

nemocniční zpravodaj

Říjen
2025

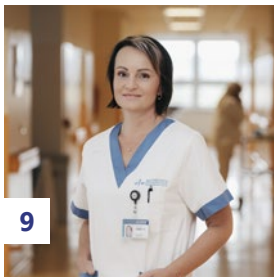
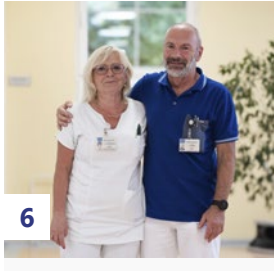
**PŘEDÁNÍ A VZPOMÍNKA
NA DOLNÍ AREÁL**



**TÉMA MĚSÍCE:
VEDOUCÍ LÉKAŘI STANICE**



NEMOCNICE
ČESKÉ BUDĚJOVICE



1	Úvodník předsedy představenstva
2	Předání a vzpomínka na dolní areál
	Téma měsíce
4	Vedoucí lékaři stanice
	Rozhovor
6	Lékaři, kteří učí, inspirují a formují MUDr. Ludmila Houserová a MUDr. Jiří Klíma
9	Práce interní sestry je náročná. Proto je důležité, abychom si byli vzájemně oporou
	Lexikon zdraví
12	Škodlivý vliv alkoholu z pohledu neurologa
	Lexikon zdraví
15	Centrová léčiva
	Rady z lékárny
18	Samoléčba akutního kašle u dospělých a dospívajících
	Představujeme ERAS
20	ERAS protokol na Gynekologicko-porodnickém oddělení
	Vzdělávání
22	12. ročník kongresu Budějovice kazuistické zná své vítěze
23	Zkušenosti, které inspirují
24	Návštěva z Chorvatska
25	ECTRIMS 2025 představil novinky v léčbě roztroušené sklerózy
27	Účast na evropském kongresu chirurgie ruky FESSH
28	Neurochirurgický anatomický kurz Scalpel2 v Brně pod záštitou Univerzitní nemocnice z Innsbrucku
29	Sestry z Infekčního oddělení prezentovaly své zkušenosti z nemocnice i z terénu na kongresu KMINE
30	3D tisk v medicíně: co si odnášíme ze sjezdu
31	Světový den dárců kostní dřeně – děkujeme, že pomáháte
33	Barevný podzim v denním stacionáři

Úvodník předsedy představenstva

MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

V průběhu října se uskutečnilo dlouho očekávané stěhování posledních tří oddělení z dolního areálu. Oddělení otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku (ORL), Oční oddělení i Ortopedické oddělení nyní pacienti najdou v pavilonu CH v horním areálu českobudějovické nemocnice. Děkuji všem našim zaměstnancům, kteří se na stěhování podíleli, zvládli to naprosto úžasně.

22. říjen 2025 je dnem, který se zapsal do historie českobudějovické nemocnice. Symbolickým předáním svazku klíčů hejtmánovi Martinu Kubovi jsem za nemocnici vrátil již prázdný dolní areál našemu vlastníkovi, Jihočeskému kraji. Dolní areál jsme dostali do užívání v roce 1998, předtím zde fungovala okresní nemocnice a před ní vojenská nemocnice. Dovolte mi při této příležitosti ohlédnout se na následujících řádcích hlouběji do historie tohoto areálu.

Zeměbranecké kasárny arcivévody Rainera byly postaveny v letech 1898-1899 staviteli Josefem Hauptvoglem a Josefem Prieslem. Jejich hlavními budovami byly dvoupatrová budova pro mužstvo podél dnešní ulice Boženy Němcové a dvoupatrová budova někdejšího štábu, která má na střeše hodinovou věž. Původně zde byl ubytován zeměbranecký pěší pluk. Za 1. světové války byly kasárny využívány pro „špitální potřeby“. Vojenský lazaret rozšířil svou kapacitu, když na volné ploše za štábní budovou směrem ke kostelu sv. Jana Nepomuckého postavil na konci 1. světové války tzv. rehabilitační oddíl dva dřevěné „baráky“ pro příjem raněných vojáků.

Po roce 1920 byl objekt již v převážné míře využíván k zdravotnickým potřebám armády a přejmenován na Divizní nemocnici č. 5. Z Divizní nemocnice č. 5 se po roce 1945 stala Okružová vojenská nemocnice (4. okružová nemocnice 1. vojenského okruhu), od roku 1958 objekt fungoval pod názvem 4. Armádní nemocnice.

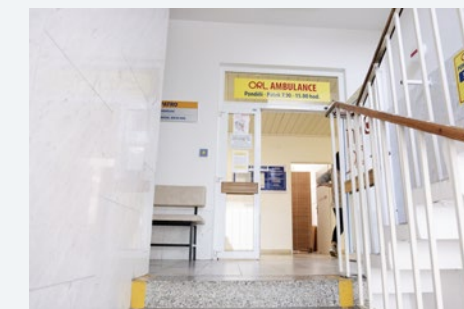
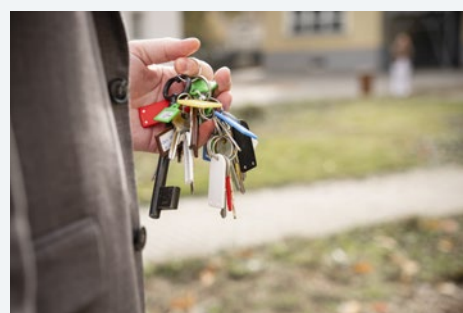
Slavnostní otevření moderního chirurgického pavilonu se konalo 5. 5. 1981. Dnem 31. 12. 1995 byla Vojenská nemocnice České Budějovice zrušena, přičemž areál dostalo od 1. 1. 1996 do užívání město České Budějovice. Okresní úřad zde zřídil okresní nemocnici. 1. 1. 1998 byla Okresní nemocnice předána do kompetence Nemocnice České Budějovice a využívána pod názvem dolní areál.

22. říjen 2025 je zároveň dnem, kdy hejtmán Martin Kuba, náměstkyně

hejtmana pro sociální oblast Lucie Kozlová a jednatele společnosti Nová Linecká čtvrť Lukáš Glaser a Petr Hornát spolu s dalšími zástupci investora, projektanty a stavebními firmami symbolickým poklepáním základního kamene zahájili přestavbu bývalého dolního areálu českobudějovické nemocnice. Na jeho místě Jihočeský kraj vybuduje moderní centrum sociálních služeb Nová Linecká čtvrť, které nabídne špičkové zázemí pro seniory, osoby se zdravotním postižením a také byty pro zástupce klíčových profesí.

Začala se tak psát nová kapitola tohoto areálu, na které se již Nemocnice České Budějovice nepodílí, a mě těší, že i v budoucnu bude areál sloužit pacientům a občanům, kteří budou potřebovat péči na zdravotně-sociálním pomezí.





Předání a vzpomínka na dolní areál



Vedoucí lékaři stanice

Když mladý lékař nastoupí po promoci do praxe, má v hlavě spoustu teorie, ale skutečné „doktorování“ se teprve učí. A stejně jako v každém oboru, i tady je nejcennější mít u sebe zkušenějšího kolegu, od kterého se může učit. Dnes tomuto předávání znalostí, dovedností a zkušeností říkáme získávání kompetencí, ale jedná se o staletími ověřený způsob postupného zvládnutí profese. Například ve středověku se jednotlivé stupně zvládnutí řemesla označovaly jako učedník, tovaryš a mistr, stejně jako dnes jednotlivé stupně zvládnutí cizího jazyka označujeme slovy začátečník, mírně pokročilý, pokročilý a expert.

Odborný dozor a dohled

Toto řízené předávání zkušeností je u lékařů také povinností vyplývající ze zákona, kde se rozděluje na dva stupně: Odborný dozor znamená vedení a dozorování nad většinou výkonů a klinických rozhodnutí lékaře absolventa první zhruba 2–3 roky po promoci, až do dosažení tzv. základního kmene. Základním kmenem se označuje mezizkouška na cestě k atestaci. Certifikát o absolvování základního kmene odpovídá tzv. první atestaci, kterou procházeli lékaři před dvaceti a více lety. V období mezi dokončením základního kmene a atestací (získáním specializované způsobilosti) již mají lékaři hodně dovedností a leckdy i zkušeností, a mohou tedy pracovat napůl samostatně – pod odborným dohledem. Prakticky to znamená, že při odborném dozoru je zkušený (tím je myšleno atestovaný) lékař nablízku, odsouhlasuje všechna významná klinická rozhodnutí a přímo dozoruje provádění některých výkonů. Vždy je přítomen na pracovišti a musí být dosažitelný osobně nejpozději do 15 minut. Při odborném dohledu jsou lékaři v předatestační přípravě již schopni část odpovědností



prim. MUDr. Aleš Chrdle, Ph.D.

převzít a lékař vykonávající odborný dohled je vždy dostupný telefonicky a dosažitelný osobně do 30 minut. To znamená, že lékař vykonávající tzv. příslužbu (pracovní pohotovost) může přijet ke složité situaci mimo běžnou pracovní dobu z domova.

Zajištění kontinuity a plynulosti lůžkové péče

V klinických oborech jsou lůžkové stanice jedním z hlavních pilířů poskytování akutní i následné zdravotní péče. Na lůžkových stanicích působí lékaři všech generací – od čerstvých absolventů po zkušené

odborníky. Na řadě oddělení se do práce na lůžkových stanicích také zapojují stážisté v rámci přípravy v základním kmeni nebo přípravy k vlastní atestaci. Zatímco základní kmen zahrnující získání všeobecných znalostí a osvojení si základních dovedností je často společný pro více oborů, atestační zkouška je již vymezena specificky pro jednotlivé obory medicíny. Primáři mají povinnost zajistit dohled a dozor na lůžkových stanicích svého oddělení podle platné legislativy. Vedoucí lékaři stanice jsou pak prodlouženou rukou primáře.

Znat své pacienty

Z pohledu pacienta na nemocničním lůžku je funkce vedoucího lékaře stanice záchytným bodem – o všechny pacienty se nemohou starat ti nejzkušenější. A není to ani nutné. Pacienta neřeší pouze jeden ošetřující lékař, který ten den dělá vizitu – péče je týmová a jeden lékař navazuje na druhého. Vedoucí lékař pomáhá zajistit, aby se kolegové mezi sebou snadno zastoupili a aby každý znal pacienty, o které právě pečuje. To je základem kontinuity péče. Neméně důležité jsou také konzultace právě s vedoucím lékařem stanice, s konziliáři jiných odborností, se sestrami, fyzioterapeuty a dalšími zdravotníky zapojenými do poskytování zdravotní péče tak, aby obraz onemocnění a náš přístup k pacientovi byl úplný. Primářská vizita projde oddělení dvakrát týdně a řeší skutečně jen ty zásadní věci. Většina rozhodnutí se ale dá a má dělat denně. To nejen přispívá k lepšímu průběhu onemocnění, ale může se tím značně zkrátit i doba nutné hospitalizace. V posledních letech se objevily nové výzvy v zajištění chodu lůžkových stanic v nemocnici. Změnil se (konečně a naštěstí) rytmus pracovního života lékařů. Po 24 hodinách v práci (v případě ústavní pohotovostní služby) odcházejí lékaři domů na povinný odpočinek, a tedy následující den nejsou v práci. Stejně tak ani lékaři, kteří pracují na částečný úvazek, nejsou se svými pacienty každý den. To ale znamená, že některý den se o „jejich“

pacienty na lůžku musí postarat někdo jiný. I v tom je důležitá role vedoucího lékaře stanice – vede své mladší kolegy tak, aby se mohli mezi sebou snadno zastoupit. Zajišťuje nezbytnou kontinuitu péče. Dohlíží a pomáhá jim, aby znali své nové pacienty, měli je načtené z dokumentace i z výsledků vyšetření a mohli navázat tam, kde jejich kolega předchozí den skončil.

Moudrost v rozhodování

Úloha vedoucího lékaře stanice spočívá nejen v rozhodnutí, co dělat, ale také co nedělat. V současné době máme nepřeberné možnosti diagnostiky a léčby. Ne vše je ale užitečné a posune nás k lepšímu výsledku pro pacienta. Konzultace se zkušeným lékařem pomůže dělat méně vyšetření a výkonů, které ale budou lépe zacíleny a přinesou právě ty informace, které pomohou při rozhodování a dalším postupu léčby. Nezkušený lékař bez vedení může naopak naordinovat mnoho vyšetření a podat řadu různých léků, aniž by se dostal k podstatě problému. Přitom platí, že vyšetření nemá být vůbec provedeno, pokud jeho výsledek nijak neovlivní léčebný postup. Nutnost každodenně – nejen dvakrát týdně při velké vizitě – formulovat, co vím o pacientovi, co se právě děje a co předpokládám a zamýšlím, to nejen posouvá pacienta k rychlejšímu uzdravení, ale také ošetřujícího lékaře k většímu přehledu.

Předávání lékařského umění

Na začátku své medicínské kariéry jsem při zahraničních stážích pozoroval jednu nápadnou odlišnost, a to jak moc byli tamní lékaři ochotní se dělit o své zkušenosti se mnou i dalšími mediky a mladšími kolegy. Neměli víc času, než mají zkušení lékaři v Česku, ale ten čas si vždy aktivně udělali. Bylo to pro ně důležité. Na druhou stranu jsem se v Česku někdy setkával s přístupem, který můžeme nazvat „jednooký slepých králem“, kdy lékaři nechtějí své zkušenosti předávat dál proto, aby si zajistili svou výlučnost a nepostradatelnost, aby je někdo nepředběhl. Je zajímavé, že právě

tito jedinci později vykazovali typické projevy syndromu vyhoření. Ve veřejném prostoru často ve spojitosti s medicínou slyšíme odkazy na Hippokratovu přísahu. Velmi málo lidí, včetně lékařů, ji však někdy pozorně četlo. Prvním bodem není překvapivě etika péče o pacienty, ale závazek postarat se o svého učitele: „Toho, kdo mě naučil (lékařské) umění, budu si vážit jako svých rodičů a budu ho ze svého zajištění podporovat.“ Hippokratova přísaha připomíná, že lékařské umění se učíme celý život a že úcta k učiteli je jeho součástí. My zkušení si tuto úctu zasloužíme tím, že své umění skutečně předáváme dál. Jako příklad mohu uvést vzpomínku na primáře Řihu, ikonu jihočeské pediatrie, která rezonuje v rozhovoru s MUDr. Houserovou a MUDr. Klímou v tomto čísle zpravodaje.

