

NEMOCNIČNÍ zpravodaj

KVĚTEN 2020

PŘEDSTAVUJEME:
UROLOGICKÉ ODDĚLENÍ

Prim. MUDr. Olga Shonová

Ve službách gastroenterologie
na jihu Čech

Obsah



4



10



20



25

3 / Úvodník předsedy představenstva

4 / Ve službách gastroenterologie na jihu Čech

10 / Představujeme: Urologické oddělení

20 / Tým českobudějovických lékařů publikoval článek ve světově uznávaném časopise

22 / První jihočeská endoskopická resekce výhřezu meziobratlové ploténky. Rozhovor s MUDr. Karlem Mácou, Ph.D.

23 / Historie, současnost a budoucnost transportu novorozenců v jihočeském regionu

25 / Pracoviště virologie: MUDr. Dana Teislerová

28 / Světový den hypertenze

30 / Naše pouto bude mnohem silnější, říká tatínek předčasně narozených dvojčátek

Úvodník předsedy představenstva

MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

Pane předsedo, co je v českobudějovické nemocnici nového?

Epidemiologická situace onemocnění COVID-19 v Jihočeském kraji je nadále příznivá, v celorepublikovém srovnání máme nejnižší počet potvrzených případů. Za celou dobu pandemie bylo v naší nemocnici hospitalizováno celkem 32 pacientů s COVID-19, čtyři z nich bohužel zemřeli. V současnosti je obnovena plánovaná péče v plném rozsahu. Žádný zaměstnanec českobudějovické nemocnice neměl ke dni ukončení nouzového stavu 17. května 2020 potvrzené onemocnění COVID-19, to je ta nejlepší zpráva. Nemocnice České Budějovice díky mimořádnému úsilí všech svých zaměstnanců zvládla tuto historicky mimořádnou situaci výborně, dovolte mi tedy i touto cestou Vám všem poděkovat.

Je v Jihočeském kraji využívána tzv. chytrá karanténa, která je předmětem velkého mediálního zájmu?

Prakticky ne. Cílem projektu chytré karantény je do tří dnů odhalit možné rizikové kontakty každého nakaženého, ty poslat do karantény a včas všechny tyto osoby otestovat. Díky příkladné činnosti KHS JČK jsou v našem kraji kontakty dohledány do 24 hodin, takže přínos tzv. chytré karantény, potřebný v jiných krajích, je u nás logicky minimální. Toto ocenili i členové Centrálního řídicího týmu projektu chytré karantény v čele s profesorem Prymulou, kteří 14. května 2020 na krajské hygienické stanici jednali vedle jihočeských hygieniků také s vedením Jihočeského kraje, jihočeských nemocnic, složek integrovaného záchranného systému či krajského vojenského velitelství.

Lze říci, jaké jsou náklady českobudějovické nemocnice vzniklé v důsledku pandemie COVID-19?

Výpadek příjmů způsobený v době vrcholící pandemie poklesem operativy o polovinu a celkového počtu hospitalizací zhruba o třetinu, spolu se zvýšenými náklady zejména na osobní ochranné prostředky, představuje předběžně celkovou

částku 100 až 150 milionů korun. Probíhají intenzivní jednání s plátcí zdravotní péče i Ministerstvem zdravotnictví o možné finanční kompenzaci. Českobudějovická nemocnice je ekonomicky zdravá a na podobné situace je zodpovědně připravena, takže se s touto bezprecedentní situací, na rozdíl od některých jiných zařízení, dokáže vypořádat s určitou rozumnou mírou uskrovnění a omezení odložitelných výdajů.

Jak pokračují stavební práce v rámci probíhající přestavby nemocnice?

Zatímco stavební práce na pavilonu bývalé interny probíhají díky svému umístění stranou zájmu většiny zaměstnanců

a návštěvníků nemocnice, obří přestavbu pavilonu CH nemůže nikdo přehlédnout. Nástavba nad magnetickou rezonancí již dosáhla své konečné hmoty, nově je odkryt skelet stávajícího pavilonu CH ze strany od pavilonu Z a budova tak dává nahlédnout do svých útrob. Zde brzy začne růst vestavba, jejíž obrovský objem nepochybně překvapí nejednoho z čtenářů našeho zpravodaje. Počasi stavebním pracím přeje, rád bych tedy opětovně požádal zejména naše pacienty o shovívavost s nezbytným přechodným omezením komfortu souvisejícím se stavbou.

Redakce



MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D. | Foto: Jan Luxík

Ve službách gastroenterologie na jihu Čech

MUDr. Olga Shonová, dlouholetá stálice naší nemocnice, končí po 22 letech ve funkci primářky Gastroenterologického oddělení. Ve velmi rozsáhlém povídání jsme se společně ohlédli za její kariérou a celkovým vývojem oddělení, jehož vznik se datuje již do roku 1998.

Paní primářko, vysvětlete prosím našim čtenářům, co je gastroenterologie?

Gastroenterologie je dílčí obor vnitřního lékařství, zabývající se trávicím traktem, játry a slinivkou břišní. Poskytuje specializovanou diagnostickou a léčebnou péči i zázemí chronickým pacientům ve specializovaných ambulancích. Také zajišťuje soustavné vzdělávání personálu, stejně jako pacientů, a to formou akreditací, odborných akcí.

Vzpomeňme, jaké byly vaše profesní začátky?

Ze zájmu o tropickou medicínu jsem během studií pracovala na infekčním oddělení Bulovka jako SZP. Po promoci jsem v roce 1975 nastoupila na infekci Nemocnice České Budějovice. Po dvou letech započalo předatestační kolečko na neurologii, chirurgii, na postu praktického lékaře, krátce RZP a pak jsem již zůstala natrvalo věrna internímu zaměření na zdejší I. interně.

Do oboru gastroenterologie jsem nastoupila v 80. roce, když MUDr. Jiřina Kobrová odešla za rodičovskými povinnostmi. Mými bezprostředními učiteli interní medicíny v tu dobu byli MUDr. Božena Gruberová, pozdější primářka LDN, a doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.

Paní doktorka Gruberová byla skvělým praktikujícím internistou se smyslem pro řád, preciznost dokumentace a obecně pořádek na pracovišti. Byla mi učitelem i v základech gastroskopie a kolonoskopie – diagnostickou digestivní endoskopii prováděla po odchodu kolegyně Kobrové. Kromě endoskopie mě zasvětila do klinické onkologie, kterou jsem převzala po jejím odchodu na post primáře LDN. S kolegou Petrem Petrem jsem spolupracovala příštích 20 let v oblasti farmakologických klinických



Prim. MUDr. Olga Shonová | Foto: Jan Luxík

studií a na spoluorganizování vědeckých kongresů a sympozií.

V 80. letech jsme rozvinuli nejen standardní diagnostickou endoskopii, ale také jsme připojili invazivní výkony. Třešničkou na dortu se bezesporu stala diagnostická laparoskopie, která byla v tu dobu prováděná jen na několika pracovištích v republice. Za zvláštní kapitolu považuji ukotvení endoskopické retrogradní cholangiopancreatografie (ERCP). Situace byla dlouhá léta velmi neutěšená kvůli nedostatečnému endoskopickému instrumentáriu a mizernému RTG přístroji. Myslím, že to byla nakonec nezměrná chuť a vůle endoskopistů a RTG pracovníků vydržet nesnáze a metodu převést v rutinu. Velký dík patří prim. MUDr. Daně Kasalové a prim. MUDr. Petrovi Lhotákovi, kteří pomohli na začátku 90. let s nákupem nové RTG techniky.

Dále jsme stihli atestovat, přednášet, provádět klinické lékové studie a v závěru dekády jsme pracovali na unikátní komputerované endoskopické terminologii OMED, ojedinelé nejen v evropském, ale i ve světovém měřítku. Jsem jejím spoluautorem, společně s prof. MUDr. Zdeňkem Mařatkou, DrSc., doc. Petrem a Ing. Janem Kuchařem z Koh-i-nooru.

Pod hlavičkou I. interního oddělení jsem pracovala 20 let. Byly to krásné roky, na které vzpomínám ráda. Poznala jsem za ta léta řadu skvělých spolupracovníků, někteří mi zůstali nejen po boku, ale i v mém srdci po celý život.

Co bylo důvodem rozdělení I. interního oddělení?

Od poloviny 90. let sílil tlak na sloučení obou českobudějovických nemocnic, krajské a vojenské, a s tím také možnosti rozšíření péče o gastroenterologicky nemocné. Stejně jako jiné obory medicíny se i gastroenterologie prudce rozvíjela jak v diagnostice, tak léčbě díky moderním přístrojům a novým diagnostickým metodám. Současně se otevřela cesta pro účinné léčebné postupy.

Přístrojové vybavení, zejména endoskopické, se ale postupně stávalo na našem Interním oddělení kriticky nedostatkovým. Nebylo možné zajistit pro nemocné našeho regionu moderní operační a invazivní zákroky. Pacienti tedy byli rozesíláni k invazivní endoskopii na pražská pracoviště. Hledali jsme účinná řešení. Námi předložené návrhy vedení oddělení a nemocnice vykristalizovaly rozdělení I.



Kufřík s endoskopickými nástroji | Foto: Jan Luxík

interního oddělení. Po společné organizační přípravě ředitel nemocnice MUDr. Jiří Bouzek ustanovil tři komplementární interny: Interní oddělení, Interní Gastroenterologické oddělení, Kardiologické oddělení. Cílem bylo maximálně zefektivnit provoz charakteristický pro daný podobor a na základě počtu pacientů zohlednit potřebu speciálních výkonů. Provedené analýzy se pak staly předpokladem ustanovení týmů specialistů (interních, kardiologických a gastroenterologických), koncentrace investic do moderní techniky a nových léčebných metod. Tím byly splněny také podmínky pro zahájení akreditačních a licenčních řízení a otevřena cesta dalšího vzdělávání lékařů i SZP.

Proč vznikla samostatná gastroenterologie?

Druhým důvodem rozdělení Interního oddělení byla snaha vytvořit zázemí komplexní gastroenterologie a nabídnout nemocným kvalitní péči odpovídající evropské a světové úrovni. V 90. letech jsme prožívali propastnou neshodu mezi interním a chirurgickým chápáním gastroenterologie jako oboru. Onemocnění GIT (trávicí soustava a gastrointestinální trakt), jater, žlučníku a slinivky břišní patří v kultuře západní společnosti, i u nás, k velmi častým onemocněním, se vzestupem incidence a prevalence v posledních 30 letech. Náklady na léčbu, zejména komplikovaných stavů, jsou velmi vysoké, diagnostika nevyužívající potenciálu moderní endoskopie byla pomalá, sociální dopad na nemocného a jeho rodinu často zdrcující.

Nejpalčivějšími problémy byla dvojkolejnost diagnostických algoritmů uplatňovaných v rámci buď chirurgické, nebo interní ambulance a z toho vyplývající názory na klasické operace či ponechání pacienta na konservativní léčbě.

V minulosti dominovaly především klasické chirurgické postupy u onemocnění dutiny břišní, dnes se věnují léčení akutních stavů a malignit. Klasické operace jsou odsouvány účinnou ať diagnostickou, či intervenční digestivní endoskopií.

Je notoricky známo, že chirurgové jsou mistři, mimo jiné, v poměrech otevřeného břicha. Jsou trpěliví při řešení operačních komplikací, zruční, ale na druhou stranu není v jejich primárních zájmech studium moderního konzervativního přístupu, jsou to operatéři.

Spolurozhodovat o tom, zda bude pacient léčen chirurgicky, či konzervativně, bylo a je samo o sobě otázkou více faktorů.

Ano. Zásadní význam spočívá ve zkušenosti specialistů (gastroenterologů) řešit jednak základní problémy, identifikovat včas stavy, které lze účinně řešit endoskopicky a samozřejmě naopak co nejrychleji rozhodnout o nutnosti operačního řešení. To je pro břicho a gastroenterologii zásadní.

Dalším z faktorů je určit úroveň péče, která bude pro daného pacienta optimální. Jedná se o specifický problém rozlišení nutnosti úrovně: urgentní stav, akutní stav, chronický, paliace a tak dále. Umět rozlišovat podstatné od banálního,



Prostory Gastroenterologického oddělení před rekonstrukcí | Foto: archiv oddělení



Prostory Gastroenterologického oddělení před rekonstrukcí | Foto: archiv oddělení



Prostory Gastroenterologického oddělení před rekonstrukcí | Foto: archiv oddělení



Prostory Gastroenterologického oddělení před rekonstrukcí | Foto: archiv oddělení



Prostory Gastroenterologického oddělení při rekonstrukci | Foto: archiv oddělení

nepodceňovat zdánlivě nezávažné stavy. Gastroenterologicky nemocný profituje z pozorování a ze závěrů multidisciplinárního týmu, kde jednotlivé aspekty stavů posuzuje a zkoumá řada specialistů ze svých úhlů pohledů. Jejich závěry jsou cenné a vedou k rychlému konstruktivnímu řešení konkrétního pacienta. Neméně podstatná a klíčová je pečlivá interní příprava nemocného na složité invazivní i operační zákroky.

Po zralé úvaze jsme nabídli obci chirurgické a interní, stejně jako vedení nemocnice, vytvořit mezi internou a chirurgií zázemí pro specifickou diagnostiku, prostor intervenční endoskopii, a hlavně zajistit komplexnost pohledu na nosologické jednotky. Naší snahou bylo zefektivnit řešení jednotlivých stavů nemoci na půdě gastroenterologie, vybavené specialisty, digestivní endoskopií a moderními léčebnými modalitami, jako je například biologická léčba IBD.

Samostatné, v České republice velmi ojedinělé, Gastroenterologické oddělení tedy vzniklo 1. dubna 1998.

Sloučili jsme personální kapacity příbráním kolegů a SZP z vojenské nemocnice, koncentrovali endoskopickou techniku přesunem z jiných oddělení naší i vojenské nemocnice, založili jsme funkční laboratoř s možností provádět pH-metrii,



Vyšetřovna v zrekonstruovaných prostorách | Foto: Jan Luxík

manometrii jícnu, byla otevřena žurnální ambulance pro akutní i chronické stavy.

Prioritou činnosti endoskopie se stalo rychlé zavedení invazivní endoskopie ve všech oddílech trávicí trubice a připojených orgánů, jako jsou játra, slinivka břišní. V krátké době jsme se stali soběstačnými v polypektomiích, drenážních operacích,

zakládání stentů, gastrostomiích, zavádění žaludečních a enterálních sond ARO nemocným. Nadále jsme prováděli (zůstala zachována) urgentní endoskopie po dobu 24 hodin denně nejen pro region jižních Čech, ale i příhraniční oblasti Čech a Moravy.



Zrekonstruované prostory Gastroenterologického oddělení / Foto: Jan Luxík

Vzpomenete si prosím, s kolika lůžky jste začínali?

Všechny diagnostické a léčebné aktivity jsme zajistili stabilními hospitalizačními lůžky, původní předpokládaný počet 6 lůžek se ukázal v krátké době jako neudržitelný a oddělení se rozšířilo na 32 trvalých postelí, z toho 8 v režimu JIP.

Při plánování centralizace gastro péče jsme vycházeli ze součtu dosavadních výkonů v naší a vojenské nemocnici. Po spuštění provozu se počty nejen naplnily, ale v krátké době zdvoj i ztrojnásobily. Již v roce 1999 jsme prováděli 3 500–4 000 endoskopií, 4 000 sonografií a oddělením prošlo na 10 000 ambulantních pacientů ročně. V příštích letech jsme se dostali na roční bilanci více než 6 000 endoskopií, 6 000 ultrazvuků, ročně při hospitalizaci či ambulantně ošetříme 16 000–22 000 nemocných.

