nemocniční

zpravodaj

Listopad
2026



INTERNISTA PŘISTUPUJE K PACIENTOVI KOMPLEXNĚ. V TOM JE NENAHRADITELNÝ

em. prim. MUDr. Marie Pešková

NEMOCNICE
ČESKÉ BUDĚJOVICE

Obsah


2


5


8


14


20

1 Úvodník předsedy představenstva

Naše úspěchy

2 Primář Oddělení úrazové chirurgie Martin Kloub převzal medaili Za zásluhy

3 MUDr. Veronika Helešicová získala ocenění za přínos v paliativní praxi

4 Zavedli jsme novou metodu léčby chronické bolesti

Novinky

5 Čtyřnozí terapeuti opět dělají radost našim pacientům

Ze zákulisí

6 Cvičná aktivace traumaplánu prověřila postupy při hromadném příjmu pacientů

Rozhovor

8 Internista přistupuje k pacientovi komplexně. V tom je nenahraditelný
em. prim. MUDr. Marie Pešková

13 Předmluva: Jsi tak silný, jak silný je tvůj tým

14 Mám odpovědnost být odvážný pro svého pacienta
Dr. Jeremy Reynolds

Očkování

20 Očkování zdravotníků proti sezonní chřipce je o datech, důvěře a dostupnosti

Lexikon zdraví

24 Podzim je vhodným obdobím i pro malou „inventuru“ očkování

25 První pomoc při léčbě bolestí bederní páteře

26 Bolesti bederní páteře

Lékárna

27 Samoléčba a prevence infekce močových cest

28 Energetické nápoje

Seriál Etika v bílém plášti - krátká zamyšlení o etických otázkách současného zdravotnictví

29 Co nám ještě dnes může říci Hippokrates?

Vzdělávání

30 Národní spondylochirurgický kongres poprvé v Českých Budějovicích

32 Budějovice kazuistické již potřinácté přinesly inspiraci z praxe

34 Odborníci na dětskou ortopedii se setkali v Hluboké nad Vltavou

36 Naše neonatologie sdílela zkušenosti s výživou nedonošených dětí s odborníky ze zahraničí

38 Dva týdny v Cambridge. Inspirace z prestižního centra kardiochirurgie a hrudní chirurgie

40 Mikrochirurgický kurz ve finském Kuopiu přinesl cenné zkušenosti i první místo

41 Supermikrochirurgie otevírá nové možnosti léčby lymfedému i onemocnění mozku

42 Umělá inteligence mění radioterapii. Novinky z evropského kongresu radiologické fyziky

44 Světový kongres venerologie upozornil na nové infekce i antibiotickou rezistenci

Na titulní straně em. prim. MUDr. Marie Pešková

Úvodník předsedy představenstva

Vážení čtenáři Nemocničního zpravodaje,

v medicíně se často setkáváme s rozdílem mezi tím, co od léčby pacient očekává, a tím, co mu skutečně můžeme nabídnout. Právě tomuto rozdílu bych se chtěl tentokrát věnovat, protože od něj se odvíjí nejen spokojenost pacienta, ale často i úspěch samotné léčby.

„Dostal jsem jen doporučení cvičit." V této větě, kterou můžeme slyšet od pacientů s bolestmi zad, se skrývá jedno podstatné nedorozumění. Jako by skutečná léčba měla teprve přijít. V podobě silnějšího léku, injekce, infuze nebo operace. Přání rychle se zbavit bolesti je přitom přirozené. Kdo kvůli ní špatně spí, nemůže pracovat nebo si hrát s vnoučaty, hledá účinnou pomoc. A moderní medicína umí tolik pozoruhodných věcí: vyměníme nemocný kloub, zprůchodníme uzavřenou tepnu. Proč bychom tedy neměli umět „opravit" bolavá záda?

U dlouhodobých bolestí zad však bývá situace složitější. Na páteři se po desítky let vyvíjejí degenerativní změny, zjednodušeně označované jako opotřebení. K obtížím přispívá svalová kondice, způsob zatěžování i další okolnosti. Samotný nález na rentgenu nebo magnetické rezonanci navíc nevypovídá spolehlivě o tom, jak moc záda bolí. Výrazné změny mohou provázet malé obtíže a naopak. Žádná injekce nevrátí páteři její původní podobu. To ale rozhodně neznamená, že se s bolestí nedá nic dělat. Operace může zásadně pomoci u přesně vymezených stavů, například při některých formách útlaku nervových struktur. Pro většinu běžných chronických bolestí zad však řešením není. Léky mohou přinést úlevu a umožnit návrat k pohybu. Jedním ze základních pilířů dlouhodobé léčby je ale vhodně vedená fyzioterapie a na ni navazující pravidelné domácí cvičení. Doporučení cvičit má stejnou vážnost jako doporučení užívat předepsaný lék. Výsledek se zpravidla nedostaví po několika dnech, ale i když změny na páteři zůstanou, bolest může výrazně ustoupit a pohyblivost se zlepšit.

U vysokého krevního tlaku nebo cukrovky jsme si na představu dlouhodobé léčby přece jen více zvykli. Obvykle neočekáváme, že po jednom balení léků nemoc navždy zmizí. U zad možná stále přemýšlíme spíše jako u úrazu: něco se porouchalo, někdo to napraví a bude hotovo. Chronické obtíže se však této představě často vymykají. Ani přijetí diagnózy ovšem samo o sobě nezaručuje vytrvalost. Také při léčbě hypertenze či diabetu pacienti léky vynechávají a s časem může pravidelnost užívání slábnout. Vysoký tlak většinou nebolí, a každodenní tableta tak nemusí přinášet žádný pocit úlevy. Přesto chrání před závažnými komplikacemi. U zad zase může motivace ke cvičení zmizet právě ve chvíli, kdy se člověku uleví. V obou případech je obtížné pokračovat v něčem, jehož přínos není každý den bezprostředně vidět. Nestačí proto pacientovi říci, že musí spolupracovat. Naší úlohou je vysvětlit, čeho můžeme léčbou dosáhnout, kdy očekávat výsledek a proč má smysl pokračovat. Stejně důležité je zjistit, co mu v tom brání – bolest, obavy z pohybu nebo nežádoucí účinky léků.

Za důležité považuji, abychom pacientům nabízeli realistická očekávání a zároveň i naději. Nemůžeme vždy slíbit úplné odstranění nemoci. Často ale můžeme významně ovlivnit, nakolik bude zasahovat do života. **Léčba nemusí mít podobu receptu**. Může mít i podobu pohybu, kterému člověk každý den věnuje čas, a trpělivosti, s níž pokračuje. Na nás zdravotnících je, abychom pacientovi pomohli pochopit její smysl a v tomto úsilí ho podpořili.

MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.



Primář Oddělení úrazové chirurgie Martin Kloub převzal medaili Za zásluhy

Primátorka Českých Budějovic Dagmar Škodová Parmová předala 26. října 2026 medaili Za zásluhy primáři Oddělení úrazové chirurgie Nemocnice České Budějovice, a.s., doc. MUDr. Martinu Kloubovi, Ph.D., MHA. Ocenění získal za dlouholetou odbornou práci a za organizaci péče o zraněné po železniční nehodě v roce 2025.

Slavnostní předávání se konalo v obřadní síni českobudějovické radnice při příležitosti Dne vzniku samostatného československého státu. Primář Kloub se zařadil mezi osm osobností, kterým letos primátorka medaili udělila.

Primář Kloub pracuje v českobudějovické nemocnici od roku 1995, Oddělení úrazové chirurgie vede od roku 2019. Zároveň je vedoucím lékařem traumacentra pro dospělé a děti. Věnuje se léčbě poranění kostí a kloubů, zejména pánve, ramena a lokte, i komplikovaným zlomeninám zasahujícím do kloubů.

Po železniční nehodě na trati České Budějovice–Plzeň 20. listopadu 2025 organizoval jako vedoucí lékař traumaplánu příjem pacientů, jejich třídění podle závažnosti poranění, diagnostiku a ošetření. Českobudějovické traumacentrum tehdy přijalo 21 pacientů s nejzávažnějšími úrazy. Nemocnice ten den aktivovala druhý nejvyšší stupeň traumaplánu. Na péči se podílela přibližně stovka zdravotníků a všichni zranění se po potřebné léčbě vrátili domů.

„Ocenění si velmi vážím a vnímám ho také jako poděkování všem kolegům. Právě při hromadném příjmu po vlakové nehodě se ukázalo, jak důležitá je souhra všech zapojených pracovišť. Každý má svůj úkol a zároveň se musí stoprocentně spolehnout na ostatní. Díky této spolupráci jsme dokázali všem zraněným včas zajistit potřebnou péči," říká primář Kloub.

Své zkušenosti předává primář Kloub také dalším lékařům. Opakovaně předsedal mezinárodním kurzům organizace AO ve švýcarském Davosu, která se věnuje vzdělávání v léčbě poranění kostí a kloubů. Stál rovněž v čele AO Trauma Česká republika a je členem výboru České společnosti pro úrazovou chirurgii.

V roce 2025 byl jmenován docentem chirurgických oborů na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Jeho habilitační prací byl Operační atlas hřebování zlomenin proximálního humeru. V publikaci na třiceti podrobně zdokumentovaných případech přibližuje diagnostiku a operační léčbu zlomenin horního konce pažní kosti. Lékařům tak nabízí praktické zkušenosti s léčbou, jejímž cílem je zachovat pacientům co nejlepší hybnost paže a soběstačnost.

redakce



prim. doc. MUDr. Martin Kloub, Ph.D., MHA, foto: Petr Zikmund

MUDr. Veronika Helešicová získala ocenění za přínos v paliativní praxi

MUDr. Veronika Helešicová, vedoucí paliativního týmu Nemocnice České Budějovice, a.s., získala Cenu za přínos v paliativní praxi. Ocenění převzala během 17. celostátní konference paliativní medicíny, která se uskutečnila v Brně a nabídla prostor pro sdílení zkušeností, odborných poznatků i setkání specialistů z celé České republiky.

Nemocniční paliativní tým se do programu konference zapojil také aktivně. MUDr. Veronika Helešicová, MUDr. Jiří Šedivý a nemocniční kaplanka Mgr. et Mgr. Ludmila Míchalová Mikšíková vystoupili ve spirituálním bloku s příspěvkem nazvaným „Potíže se zázraky“. Věnovali se v něm duchovnímu rozměru paliativní péče a otevřeli prostor k zamyšlení nad tématy, která provázejí péči o pacienty se závažným onemocněním.

Významným okamžikem druhého dne konference bylo slavnostní předávání Cen za přínos v paliativní praxi, mezi jejichž laureáty se zařadila také MUDr. Veronika Helešicová.

Paní doktorce srdečně gratulujeme a děkujeme za její odbornou práci, empatii a laskavý přístup k pacientům i jejich blízkým. Její ocenění je významným uznáním nejen její osobní práce, ale také přínosu paliativní péče v naší nemocnici.

redakce



MUDr. Veronika Helešicová, vedoucí paliativního týmu českobudějovické nemocnice

Zavedli jsme novou metodu léčby chronické bolesti

Nově jsme rozšířili možnosti léčby chronické bolesti o metodu elektrické stimulace míchy. Zákrok nabízí nové Centrum neuromodulační léčby chronické bolesti, které je jediným pracovištěm tohoto typu v Jihočeském kraji. Léčba je určena především lidem s chronickými bolestmi zad a dolních končetin, kterým dosavadní léčebné postupy nepřinesly dostatečnou úlevu. Lékaři nového centra již implantovali neuromodulační systémy prvním třem pacientům.

„Vznik centra je významnou novinkou nejen pro českobudějovickou nemocnici, ale i pro celý Jihočeský kraj. Pacienti z regionu dosud museli za neuromodulační léčbou cestovat do vzdálenějších zdravotnických zařízení. Nové pracoviště jim přináší tuto vysoce specializovanou metodu blíže domovu a výrazně tak zvyšuje její dostupnost. Léčba je při splnění indikačních kritérií hrazena z veřejného zdravotního pojištění," uvedl primář Neurochirurgického oddělení doc. MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D., MBA.

Základem léčby je metoda míšní stimulace (SCS – spinal cord stimulation). Lékaři při zákroku zavedou do epidurálního prostoru v blízkosti míchy speciální elektrody, které prostřednictvím slabých elektrických impulzů ovlivňují přenos bolestivých signálů do mozku. Pacient tak může vnímat bolest méně intenzivně, přestože její původní příčina přetrvává.

„Neuromodulační léčba vyžaduje úzkou spolupráci několika odborností. V novém centru proto působí multidisciplinární tým složený z algeziologů, neurochirurgů a imunologa. Na základě komplexního vyšetření pacienta společně rozhodujeme o vhodnosti zákroku. Po zavedení implantátu přechází nemocný do péče ambulance bolesti, kam dochází na pravidelné kontroly a úpravy nastavení přístroje s cílem dosáhnout co největší úlevy od bolesti," vysvětlila vedoucí multidisciplinárního týmu algeziložka MUDr. Petra Schacherlová.

Chronická bolest může zásadně zasáhnout do každodenního života. Omezuje pohyb, narušuje spánek, snižuje pracovní schopnost a ovlivňuje psychickou pohodu. Pro pacienty, kterým nepomáhají léky, rehabilitace ani další dostupné léčebné postupy, představuje neuromodulace další možnost, jak bolest zmírnit a vrátit se k běžným činnostem.

redakce



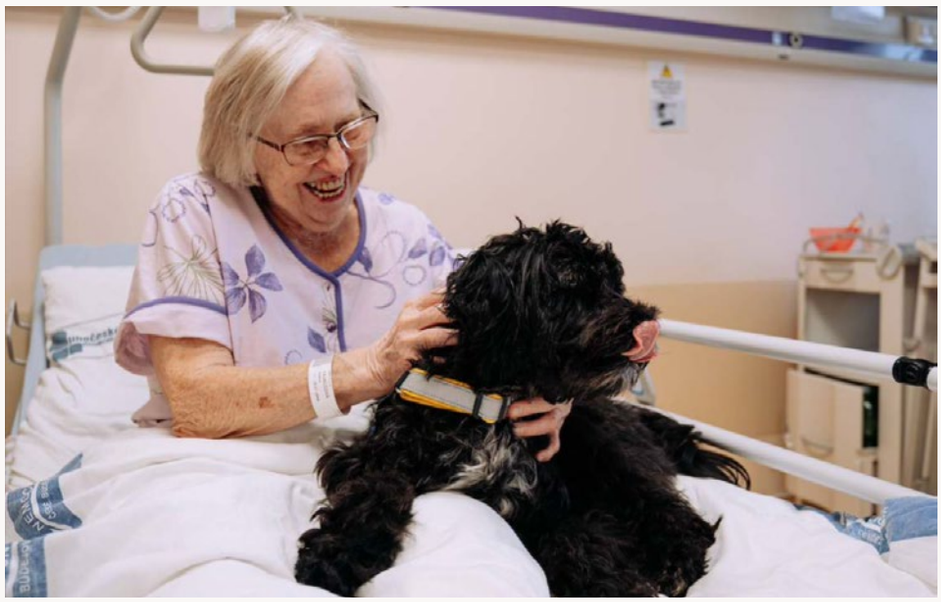
Neurochirurg MUDr. Marek Grubhoffer při zavádění elektrod



Kompletní operační tým. Druhý zleva plk. gšt. MUDr. Václav Masopust, Ph.D., MBA, LL.M., DBA z ÚVN Praha, který týmu při zavádění prvních míšních stimulací předával své cenné zkušenosti s touto operativou.

Čtyřnozí terapeuti opět dělají radost našim pacientům

Do naší nemocnice se vrací canisterapie. Díky nové spolupráci se spolkem Šárkonice za pacienty dvakrát týdně docházejí speciálně vycvičení psi a jejich králičí kamarádi. Navštěvují Oddělení následné péče, Plicní léčebnu a Psychiatrické oddělení. Setkání se zvířaty pacientům přináší radost, pomáhá jim uvolnit se a alespoň na chvíli zapomenout na zdravotní potíže.



Hlavními čtyřnohými návštěvníky jsou stafordšírský bulteriér Ozzy a tibetský teriér Bonnie. Oba prošli speciálním výcvikem a složili zkoušky pro práci s lidmi. Při setkáních si užívají hlazení a mazlení a svou přátelskou povahou si pacienty rychle získávají. Doprovázejí je králíci Koláček, Třešnička, Adélka, Eliška a Sněhulka, kteří jsou u pacientů obzvlášť oblíbení.

Canisterapie využívá příznivého vlivu psů na duševní i tělesnou pohodu člověka. Kontakt se zvířaty může pomáhat zmírňovat stres, navozovat pocit klidu, podporovat komunikaci a motivovat k aktivitě. Zejména dlouhodobě hospitalizovaným pacientům tato setkání vítaně zpestřují nemocniční režim.

Zvířata navíc často probouzejí vzpomínky na vlastní domácí mazlíčky a přinášejí nová témata k rozhovorům.

„Je velmi dojemné vidět, jakou radost dokáže pacientům přinést obyčejné setkání se zvířaty. Někdy stačí jen pohlazení nebo chvilka strávená s pejskem a člověk vidí, jak moc to pro ně znamená. Přiznám se, že občas cestou domů pláču dojetím, protože některá setkání jsou opravdu silná. Jsem moc ráda, že můžeme tímto způsobem pacientům zpříjemnit pobyt v nemocnici a přinášet jim trochu radosti," říká Ing. Nina Kubešová ze spolku Šárkonice.

redakce

Jak taková návštěva na Oddělení následné péče probíhá, se můžete podívat v reportáži.

Cvičná aktivace traumaplánu prověřila postupy při hromadném příjmu pacientů

Dne 6. října 2026 se uskutečnilo ve spolupráci se složkami integrovaného záchranného systému taktické cvičení zaměřené na aktivaci Traumatologického plánu Nemocnice České Budějovice, a.s., v návaznosti na simulovanou mimořádnou událost na zámku Kratochvíle.

Námětem cvičení byl výbuch nástražného výbušného systému, při němž došlo ke zranění většího počtu osob. Zranění byli následně transportováni do nemocnice, kde zdravotnický personál nacvičoval postupy při jejich hromadném příjmu, třídění a ošetření.



Předání zraněného pacienta zdravotnickou záchrannou službou personálu Oddělení úrazové chirurgie

Hlavní část nácviku probíhala na Oddělení úrazové chirurgie za běžného provozu nemocnice, což kladlo zvýšené nároky na organizaci práce zdravotnického personálu a koordinaci jednotlivých činností. Součástí cvičení bylo také prověření komunikace mezi pracovišti, návaznosti poskytované zdravotní péče a spolupráce se složkami integrovaného záchranného systému.

Podobná cvičení představují důležitou součást krizové připravenosti nemocnice. Umožňují nejen prakticky ověřit nastavené postupy, ale také identifikovat případné nedostatky a navrhnout opatření ke zlepšení připravenosti na skutečnou mimořádnou událost. Získané poznatky budou využity při vyhodnocení cvičení a dalším zdokonalování postupů stanovených v Traumatologickém plánu nemocnice.



Transport zraněného pacienta na operační sál

Poděkování patří všem zaměstnancům nemocnice, složkám integrovaného záchranného systému a figurantům, kteří se do cvičení zapojili. Děkujeme také pacientům a návštěvníkům nemocnice za pochopení a trpělivost během nácviku.

Mgr. Jitka Kosáčková
referent řízení krizové připravenosti



Předání zraněného pacienta na vyšetřovací box Oddělení úrazové chirurgie

NEMOCNICE
ČESKÉ BUDĚJOVICE

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



Internista přistupuje k pacientovi komplexně. V tom je nenahraditelný

MUDr. Marie Pešková

MUDr. Marie Pešková na konci září po více než dvanácti letech ukončila své působení ve funkci primářky Interního oddělení. S oddělením se ale neloučí, zůstává jeho součástí a chce se znovu více věnovat pacientům a nefrologii. V rozhovoru přibližuje, proč je podle ní právě komplexní pohled na pacienta jednou z největších předností interny, jak se proměnily možnosti diagnostiky a léčby a proč může být hledání příčiny obtíží někdy téměř detektivní prací.

Interní oddělení patří k těm historicky nejstarším v nemocnici. Od doby svého vzniku prošlo řadou změn. Jaká je v dnešní době jeho úloha?

Pečujeme o pacienty, kteří často bývají velmi závažně nemocní. Podstata naší práce je v tom, že se na člověka díváme komplexně, hledáme souvislosti mezi jednotlivými chorobami a obtížemi. Na konci minulého století se objevoval názor, že s rozvojem jednotlivých specializací a superspecializací už všeobecný internista nebude mít tolik práce. Dnes se ukazuje pravý opak.

Pacienti se díky moderní kardiologické, kardiochirurgické, onkologické a další léčbě dožívají vyššího věku. Zároveň často trpí více chorobami, které se navzájem ovlivňují a komplikují. A v takové chvíli potřebují lékaře, který pacienta posoudí celostně a zvolí správný směr léčby.

