

nemocniční zpravodaj

Prosinec
2025

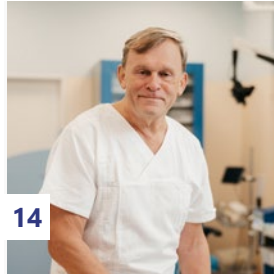
**URGENTNÍ PŘÍJEM FUNGUJE
V ČESKOBUDĚJOVICKÉ
NEMOCNICI UŽ OSMÝM ROKEM**

prim. MUDr. Jaroslav Kratochvíl

**POZNÁNÍ JE JAKO NAFUKOVACÍ BALONEK.
ČÍM VÍC JEJ NAFOUKNETE, TÍM VĚTŠÍ
PLOCHOU SE DOTÝKÁ NEZNÁMÉHO**

prof. MUDr. Mgr. Alan Bulava, Ph.D.

Obsah



- 1 Úvodník předsedy představenstva
- Rozhovor
- 2 Urgentní příjem funguje v českobudějovické nemocnici už osmým rokem
prim. MUDr. Jaroslav Kratochvíl
- 6 Poznání je jako nafukovací balonek. Čím víc jej nafouknete, tím větší plochou se dotýká neznámého
prof. MUDr. Mgr. Alan Bulava, Ph.D.
- Představujeme
- 9 Vědecká rada Nemocnice České Budějovice: Podpora a rozvoj výzkumu v naší nemocnici
- Naše úspěchy
- 11 Nemocnice České Budějovice uspěla v celostátní anketě Nejlepší nemocnice
- 12 Primář MUDr. Vladimír Mařík a MUDr. Pavel Kurial ve vedení Společnosti estetické chirurgie ČLS JEP
- 13 Tisíce žáků v ČR už ví, jak rozpoznat mrtvici. Naše aktivita významně pomohla k celostátnímu milníku
- Rozhovor
- 14 Skrze nos už umíme operovat i zhoubné nádory
MUDr. Milan Svoboda
- Představujeme
- 17 Bez úrazu, bez požáru, bezpečně
- Představujeme ERAS
- 20 PŘEDSTAVUJEME ERAS na Chirurgickém oddělení
- Vzdělávání
- 22 Cenné zahraniční zkušenosti: týdenní stáž na ARO v Linci a kongres v Berlíně zaměřený na péči o pacienty s kardiogenním šokem
- Lékárna
- 24 Na individuální lékové poradenství se nyní můžete objednat prostřednictvím webového formuláře
- 26 Mikulášská nadílka na Sociálních lůžkách
- 28 Rok 2025 objektivem fotografa

Na titulní straně prim. MUDr. Jaroslav Kratochvíl



Úvodník předsedy představenstva

MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

Prosinec tradičně vybízí k ohlédnutí. Když se dnes podíváme na rok za námi, je zřejmé, že vedle každodenní péče o pacienty jsme velkou pozornost věnovali také vzdělávání a výměně zkušeností. Odborné kongresy, semináře a tematické dny nejsou „něco navíc“ – jsou důležitou součástí toho, jak udržet medicínu i ošetrovatelskou péči na vysoké úrovni a jak bezpečně zavádět nové postupy do praxe. V konečném důsledku se to vždy promítá do toho nejpodstatnějšího: do kvality, bezpečí a dostupnosti péče pro naše pacienty.

V průběhu roku jsme pořádali řadu vzdělávacích akcí napříč obory – od interních a chirurgických specializací přes anesteziologii, rehabilitaci či diabetologii až po témata, která stojí na mezioborové spolupráci. Některé naše kongresy mají více než dvacetiletou tradici, jiné se konaly letos poprvé. Právě na těchto setkáních se nejlépe ukazuje, že moderní zdravotnictví je týmová práce:

propojuje lékaře a nelékařské profese, zkušené odborníky i mladší kolegy a vytváří prostor pro otevřenou diskuzi nad kazuistikami, doporučenými postupy i praktickými dilematy každodenní praxe. Nejde jen o přednášky – stejně důležité jsou debaty v kuloárech, sdílení zkušeností, porovnání výsledků a hledání cest, jak dělat věci ještě lépe.

Velký smysl vidím i v tom, že vzdělávací akce pořádáme přímo „doma“, v Českých Budějovicích či blízkých místech nebo i v samotné nemocnici – v prostředí, kde se péče skutečně odehrává. Umožňuje nám to zapojovat více zaměstnanců, promítat nové poznatky do praxe a současně posilovat odbornou identitu nemocnice jako přirozeného regionálního centra. Budu rád, pokud si i v příštím roce naši zaměstnanci najdou čas se těchto odborných akcí zúčastnit – ať už jako posluchači, nebo jako přednášející.

Pro pacienty a jejich blízké to může na první pohled působit jako „odborný

svět sám pro sebe“. Ve skutečnosti jsou ale podobná setkání jedním z nejpraktičtějších způsobů, jak udržovat péči na úrovni nejmodernějších poznatků – a zároveň je zavádět uvážlivě a bezpečně do každodenní praxe.

Velmi si vážím práce všech, kteří se na organizaci a odborné úrovni těchto setkání podílejí: odborných garantů, přednášejících, moderátorů, ale i týmu, který zajišťuje organizaci, zázemí, techniku a hladký průběh. Za každou povedenou akci je spousta práce, která není na první pohled vidět – a přitom rozhoduje o tom, zda bude daný kongres, seminář či workshop opravdu užitečný.

Děkuji zaměstnancům nemocnice za práci v uplynulém roce a pacientům za důvěru. Přeji všem čtenářům Nemocničního zpravodaje klidné Vánoce a do nového roku především zdraví, pohodu, profesní jistotu v náročných situacích a dobré kolegiální vztahy – protože i ty jsou důležitou součástí kvalitní péče.

Urgentní příjem funguje v českobudějovické nemocnici už osmým rokem

Vznik Oddělení urgentního příjmu v roce 2018 přinesl zásadní změnu v systému péče o akutní pacienty. U zrodu nového oddělení stál MUDr. Jaroslav Kratochvíl, který se stal zároveň i jeho prvním primářem. Nyní se po takřka osmi letech rozhodl odejít z vedení oddělení. V této souvislosti se ohlíží za tím, jak urgentní příjem vznikl a jak se postupně vyvíjel.

■ Proč jste si vybral urgentní medicínu a kde jste pracoval, než vzniklo nové Oddělení urgentního příjmu?

K urgentní medicíně jsem měl blízko už od školy. Ještě za studií na lékařské fakultě jsem pracoval nejprve jako sanitář, a potom, co jsem si doplnil maturitu na střední zdravotnické škole, jako zdravotní sestra, konkrétně na urgentním příjmu motolské nemocnice a na pražské záchrance. Po ukončení studia jsem si služby na záchrance a na urgentu nechal, ale naplno jsem pracoval na interně Nemocnice Na Bulovce a pak v Motole na Jednotce intenzivní metabolické péče Interní kliniky. Atestoval jsem v oborech vnitřní lékařství a urgentní medicína. Když jsem se v roce 2014 přestěhoval zpět do Českých Budějovic, nastoupil jsem na jihočeskou záchranku a několik let jsem vedl pracoviště letecké záchranné služby. Když byla letecká záchranka dočasně převedena pod Armádu České republiky, oslovil mě MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D., tehdy ředitel úseku interních oborů českobudějovické nemocnice, a začali jsme plánovat vznik urgentního příjmu. Do nemocnice jsem nastoupil v roce 2017 a zdejší urgent se pak začal po malých krůčcích rozjíždět na podzim 2018.



prim. MUDr. Jaroslav Kratochvíl

■ Stál jste u zrodu nového oddělení. Jak fungovalo třídění a péče o pacienty s neúrazovými stavy před vznikem urgentu?

Triáž, tedy zdravotnické třídění, je určení priority, s jakou má být pacient ošetřen – podle povahy a závažnosti stavu, resp. podle rizikovosti dané situace. Princip vychází z válečné medicíny a cílem je poskytnout správnou péči správným pacientům ve správný čas, nenechat čekat ty, které by to mohlo ohrozit. Na všech rozvinutých urgentních příjmech je to standardní postup, který umožňuje efektivně zvládat velké množství pacientů přicházejících do nemocnice. My dnes k třídění používáme standardizovaný protokol, algoritmus ESI (Emergency Severity Index), mírně uzpůsobený konkrétním podmínkám naší nemocnice. Toto třídění probíhá v recepci, případně triážní ambulanci Oddělení urgentního příjmu a provádí jej zdravotní sestra nebo zdravotnický záchranář. Triáží procházejí všichni akutní pacienti, nezávisle na způsobu, jakým byli do nemocnice dopraveni. Na našem pracovišti musí třídící zdravotník kromě samotné priority určit také místo, kde se bude lékař pacientovi věnovat, resp. jeho odbornost.

Triáž v pravém slova smyslu přišla do nemocnice až s urgentním příjmem. Dříve se pacient maximálně zeptal u vstupu do nemocnice, kam má se svým problémem jít, ale tyto rady neposkytoval zdravotník. Zaměstnanci informační služby ani nesmí zjišťovat informace o zdravotním stavu, natož aby mohli nějak kvalifikovaně hodnotit míru rizika či měřit parametry životních funkcí. Upřímně obdivuji, jak to zvládali. Jistě jde poznat rodičku nebo úraz a nasměrovat je do správné budovy, ale rozlišit, na které oddělení patří třeba pacient s dušností, to je leckdy výzva i pro zkušeného zdravotníka. Viděl jsem kdysi „tahák“, který měli v terminálu vyvěšený, s nápovědou, které stavy mají kam posílat. Bylo v něm spousta škrtnutí a dopisování, podle toho, jak jim lékaři z oddělení volali, koho jim poslali špatně a jak to mají udělat příště – a často to byly dost protichůdné instrukce...

■ Proč jste se rozhodli systém změnit?

Před vybudováním urgentního příjmu existovalo v nemocnici mnohem víc příjmových míst pro akutní pacienty. Oddělení byla v různých pavilonech, v čekárnách jejich ambulančí se akutní pacienti mísili s objednanými, navíc mnohdy leželi na vysokých transportních vozících bez soustavnějšího dozoru. Také se stávalo, že po pracovní době byla ambulance pro akutní pacienty na lůžkovém oddělení, takže na chodbě mezi pokoji hospitalizovaných posedávali ambulantní pacienti třeba s kapající infuzí. A když pacienti potřebovali vyšetření u lékaře jiného oboru, převáželi se mezi pavilony sanitkou.

Se vznikem urgentního příjmu jsme začali soustřeďovat akutní neobjednané pacienty do jednoho místa a mohli jsme začít naplňovat vizi, že zdravý doktor má chodit za nemocným pacientem, ne naopak. Jsem přesvědčen, že to významně přispívá k bezpečí pacientů, ale v širším smyslu také k bezpečí personálu nemocnice.

■ Jak konkrétně funguje urgentní příjem?

Oddělení urgentního příjmu aktuálně funguje jako vstupní místo do nemocnice pro akutní pacienty většiny interních oborů (interna, kardiologie, gastroenterologie, plicní, neurologie) a chirurgie. Urgentní příjem tvoří několik provozů. Třídění má na starosti recepce. Podle stanovené ošetrovatelské priority je pacient směřován buď do ambulantního traktu, nebo na lůžkovou část urgentního příjmu.

V ambulancích pracují lékaři jednotlivých oborů a starají se zde o pacienty v méně rizikovém stavu, kteří jsou schopni chůze a sedu. Nepohyblivé pacienty, nebo ty, jejichž stav vyžaduje podání infúze, provedení většího množství diagnostických úkonů nebo úkonů náročnějších, ošetřuje ambulantní lékař na lůžkové části urgentního příjmu, na expektačním lůžku. Zde se také kmenoví lékaři urgentního příjmu starají o pacienty s vyšší prioritou, ohrožené selháním životních funkcí.

