

LÉTO 2006

NEMOCNIČNÍ ZPRAVODAJ



Editorial

Milá čtenářko a vážený čtenáři v bílém, zdalipak už balíte zavazadla na dovolenou? Nemyslím lékařské kufříky s dezinfekcí na rozbitá kolena malých táborníků, s hadím protijedem a chladivými mastmi na štípance, na puchýře z turistických bot, spáleniny od sluníčka...

Mám na mysli skutečné „bágly“ s barevnými tričky a kraťasy. Pokud tomu tak je a Vás čeká moře nebo chaloupka na Šumavě, pak si vezměte s sebou tužku a blok, *ať si máte kam zapisovat zážitky, co všechno může potkat doktora a sestru na cestách. Neboť letní vzpomínky jsou to právě pro podzimní Nemocniční zpravodaj! Koneckonců který bloud by uvěřil tomu, že se budete koupat, slunit a vozit autokarem jen jako bezejmenný civil a že nikdo neodhalí Vaši pravou podstatu jen proto, aby Vás nutil určovat pod slunečníkem diagnózu vzdálené sestřenice s opuchlými nohama a předepisovat u piva v hospůdce alespoň Framykoin? Jestliže ovšem Vaše identita zůstane po dobu celé dovolené utajena, tak se o patřičný figl podělte na našich stránkách s kolegy. Určitě to bude slabším povahám, které se nechají donutit k otevření ordinace na rozpálené pláži, příští prázdniny užitečné.*

Na Vaše řádky, psané ve svitu padajících meteoritů, se těší


PhDr. Marie Šotolová
odpovědná redaktorka Nemocničního zpravodaje

Foto na titulní straně Vladimír Kubec

OBSAH

Úvodník generálního ředitele MUDr. Břetislava Shona (Šot)

ZPRÁVY MANAGEMENTU

PhDr. Marie Šotolová: Návštěva s velkým „N“

STALO SE

MUDr. František Toušek: Spolupráce Kardiocentra s Územní záchrannou službou

MUDr. Miloš Fiala primářem urologie (Šot)

MUDr. Marek Šetina, CSc.: Extrémní podchlazení a léčba pomocí mimotělního oběhu

Hokejka nebo skalpel? (MUDr. David Ježek + Šot)

PRÁVĚ TEĎ

MUDr. Vladimír Pavelka, doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D., PhDr. Marie Šotolová: Projekt Healthregio

JEDNOU VĚTOU

KDO JE KDO

Pán s motýlkem (MUDr. Vladimír Pavelka + Šot)

STANE SE:

Doc. PhDr. Valérie Rothová, Ph.D.: Fyzioterapie jako nový obor ZSF JU

Knihy o dějinách českobudějovické nemocnice (Šot)

Orientační plán pro pacienty (Šot)

LETEM SVĚTEM:

MUDr. Luděk Štěrba: Pražský seminář o embolizaci děložních myomů

MUDr. Jiří Fiedler: Skandinávský trojboj

MUDr. Pavel Kálal, MUDr. Pavel Kopačka: Hyperbarická medicína a oxygenoterapie v Praze
MUDr. Martin Kloub: Videosymposium – Traumatologie pánve a páteře, Hannover
MUDr. Pavel Pavlíček, MUDr. Bohdana Štefflová: V pražském Ambassadoru se řešily smyslové poruchy

MUDr. Libor Filip: Moderní trendy v ortopedii a traumatologii

MUDr. Petr Sák, Ph.D.: Onkogynekologie - poznámky k managementu oboru

MUDr. Luděk Štěrbá: Intervenční radiologové zámeckými pány na Mikulově

MUDr. Magda Balejová: 16. Evropský kongres klinické mikrobiologie a infekčního lékařství v Nice 1. – 4. 4. 2006

MUDr. Petr Toufar: 7. Evropský traumatologický kongres ve slovinské Lublani

MUDr. Pavel Kurial, MUDr. Vladimír Mařík: Slovenský kongres plastické chirurgie v Nitře

MUDr. Hana Šiffnerová: Onkologové z celého světa jednali v Atlantě

MUDr. Libor Filip: 1. kongres pro ortopedii nohy Slovenské ortopedické společnosti
OSOBNOST

Chtěla jsem být užitečná (MUDr. Božena Gruberová + Šot)

KNIŽNÍ NOVINKY

UTAJENÁ PROFESE

Nemocniční učitelka (Ivana Šimáková, Vladislava Veselá + Šot)

ODBORY

MUDr. Lubomír Franc: Základní organizace odborového svazu zdravotnictví a sociální péče

KONGRESY A SEMINÁŘE

Lenka Klímová: Kolorektální karcinom

Plán kongresů od 1. 7. do 31. 10. 2006

VÝZNAMNÉ DNY

SPOLEČENSKÁ KRONIKA

ÚVODNÍK GENERÁLNÍHO ŘEDITELE MUDR. BŘETISLAVA SHONA



Pane generální řediteli, jaké zažila nemocnice nejvýznamnější novinky za letošní druhé čtvrtletí?

Při jednáních se zaměstnanci nemocnice na odborových schůzích jsem řekl, že navýšení profesních mezd je závislé na ekonomické situaci nemocnice a bude realizováno od 1. dubna 2006, pokud to finanční situace dovolí. Díky všem spolupracovníkům se podařilo v prvních třech měsících vytvořit dobrý finanční základ pro rok 2006 a proto došlo k navýšení mezd.

Ve druhém čtvrtletí jsme zkušebně začali pacientům nabízet anketu spokojenosti. Její výsledky považuji za velmi povzbudivé. Průměrná známka za celou nemocnici za dva měsíce je přibližně 1,4 (při pětistupňovém známkování jako ve škole). Děkuji touto cestou všem zaměstnancům za skvělou práci a profesionální chování vůči pacientům, které tato anketa jednoznačně potvrdila. Z rozboru ankety v jednotlivých odděleních vyplývají určitá ponaučení, která často směřují spíše k managementu nemocnice, neboť se mnohdy týkají stavebních úprav apod. Tam, kde se objevily rezervy, jsme je s vedoucími pracovníky příslušných oddělení řešili.

Nejdůležitější události ve 2. čtvrtletí roku 2006?

V prvních dvou měsících 3. čtvrtletí si, budete milí spolupracovníci především vybírat svou zaslouženou dovolenou, na kterou se jistě všichni strašně moc těšíte. Dovoluji si, jménem celého vedení, popřát vám co nejpříjemnější a nejspokojenější odpočinek.

Během tohoto období budou probíhat přípravy a částečně realizace některých

stavebních akcí. Jde o stavební propojení interny a centrálních laboratoří, kde budou ambulance pro internu a hematologii. Z logiky věcí pak vyplývá zrušení interní ambulance v pavilonu „C“ a v „paneláčku“. Dále dojde k budování prostor pro centrální podávání infúzní terapie nad odběrovým místem transfúzní stanice. Zároveň poběží projektová příprava na přestavbu bývalé biochemické laboratoře na zaměstnaneckou jídelnu a místo pro rozdělování dovážené stravy.

V souvislosti se stavebními pracemi bude jistě čtenáře zajímat, zda vznikají nějaké architektonické studie, zadání výběrového řízení na rekonstrukci ARO, traumatologie, chirurgie.

Na všech těchto akcích se intenzivně pracuje a všechny kroky realizujeme tak, aby byl splněn plánovaný termín dokončení.

Jak je daleko nákup nového lineárního urychlovače?

Jeho koupi máme v plánu. Bude to znamenat neplánovaný náklad cca. 47 mil. Kč, ale považujeme tuto investici pro pacienty za zásadní, a proto musíme havárii urychlovače vyřešit nákupem nového.

Akciová společnost řeší nejen stavební úkoly, nákupy technologií, ale také personální záležitosti. Pokud vím, nemocnice řeší především počty sester.

Máme na některých odděleních narázově problém s doplňováním sester do tabulkových stavů. Zdá se, že po ukončení školního roku 2005/2006 a příchodu nových zdravotnických pracovníků se podaří stavy sester doplnit. Mimochodem, podávali jsme inzeráty na volná sesterská místa i ve slovenském časopisu Sestra a nejčtenějším deníku Nový čas. Inzerovali jsme samozřejmě také v našem tisku.

V minulém Nemocničním zpravodaji padla otázka na využití bývalého bufetu, tedy domečku před pavilonem C. Už se ví, co tam bude?

Pro tento objekt, stejně jako pro dva volné prostory ve vstupním terminálu, jsme bohužel přes opakované pokusy nenašli vhodné uplatnění. Nechci se vymlouvat, ale máme stále mnoho důležitějších úkolů, které musíme řešit, a tak se touto otázkou zabýváme okrajově.

Možná, že by si někdo představoval provozovat zde internetovou kavárnu nebo sem alespoň umístit tzv. veřejný internetový kiosek...

V současné době je zpracovávána bezpečnostní studie provozu nemocnice včetně provozování informačního systému v nemocnici, do čehož spadá i přístup k internetu. Jde totiž o značné bezpečnostní riziko. Podle výsledků této studie bude rozhodnuto, zda a za jakých podmínek bude přístup pacientům k internetu umožněn.

Ráda bych vám položila ještě některé otázky, o kterých vím, že si je část zaměstnanců pokládá. Například jak je to se souběhem privátních lékařských praxí a úvazkem v nemocnici?

Z minulosti má řada lékařů naší nemocnice své soukromé praxe, které provozují po pracovní době. Již od dob ředitele MUDr. Jiřího Bouzka nejsou nové soukromé praxe lékařů povolovány, i když vím, že v řadě států existují nejrůznější systémy souběhů zaměstnaneckého poměru a soukromé praxe.

Jak to bude dále s výukou našich zaměstnanců na školách?

Již v minulém roce jsme připravili intranetovou aplikaci žádostí lékařů o možnost výuky na školách, která nám umožňuje přesný přehled o počtu vyučujících lékařů, o počtu hodin odučených v pracovní a v mimopracovní době. Vycházíme lékařům i školám vstříc v tom, že nežádáme od škol refundaci mzdy za lékaře, kteří učí v pracovní době. Máme však jistě zájem na tom, aby maximum výuky probíhalo v době mimopracovní. Tzv. nahrazování hodin odučených v pracovní době je velmi neefektivní a diskutabilní.