Závěr

Pozice vedoucího lékaře stanice má zásadní význam pro chod lůžkové stanice, potažmo celého oddělení. Pro lékaře v předatestační přípravě je vedoucí lékař stanice přirozeným a nejbližším mentorem, rádcem i kontrolorem, pevným bodem v jejich pracovním vesmíru. Pro sestry a další zdravotníky je vedoucí lékař stanice ústřední postavou pro zajištění plynulosti péče na stanici. Pro primáře je vedoucí lékař stanice prodlouženou rukou, protože žádný primář nedokáže plně obsáhnout problematiku všech pacientů na oddělení. Pozice vedoucího lékaře stanice není jen funkcí – je to příležitost ovlivnit kulturu oddělení, být vzorem pro mladší kolegy a stát se hybnou silou kvalitní péče. Každý zkušený lékař, který se této role ujme, pomáhá nejen svým pacientům, ale i celé nemocnici.

■ **prim. MUDr. Aleš Chrdle, Ph.D.**
Ředitel úseku interních oborů



MUDr. Ludmila Houserová a MUDr. Jiří Klíma

Lékaři, kteří učí, inspirují a formují MUDr. Ludmila Houserová a MUDr. Jiří Klíma

Infektoložka MUDr. Ludmila Houserová a pediatr MUDr. Jiří Klíma pracují v českobudějovické nemocnici přes čtyřicet let. Oba se na svých odděleních jako vedoucí lékaři věnují vzdělávání mladých lékařů. Pomohli tak profesně dozrát a vyrůst již několika generacím lékařů. To, co je z jejich pohledu důležité předat nejen novým kolegům, popisují v následujícím rozhovoru.

V roce 1982, resp. 1983 jste nastoupili na Dětské oddělení. Jak probíhal váš adaptační proces?

J. K.: Náš adaptační proces významně ovlivnil primář MUDr. František Říha. Měl krédo, že primář nemusí umět všechno, ale musí mít kolem sebe specialisty, kteří o určité problematice vědí víc než on. Umožnil nám tak rozvíjet se ve specializacích dle našeho uvážení, což bylo ku prospěchu

celého oddělení. To byl přístup, který byl v té době velmi ojedinělý. Až později začali jeho filozofii postupně přebírat i ostatní primáři.

Pan primář nám dal do života správný základ: Lékař má dát mladším kolegům k dispozici své dovednosti a znalosti, aby mohlo oddělení i obor dobře fungovat. Když jsme se stali vedoucími lékaři a nastoupili po nás další a další mladí, snažili jsme se v této filozofii pokračovat.

L. H.: Pana primáře jsem měla ve velké úctě. Velmi jsem ho obdivovala za jeho vědomosti a schopnosti. Z informací od jednotlivých lékařů dokázal poskládat komplexní diagnózu. V té době bylo běžné, že vedoucí lékaři těžce nesli, když někdo mladší věděl víc než oni. On ale naopak všechny podporoval, aby se ve svých odbornostech

vzdělávali. Byl to opravdu velký učitel, který nás toho hodně naučil.

■ Jak jste se v začátcích cítili připraveni do služeb?

L. H.: Na Dětském oddělení to bylo skvělé. Měli jsme jistotu, že v tom nejsme sami. Na oddělení sloužili dva zkušení lékaři, a když jsme měli nějakou nejistotu, vždycky jsme se šli zeptat. Zároveň bylo naší odpovědností neotravovat s každou hloupostí, ale také nebagatelizovat závažnější problémy.

J. K.: Na Dětském jsme zažili opravdu skvělý přístup. O to větším překvapením pak bylo, když jsem v rámci kolečka nastoupil na tehdejší Infekční oddělení, kde byla pouze paní primářka. Dostal jsem sešitek se základními diagnózami a stručnými informacemi o základním postupu léčby – a dál si porad' sám. Nebylo se koho zeptat ani po telefonu. Byl jsem hozený do vody a musel

jsem plavat. Jako mladý lékař jsem tak musel rozhodovat o léčbě, což je dnes absolutně nepředstavitelné.

■ Jako dlouholetý zástupce primáře jste měl na starosti vzdělávání lékařů. Jakých skupin lékařů se to týká?

J. K.: Náš pediatrický pohled předáváme třem skupinám. Nejprve medikům, kteří u nás absolvují odborné stáže a skládají zde zkoušky z praktické pediatrie. Dále vzděláváme lékaře absolventy, kteří k nám nastoupí a sbírají první zkušenosti před základním kmenem. A pak k nám z celého regionu dojíždějí pediatri, kteří chtějí studovat vybranou specializaci (např. intenzivní péče, plicní nemoci, nefrologie, revmatologie apod.).

Každý z nich potřebuje jiné informace a péči, aby mohl profesně růst. Pro medika nemá smysl sedět v dětské kardiologické ambulanci a koukat na ultrazvukové snímky, kterým vůbec nerozumí. Zatímco pro lékaře, který má rozhodovat o budoucím směřování okresního oddělení, je důležité zažít práci specialistů. Dokáže se pak rozhodnout, které pacienty léčit u nich a které posílat k nám.

Již emeritní primář Smrčka zastával filozofii, že nemocnice má vychovávat lékaře jak pro nemocnici, tak pro ambulantní sféru. Nikdo jiný to za nás neudělá. Takže již několik let nabíráme větší množství mladých lékařů a školíme je tak, aby byli schopni samostatně pracovat u nás, v okresních nemocnicích či v ambulantní sféře. Je to náš nejzodpovědnější úkol – vypustit do terénu schopné lékaře, kteří poskytnou dětem správnou péči.

■ Co konkrétně se snažíte mladým kolegům předat?

J. K.: Spíše než konkrétní znalosti to je hlavně přístup k práci – co je v daný okamžik důležité, na co se zaměřit a nad čím naopak nemá smysl ztrácet čas a energii. Je třeba ukázat mladým každý zajímavý, nestandardní případ. Je řada diagnóz, které se zprvu projevují obdobně, ale jejich závažnost a potřeba rychlé reakce se dramaticky liší.

Předáváme jim i své letité zkušenosti, které z knih nevyčtou. Uvedu malý příklad. Ačkoli nebyl zjištěn důvod, například zánět slepého střeva se vždy projeví u vícero dětí jedné věkové skupiny. Například nyní máme několik pacientů ve věku 14–17 let. Víme, že pokud chirurgové v noci operovali dvě děti se zánětem slepého střeva, musíme být při vyšetřování stejně starých dětí s bolestí břicha mnohem obezřetnější, protože také mohou mít zánět slepého střeva.

A pak se jim snažíme pomoci lépe proniknout do oblastí, ve kterých se mohou v budoucnu specializovat. Aby získali znalosti, ke kterým se my starší už nedostaneme.

L. H.: Říká se, že dobrým doktorem se člověk stává až po letech. Není to otázka věku, ale zkušeností, které člověk za roky práce posbírá. Viděli jsme řadu raritních stavů a diagnóz. To jsou cenné zkušenosti, kterými můžeme mladším kolegům pomoci při diferenciální diagnostice.

Na druhou stranu, například infekce bývala velmi úzce omezený obor. Ale v poslední době se spektrum diagnóz, které řešíme, rozšiřuje. Je tedy důležité, aby se mladí lékaři vzdělávali i v dalších oborech, například v rámci povinného kolečka. Díky tomu přináší na oddělení řadu cenných poznatků z jiných oborů, které my starší nemáme. Vzájemně se tak obohacujeme.

■ Působíte velmi klidný dojmem. Je to něco, co předáváte i svým mladším kolegům?

J. K.: To je jen zdání. Čím víc jsme toho zažili, tím větší zažíváme vnitřní neklid, protože víme, co všechno může pacientovi být, co vše můžeme přehlédnout. Víme, že nás vždycky může příroda ošálit. Málokdy odcházím od pacienta s pocitem, že vše vím a znám způsob, jak ho léčit.

■ Na co by dobrý lékař neměl při své práci zapomínat?

L. H.: Neustále se vzdělávat, naslouchat pacientovi, naučit se vnímat jeho pocity a umět si získat jeho důvěru. Způsoby komunikace se musí každý naučit. Když to vezmu ze své praxe, pracovala jsem v ambulanci pro pacienty s neuroinfekcemi. Chodili tam pacienti, kterým jsem nemohla z lékařského hlediska pomoci. Ale bylo důležité je vyslechnout a dát jim oporu v tom, že jsou na dobré cestě, i když jejich stav není ideální. V takových situacích pacienti potřebují ujištění, že nedělají nic špatně. Léčit se dá i dobrým slovem. S tím souvisí i srozumitelná komunikace bez používání cizích slov. Já jim ještě vždy kladu kontrolní otázky, zda všemu rozuměli. Pacienti jsou často ve stresu, vše vám odkývají, ale přitom si ze sdělení nepamatují takřka nic.

J. K.: Dodal bych ještě, že sdělení musí být pravdivá. Neexistuje nic takového jako milosrdná lež. Ale také je důležité být dobrým pozorovatelem a mít empatii. Studentům říkáme, že při péči o děti je zvláště důležité, aby měli představu o tom, jak by mělo dítě v daném věku reagovat a co by mělo umět. Všimát si, jak se spontánně projevuje, když s maminkou čeká v ambulanci, ještě než ho začnou vyšetřovat. Jakmile vidí, že se dítě odchyluje od normy, je třeba pomýšlet i na závažnější problémy a vyšetření tomu uzpůsobit.

■ Vyšetřovacích metod je nyní k dispozici celá řada. Jak má s nimi lékař nakládat?

J. K.: Na jednu stranu je to úžasné, často nám ulehčují rozhodování o způsobu léčby. Na druhou stranu se musíte zorientovat ve velkém množství informací, což není vždy jednoduché. Toto mladým lékařům nezávidím.

Někdy mám pocit, že řada vyšetření je nadužívána. U vyšetření je totiž potřeba i kvalitní interpretace výsledků. Na naše oddělení chodí radiolog MUDr. Kubálek revidovat naše rentgenové snímky. Poskytuje nám

tak nesmírně cenné informace, co vše z vyšetření vyčíst lze a kde jsou naopak jeho limity. U každého vyšetření, které žádáme u jiných odborností, je vždy důležité správně sdělit, co je jeho cílem, na jakou otázku hledáme odpověď. I při spolupráci napříč odbornostmi je nesmírně důležité případy pacientů osobně konzultovat, komunikace skrze počítače nestačí.

L. H.: Přesně tak. Je důležité, aby spolu mluvili i lékaři. Ne vše lze vtělit do psaného projevu. Pokud chceme radu jiného lékaře, musíme mu jednoznačně sdělit, co od vyšetření očekáváme a na jakou otázku chceme slyšet odpověď. Učili jsme se, že základem zprávy je dobrá anamnéza. Tedy systematický rozhovor s pacientem, abych zjistila jeho aktuální potíže, předchozí onemocnění, životní styl a další podstatné informace. Dále pak celkové zhodnocení stavu a doporučení dalšího postupu – to jsou pro dalšího lékaře ta nejdůležitější sdělení, která ovšem často ve zprávách chybí. Čtete několik stran výsledků, ale bez jasného závěru, chybí tam myšlenka.

■ **Vnímáte nějaké změny ve vztazích mezi pacienty a lékaři, například v důvěře? A má to vliv na přístupy a principy práce s pacientem?**

J. K.: Přístup pacientů se opravdu změnil – ztratili respekt a někdy i důvěru v nás a naši práci. Což klade velké nároky na formu komunikace. Pacientovi je třeba vše vysvětlit pro něj pochopitelným způsobem. Základ naší práce zůstává stejný, jen se mění forma. Problém také je, když pacienti zatají, že již podstupují léčbu u jiného lékaře. To naši práci a pacientovu léčbu velmi ztěžuje. Nedůvěrou ke svému lékaři si tak pacienti často škodí.

Princip přesto zůstává stejný – přistupovat ke své práci zodpovědně se snahou být pacientovi prospěšný.

L. H.: Když jsme začínali, měli sice pacienti důvěru v lékaře, na druhou stranu ale byli často ve značně nerovnoprávném postavení. Teď se to

bohužel překlápí do opačného extrému. Často se pacienti radí s několika odborníky – v medicíně je běžné, že se lékaři ve svých pohledech mohou rozcházet. Nebo je jen jinak interpretují, a pacient si je vyloží jinak. Což někdy vyústí v nedůvěru ve všechny. Pacient si z každého názoru vybere něco a přeskakuje mezi metodami a postupy. Důležité je vybrat si jeden směr a toho se držet. Většina lékařů, alespoň z mé zkušenosti, pokud si s něčím neví rady, běžně konzultuje problém s kolegy. Na našem oddělení často telefonicky konzultujeme s vyššími pracovišti.

Problém také vidím v tom, že praktické zkušenosti s péčí o děti, které se předávaly v rámci vícegeneračního soužití, dnes nahradil primář Google, který poradí ve všem. Bohužel těmto radám často chybí jakákoli supervize a kdokoli tak může beztestně radit i vyložené bludy.

■ **Za těch mnoho let lékařské praxe jste jistě zažili i těžké pracovní chvíle. Co vám pomohlo je překonat?**

L. H.: Například když jsem nastoupila, drtivá většina dětí s leukémií umírala. To bylo pro mne velmi těžké. Ale náročné situace jsem zažila i s dospělými pacienty, kteří přišli v poměrně dobrém stavu a až po vyšetření se zjistilo, že jsou již nevléčitelně nemocní. Naučilo mne to nezlehčovat pacientovy subjektivní potíže. Někdy víte, že konec je neodvratný a vy s tím nic nezmůžete. To ve vás může vzbudit smutek, ale víte, že to jinak nejde. Někdy si ovšem říkáte, zda jste nemohli udělat něco víc.

Na druhou stranu, když se vám třeba podaří vyřešit raritní diagnózu, je to pocit, který, myslím, v žádném jiném povolání nezažijete. A díky tomu nás naše práce pořád baví.

J. K.: K životu a k nemoci patří i ta smutná část, kdy už narazíme na hranice možností medicíny. Příroda si pořád řídí život po svém. Proto je třeba k práci přistupovat s pokorou, být si vědomi našich možností a smířit se s tím, že jsou

situace, které vyřešit neumíme. Tomu vás naučí životní prohry. Vždycky si říkám, zda jsem nemohl udělat víc. A nikdy na to není jednoznačná odpověď, protože je to jen „kdyby“. Každopádně je třeba mít možnost zpětné analýzy, zda šlo něco udělat jinak. Vždy ale zůstane určitá nejistota, protože nic není absolutní.