Na lůžkové části urgentního příjmu je cílem pacienta stabilizovat, provést základní potřebnou diagnostiku, tedy vyšetření (fyzikální, laboratorní, zobrazovací), a po stanovení diagnózy ho směřovat na specializované oddělení, v nejlepším případě jej dovést do stavu, kdy může být z nemocnice propuštěn. Tým urgentního příjmu také zabezpečuje poskytování první pomoci v situaci závažného zhoršení stavu pacienta, případně návštěvníka nemocnice nebo personálu, a to v místech prostorově a/ nebo funkčně přiléhajících k urgentnímu příjmu a v okolí pavilonu C.

Kromě výše uvedeného je na urgentním příjmu provozována lékařská pohotovostní služba (dříve lékařská služba první pomoci), tedy pohotovost, která zabezpečuje péči praktického lékaře pro dospělé ve vymezený čas mimo běžnou pracovní dobu.

■ Kteří pacienti – a ptám se na konkrétní diagnózy nebo stavy – jsou na urgentním příjmu ošetřováni? Pacienti s mrtvicí, infarktem, bolestí břicha?

Ano, na urgentní příjem se dostane například pacient s bolestí břicha, s dušností, závratí, neúrazovým krvácením, předávkováním léky nebo drogami, vysokou horečkou s poruchou vědomí atd. Podle toho, jaké přesně má obtíže a jaké má hodnoty životních funkcí (třeba tepovou frekvenci nebo nasycení krve kyslíkem), se dostává buď do akutní ambulance, nebo na lůžkovou část urgentního příjmu.

Nemocnice České Budějovice, a.s., má statut specializovaného centra v několika oblastech. Jednou z nich je léčba pacientů s cévní mozkovou příhodou, tedy mrtvicí, a péče o tyto pacienty je u nás na špičkové úrovni. Úvodní diagnostika a péče o ně probíhá na urgentním příjmu pod taktovkou neurologa cerebrovaskulárního centra.

V oblasti kardiiovaskulární péče jde zejména o pacienty s infarktem myokardu, kteří jsou většinou správně diagnostikováni a zaléčeni

v přednemocniční péči a na urgentním příjmu jim není co nabídnout. Potřebují zprůchodnit uzavřenou srdeční tepnu, což se provádí na katetrizačním sále, a tak by pobyt na urgentním příjmu přinesl zdržení. Tito pacienti tedy záměrně míjejí urgentní příjem a v naší nemocnici jsou většinou přijímáni přes koronární jednotku.

ARO a traumatologie mají příjmové místo v pavilonu CH. Pacienti s úrazem nebo s potřebou podpory či dočasné náhrady orgánových funkcí jsou přijímáni tam. Na urgentní příjem v naší nemocnici nejsou primárně přiváženi.

■ Kolik pacientů ošetříte a kolik z nich přiveze záchranka?

Práce na urgentním příjmu je z povahy věci nárazová, někdy je klidnější den, někdy urgent „praská ve švech“. Průměrně je na všech pracovištích urgentního příjmu ošetřeno cca 150 až 200 pacientů za 24 hodin. Jestli pacienta do nemocnice přiveze záchranka, přijde po svých či ho přiveze rodina, není vůbec důležité. Z praxe víme, že záchrankou mnohdy přijede člověk, který si mohl (a měl) dojít k praktickému lékaři, a pěšky přijde pacient, který by si záchranku rozhodně měl zavolat. Neděláme mezi nimi žádný rozdíl. Pokud chcete alespoň nějaké číslo, záchranná služba do českobudějovické nemocnice (nejenom na urgentní příjem) ročně přiveze okolo dvaceti tisíc pacientů.

■ Když se ještě vrátím na začátek – jak složité bylo vybudovat nové oddělení, nastavit spolupráci s ostatními odbornostmi apod.?

V poměrně konzervativním prostředí českobudějovické nemocnice jsme pochopitelně zprvu čelili jistým obavám z neznámého, možná i pochybnostem z různých stran. S někým rychleji a jednodušeji, s někým to chvíli trvalo, ale se všemi se nám podařilo najít společnou řeč a domluvit se. Moc si toho vážím. Zcela zásadní roli pro úspěšné zprovoznění urgentního příjmu měl generální ředitel Michal Šnorek. Bez jeho důvěry a obrovské podpory by

českobudějovický urgent nevznikl a já bych bez něj do této výzvy ani nešel.

Kromě stavebních činností bylo zejména třeba dát dohromady tým lidí. Pod vedením vrchních sester – Karolínu Lavičkovou později vystřídala Mgr. Eva Hokrová – se postupně podařilo vybudovat tým sestřiček, záchranářů a sanitářů. První z nich k nám přešli z různých oddělení nemocnice, další se postupně přidali z jiných míst nebo nastoupili po škole – a dnes patří Oddělení urgentního příjmu mezi největší pracoviště nemocnice co do počtu nelékařů. S takto početným a heterogenním týmem bylo třeba dále pracovat. Díky staničnímu Mgr. Pavlovi Procháskovi se nám podařilo zorganizovat systém školení pro všechny nelékaře, s cílem sjednotit znalosti a postupy. Účastníci se v něm učí, v malých skupinách a s využitím simulací, jak rozpoznat hrozící selhání životních funkcí a jak v této situaci reagovat, trénují použití přístrojů, které na oddělení máme, a podobně.

Pokud jde o lékařský tým, jsme bohužel personálně ve stejném provizoriu jako před sedmi lety. Kmenových lékařů urgentního příjmu je nás jen pár a bez kolegů externistů, kteří nám pomáhají, bychom služby nepostavili.

Z funkčního hlediska ožíval urgentní příjem po malých krocích, rytmus zapojování jednotlivých odborností do značné míry určovala i probíhající rekonstrukce většiny nemocnice. K chirurgické, neurologické a posléze interní ambulanci postupně přibývaly další. Na zhruba rok a půl, v době rekonstrukce pavilonu CH, u nás našla útočiště traumatologická ambulance a příjmové místo traumacentra. V definitivní sestavě co do zastoupení jednotlivých oborů pracujeme teprve několik měsíců. Jako poslední sem přesunulo v říjnu 2025 svoji akutní ambulanci Plicní oddělení.

■ Generální ředitel Michal Šnorek mluvil v rozhovoru s MUDr. Přemyslem Hájkem, který vyšel v zářijovém zpravodaji, o možnosti většího propojení interních oborů v rámci urgentního příjmu. Jaký je Váš názor?

To je věc, o které s ředitelem debatujeme již roky, a jsem rád, že se nyní dostává do popředí zájmu. V naší nemocnici dodržujeme rozdělení na akutní oborové ambulance – interna, plicní, kardiologie, gastroenterologie. Ale pacient nepřichází do nemocnice s tím, že má srdeční selhání, plicní embolii nebo zápal plic. Přichází s nějakým příznakem – v tomto ilustrativním příkladu se všechny uvedené diagnózy mohou projevit dušností. Nebo jiný příklad – bolesti v podžebří se může projevit zánět žlučníku, ale také infarkt, blokáda páteře nebo třeba zánět pohrudnice a mnoho dalších nemocí. V rámci vstupního třídění pacientů je často velmi obtížné odhadnout, co se z vedoucího příznaku nakonec vyklube, a nasměrovat pacienta ke správné odbornosti. Je výhodou, když pacienta vstupně vyšetří lékař schopný jak široké diferenciálně diagnostické úvahy, tak i zajištění pacienta v potenciálně závažném stavu. Po přiblížení se k podstatě problému a základní stabilizaci stavu je možné pacienta směřovat na lůžko konkrétního oddělení nebo jednotky intenzivní péče, kde se mu dostane specializované péče. To je, myslím, to, co správně říkal ředitel Šnorek: V menší nemocnici řeší internista stavy, které se u nás dělí mezi několik oborností (kardiolog, internista, pneumolog, infektolog, gastroenterolog apod.). Tito specialisté si pak pacienta často vzájemně přeposílají, zejména jde-li o pacienty s více nemocemi, které se navzájem ovlivňují. Takových lidí je přitom stále více a se stárnutím populace jich bude dále přibývat.

Cíl je jasný, ale otázka je, jak většího propojení akutních ambulancí interních oborů dosáhnout. Je za tím řada výzev, jak personálních a organizačních, tak v potřebné změně přístupu a otevřenosti k přijetí změny. Nebude to tedy jednoduché a nebude to hned, ale jistě má smysl tímto směrem uvažovat a začít se na to připravovat.

■ Na konci ledna končíte ve funkci primáře oddělení. Odcházíte z oddělení úplně?

Děkuji za tu otázku, musím to teď častěji vysvětlovat. Především – neodcházím z nemocnice. Rozhodl jsem se přeskupit svoje pracovní úvazky a v rámci toho přestanu dělat primáře Oddělení urgentního příjmu. Považuji to za přirozený vývoj. Urgentní příjem je ve tvaru, který vedení nemocnice před lety vytyčilo. Toto zadání respektuji, jakkoli by bylo možné urgentní příjem ve velké nemocnici pojmout i jinými způsoby. Pracujeme ovšem vždy s možnostmi,

které máme k dispozici, ať už se jedná o prostorové a stavební možnosti, logistické či personální otázky, nebo tradici a lokální specifika. V nemocnici budu dál pracovat jako lékař na částečný úvazek. Dalším těžištěm mého působení bude práce na Zdravotnické záchranné službě Jihočeského kraje a spolupráce s jejím novým ředitelem. Těším se, že to ve výsledku bude snad i k dobru nemocnice a především našich společných pacientů. Rád bych využil této příležitosti a poděkoval dovnitř oddělení všem svým spolupracovníkům, těm výše jmenovaným i všem ostatním, lékařům,

sestrám a záchranářům i sanitářům. Každý z nich přispívá k utváření příjemné atmosféry na oddělení a k tvorbě a kultivaci vztahů v kolektivu. Speciální poděkování si zaslouží moje zástupkyně MUDr. Dita Nováková, která po mně primariát od února 2026 převezme. Zároveň děkuji za spolupráci i všem mimo urgentní příjem, s nimiž jsem se za svého primářování pracovním potkával – a byli to zástupci prakticky všech pracovišť v nemocnici, těch zdravotnických i nezdravotnických.

■ Ing. Veronika Dubská Oddělení vnitřních a vnějších vztahů



Poznání je jako nafukovací balonek. Čím víc jej nafouknete, tím větší plochou se dotýká neznámého

Věda a výzkum jsou tradičně doménou fakultních nemocnic. Nicméně i českobudějovická nemocnice již řadu let finančně podporuje své zaměstnance ve vědecké činnosti. Jaký je přínos vědy pro nemocnici a pacienty, vysvětluje náměstek pro vědu a výzkum a předseda Vědecké rady prof. MUDr. Mgr. Alan Bulava, Ph.D.

■ Pane profesore, jaká je úloha vědy v medicíně, respektive v nemocnici?

Věda a výzkum jsou kořením všech přírodních oborů včetně medicíny. V medicíně jde o to, namíchat ideální mix dobré klinické praxe, tedy kvalitní péče o pacienta, a vědy, která má být pro radost, nikoli pro starost. Věda se v tomto ohledu snaží posouvat hranice medicíny a odpovídat na otázky, na které dosud nemáme jasné odpovědi, kde nám chybí důkazy – říká se tomu evidence gap, znalostní mezera.

Poznání je jako nafukovací balonek. Pokud máte míru poznání nízkou, balonek je nafouknutý málo. Plocha, kterou se dotýká okolního světa, tedy míra neznámého, je malá. Když balonek nafouknete o něco víc, zvětší se jeho průměr. Když zvětšíte objem svého poznání, zároveň zvětšíte plochu, kterou se dotýká všeho neznámého okolo nás. Čím víc se snažíte posouvat hranice svého oboru a zvyšovat úroveň poznání, tím více neznámého se před vámi objevuje.

■ Zmínil jste, že vědou se snažíte vyplnit mezeru ve vědění. Znamená to, že i zpětně získáváte důkazy pro již běžně prováděné postupy?

Ano, to jsou takzvané konfirmační studie, které jsou v nemocnici běžnou součástí vědecké klinické praxe. Je naprosto běžné, že se zavedou určité postupy, které fungují. Postupně se pak rozšíří spektrum indikací, pacientů. A zpětně se pak získávají data, kterými se ověřuje správnost daného postupu.

