i v osobním setkáním s rozhovorem, modlitbou a čtením Božího slova.

Též chci vyjádřit vděčnost za skvělou a chutnou stravu. Víím, že jako lidé máme rozdílné chutě i stravovací návyky. Vaše jídlo však pro mě osobně vždy bylo vytržením z nemoci, a tak vlastně úspěšnou součástí léčby.

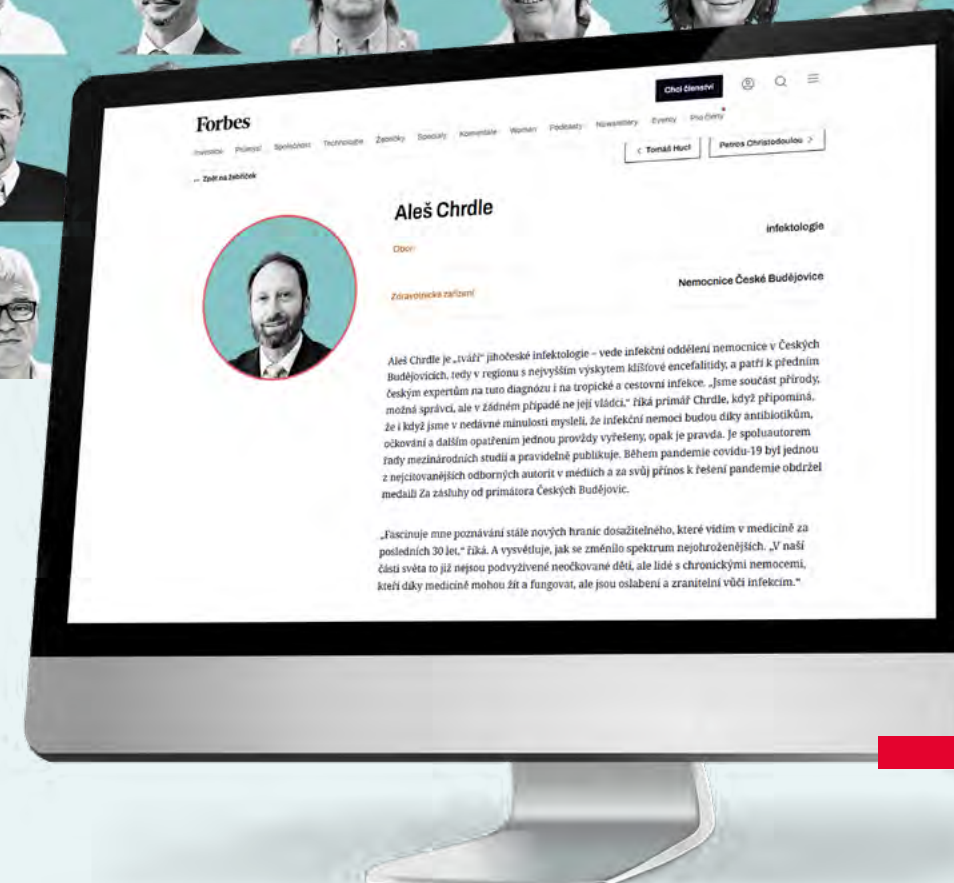
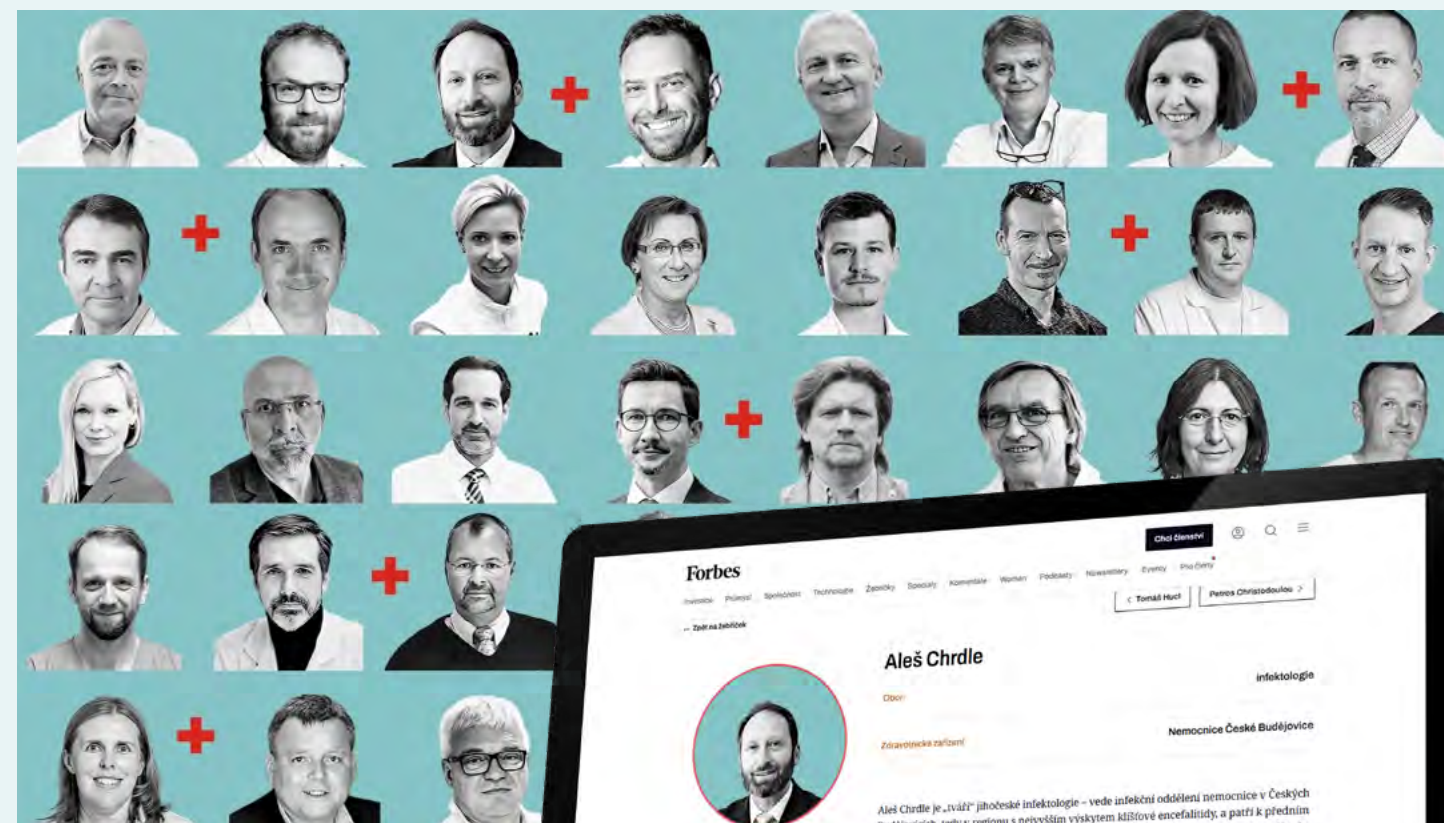
Přijměte prosím mé upřímné **PODĚKOVÁNÍ**.

S přáním pokojného začátku nového roku

Váš uzdravený

P. V.

Naše úspěchy



Časopis Forbes zařadil primáře Aleše Chrdleho do výběru 50 nejlepších lékařů ČR

Časopis Forbes každoročně vybírá 50 nejlepších lékařů České republiky. Do letošní TOP 50 byl zařazen i MUDr. Aleš Chrdle, Ph.D., primář Infekčního oddělení a ředitel úseku interních oborů českobudějovické nemocnice.

Umístění ve výběru je potvrzením jeho dlouhodobé odbornosti, manažerských schopností, lidského přístupu k pacientům i respektu, který si získal napříč odbornou veřejností.

Pane primáři, gratulujeme a děkujeme za skvělou reprezentaci naší nemocnice. Jsme rádi, že jste součástí našeho týmu.



V dnešní době dokážeme 90% pacientů pomoci k návratu do běžného života již po několikátýdenní hospitalizaci

V populaci přibývá duševních nemocí a řada z nich je velmi závažných. Jak se duševní onemocnění diagnostikuje a jaké jsou možnosti léčby, vysvětluje dlouholetý primář Psychiatrického oddělení českobudějovické nemocnice MUDr. Jan Tuček, Ph.D.

■ Pane primáři, co vlastně psychiatrie léčí a jak?

To je velmi obtížně zodpověditelná otázka, protože vlastně léčíme něco, co neexistuje. Říká se tomu lidská duše a vedou se spory, co to vlastně z filozofického i materiálního hlediska je. Já jsem vyrůstal ještě v době komunismu, kdy byl nosným tématem vědecký materialismus a duše neexistovala.

Vše bylo podloženo nějakou materií, hmotou. Přesto psychiatrie existovala a nemoci duše léčila.

Psychiatrie, stejně jako další medicínské obory, je založena na důkazech. Musíme se tedy zabývat lidskou psychikou, která má dle dosavadních poznatků sídlo v mozku. Ten je velmi neprobádaný a myslím se, že jsme teprve na počátku jeho poznávání. Takže je velmi obtížné říct, co vlastně léčíme. Nicméně postupujeme dál od úrovně makroskopických mozkových struktur přes neuropřenašeče umožňující komunikaci mezi buňkami až do buněčných jader, podle toho, jak je mozek strukturován a jak se v čase vyvíjí. To všechno jsou věci,

které jsme schopni více či méně ovlivňovat pomocí léků a psychofarmak. V současné době je velkým tématem mikrobiom – střevní mikroflóra, o které se tvrdí, že ovlivňuje naše chování i náladu. Nemůžeme tedy jednoznačně stanovit, co přesně psychiatrie léčí. Léčíme komplexně celého člověka.

Co se týče vlastní léčby, ta se rozděluje do dvou částí – farmakogenní (lékové) a psychoterapeutické. Psychofarmaka je vlastně ta materiální část, psychoterapie je o té duši. Ideální postup je někde uprostřed, kdy jsou zastoupeny oba přístupy.

■ Jak určujete správnou diagnózu?

Pozorováním chování pacientů a psychiatrickými vyšetřeními. To je strukturovaný rozhovor, který se musí psychiatr během své praxe naučit a vědět, na co se ptát, jak se ptát a jak odpovědi vyhodnocovat.

Řada kolegů říká: „Vy to máte jednoduché, vy jenom sedíte a povídate si.“ Ale tak to není. Psychiatr musí s pacientem strávit dlouhou dobu, opakovaně jej vyšetřovat a sledovat jeho chování a reakce, aby mohl stanovit diagnózu. Musíme také zjistit informace o prostředí, ve kterém vyrůstal, ve kterém aktuálně žije, dozvědět se, jak se chová k ostatním členům rodiny apod. Bavíme se i s rodinou a zjišťujeme, co a proč se tam děje.

Při stanovení diagnózy musíme být velmi pečliví a velmi opatrní. Musíme brát v potaz i to, že diagnóza může být pro pacienta stigmatizující. Může pro něj znamenat spoustu negativních změn v jeho životě, jako například ztrátu zaměstnání, řidičského oprávnění apod.

■ Jaké jsou nejběžnější diagnózy, které léčíte?

Největší skupinu tvoří pacienti se závislostmi – v dnešní době má přibližně 80–90% pacientů problémy se zneužíváním psychoaktivních látek. Vedle alkoholiků a závislých na pervitinu, jejichž množství je víceméně pořád stejné, významně narostl počet pacientů závislých na THC – marihuaně – a na nových drogách. Nejsme ale psychiatrická nemocnice specializovaná na tuto problematiku. Neléčíme tedy závislost jako takovou, ale komplikace vyvolané užíváním psychotropních látek. Marihuana může způsobovat projevy podobné schizofrenii. Pokud ji člověk včas nepřestane užívat, může dojít až k rozvoji skutečné schizofrenie. Pervitin zase způsobuje toxické psychózy – to znamená stavy, kdy je pacient vztahovačný, paranoidní, halucinující, agresivní apod.

Mimoto léčíme celé spektrum duševních onemocnění. Ta se v současné době dělí na tzv. organická a neorganická. Organická onemocnění jsou velmi zjednodušeně řečeno ta, která mají podklad zachytitelný zobrazovacími metodami nebo ve výsledcích měření, které jsme schopni hodnotit. Řada tělesných onemocnění se projevuje i po psychické stránce. Někdy jsou prvními příznaky tělesného onemocnění právě duševní choroby. Může se například jednat o nerozpoznanou cukrovku, která se projeví agresivitou, také infekční onemocnění, nádory apod.

Mezi nejzávažnější psychiatrické diagnózy patří schizofrenní okruh onemocnění. Ta mohou člověka doživotně handicapovat natolik, že končí v invalidním důchodu. Ale v dnešní době jsme schopni i pacienta se schizofrenií, pokud spolupracuje, zařadit zpátky do života.

Další velkou oblastí jsou poruchy nálady (od mánií po deprese) a neméně významnou skupinou pak úzkostné poruchy, kterých existuje celá řada. Sporadicky pak u nás hospitalizujeme pacienty s poruchou příjmu potravy či ADHD.

■ Jak závažné mohou být psychické nemoci?

Duševní nemoci jsou v porovnání s tělesnými nemocemi více invalidizující. Závažnost duševních chorob je vysoká a procento lidí s duševní nemocí v populaci neustále roste. Deprese je stejně smrtelné onemocnění jako onemocnění somatická – řada pacientů může na depresi zemřít navzdory správné léčbě, stejně tak jako může umřít pacient somatickému lékaři. Nejsme pány nad přírodou. Tělesné i duševní zdraví má primárně ve svých rukou pacient. Při léčbě jsme jako lékaři vlastně jen průvodci pacienta jeho nemocí.

■ Je možné duševní choroby zcela vyléčit?

Většina onemocnění je chronická a vyžaduje dlouhodobou léčbu. Ale to není nic, co bychom neznali ze somatických oborů. Například cukrovka a zvýšený krevní tlak jsou chronická onemocnění, se kterými se člověk naučí žít a neobtěžují ho, pokud bere správně léky. Dneska na člověku na první pohled nepoznáte, že se léčí s cukrovkou, a stejně tak to může být u pacienta s duševním onemocněním.

U onemocnění, které vzniklo vnějším stresem, je možné příznaky odstranit úplně. Ale většinou je léčba duševních onemocnění uměním možného. To znamená, že dokážeme pacientům pomoci natolik, že mohou žít běžným životem a naučit se s onemocněním nějakým způsobem fungovat. Pacientovi musíme říci, co je možné, a pak společně stanovit cíl léčby. Cílem může být vrátit se do společnosti a naučit se s příznakem žít tak, aby mě neznepokojoval a nebránil mi v běžném životě.

Pacienty s úzkostnými poruchami učíme úzkost zvládat. Úzkost je fyziologický projev, který zažívá každý z nás. Jen se s ním musíme naučit žít tak, abychom my ovládali úzkost, a ne úzkost nás.

Co se týče demence, ta je stále nevyléčitelná. Jediné, co jsme schopni nabídnout, je zpomalení průběhu a příprava rodiny na to, co je čeká a jakým způsobem to řešit.

■ Jsou psychická onemocnění dědičná?

Na to neexistuje jednoznačná odpověď. Dědičnost určitě hraje svoji roli, ale nemůžeme říct, že na 100% jsou všechna psychická onemocnění dědičná. Velkou roli při propuknutí duševního onemocnění hraje i prostředí, ve kterém pacient vyrůstal a ve kterém žije. Naším chováním jdeme často vstříc našim genetickým předpokladům. Pokud má někdo v rodině výskyt schizofrenie a bude užívat psychoaktivní látky, jako je třeba marihuana,

má daleko větší pravděpodobnost rozvoje tohoto onemocnění, než kdyby se těmto látkám vyhýbal.