Za nejdůležitější však považujeme skutečnost, že výuka lékařů nesmí ohrožovat chod oddělení. Ředitelé všech škol jsou informováni, že nebudeme bránit našim lékařům ve výuce, pokud nebude tato činnost vyvolávat požadavky primářů oddělení na navýšení počtu personálu. Již jsem se totiž setkal i s tím, že jsem byl žádán o dalšího lékaře na oddělení a

když jsem se podíval na počet odučených hodin na různých školách, bylo zřejmé, že jako první krok bych musel zakázat výuku.

Na závěr, jak je to s pořádáním kongresů vlastními silami a pomocí pořadatelských agentur?

V platnosti je samozřejmě letošní příkaz generálního ředitele, který tyto aktivity velmi přesně určuje, a to včetně finančních hledisek. Rok 2006, kdy jsme začali narovnávat pravidla pro pořádání kongresů, považujeme za zkušební. To znamená, že žádný kongres nesmí být ztrátový a žádné náklady na jeho pořádání nemohou jít na úkor akciové společnosti. Konečně dbáme na správné zdanění všech položek, souvisejících s kongresy. Převodníkem mezi odděleními a vedením je v tomto případě Informační oddělení. To jednak „hlídá peníze“, jednak zabezpečuje konkrétní požadavky pořadajícího oddělení od poptávky služeb, přes vystavování objednávek, až například po návrhy programových brožur, napsání adres a jejich rozeslání. Vlastními silami jsme tak v první polovině letošního roku uspořádali Jihočeské ORL dny, VI. Timrovy dny nebo celostátní seminář neonatologie.

Některé kongresy jsou však natolik velké a složité na organizaci, že je nejsme, a ani v budoucnu nebudeme, zřejmě schopni pořádat zcela sami. Proto chceme v roce 2007 oslovit minimálně dvě agentury, porovnat jejich služby, udělat přesné kalkulace a připravit na základě dokonale analyzovaných zkušeností výběrové řízení na agenturu, která by v příštích letech byla dodavatelem kongresových služeb za takových podmínek, aby bylo pořádání těchto akcí zajímavé pro naši nemocnici jak z odborných, tak i ekonomických hledisek.

Rozhovor připravila PhDr. Marie Šotolová



ZPRÁVY MANAGEMENTU

PhDr. Marie Šotolová: Návštěva s velkým „N“



Vím to naprosto přesně: 9. června volal generální ředitel, že šestadvacátého přijede pan prezident!!! A tak Informační oddělení začalo „uhánět“ oddělení, která se dostala do užšího výběru možné návštěvy, kvůli informacím pro novináře. Honem rychle se volalo zavedenému Fotostaru, aby nechyběly památečné fotografie, koupila se kronika pro pamětní zápis hlavy státu a uklízelo se...tak, jak to dělá doma každý z nás, když čeká hosta, na kterém mu záleží...

V parném odpoledni, pár minut po třetí, vjela na parkoviště prezidentská kolona. Pečlivě připravený scénář, co a jak, vzal už v prvních vteřinách díky bezprostřednosti prezidentského páru poněkud za své. Hostitel, MUDr. Břetislav Šon, pamětliv minutovníku (tzn. až do jednotlivých minut přesného rozpisu pobytu Václava Klause a jeho paní během tří jihočeských dnů), seznámil prezidenta především s krátkou historií naší akciové společnosti a hlavně se skutečností, že si nemocnice po medicínské, ale i ekonomické stránce vede velmi dobře. Odměnou všem pracovníkům

nemocnice bylo pochvalné pokývání hlavou inženýra ekonomie, univ. prof. Klause.



Protože padesát minut, které měli Klausovi v doprovodu hejtmána Jana Zahradníka s manželkou k dispozici, nestačilo na podrobnou prohlídku obou nemocničních areálů, vedla jejich cesta do parku s Bránou života, umístěném mezi nejvyšším pavilonem a centrálními laboratořemi. Protože generální ředitel upozornil hosty na to, že se úmyslně vybudovalo velké parkoviště před terminálem, zkoumal prezident kritickým okem, jak vypadá pěší zóna uvnitř. Evidentně nebyl zklamán. Jak znalci Horního areálu snadno

odhadnou, zrak pana prezidenta zamířil také na internu. Mluvil se však také o něčem, co vůbec není vidět, a sice o 235 metrů hlubokém vrtu, ze kterého čerpá nemocnice doslova Dobrou vodu, protože podzemní jezero spojuje České Budějovice s Novými Hrady. Nemocnice je tak unikátem mezi ostatními, nejen že tu teče z kohoutků stolní voda, ale ještě se dost ušetří, ba dokonce se díky prodeji přebytku vody navíc něco vydělá.

Slunce pálilo jako čert a tak všichni přivítali pozvání do chladnějších prostor, tedy na neonatologické oddělení.

Proč právě tam? Především proto, že zdejší Perinatologické centrum patří v České republice mezi nejúspěšnější vůbec. O výběru však rozhodovaly i další skutečnosti. Blízkost vzhledem k nabitému programu prezidenta, ale například i to, že se nachází v prvním patře. Hradní ochranka totiž nedovoluje hlavě státu používat na návštěvách výtah. Ani ten nej, nej, nej. Nikdo na sto procent nemůže zaručit, že se nezastaví, a co pak? Samozřejmě, že nešlo zvolit oddělení, kde by prezidentská návštěva představovala pro pacienty neúměrnou zátěž atp.

Paní Livia prošla parčíkem, kde se díky silicím z jehličnanů v tropickém vedru dýchalo alespoň trochu lehčeji, s úsměvem. O to cennějším, že má zálibu v navrhování zahrad. Kdyby věděla, kolik úsilí věnovala nemocnice od jara nejen na nejviditelnější plochy od terminálu k jihozápadu, ale postupně také na severozápadní straně Horního areálu, jak jezdily buldozery v Dolním areálu, aby měli za čas kde zahradníci sázet rododendrony!



V přízemí C čekalo ovšem na všechny lehké překvapení. Jedna z pacientek požádala prezidenta o pomoc v podobě zajištění teplých večerí. První dáma kontrovala, že ani oni doma večer nevaří a zdravotnický členové konvoje vzadu podotýkali, že syté jídlo na noc není to nejzdravější. (Mimochodem ještě před prezidentskou návštěvou se v nemocnici proslýchalo, že pro dlouhodobě nemocné bude pro zpestření čas od času lehká teplá večere, protože, jak všichni vědí, se od jara odebírá strava z menzy a tam se drží večerní služby kuchařů).



Pan prezident, sám dědeček pěti vnoučat, se zalekl, že by ho na sály neonatologie a na pokoje doprovázel celý houf oficiálních hostů, nemocničního personálu, novinářů, pacientů. Jen aby se miminkům nic nestalo! Primář MUDr. Milan Hanzl sice vysvětloval, že při respektování zákazu „žádné dotyky dětí a

techniky“ nic nehrozí, přesto se některým návštěvníkům dveře na oddělení zavřely. A tak zatímco Klausovi se nerušeně těšili z pohledu na mimina, část doprovodu vzpomínala s manželkou pana hejtmana na začátky tohoto oddělení. Maminka paní Jany Zahradníkové, MUDr. Marie Kunešová, zde totiž působila jako lékařka.

Protože hodiny se na naší nemocniční věžiče nezastavily, byl čas na návrat. Recepční měly za úkol vyhlížet předvoj a rychle připravit na stolek ve vstupní hale kroniku k podpisu. Podle toho, jak Václav Klaus chválil vkusnost prostoru s tím, že více nežli o špitální vchod jde o prostor pro odpočinek, asi by raději usedl k originálním dřevěným stolkům, nežli k tomu „navíc“ jen pro tuto příležitost. Ale všechno nelze předvídat....



Ještě dárek (Výroční zpráva o úspěšném roce 2005 i nová brožura v deskách od jihočeského knihaře Ladislava Hodného) a loučení. Snad největším vyznamenáním pro všechny zaměstnance českobudějovické nemocnice byla spontánní otázka prezidenta – „Kde je Ladislav Jakl (tzn. tajemník), aby si zapsal do diáře kontakt. Může se hodit při diskusích o neziskových nemocnicích.

Zamávání z auta. Lidé se zvolna rozcházejí. Druhý den bude Informační oddělení zběsile surfovat po internetu, aby mělo v denním monitoringu tisku všechny zprávy, které o návštěvě Nemocnice České Budějovice, a. s. přinesl tisk. Hbitě s nimi na nástěnku. A také přátelsky zavolat panu primáři Hanzlovi, ve kterých novinách je jeho fotografie s V. K. Mimochodem 27. června byl snad jediný den, kdy byl tento titul v naší prodejně vyprodáný už v deset ráno! .

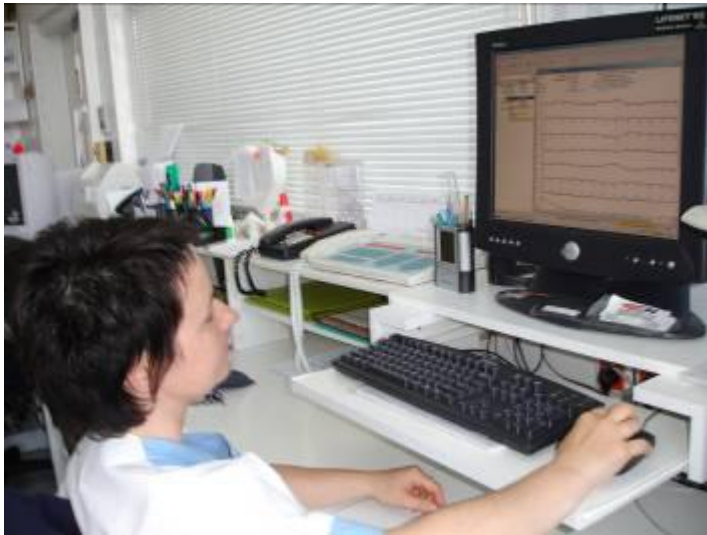


Vážené kolegyně, vážení kolegové,

dovolte mi, prosím, poděkovat upřímně všem, kteří jste přišli pozdravit pana prezidenta Václava Klause s manželkou během jejich návštěvy naší nemocnice.

**MUDr. Břetislav Shon v.r.
generální ředitel Nemocnice České Budějovice, a. s.**

MUDr. František Toušek: Spolupráce Kardiocentra s Územní záchrannou službou



Koncem měsíce května proběhly v médiích informace o tom, že posádky Územní záchranné služby byly vybaveny novými defibrilátory, umožňujícími přímo na místě zásahu natočit 12svodové EKG a okamžitě ho v digitální formě vyslat na přijímač v Kardiocentru Nemocnice České Budějovice, a. s. Celá investice v hodnotě 5 milionů korun byla financována z grantu Krajského úřadu.