A v tom spočívá význam vědy v nemocnici. Protože pokud se v nemocnici dělá věda kvalitně, poctivě a na vysoké úrovni (což je verifikováno tím, že výsledky výzkumu jsou pak publikovány v prestižních časopisech), je to jistou garancí toho, že řešitel projektu je v daném oboru právě na hraně poznání a je vybaven velkými teoretickými a praktickými znalostmi.

■ To asi nebude každý z oddělení.

Vědu z principu nemohou a ani nemusí dělat všichni z oddělení. Je dobré, když se podaří dobře namíchat tým podle Gaussovy křivky. Potřebujete lidi, kteří mají tah na branku a dělají kvalitně rutinní, ale dobrou medicínu, jenže nechtějí dělat vědu. Pak potřebujete zlatý střed. A pak lidi na opačné straně spektra, kteří mají geniální nápady, přicházejí s novými hypotézami a chtějí dělat jak vědu, tak následně i kliniku na špičkové úrovni. Ti jsou schopni na problémy nahlížet z úplně jiné perspektivy. Angličané proto mají hezký výraz – think out of the box. Dobré je mít mix aplikované klinické vědy, která řeší konkrétní neznámou otázku v oboru, a kombinovat ji se

zručností lékaře. Šikovný klinik je pak schopen vědecké poznatky aplikovat. Díky tomu pak pacient získává nejlepší možnou péči. To je pádný důvod, proč má věda v nemocnici smysl.

Samozřejmě je legitimní, že menší či okresní nemocnice se vědě nevěnují – soustředí se na poskytování kvalitní běžné péče. Ale tento přístup nepatří do přemýšlení krajských nemocnic. Ty jsou v dnešní době často na úrovni nemocnic fakultních. Mají špičková specializovaná centra, kde se věnují nejnáročnějším diagnózám. Považuji za nefér, aby pacient dostal v krajské nemocnici méně kvalitní léčbu, protože se tam nepodporuje věda.

■ V medicíně je důležitá spolupráce. Jak je tomu ve vědě? Kdo je pro lékaře nejčastějším partnerem?

Záleží, jak je projekt komplexní. Výzkum může probíhat pouze v rámci oboru, kdy se každý lékař věnuje konkrétní otázce a koordinátor pak dává dohromady výsledky.

Nebo se může jednat o mezioborovou spolupráci. Typickým příkladem je neurologie a kardiologie, která má obrovský styčný potenciál. Všechny obory dnes mají velký přesah do technické sféry, umělé inteligence apod. V USA vytvořili predikční model umělé inteligence, který pouze na základě EKG zhodnotí, zda pacient trpí vážným srdečním onemocněním, např. srdeční amyloidózou. Tento model nyní ve spolupráci s IKEM ověřujeme na českých pacientech.

■ To jsou studie, které se již označují jako multicentrické. Jaký je jejich význam?

Je vždy přínosné, když spolupracuje vícero center, protože ve velkém vzorku se setřou rozdíly v kvalitě péče v jednotlivých nemocnicích a dostanete co nejuvěrnější obraz široké klinické praxe. Typicky se tohoto využívá při hodnocení některých instrumentálních metod, jako jsou např. katérové ablace arytmií, nekoronární intervence apod.

Existují zákroky, které v úvodní fázi před širokým klinickým rozšířením provádí jen pár nejlepších operátorů na světě. Jejich úspěšnost je extrémně vysoká. Když ale tyto zákroky začnou provádět i průměrní operátoři, úspěšnost zákroku může v některých případech také dramaticky klesnout. A to není žádoucí. Cílem studií je tedy prokázat tzv. average size effect. Tedy to, že metoda je v dané indikaci přínosná, i když ji provede průměrný operátor

v jakémkoli centru. Jinými slovy se to označuje jako externí validita postupu. Na základě výsledků takové studie pak mohou zdravotní pojišťovny nebo nemocnice lépe alokovat prostředky.

Výzkumy jsou tedy mnohvrstevnatá záležitost, která má komplexní dopady na pacienta, nemocnici i celý zdravotnický ekosystém.

■ Zmínil jste mezioborovou spolupráci s technickou sférou, často tedy přímo s výrobcí. Jakou oni hrají ve výzkumu roli?

Zásadní. Průmysl je tahounem výzkumu. Potřebuje inovovat, testovat a prodávat svoje výrobky, ať už se jedná o léky, zdravotnický materiál, či přístroje.

Časté a vědecky cenné jsou ale i tzv. investigator-initiated studie. V tomto případě jsou iniciátory studií zaměřených na konkrétní výrobky samotní lékaři, ale studie nejsou sponzorovány výrobcem ani není zde žádný komerční tlak. Jde jen o to, odpovědět na otázku, jak vylepšit dosavadní využití například přístroje. Tento výzkum má pro nemocnici obrovsky pozitivní dopad, protože aby bylo možné danou problematiku řešit, musí se celý tým dovědět a medicínsky posunout na tu nejvyšší možnou úroveň. A to je ten důvod, proč českobudějovická nemocnice, která je špičkovým zařízením, potřebuje, aby ideálně na všech odděleních probíhala věda a výzkum. Je to jedna z efektivních cest, jak udržet lékaře v nejlepší medicínské kondici.

■ Když se objeví nový lék, zpravidla trvá několik let, než je schváleno jeho použití. Jak je to s přenosem výsledků nemocničních výzkumů do praxe?

Ty nejzásadnější výsledky se uveřejňují v prestižních odborných časopisech. Čím větší má časopis impact faktor a rating, tím hodnotnější studie uveřejňuje. Každý obor pak má na světové i národní úrovni odborné společnosti a výbory. Výbory revidují stávající doporučené postupy –



guidelines. Zjišťují, co vše bylo k tomuto tématu publikováno, jakým recenzním řízením data prošla a v jak prestižním časopise byla uveřejněna. Na základě toho pak upravují doporučené postupy, rozšiřují či zužují terapeutické indikace apod., případně je posunují v rámci tzv. indikačních tříd:

Indikační třída I např. znamená, že daný postup (či terapie) je indikován – má se provést. Indikační třída IIA znamená, že to má být zváženo, zatímco IIB, že to může být zváženo. Nakonec existuje třída III, že postup se v dané indikaci nedoporučuje.

Na základě těchto informací se pak lékař rozhoduje, jak bude konkrétního pacienta léčit. Je důležité, aby byl pacient v rozhodovacím procesu o léčbě aktivní. Každý jsme jiný, každý máme jiný pohled na věc. Někdo bude bez problémů celý život brát léky, někdo raději podstoupí zákrok, aby se lékům vyhnul.

■ **Na pozici náměstka pro vědu a výzkum působíte pět let. Před třemi lety jste inicioval založení Fondu podpory vědeckovýzkumného rozvoje Nemocnice České Budějovice, a.s. Jak se daří podporovat vědu a jak úspěšné jsou dosavadní projekty?**
Většina schválených projektů stále běží, protože jsou v průměru plánovány na dva až tři roky. Několik projektů již zaznamenalo řadu úspěchů a jejich výstupy byly publikovány v prestižních časopisech. Nejvíce projektů se zabývá kardiologií, neurologií, neurochirurgií, neonatologií, gynekologií a porodnictvím a oblastí výzkumu nádorových onemocnění nebo zpracování dat a telemedicíny.

Osobně jsem velmi rád, že nemocnice své zaměstnance takto finančně podporuje ve vědecké práci. Postupně se tak můžeme ve vědecké a přednáškové činnosti vyrovnat i fakultním nemocnicím. Když jsem nastupoval do funkce

náměstka pro vědu a výzkum, bylo mým cílem podpořit lidi, které věda baví a kteří se chtějí pohybovat na hraně svého poznání. Mám pocit, že se nám to postupně daří.

Důležitou roli v podpoře vědy hrají primáři. Mnozí z nich, ale ne všichni, jsou již dnes našťastí odborníci zvučných jmen, kteří mají za sebou bohatou publikační a přednáškovou činnost a jsou akceptováni českou i nadnárodní vědeckou komunitou. To je garance medicínské prosperity jednotlivých oddělení. Primáři zároveň podporují mladší kolegy v jejich vědeckém úsilí a mladí lékaři tak mají příklad, který může táhnout. A toho si velmi cením. Věda leckdy nemá na různých ustláno ani v nemocničním prostředí.

■ **V letošním roce jste opustil Kardiologické oddělení naší nemocnice a vrátil jste se do rodné Olomouce, kde působíte jako přednosta I. interní kliniky – kardiologické ve FN Olomouc. Jak si užíváte návrat domů?**
Už to vlastně ani nevnímám jako návrat domů, protože v Českých Budějovicích jsem prožil takřka dvacet let. Byla to nejkrásnější část mého života. Takže nyní v Olomouci spíše zažívám reverzní kulturní šok. Jižní Čechy mám velmi rád a rád se sem vracím nejen ve vzpomínkách. Vedle pozice náměstka v českobudějovické nemocnici také dojíždím učit na Zdravotně sociální fakultu Jihočeské univerzity.

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

ANTIBIOTIKA rýmu neléčí!

Na virová onemocnění musíme jinak.

Kašel, rýma, nachlazení či chřipka jsou virová onemocnění, a proto na ně antibiotika nijak nezabírají. Užíváním antibiotik v případě virů si nepomáháme. Naopak, můžeme v našem těle zničit užitečné bakterie a výrazně si přitížit! Navíc riskujeme, že škodlivým bakteriím pomůžeme získat **antibiotickou rezistenci**, kterou si mohou předávat dál. Tím snižujeme účinnost antibiotik pro případy, kdy je budeme opravdu potřebovat my nebo naši blízcí.





■ Představujeme

Vědecká rada Nemocnice České Budějovice: Podpora a rozvoj výzkumu v naší nemocnici

Dne 2. prosince se uskutečnilo jednání Vědecké rady Nemocnice České Budějovice, na kterém byla zhodnocena činnost a výsledky projektů Fondu podpory vědeckovýzkumného rozvoje. Tento fond byl zřízen před 3 lety a jeho cílem je systematická podpora samostatné vědecké a výzkumné činnosti na půdě nemocnice. Smyslem je motivovat zaměstnance, rozvíjet jejich tvůrčí potenciál a současně zvyšovat prestiž českobudějovické nemocnice v oblasti vědy a výzkumu.

Fond se zaměřuje na projekty přesahující rámec běžného postgraduálního vzdělávání, přispívající ke zvyšování odborné úrovně jednotlivých pracovišť i celkové vědecké reputace nemocnice. V letošním ročníku bylo přihlášeno 16 projektů, z nichž 12 uspělo. Celkově byly podpořeny částkou 5 000 000 Kč. Mezi projekty patří například klinické studie, vývoj nových diagnostických metod či inovativní terapeutické přístupy.

Za tři roky existence Fondu se již objevují první konkrétní výsledky. Dokončené projekty byly publikovány v prestižních recenzovaných časopisech a prezentovány na mezinárodních odborných konferencích, což významně posiluje renomé nemocnice nejen v rámci České republiky, ale i v mezinárodním kontextu.