Jsou také onemocnění, například úzkosti, kdy se zdá, že pacient reaguje pouze na vliv prostředí. Stejně ale musí být člověk určitým způsobem vnitřně nastaven k rozvoji úzkosti. Jedna a ta samá situace nemusí u někoho vyvolat žádný problém, u někoho jiného může spustit paniku a u dalšího spustí chronické úzkostné stavy. Závisí to velmi individuálně na struktuře osobnosti pacienta. A to je něco, co částečně dostáváme od svých předků, ale částečně se na tom podílí i způsob výchovy.

Když dítě vidí matku, která když kolem proběhne pavouk nebo myš, vyskočí na stůl a skáče z okna, je u něj velká pravděpodobnost, že od matky převeze tento způsob chování. Ale není to stoprocentní. Určitě nelze vše svalovat jen na rodiče. Ale prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, má na jeho vývoj jednoznačně velký vliv.

■ Již několikrát jste zmínil schizofrenii. Co vlastně schizofrenie je?

Schizofrenie je hodně široký pojem. Při schizofrenii v podstatě dochází k rozpadu osobnosti. Člověk vnímá své okolí jinak, než jej vnímá běžný jedinec, a může docházet k různým projevům této nemoci. Pokud to hodně zjednodušíme, u pacientů pozorujeme takzvané pozitivní příznaky a negativní příznaky.

Mezi pozitivní příznaky patří hlavně halucinace, bludy – představy, které nejsou reálné, ale pro pacienta jsou nevyvratitelné. Negativními příznaky jsou hlavně sociální stažení a oploštění emotivity. Člověk vypadá, že je mu vše jedno – nereaguje bolestí nebo smutkem na negativní události ani veselím na příznivé okolnosti. Přestává se zajímat o svoje okolí, začne zanedbávat sám sebe, stáhne se úplně mimo běžný život. Pokud není schizofrenie léčena, může být i velmi devastujícím onemocněním,



prim. MUDr. Jan Tuček, Ph.D.

které u některých pacientů vede až k úplnému oddělení se od světa a životu na okraji společnosti. V nejhorším případě může končit až sebevraždou.

Ale jak jsem již říkal, v dnešní době, pokud je pacient včas a adekvátně léčen, jsme schopni jej vrátit do běžného života – může mít rodinu, studovat a pracovat bez nápadných projevů nemoci.

■ Patří schizofrenie k nemocem, které se projevují na mozku?

Jsou tam jen velmi nespecifické nálezy, ze kterých nelze nemoc rozpoznat. Určité změny mohou napovídat, že by se schizofrenie mohla projevit.

■ Jak jste zmínil, řadu onemocnění již umíte potlačit či vyléčit. Má tedy moderní psychiatrie stále co nabídnout?

Určitě máme spoustu pacientů, kterým jsme pomohli, které jsme

vyléčili. Nemůžu říci, že nám pacienti chodí děkovat, protože málokterý z pacientů se veřejně přizná, že byl léčený na psychiatrii. Ale když se podíváte na známé osobnosti, řada z nich dnes již přiznává duševní nemoc. To velmi pomáhá k destigmatizaci duševních onemocnění.

Pokud jde o míru úspěšnosti léčby, schizofrenie se podle mého názoru příliš neliší od ostatních chorob. Stejně jako se vrací nedoléčení či nespolupracující pacienti na ostatní oddělení, vrací se i na psychiatrii. Máme určité procento pacientů, u kterých je léčba dobře nastavena a kteří již další hospitalizaci nevyžadují. A pak máme určité procento pacientů, se kterými je horší spolupráce a léčba není tak efektivní, jak bychom si představovali. Ti se potom do nemocnice vrací. Jedním z častých důvodů je, že pacient neužívá předepsané léky.

■ Jaký je rozdíl mezi „léčit duši“ a „léčit tělo“?

Myslím si, že léčit duši je ještě o něco zodpovědnější než léčit tělo. V somatické medicíně se lékaři mohou opřít o řadu zobrazovacích a laboratorních metod. V psychiatrii jde skutečně o umění rozpoznat, že se jedná o nemoc.

Někdy je hranice mezi normalitou a duševní chorobou velmi křehká, každý ji může mít nastavenou jinde. Umět rozpoznat, že už jsme tu hranici překročili, je někdy velmi náročné a obtížné. A jak už taky zaznělo, nemáme měřítko. Máme klinické psychology, kteří, když jsme na vážkách, mají svoje testové metody, které nám pomohou udělat nějaký závěr. Ale nezměříme, že máte schizofrenii. Máte úzkost? Ano, vnímáte ji, ale objektivizovat ji nijak nelze. Jde „jen“ o subjektivní prožívání pacienta. Umění je najít míru a říct: „Ano, tady už jsme za hranicí, ale tady ještě ne.“

■ Psychiatrie s sebou nesla jisté stigma – jak pro pacienty, tak pro lékaře. Jaká je vaše zkušenost?

Jeden z mých spolužáků z gymnázia se mě jednou zeptal, co jsem na medicíně provedl, že jsem skončil na psychiatrii. Nebral mě jako lékaře, takže jsem musel vysvětlovat (a nevím, jestli se mi to tehdy povedlo), že jsem medicínu skutečně dokončil a psychiatrie byla moje volba. Fousatý vtip o tom, že se odlišujeme od svých pacientů tím, že máme v kapse klíče, už dnes nefunguje. Klíče už nenosíme, máme modernější způsoby otvírání dveří. S manželkou jsme se domluvili, že pokud se začnu příliš podobat svým pacientům, že mi to včas řekne. A zatím stále pracuji.

I když je to v dnešní době již jiné, práce psychiatra a duševní nemoc jako taková do jisté míry pořád nesou stigma. Na druhou stranu, v okamžiku, kdy si někdo z našich somatických kolegů neví rady s pacientem, obrací se na nás. Dnešní medicína je strašně atomizovaná, zaměřená na jeden orgán. Málokdo je v dnešní medicíně schopen nahlížet na pacienta celostně, nejen na jeden orgán nebo jednu nemoc. Často je velmi problematické dát všechny informace do komplexu nejenom medicínského, ale i sociálního – tedy zahrnout do posuzování stavu i prostředí, ve kterém se pacient pohybuje. Současná psychiatrie ale toto umí. Vnímáme pacienta jak z medicínského, tak i z nemedicínské stránky.

■ Co vás k psychiatrii přivedlo a co vás na vaší práci pořád baví?

Náhoda. Před koncem studia jsem již věděl o oborech, které dělat nechci. A pak byla velká množina oborů, ke kterým jsem měl spíše neutrální vztah. Chtěl jsem zůstat v Budějovicích a v naší nemocnici byla tehdy volná místa na psychiatrii, patologii a neurologii, což mi výběr velmi zúžilo a zjednodušilo. Primář Psychiatrického oddělení MUDr. Vladimír Chodura, CSc., byl velmi charismatickou osobností, oddělení bylo poměrně rozsáhlé a mělo dobré jméno. Byla zde zavedená psychoterapie na velmi vysoké

úrovni. To byly skutečnosti, které mne k psychiatrii přitáhly. Přece jen jsem více tíhl k poznávání duše než čistě k fyzice.

Na mojí práci mne baví pocit, že jsem dokázal někomu porozumět, byl schopen dát si určité věci do souvislosti, a tím ukázal člověku cestu, jak může se svou chorobou nakládat a jak si nastavit léčbu.

A také je hezké vidět pacienta, který se mnou ze začátku nespolupracoval, a nyní odchází a říká: „Ano, měli jste tehdy pravdu, pomohli jste mi.“ V dnešní době dokážeme 90 % pacientů pomoci k návratu do běžného života již po několikátýdenní hospitalizaci.

■ Co se lékař musí naučit, aby byl dobrým psychiatrem? A jaké má možnosti specializace?

Dobrý psychiatr se musí umět vcítit do lidí a musí rozumět jejich potřebám.

Psychiatrie nabízí lékařům široké spektrum oblastí a lékař si vždy může vybrat oblast, která mu nejvíce vyhovuje. Ať je to klasický biologicky orientovaný přístup zaměřený hlavně na psychofarmakologii či jiné biologické metody, nebo spíše přístup psychoterapeutický. Z časového hlediska je možné se zaměřit na akutní stavy, kdy řešíme člověka v akutní atace onemocnění, a dále je možnost věnovat se pacientům na střednědobé či dlouhodobé léčbě, kdy lékař může pracovat v prostředí pacienta a pomáhat mu jej zlepšovat.

Většina pacientů dochází na ambulantní léčbu, která může být až na pomezí zdravotnické a sociální péče. V každé skupině existují i další možnosti, na co se zaměřit.

Na jiných odděleních v nemocnici se pacienti často setkávají s konziliárními psychiatry. Konziliární psychiatrie je vhodná pro ty, kdo jsou více zaměřeni na psychické komplikace tělesných onemocnění a jejich léčbu. Nejčastěji řešenými stavy jsou různé druhy zmateností. Dále často řeší

úzkostné pacienty nebo pacienty po sebevražedných pokusech, po prodělání psychických traumat apod.

Náš tým jsme také rozšířili o klinické psychology. V mých začátcích byli na oddělení dva, dnes jich je deset. Naše nemocnice téma duševních nemocí nezanedbává a pomáhá nám, abychom mohli všem pacientům poskytovat komplexní péči.

■ **Po psychiatrech je velká poptávka. Jak absolvent pozná kvalitní psychiatrické pracoviště?**
Doporučil bych mu navštívit oddělení, aby viděl prostředí, ve kterém se léčí. Psychiatrie byla obecně vždy popelkou medicíny. V dnešní době již naštěstí řada psychiatrických zařízení prošla rekonstrukcí tak, aby odpovídala požadavkům na péči ve 21. století. I naše oddělení, i když je v nejstarší

budově nemocnice, je po rekonstrukci moderně řešené. Uspořádání vnitřních prostor je důležitým vodítkem k informaci, kolik prostoru je věnováno např. komfortu pacientů, jejich bezpečnosti, psychotherapeutickým programům nebo ambulantní léčbě.

Kvalita psychiatrie se odvíjí od poměru lůžkové a terapeutické části. Čím větší část je věnována terapii, tím je zpravidla oddělení kvalitnější. Je dobré si všimát nabídky jednotlivých programů – zda je oddělení zaměřeno čistě na lékovou léčbu, nebo tam je nabízena i řada dalších alternativ. Dalším důležitým faktorem je kolektiv, jeho složení a profesionální přístup k pacientům.

■ **Jak si stojí v tomto ohledu budějovická psychiatrie?**
Troufám si říct, že naše psychiatrie splňuje nejvyšší nároky jak prostorové, tak i terapeutické. Studentům nabízíme možnosti stáží, aby se lépe seznámili s provozem oddělení. Absolventům pak umožňujeme absolvování komplexního postgraduálního programu v přípravě k atestaci – což je další z faktorů, který ukazuje kvalitu oddělení. Naše lékaře podporujeme v jejich profesním růstu včetně psychotherapeutických výcviků či vědecké činnosti.

■ **Ve výstavbě je již i oddělení dětské psychiatrie. Čím se liší od oddělení pro dospělé a kdy se bude otevírat?**
Dětská psychiatrie je velmi specifický obor. Psychiatrie je asi jediný z medicínských oborů, kde je specializace rozdělena na dospělé a na dětskou. Ostatní obory mají v rámci svého specializačního vzdělání pouze nástavbovou dětskou atestaci.

Tento obor vyžaduje člověka, který rozumí dětem a dokáže rozpoznat jejich potřeby, ale současně dokáže komunikovat i s rodiči a dalšími lidmi v okolí dítěte. Často tedy léčí jak dítě, tak i dospělého. V současné době narůstá počet dětských pacientů – na rozdíl od počtu lékařů, kteří se oboru chtějí věnovat. Být dobrým dětským psychiatrem znamená být také velmi

vytížený. Zároveň je ale velmi naplňující vidět, jak je možné dětem pomoci.

Oddělení dětské psychiatrie se bude otevírat na podzim 2026. Bude mít lůžkovou část pro adolescenty a denní stacionář pro děti do 15 let. Ten bude zaměřen zejména na psychotherapii.

■ **Nové oddělení bude potřebovat i nový personál. Kdy budete přijímat nové kolegyně a kolegy?**
Nové kolegy jsme připraveni přijmout již teď, a to jak atestované lékaře, tak i absolventy. Těm jsme připraveni poskytnout plnou podporu v jejich vzdělávání, které trvá několik let.

■ **Další novinkou je, že na konci roku 2025 byla v České republice schválena léčba těžkých depresí pomocí psychoaktivních látek. Ovlivní to i léčbu vašich pacientů?**

Léčba psilocybinem je vhodná pro úzkou skupinu pacientů a může ji provádět jen psychiatr školený v psilocybinem asistované psychotherapii. Je to další oblast, které se mohou kolegové věnovat. Rád je v tom podpořím.

Pacientům s těžkými formami depresí poskytujeme také léčbu pomocí ketaminu, což je celosvětově používaná metoda založená na obdobném principu.

Léčba psychoaktivními látkami není nic nového. Někteří lidé jezdí za šamany a účastní se různých rituálů, při kterých se používají různé psychoaktivní látky, bohužel bez odborného vedení. Někteří pak bohužel končí u nás na psychiatrii, protože u nich následně došlo k nežádoucímu posunu vnímání reality.

■ **Jaká je tedy rada psychiatra? Jak chránit své duševní zdraví a nezbláznit se?**

Univerzální rada neexistuje. Základem je život, ve kterém je výkon dostatečně vyvážen relaxací, odpočinkovou aktivitou. Pro někoho je to sport, někdo naopak potřebuje vypnout fyzicky i mentálně. Zdravý životní styl znamená pro každého něco jiného. Je třeba vnímat potřeby svého těla a podle toho se řídit.

■ **Jak pečujete o své psychické zdraví a odpočíváte vy?**
Já jsem ten typ, který potřebuje alespoň jedenkrát za rok úplně vypnout, nejlépe u knihy či při poslechu vážné hudby nebo v přírodě. Být nějakou dobu bez lidí, jen s nejbližšími. Nejlépe na pustém ostrově nebo aspoň někde, kde nikoho neznám. Čím dál tím víc vnímám potřebu nastavit si správnou hranici mezi prací a běžným životem.

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



prim. MUDr. Jan Tuček, Ph.D.

POCHVALA

Jménem svého dědečka chci poděkovat za celoroční péči celému týmu, který poskytuje paliativní péči.

Moc si vážíme poskytování nutriční stravy v podobě nutri drinků a nutri pudinků. Vidíme, jak dědovi chutnají, ale hlavně na nich velmi dobře prospívá. A v neposlední řadě nám to uleví i po finanční stránce, protože koupě bez příspěvku není žádná levná záležitost. Děkujeme!

V kooperaci s onkologickou léčbou (Opdivo) je děda viditelně lepší než před cca 14 měsíci, kdy s léčbou začínal.

Prosím, aby poděkování bylo vyřízeno i MUDr. Michaele Zatloukalové, u které je dědeček v pozorování.

Přejeme šťastný vstup do roku 2026 a budeme se těšit případně na viděnou.

A. M.

SPOUSTU (KLOUBNÍHO) ZDRAVÍ DO NOVÉHO ROKU!

Bolest, otok, ztuhlost nebo omezená pohyblivost kloubů jsou potíže pronásledující všechny věkové kategorie. Zatímco u mladších jedinců často vznikají jako důsledek dlouhodobého zatížení nebo nadměrného/nevhodného pohybového režimu, u starších mohou být přirozenou součástí zrání lidského organismu a procesu jeho opotřebování. Bohužel doposud neexistuje lék, který by potíže jednoznačně potlačil a odstranil, ale nabízí se řada preparátů, které mohou podpořit správnou funkci, obnovu a výživu kloubů, abychom mohli progresi potíží oddálit, co to jen jde.