■ **Co s vaší čtyřicetiletou zkušeností radíte mladým lékařům, kteří si teprve osahávají limity medicíny i své vlastní?**

L. H.: Vždy pracovat podle nejlepšího vědomí a svědomí. Výsledek není vždy v našich rukách. Co ale považuji za trestuhodné, je nedbalost. To bych sama sobě nikdy neodpustila. Také je důležité se naučit nenosit si práci domů a zároveň neokorat – mít pořádek s pacienty soucit. Zachovat si zdravou rovnováhu mezi pracovním a soukromým životem, což považuji za účinnou prevenci vyhoření. Já myslím, že jsem dosud nevyhořela. Přitom často o pocitu vyhoření hovoří mnohem mladší kolegové.

J. K.: Často v této souvislosti uvádím jako příklad úmrtí dítěte, které jsme posuzovali jako soudní znalci. Lékař poslal nemocné dítě na specializované vyšetření. Dítě ovšem při vyšetření zemřelo. Jak se později ukázalo, mělo onemocnění, při kterém se nesmí vyšetřovat vleže. Závěr komise byl dle mého spravedlivý – nevyčítali vyšetřujícím lékařům, že chorobu nerozpoznali, ale to, že dítě důsledně neprohlédli. Kdyby dítěti věnovali dostatečnou pozornost, všimli by si typických projevů nemoci. To je memento, které mne vrací do reality. Není chybou nepoznat, chybu může udělat kdokoli. Co se nesmí stát, je pacienta nevyšetřit a jen odeslat dál. Jakmile vkročí do naší ambulance, je našim pacientem a neseme za něj odpovědnost. Můžeme udělat chybu, můžeme nemoc nerozpoznat, ale nemůžeme jej nevyšetřit. Nejhorší chybou je neudělat nic.

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

Práce interní sestry je náročná. Proto je důležité, abychom si byli vzájemně oporou

Od 1. června zastává funkci vrchní sestry Interního oddělení Mgr. Květoslava Slabáková, která má bohaté zkušenosti jak s vedením nelékařského personálu jak v rámci oddělení, tak celé nemocnice. Působila totiž řadu let jako vrchní a později i hlavní sestra v Nemocnici Písek. Co ji na Interním oddělení překvapilo a jaké má profesní plány, přibližujeme v následujícím rozhovoru.

■ **Do českobudějovické nemocnice jste přišla z Nemocnice Písek. Jaká je vaše profesní historie? Patříte k těm, které chtěly být sestřičkou od mala?**

Rozhodně. Stát se zdravotní sestřičkou byl můj sen. V roce 1991, kdy jsem končila základní školu, byly přijímací zkoušky na střední zdravotnickou školu velmi náročné, zahrnovaly nejen teoretické, ale i praktické znalosti a dovednosti. Byla jsem tehdy nesmírně šťastná, že mě přijali.

Po střední škole jsem nastoupila do nemocnice v Jindřichově Hradci na chirurgické lůžkové oddělení. Později jsem pracovala na chirurgické ambulanci a částečným úvazkem také v zubní ordinaci. O několik let později jsem si vyzkoušela i sesterskou práci v domově pro seniory, kde bylo pro mne nejtěžší naučit se dívat na obyvatele domova jako na klienty, a ne jako na pacienty.

V roce 2005 jsem nastoupila do písecké nemocnice, na Ortopedicko-traumatologické oddělení. Zde jsem třináct let působila jako vrchní sestra. Pak jsem přešla na pozici hlavní sestry. Po sedmi letech ve funkci



Mgr. Květoslava Slabáková

mi ale začal chybět bližší kontakt s pacienty. V té době přišla nabídka z českobudějovické nemocnice na pozici vrchní sestry Interního oddělení. I když jsem na interně ani v jiných interních oborech nikdy nepracovala, nabídku jsem nakonec ráda přijala. Interní obor se tak stal pro mne určitou výzvou: Jaká práce na interně vlastně je?

■ **A jaká je?**

Náročná. Jako chirurgická sestra jsem byla opravdu překvapená, co vše musí interní sestra zastat a hlavně kolik musí mít znalostí, protože obor interny je velmi komplexní. Na Interním oddělení pečujeme o velmi nemocné pacienty, kteří mají často souběh několika chorob. Velký počet pacientů je také hůře mobilních či zcela imobilních, a vyžadují plnou ošetrovatelkou péči. Každý pacient, nejen na JIP stanici, ale i na standardním lůžku má zavedenou řadu invazivních vstupů

od běžných cévních vstupů, ale i střednědobé a dlouhodobé cévní vstupy jako je midline, PICC katétr až po centrální žilní katétry či dialyzační kanyly. Pečujeme o pacienty nejen s permanentními močovými katétry, ale také o pacienty s nefrostomiemi. Ani pacienti s jejunostomiemi nejsou na interním oddělení vzácností. Sestra musí umět se všemi těmito vstupy pracovat a správně je ošetřovat. Nesprávná péče o vstupy může mít pro pacienta opravdu fatální následky.

Dalším důležitým úkolem sestry je péče o chronické rány. To neobnáší jen znalosti z této oblasti, například fáze hojení ran, ale pro pacienta jsou velkým přínosem také zkušenosti sestry. Pacienti totiž přicházejí k hospitalizaci na Interní oddělení nejen s bércovými vředy nebo defekty spojenými s diabetem, ale také s dekubity.

A sestry musí samozřejmě sledovat pacientův celkový stav. Tím, jak o něj pečují takřka nepřetržitě, dokážou velmi dobře posoudit, jak se jeho stav vyvíjí. Jsou tak velmi důležitým prostředníkem mezi pacientem a lékařem. Důležitá je také spolupráce sester s ošetřovatelkami, sanitářkami či sanitáři, protože i oni jsou důležitou součástí ošetřovatelského týmu a interní tým by bez nich nebyl kompletní.

Část pacientů v důsledku onemocnění trpí zmateností, neklidem nebo agresí. Sestry tak vedle opravdu širokého spektra odborných znalostí musí mít i velkou dávku empatie a trpělivosti. Některým pacientům již pomoci nedokážeme a na našem oddělení umírají. To je další věc, se kterou se sestry a další ošetřovatelský personál musí naučit vyrovnat.

Práce interních sester, ale i ošetřovatelek, sanitářek či sanitářů je tak opravdu náročná po všech stránkách. A dle mého názoru je zdravotníky neprávem považována za neatraktivní. To je něco, co bych chtěla změnit.

■ Jak chcete změnit vnímání práce, která je objektivně těžká?

Práce interní sestry je a vždy bude náročná, stejně tak i spektrum pacientů. To jsou věci, které změnit nedokážu. Ale ráda bych, aby zejména budoucí kolegyně a kolegové začali vnímat internu jako základ ošetřovatelské péče, obor, který stejně jako ty ostatní používá řadu moderních postupů, přístrojů a pomůcek.

Chtěla bych, abychom společně dosáhli toho, že u nás budou chtít pracovat nejen sestřičky, ale i ošetřovatelky, sanitářky a sanitáři – a to proto, že budeme mít dobrý a zdravý tým.

■ Máte dlouholeté zkušenosti s vedením týmu. Jaké jsou podle vás základní předpoklady pro zdravý a dobře fungující tým?

Každý kolektiv je živý organismus. Zásadní je vytvořit prostředí, ve kterém jeden pomáhá druhému, kolegové jsou tolerantní k tomu, co druhému nejde a co se teprve učí, snaží se mu pomoci a zároveň umí ocenit, v čem druhý vyniká. Vzájemně si nelžou a všichni táhnou za jeden provaz.

Za mne je klíčovou osobou staniční sestra, která je v těsném kontaktu se zaměstnanci i s pacienty. Ví tedy, jak kdo pracuje, jaké jsou jeho silné stránky a v čem je potřeba jej podpořit. Je spravedlivá, dokáže pochválit i poukázat na nedostatky, prostě umí dobře komunikovat. Na druhou stranu musí umět přijímat i zpětnou vazbu od zaměstnanců, například co by bylo dobré v péči o pacienty zlepšit, jak podpořit tým. Dbá tedy na blaho zaměstnanců i pacientů. S oblibou říkám, že je to „máma“ stanice.

Pokud někdo neplní své povinnosti a nechává za sebe pracovat ostatní, velmi rychle to vede k oprávněné nespokojenosti. To jsou signály, které staniční sestra musí vnímat ačas a adekvátně na ně reagovat. Tuto situaci jsme konkrétně už také řešili. Narovnání situace se velmi pozitivně odrazilo na atmosféře na stanici.

Za důležité také považuji udělat si čas nejen na oficiální teambuilding, ale sejít se někdy i jen tak, třeba u kávy. Dobrý tým je výsledkem soustavné práce všech jeho členů. Všichni musí chtít a být rádi součástí týmu. Takový tým je pak odolný i vůči toxickým lidem. Mám vlastní zkušenost z minulého zaměstnání, kdy k nám nastoupila kolegyně, která byla velmi manipulativní a snažila se různými intrikami a nevhodným chováním tým rozložit. To se jí ale nepodařilo a sama po čase odešla. Někdy je opravdu těžké si přiznat, že ne každý je ryzí. Ale umět se vypořádat s těmi, kdo dlouhodobě

nepracují dobře či svým chováním k pacientům i kolegům kazí pověst svému týmu, je pro celý tým důležité.

Velkou výhodou je, když je v ženském kolektivu i muž. Muži přinášejí do týmu krom fyzické síly i jiný pohled na věc. Na oddělení několik kolegů máme, za což jsme všechny velmi rády.

■ Staniční sestra má na starosti chod stanice a vede veškerý nelékařský personál. Vy naopak vedete tým staničních sester. Co považujete za zásadní pro vaši dobrou spolupráci?

Důvěru, komunikaci a poučení se z negativních zkušeností, rozhodnutí, že příště situaci vyřešíme jinak. Staniční sestry jsou pro chod celého oddělení velmi důležité. Naše oddělení je provozně rozděleno na tři lůžkové stanice, hemodialyzační stanici a ambulance. Celkem tedy máme čtyři staniční sestry. Na denní bázi spolu řešíme řadu provozních záležitostí a stále se snažíme posouvat péči o pacienty i zaměstnance.

Prošly jsme si už i náročnými situacemi, které jsme spolu dokázaly dobře komunikovat a vyřešit. Umět si vyříkat i nepříjemné věci považuji za velmi důležité. Těší mne, že se na ně mohu spolehnout, a doufám, že i ony cítí, že se můžou spolehnout na mne. Máme společný pohled na péči o pacienty a víme, čeho chceme postupně dosáhnout. Čeká nás tedy spousta práce, kterou, jak věřím, společně zvládneme.

■ Zmínili jste, že sestry musí mít velký odborný záběr. Krom lůžkové části máte i řadu specializovaných ambulancí. Znamená to pro sestry i širší možnosti uplatnění v rámci oddělení?

Myslím, že pro každou sestru je důležité najít v oboru oblast, která ji baví, ve které by se chtěla rozvíjet a mohla v ní být jedinečná. Vidím to i jako jednu z výhod práce na Interním oddělení –

nabízí sestrám široké možnosti dalšího vzdělávání v oblastech, které je zajímají. Je velmi znát, když sestra dělá práci, která ji baví. Své kolegyně maximálně podporuji v jejich dalším vzdělávání. Právě vzdělání vnímám jako jednu z účinných prevencí syndromu vyhoření.

Interní oddělení má vedle lůžkové části i řadu ambulantních podoborů – nefrologii, revmatologii, osteologii, diabetologii, podologii, angiologii apod. Sestry se tak mohou specializovat a vzdělávat například v edukaci pacientů s diabetem, mohou být specialistkami na hojení ran, specialistkami v ošetřovatelské péči o pacienta s PICC a PORT katétrů, mohou absolvovat certifikovaný kurz pro všeobecné sestry v podiatrii apod. Osobně bych se ráda věnovala právě péči o chronické rány našich interních pacientů. Chronickým neboli nehojícím se ranám jsem se věnovala i dříve, i když jen u ortopedických pacientů.

■ Pro tým jsou také důležití nováčci. Jak se vám daří pracovat se studenty na praxi?

Myslím, že u nás je systém práce se studenty nastaven velmi dobře. Bereme je ke všem výkonům, snažíme se jim ukázat vše, co umíme a děláme. Chceme, aby se u nás cítili jako součást našeho týmu. Aby cítili, že budeme rádi, když k nám po škole nastoupí, že o ně opravdu stojíme.

■ Mají absolventi zájem o práci na interně? Nemá to i s ohledem na věk pacientů a šíří jejich obtíží práce vhodná spíše pro zkušenější sestry?

Je to samozřejmě člověk od člověka. Některé mladé slečny ale v sobě mají neuvěřitelné množství empatie, což pacienti velmi oceňují. Takže i přes náročnost oboru k nám letos nastoupila studentka z Jihočeské univerzity. Někteří studenti u nás také pracují „brigádně“ – i za ně jsme moc rádi, jsou pevnou součástí našeho týmu.

■ Do českobudějovické nemocnice dojděte z Písku. Nelitujete někdy svého rozhodnutí, když stojíte v zácpě či se snažíte zaparkovat?

Nelituji. Na oddělení, kde mám skvělý tým, se mi moc líbí. Ráda bych poděkovala paní primářce Peškové i ostatním kolegům a kolegyním za milé přijetí do týmu. Pro mne osobně je to velice obohacující

zkušenost, každý den se učím něco nového. Jsem ráda za nové možnosti, které práce v krajské nemocnici přináší, včetně bližší spolupráce s Jihočeskou univerzitou. I když práce je náročná, tak jsem tu opravdu ráda a nelituji svého rozhodnutí.

■ Ing. Veronika Dubská

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů



Škodlivý vliv alkoholu z pohledu neurologa

ALKOHOL – droga stará skoro jako lidstvo samo. Nejčastěji užívaná psychoaktivní droga na celém světě. Dle údajů Českého statistického úřadu z roku 2023 Češi spotřebují 20 litrů vína na osobu a rok a 133 litrů piva na osobu a rok. Dle posledních velkých studií nebyl prokázán pozitivní efekt na lidské zdraví ani malého množství alkoholu. Alkohol je také velice energeticky bohatý nápoj – jeden gram alkoholu představuje 30 kJ energie.

Jak působí alkohol na mozek?