V posledních letech bylo prokázáno, že přímá koronární angioplastika (dále PCI) je

nejúčinnější formou léčby akutního infarktu myokardu s elevacemi ST úseku (dříve transmuralní infarkt). Při tomto způsobu léčby dochází k otevření trombem uzavřené koronární tepny více než v 90 procentech (na našem pracovišti v 95%). Intravenózní podání trombololytika (Streptokináza, Altepláza aj.) je méně úspěšné, tepna se otevře asi v 50% a většinou následuje stejně provedení koronarografie a PCI na stenóze, která na tepně zůstane i po eventuálním otevření tepny trombololytikem. Rovněž úmrtnost na infarkt je po trombolýze vyšší než po přímé koronární angioplastice.

Logickým závěrem výše uvedeného je, že všichni pacienti s akutním infarktem myokardu by měli mít přímou angioplastiku.

Problém je v tom, že není možné budovat katetrizační laboratoř v každé nemocnici. Jednak z důvodu vysokých pořizovacích i provozních nákladů a dále proto, že by bylo nutno mít pro zajištění nonstop provozu vyškolený personál. Při nízkém počtu výkonů v lokálních nemocnicích by však nemohlo dojít ani k základní erudici personálu, ani k udržení zkušenosti a zručnosti v případě, že by se personál vyškolil jinde. Tak jako v jiných oborech se proto péče soustřeďuje do regionálních center. V České republice je jich nyní 21.

Dalšími klinickými studiemi (PRAGUE 1 a 2, DANAMI aj.) bylo prokázáno, že transport pacienta s infarktem myokardu do kardiocentra je zhruba do 100 km bezpečný a nezvyšuje mortalitu.

Velmi důležitý je však časový faktor, tzn. za jak dlouho po začátku bolesti se pacient dostane na katetrizační stůl. Čím kratší doba, tím lepší výsledek. Z našeho jihočeského registru AIM s elevacemi ST vyplývá, že do jedné hodiny je mortalita 2,7%, do tří hodin 4,0%, do šesti hodin 4,6%, do dvanácti hodin 10,9%, nad 24 hodin 21,9% (v podstatě se již léčí jen komplikace).

Na této době se nejvíce podílí čas, po který se nemocný rozhoduje, zda zavolá lékaře a hned potom akceschopnost Územní záchranné služby. Není však možné, aby její osádky přivezly do kardiocentra každého pacienta s bolestmi na hrudi - jen s podezřením na srdeční infarkt. Musí být provedena selekce, jinak by kardiocentrum bylo během 24 hodin zahlceno množstvím nemocných (z nichž dle registru CZECH 56% nemá vůbec potíže se srdcem) a prakticky by přestalo fungovat.

Dosavadní praxe byla taková, že pro českobudějovický spád funguje kardiocentrum jako primární nemocnice a provádí výše zmíněnou selekci, ale pro zbytek regionu prováděly selekci okresní nemocnice. Ukázalo se, že ani tento systém není ideální. Příklad: Pacient z Veselí nad Lužnicí byl transportován do Tábora, tam mu bylo natočeno EKG, diagnostikován

infarkt, znovu volána posádka Územní záchranné služby a pak byl pacient transportován zpět přes Veselí nad Lužnicí do českobudějovického kardiocentra. I když měly některé posádky EKG ve vozech, většinou neměly takové zkušenosti s hodnocením záznamů, aby ho mohly plně využít. V lepším případě bylo možné vyslat EKG záznam faxem, ale faxové záznamy byly často v kardiocentru nehodnotitelné.

Současně nainstalovaný systém defibrilátorů LIFEPAK 12 (součástí je 12 svodové EKG s možností vyslání záznamu na přijímací stanici zmáčknutím jediného tlačítka) a přijímací stanice LIFENET RS umožní okamžité zhodnocení EKG v kardiocentru. Osádka Územní záchranné služby se telefonicky domluví s lékařem kardiocentra, zda má být pacient přivezen přímo do kardiocentra k přímé PCI, nebo do spádové nemocnice, kde jsou podniknuty další diagnostické kroky.

Předpokládáme, že při této vzájemné komunikaci získají dříve nebo později záchranáři dostatek zkušeností a budou se dobře rozhodovat bez našich konzultací.

Systém má ještě další význam: Kardiocentrum dostává s předstihem informaci o tom, že je na cestě pacient se srdečním infarktem. Lékaři kardiocentra vědí, že nejde o falešně pozitivní diagnózu, znají lokalizaci infarktu, vidí arytmiie, dokáží odhadnout možné komplikace. Na příjem se předem připravuje příjmová ambulance, koronární jednotka a také katetrizační laboratoř zareaguje tím, že se snaží rychle uvolnit katetrizační stůl (nezačne nový diagnostický výkon, odloží plánovanou angioplastiku atd.).

Podle našich informací je Jihočeský kraj jedním z prvních, který takto komplexně řeší péči o nemocné se srdečním infarktem, ale podobné projekty jsou připravovány také jinde.

Pro informaci uvádím, že Česká republika je první na světě v počtu nemocných léčených přímou angioplastikou. Poměr PCI k trombolytické léčbě je 95:5%.

MUDr. Miloš Fiala primářem urologie



„Kdo to bude?“ hádalo 18. května dopoledne urologické oddělení. Úderem desáté totiž začalo výběrové řízení na pozici primáře. Přihlášení byli tři kandidáti, všichni urologové ze zdejší nemocnice. Nakonec výběrová komise potvrdila ve funkci MUDr. Miloše Fialu (44), který byl pověřený řízením oddělení poté, kdy se MUDr. B. Shon stal generálním ředitelem.

Pane primáři, jak se přihodilo, že jste spojil svůj osud právě s budějovickou urologií?

Narodil jsem se sice v Kutné Hoře, ale od promoce na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze jsem nikde jinde nepracoval. Lákaly mě malé chirurgické obory. Když se připravovala výstavba pavilónu C a zvyšoval se počet lůžek, naskytlo se několik volných lékařských míst oboru urologie. Tak jsem se ocitl u operačního stolu urologického oddělení.

Kam chcete, aby urologické oddělení pod vaším vedením směřovalo?

Jako primář i osobně jako doktor bych se rád věnoval laparoskopii a začal tady využívat při operacích prostaty laser. Doufám, že se také podaří zvýšit počet urologů. V podstatě však chci navázat na dobré jméno tohoto oddělení.

V čem jste v republikovém srovnání jedničky?

Především zajišťujeme úplnou péči o urologické pacienty ve spádovém regionu jižních Čech. Hodně dobří jsme v péči o lithiázu, tedy o močové a ledvinové kameny. Daří se tu výborně rekonstrukční operace při nálezů na močové trubici. V chirurgickém řešení onkologických nálezů podáváme výkony, za které se určitě nemusíme stydět. To je důležité, protože našim

oddělením ročně projde kolem tisícovky nemocných s nádorovým onemocněním a bohužel jejich počet rok od roku stoupá.

O Vašich primářských ambicích jsme mluvili, jaký máte před sebou, v souvislosti s novou funkcí, osobní cíl?

Když pomínu svůj zájem o zmíněnou laparoskopii a laser, tak počítám s tím, že se budu muset zdokonalit v ekonomickém řízení.

Necháte čtenáře Nemocničního zpravodaje nahlédnout trochu do vašeho soukromí?

Jsem ženatý, mám dvě děti, a když je trochu času, tak rád vyjedu na sjezdovku a v létě někam na trekingovém kole.

MUDr. Marek Šetina, CSc.: Extrémní podchlazení a léčba pomocí mimotělního oběhu

Letos na jaře jsme na kardiochirurgické oddělení přijali mladou pacientku ve stadiu klinické smrti, resuscitovanou, jejíž tělesná teplota byla 25° C a kardiopulmonální resuscitace se při této teplotě již stávala neúčinnou. Za pokračující resuscitace jsme nemocnou bezodkladně připojili na mimotělní oběh a ohřáli ji na teplotu 36° C. Další průběh byl komplikován multiorgánovým selháním a omrzlinami prstů dolních končetin. Přesto se po několika týdnech podařilo nemocnou odpojit od ventilátoru, zlepšit funkce orgánů k normě a vrátit do normálního stavu vědomí.

Další péči a rehabilitaci zajišťuje rehabilitační oddělení naší nemocnice. Bez okamžitého použití přístroje pro mimotělní oběh by pacientka neměla žádnou naději na přežití.

Hokejka nebo skalpel?



Oboje lze. Když má člověk rád sport a z medicíny ho někdy bolí hlava, není nad brusle, mantinely a led. To alespoň tvrdí gynekolog MUDr. David Ježek. Jeho kolegové, lékaři českobudějovické nemocnice, ho vnímají jako hlavního organizátora zdejšího „Hospital Hockey Clubu“.

„My hrajeme pod HC České Budějovice,“ opravuje mě dr. Ježek. A vrací se k historii týmu: „Já jsem tu sedm let. Kluci se dřív sešli jednou dvakrát za rok, když měl někdo led, aby si zahráli. Takže to bylo víceméně chaotické. Teď hodně spolupracujeme s majitelem Sanatoria Art, což je českobudějovické zdravotnické zařízení se specializací na umělé oplodnění. Pan Radek Taller nám sežene většinu ledů a zařídí turnaje. Sanatorium Art má svůj manšaft a my hráváme proti němu za nemocnici.“



Zápas proti JČE



Zápas proti Sanatoriu ART

Takže samá radost...

„Nejstrašnější problém je sehnat lidi, protože se každý na něco vymlouvá. A kdo se nevymlouvá, tak zase pro změnu slouží. Většinou máme jednu pětku z gynekologie, kterou tvoří: MUDr. Josef Míka, občas MUDr. Ondřej Míka, MUDr. Jaroslav Polách, MUDr. Jaroslav Tůma a já. Z ortopedie chodí MUDr. Lukáš Nevšimal, primář doc. MUDr. Stehlík a MUDr. Vodička. Z traumatologie MUDr. Václav Flíček, z interny MUDr. Bohuslav Kůta junior a za neurochirurgii hrají primář MUDr. Vladimír Chlouba s MUDr. Vladimírem Přibáněm. Ještě s námi chodí čas od času MUDr. Martin Neruda, který odešel do Prahy. Vždycky se snažíme sestavit mužstvo jen z našich zdrojů. Většinou ale potřebujeme do těch dvaceti lidí někoho doplnit. Gólmana máme výborného – Zdenka Miczu – časově vyčerpaného majitele benzínových pump. Chytá výtečně a kdykoliv mu zavoláme, tak si vymění schůzky a jde do toho. Potíží je s vlastními lidmi.“



Sedící: dr. Pýcha, dr. Flíček, dr. Tůma, dr. Přibáň, dr. Polách
tojící: dr. Nevšimal, dr. Ježek



dr. Řehoušek, dr. Přibáň, prim.dr. Stehlík, dr. Nevšimal

Jak často hrajete?