Každý z nás si jistě dal do nového roku nějaké předsevzetí – chodit častěji na procházky, cvičit a být zdravý. Proto jsme se rozhodly udělat novoroční shrnutí, kde v hlavních rolích představíme nejen glukosamin, chondroitin, kolagen, ale i (nyní mezi sportovci opěvované) MSM a některé z bylinných extraktů. Důležité je zmínit, že nejlepšího efektu dosáhneme, když přípravky kombinujeme s (vhodným) pohybem a v případě neustupujících potíží se poradíme s odborníkem.

Jako první si představíme glukosamin. Je přirozenou součástí kloubní chrupavky a podílí se na tvorbě kyseliny hyaluronové v synoviální (neboli kloubní) tekutině a dále proteinů, které slouží jako základní stavební kameny kloubní chrupavky a dodávají jí pružnost a schopnost tlumit nárazy. Doplněním glukosaminu tedy podpoříme růst a výživu chrupavky a správné ukládání vápníku do kosti, což přinese úlevu od bolesti a zlepšení pohyblivosti.

Doporučená dávka se pohybuje okolo 1 250 mg/den a při pravidelném užívání dochází ke zmírnění obtíží v řádu týdnů – není tedy vhodný k utlumení akutních obtíží. Pokud po 2 až 3 týdnech

účinek nenastoupí, je pokračování léčby vhodné přehodnotit, případně se poradit s lékařem/farmaceutem.

Glukosamin se často kombinuje s chondroitinem, protože se jejich účinky mohou vzájemně doplňovat.

Chondroitin sulfát je další látkou, která se přirozeně nachází v kloubní chrupavce. Charakteristickou vlastností chondroitinu je schopnost vázat vodu, díky čemuž zůstává chrupavka pružná a odolná vůči tlaku. Naopak úbytkem chondroitinu dochází ke snížení obsahu vody v chrupavce a její odolnost a pružnost se tak zhoršuje. Přípravky s chondroitinem mohou být vhodné především pro starší osoby, u kterých dochází k jeho přirozenému úbytku v chrupavkách, a také pro lidi, kteří mají klouby opakovaně přetěžované, případně pro pacienty po starších úrazech. Stejně jako u glukosaminu je důležitá pravidelnost užívání a dostatečná doba podávání, protože účinek nenastupuje okamžitě. Standardně se dává 800 mg/den po dobu 3 měsíců, následuje tříměsíční pauza, po které se v případě navrácení potíží léčebná kúra opakuje.

Základní bílkovinou kloubů, vazů a šlach je nám všem známý kolagen, který se podobně jako glukosamin a chondroitin podílí na tvorbě kloubní chrupavky. V kloubní výživě se nejčastěji objevují dvě formy. První z nich je nativní kolagen typu II, který se využívá zejména pro podporu správné funkce chrupavky. V případě kloubní výživy je častěji využíván hydrolyzovaný kolagen, který je bohatý zdrojem aminokyselin a podporuje tak obnovu poškozené chrupavky, navíc je v literatuře zmiňován i jeho pozitivní vliv na vazy a šlachy. Doplněním kolagenu lze tedy podpořit zdraví chrupavky, kostí, vazů a šlach. Pravidelné užívání kolagenu může být přínosné pro starší osoby a pacienty po zátěžových

poraněních; obzvláště oblíbený je u sportovců, kteří své klouby dlouhodobě zatěžují. Uživatelé často popisují lepší pocit stability a pružnosti kloubů.

V posledních letech se do popředí dostává i MSM (methylsulfonylmethan), kterému jsou přisuzovány protizánětlivé a antioxidační účinky. Jedná se o látku přirozeně obsaženou v ovoci, zelenině a obilovinách, která se běžně využívá jako doplněk stravy k podpoře zdraví kloubů a pro úlevu od bolesti u pacientů s osteoartrózou.

Pro příznivce bylinných doplňků lze doporučit např. kadidlovník (*Boswellia serrata*), kurkumu nebo zázvor. Látky obsažené v těchto rostlinách mají přirozené protizánětlivé (a některé i lehce analgetické) účinky, které mohou podpořit léčbu onemocnění kloubů.

■ Co lze od kloubní výživy očekávat?

Na závěr je důležité zopakovat, že první změny a ústup potíží je možné očekávat nejdříve po několika týdnech pravidelného užívání. Kloubní výživa tudíž slouží jen jako podpora přirozené funkce potenciální symptomatické léčby; sama o sobě onemocnění nebo poškození kloubu nevyлéčí. Pro ideální efekt na pohybový aparát je vhodné ji kombinovat se zdravým množstvím pohybu, rehabilitací, fyzioterapií a u otlejších s redukcí hmotnosti.

Už jste si vybrali tu svoji?

Mnoho štěstí při plnění novoročních předsevzetí a zdravým kloubům zdar!

■ Vaše lékárnice

PS: Věděli jste, že chondroitin a glukosamin se řadí do skupiny léčiv pod názvem SYSADOA – volně přeloženo jako symptomatické, pomalu účinkující léky na osteoartrózu?



TÝM HEMODIALYZAČNÍHO STŘEDISKA INTERNÍHO ODDĚLENÍ

Hemodialyzační středisko českobudějovické nemocnice poskytuje od roku 1971 vysoce specializovanou péči pacientům s onemocněním ledvin. Počtem výkonů patří mezi největší střediska v České republice a zajišťuje nepřetržitou a komplexní péči pacientům v chronickém dialyzačním programu, pacientům s akutním selháním ledvin, pacientům na domácích dialýzách a v neposlední řadě i pacientům z ostatních středisek, kteří jsou hospitalizováni v naší nemocnici nebo v okolí tráví dovolenou. Od roku 2022 jsme v nových prostorách pavilonu CH2, máme 23 lůžek a o pacienty se stará 16 sester a 4 sanitářky.

Pro zvládnutí této profese potřebují sestry nejen vynikající znalosti problematiky dialyzační terapie, ale také psychologické dovednosti, empatii, flexibilitu a schopnost efektivní komunikace. Práce dialyzační sestry je považována za velmi náročnou, a to jak z fyzického, tak z psychického hlediska.

Sestry pracují s nevyлéčitelně nemocnými lidmi, jsou s nimi v dlouhodobém kontaktu – často celá léta – a přispívají do diskuzí o kvalitě jejich života, jejich budoucnosti i léčbě. Je přirozené, že si s pacienty vytváří osobní vztahy, ale zároveň si musí udržet profesionální odstup, aby situaci zvládly emočně. Kolektiv našeho dialyzačního střediska toto zvládá na výbornou a odměnou jsou

nám spokojení pacienti, což v naší práci považujeme za to úplně nejdůležitější.

Povědomí o existenci dialyzačních středisek a o tom, co se tam „děje“, máme asi všichni.

Širší veřejnost už ale často netuší, že ne všichni pacienti musí dojíždět na pravidelnou dialýzu do středisek. Dnes bychom vás rády přiblížily, jaké jsou možnosti domácí dialýzy.

Život s domácí dialýzou

Selhání ledvin je závažné onemocnění, které výrazně ovlivňuje pacienta i jeho rodinu. Dialýza se proto stává nezbytnou součástí jejich života a pacienta čekají zásadní změny a omezení.

Málokdo ale ví, že dialýzu není nutné podstupovat pouze v dialyzačním středisku. Domácí dialýza umožňuje pacientům léčit se v prostředí vlastního domova a i přes vážné onemocnění si v co největší míře zachovat svůj obvyklý způsob života.

Existují dva typy domácí dialýzy: peritoneální dialýza a domácí hemodialýza. Peritoneální dialýza se provádí denně, hemodialýza několikrát týdně. Metodu si pacient vybírá podle svého životního stylu a zdravotního stavu; v každém případě však před zahájením léčby prochází důkladným zaškolením a je pravidelně sledován odborníky.

Peritoneální dialýza se provádí přes peritoneální katétr, kdy si pacient do dutiny břišní napustí dialyzační roztok. Odpadní látky z krve přejdou do dialyzačního roztoku. Vše probíhá na membráně zvané pobřišnice (peritoneum). Tato tenká blána je velice dobře prokvená. Odpadní látky tak mohou snadno pronikat z krve do napouštěného dialyzačního roztoku v dutině břišní. Roztok se musí čtyřikrát denně vyměnit. Očišťování tak probíhá celý den a během výměn může pacient fungovat jako v běžném životě. Celý proces je pro pacienta mnohem přirozenější a fyziologičtější. **Domácí hemodialýza** probíhá přes tzv. permcath, což je speciální dialyzační žilní katétr, který má pacient vyveden na přední straně hrudníku. Pacient má doma přístroj a cca pětkrát týdně si dialýzu provede sám, v čase, který mu vyhovuje. Na začátku si vše ve spolupráci se sestrami z hemodialyzačního střediska pečlivě natrénuje a vyzkouší. Edukací prochází také rodina pacienta. Dovoz přístroje a veškerého materiálu je zajištěn ve spolupráci HDS a firmy, která přístroj zapůjčila. Stejně tak má zajištěnu neustálou podporu a poradnu po telefonu, jak ze strany našeho střediska, tak i ze strany firmy, která přístroj poskytla.

Život s domácí dialýzou vyžaduje určitý řád, ale zároveň nabízí větší flexibilitu. Pacient tak může léčbu co nejlépe skloubit se svým rodinným životem, zaměstnáním i koníčky. Dialýza může například probíhat i v noci a pacientův denní program tak zůstává téměř bez omezení. Jako její výhody pacienti nejčastěji zmiňují větší samostatnost, klid domácího prostředí a úsporu času, protože odpadá cestování do zdravotnických zařízení.

Ale ani domácí dialýza není bez starostí. Zejména na začátku může pacient pociťovat strach, zda všechno potřebné zvládne. Musí si doma vytvořit prostor pro přístroj a materiál, a především přijmout velkou část odpovědnosti za svou léčbu. V první řadě je důležité dodržovat hygienické zásady a pravidelnost dialýzy. I proto potřebují pacienti vědět, že na svou léčbu nejsou sami. Projdou zaškolením, jejich stav je pravidelně kontrolován, zároveň mají k dispozici nepřetržitou telefonickou podporu a poslední dobou mohou využít také služby středisek domácí péče.

Důležitá je také podpora blízkých, praktická i psychická, protože domácí dialýza ovlivňuje celou rodinu. Nutno však říci, že mnoho rodin vnímá domácí dialýzu pozitivně, především proto, že jim umožňuje být spolu.

Přijmout dlouhodobou léčbu není snadné. Domácí dialýza však může pomoci posílit pocit soběstačnosti, pacienti se stávají aktivními účastníky své léčby, což má často pozitivní vliv na jejich psychickou pohodu. Pokud je léčba dobře nastavená a pacient má potřebnou podporu, může se domov stát plnohodnotným místem pro moderní a bezpečnou léčbu.

■ **Milada Mayerová a kolektiv sester**
hemodialyzační středisko
Interní oddělení

ANTIBIOTIKA musíme chránit!

Nemáme za ně náhradu.

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



... AŽ NA DNO!?

Člověk je v jistém smyslu soustavou potřeb, které se snaží naplňovat, aby mohl přetvářet tento svět a tím i sám sebe. Problém nastane, když se jeho potřeby vymknou kontrole, jako se to děje při závislosti na alkoholu.

Většina z nás se řadí do velké skupiny konzumentů, kteří od alkoholu očekávají jen tekutinu a chuť. Když svou potřebu uspokojíme, v další konzumaci nepokračujeme.

Do této kategorie patří nejen dospělí, muži i ženy, ale v současné době bohužel také mladiství. Z některých konzumentů se stávají tzv. pijáci alkoholu, kterým už nestačí alkoholický nápoj jako zdroj tekutiny (například pivo) ani je neuspokojuje jeho chuť. Žádají od alkoholu více – euforii (původně řecké slovo, které doslova znamená „dobře se cítím“). Tato euforie není spojena prakticky s žádnou námahou ani osobním nepohodlím.

Tato euforie bohužel není bez jakéhokoliv rizika. Euforie, která zmírnila špatnou náladu, vyřešila stres či duševní tlak a přinesla obveselení, se v budoucnu může pro takového člověka stát destruktivním potenciálem.

Lze to jen těžko odhadnout a říci, že kdo dnes pije s mírou, bude pít s mírou vždy a natrvalo.

Málokdo ví, že molekula alkoholu má přívlastek „psychotropní“. To znamená, že vám mění při pravidelném užívání myšlení a vnímání, tedy vaše reakce a přístup k užívání takové látky. Alkoholcentrické myšlení, kdy člověk začíná stále více upřednostňovat rostoucí a hlavně pravidelnou konzumaci alkoholu, je součástí takového procesu. Dále pak nastupují další problémy v mnoha

oblastech života. Duševní činnost člověka je zhoršená, a to trvale, a k tomu se nabalují problémy v osobním a pracovním životě.

Pravidelné škodlivé nadužívání alkoholu a rozvinutá závislost na alkoholu je vážnou věcí nejen z pohledu medicíny, ale také z pohledu samotného člověka a jeho nejbližšího okolí.



Jeden standardní nápoj, jakým je třeba 0,5 litru 4 % piva, obsahuje 16 g čistého alkoholu. U 200ml sklenky vína s obsahem alkoholu 11 % to představuje přibližně 17–18 g. A jedna 50ml sklenka tvrdého, 40 % alkoholu obsahuje 16 g. U žen je rizikové pravidelné užívání víc jak 20 g alkoholu denně, u mužů se hranice pohybuje kolem 40 g.

V současné době máme možnost přistupovat k léčbě závislosti na alkoholu komplexně, tedy kombinovat režimové, biologické a psychotherapeutické přístupy. V léčbě závislosti na alkoholu je cílem ideálně trvalá abstinence. Akce „suchý únor“ má stále více

příznivců, co se týče počtu, ale pro závislého člověka je nutnou podmínkou abstinovat důsledně a trvale i v dalších měsících a letech. Rozhodne-li se pacient pro tuto zásadní změnu, je nejlépe začít hned.

Pokud je situace již tak vážná, že pacient potřebuje pomoc odborníka, lze kontaktovat ambulanci pro alkoholismus a toxikománie, AT

ambulanci při Psychiatrickém oddělení zde v nemocnici (tel.: 387 878 732) nebo navázat kontakt s adiktologickou poradnou PREVENT (tel.: 725 708 078) na Poliklinice Vltava (kromě Českých Budějovic mají pobočky i v dalších jihočeských městech). Zde jsou pacienti vysvětleny možnosti péče ambulantní či ústavní.

Nutno dodat, že na ústavní léčbu jsou v současné době delší čekací lhůty, a proto není vhodné toto rozhodnutí nijak odkládat.

■ **MUDr. Dana Dvořáková**
Psychiatrické oddělení

VLIV ALKOHOLU NA NERVOVÝ SYSTÉM

Alkohol představuje v České republice jeden z nejvýznamnějších preventabilních rizikových faktorů poškození nervového systému. Vysoká dostupnost a společenská tolerance alkoholu se odráží v dlouhodobě vysoké prevalenci jeho užívání. Rizikově či škodlivě konzumuje alkohol přibližně 15 až 19 procent populace, přičemž až 11 procent obyvatel splňuje kritéria závislostní poruchy. Ačkoli jsou definovány hranice nízkorizikové konzumace (do 20 gramů čistého alkoholu denně u žen a seniorů a do 40 gramů u mužů), dlouhodobé trendy ukazují nárůst škodlivého pití, zejména u mužů (viz tabulku č.1). Již při překročení uvedených nízkorizikových limitů dochází ke zvýšení pravděpodobnosti strukturálních i funkčních změn centrálního i periferního nervového systému. Alkohol tak nepůsobí na nervový systém pouze v kontextu závislosti, ale představuje kontinuální, dávkově závislé neurotoxické riziko (viz tabulku č. 2).