Příznaky jsou vyvolány depresí funkce mozku, zpočátku asi některých hlubších struktur mozku (např. tzv. retikulární formace), později útlumem kůry mozkové. Mechanismus přímého působení alkoholu na mozek není zcela přesně znám. Předpokládáme, že alkohol ovlivňuje funkce neurotransmitery řízených iontových kanálů – zvláště prostřednictvím nikotinových cholinergních, GABA a NMDA receptorů.

Stav opilosti je závislý nejen na koncentraci alkoholu v krvi, ale i na rychlosti vstupu jeho hladiny v krvi, na obsahu žaludku, konstituci těla, ale i individuální toleranci. Zatímco s 0,3 promile alkoholu v krvi pocítujete mírnou euforii, při hladině alkoholu 5,0 promile může dojít až k úmrtí.

Chronické nadužívání alkoholu (alkoholismus)

Mezi nejčastější a i nejzávažnější komplikace alkoholismu patří komplikace neurologické.

1. Wernickeho encefalopatie: závažný, život ohrožující stav poruchy vědomí – zmatenost, dezorientace, okohybná porucha a porucha koordinace. Rozvíjí se akutně nebo i během několika dnů. Tento stav je způsoben nedostatkem vitamínu B1, thiaminu, který alkoholikům chybí.

2. Korsakovův syndrom: dlouhodobější porucha paměti u alkoholika. Výpadky paměti pak nahrazuje různými výmysly (konfabulacemi).

3. Fetální alkoholový syndrom: je projevem přímého vlivu alkoholu na plod matek alkoholíček. Novorozenci jsou pak nízké porodní váhy, trpí i dalšími vývojovými vadami mozku.

4. Abstinenční syndromy: představují rozsáhlou a závažnou skupinu postižení mozku alkoholem. Tyto syndromy vznikají, když je z nějakého důvodu příjem alkoholu přerušeno. Například úrazem a následným pobytem v nemocnici, kdy alkoholik nemá možnost se napít.

Všechny následně vyjmenované abstinenční příznaky jsou již známkou závažné závislosti na alkoholu:

- nejdříve se po zhruba 6–8 hodinách abstinence rozvíjí třes, pak i úzkost, nespavost, pocení, vysoká tepová frekvence a vysoký tlak krve

- alkohol také může vyprovokovat epileptické záchvaty (záchvaty padoucnice). Tyto záchvaty se objevují 6–48 hodin po vysazení alkoholu, nejčastěji je to po 12–24 hodinách. Alkoholik najednou ztrácí vědomí a zmítá se ve velkých křečích. V tomto stavu se může například udusit vlastními zvrátky či se závažně smrtelně poranit.

- alkohol může vyprovokovat **epileptický záchvat** u pacienta s epilepsií. Většinou se tak stane až druhý den po porušení režimu epileptika. Pacientům s epilepsií užívání alkoholu striktně zakazujeme.
- asi 5 % alkoholiků postihne tzv. „delirium tremens“. Vzniká nejpozději z abstinenčních příznaků, za 2–3 dny po vysazení alkoholu. Nemocní jsou neklidní, agitovaní. Trpí zrakovými halucinacemi. Stav si žádá akutní hospitalizaci.

5. Alkoholová mozečková degenerace: toxický vliv nadužívání alkoholu na mozeček, který řídí především rovnováhu. U alkoholika se může po letech nadužívání alkoholu rozvinout porucha stoje a chůze.

6. Alkoholová polyneuropatie: postižení periferních nervů způsobené dlouhodobým nadužíváním alkoholu, společně s deficitem metabolickým, malnutričním. Je to velmi častá komplikace chronického alkoholismu, vyskytuje se až u 75 % alkoholiků. Jako první bývají postiženy dlouhé periferní nervy na dolních končetinách. Pacient pocítuje brnění plosk, až bolestivě. Pokud převažuje postižení silnějších vláken, pak i poruchy hybnosti a poruchy hluboké citlivosti.

7. Demence – je častým následkem dlouhodobého nadužívání alkoholu, projevuje se postupným úbytkem paměťových funkcí a následně i poruchami chování.

Alkohol a Váš mozek ve zkratce

Přestože je nám se skleničkou alkoholu na začátku i příjemně, nesmíme ztratit nad alkoholem kontrolu. Mozek totiž pravidelné a velké množství alkoholu vyhodnocuje jako JED. A v naší se zemi se ještě sluší připomenout, že i pivo je alkohol.

Na úplný závěr

Zaujala vás naše série článků o vlivu alkoholu na lidský organismus? Obáváte se, že vy nebo někdo z vašich blízkých trpí závislostí na alkoholu? Pro pomoc se můžete obrátit například na Ambulanci pro léčbu závislosti Psychiatrického oddělení Nemocnice České Budějovice.

■ **MUDr. Miroslava Nevšímalová**
Soukromá neurologická ordinace
České Budějovice,
členka redakční rady Nemocničního zpravodaje Nemocnice České Budějovice a.s.

38. český a slovenský epileptologický sjezd

72. český a slovenský sjezd klinické neurofyziology



9.–10. 4. 2026
Clarion Congress Hotel
České Budějovice

Hlavní témata:

38. český a slovenský epileptologický sjezd

ODBORNÝ GARANT:

prof. MUDr. Pavel Kršek, Ph.D.

- Záchvaty, epilepsie a kognice
- Pokroky v diagnostických metodách
- Jak v praxi využíváme nové klasifikace epileptických záchvatů a syndromů
- Epilepsie a těhotenství
- Záchvaty v intenzivní péči
- Epileptochirurgie
- Klub epileptických záchvatů
- Kulatý stůl EEG laborantek a epileptologických sester

Účast potvrdili světově uznávaní řečníci:

- Prof. Kees Braun, Utrecht, Nizozemsko (dětský neurolog a epileptolog)
- Dr. Daniel Nilsson, Göteborg, Švédsko (neurochirurg)

72. český a slovenský sjezd klinické neurofyziology

ODBORNÝ GARANT:

doc. MUDr. Svatopluk Ostrý, Ph.D.

- Neurofyzologie a spánek
- Neuropatie
- Neurofyzologie v neuropsychiatrii
- Neurofyzologie smyslů
- Intraoperační neurofyziology
- Neinvazivní mozková stimulace
- Počítačové zpracování biosignálů
- Funkční zobrazování a mapování mozkových funkcí
- Neurofyzilogické modalit – standardy (update)
- Perspektivy a nové technologie v neurofyzilogii
- Škola neurofyziology
- Sekce pro laboranty

Aktuální informace naleznete na www.epiknsjezd.cz



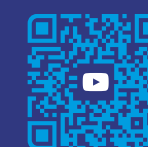
**SLEDUJTE
NEMOCNICI
ČESKÉ BUDĚJOVICE
NA SOCIÁLNÍCH
SÍTÍCH!**



facebook
nemcb



instagram
nemocnicecb



youtube
nemcbcztv

POCHVALA

Dobrý den,

rád bych touto cestou vyjádřil poděkování celému Dětskému oddělení a panu doktorovi, který prováděl operaci nosních mandlí mému synovi. Od brzkých ranních hodin byl přístup jak sester, doktorů, celého personálu úplně špičkový a profesionální. Celý personál byl milý a velmi příjemný. I když jsme měli informace, že zde se synem nebudeme moci být, byli jsme nakonec u syna oba s manželkou na pokoji a manželka i na dospávacím pokoji po operaci. Všichni nám doporučovali Nemocnici Jindřichův Hradec, ale my nechtěli dlouho čekat a zvolili naši nemocnici a udělali jsme velmi dobře. Odpoledne dorazili na pokoj nemocniční klauni, kteří děti rozveselili a přivedli je na jiné a příjemné myšlenky.

Ještě jednou vám děkuji za krásný přístup a skvěle zvládnutou operaci, kdy jsme se synem odjeli ještě ten den domů a vše dopadlo dobře a bez komplikací. Děkuji Vám a byl bych rád, kdyby se toto poděkování dostalo k celému personálu.

S pozdravem

T. S.

Centrová léčiva

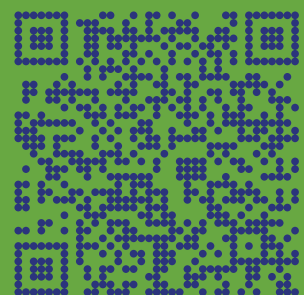
Centrová léčiva se používají k léčbě závažných onemocnění jako například roztroušená skleróza, revmatoidní artritida nebo nádory. Označení „centrová“ získala díky tomu, že jejich podávání je soustředěno do specializovaných center.

„Centra vysoce specializované péče“ jsou akreditovaná zdravotnická zařízení, která splnila určitá kritéria a kterým Ministerstvo zdravotnictví přidělilo status specializovaného centra. Kritéria pro udělení statusu specializovaného centra jsou velmi přísná, je nutno mít dostatečný počet atestovaných lékařů specialistů, dále je nutné disponovat moderní přístrojovou diagnostickou a léčebnou technikou. Centra také musí být zapojena do klinických studií (realizace výzkumné činnosti). Platnost akreditace specializovaného centra je 5 let a poté musí dané pracoviště žádat o akreditaci znovu (tzv. reakreditace). Specializovaná centra můžeme laicky rozčlenit podle nemocí, které se v nich léčí. Nejčtenější jsou komplexní onkologická centra (KOC) a toto centrum je i v Nemocnici České Budějovice, a.s.

Dále existují například specializovaná transplantační centra, perinatologická centra aj. Úhrada centrových léků má svá specifika. Výši úhrady centrového léku stanovuje Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) ve správním řízení. Každá zdravotní pojišťovna (ZP) má smlouvu s příslušným specializovaným centrem, kde je centrový lék indikován, a smlouva se ZP je vázána na konkrétní diagnózu, to znamená, že pacient musí splňovat tzv. „indikační kritéria“, která jsou velmi přísně nastavena, aby mohl být léčen centrovým lékem a tato léčba byla uhrazena. Zdravotní pojišťovna si také často určí částku – výši úhrady, tedy kolik bude za centrový lék hradit. Je to trochu paradox, ačkoliv má lék úhradu stanovenou ve správním řízení SÚKLe, zdravotní pojišťovny si přesto určují výši úhrady, kterou jsou ochotny hradit.

Dalším paradoxem úhrady centrových léků je fakt, že některé zdravotní pojišťovny určitý centrový lék konkrétnímu centru hradí a jiné zdravotní pojišťovny ten samý lék specializovanému centru neuhradí. Na český trh s léčivy neustále přicházejí nová centrová léčiva, a díky tomu jsou tyto léky dostupné pro stále

více pacientů. Z hlediska struktury onemocnění jsou centrová léčiva nejvíce využívána v oblasti onkologie, hematologie, revmatologie, neurologie, gastroenterologie, oftalmologie, infektologie a dermatologie. Detailní data o počtu pacientů léčených centrovými léčivy lze najít na stránkách www.nzis.cz (Národní zdravotnický informační systém). Jedná se o data zdravotních pojišťoven, kolika pacientům byla centrová léčba uhrazena. Zde jen uvádím lehký výčet srovnání léčených diagnóz za rok 2021 a za rok 2023. Data za rok 2024 ještě nejsou k dispozici, ale lze očekávat, že bude nadále pokračovat trend zvyšujícího se počtu pacientů, kteří se centrovými léčivými přípravky léčí. A zde je nutno si položit otázku, jak budou plátcí (zdravotní pojišťovny) a Ministerstvo zdravotnictví reagovat na trend vzrůstající preskripce (předepisování) centrových léků. Centrová léčiva jsou plně hrazena zdravotními pojišťovnami, pacient za léky nedoplácí. V grafu můžeme vidět, že v posledních letech prudce vzrůstá objem finančních prostředků pro centrové léky. Pozitivním prvkem je, že cena centrových léků nevzrůstá, ale pacientů se léčí čím dál více.



Jihočeská
pohotovost

Kdykoli a kdekoli
pro Jihočechy
zdarma

Jihočeský kraj



www.jihoceskapohotovost.cz

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

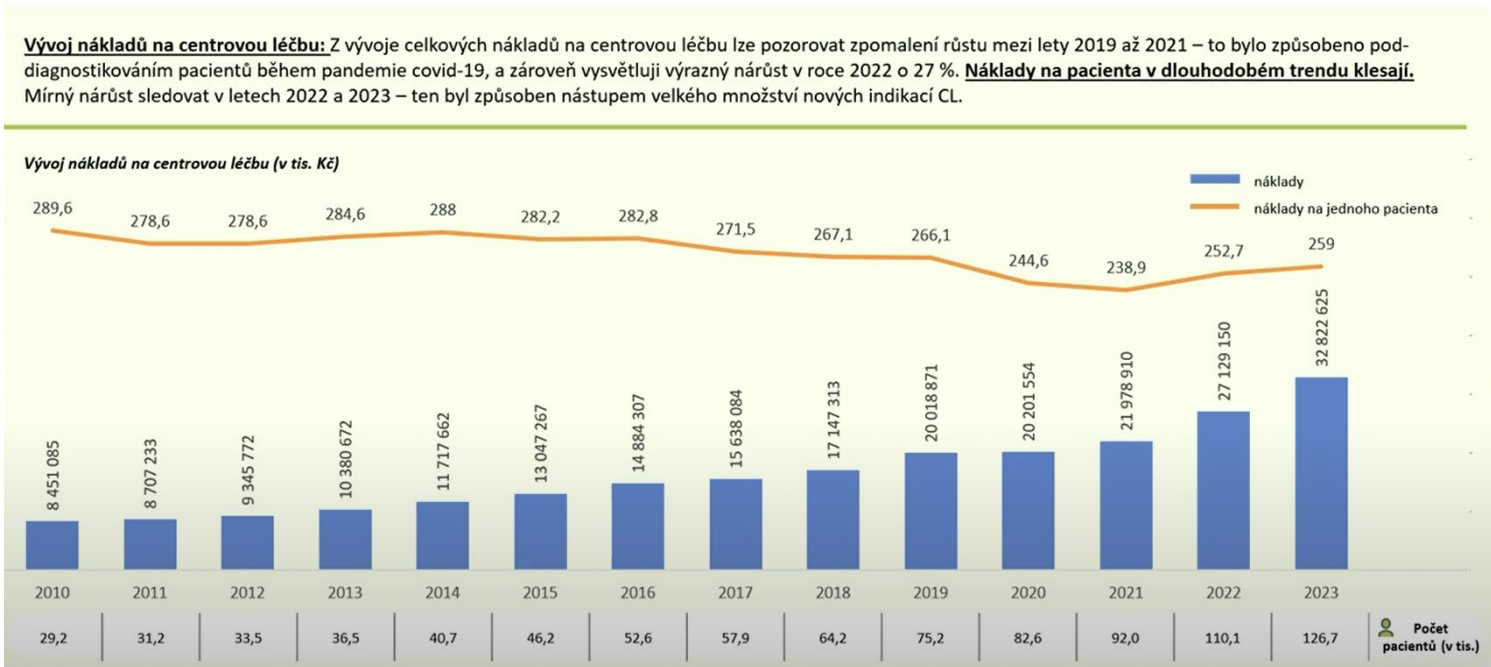
praktický lékař pro děti a dorost nebo praktický lékař pro dospělé posoudí a doporučí léčebný režim, který doplníte volně prodejným lékem nebo lékem z vystaveného eReceptu