„To závisí na pronájmu ledové plochy. Nejsme schopni si sami obstarat led během veřejných hodin, kdy je zapotřebí vystát frontu a zaplatit ho. Lidé tam stojí na střídačku také od šesti hodin večer do devíti ráno. Na to nemáme ani čas, ani sílu. Chodíme v drtivé většině hrát přes zmíněné Sanatorium Art. Sezóna začíná v červenci a končí podle toho, jak se dostane HC České Budějovice / Motor do play off. Chodíme si zahrát zhruba jednou za týden, ale letos, kdy končila sezóna v dubnu, tak jsme měli za pět dní sedm zápasů, což bylo opravdu hodně.“

Vyhráváte, nebo jste bití?

„Když jsme začínali a nebyli jsme sehraní, přišli jsme na turnaj bez jakékoliv přípravy, tak jsme tam dostali „klepec“. Máme mezi sebou lidi, kteří hokej hrávali - já sám jsem hrál za

Tábor dorosteneckou ligu - ale většinou jsme amatéry na velmi dobré úrovni, jako jsou všichni Češi. Potřebujeme proto trochu času, abychom se sešli a rozehráli. Tuhle jsme hráli turnaj neurochirurgie s gynekologií proti ortopedii. První zápas vyhrála ortopedka, ale ve druhém jsme ji rozbili! Účastníme se dvou, tří turnajů do roka a tam chceme být nejlepší. Teď se nám to docela dařilo vzhledem k tomu, že většinou jsme amatéři. Nedávno jsme hráli s Husky Prachatice, ale podcenili jsme je a prohráli. Pak jsme hráli proti výbornému Artu, kde nás vítězství těší. Nejdřív jsme vyhrávali dva nula, ale nakonec jsme prohráli. Třetí turnaj jsme už vyhráli nad Hlubokou n.Vlt. 10 : 2.“



Klečící: dr. Řehoušek, dr. Přibáň, prim. dr. Stehlík, p. Micza, dr. Flíček, dr. O. Míka
Stojící: dr. Šustr, dr. J. Míka, dr. Pýcha, dr. Nevšimal, dr. Kurial, dr. Vodička, dr. Hanák, dr. Polách, dr. Tůma, Mgr. Chadim

Vy jste se zmínil, že jste jako teenager hrál nejvyšší soutěž. Copak, že jste nakonec zakotvil u medicíny?

„Já jsem se o studiu rozhodoval na přelomu osmdesátých a devadesátých let, v době, kdy se nám o NHL ani nesnilo. Takže jsem šel studovat a dokonce jsem z lenosti pět let hokej vůbec nehrál. Samozřejmě na vrcholové úrovni je dnes profesionální hokej o jiných penězích, ale do NHL se dostane a pravidelně nastupuje do zápasů prvního mužstva cca třicítka nejlepších. Během kariéry se drtivá většina hokejistů sice úspěšně živí, ale když skončí, tak mají možná postavený dům, nicméně musí si začít znovu hledat obživu. Takže to není zas tak růžové. Medicína je materiálně o něčem jiném, ale člověka uspokojuje.“

Co budete dělat v létě, kdy leží hokejky ve skříni?

„S kolegy z gynekologie se domluvíme a jdeme třeba na online brusle nebo na kolo, tenis, squash. S jedním kolegou teď ale budeme střílet puký na sucho, abychom zlepšili střel. Ještě chodím do posilovny, abych měl „páru“ a také rád jím, tak abych neztloustl.“

Jednou větou



- Stavební firma MANE si nechala od WIP Reklamy, spol. s r.o. zhotovit velkoplošnou reklamu na autobus č. 153 českobudějovické městské hromadné dopravy. Vůz je nasazován většinou na linku 7, takže vozí fotografii našeho vstupního terminálu až k nemocnici.
- 5. 5. 2006 uspořádalo odd. patologie Nemocnice České Budějovice, a. s. ve spolupráci s prim. MUDr. Pavlem Havránkem celoustavní klinickopatologický seminář na téma infekční endokarditidy.
- 2. 6. 2006 přivítala Mgr. Jiřina Otásková, MBA, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a hlavní sestra Nemocnice České Budějovice, a. s., volební komisi. Své poslance zvolily dvě stovky pacientů.



Prvním voličem byl pan Jiří Janoušek. Podle množství novin na stolku nenechal tento usměvavý osmdesátník nic náhodě.



Pavilon C nosil svůj šat od kolaudace v roce 1993.

Letos dostal moderní kabát, který neprofoukne.

- V červnu vyšla Výroční zpráva Nemocnice České Budějovice, a. s. za rok 2005. Zájemci ji najdou v plném znění na webových stránkách nemocnice.
- V červenci přibýly před vstupní halou a budovou vedení dvě nové nástěnky. První by měla sloužit pro informace širší veřejnosti, druhá ke sdělením ze strany vedení. Nástěnkářem je Informační oddělení, které vděčně přijme jakékoliv podklady vhodné pro vnějškovou prezentaci, zvláště fotografie nových přístrojů, protože léčebné novinky, to je to, oč tu běží...

PRÁVĚ TEĎ

**MUDr. Vladimír Payelka, doc. MUDr. Petr Petr,
Ph.D., PhDr. Marie Šotolová: Projekt Healthregio**

Co se skrývá za názvem projektu Healthregio (health – zdraví, regio – region)

Jedná se o společnou výzkumnou práci odborníků z Vídně, Dolního Rakouska, západního Maďarska, jihozápadního Slovenska a jižních Čech. Jeho smyslem je společné zmapování existujících kapacit ve zdravotnictví a popis toků pacientů i personálu. V České republice je nositelkou projektu Nemocnice České Budějovice a. s. ve spolupráci s Jihočeským krajem jako samosprávným subjektem.

Důvody přistoupení Jihočeského kraje k projektu

Začátky projektu popisuje náměstek hejtmana Jihočeského kraje pro oblast zdravotnictví a sociálních věcí MUDr. Vladimír Pavelka:

„Projekt Healthregio vznikl v době, kdy jsme začali o poskytování zdravotní péče uvažovat v širších dimenzích. Jednak jsme viděli oborový a kvalitativní přesah, jednak přesah geografický.

Dosavadní chápání zdraví a nemoci, stále naléhavější nutnost aktivních přístupů k problematice zdraví, dlouhá léta opomíjené souvislosti zdraví a sociální problematiky, to vše vede k rozvoji nových pohledů a dynamičtějšího přeskupování i spojování dosavadních témat. Zároveň se vynořují nové otázky, které s sebou přináší třetí tisíciletí se všemi svými pozitivy i negativy. Velmi naléhavě jsme si uvědomili potřebu otevření se navenek ve sjednocené Evropě, nutnost zasadit naše úsilí do kontextu dění - minimálně v nejbližším okolí.

Když mě oslovili dolnorakouští přátelé s nabídkou účasti na tomto projektu, nacházeli jsme se právě v období hledání nových cest. Proto jsem se svými spolupracovníky tuto nabídku s potěšením přijal.

Skutečnost, že realizaci na české straně zajišťuje Nemocnice České Budějovice a. s. svědčí o její způsobilosti řešit nejen zdravotní problémy obyvatel kraje, ale také odpovídat na náročné společenské otázky.“

Podrobný popis cílů projektu

Projekt Healthregio byl odstartován v září roku 2004. Jeho náplní je shromažďování zkušeností a hledání možností dalšího rozvoje, dále poznávání silných a slabých stránek systémů zdravotní péče doma i v sousedních zemích. V rámci projektu Healthregio se poprvé uskutečňuje výměna poznatků a transfer know-how na tak široké bázi. Regionální rozdíly jsou zde chápány jako příležitost a východisko ke vzájemnému poznávání a společnému nalézání nových cest. Důležitou součástí projektu je nyní zpracovávaná důkladná analýza charakteristických znaků příhraničí v demografické, kulturní, sociální, ekonomické a zdravotnické oblasti.

Výstupy projektu, které budou k dispozici na konci roku 2006, budou podkladem pro koncept optimálního zdravotního zaopatření a zlepšení zdraví obyvatel v regionu působnosti projektu.

Cílem je dlouhodobý pozitivní vývoj a spolupráce sektoru zdravotní péče na regionální úrovni a v globální soutěži, jakož i etablování regionu, coby turisticky atraktivní oblasti, spojením optimálního využití zdrojů, optimalizací nabídek služeb a zásobování, vytvořením a zajištěním pracovních míst. Středoevropský region se musí stát kvalitní lokalitou pro služby zdravotní péče v Evropě.

Výsledky budou sloužit k:

- ohodnocení a ocenění nákladových faktorů ve zdravotnictví;
- optimálnímu využití existujících vývojových potenciálů a zdrojů (zlepšení struktur);
- vytvoření synergií (marketingové strategie, vzory etc.);
- zjištění potenciálu úspor;

- výměně zkušeností s transfer know-how k hospodářskému využití v regionu.

Cílové skupiny, kterým jsou určeny výsledky:

- osoby oprávněné rozhodovat v politice a hospodářství;
- poskytovatelé služeb zdravotní péče (nemocnice, praktičtí lékaři, wellness a wellbeing zařízení etc.) - většinou malé a střední podniky;
- konzumenti zdravotnických služeb;
- pracovníci v sektoru zdravotnických služeb.

Financování

PROJEKT HEALTHREGIO JE FINANCOVÁN EVROPSKOU UNIÍ A ZAŘAZEN DO INICIATIVY SPOLEČENSTVÍ INTERREG IIIA EVROPSKÉ UNIE.

Formy realizace

Projekt Healthregio se bude realizovat formou úzké spolupráce s akademickou obcí Jihočeského kraje, jmenovitě prostřednictvím vypsání bakalářských, diplomových a dalších prací. K 1. 6. 2006 řeší vybraná témata 12 studujících, z poloviny na Vysoké škole evropských a regionálních studií, z poloviny na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity.

Přehled zpracovávaných prací:

Vývojové tendence v mobilitě pacientů a pracovníků ve zdravotnictví, se zvláštním zřetelem k lůžkovým ZZ v Jihočeském kraji. (vedoucí práce MUDr. Vladimír Pavelka, oponent doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.)