Při rozdělení I. Interny se staly součástí GAEO Klinická imunologie a Pracoviště klinické farmakologie, ta se v příštích letech oddělila a šla vlastní cestou.

Odkdy se datuje vznik odborných ambulancí?

Zakládali jsme je od začátku 90. let. Jednalo se o ambulance některých vybraných nosologických jednotek, po zřízení Gastroenterologického oddělení jsme pak spustili provoz v následujících ambulancích specialistů:

Poradna klinické hepatologie:

Koncepce péče o nemocné s hepatopatiemi je celostátně přijatou normou v rámci koncepce české gastroenterologie.

V diskusi s primáři Infekčního a Interního oddělení jsme stvrdili původní „dvojkolejnost“ péče. V existující hepatální poradně Infekčního oddělení se pokračovalo s péčí o hepatopatie infekčního původu. Hepatální poradna Gastro oddělení převzala péči o „primární hepatopatie“ a chronicky nemocné. Sekundární hepatopatie při jiných onemocněních (endokrinních, revmatologických, diabetologických...) zůstaly i nadále sledovány v poradnách původních odborností Interního oddělení.

Otevření Centra pro celiakální sprue:

Na přání Sdružení jihočeských celiaků, kteří se obrátili na ředitelku VZP paní Ing. Bronislavu Hlachovou a s její podporou, jsme zřídili Centrum pro celiakii, aby jihočeští celiaci a jejich rodinní příslušníci mohli přicházet ke konzultaci, diagnostice a léčení. V rámci této aktivity provádíme systematické proškolení a přednášení jak laické veřejnosti (přednášky Globus, přednášky v klubech celiaků, přednášky a besedy s rodinami postižených dětí, kde je možný vyšší výskyt celiakie), tak v rámci Vzdělávacího cyklu vedeme besedy s lékaři a farmaceuty.

Poradna pro IBD nemocné:

Od poloviny 80. let se formovala poradna pro nespecifické střevní záněty (IBD). Po celá 90. léta minulého století jsme pracovali s papírovou formou registru nemocných s IBD a v roce 2000 jsme ho překlátili do plně komputerované formy registru s evidencí 958 nemocných. V dalších letech jsme navázali na léčbu biologiky a poradna byla začleněna mezi republiková centra pro biologickou léčbu.

Poradna KOREPO:

Poradna pro pooperační stavy kolorektálního karcinomu přebírá nemocné z Chirurgického oddělení a sleduje je po dobu 5 let.

Poradna imunologie:

Tato poradna se v rámci I. interny otevřela na začátku 90. let. Na dlouhá léta se stala jedinou imunoložkou Nemocnice České Budějovice, a.s. paní MUDr. Marie Nováková a patří jí za to velký dík.

Onkologické týmy:

GIT funguje od poloviny 80. let, zatímco HPBT (Hepato pankreato biliární) je nejmladší z poraden, sdružuje nemocné s hepatobiliárními a pankreatickými maligními stavy, nemocné po složitých operacích a dále chronické pankreatitidy ve stadiu komplikací s nutností endoskopické či chirurgické intervence. Tým pracuje v modu multidisciplinárního složení – chirurg, gastroenterolog, onkolog, radiolog a zahájil svoji činnost v návaznosti na rozšíření hepatobiliární chirurgie na zdejším Chirurgickém oddělení, je podporou při rozhodování a indikacích k operativním řešením, s nutností předoperační přípravy stejně jako pooperační konzervativní léčby.

Co bylo pro vás v době zrodu oddělení nejtěžší?

Na počátku fungování nového oddělení bylo ze všeho nejtěžší přesvědčit spolupracovníky jak z řad lékařů, tak nelékařského personálu, že je potřeba vnímat nové pracoviště jako společný odkaz a budovat ho místo pokračování ve vlastních zajetých kolejích, nápadech a tužbách. Oddělení totiž sloučilo zaměstnance z několika stanic horní i vojenské nemocnice, každá byla jiného zaměření a hlavně jiných zvyků, což se ukázalo pro řadu lidí jako nejtěžší úkol. Nakonec se to povedlo.

Řadu let jste organizovala kongresy, např. Budějovice gastroenterologické a jiné. Kdy vznikla tato myšlenka a proč?

V některých aktivitách z 90. let, které přesahovaly rámec běžného provozu, jsme pokračovali i pod hlavičkou Gastroenterologického oddělení. Velkého významu dosáhly 14x konané Česko-rakousko-bavorské mezinárodní dny organizované společně s doc.Petrem. Konaly se jednou ročně střídavě v Českých Budějovicích, Pasově a Linci, eventuálně jiných lokalitách Horního Rakouska. Cílem bylo jednak přivést na českou vědeckou půdu evropské odborníky z řad gastroenterologů a chirurgů, aby především v první polovině 90. let pomohli našim lékařům rychle se vzdělat v posledních výdobytcích moderní medicíny. Naopak do zahraničí, nejen na jednotlivé ročníky kongresů, jsme organizovali cesty desítkám kolegů z pracovišť napříč naší republikou a různých odborností, umožnili jim získat první zkušenosti s přednášením a odbornými diskusemi. Pro většinu lékařů

a sester byly tyto skutečně první pobyty v zahraničí. Z těchto pobytů vzešla řada zajímavých aktivit a projektů, za všechny chci jmenovat první laparoskopickou cholecystectomii v České republice provedenou na zdejším Chirurgickém oddělení českým týmem. Byli to prim. MUDr. Vojtěch Louda a MUDr. Josef Pat'ha poté, co se s touto novinkou seznámili v roce 1991 při stáži na chirurgické klinice ve Vídni.

Druhý cyklus kongresů jsme zahájili v roce 2015 a byl určen mladým začínajícím gastroenterologům a chirurgům. Otcem myšlenky byl MUDr. Tomáš Hauer, kongresy se staly velmi oblíbenými. Jednou ročně se schází mladí kolegové s elitou české gastroenterologie a chirurgie a dále si velmi ceníme účasti gastroenterologických a endoskopických sester. Program je vždy obohacen workshopy s nácvikem endoskopické techniky pro lékaře i sestry.

Kdo je typický gastroenterologický pacient?

Gastroenterologie je veskrze obor preventabilní. Bohužel zdravotní osvěta, navíc u nás nedostatečná, se ale dotkne jen úzkého vzorku populace. Způsob života u většiny je stále nezdravý: kuřáctví, alkoholismus, špatná strava. To jsou v konečném důsledku drogy poškozující GIT, takže gastroenterologicky nemocný je častým návštěvníkem našeho oddělení a to opakovaně.

Jak byste přiblížila Gastroenterologické oddělení, které letos slaví 22 let od svého vzniku?

GAEO dnes nabízí komplexní spektrum diagnostické a terapeutické endoskopie, je centrem pro screeningovou kolonoskopii jako jedno z mnoha v České republice, zajišťujeme břišní ultrasonografii, gastrokopii, kolonoskopii, ERCP, cholangioskopii, litotripsii, jednobalonovou enteroskopii, kapslovou enteroskopii, jaterní biopsii, dále zavádění nazojejunální sondy,



Prim. MUDr. Olga Shonová | Foto: Jan Luxík

PEG, 24 hod pH metrie, high resolution manometrie a urgentní 24 hodinovou endoskopii. Dle stavu pacienta a potřeby provádíme výkony v analgosedaci, i řízené anesteziologem a v CA. V centru pro biologickou léčbu jsou komplexně léčeni a sledováni nemocní s IBD.

V jaké kondici je Gastroenterologické oddělení?

Jedná se o vysoce specializované pracoviště se zkušeným erudovaným personálem, oddělení je vybaveno nejmodernějšími endoskopickými a UZ přístroji, toto zázemí poskytuje standardní služby v rámci spádu Nemocnice České Budějovice, a.s., a zároveň super konziliární činnost pro Jihočeský kraj, stejně tak 24 hodinovou urgentní endoskopii využívají kolegové jiných nemocnic a privátních praxí napříč celým regionem nejenom v době pracovního klidu a o dovolených.

Oddělení poskytuje tyto formy péče: akutní lůžková péče intenzivní na JIP, akutní lůžková péče standardní, plánovaná péče hospitalizační, ambulantní péče ve vydefinovaných ambulancích specialistů.

Personál se také významně podílí na postgraduální výuce organizováním kongresů, sympozií, přednáškových cyklech pro lékaře, SZP i nutriční studenty. Zajišťujeme rovněž odborná setkání s laickou veřejností.

Jaké jsou vaše nejoblíbenější výkony? Co vás zajímá nejvíc?

Je to bezesporu celá digestivní endoskopie, z ní podtrhnu ERCP jak diagnostické, tak intervenční. Opravdu velmi milá mi byla diagnostická laparoskopie, kterou jsem se učila u prim. Hazuky v Motole. Bohužel dnes se tato metoda zcela vytratila z nabídky

gastroenterologických endoskopických metod, poněvadž „hardware i software“ přešel na chirurgické operační sály.

Nedílnou součástí mé klinické praxe byla vědecká a publikační činnost na domácí a zahraniční půdě, přednášek a publikací bylo přes 200. Jednalo se nejen o lékařské kruhy, ale ráda jsem se účastnila i sesterských programů. Na poli zdravotní veřejnosti, na což moc ráda vzpomínám, otázky a podněty od pacientů jsou vždycky velmi přínosné a zajímavé.

Vedle endoskopie jsem se ze zájmu věnovala epidemiologii (za všechny vzpomínám na epidemiologii Schistosomiasy u africko-asijských zahraničních studentů v ČSR, ve spolupráci s Parazitologickým ústavem AV a RNDr. Michalem Gibodou, CSc., bylo publikováno v roce 1992). Dále jsem se zabývala epidemiologickými studiemi, klasifikací nemocí, komputizační registrací IBD nemocných s počtem 958 jedinců. I toto bylo publikováno na domácí půdě stejně jako v zahraničí v roce 2000. Dokončená Komputerizace endoskopické terminologie OMED byla publikována v letech 1987, 1988, 1989.

Oddělení se také zapojilo do programů grantů karcinomu pankreatu, kolorektálního karcinomu, mezinárodní epidemiologická studie IBD jižních Čech.

Jak vidíte, paní primářko, vývoj endoskopie a gastroenterologie do budoucna?

Endoskopie se bude dále zdokonalovat v již zavedené technice, přístroje nabídnou dokonalejší světelné podmínky, budou lehčí, lépe desinfikovatelné, ale čekáme na průlom technických metod umožňující další intraluminální zákroky. V současnosti se

již pracuje s novinkami typu Apollo nebo technikou POEM, ale nejedná se o rutinní provoz.

Nemoci se měnit nebudou, bohužel pouze počty malignit stále narůstají.

Slovo na závěr:

Gastroenterologie a její nedílná část digestivní endoskopie je v současné době velmi vzrušující obor medicíny. Gastroenterologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., vnímám jako **MOST mezi internou a chirurgií**, v pevné víře, že nestojí proti sobě, naopak. Účinným způsobem se doplňují, kombinují. Vedení snahou respektovat dohodnutá pravidla, názory a postupy je prvořadou nutností je ctít, učit se toleranci, zkušenosti jiných oborů, a to s trpělivostí plastického chirurga a zručností endoskopisty. Na prvním místě vnímám úctu k nemocnému, pozornost a sílu, pracovitost a trpělivost u sebe stejně jako u celého pracovního kolektivu.

Všechny aktivity po dobu mého působení v naší nemocnici jsem měla tu čest provádět s mnoha kolegy I. a II. interního oddělení, Gastroenterologie, Chirurgie, RTG oddělení a dalšími.

Bylo mi potěšením a děkuji všem za to.

prim. MUDr. Olga Shonová
Gastroenterologické oddělení

Napsala **Iva Nováková**
Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

Světový den hygieny rukou si připomínáme 5. května

Mytí rukou patří k základním preventivním opatřením proti přenosu mnoha infekčních onemocnění. Podívejte se na naše video, jak si správně mýt ruce.

youtu.be/BSakCj-CDFQ



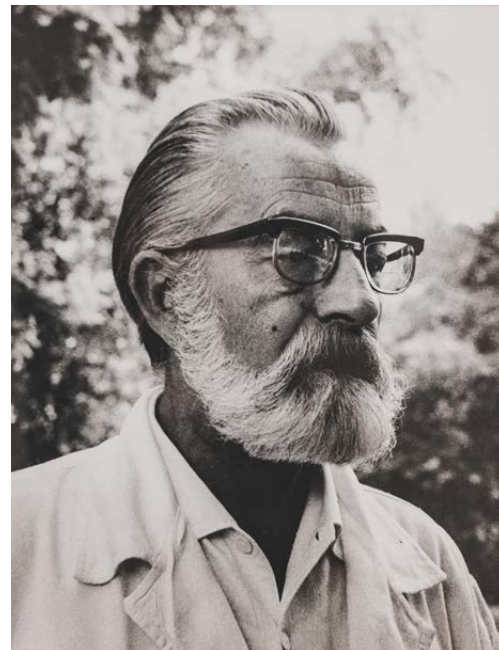
Představujeme: Urologické oddělení

Když jsem byl osloven doc. MUDr. Jiřím Stehlíkem, CSc. a Bc. Ivou Novákovou, MBA, abych v Nemocničním zpravodaji představil Urologické oddělení, uvědomil jsem si, jak málo víme o ostatních oborech v naší nemocnici. Jak mnohdy ani neznáme kolegy z ostatních oborů. Jak nás úzká specializace i v rámci jednotlivých odborností, a já jsem jejím zastáncem, „izoluje“. Berte tedy tento příspěvek jako průvodce historií a současností oboru, který má v naší nemocnici svoje místo, který se, i s příchodem nových technologií, dynamicky rozvíjí a jistě rozvíjet bude.

Historie urologické péče v Českých Budějovicích navazuje na období, kdy byly prováděny urologické operace v rámci Chirurgického oddělení. Již prim. MUDr. Emil Haim (vedl Chirurgické oddělení v letech 1915–1938) prováděl vlastní modifikace perineální prostatektomie. V roce 1940 pod vedením prim. MUDr. Karla Domanského (1938–1955) poskytoval urologickou péči

MUDr. Jaromír Klika v prostorech nově otevřeného pavilonu chirurgie. Od roku 1957 byl za primariátu MUDr. Jiřího Šejhara zřízen urologický ordinariát, jehož vedením pověřili MUDr. Václava Kunce.