Internista je tak i v dnešní době nepostradatelný, o čemž svědčí také velikost našeho oddělení. Se 78 lůžky patříme k největším v rámci jihočeských nemocnic.

Je obtížné vyvážit léčbu několika nemocí naráz, zvlášť ve vyšším věku?

To je právě podstatou interny. Pacient může mít cukrovku, vysoký tlak, prodělané kardiovaskulární onemocnění, horší funkci ledvin a další diagnózy. My musíme zjistit, co ho přivedlo k hospitalizaci, a zároveň pořád periferně vnímat všechny jeho přidružené choroby a vědět, co si můžete léčbou dovolit.

Navíc každý pacient je jedinečný. Často užívá mnoho léků současně. Musíme přemýšlet nad jejich vzájemným působením i nad tím, jak ovlivňují nemocné orgány. V komplikovaných případech spolupracujeme s klinickým farmaceutem. Práce internisty rozhodně není rutina.

Mladým lékařům říkám, že medicína je samozřejmě disciplína a řemeslo jako každé jiné, ale být dobrým internistou je trochu umění. Nestačí jen ovládat své řemeslo. Musíte pro konkrétního člověka najít v danou chvíli nejlepší řešení a ušít mu diagnostický a terapeutický postup na míru. Právě v tom tkví kouzlo a výjimečnost interny. Říká se, že internista přichází tam, kde si superspecialisté nevědí rady.

Pro mladé kolegy je ze začátku obtížné se ve složitém stavu pacienta zorientovat. Proto je důležité, aby je vedli zkušenější kolegové a správně je nasměrovali. Po čase pak zjistí, že interní lékařství je sice náročné, ale odborně mimořádně zajímavé.

Závažnost onemocnění jistě omezuje i život pacienta po hospitalizaci.

Přesně tak. Proto už od přijetí pacienta přemýšlíme také nad tím, jaký bude jeho stav po propuštění a jakou péči bude potřebovat. Naši pacienti často trpí zhoršujícími se chronickými chorobami a my jim vysvětlujeme, co můžeme léčbou zlepšit a co již zvrátit nelze. Někdy víme, že návrat do předchozího života už nebude možný. Velmi si proto vážím práce naší sociální pracovnice a paliativního týmu. Pomáhají pacientovi i jeho blízkým zorientovat se v nastalé životní situaci a zjistit, jaké jsou jejich priority a přání, a to i vzhledem k dalším vyšetřením a rozsahu léčby. Často totiž další vyšetření pacienta jen nadbytečně zatěžují a nemají žádný vliv na jeho životní perspektivu.

em. prim. MUDr. Marie Pešková

Vystudovala Lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Plzni. Na Interní oddělení českobudějovické nemocnice nastoupila v roce 1989. V průběhu let pracovala jako sekundární lékař na Interním oddělení a na hemodialyzačním středisku. Od roku 2003 působila na metabolické jednotce intenzivní péče. V roce 2008 byla jmenována zástupkyní primáře a v roce 2010 vedoucí hemodialyzačního střediska. V roce 2014 byla ustanovena primářkou oddělení. Je specialistkou v oboru vnitřní lékařství, nefrologie (onemocnění ledvin) a dialyzačních technik.

Přednáší nefrologii na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Plzni, vyučuje na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity a na Střední zdravotnické škole a Vyšší odborné škole zdravotnické v Českých Budějovicích. V rámci nemocnice se věnuje postgraduálnímu vzdělávání zdravotníků. Onemocnění ledvin a dialýze se dlouhodobě věnuje i v rámci klinických studií. Je autorkou či spoluautorkou řady odborných publikací zaměřených na toto téma.

Ve volném čase vyráží do přírody. V létě zdolává pěšky či na kole české kopce i alpské masívy. V zimě ráda lyžuje.

■ Vyšetření jsou ale často považována za důkaz, že se pro pacienta stále něco dělá. Kdy je správný čas s nimi přestat?

To je velmi důležité téma. Na začátku tisíciletí převládal přístup provádět raději více vyšetření než méně. Dnes máme více znalostí, zkušeností a umíme tak lépe zvážit, co může pacientovi skutečně něco přinést. V našem rozhodování se opíráme i o závěry z celosvětově osvědčeného konceptu Choosing Wisely. Ten se zaměřuje právě na racionalizaci vyšetření. Cílem je, aby nemocný podstupoval jen taková vyšetření, která budou přínosná pro jeho další léčbu.

Pokud přijímáme pacienta v akutním stavu na urgentním příjmu, je přístup jiný. Potřebujeme co nejdříve zjistit, jak závažný je jeho stav. Proto je často nutné provést celou řadu vyšetření, i když se zpětně ukáže, že výsledky byly negativní. U méně zkušených kolegů je pochopitelné, že se někdy opírají o určitou šablonu vyšetřování. Zkušenost pak přináší schopnost rozlišit, co je v konkrétní situaci opravdu důležité a co už v diagnostice nic zásadního nepřinese. Když ale pacienta sledujeme během hospitalizace, máme větší prostor indikovat další vyšetření racionálně. Podle toho, co zvládne a co pro něj bude mít skutečný přínos.

■ Léčíte lidi, kteří mají zároveň cukrovku, vysoký krevní tlak, onemocnění ledvin, srdce nebo obezitu. To jsou ale civilizační onemocnění, kterým lze předcházet.

Proto je důležité, aby lidé věděli, že když dnes odhalíme vysoký tlak nebo cukrovku, je právě teď čas s tím něco dělat. Až za 20 let prodělají infarkt nebo cévní mozkovou příhodu, bude pozdě litovat, že se nezačali včas léčit. A právě vysoký krevní tlak patří k onemocněním, jejichž léčbu pacienti často podceňují. Z dostupných statistik vyplývá, že až 30 % z nich nemá správně zkompenzovaný vysoký krevní tlak. Pokud se vysoký tlak neléčí, vede k postupnému poškození ledvin, srdeční komory a oční sítnice.

Když jsem začínala, často jsme řešili hlavně následky těchto nemocí. Diagnostické možnosti byly nesrovnatelně menší. Dnešní doba je pro mě skvělá především v tom, že u řady onemocnění dokážeme následkům předcházet. Máme preventivní programy, dokážeme dříve odhalit diabetes, srdeční selhání, onemocnění ledvin, poruchy lipidového metabolismu nebo obezitu a máme k dispozici léčbu, která umí riziko komplikací významně snížit. Nejlepší prevencí těchto onemocnění samozřejmě stále zůstává nekouřit, hýbat se a zdravě se stravovat. Ale při včasné diagnóze můžeme pacientům nabídnout i účinné léky a předejít tak rozvoji dalších chorob a obtíží.



MUDr. Marie Pešková (vlevo) spolu s generálním ředitelem nemocnice MUDr. Ing. Michalem Šnorkem, Ph.D., a ředitelkou úseku komunikace a péče o zaměstnance Ing. Ivou Novákovou, MBA

■ Dodržují pacienti doporučenou léčbu?
To je velmi individuální. Člověk, který prodělal infarkt a zažil bolest a strach, většinou chápe význam léčby jinak než někdo, kdo zatím žádné obtíže necítí.
U diabetu je to podobné. Pacient může mít pocit, že je všechno v pořádku, ale dlouhodobé ukazatele nám ukážou, jak je nemoc skutečně kompenzovaná.

Dnes máme navíc možnosti, které pacientovi dávají zpětnou vazbu mnohem názorněji, například senzory pro průběžné měření glukózy. Pomáhá také lékový záznam. V nemocnici ale vidíme trochu jinou skupinu lidí než ambulantní lékař. Přicházejí k nám proto, že se jejich stav z nějakého důvodu zhoršil. Někdy léky neužívali, jindy je naopak museli kvůli akutnímu stavu dočasně vysadit.

■ Dříve měl lékař k dispozici hlavně své oči, ruce a fonendoskop. Má tento způsob vyšetřování své místo i v době moderní diagnostiky?
Pečlivý rozhovor s pacientem a fyzikální vyšetření jsou nenahraditelné. Teprve na ně můžete racionálně navázat další vyšetření.

Když k nám například přijde člověk s dušností, máme samozřejmě k dispozici EKG, laboratorní vyšetření, zobrazovací metody a podobně. Může se ale stát, že jsou jednotlivé výsledky v normě, přesto je dotyčný evidentně dušný. Musíme pak dál přemýšlet o příčině. Stále platí to, k čemu mne vedli moji učitelé a kolegové: svědomitost, poctivost, zájem o každý příznak a schopnost složit z toho, co pacient říká a co máte k dispozici, smysluplnou mozaiku.

Laboratorní, imunologické, genetické a další metody nám velmi pomáhají. Když jsem začínala, některá onemocnění jsme vůbec neuměli prokázat. Dnes umíme nejen diagnostikovat, ale i léčit závažná autoimunitní onemocnění, což bylo dříve nemyslitelné. To jsou chvíle, kdy nám naše práce dává velký smysl.

■ Jak se díváte na využití umělé inteligence a automatických algoritmů?
U některých přístrojů už automatické vyhodnocení používáme. Je to pomoc, ale lidská revize podle mě pořád musí zůstat. Algoritmus pracuje s obrovským množstvím dat, ale může se objevit zkreslení nebo technická chyba a závěr je potřeba zkontrolovat. Podobně si umím představit široké využití umělé inteligence v radiologii, při 3D zobrazeních nebo u rutinních činností, které se často opakují. Bude nám pomáhat, o tom nepochybuji. Ale člověka z procesu rozhodování, natož z péče, vyřadit nelze.

Pro pacienta je stále zásadní lidský přístup. Aby o něj personál pečoval s úctou a laskavostí, když je nemocný. Velmi důležitou roli mají ošetřovatelky, sanitářky a sestry, protože jsou s pacientem nejčastěji. Přinášejí mu jídlo, pomáhají mu s hygienou, kontrolují kanyly, rány a tak dále. Když je personálu dostatek, má každý více prostoru dělat svou práci v klidu a zároveň se u nemocného zastavit. To je velmi důležité. Mám proto radost, že se nám v posledních letech podařilo personální situaci na interně zlepšit.

Chtěla bych vyzdvihnout práci všech. Každý má svou roli. Někdy se mluví zejména o drahé technice a moderní léčbě, ale pro pacienta může být v konkrétní chvíli stejně důležité, že má čisté lůžko, upravený polštář, teplé jídlo a někoho, kdo mu pomůže. Nemocnice je tým a výsledek vytvářejí všichni.

■ Co vás přivedlo k medicíně, konkrétně k internímu lékařství?
Na základní škole mě bavily přírodní vědy a matematika. Na gymnáziu jsem si vybrala chemicko-technologické zaměření, takže jsem měla blízko k biologii a chemii. Nakonec jsem před chemií upřednostnila medicínu. Během studia jsem měla možnost chodit na interní kliniku a také do dialyzačního střediska. Když jsem se po škole vracela do jižních Čech, zamířila jsem proto na Interní oddělení, jehož součástí byla nefrologie a dialyzační středisko.

Práce s dialyzovanými pacienty mě naučila velké důslednosti a odpovědnosti. Chodí tam třikrát týdně na několik hodin, takže když mají problém a vy ho nevyřešíte dnes, při další dialýze se vás na něj znovu zeptají. Tam člověk opravdu neuteče před tím, co je potřeba dotáhnout.

■ Později jste prošla také jednotkou intenzivní péče a nakonec jste převzala vedení oddělení.
Ano, postupně jsem pracovala na lůžkovém oddělení, dialýze i intenzivní péči a znovu se vracela k nefrologii podle toho, jaká byla personální situace. Když mě potom oslovili s nabídkou vedení oddělení, hodně jsem zvažovala, jestli do toho jít. Nikdy jsem takovou ambici neměla, vždycky jsem chtěla být hlavně dobrým lékařem.

Původně ale mělo jít pouze o rok, a tak jsem souhlasila. Nakonec z toho bylo více než dvanáct let. Obrovská zkušenost, velká odpovědnost a také velká rychlost. Často jsem měla pocit, že před chvílí jsem přišla do práce, ale najednou je večer. K tomu služby, personální problémy, zastupování… Zároveň jsem díky tomu měla možnost poznat oddělení opravdu ze všech stran.

Chtěla bych proto poděkovat vedení nemocnice za příležitost, důvěru a podporu, které mi byly poskytovány během výkonu funkce primářky.



em. prim. MUDr. Marie Pešková

Co vám pomáhalo zvládat náročné situace?
Podpora kolegů a spolehlivé vztahy. Byly těžké chvíle i radosti a některé situace jsme prostě museli společně zvládnout. Moc bych chtěla poděkovat celému týmu. Oddělení netvoří jeden člověk ani jedna profese. Výsledek stojí na práci lékařů, sester, ošetřovatelek, sanitářů, fyzioterapeutů, pomocného personálu i všech ostatních. Každý je důležitý.

Jaké máte další profesní plány?
Svoje znalosti a zkušenosti bych ještě ráda investovala do pacientů. Chtěla bych se znovu víc věnovat nefrologii. Na oddělení provádíme i takzvané renální biopsie, tedy odběry vzorku tkáně ledvin. Na základě výsledku pak nastavujeme individuální léčbu. To mě pořád odborně velmi zajímá.

Budete novému vedení oddělení dál k dispozici?
Samozřejmě. Když bude potřeba něco vysvětlit, předat zkušenost nebo pomoct u pacientů, které dlouho známe, ráda budu nápomocná. Nový primář přináší nový náboj, novou energii a další cestu k moderní interně.

Máte nějaký vzkaz pro mladé lékaře, kteří uvažují o interně?
Je to velmi zajímavý a velmi náročný obor. Pokud se jim podaří internu poznat a získat zkušenosti, odmění je tím, že budou schopni pacientovi skutečně pomoci.

A hlavně bych jim přála, aby z nich nebyli jen dobří lékaři, kteří léčí nemoc, ale lékaři, kteří léčí pacienta, jenž má nemoc. To považuji za nejdůležitější.

Ing. Veronika Dubská
Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

Jsi tak silný, jak silný je tvůj tým

Tak znělo motto evropského sjezdu chirurgie baze lební (European Society of Skull Base, ESBS), kde jsem měl přibližně před patnácti lety svou první větší přednášku na toto téma. Kromě odborných sdělení mi v paměti utkvělo i to motto. Nyní ho užiji jako název svého zamyšlení před rozhovorem s prof. J. Reynoldsem z Oxfordu.

Profesor Reynolds patří do velice úzkého kruhu opravdových velikánů v oboru. Mám radost, že při své první návštěvě České republiky zavítal právě do Českých Budějovic, na náš výroční kongres České spondylochirurgické společnosti. Pozvání zprostředkoval kolega MUDr. Petr Řehoušek, kterého si profesor Reynolds váží jako skvělého odborníka. MUDr. Řehoušek se v loňském roce vrátil na naše oddělení z Velké Británie, kde úspěšně působil jako spondylochirurg ve velkém centru. Profesora Reynoldse proto doprovázel většinu času i mimo oficiální program kongresu. Bylo to možné i díky tomu, že vedle něj se na organizaci i odborné garanci programu kongresu podíleli kolegové MUDr. Petr Nesnídal a MUDr. Ondřej Teplý. Tady je vidět, jak je naše oddělení silné. Já, jako primář a prezident kongresu, jsem pouze stál v pozadí a přijímal pochvaly z širokého okolí. Vše zásadní se odehrávalo v režii tří osobností českobudějovické spondylochirurgie – MUDr. Nesnídala, MUDr. Teplého a MUDr. Řehouška.

Významnou část spondylochirurgického kongresu představovala sesterská sekce, kde zazněla i sdělení našich fyzioterapeutů. A opět – síla našeho oddělení se projevila bohatou účastí sester a dalšího personálu z naší jednotky intenzivní péče.

Naše oddělení získalo v roce 2025 statut centra vysoce specializované spondylochirurgické péče. Od této doby jsme navýšili počet páteřních operací na 1 100 (přičemž celkový počet neurochirurgických operací jsme navýšili z 2 000 na 2 700). Budu se opakovat, ale je to zásluha celého týmu, včetně týmu Centrálních operačních sálů.

Závěrem vám doporučuji si přečíst rozhovor s prof. Reynoldsem. Hezky zde popisuje dva druhy operací, s nimiž neurochirurgie pracuje. První typ operací je to, co má rád každý chirurg – běžné, časté operace, kde je vše, od nástrojů až po pohyby celého týmu, automatizované. Je znám přesný počet a sled nástrojů. Celý tým, tím jak dělá rutinu, může operovat v relaxovaně soustředěném módu. Bývá jich hodně a jsou známy přesné výsledky. Pak je tu ale i druhý typ operací – vzácné a komplikované výkony. Říkáme, že při každém z nich chirurg zestárne o jeden rok. To jsou ideální operace pro centralizaci. Proto je často – a měl bych říct pouze – vídají právě chirurgové ve velkých centrech. Pro chirurga jsou to věci mimořádně náročné. Musí zúročit celoživotní studium komplikované anatomie, studium technik a technologií používaných v hraničních oblastech, promýšlet strategii výkonu a mít „morál“. To je termín z horolezectví a charakterizuje schopnost lezce provádět třicet (nebo i sto) metrů nad zemí v exponované stěně to samé jako na zemi na podlaze. Já osobně tyto operace nazývám samurajské. Několik dní předem o nich chirurg přemýšlí, konzultuje po světě. V den operace, cestou ráno do práce si v hlavě přehrává sled „partikulárních kroků, které budou dohromady tvořit tuto jednu velkou operaci“. Snaží se soustředit pouze na výkon a to samé potřebuje v celém ekosystému oddělení – na JIP a operačním sále. A právě o těchto operacích hovoří prof. Reynolds. Jsem hrdý, že takové operace provádíme i v naší nemocnici.

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

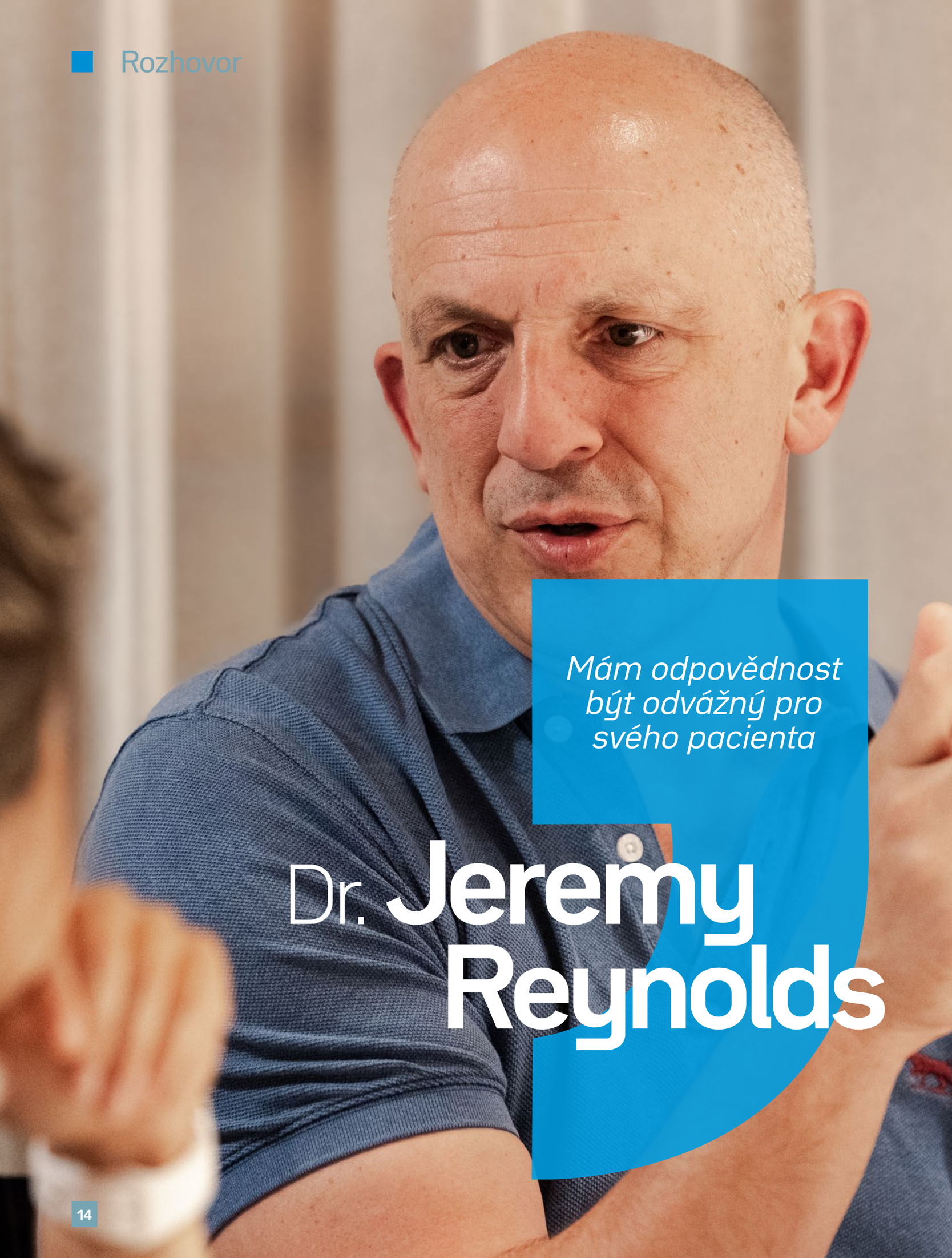
POCHVALA

Milý personále oddělení interny stanice B a oddělení urologie, chtěl bych Vám všem touto cestou moc poděkovat za péči o mého tátu, který byl během posledních měsíců u Vás hospitalizován.