Vývojové tendence v mobilitě pacientů a pracovníků ve zdravotnictví, se zvláštním zřetelem k ZZ: Praktický lékař pro dospělé a Ambulantní odborník / specialista v Jihočeském kraji. (vedoucí práce MUDr. Vladimír Pavelka, oponent doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.)

Vývojové tendence v mobilitě pacientů a pracovníků ve zdravotnictví, se zvláštním zřetelem k dětskému a dorostovému lékařství (vedoucí práce MUDr. Zdeněk Hejduk, oponent doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.)

Soupis poskytovatelů zdravotnických služeb v Jihočeském kraji, se zvláštním zřetelem k lůžkovým ZZ. (Vedoucí práce MUDr. Vladimír Pavelka, oponent doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.)

Soupis poskytovatelů zdravotnických služeb v Jihočeském kraji, se zvláštním zřetelem k ZZ: Praktický lékař pro dospělé a Ambulantní odborník/specialista. (vedoucí práce MUDr. Vladimír Pavelka, oponent doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.)

Soupis poskytovatelů zdravotnických služeb v Jihočeském kraji se zvláštním zřetelem k dětskému a dorostovému lékařství. (vedoucí práce MUDr. Zdeněk Hejduk, oponent doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.)

Mapování a kategorizace proudů pacientů se zvláštním zřetelem k lůžkovým ZZ v Jihočeském kraji. (vedoucí práce MUDr. Vladimír Pavelka, oponent doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.)

Mapování a kategorizace proudů pacientů se zvláštním zřetelem k ZZ: Praktický lékař pro dospělé a Ambulantní odborník / specialista v Jihočeském kraji. (vedoucí práce MUDr. Vladimír Pavelka, oponent doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.)

Mapování a kategorizace proudů pacientů se zvláštním zřetelem k dětskému a dorostovému lékařství v Jihočeském kraji (vedoucí práce MUDr. Zdeněk Hejduk, oponent doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.)

Vývoj a rozšíření metod sloužících k hodnocení kvality a účinnosti strategií a opatření v oblasti podpory zdraví v regionu, se zvláštním zaměřením na kvalitu života podmíněnou zdravím. (vedoucí práce Mgr. Hana Kalová, oponent MUDr. Zdeněk Hejduk)

Vývoj a rozšíření metod sloužících k hodnocení kvality a účinnosti strategií a opatření v oblasti podpory zdraví v regionu, se zvláštním zaměřením na nutraceutický význam typických regionálních produktů. (vedoucí práce Mgr. Hana Kalová, oponent doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.)

Vývoj a rozšíření metod sloužících k hodnocení kvality a účinnosti strategií a opatření v oblasti podpory zdraví v regionu, se zvláštním zaměřením na účinnost a stálost edukačních intervencí u cílových osob. (vedoucí práce MUDr. Zdeněk Velikovský, oponent Mgr. Hana Kalová)

Vývoj a rozšíření metod sloužících k hodnocení kvality a účinnosti strategií a opatření v oblasti podpory zdraví v regionu, se zvláštním zaměřením na některé metabolické a celulární ukazatele u člověka. (vedoucí práce doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D., oponent Mgr. Hana Kalová)

Realizační tým Projektu Helathregio

Odborné zajištění: MUDr. Zdeněk Hejduk, Mgr. Hana Kalová, MUDr. Vladimír Pavelka, doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D. – hlavní řešitel

Administrace:

Nemocnice České Budějovice, a. s.: Ing. Jiřina Bursová, Jana Cikhartová, Věra Červová, Ing. Jiřina Klimešová

Jihočeský kraj: JUDr. Věra Čížková, Ing. Monika Roidlová, Mgr. Jaroslav Šíma.

Public Relations: PhDr. Marie Šotolová

STANE SE

- Dne 17. května přesně v pravé poledne předali Jiří Černý a Diana Šmajclová generálnímu řediteli MUDr. Břetislavu Shonovi téměř dvoustředstránkový rukopis knihy o dějinách naší nemocnice od středověku do vzniku akciové společnosti. Cesta k vydání bude ovšem ještě dlouhá. Knížku čekají korektury, oponentury, grafické řešení.

POČÁTKY ZDRAVOTNÍ PÉČE MĚSTA ČESKÉ BUDĚJOVICE

První záznamy, ze kterých se dozvídáme o způsobu zajištění zdravotní nebo sociální péče ve městě České Budějovice, se objevují v materiálech ze 14. století. V té době se tato péče týkala jen velmi malé části obyvatel. Převážně byli nemocní a chudí občané odkázáni na veřejnou dobročinnost nebo na pomoc klášterů, církevních kongregací a řádů. Zmínky o dobročinnosti bohatých občanů města nacházíme jen zřídka.

První odstavec první kapitoly první knihy o dějinách českobudějovické nemocnice.

- Ve velkém nákladu 35 000 kusů vyjde na podzim barevný orientační plán obou areálů. Pacienti se na přeloženém formátu A5 dozvědí, kde je jaký pavilon. Tisk úmyslně nebude na křídovém, ale na obyčejném papíru, aby zdravotnický personál mohl snadno do plánu vpisovat tužkou. Na druhé straně letáku budou nejdůležitější telefonní čísla oddělení a krátké informace o pravidlech pobytu v nemocnici, možnosti nákupu, telefonování atp.

doc. PhDr. Valérie Rothová, Ph.D.: Fyzioterapie jako nový obor ZSF JU

Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity otevře od nového školního roku 2006 / 2007 nový studijní obor. Protože se nepochybně bude část studentů ucházet v naší nemocnici o praxi nebo později o zaměstnání, přinášíme o novince více informací.

Bakalářské studium Specializace ve zdravotnictví v oboru Fyzioterapie je tříleté a po jeho absolvování získají absolventi prezenčního studia se souhlasem MZ ČR oprávnění vykonávat zdravotnické povolání. Hlavním důvodem přípravy tohoto druhu kvalifikačního studia v oboru Fyzioterapie byla snaha o vybudování srovnatelného vzdělávacího programu se zeměmi Evropské unie.

Cílem je připravit vysokoškolsky vzdělaného profesionála, který bude schopen a oprávněn poskytovat fyzioterapii i funkční diagnostiku v rehabilitačních lůžkových i ambulantních zařízeních, lázeňských léčebnách a ústavech sociální péče. Na základě získaných vědomostí a dovedností bude schopen pracovat v rámci rehabilitačního i multidisciplinárního týmu s cílem vrátit člověka postiženého na zdraví následkem nemoci, úrazu či vrozené vady do aktivního společenského života.

Absolventi budou mít široké teoretické znalosti a dovednosti z technických, bio-medicínských, společenskovedních a ostatních souvisejících vědních oborů, které jim umožní rychlou profesní adaptaci na změněné podmínky a požadavky praxe. Kompatibilita studijního

programu s obdobnými studijními programy na univerzitách ve státech EU, ověřená v rámci spolupráce evropských univerzit v projektu Sokrates/Erasmus, usnadní absolventům tohoto studijního programu volný pohyb a uplatnění i na evropském trhu práce.

Přijímací řízení proběhne na konci srpna. Do 1. ročníku předpokládáme přijmout celkem 30 uchazečů. Přijímací řízení je dvoukolové a sestává z talentové a písemné zkoušky.

Během talentové zkoušky musí zájemce prokázat požadovanou úroveň výkonů v plavání a atletice. Písemná zkouška spočívá v testech z biologie člověka v rozsahu učební látky gymnázia a ze všeobecné informovanosti včetně zdravotnické problematiky.

KDO JE KDO



Muž s motýlkem

Vysokého pána v tmavém obleku s nezbytným tmavě červeným motýlkem lze potkat při každé významné nemocniční události. Častým hostem je nejen kvůli své funkci náměstka hejtmana Jihočeského kraje pro oblast zdravotnictví a sociálních věcí, ale také proto, že je předsedou Dozorčí rady Nemocnice České Budějovice, a. s. V neposlední řadě je pro lékaře MUDr. Vladimíra Pavelku zdejší prostředí tak trochu srdeční záležitostí.

„Vždyť jsem se lékařskému povolání věnoval řadu let.

V sedmdesátých letech jsem absolvoval medicínu v Plzni a nastoupil do Psychiatrické léčebny v Dobřanech. Pak jsem zakotvil ve Strakonících. Vystřídal jsem posty rentgenologa, internisty, obvodního doktora i posudkáře. A také jsem se zajímal o akupunkturu, fyzioterapii a revmatologii. Všechno se změnilo po listopadu 1989. Jednak jsem vstoupil do KDU - ČSL a tím i do politiky, jednak jsem začal s manažerskými funkcemi. Nejdříve jí bylo ředitelování strakonického OÚNZu, krátce poté strakonické pobočky Všeobecné zdravotní pojišťovny a v roce 2000 mě volby nasměrovaly na Krajský úřad.

Ovšem pane náměstku, nejen práci živ je člověk, co rodina, žena, děti, pes, kočka, rybičky?

Žena jest – alergoložka. Dcera se odrodila a studuje podnikání ve službách. Miláčky jsou trpasličí pudlice Besinka a kocour Kubíček.

Naši čtenáři už vědí, proč vás tak často potkávají v nemocnici. Ledaskdo ale nemá přehled, čím je funkce náměstka hejtmana pro zdravotnictví a sociální věci přesně vymezena například vůči vedoucímu Odboru zdravotnictví a sociálních věcí Krajského úřadu.

Je třeba vysvětlit, že volená samospráva kraje vykonává povinnosti vlastníka nebo zřizovatele zdravotnických zařízení, tedy například vůči českobudějovické nemocnici. Odborné podklady dodávají právě Odbor zdravotnictví a sociálních věcí Krajského úřadu a ředitel holdingu Jihočeské nemocnice, a. s. Rada Jihočeského kraje v součinnosti s krajským zastupitelstvem pak vykonává funkci jediného akcionáře Nemocnice České Budějovice, a. s. Tu zastupuji já, v pozici předsedy Dozorčí rady. V podstatě registruji dění, přímé řídicí pravomoci vůči nemocnici nemám.

Vy nemáte zdaleka na starosti jen naši nemocnici, ale do vašeho resortu spadají sociální záležitosti, domovy důchodců, léčebny, preventivní programy a mnoho dalšího. Co Vás nejvíc baví?

Zdravotnictví a sociální péče mě láká jako komplex. Považuji za chybu, že na celostátní úrovni tyto oblasti nefungují jako celek, ale na úrovni různých ministerstev a

odborů.