KDYKOLI A KDEKOLI PRO JIHOČECHY ZDARMA

v režimu 24/7 v tuzemsku i zahraničí

Segment péče	Onemocnění	Pacienti 2021	Pacienti 2023
Dermatologie	atopická dermatitis, psoriáza	4 096	6 869
Dýchací soustava 1	astma, CHOPN	524	840
Dýchací soustava 2	idiopatická plicní fibroza	793	1 131
Endokrinologie	hypercholesterolemie, akromegalie	2 465	3 777
Hemato(onko)logie	mnohočetný myelom, lymfomy, chronická lymfoidní leukémie	11 772	14 781
Imunitní systém	polyangiitida, hereditární angioedém	704	905
Infekce	HIV, chronická hepatitida	7 502	8 321
Neurologie 1	migréna, narkolepsie; Parkinsonova choroba	3 051	6 080
Neurologie 2	roztroušená skleróza	16 115	19 582
Oběhový systém	plicní arteriální hypertenze	1 388	1 660
Oftalmologie	makulární degenerace oka	17 722	25 530
Onkologie – solidní nádory	nádory prsu, plic a prostaty, kolorekta, ledviny	19 587	25 918
Revmatologie	revmatoidní artritida, ankylozující spondylitida, psoriatická artritida	13 199	17 276
Trávicí soustava	Crohnova choroba, ulcerózní kolitida	9 163	11 910

Zdroj: NZIS



VILP
Tajemná zkratka VILP ukrývá označení pro **„vysoce inovativní léčivý přípravek“** (v anglické literatuře se můžeme setkat se zkratkou **HMP** – Highly Innovative Medicinal Product). Tyto moderní přípravky nabývají dnes na významu spolu s tím, jak dochází k prudkému rozvoji léčiv v oblasti vzácných a specifických onemocnění (např. onkologických, metabolických). Přesnou definici, co je VILP, nalezneme v zákoně č. 48/1997 Sb., Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů: „Za vysoce inovativní lze označit léčivý přípravek určený pro léčbu vysoce závažného onemocnění, kterým se rozumí onemocnění vyžadující trvalou nebo dlouhodobou hospitalizaci, onemocnění vedoucí k častým opakovaným hospitalizacím po dobu několika let nebo k invaliditě, onemocnění, které má za následek trvalé závažné poškození zdraví, úplnou nebo téměř úplnou ztrátu zraku, sluchu, řeči nebo pohybu, nebo onemocnění,

Orientační cena centrové léčby – rok 2024:

Diagnóza	Průměrná cena za rok léčby / 1 pacient
Onkologie – imunoterapie	1 000 000,00 Kč
Cystická fibróza	10 000 000,00 Kč
Revmatoidní artritida	500 000,00 Kč
Roztroušená skleróza	300 000,00 Kč

Mezi vyšší a finančně nákladnější stupeň centrových léků se řadí VILP, orphan.

které zkracuje předpokládanou délku života více než o 20 %. Dostupné údaje o takovém vysoce inovativním léčivém přípravku musí dostatečně průkazně odůvodnit jeho přínos pro léčbu vysoce závažného onemocnění.”

VILP souhrnně:

- Klinický přínos – výrazně lepší výsledky léčby oproti standardní terapii
- Unikátnost – na trhu s léčivý v České republice není dostupná srovnatelná léčba
- Přínos pro pacienty – může významně prodloužit život, zlepšit jeho kvalitu nebo vyléčit onemocnění

- VILP je indikován na vysoce specializovaných pracovištích

Jedná se o velmi nákladné (drahé) léčivé přípravky, které se vyznačují specifickým systémem úhrady. VILP přípravky jsou v režimu tzv. **dočasné úhrady**. Dočasná úhrada léčivého přípravku znamená, že lék je z veřejného zdravotního pojištění hrazen po omezenou dobu, a poté musí být přípravek dán do režimu trvalé úhrady, nebo režimu bez úhrady. Trvalá úhrada znamená, že jedná se o úhradu léčivého přípravku ze zdravotního pojištění, výši a podmínky úhrady stanovuje opět SÚKL ve správním řízení. Informace o tom, kolik pacientů je v současné době léčeno VILP přípravky,

není k dispozici, ale lze předpokládat, že počty pacientů budou narůstat s tím, jak se zvyšuje úroveň medicíny. VILP mohou být v režimu dočasné úhrady 3 roky (tzv. první dočasná úhrada) a poté ještě s následným znovustanovením/prodloužením další 2 roky (tzv. druhá dočasná úhrada), celkem tedy 5 let. Poté buď přejdou do režimu trvalé úhrady jako ostatní běžně dostupné léčivé přípravky, nebo úhradu zcela ztratí. Při schvalovacím procesu VILP musí farmaceutická firma (MAH) o schválení dočasné úhrady doložit mimo jiné, jak tyto léčivé přípravky při reálném užívání v praxi zatíží státní rozpočet. Zde hovoříme o tzv. analýze nákladové efektivity VILP. Dočasná úhrada také podléhá režimu schválení SÚKLe. Pokud VILP po 5 letech ztratí úhradu a zároveň nezíská trvalou úhradu, je podle zákona povinností žadatele (MAH) doléčit všechny pacienty na terapii tím konkrétním přípravkem a zaplatit jim léčbu v délce maximálně 24 měsíců. Mechanismus dočasné úhrady VILP přípravků slouží k tomu, aby se i čeští pacienti dostali k nejnovějším léčivým přípravkům, které ještě neprošly všemi schvalovacími procesy a je u nich potřeba delší časový

prostor (5 let), aby se prokázalo, nebo naopak neprokázalo, že lék splňuje všechny deklarované požadavky a je v dostatečné míře doložen jeho léčebný účinek. Souhrnně VILP přípravek je k dispozici max. 5 let poté může přejít do režimu trvalé úhrady, který má úhradu ze zdravotního pojištění nebo se jedná o přípravek bez úhrady. Proces získání trvalé úhrady není jednoduchý. Je třeba doložit důkazy o účinnosti, bezpečnosti nákladové efektivitě a další. Vše opět posoudí SUKL a vydá stanovisko a z VILP přípravku se stane „centrový“ lék. Počet pacientů, kteří jsou léčeni vysoce inovativními léky také kontinuálně roste.

Orphan drugs

Další tajemný název, který v českém překladu znamená **„léčivé přípravky pro vzácná onemocnění“**. Jedná se o léčivé přípravky určené pro léčbu život ohrožujícího nebo chronicky invalidizujícího onemocnění, které postihuje velmi malý okruh pacientů. V řeci čísel se jedná o 5 pacientů z populace 10 000 osob. Většina vzácných onemocnění má genetický původ, jsou progresivní (nemoc se vyvíjí rychle v čase). Příklady vzácných

onemocnění jsou Huntingtonova nemoc, cystická fibróza, ALS – amyotrofická laterální skleróza. Pro většinu vzácných onemocnění neexistuje účinná léčba, orphan drugs většinou pouze zpomalí průběh nemoci, zlepší dočasně kvalitu života pacienta. Protože jsou orphan drugs určeny pro velmi úzkou skupinu pacientů, je cena těchto léčivých přípravků velmi vysoká. Orphan nejsou pro farmaceutické firmy příliš rentabilní. Proto je tato skupina léčiv ve speciálním režimu úhrady, kterou určuje Ministerstvo zdravotnictví (MZ), ne SUKL. MZ vydá pro SÚKL závazné stanovisko o výši úhrady. Závěrem lze říci, že v České republice je pacientům umožněn rychlý a transparentní přístup k nejnovějším inovativním terapiím, jsou k dispozici moderní účinná léčiva pro specifická onemocnění. Vzhledem k rychlému nárůstu počtu vysoce specializovaných a finančně náročných centrových léčiv lze očekávat, že dostupné finanční prostředky systému veřejného zdravotního pojištění nebudou dlouhodobě postačovat k plnému pokrytí všech těchto terapií.

PharmDr. Barbora Vařejková
Lékárná

POCHVALA

Dobrý den,

ve středu jsem absolvovala ve vaší nemocnici totální koloskopii v CA a chtěla bych nyní velmi poděkovat týmu endoskopického centra. Zaujala mě už velká vstřícnost sester při objednávání termínu a skvělá forma vysvětlení přípravy na toto vyšetření. Vše mi bylo opravdu detailně a srozumitelně vysvětleno. V den vyšetření mě přijala velice vlídná sestřička, dala mi dostatek času a klidu na vše potřebné, což je před vyšetřením tohoto typu opravdu moc důležité, protože člověk přichází oslabený náročnou přípravou a strachem. Pak mi upřímně popřála, ať vše dobře dopadne, což je pro pacienta v té chvíli velké povzbuzení. Také přijetí na sále, kde se mi všichni z týmu nejprve představili a mile se mnou zacházeli, bylo pro mě až překvapivě příjemné. Oceňuji i krásné prostředí pavilonu C2, kde je dostatek soukromí pro pacienty před i po vyšetření, což napomáhá celkovému dojmu, který si pacient odnáší. Ti hlavní jsou však lidé: v mé zprávě jsou uvedeni MUDr. Rücklová, asistence Růžicková, Neubaerová. Skvělí byli i všichni další včetně usměvavého anesteziologa. Den předem mě přijala anestezioložka MUDr. Šimánková, která mi také věnovala dostatek času a pozornosti. Všem mockrát děkuji za to, že jsou schopni toto stresující vyšetření "polidštit" natolik, že mou hlavní vzpomínkou je nyní profesionalita a přátelská atmosféra.

S úctou a přáním mnoha úspěchů

A. B.

Samoléčba akutního kašle u dospělých a dospívajících

Kašel patří mezi nejčastější důvody, proč lidé vyhledají pomoc lékárníka. Většinou se objevuje **jako součást běžného nachlazení** a má sám o sobě ochrannou funkci – pomáhá čistit dýchací cesty od hlenu a dráždivých částic. Kašel může být často také symptomem mnoha závažných onemocnění. Je-li kašel silný a déletrvající, unavuje dýchací svaly, snižuje celkovou kondici, narušuje kvalitu spánku a významně snižuje kvalitu života.

Kašel lze dělit podle několika kritérií. Dle délky trvání kašel dělíme na akutní (do 3 týdnů), subakutní (3 až 8 týdnů) a chronický (déle než 8 týdnů). Dále lze rozlišit kašel dle produkce hlenu – na suchý (dráždivý, neproduktivní) a vlhký (produktivní). A právě toto rozdělení je klíčové pro pozdější terapii kašle.

Samoléčbu lze doporučit pouze u akutního kašle. Naopak léčba kašle subakutního a chronického by měla vždy následovat až po konzultaci s lékařem. Pro terapii kašle máme dvě základní kategorie léků – antitusika a expektorancia.

Suchý (neproduktivní) dráždivý kašel je možné léčit volně prodejnými léčivými přípravky s obsahem tzv. nekodeinových (butamirát, levodropropizin), nebo kodeinových (dextromethorfan) antitusik. Látky nekodeinového typu vyvolávají místní znecitlivění, zatímco látky kodeinového typu ovlivňují centrum kašle, avšak nepůsobí analgeticky. Antitusika nejsou doporučována v léčbě kašle při infekcích horních dýchacích cest, ale mají dobrý efekt u akutní i chronické bronchitidy. Opatrnost je na místě u pacientů s astmatem. Na vlhký (produktivní) kašel se naopak používají expektorancia. Léčivé

přípravky této kategorie působí buď mukolyticky/sekretolyticky (snižují viskozitu bronchiálního sekretu ovlivněním fyzikálně-chemických vlastností), nebo sekretomotoricky (zvyšují činnost řasinkového epitelu a usnadňují odstraňování sekretu).

Pro terapii kašle lze v lékárně nalézt různé léčivé formy. Sirupy lze použít především pro děti a neměli by je používat pacienti s diabetem mellitem. Dále máme k dispozici kapky, tablety nebo tobolky a pomoci mohou i pastilky. Obecně platí pravidlo, že antitusika a expektorancia by se neměla kombinovat.

Léčbu pomocí látek přírodního charakteru nazýváme fytoterapie. Je nutné si uvědomit, že i tyto látky mohou představovat určité riziko a například u těhotných a kojících pacientek by měly být používány s opatrností. Tyto pacientky by se neměly léčit přípravky s obsahem lípy, břečťanu, šalvěje nebo lékořice.

Pro maximalizaci účinku vhodné zvolené terapie je doporučováno dodržovat režimová opatření. Mezi ně řadíme:

- **dostatek tekutin** – zvlhčují sliznice a usnadňují vykašlávání
- **odpočinek a spánek** – podporují imunitu
- **zvlhčování vzduchu** – například pomocí zvlhčovače nebo mokrého ručníku na topení
- **větrání a nekuřácké prostředí** – kouř výrazně dráždí dýchací cesty

Kdy vyhledat radu lékaře? Když kašel trvá déle než 3 týdny, objevuje se horečka nad 38 °C, dušnost nebo bolest na hrudi, vykašlávání krve nebo hnisavého sputa. A kašel u chronicky nemocných (např. astma, CHOPN, srdeční onemocnění).

Tip na závěr: Sklenice teplého čaje s medem sice kašel nevyléčí, ale může přinést úlevu a zlepšit náladu.

Vaše lékárnice



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 virózy 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.