V dubnu 2026 proběhne prezentace výsledků dosud dokončených projektů. Akce nabídne možnost seznámit se s konkrétními výstupy, přínosy i praktickým dopadem výzkumu na klinickou praxi v Nemocnici České

Schválené projekty Vědeckou radou pro rok 2026

2025_2 – MUDr. Tomáš Votruba – Využití inovativního biotechnologického přístupu ke zlepšení přežití autologního tukového štěpu	2025_10 – MUDr. Jan Klouda, Ph.D. – Prospektivní srovnání výsledků korekce deformity hallux valgus (scarf vs. MICA)
2025_16 – MUDr. Michaela Doležalová Hrubá – Peri-implant soft tissue colonisation after osteosynthesis: a prospective study	2025_11 – MUDr. Jan Klouda, Ph.D. – Význam multidisciplinárního týmu v léčbě periprotetické kloubní infekce (PJI)
2025_3 – MUDr. Tomáš Zídek – Výskyt infekce u paklobů dlouhých kostí: klinicko-mikrobiologická a molekulární analýza	2025_12 – MUDr. Marek Grubhoffer – Implantace zevní komorové drenáže pod vizuální kontrolou s využitím rozšířené reality
2025_5 – MUDr. Martina Piklová – Analýza vztahu sérových hladin angiogenních faktorů sFlt-1 a PIGF v souvislosti s rozvojem těhotenských komplikací	2025_14 – MUDr. Robert Pospíšil – Vliv sérových hladin přímých orálních antikoagulancií na krvácení do horní části trávicí trubice
2025_6 – MUDr. Jiří Dušek, Ph.D., MHA – Zhodnocení množství a kvality mateřského mléka shromážděného v jedné databance za posledních 5 let	2025_1 – MUDr. Petr Vodička – Využití dermálních náhrad v krytí komplexních defektů
2025_8 – MUDr. Filip Krejčí – Klinické výsledky robotické implantace TEP kolenního kloubu. Srovnání s konvenční metodou. Prospektivní randomizovaná studie	2025_13 – Ing. Pavel Solný – Komplexní optimalizace CT – implementace softwaru pro odhad radiační zátěže a možnosti zavedení Low-Dose protokolů



MUDr. Tomáš Votruba obhazuje svůj projekt „Využití inovativního biotechnologického přístupu ke zlepšení přežití autologního tukového štěpu“ prostřednictvím platformy Microsoft Teams, a to z humanitární mise ve Lvově na Ukrajině.

Budějovice. Generální ředitel také v rámci prezentace ocení nejlepší projekt programu. Jednání Vědecké rady znovu potvrdilo, že NCB klade důraz nejen na finanční podporu vědeckých aktivit, ale i na **vytváření prostředí, které inspiruje k inovacím, publikování a dalším odborným aktivitám**, s přímým dopadem na kvalitu péče o pacienty.

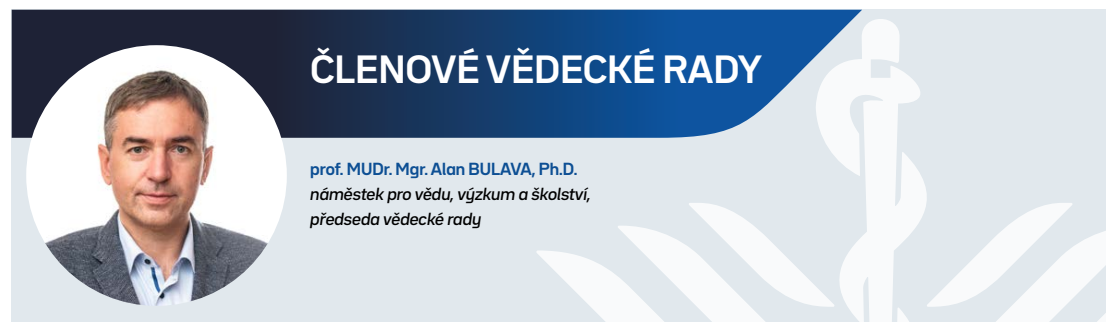
Vědecká činnost v Nemocnici České Budějovice je zásadní pro neustálé zlepšování zdravotní péče. Bez systematické práce by nebylo možné vyvíjet nové diagnostické postupy ani efektivnější léčebné metody, které respektují individuální potřeby pacientů. V tomto směru hraje klíčovou roli **Referát vědy, výzkumu a školství**. Poskytuje odbornou, organizační i metodickou podporu všem zaměstnancům, kteří se chtějí do výzkumu zapojit.

■ **prof. MUDr. Mgr. Alan Bulava, Ph.D.**
náměstek pro vědu, výzkum a školství,
předseda Vědecké rady NCB

prof. MUDr. Mgr. Alan Bulava, Ph.D.
náměstek pro vědu, výzkum a školství, předseda Vědecké rady NCB
bulava.alan@nemcb.cz

Mgr. Lenka Bártová
koordinace klinických studií
bartova.lenka@nemcb.cz

Ing. Tereza Stejskalová, Ph.D.
vědeckovýzkumná podpora
stejskalova.terezka@nemcb.cz



ČLENOVÉ VĚDECKÉ RADY

prof. MUDr. Mgr. Alan BULAVA, Ph.D.
náměstek pro vědu, výzkum a školství,
předseda vědecké rady



doc. MUDr. Martin KLOUB, Ph.D., MHA
primář, Oddělení úrazové a plastické chirurgie



doc. MUDr. Jiří FIEDLER, Ph.D., MBA
primář, Neurochirurgické oddělení



doc. MUDr. Miloš VELEMÍNSKÝ, Ph.D., MHA
primář, Gynekologicko-porodnické oddělení



doc. MUDr. Martin BORTLÍK, Ph.D.
primář, Gastroenterologické oddělení



doc. MUDr. Svatopluk OSTRÝ, Ph.D.
primář, Neurologické oddělení



MUDr. David MUSIL, Ph.D.
primář, Ortopedické oddělení



doc. MUDr. Aleš MOKRÁČEK, CSc.
primář, Oddělení kardiologie, hrudní chirurgie a cévní chirurgie



doc. MUDr. František VOREL, CSc.
lékař, Soudnělékařské oddělení



prof. MUDr. Mgr. Alan Bulava, Ph.D., předseda Vědecké rady a náměstek pro vědu, výzkum a školství, hodnotí předložené projekty. V roce 2025 stanulo před Vědeckou radou celkem 16 projektů, z nichž bylo 12 schváleno. Vědecká rada podpořila vybrané projekty částkou 5 000 000 Kč.

Naše úspěchy

Nemocnice České Budějovice uspěla v celostátní anketě Nejlepší nemocnice

Nemocnice České Budějovice, a.s. obhájila svou pozici mezi nejlepšími zdravotnickými zařízeními v České republice. V celorepublikovém hodnocení společnosti HealthCare Institute „Nejlepší nemocnice 2025“ získala mezi nemocnicemi fungujícími jako obchodní společnosti první místo v kategorii finanční zdraví.

Hodnocení finanční stability vycházelo z veřejně dostupných účetních dat jednotlivých nemocnic za rok 2024. Do srovnání bylo zahrnuto 70 zdravotnických zařízení z celé republiky.

Za finančně zdravou je považována taková nemocnice, která dokáže včas a řádně plnit své závazky, má dostatek prostředků na jejich úhradu, financuje dlouhodobý majetek z odpovídajících zdrojů a pravidelně investuje do své infrastruktury. Důležitým ukazatelem je také úroveň mezd – tedy schopnost organizace adekvátně odměňovat své zaměstnance.

V letošním roce plánuje Nemocnice České Budějovice proinvestovat z vlastních zdrojů přibližně 750 milionů Kč, osobní náklady dosáhnou téměř 4,5 miliardy Kč.

„Velmi nás těší, že jsme ocenění získali i při hodnocení účetního období roku 2024, a to zejména v době, kdy výhled úhrad od zdravotních pojišťoven pro letošní rok není příliš povzbudivý a rok 2026 bude ještě složitější. Obavy z hospodaření nemocnic v následujícím roce zaznívaly na konferenci Efektivní nemocnice ze všech koutů České republiky. Věřím však, že naše silná finanční kondice nám umožní toto náročné období úsporných opatření úspěšně překlenout,“ uvedl MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D., generální ředitel Nemocnice České Budějovice, a.s.



Primář MUDr. Vladimír Mařík a MUDr. Pavel Kurial ve vedení Společnosti estetické chirurgie ČLS JEP

Společnost estetické chirurgie České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně oznámila výsledky voleb do svého výboru. Do dvou nejvyšších pozic byli členskou základnou zvoleni primář MUDr. Vladimír Mařík jako předseda výboru a MUDr. Pavel Kurial jako místopředseda výboru. Oba působí na Oddělení plastické chirurgie Nemocnice České Budějovice, a.s.

Opakovaná důvěra členské základny reflektuje jejich dlouhodobou, konzistentní a pro obor přínosnou práci. Volba je pozoruhodná i širším kontextem: Není běžné, aby v čele odborné společnosti stáli současně dva lékaři z pracoviště, které není fakultní klinikou. Jde o výjimečný projev respektu vůči jihočeskému týmu a potvrzení jeho odborného významu.

Profesní dráha MUDr. Maříka a MUDr. Kuriala zahrnuje mnohaletou systematickou přednáškovou činnost na českých i zahraničních kongresech, aktivní zapojení do ISAPS (International Society of Aesthetic Plastic Surgery), stejně jako organizaci pravidelných odborných setkání estetické chirurgie v České republice, kde prezentují moderní operační postupy a techniky, které následně zavádějí do praxe.

Oba lékaři se dlouhodobě profilují jako výrazné osobnosti české estetické chirurgie. Zároveň jsou známí tím, že nastavili a stabilně udržují nejvyšší standard péče v rekonstrukční chirurgii na Oddělení plastické chirurgie českobudějovické nemocnice. Vybudovali pracoviště, které si díky kvalitě péče, odbornému zázemí a kontinuálnímu

vzdělávání získalo nejvyšší respekt napříč celou republikou. Znovuzvolení obou lékařů je nejen oceněním jejich dlouholeté práce, ale také závazkem pokračovat v rozvoji oboru s pokorou, profesionalitou a otevřeností vůči nové generaci

chirurgů. Jejich působení ve vedení Společnosti estetické chirurgie ČLS JEP dále posiluje pozici Oddělení plastické chirurgie v Nemocnici České Budějovice jako jednoho z respektovaných center plastické a estetické chirurgie v České republice.



Zleva: prim. MUDr. Vladimír Mařík a MUDr. Pavel Kurial

Tisíce žáků v ČR už ví, jak rozpoznat mrtvici. Naše aktivita významně pomohla k celostátnímu milníku

Nemocnice České Budějovice, a.s., se s hrdostí hlásí k významnému úspěchu mezinárodní kampaně Hrdinové FAST, která učí děti včas rozpoznat příznaky cévní mozkové příhody a správně reagovat v krizové situaci. Jen v Jihočeském kraji se díky aktivitě Neurologického oddělení a úzké spolupráci se školským odborem kraje zapojilo 95 škol, což představuje jeden z nejvyšších počtů v celé republice.

V celonárodním měřítku byl v uplynulém týdnu překročen zásadní milník — do programu se přihlásilo už 1000 českých škol. Česká republika se tak řadí mezi nejaktivnější země zapojené do globální kampaně, jejímž cílem

je naučit milion dětí po celém světě rozpoznat příznaky mrtvice u svých prarodičů, tedy skupiny obyvatel, která patří mezi nejohroženější.

Program Hrdinové FAST využívá interaktivní výuku, animované postavy a jednoduchou metodu FAST (Face – tvář, Arm – paže, Speech – řeč, Time – čas volat pomoc), která dětem i dospělým pomáhá rychle rozpoznat varovné signály cévní mozkové příhody. Podstatnou součástí je i mezigenerační přenos znalostí, děti učí metodu FAST své rodiče i prarodiče. Jak ukazuje příběh uvedený v tiskové zprávě organizace, program má reálný dopad na zdraví i životy lidí – čtyřletá dívka předala

získané znalosti svému tatínkovi, který následně rozpoznal příznaky mrtvice u kolegy a zavolał pomoc.

Zapojení českobudějovické nemocnice má jasný cíl: zvyšovat zdravotní gramotnost v regionu a podporovat včasné rozpoznání cévní mozkové příhody, která patří mezi nejčastější příčiny úmrtí i trvalého postižení. Čím více lidí zná příznaky a umí reagovat, tím větší je šance na rychlou léčbu a dobré výsledky. Děkuje všem školám, pedagogům, rodičům i partnerům, kteří se do programu zapojili a pomáhají šířit povědomí o příznacích mrtvice. Včasná reakce může rozhodnout o životě.



Skrze nos už umíme operovat i zhoubné nádory

MUDr. Milan Svoboda patří k výrazným osobnostem českobudějovické otorinolaryngologie. Většinu své čtyřicetileté kariéry se věnuje operacím nosu. V České republice patří k průkopníkům endonazální chirurgie. Principy a možnosti této metody pak vysvětluje v následujícím rozhovoru.