Je důležité, aby byli v řídicích funkcích zdravotnických zařízení, ale i v odpovídajících politických institucích lékaři? Dnes se často volá po ekonomech a právnících.

Už Betty Mc Donald říkala, že každý může dělat cokoliv.... Já jsem ale za svou pestrou lékařskou praxi vděčný, protože mi umožňuje lepší vhled právě i do sociálních problémů. K tomu jsem přišel jako posudkový lékař. Lékaři podle mého mínění nemají nějaké méněcenné vzdělání pro manažerské posty. Většinou disponují velkou lidskou zkušeností. Určitě se snáze doučí právo a ekonomii nežli naopak. Tím ale nechci říci, že je třeba odmítat různá manažerská školení, sám jsem jimi často procházel jako ředitel VZP ve Strakonících.

Jaké vyvstanou z vašeho pohledu během několika příštích let v jihočeském zdravotnictví nejožehavější problémy?

Je to personální situace v tzv. malých oborech. V Českých Budějovicích může nastat nedostatek očníků, už teď se v ostatních okresech nedostávají ORL. Budou přibývat problémy se stomatology. Samostatnou kapitolou jsou lékaři rychlé záchranné služby, protože pětiletý akreditační proces nikoho nemotivuje.

Základ potíží nastoluje vysoké školství, kde jsou studenti vychováni pro odchod do zahraničí. Když už zůstanou v České republice, pak je zájem o mimopražské lokality menší a u oněch zmiňovaných „malých“ oborů je situace ještě komplikovanější atestačním procesem. V současné době, kdy zanikají lůžková oddělení v okresech, výrazně pro mladé lékaře ubývá možností příslušnou atestaci získat. Koneckonců v celých jižních Čechách má plný profil oborů dnes už pouze českobudějovická nemocnice.

Zdravotnictví se bude muset také vyrovnat se změnami postavení sester. Je třeba počítat se zájmem sester o vysokoškolské vzdělání. A také s příchodem sester ze Slovenska a východní Evropy. Osobně mi to nevadí, jsou mechanismy jak ověřit jejich kvalifikaci.

Za svůj osobní cíl považuji lobbying za investice. V posledních patnácti letech výrazně zaostáváme za Prahou, protože tam tečou státní peníze do fakultních nemocnic takovou měrou, které se ani zdaleka nemůže kraj blížít. Podařila se sice rekonstrukce českobudějovického chirurgického oddělení, interny za 80 milionů ze státního rozpočtu, laboratoří, Jihočeský kraj dal peníze na nemocniční kuchyně v Českém Krumlově, Písku a Táboře, ale...

Když jednáme o krajském rozpočtu, tak na kapitolu zdravotnictví a sociální péče jsme schopni při nejlepší vůli, věnovat ročně cca 100 milionů korun. Aby se zdejší zdravotnictví dostalo na velmi dobrou úroveň, potřebovali bychom 2 miliardy! V Jihočeském kraji se dělá špičková medicína, ovšem díky nezměrnému úsilí zdravotníků včetně soukromých praxí. Dlužno podotknout, že českobudějovická nemocnice dnes investuje do svého rozvoje především z vlastních zdrojů, což je skvělé. Ostatní na tom tak dobře nejsou.

Chtěl byste být ministrem zdravotnictví?

Ne, že bych neměl představu, co všechno je špatně, ale ne. To je úkol pro Sisyfa. Kdo se stane ministrem, vezme na sebe těžký kříž a bude muset čelit všem. Od roku 1992, kdy vznikla Všeobecná zdravotní pojišťovna, se další vývoj zastavil. Mimo privatizace se neudálo nic. Kromě kroků směrem k návratu do rozpočtového hospodaření.

Upřímně řečeno, mám za sebou polovinu volebního období a přemýšlím o tom, že bych rád usiloval o další zvolení ve funkci radního. Chtěl bych mít možnost podílu na rozvoji jihočeského zdravotnictví.

Mojí nejosobnější ambicí pak je prostě – přežít. Takže jsem před pěti lety přestal kouřit.

Dovedete si představit po patnácti letech „úředničiny“, že byste se vrátil k medicíně?

Já jsem kvůli možnému střetu zájmu lékaře a ředitele VZP skončil s revmatologií před dvanácti lety. Ale dodnes funguji jako revmatologický asistent své manželky. Pořád, doufám, mluvím doktorským jazykem.

Co vy a koníčky?

Na ty mi času moc nezbyvá. Sem tam se věnuji zahrádce. Kytara, klavír, to už je hudba hodně daleké minulosti. Alespoň si čas od času dopřeji nějaký koncert nebo cédéčko. Vede sice klasika, ale nezříkám se ani rocku, muziky, kterou by moji vrstevníci (1948) asi nestrávili.

Protože jste do voleb vstoupil jako kandidát KDU - ČSL, soudím, že jste věřící člověk.

Ano, mám několik oblíbených kostelů. A také s chutí užívám biblické citáty: „Cokoli jste učinili tomu nejmenšímu, mně jste učinili.“ To nás zavazuje.

Šot

LETEM SVĚTEM

MUDr. Luděk Štěrba: Pražský seminář o embolizaci děložních myomů /UFE/

V polovině března 2006 jsem se zúčastnil semináře o embolizaci děložních myomů, na který navazoval workshop s praktickou ukázkou dvou případů. Seminář pořádala Gynekologicko-porodnická klinika VFN a radiologické odd. Ústřední vojenské nemocnice Praha. Hostem byl dr. Thomas Kroencke z nemocnice Charite v Berlíně.

Ve světě se již zcela běžně užívá embolizace uterinních myomů /UFE/. Jde o katetrizační metodu pod RTG, díky které se dosahuje 95% regrese děložních myomů. Děložní myomy jsou v Evropě příčinou 20 000 hysterektomií ročně. UFE je jednou z metod, která umožňuje hlavně ženám ve fertilním věku zbavit se potíží jako jsou: hypermenorhea, polymenorhea, dysmenorhea, dyspareunie, polakisurie, infertilita a případně otěhotnět.

Děložní myomy se diagnostikují především ultrazvukem. Před UFE je potřeba nukleární magnetické rezonance (MRI) k lokalizaci myomu a k jeho sledování po případném výkonu. Ten trvá v průměru 1 hodinu. Provádí se embolizace obou a. uterina z tříselné tepny koaxiálním způsobem. Jako embolizační materiál slouží dnes nejčastěji částice Embosphere nebo PVA částice. Cena výkonu je v našich podmínkách 30 - 40 000 Kč. Operační výkon stojí cca 15 000 Kč. U UFE je třeba vzít v úvahu kratší hospitalizaci a časnější návrat do práce. Ve světě jsou cenové relace ve prospěch UFE příznivější: 3000 - 5000 dolarů. Indikace k výkonu provádí gynekolog ve spolupráci s radiologem, následně je pacientka plně v další péči gynekologa. Radiolog provádí jen následné MRI kontroly dvakrát do 1,5 roku.

Myslím si, že tato metoda by se měla v naší nemocnici uplatnit jako jedna z alternativ léčby myomů dělohy a doplnit tak portfolio operačních metod prováděných na ženském oddělení.

MUDr. Jiří Fiedler: Skandinávský trojboj

V dubnu 2005 jsem strávil dva týdny na neurochirurgické klinice v Helsinkách u prof. Hernesniemiho, který má největší osobní soubor operovaných mozkových aneurysmat na světě. Vloni jich operoval přes 350, celkem nyní přes tři tisíce. Kromě cévních věcí se věnuje hlavně nezhoubným, obtížně přístupným tumorům mozku. Jeho zkušenost je unikátní již proto, že je přímým žákem zakladatelů oboru prof. Drakea a prof. Yasargila. Během svého pobytu jsem mohl přímo asistovat u mikroskopu, pomáhal jsem s hodnocením tamního souboru aneurysmat za rok 2004. Veškerá cévní diagnostika se v Helsinkách provádí na 12vrstevném CT. Tyto CT angiografie jsou vysoce kvalitní, jsou zde např. viditelné jednotlivé

perforatory větví střední mozkové tepny. Bohužel kvalita naší CT angiografie stále nedosahuje ani kvalit klasické angiografie, která je proto pro nás zlatým standardem.

Prof. Hernesniemi velmi ochotně a vstřícně předává zkušenosti. Tempo jeho práce je strhující. Používá velmi promyšlené, minimálně invazivní přístupy, technické inovace. Od loňského roku provádí na helsinské klinice také laserem asistované neoklusivní vysokoprůtokové cévní anastomosis (ELANA).



Na konci května 2005 a začátkem června letošního roku jsem se zúčastnil kadaverosních workshopů zaměřených na chirurgickou mikroanatomii pro operaci aneurysmat a komplikovaných tumorů base lební. Akce se konaly ve Stockholmu, na Karolinska University (www.karolinska.se) Univerzitní nemocnice Karolinske kliniky má dlouhou tradici. Roku 2002 byla první nemocnicí na světě, která dostala certifikaci ISO. V roce 1958 zde byl například implantován první kardiostimulátor na světě.

Všem lékařům zabývajícím se neurovědami a léčbou onemocnění centrální nervové soustavy je známa jako místo, kde byl vymyšlen gama nůž. Dva z neurovědců, kteří dostali Nobelovu cenu, prováděli svůj výzkum právě na Karolinske.

Karolinska je vedoucím centrem výzkumu kmenových buňek v neurovědách. Například nynější iniciátor druhé velké studie pro léčbu parkinsonismu kmenovými buňkami v USA na Weill Cornell, dr. Stieg měl dvouletý trénink na Karolinske. Součástí workshopu v roce 2006 bylo sympozium k užití kmenových buněk v neurovědách. Kromě léčby roztroušené sklerózy a míšního poranění byla velmi zajímavé aplikace blokátorů vápníkových kanálů v urychlení regenerace periferních nervů.



Kromě lektorů z Karolinske prof. Svenssona a dr. Kihlstroma zde jako hlavní lektori působili již zmiňovaný prof. Juha Hernesniemi (Helsinky) a prof. Ali Krist (Arkansas, USA). O prof. Krishtovi se dočtete v referátu dr. Přibáně z Little Rocku v Nemocničním zpravodaji 1/2006. Připomínám, že vloni v odborném tisku prezentoval soubor 40 komplexních, jinak neřešitelných aneurysmat distální bazilární tepny, kde selhalo coilování (radiointervenční léčba). Řešil je přístupem přes kavernosní splav s minimální, tedy dvouprocentní morbiditou, což představuje jednoho pacienta. Troufám si říci, že taková aneurysmata v Čechách není schopen nikdo vyřešit.