Iceland
Liechtenstein
Norway grants



ERAS protokol na Gynekologicko-porodnickém oddělení

ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protokol je soubor doporučených postupů v perioperační péči. Cílem konceptu ERAS je „lepší zotavení pacienta po operaci“, tj. zmírnění operačních komplikací a nežádoucích následků výkonu, snížení pooperační morbidity (nemocnosti), rychlejší zotavení a zkrácení délky hospitalizace – v celkovém důsledku tedy snížení nákladů na léčbu pro nemocnici a snížení zátěže pro pacienta. ERAS guidelines jsou založeny na „evidence-based medicine“ a jsou výsledkem širokého mezioborového konsenzu. Týkají se širokého spektra chirurgických intervencí, jsou průběžně doplňovány a aktualizovány a následně publikovány na stránkách ERAS® Society.

Na Gynekologicko-porodnickém oddělení využíváme koncept ERAS s dobrými výsledky od roku 2022, a to v rámci perioperační péče o onkogynekologické pacientky. Spolu s Neurochirurgickým oddělením jsme patřili k prvním oddělením nemocnice, kde byl ERAS protokol implementován.

O implementaci ERAS protokolu jako standardu perioperační péče o pacientky Onkogynekologického centra českobudějovické nemocnice jsme se snažili z několika důvodů. Mezi ty zásadní patřil nestandardizovaný proces perioperačních postupů, neexistence interních auditů a snaha zjistit, které faktory ovlivňují délku hospitalizace, rychlost rekonvalescence, případně frekvenci rehospitализace, a které z nich by byly respektováním zásad uvedených v protokolu modifikovatelné.

Zavedení ERAS protokolu do praxe má velké opodstatnění jak z pohledu zdravotního, tak ekonomického. Byl analyzován také finanční dopad implementace ERAS protokolu a bylo zjištěno, že jeho aplikace do praxe přináší zkrácení doby hospitalizace, snížení počtu opětovných hospitalizací a v konečném důsledku nevede ke zvýšení finančních nákladů pro poskytovatele. Implementace ERAS protokolu vede v obecné rovině k poklesu komplikací až o 40 %. Stěžejní je multioborová spolupráce nejenom s anesteziology a konzultujícími chirurgy, ale i s nutričními specialisty a především se nelékařskými zdravotnickými pracovníky (sestrami, porodními asistentkami a dalším zdravotnickým personálem).

K dosažení maximální možné adherence k protokolu bylo v rané fázi zavedení ERAS nutné důkladné proškolení ošetřujícího personálu. Jako hlavní omezení limitující zavádění ERAS protokolu jsme vnímali nízkou motivaci, špatnou spolupráci a komunikaci personálu na jakékoli úrovni procesu, a to především z důvodu nedostatečné edukace v samotné problematice ERAS.

ERAS protokol má na našem oddělení podobu tzv. checklistu, který pacientku provází po celou dobu hospitalizace. Na vedení ERAS dokumentace se v předoperačním období podílí zejména ošetřující střední zdravotní personál, následně perioperačně anesteziolog a operatér a v pooperačním období ošetřující lékař a ošetřující sestra. Logicky se tím pro celé oddělení mírně zvýšila byrokratická zátěž. Brali jsme to jako nutnou daň za zmíněné benefity.

Do předoperační fáze ERAS patří edukace pacientky, optimalizace

zdravotního stavu a prerrehabilitace. Jde o procesy, které probíhají určitý čas před samotným nástupem pacientky na oddělení. A zde vidíme naše největší rezervy. Za faktory, které za tím stojí, lze označit všeobecný nedostatek času na komunikaci s pacientem a někdy i suboptimální spolupráce s praktickými lékaři a ambulantními specialisty, která může mít mnoho příčin – od jejich přetížení a nechuti více se zapojit až po nepochopení přínosu požadovaných opatření.

V bezprostřední perioperační péči se nám výborně daří aplikovat ERAS protokol k prevenci žilní trombembolie, u snížení rizika infekcí v operační ráně (SSI) použitím antimikrobiálního mýdla s chlorhexidinem v hygienické přípravě pacientek před operací a u odstraněním ochlupení zastříháváním elektrickým strojkem místo jednorázové žiletky. Největší pokrok od zavedení ERAS protokolu jsme zaznamenali v tom, že pacientky mohou pít čiré tekutiny až 2 hodiny před výkonem a pevnou stravu mohou přijímat jen 6 hodin před podáním anestezie. Před některými onkogynekologickými operacemi, při nichž může být nutný zásah do střeva, bývá diskutována takzvaná střevní příprava (snaha o co nejlepší vyprázdnění střeva před operací). Podle ERAS protokolu tato intervence již většinou není doporučována, v praxi však zatím nadále hledáme shodu s ostatními odbornostmi a proto ji ještě u indikovaných pacientek používáme.

S implementací perioperačních procesů – jako je dodržení intervalu podání antibiotické terapie 30–60 minut před incizí (kožním řezem), dezinfekce kůže operačního pole alkoholovým roztokem chlorhexidinu, prevence hypotermie vyhřívanou podložkou a ohřátými

infuzními roztoky, preference šicího materiálu z antimikrobiálního materiálu nebo výměna sterilních rukavic po 90 minutách výkonu – nebyl díky skvělé spolupráci s perioperačními sestrami a anesteziologickým týmem žádný problém.

Pokud jde o miniinvazivní operační techniky, ty jsou u nás dlouhodobě na vzestupné trajektorii. A to zejména díky dlouhé tradici laparoskopické operativy a možnosti robotické chirurgie, která je v současné době v našem oboru primárně určena a zdravotními pojišťovnami proplácena pro onkogynekologii.

Prostor pro zlepšení z naší strany nadále zůstává v omezení používání drénů. S ohledem na individuální pohled jednotlivých operatérů a nutnosti změny navykklých postupů se nám zatím daří implementaci tohoto doporučení realizovat jen velmi pomalu.

Jako nejproblematictější se ukázalo období, kdy jsou pacientky na JIP. I zde jsme ale časem u velké části sledovaných doporučení pozorovali zlepšení nebo stabilně vysokou adherenci. Pro personál je bezesporu nejúsměvnější částí

protokolu nabízení žvýkačky a kávy pacientkám časně po výkonu, a to v rámci prevence paralytického ileu. V rámci pooperační péče na standardním oddělení jsme neidentifikovali nutnost žádných specifických intervencí. Omezení opiátů v pooperační analgezií, časná vertikalizace, pravidelná mobilizace pacientky z lůžka nebo snaha o časné propuštění do ambulantní péče – to vše patří zásluhou majoritního užití miniinvazivní chirurgie do standardní perioperační péče našeho oddělení.

V letošním roce máme v plánu zahájit implementaci ERAS protokolu do perioperační péče o pacientky, které podstupují gynekologické operační výkony pro neonkologické indikace. V budoucnu bychom pak rádi zavedli ERAS protokol také v porodnické části našeho oddělení, a to do perioperační péče u pacientek podstupujících císařský řez.

■ **MUDr. Mária Šuhajdová**

Gynekologicko-porodnické oddělení



Pořad Na kafe s doktorem vám přináší rozhovory s lékaři českobudějovické nemocnice na různá zdravotní témata.

Moderátorem pořadu je doc. MUDr. Vojtěch Kurfirst Ph.D., zástupce primáře Oddělení kardiokirurgie a hrudní a cévní chirurgie.



POCHVALA

Vážené vedení Nemocnice České Budějovice,

rád bych touto cestou vyjádřil upřímné poděkování celému týmu porodnického oddělení. Moje manželka zde v nedávné době porodila a naše zkušenost byla po všech stránkách výjimečná.

Od první chvíle jsme se setkávali pouze s profesionálním, vstřícným a laskavým přístupem. Sestřičky, lékaři, staniční sestra i další personál byli nejen odborně zdatní, ale také nesmírně empatictí a pozitivně naladěni. Každý člen týmu si našel čas vysvětlit potřebné informace, odpovědět na dotazy a zajistit, aby se moje manželka cítila v péči bezpečně a komfortně.

Vaše práce má obrovský dopad na životy rodin a my si velmi vážíme úsilí, které do ní vkládáte. Díky vašemu přístupu jsme prožili tuto důležitou životní událost s pocitem jistoty, důvěry a radosti.

Ještě jednou děkujeme za veškerou péči a podporu, kterou jste nám poskytli.

S úctou

M.M.

12. ročník kongresu Budějovice kazuistické zná své vítěze

Budějovice kazuistické jsou největším kongresem pro zdravotníky z Jihočeského kraje. Formou kazuistik lékaři, zdravotní sestry, radiologičtí asistenti a další zdravotníci prezentují to nejzajímavější, co se v jihočeském zdravotnictví za poslední rok událo.

12. ročník, který se konal 2. října v českobudějovickém hotelu Clarion, byl opět naplněn do posledního místa. Zdravotníci prezentovali přes osmdesát případů ze své praxe. Odborná porota pak vybrala v každé kategorii tři vítěze. Vítězům gratulujeme a všem účastníkům děkujeme za kvalitní sdělení a skvělou atmosféru.

OCENĚNÉ KAZUISTIKY

Lékařská sekce – SÁL 1

1. místo:

MUDr. Khrystyna Lyutyk

Chirurgické oddělení, Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

Wilkie syndrom. Syndrom horní mesenterické tepny

2. místo:

MUDr. Radka Coufalová

Interní ambulance, Nemocnice Prachovice, a.s.

Nové nemoci mladých a mladistvých v interních oborech

3. místo:

MUDr. Michaela Pilousová

Interní oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Ztracení v diferenciální diagnostice

Lékařská sekce – SÁL 2

1. místo:

MUDr. Martin Dudek

Ortopedicko-traumatologické oddělení, Nemocnice Písek, a.s.

Chronická ruptura Achillovy šlachy – rekonstrukce vlastní technikou

2. místo:

MUDr. Jana Švecová

Radiologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

CEUS: Nečekaný zachránce

3. místo:

MUDr. Adam Kálal

ARO, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Xarelto a nůž

Sekce nelékařských zdravotnických pracovníků

1. místo:

Bc. Anna Vrbová, Infekční oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Intravaskulární horor: pravdivý příběh jedné kanyly

2. místo:

Monika Rakoušová, Hemodialyzačního oddělení, Nemocnice Písek, a.s.

Domácí dialýza v pobytovém zařízení

3. místo:

Bc. Marie Fabiánová, Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Naděje

Zvláštní ocenění

Bc. Jana Janků – Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Cesta k břišní katastrofě

Bc. Eliška Chlebíčková

Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Komplikovaná ileostomie

Bc. Jana Janochová Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Sekundární hojení rány u obézní pacientky se stomií



Zkušenosti, které inspirují

Naše pracoviště v říjnu letošního roku navštívili kolegové z Neurochirurgické kliniky Fakultní nemocnice Brno-Bohunice. Jejich studijní cesta byla zaměřena na prohloubení znalostí v oblasti navigované spinální chirurgie.

Neurochirurgové z Brna měli příležitost sledovat dva náročné operační výkony: zavedení vnitřního fixátoru s následnou korekcí deformity bederní páteře. Obě operace provedli MUDr. Ondřej Teplý a MUDr. Petr Nesnídal za standardního použití nejmodernějších technologií, konkrétně peroperačního CT, počítačové navigace a využití navigovaných implantátů. Tyto technologie zajišťují maximální přesnost, bezpečnost pro pacienta a minimalizují radiační zátěž personálu. Každý rok provedeme

1200 operací páteře, z toho 400 takto navigovaných implantátů.

Vážím si toho, že náš spondylochirurgický tým má takový respekt, že může předávat své zkušenosti i kolegům z jiných

fakultních nemocnic a přispívat ke zlepšování spondylochirurgické péče v České republice.

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



POCHVALA

Můj 8letý syn podstoupil v českobudějovické nemocnici operaci tříselné kýly. Jsem velmi vděčná za profesionální i lidsky přívětivou péči, kdy mi bylo umožněno přespát se synem během hospitalizace na pokoji na lehátku. Díky tomu ho zdravotní potíže i operace zasáhly naprosto minimálně a hezky vzpomíná na personál operačního sálu i Dětského oddělení. I když je "velký", moje přítomnost ho podpořila.

Z. J.

Návštěva z Chorvatska

Velký zájezdový autobus úplně běžně v areálu nemocnice nepotkáváme. Není divu, že když 8. října 2025 krátce po 15. hodině projel branou naší nemocnice, vzbudilo to pozornost. Jednalo se o plánovanou návštěvu cca 40 zdravotníků z několika chorvatských nemocnic. V České republice se zúčastnili školení k produktům společnosti Linet, ale zároveň měli zájem porovnat pracovní postupy s českými kolegy v oboru.

Po krátkém přivítání a společné fotografii se skupina rozdělila na tři části a v doprovodu tlumočnicků jsme všichni vyrazili na prohlídku nemocnice.

Na jednotlivých odděleních už návštěvu očekávali jejich kolegové. První skupinka se vydala na Oddělení kardiochirurgie, hrudní chirurgie a cévní chirurgie – novou stanicí RES. Když sem ale asi po 10 minutách prohlídky záchraná služba přivezla pacienta s velmi závažnou, život ohrožující diagnózou, musela se skupina přesunout do jiných prostor oddělení. Dobře to vystihuje realitu naší práce – plán návštěvy můžete připravit do posledního detailu, ale když jde o život, vše je jinak. O tom my zdravotníci, ty chorvatské nevyjímaje, víme své.

Druhá skupina mezitím navštívila Kardiologické oddělení – jednotku intenzivní a resuscitační péče a také standardní oddělení. A třetí skupinu jsem doprovodila do naší krásné porodnice. To vzbudilo nadšené reakce, kolegové z Chorvatska byli doslova uneseni čistotou, vybavením a krásným prostředím. Dotazy nebraly konce... Celá návštěva proběhla ve velmi přátelském duchu a my doufáme, že se u nás chorvatským kolegům líbilo a poznatky z naší nemocnice pro ně budou dobrou inspirací pro jejich další práci.

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

Vzdělávání

ECTRIMS 2025 představil novinky v léčbě roztroušené sklerózy



Barcelona International Convention Center

Ve dnech 24.–26. 9. 2025 se konal již 41. ročník největšího světového kongresu, který se věnuje problematice demyelinizačních onemocnění. Stejně jako v minulých letech jej pořádala Evropská společnost pro výzkum a léčbu roztroušené sklerózy (ECTRIMS). Současně probíhal i 30. rehabilitační kongres zaměřený na tuto problematiku. Místem konání se letos stalo Barcelona International Convention Center (CCIB). Celkem se zúčastnilo přes 9600 odborníků z více než 100 zemí a bylo prezentováno více jak 1 800 posterů.