K ustanovení samostatného Urologického oddělení pod vedením prim. MUDr. Kunce dochází 1. července 1962 spolu se zrušením ordinariátu. Jeho spolupracovníky byli MUDr. Radoslav Beránek, od roku 1965 MUDr. Karel Horáček (v roce 1976 přešel na Polikliniku Jih a v roce 1986 do Českého Krumlova), od roku 1967 MUDr. Ludmila Boučková a od roku 1975 MUDr. Břetislav Shon. Mezi lety 1976–1986 pracoval na Urologickém oddělení MUDr. Pavel Puškáč (v roce 1986 odešel na Polikliniku Jih). V roce 1984 oddělení disponovalo 26 lůžky na třetím patře chirurgického pavilonu. V únoru 1984 se do čela Urologického oddělení postavil prim. MUDr. Radoslav Beránek. Týž rok nastoupil MUDr. Jaroslav Novák, který se specializoval na invazivní sonografii a perkutánní extrakce konkrementů



Prim. MUDr. Václav Kunc, který vedl oddělení v letech 1962 – 1984 | Foto: archiv oddělení



MUDr. Břetislav Shon | Foto: Jan Luxík



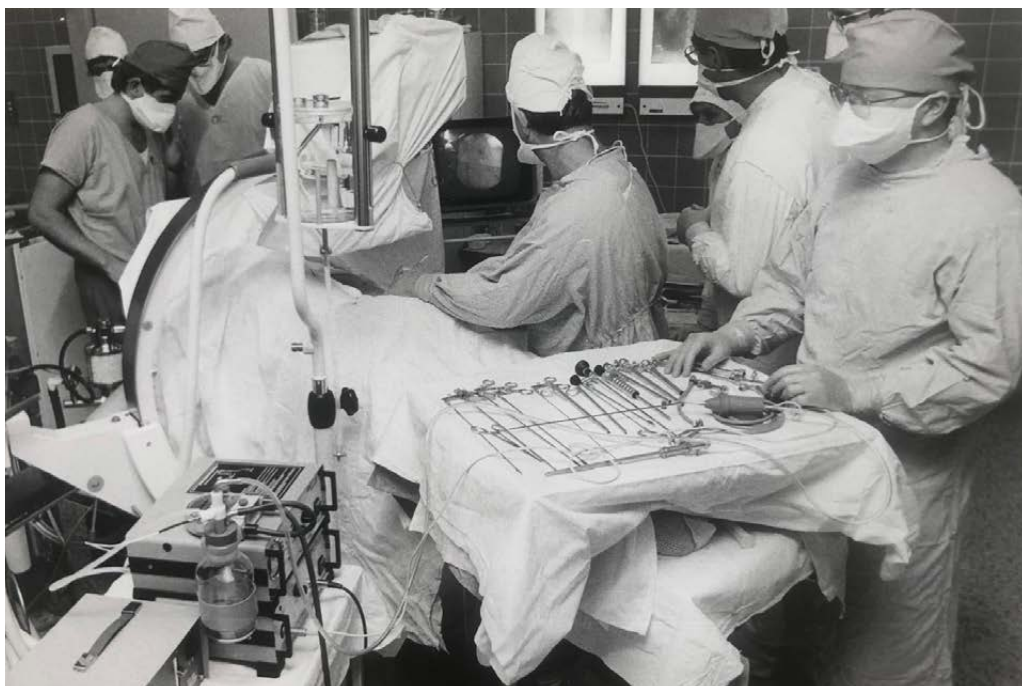
Prim. MUDr. Radoslav Beránek a vrchní sestra Růžena Bílá při slavnostním otevření budovy C a nového Urologického oddělení v roce 1989

Foto: archiv oddělení

(kamenů), které započal primář Beránek. V roce 1985 nastoupil na oddělení MUDr. Jiří Doležal, který se specializoval na dětskou urologii, v roce 1990 složil atestaci z dětské urologie a pracoval zde do 1. 11. 2010, kdy nahradil MUDr. Karla Horáčka v Českém Krumlově. Za vedení primáře Beránka se v roce 1985 rozšířilo oddělení na 40 lůžek. V roce 1986 se tým na oddělení rozšířil o MUDr. Evu Alterovou, MUDr. Miloše Fialu, MUDr. Aleše Petříka a MUDr. Jaroslava Ženíška. Od roku 1988 do roku 1991 byla členkou urologického týmu MUDr. Senta Burianová, která od roku 1991 působí na Poliklinice Medipont (dříve Jih).

Přelomem ve vývoji českobudějovické urologie byl 1. říjen 1989, kdy se oddělení přestěhovalo do nových prostor v pavilonu C. Zde disponovalo 60 lůžky na třech stanicích včetně samostatné stanice pro dětské pacienty pod vedením MUDr. Jiřího Doležala. V té době se intenzivně rozvíjí nové diagnostické a léčebné postupy. Masivní vývoj zaznamenala diagnostická i invazivní ultrasonografie, urodynamika, andrologie, péče o pacienty s urolitiázou i urologická onkologie. Ruku v ruce s přesnější diagnostikou přicházely i nové operační postupy. V srpnu 1992 je uveden do provozu extrakorporální litotryptor a v říjnu 1993 pak komplex 3 samostatných operačních sálů a na ně navazující jednotky intenzivní péče. V březnu 1997 se stává do čela Urologického oddělení primář MUDr. Břetislav Shon. Pod jeho vedením se oddělení profiluje ve významné nadregionální centrum pro léčbu pacientů s poruchami močových cest a mužských pohlavních orgánů. Poskytuje komplexní služby v diagnostice a léčbě urolitiázy pod vedením MUDr. Petříka, Ph.D. Přicházejí i nové operační techniky v uroonkologii – prim. MUDr. Břetislav Shon provádí první radikální cystektomie, MUDr. Fiala pak radikální prostatektomie a ortotropní derivace moče po radikálních cystektomiích. Oddělení je plně vybaveno pro diagnostiku a léčbu mužské neplodnosti a poruch erekce. Specializovaným programem pod vedením MUDr. Jaroslava Ženíška je diagnostika a léčba funkčních poruch dolních močových cest včetně ženské inkontinence. V lednu 2006 provádí MUDr. Zdeněk Staněk první laparoskopickou nefrektomii.

Primář MUDr. Břetislav Shon, který oddělení vedl od 1. 3. 1997, odchází



Pohled do sálu při perkutánní endoskopické operaci. V popředí je speciální vyšetřovací přístroj se zdroji studeného světla, ultrazvuku a odsávacím zařízením. Průběh operace sledují lékaři na televizní obrazovce, rok 1987 | Foto: archiv oddělení



Zámkový sálek pro malé výkony | Foto: Jan Luxík

v květnu 2006 na pozici generálního ředitele a oddělení 15. 5. 2006 přebírá MUDr. Miloš Fiala. V roce 2010 odchází MUDr. Doležal a MUDr. Alterová do Českého Krumlova a péči o dětské pacienty přebírá MUDr. Jan Starczewski. V roce 2016 přebírá po MUDr. Jaroslavovi Ženíškovi, Ph.D., problematiku funkčních poruch MUDr. Pavel Tolinger.

To už se blížíme do současnosti. V roce 2017 se oddělení přestěhovalo do nově zrekonstruovaných prostor pavilonu Z.

V suterénu této budovy máme pracoviště pro extrakorporální litotrypsi a zámkový sálek. V přízemí pak recepci, kancelář, 4 ambulance a urodynamickou vyšetřovnu. V prvním patře oddělení B s 30 lůžky a společnou urologicko-gynekologickou JIP o 10 intenzivních lůžkách. Ve druhém patře se nachází oddělení C s 32 lůžky. Operační sály dočasně využíváme v budově CH. Andrologická ambulance se nachází v budově A. Na oddělení pracuje 63 sester a 8 sanitářek.

Lékaři Urologického oddělení:

17 úvazků včetně primáře

primář: MUDr. Miloš Fiala

zástupce primáře: MUDr. Aleš Petřík, Ph.D.

lékaři: MUDr. Ludmila Boučková
MUDr. Jiří Černý
MUDr. Kateřina Gocalová
MUDr. Jana Horáková
MUDr. Jaroslav Novák, MBA
MUDr. Barbora Novotná

MUDr. Zdeněk Staněk
MUDr. Milan Svoboda
MUDr. Jan Starczewski
MUDr. Pavel Tolinger
MUDr. Jiří Ladman

rezidenti: MUDr. Zuzana Bartošová
MUDr. Tereza Netolická
MUDr. Antonín Prouza
MUDr. Petr Skála
MUDr. Oliver Straka
MUDr. Jan Vlnieška



Čestné členství udělené výborem České urologické společnosti prim. MUDr. Radoslavi Beránkovi

Foto: Jan Luxík

Urologické oddělení je od roku 2006 akreditováno Ministerstvem zdravotnictví pro výkon urologie. Poskytuje nadregionální služby. To dokladují i data z roku 2019, kdy bylo na Urologickém oddělení operováno:

2360 klientů z okresu České Budějovice

2487 klientů mimo okres České Budějovice

Ambulantně ošetřeno:

22401 klientů z okresu České Budějovice

12804 klientů mimo okres České Budějovice

Uroonkologie

Péči o tyto klienty zajišťujeme formou onkologické ambulance a formou urologicko-onkologických týmů ve

spolupráci s Onkologickým oddělením. Provádíme kompletní spektrum diagnostických a léčebných postupů a operačních technik. V počtu operací provedených pro nádorová onemocnění patříme mezi 5 největších center v České republice.

V roce 2019 bylo pro onkologickou diagnózu provedeno:

799 operací klientů z okresu České Budějovice

718 operací klientů mimo okres České Budějovice

Významným zpřesněním diagnostiky nádoru prostaty je fúzní biopsie, tedy cílená

navigovaná biopsie podezřelého ložiska po předchozím vyšetření magnetickou rezonancí.

Funkční urologie, neurourologie, inkontinence a rekonstrukční urologie

Vedle velkých, obecně známějších tématických okruhů, jakými jsou onkourologie, urolitiáza či robotická chirurgie, se na českobudějovickém Urologickém oddělení věnujeme i funkčnímu vyšetřování dolních močových cest, péči o pacienty s neurogenním poškozením močových cest, diagnostice a léčbě inkontinence u žen i mužů a rekonstrukční urologii močových cest.

Funkční vyšetřovna se nachází v našem ambulantním traktu a disponuje urodynamickou sestavou MMS Solaris z roku 2013 rozšířenou o skiaskopické C rameno. Na přístroji provádíme urodynamickou funkční diagnostiku dolních močových cest, a to v široké paletě nastavení podle individuálních potřeb jednotlivých pacientů. Disponujeme vodními a vzduchovými snímači pro měření vezikálního a rektálního tlaku, pullerem k provádění profilometrie močové trubice, EMG jednotkou ke snímání svalů pánevního dna, digitálním uroflowmetrem a ultrazvukovou sondou. Prováděná vyšetření jsou jak neinvazivní, tak invazivní s nutností zavést jeden či více katetrů. K instilaci do močových cest se používá fyziologický roztok předehřátý na 37 °C, podle potřeby smíšený s kontrastní látkou pro možnost zobrazení močových cest skiaskopickým C ramenem. Urodynamické vyšetření nabízí posun v rozhodování o vhodné terapii pro



Současný kolektiv Urologického oddělení | Foto: Jan Luxík

dětské i dospělé pacienty s inkontinencí, subvesikální obstrukcí dolních močových cest či hypokontraktilitou detrusoru. Dále provádíme pravidelná kontrolní vyšetření u všech pacientů s těžkou formou neurogenního poškození močových cest – tedy zejména u transversálních míšních lézí a vozíčkářů. Urodynamická vyšetření se objednávají na pondělí, úterý a čtvrtek.

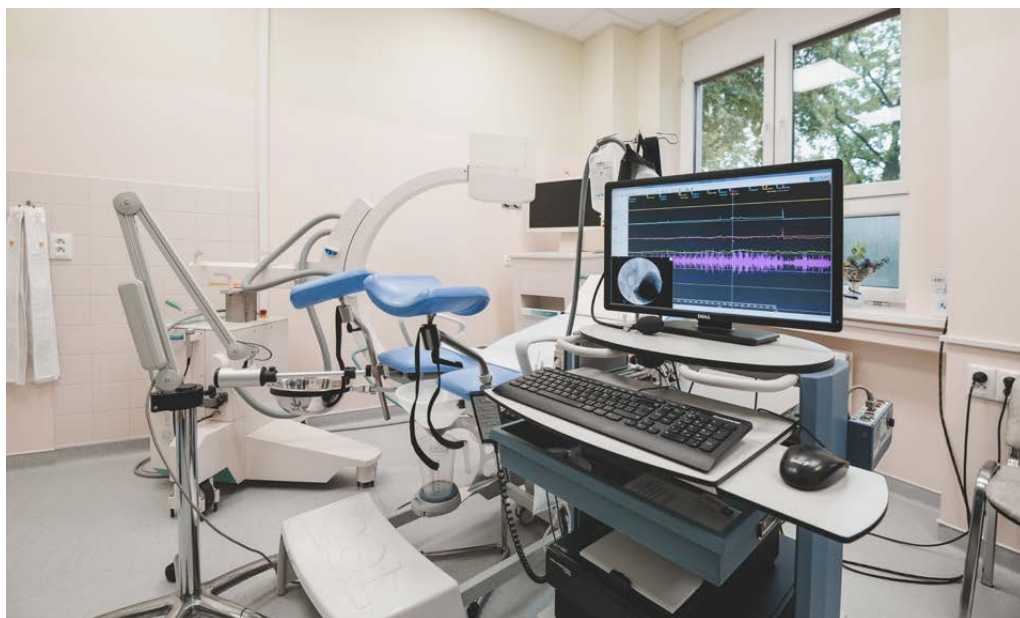
Neurourologie se zabývá pacienty, kteří mají sekundární poškození močových cest při primárním poškození nervového systému. Ať již traumatické centrální (výše zmíněny transversální míšní léze, dále krvácení a ischemie mozku a míchy) či periferní (nejčastěji iatrogenní denervace močového měchýře po extenzivní pánevní chirurgii). Dále neurodegenerativní onemocnění (roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba...) či vrozené vady (meningomyelokéla). Cílem sledování je zejména předejít nevratnému poškození močových cest, které může vést k ledvinovému selhání, dále předcházet infekcím močových cest,

kteří tyto pacienty frekventně obtěžují a představují pro ně významnou morbiditu. Sekundárním cílem, nicméně neméně důležitým, je udržet životní komfort, minimalizovat inkontinenci a poskytnout co nejlepší sociální adaptabilitu. Velká část neurourologických pacientů praktikuje čistou intermitentní autokatetrizaci (ČIK), což je pro ně nejbezpečnější cesta vyprazdňování močového měchýře. V současné době máme v péči asi 250 pacientů s denní potřebou katetrizace. Poskytujeme poradenství a preskripci i stran dalších pomůcek. Neurourologická a funkční poradna běží vždy v úterý v ambulantním traktu a pokrývá potřebu většiny Jihočeského kraje.

Inkontinence je definována jako každý nechtěný únik moči. Literární údaje se různí, ale obecně se soudí, že v životě se s tímto problémem setká až 1/3 populace. Navíc se jedná o téma do jisté míry tabuizované, pro pacienty nepříjemné. Příčin inkontinence je celá řada a bez podrobného vyšetření nelze určit správnou fungující terapii. U velké části

pacientů jsme schopni poskytnout plnou či částečnou úlevu od potíží. V diagnostice užíváme pečlivý odběr anamnesy, fyzikální vyšetření, dotazníky (zejména tzv. pitnou a mikční kartu), ultrazvukové vyšetření močových cest, laboratorní vyšetření moči včetně močové kultivace a urodynamické vyšetření. Terapeuticky se nabízí cílená rehabilitace (ve spolupráci s Rehabilitačním oddělením), perorální farmakoterapie, instilační intravesikální farmakoterapie, injekční intravesikální farmakoterapie (Botulinumtoxin), periferní neuromodulace (centrální neuromodulaci/stimulaci bohužel nedisponujeme) a operační léčba – subslizniční urethrální implantáty, slingové (páskové) operace u žen (TOT) i mužů (ATOMS). U těžké inkontinence zprostředkováváme zavedení umělého svěrače, obvykle ve spolupráci s urologickou klinikou FTN či 1. Urologickou klinikou VFN.