V roce 2005 byla akce zaměřena hlavně na přístupy přes kavernosní splav s následným snesením předního a zadního klinoidu. Tento rok jsme se kromě procvičení praktické znalosti přístupů z minula zaměřili na problematiku přístupů v occipitocervikálním přechodu. Důkladně jsme si procvičili různé způsoby přístupu k přední části prodloužené míchy, spojení vertebrálních tepen do bazilární tepny či odstupu posterior inferior cerebellar artery. K této oblasti máme k dispozici far - lateral přístup a různé modalities suboccipitálních přístupů: paramediální retrosigmoideální s odbroušením sinus sigmoideus, paramediální transkondylární s nebo bez transposice vertebrální tepny a samozřejmě presigmoideální transpetrosní přístup. Klíčová je při operování v této oblasti důkladná znalost anatomie prvních dvou krčních obratlů, trigonum suboccipitale a průběhu vertebrální tepny, znalost tzv suboccipitálního kavernosního. Veškerá znalost přístupů přes basi lební směřuje k minimalizaci manipulace s nervovými strukturami.

Oba tyto workshopy byly koncipovány tak, že participant měl vlastní fixovanou hlavu s rudým nástřikem tepen a modrým nástřikem žil. Mikroskop, vysokoobrátkovou frézu a

mikronástroje. Profesoři předvedli přístup, poradili triky a poté jsme to samé pod vedením provedli my. Při jednom přístupu jsme na mém kadaveru zaznamenali vzácnou anatomickou varietu- úplnou pneumatisaci processus clinoideus anterior. Tuto varietu zrovna při poslední operaci aneurysmatu basilární tepny řešil prof. Crisht.

Závěrem bych rád zdůraznil, že nelze kvalitně operovat komplikované mozkové patologie bez důkladné znalosti „nové anatomie“. Tyto workshopy mohou dát návod, jak novou anatomii studovat, nicméně bez možnosti častého tréninku ve vlastní laboratoři lební base nelze dosáhnout výsledků, které by konkurovaly například zavedenému, nicméně stále více diskutovanému gama noži.

<http://www.neurosurgery.se/>

MUDr. Pavel Kálal, MUDr. Pavel Kopačka: Hyperbarická medicína a oxygenoterapie



Celostátní seminář „Hyperbarická medicína a oxygenoterapie“ uspořádala v polovině března Česká společnost hyperbarické medicíny ČLS JEP.

Hyperbarická medicína a oxygenoterapie je nově zařazeným atestačním oborem, který se dotkne nejen zdravotníků, ale týká se i potápěčů! Šlo proto o setkání, kde se probírala náplň tohoto oboru, jak je uvedena ve své koncepci a v nově budovaném systému postgraduálního

vzdělávání na úrovni Institutu pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví (zákon č. 95/2004 Sb.) z různých aspektů.

Podle našeho mínění, ač sami na našem oddělení provozujeme hyperbarickou komoru, je vznik hyperbaroxie jako nového atestačního oboru poněkud nesystémový krok, který věrně odráží chaos, daný existencí více než osmdesáti atestačních oborů v ČR. Celé setkání a témata zde diskutovaná pak měla posloužit i aktuálnímu úkolu akreditační komise, a to provést zodpovědný výběr těch pracovišť, která budou vyhovovat po všech stránkách, tj. především pro efektivní a bezpečnou léčbu indikovaných nemocných a pro zajištění bezpečnosti práce zdravotníků s náležitým plněním předepsaných pokynů, s dodržováním provozních řádů, s vedením předepsané dokumentace apod.

Po slavnostním zahájení následovala sdělení zabývající se speciální tematikou, která měla za cíl seznámit lékařskou veřejnost s novou érou hyperbarické medicíny a s její klinickou aplikací tak, aby stávající i budoucí pracoviště byla plně využívána v indikovaných případech.

Po prezentaci biofyzikálních principů aplikace medicínálního kyslíku v přetlaku se pozornost zaměřila hlavně ke klinickému využití této léčebné metody při respektování medicíny stavěné na důkazech. Účastníci semináře se seznámili s novým revidovaným indikačním spektrem dle Lillského konsenzu z roku 2004.

Dále se diskutoval nově zpracovaný a schválený režim ve financování této péče ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami.

Rovněž se probíraly zásady práce s tlakovou nádobou, tj. otázky bezpečnosti a ochrany zdraví při práci v přetlaku a u tlakové nádoby. Zmíněna byla možná rizika a způsob jejich prevence. Pozornost proto seminář věnoval povinnému standardnímu přístrojovému a personálnímu vybavení.

Diskuse se dotkla také vytvoření rovnoměrné sítě léčebných barokomor a jejich

začlenění do Integrovaného záchranného systému.

Poslední blok přednášek se pak věnoval postavení sportovního a profesionálního potápění v České republice, byl dán základní přehled o potápěčské medicíně a probrány kazuistiky nejčastějších nehod při potápění.

Hyperbarická medicína „léčitelství vysokých tlaků“ je multidisciplinárním oborem, studujícím účinky tlaku a jeho změn v plynném a vodním prostředí na organismus člověka. Prostředí se zvýšeným tlakem ovlivňuje člověka obvykle buď při jeho pobytu pod vodní hladinou nebo jako pacienta v uměle vytvořeném přetlaku v hyperbarických komorách, což bývá spojeno s inhalací kyslíku. Mluvíme proto o hyperbarické oxygenoterapii - hyperbaroxii. Je-li organismus člověka vystaven ventilaci čistého kyslíku za přetlaku i několika atmosfér, vede to nejen k úplnému dosycení hemoglobinu kyslíkem, ale především k významnému vzestupu kyslíku fyzikálně rozpuštěného v krvi. Vysoká nabídka kyslíku tkáním je prospěšná u celé řady chorob a patologických stavů. Mezi nejdůležitější indikace pro léčbu hyperbaroxií patří dekompresní nemoc, vzduchová embolie, otrava oxidem uhelnatým a kouřovými plyny, anaerobní infekty, akutní traumatické ischemie - crush a kompartment sy, replantace končetin, problematika diabetické nohy, ischemická choroba dolních končetin s tvorbou trofických defektů, bérkové defekty žilní a smíšené etiologie a celá řada dalších stavů. Naše oddělení má ve využití hyperbarické oxygenoterapie několik desetiletí dlouhou tradici a jen za poslední rok jsme provedli okolo 700 léčebných sezení.

MUDr. Martin Kloub: Videosymposium – Traumatologie pánve a páteře, Hannover

Ve dnech 19.- 22. 3. jsem se zúčastnil Videosympozia, které již potřetí pořádala Medizinische Hochschule Hannover. Toto unikátní sympozium tvoří videoprezentace – sestříhané záznamy operací, komentované konkrétními operátory. Letos byly hlavními tématy traumatologie pánve a páteře. Vynikající byla opět fakulta – pro pánev s přednáškami mezi jinými Pohlemanna, Gänsslena, Oranského, Regazzoniho. Z traumatologů zabývajících se úrazy páteře pak přednášeli například Harms, Weisse a Aebi.

První den byl věnován páteři, dopoledne rozdělen na traumatologii jednotlivých oblastí – krční, hrudní, bederní páteře, odpoledne pak augmentace a degenerativní postižení. V oblasti krční páteře byly nejvíce diskutovány c1-2 fúze versus halo-fixatér, techniky stabilizace zlomenin dentu. U zlomenin hrudní a bederní páteře byl patrný velmi agresivní přístup k traumatům, často až diskutabilní stabilizace několika druhy fixací, často ve spojení s náhradou těl obratlů.

Druhý den patřil páňvi. V rámci urgentního ošetření zlomenin pánevního kruhu byla prezentována nová generace pánevní svorky, technika její aplikace. V případě urgentní tamponády pánve byla zdůrazněna nutnost správného umístění roušek para a retrovesikálně. Pro stabilizaci ventrální části pánevního kruhu jsou stále metodou volby dlahy na symfýzu, snahou je zachování úponu m.rectus abdominis. Zevní fixatér je rovněž variantou stabilizace, nutná doba trvání fixace je udávána mezi 4-6 týdny.

Pro stabilizaci dorsální segmentu pánevního kruhu je stále nejčastěji používanou metodou transiliosakrální stabilizace, kde je již rutinně používanou metodou realtime navigace, většinou ve spojení s 3D-C ramenem. Ostatně navigované šrouby je možno použít pro stabilizaci dalších zlomenin pánve, výhodou je miniinvazivita a bezpečnost jejich zavádění. Výhodou sakrálních tyčí je zejména relativní snadnost jejich zavedení, zejména při použití speciálně vyvinutého instrumentaria.

Pozornost se zaměřila také na zlomeniny sakra – jednoduchým i těžkým „jumpers fracture“ – prezentovány byly techniky lokální dorsální dlahové osteosyntézy, spinopelvicke stabilizace pomocí polyaxiálních šroubů a perkutánní úhlově stabilní OS sakra.

Dokonalé byly videoprezentace týkající se zlomenin acetabula. První část shrnula relevantní cévní anatomii oblasti kyčelního kloubu a používané přístupy, v druhé části pak osteosyntesy jednotlivých typů zlomenin acetabula ze všech možných přístupů. V této části byla zajímavá zejména preciznost ošetření i velmi komplikovaných zlomenin s důrazem na repozici všech hlavních fragmentů zlomeniny.

Blok zakončily prezentace na téma chybně zhojených zlomenin, ošetření zlomenin v osteoporotickém terénu.

Množství informací, které lze během dvou dnů účasti na videosymposiu získat, je ve srovnání s jinými typy kongresů nesrovnatelné, zejména pro lékaře chirurgických oborů.

Získané poznatky uplatníme nejen v naší praxi, ale využili jsme je i při pořádání 1. Traumavideosymposia, konaného 26. - 27.4.2006 v Českých Budějovicích.

MUDr. Pavel Pavlíček a MUDr. Bohdana Štefflová: V pražském Ambassadoru se řešily smyslové poruchy

Břežnové mezinárodní sympozium se zaměřením na smyslové poruchy bylo rozděleno do několika vědeckých sekcí.