Hlavní přednáškový program byl rozdělen do několika tematických okruhů týkajících se jednotlivých aspektů onemocnění, a to jak z hlediska diagnostiky a léčby, tak i hledání a vyšetřování nových biomarkerů a prediktivních faktorů rozvoje a progresu onemocnění, problematikou přirozeného stárnutí a dalšího managementu léčby, a v neposlední řadě zobrazovacích metod.

Samostatným tématem byla úloha rehabilitace a psychického zdraví.

Přednášky se konaly paralelně v jednotlivých sálech, současně probíhala satelitní sympozia, vědecká zasedání a edukační kurzy. Po celou dobu kongresu byla dostupná rozsáhlá posterová sekce.

Již v roce 2024 byl na ECTRIMS v Kodani představen návrh nových diagnostických kritérií pro roztroušenou sklerózu (RS); jednalo se aktualizaci po 7 letech. Tato kritéria byla po konečném schválení publikována v posledním čísle letošního časopisu Lancet. Dle publikovaných výsledků studií došlo ke zkrácení doby stanovení diagnózy o 6 měsíců. Čas do stanovení diagnózy (medián) byl zkrácen z 84 dnů na 40. Nová diagnostická kritéria mají vyšší sensitivitu, diagnózu roztroušené sklerózy splňuje o 42 % pacientů více než podle McDonaldových kritérií z roku 2017. Nově byl představen návrh revize klasifikace onemocnění z okruhu neuromyelitis optica (NMOSD – Neuromyelitis Optica Spectrum Disease)

s tím, že onemocnění s negativitou protilátek proti aquaporinu 4 (AQP-4) a oligodendrocytárnímu proteinu (anti-MOG) budou označovány jen jako NMO syndrom.

Větší pozornost byla věnována biomarkerům aktivity a progresu u roztroušené sklerózy.

Neurofilamenta (NfL – neurofilament light chain) jsou proteiny uvolňované při poškození axonů; měří se v séru nebo likvoru. Jejich hladina koreluje s aktivitou nemoci. Zvýšení hladiny je prediktorem relapsů, ukazuje na zvýšenou aktivitu nemoci. Výsledky tohoto vyšetření je však třeba hodnotit opatrně, protože NfL se zvyšují i v návaznosti na traumatické poškození mozku. Doporučuje se zahrnout NfL do diagnostických kritérií, monitorovat účinnost léčby a aktivity nemoci a kombinovat s dalšími biomarkery.

GFAP (glial fibrillary acidic protein) je marker astroglie. Souvisí s progresí a chronickým poškozením a jeho hladina je biomarkerem PIRA



Zleva: MUDr. Rostislav Hrubý, MUDr. Hana Valdová a MUDr. Jana Houšková

(Progression independent of relapse activity). Jejich výzkum je předmětem současných i budoucích studií.

Chitinase-3-like protein (CHI3L1) je marker zánětu a remodelace tkáně. Vyšší hladiny proteinu predikují rychlejší přechod z CIS do RS. Vyšší koncentrace tohoto markeru koreluje s vyšším EDSS a kognitivním postižením. Do budoucna se počítá s využitím při sledování účinnosti léčby.



Casa Batlló

Byly zveřejněny výsledky další možnosti on-label léčby NMOSD, a sice satralizumabem, což je protilátka pro receptor pro interleukin 6. Tento má již v České republice registraci, zatím ale není stanovena úhrada z veřejného zdravotního pojištění. Ze studií vyplývá poměrně nízký výskyt závažných infekcí (3,8 %), častěji se vyskytovaly běžné infekce, poněkud infekce močových cest a horních cest dýchacích. Byl prokázán výborný efekt v monoterapii, u pacientů umožňuje vysadit kortikoidy a předcházet tak komplikacím spojeným s jejich dlouhodobým užíváním. Tento lék by rozšířil portfolio úhradové léčby NMOSD v České republice.

V posledních letech došlo k rozšíření terapie cílené na B lymfocyty o monoklonální látky skupiny anti CD20 (ocrelizumab, rituximab), která kromě signifikantního efektu léčby přináší také vyšší riziko infekčních komplikací. Z výsledků nově publikované studie testující vyšší dávky ocrelizumabu vyplynulo, že pacienti z léčby vyššími dávkami ocrelizumabu (1 200 mg u pac. < 75 kg a 1 800 mg > 75 kg) neprofitovali oproti v současnosti užívaným 920 mg injekcí do podkoží či 600 mg nitrožilně. Riziko závažných infekčních komplikací

lze snížit prodloužením intervalu podávání léčby či snížením dávky.

V našem centru máme se závažným infekčními komplikacemi při léčbě preparáty anti CD 20 vlastní zkušenost, kterou jsme řešili prodloužením intervalu léčby za současné monitorace laboratorních parametrů a suplementace nitrožilně gamaglobuliny. Klinicky pacienti nadále z léčby profitují.

Jeden z nových léků je frexalimab, který působí jako blokátor kostimulační dráhy CD40/CD40L. Poprvé byl představen v roce 2024. V současné době již byla zahájena III. fáze klinických studií u relabující-remitující roztroušené sklerózy (RR-RS) a sekundární progresivní roztroušené sklerózy (SP-RS).

I když program letošního kongresu nepřinesl žádná nová, průlomová sdělení, byl jako každoročně dobře odborně připraven i organizačně zajištěn.

Děkujeme vedení nemocnice, že nám umožnilo účast na této odborné akci.

■ **MUDr. Hana Valdová, MUDr. Jana Houšková a MUDr. Rostislav Hrubý**
Neurologické oddělení



Sagrada Família

Vzdělávání

Účast na evropském kongresu chirurgie ruky FESSH

Lékaři z českobudějovické nemocnice se zúčastnili prestižního evropského kongresu chirurgie ruky FESSH, který se letos konal ve finských Helsinkách. Tým ve složení MUDr. Lucie Papežová, MUDr. Zdeněk Vodička a MUDr. Jan Šperl zde načerpal nejnovější poznatky a zkušenosti v oboru.

V červnu se finská metropole Helsinky stala centrem evropské chirurgie ruky. Konal se zde výroční kongres Federace evropských společností pro chirurgii ruky (FESSH), který je považován za jednu z nejvýznamnějších událostí v tomto specializovaném oboru. Akce každoročně přiláká stovky špičkových odborníků z celého světa, aby sdíleli výsledky svého výzkumu, inovativní operační techniky a nové léčebné postupy.

Nemocnici České Budějovice, a.s., jsme na tomto významném mezinárodním fóru reprezentovali ve složení MUDr. Lucie Papežová, MUDr. Zdeněk Vodička a MUDr. Jan Šperl. Naše účast jen potvrzuje, jak naše nemocnice plní svůj závazek podporovat vzdělávání a poskytovat péči na nejvyšší úrovni.

Hlavním tématem letošního kongresu byla komplexní ortopedická a traumatologická problematika



Zleva: MUDr. Zdeněk Vodička, MUDr. Lucie Papežová a MUDr. Jan Šperl

zápěstního kloubu a ruky. Odborný program byl nabitý přednáškami, panelovými diskusemi a workshopy, které se věnovaly širokému spektru témat – od léčby čerstvých úrazů, jako jsou zlomeniny nebo poranění vazů, až po řešení chronických stavů, včetně artrózy, revmatických onemocnění a rekonstrukčních výkonů.

Účast na kongresu FESSH je pro nás nesmírně cennou zkušeností. Měli jsme možnost se seznámit s nejnovějšími trendy a diskutovat konkrétní klinické případy s kolegy z celé Evropy. Poznatky, které jsme zde získali, zejména v oblasti novinek v endoprotetice a artroskopických technikách, chceme co nejdříve

aplikovat v naší praxi. Pro pacienty to bude znamenat šetrnější zákroky, kratší dobu hospitalizace a rychlejší návrat k plné funkci ruky.

Účast na mezinárodních vzdělávacích akcích je klíčová pro udržení vysokého standardu poskytované péče. Můžeme tak držet krok se světovým vývojem a přinášet do jihočeského regionu nejmodernější a nejefektivnější léčebné metody. Pacienti se tak mohou spolehnout, že péče o jejich zdraví je v souladu s nejnovějšími evropskými standardy.

■ **MUDr. Lucie Papežová**
Ortopedické oddělení



Neurochirurgický anatomický kurz Scalpel2 v Brně pod záštitou Univerzitní nemocnice z Innsbrucku

Jako rezidentka Neurochirurgického oddělení v Českých Budějovicích jsem měla jedinečnou příležitost zúčastnit se prestižního anatomického kurzu Scalpel2, který se konal na Anatomickém ústavu Masarykovy univerzity v Brně pod záštitou neurochirurgické kliniky Univerzitní nemocnice v Innsbrucku. Kurz vedli zkušení lektoři doc. MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D. MUDr. Ondřej Petr, MUDr. Andrej Mrlian a další. Hlavní náplní byla práce s kadaverózními preparáty, díky nimž jsme si mohli vyzkoušet pokročilé operační techniky v co nejrealističtější podobě.

Program byl velmi intenzivní a rozmanitý. Kurz byl zaměřený zejména na operační přístupy do hlavy, neboli kraniotomie, dále chirurgii mozku a mikrochirurgii cév jakožto trénink pro šití bypassů. Měli jsme jedinečnou možnost pracovat na speciálně připravených lidských preparátech s nástřikem mozkových cév, což nám pomohlo se lépe orientovat. Vyzkoušeli jsme si různé přístupy a metody, a to pod dohledem zkušených lektorů, kteří se nám individuálně věnovali a pro lepší pochopení připravili též řadu komentovaných prezentací. Cílem tohoto kurzu bylo poskytnout nám co nejautentičtější zážitek a umožnit práci na lidských preparátech, což je neocenitelné pro rozvoj prostorové orientace a jemné motoriky.

V rámci kurzu jsme se zabývali i jednou z nejnáročnějších disciplín – vaskulární mikrochirurgií. Pod vedením docenta Fiedlera jsme si procvičovali techniku bypassů pomocí mikrochirurgických nástrojů na tzv. suchých cévách. Jedná se o speciální modely, které imitují cévní systém a umožňují nácvik šití



Šití cévy pod mikroskopem

pod operačním mikroskopem. Šití tzv. bypassů se využívá k přemostění zúžených nebo poškozených cév mozku, čímž se obnoví průtok krve v oblastech se sníženým krevním zásobením. Jde o nesmírně precizní práci na mikroskopické úrovni vyžadující obrovskou trpělivost a pevnou ruku. Tento trénink byl pro mě osobně velkým přínosem, protože takové dovednosti lze jen stěží získat bez předchozí přípravy.



Suchá céva a mikronástroje

Kurz mi nejen pomohl upevnit teoretické znalosti, ale především posunul mé praktické dovednosti na vyšší úroveň. Velmi si cením toho, že jsme pracovali v prostředí, kde byla možná individuální zpětná vazba, a že se nám lektoři věnovali i prostřednictvím doprovodných prezentací. Uvědomila jsem si, jak zásadní pro každodenní praxi neurochirurga je detailní znalost anatomie – právě ona je spolu s precizností a neustálým tréninkem klíčem k bezpečnému provádění složitých zákroků.

Účast na neurochirurgickém anatomickém kurzu Scalpel2 mě profesně posunula vpřed, ale také se mi potvrdilo, že česká neurochirurgie drží krok s evropskými trendy a aktivně spolupracuje s předními zahraničními pracovišti. Byla to jedinečná zkušenost, kterou považuji za jeden z důležitých milníků své dosavadní kariéry.

■ **MUDr. Kristýna Jašková**
Neurochirurgické oddělení

Vzdělávání

Sestry z Infekčního oddělení prezentovaly své zkušenosti z nemocnice i z terénu na kongresu KMINE

Ve dnech 18.–20. září 2025 jsme se zúčastnili Kongresu klinické mikrobiologie, infekčních nemocí a epidemiologie (KMINE) v Hradci Králové. Tento odborný kongres každoročně propojuje specialisty z oblasti infekčního lékařství, mikrobiologie, epidemiologie a veřejného zdraví.

Naši nemocnici zde reprezentovalo Infekční oddělení spolu s kolegy z dalších pracovišť. Společně s Bc. Miroslavou Mikešovou z Neurochirurgického oddělení jsme přednesly prezentaci „Komplikovaná spondylodiscitida z pohledu všeobecné sestry“. Spondylodiscitida je zánět meziobratlové ploténky a sousedních obratlů (často infekčního původu). Onemocnění může způsobit trvalé poškození páteře v důsledku kolapsu obratlů, neurologické komplikace (utlačit míchu nebo nervové kořeny a způsobit tak ochrnutí). V případě, že se krví rozšíří do okolí, může způsobit celkovou otravu krve.

Prezentace přinesla mezioborový pohled na péči o pacienta s rozsáhlou spondylodiscitidou, jehož léčba trvala více než 200 dní. Pacient podstoupil několik neurochirurgických výkonů, včetně odstranění nekrotických tkání, stabilizace páteře a implantace kostního štěpu. Nedílnou součástí léčby byla dlouhodobá antibiotická terapie, péče o PICC vstup, využití VAC systému a každodenní ošetrovatelská péče zahrnující kontrolu ran a drénů, sledování laboratorních hodnot, řízení bolesti a podporu při rehabilitaci a mobilitě. Museli jsme pacienta motivovat, zajišťovat bezpečný pohyb, pomáhat mu při jídle a sledovat jeho nutriční stav, polohu

a prevenci dekubitů. Důležitá byla také psychická podpora, vysvětlování průběhu léčby a zapojení rodiny do péče, což pacientovi pomáhalo zvládat náročný proces hospitalizace. Prezentace byla zakončena videem zachycujícím pacienta při odchodu z oddělení po 204 dnech hospitalizace, což výstižně vyjádřilo význam komplexní ošetrovatelské péče a mezioborové spolupráce.

Na programu kongresu byla i přednáška naší vrchní sestry Bc. Jany Lískovcové s názvem „Aktivní přístup k očkování proti hepatitidě A v nízkoprahových a vyloučených lokalitách“, v rámci které spolu s Lenkou Sýkorovou představily zkušenosti při zachytu onemocnění v této komunitě. Tématem bylo, proč je nutné očkování řešit, co se označuje pojmem vyloučené komunity a co u nich funguje. Výjezd očkovacího týmu přímo do zařízení azylového domu vedl k zastavení šíření infekce. Poté, co tým naočkoval 52 klientů tohoto domu, se už v této komunitě žádný další případ onemocnění neobjevil. Tento přístup potvrdil užitečnost rychlé

intervence u podobných rizikových skupin, kde je nutné překonat bariéry dostupnosti zdravotní péče. Díky tak včasné reakci se onemocnění dále nerozšířilo ani mezi klienty, ani do nemocniční péče, což neznamenal jen ochranu zdraví populace, ale také úsporu práce zdravotníků a úsporu kapacit nemocnice.