Moje poděkování patří úplně všem: lékařům, sestrám, ošetřovatelkám, pomocnému personálu... Každý z vás se podílel na tom, aby se můj otec cítil bezpečně a tzv. v dobrých rukou. Velmi oceňuji vaši empatii, se kterou jste se mnou komunikovali.

Děkuji, že děláte svou těžkou práci s vysokým nasazením, ale především srdcem.
Přeji vám hodně sil a pevné zdraví. Co nejméně stresu a spousty vděčných pacientů, jako je můj táta.

S vděčností a hlubokou úctou
D. J.



Mám odpovědnost být odvážný pro svého pacienta

Dr. Jeremy Reynolds

Dr. Jeremy Reynolds patří mezi přední světové odborníky na chirurgickou léčbu vzácných nádorů páteře. Ta pro pacienty často představuje jedinou šanci na vyléčení. Do Českých Budějovic přijel na osobní pozvání lékařů našeho Neurochirurgického oddělení, kteří organizovali XXIV. kongres České spondylochirurgické společnosti. Jeho účast byla o to výjimečnější, že v České republice přednášel vůbec poprvé. Pro Nemocniční zpravodaj navíc poskytl rozhovor, ve kterém přibližuje náročnost i krásu své práce.

■ Jste odborníkem na operační léčbu sarkomů. O jaký typ nádorů se jedná?
O velmi různorodou skupinu nádorů, které vycházejí z kostí a z chrupavek nebo měkkých tkání páteře, jako jsou svaly, cévy, nervy a podobně. Jsou velmi obtížně léčitelné chemoterapií nebo radioterapií. Ve Velké Británii se jich v populaci 65 milionů lidí objeví pravděpodobně jen kolem stovky ročně. Jsou poměrně vzácné.

■ Operace je tedy pro takové lidi jedinou šancí?
Ano. Ale je nutné nádor odstranit celý, aniž by se narušil. To byl dříve na pohyblivé části páteře, tedy v úseku od spodiny lebky až po horní část pánve, problém, takže se tyto sarkomy takřka neoperovaly.

U nádorů křížové kosti podobné operace prováděli moji kolegové z pánevní chirurgie. Z pohledu spinálního chirurga ale někdy postupovali způsobem, který vedl k většímu funkčnímu poškození, než bylo nutné. Například přerušili sedací nerv, i když to nebylo nezbytné. Proto jsme tyto operace postupně převzali a začali jsme operovat také nádory na páteři, často společně s dalšími týmy.

Jeremy Reynolds, BSc (Hons) MB ChB, FRCS (Tr & Orth)

Pracuje v Oxford University Hospitals NHS Trust. Je regionálním klinickým vedoucím Thames Valley Spinal Network (TVSN) a vedoucím konzultantem pro spinální chirurgii v rámci Oxford Bone and Soft Tissue Tumour Service, kde vytvořil regionální postupy péče o pacienty s kompresí míchy způsobenou nádorem. Jeho práce v oblasti primárních nádorů páteře stojí na špičce komplexní spinální chirurgie. Je předsedou AO Spine Knowledge Forum Tumor, což je skupina zaměřená na výzkum a vzdělávání specialistů na operace páteře. Vystudoval University of Bristol a následně specializační ortopedickou přípravu v Oxfordu. V letech 2007–2008 absolvoval v kanadském Vancouveru kombinovanou stáž v neurochirurgické a ortopedické spinální chirurgii. Propojování ortopedie a neurochirurgie je přístup, který prosazuje po celou dobu své kariéry konzultanta.

A právě to je na těchto operacích krásné: nikdy na ně nejste sami. Je to práce celého týmu. Velmi mě baví prostředí, ve kterém máte k dispozici nejlepší specialisty na operace cév, zažívacího traktu a struktury v oblasti krku i neurochirurgy, kteří řeší nádory prorůstající do obalů nervů. Při operacích sarkomů v pánvi nám pomáhají i pánevní chirurgové, protože jejich znalosti anatomie kyčle a dolní končetiny jsou mnohem hlubší než moje.

Operace jsou to opravdu náročné, ale zároveň velmi naplňující.

■ Zákroky na páteři jsou obecně velmi rizikové. Zároveň je ve Velké Británii poměrně rozšířený fenomén takzvané defenzivní medicíny, kdy lékař mění své standardní klinické postupy primárně z důvodu ochrany před případnými stížnostmi a soudními žalobami. Jak velká rizika jste vy a pacient ochotni podstoupit?
Defenzivní medicína se tolik neuplatňuje v situacích, kdy je to otázka života a smrti. Týká se spíš operací kvůli bolesti nebo obnovení určité funkce. Když ale jde o život, téměř každý nemocný i po velmi otevřeném rozhovoru o všech závažných komplikacích řekne, že chce operaci podstoupit.

Většinu případů konzultujeme s kolegy, kteří provádějí stejný typ zákroků. Do léčby zapojujeme další specializace a hledáme jiné možnosti, například radioterapii nebo chemoterapii. Všechny pacienty zařazujeme do výzkumných programů, tudíž jsou velmi pečlivě sledovaní i v následné péči. Máme také pacienta, který už podobnou operaci absolvoval a může o své zkušenosti mluvit s novými pacienty.

Klíčovou součástí procesu je také specializovaná zdravotní sestra. Já často mluvím velmi technicky, zatímco nemocný člověk chce především vědět, co pro něj operace bude znamenat v běžném životě. Právě sestra mezi námi vytváří důležité spojení.

Zatím nikdo z pacientů nepovažoval výsledek za špatný. Myslím, že je to proto, že jsme od začátku správně nastavili očekávání. Pak můžu být tak odvážný, jak chce být odvážný můj pacient. Mám odpovědnost být odvážný v jeho prospěch.

Jak náročné je být odvážný?
Není to vždy snadné. Právě proto potřebujete kolem sebe veškerou podporu, abyste mohli společně s pacientem učinit správné rozhodnutí. Jakmile ale projdete celým rozhodovacím procesem a vstoupíte na operační sál, všechno ostatní musí zůstat za vámi. Soustředíte se už jen na technický úkol před sebou.

Vše, co operaci předchází, slouží k tomu, abyste se rozhodli správně. Potom už potřebujete klid, soustředění a nic jiného. Chirurgie je v tomto smyslu černá, nebo bílá: buď operaci provedete, nebo ne. Není nic mezi tím.

Problém nastává ve chvíli, kdy začnete spěchat. Pokud si v průběhu operace řeknete: „Musíme to teď dokončit, musíme nádor dostat ven," je to ve skutečnosti okamžik, kdy byste se měli zastavit, počkat a případně se vrátit jiný den. Všechno, co jste do té chvíle udělali, by bylo zbytečné, pokud byste v rozhodujícím momentu nádor poškodili. Pak je téměř zbytečné celou operaci provádět.

Je to hodně o zkušenostech. Myslím, že trvá přibližně deset let, než se v této chirurgii začnete cítit opravdu jistě. Ale i po osmnácti nebo devatenácti letech mám zhruba u každé třetí operace pocit: „Panebože, tohle bylo opravdu těžké." A rozhlížím se po sále, jestli tam není někdo, kdo by mě vystřídal. Jenže můj bývalý šéf je dávno v důchodu a můj mentor v Kanadě je devět tisíc mil daleko.

Řešení jste vždycky našel?
Ano, ale někdy dochází i k velmi závažným a neočekávaným komplikacím. Jeden člověk mi zemřel přímo na operačním stole. Úmrtí pak prověřoval koroner. Silně na mě zapůsobilo, jak jsme se s takovou událostí následně vypořádávali s jeho rodinou. Při jednání s koronerem se postavili a já čekal, že řeknou: „Zabili jste našeho tátu." Místo toho ale zaznělo: „Jen chceme, aby vás to nikdy neodradilo od operování dalšího pacienta. Našemu tátovi jste dali šanci a tentokrát to nevyšlo." Byl to jeden z okamžiků, kdy si uvědomíte, že navzdory tragickému výsledku děláte správnou věc.

Takové případy ve vás samozřejmě zanechají jizvy. Tahle událost se stala před deseti lety a jizvy stále zůstávají, což je ale správné, protože vás učí, co můžete příště udělat lépe a jak se posunout dál.

Jak dlouho se na operaci připravujete?
Plánujeme ji velmi důkladně. Dnes už existují skvělé nástroje, kdy můžete vytvářet fyzické i digitální 3D modely, provádět CT přímo během operace a propojit předoperační magnetickou rezonanci s intraoperačním CT. My zatím intraoperační CT nemáme, což se ale brzy změní.

Příprava tedy začíná několik týdnů před samotnou operací. Naštěstí většinou čas máme, protože sarkomy rostou pomalu. A právě to je jeden z důvodů, proč se obtížně léčí. Svými vlastnostmi jsou velmi podobné našim vlastním tkáním. Pokud nádor „otrávíte" natolik, abyste ho poškodili, do velké míry tím poškodíte i pacienta. U některých jiných nádorů je rozdíl oproti zdravým tkáním výraznější, takže je lze léčit snadněji.

Kolik hodin obvykle trvá samotná operace?
Většinou prakticky celý den. Měli jsme pacienta, kterého jsem operoval celkem kolem padesáti až pětapadesáti hodin. Měl velký tumor na krku. Museli jsme operovat zepředu, zezadu a znovu z obou stran. Plastický chirurg vložil do páteře kus tkáně z nohy. Protože jsme museli přerušit nervové kořeny, provedly se také nervové transfery.

Během čtyř nebo pěti dnů tak následovaly jednotlivé operační fáze trvající třeba dvanáct, deset nebo osm hodin. Je to již takřka 10 let a ten člověk stále žije.

Jen velmi málo těchto výkonů trvá pár hodin. Relativně rychlé bývají pouze operace dolní části křížové kosti. Náročnost operace nezávisí na velikosti nádoru, ale na jeho umístění.

V jaký moment je zřejmé, že operace byla úspěšná?
Když nádor odstraníme celý a bez poškození. O tom mám největší povědomí já jako operatér. Odoperovaný útvar sice odesíláme ještě k vyšetření patologem, ten však zvláště u velkých sarkomů nemusí zjistit případné mikroskopické trhliny v jejich pouzdře.

Za osmnáct let mé praxe se po kompletním odstranění v pohyblivé části páteře sarkom znovu objevil pouze v jednom případě. Když víte, že jste nádor odstranili celý, a patolog to potvrdí, můžeme pacienta považovat za vyléčeného. U křížové kosti je situace složitější. Nicméně ve srovnání se stavem před dvaceti lety už rozhodně neplatí, že člověk se sarkomem nemá žádnou šanci na vyléčení.

Můžete si být jistý, že jste nepoškodil nervy nebo míchu?
Ne. To se mi stalo mnohokrát. Často jde o plánovaný následek, o kterém je pacient informován.

Při informovaném souhlasu rozlišuji plánované a neplánované poškození. Pacientovi proto říkáme, co očekáváme. Například že se po zákroku může stát, že nebude moct používat paži nebo že ztratí kontrolu nad močovým měchýřem či střevem. Zároveň mu vysvětlujeme další komplikace, které se mohou objevit.

Rizika existují i u běžnějších výkonů. I při malé operaci ploténky může dojít ke krvácení a útlaku nervových struktur, který způsobí poruchu močení. Pokud se na to nepřijde včas, může být následek trvalý. U velké spondylochirurgické operace jsou podobná rizika samozřejmě také.



Dr. Jeremy Reynolds (uprostřed) spolu s lékaři z Neurochirurgického oddělení MUDr. Petrem Řehouškem (vlevo) a MUDr. Petrem Nesnídalem

Pacientům proto říkáme, že otázka nezní, zda budou komplikaci mít, nýbrž jakou. Pravděpodobně budou dvě, ale nemusí být významné. Může jít například o infekci dýchacích cest léčenou antibiotiky nebo drobné natržení obalů nervů, které zašijeme a dál nezpůsobí problém.

Tou největší komplikací, i když to vlastně není komplikace v pravém slova smyslu, je návrat nádoru. Právě recidiva má na kvalitu života největší dopad. Všechno, co při léčbě uděláte, abyste recidivě zabránili, proto může mít velký význam.

Naší odpovědností je, aby se nádor nevrátil v místě, odkud jsme ho odstranili. Pokud toho s radioterapií nebo bez ní nedosáhneme, svou práci jsme v podstatě nezvládli. Někdy selžeme a někdy uspějeme.

Při návratu nádoru lze použít další metody – další operaci, radioterapii nebo ablaci teplem či chladem. Ty mohou množství rakovinných buněk výrazně snížit, ale problém už většinou definitivně nevyléčí. U pětasedmdesátiletého člověka může být takový postup přijatelný. U pětadvacetiletého je to velký problém.

Z čeho mají pacienti největší strach? Ze smrti?

To je zajímavé. Myslím, že smrti se nejvíc bojí spíš rodina. U samotných pacientů si nemyslím, že je to jejich největší obava. Když víte, že máte nemoc, která vás nejen zabije, ale může vás předtím ochromit, způsobit bolest a postupně vám vzít další funkce, je to velmi těžká perspektiva.

V takové situaci je člověk často ochoten podstoupit velký zákrok s nadějí na vyléčení. Někteří pacienti si řeknou: „Pokud při operaci zemřu, alespoň jsem nemusel projít dlouhým, bolestivým zhoršováním."

Myslím, že lidem nejvíc vadí ztráta důstojnosti. A právě inkontinence může být vnímána jako něco, co důstojnost člověka výrazně zasahuje. Ti, kdo s ní už žijí, jsou na ni po čase zvyklí. Pokud ji ale způsobíte někomu, kdo ji předtím neměl, bývá to velmi těžké. Překvapivě jsou lidé někdy schopni přijmout i výraznou neurologickou ztrátu. Někteří jsou ochotní přijít o nohu, aby si zachránili život. Ztráta funkce chodidla může znamenat nutnost nosit ortézu – není to dobré, ale pro některé pacienty je to přijatelná cena za odstranění nádoru.



Dr. Jeremy Reynolds byl hlavním zahraničním přednášejícím na XXIV. kongres České spondylochirurgické společnosti

Čeho se bojíte vy?
Pokud jde o mou chirurgickou práci, bojím se toho, že zestárnu natolik, že ji už nebudu schopen dělat dobře, a přesto ještě nepřestanu. Chci skončit v době, kdy budu stále dobrý. Nechci pokračovat, když už budu za svým vrcholem. Jednoho dne prostě nastoupím na plachetnici a zmizím.

Na kongresu jste prezentoval operaci, která byla náročná pro vás i pacienta. Přestože byl zákrok úspěšný, nemoc se po dvou letech vrátila. Očekával jste to?
Ne. Bylo by to pro mě velké zklamání, nebýt e-mailu, který nám pacient poslal. Ten e-mail totiž přesně definoval, co chtěl on, na rozdíl od toho, co jsem chtěl já. Věděl o všech závažných následcích, které mu operace mohla způsobit, a přesto chtěl jediné: alespoň dva další týdny se svými dětmi. Dostal dva roky. Takže i když je pro mě jeho příběh velmi těžký, myslím, že jsme pro něj udělali správnou věc, protože jsme s ním předem otevřeně mluvili.

Provádíme také psychologický výzkum. V poslední práci, kterou jsem dnes prezentoval, jsme vedli rozhovory s pacienty a zkoumali psychologickou zátěž spojenou se sarkomem páteře. Dopad je samozřejmě výrazný. Teď chceme výzkum rozšířit o další aspekty a také o vliv onemocnění a léčby na rodinu.

Používáme také náš systém informovaného souhlasu s využitím videa. Tímto procesem už prošlo přibližně osmdesát až sto pacientů. Pokud víme, nikdo jiný to takto nedělá. Rozhovor s pacientem a jeho rodinou trvá zhruba 45 minut až hodinu, což je samo o sobě mimořádné. Zvažujeme také to, zda se neobrátit na rodiny pacientů, kteří zemřeli. Video samozřejmě viděli i oni. Chceme zjistit, zda jim k vyrovnání se se ztrátou blízkého pomohlo to, že předem věděli, co může přijít. Možná ano, možná ne. Právě na to připravujeme grant.

Je součástí péče i paliativní tým?
U některých případů se zapojuje a ve skutečnosti by se chtěl zapojovat ještě více. Většinu pacientů ale léčíme s cílem dosáhnout vyléčení, nikoli primárně paliativně. U některých je však paliativní přístup vhodný. Například pokud je operace příliš náročná nebo by výkon způsobil nepřiměřené poškození.

Někdy se proto paliativní tým účastní velkého multidisciplinárního setkání. Pacient se často bojí, že bude na konci života trpět bolestí. Když mu paliativní tým vysvětlí, že by měl být schopen bolest až do konce života dobře kontrolovat, je to důležitá informace. Nemusí pak podstupovat obrovskou operaci jen ze strachu z bolesti. Měl by ji podstoupit proto, že ji po zvážení všech možností považuje za správnou volbu.

Odmítnou někdy pacienti operaci?
Není jich mnoho. Pokud jim operační řešení nabízíme, většina jej přijme. Někteří naopak o výkon velmi naléhavě žádají, i když jim ho sami nabídnout nechceme. Myslím, že samotná rozhodnutí se mezi jednotlivými zeměmi nebo chirurgy příliš neliší. Liší se ale vztah s pacientem. Řekl bych, že se nám daří budovat vzájemnou důvěru.

Stát se dobrým spondylochirurgem trvá mnoho let. Vychováváte už si své následovníky?
Mám dva. Jeden je o osm let mladší než já a druhý o šestnáct let. Ten starší je připravený už teď, ale za sedm let bude perfektní. Je mi 53 let, takže si myslím, že kolem šedesátky s tím pravděpodobně skončím a budu mu moci všechno předat.

Co považujete jako mentor za svůj hlavní úkol?
Dodat jim sebedůvěru, protože dovednosti mají. A naučit je spolupracovat.

Jak u nich vybudujete sebedůvěru?
Dávám jim postupně o trochu delší provaz, pak ještě o trochu delší a zase o trochu delší… A jsem tam, abych je chytil, pokud spadnou.

Čím vás ovlivnili vaši mentoři?
Hodně jsem se od nich naučil. Nešlo o konkrétní rady, ale o celý přístup. Byli to lidé, kteří byli pro svou práci skutečně zapálení – a to nadšení bylo velmi nakažlivé. Ovlivnili to, jakým jsem lékařem. Naučili mne být odvážným pro svého pacienta. Ne tím, že by mi to řekli, ale tím, že sami byli.

Podle mě je vždy lepší něco vidět, než o tom jen slyšet. Když vidíte, jak se někdo určitým způsobem chová, místo aby vám říkal, jak se máte chovat. Když podle těchto zásad skutečně žije, řeknete si: „Chci být jako on. Chci být takovým člověkem."

V České republice se chirurgické léčbě sarkomů věnuje jedno centrum. Jaké bylo vaše dnešní poselství směrem k němu?
Když máte jediné centrum, hrozí, že se pohybujete stále ve stejném způsobu uvažování: jeden velký lídr vyškolí dalšího člověka, ten dalšího, a vzniká uzavřená názorová bublina.

Ve Velké Británii jsme se proto snažili vytvořit systém, ve kterém jednotlivá centra spolupracují a každý tým má trochu jiné zkušenosti. Když se pak zeptáte: „Co byste udělali vy?", dostanete často jinou odpověď. Nemusíte s ní souhlasit, ale člověk, který navrhuje jiný postup, má zároveň obrovské zkušenosti, vlastní jizvy i úspěchy. Právě v tom je významná hodnota externí zpětné vazby. Při rozvoji a zdokonalování centra je taková spolupráce podle mě velmi užitečným doplněním vlastní práce.

Pokud je vzhledem k populaci deseti milionů obyvatel jedno centrum pro Česko správné, může být partnerem centrum na Slovensku, v Polsku nebo u nás. Dnes je díky komunikačním technologiím velmi snadné se na dálku spojit, prezentovat si případy a diskutovat je.

Pacient pak může říct: „Znal jsem názory dvou, tří nebo čtyř světových odborníků. Můj chirurg se za mě s nimi spojil a potom mi vysvětlil všechny možnosti." Takový pacient má pocit, že pro něj děláte maximum. A když se později objeví problém, ví, že dostal všechno, co bylo možné nabídnout.

Jak po tak náročné práci odpočíváte?
Miluji plavbu na plachetnici. Při ní nemyslím na nic jiného. A pak rád lyžuji. Hlava je úplně zaměstnaná tím, abych se nezabil.