Tabulka č. 1: Příklady tzv. standardního alkoholického nápoje (drinku)

Nápoj	Objem [ml]	Čistý alkohol [g]
pivo (4 %)	500	≈ 20
víno (10 %)	200	≈ 20
destilát (40 %)	50	≈ 20

Negativní dopady alkoholu se přitom neomezují pouze na nervový systém. Konzumace alkoholu je prokazatelně spojena se zvýšeným rizikem nádorových onemocnění trávicího traktu, u žen je navíc prokázána souvislost mezi užíváním alkoholu a zvýšeným rizikem rakoviny prsu. Alkohol tak představuje komplexní zdravotní riziko, jehož důsledky se promítají do řady orgánových systémů.

Tabulka č. 2: Rizikovost konzumace dle počtu nápojů/den

Kategorie	Ženy a senioři [nápoj/den]	Muži [nápoj/den]
nízkoriziková	≤1	≤2
riziková	2	3–4
škodlivá	≥3	≥4–5

V tomto kontextu nabývají na významu preventivní aktivity zaměřené na omezení konzumace alkoholu. Suchý únor je iniciativa, která podporuje měsíční pauzu od alkoholu a pomáhá upozornit na jeho zdravotní rizika. Dává lidem příležitost zamyslet se nad vlastními návyky, vyzkoušet si, jak se bez alkoholu cítí, a lépe rozpoznat, jak silnou roli v jejich životě hraje. U mnoha účastníků vede tato zkušenost k dlouhodobému omezení pití i po skončení kampaně a přispívá k tomu, aby byla abstinence vnímána jako běžná součást zdravého životního stylu.

Dále v textu představujeme některé vybrané poruchy nervového systému způsobené alkoholem.

Akutní neurologické komplikace nadužívání alkoholu

Syndrom z odnětí alkoholu – škodlivé užívání alkoholu u člověka vede ke změnám na úrovni receptorů nervových buněk (struktury na povrchu

nervových buněk, které umožňují přenos informací v nervové soustavě). Jejich normální zastoupení se vlivem nadměrné konzumace alkoholu mění tak, že se nervové buňky chovají zvýšeně dráždivě. Příznaky (typicky třes, neklid, halucinace, epileptické záchvaty, porucha vědomí) se obvykle rozvíjejí 6 až 24 hodin od přerušení či významného snížení přísunu alkoholu. Krajním příkladem je tzv. delirium tremens, které zpravidla vyžaduje léčbu za hospitalizace na jednotce intenzivní péče (JIP) a může být život ohrožujícím stavem se smrtností odhadovanou až na 5 až 15 procent. Pacienti mají typicky výrazný třes, jsou neklidní, dezorientovaní, výrazně úzkostní, trpí zrakovými či sluchovými halucinacemi (vidí například hmyz nebo zvířata).

Epileptické záchvaty a epilepsie – v souvislosti s nadměrnou konzumací alkoholu máme na mysli zpravidla akutní symptomatické epileptické záchvaty. Znamená to, že intoxikace či naopak náhlé vysazení alkoholu spouští epileptické záchvaty, které by u daného jedince jinak nenastaly. Tito pacienti představují až 30 procent všech hospitalizací pro epileptické záchvaty. Protizáchvatová léčba (dříve označovaná jako antiepileptická) se zde běžně neuplatňuje.

Bohužel u řady pacientů dochází při epileptických záchvatech či v rámci alkoholismu k úrazům hlavy. Vznikají traumatické změny v mozku, které představují strukturální důvod pro výskyt epileptických záchvatů

neprovokovaných. V takovém případě se již jedná o epilepsii jako takovou a záchvaty se mohou vyskytovat nezávisle na konzumaci alkoholu. Vzniká tak pomyslný začarovaný kruh. Často navíc pacienti jen omezeně dodržují naše doporučení i režimová opatření, což jejich prognózu dále zhoršuje.

Další z možných akutních komplikací je Wernickeova encefalopatie. Jedná se o projevy akutního závažného nedostatku vitamínu B1. Považujeme ji za život ohrožující onemocnění, které vyžaduje akutní léčbu. Ve většině případů se projevuje změnou duševního stavu – od zmatenosti, dezorientace, poruchy vědomí až po kóma. Dále pak okohybnou poruchou a zhoršením koordinace pohybu končetin či trupu (ataxie). Alkoholismus je v naší zemi nejčastější příčinou tohoto stavu. Lidské tělo vitamin B1 nedokáže vytvořit, jsme tedy odkázaní na jeho přísun z potravy. Vitamin B1 se nachází v játrech a je nezbytný k různým metabolickým pochodům. Jeho nedostatek je způsoben sníženým vstřebáváním ze střeva, nedostatečným přísunem a zásobami a zároveň zvýšenou spotřebou, neboť vitamin B1 se mimo jiné podílí i na metabolizaci alkoholu. Léčba spočívá v urychleném podávání vysokých dávek vitamínu B1.

Chronické neurologické komplikace nadužívání alkoholu

Polyneuropatie patří k nejčastějším projevům poškození nervové soustavy při chronickém alkoholismu. Polyneuropatii rozumíme vícečetné poškození periferních nervů. K poškození nervů dochází více mechanismy, zejména toxickým působením alkoholu, dále nedostatkem vitamínu B1 (thiaminu) a také podvýživou. Obtíže se rozvíjejí postupně a velmi nenápadně, obvykle jako symetrické brnění či pálení plosek nohou, později se přidává také snížení svalové síly spolu s úbytkem svalové hmoty.

Korsakovův syndrom je nejčastěji důsledkem podvýživy, konkrétně

deficitu vitamínu B1, který je typicky spojen s chronickým alkoholismem. Obvykle se rozvíjí v návaznosti na Wernickeovu encefalopatii. Tento stav je charakterizován poruchou epizodické paměti, tedy složky dlouhodobé paměti umožňující vybavování si konkrétních osobních zážitků – co se stalo, kde a kdy. Dochází k výraznému snížení schopnosti učení a ukládání nových informací, současně je narušeno i vybavování dřívějších událostí, a to až v rozsahu 20–30 let do minulosti. Pro syndrom je typická také tvorba falešných vzpomínek, tzv. konfabulací.



Alkoholová mozečková degenerace je častou komplikací chronického alkoholismu, postihuje až 25 procent alkoholiků a patří mezi nejčastější příčiny získané ataxie (poruchy koordinace) u dospělých. Nejčastěji se projevuje tzv. trupovou ataxií, pro kterou je typické kolébání se ze strany na stranu a obtížné stání bez opory. Přítomna bývá také nejistá chůze na široké základně, často doprovázená pády.

Alkolem způsobená demence – studie ukazují, že dlouhodobý příjem 140 gramů alkoholu denně (přibližně sedm standardních drinků) nebo

více může vést ke středně těžkým kognitivním poruchám. Demence související s alkoholem však nikdy nebyla jednoznačně definována a její diagnostika je v posledních letech předmětem značných kontroverzí. Důvodem je zejména častá přítomnost nutričních deficitů, užívání jiných návykových látek, psychiatrických komorbidit a opakovaných poranění hlavy u chronických alkoholiků, které se mohou na vzniku kognitivního poškození podílet. Někteří autoři proto upřednostňují termín „alkoholem podmíněné poškození mozku“ (alcohol-related brain damage), který lépe vystihuje jak příčinu obtíží, tak široké spektrum kognitivních poruch pozorovaných u těchto pacientů.

Pití alkoholu má nezpochybnitelná akutní i chronická zdravotní rizika postihující nejen nervovou soustavu. Historicky tradované studie nicméně naznačovaly, že mírná konzumace alkoholu může být zdravotně prospěšná v rámci prevence kardiovaskulárních onemocnění. Dnes tento pohled považujeme za překonaný. Alkohol určitě nepatří mezi naše doporučení pro pacienty v rámci zdravého životního stylu. Rizika zde bezpochyby převažují.

■ **MUDr. Ondřej Krtička**
MUDr. Zdeněk Kunáš
Neurologické oddělení

KRATOM

Kratom je psychoaktivní návyková látka, jejíž pravidelná konzumace se po několika měsících může rozvinout v závislost. Závislost na kratomu lze přirovnat k závislosti na alkoholu – léčba této závislosti není jednoduchá a vyžaduje silnou motivaci jedince léčit se. Mylná je informace, že kratom může sloužit jako prostředek při odvykání opiátové závislosti, protože v tom případě se jedna závislost jen nahradí závislostí jinou. Navíc je evropská populace na kratom více citlivá než lidé v Asii, odkud droga pochází.

Kratom v současnosti představuje velké riziko zejména pro žáky a studenty základních a středních škol, kteří ho vyhledávají pro jeho narkotické účinky. Rodiče a děti by proto měli být informováni o reálných rizicích užívání kratomu.

Velmi nebezpečná je kombinace kratomu a alkoholu, protože zvyšuje riziko nevolnosti, poruch vědomí a útlumu dýchání. Kratom by neměl být kombinován ani s jinými tlumivými léčivy, jako jsou hypnotika, sedativa nebo psychofarmaka. Kombinace kratom, alkohol a výše uvedené léky je velmi nebezpečná a může být až smrtící.

PŮVOD KRATOMU

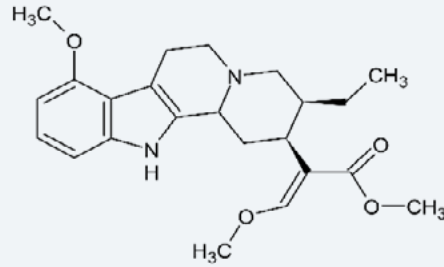
Kratom je rostlinná droga, která k nám přišla z jihovýchodní Asie, kde je hojně konzumována (žvýkání listů, pití čaje) za cílem zvýšení výkonu, odstranění únavy nebo stresu.

Zdrojem kratomu je rostlina *Mitragyna speciosa* (z čeledi mořenovitých, lat. Rubiaceae). Latinský název se do češtiny nepřekládá, popř. se užívá označení kratom.

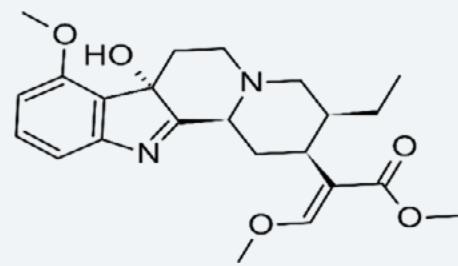
Jedná se o tropický stálezelený strom dorůstající až do výše 16 metrů. Pro laickou představu, strom vypadá podobně jako kávovník, protože obě

rostliny patří do stejné čeledě. Droga kratom se získává z listů prostým sušením a mletím. V kratomu se nachází přes 40 různých alkaloidů, ale za účinky, pro které je droga zneužívána, jsou zodpovědné především dva:

• mitragynin – hlavní účinná látka



• 7-hydroxymitragynin



To, jak kratom působí na lidské tělo, závisí na podaném množství – účinky se pohybují od psychostimulačních až po sedativní. Souhrnně řečeno, nízké dávky drogy působí stimulačně, vysoké dávky sedativně. Nižší

uvedené dávky v gramech vycházejí z hmotnosti suchých nadrcených listů. Jelikož jde o čistě rostlinnou drogu, množství/obsah účinných látek se různí, a proto se mohou lišit i účinky na lidský organismus.

- Nízká dávka kratomu (1–3 g) – stimulační efekt na organismus, zvýšená bdělost, zvýšení pracovního výkonu
- Vyšší dávka kratomu (3–5 g) – výrazná euforie, analgetický účinek, útlum kašle
- Vysoká dávka kratomu (5–15 g) – pocení, ospalost, závrať, nevolnost, průjem, útlum dechového centra

MECHANISMUS ÚČINKU KRATOMU

Kratom působí jako agonista opioidních receptorů, což znamená, že působí jako morfin, má podobný mechanismus účinku jako opioidy. Naváže se na opioidní receptory v centrální nervové soustavě a vyvolá efekt snížení bolesti a euforii. Kratom nepůsobí tak silně jako opioidy (morfin, fentanyl, heroin), ale stejně jako u opioidů se jeho pravidelným užíváním vyvíjí tolerance, která postupně přejde v závislost.



MOŽNÉ PROJEVY ZÁVISLOSTI: Jak poznat, že užívání kratomu už není pod kontrolou?

Psychické příznaky:

- Silná touha po kratomu (craving)
- Podrážděnost, úzkost, deprese
- Snížená motivace a apatie

Fyzické příznaky:

- Zvýšená tolerance – potřeba vyšších dávek
- Nespavost, svalové křeče
- Trávicí potíže, nechutenství

Sociální změny:

- Zanedbávání práce, školy, rodiny
- Utrácení velkých částek za kratom
- Tajení nebo bagatelizování užívání

Pokud na sobě nebo na blízkém člověku rozpoznáte tyto příznaky, je důležité začít jednat dříve, než se problém prohloubí. Více informací naleznete například na <https://www.adiktio.cz/>.

DLOUHODOBÁ ZDRAVOTNÍ RIZIKA KRATOMU Závislost není jediným problémem spojeným s dlouhodobým užíváním kratomu.

Fyzické důsledky:

- Poškození jater (hlášeny případy hepatotoxicity)
- Zvýšený krevní tlak, riziko srdečních arytmií
- Úbytek hmotnosti, hormonální nerovnováha

Psychické důsledky:

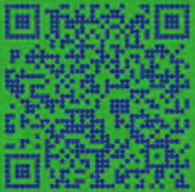
- Apatie, emoční otupělost
- Zhoršení paměti a koncentrace
- Možné psychotické epizody při vysokých dávkách

<https://www.adiktio.cz/zavislost-na-kratomu-priznaky-lecba/>

LEGISLATIVA

Kratom patří mezi psychomodulační látky, a to dle nařízení vlády č. 456/2025 Sb., které ho řadí na seznam psychomodulačních substancí s regulovaným prodejem. Tato změna se také promítla do novelizovaného zákona o návykových látkách (č. 321/2024 Sb.), kde je vymezen nový pojem psychomodulační látka. Kratom lze od 12. 11. 2025 koupit pouze ve speciálních obchodech s licencí. Licenci na prodej kratomu vydává Ministerstvo zdravotnictví – je na jeden kalendářní rok a poté musí být obnovena. Prodej v automatech je zakázán. Kratom je na českém trhu k dispozici ve formě kapslí, čaje, tinktur nebo práškového extraktu. Je možné ho prodávat pouze osobám starším 18 let. Kratom údajně v České republice pravidelně užívá 100 000 lidí, je ale možné, že toto číslo mírně poklesne v souvislosti s novým legislativním ukotvením kratomu.

■ **Pharm Dr. Barbora Vařejková**
Lékárna



Jihočeská pohotovost
Kdykoli a kdekoli pro Jihočechy zdarma

Jihočeský kraj

www.jihoceskapohotovost.cz

ÚSPORA ČASU
osobní návštěvu pohotovosti lze nahradit, vyhněte se přeplněné čekárně

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

ONLINE
přístup k lékařské péči na dálku prostřednictvím Vašeho telefonu nebo počítače

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

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

KDYKOLI A KDEKOLI PRO JIHOČECHY ZDARMA
v režimu 24/7 v tuzemsku i zahraničí

VÝZNAM NUTRIČNÍ PÉČE PŘED, BĚHEM A PO OPERAČNÍM VÝKONU

Pooperační průběh a efekt chirurgické intervence na prognózu pacienta je ovlivněn mnoha proměnnými. Mezi významné a do jisté míry ovlivnitelné faktory patří i stav výživy. Je známo, že u pacienta, který přichází k operaci v dobrém nutričním stavu, lze v porovnání s pacientem malnutričním předpokládat nižší výskyt pooperačních komplikací, rychlejší rekonvalescenci a kratší dobu hospitalizace. Ačkoliv se malnutrice objevuje především u seniorů, onkologických pacientů a pacientů chronicky nemocných, je péče o výživu nezbytnou součástí i v chirurgické péči a nutriční podpora by měla být při léčbě pacienta samozřejmým standardem.