Účast na kongresu byla pro nás všechny cennou profesní zkušeností, umožnila nám výměnu poznatků, sdílení zkušeností a ujistila nás o tom, že ošetrovatelská péče a mezioborová spolupráce mají v systému zdravotní péče své nezastupitelné místo. Děkuje vedení Nemocnice České Budějovice, a.s. za podporu a možnost reprezentovat naše pracoviště na této významné odborné akci. Zvláštní poděkování patří našemu panu primáři MUDr. Aleši Chrdlemu, Ph.D., za to, že nás podporuje v aktivní účasti na kongresech a sympóziích, které nám přinášejí bohaté zkušenosti.

■ **Anna Trsková**
Infekční oddělení, praktická sestra



Bc. Miroslava Mikešová, Anna Trsková, prim. MUDr. Aleš Chrdle Ph.D., Sýkorová Lenka a vrchní sestra Bc. Jana Lískovcová

3D tisk v medicíně: co si odnášíme ze sjezdu

Interdisciplinární tým z naší nemocnice (složený z lékařů, biomedicinských inženýrů a technického referenta) se zúčastnil odborného sjezdu České společnosti pro 3D tisk v medicíně. Akce ukázala, že 3D tisk už není „hračka pro nadšence“, ale praktický nástroj pro předoperační plánování i mezioborovou spolupráci.

Kromě příspěvků zvaných zahraničních řečníků, kteří ukázali budoucnost 3D tisku v medicíně, zaznělo mnoho praktických příkladů relativně snadno aplikovatelných v našich podmínkách. Za zmínku stojí zejména předoperační plánování v traumatologii. Předoperační modely pomáhají zvolit přístup, předem natvarovat dlahy mimo sál a naplánovat trajektorie šroubů. Výsledkem je méně improvizací, kratší skiaskopický i operační čas a úspora přímých nákladů (kratší čas na sále a nižší materiálové ztráty). K těmto benefitům existuje řada přehledových prací i případových



Vícemateriálové anatomické modely z plnobarevného fotopolymerního 3D tisku – realistické zobrazení cév, kostí a měkkých tkání.

studií. V neurochirurgii lze využít 3D tištěné modely aneurysmat pro plánování přístupu a jejich klipování, což prokazatelně zkracuje čas operace a zlepšuje orientaci v komplexní anatomii, zvláště pro začínající lékaře. V radioterapii dává smysl vyrábět personalizovaný bolus pro specifické případy ozařování v oblastech s členitým povrchem. Bolus je vrstva materiálu, která se při ozařování přiloží přímo na kůži. Chová se jako tkáň, takže přenáší dávku blíže k povrchu a vyrovnává nerovnosti (typicky u hrudní stěny po ablaci prsu nebo v oblasti ucha či nosu. Personalizovaný bolus lépe přilne ke kůži, eliminuje vzduchové mezery, zlepšuje homogenitu dávky a pokrytí cílového objemu a snižuje dávky na kritické orgány (např. plíce, srdce). Sjezd také předním výrobcům 3D tiskáren umožnil představit nové technologie. Dnes už není problém kombinovat v rámci jednoho modelu materiály s různými barvami a vlastnostmi (např. biokompatibilní materiály různé tvrdosti a vodou rozpustitelné podpěry).

Za velmi přínosné považujeme i diskuse o legislativě, které jasně vymezily současné limity. Výroba implantátů či náhrad „na míru“ uvnitř nemocnice, tzv. in-house, je dnes administrativně i regulačně náročná a podléhá jasnému řízení kvality (ISO 13485 aj.). Proto má smysl soustředit se na oblast, kde je přínos zřejmý, právní rámec jednoznačný a implementace rychlá: 3D tisk pro předoperační přípravu (neimplantabilní plánovací pomůcky) a pro edukaci mladých lékařů, mimo jiné k rozvoji prostorové představivosti.

Evropská komunita se také rychle organizuje. EU3DSIG (European 3D Special Interest Group) propojuje

nemocnice s vlastní 3D laboratoří a soustředí se na sdílení know-how, vzdělávání a zejména na regulaci a úhrady 3D tisku. Další impuls přinese nová mezinárodní konference IC3DTH, jejíž první ročník proběhne 28.–29. 11. 2025 na MedUni Vienna ve Vídni.

Naše nemocnice již nyní disponuje širokými možnostmi 3D tisku – jak v oblasti technologií (FDM, SLA), tak materiálů (tvrdé, pružné, sterilizovatelné, biokompatibilní aj.). Máte-li nápad na klinické či technické aplikace 3D tisku, neváhejte nás kontaktovat, rádi s Vámi prodiskutujeme možnosti spolupráce.

■ **Ing. Pavel Stolbenko,**
Ing. Petr Schandl

Onkologické oddělení

■ **Ing. Jan Tesařík, Ph.D.**
Kardiologické oddělení

■ **Ing. Martin Mařha**
Oddělení správy zdravotnické a hospodářské techniky



Realistický neuroanatomický model hlavy s průsvitným povrchem. Plnobarevný vícemateriálový fotopolymerní 3D tisk.



Světový den dárců kostní dřeně – děkujeme, že pomáháte

Světový den dárců kostní dřeně (World Marrow Donor Day) letos připadl na 20. září. Do oslav se zapojil i Český národní registr dárců dřeně (ČNRDD), který funguje již 33 let a k 31. srpnu 2025 v něm bylo registrováno 153 948 dárců.

ČNRDD je první registr ve střední a východní Evropě s prestižní akreditací Světové asociace dárců dřeně (WMDA). Tato akreditace umožňuje propojení s celosvětovou databází dárců. Díky tomu naši dárci mohou zachránit život i pacientům v zahraničí a zároveň naši pacienti mají větší šanci najít svého dárce.

V celosvětové databázi je k 31. srpnu 2025 registrováno 42 625 687 dárců.

Transfúzní oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., je jedním z regionálních pracovišť ČNRDD a letos se u nás zaregistrovalo rekordních 1218 nových dárců. Markantní nárůst dárců (obvykle se registruje cca 300 dárců ročně) a obrovskou vlnu solidarity vzbudil případ malé Madlenky, která hledala vhodného dárce. V roce 2025 již dokonce tři dárci z našeho Dárcovského centra kostní dřeň darovali.

I naše pracoviště tedy mělo důvod k oslavám, těší nás zájem dárců do registru vstoupit a jejich ochota darovat kostní dřeň těm, kteří to nejvíce potřebují. Náš dík patří i všem našim spolupracovníkům a dobrovolníkům, kteří nám pomáhají.

■ **Dárcovské centrum ČNRDD**
Transfúzní oddělení

INTENZIVNÍ PSYCHOTERAPEUTICKÁ PÉČE

hrazená zdravotní pojišťovnou

Psychoterapeutický tým Psychiatrického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., nabízí intenzivní psychoterapeutickou péči formou denního stacionáře. Šest týdnů společné práce, podpory a sdílení v bezpečném prostředí pomáhá zlepšit psychický stav, obnovit rovnováhu v každodenním životě a předejít nutnosti hospitalizace.

Jak intenzivní psychoterapeutická péče probíhá

Léčba probíhá v malé, uzavřené skupině lidí se srovnatelnými potížemi a je vedena zkušeným psychoterapeutickým týmem Psychiatrického oddělení. Program kombinuje skupinové psychoterapie, arteterapii, práci s tělem a emocemi, relaxační cvičení i nácvik sociálních dovedností, a pomáhá tak pacientům znovu se adaptovat na běžné každodenní situace. Pacienti docházejí do denního stacionáře každý pracovní den po dobu šesti týdnů, program probíhá vždy od 9 do 15 hodin.

Program JE vhodný pro osoby s psychickými potížemi neurotického charakteru:

- pro osoby starší 18 let
 - depresivní poruchy
 - úzkostné poruchy
 - sociální fobie
 - obsedantně-kompulzivní poruchy
 - somatizační poruchy
 - neurastenické a únavové syndromy
- Program je určen také lidem, kteří se po hospitalizaci vracejí do běžného života.

Pro zařazení do programu denního stacionáře je nutné doporučení ošetřujícího psychiatra nebo praktického lékaře. Účast v programu je uznána jako pracovní neschopnost a lze tedy čerpat nemocenskou dávku. Bližší informace naleznete na webových stránkách Nemocnice České Budějovice.

V případě zájmu o zařazení do programu volejte **387 878 742**.

Těšíme se na vás.



Program NENÍ určen pro osoby:

- v akutním stavu psychického onemocnění (např. těžká deprese)
- s organickými a psychotickými poruchami
- s poruchami kognitivních funkcí
- s nemocemi z okruhu schizofrenního
- s problémy s nadměrným užíváním alkoholu a jiných návykových látek

Barevný podzim v denním stacionáři

Již tradiční součástí programu denního stacionáře Psychiatrického oddělení je podzimní slavnost. Ta letošní byla plná vůní, barev a přátelské atmosféry. Pacienti společně připravovali dýňovou polévku, domácí buchty a nealkoholický punč. V tvořivých dílnách pak z včelího vosku vyráběli svíčky a podzimní dekorace. Součástí programu bylo také divadelní představení s netradičními loutkami.

„Podzimní slavnost je krásným příkladem, jak mohou i zdánlivě drobné aktivity pomáhat při léčbě. Pacienti se radují z vytvořeného díla, z toho, že jejich jídlo někomu chutná, že mohou být součástí něčeho reálného – a to všechno jsou důležité kroky na cestě k uzdravení,“ říkají pracovníci Denního stacionáře.



	KRMIVO PRO HOS- PODÁŘSKÁ ZVÍŘATA	ZDRAVOT- NICKÉ ZAŘÍZENÍ	ITALSKY „LÁSKA“	ŽADATEL	VYŘADIT SPISY		PÍSMENO ŘECKÉ ABECEDY	ZNAČKA OERSTEDU	ČASNÁ	OBSAH VĚDOMÍ	JMÉNO MALE MOŘSKÉ VÍLY	OPAK ANALÝZY		JEMNÝ OPAR (KNIŽNĚ)	INICIÁLY REŽISERA ORNESTA	ZNEVÁŽENÍ	TREZOR
KOŘÁLKA (ZASTAR.)						ČESKÝ KRONIKÁŘ							MENŠÍ ZAVALITÝ PES				
ČESKÝ KOSMO- NAUT						POTŘ. DŘE- VORUBCŮ SCHOPNÝ POTOPENÍ							SLOVENSKY „NAHOŘE“ PRAŽSKÁ ČTVRT				
OVINUTÍ								VÝRŮSTEK KLÁSKU FILM REŽIS. CAMERONA							INICIÁLY HERCE JIRÁKA OFUKOVAT		
ZÁPAŠNÍK S BÝKY							CIZÍ ŽEN- SKÉ JMÉNO ODVETNÝ BOX. ÚDER							ANGLICKY „PRVČ“ MĚSTO V POVÁŽÍ			
	1. DÍL TAJENKY ČÁST RUKY									2. DÍL TAJENKY VEPSANÝ TEXT							SLOVENSKY „AKR“
INICIÁLY NÁROŽ- NÉHO			DOMÁCKY ANTONÍN ASFALT							STROJNÍ MAZIVO ZAMOŘSKÁ VELMOC							
CÍRKEVNÍ OBRAD (ŘÍDCE)				CHŮZE VZHŮRU INIC. SAR- KOZYHO							JIHOAMER. INDIÁN POŠTOVNÍ KÓD SYRIE						
JEVIŠTĚ						BRITSKÁ HUDEBNÍ SKUPINA						PROJEVY NADŠENÍ					
ITALSKÝ JADERSKÝ PŘÍSTAV						VYTYČENÉ CESTY						NĚMECKY „OTEC“					

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

AKČNÍ LETÁK



pro období 1. 11. 2025 - 31. 11. 2025 nebo do vyprodání zásob

Léky na dosah, péče na míru



~~339 Kč~~
289 Kč

Podpora imunity dětí
**MARŤANCI
S IMUNACTIVEM**
příchuť mix 90 tablet

DOPĹNEK STRAVY: 1 tableta = 3,21 Kč



~~225 Kč~~
189 Kč

Podpora imunity
**GS VITAMIN C 500 mg
SE ŠÍPKY**
tablety 100+20

DOPĹNEK STRAVY: 1 tableta = 1,58 Kč



~~150 Kč~~
129 Kč

Při rýmě
**OLYNTH HA
1 mg/ml**
nosní sprej 10 ml

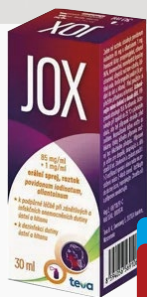
Péčlivě čtěte příbalovou informaci.
Léčivý přípravek s účinnou látkou rymazolazinem hydrochloridem.
K nosnímu použití.



~~229 Kč~~
189 Kč

Při bolesti v krku
**OROFAR
1 mg/1 mg**
24 pastilek

Péčlivě čtěte příbalovou informaci.
Léčivý přípravek s účinnou látkou benzoxonium chloridem a lidocainu hydrochloridem.
Pastilky k rozpouštění v ústech.



~~179 Kč~~
149 Kč

Při bolesti v krku
**JOX
85 mg/ml + 1 mg/ml**
orální sprej 30 ml

Péčlivě čtěte příbalovou informaci.
Léčivý přípravek s účinnou látkou povidon-iodinem a alantoinem.
K orálnímu použití v ústní dutině.



~~219 Kč~~
169 Kč

Na léčbu kašle
**STOPTUSSIN
4 mg/ml + 100 mg/ml**
perorální kapky, roztok 50 ml

Péčlivě čtěte příbalovou informaci.
Léčivý přípravek s účinnou látkou butamirát citrát a guaifenesin.
K orálnímu užití.



~~122 Kč~~
89 Kč

Na léčbu vlhkého kašle
**AMBROBENE
60 mg**
šumivé tablety 10 ks

Péčlivě čtěte příbalovou informaci.
Léčivý přípravek s účinnou látkou ambroxolem hydrochloridem.
K orálnímu užití.



~~119 Kč~~
109 Kč

Péče o pokožku
**TEKUTÝ PUDR
HERBACOS**
100 g

Kosmetický přípravek

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