V rekonstrukční urologii dolních močových cest je největší výzvou operativa pro striktury mužské močové trubice, v menšině rekonstrukce vrozených vad



Pracoviště urologie / Foto: Jan Luxík

(hypospadie) – ta je však spíše doménou dětských urologů. Provádíme výkony resekční i augmentační, k rekonstrukci močové trubice se užívají kožní laloky s cévní stopkou (obvykle z předkožky či kůže penisu) nebo volné slizniční laloky z bukální sliznice. Tato operativa je zatížena velkou měrou selhání a stále se pátrá po dalších efektivnějších metodách náhrady uretry. Striktura ženské močové trubice je velmi raritním onemocněním, obvykle související s předchozím traumatem, operativou či radioterapií.

V rekonstrukci horních močových cest se nejvíce setkáváme s pacienty (častěji pacientkami) s iatrogení lézí močovodu po pánevních operacích a pacienty s píštělemi močového měchýře nebo močovodu. Rekonstrukce vyžaduje nejčastěji laparotomický přístup, některé vezikovaginální píštěle lze uzavřít transvaginálně. K augmentačním plastikám močovodu se nejčastěji užívá tubulizovaný lalok z močového měchýře (Boari).

Do oblasti funkční urologie patří i odstraňování benigní subvesikální prostatické obstrukce. Prostata je mužská pohlavní žláza, která z dosud ne zcela odhalených příčin celoživotně narůstá s akcentací růstu po 50. roce věku. U části mužské populace dosáhne i při řádné farmakoterapii takové míry obtíží, že si vyžádá operační řešení. V takovém případě nabízíme provedení výkonu endoskopicky elektrickou kličkou (TURP) či holmiovým laserem (HOLEP) podle indikačních kritérií. Klasická operativa je dnes na ústupu.

Dětská urologie

Naše oddělení ve spolupráci s Neonatologickým a Dětským oddělením také poskytuje komplexní péči pro dětské pacienty celého jihočeského regionu. Jsme plně vybaveni pro diagnostiku a léčbu pacientů od novorozeneckého věku. Pro terapii dětských pacientů byly postupně zavedeny všechny nové technologie. V současnosti využíváme zejména k léčbě urolitiázy a vrozených vývojových vad nejmodernější rigidní i flexibilní endoskopy pro výkony na dolních i horních močových cestách. K dezintegraci litiázy máme k dispozici extrakorporální litotryptor i výkonný holmium laser.

Do operační léčby vezikoureterálního refluxu byly zavedeny endoskopické subureterické instilace. V diagnostice mikčních poruch u dětí jsme plně vybaveni videourodynamickou aparaturou s možností nácviku mikce. Do léčby neurogenně podmíněných poruch mikce byly zavedeny endoskopické instilace botulotoxinu. K léčbě varikokély u adolescentů využíváme mikrochirurgickou metodu s použitím operačního mikroskopu. V posledních letech též došlo k zavedení méně invazivních technik při operacích vrozených vad horních močových cest. Rutinně provádíme laparoskopické operace od 1 roku věku dítěte a u školních a dospívajících dětí je možno využít robotický systém k provedení pyeloplastiky.

prim. MUDr. Miloš Fiala

Terapie urolitiázy

Léčba urolitiázy, při které se tvoří kameny v močových cestách, zaznamenala za posledních 30 let nebývalý pokrok. Jaký byl její historický vývoj a jaké jsou současné moderní metody používané i v českobudějovické nemocnici?

K počátkům terapie urolitiázy se musíme vrátit do poloviny osmdesátých let minulého století. Tehdy v Jihočeském kraji existovala čtyři samostatná urologická oddělení, a to v Českých Budějovicích, Písku, Táboře a Jindřichově Hradci. Lze říci, že poskytovaná péče byla na uvedených odděleních plně srovnatelná. Terapie urolitiázy tehdy spočívala pouze v provádění otevřených operací s odstraněním konkrementů (kamenů) z ledviny nebo močovodu. Pouze v malém procentu za použití instrumentace Zeissovou kličkou nebo Dormia košíčkem.

První perkutánní výkony, takzvané **PNL** (percutaneous nephrolithotomy), provedlo urologické oddělení v Českých Budějovicích koncem roku 1986. Jednalo se o metodu, při které byl kámen z ledviny odstraněn rigidním instrumentáři zavedeným punkčně přes kůži do dutého systému ledviny. Až následně byla metoda použita v Táboře či Jindřichově Hradci a určitým milníkem se stal rok 1991, kdy bylo provedeno více endoskopických výkonů než otevřených operací.

Pokrokem v léčbě bylo zavedení techniky **URS** (ureteroskopie) v roce 1996, která využívala přístup k litiáze močovými cestami. Při ní byla urolitiáza ošetřena s použitím semirigidního instrumentária zavedeného močovou trubicí přes měchýř do močovodu, případně až do dutého systému ledviny. Zásadní zkvalitnění endoskopických metod přinesl rok 2014, kdy byla rutinně zavedena metoda **RIRS**, při které se začalo používat plně flexibilní instrumentarium.

V roce 1992 byl v nemocnici v Českých Budějovicích instalován extrakorporální litotryptor **ESWL** (extracorporeal shock wave lithotripsy), který dokázal rozbít kámen v močových cestách pomocí mechanických rázových vln. Jednalo se o první přístroj v České republice zakoupený pro mimopražské neakademické pracoviště. Vlny, které se generují v přístroji mimo tělo

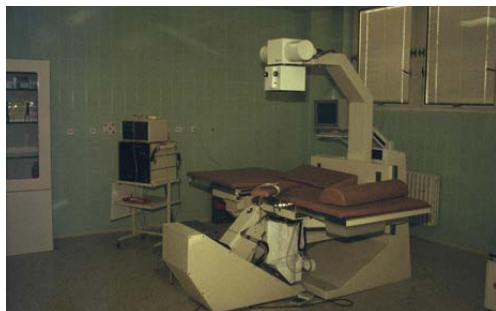
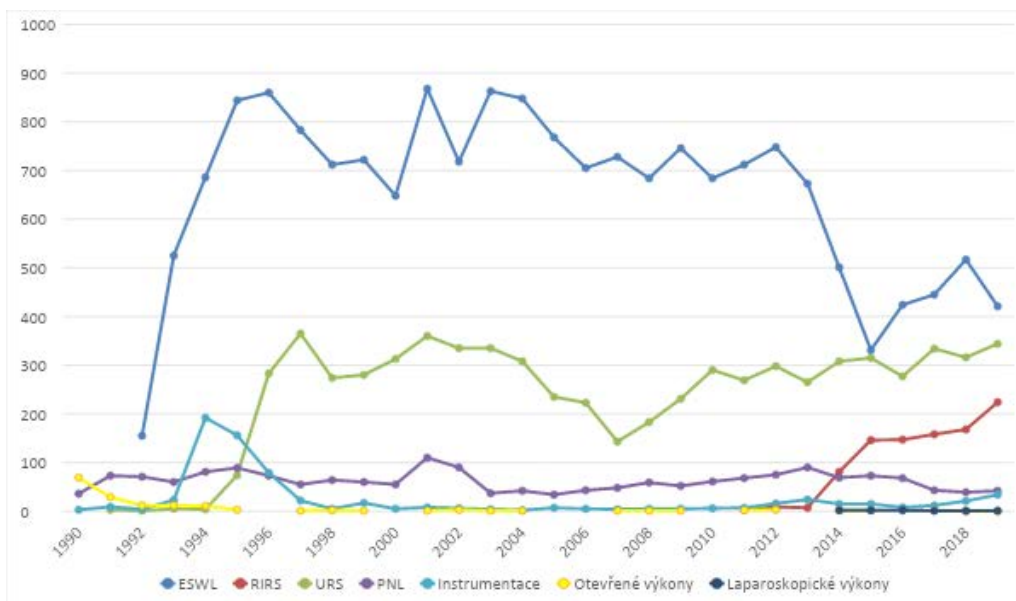
Rok	ESWL	RIRS	URS	PNL	Instrumentace	Otevřené výkony	Laparoskopické výkony	Celkem
1990				36	3	69		108
1995	844		74	89	156	3		1166
2000	648		313	55	5			1021
2005	768		235	34	7			1044
2011	712	3	269	68	7	2		1061
2015	331	146	315	73	15	2	2	884
2019	421	224	344	42	34	0	1	1066

Počty výkonů

pacienta jsou následně přesně zacíleny do ohniska, ve kterém se konkrément nachází.

Zásadním posunem v léčbě byl rok 2006, a to díky nákupu prvního **holmium laseru** pro léčbu litiázy i jeho následná obnova modernějšími generacemi přístrojů v letech 2009 a 2018.

Z přehledu je evidentní příklon k méně invazivním a zároveň efektivnějším výkonům, kterými jsou již uvedena flexibilní uretroskopie ve spojení s laserovou dezintegrací konkrémentů. Počty výkonů se podle statistik od roku 1990 do konce roku 2019 zvýšily až na desetinásobek, z původních 110 až na 1100 ošetření.



Extrakorporální litotryptor 1992
Foto: archiv oddělení



Extrakorporální litotryptor 2017
Foto: archiv oddělení



MUDr. Aleš Petřík, Ph.D. provádí semirigidní ureteroskopii | Foto: archiv oddělení

V současné době poskytuje Urologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. komplexní léčbu přesahující hranice Jihočeského kraje a je jedním z nejlépe vybavených center v České republice. Navíc jsou na oddělení pravidelně pořádány workshopy jak pro české, tak i evropské urology.

MUDr. Aleš Petřík, Ph.D. je od roku 2010 členem panelu pro urolitiázu, takzvaného Guidelines Office European Association of Urologists, tedy skupiny, která vytváří doporučení pro léčbu litiázy v Evropě.

MUDr. Aleš Petřík, Ph.D.

Laparoskopické a roboticky asistované urologické operace

Laparoskopické a robotické operace patří mezi miniinvasivní chirurgické techniky, při kterých jsou chirurgické nástroje zaváděny do dutiny břišní nebo jiné tělní dutiny přes drobné vpichy (porty). Na rozdíl od klasické (otevřené) operace není k přístupu nutná větší operační rána. Portem je zavedena též endoskopická kamera, pomocí které se přenáší obraz operačního pole na monitor nebo do konzole robotického chirurga. Při robotické operaci jsou laparoskopické nástroje a kamera uchyceny v ramenech robota a na dálku ovládány chirurgem konzolí.

Na Urologickém oddělení naší nemocnice jsme první laparoskopickou operaci provedli v lednu 2006. Jednalo se o odstranění ledviny postižené nádorem (nefrektomie). V témže roce jsme začali laparoskopicky operovat i některá další, především onkologická onemocnění. Jednalo se již o komplexnější operace, při kterých po amputační části výkonu následuje fáze rekonstrukční. Například u nádorů ledviny jsme tak začali laparoskopicky odstraňovat (resekovat) pouze nádor při zachování funkční části ledviny. Dále jsme jako jedni z prvních v České republice začali rutinně provádět laparoskopickou radikální prostatektomii. Při tomto výkonu je odstraňována nádorem postižená celá prostatická žláza se semennými vajíčky a v indikovaných případech je doplňována pánevní lymfadenektomie. K rekonstrukční operaci patří miniinvasivně prováděná laparoskopická pyeloplastika. Tuto operaci indikujeme v případech omezené průchodnosti moče z ledvinné pánvičky do močovodu. Příčinou je buď vrozené zúžení



Příprava robotické operace | Foto: archiv oddělení



Příprava robotické operace | Foto: archiv oddělení



Laparoskopická operace | Foto: archiv oddělení

Počet laparoskopických výkonů před otevřením robotického sálu, Urologické oddělení:

Operace	Rok		
	2016	2017	2018
Laparoskopická radikální prostatektomie	94	104	122
Laparoskopická resekce tumoru ledviny	95	79	72
Laparoskopická pyeloplastika	10	23	15
Celkem	199	206	209



Robotický sál před operací | Foto: archiv oddělení

napojení pánvičky ledviny a močového nebo je toto napojení utlačováno křížící aberantní cévou. Laparoskopie dnes patří ke zlatému standardu odstranění patologicky změněné nadledviny (adrenalectomie).

Jako jedni z mála v České republice provádíme laparoskopické operace i u dětí od dvou let věku. Používáme speciální instrumentarium, pro jehož zavádění postačují pouze 3 mm porty. Do našeho portfolia laparoskopicky prováděných výkonů u dětí patří odstranění afunkční celé ledviny (nephrektomie) nebo její části (heminephrektomie). Dále laparoskopicky provádíme miniinvasivní rekonstrukční operace patologických změn na horních močových cestách, které jsou většinou způsobené vrozenými změnami (např. pyeloplastiky).



Operační stůl instrumentárky | Foto: archiv oddělení

Významným pokrokem v laparoskopii byla instalace nové zobrazovací techniky, která nám od roku 2016 umožňuje sledovat operační pole na monitoru v prostorovém obrazu (3D). Zavedením této techniky se výrazně zlepšila kvalita laparoskopického obrazu, což oceňujeme především u rekonstrukčních operací.

Na počátku loňského roku byl v naší nemocnici vybudován nový robotický sál, který byl vybaven nejmodernějším robotickým systémem IV. generace da Vinci X. Stali jsme se tak 10. robotickým centrem v České republice. Důležitým mezníkem pro získání robota bylo obhájení medicínského přínosu a racionálního využití této metody v nemocnici před Přístrojovou komisí MZČR v říjnu 2018. Zdaleka ne všem žadatelům, včetně fakultních nemocnic, se toto podařilo. Nutné proškolení celého operačního týmu bylo završeno v únoru 2019 v belgickém Gentu získáním certifikátu



Vedoucí sestra robotického sálu Martina Šestáková, staniční sálová sestra Jiřina Černá

Foto: archiv oddělení



*Školící robotické centrum ORSI v Gentu, Belgie. MUDr. Zdeněk Staněk, MUDr. Milan Svoboda
Foto: archiv oddělení*

pro práci s robotickým systémem da Vinci X. V současné době robotický systém v naší nemocnici využívají též kolegové z gynekologie a chirurgie.

První robotickou operací v naší nemocnici byla na počátku března 2019 radikální prostatektomie. Velkou oporou při prvních operacích nám byl prim. MUDr. Jan Schraml, Ph.D. z Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, který je školitelem v robotické urologické chirurgii. Radikální prostatektomie je dnes nejčastější onkologickou operací v urologických centrech a byla to právě tato operace, která motivovala rozvoj robotické operativy v celém vyspělém světě. V USA a například ve Skandinávii je dnes více než 95 % radikálních prostatektomií operováno s asistencí robota, u nás je to v současnosti 60 %. Jsme velmi rádi, že i naši pacienti mohou z této nejmodernější metody profitovat.



Robotický sál během operace | Foto: archiv oddělení

Nádorové onemocnění prostaty představuje jeden z nejzávažnějších zdravotních problémů u mužů. Každoročně je tento nádor diagnostikován přibližně u 450 Jihočechů. Pro značnou část z nich představuje radikální prostatektomie vysokou šanci na úplné vyléčení nádorového onemocnění. Na vzrůstajícím počtu nově zachycených nádorů prostaty se významně podílí zlepšená diagnostika. Ta spočívá především ve vyšetření krve na specifický prostatický antigen (PSA). Jeho vyšší hladina pak vede urologa k indikaci biopsie prostaty. V poslední době se v diagnostice Ca prostaty stále výrazněji uplatňuje vyšetření magnetickou rezonancí (MRI), která umožňuje provedení biopsie cíleně ze suspektního nádorového ložiska



Konzole operujícího urologa | Foto: archiv oddělení



*Pohled operujícího urologa do optiky robotické konzole
Foto: archiv oddělení*

v prostatě. Tím se značně redukuje zátěž mužů necílenými biopsiemi, které se musely dříve často opakovat.