Součástí standardního předoperačního vyšetření by mělo být provedení nutričního screeningu, kterým se zhodnotí aktuální stav výživy a výše nutričního rizika. Teprve podle jeho výsledků se volí vhodný způsob nutriční přípravy před operací. Pro tyto účely lze využít některý z běžných screeningových systémů jako NRS 2002 (Nutritional Risk Screening) či SGA (Subjective Global Assessment). Je důležité věnovat pozornost nedávnému úbytku hmotnosti (za významné se považuje snížení tělesné hmotnosti o 10 % během posledních 6 měsíců či o 5 % během posledních 3 měsíců), jelikož nezáměrné hubnutí většinou znamená úbytek svalové hmoty, a tedy sníženou proteinovou zásobu. Stejně tak nízká hodnota BMI (i bez hmotnostního úbytku) zpravidla značí nižší rezervu energie organismus. Důležité je zhodnotit bilanci stravy, a to i u pacientů, kteří v čase vyšetření mají BMI v normě a ztrátu tělesné hmotnosti neuvádějí. Snížení příjmu stravy, ať už vlivem nechutenství či obtíží způsobených onemocněním, může znamenat riziko rozvoje malnutrice a je

třeba jej adekvátně řešit. Zohledněn by měl být i rozsah plánovaného výkonu, funkční stav pacienta, předpoklad nutnosti pooperačního hladovění apod.

Neuspokojivý stav výživy pacienta před operací představuje vstupně snížené rezervy energie, bílkovin, minerálních látek a vitaminů, které jsou zásadní pro hojení rány a další procesy probíhající po chirurgickém výkonu. Operační výkon představuje zásah, na který organismus reaguje jako na jakékoliv jiné poranění – šokovým metabolismem. Celková reakce je ovlivněna rozsahem operace i individuální reaktivitou organismu pacienta, obecně však dochází k mobilizaci vnitřních zdrojů a jejich směřování k hojení rány. Procesy, které šokový metabolismus provázejí, jsou energeticky i substrátově náročné a je tedy zcela zásadní, aby energetické a proteinové zásoby organismu byly dostatečné. Stejně tak je pro hladký průběh hojení významná saturace některými minerálními látkami a vitaminy. U pacientů malnutričních, sarkopenických (se stupňujícím se

úbytkem svalové hmoty, síly a funkce) a s nízkou energetickou rezervou je problémem větší náchylnost k infekčním komplikacím a delší doba hojení. Navíc se tyto faktory v kombinaci s velkým operačním výkonem a neadekvátní výživou po operaci stávají ideálním základem pro rozvoj katabolismu (úbytku svalové hmoty), který může postupně vést až k dlouhodobé ztrátě bílkovin a imunitní kapacity organismu.

Samotnou organizaci předoperační nutriční péče lze zajistit ambulantní cestou. Nutriční specialista by měl každému pacientovi vysvětlit, jak významné je adekvátní a konzistentní naplňování nutričních potřeb tak, aby k operaci přicházel s dostatečnou zásobou bílkovin, vitaminů a minerálních látek. Cílem nutriční přípravy je zamezit rozvoji malnutrice, případně alespoň zastavit její progresi a korigovat nedostatek minerálních látek a vitaminů. Výsledkem by měly být co nejpríznivější podmínky pro hojení rány a zlepšení pooperační reaktivity organismu. Také je vhodné doporučit vhodnou

pohybovou aktivitu pro navýšení kardiopulmonální rezervy (životně důležitá kapacita srdce a plic).

U pacientů, kteří mohou bez obtíží přijímat stravu ústy, mívá nutriční příprava formu dietních doporučení a sledování nutričního stavu až do doby termínu operace. I pacientům v přijatelném stavu výživy je vhodné zdůraznit nutnost jeho udržení, informovat je o zásadách racionální diety s dostatečným množstvím všech makronutrientů, vitaminů a minerálních látek a podpořit jejich fyzickou aktivitu. Není vhodné podporovat výživová omezení, která nejsou nezbytně nutná a mohou omezovat sortiment konzumovaných potravin – a tím i pestrost jídelníčku. Pokud pacient není schopen plně pokrýt svůj energetický příjem běžnou stravou, lze využít některé potraviny pro zvláštní lékařské účely (PZLÚ). Nejčastěji se využívají perorální nutriční suplementy (ONS) určené k popíjení (označované jako sipping) které může pacientovi předepsat lékař specialista. Indikaci ONS je dobré zvážit i u pacientů, kterým nebyla malnutrice diagnostikována, ale nejsou schopni pokrýt svou nutriční potřebu běžnou stravou, přičemž za rizikový bývá označován pokles běžného příjmu na cca 60 %.

Pokud je příčinou zhoršení nutričního stavu omezení či nemožnost příjmu stravy běžnou cestou, lze pro předoperační nutriční přípravu využít sondovou enterální výživu (EV; tzn. výživa podávaná do trávicího systému tenkou hadičkou), parenterální výživu (PV; tzn. výživa podávaná do krevního oběhu s vyhnutím se trávicímu traktu) či jejich kombinaci. Tyto formy nutriční podpory lze aplikovat i v domácím prostředí za předpokladu, že jsou pacienti a jejich rodinní příslušníci řádně edukováni a schopni zvládnout techniku podávání výživy. Případně pokud lze zajistit spolupráci s agenturou domácí péče. Podávání EV či PV v domácím prostředí bývá pro pacienta komfortnější a dále není zatížen stresem z neznámého prostředí. Navíc při hospitalizaci lze předpokládat v porovnání s domácím

prostředím sníženou pohybovou aktivitu pacienta, což není žádoucí.

U pacientů s hodnotou BMI nad 30 bývá pro snížení rizika perioperačních komplikací doporučena redukce hmotnosti. V takovém případě je nutné zavést dietní režim v dostatečném předstihu před plánovanou operací. Snaha o redukci hmotnosti by měla být ukončena nejpozději týden před operací, protože posledních 7–10 dnů už pacient absolvuje předoperační nutriční přípravu. Minimální doba k docílení efektivní a udržitelné redukce hmotnosti je asi 6 měsíců, hmotnostní úbytek musí být pozvolný, protože při nárazové redukci hmotnosti nevyhnutelně dochází ke ztrátám svalové hmoty. Skutečnost, že redukce hmotnosti v domácím prostředí bývá často dosaženo extrémní energetickou restrikcí a hladověním, má také za následek nedostatek živin a dalších složek potřebných pro hojení a další procesy probíhající po operaci. Nelze proto automaticky předpokládat, že pacient s nadváhou či obezitou je pacient v dobrém stavu výživy. Pacient obézní může být zároveň pacientem sarkopenickým, navíc strava takového pacienta bývá někdy velmi jednostranná a deficitní z hlediska příjmu bílkovin a mikronutrientů. Proto není ani u pacientů s vyšším BMI dobré opomíjet nutriční výživu, ani ji omezovat jen na redukci hmotnosti. Lačnění před operací by mělo být co nejkratší, zpravidla se považuje za dostačující, aby pacient přestal konzumovat pevnou stravu 6 hodin před operací. Čiré tekutiny mohou být podávány až do doby 2 hodin před operací. Žádoucí je doplnění zásob glykogenu, což napomáhá snížit pooperační metabolický stres, zmírnit inzulinovou rezistenci a katabolismus. Pro tyto účely lze podat k vypití čirý 12,5% roztok maltodextrinu či využít speciální sipping, který se podává jako PZLÚ (potraviny pro zvláštní lékařské účely) v rámci dietní přípravy na plánovaný chirurgický výkon. Doporučuje se podat až 4 lahvičky večer před operací a další 2 popíjet do doby 2 hodin před operací.

Podávání sacharidových roztoků před chirurgickým výkonem navíc zmírňuje pocit hladu a zvyšuje tak komfort pacienta. Pokud nelze sacharidy podat ústně, bývá doporučeno podat 10% roztok glukózy parenterálně, tj. intravenózně přímo do žilního systému.

Perioperační nutriční péče zahrnuje i období po chirurgickém zákroku. Po operaci není vhodné zbytečně oddalovat příjem stravy, někteří pacienti po břišních operacích dokonce tolerují příjem tekutin per os (ústy) již několik hodin po operaci. Podmínkou však zůstává oběhová stabilita pacienta, po níž by výživa měla být zahájena. Postup obnovení perorálního příjmu po operaci by měl vždy být přizpůsoben individuálně a s přihlédnutím k typu chirurgického zákroku.

Při předpokladu, že pacient nebude po operaci delší dobu schopen příjmu per os, by měla být zahájena EV prostřednictvím nazogastriční (zavedení výživné sondy přes nos, hltan až do žaludku) či nazojejunální (zavedení výživné sondy přes nos, hltan, žaludek až do tenkého střeva) sondy, případně perkutánní endoskopické gastrektomie, což je zákrok, při kterém se pomocí endoskopu a přes břišní stěnu zavádí do žaludku výživová sonda. Pokud není možný téměř žádný enterální příjem déle než 5 dnů po operaci, pacient by měl být živěn parenterálně.

V případě, že je chirurgickým výkonem narušeno normální fungování gastrointestinálního traktu a je potřeba upravit dietní režim pacienta, pacient by měl být před propuštěním poučen nutričním terapeutem. Pacienty, jejichž stav byl před operací vyhodnocen jako nutričně rizikový, je vhodné odkázat do nutriční ambulance i po operaci, obzvláště pokud se jedná např. o onkologické pacienty podstupující podpůrnou léčbu, kterou by při zhoršení stavu výživy bylo nutné přerušit.

■ **Mgr. Lucie Nowáková**
Mgr. Karolína Kambová
Nutriční terapeutky

DĚTSKÁ PALIATIVNÍ PÉČE V NEMOCNICI ČESKÉ BUDĚJOVICE

V únoru 2025 získalo Dětské oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., z grantu Nadace rodiny Vlčkových finanční podporu na rozvoj dětské paliativní péče. Projekt je naplánován na dva roky a nyní se nacházíme v jeho polovině.

V průběhu prvního roku se nám podařilo zorganizovat několik vzdělávacích akcí pro personál Dětského oddělení. Většinu akcí jsme díky grantu objednali na klíč a lektori dojížděli k nám do Českých Budějovic.

První akce se konala pod hlavičkou Centra paliativní péče a byla určena pro zdravotní sestry. „Seminář byl zaměřen na klíčové principy

paliativní péče, komunikaci s pacienty a jejich rodinami, řešení etických dilemat a na multidisciplinární přístup k nevléčitelně nemocným pacientům. Program byl přínosný, inspirativní a přispěl k lepšímu porozumění principům paliativní péče,“ zhodnotila seminář staniční sestra malých dětí Bc. Božena Ševečková.

Druhou akcí, která byla určena pro lékaře i sestry z našeho oddělení, byl kurz Institutu Pallium, tentokrát už zaměřený na dětské pacienty s názvem Úvod do dětské paliativní péče. Během kurzu se kladl důraz na praktické využití předaných informací. Dalšími výhodami byly velká vstřícnost lektorek a také možnost diskuze.

Nejrozsáhlejší akcí, kterou jsme v průběhu podzimu absolvovali, byl 56hodinový akreditovaný kurz nazvaný Základní krizová intervence. Kurz pořádala společnost Remedium Praha o.p.s. Akce se kromě lékařů a sester z Dětského oddělení zúčastnil i nemocniční kaplan a lékařka z Neonatologického oddělení. „Všichni lektori byli velice vstřícní a snažili se kurz přizpůsobit našim potřebám. Měli jsme díky tomu možnost nacvičovat řešení krizové situace nejen v rámci péče o paliativního pacienta a jeho rodinu, ale také u dětských pacientů zasažených akutní stresovou poruchou, krizí zrání či krizí spojenou se závislostí. Samostatným tématem pak byla péče o pacienta



Zleva: MUDr. Daniela Součková, MUDr. Ivana Hojdová a prim. MUDr. Jan Hříděl



Zleva: Psycholožka Mgr. Petra Petrová a zdravotně sociální pracovníce Mgr. Hana Pečenková

se sebevražednými úmysly. Široký záběr kurzu byl pro nás všechny velice přínosný, protože s výše zmíněnou problematikou se v posledních letech při práci na Dětském oddělení často setkáváme. Velkým benefitem kurzu bylo i prohloubení vztahů v rámci našeho týmu a také lepší pochopení, jak je důležitá sebe péče a psychohygiena,“ popsala průběh kurzů MUDr. Daniela Součková, lékařka Dětského oddělení, která se věnuje dětem s potřebou podpůrné a paliativní péče.

V paliativní péči je velmi důležitá multioborová spolupráce. Jsme rádi za možnost spolupracovat se sociálními pracovníky a klinickou psycholožkou. Díky financím z grantu se naše dvě sociální pracovníce mohly na konci října loňského roku zúčastnit kurzu Sociální práce v dětské paliativní péči. Tento kurz pořádal Institut Pallium. Naše psycholožka se díky finanční podpoře

Nemocnice České Budějovice, a.s., aktuálně účastní Kurzu psychosociální podpory pro dětské pacienty a jejich rodiny v kontextu dětské paliativní péče, který pořádá FN Motol a Homolka.

Jak jsem zmínila na začátku, nyní se nacházíme v pomyslném poločase rozvoje paliativní péče na našem oddělení. O poločas se ovšem jedná

jen s ohledem na čerpání grantu. Věříme, že i po skončení projektu se bude péče o dětské pacienty se život limitujícím nebo život ohrožujícím onemocněním a jejich rodiny dále zlepšovat. A že se nám i v dalších letech bude dařit tuto péči poskytovat na základě aktuálních znalostí i možností, které nám medicína nabízí.



Od středy 14. ledna si mohou návštěvníci Nemocnice České Budějovice, a.s., prohlédnout ve vstupním terminálu papírový model usedlosti Cibulka, projektu Nadace rodiny Vlčkových. Model přibližuje místo, kde vzniká jedinečné centrum pomoci dětem se závažným onemocněním a jejich rodinám. Zároveň nese silné poselství o podpoře, lidskosti a naději. Zveme vás k zastavení, zamyšlení i tiché podpoře projektu, který dává naději tam, kde je jí nejvíce potřeba.

Zmíněná péče je pro mnohé rodiny dlouhodobou záležitostí. Díky Nadaci rodiny Vlčkových se v pražských Košířích rekonstruuje usedlost Cibulka. Vznikne zde centrum, které rodinám nabídne nejen odbornou pomoc, ale poskytne jim také prostor k odlehčovací péči a možnost přechodných pobytů. Rodiny, které pečují o své těžce nemocné děti, tak dostanou příležitost si odpočinout. Cibulka nabídne i prostor k péči v samém závěru života v případech, kdy ji nebude možné zabezpečit v domácím prostředí. Cibulka je zatím ve výstavbě. Díky spolupráci s Nadací rodiny Vlčkových vám nyní v terminálu Nemocnice České Budějovice můžeme představit model, který ukazuje původní stav objektu a vizi budoucí podoby Cibulky. Vystavením modelu bychom rádi projekt Nadace rodiny Vlčkových více zviditelnili a jejich práci podpořili.