■ **Jste průkopníkem endoskopické operativy vedlejších nosních dutin, byl jste dlouholetým předsedou rinologické sekce České společnosti otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP, spolupořadatelem Jihočeských ORL dnů a Dnů RAPPL. Ještě v českobudějovické vojenské nemocnici a také v té okresní jste byl primářem ORL oddělení. Co vás bavilo nejvíc?**
Rinologie – a ta je společným jmenovatelem všeho, co jste vyjmenovala. Rinologie se zabývá diagnostikou a léčbou onemocnění nosu a vedlejších nosních dutin (VDN) a lební báze. Tento obor se v 90. letech

začal ohromně rozvíjet. V roce 1992 jsem byl na stáži ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové u doc. MUDr. Jana Vokurky, CSc. Ten se jako první v České republice začal věnovat endonazální chirurgii, která umožňuje operace v nose a nosních dutinách přístupem přes nosní vchod. Tato technika mne nesmírně zaujala a začal jsem k panu docentovi dojíždět na kurzy. V začátcích jsme operovali jen nosní polypy a nezhoubné nádory v nose a nosních dutinách. Ale dnes už umíme touto technikou odoperovat takřka vše včetně zhoubných nádorů.

V roce 2004 jsme s nynějším primářem neurochirurgie doc. MUDr. Jiřím Fiedlerem, Ph.D., MBA, začali jako jedni z prvních v republice provádět tzv. kranionazální resekce nádorů, které z oblasti nosu prorůstaly až do nitrolebí. Vzpomínám si na naši první pacientku,

které jsme takto operovali poměrně rozsáhlý nádor. Zárok byl úspěšný a paní ke mně dodnes chodí na kontroly. Na rozdíl od dřívějších metod pacienti nemají jizvy v obličeji, výrazně klesla úmrtnost, počet komplikací a zkrátala se i doba hospitalizace.

Endonazální chirurgie otevřela nové možnosti při operacích hypofýzy. Ta leží hluboko v mozku na klínové kosti, která je nosními dutinami poměrně snadno přístupná. Operátér se tak dostane k hypofýze jednoduše vnitřkem nosu, aniž by musel postupovat složitější cestou. Zprvu jsme tyto operace prováděli společně s neurochirurgy – ORL operátér vytvořil přístup k nádoru a neurochirurg jej odstranil. Postupně jsme je do této techniky zasvěcovali a nyní již tyto operace provádějí samostatně.

Právě operace s přesahem mimo nosní dutiny považuji za vrchol operační rinologie. V začátcích jsme o tom ani nesnili. Museli jsme provádět velké zevní chirurgické zákroky, které obličej nevratně poškodily, zatímco dnes můžeme operovat i složité nádory a pacientům zachovat kvalitu života.

A pak mne velmi bavilo podílet se na organizování Jihočeských ORL dnů a setkání RAPPL. ORL se dotýká i spousty dalších oborů. Před třiceti lety tak vznikla myšlenka uspořádat sjezd odborníků z oblastí rinologie, alergologie, plicního, praktického lékařství a lázeňství. Z počátečních písmen vznikl název RAPPL. Dnes tato akce patří k největším mezioborovým setkáním v České republice.

■ **Do nemocnice jste nastoupil v roce 1984. Překvapil vás obor něčím? A jak se za těch více než 40 let proměnil?**

Chtěl jsem vždycky dělat chirurgický obor. Na urologii, která se mi líbila, místo nebylo. Ale nabídli mi místo na ORL. Tak jsem si řekl, že to zkusím, i když jsem měl pocit, že je to spíše ambulantní obor, kde se řeší hlavně záněty uší a dutin. Pak jsem byl překvapen šíří operativy, která se na ORL dělá – od krku až po hlavu. I veřejnost si často myslí, že hlavně „trháme“ mandle, což je opravdu jednodušší výkon. Provádíme ale i rozsáhlé onkologické operace.

Od dob mých začátků se technologie, vyšetřovací metody a technika operování obrovsky posunuly dopředu. Bolestivé výkony jako např. operace dutin se provádí moderními technikami a zásadně v celkové anestezii. Pacienti si možná všimli, že vyšetřovací zrcátko s dírkou uprostřed, kterým jsme se dívali do uší a nosu, už nahradila moderní čelní světla.

■ **Co jste krom svého nadšení pro věc potřeboval, abyste mohl již zmíněnou novou metodu – endonazální chirurgii – zavést v naší nemocnici?**

Vlastně nic zásadního. Většinu potřebného instrumentária jsme již na oddělení měli a všichni jsme také měli dostatečné zkušenosti. Dříve totiž každý lékař uměl operovat všechny základní operace uší, nosu a krku. Jak říkal prof. MUDr. Ivan Hybášek, DrSc.: „Kvalita pracoviště se nepozná podle umění profesora, ale také podle toho, co umí ti ostatní.“ Zavedení této metody na oddělení tedy bylo poměrně snadné. A i když se někteří starší kolegové v rámci republiky k metodě stavěli skepticky, postupně ji přijala všechna pracoviště.

■ **Často se v médiích objevují články, jak nejsou celebrity spokojeny s výsledkem operace nosu a jdou na reoperaci. Proč tomu tak je?**

Nos dělá obličej – hraje zásadní roli v estetice obličeje. Nos je tvořen kostí a chrupavkami. Ty jsou velmi delikátní a jejich operace s sebou nese řadu úskalí. Například se může tkát při hojení jizvit a pak může docházet k demodelaci tvaru nosu. Těch faktorů, které mohou ovlivnit tvar nosu, je – i mimo operování – celá řada.

■ **Předáváte své dovednosti mladším lékařům?**

Mladým lékařům rád předávám vše, co umím. V literatuře a na videích se můžete naučit leccemu, ale operování je o detailech. Je velmi přínosné, když vám zkušenější kolega ukáže, jak to dělá on. Pak si můžete vybrat, co vám vyhovuje, a nalézt si postupně třeba i vlastní cestu.

■ **Kde je podle vás při operování zdravá hranice mezi obavou a odvahou?**

Musíte najít rovnováhu. S operováním jsem začínal na chirurgii, kde jsem se naučil základní operační postupy. Vždy je důležité přistupovat k operování s pokorou a zachovat si zdravou míru

strachu a respektu, abyste se dokázali včas zastavit. Člověk si hlavně musí umět přiznat, že se něco nedaří, a snažit se to neprodleně napravit.

Na úrovni 200 až 300 provedených operací (v našem oboru se to takto uvádí) může mít operátér pocit, že už hodně zvládá. Ale není to tak. Potřebnou jistotu získá až tak po dvou tisících operacích, nebo i více. Teprve pak operace, které mu ze začátku trvaly dvě hodiny, zvládne za polovinu času ve výborné kvalitě. Ale i tak je nutná pokora.

■ **Pacienti si často stěžují na špatnou komunikaci lékařů. Jak ji vy vnímáte?**

Celý život se snažím pacientům srozumitelně vysvětlovat, co jim je, jak bude léčba probíhat, jaké budou brát léky a proč a jaké můžou očekávat výsledky, případně jaké jsou jiné možnosti léčby. A to se snažím učit i mladší kolegy. Věřím, že když pacientovi vše dobře vysvětlím, je víc motivován dodržovat léčebný postup.

■ **Při vytíženosti ORL ambulancí to musí být někdy dost náročné.**

Problém je v tom, že naprostá většina pacientů by k nám do ambulance vůbec nemusela. Často přicházejí s pálením v krku, s bolestí či s mazem v uších apod., prostě se stavy, se kterými by se měli obrátit na svého obvodního lékaře nebo ambulantního specialistu. Je to systémový problém.

■ **Jaká je vaše rada, když dítě začne bolet ucho?**

Když dítě nemá horečku, doporučuji ledové obklady na kost za boltec a kapat nosní kapky tak, aby tekly až do nosohltanu. Tím se uvolňuje Eustachova trubice a dochází k ventilaci ucha. A dále dítěti dávat léky na bolest, jako je Paralen či Nurofen. To je postup, který zabere u většiny případů. Pokud se objeví horečka, je na místě vyhledat lékaře.

Rodiče bych chtěl uklidnit, že případné propíchnutí bubínku (tzv. paracentéza) není při správné indikaci chybné. Naopak propíchnutím dochází k rychlé úlevě od bolesti. Ani když bubínek praskne samovolně, nejsou na místě obavy z jeho poškození.

■ Podzim a zima jsou obdobím, kdy se rýmě vyhne málokdo. Co zde radíte?

Je běžné, že děti mají rýmu 6 měsíců v roce. To je u dětí, které chodí do školky, běžné a není třeba to řešit u specialisty. Nos je třeba proplachovat minerální vodou – nejlépe vlažnou Vincentkou. A když je nos ucpaný, střídát nosní kapky – Nasivin, Otrivin apod. – a dělat proplachy hypertonickým minerálním roztokem, který snižuje otok sliznice v nose.

Pokud chcete nos pročistit, a nejen zvlhčovat, je nutné vodu aktivně nasát do nosu tak, aby vytekla do krku – a pak ji vyplivnout.

■ Jsou naopak stavy, které lidé podceňují?

Chrapot, zastřený hlas či bulka na krku mohou být projevy závažných nádorových onemocnění. Bohužel tyto příznaky řada lidí přehlíží a pak přicházejí k lékaři v již pokročilých stádiích nemoci.

Nádory v nose často nemají žádné příznaky. Potíže se projeví, až když je nádor velký. Proto je třeba být obezřetný a nebát se navštívit lékaře, když se objeví například jednostrannou krvácení spojené s jednostrannou neprůchodností nosu. Naštěstí tyto nádory nejsou v porovnání s incidencí jiných nádorů příliš časté. Velmi závažné jsou pak záněty na krku. Častou příčinou bývá zánět zubů či mandlí. Zánět často postupuje velmi rychle a je i velmi bolestivý. Po fasciích se poměrně rychle rozšiřuje na krk a někdy i do mezihrudí. Je to velmi vážný stav, který je třeba rychle řešit, nebo může skončit fatálně.

■ Pracujete stále takřka na plný úvazek. Co vás na Vaší práci stále baví?

Pořád provádím všechny typy rinologických operací včetně plastik nosu, ale operuji například i složitější záněty u dětí. S primářem MUDr. Pavlem Střihavkou jsme začali vloni dělat tzv. prezervační rinoplastiku s použitím piezo-pilek. Plastika nosu se neobejde bez zásahu do nosní přepážky. Dříve se k tomu používala dlátka, dnes používáme tyto tenké

pilky. Pilka využívá ultrazvukové vibrace o speciální frekvenci, díky které nařízne kost, ale nepoškodí sliznici. Operace nosu provádíme z funkčních i estetických důvodů.

ORL je pro mne i po 40 letech stále pestrý a zajímavý obor, kde je pořád co objevovat.

■ Ing. Veronika Dubská

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů



■ Představujeme

Bez úrazu, bez požáru, bezpečně

Tak zakončili naše společné povídání Jan Carda a Bc. Roman Schmidt, kteří mají v českobudějovické nemocnici na starosti bezpečnost práce a protipožární ochranu. Kromě rozhovoru nás přizvali i na nácvik evakuace při vyhlášeném požárním poplachu. Kollegyně Ing. Jana Duco, MBA, pořídila zajímavé fotografie, díky kterým máte možnost nahlédnout do jejich práce.

■ Co vše se skrývá pod zkratkou BOZP a PO?

Jan Carda: BOZP znamená bezpečnost a ochrana zdraví při práci a PO znamená požární ochrana. Je to název našeho referátu, který má tyto oblasti na starosti. Všimněte si, že obě mají ve svém názvu pojem ochrana. Od toho se odvíjí i náplň a cíl naší práce – spoluvytvářet bezpečné pracovní prostředí a pomoci ochránit všechny naše zaměstnance, pacienty a návštěvníky před mimořádnou událostí, například úrazem, požárem apod.

Na základě znalosti legislativy a místních provozních specifik vyhledáváme možná rizika, která se na našich pracovištích mohou vyskytovat, a snažíme se je buď přímo odstranit, nebo přijmout taková opatření, která by minimalizovala případné následky.

Pro většinu lidí není tento obor nikterak zajímavý. Když se řekne „Přijde k nám BEZPEČÁK“, lidé si buď povzděchnou a mávnou rukou, nebo jsou naopak ve stresu, co bezpečáci zase najdou a s čím budou prudit.