Sjezdujete, nebo běžkujete?
Jsem Brit. My na běžkách nejezdíme. Sotva zvládáme sjezdové lyžování. (úsměv)

Jak jste si užil České Budějovice?
Měl jsem se tady opravdu skvěle. Všichni ke mně byli velmi vstřícní. Byli jsme na túře, trochu jsme kajakovali. Okolí je nádherné, Český Krumlov i České Budějovice mají krásná historická centra.

Ing. Veronika Dubská
Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

Očkování zdravotníků proti sezonní chřipce je o datech, důvěře a dostupnosti

Letos v zimě napadne sníh a přijde chřipka. To je každoroční jistota, na kterou se můžeme spolehnout. Přesto každý rok býváme zaskočeni ranní nadílkou sněhu a ptáme se, kde jsou silničáři. Podobně nás může zaskočit kašel, rýma, horečka, bolesti svalů a řada dalších potíží u nás samotných nebo u našich blízkých. V nemocnici se potýkáme s přílivem většího počtu pacientů s respiračními příznaky. Operace se odkládají, příjmové ambulance praskají ve švech, hospitalizace se kvůli akutním respiračním nákazám prodlužují. Sníh a chřipka v zimě jsou jistotou, pouze nevíme, kdy přesně a jak silně udeří.

Když mluvíme o chřipkové sezoně, myslíme tím sezonu akutních respiračních onemocnění – kromě chřipky – influenzy – se na této vlně svezou další viry – do velké trojky ke chřipce počítáme ještě covid-19 a RS viry. Nicméně i ostatní koronaviry (HCoV-229E, OC43), rhinoviry, adenoviry, metapneumoviry a další si přiloží své polínko. Proti chřipce máme k dispozici poměrně účinné a bezpečné očkování.

DATA

Každoročně na chřipku a ve spojitosti s ní zemře v Česku jeden až dva tisíce lidí, tedy 3–5krát více, než je počet zemřelých při dopravních nehodách. Chřipkou onemocní více než jeden milion lidí a pracovní neschopnost v průměrné délce 10 dní čerpá 100 tisíc zaměstnanců. Dalších 900 tisíc zaměstnanců čerpá pracovní neschopnost pro akutní respirační infekce, kde se schová řada případů chřipky nepotvrzené laboratorními testy.

OČKOVÁNÍ PROTI CHŘIPCE NENÍ JEN OCHRANA PŘED CHŘIPKOU

Kromě počtu úmrtí a pracovní neschopnosti chřipka také významně mění osudy chronicky nemocných – chřipka vede u osob s onemocněním srdce, cév, ledvin nebo metabolismu ke zhoršení základního stonání. Například u kardiaků každoroční očkování proti chřipce snižuje riziko dalšího infarktu myokardu nebo srdečního selhání stejnou měrou jako léčba vysokého krevního tlaku nebo snížení hladiny cholesterolu statiny.

Akutní infekce navíc působí jako takzvaný dekompenzační faktor. Organismus, který má díky věku a/nebo chronickým nemocem snížené funkční rezervy, může při akutní respirační infekci vyčerpat více tělesných nebo duševních sil než kolik je následně schopen obnovit. Zánětlivá reakce a upoutání na lůžko spustí kaskádu dějů vedoucích ke zhoršení celkového stavu: ztráta svalové hmoty (sarkopenie), zhoršení kognitivních funkcí (dezorientace/delirium) a zhoršení chronických nemocí srdce, ledvin, cév nebo mozku. Chřipka může být tou poslední kapkou, která vede k překročení hranice mezi soběstačností a nesoběstačností – což je mimochodem další pandemie, která už tu je a bude nás provázet příští desítky let.

OČKOVÁNÍ JAKO OCHRANNÝ ŠTÍT

Očkování lidí s chronickými nemocemi proti chřipce je tedy součástí správné klinické praxe. Stejnou měrou ale má smysl očkovat i ty, kteří jsou s nimi v blízkém kontaktu – ať už doma, nebo v práci. Vytvoření ochranného štítu kolem oslabených jedinců (tzv. kokonová strategie) má smysl, protože virus chřipky můžeme přenášet na druhé ještě předtím, než začneme pociťovat první příznaky nemoci. Navíc chronicky nemocní si nemusí vždy spolehlivě vytvořit dostatek protilátek po očkování. Zdravotníci i pracovníci v sociálních službách mají být součástí tohoto ochranného štítu – i ti mladí a zdraví mezi námi, nemluvě o těch, kteří si už začínají sepisovat svůj seznam nemocí nebo zažili Svobodu, Novotného či dokonce Zápotockého.

V Česku se proti chřipce každoročně očkuje kolem 25 % lékařů a 8 % sester. V zahraničí je to podobně nebo méně na východ od nás, a výrazně více na západ od nás (USA 95 %, Nizozemsko s Velkou Británií kolem 75 % a Norsko 51 % všech zdravotníků, Německo 65 % lékařů a 30 % sester). V českobudějovické nemocnici patříme mezi českými nemocnicemi k těm s nejvyšší proočkovaností, nicméně prostoru ke zlepšení vidíme stále hodně.

VAKCÍNY

V Nemocnici České Budějovice používáme vakcíny Vaxigrip, Influvac a vysokodávkovanou Efflueldu, která je určená pro osoby od 50 let a plně hrazená od 65 let. Složení těchto vakcín proti sezonní chřipce se každoročně upravuje – podle výskytu aktuálních kmenů chřipky na jižní polokouli a jejich odhadovaného šíření. Virus chřipky se totiž stále mění – buď pomalu (drift), nebo rychle (shift). Driftové varianty se lépe odhadnou a vakcína je účinnější. V případě shiftu se mohou objevit nové, někdy i pandemické kmeny. Na konci každého února Světová zdravotnická organizace předává výrobcům vakcín kmeny chřipky, které použijí jako základ k výrobě vakcíny pro nadcházející podzimní očkovací sezonu na severní polokouli. Vakcíny jsou trivalentní – ze tří kmenů chřipky – vždy dva typu A (H1N1 a H3N2) a jeden typu B (Victoria). V letošní vakcíně jsou všechny tři kmeny nové, odlišné od předchozích sezon.

BEZPEČNOST

Vakcíny Vaxigrip, Influvac ani Efluelda neobsahují celý virus, ale pouze jeho části. Kultivace viru probíhá ve slepičích vejcích. Mohou tedy obsahovat stopy vaječné bílkoviny. Kontraindikací vakcín proti chřipce je pouze předchozí těžká alergická reakce na vakcínu proti chřipce nebo na vaječnou bílkovinu. Dočasnou kontraindikací je akutní horečnaté onemocnění. Mírná rýma nebo nachlazení bez horečky kontraindikací nejsou. Mezi nežádoucí či průvodní projevy očkování patří známky aktivace imunitního systému na podanou očkovací látku – imunitní systém musí mít dojem, že člověk je nakažen, aby se dal do práce. To může obnášet přechodnou bolestivost v místě vpichu, bolesti svalů, únavu a někdy i lehce zvýšenou teplotu. Vážnější nežádoucí účinky jsou velmi vzácné a v případě jejich výskytu je nutné konzultovat svého lékaře a také nahlásit Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv kvůli dalšímu vývoji a zvyšování bezpečnosti vakcín.

ÚČINNOST

Účinnost vakcíny proti chřipce není na rozdíl od vakcín například proti tetanu nebo klíšťové encefalitidě závratně vysoká. V závislosti na změnách, které nastanou ve viru během jeho půlročního putování z jihovýchodní Asie do střední Evropy, se v minulých pěti letech pohybovala účinnost proti nákaze chřipkou mezi 30 a 56 %. Při hodnocení účinnosti jako ochrany před závažným průběhem – tedy člověk se nakazí, ale neskončí v nemocnici, se ochranný vliv i „netrefených" vakcín (antigen mismatch) pohybuje nad 50 %. Znamená to, že i vakcína s méně než 30 % účinností proti nákaze má více než 50 % účinnost proti těžkému průběhu (hospitalizace na JIP nebo umělá plicní ventilace). „Povedená" vakcína snižuje riziko závažného onemocnění a nutnosti hospitalizace ještě výrazněji. Při hromadném výskytu onemocnění je i částečná účinnost a ochrana důležitá – jakékoli zpomalení a omezení šíření viru v populaci je žádoucí. Pokud máme před víkendem 10 volných lůžek (což je velký přepych), tak je pro nás zdravotníky i pro pacienty obrovský rozdíl, jestli potřebujeme hospitalizovat 8 nebo 12 nových pacientů.

Vakcína proti chřipce nechrání proti ostatním respiračním virům, které během chřipkové sezony mohou potrápit. Někdy slyšíme, že se lidé nechali očkovat proti chřipce a poté měli nejhorší chřipku, co si dovedli představit. Pokud to byl jiný virus, vakcinace tomu ani nemohla zabránit. Pokud to byl virus chřipky, velké soubory pacientů ukazují, že po očkování sice mohou chřipkou onemocnět, ale větší část z nich díky částečné ochraně vakcíny neskončí v nemocnici. Očkování proti chřipce neoslabuje kondici imunitního systému.



prim. MUDr. Aleš Chrdle, Ph.D.

DŮVĚRA

Ochota nechat se naočkovat je spojena s mírou důvěry – výzkumné práce z různých zemí, kultur a zdravotních systémů se překvapivě shodují, že ochota zdravotníků nechat se očkovat proti respiračním nemocem – včetně sezonní chřipky – závisí významnou měrou na stupni důvěry. Nepřekvapí, že v zemích, kde panuje obecně větší důvěra v účinnost a bezpečnost vakcíny i větší důvěra ve výrobce a zemi původu vakcíny, se očkuje více zdravotníků i obecné populace. Větší proočkovanost je vidět v regionech a nemocnicích, kde lidé důvěřují místním odborníkům, které osobně znají a vidí jejich práci. Zajímavé je, že ochota nechat se očkovat také závisí na stupni obecné důvěry ve státní instituce a vládní orgány.

OČKOVÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ PROTI CHŘIPCE

Součástí vzájemné důvěry mezi systémem a jednotlivci jsou také různé stupně dobrovolnosti očkování. Ve Spojených státech je očkování zdravotníků proti chřipce povinné ve většině nemocnic a očkování lze odmítnout pouze ze zdravotních důvodů nebo z důvodů přesvědčení, které se musí prokazatelně doložit. V řadě amerických nemocnic je povinnost každoročního očkování proti chřipce dokonce jednou z podmínek uzavření pracovní smlouvy a její nedodržení vede k okamžitému ukončení pracovního poměru. Ve zbytku amerických nemocnic musí zdravotníci, kteří nejsou každoročně očkováni proti chřipce, po celou chřipkovou sezonu nosit roušku nebo respirátor ve všech prostorách, kde se mohou nacházet pacienti, a jsou přeřazeni z pracovišť, kde jsou vysoce rizikoví pacienti (intenzivní péče, onkologie, dialýza, neonatologie a podobně) na pracoviště s méně rizikovými pacienty nebo bez pacientů.

DOBROVOLNOST OČKOVÁNÍ

Ve všech evropských zemích je očkování zdravotníků proti chřipce dobrovolné. Pokusy o zavedení této povinnosti v Srbsku a ve Francii zatím nebyly dotaženy do funkčního modelu. Některé země zavádějí podobnou ochranu před šířením chřipky jako v USA – během chřipkové sezony platí zásada očkování nebo trvale rouška s přeřazením mimo exponované pracoviště. Další země používají dobrovolný systém s možností odhlášení (opt-out), tedy předpokládaný souhlas všech zdravotníků s očkováním a pokud někdo nechce, může se bez uvedení důvodů odhlásit. A nakonec poslední systém je aktivní přihlášení k očkování, který je používaný i ve většině českých nemocnic, což znamená, že zdravotník se musí aktivně přihlásit a dostavit k očkování (opt-in).

DOSTUPNOST

Někteří zdravotníci se budou očkovat proti chřipce, i když jim to zakážete. Jiní se nenechají naočkovat, i kdyby jim hrozila výpověď z práce. Většina z nás je někde uprostřed a o očkování rozhodují i faktory zohledňující naše pohodlí. Tradiční model očkování znamená objednat se na určitý termín, potom si vyřídit volno v práci a dostavit se do očkovacího centra.

Nízkoprahová očkovací centra jdou očkovaným naproti a zjednodušují rozhodování na otázku, zda se nechat očkovat, místo zvažování časové a organizační náročnosti.

NÍZKOPRAHOVÉ OČKOVÁNÍ

Pilotní program očkování v lékárnách – testovaný v Česku v loňském roce – ukázal, že třetina očkovaných byla očkována proti chřipce poprvé v životě a polovina očkovaných přišla kvůli tomu, že bylo možné očkování o víkendu. I v tomto pilotním programu se lidé museli dopředu objednat v online formuláři.

OČKOVÁNÍ BEZ OBJEDNÁNÍ

Předchozí objednání do očkovacího centra má svou logiku – zamezí se tím návalům a dlouhému čekání a je možné připravit dostatečnou zásobu vakcín. Samotné objednávání však zvyšuje práh pro ochotu nechat se očkovat i pro ty, kteří by se očkovat proti chřipce klidně nechali. Možnost zastavit se, když jdu kolem (drop-in), zvyšuje dostupnost očkování i pro nás, zdravotníky.

VAKCÍNA JDE ZA OČKOVANÝM

Ukazuje se, že pokud jde vakcína za očkovaným, nikoli očkovaný za vakcínou, je to pro většinu lidí mnohem snadnější. V mnohých západoevropských nemocnicích se osvědčily mobilní očkovací týmy: tým očkovacího centra se dostaví na sesternu nebo vyšetřovnu na oddělení a naočkují zdravotníky o přestávce nebo během předávání směn. V posledních letech tento systém vyzkoušeli s velkým úspěchem kolegové v Motole a na Bulovce.

Českobudějovická nemocnice má historicky vyšší proočkovanost zdravotníků proti chřipce než většina velkých českých nemocnic, ale rádi bychom dosahovali úrovně běžné v nemocnicích na západ od nás. Silná podpora vedení společnosti tomuto programu je zřejmá. Již léta je poskytováno bezplatně nejen pro zdravotníky, ale pro všechny zaměstnance naší nemocnice. Od letošního roku máme výhodu, že mohou fungovat souběžně dvě očkovací centra. Díky tomu můžeme usnadnit očkování proti chřipce všem zaměstnancům Nemocnice České Budějovice, kteří jsou ochotni nechat se očkovat.

Od letošního roku v českobudějovické nemocnici funguje souběžně více modelů očkování zaměstnanců proti chřipce:

1) Tradiční a léty osvědčený model očkování zaměstnanců po objednání na Intranetu ve vypsaných termínech v pavilonu N.

2) V listopadu každý pátek od 11 do 14 hodin je možné zastavit se bez předchozího objednání na očkování proti chřipce cestou na oběd nebo z oběda v Centru očkování a cestovní medicíny (vchod z boku pavilonu E ze strany od jídelny).

3) Současně bude v listopadu Centrum očkování a cestovní medicíny otevřeno každý pracovní den od 6:15 do 8 hodin bez předchozího objednání pro ty, kteří v průběhu dne nemohou ze svého pracoviště odejít.

4) Na mobilní očkovací týmy pohybující se po nemocnici jako překvapení zatím nedozrál čas, ale budeme je organizovat po předchozí domluvě s primáři a vrchními či staničními sestrami. Rádi přijdeme na kterékoli pracoviště, pokud tam budou 4 a více zaměstnanci k očkování.

Další informace

https://szu.gov.cz/temata-zdravi-a-bezpecnosti/a-z-infekce/ch/chripka/ockovani-proti-chripce-26-27/
Doporučení České vakcinologické společnosti ČLS JEP k očkování proti chřipce. ČVS, 30. 6. 2025. Dostupné na: https://vakcinace.eu/storage/files/3/doporuceni_a_stanoviska/2025/ockovani_proti_chripce_final.pdf

Recommendations for influenza vaccine composition for the 2026-2027 northern hemisphere season. World Health Organization, 2026 Feb 27. Dostupné na: www.who.int/news/item/27-02-2026-recommendations-for-influenza-vaccine-composition-for-the-2026-2027-northern-hemisphere-season
Heidecker B., Libby P., Vassiliou V. S. et al. Vaccination as a new form of cardiovascular prevention: a European Society of Cardiology clinical consensus statement. *Eur Heart J* 2025; 46: 3518–3531, doi: 10.1093/eurheartj/ehaf384.

Yegorov S, Patel O.D., Sharma H. et al. Effectiveness of influenza vaccination to prevent severe disease: a systematic review and meta-analysis of test-negative design studies. Clinical Microbiology and Infection, Volume 32, Issue 2, 2026, Pages 219-229, ISSN 1198-743X, https://doi.org/10.1016/j.cmi.2025.09.023.

prim. MUDr. Aleš Chrdle, Ph.D.
Infekční oddělení



Podzim je vhodným obdobím i pro malou „inventuru“ očkování

Léto je spojené spíše s cestováním a odpočinkem, zatímco podzim znamená návrat do škol, práce a podobných uzavřených prostor. Přináší to mimo jiné častější výskyt respiračních infekcí. Právě nyní je proto vhodná chvíle zkontrolovat, zda máme aktuální svá očkování.

Nejčastěji se v tomto období mluví o **očkování proti chřipce**. Každoroční očkování proti chřipce se doporučuje všem osobám od 6 měsíců věku, zejména lidem nad 65 let, dále osobám s chronickým onemocněním, těhotným ženám a v neposlední řadě zdravotníkům a dalším lidem, kteří přicházejí do kontaktu s rizikovými pacienty.

Nejde přitom jen o ochranu před několika dny s horečkou a bolestí svalů. U některých lidí může chřipka vést k závažným komplikacím (například se výrazně zvyšuje riziko vzniku infarktu myokardu nebo cévní mozkové příhody) nebo ke zhoršení chronického onemocnění včetně nutnosti hospitalizace.

Ideálním obdobím pro očkování je říjen a listopad. U chřipky se složení vakcíny každý rok přizpůsobuje aktuálně cirkulujícím virům a letošní vakcína tak přináší tři nové kmeny.

Pro děti od 2 do 17 let včetně je k dispozici i vakcína ve formě nosního spreje. Očkování dětí je mimořádně důležité, protože právě ony bývají významnými šiřiteli viru v populaci. Dítě je oproti dospělému delší dobu nakažlivé, má zpravidla nižší hygienický standard a častěji u něj nemoc probíhá mírněji, což vede k podcenění jeho infekčnosti.

U lidí ve věku 65 let a více a u některých mladších osob s rizikovými zdravotními faktory stojí za pozornost také **očkování proti pneumokokovým infekcím**. Tyto infekce mohou mít u starších lidí horší průběh, který může končit i smrtí. Pro rok 2026 doporučuje Česká vakcinologická společnost dospělým zejména moderní konjugované vakcíny, které jsou hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Další možností ochrany proti respiračním infekcím je očkování proti RS viru a covidu-19 v ordinacích praktických lékařů.

Podzim je ale vhodný i pro malou „inventuru“ dalších očkování. Vyplatí se například ověřit, kdy jsme byli naposledy očkováni proti tetanu a zda jsme v dospělosti dostali alespoň jednu dávku vakcíny proti pertusi (černému kašli). U dospělých lze očkování proti pertusi prakticky spojit s přeočkováním proti tetanu. Ochrana proti pertusi má zvláštní význam také pro rodiny s malými dětmi.

Za zvážení stojí i očkování proti pásovému oparu, zejména u osob ve vyšším věku a u některých rizikových skupin, zvláště u těch, kdo již onemocnění prodělali. Riziko pásového oparu narůstá s věkem, onemocnění se může i opakovat a často je velmi bolestivé. U části pacientů mohou neuralgické bolesti (spontánní záchvatovitá bolestivost postižených nervových vláken) přetrvávat dlouho po odeznění kožního výsevu.

Očkování neznamená jen ochranu pro jednotlivce. Pomáhá chránit také ty kolem nás, kdo jsou zranitelnější – děti, rodiče, prarodiče, chronicky nemocné pacienty i lidi, kteří mají oslabenou imunitu. A právě podzim je vhodný okamžik se na tuto ochranu znovu podívat i z tohoto pohledu. Prevence ale není soutěž ani povinnost „splnit všechno najednou“, a tak je nejlepší poradit se o možnostech a sledu očkování se svým praktickým lékařem nebo využít některé ze dvou očkovacích pracovišť v naší nemocnici.

Očkování dospělých i nadstandardní očkování dětí, včetně očkování pro širší veřejnost bez nutnosti předchozího objednání, nově provádí také Infekční oddělení v pavilonu E. Na webových stránkách oddělení najdete aktuální informace o nabídce očkování, provozní době a ceníku (www.nemcb.cz/oddeleni/ockovani).

Při konzultaci zohledňujeme věk, zdravotní stav a případná zdravotní rizika (například u pacientů po splenektomii, kteří by všichni měli být očkovaní minimálně proti pneumokokům, hemofilům, meningokokům a chřipce), ale také zaměstnání, rodinnou situaci, plánované cesty do zahraničí a předchozí očkování. Společně tak můžeme doporučit, která vakcinace má největší smysl.