Projekt "Cibulka" představil ředitel komunikace Nadace rodiny Vlčkových pan Miroslav Čepický (vpravo) a autor modelu Pavel Maška (vlevo).

CIBULKA v naší nemocnici: *”tichý symbol naděje pro rodiny dětí se závažným onemocněním”*

Naším největším přáním je, aby paliativní péči žádné dítě nepotřebovalo. Protože je to ale nesplnitelný sen, máme další velké přání: Aby se každé dítě i každá rodina, která pomoc paliativního týmu potřebuje, k této pomoci dostala a ve své těžké životní situaci nezůstala sama.

■ **MUDr. Ivana Hojdová**
Dětské oddělení



Zahájení výstavy se zúčastnili lékaři Dětského oddělení a paliativního týmu českobudějovické nemocnice

Nadace rodiny Vlčkových

Nadace rodiny Vlčkových je nezisková organizace, která podporuje rozvoj paliativní péče v České republice. Zaměřuje se zejména na vzdělávání odborníků a na přímou materiální i finanční podporu zdravotnických zařízení. Jejím cílem je zajistit, aby děti s vážnými onemocněními a jejich rodiny měly přístup k důstojné, komplexní a lidské péči v těch nejtěžších obdobích života.

Stránky nadace: <https://nrv.org/>

Generace dárců krve stárne Potřebují nástupce

**Je čas na novou
krev – tu tvoji!**

Pomozte nám naplnit
naše krevní zásoby

Děkujeme

#tedjetonatobe

**...je čas
to otočit**



800 603 333

www.nemcb.cz

SJEZD EVROPSKÝCH CÉVNÍCH CHIRURGŮ OTEVŘEL MOŽNOSTI MEZINÁRODNÍ SPOLUPRÁCE



MUDr. Martin Rezler

Podzim je tradičně spojován s pořádáním kongresu Evropské společnosti pro cévní chirurgii (ESVS) a letošní ročník nebyl výjimkou. V září se již 39. kongres ESVS uskutečnil v Istanbulu, který leží na okraji Evropy i Asie. Jako zástupci nejmladšího oddělení cévní chirurgie, které je součástí kardiiovaskulárního a torakálního centra, jsme měli možnost se opět zúčastnit s kolegou MUDr. Martinem Rezlerem.

Místo konání kongresu bylo symbolické. Turecko, dříve Osmanská říše, má bohatou historii jako průkopník medicínských inovací a v posledních letech se na tuto tradici snaží opět navázat. Istanbul je město s unikátní historií, které propojuje evropskou i blízkovýchodní kulturu a současně představuje moderní kosmopolitní metropoli. Tato diverzita byla patrná i na letošním kongresu, který měl sice v názvu slovo „evropský“, avšak přilákal odborníky z celého světa.

Významné zastoupení měli experti z Japonska a Nového Zélandu, ale nejenom z těchto zemí. Přednášky prezentovali také specialisté z Indie, USA, Argentiny či Jihoafrické republiky.

Hlavním tématem letošního ročníku byla aortální onemocnění, včetně nových doporučení (guidelines) pro léčbu sestupné, hrudní a břišní aorty. Tato problematika byla pro nás klíčová, neboť cílem našeho oddělení je vybudovat komplexní centrum péče zaměřené na pacienty s cévními onemocněními, především s onemocněním aorty. Naše spolupráce s kardiologií a hrudními chirurgy, která je v rámci České republiky ojedinělá, nám dává nespočet možností tuto péči rozvíjet.

Během kongresu jsme získali cenné poznatky o screeningových programech a sledování pacientů s aortálními chorobami. Také jsme měli možnost se zúčastnit praktických workshopů

věnovaných endovaskulárním i otevřeným zákrokům. Nejvýznamnější je však skutečnost, že se nám podařilo získat příslib spolupráce se zahraničními centry, díky níž můžeme zahájit rozvoj aortálního programu na našem oddělení a výrazně tak rozšířit naše možnosti v péči o pacienty. A přínosem pro nás rozhodně byly i prezentované nové postupy a techniky.

Večery patřily již tradičnímu setkávání s kolegy a objevování krás Istanbulu. Toto město s více než dvoutisíciletou historií má svou nepopiratelnou magii a určitě stojí za návštěvu, a to i na prodloužený víkend.

Na závěr bychom rádi poděkovali naší nemocnici, že nám účast na kongresu umožnila a přispěla tak ke zkvalitnění péče o pacienty.

■ **MUDr. Jan Rychlík**
Oddělení kardiologie, cévní chirurgie a hrudní chirurgie



MUDr. Jan Rychlík

19TH WORLD CONGRESS OF NEUROSURGERY - STOPA ČESKOBUDĚJOVICKÉ NEUROCHIRURGIE V SRDCI MODERNÍHO ORIENTU

Dubaj, moderní metropole ve Spojených arabských emirátech na pobřeží Perského zálivu, hostila ve dnech 1. až 5. prosince 2025 devatenáctý ročník světového neurochirurgického kongresu. Spolu s MUDr. Martinem Bombicem jsme aktivně reprezentovali Neurochirurgické oddělení naší nemocnice s celkem pěti přednáškami, z nichž čtyři byla zvaná 20minutová sdělení.

V rámci své přednášky o mozkových bypasech, tzv. našití tepny z podkoží přímo na mozkovou tepnu, jsem shrnul aktuální zkušenosti a pozici této mikrochirurgické metody v léčbě akutní ischemické mozkové příhody při selhání standardních metod léčby. V následné přednášce jsem prezentoval zkušenosti našeho pracoviště s použitím nové generace lavážních mozkových katetrů IRRFlow, které jsme v posledních dvou letech používali v originálním protokolu k vyčištění mozkomíšního moku od krve u pacientů po krvácení z prasklé výdutě mozkové cévy, a to jako první pracoviště na světě.



MUDr. Martin Bombice

Sdělení MUDr. Martina Bombice se svými tématy též držela cévní neurochirurgie. V přehledové přednášce o karotické endarterektomii, operaci při které dochází k odstranění aterosklerotického plátu v zúžené krční tepně, shrnul tipy a triky v této operativě, ve které českobudějovické pracoviště již po bezmála tři desetiletí patří k předním v celé České republice. A jeho následná přednáška o urgentní karotické endarterektomii v léčbě akutní ischemické příhody mozku patřila k vrcholům hlavního cévního bloku kongresu a v kuloárech na ni navázala plodná diskuze s řadou světových odborníků, například s profesorem Reglim ze švýcarského Curychu. Přednášku z auditoria pozitivně kvitoval i americký profesor Loftus, nestor této operační metody.

Tematicky kongres pokrýval celé spektrum neurochirurgických témat. Program byl velmi intenzivní. Přednášky či workshopy probíhaly v celkem osmi halách od ranních až do večerních hodin. Kongresu se zúčastnila řada světových osobností z oboru. Kromě výše jmenovaných bych rád zmínil také profesora Aliho Krishta z amerického Arkansasu a profesora Al-Meftyho z Harvardu. Ve svých přednáškách sdíleli své celoživotní zkušenosti s operativou těch nejtěžších nádorů spodiny lebeční, zejména pak v oblasti kavernózního splanu, kde se každý z nich intenzivně věnuje i inovaci složitých mikrochirurgických přístupů

a výuce dalších generací neurochirurgů. Velmi inspirativní bylo též setkání s profesorem Bin Xu, který je hlavním odborníkem na extra-intrakraniální mozkové bypasy v Číně a za svou kariéru již provedl 17 000 těchto operací. Věřím, že řadu jeho tipů a triků využijí i v naší operativě.

Dubaj nabízí bohatou mozaiku kultury, vědy a inovací, což z ní činilo ideálního hostitele takto významné události. Zároveň to byla jedinečná příležitost seznámit se s nejnovějšími trendy, špičkovými technikami a inovativním výzkumem v oblasti neurochirurgie. Děkujeme vedení Nemocnice České Budějovice, a.s., za možnost zúčastnit se této akce.

■ **MUDr. Marek Grubhoffer**
Neurochirurgické oddělení



Nejvyšší mrakodrap světa - Burj Khalifa

SVĚTOVÝ NEUROCHIRURGICKÝ KONGRES V DUBAJI POHLEDEM SESTER

V týdnu od 29. 11. do 6. 12. jsme naplno využily skvělé příležitosti, když jsme se společně s našimi lékaři MUDr. Martinem Bombicem a MUDr. Markem Grubhofferem zúčastnily 19. světového neurochirurgického kongresu. Účast jsme si zasloužily podílem na tvorbě odborných přednášek a také naší předchozí aktivní účastí na jiném významném kongresu.

Tento rok se kongres pořádaný společností WFNS (World Federation of Neurosurgical Societies) konal až v daleké Dubaji. Přilákal tisíce odborníků z celého světa, kteří sdíleli nejnovější trendy, inovace a klinické postupy v moderní neurochirurgii. Program byl rozdělený do tematických bloků, v rámci kterých probíhala řada workshopů, vědeckých přednášek i praktických ukázek.

Hlavní pozornost byla tentokrát věnována neuroonkologii, konkrétně pokrokům v léčbě mozkových nádorů. Další oblastí byla cévní neurochirurgie se zaměřením na složitá aneurysmata (výdutě) či vztah mezi chirurgickými a endovaskulárními metodami. Do tohoto bloku přispěli svými prezentacemi i MUDr. Bombic a MUDr. Grubhoffer. V programu ale nechyběly ani oblasti jako spinální chirurgie a neurotraumatologie, globální neurochirurgie či témata související se vzděláváním mladých neurochirurgů.

I přes nabitý harmonogram jsme si společně udělali čas také na poznávání Dubaje. Vystoupali jsme na ikonickou Burj Khalifu, odkud jsme si užili výhled na celé město.

Účast na tomto světovém neurochirurgickém kongresu pro nás byla mimořádně přínosná. Přivezly jsme si nejen nové odborné poznatky a zkušenosti, ale také inspiraci a motivaci pro další práci. Jsme vděčné za možnost reprezentovat naše oddělení na tak významné akci a děkujeme vedení nemocnice a všem, kdo nám účast umožnili.

■ Mgr. Karolína Růžicková,
■ Bc. Kateřina Janků
Neurochirurgické oddělení



Zleva: MUDr. Martin Bombic, MUDr. Marek Grubhoffer, Bc. Kateřina Janků a Mgr. Karolína Růžicková

AO TRAUMA KURZ: SOUČASNÉ KONCEPTY V DIAGNOSTICE A LÉČBĚ INFEKCE VE ZLOMENINĚ

Infekční komplikací je zatížen každý operační výkon – i přes veškerou snahu a dodržování pravidel aseptiky i všech protokolů. Říká se, že hlavní léčbou infektu ve spojení se zlomeninou, je prevence. Infekce ve zlomenině - FRI (z anglického fracture related infection) svými náklady neúměrně zatěžuje náš zdravotnický systém a z hlediska náročnosti léčby představuje značnou komplikaci jak pro pacienta, tak pro zdravotnický personál. Pro pacienta je nezanedbatelný také aspekt psychosociální a dalším komplikujícím faktorem je celosvětově narůstající rezistence na antibiotickou léčbu. To jsou hlavní důvody, proč se pořádají kurzy zaměřené na problematiku FRI. Takového kurzu, AO Trauma Course—Fracture Related Infections-Current Concepts (Infekce ve zlomenině – současný koncept), pořádaného v listopadu v Lednici, jsme se účastnili jako přednášející i frekventanti.

Kromě samotné definice infekce asociované s osteosyntetickým materiálem byl kurz zaměřený na její diagnostiku, terapii a prevenci. Základem terapie zůstávají chirurgické debridement (revize s odstraněním všech patologických a z infektu podezřelých tkání) se současnou lokální a systémovou antibiotickou terapií. Na programu kurzu byla kromě přednášek i praktická cvičení a diskuzní skupiny s kazuistikami, které připravili přednášející z jednotlivých pracovišť. A v závěru byly prezentovány nové perspektivy v terapii FRI, zvláště v kontextu narůstající antibiotické rezistence. Kurzu se kromě mladších lékařů zúčastnili i zkušení kolegové z klinických pracovišť a primáři



Účastníci kurzu, přednášející i frekventanti

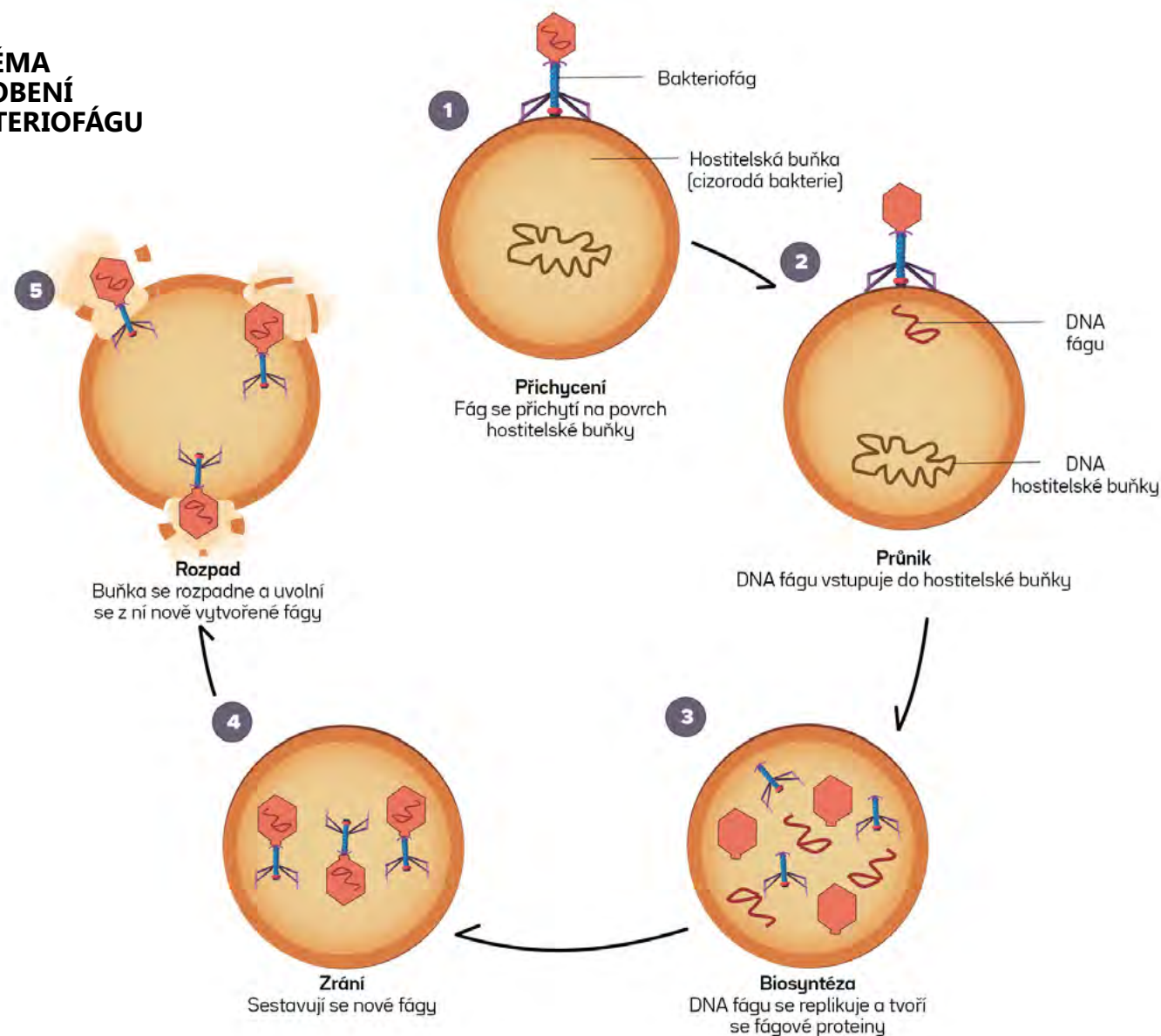
okresních pracovišť. O to více nás těší, že jsme se mohli jako přednášející aktivně podílet na přípravě a hladkém průběhu celé akce.