V prvním roce provozu robotického sálu jsme provedli celkem 138 radikálních prostatektomií. Přešli jsme tak kompletně od otevřeného a později i od laparoskopického přístupu k operaci robotické. Desetkrát zvětšené prostorové zobrazení operačního pole s užitím robotických nástrojů imitujících pohyb lidského zápěstí významně zlepšuje přesnost a preciznost provedení operace. Vedle vysoké pravděpodobnosti vyléčení zhoubného onemocnění zvyšuje tato metoda šanci na úplnou kontinenci moče a v některých případech i zachování erekce.

Druhou nejčastější operací, kterou s asistencí robota provádíme je resekce nádoru ledviny. Za první rok jsme takto operovali 70 pacientů. Během této operace je nádor ledviny lokalizován s pomocí ultrazvukové robotické sondy, kterou zavádí asistent do břišní dutiny přes port. Tuto sondu ovládá urolog od konzole, kde zároveň vidí operační pole i ultrazvukový obraz snímáný robotickou sondou. Před vlastní resekci nádoru jsou dočasně uzavřeny ledvinné cévy cévní svorkou. V bezkrevném terénu je pak nádor odstraňován s maximálním šetřením okolní funkční ledvinné tkáně. Spodina resekční plochy následně ošetřena stehy tak, aby došlo k uzavření cév a močových cest. Zlepšování operační techniky a narůstající zkušenosti nyní dovolují operovat více nádorů ledvin záchovnou metodou resekce.

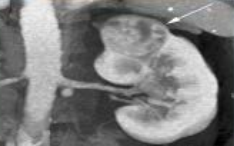
S asistencí robota provádíme též pyeloplastiky. Robotické nástroje nám zde umožňují velmi precizní sešití ledvinné pánečky a močovodu.

Naše zkušenosti s robotickou operativou potvrzují, že roboticky asistovaná operace je pro pacienta méně zatěžující, přináší pro něj menší pooperační bolestivost, výrazně se snižuje potřeba podávání krevních transfuzí a zkracuje se doba nutné hospitalizace. Jsme velmi rádi, že se v naší nemocnici podařilo zajistit dostupnost této nejmodernější metody urologickým pacientům z celého našeho kraje.



Robotický sál | Foto: archiv oddělení

Robotické operace, urologie NEM ČB - březen 2019 až únor 2020

Operace		Urologie ČB 03/2019-02/2020	Celkem 206
Radikální prostatektomie		138	
Resekce tumoru ledviny		55	
Pyeloplastika		13	

Závěrem

Troufám si říci, že držíme krok s rozvojem oboru. Urologické oddělení pořádalo v letech 1987, 1993, 2006 a 2016 výroční konferenci České urologické společnosti, v roce 1995 kurz European Board of Urology. As. MUDr. Aleš Petřík, Ph.D. vyučuje studenty na 1. LF UK Praha, spolupracujeme a podílíme se na výuce studentů ZSF Jihočeské univerzity. Kolega MUDr. Antonín Prouza je na dlouhodobé stáži v Southmead Hospital Bristol.

Jaká je budoucnost oboru?

Nepochybně lze očekávat nástup nových technologií. A ten, kdo bude chtít udržet krok s tak dynamickým rozvojem oboru, který se profiluje k miniinvazivitě, účelné farmakoterapii a diagnostice, musí investovat nemalé prostředky do vzdělání a do přístrojového vybavení. Přeji si, aby se to českobudějovické urologii dařilo.

Pokud vás toto krátké nahlédnutí do naší každodenní práce zaujalo, pak má tento formát smysl a těším se na představení dalších oddělení na stránkách Nemocničního zpravodaje.

prim. MUDr. Miloš Fiala

Tým českobudějovických lékařů publikoval článek ve světově uznávaném časopise

Pane doktore, řekněte nám, co vše předcházelo publikování článku v odborném časopise?

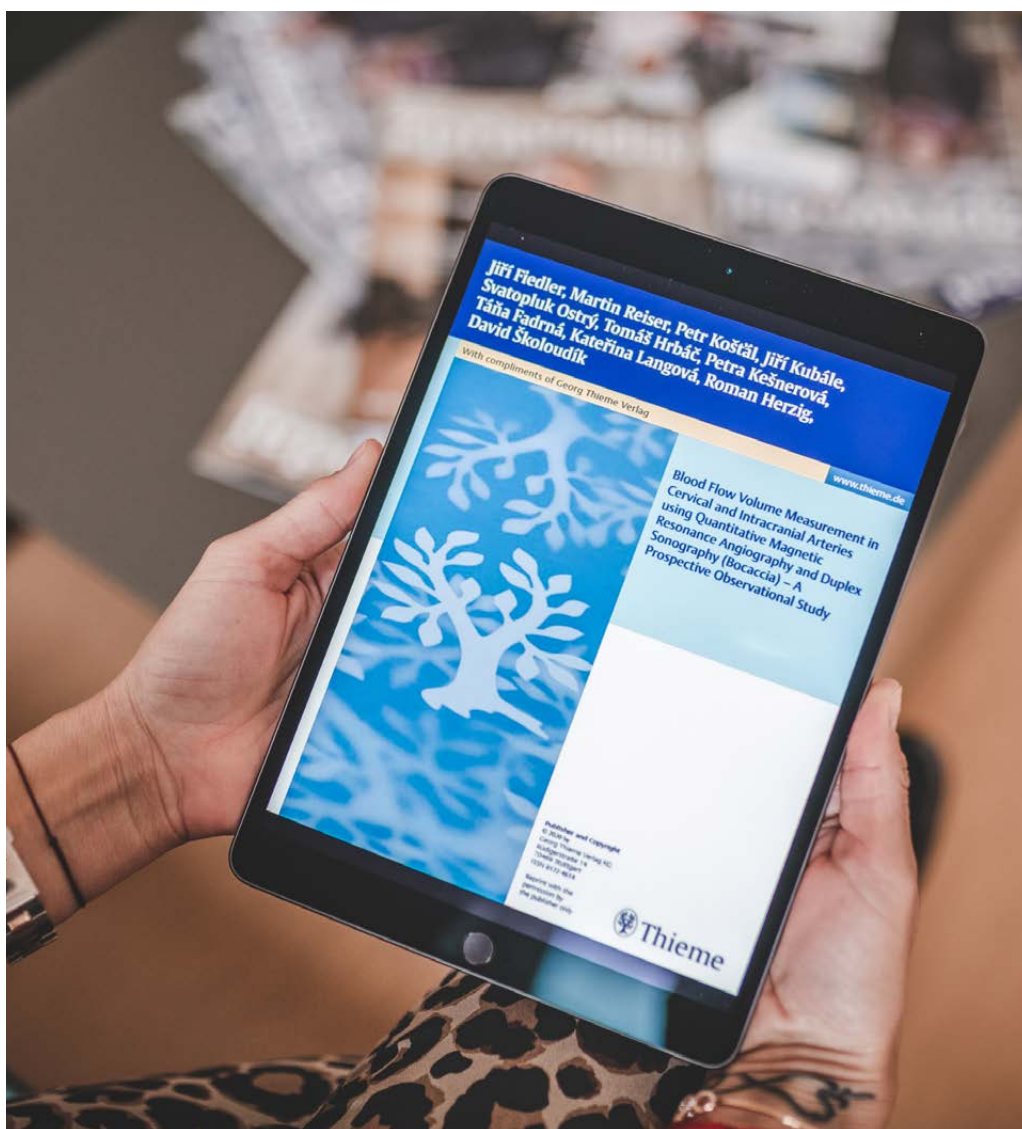
Mozek, stejně jako jiné orgány v těle, má určitou spotřebu krve za nějaký čas. Chceme-li kupříkladu doma měřit spotřebu vody, máme vodoměr. Víme, kolik metrů krychlových jsme spotřebovali za rok a podle toho platíme. V medicíně je spotřeba krve orgánem těžko měřitelná. Často se používají jen pomocné metody, které nám říkají něco o průchodnosti cévy (jestli je v ní zúžení) nebo, jak rychle krev v cévě proudí (např. rychlost lze měřit pomocí ultrazvukového vyšetření). Mozkovou buňku v konečném efektu zajímá hlavně to, aby k ní přiteklo správné množství krve (třeba v ml/100 g/minutu). Ke změření množství krve, která teče cévou, tedy kvantifikaci průtoku cévou, máme přes deset let software, který pracuje na magnetické rezonanci. Jmenuje se NOVA. Změříme-li všechny cévy v mozku, máme hemodynamickou mapu mozku. A ta se mění podle toho, jak mozek pracuje. Tyto informace se používají při velkém množství rozhodování v cerebrovaskulární chirurgii. Podobnou informaci lze získat pomocí nových ultrazvukových přístrojů, které také máme. NOVA se používá hlavně v USA, ultrazvukové přístroje pak v Evropě. Srovnání těchto dvou fyzikálně odlišných přístrojů vlastně ještě nikdo nikdy neudělal. Nás zajímalo, jestli jsou tyto techniky srovnatelné. Když jsem o tom hovořil s kolegy MUDr. Martinem Reiserem a MUDr. Jiřím Kubálem, rozhodli jsme se to spolu s prof. Davidem Školoudíkem, který je pro mě osobně velkou autoritou v cévní neurologii, ověřit. Domluvili jsme se tedy v létě 2018 s primářem Radiologického oddělení MUDr. Petrem Lhotákem a bývalým generálním ředitelem MUDr. Břetislavem Shonem a získali jeden den na magnetické rezonanci. Následně jsme oslovili skupinu pacientů, jejichž

patologii jsme velmi dobře znali, a požádali je o spoluúčast na této studii. Jednalo se o pacienty z Jihočeského kraje.

Jak dlouho trval váš výzkum?

Vlastní měření jen dva dny. Během tohoto dvoudenního maratonu provedl pan doktor Kubálek, náš hlavní expert na NOVA, několik set měření mozkových cév na probandech. Já pak validoval. MUDr. Reiser udělal to

stejně, ale na ultrazvuku. A třetí měření na stejných pacientech provedl prof. Školoudík, který i se svým ultrazvukovým přístrojem přijel z Olomouce. Organizační stránku pacientů řešil MUDr. Petr Košťál. Pak už zbývalo jen to spočítat, napsat a dostat do časopisu. Na tom má největší zásluhu prof. Školoudík. Vše trvalo od léta 2018 do května 2020.



Publikace v odborném časopise / Foto: Jan Luxík



Zleva MUDr. Martin Reiser, MUDr. Jiří Fiedler Ph.D, MBA a MUDr. Jiří Kubále | Foto: MUDr. Martin Reiser

Jaké byly výsledky?

Výsledky byly překvapivě velmi pozitivní. Podařilo se nám prokázat, že i vyšetřovací technika formou UZ v rukou velmi zkušeného lékaře (MUDr. Reiser) dává srovnatelnou informaci s „NOVOU“. Mě osobně velmi potěšilo, že data kolegy Reiserova byla v naprosté shodě s výsledky pana profesora Školoudíka, který je garantem neurosonologie v České republice.

Jak z této studie vychází vyšetřovací technika ultrazvukem?

Výborně na krku a přijatelně na mozku. Potvrdilo se nám, že na UZ můžeme dělat výkony, u kterých má MR NOVA limity. Vyšetření na MR NOVA je velmi specializované, trvá delší čas. Naše nemocnice byla donedávna jedinou, která tuto techniku v České republice měla. Dnes je také v Ústí nad Labem. Oproti tomu ultrazvuků je v jižních Čechách více. Lékaři, kteří je ve svých praxích mají, na nich udělají screening, jenž my následně na NOVĚ potvrdíme. Příkladem může být velká studie VERITAS, která se týká pacientů ve vyšším riziku mrtvičky z vertebrálních tepen.

Těchto pacientů je mnoho. Díky možnosti kombinování vyšetřovacích technik můžeme vše efektivně pokrýt.

Po dokončení faktické práce na studii jste tedy začali psát článek?

Jen týden trvalo sepsání dat pro statistiky. Na psaní a statistice pracoval nejvíce prof. Školoudík. Psaní samotného článku nám zabralo tři čtvrtě roku. Stejný čas jsme potom velmi intenzivně diskutovali s recenzenty. Byl to dlouhý, ale velmi přínosný rok a půl. Moji kolegové, MUDr. Reiser i Kubále, prokázali, že jsou schopni generovat data, která svět přijal v kvalitním časopise s impact factorem (IF) 4,6. To je na chirurgický obor výjimečně dobré. Jediný český impaktovaný časopis pro neurovědy je časopis Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie, ten má IF kolem 0,6.

Co z takové studie plyne pro vaše pacienty?

Plyne z toho to, že se o ně starají odborníci, kteří jsou ve svém oboru uznávaní a bere je svět, a také fakt, že se stále vzdělávají.

Je pro chirurga lehké publikovat odborné texty?

Pro chirurga je radost, když si zodpoví nějakou otázku. Lehké to není. Psát je jednodušší pro lékaře interních oborů a institucí, kde není klinická zátěž 100 %. Vždy je zapotřebí najít vyvážený čas na léčení, operování a psaní. Také k tomu potřebujete podporu organizace, ve které pracujete. My jsme ji měli, a to i díky faktu, že máme na oddělení velmi kvalitní přístrojové vybavení.

Bc. Iva Nováková, MBA

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

První jihočeská endoskopická resekce výhřezu meziobratlové ploténky. Rozhovor s MUDr. Karlem Mácou, Ph.D.

MUDr. Karel Máca, Ph.D.
z Neurochirurgické kliniky FN Brno
a LF MU Brno se dlouhodobě věnuje
neuroendoskopické operativě.
Jako první v České republice zavedl
rutinní operování adenomu hypofýzy
(nezhoubného nádoru podvěsku
mozkového) endoskopicky a před
2 lety, opět jako první u nás, provedl
endoskopickou operaci výhřezu bederní
meziobratlové ploténky.

První jihočeskou endoskopickou resekci
výhřezu meziobratlové ploténky provedl
pod jeho vedením 14. 5. 2020 MUDr. Ondřej
Teplý a druhou MUDr. David Měšťan.

**V čem vidíte hlavní přednost
endoskopické operace výhřezu disku proti
mikrochirurgické technice?**

Endoskopická technika minimalizuje
přístup k výhřezu ploténky. Kožní řez
je dlouhý 1 cm, zcela odpadá potřeba
odloučení úponů paravertebrálních svalů
od páteře, ligamentum flavum (žlutý vaz)
se resekuje pouze v nezbytném rozsahu,
rovněž epidurální tuk je odstraněn jen
minimálně.

Jak výkon probíhá?

Operační výkon probíhá v celkové
anestezii, poloha pacienta je stejná jako
při klasické mikrodiskektomii (operace
meziobratlové ploténky). K provedení
výkonu je zapotřebí speciální endoskopické
instrumentarium, které v současné
době mají vyvinuté pouze 2 firmy
na světě. Samotný výkon se provádí
z dvoucentimetrového kožního řezu přes
pracovní kanál endoskopu, který má zevní
průměr 6,5 mm a pracovní kanál je široký
4,5 mm. Pod rentgenovou kontrolou
se zavede endoskop k místu výhřezu
meziobratlové ploténky, který se odstraní
pomocí speciálních chapáček a elevatorii
(páčidel).