Bc. Jana Lískovcová
vrchní sestra
MUDr. Eva Dvořáková
Lenka Sýkorová
Infekční oddělení

První pomoc při léčbě bolestí bederní páteře

Upozornění: níže uvedené pokyny vycházejí z přístupu R. McKenzieho. Pro úplnost doporučujeme knihu: Léčíme si záda sami, kde jsou detailně vysvětleny základní principy autoterapie.



Nyní zodpovězte následující otázky:

- **Jsou přes den chvilky, kdy necítíte žádnou bolest?** Třeba jen 10 minut?
- **Vyskytuje se vaše bolest v oblasti páteře,** nebo pokud je i v končetině, pak pouze ke koleni?
- **Prodělal(a) jste** v posledních měsících nebo letech více než jednu epizodu bolesti v bedrech či krční páteři?
- **Cítíte se hůře** během dlouhodobějšího ohýbání nebo shýbání, jako je např. stlaní postele, luxování, práce na zahradě, mytí podlahy atd., nebo bezprostředně po něm?
- **Cítíte se hůře** při dlouhodobějším sezení (např. sledování TV nebo práce u počítače) nebo při vstávání ze sedu?
- **Zjistil(a) jste**, že vaše obtíže souvisejí s nějakou aktivitou, ale pokud se jí vyhnete, pak obtíže nemáte?
- **Cítíte se lépe vleže na břiše?** (Pokud při poloze na břiše bolest šíje do několika minut odezní, pak je odpověď ANO.)
- **Cítíte se lépe při chůzi?**

Jestliže jste odpověděl(a) **ANO** na pět a více otázek, je velká šance, že vám autoterapie pomůže.

Podívejte se na naše video, ve kterém primář Neurologického oddělení doc. MUDr. Svatopluk Ostrý, Ph.D. vysvětluje, jak si pomoci při akutní bolesti, jak předejít chronickým problémům a kdy je čas vyhledat odbornou pomoc.

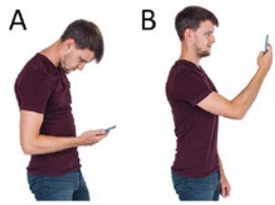
V případě náhlého nástupu akutní bolesti dodržujte následující pokyny:

- Lehněte si na břicho. Pokud to kvůli silné bolesti nejde, jděte do postele a o cvičení se pokuste následující den.
- Pokud je to nezbytné, odpočívejte dobře podložen(a) nejdéle dva dny (viz obr. 1A).
- Při odpočinku na lůžku si kolem pasu srolujte např. ručník.
- Cvik 1 (viz obr. 1) zopakujte jednou a následujte ho cvikem 2 (10x) (viz obr. 2) a toto vše provádějte od probuzení po celý den každé dvě hodiny.
- Přechodně vynechte všechny pohyby, které vaše příznaky zhoršují.
- 3–4 dny se nepředklánějte.
- Pokud sedíte, podkládejte si záda malým polštářkem nebo bederním válečkem.
- Po celou dobu a ve všech běžných situacích udržujte správné držení těla (viz obr. 3, 4).
- Jestliže je bolest spíše na jedné straně a nezmírňuje se, posuňte boky směrem od bolestivé strany a provádějte od probuzení každé dvě hodiny cvik 1 jednou a následujte ho cvikem 2 (10x).



Obr. 1: Cvik 1 - výchozí pozice (A), provedení (B).

Obr. 2: Cvik 2.

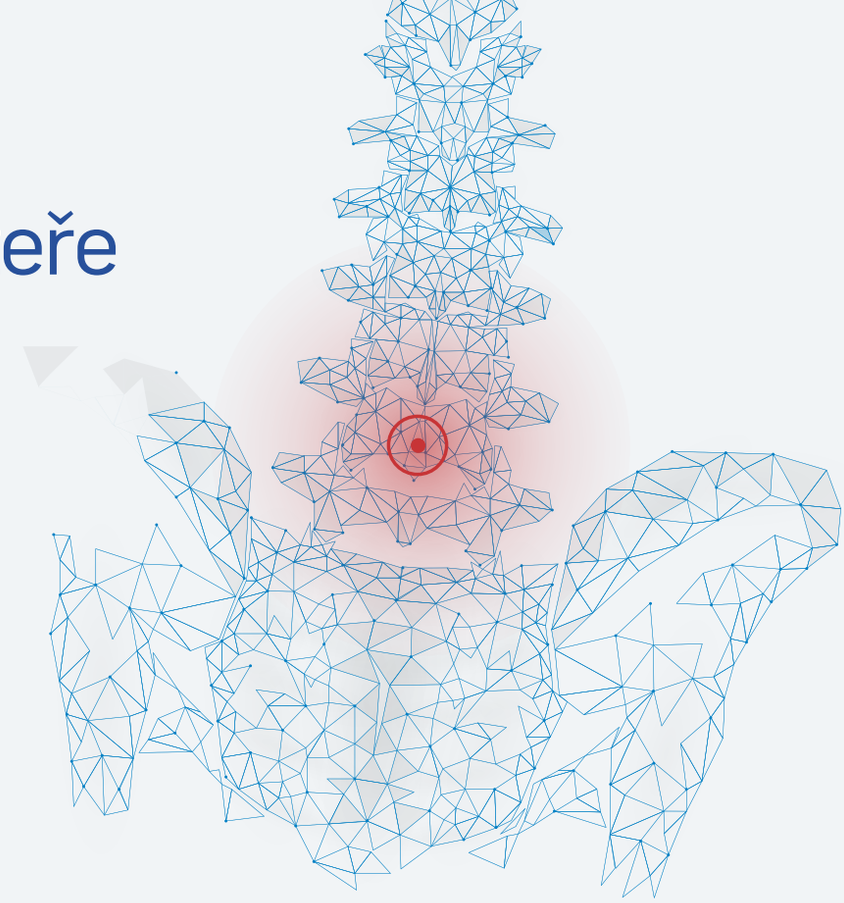


Obr. 3: Chybná (A) a správná (B) pozice při manipulacis mobilním telefonem.



Obr. 4: Chybné (A) a správné (B) zvedání břemene.

Bolesti bederní páteře



Fakta o bolestech zad:

- Bolest zad prodělá alespoň jedenkrát za život 80–95 % populace.
- Příčinou bolestí je především přetížení svalů, kloubů, vazů beder a kříže. Bolesti odeznívají obvykle rychle během pár dnů až několika málo týdnů i bez cílené léčby.
- Ačkoliv mohou být bolesti zad silné/kruté, není příčina bolestí v naprosté většině závažná.
- Opakování bolestí je časté (relapsy).
- Váš praktický lékař nebo ambulantní neurolog je plně kompetentní v akutní fázi vás vyšetřit, je oprávněn předepsat vám léky proti bolesti, aby se vám co nejdříve ulevilo.

Závažné příznaky a vyšetření aneb kdy navštívit urgentní příjem v nemocnici:

- porucha citlivosti, slabost
- porucha a samovolné úniky moči nebo stolice
- bolest se šířením do dolní končetiny pod koleno
- když se bolesti zhoršují nebo trvají 4 týdny, a to i přes zavedenou léčbu
- onkologické onemocnění v minulosti
- dlouhodobá léčba léky tlumícími imunitní systém nebo kortikosteroidy
- když se objeví nové příznaky, např. klidové bolesti, noční pocení, zvýšená teplota, hmatné uzliny, poruchy polykání, bolesti břicha, nevolnost apod.
- Zobrazovací vyšetření je potřeba vzácně. Obvykle v diagnostice nepomůže.
- Rutinní laboratorní a zobrazovací vyšetření (RTG, CT, MRI) obyčejně nepřináší další informace. Indikace k těmto vyšetřením je v rukou lékaře. Lékař je indikuje racionálně, v případě, kdy jsou potřebná a pro vás výhodná.

Léčba a péče:

- **Jaké léky proti bolesti?**
  Účinné jsou volně prodejné léky proti bolesti (čtěte příbalový leták), účinnost léků v tabletách je shodná jako léků v injekcích nebo infuzích.
- **Klid na lůžku** pouze u krutých bolestí, ale ne více než 2–3 dny. Jinak se obtíže zhoršují.
- **První pomoc** při léčbě bolestí zad – viz doporučení na předchozí straně.
- **Co nejdříve se postupně vraťte** k běžným denním aktivitám, včetně práce. Když se bolesti zpočátku zhorší, tak aktivity změňte nebo upravte.
- **Vyhněte se prudkým prohybům** a zvedání těžkých břemen. Vyhněte se dlouhému sezení a stání. Pravidelně měňte polohy, často se protahujte.
- **Cílená samostatná fyzioterapie** dle instruktáže rehabilitačním lékařem nebo fyzioterapeutem.
- **Masáž** sama o sobě není fyzioterapií a obvykle není účinná.
- **Co přináší běžná fyzická aktivita:**
  - předchází ztuhlosti kloubů
  - snižuje intenzitu bolesti
  - zlepšuje náladu.
  - udržuje svaly v kondici
  - urychluje návrat do práce

Jak předcházet opakování bolestí:

- Nejlepším způsobem prevence je soustavná přiměřená fyzická aktivita.
- Vytvořte si cvičební program dle instrukcí rehabilitačního lékaře nebo fyzioterapeuta.
- Zařaďte cvičení do svého každodenního programu i po odeznění akutních bolestí.
- Ústup bolestí dokazuje účinnost cvičení. Svá záda zatěžujete každý den, a stejně tak často záda také potřebují uvolnit a odpočinout si. Věnujte svým zádům každý den alespoň 15 minut.
- Zlepšete držení těla a trupu – poraďte se s rehabilitačním lékařem nebo fyzioterapeutem.
- Přestaňte kouřit, zhubněte.
- Upravte svůj životní i pracovní styl (zvláště sedavé zaměstnání) a své pracovní místo (výška stolu, výška monitoru atd.).

Samoléčba a prevence infekce močových cest

Infekce močových cest – to je zdravotní problém, se kterým se za svůj život setkala přibližně každá druhá žena a odhadem každý pátý muž. Tento nevyrovnaný poměr je dán odlišnou anatomií, kdy ženy mají kratší močovou trubici umístěnou blíže ke konečníku, proto je zde při nedodržování pravidel správné hygieny větší riziko přenosu bakterií do močových cest. Pro někoho je zánět močových cest jednorázovou záležitostí, jiní se s ním potýkají opakovaně několikrát do roka.

Rizikem pro vznik infekce močových cest může být již výše zmíněná nesprávná hygiena po stolici, nošení těsného nebo syntetického spodního prádla, pohlavní styk a časté střídání partnerů, genetická predispozice či časté záněty močových cest v dětském věku, výkony v malé pánvi, cévkování, imunosupresivní léčba či diabetes, inkontinence a v neposlední řadě gravidita či pokles hladiny estrogenů u starších žen.

Typickými projevy infekce močových cest jsou časté močení, nucení na močení, pocit pálení nebo řezání při vyprazdňování. Tyto problémy je možné léčit tzv. samoléčbou, nastavenou lékárníkem a farmaceutickým asistentem. Pokud se však problémy nezlepší do dvou až tří dnů nebo se naopak začnou zhoršovat, je nutné neprodleně navštívit lékaře. Okamžitá návštěva lékaře je nutná v případě horečky, krve v moči, bolesti v bedrech nebo pokud se jedná o těhotnou ženu nebo pacienta mužského pohlaví se zavedeným močovým katetrem. Pozorní by měli být také diabetici.

Nejtypičtějším původcem zánětů močových cest je bakterie Escherichia coli (E. coli), naopak viry v tomto případě způsobují problémy spíš vzácně. Množení bakterií E. coli můžeme zabránit užíváním přípravků s borůvkami obsahujících proanthokyanidiny, které zabraňují vnikání bakterií do buněk a znemožňují E. coli přilnout k buňkám močového měchýře, a tak snižují frekvenci infekcí a spotřebu antibiotik.

Další možností jsou přípravky obsahující D-manózu, jednoduchý cukr, na který se E. coli „přilepí". Tím ztratí schopnost navázat se na tkáň močových cest a vyloučí se společně s D-manózou močí. Vzhledem k tomu, že D-manóza projde močovým ústrojím a nikam se nevstřebává, je bezpečnou variantou i v těhotenství.

Jako podpůrnou léčbu můžeme použít také bylinné preparáty, jako například tinkturu z lichořeřišnice, doplňky stravy obsahující zeměžluč, libeček, rozmarýn, medvědici, zlatobýl, břízu, kopřivu a přesličku. Zde ale pozor na kontraindikace, kvůli obsahu medvědice by se tyto přípravky neměly užívat v těhotenství.

Jako doplněk pro podporu dostatečného pitného režimu můžeme v lékárně nabídnout urologické čajové směsi, které však také nejsou vhodné pro těhotné, kojící a děti do 12 let. Zde se doporučují maximálně dva až tři sáčky za den.

Další doplňkovou možností je enzymová terapie, která může zvýšit účinek antibiotické léčby a zároveň posílit imunitu. Užívání probiotik pomáhá osídlit střevní a vaginální mikroflóru. Probiotika sice brání množení škodlivých mikrobů, u infekcí močových cest ale nemáme dostatek důkazů o jejich účinku. Proto jejich používání necháváme spíše na rozhodnutí pacienta.

Samoléčba výše zmíněnými přípravky může fungovat jak samostatně, tak i jako doplňková léčba k antibiotikům předepsaným lékařem. Zapomínat nesmíme ani na prevenci. Zde vybíráme pár doporučení: dodržovat dostatečný pitný režim, neprochladnout, nosit prodyšné bavlněné spodní prádlo, dodržovat zásady správné hygieny, nezadržovat moč, vymočit se po pohlavním styku a omezit ostrá, kořeněná jídla i nápoje s obsahem kofeinu. Vhodné nápoje jsou naopak ovocné šťávy, bylinné čaje a – teď jistě spoustu z vás potěšíme – pivo (samozřejmě v přiměřeném množství).

Dodržování pitného režimu a prevenci zdar!

PharmDr. Martina Kočvarová
PharmDr. Jana Soukupová
Lékárna



Energetické nápoje

Energetické nápoje dnes pijí hlavně mladí, a to pravidelně a ve velkém. Tyto sycené nealkoholické nápoje mají pomáhat se soustředěním a zahnat únavu. A zajímavé je, že mládež po nich sahá raději než po alkoholu. Původně přitom vznikly pro řidiče, kteří potřebovali za volantem udržet pozornost při dlouhých cestách.

Složení energetických nápojů se může u různých značek lišit, ale základní ingredience jsou stejné: kofein, cukr, taurin, guarana a vitaminy skupiny B. Dále se v nich může vyskytovat vitamin C a vitamin E. Přítomnost vitaminů totiž pomáhá vylepšit „image" energetických nápojů – zejména na mladou generaci to působí dojmem, že nápoj není jen obyčejná limonáda plná cukru a kofeinu, ale že tělu dodává i něco zdravého. Pojďme se teď podívat, jak hlavní složky energetických nápojů působí na organismus.

Kofein
Přírodní kofein se nachází v semenech kávovníku, semenech guarany a listech čajovníku. Kofein v energetických nápojích je ale produktem chemické syntézy. Obsah kofeinu v jednom nápoji se pohybuje mezi 50 a 500 mg. Pro představu: Jeden šálek kávy obsahuje 100 mg kofeinu. U mladistvých (12–18 let) se uvádí doporučená denní dávka kofeinu 100 mg, zatímco pro dospělého člověka je bezpečná denní dávka až 300 mg. Kofein působí na náš organismus excitačně (budivě), odstraňuje únavu, podporuje bdělost a zrychluje srdeční činnost. Mladí lidé jsou na kofein velmi citliví. Když pijí větší množství kofeinových nápojů, může se objevit třes, nespavost, zvracení nebo srdeční arytmie.

Taurin
Je to přirozená organická kyselina, kterou tělo tvoří z aminokyseliny cysteinu. Taurin zlepšuje hydrataci buněk, podporuje nervový systém a regeneraci svalů. Běžně se doplňuje v dávce **500 až 2 000 mg denně** pro podporu sportovního výkonu nebo mozkové činnosti. Ale v energetickém nápoji o objemu 250 ml je zhruba jen 1 g taurinu. Proto taurin v těchto nápojích nepředstavuje žádné riziko pro lidské zdraví.

Guarana
Původně tento termín označoval celou liánovitou rostlinu paulinii nápojnou (Paullinia cupana). Dnes se využívají semena této rostliny, která obsahují vysoké množství přírodního kofeinu. V lékárnách se můžeme setkat s guaranou jako doplňkem stravy ve formě tablet. Některé energetické nápoje si vystačí s čistým syntetickým kofeinem a guaranu neobsahují.

Cukr
Velkým problémem energetických nápojů je vysoký obsah cukru – uvádí se, že jedna plechovka nápoje (250 ml) ho obsahuje až 30 g. Toto množství odpovídá 8 kostkám cukru. Nejčastěji obsahují glukózu a sacharózu, ale existují i zero/light alternativy s umělými sladidly. Dle doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO) by ale denní konzumace cukru neměla překročit 25 g. V kontextu dnešní doby, kdy je mladá generace silně ohrožena obezitou, je toto další významný důvod, proč je dobré konzumaci energetických nápojů omezit.

Mladí lidé pijí energetické nápoje čím dál častěji a pravidelně – a to začíná být vážný problém. Takto se k tomu vyjádřila ředitelka Státního zdravotního ústavu Barbora Macková:

„Sledujeme, že mezi mladými získávají energetické nápoje na popularitě. Každý desátý mladý člověk do 18 let má sklon k rizikové konzumaci. Zároveň se na trhu objevují i nápoje se stále vyšším obsahem kofeinu a stimulantů. Považujeme tedy za nutné varovat, že tyto nápoje rozhodně nejsou prospěšné a v případě překročení limitů pro konzumaci mohou zdraví dětí doslova poškozovat."

Hranice rizikové konzumace začíná už na dvou plechovkách týdně. A alespoň jednou týdně, myšleno jednu plechovku nápoje, pije 20 % dětí ve věku 11–15 let. Co se pohlaví týče, více pijí energetické nápoje chlapci. Nápoje se vyrábějí nejčastěji v objemech 250 nebo 500 ml a také je k dispozici verze o objemu 330 ml.

Nadměrná konzumace energetických nápojů může u mladých lidí způsobit například arytmie (nepravidelný srdeční rytmus), již zmíněnou obezitu, dechové obtíže, úzkost nebo poruchy spánku. Další nebezpečí spočívá ve výrazné propagaci energetických nápojů. V médiích jsou totiž prezentovány jako zdravá alternativa a vše je vizuálně umocněno jejich hezkým obalem. A do hry navíc vstupují influenceři, na které mládež slyší. Dopady těchto marketingových aktivit na mladou generaci jsou velmi výrazné. Děti a mladiství neodhalí, že energetické nápoje jsou hrozbou pro jejich zdraví, naopak věří tomu, co se prezentuje, totiž že se jedná o zdravou položku v jejich pitném režimu.

V současné době probíhá politická diskuze, jakým způsobem a jestli vůbec energetické nápoje regulovat. Omezení by se týkalo dospívajících do 18 let, stejně jako je tomu v některých dalších zemích Evropy, kde už prodej energetických nápojů mladistvým regulují.

PharmDr. Barbora Vařejková
Lékárna

Krátká zamyšlení o etických otázkách současného zdravotnictví

Co nám ještě dnes může říci Hippokrates?

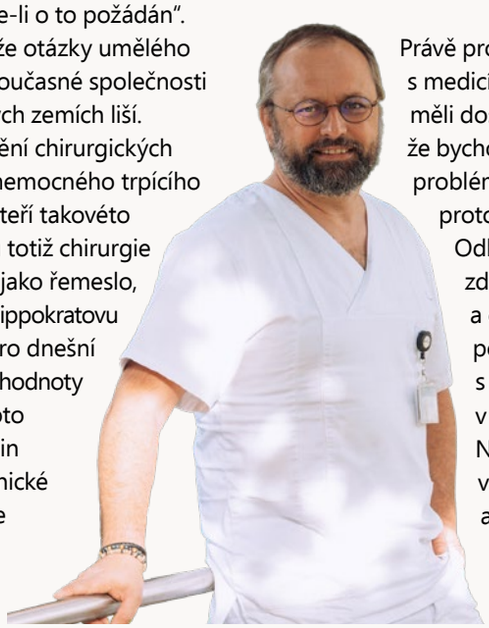
Jméno Hippokrates zná téměř každý. Objevuje se v učebnicích, při promocích budoucích lékařů i v novinových článcích, když se mluví o lékařské etice. Přitom málokdo četl původní znění Hippokratovy přísahy, a když si ji někdo náhodou přečte, sotva by navrhoval, aby se jí zdravotníci doslova řídili. Málo se přitom ví, že současní absolventi medicíny nepřísahají na její původní znění, nýbrž slibují promoční slib, který na Hippokrata jen velmi volně odkazuje. Proč se tedy k Hippokratovi stále vracíme? Je jeho odkaz jen historickou připomínkou dávných časů, nebo nám může něco říci i o zdravotnictví 21. století?