Snažíme se vystupovat tak, aby ani jedna z těch reakcí nebyla na místě. Největší odměnou je pro nás dobrý pocit, že jsme našli řešení případného problému a ostatním tak pomohli soustředit se na práci. Velice dobře si uvědomujeme naši pozici v tomto



Zleva: Bc. Roman Schmidt a Jan Carda

kolosu. Naším hlavním úkolem je zajistit bezpečné a klidné pracovní prostředí zdravotnickému personálu, který je základem této velké rodiny. Není to vždy úplně snadné, neboť neustále se zpřísňující legislativa a celkově větší podrážděnost a sobeckost ve společnosti jsou důvodem, proč je někdy těžké najít vhodné a uspokojujivé řešení. Jsou to zároveň i velké výzvy, které nás nutí se neustále dovzdělávat a snažit se pochopit názory druhých.

■ Jednou z konkrétních činností, které provádíte, je nácvik evakuace v případě mimořádné události, v tomto případě požáru. K jednomu z nich jste nás s kolegyní přizvali. Co se snažíte zaměstnancům v rámci cvičení předat a jaké zkušenosti si ze cvičení odnášíte vy?

Jan Carda: Naším cílem je, aby si zaměstnanci v klidu natrénovali, jak se v určité situaci zachovat. Začíná to již samotným vyhlášením požárního poplachu, komunikací mezi stanicemi, odděleními, bezpečnostní službou, centrálním dispečinkem apod. a pak dalšími nutnými úkony včetně evakuace pacientů. Zde je dobré zmínit vybavení většiny lůžek

evakuační podložkou a pozitivní přístup personálu k nácviku s tímto skvělým pomocníkem při evakuaci. Důležitý je i nácvik evakuace pacienta na lůžku, protože se jedná o náročné úkony a postup, který vyžaduje pečlivost.

V rámci cvičení si ověřujeme, jak fungují jednotlivé prvky požárně-bezpečnostních zařízení ovládané elektrickou požární signalizací, např. evakuační výtahy, protipožární dveře nebo evakuační rozhlas. Z každého cvičení vyhotovujeme ve spolupráci s referentkou krizového řízení Mgr. Jitkou Kosáčkovou zápis s popisem zjištění a návrhy na zlepšení. Že cvičení mají smysl, dokládá to, že se během nich projeví slabá místa, např. v komunikaci, potřeba upravit evakuační plány, technické nedostatky apod.

Požáry v nemocnicích nejsou naštěstí úplně běžné. Co je jejich hlavním příčinou?

Roman Schmidt: V českobudějovické nemocnici pracuji přes deset let a zažil jsem pouze několik menších požárů – většinou byla příčinou závada na elektroinstalaci či nedbalost, kdy nedopalek cigarety

vzplál v odpadkovém koši. Požáry se nerozšířily díky pohotovému reakci našich zaměstnanců, za což jim patří velký dík.

Nemocnice je vybavena moderním protipožárním systémem. Nicméně zásadní je vždy reakce personálu. Proto je naší prioritou zaměstnance důkladně proškolit, a to nejen teoreticky. Máme v plánu i praktické návčiny hašení požárů.

■ Požární ochrana je poměrně uchopitelné téma. Co obnáší bezpečnost práce?

Jan Carda: Základem je zpracování potřebné dokumentace (organizační směrnice, provozní řády, pracovní postupy, pokyny...). V rámci pravidelných kontrol pracovišť a ročních prověrek bezpečnosti práce vyhodnocujeme dodržování nastavených pravidel a upozorňujeme na případné nedostatky a možná rizika na pracovištích. Neustále vyhledáváme a eliminujeme možná rizika tak, abychom v maximální možné míře předcházeli vzniku pracovních úrazů.

■ Jaká rizika jsou spojená s výkonem práce v nemocnici?

Roman Schmidt: Všichni zaměstnanci jsou dle platné legislativy rozděleni do čtyř kategorií podle druhu a míry rizika. Ta jsou spojena se specifickými činnostmi dané práce, jako je manipulace s cytostatiky, obsluha přístrojů s ionizujícím zářením, obsluha laserů, manipulace s biologickým materiálem, riziko nákazy od pacienta apod. V případě nezdravotníků, jako jsou elektrikáři, bezpečnostní služba a řada dalších, jsou to zase rizika spojená například se zásahem elektrickým proudem, s fyzickým napadením atd.

A pak jsou obecná rizika, která nejsou odvislá od profese, jako je manipulace s čistícími prostředky, kluzká podlaha, ostré hrany a další.

Abychom mohli rizika efektivně vyhledávat, potřebujeme součinnost ostatních kolegů a kolegů napříč

nemocnicí. Důležitými partnery jsou pro nás kolegyně z Oddělení epidemiologie a nemocniční hygieny, manažerka radiační ochrany Ing. Eva Zemanová, Ph.D., MBA, již zmíněná Mgr. Jitka Kosácková a řada dalších odborníků, se kterými při řešení problémů průběžně spolupracujeme.

■ Přes veškerou snahu asi není možné úplně zamezit úrazům. Existují nástroje, kterými lze posoudit kvalitu bezpečnostních opatření?

Jan Carda: Kvalita a úroveň zajištění bezpečnosti práce se často posuzuje podle počtu pracovních úrazů. Za rok 2023 se u nás stalo 29 pracovních úrazů s pracovní neschopností delší než tři kalendářní dny, což odpovídá 0,8 úrazu na 100 zaměstnanců. Pro srovnání: V Jihočeském kraji se ve stejném roce stalo 2 605 úrazů s pracovní neschopností, což odpovídá 1,01 úrazu na 100 zaměstnanců. I když zdravotnictví patří mezi obory s vyšším procentem pracovní úrazovosti, v počtu úrazů jsme pod krajským průměrem, což vypovídá o zodpovědném přístupu našich zaměstnanců k bezpečnosti práce. Za to jim právem patří naše velké poděkování.



Zaměstnanec za použití ručního hasicího přístroje likviduje vznikající požár na pokoji. Důležitá je rychlost při identifikaci místa vzniku požáru a včasné použití hasicího přístroje

■ Součástí bezpečnosti práce jsou osobní ochranné pracovní prostředky (OOPP). Co vše do této kategorie spadá a jaký je jejich účel?

Roman Schmidt: Jejich účelem je chránit zaměstnance. Použití OOPP vychází z řady nařízení a směrnic, kterými se zaměstnavatel musí řídit. Chrání zdravotníky při výkonu jejich povolání, zejména před nákazou, kontaktem s biologickým materiálem, proti ionizačnímu záření apod. Základním ochranným pracovním prostředkem zdravotníka je předepsaná uniforma a obuv. Další ochranné pomůcky se pak odvíjejí od činnosti, kterou vykonává – mohou to být ústenky, ochranné brýle, jednorázové rukavice, vesty proti ionizujícímu záření apod. U nezdravotníků to pak jsou například montérky, helmy, rukavice atd.

Naším úkolem je zaměstnancům vysvětlit, proč má smysl tyto prostředky používat. V opačném případě se totiž vystavují zbytečnému riziku úrazu a zároveň porušují své pracovní povinnosti.

■ Čekají vás s novým rokem nějaké novinky?

Jan Carda: Od nového roku se zavádí povinnost ohlašovat pracovní úrazy přes portál MPSV. Dále se aktualizovala legislativa pro „kategorizaci prací“, která rozděluje zaměstnance do čtyř kategorií, z čehož vyplývají požadavky na četnost lékařských prohlídek, upravují se také pravidla pro posuzování nemocí z povolání. Důležitou novelizací prošla vyhláška pro pracovnělékařské služby a týká se nás mnoho dalších novelizovaných zákonů, nařízení vlády a vyhlášek.

Roman Schmidt: Aktuálně připravujeme nové evakuační plány, které budou rozmístěny po celé nemocnici. Cílem je usnadnit všem orientaci v případě jakékoli nežádoucí události.

■ Několikrát jste zmínili slovo legislativa. Jakou roli hraje při vaší práci?

Jan Carda: Naprosto klíčovou. Základní dokumenty týkající se bezpečnosti práce se odkazují na více jak 300 zákonů, vyhlášek a směrnic, a to jak českých, tak evropských. Orientovat se v takovém množství legislativy a hlavně novelizací není vůbec jednoduché. Dobrý bezpečák se tak musí neustále vzdělávat. Každých 5 let pak skládáme velmi náročné zkoušky odborné způsobilosti, kdy musíme prokázat znalosti nejen oboru zdravotnictví, ale také mnoha dalších oblastí – zemědělství, chemického průmyslu, dřevovýroby apod.

■ Zkoušky jste očividně úspěšně absolvovali a všichni zaměstnanci a pacienti jsou tak v dobrých rukou. Jak dlouho se věnujete BOZP, konkrétně pak v českobudějovické nemocnici?

Roman Schmidt: Původním povoláním jsem policista. Před deseti lety jsem nastoupil do nemocnice do bezpečnostní služby, před třemi lety jsem pak dostal možnost pracovat na referátu BOZP.



Evakuace pacienta pomocí evakuační podložky. Lékař a sestra jsou označeni vestou z krizového balíčku. Lékař má u sebe aktuální seznam pacientů a zapisuje údaje o jejich umístění na jiné oddělení, případně pavilon

Jan Carda: Bezpečnosti práce a požární ochraně se věnuji více než 25 let. Po celou dobu jsem pracoval v soukromé sféře a zabezpečoval BOZP a PO pro přibližně 90 subjektů. Na začátku letošního roku jsem pak nastoupil do českobudějovické nemocnice. V začátcích mi velice pomohl kolega Roman Schmidt, za což bych mu chtěl poděkovat. Následovalo seznámení s vedoucími pracovníky obslužných činností, kteří mi pomohli zorientovat se ve veškerém zázemí naší nemocnice. A nejvíce si vážím téměř dokonalé spolupráce s vrchními sestrami. Právě ony zásadně přispívají k tomu, aby veškerý personál na odděleních pracoval v souladu s bezpečnostními předpisy a lékaři tak mohli v dobré atmosféře úspěšně léčit naše pacienty.

Na závěr mi dovolte pár doporučení nejen pro adventní čas.

Relativně snadno a levně se dá ochrana proti případnému požáru zajistit i doma, případně na chalupě. Hasicí přístroj, který budete mít po ruce, když náhodou začne hořet adventní věnec, vánoční stromček, žehlička, elektrokolo či jiný domácí spotřebič, ochrání nejen zdraví vašich nejbližších, ale i váš majetek. Detektor kouře,

případně plynu vás minimálně probudí hlasitým alarmem. Na případný požár od hořícího oleje na pánvi pomůže hasicí rouška. A není vůbec zbytečné mít menší hasicí přístroj i v autě – budete tak lépe připraveni na začínající požár.

Pořízení auta, stavba domu nebo koupě bytu vás stojí velké finanční prostředky, a tak neváhejte investovat do pomocníků, kteří vám tento majetek pomohou ochránit.

Rád bych vám za náš referát poděkoval za skvělou spolupráci, popřál šťastné a požehnané vánoční svátky, vše dobré do nového roku a hlavně pevné zdraví a dobrou náladu.



Evakuace pacienta po vnitřním schodišti. Díky evakuační podložce je manipulace s pacientem velmi jednoduchá a rychlá, a to i v komplikovaném prostoru

PŘEDSTAVUJEME ERAS na Chirurgickém oddělení

ERAS – Enhanced Recovery After Surgery (zrychlené zotavení po chirurgických výkonech) neboli fast track surgery je komplex moderní perioperační péče, který zahrnuje soubor postupů užívaných k urychlení zotavení pacienta po operačních výkonech, a to zejména v onkochirurgii, popř. onkogynekologii a onkourologii. Tento koncept je založen na možnostech předoperační, operační a pooperační péče, které mají za cíl velmi časnou vertikalizaci a mobilizaci pacienta spolu s rychlým obnovením funkcí střev a pokud možno úplnou rekonvalescenci při sníženém počtu komplikací.