Důležitou formou prevence infektu ve zlomenině je dodržování antibiotických protokolů, správný management ošetření otevřených zlomenin a pečlivé plánování operačních výkonů s cílem co nejvíce omezit komplikace a revizní výkony. Předpokladem dobrého hojení je ze strany operátora tzv. biologická osteosyntéza, která znamená maximální šetření měkkých tkání a periostu

(obalu kosti), abychom skelet a kostní úlomky nezbavili výživy. Cizorodý materiál včetně osteosyntetického materiálu spolu s avitálními (výživy zbavenými) kostními úlomky totiž bohužel představuje ideální prostředí pro uchycení bakterií, které jsou pak schopny vytvořit na takových površích tzv. biofilm. Biofilm je složitá struktura, ve které kolonie bakterií přežívají a doslova se skrývají před účinky antibiotik.

K perspektivám v terapii infekce ve zlomenině patří například hydrofilní gely, vývoj nových povrchů

SCHÉMA PŮSOBNÍ BAKTERIOFÁGU



osteosyntetických implantátů (hřebů, dlah) a zejména pak tzv. fágová terapie.

Nové povlaky na povrchu implantátů mají baktericidní účinek (tj. ničí bakterie), který se uplatňuje při kontaktu s bakterií. Účinky jsou založeny na principu poškození bakteriální stěny nebo cytoplazmy bakterie. Dochází tak k rozpadu a smrti bakterie. K používaným materiálům patří například chitosan, antimikrobiální peptidy (AMP) a kvartérní amoniové sloučeniny. Nevýhodou je hromadění zabitých (odumřelých) bakterií a intracelulárních složek, čímž mohou paradoxně vznikat vazebná místa pro následnou tvorbu biofilmu. Na povrch implantátů mohou být nanášeny hydrofilní gely. Bakterie jsou pak k takovému povrchu méně

adhezivní. Navíc lze do gelu přidat antibiotikum, které se postupně uvolňuje a působí lokálně. Vývoj jde směrem k tzv. „smart hydrogelům“, které jsou aktivovány zevním stimulem, a hovoříme tak například o fototermálních nebo fotodynamických hydrogelech. Některé z povrchů mohou být aktivovány vnitřním prostředím. Takovým stimulem může být například pokles pH při bakteriální infekci. I z dalších povrchů, jako je například hydroxyapatit nebo poly(D/L-lactide), se mohou uvolňovat antibiotika, nanočástice nebo kovové ionty jako Zn⁺ (zinek), Ag⁺ (stříbro), Cu⁺ (měď) a jejich oxidy, které jsou baktericidní.

Perspektivní, ale zatím víceméně nedostupnou se jeví fágová terapie.

Využívá schopnost tzv. bakteriofágů, tj. virových částic, které napadají pouze bakterie. Fág se připojí k bakterii a zavede do ní svou genetickou informaci. Bakterie produkuje nové fagy. Následně Jak hostitelská buňka (bakterie) umírá, je rozložena, čímž se uvolní nový bakteriofág, který pak infikuje další bakterii. Výhodou fágové terapie je léčba zaměřená pouze proti danému cílovému patogenu/ bakterii. Replikuje se v místě infekce, má schopnost zasáhnout biofilm a kombinace s antibiotiky může být synergická. Fagy je možné aplikovat lokálně (výplachy, drenážní instilace, hydrogely) nebo systémově – nitrožilně, nebo perorálně. V době narůstající antibiotické rezistence se kombinace chirurgického ošetření,



Součástí kurzu byla i praktická cvičení

fágové a antibiotické terapie zdá jako nejúčinnější. Použití a rozšíření fágové terapie však zatím brání legislativa EU.

Celý kurz byl hodnocen velmi pozitivně. Průměrné hodnocení přednášejících se pohybovalo kolem 4,7 až 4,8 z 5. V rámci multidisciplinárního týmu, do kterého kromě traumatologa řadíme i ortoplastika, mikrobiologa/ infekcionista, případně klinického farmakologa, je vyzdvihována právě úloha mikrobiologa. Ve velkých centrech zabývajících se problematikou FRI (například Charité Universitätsmedizin Berlin v Německu nebo Zentrum für muskuloskelettale Infektionen (ZMSI) Basel ve Švýcarsku) se



Kruhový fixátor

mikrobiolog účastní s ostatními členy multidisciplinárního týmu vizit u pacientů. Je tak možné interpretovat mikrobiologické nálezy přímo v klinickém kontextu, rozlišovat kontaminaci od skutečné infekce a navrhnout cílenou antibiotickou terapii. V současné době, kdy veškeré konzultace s mikrobiologem probíhají distančně, telefonicky, bychom u vybraných pacientů jeho účast při

vizitě uvítali. Slibujeme si od toho efektivní a racionální antibiotickou terapii, snížení počtu infekčních komplikací a následně i revizních výkonů.

Děkujeme vedení našeho oddělení a nemocnice za možnost účastnit se tohoto kurzu.

■ **MUDr. Alexandr Rypl**
Oddělení úrazové chirurgie



Nácvik sestavení a aplikace zevního kruhového fixátoru

XVII. KONFERENCE AKUTNĚ.CZ OČIMA TÝMU ARO A RES NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE

V sobotu 22. listopadu 2025 se v Univerzitním kampusu Bohunice v Brně konal již XVII. ročník konference AKUTNĚ.CZ, největší jednodenní akce v oboru anesteziologie, intenzivní a urgentní medicíny v České republice. Nemocnice České Budějovice, a.s., měla letos v Brně velmi silné zastoupení. Tuto příležitost k odbornému vzdělávání i týmovému setkání napříč profesemi využilo celkem 18 lékařů a 12 sester z Anesteziologicko-resuscitačního oddělení.

SPOLEČNÝ PÁTEČNÍ ODJEZD A PRVNÍ TEAMBUILDING

Na konferenci jsme se vydali společně již v pátek odpoledne. Společný přesun a ubytování v jednom hotelu nám umožnily něco, co v běžném provozu směn a služeb často chybí – mít čas si v klidu sednout, probrat očekávání od odborného programu a domluvit se, kdo se zaměří na jaká témata.

Už v pátek večer jsme si předběžně rozdělili program sobotních přednášek i workshopů tak, aby byly pokryty hlavní oblasti akutní medicíny – od intenzivní péče přes resuscitaci, akutní kardiologii a urgentní příjem až po pediatriickou a porodnickou anestezií. Cílem bylo, aby se po návratu daly jednotlivé poznatky sdílet v rámci našeho pracoviště a nezůstalo jen u osobních zkušeností jednotlivců.

Páteční večer tak byl nejen logistickou přípravou na následující den, ale i prvním neformálním teambuildingem, během kterého se potkali lékaři a sestry z různých částí oddělení, kteří se v běžném provozu často jen míjejí.



"Rychlé selfie, než se rozutečeme na nejrůznější sekce programu."

NABITÉ SOBOTNÍ DOPOLEDNE: KAŽDÝ SI NAŠEL „SVŮJ“ BLOK

Sobotní program konference probíhal paralelně v několika sálech, takže nebylo možné stihnout vše. I proto jsme se záměrně „rozptýlili“ napříč programem tak, aby každý účastník mohl sledovat témata, která jsou mu nejbližší. Část lékařů zamířila do sálu, kde probíhal hlavní program lékařské sekce. Tam rezonovala zejména témata intenzivní medicíny, resuscitace septického šoku, ventilace a orgánové podpory. Jiní dali přednost blokům zaměřeným na srdeční selhání, arytmie a akutní kardiologii, případně na pediatriickou a porodnickou anestezií, která je v každodenní praxi zastoupena méně, ale přesto klade vysoké nároky na připravenost celého týmu. Zajímavou součástí programu byly také sekce mladých anesteziologů a intenzivistů, kde zaznívala témata „základních věcí dělaných správně“ –

tedy důkladné zvládnutí každodenních postupů tak, aby odpovídaly současným doporučením. I to je oblast, kterou vnímáme jako klíčovou pro bezpečnost našich pacientů: rutinní postupy prováděné správně a konzistentně.

ODBORNÝ PŘÍNOS PRO SESTRY Z RES A ANESTEZIE

Zvlášť je třeba zmínit přínos konference pro nelékařský personál. Program nelékařské sekce byl koncipován tak, aby reflektoval každodenní realitu práce všeobecných a specializovaných sester v intenzivní péči. Velká část bloků se věnovala tématům, která denně řešíme i u nás – například ošetrovatelské péči o ventilované pacienty, bezpečnému zacházení s katétry, sedaci a analgosedaci (zklidnění a tlumení bolesti) z pohledu sester, komunikaci s rodinou kriticky nemocného a prevenci syndromu vyhoření a péči o duševní zdraví zdravotníků.

Sestry z RES i anesteziologických sálů oceňovaly zejména prakticky zaměřené přednášky a sdílení zkušeností z jiných pracovišť. Ve zpětné vazbě zaznívalo, že se řada témat překrývá s tím, co řešíme v naší nemocnici, a že některé přístupy lze po drobné úpravě přenést přímo do naší praxe.

WORKSHOPY: SIMULACE, KRIZOVÉ SITUACE A ECHOKARDIOGRAFIE

Významnou součástí konference byly praktické workshopy, na které se účastníci museli předem registrovat. Každý z našeho týmu se zúčastnil alespoň jednoho, mnoho z nás kombinovalo dopolední a odpolední blok.

Oblíbené byly především:

- **simulační workshopy týmové resuscitace a krizových situací** – nácvik vedení kardiopulmonální resuscitace (KPR) na urgentním příjmu či JIP, řešení náhlého zhoršení stavu pacienta, práce s check-listy a týmovou komunikací,
- **ultrazvukové workshopy** – zejména zaměřené na základy echokardiografie u kriticky nemocných, orientační posouzení preloadu (náplň srdce před kontrakcí), systolické funkce a přetížení pravého srdce, ale i plicní ultrazvuk a využití sonografie při zavádění cévních vstupů,
- **scénáře z urgentní medicíny** – modelové situace resuscitace septického šoku, respiračního selhání a polytraumat.

Konferenční workshopy vnímáme jako důležitý doplněk ke vzdělávání – umožňují bezpečně „trénovat chyby“, které si v reálném provozu nemůžeme dovolit.

NOVÉ TECHNOLOGIE: VR RESUSCITACE A AI ECHOKARDIOGRAFIE

Jedním z největších lákadel letošního ročníku byla možnost vyzkoušet si nové technologie aplikovatelné



"Díky virtuální realitě nemasírujete jen figurínu – masírujete např. automechanika přímo v autodilně."

v akutní a intenzivní medicíně. Náš tým využil zejména dvě:
- **VR resuscitaci** – simulátor využívající virtuální realitu, který umožňuje zažít resuscitační scénář v realistickém prostředí. Systém poskytuje okamžitou zpětnou vazbu na frekvenci a hloubku kompresí, kvalitu ventilace i časové prodlevy a zároveň sleduje týmovou komunikaci. Využití VR vidíme jako potenciálně velmi přínosné pro budoucí interní školení lékařů i sester, a to jak v rámci vstupní adaptace, tak pravidelných refresher kurzů.
- **AI asistovanou echokardiografii (vyšetření srdce ultrazvukem)** – demonstrace použití umělé inteligence při získávání a základním

hodnocení echokardiografických projekcí. AI systém navigoval uživatele k optimálnímu nastavení sondy a nabízel orientační měření a interpretaci. Nejde o náhradu zkušeného echokardiografisty, ale o nástroj, který může pomoci rozšířit základní echokardiografické dovednosti mezi širší okruh lékařů v intenzivní péči a usnadnit rozhodování v časové tísni.

Diskuse, které jsme nad oběma technologiemi vedli už cestou domů, ukazují, že nejde jen o „zajímavé hračky“, ale o reálně využitelné nástroje, o jejichž zavedení či pilotní vyzkoušení budeme u nás na oddělení uvažovat.

AFTERPARTY JAKO PROSTOR PRO TÝM I MEZIOBOROVOU SPOLUPRÁCI

Po ukončení odborného programu následovala tradiční afterparty, která pro nás měla rovněž významný rozměr. V neformálním prostředí jsme se měli možnost potkat s kolegy z jiných nemocnic a oborů, sdílet zkušenosti a příklady dobré praxe mimo oficiální přednáškové bloky a zároveň posílit vztahy v rámci vlastního týmu ARO/RES.

Mnohé rozhovory uvolněně začínající u občerstvení nebo na tanečním parketu se v dalších dnech proměnily v konkrétní nápady – od návrhů na interní workshopy až po úvahy o společných projektech s kolegy z jiných pracovišť.

I z tohoto pohledu byla afterparty intenzivním teambuildingem, který doplnil odbornou část konference a pomohl propojit lékaře a sestry v jiném kontextu, než jaký umožňuje běžný provoz.

CO SI Z KONFERENCE ODNÁŠÍME A JAK TO CHCEME VYUŽÍT

Účast třicetičlenné skupiny našich lékařů a sester na konferenci AKUTNĚ. CZ vnímáme jako investici do kvality péče i fungování týmu. Z Brna si odnášíme aktualizované poznatky z oblasti anestezie, intenzivní a urgentní medicíny, praktické zkušenosti z workshopů včetně simulací a ultrazvukových dovedností, inspiraci pro rozvoj simulačního vzdělávání u nás v nemocnici a v neposlední řadě posílené vztahy mezi lékaři a sestrami napříč ARO a RES.

POCHVALA

Chtěla bych touto cestou poděkovat zaměstnancům gynekologické ambulance, jmenovitě MUDr. Martinu Michalovi, sestře Michaelae Kořenské a celému "onkoteamu" za jejich vlídný a lidský přístup. J. K.



Workshop simulace kritických stavů

Naším cílem je, aby účast na konferenci neskončila u certifikátu v osobním portfoliu. Vybraná témata plánujeme zařadit do interních seminářů a kazuistických setkání, získané poznatky promítnout do standardů péče a běžných postupů a dále rozvíjet spolupráci mezi lékaři a sestrami při vzdělávání i každodenní práci.

Věříme, že i díky podobným vzdělávacím akcím budeme schopni našim pacientům poskytovat péči, která nebude jen odpovídat nejmodernějším trendům v anesteziologii a intenzivní medicíně, ale také si zachová to nejpodstatnější – profesionalitu, lidský přístup a týmovou spolupráci.

Na závěr bychom rádi poděkovali vedení Nemocnice České Budějovice, a.s., za podporu naší účasti na konferenci a úhradu souvisejících nákladů.

■ **MUDr. Jiří Kříž**
Anesteziologickoresuscitační oddělení



STÁŽ NA INSTITUTU KAROLINSKA MĚ PROFESNĚ I LIDSKY INSPIROVALA

Chirurg MUDr. Pavel Dohnal strávil dva týdny na prestižním pracovišti dětské chirurgie ve švédském Stockholmu. Své postřehy z odborné stáže shrnul v krátkém rozhovoru.

■ **Pane doktore, vy jste nedávno absolvoval odbornou stáž ve Švédsku na Institut Karolinska. Jak tato možnost vznikla?**

Možnost se otevřela díky pořádání 69. kongresu České pediatricko-chirurgické společnosti. Jedním z pozvaných řečníků byl doktor Markus Almström, vedoucí chirurg na oddělení dětské chirurgie Institutu Karolinska. Během kongresu jsme spolu navázali kontakt a následně jsem obdržel pozvání ke krátké odborné stáži na jejich klinice.