Hippokratova přísaha vznikla přibližně ve 4. století před naším letopočtem. Od doby jejího vzniku nás dělí více než dva tisíce let. Není proto překvapivé, že některé její části připadají současnému čtenáři velmi vzdálené. Přísaha například začíná slovy: „Přísahám při Apollónovi lékaři, Asklépiovi, Hygieii a Panakeii…" Starověký lékař zde přísahá na bohy, které většina dnešních lidí zná spíše z hodin dějepisu než z každodenního života. Dále slibuje, že svého učitele bude ctít jako vlastní rodiče a že jeho potomky bude považovat za své bratry. Medicína tehdy fungovala především jako vztah mezi mistrem a žákem, nikoli jako univerzitní vzdělávání, jak je známe dnes. Navíc asi není překvapivé, že Hippokrates mluví výhradně o lékařích – mužích.

Některé pasáže jsou ještě problematičtější. V přísaze se například uvádí: „Nedám ženě prostředek k potratu." Jinde se lékař zavazuje, že „nepodá smrtící prostředek ani tehdy, bude-li o to požádán". Tyto výroky dodnes vyvolávají diskuse, protože otázky umělého ukončení těhotenství nebo eutanazie jsou v současné společnosti vnímány různě a právní úprava se v jednotlivých zemích liší. Hippokrates také v podstatě zakazuje provádění chirurgických operací, když říká, že lékař „neprovede řez u nemocného trpícího kameny, ale přenechá tento zákrok mužům, kteří takovéto řemeslo provádějí". Ve starověku i středověku totiž chirurgie nebyla vnímána jako součást medicíny, nýbrž jako řemeslo, jemuž se věnovali ranhojiči. Ukazuje se tedy, že Hippokratovu přísahu nelze jednoduše převzít jako návod pro dnešní zdravotnictví. Je produktem své doby a odráží hodnoty starověké řecké společnosti. Mohlo by se proto zdát, že Hippokrates patří spíše do muzea dějin medicíny než do současných debat o zdravotnické etice. Přesto tomu tak není. Když odhlédneme od konkrétních formulací poplatných době svého vzniku, objevíme myšlenky, které si uchovaly svou sílu až do dnešních dnů. Jedna z nejznámějších pasáží říká, že lékař bude jednat „ve prospěch nemocných podle svého nejlepšího vědomí a úsudku". Jinými slovy: Zdravotník má své znalosti využívat k pomoci pacientovi a vyhýbat se všemu, co by pacientovi mohlo ublížit. Podobně aktuální zůstává i důraz na diskrétnost. Hippokrates píše, že vše, co během poskytování péče lékař uvidí nebo uslyší a co nemá být veřejně známé, zachová v tajnosti. Přestože dnes máme elektronickou dokumentaci a složitou legislativu na ochranu osobních údajů, základní myšlenka zůstává stejná. Důvěra mezi pacientem a zdravotníkem je možná pouze tehdy, pokud pacient ví, že jeho soukromí bude respektováno.

Důležitější je ale něco jiného. Hippokratova tradice připomíná, že medicína není pouze technická disciplína. Od samého počátku byla spojena s odpovědností vůči člověku v obtížné situaci, který potřebuje pomoc. To je myšlenka, která ani po staletích nezastárla.

Moderní zdravotnictví je samozřejmě nesrovnatelně složitější než ve starověku. Lékaři, sestry a další zdravotničtí pracovníci dnes pracují s technologiemi, které by si Hippokrates nedokázal ani představit. Umíme transplantovat orgány, podporovat životní funkce pomocí sofistikovaných přístrojů, využívat genetická vyšetření, zobrazovací metody a robotické operace. Přesto se některé otázky nemění. Jak jednat v zájmu pacienta? Jak využívat své znalosti odpovědně? Jak naložit se svěřenou důvěrou? Jak si zachovat respekt k člověku, který se ocitl v obtížné životní situaci?



Právě proto se Hippokratovo jméno v souvislosti s medicínou stále objevuje. Ne proto, že bychom měli doslova opakovat jeho slova. Ani proto, že bychom ve starověkém textu hledali řešení problémů současné medicíny. Vracíme se k němu proto, že nám připomíná něco podstatného: Odborné znalosti samy o sobě nestačí. Dobrý zdravotník není definován pouze tím, co ví a co umí. Důležité je také to, jak své znalosti používá a jak přistupuje k lidem, kteří mu s důvěrou svěřili své zdraví i své obavy. Právě v tom spočívá nejtrvalejší odkaz Hippokrata. Ne v konkrétních větách jeho přísahy, ale v přesvědčení, že medicína je nejen vědou a profesí, ale také službou člověku.

Mgr. et Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D.
nemocniční kaplan a etický poradce

Národní spondylochirurgický kongres poprvé v Českých Budějovicích

Ve dnech 13.–15. září 2026 přivítaly České Budějovice špičkové kapacity české i světové chirurgie páteře. Naše město hostilo XXIV. kongres České spondylochirurgické společnosti (ČSCHS). Hlavním pořadatelem této prestižní události byla Nemocnice České Budějovice, a.s., přičemž veškeré organizační otěže s hrdostí třímalo naše Neurochirurgické oddělení. Skutečnost, že se tato vrcholná událost vůbec poprvé konala v našem městě, je obrovským uznáním dlouhodobě vynikajících výsledků a vysoké úrovně péče, kterou naše nemocnice v tomto oboru pacientům poskytuje.

Spondylochirurgie, tedy chirurgická léčba onemocnění, deformit a úrazů páteře, představuje jeden z nejdynamičtěji se rozvíjejících a technicky nejnáročnějších oborů současné medicíny. Unikátně v sobě propojuje expertízu neurochirurgů a ortopedů. Národní kongres je pak každoročně tou nejdůležitější platformou, kde se sdílí nejnovější poznatky, inovativní operační postupy a určují se budoucí trendy v léčbě. Letošní budějovický ročník v režii naší nemocnice po všech stránkách potvrdil mimořádný význam tohoto setkání.

Slavnostní zahájení a prestižní záštita

Vysokou společenskou a odbornou prestiž akce podtrhl fakt, že kongres se konal pod záštitou hejtmana Jihočeského kraje MUDr. Martina Kuby a primátorky města České Budějovice doc. Dr. Ing. Dagmar Škodové Parmové. Slavnostní zahájení v prostorách Clarion Congress Hotelu sledoval zaplněný sál – sjelo se sem téměř 150 lékařů a dalších zdravotníků, včetně sester a fyzioterapeutů.

Hned po slavnostním zahájení následoval vysoce atraktivní úvodní blok (Invited lectures) vedený v anglickém jazyce, který byl věnován **nádorům páteře a páteřního kanálu**. Vedle významných odborníků domácí medicíny (prof. MUDr. Jan Štulík, CSc., předseda České spondylochirurgické společnosti, prof. MUDr. Martin Sameš, CSc., předseda České neurochirurgické společnosti) zde s čestnou přednáškou vystoupil Dr. Jeremy Reynolds, světově uznávaný odborník z Oxford University Hospitals NHS Trust a regionální klinický vedoucí sítě Thames Valley Spinal Network (TVSN) ve Velké Británii. Jeho excelentní prezentace o současných konceptech v léčbě primárních spinálních nádorů nastavila laťku celého kongresu velmi vysoko (podrobněji v rozhovoru na straně 15).



V čele zleva: doc. MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D., MBA - primář Neurochirurgického oddělení NEMCB, MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D. - generální ředitel NEMCB, MUDr. Martin Kuba - hejtman Jihočeského kraje a prof. MUDr. Martin Repko, Ph.D. - přednosta Ortopedické kliniky LF MU a Fakultní nemocnice Brno. U řečnického pultu prof. MUDr. Martin Sameš, CSc. - předseda České neurochirurgické společnosti a Ing. Iva Nováková, MBA - ředitelka úseku komunikace a péče o zaměstnance NEMCB

Multidisciplinární odborný program:
Od úrazů až po složité deformity
Vědecký program byl doslova nabitý inovacemi a odrážel moderní trend medicíny – úzkou mezioborovou spolupráci. Byl pečlivě rozdělen do šesti stěžejních bloků, které pokryly kompletní spektrum spinální chirurgie. Po úvodních přednáškách o onkologii páteře se pozornost přesunula k **degenerativním onemocněním** (II. blok). Diskutovalo se zde o nových poznatcích v hodnocení kostní fúze po operacích krční páteře či o vlivu věku a obezity na úpravu neurologického deficitu u výhřezů bederní ploténky. Silné zastoupení zde měla i naše nemocnice, kdy MUDr. David Měšťan prezentoval výsledky operačního řešení cervikální myelopatie na našem pracovišti.



Neméně zajímavý byl blok věnovaný **poraněním páteře** (III. blok), kde se probírala témata jako ideální načasování operací u luxačních poranění krční páteře, spinopelvické stabilizace při úrazech pánve či nové terapeutické postupy u těžkých míšních lézí. Ve čtvrtém bloku **dominovaly deformity páteře a metastatická postižení**. Zde MUDr. Petr Nesnídal prezentoval práci o vlivu korekční osteotomie kolene na sagitální profil páteře, na které spolupracoval s ortopedickými kolegy, a MUDr. Petr Řehoušek, Ph.D., přednášku o chirurgické terapii metastatického postižení.

Velmi nosným a pro českobudějovickou nemocnici vysoce aktuálním tématem se staly **záněty páteře** (V. blok). Léčba spondylodiscitid vyžaduje perfektní souhru operatéra a infektologa. Takovou ukázkovou multidisciplinární spolupráci v Jihočeském kraji skvěle odprezentovali naši lékaři MUDr. Ondřej Teplý a prim. MUDr. Aleš Chrdle, Ph.D. Program následně uzavřela sekce Varia (VI. blok), která přinesla pestrá témata od raritních příčin myelopatie až po srovnání spotřeby analgetik u různých typů operací.

Nedílnou a hojně navštěvovanou součástí kongresu byla také **sesterská sekce**. Témata z oblasti perioperační a ošetřovatelské péče o spondylochirurgického pacienta vyvolala velmi podnětné diskuze a potvrdila, že špičkový výsledek operace je vždy zásluhou souhry celého zdravotnického týmu.

Velkému zájmu se těšilo také obědové sympozium (Lunch symposium). V sále Svět se zde ujal slova Ronald A. Lehman, Jr., MD, z prestižní New York Presbyterian Och Spine Hospital, který detailně prezentoval své klinické zkušenosti s využitím pokročilých technologií ve spinální chirurgii (on-line vstup).

Pocta legendám: Čestné členství pro prof. Klézla.
Jedním z velmi emotivních a významných momentů kongresu bylo udílení ocenění za mimořádný přínos oboru. Během slavnostního bloku převzal čestné členství České spondylochirurgické společnosti prof. MUDr. Zdeněk Klézl, CSc. Pan profesor patří k velkým osobnostem a průkopníkům moderní chirurgie páteře. Během své bohaté kariéry úspěšně působil mimo jiné na klinice ve Velké Británii (Royal Derby Hospital) a dlouhodobě zakotvil na Klinice spondylochirurgie 1. LF UK a FN Motol. Zásadně se zasloužil o rozvoj a popularizaci miniinvazivních technik augmentace páteře u osteoporotických a patologických zlomenin, čímž pomohl tisícům pacientů zlepšit kvalitu života.

Nezapomenutelný společenský rozměr
Náročný vědecký program je tradičně potřeba vyvážit prostorem pro neformální diskuze a navazování osobních kontaktů. Společenský večer a kongresová večeře formou bohatého rautu našly své ideální zázemí ve stylových prostorách Hotelu Budweis. O vynikající hudební atmosféru a nabitý taneční parket se postarala skvělá kapela Couple of Sounds. Zahraniční i domácí hosté neskrývali nadšení z naší jihočeské pohostinnosti.

XXIV. kongres České spondylochirurgické společnosti v Českých Budějovicích se zapsal do historie jako akce mimořádného formátu. Dokázali jsme, že naše Neurochirurgické oddělení umí za plné podpory vedení nemocnice i města zorganizovat vědeckou a společenskou akci s mezinárodním přesahem na té nejvyšší úrovni. Upřímné poděkování patří celému organizačnímu i vědeckému týmu, přednášejícím lékařům a sestrám.

MUDr. Petr Nesnídal
předseda vědeckého výboru kongresu
Neurochirurgické oddělení

Podívejte se na videoreportáž z kongresu na našem Facebooku.

Budějovice kazuistické již potřinácté přinesly inspiraci z praxe

Dne 1. října 2026 jsme uspořádali třináctý ročník kongresu Budějovice kazuistické. Jeho jedinečný formát propojuje mladé lékaře a nelékaře napříč obory nad konkrétními případy pacientů. Letošní ročník přilákal téměř 600 účastníků a nabídl přes 80 odborných sdělení a osm e-posterů. Sdílené zkušenosti mohou zdravotníci využít při péči o pacienty. Vědecký výbor na závěr ocenil nejlepší kazuistiky.

„Kazuistika převádí odborné znalosti do konkrétního příběhu pacienta. Na jednom případu ukazuje cestu od prvních příznaků přes diagnostiku až po léčbu. Takový formát podporuje diskusi mezi obory a umožňuje sdílení zkušeností. Mladí zdravotníci zároveň získávají jistotu při odborném vystoupení," uvedl prim. MUDr. Tomáš Hauer, předseda organizačního výboru, odborný garant kongresu a primář Interního oddělení českobudějovické nemocnice. Kongres se od prvního ročníku těší velkému zájmu. Kapacita se pravidelně naplní během několika dnů od zahájení registrace, a to i v aktivní sekci určené přednášejícím.

Lékařská část nabídla dva paralelní sály a osm tematických bloků. Přednášející se věnovali například vzácným infekcím, urgentní a intenzivní medicíně, neurologii, chirurgii, pediatrii, onkologii nebo komplikacím léčby. Program přiblížil také využití rozšířené reality v neurochirurgii, cílenou léčbu podle molekulárních změn nádoru, závažné komplikace v těhotenství či intoxikaci kratomem. Čtyři bloky nelékařské části otevřely témata hojení ran, fyzioterapie, paliativní péče, laboratorní medicíny a návazné péče.

Nemocnice České Budějovice zajišťuje organizaci a kongres finančně podporuje. Odborný program sestavuje vědecký výbor, v němž působí zástupci jihočeských nemocnic a Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity.

„Pořádáním kongresu vytváříme prostor, ve kterém mohou zdravotníci z celého kraje sdílet zkušenosti využitelné v každodenní praxi. Kazuistiky přibližují méně časté diagnózy a komplikace a pomáhají podobné situace lépe rozpoznat. Kontakty navázané během kongresu usnadňují odborné konzultace mezi pracovišti. Tato spolupráce pak může pacientům urychlit cestu k odpovídající léčbě," řekl MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D., generální ředitel Nemocnice České Budějovice.

redakce



prim. MUDr. Tomáš Hauer, předseda organizačního výboru a odborný garant kongresu

VÍTĚZOVÉ JEDNOTLIVÝCH SEKCÍ

Lékařská sekce

1. místo

MUDr. Martin Richnavský
Thunderclap headache – ne každý hrom je SAK
Neurologické oddělení, Nemocnice Strakonice, a.s.

MUDr. Jan Švejda:
Léčba tukem aneb když infarkt pomáhá
Kardiologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

2. místo

MUDr. Richard Retamoza
Co bylo skryto pod spadlými víčky?
Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

MUDr. Adéla Dolejší
Jedno oko, mnoho otázek: pětiletá cesta pacienta s orgánově limitovanou granulomatózní polyangiitidou
Interní oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

3. místo

MUDr. Khrystyna Lyutyk
Schwannom žaludku, hybridní laparoskopicko-endoskopické řešení technikou NEWS
Chirurgické oddělení, Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

MUDr. Kamila Malá
Když vlastní dech nestačí – bocavirová pneumonie s nutností UPV
Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Speciální cena:

MUDr. Kateřina Matoušová
Tichá hrozba
Dětské oddělení, Nemocnice Písek, a.s.

Sekce nelékařských zdravotnických pracovníků

1. místo

Mgr. Pavla Čecháčková, DiS.
Kontinuita hojení ran
Chirurgické oddělení, Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

2. místo

Bc. Zdeňka Kožená
Když záchvat není epilepsií
Dětské oddělení, Nemocnice Písek, a.s.

3. místo

Bc. Sandra Jurkovičová
Cesta k lepším výsledkům
Od akutní péče k repatriaci
Neurochirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Podívejte se na videoreportáž z akce na našem YouTube kanále

Vítězům gratulujeme a všem účastníkům děkujeme za kvalitní sdělení a skvělou atmosféru.



MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D., generální ředitel Nemocnice České Budějovice



13. ročník kongresu Budějovice kazuistické

Odborníci na dětskou ortopedii se setkali v Hluboké nad Vltavou

Hotel Štekl v Hluboké nad Vltavou hostil ve dnech 8. a 9. října 2026 již 23. kongres Sekce dětské ortopedie České společnosti pro ortopedii a traumatologii (ČSOT). Setkání s mimořádnou účastí více než stovky odborníků z celé České republiky nabídlo nejen pestrý odborný program. Mezi zajímavé okamžiky kongresu patřily také přednášky zahraničních hostů, ocenění významných osobností oboru i představení nového prototypu českých Pavlíkových třmínků.

Kongres upořádalo Ortopedické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., ve spolupráci se Sekcí dětské ortopedie ČSOT. Hlavním tématem byly novinky a kontroverze v dětské ortopedii a traumatologii. Vysoká účast, která překonala všechny minulé ročníky, potvrdila zájem o vzájemné sdílení zkušeností a aktuální otázky péče o dětské pacienty.

Odborný program pokrýval současné diagnostické a léčebné postupy, nové poznatky i problematické otázky dětské ortopedie. Mimořádným obohacením byla mezinárodní účast. Přivítali jsme profesora José Morcuendeho z USA, uznávaného odborníka na léčbu vrozených vad nohy (zejména pes equinovarus) a pokračovatele odkazu metody profesora Ignacia Ponsetiho, a MCSP Denise Watson-Tann, špičkovou britskou fyzioterapeutku, která vede specializovanou kliniku v Londýně a je uznávanou expertní kapacitou v neoperační léčbě pes equinovarus pomocí Ponsetiho metody.

Poděkování osobnostem, které formovaly obor
Významným okamžikem kongresu bylo předání ocenění dvěma osobnostem české dětské ortopedie – profesorovi MUDr. Pavlu Dunglovi, DrSc., emeritnímu přednostovi Ortopedické kliniky Fakultní nemocnice Bulovka, a emeritnímu primáři Ortopedického oddělení prachatické nemocnice MUDr. Zdeňkovi Krátkému.



V čele zleva: generální ředitel nemocnice MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D. a MUDr. Pavel Sadovský ml., u řečnického pultu primář Ortopedického oddělení MUDr. David Musil, Ph.D.

Profesor Dungl je mimořádnou osobností dětské ortopedie a jeho věhlas i přínos sahají daleko za hranice České republiky. Je autorem desítek článků a několika monografií, ale především sám provedl tisíce úspěšných operací, jimiž pomohl několika generacím dětských pacientů.

Emeritní primář Zdeněk Krátký se po celý profesní život věnoval a věnuje dětské ortopedii. Je oceňovaným odborníkem, jehož vyhledávají pacienti nejen z našeho regionu. Obětavě pečuje o pacienty se zdravotním postižením nejen ve své nemocniční praxi, ale i v centru ARPIDA. Po odchodu z budějovické nemocnice dokázal v prachatické nemocnici vybudovat nové ortopedické oddělení, které řadu let úspěšně vedl. Je vždy ochotným učitelem a rádcem mladším kolegům.

Návrat českých Pavlíkových třmínků

Mimořádnou událostí kongresu se stalo představení nového prototypu českých Pavlíkových třmínků. Tato pomůcka, spojená se jménem českého lékaře profesora Arnolda Pavlíka, má zásadní místo v konzervativní léčbě vývojové dysplazie kyčelního kloubu u kojenců.

Představení prototypu je důležitým krokem k obnovení výroby této tradiční a při léčbě nezastupitelné české pomůcky. Za projektem stojí úsilí budějovických dětských ortopedů o to, aby česká pomůcka, která se používá desítky let a bez nadsázky je možné říct, že dobyla svět, nezmizela z českého trhu a čeští lékaři tak neztratili možnost využívat ji pro své pacienty.

Odborné setkání s přesahem

Dva kongresové dny na Hluboké nad Vltavou nabídly prostor nejen pro odbornou diskusi, sdílení zkušeností napříč pracovišti a mezigenerační setkávání. Vedle odborného programu přispělo k přátelské atmosféře kongresu také půvabné prostředí Hluboké nad Vltavou i to, že účastníci mohli obdivovat krásy hlubockého zámku.