V rámci ERAS protokolu je kladen zvýšený důraz na:

- kvalitu léčebného a ošetrovatelského procesu
- zmírnění perioperačního stresu
- prevenci pooperačních komplikací
- zkrácení doby hospitalizace

Do praxe byl zaveden v 90. letech minulého století při léčbě karcinomu tlustého střeva, kde byla na mnoha studiích dokázána jeho prospěšnost a efektivita.

Na Chirurgickém oddělení naší nemocnice byl ERAS protokol pro **léčbu kolorektálního karcinomu** (nádorová onemocnění tlustého střeva a konečníku) zaveden po přípravné fázi, k 1. červnu 2024. Cílem bylo především standardizovat péči o pacienty s kolorektálním karcinomem, a to jak pro přístup otevřený, laparoskopický, tak i robotický. Po úvodní fázi celého projektu, která trvala od června do října 2024, došlo k vyhodnocení všech bodů

ERAS protokolu a úpravě formuláře s náhradou některých položek tak, aby nejen co nejlépe vyhovovaly požadavkům pracoviště a nedocházelo ke zbytečné ztrátě dat, ale aby veškeré informace v něm uvedené také měly maximální výpovědní hodnotu.

Úvodem je třeba říci, že standardizace péče o pacienta v rámci ERAS protokolu má vést k maximálnímu zefektivnění celé péče o pacienta s tímto typem onemocnění. ERAS protokol jej provází ve všech krocích chirurgické léčby **od indikace v multidisciplinárním onkologickém týmu až po propuštění z Chirurgického oddělení.**

NUTRIČNÍ RIZIKA A RIZIKA NÍZKÉ FYZICKÉ KONDICE

Při indikaci pacienta v multidisciplinárním týmu dochází k vyhodnocení rizikovitosti pacienta a v případě shledání především **nutričního rizika nebo rizika nízké fyzické kondice** je pacient odeslán do výživové poradny, popř. na rehabilitaci.

Pacienti s kolorektálním karcinomem jsou postiženi zhoršeným příjmem potravy a podvýživou, častým příznakem onemocnění je váhový úbytek. Z tohoto důvodu je nutné zařadit do přípravy pacienta individuální nutriční podporu. Především je kladen důraz na příjem bílkovin. V případě, že pacientovi nehrozí riziko podvýživy, jsou mu předána výživová doporučení a informace o vhodném pohybu. Pokud je pacient ve středním nebo vyšším riziku podvýživy, je mu předepsán sipping – speciální tekutá strava.

Pacientům dále doporučujeme dle jejich možností aktivní pohyb jako je chůze, jízda na kole a plavání. Fyzická

kondice a dostatečná svalová hmota je důležitá pro pooperační období, ať již ve smyslu hojení, tak především časné rehabilitace – tj. vertikalizace a mobilizace. Což znamená „postavení na nohy“ a návrat soběstačnosti. **Vertikalizace** je jedním z faktorů snižující riziko hluboké žilní trombózy a plicní embolie. Dále urychluje obnovu funkce střev, která je klíčová pro příjem potravy, resp. živin a proces hojení. Funkce střev je zpravidla omezena po dobu 2-3 dnů od operačního výkonu.

Riziko podvýživy a nízké fyzické kondice s sebou přináší vyšší míru komplikací, mezi které může patřit špatné hojení rány, prodloužení rehabilitace nebo pomalé rozbíhání střevní pasáže. V nejhorším případě hrozí nehojení anastomózy (spojení přerušovaných úseků tlustého střeva), tedy komplikace, která si ve většině případů vyžádá další operaci se založením střevního vývodu, což představuje velkou psychickou i fyzickou zátěž pro pacienta, ale také léčbu a rehabilitaci prodlužuje a v neposlední řadě i velmi prodražuje.

Další část protokolu se věnuje předoperační péči, která spočívá především v podávání stravy a tekutin a končí až bezprostředně před vlastním operačním výkonem.

POOPERAČNÍ PÉČE

Pooperační péče je pak rozdělena na péči na JIP a standardním oddělení. V rámci standardizace pooperační péče dochází při splnění všech bodů protokolu především k časnějšímu zatížení stravou, k brzké rehabilitaci a propuštění z jednotky intenzivní péče. Následně je veškerá pooperační péče poskytována na standardním oddělení. Při propuštění je pacient objednan

do multidisciplinárního týmu, který navrhne, po zhodnocení výsledků všech dosavadních vyšetření, stavu pacienta a rizik, další léčbu pacienta. **ERAS protokol si neklade za cíl ovlivňovat péči o pacienta – ta je řízena jeho stavem a standardy péče** – a v případě komplikací je v protokolu vždy možnost určitou fázi prodloužit, popř. je možno protokol zcela opustit.

DOSAVADNÍ ZKUŠENOSTI

Za 18 měsíců užívání ERAS protokolu došlo ke **zrychlení rehabilitace**

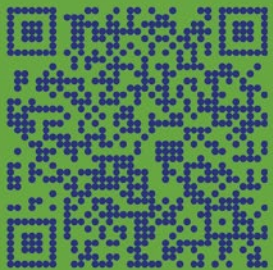
a zkrácení pooperační hospitalizace u pacientů s kolorektálním karcinomem z (průměrně) 12,3 dne na 7,4 dne, z toho 2,8 dne na JIP a 4,6 dne na standardním pokoji. Pro pacienta to představuje zefektivnění celého procesu rekonvalescence po tak náročné operaci, významně se zkracuje doba hospitalizace a umožňuje mu to relativně časný návrat do domácího prostředí.

Pro Chirurgické oddělení představuje ERAS v současné době maximální

zefektivnění pooperačního managementu péče o pacienta s nádorovým onemocněním tlustého střeva a konečníku, a to při zachování bezpečnosti celého procesu péče.

V současné době probíhá úvodní fáze zavedení ERAS protokolu pro operace slinivky.

■ **MUDr. Jan Beneš**
Chirurgické oddělení



Jihočeská pohotovost

Kdykoli a kdekoli pro Jihočechy zdarma

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

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

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

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

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

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

www.jihoceskapohotovost.cz



Cenné zahraniční zkušenosti: týdenní stáž na ARO v Linci a kongres v Berlíně zaměřený na péči o pacienty s kardiogenním šokem



MUDr. Jiří Šedivý

Poslední říjnový týden jsem měl možnost strávit na pracovišti anestezie, intenzivní a perioperační péče v univerzitní nemocnici v Linci a následně ve dnech 20. – 22. 11. 2025 jsem se zúčastnil kongresu 9th EACTS Mechanical Circulatory Support Summit pořádaného v Berlíně. Hlavním tématem kongresu bylo využití krátkodobých a dlouhodobých mechanických srdečních podpor u pacientů s kardiogenním šokem.

Keplerova univerzitní nemocnice vznikla 31. 12. 2015 v souvislosti se založením lékařské fakulty v Linci, a to sloučením tří významných nemocničních zařízení na dvou místech. Tvorí vysoce specializované lékařské centrum pro přibližně 1,5 milionu obyvatel Horního Rakouska. S přibližně 7 000 zaměstnanci a 1 800 lůžky je Keplerova univerzitní nemocnice druhou největší nemocnicí v Rakousku a sdružuje řadu lékařských oborů a specialistů všech zdravotnických profesí.

Hlavním cílem mé pracovní cesty byla Univerzitní klinika anesteziologie, operační a intenzivní medicíny.

Anesteziologická část této kliniky nabízí široké spektrum anesteziologické péče jak pro dospělé pacienty, tak i pro děti, a to včetně dětské kardiochirurgie.

Klinika je rozdělena na dvě pracoviště. Hlavní část zajišťuje perioperační a akutní péči pro pacienty všech operačních oborů s výjimkou neurointenzivních pacientů, kteří jsou léčeni v samostatném Neuromed Campusu.

Anestezie jsou podávány ve velkém komplexu centrálních operačních sálů. Následná léčba pacientů po velkých operačních výkonech (včetně kardiochirurgie dospělých a dětí) nebo při perioperačním selhávání životních funkcí probíhá na třech resuscitačních stanicích této kliniky.

Pracovní týden na největší z těchto resuscitačních lůžkových stanic byl velmi inspirativní. Za vřelé přivítání a možnost bez problémů sledovat chod oddělení jistě vděčím i MUDr. Ctiboru Vojtovi, který na klinice v Linci vede jednu ze stanic intenzivní péče. Mladší lékaři se učí od zkušenějších a jejich zapojení do chodu oddělení je velmi intenzivní.

Složení akutních nemocných na této klinice je podobné jako na resuscitačních lůžkách v českobudějovické nemocnici. Jedná se hlavně o pacienty se selháním životních funkcí při závažných úrazech nebo intoxikacích, se selháním plic charakteru ARDS (Syndrom akutní dechové tísně) různé etiologie, ale také pacienty vyžadující kardiointenzivní

péči. V tom je rozdíl oproti naší nemocnici, kde je kardiointenzivní péče součástí kardiocentra.

Důvodem mé pracovní cesty bylo také přání prohloubit své znalosti v oblasti krátkodobých mechanických srdečních a plicních podpor ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation), známé také jako ECLS (Extracorporeal Life Support), nebo mechanických srdečních podpor typu Impella. Tento způsob léčby využívají kriticky nemocní pacienti, kterým navzdory standardní farmakologické terapii či umělé plicní ventilaci selhává kardiiovaskulární systém nebo plíce. Využití těchto podpor bylo na klinice v Linci na denním pořádku, ať už při selhání standardní léčby, nebo tam, kde se toto selhání dá s velkou pravděpodobností předpokládat. Kardiochirurgická klinika navíc v nedávné době zahájila program pro nemocné s přetrvávajícím selháním levé komory, kterým je implantována dlouhodobá mechanická srdeční podpora LVAD.



Humboldtova univerzita v Berlíně



9TH EACTS MECHANICAL CIRCULATORY SUPPORT SUMMIT: PÉČE O PACIENTY S KARDIOGENNÍM ŠOKEM

Kardiogenní šok je život ohrožující stav vyžadující včasnou diagnostiku a adekvátní terapii, která musí být nezbytně navýšena o mechanické podpory srdce charakteru ECMO nebo Impella CP, 5.5 a dalších, a to v případě nedostatečného efektu farmakologické terapie.

Nejčastější příčinou kardiogenního šoku je akutní infarkt myokardu, označovaný anglickým akronymem AMICS (Acute Myocardial Infarction Cardiogenic Shock). Na druhém místě je skupina NAMICS (Non-Acute Myocardial Infarction-related Cardiogenic Shocks), kam například patří záněty srdečního svalu (myokarditidy) či akutní dekompenzace chronického srdečního selhání a další. Neméně závažné jsou mechanické komplikace infarktu

myokardu, jako defekt mezikomorového septa, akutní mitrální insuficience aj. Velká část přednášek byla věnována kardiogennímu šoku v souvislosti s kardiochirurgickou operací, ať už u pacientů s nízkou srdeční výkonností před operací, nebo jako perioperačně nově vzniklá srdeční dysfunkce.

Není překvapivé, že péče o takto nemocné pacienty je velmi náročná a vyžaduje multidisciplinární spolupráci kardiologa, kardiochirurgického týmu a specialistů anestezie a intenzivní péče. Vysoké nároky klade také na sesterskou, rehabilitační i paliativní péči. V neposlední řadě je třeba zmínit i ekonomický aspekt.

Absolutně zásadní je včasné rozhodnutí o indikaci těchto mechanických srdečních podpor u pacientů, u nichž selhává standardní péče. Ke správně zvolenému a včasnému postupu přispívá jednak objem zkušeností s touto problematikou v daném centru, ale také například aktuální doporučení pro využití dočasných mechanických

srdečních podpor v léčbě kardiogenního šoku u dospělých z roku 2025, které bylo na kongresu představeno – dle autorů jde o první ucelený soubor doporučení v této oblasti.

Pacienti s takto závažně probíhajícím kardiogenním šokem jsou léčeni i v českobudějovické nemocnici a jsme velmi rádi, že jako tým můžeme ve zdejším kardiocentru využívat tyto mechanické podpory srdce a plic a nejkritičtější stonajícím pacientům účinně pomoci.