**U nás se jedná o premiéru. Jak dlouho
vy tímto způsobem operujete a je to
v České republice již běžná praxe?**

Ve světě je rozvoj endoskopické operativy
výhřezu bederní meziobratlové ploténky
datován od prvního desetiletí tohoto století.
Postupně se vydefinovala skupina pacientů,
kteří mají z dané metody benefit. My jsme
se začali zajímat o tuto metodu v roce 2016
a na podzim roku 2017 jsme pod dohledem
kolegy Goetela z firmy Riwo Spine provedli
první 4 operace. Od té doby jich máme za
sebou již 80. V České republice se nyní této
metodě rutinně věnuje 5 pracovišť, další
3 mají zakoupené instrumentarium.

**Mohou se naši lékaři díky vašemu
působení v Nemocnici České Budějovice
tento způsob naučit?**

Vaši lékaři absolvovali školení v Německu,
včetně kurzu operací na kadaverech.
Operační techniku již mají vyzkoušenou.
Moje působení spíše spočívá v praktických
radách a drobných „tips and tricks“, které se
v žádných manuálech neuvádějí.

**Jaká je po výkonu rekonvalescence,
v čem se liší od té po klasické operaci?**

Vzhledem k minimálnímu poškození
měkkých tkání v přístupové cestě odpadá
pooperační bolestivost v operační ráně.
Pacientům dovolíme vstávat již 2 hodiny
po operaci, 1. pooperační den zahajují
rehabilitaci a domů je propouštíme
2.–3. pooperační den. Po klasické
mikrodiskektomii vstávají z lůžka 24 hodin
po výkonu a rovněž zatížení rehabilitací je
o 2 dny posunuto.

**Jak mohou lidé předcházet výhřezu
plotének?**

Správným držením těla, posílením
paravertebrálních svalů (svaly
v bezprostředním okolí páteře) i zamezením
nadměrného přetěžování páteře.

Více informací o první endoskopické
operaci výhřezu meziobratlové ploténky
v České republice naleznete na [https://
www.fnbrno.cz/nemocnici-
listy-1-2019/f4463](https://www.fnbrno.cz/nemocnici-listy-1-2019/f4463) (str. 14).

Bc. Iva Nováková, MBA

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů



Endoskopická resekce výhřezu meziobratlové ploténky | Foto: Jan Mlynář

Historie, současnost a budoucnost transportu novorozenců v jihočeském regionu

Neonatologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. je centrem pro péči o extrémně, středně a lehce nedonošené novorozence. Podobně i o termínové, kteří z povahy svého onemocnění potřebují vyšší stupeň intenzivní péče nebo v závažných případech i péči resuscitační.

S vývojem péče o novorozence v České (Československé) republice se měnil i pohled na fungování neonatologické transportní služby. Neonatální transportní službu poskytujeme prakticky v nezměněném regionálním rozsahu již od vzniku našeho oddělení v 80. letech minulého století. Jedná se o celé území Jihočeského kraje a část Kraje Vysočina (Pelhřimov). V prvopočátcích probíhalo zajištění této péče pochopitelně zcela odlišně, než je tomu dnes.



Oblast působnosti Neonatologické transportní služby / Foto: archiv oddělení

Historie

Počáteční transporty v 1. polovině minulého století byly zajišťovány formou primitivních inkubátorů (přenosných tašek) za přítomnosti porodní asistentky, později zkušené pediatričské sestry. Za zmínku stojí, že dítěti byl podáván kyslík přímo z tlakové láhve.

Od 70. let minulého století se začala rozvíjet koncepce neonatologické transportní služby. Také byl zaveden koncept centralizace rizikových gravidit do perinatologických center, čímž se významně zlepšila péče o novorozence a došlo ke snížení transportu novorozenců do centra



Historie / Foto: archiv oddělení

(v našich podmínkách přibližně 70 dětí za rok). Neonatologická transportní služba nejprve fungovala v režimu nižšího počtu transportů, ale postupně se v zajišťování pacientů zlepšovala. Díky nadšení lékařů, sester, technika našeho oddělení a podpoře tehdejšího vedení nemocnice došlo k zakoupení vozu Avia Furgon, který byl pro neonatologickou transportní službu vybaven, z velké části zásluhou techniků z nynějšího TSE. Vůz měl k dispozici dva transportní inkubátory, což je unikátní i v dnešní době. V tomto období přichází do praxe systém ventilační podpory, takzvaná Pulmarca, s negativním podtlakem a možností aplikace distenční terapie. Rozvinulo se používání prvních infuzních pump i, z dnešního pohledu jednoduchých, ventilátorů (Losco). Díky tomu se stala tehdejší českobudějovická neonatologie pracovištěm, které bylo v této oblasti o velký krok před ostatními pracovišti v naší republice.

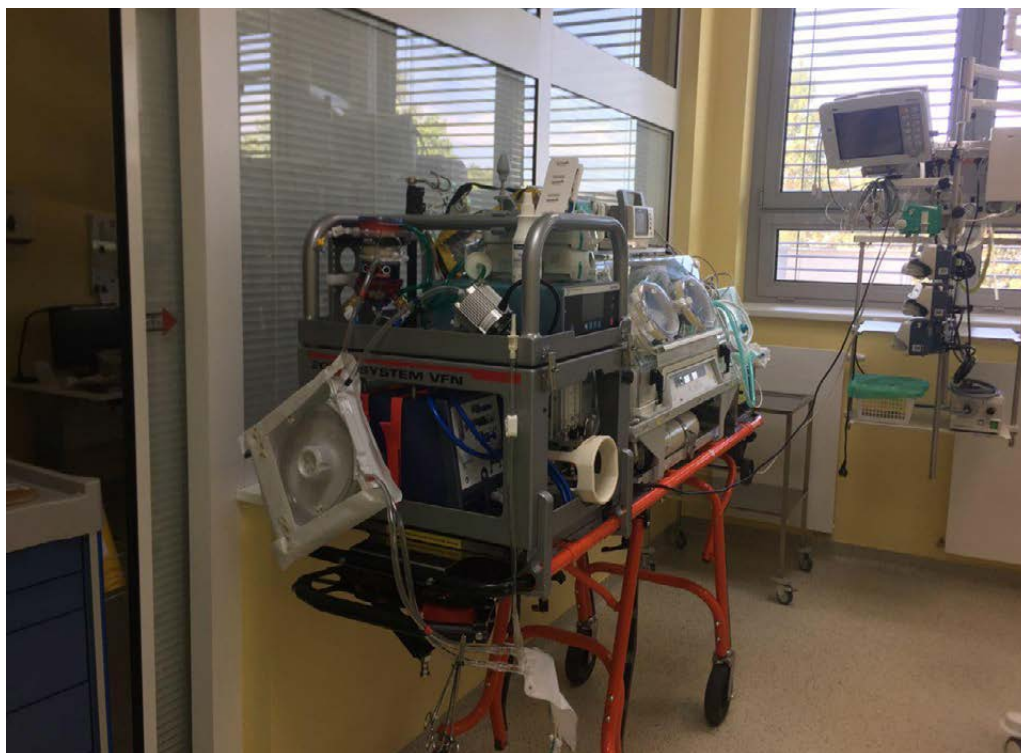
Postupem času došlo k technologickému zastarávání a bylo nutností naší „žlutou sanitku“ nahradit modernějším vozem. Poté zajištění převozů po stránce technické a částečně i organizační převzalo Územní středisko záchranné služby České Budějovice a tato naše velmi dobrá spolupráce trvá stále. Celý systém je nastaven tak, aby docházelo k unifikaci a univerzálnosti použití naší techniky ve vozidlech ZZS Jihočeského kraje.

Další pokrok nastává v možnosti použití Letecké záchranné služby (LZS), čímž dochází ke zkrácení transportních časů. V prvopočátku byla služba zajišťována pomocí vrtulníku MI-2 v gesci Armády Československé republiky, posléze České republiky. Po přechodu k soukromému poskytovateli to byl vrtulník Kanya a dále Bel 427. V této době byly transporty pomocí LZS realizovány pouze od úsvitu do soumraku. Před několika lety došlo k převzetí LZS Armádou České republiky a transporty jsou realizovány vrtulníky Sokol v režimu 24 hodin.

Statisticky se v posledních letech počet transportů významně nemění, pohybujeme se kolem 100 transportů za rok, z toho 45 % je v režimu ventilační podpory. Část našich transportů z Neonatologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., míří na specializovaná pracoviště (dětská kardiologie, dětská chirurgie), nejčastěji do FN Motol a VFN Praha. Menší část transportů tvoří překlady na „domovská“ oddělení po vyřešení akutních obtíží.



Současnost / Foto: Jan Luxík



Příprava před transportem pacienta na mimotělním oběhu / Foto: archiv oddělení



Budoucnost / Foto: archiv oddělení

Po doplnění této diagnostiky se transportní zajištění dostává na zcela ekvivalentní úroveň s oddělením resuscitační péče.



Současnost / Foto: Dan Kubát

Jediný transport novorozenců, který neposkytujeme, je transport pacientů na mimotělním oběhu. Ten je vyhrazen specializovanému týmu z VFN Praha. Naše oddělení ale indikuje a zajišťuje spolupráci s tímto transportním týmem.

Současnost

V letošním roce byl díky trvalé podpoře vedení Nemocnice České Budějovice, a.s., realizován nákup nového přístroje k podávání oxidu dusnatého (NO) ve směsi medicínálních plynů. Výhodou tohoto

přístroje, oproti přístroji, který jsme již vlastnili, je právě možnost podávání NO i během transportu. Tato léčba může být život zachraňující pro novorozence, kteří trpí plicní hypertenzí. Ta vzniká nejčastěji při vdechnutí plodové vody s obsahem smolky, jako průvodní jev některých vrozených novorozeneckých infekcí. Nedochozí k jeho častému použití, avšak pro ty pacienty, kteří jej potřebují, je životně důležitý.

Dalším rozšířením naší péče v transportní službě je možnost provádění analýzy krevních plynů v transportním analyzátoru.

Výhled do budoucna

Neonatální transportní služba se bude bezesporu dále rozvíjet (transportní kufříkové ultrazvukové přístroje, telemetrický monitoring před příjezdem naší transportní služby). Bohužel s plánovaným přechodem zpět na soukromého zřizovatele LZS hrozí od 1. ledna 2021 omezené možnosti používání této služby. Zatím jednáme s Ministerstvem zdravotnictví, jak tuto situaci řešit. Pokud dojde k našemu vyloučení ze systému LZS, dojde k největším časovým prodlevám u pacientů z oblasti Pelhřimovska a u transportů akutních případů na vysoce specializovaná pracoviště v Praze (Dětské kardiocentrum a Klinika dětské chirurgie FN Motol). To samé se týká situací, kdy pomáháme i mimo region ostatním perinatologickým centřům (v minulém roce například pomoc plzeňským kolegům transportem na naše pracoviště, novorozenec ze Stodu s porodní váhou 650 gramů).

Naše oddělení poskytuje zajištění všem novorozencům v regionu díky osobnímu nasazení lékařek, lékařů i sester již dlouhá léta. A bude ho poskytovat i v letech budoucích, a to bez ohledu na překážky, které se objeví. Budeme takto činit a pomáhat těm nejmenším, kteří se bez naší péče neobejdou.

prim. MUDr. Jiří Dušek
emeritní prim. MUDr. Milan Hanzl, Ph.D.

Neonatologické oddělení

Pracoviště virologie: MUDr. Dana Teislerová

V březnovém čísle Nemocničního zpravodaje nám vedoucí Laboratoře klinické mikrobiologie MUDr. Magda Balejová přiblížila práci Pracoviště bakteriologie. Dalším z pracovišť této laboratoře je Pracoviště virologie. Jaká jsou specifika práce s viry, co znamená pozitivní test na protilátky a spoustu dalších zajímavých informací ze světa virologie vám přinášíme v následujícím rozhovoru s vedoucí pracoviště, MUDr. Danou Teislerovou.

Dříve než budeme mluvit o laboratorní diagnostice, kterou Pracoviště virologie provádí, měli bychom si představit původce virových onemocnění.

Paní doktorko, co to vlastně viry jsou a jak se liší od bakterií?

Viry představují velice různorodou skupinu infekčních agens (původců onemocnění). Od bakterií se liší svými malými rozměry a vlastnostmi. Velikost virů vyvolávajících lidská onemocnění se pohybuje zhruba od 20 do 300 nanometrů (nm = miliontina milimetru), zatímco velikost bakterií se pohybuje v mikrometrech (μm, jednotka tisíckrát větší než nanometr). Viry se od bakterií zcela zásadně odlišují svými biologickými vlastnostmi. Jsou to nebuněčné částice, které nemají vlastní metabolismus, nerostou, nedělí se. S živými organismy je ale spojuje jedna vlastnost, mají genetickou informaci pro vlastní replikaci (tvorbu nových kopií). Tu mají zapsanou vždy v jediném druhu nukleové kyseliny, podle toho je dělíme na DNA a RNA viry.

Jak se tedy viry množí?

Jsou to obligátní nitrobuněční parazité, ke svému životu potřebují živou buňku, jsou plně závislé na jejím metabolismu. Jejich hostitelem může být člověk, zvíře, rostlina, ale třeba i bakterie. Využívají buněčnou výbavu svého hostitele k tomu, aby byly pomnoženy, přitom mohou buňku v různé míře poškodit nebo změnit její vlastnosti. Při vstupu do buňky do ní vnesou svou dědičnou informaci a přinutí ji, aby vytvořila nové virové částice, které pak napadají další buňky. Dědičná informace je vlastně předpis na tvorbu různých enzymů a bílkovin, které virus potřebuje.



MUDr. Dana Teislerová | Foto: Jan Luxík



Analyzátor Chorus TRIO | Foto: Jan Luxík

Jak se ve vaší laboratoři prokazuje virové onemocnění? Též se používají Petriho misky a agar či se v případě virů používají úplně jiné metody?

V laboratorní diagnostice virových onemocnění se využívá přímý průkaz,

kdy hledáme virus nebo jenom jeho část (antigen, nukleovou kyselinu). A dále pak nepřímý průkaz, kdy zjišťujeme, zda má pacient protilátky proti danému viru. Hodnotíme tedy reakci imunitního systému na infekci.

Vzhledem k tomu, že množení virů probíhá pouze v živých buňkách, nelze přímý průkaz provádět kultivací na živných půdách, které jsou využívány v bakteriologii nebo mykologii. Pro kultivaci virů se využívají buněčné kultury.

Jedním z požadavků pro práci s buněčnými kulturami je přísné dodržování sterilních postupů tak, aby nedošlo k jejich znehodnocení. Naše pracoviště v současnosti využívá metody takzvané urychlené kultivace pro průkaz chlamydií. Jsou to sice bakterie, ale stejně jako viry jsou závislé na hostitelské buňce, takže nerostou na bakteriologických půdách. Vyšetřovaný materiál je kultivován ve zkumavkách se sklíčkem, na kterém je narostlá buněčná kultura. Přítomnost chlamydií se vyhodnocuje mikroskopicky. Ročně provedeme přibližně 1700 těchto vyšetření.

Další typ přímého průkazu viru, průkaz virových antigenů, je u nás nejvíce využíván v diagnostice virových gastroenteritid. Používáme testy pro rychlé stanovení. Výhodou je dostupnost výsledku ve velmi krátkém čase po doručení materiálu do laboratoře.

Průkaz virové nukleové kyseliny zajišťuje Laboratoř molekulární biologie a genetiky, se kterou úzce spolupracujeme.