Pro Nemocnici České Budějovice bylo pořadatelství 23. kongresu Sekce dětské ortopedie ČSOT příležitostí představit odbornou práci lékařů Ortopedického oddělení a uspořádat setkání, které podporuje další rozvoj péče o dětské pacienty.

Poděkování patří Nemocnici České Budějovice, a.s., všem přednášejícím, účastníkům i spolupracovníkům, kteří se na přípravě a organizaci kongresu podíleli.

MUDr. Pavel Sadovský ml.
odborný garant kongresu
Ortopedické oddělení

Podívejte se na videoreportáž z akce na našem YouTube kanále



Prof. MUDr. Pavel Dungl, DrSc., emeritní přednosta Ortopedické kliniky Fakultní nemocnice Bulovka (vpravo) převzal z rukou MUDr. Pavla Sadovského ml. ocenění za celoživotní přínos dětské ortopedii



MUDr. Zdeněk Krátký, emeritní primář Ortopedického oddělení Nemocnice Prachatice, a.s. (vlevo) obdržel ocenění za celoživotní přínos dětské ortopedii. Ocenění předával MUDr. Pavel Sadovský ml.

Naše neonatologie sdílela zkušenosti s výživou nedonošených dětí s odborníky ze zahraničí

Neonatologické oddělení uspořádalo ve dnech 6. a 7. října 2026 mezinárodní odborné sympozium a praktický workshop zaměřený na výživu předčasně narozených a kriticky nemocných novorozenců. Do Českých Budějovic přijeli neonatologové z Chorvatska, Saúdské Arábie, Spojených arabských emirátů a Ománu. Společně s našimi odborníky sdíleli zkušenosti s nutriční péčí, která hraje zásadní roli ve zdravém růstu a vývoji těchto dětí.

Správně nastavená výživa patří mezi klíčové součásti péče o předčasně narozené děti, zejména o novorozence s extrémně nízkou porodní hmotností. Jejich organismus má specifické nároky na příjem živin a lékaři musí výživu průběžně přizpůsobovat aktuálnímu zdravotnímu stavu, laboratorním výsledkům i růstu dítěte.



Přednášková část v Congress Hotelu Clarion

Dvoudenní program se proto soustředil především na praktické otázky výživy podávané do žíly (parenterální) a trávicím traktem (enterální). Odborníci diskutovali o individuálním nastavení nutriční podpory, využití mateřského a dárcovského mateřského mléka i jeho fortifikaci, tedy obohacování o živiny podle potřeb konkrétního dítěte. Věnovali se také sledování růstu, metabolických parametrů a výživě novorozenců se závažnými komplikacemi trávicího traktu.



Účastníci na návštěvě Banky mateřského mléka na Neonatologickém oddělení sledovali ukázku vyšetření složení mateřského mléka



Stanice fyziologických novorozenců

Zahraniční účastníci přijeli z velkých perinatologických center a specializovaných jednotek intenzivní péče o novorozence. Každé pracoviště přineslo zkušenosti z odlišného zdravotnického prostředí. Lékaři tak mohli porovnat organizaci nutriční péče, způsoby přípravy výživy podávané do žíly i možnosti analýzy mateřského mléka a jeho individuálního obohacování. Významnou část programu věnovali konkrétním případům z klinické praxe a společnému hledání optimálních postupů.

„Podobná setkání mají význam především proto, že umožňují porovnat každodenní klinickou praxi jednotlivých center. Doporučené postupy tvoří důležitý základ, stejně cenná je ale možnost diskutovat konkrétní případy a jejich řešení s kolegy ze zahraničí. Vzájemné sdílení zkušeností nám pomáhá dále zlepšovat péči o nejzranitelnější skupinu novorozenců," uvádí prim. MUDr. Jiří Dušek, Ph.D., MHA.



Návštěva ústavní nemocniční lékárny, kde se připravují výživové roztoky pro nedonošené novorozence.



PharmDr. Ondřej Černý

Účastníci se na workshop připravovali již před příjezdem do Českých Budějovic. Předem představili organizaci nutriční péče na svých pracovištích a témata, kterým se chtěli podrobněji věnovat. Díky tomu se odborné diskuse zaměřily na konkrétní otázky každodenní praxe, například na optimální příjem energie a bílkovin, individuální složení výživy nebo využití nástrojů pro její přesný výpočet.

Českobudějovičtí neonatologové zahraničním kolegům představili vlastní systém nutriční péče a zkušenosti s individualizací výživy nedonošených novorozenců. Účastníci si také prohlédli Neonatologické oddělení a přímo na pracovišti diskutovali o používaných postupech s členy multidisciplinárního týmu.

Na mezinárodní setkání naváže další odborná spolupráce. Neonatologické oddělení plánuje studijní pobyty zahraničních kolegů, kteří se budou moci podrobněji seznámit s organizací péče a každodenní klinickou praxí českobudějovického týmu. Vzájemná výměna zkušeností přispěje k dalšímu rozvoji nutriční péče o předčasně narozené děti.

redakce

POCHVALA

Rád bych touto cestou vyjádřil své hluboké a upřímné poděkování panu doktoru Teplému a celému kolektivu Neurochirurgického oddělení Nemocnice České Budějovice za mimořádnou péči, profesionalitu a především lidský přístup. Mé zvláštní poděkování patří panu doktoru Teplému za jeho odborný, pečlivý a empatický přístup, ochotu vše srozumitelně vysvětlit a za pocit důvěry a jistoty, který je pro pacienta v nelehkých chvílích nesmírně důležitý.

Stejně velké poděkování bych rád věnoval všem lékařům, zdravotním sestrám, sanitářům a ostatnímu personálu neurochirurgického oddělení. Velmi si vážím Vaší každodenní náročné práce, trpělivosti, vstřícnosti, laskavosti a ochoty pomoci v každé situaci.

Pobyt v nemocnici není pro nikoho jednoduchým obdobím. O to více člověk ocení, když se setká s lidmi, kteří svou práci nevnímají pouze jako povolání, ale také jako poslání. Právě Vaše lidskost, milé slovo, povzbuzení a individuální přístup dokážou pacientovi dodat klid, sílu a víru v uzdravení. Jsem nesmírně vděčný, že jsem se mohl svěřit do rukou tak skvělého týmu odborníků, kteří svou prací dělají čest nejen svému oddělení, ale i celé Nemocnici České Budějovice.

Děkuji Vám nejen za poskytnutou zdravotní péči, ale také za úctu, pochopení a lidskost, se kterou svou práci vykonáváte.

Přeji Vám všem především pevné zdraví, mnoho osobních i pracovních úspěchů, spokojených pacientů a dostatek sil do Vaší mimořádně záslužné práce.

Ještě jednou Vám z celého srdce děkuji.

S hlubokou úctou a vděčností

V. Č.

Dva týdny v Cambridge. Inspirace z prestižního centra kardiochirurgie a hrudní chirurgie

První dva srpnové týdny jsem měl možnost strávit na pracovišti anesteziologie, intenzivní péče a operačních sálů v Royal Papworth Hospital v Cambridge, která patří mezi nejvýznamnější evropská centra specializovaná na léčbu onemocnění srdce a plic. Z původně malého léčebného zařízení založeného v roce 1918 pro pacienty s tuberkulózou se během následujících desetiletí postupně vyvinulo špičkové centrum pneumologie, kardiologie, hrudní chirurgie, kardiochirurgie, transplantační medicíny a intenzivní péče.

Nemocnice se do historie britské i světové medicíny zapsala řadou průkopnických výkonů. V roce 1979 zde byla provedena první úspěšná transplantace srdce ve Velké Británii s dlouhodobým přežitím příjemce a v roce 1986 první kombinovaná transplantace srdce, plic a jater na světě.

Tradice inovací pokračuje i v moderní éře. V roce 2015 provedl tým Royal Papworth jako první v Evropě transplantaci srdce od dárce po nezvratné zástavě oběhu (DCD – Donation after Circulatory Death). Tento způsob dárcovství umožňuje za přísně stanovených podmínek odebrat orgány od některých pacientů bez naděje na přežití po nezvratné zástavě oběhu a potvrzení smrti. Rozšiřuje tak možnosti dárcovství a dává větší naději pacientům, pro které je transplantace jedinou možností přežití.

Kromě transplantační medicíny patří Royal Papworth mezi přední britská centra kardiochirurgie a hrudní chirurgie a současně poskytuje široké spektrum katetrizačních a dalších intervenčních výkonů. Ročně se zde provede kolem 2 000 kardiochirurgických operací a přibližně 800 operací v oblasti hrudní chirurgie, kde se dominantně provádějí videoasistované torakotomie a stále více se uplatňuje také robotický přístup. Mimořádné postavení má nemocnice rovněž v léčbě chronické tromboembolické plicní hypertenze (CTEPH) – je jediným centrem ve Velké Británii provádějícím plicní endarterektomii (PEA) a patří v tomto oboru mezi největší centra na světě.

Moje pracovní cesta byla z pohledu anesteziologa se zkušenostmi v intenzivní medicíně motivována především snahou poznat pracovní prostředí a léčebné postupy ve významném zahraničním kardiocentru. Byl jsem zvědavý na způsoby podávání anestezie pacientům podstupujícím kardiochirurgické nebo hrudně chirurgické operace a také na práci tamního personálu s dočasnými mechanickými



MUDr. Jiří Šedivý, Royal Papworth Hospital

cirkulačními podporami u pacientů se selháním srdce a plic. Samotné zajištění odborné praxe a komunikace s anesteziologem Dr. Angusem Butchartem a týmem Papworth Observership trvaly více než půl roku.

Již od prvního okamžiku nešlo přehlédnout rozdíly v systému postgraduálního vzdělávání lékařů. Vedle zkušených a plně kvalifikovaných lékařů, tzv. konzultantů, se do péče aktivně zapojují také fellows, často lékaři, kteří své odborné vzdělání získali v jiné zemi, splnili podmínky schválení u Všeobecné lékařské rady (General Medical Council, GMC) a následně získali pracovní pozici v Royal Papworth nebo jinde ve Velké Británii. Třetí skupinu tvoří mladí lékaři v anesteziologické přípravě, kteří do kardiocentra přijíždějí na několikaměsíční stáže. Za zmínku stojí také českobudějovická stopa v tamním anesteziologickém týmu. Jednou z respektovaných konzultantek, se kterými jsem se v Royal Papworth setkal, je MUDr. Barbora Page Pařízková, která svou kariéru zahájila právě v českobudějovické nemocnici.

Kromě operačních sálů jsem měl možnost strávit několik dní na jednotce intenzivní péče (ITU). Oddělení disponuje přibližně 45 lůžky a přijímá mimo jiné pacienty po rozsáhlých kardiochirurgických a transplantačních výkonech nebo nemocné v šokových stavech. Vedle umělé plicní ventilace a náhrady funkce ledvin se zde pravidelně využívají také mimotělní mechanické podpory nahrazující nebo podporující funkci srdce a plic, tzv. ECLS (Extracorporeal Life Support), konkrétně ECMO, a specifická mechanická podpora srdeční

činnosti, intraaortální balonková kontrapulzace. Možnost sledovat péči o takové množství kriticky nemocných pacientů, jejich cestu mezi operačními sály a intenzivní péčí i každodenní provoz takto velkého centra pro mě byla mimořádně zajímavá a inspirativní zkušenost.

Nejenom v Papworth Cambridge, ale i obecně platí, že velké operace výrazně zasahují do základních životních funkcí nemocných, a proto je velmi důležitá nejen příprava pacienta a komunikace s ním, ale také týmová spolupráce. V Royal Papworth probíhá před příjezdem pacienta na operační sál společný briefing kardiochirurgického a anesteziologického týmu, instrumentářů a perfuzionistů. Společně proberou konkrétního pacienta, plánovaný operační postup, očekávaná rizika a případné alternativy. Jde o zdánlivě jednoduchý krok, který však přispívá k tomu, aby celý tým vstupoval do náročného výkonu se společným plánem.

Neméně důležitý je důraz na řízení tělesné teploty během některých specifických výkonů a na prevenci a léčbu krvácení. Řízená hypotermie se využívá například při plicní endarterektomii nebo při operacích aortálního oblouku. Řízené snížení tělesné teploty (hypotermie) je zásadní postup snižující metabolické nároky organismu, který přispívá k ochraně mozku a dalších orgánů během náročného operačního výkonu. U rozsáhlých kardiochirurgických operací je současně kladen velký důraz na spolupráci chirurgického a anesteziologického týmu při prevenci a cílené léčbě krvácení.



Royal Papworth Hospital

Ze specifických anesteziologických postupů používaných v tomto britském centru bych rád uvedl bezopioidní anestezii (OFA – opioid-free anaesthesia), kterou někteří tamní anesteziologové využívají především u operací v hrudní chirurgii. Namísto opioidů jsou využívány jiné lékové skupiny v kombinaci s technikami regionální anestezie.

Na závěr bych rád zmínil, že zázemí a vybavení pro práci i péči o pacienty, které máme v České republice a v Českých Budějovicích, jsou na zcela srovnatelné úrovni s tím, co jsem viděl v předním zahraničním centru. Osobně mě těší, že se například výše zmíněný program DCD v českobudějovické nemocnici postupně etabluje a přispívá k pomoci dalším pacientům v konečném stadiu orgánového selhání. Rád bych vyzdvihl také rozvoj robotické hrudní chirurgie v naší nemocnici pod vedením doc. MUDr. Vojtěcha Kurfirsta, Ph.D.

Velmi si vážím podpory ze strany Nemocnice České Budějovice, díky níž jsem mohl tuto zajímavou pracovní cestu absolvovat. Možnost na určitou dobu vystoupit ze známého pracovního prostředí a sledovat práci kolegů v zahraničí považuji za nesmírně cennou zkušenost. Podobnou pracovní cestu mohu upřímně doporučit i ostatním kolegyním a kolegům.

MUDr. Jiří Šedivý
Anesteziologicko-resuscitační oddělení

Plicní endarterektomie je kardiochirurgická operace pro chronickou tromboembolickou plicní hypertenzi (CTEPH). V hluboké hypotermii a při krátkých obdobích cirkulační zástavy na mimotělním oběhu chirurg odstraní organizované trombotické hmoty z plicních tepen, čímž sníží tlak v plicnici a odlehčí pravé komoře.

Videoasistovaná torakotomie, zkratka VATS (Video-Assisted Thoracoscopic Surgery) je miniinvazivní hrudní přístup, při kterém chirurg operuje pomocí kamery a nástrojů zavedených malými řezy do hrudníku, bez klasické široké torakotomie a roztažení žeber.

Chronická tromboembolická plicní hypertenze (CTEPH) je forma plicní hypertenze způsobená přetrvávajícími organizovanými tromby v plicních tepnách po prodělané plicní embolii. Zvýšený tlak v plicních tepnách způsobí přetížení a postupně selhávání pravé komory srdeční.

Disekce aorty typu A (Stanford A) znamená natržení vnitřní vrstvy aorty s vytvořením falešného lumen, přičemž disekce postihuje ascendentní aortu (bez ohledu na místo vzniku nebo další rozsah). Je to akutní život ohrožující stav vyžadující zpravidla urgentní kardiochirurgickou operaci.

Mikrochirurgický kurz ve finském Kuopiu přinesl cenné zkušenosti i první místo

Na začátku září jsem se vydal do Kuopia ve Finsku, abych se zúčastnil třetího ročníku Fundamental Microneurosurgery Techniques – Hands-on Course. Kurz probíhal v Microsurgery Center of Eastern Finland, Kuopio University Hospital, a byl zaměřen na rozvoj praktických mikrochirurgických dovedností s důrazem na neurovaskulární a neuroonkologickou neurochirurgii.

Jednalo se o intenzivní třídenní kurz vedený mezinárodním týmem zkušených neurochirurgů z Finska, Norska a dalších evropských pracovišť. Odborné přednášky se v programu střídaly s diskusemi a především s praktickými workshopy, během nichž jsme si jednotlivé operační techniky mohli sami vyzkoušet.

Kurz byl z velké části zaměřený na základní mikrochirurgické dovednosti. Pod mikroskopem jsme procvičovali práci s mikroinstrumentáriem, přesnost a koordinaci pohybů i základní principy mikrochirurgického šití. Součástí praktické výuky byla také práce s různými biologickými, syntetickými a virtuálními modely.

Velký prostor dostaly také praktické nácviky neurovaskulární mikrochirurgie. Na modelu kuřecího křídla jsme si vyzkoušeli preparaci neurovaskulárních struktur a práci s citlivými cévními a nervovými tkáněmi. Na placentárních modelech jsme následně procvičovali ostrou preparaci arachnoidey (pavučnice) a techniky klipování cév, které se provádějí při operacích mozkových výdutí.

Dalším bodem programu byla chirurgie mozkových nádorů. Na syntetických nádorových modelech jsme za použití fluorescenční navigace procvičovali resekci a rozpoznávání hranice mezi nádorem a okolní tkání. V přednáškách a kazuistikách se otevřela i témata jako plánování operačního přístupu nebo využití moderních navigačních a zobrazovacích metod při operacích. Prakticky jsme si mohli vyzkoušet také vrtání na kadaverózních modelech a osvojit si základní anatomické orientační body a bezpečné zóny při těchto výkonech.

Za velmi přínosnou považuji také možnost pracovat s exoskopem a seznámit se s rozdíly mezi klasickým operačním mikroskopem a moderními zobrazovacími systémy. Součástí programu byla rovněž individuální práce zaměřená na ergonomii při mikrochirurgických výkonech.

Na závěr jsme měli možnost vzájemně se poměřit nejen v rychlosti mikrochirurgického šití, ale především i v přesnosti a technické zručnosti při práci pod mikroskopem. Soutěž zahrnovala tři disciplíny a mezi jedenácti účastníky se mi podařilo obsadit první místo. Pro mě osobně šlo o příjemné zpestření kurzu a zároveň zajímavou možnost ověřit si mikrochirurgické dovednosti získané během praktické výuky.

Kromě samotného odborného programu pro mě byla cenná také možnost setkat se s neurochirurgy z různých evropských pracovišť, porovnat naše zkušenosti a diskutovat o rozdílech v přístupu k jednotlivým operačním postupům.

Účast na kurzu v Kuopiu pro mě představovala velmi cennou zkušenost. Především praktický nácvik mikrochirurgických technik pod vedením zkušených neurochirurgů mi umožnil zdokonalit dovednosti, které jsou při neurochirurgických výkonech nezbytné, a zároveň získat nové podněty pro jejich využití v každodenní klinické praxi.

MUDr. Jozef Papík
Neurochirurgické oddělení



Ukázka práce s exoskopem. Na speciálním 3D monitoru můžeme sledovat stejný obraz, jaký vidí operatér během výkonu.



Simulace preparace arachnoidey (pavučnice) na placentárním modelu

Supermikrochirurgie otevírá nové možnosti léčby lymfedému i onemocnění mozku

Ve dnech 28.–29. září 2026 jsem se zúčastnil praktického kurzu lymfatické mikrochirurgie, který se konal ve španělském městě Cáceres, konkrétně v Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón, v moderním pracovišti zaměřeném na experimentální miniinvazivní chirurgii. Kurz vedl tým složený z předních světových odborníků, v jehož čele stojí profesoři Jaume Masià, Gemma Pons, Sinikka Suominen a Takumi Yamamoto. Program zahrnoval diagnostiku, indikace, operační techniky i pooperační péči, přičemž hlavní důraz byl kladen na praktický nácvik na živých zvířecích modelech (králících).

Po téměř třech desítkách mozkových bypassů, které jsem provedl v posledních třech letech a při nichž sešívám cévy o průměru 1–2 mm, jsem se tentokrát zúčastnil workshopu zaměřeného na supermikrochirurgii, při níž se sešívají lymfatické cévy o průměru pouhých 0,25–0,5 mm. Hlavním tématem byly lymfovenózní bypassy (anastomózy), které dnes představují významnou možnost chirurgické léčby lymfedému končetin. Obnovují odtok lymfy do žilního systému, zmírňují otoky, snižují riziko opakovaných infekcí a zlepšují kvalitu života pacientů, typicky po onkologických operacích spojených s odstraněním lymfatických uzlin.



Historické centrum španělského města Cáceres, foto zdroj: Wikipedia



Společná fotka účastníků workshopu v prostorách moderního experimentálního centra miniinvazivní chirurgie

Novou oblastí, v níž se v budoucnu mohou setkávat zájmy plastických chirurgů a neurochirurgů, je glymfatický systém – systém zajišťující odvod metabolických odpadních látek z mozku, jehož význam byl podrobněji objasněn teprve v posledních letech. Supermikrochirurgické techniky by tak v budoucnu mohly najít uplatnění například při léčbě Alzheimerovy choroby a dalších neurodegenerativních onemocnění.