Rád bych poděkoval Nemocnici České Budějovice, primářům ARO a Oddělení kardiochirurgie, hrudní chirurgie a cévní chirurgie, že jsem mohl absolvovat tuto zajímavou pracovní cestu, ať už šlo o účast na kongresu, nebo příležitost získávat zkušenosti v zahraničním zdravotnickém zařízení univerzitního typu. Podobnou cestu vřele doporučuji i dalším kolegům.

■ **MUDr. Jiří Šedivý**
Anesteziologicko-resuscitační oddělení

Na individuální lékové poradenství se nyní můžete objednat prostřednictvím webového formuláře

Odborný tým nemocniční lékárny nabízí nad rámec běžných služeb individuální konzultace – od komplexního zhodnocení medikace přes poradenství v oblasti homeopatie a Schüsslerových solí až po podporu při odvykání kouření. Nově mohou zájemci o placené konzultace využít on-line objednávacího formuláře. Jak konzultace probíhají a v jakých situacích mohou pomoci, jsme se zeptali lékárnice PharmDr. Kamily Vosáhlové.

■ V jaké situaci je vhodné využít individuálního lékového poradenství?
Poradenství je vhodné pro toho, kdo si chce ověřit možné vzájemné interakce léčiv, kdo si není jistý přesným užíváním léků, kdo neví, proč léky užívá a jak působí, nebo kdo má potíže, které by mohly souviset s užíváním léčiv. Často pracujeme s lékovým záznamem pacienta, závažnost interakcí ověřujeme v lékových databázích a spolupracujeme s klinickými farmaceuty (někteří i sami konzultují). Odhalujeme duplicity léků (stejně účinné látky s jiným firemním názvem), jsme schopni doporučit lékaři vysazení zbytečných léků, popř. optimalizaci terapie ve prospěch pacienta. Pacientům často doporučujeme i různá režimová opatření tak, aby byly výsledky léčby co nejlepší.

■ Jaké informace od pacienta potřebujete a získá z konzultace nějaký výstup?
Ideální je, když před konzultací máme seznam léků, které pacient užívá. Pokud ne, doplníme ho spolu s anamnézou při konzultaci. Zabýváme se pak

konkrétními problémy, které by mohly souviset s užíváním léků. Pacient od nás dostává zprávu z konzultace, kde je vysvětlena možná příčina problémů, návrh jejich řešení, případně doplníme i již zmíněná režimová opatření. Je-li potřeba, napíšeme i odbornější zprávu pro ošetřujícího lékaře a pacient mu ji předá. Pokud je problém akutnější, řešíme problém co nejdříve přímo s lékařem.

■ Dále nabízíte poradenství v oblasti homeopatik a Schüsslerových solí. Pro jaké obtíže jsou tyto přípravky využívány nejvíce?
Homeopatie a Schüsslerovy soli se používají zejména jako doplňková metoda k léčbě klasickými léky nebo případně tam, kde její možnosti končí. Hlavním cílem je zrychlení průběhu onemocnění u akutních stavů a zlepšení kvality života u onemocnění chronických. Umožňují snáze vstřebávat minerály z potravy a obnovují tak minerální rovnováhu buněk. Nejčastěji řešíme

psychické obtíže, nežádoucí účinky klasické terapie a pak různá akutní onemocnění, např. respirační infekce.

■ Zájemcům, kteří chtějí přestat kouřit, nabízíte psychobehaviorální podporu. Jak konkrétně tyto konzultace probíhají?
Nejdříve zjistíme, do jaké míry je pacient závislý na nikotinu a jestli je připraven odvykat. Probereme anamnézu a případné neúspěšné pokusy. Hodně pracujeme s motivací, navrhujeme možná substituční opatření a pacienty si zveme na pravidelné kontroly.



www.nemcb.cz

LÉKÁRNA
NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE

Individuální lékové poradenství a konzultace

Konzultace trvá 30–60 minut a je zpoplatněna.

Nabízíme:

- ✓ Zhodnocení užívaných léků, nežádoucích účinků, vzájemného ovlivňování léků
- ✓ Konzultace v oblasti homeopatie nebo Schüsslerových solí
- ✓ Konzultace na odvykání kouření

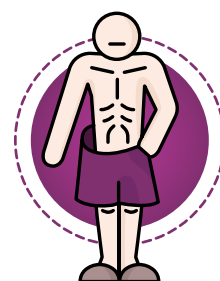
VĚNUJTE POZORNOST VÝŽIVĚ



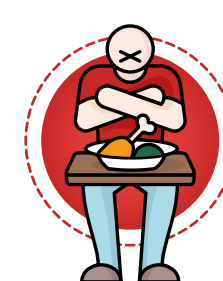
! Nedostatečná a nesprávná výživa vede k malnutrici. Malnutrice zhoršuje průběh nemoci, komplikuje léčbu a zvyšuje úmrtnost pacientů. Všimněte si příznaků.

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

**NECHTĚNÉ
HUBNUTÍ**



**ZTRÁTA CHUTI
K JÍDLU**



**SLABOST
A ÚNAVA**



**ZMĚNY
NÁLADY**



OTOKY



KDO JE OHROŽEN MALNUTRICÍ

Senioři

až **65 %**

Pacienti po velkém chirurgickém zákroku

až **80 %**

Pacienti s nádorovým onemocněním

až **80 %**

Hospitalizovaní pacienti

až **40 %**

www.rizikamalnutrice.cz

Ověřené informace od zdravotnických odborníků pro vás a vaše blízké.

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



Pod záštitou Ministerstva zdravotnictví České republiky

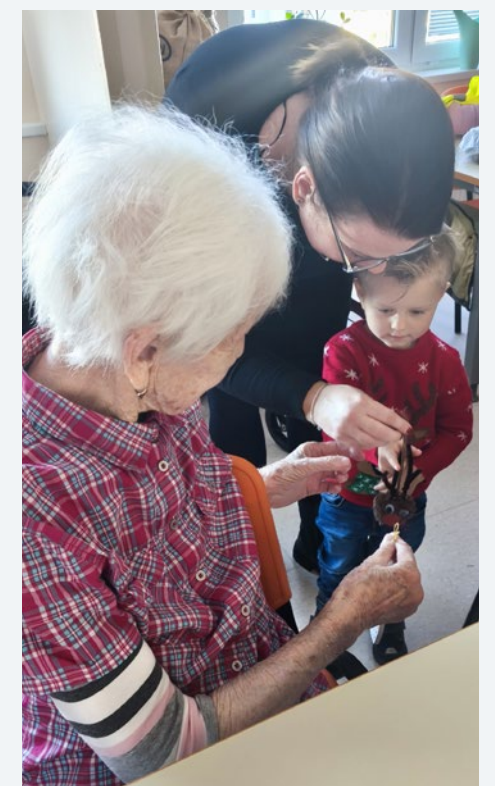
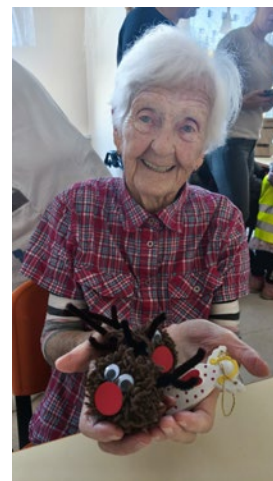
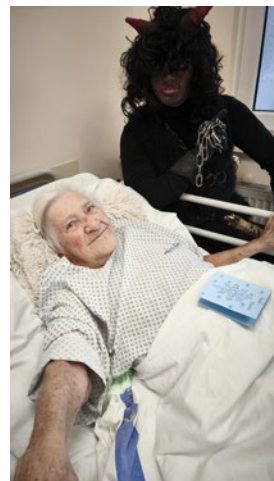
Mikulášská nadílka na Sociálních lůžkách

Každý člověk je osobnost, která si zaslouží naši úctu, uznání, porozumění a lásku. A to samé platí i pro pacienty a klienty naší nemocnice. Každá činnost, která pacientům a klientům na lůžkách vyplní volný čas, pomáhá zachovávat a zlepšovat jejich soběstačnost a schopnost sebepečce, zlepšuje fyzické schopnosti, podporuje duševní zdraví a obohacuje jejich společenský život.

Ve čtvrtek 4. prosince navštívila oddělení Sociálních lůžek skupina studentek Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické v Českých Budějovicích, které si pro klienty připravily mikulášskou nadílku. Klienti byli nadšeni a celá akce se nesla v duchu přátelské spolupráce a pohody. Po nadílce následovalo vystoupení dětiček z jeslí MŠ Pitterova, které rozzářilo oči klientů a na jejich tvářích vykouzlilo mnoho úsměvů.

V rámci aktivizačních činností studentů SZŠ A VOŠZ budou návštěvy klientů a pacientů probíhat také na Odděleních následné péče. Jsme rádi, že se studenti SZŠ a VOŠZ se jako dobrovolníci zapojili do aktivit spojených s adventním časem a věříme, že se podobné akce budou opakovat.

■ **Mgr. Iveta Drábková**
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči



Rok 2025 objektivem fotografa

Zachytili jsme pro vás významné okamžiky naší nemocnice v roce 2025



**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

Vše nejlepší,
hodně zdraví,
mnoho osobních
i pracovních úspěchů
v roce 2026
Vám přeje



NEMOCNICE
ČESKÉ BUDĚJOVICE

PF 2026

POMŮCKY: NTSC	HLÁŠENÍ O CHYBĚJÍ- CÍM ZBOŽÍ (ZASTAR.)	ŠPLHAVÝ PTÁK	INICIÁLY FOTBALIS- TY ULICHA	VYSOKÁ ŠKOLA STROJNÍ (ZKRATKA)	ČESKÝ VYDAVATEL NAUČNÝCH SLOVNÍKŮ	DOMÁCKÝ VĚRA	HLAVNÍ MĚSTO TURECKA	SLOVENSKY „TI“		PREZENT	ŘECKÝ BŮH LÁSKY, TOUHY A PLODNOSTI	DRAHÝ KÁMEN S RELIÉFNÍ ŘEZBOU	ZNAČKA SPORTOV- NÍCH POTŘEB	ANGLICKY „BŮH“	INICIÁLY SKAME- NEHO	DUMASŮV MUŠKETÝR	MĚSTO NA FLORIDĚ
KŘÍSIT									JEDNOTKA HMOT- NOSTI								
3. DÍL TAJENKY									2. DÍL TAJENKY MALÉ RES- TAURACE								
INICIÁLY ZPĚVAČKY URBÁN- KOVÉ			KULEČNÍ- KOVÝ ÚDER MLADÉ PTÁKA					SLOUČENÍ- NA BROMU ROZMA- NITÁ							ZNAČKA HEKTARU POČÍNAT SI		
ANGLICKÁ SPOJKA				ŽIRAFOVO- VITÝ SAVEC LNĚNÉ PLÁTNO					POLOHA NA ŽIDLÍ SLOVENSKY „TMAVĚ“					VOLTOHM- METR (ZK.) BÝV. RUS- KÝ MARŠÁL			
JMÉNO TWAINA					VĚZENÍ OPOTŘE- BENÍ POVRCHU					NĚJAKÉ AMERIČAN (HOVOR.)							
	ZNAČKA MEGA- HERTZU	ZNAČKA PRACÍHO PRAŠKU HROB				DÝCHAVÍČ- NOST DOMÁCKY IZABELA					NOUZOVÝ SIGNÁL CITOSLOV. TIŠENÍ					JUBILEJNÍ	MĚKKÝ KOV
RMOUTITI							TÁBORNÍK 550 (ŘÍMSKÝ)						AMERICKÁ TV NORMA ZNAČKA TANTALU				
1. DÍL TAJENKY																	
VYČPĚLÁ								ŘÍMSKÝ CÍSAŘ									

Vydává Nemocnice České Budějovice, a.s.

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

Předseda redakční rady: prim. MUDr. Aleš Chrdle, Ph.D. (Infekční oddělení) | Redakční rada: prim. MUDr. Petr Pták, Ph.D. (Chirurgické oddělení), MUDr. Miroslava Nevšimalová, Mgr. Ondřej Scheinost (Centrální laboratoře), PharmDr. Barbora Vařejková (Lékárna)

Bezplatné | Náklad 2300 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