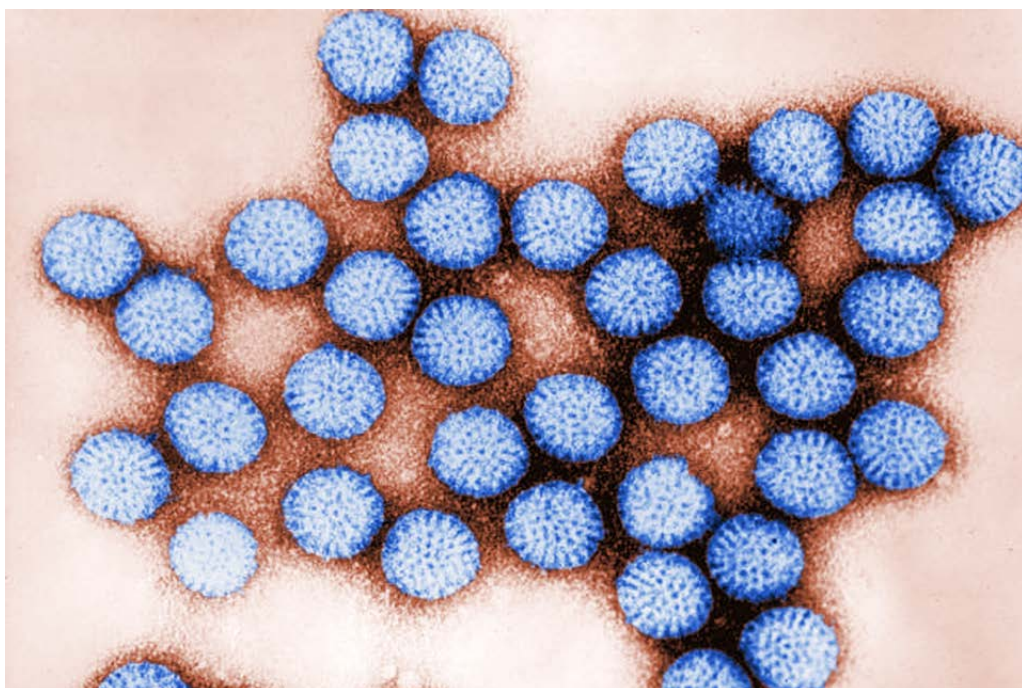
Častěji jsou v naší laboratoři využívány metody nepřímého průkazu sloužící ke stanovení protilátek.

Při vyšetření protilátek je důležité vždy pamatovat na to, že jejich pozitivita neznamená diagnózu právě probíhající infekce. Říká nám jen to, že se vyšetřovaný jedinec s příslušným agens setkal. Může jít i o falešnou pozitivitu (zkřížené reakce, nespecifická tvorba protilátek...). Naopak, negativní výsledek neznamená, že se o infekci nejedná, protilátky nemusí být vytvořené. Buď se ještě nevytvořily, odběr byl proveden brzy (diagnostické okno) nebo je vyšetřovaný špatně tvoří (pacienti s imunodeficity, novorozenci...). Interpretace nálezu na základě vyšetření jednoho vzorku je často obtížná, někdy nemožná. Proto doporučujeme opakovat vyšetření, abychom posoudili dynamiku protilátkové odpovědi. V některých případech i provedení odběru na přímý průkaz viru metodou PCR.

Objevují se ovšem případy, u kterých nám pro laboratorní potvrzení infekce stačí vyšetření jednoho vzorku. Tak je tomu například u infekce HIV. Samozřejmě, pokud je pozitivní nález potvrzen (konfirmován) podle předepsaných postupů. Vyšetření



Analyzátor Liaison XL | Foto: Jan Luxík



Digitálně zbarvený snímek rotaviru z elektronového mikroskopu.

Zdroj: www.cdc.gov, PHL Public Health Image Library (<https://phil.cdc.gov/>)

protilátek slouží také k posouzení stavu imunity vůči onemocnění. Nejčastěji je indikováno vyšetření protilátek proti virové hepatitidě B (anti-HBs) a spalničkám u zdravotníků. V naší nemocnici bylo zahájeno vyšetřování protilátek proti spalničkám u zaměstnanců vybraných oddělení v roce 2017. O rok později bylo testování rozšířeno na všechny zaměstnance. Naše laboratoř tehdy během jednoho měsíce zpracovala přes 3300 vzorků, z toho 2500 během jednoho týdne. To i díky skvělému pracovnímu týmu naší laboratoře. Byli jsme první nemocnicí

a laboratoří v České republice, která měla vyšetřené zaměstnance a soubor v takovém rozměru.

Někdy je indikováno urgentní vyšetření pro zhodnocení stavu imunity. Je to například vyšetření protilátek proti viru neštovic a pásového oparu po kontaktu s infekcí u těhotné bez anamnestického údaje o prodělané infekci nebo očkování.

Jaké materiály vyšetřujete?

Nejčastěji indikovaným vyšetřením je stanovení protilátek v krvi, ta tvoří přibližně 70 % materiálů. Dalšími

vyšetřovanými vzorky jsou stolice, materiály z urogenitálního traktu a mozkomíšni moky.

Jak vám při práci pomáhají přístroje?

Naše pracoviště využívá dva analyzátoře. Díky nim se výrazně zkrátila doba od příjmu vzorku v laboratoři do získání výsledku. Do doby zavedení automatizace byla vyšetření prováděna manuálními metodami, některá z nich v intervalu jednou týdně. V současnosti vyšetřujeme denně. Výsledky většiny vyšetření jsou dostupné během několika hodin.

Prvním přístrojem je plně automatický analyzátor Liaison XL, ve kterém je možné měřit najednou 120 vzorků krve a 25 metod současně. S výhodou ho lze využít pro metody s vysokou frekvencí požadavků na vyšetření. Slouží k diagnostice virových hepatitid, HIV, cytomegalovirových a mykoplazmových infekcí. K nejčastějším požadavkům patří vyšetření protilátek proti virové hepatitidě C, vyšetření antigenu virové hepatitidy B (HBsAg) a kombinované stanovení protilátek a antigenu HIV v počtu 3 až 4 tisíce vyšetření ročně u každého z nich.

Druhým přístrojem je poloautomatizovaný analyzátor Chorus, který byl zaveden z důvodu urychlení a zkvalitnění diagnostiky klíšťové encefalitidy. Jihočeský kraj je regionem s každoročním vysokým počtem případů tohoto onemocnění. Vyšetřujeme přibližně 1200 vzorků ročně. Kromě měření protilátek proti původci této infekce využíváme analyzátor pro vyšetřování protilátek proti viru spalniček, zarděnek, příušnic a parvoviru B19. V přístroji je možné měřit najednou 30 vzorků krve na všechny dostupné metody současně.

Máte v plánu nějaké změny v diagnostice?

Aktuálně zavádíme metodu pro průkaz protilátek proti hantavirům. Plánujeme zavedení sérologické diagnostiky infekcí virem SARS-CoV-2 a výhledově automatizaci dalších manuálních metod.

Přestože máme k dispozici nejmodernější přístroje a metody, pořád za úspěšně analyzovaným vzorkem stojí společná práce týmu kvalifikovaných pracovníků. Proto bych na závěr chtěla poděkovat kolektivu virologie za jejich spolupráci.

Ing. Veronika Dubská

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

Věděli jste, že...

- Celkový počet virů na Zemi by mohl dosáhnout 10^{31} . Většinu jich dosud neznáme. Savčích virů může být až 300 tisíc.
- Bakteriofágy, zkráceně fágy, jsou viry, které vyvolávají infekci u bakterií. V přírodě jsou velmi rozšířené. Nejvíce jich nalezneme v moři. V jednom mililitru mořské vody se nachází v průměru 10 milionů virových částic. Vzhledem k narůstající rezistenci bakterií k antibiotikům má využití fágů velký potenciál. Jejich výzkumem se zabývá řada firem a institucí.
- K pozorování virů se využívá elektronový mikroskop, který má vyšší rozlišovací schopnost než běžně používaný světelný mikroskop. První mikroskop zkonstruoval v roce 1931 německý vědec Ernst Ruska a za svůj objev získal v roce 1986 Nobelovu cenu za fyziku. Elektronová mikroskopie se podílela a podílí na objevování a klasifikaci nových virů.
- Základy očkování položil v 18. století britský lékař Edward Jenner, který v roce 1796 uskutečnil první očkování proti pravým neštovicím.
- K léčbě virových infekcí se používají virostatika. Jejich éra začala relativně nedávno. Nejstarší schválené virostatikum Aciclovir, které je určeno k léčbě infekcí vyvolaných herpetickými viry, bylo uvedeno na trh v roce 1981.

Několik informací o vybraných původcích infekčních onemocnění...

Cytomegalovirus (CMV) po primární infekci přetrvává v organismu v latentní formě. Při oslabení imunity se může reaktivovat. Onemocnění je u zdravých lidí většinou bezpříznakové nebo má mírný průběh. Může se projevit jako syndrom infekční mononukleózy, s teplotami a zánětem jater. U jedinců s oslabenou imunitou může primární infekce i reaktive probíhat jako život ohrožující onemocnění s postižením různých orgánů. Je možný přenos infekce z matky na plod nebo novorozence.

Parvovirus B19 je známý jako původce onemocnění s vyrážkou, takzvané páté dětské nemoci. Infekce bývá doprovázena postižením kloubů. Virus se množí v buňkách kostní dřeně, následkem toho dochází k útlumu vyžívání červených krvinek. Průběh onemocnění se liší v závislosti na imunologickém a hematologickém stavu infikovaného. Při infekci těhotných žen může dojít k přenosu infekce na plod.

Hantaviry způsobují horečnaté onemocnění s různým stupněm závažnosti. Evropské a asijské hantaviry způsobují především postižení ledvin, americké hantaviry napadají nejvíce plicní tkáň. Při onemocnění může dojít k selhání ledvin, krvácení a postižení dalších orgánů. Rezervoárem nákazy jsou drobní hlodavci, kteří virus vylučují močí, trusem a slinami. Člověk se infikuje nejčastěji vdechnutím prachu kontaminovaného jejich exkrementy. Nelze vyloučit ani nákazu prostřednictvím potravy nebo vody kontaminované těmito exkrementy nebo přímým kontaktem s nimi.

Mycoplasma pneumoniae je obtížně kultivovatelná bakterie a zároveň nejmenší volně žijící organismus. Způsobuje onemocnění dýchacího ústrojí s různým stupněm závažnosti, od mírné infekce horních dýchacích cest až po těžký zápal plic. Infekce může mít projevy i mimo dýchací ústrojí, jakými jsou záněty srdečního svalu a osrdečníku, kloubů, nervové soustavy a další.

Světový den hypertenze

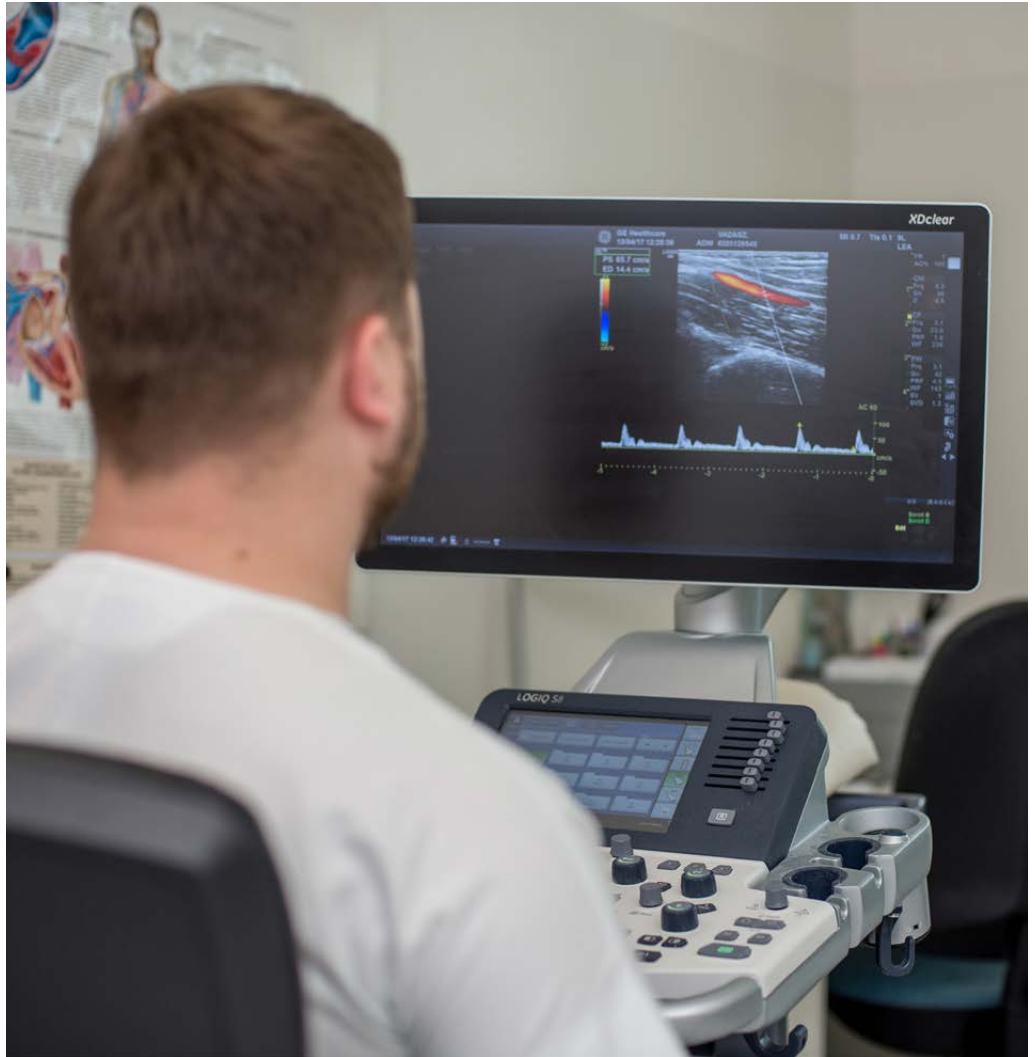
Světovým dnem hypertenze (vysoký krevní tlak) je tradičně vyhlášen 17. květen. Je stále důležitým tématem? Existují problémy, kterým musíme na tomto poli čelit? A zaslouží si vůbec hypertenze mít „svůj den“?

Hypertenze, metla lidstva

Vysoký krevní tlak (zjednodušeně hodnoty od 140/90 mmHg) je síla, kterou krev působí na srdce a stěnu cév, přeneseně pak na jednotlivé orgány. Čím vyšší je krevní tlak, tím více jsou srdce a stěna cév namáhány, což z dlouhodobého hlediska vede k jejich poškození. Vysoký krevní tlak je bezesporu zásadní téma. Jedná se o celosvětově nejrozšířenější kardiovaskulární onemocnění a trpí jím nejméně třetina světové populace. V České republice se týká 1,8 milionu obyvatel. Jeho výskyt u lidí v produktivním věku je pak přibližně 40 %. O své nemoci ví zhruba 75 % všech pacientů, jedna čtvrtina pak hypertenzí trpí a není si toho vědoma. To nás přivádí k problému samotné diagnostiky hypertenze.