Kurzu se zúčastnili odborníci z celého světa. Převládali plastičtí chirurgové, zastoupeni byli také cévní chirurgové, ortopedi se zaměřením na rekonstrukční chirurgii a lékaři ORL. Jako jediný neurochirurg jsem mohl na tuto problematiku nahlížet z perspektivy svého oboru. Celý workshop se nesl ve velmi přátelské a inspirativní atmosféře. Jediným výraznějším nedostatkem byla nižší kvalita mikrochirurgických nástrojů a operačních mikroskopů, která při takto náročné supermikrochirurgické práci bohužel představovala značnou překážku. Nabízí se proto srovnání s mezinárodními mikrochirurgickými workshopy s výukou na potkanech, které pořádáme v Českých Budějovicích. Díky spolupráci s firmou Takayama Instruments se nám zde daří udržovat nejvyšší standard technického vybavení, což významně přispívá ke kvalitě praktického výcviku.

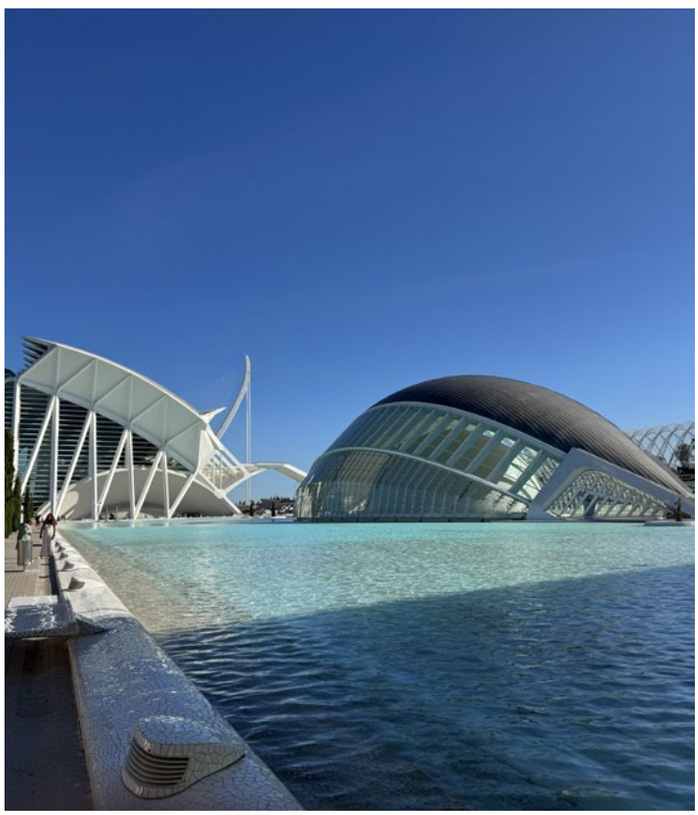
Na závěr bych rád poděkoval vedení Nemocnice České Budějovice, a.s., za příležitost zúčastnit se tohoto odborného workshopu, který pro mě představoval cennou příležitost k rozšíření mikrochirurgických znalostí a získání nových zkušeností.

MUDr. Marek Grubhoffer
Neurochirurgické oddělení

Umělá inteligence mění radioterapii. Novinky z evropského kongresu radiologické fyziky

Ve dnech 23.–26. září 2026 se ve španělské Valencii konal 6. evropský kongres radiologické fyziky ECMP 2026 (European Congress of Medical Physics) pořádaný Evropskou federací organizací pro radiologickou fyziku (EFOMP – European Federation of Organisations for Medical Physics). Mottem letošního ročníku bylo „Advancing Healthcare through Physics: Bridging Science and Patient Care for a Sustainable Future", tedy propojení vědy a péče o pacienta.

Program zahrnoval témata ze všech oblastí radiologické fyziky – od radiodiagnostiky a nukleární medicíny až po radioterapii. Vedle nejnovějších technologií a výsledků výzkumu byly prezentovány také zkušenosti z každodenní klinické praxe, včetně zavádění nových postupů, kontroly kvality a bezpečnosti léčby. Jako klinická radiologická fyzička z úseku radioterapie Onkologického oddělení jsem se zaměřila především na témata související s léčbou onkologických pacientů.



Ciudad de las Artes y las Ciencias (Město umění a věd) ve Valencii

Jedním z výrazných témat bylo automatizované plánování radioterapie a využití umělé inteligence (AI). Před zahájením léčby připravuje radiologický fyzik nebo radiologický asistent individuální ozařovací plán, který definuje, jakým způsobem bude záření doručeno, aby nádor obdržel předepsanou dávku a okolní zdravé orgány byly co nejvíce chráněny. Tento proces lze dnes částečně automatizovat. Specializované algoritmy například dokážou využít knihovnu již vytvořených klinických plánů a na jejím základě pomáhat s přípravou nových. Možnost tohoto typu automatizovaného plánování nabízí také náš plánovací systém (TPS) Eclipse.

Vedle automatizace se stále více uplatňuje také AI, kterou již využíváme i na našem oddělení. Pomocí AI softwaru automaticky zakreslujeme jednotlivé orgány na snímcích výpočetní tomografie (CT), tedy zobrazovací metody, která pomocí rentgenového záření umožňuje získat detailní řezy lidského těla. Lékařům to usnadňuje a urychluje jednu z časově náročných částí přípravy léčby. Velmi mě zaujala přednáška věnovaná propojení umělé inteligence přímo s TPS. Představila možnosti využití tzv. AI agentů, kteří dokážou provádět jednotlivé kroky při tvorbě ozařovacího plánu. V rámci těchto experimentálních přístupů lze AI zadávat textové pokyny, na jejichž základě následně provádí příslušné úkony přímo v TPS. Takové řešení by mohlo v budoucnu výrazně zjednodušit a urychlit přípravu léčby. Nezbytnou součástí však nadále zůstává odborná kontrola výsledného plánu.

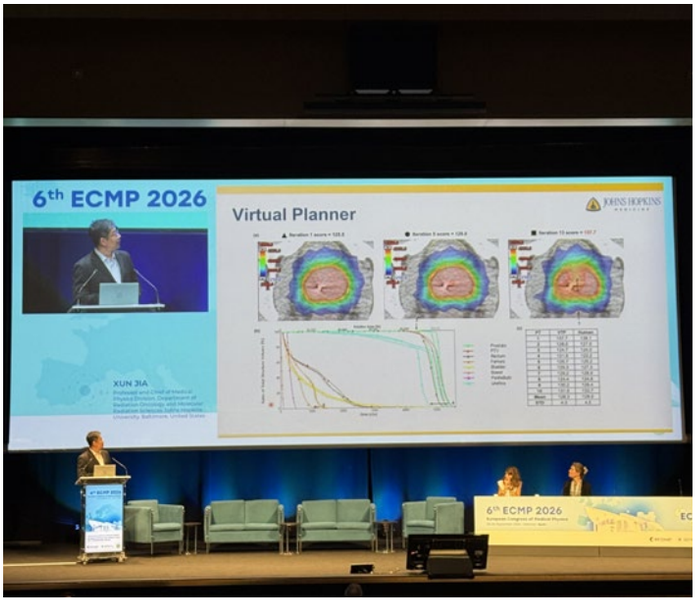
Dalším významným tématem byla adaptivní radioterapie, která umožňuje přizpůsobovat ozařovací plán změnám v anatomii pacienta během léčby. Prezentovány byly zkušenosti s MR-Linacem. Je to přístroj kombinující ozařování s magnetickou rezonancí (MR), která umožňuje podrobné zobrazení měkkých tkání. Pozornost byla věnována také tvorbě syntetických CT snímků (sCT) a jejich využití při online adaptivní radioterapii, kdy lze plán upravit podle aktuální anatomie pacienta bezprostředně před ozářením. Syntetické CT lze vytvořit ze snímků pořízených přímo na ozařovači (CBCT) nebo pomocí MR, případně s využitím původního plánovacího CT. Takto získané obrazy umožňují přepočítat rozložení dávky a posoudit potřebu úpravy léčby.



Zleva: Ing. Simona Šimůnková a Ing. Marija Despotović, BSc.

Mezi další diskutované metody patřila FLASH radioterapie, při níž je záření aplikováno velmi vysokým dávkovým příkonem během krátkého času. Dosavadní výzkum naznačuje možnost lepší ochrany zdravých tkání při zachování účinku na nádor. Přestože již proběhly první klinické studie, její širší využití v běžné praxi stále vyžaduje další výzkum.

Vedle odborných přednášek mě zaujala také témata jako popularizace radiologické fyziky a komunikace s pacienty i dalšími zdravotnickými profesemi. Součástí programu byla například sekce věnovaná tomu, jak přiblížit fyziku lidem mimo náš obor. To považuji za důležité, protože pacienti často přicházejí na léčbu s řadou otázek a nejistot, nevědí přesně, jak bude ozařování probíhat, co je čeká



Přednáška na téma propojení plánovacích systémů a umělé inteligence

a jaké postupy i kontroly budou součástí léčby. S kolegyní Ing. Marijou Despotović, BSc., z Radiologického oddělení se proto popularizaci radiologické fyziky věnujeme prostřednictvím projektu Duo Behind the Rays, ve kterém náš obor přibližujeme veřejnosti. Příležitost představit práci radiologického fyzika jsme měly také v pořadu Sama doma.

Přínos kongresu vnímám především v tom, že představil nové technologie a nabídl prostor pro sdílení zkušeností z klinické praxe. Zejména přednášky o umělé inteligenci a online adaptivní radioterapii nabídly zajímavý pohled na současný vývoj oboru i to, kam může směřovat do budoucna. Kongres byl pro mě velkým zdrojem inspirace pro mou každodenní práci. A vedle nabitého odborného programu se našel čas i na poznávání Valencie.

Co dělá klinický radiologický fyzik?

Práce klinického radiologického fyzika propojuje fyziku, medicínu a moderní technologie. V radioterapii se klinický radiologický fyzik podílí mimo jiné na tvorbě a kontrole ozařovacích plánů, kalibraci a pravidelném ověřování správné funkce ozařovacích přístrojů, zajišťování přesnosti a bezpečnosti léčby, radiační ochraně a zavádění nových technologií do klinické praxe.

Ing. Simona Šimůnková
klinický radiologický fyzik
Onkologické oddělení

Světový kongres venerologie upozornil na nové infekce i antibiotickou rezistenci

Ve dnech 14.–17. října 2026 jsem se společně s lékařem z našeho oddělení MUDr. Ahmedem Aldammaghem zúčastnil 27. světového kongresu IUSTI (Mezinárodní organizace proti sexuálně přenositelným infekcím) pořádaného v Kongresovém centru Praha. Českou republiku na kongresu zastupovalo přes 60 venerologů, což z něj činí největší oborové setkání v roce.

Program kongresu byl velmi rozsáhlý, nejen z hlediska teoretického, ale i praktického. Zahrnoval otázky primární a sekundární prevence, dále rozvoj diagnostických metod, otázku nových sexuálně přenositelných infekcí, jakožto i nové možnosti léčby.

Program WHO (Světová zdravotnická organizace) zahrnuje mimo jiné i Euro-GASP, program pro sledování antimikrobiální rezistence bakterie, která je původcem kapavky. Počty případů kapavky vykazují každoroční nárůst – celosvětově přibude za rok až 82 milionů nových případů – a Česká republika není výjimkou. Do tohoto programu se každoročně zapojuje i naše oddělení. Je důležité sledovat citlivost původce kapavky na antibiotika v době, kdy je prokazatelná tendence k nárůstu počtu případů rezistence na tuto léčbu. Nejvýrazněji stoupla rezistence na antibiotikum ciprofloxacin, která činí 95 % případů.

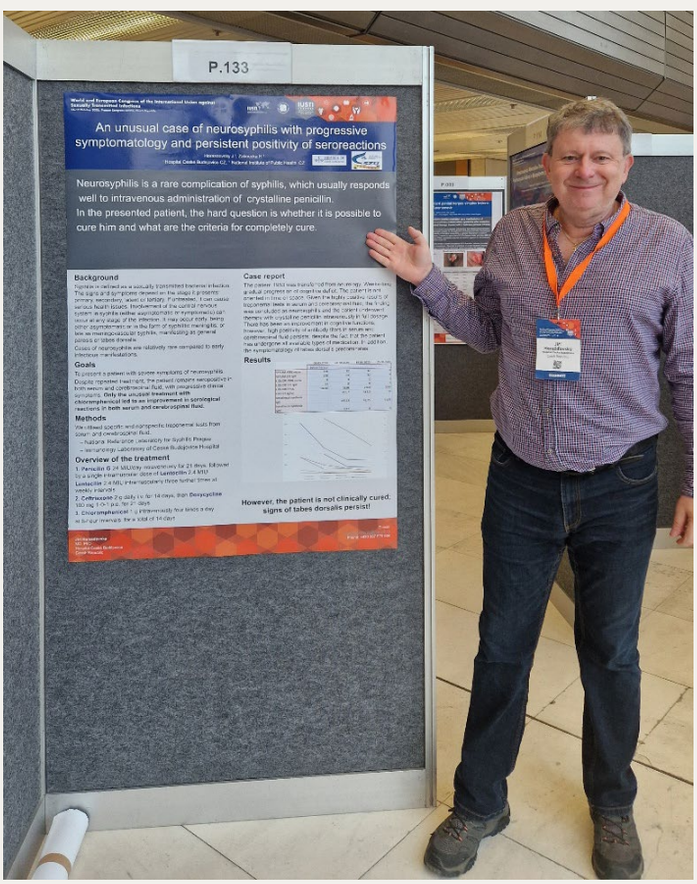
Celosvětově je také zaznamenán nárůst případů syfilidy, a to nejen časných infekčních nákaz, ale také pozdních, mimořádně léčebně a prognosticky závažných forem. Jeden takový případ neurologických příznaků pozdní syfilidy byl také obsahem mého posteru a přednášky v příslušné sekci kongresu. Zajímavým příspěvkem byly poměrně nové informace týkající se kultivace a genetického testování *Treponema pallidum* (bakterie, původce syfilis), s důrazem na to, jak tyto výsledky ovlivňují reakci na léčbu a vznik dalších komplikací. Právě pozitivita genetického PCR testu (polymerázová řetězová reakce) předchází serologické krevní pozitivitě v případě časné syfilidy. Toto má velký význam pro včasné zahájení léčby. PCR diagnostika má svůj význam také při stanovení přítomnosti treponemat v konečníku u mužů, kteří mívají sex s muži. V mnoha přednáškách se také rozebíraly možnosti a výhody preventivního podávání antibiotika doxycyklinu v programu DoxyPEP.

Jako trend budoucnosti se ukazuje možnost vlastního testování pomocí sady pro domácí vyšetření z krevního vzorku, za čímž hledejme nejen komerční možnosti. Otázkou ale stále zůstává správná interpretace výsledků. Toto testování se v rámci prezentovaných studií jeví jako velmi perspektivní.

V rámci „nových" sexuálně přenositelných infekcí byla řešena otázka Mpox (viru opičích neštovic). Nových případů v Evropě za poslední rok výrazně přibylo; v 70 % případů se jedná o neočkované muže, kteří mají sex s muži. Mezi opravdu nové sexuálně přenosné nemoci (STI) se řadí plísňová onemocnění genitálu a bakteriální infekce způsobené *Klebsiella aerogenes*, které jsou rezistentní na DoxyPEP léčbu. Dále se opakovaně a dlouhodobě řeší problematika herpetických (oparových) infekcí původců HSV I a II, především z hlediska prevence a očkovací vakcíny. Stejná situace panuje v oblasti vakcinace HPV (virů bradavic), hlavně s ohledem na jejich nemalý onkogenní potenciál. Velkou budoucnost má také výzkum vakcinace proti syfilidě.

Ohlédnu-li se za celým programem, kongres byl z odborného hlediska velmi přínosný, a to především v kontextu celosvětových trendů.

prim. MUDr. Jiří Horažďovský, Ph.D.
Kožní oddělení



prim. MUDr. Jiří Horažďovský, Ph.D.

Všechna vydání Nemocničního zpravodaje si můžete kdykoli přečíst on-line

www.nemcb.cz

sekce MÉDIA



	DŘÍVĚJŠÍ NÁZEV TOKIA	OPĚT	OBORNICE NA CHOROBY POHYB. ÚSTROJÍ	BODY (ZASTAR.)		NAHÉ LIDSKÉ MODELY	VOLNO (ZASTAR.)	INICIÁLY HERCE EFFY	POCHOVAT MANŽELA		POHÁDKOVÝ DOKTOR	NĚMECKY „NEBO“	UMĚLÉ PŘER. TĚHOTENSTVÍ (ZKRATKA)	RADIOLOKÁTOR (ZKRATKA)	DŘÍVĚJŠÍ VOJENSKÉ JEDNOTKY	OBÉZNĚ	LÍCEM NAHORU
STAROŘECKÝ BAJKÁŘ					SLOVENSKY „TAŤKA“ / VESNY					AMERICKÁ WHISKEY							
1. DÍL TAJENKY										MSTA / KÓD LETIŠTĚ OLOMOUC							
BODLINATÉ								MAX. DÉLKA LETU / LABORAT. ODMĚRKA						ZÁCLONOVINA / MÍRA CENT. TENDENCE			
	MAĎARSKÝ HUDEBNÍ SKLADATEL	ŽLUTOHN. BARVIVA / ODPAŘENÁ LÁTKA					ZEDNICKÝ PŘEDÁK / NÁROKOVAT						DROBNÍ / SEMENO OŘECHU				
SLOVENSKY „MÍČ“						**3. DÍL TAJENKY** / SLOVENSKY „ČETA“						RYBA PŘÍBUZNÁ KAPRU / SILNÝ VÍTR					
MYŠLENKY					MLÁDĚ VEL. PTÁKA / JMÉNO BASINGEROVÉ					VELKÉ MOUCHY / DOMÁCKY IZABELA						SLOVENSKY „TÝM“	DOMÁCKY FRANTIŠEK
ČESKÁ POLITICKÁ STRANA				DŮSTOJ. ČEKATELÉ / POŠT. KÓD MAURICIA							CHOROMYSLNÍ LIDÉ / SLOVENSKÁ SPOJKA						
VYDAT OSCILACE									**2. DÍL TAJENKY**								
ÚRAZY									ZKRATKOVÁ SLOVA								

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 Nevšímalová, 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

LÉKÁRNA
NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE

pro období 1. - 30. 11. 2026 nebo do vyprodání zásob

Léky na dosah, péče na míru

~~275 Kč~~
229 Kč

Bolest v krku

STREPFEN POMERANČ BEZ CUKRU

8,75 mg, 24 pastilek

LÉČIVÝ PŘÍPRAVEK.
S účinnou látkou flubiprofen.
Určený k orálnímu použití. Pečlivě čtěte příbalovou informaci.
Minimální prodejní cena za posledních 30 dní 275 Kč.



~~699 Kč~~
599 Kč

Podpora imunity

BOIRON OSCILLOCOCCINUM

perorální granule 30 x 1 g

HOMEOPATICKÝ PŘÍPRAVEK. Léčivý přípravek s léčivými látkami v 1 dávce (1 g granulí) je anas barbariae, hepatis et cordis extractum 200 K: 0,01 ml. K vnitřnímu užití. Pečlivě čtěte příbalovou informaci. Minimální prodejní cena za posledních 30 dní 699 Kč.



~~227 Kč~~
149 Kč

Úleva od bolesti

BRUFEN 400 mg

100 tablet

LÉČIVÝ PŘÍPRAVEK.
S účinnou látkou ibuprofenum.
K vnitřnímu užití. Pečlivě čtěte příbalovou informaci.
Minimální prodejní cena za posledních 30 dní 227 Kč.



~~239 Kč~~
209 Kč

Podpora imunity u dětí

RAKYTNÍČEK MULTIVITAMÍN

želatinky s rakytníkem 70 ks

DOPLNĚK STRAVY.
1 želatinka 2,99 Kč.



~~167 Kč~~
119 Kč

Léčba vlhkého kašle u dětí.

MUCOSOLVAN JUNIOR

sirup 100 ml

LÉČIVÝ PŘÍPRAVEK.
S účinnou látkou ambroxoli hydrochloridum.
Určený k vnitřnímu užití. Pečlivě čtěte příbalovou informaci.
Minimální prodejní cena za posledních 30 dní 169 Kč.



~~150 Kč~~
119 Kč

Při rýmě

SINEX VICKS ALOE A EUKALYPTUS

0,5 mg/ml, nosní sprej 15 ml

LÉČIVÝ PŘÍPRAVEK.
S účinnou látkou oxymetazolin-hydrochlorid.
Určený k aplikaci do nosu. Pečlivě čtěte příbalovou informaci.
Minimální prodejní cena za posledních 30 dní 150 Kč.



~~259 Kč~~
209 Kč

Léčba kašle

PROSPAN SIRUP

100 ml

LÉČIVÝ PŘÍPRAVEK.
Obsahuje výtažek z listů břečťanu.
Určený k vnitřnímu užití. Pečlivě čtěte příbalovou informaci.
Minimální prodejní cena za posledních 30 dní 259 Kč.



~~275 Kč~~
199 Kč

Léčba kašle

BOIRON STODAL SIRUP

200 ml

HOMEOPATICKÝ SIRUP.
K vnitřnímu užití. Pečlivě čtěte příbalovou informaci.
Minimální prodejní cena za posledních 30 dní 275 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. Doplňky 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.