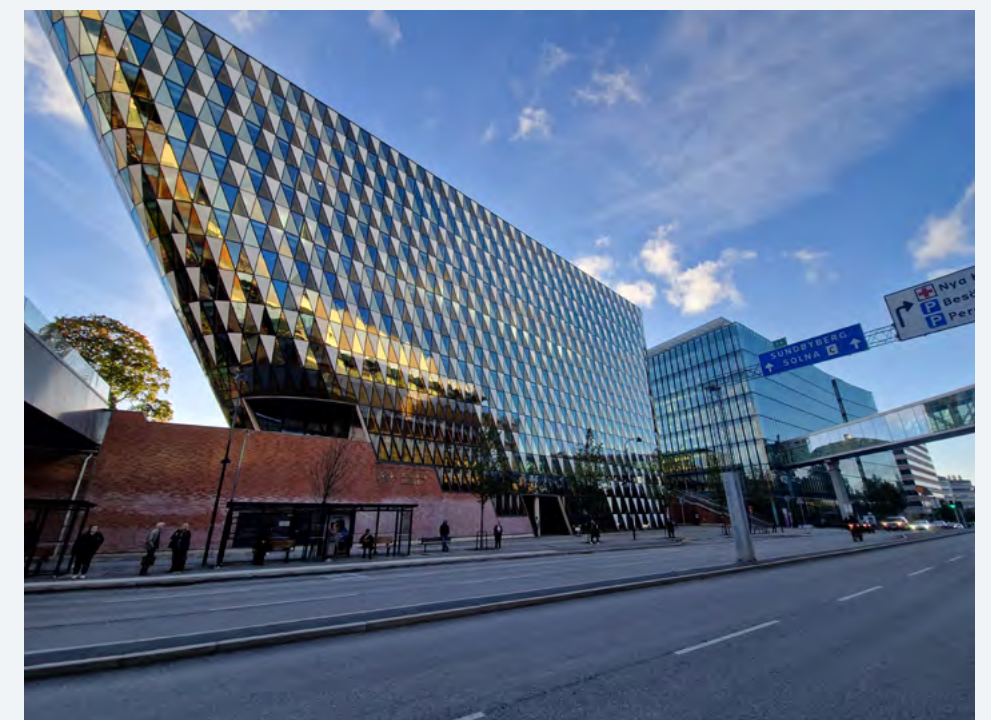
■ **Institut Karolinska je světově uznávanou institucí. Jaké dojmy jste si odtud odnesl?**

Byla to nesmírně zajímavá zkušenost. Institut Karolinska patří mezi nejvýznamnější lékařské univerzity v Evropě. V celosvětových žebříčcích se stabilně umísťuje v první dvacíce nejlépe hodnocených univerzit. Atmosféra vědeckého i klinického prostředí tomu naprosto odpovídá.

Shodou okolností jsem přijel v době, kdy byly slavnostně zveřejněny výsledky Nobelovy ceny za fyziologii a lékařství. Laureáty vybírají výhradně profesori Institutu Karolinska, takže na místě byla skutečně patrná mimořádná akademická tradice. Letos byli mezi oceněnými Mary E. Brunkowová, Fred Ramsdella a Šimon Sakaguči, přičemž Nobelovu cenu získali za přelomové objevy v oblasti periferní imunitní tolerance.

■ **Jak samotná stáž probíhala? Co všechno jste měl možnost vidět a zažít?**

Stáž byla koncipována tak, abych mohl nahlédnout do každodenního fungování celého oddělení univerzitní nemocnice. Účastnil jsem se ranních hlášení, rentgenových vizit i pravidelných vizit u lůžek. Velmi inspirativní byly také multidisciplinární porady. Na nich se společně potkávali dětské chirurgové, neonatologové, pediatri



Jedna z budov Karolinska Institutu



Národní park Tyresta

či anesteziologové. Bylo patrné, jak zásadní roli hraje ve švédském systému týmová diskuze.

Dostal jsem se i na akutní a odborné ambulance a samozřejmě na operační sály, kde jsem se podílel na přípravě i asistenci u zákroků. Klinika dětské chirurgie je úzce provázaná s neonatologickým a pediatrickým pracovištěm, takže jsem měl možnost sledovat celou kontinuitu péče – od prvotní diagnostiky přes operační řešení až po následné sledování pacientů.

■ V čem se švédský systém liší od našeho?

Struktura práce je opravdu jiná. U nás je často hybatelem změn a rozvoje výrazná osobnost – primář nebo vedoucí v daném oboru. Zodpovědnost i směr vývoje stojí převážně na něm a ostatní v týmu následují jeho vizi.

Ve Švédsku postupuje kolektiv mnohem více jako jeden organismus. Důraz se klade na hlubokou týmovou spolupráci napříč profesemi – od lékařů přes sestry až po sanitáře či asistenty. Upřímně musím říct, že některé procesy byly z mého pohledu až zbytečně

rodinným příslušníkům. Samozřejmě tato důvěra a empatie musí vycházet z obou stran – od zdravotníků i pacientů. Ve Švédsku jsem měl možnost zažít, jak může vypadat vzájemná spolupráce, pokud si lidé navzájem věří a důvěřují systému – nejen zdravotnímu, ale i systému řízení celého státu, obce atd. Tento rozdíl vnímám jako nejvýraznější a nejzásadnější oproti České republice.

■ Co jste měl možnost vidět z hlediska lékařské odbornosti?

Zajímavý pro mě byl především komplexní přístup k diagnózám, které léčíme i na našem pracovišti. Jsou to například nekrotizující enterokolitida, pylorostenóza nebo střevní malrotace. Viděl jsem nejen diagnostiku, ale také jednotlivé chirurgické přístupy. Samozřejmě jsem se seznámil i s běžnou dětsko-chirurgickou agendou, jako jsou tříselné kýly, retence varlete nebo záněty červovitého výběžku slepého střeva. (více viz. infobox)

A velmi cenné pro mě bylo i nahlédnutí na pracoviště dospělé chirurgie, protože mou hlavní pracovní náplní je právě dospělá chirurgie.



Operační sál a personální možnosti



Připravený traumabox

■ Jak jste trávil čas mimo nemocnici?

Každý den včetně víkendu jsem byl v nemocnici, ale i tak jsem měl možnost trochu poznat Stockholm. Je to nádherné město plné kontrastů – historické centrum, moderní architektura, široké bulváry a všudypřítomná voda. Stockholm se totiž rozkládá na mnoha ostrovech, což vytváří opravdu jedinečnou atmosféru.

Vyrazil jsem také na jednodenní „čundr“ do nedalekého národního parku Tyresta a strávil tam jednu noc. Byla to krásná odměna za intenzivní pracovní dny na klinice.

■ Co vám stáž přinesla?

Stáž pro mě byla jak profesně, tak lidsky velmi inspirativní. Obohatila mě o nové postupy, poznal jsem

jiný způsob uvažování a zároveň získal velmi cenné kontakty. Rád bych poděkoval vedení nemocnice i našemu primáři za to, že podpořil mou účast. A samozřejmě také kolegům na oddělení, kteří během mé nepřítomnosti museli pokrýt mé povinnosti. Bez jejich podpory by podobná zkušenost nebyla možná. Díky moc!



Jedna z mnoha místností určená na občerstvení personálu nemocnice

Pylorostenóza

je stav, kdy se sval u výstupu ze žaludku (tzv. vrátník neboli pylorus) abnormálně zvětší a ztuhne. To vytvoří překážku, která brání mléku a potravě v průchodu ze žaludku dále do tenkého střeva.

Retence varlete

je stav, kdy varle u chlapce po narození není na svém správném místě v šourku, ale zůstalo „zaseknuté“ někde na cestě.

Nekrotizující enterokolitida (NEC)

je závažné onemocnění střev, které postihuje především předčasně narozené děti nebo novorozence s velmi nízkou porodní hmotností.

Střevní malrotace

je vrozená vada, ke které dochází během vývoje plodu v děloze. Jednoduše řečeno střeva miminka se v břiše správně neotočí a neusadí na své obvyklé místo.



Vstupní hala nemocnice



Přístrojové vybavení k dispozici

FYZIOTERAPEUTI SDÍLELI SVÉ ZKUŠENOSTI S PÉČÍ O EXTRÉMNĚ NEDONOŠENÁ MIMINKA

Dne 25. 11. 2025 proběhlo na Neonatologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s., 1. setkání fyzioterapeutů pracujících v perinatologických centrech České republiky. I přes nepřízeň počasí se setkání zúčastnily kolegyně z celkem devíti center. Nechyběly kolegyně z Brna, Hradce králové, Olomouce ani Ostravy.

Setkání zahájil prim. MUDr. Jiří Dušek, Ph.D., MHA, který zdůraznil nutnost vzájemné spolupráce a koordinace péče

o nezralé novorozence. Za Nemocnici České Budějovice, a. s., prezentovala MUDr. Mgr. Marcela Míková, Ph.D., Jana Marešová, DiS., Mgr. Pavla Janoušková a Mgr. Jan Dvořák.

Hlavním cílem tohoto setkání bylo sdílení zkušeností z práce s extrémně nedonošenými novorozenci. Část programu tvořily prezentace kazuistik, větší část pak proběhla formou diskuse o terapii novorozenců a spolupráci s jejich rodiči. V rámci návaznosti péče a řešení případných komplikací si

fyzioterapeutky z jednotlivých pracovišť vzájemně vyměnily kontakty. Setkání proběhlo ve velmi přátelské atmosféře a bylo pozitivně hodnoceno všemi účastníky. Velice děkujeme vedení Nemocnice České Budějovice, a. s. za vstřícnost a podporu organizace nejen letošní akce, ale i následujících ročníků.

Dana Plhoňová
Rehabilitační oddělení
Mgr. Helena Ambrožová vrchní sestra
Neonatologické oddělení

TŘÍKRÁLOVÉ POŽEHNÁNÍ V TERMINÁLU NEMOCNICE



Dne 6. ledna již tradičně požehnali Tři králové naši nemocnici a zároveň zahájili Tříkrálovou sbírku Diecézní charity České Budějovice.



POMŮCKY: EFA, LEU	SEVERSKÝ STATEK BEZ LENNÍHO ZÁVAZKU	2. DÍL TAJENKY	INICIÁLY STRACHO- VÉ	EVROPSKÝ LITERÁRNÍ KLUB (ZKRATKA)	DOMÁCKÝ LEONARD	ODVÁŽANÉ	ÚPĚNLIVÉ	PÍSMENO T		DOVED- NOST (ZASTAR.)	ZNAČKA TANTALU	ODEJMOUT ČÁST TĚLA	JMÉNO ZPĚVAČKY BAEZOVÉ	MUŽSKÉ JMÉNO	SPORTOV- NÍ OBLE- ČENÍ	RYBÁŘSKÝ PYTEL	OZVUČNÝ OTVOR VE VÍKU HOUSLÍ
SEŠLOST									UTUTLAT SE								
ZÁSADOVÉ									1. DÍL TAJENKY ZN. KILO- AMPÉRU								
ČASOVÁ SPOJKA			BOTA FOT- BALISTY NIZOZEM- SKÉ MĚSTO								STAV ZDĚŠENÍ ŽHAVÁ ČÁSTEČKA						
RUMUNSKÉ PLATIDLO				DĚTSKÁ KONČETINA RÁNO						SKAUT STROPNÍ SVÍTIDLO						4. DÍL TAJENKY	CVIČNÁ HUDEBNÍ SKLADBA
	RYBA PŘÍBUZNÁ JESETERU	ZN. TERA- JOULU VYMŘELÝ KOČOVNÍK			ITALSKÝ „JEDEN“ DÍLČÍ ROZPOČET				LITEVSKÉ PLATIDLO SOLMIZAČ- NÍ SLABIKA				COPAK OTEC (NÁŘEČ.)				
ZÁBAVNÍ PODNIK								TEMNÉ DUPÁNÍ CITOSLOV. RYTMU					DOMÁCKÝ TITUS POTŘEBA ŠVADLENY				
JMÉNO ZPĚVAČKY SIMONOVÉ							OBYV. RUS. MĚSTA INICIÁLY KANTA							CELNÍ KÓD VANUATU VIOLA (ZKRATKA)			
3. DÍL TAJENKY									ODVODŇO- VACÍ KANÁL								
PŮJČOVNA UMĚLEC- KÝCH DĚL									CITO- SLOVCE STŘELBY								

Vydává Nemocnice České Budějovice, a.s.
Odpovědní redaktoři: Ing. Iva Nováková, MBA, Ing. Veronika Dubská, Ing. Jana Duco, MBA (redakční fotograf)
Předseda redakční rady: prim. MUDr. Aleš Chrdle, Ph.D. (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 2 300 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

AKČNÍ LETÁK



pro období 1. 2. 2026 - 28. 2. 2026 nebo do vyprodání zásob

Léky na dosah, péče na míru



~~179 Kč~~
149 Kč

Péče o zuby

**ELMEX ANTI-CARIES
PROFESSIONAL**

zubní pasta 75 ml

HYGIENICKÝ PŘÍPRAVEK. 1 ml zubní pasty 199 Kč.



~~132 Kč~~
109 Kč

Péče o zuby

**CURAPROX 1006
ZUBNÍ KARTÁČEK**

ZUBNÍ PRODUKT. Pečlivě čtěte návod k použití
a informace o bezpečnosti použití.



~~207 Kč~~
189 Kč

Péče o zuby

**MERIDOL
ÚSTNÍ VODA**

400 ml

HYGIENICKÝ PŘÍPRAVEK. 1 ml ústní vody 0,47 Kč.



~~220 Kč~~
179 Kč

Péče o zuby

**HERBADENT ORIGINÁL
BYLINNÝ GEL**

na dásně 25 g

HYGIENICKÝ PŘÍPRAVEK. 1 g bylinného gelu 7,76 Kč.



~~359 Kč~~
299 Kč

Bolest krku

**TANTUM VERDE
ROZTOK**

240 ml

LÉČIVÝ PŘÍPRAVEK. Pečlivě čtěte příbalovou informaci. Léčivý přípravek
s účinnou látkou benzoglymín hydrochlorid. K vnitřnímu užití.



~~100 Kč~~
80 Kč

Vlhký kašel

**AMBROBENE
ROZTOK 7,5mg/ml**

100 ml

LÉČIVÝ PŘÍPRAVEK. Pečlivě čtěte příbalovou informaci. Léčivý přípravek
s účinnou látkou ambrobenu hydrochlorid. K vnitřnímu užití.



~~130 Kč~~
119 Kč

Suchý kašel

**TUSSIN
KAPKY**

25 ml

LÉČIVÝ PŘÍPRAVEK. Pečlivě čtěte příbalovou informaci.
Léčivý přípravek s účinnou látkou butamirát citrát. K vnitřnímu užití.



~~307 Kč~~
269 Kč

Podpora imunity

**GS VITAMIN C
1000 MG SE ŠÍPKY**

100+20 tablet

DOPLŇKÝ STRAUV. 1 tableta 2,24 Kč.

Před použitím léčivých přípravků si pečlivě přečtěte příbalovou informaci a řiďte se jejími pokyny. Účinky a způsob užití konzultujte s lékařem nebo lékárníkem. Při používání zdravotnických prostředků a kosmetických přípravků se řiďte pokyny výrobce, pečlivě čtěte návod k použití a informace o bezpečném používání. Doplnky stravy nejsou určeny jako náhrada pestré a vyvážené stravy. Ceny uvedené v letáku jsou platné do vyprodání zásob nebo do uvedeného data. Změna cen a tiskové chyby vyhrazeny.

www.nemcb.cz