Kdy je vysoký tlak opravdu vysoký

Je třeba rozlišit, kdy je vysoký tlak krve normálním stavem a kdy se jedná o stav patologický. Při bolesti, fyzické námaze, akutním stresu a podobně je vyšší hodnota krevního tlaku normální věc. V těchto situacích tedy není smysluplné tlak krve měřit (s cílem diagnostiky hypertenze), ani ho nijak léčit, nejedná se o odchylku od normy a v těchto situacích není možné stanovit diagnózu vysokého krevního tlaku. Je-li vám sdělena diagnóza vysokého tlaku krve tak, že jste přišli k lékaři po schodech do druhého patra, šli rovnou do ordinace, a byl vám jedenkrát změřen vysoký tlak krve, pak to vypovídá o mnohém, ale o vašem tlaku krve nic. Diagnóza hypertenze je stanovena na základě jasných metodiky měření a ačkoliv se příliš nedodrжуje, jedná se o alfu a omegu celé věci. Hodnota tlaku krve v ordinaci lékaře by měla být stanovena tak, že se začíná měřit nejméně po deseti minutách odpočinku v čekárně, následně je tlak krve změřen na jedné končetině 3x po sobě s odstupem a je stanoven průměr z druhého a třetího



MUDr. Tomáš Hauer | Foto: Jan Luxík

měření. Stále častěji využíváme domácí měření tlaku krve pacientem a pomyslným ideálem je pak 24-hodinové ambulantní měření tlaku krve (tlakový holter), které mimo diagnózu hypertenze odhalí i maskovanou hypertenzi či hypertenzi bílého pláště, a dnes jej provádí i praktičtí lékaři.

Co hypertenze způsobuje

Máte-li skutečně hypertenzi, pak vězte, že špatně kontrolovaná hypertenze má závažný dopad na vaše zdraví. Je jedním z hlavních příčin kornatění tepen. Ty pak stojí za většinou srdečně cévních příhod, zásadně se spolupodílí na nemocech jako srdeční selhání, srdeční arytmie, chronické onemocnění ledvin, velmi úzký vztah má ke všem typům mozkových příhod a nespočtu dalších chorob. Přidá-li se k hypertenzi

ještě například diabetes, kouření, obezita, porucha metabolismu krevních tuků a jiné, vše se ještě zintenzivňuje a urychluje. V tom případě je třeba o to razantněji zatáhnout za pomyslnou záchrannou brzdu.

Jak na léčbu hypertenze

Pomyslnou záchrannou brzdou rozumíme jednak úpravu životního stylu (redukce příjmu soli, dostatek pohybu, redukce hmotnosti, nekouření...) a dále užívání léků (antihypertenziv). Zde jsou obrovské rezervy na straně lékařů i pacientů. Pacienty s hypertenzí musíme léčit moderními preparáty z řad blokátorů systému renin – angiotenzin – aldosteron, v kombinaci s blokátory kalciových kanálů a skutečně funkčními diuretiky (indapamid, chlortalidon). Dříve hojně využívaná centrálně působící antihypertenziva,

stejně jako hlavně starší typy beta blokátorů, bychom měli nechat až na konec výběru. Dnes můžeme sáhnout i po trojkombinačních léčích, kdy jedna tableta obsahuje až tři různé moderní léčebné látky, a tak léčit pacienty moderně a efektivně, s minimálním množstvím tablet. Na druhé straně zažíváme obrovský problém s takzvanými non-compliance pacienty (pacienti, kteří medikaci berou, mi jistě následující slova odpustí). Tito lidé z celé řady více či méně racionálních důvodů medikaci neužívají, ačkoliv lékaře nechají žít v domněnku, že léky berou. Dochází tak k tomu, že pacient má například pět až šest antihypertenziv a tlak je stále vysoký, protože léky nebere. Máme i několik pacientů, kteří opakovaně krváceli do mozku z důvodu vysokého tlaku krve při neužívání medikace a ani to je nepřesvědčí k tomu, aby léky brali. Prokázalo se, že do 6 měsíců od nasazení léčby hypertenze ji bez porady s lékařem vysadí 40 % pacientů! Je pak úkolem lékařů, aby dostatkem komunikace a vysvětlování všech rizik motivovali pacienty k tomu, aby

antihypertenziva užívali, nehledě na to, že vysoký tlak nebolí...

Kam v léčbě vysokého tlaku krve míříme

I když existují výjimky, lze říci, že by nikdo neměl mít tlak vyšší než 140/90 mmHg. Tvrzení charakteru – je příliš starý (případně příliš mladý, vysoký....), a tak tlak krve 160/80 je zcela v pořádku, protože alespoň nebude padat (a jiné nesmyslné omluvy vlastní nečinnosti), patří do říše bájí a pověstí. Vysoký krevní tlak je problém a musí být ambicí lékařů i pacientů, aby se držel alespoň pod 140/80, protože vyšší hodnota je prokazatelně spjata s rozvojem výše popsaných nemocí či se zhoršováním jejich průběhu, pokud jimi již pacient trpí.

Hypertenze si svůj den skutečně zaslouží

Jak vidno, hypertenze je stále závažný problém a vyhráno skutečně není. Svůj světový den k připomenutí výše popsaného si jistě zaslouží. Zároveň na jejím poli, více než jinde, platí, že by stačilo celkem málo

k tomu, aby byla situace podstatně lepší. Předpokládá to ale aktivní zapojení lékařů i pacientů, správné měření tlaku krve v jeho diagnostice a také léčbě, užívání moderních kombinovaných léčebných preparátů. Dále co nejlepší komunikaci ze strany lékařů a dobrou spolupráci na straně pacientů.

MUDr. Tomáš Hauer

Cévní centrum České Budějovice, s.r.o



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



www.facebook.com/nemcb

www.instagram.com/nemocnicecb

www.youtube.com/channel/UCeL_LyJOnZtBGHQJaVKhs0A



Naše pouto bude mnohem silnější, říká tatínek předčasně narozených dvojčátek

Narození dítěte je jistě jedním z nejsilnějších momentů v lidském životě. Co ale prožívají rodiče předčasně narozených dětí, zvláště pak, pokud se jedná o dvojčátka? O osobní zkušenost s intenzivní 10 denní péčí o své děti na Neonatologickém oddělení se s námi podělil jejich tatínek, shodou okolností zaměstnanec naší nemocnice.

V jakém týdnu těhotenství se narodila vaše dvojčátka?

Bylo to 3. dubna, tedy v 31. týdnu těhotenství. Jako první se narodila Markétka, měla 1380 g. Vašík se narodil o 2 minuty později a vážil 1350 g. Manželku jsem v péči o naše děti vystřídal před 10 dny (rozhovor z 6. května 2020).

Děťátka se tedy narodila o dva měsíce dřív. Jak jste jejich předčasné narození prožívali?

Byl to pro nás samozřejmě velký stres. Měli jsme obavy, jak vše dopadne. Dnes už vím, že o ně budu mít strach celý život. Po měsíci odcházíme s dětmi domů, takže už jsme mnohem klidnější. Všechna vyšetření dopadla dobře, jsem šťastný, že jsou děti v pořádku. Doma na nás čeká manželka,

maminka dětiček, a v pohotovosti jsou i babičky, které přislíbily výpomoc.

V čem spočívá pobyt tatínka, který pečuje o své děti na Neonatologickém oddělení?

Zastal jsem kompletní péči o děti. Přebalování, mytí, krmení, hlídání a klokánkování.

Jaké jsou vaše dojmy z klokánkování?

Klokánkování mohu ze své zkušenosti tatínkům doporučit. Je to velmi jednoduché, zvládne to opravdu každý. Dítě si přiložíte na obnažený hrudník a odpočíváte s ním. Na děti to má velmi uklidňující vliv. Bral jsem si je povětšinou každé zvlášť. Když potřebovaly mou péči obě najednou, požádal jsem sestřičky o pomoc. Přece jen jsem se trochu bál. Sestřičky mi tedy vždy pomohly jedno z dětí uložit zpět do postýlky.

Co pro vás bylo v péči o miminka nejtěžší?

Určitě noční vstávání. Ve 4 ráno je to opravdu náročné. Děti se zpravidla budily každé zvlášť. To pak byl kolotoč krmení, mytí, převlékání. Jakmile jsem uložil jedno, pokračoval jsem hned s druhým.

Váš nástup do otcovské úlohy byl velmi intenzivní. Co byste vzkázal tatínkům, které narození dítěte právě čeká?

Doporučil bych každému muži, aby si vyzkoušel kompletní péči o své dítě. Když se budou tatínkové opravdu podílet na všem, co se miminek týče, uvědomí si, že „mateřská dovolená“ opravdu není žádná dovolená. Plus, a to je to nejcennější na mé zkušenosti, vytvoří si s dítětem mnohem silnější pouto.

Českobudějovickou nemocnici znáte i z druhé strany, pracujete na Traumatologickém oddělení jako sanitář. Poskytla vám tato zkušenost jiný pohled na vaši práci?

Určitě mi znalost nemocničního prostředí byla výhodou. Snášel jsem to mnohem lépe. Práce na Neonatologickém oddělení je pochopitelně zcela jiná než u nás na traumatologii. Moc rád bych touto cestou poděkoval celému Neonatologickému oddělení za péči a mé paní vrchní, Mgr. Heleně Prokešové, za úžasnou podporu při poskytnutí volna kvůli péči o děti.

Bc. Iva Nováková, MBA

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů



Pan Lenc na Neonatologickém oddělení | Foto: Bc. Iva Nováková, MBA

pro období 1. 6. 2020 - 30. 6. 2020 nebo do vyprodání zásob

PÉČE O CÉVY A ŽÍLY

Priessnitz žíly a cévy Medical



~~239.- Kč~~
219.- Kč

NA OTOKY KONČETIN

Lioton 100 000
100 g



~~359.- Kč~~
319.- Kč

NA KŘEČOVÉ ŽÍLY

Diozen tbl



30 tbl. ~~129.- Kč~~
149.- Kč

60 tbl. ~~159.- Kč~~
179.- Kč

120 tbl. ~~339.- Kč~~
372.- Kč

NA BOLEST A ZÁNĚT

Brufen 400mg
100 tbl.



~~159.- Kč~~
119.- Kč

Vždy si pečlivě prostudujte příbalový leták, účinky a způsob použití konzultujte s lékárníkem nebo lékařem. Změna vyhrazena. Za tiskové chyby neručíme. Cílem tohoto informačního letáku není podpora zvýšeného užívání léků. Doplnky stravy nenahrazují pestrou stravu ani zdravý životní styl. Běžné prodejní ceny se mohou v jednotlivých lékárnách lišit. Běžnou cenou se rozumí Průměrná aktuální cena příslušného přípravku v lékárnách dle zveřejněných údajů Ministerstva zdravotnictví ČR, www.mzcr.cz, zaokrouhlená na celé Kč, případně cena vyplývající z informací a sdělení výrobce/dovozce. Za takováto sdělení neneseme zodpovědnost.



MUDr. Jaroslav Boček | Foto: archiv oddělení

Dne 24. dubna 2020 jsme se na našem oddělení dozvěděli velmi smutnou zprávu, že náš spolupracovník pan MUDr. Jaroslav Boček dokončil po těžké nemoci svou „životní pout“. Narodil se v Ostravě, kde také prožil svá školní a středoškolská léta. Vystudoval Lékařskou fakultu hygienickou UK Praha a nastoupil na OHS České Budějovice, Oddělení hygieny práce a pracovního lékařství. Po složení atestace I. st. z Hygieny a epidemiologie v roce 1977 ho už nějaký čas mnohem více lákalo klinické medicínské zaměření, klinický obor. Nastoupil tentýž rok do naší nemocnice na Oddělení nemocí z povolání, t.č. Oddělení pracovního lékařství, jako lékař. Od roku 1984 až do roku 1991 byl ve funkci primáře oddělení. Pracoval na ambulanci oddělení jako lékař specialista, v posledním období už jen na zkrácený pracovní úvazek. Jak mu jen zdraví dovolilo, pilně „ambuloval“ až do posledních dnů. Z dalších jeho činností stojí rozhodně za zmínku výpomoc vedení naší nemocnice v oblasti stížností a pravidelná účast jako odborného lékařského konzultanta na jednáních Posudkové komise MPSV. Byl pracovitý, čínorodý, platným členem a odborníkem našeho kolektivu, pro svou vstřícnost a ochotu pomoci byl vyhledávaným kolegou od celé řady pacientů. Byl ochotný poradit spolupracovníkům jako starší kolega i v případě potřeby je zastoupit. Vznikla mezera...čest jeho památce.

Za pracovníky Oddělení pracovního lékařství
prim. MUDr. Aleš Hejlek

POMŮCKY: TCE	PODNĚ- COVAT (K TVORBĚ)	NEPODA- ŘENÉ	SKUPINA DVOU NOT	SCHRÁNKA NA HLASO- VACÍ LÍSTKY	ŽABÍ CITO- SLOVCE	UKAZOVACÍ ZÁJMENO	POLEPITI KOLEM DOKOLA	ČESKÁ CESTOVNÍ KANCELÁŘ		ŽENA ZHO- TOVUJÍCÍ KOPIE	EDÍK	INICIÁLY ZPĚVÁKA PROKOPA	KOŠTĚ		KRÁČETI	ODVÁŽLI- VEC (EXPRES.)	DOPLNIT POHONNÉ HMOTY	UVEŘEJ- NOVATI V NOVINÁCH
RUČNÍ GENERÁ- TOR STRÍD. PROUDU									TÁBOŘIŠTĚ					ŽENA BOHA JUPITERA VARIANTA				
BEZOHLÉD- NÉ									REAGOVAT NA OTÁZKY „ANGLICKY „JEHO“									
SVORKA DO VLASŮ						JEZDECKÁ DRUŽINA USILOVNĚ STUDOVATI						HÁZETI CHVĚNÍ TÓNU (HUDEB.)						
POLOVICE (NÁŘEČ.)					BIFLOUNI (SLANG.) KOVOVÉ DESKY					LATINSKY „PRAVDA“ OBRÁCENÉ								
JMÉNO JANŽU- ROVÉ				TAJENKA ŽENSKÉ JMÉNO											AFR. NÁR. KONGRES VYKLÁDACÍ KARTY			
SOLMIZAČ- NÍ SLABIKA			NEČAS BRIDŽOVÁ HLÁSKA						PLOCHÝ POČÍTAČ ANGLICKY „ŠTÍHLÝ“							KNOKAUT (ZKRATKA) SOPEČNÉ MAGMA		
STRÁVITI ČAS STÁNÍM								TÉMĚŘ KÓD LETIŠ- TĚ TULCEA AIRPORT						PSEUDON. GOGOLA TUHÝ KOM. ODPAD (ZK.)				
ROZKA- ZOVATI						PRACKA KANTOVY INICIÁLY							POROST LOUKY ZNAČKA HLINIKU					
LIDÉ DĚLAJÍCÍ ROZBORY										ÚTOČIT								
NÁMĚT					INSTITUT KLINICKÉ EXPERIM. MEDICÍNY					VÍŘITI (KNIŽNĚ)								

Vydává Nemocnice České Budějovice, a.s. | Odpovědní redaktori: Bc. Iva Nováková, MBA, kolektiv | Předseda redakční rady: doc. MUDr. Jiří Stehlík, CSc.
Redakční rada: prim. MUDr. Petr Pták, Ph.D. (Chirurgické oddělení), prim. MUDr. Aleš Chrdle (Infekční oddělení), MUDr. Miroslava Nevšímalová (Neurologické oddělení), Mgr. Ondřej Scheinost (Centrální laboratoře) | Bezplatné | Náklad 3 000 ks | Pouze pro vnitřní potřebu Nemocnice České Budějovice, a.s.
Produkce: TRIMA CB s. r. o. | Tisk: Typodesing s.r.o. | Evidenční číslo: MK ČR E 23303 | Za tiskové chyby neručíme