Program zahájila přednáška anatomie vestibulárního systému profesora Druga z Prahy. Pak účastníci kongresu přivítali legendu světové otologie, profesora J.W. House – presidenta House Ear Institutu v Los Angeles. Tato klinika je nejen výukovým ale i významným výzkumným centrem. Lékaři a technici institutu se podíleli na rozvoji tympanoplastik, operací otosklerozy, operací neurinomů akustiku. (Operací neurinomu je ročně více jak 300! V celém Česku jen 10.) Významným přínosem je i řešení hluchoty pomocí kochleárního implantátu při prosazení do klinické praxe.

4 přednášky profesora J. W. House byly nádherně dokumentovány a počátky moderní otologie přiblížil na historických filmových záběrech.

Sdělení primáře Navary se zabývalo problematikou serozních otitid u rozštěpů patra, otoneurolog Holý se prezentoval neobvyklými audiometrickými nálezy u neurinomů akustiku a připomenul nezastupitelnost magnetické rezonance v diagnostice nádorů koutu mostomozečkového.

Docent Kabelka referoval o kochleárních implantacích v Česku. Profesor Jeřábek hovořil o léčebných postupech při vestibulárních lézích se zaměřením na down beat nystagmus, vestibulární paroxysmie a uvedl korelaci instrumentálních testů s přetrváváním projevů dynamické vestibulární patologie v posudkové činnosti.

Profesor Strupp z Mnichova uvedl nové metody vyšetřování vestibulárního aparátu a okulomotorického systému při vestibulopatiích. Jednotlivé testy předváděl nejen na videu, ale instruktivně i na posluchačích. Zdůraznil nutnost rychlého nástupu rehabilitace, nejpozději do tří dnů od vzniku vestibulární poruchy.

Etiologií tinnitu se zabývali němečtí profesori Clausen a Hesle. Referovali o užití laseru a magnetického pole v léčbě tinnitu. Zatím experimentální morfologické a funkční zobrazení u tinnitu magnetickou rezonancí přednesli autoři z Plzně.

Screeningem hluchoty u dětí se zabýval profesor Aust z Berlina. Konstatoval že na rozdíl od USA a řady dalších zemí se zatím plošný screening neprovádí ani v bohatém Německu.

Profesor J.W. House (USA) a profesor Winfuhr z Německa (město Duisburg) referovali o chirurgické léčbě vertiga. Pokud nelze operovat, je alternativou aplikace gentamycinu do vnitřního ucha.

Kazuistiky autorů z Polska a Slovenska se zabývaly různými oblastmi otoneurologie.

Sekce syndromu spánkové apnoe řešila celou problematiku od prostého chrápání až po těžké stavy apnoe, které mohou končit infarktem nebo mrtvicí. Pro diagnostiku a následnou

léčbu operační nebo pomocí přetlaku CPAPem je nutné vyšetření ve spánkové laboratoři. doc. Vokurka doporučil zřízení centra spánkové medicíny a SAS (sleep apnoe syndromu), kde spolupracuje ušní, nosní a krční lékař, plicní specialista, neurolog, kardiolog, psychiatr a psycholog.

MUDr. Libor Filip: Moderní trendy v ortopedii a traumatologii

Na konci března jsem se zúčastnil mezinárodního kongresu pořádaného znojemským ortopedickým oddělením. Účast přijalo velké množství zahraničních ortopedů, převážně z Rakouska, ale i z SRN a Francie.

První den byl věnován zajímavé a prudce se rozvíjející technologii počítačem navigované ortopedické chirurgie, především při implantacích endoprotéz kyčle a kolena, ale i rekonstrukci zkřížených vazů a traumatologii. Druhou velkou skupinou přednášek byla problematika miniinvasivních postupů. Právě při implantaci miniinvasivními postupy má počítačem navigovaná ortopedie velkou perspektivu. Traumatologická část kongresu se prolínala s ortopedickou operativou (transplantace menisků, chrupavek, stabilizace ramenního kloubu arthroskopickou technikou).

Do kongresového programu naše ortopedické oddělení (MUDr. Filip, MUDr. Musil, MUDr. Sadvovský, doc. MUDr. Stehlík, CSc.) přispělo dobře přijatou přednáškou „Arthroskopické operace „Haglundovy exostozy“.

MUDr. Petr Sák, Ph.D.: Onkogynekologie - poznámky k managementu oboru

Prvním projednávaným bodem na zasedání Onkogynekologické sekce České gynekologicko-porodnické společnosti Jana Evangelisty Purkyně v Praze 3. dubna byla koncepce výuky v onkogynekologii. Evropa doporučuje koncepci pětiletého vzdělání a následného tříletého tréninku zakončeného atestací. V ČR bude dle zákona nutné dokončit trénink do celkových šesti let, což znamená, že patrně tento model nebude v EU uznáván.

Poté prezentovalo třináct center počty a rozsah onkogynekologických výkonů. V podmínkách auditu byl nutný počet 100 nově nahlášených zhoubných novotvarů. Naše oddělení prezentovalo 118 zhoubných novotvarů, 97 žen bylo operováno a u 53 byla provedena lymfadenectomie. Tato čísla nás zařadila do prostřední, největší skupiny center. Pět center vykazovalo významně vyšší počty a tři klesla pod stovku. Bude-li tento trend pokračovat v příštím roce, budou ze sítě vyřazena. Nechceme-li se dostat do podobné pozice, je zapotřebí udržet a rozšířit současnou centralizaci onkogynekologických pacientek. Je velmi pravděpodobné, že pojišťovny nebudou chtít uzavřít smlouvy na určité kódy radikálních operací jiným nemocnicím, než těm s akreditovanými centry. Takový stav už nastává na Moravě.

Obdobné je to v perinatologii, kde kód intenzivní porodnické péče lze vykazovat pouze v akreditovaných centrech.

Obecně však bylo konstatováno, že centralizace oproti perinatologii a oproti okolním státům je nižší, což je na úkor zdravotní péče poskytované pacientkám a ve svém důsledku to vede k vyšším nákladům. Například radikálně adekvátně odoperovaná pacientka již nepotřebuje chemoradioterapii, zatímco při neadekvátní operaci je jí třeba poskytnout.

Posledním bodem bylo projednání tzv. Unit center, která by splňovala status pracoviště, které smí provádět onkogynekologii pod supervizí některého z center.

Požadavkem bylo každoročně 50 nově zachycených ZN a 30 odoperovaných.

MUDr. Luděk Štěrba: Intervenční radiologové zámeckými pány na Mikulově

Na konci května 2006 jsme se spolu s dr. Kubálem a dr. Sovou zúčastnili na zámku v Mikulově XI. pracovního symposia Českého sdružení intervenčních radiologů /CSIR/ při Radiologické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.

Dopoledne prvního jednacího dne se věnovalo radiofrekvenčním ablačním metodám. Jde o metodu zavádění radioablačních jehel do patologických ložisek. Tam dojde působením proudu /420kHz/ k ohřátí sondy a tím k tepelnému odstranění patologického ložiska. Vzhledem k tomu, že přístroj používají radiologové a navigaci provádějí pod ultrazvukem menší pomocí počítačové tomografie, je jeho využití mnohostranné. Byly zmiňovány kazuistiky při postižení jater, ledvin, plic, kostí i mozku.

Odpolední blok patřil legislativě, atestacím a akreditacím. Šlo o velmi aktuální téma, protože hlavně atestace jsou vinou Institutu pro doškolování lékařů ILF pro kolegy bez atestace noční můrou. Tentýž den jednaly také pracovní skupiny radiologických asistentů a sester při Českém sdružení intervenčních radiologů.

V sobotu byla na programu varia a komplikace při intervenčních výkonech. Zajímavá byla přednáška o nežádoucích účincích aplikace kontrastní látky. Pokud se naplní první pozorování o vlivu k.l. na funkci ledvin a dojde se k jasným závěrům navrhované studie s použitím N-acetylcysteinu před aplikací k.l., pak nás možná čeká revoluce při aplikaci k.l., a to nejen při vlastním podávání, ale i při výběru k.l./ionická x neionická k.l./ To by mělo záporný dopad i na ekonomiku oddělení.

MUDr. Magda Balejová: 16. Evropský kongres klinické mikrobiologie a infekčního lékařství v Nice 1. – 4. 4. 2006

Letošní ročník měl rekordní účast, asi sedm tisíc odborníků nejen z Evropy, ale i z různých amerických a asijských zemí.

Přednášky se konaly vždy v deseti sálech současně ve formě sympózií, seminářů i interaktivních seminářů. Součástí prezentací bylo asi 1500 posterů.

Zajímala jsem se především o infekce po implantaci cizorodých materiálů (kloubních, chlopenních náhrad) z hlediska jejich diagnostiky a terapie. Přednášející zdůrazňovali význam molekulárně biologických metod, které jsou součástí rutinní diagnostiky i součástí diagnostiky septických stavů, endokarditid a diagnostiky obtížně kultivovatelných agens.

Sympóziium o léčbě komunitních pneumonií opět ukázalo na rozdílný přístup k této problematice v různých zemích, daný charakterem a stupněm lokální rezistence k antimikrobním látkám. Díky uvážlivé antibiotické politice u nás se stále řadíme k zemím s poměrně nízkým stupněm rezistence respiračních patogenů.

Sympóziium „Rok v infekčních chorobách“ podalo stručný přehled o posledním vývoji v této oblasti včetně ptačí chřipky, infekcí vyvolaných lidským metapneumovirem (objeveným v roce 2001) a infekcí vyvolaných methicilin rezistentním zlatým stafylokokem. Zajímavý byl například také interaktivní seminář o infekční endokarditidě s několika kazuistikami a příspěvek o terapii infekcí „diabetické nohy“.

MUDr. Petr Toufar: 7. Evropský traumatologický kongres ve slovinské Lublani.

Květnový kongres, kterého jsme se zúčastnili s prim. MUDr. Pavlem Kopačkou a MUDr. Martinem Kloubem, se věnoval hlavně polytraumatu, traumatu u geriatrických pacientů, patologickým zlomeninám, poranění pánve, úrazům dutiny břišní a cost-benefitu v traumatologii.

Polytrauma

Přednáška prof. Vecseie z Vídně přinesla nejnovější informace o managementu polytraumat. V současné době se doporučuje při příjezdu pacienta ihned provedení celotělového CT vyšetření pomocí multislice přístroje, které ihned přinese aktuální informace o poranění dutinovým, nitrolebním i skeletu končetin včetně poranění obratlů. Připomínka byla k indikaci k urgentní laparotomii pro hemoperitoneum, kdy byl primárně doporučován konzervativní postup u oběhově stabilního pacienta a laparotomie při rozsáhlejších poranění či pokračujícím krvácení.

Autoři z Vídně poukázali na fakt, že použití multislice CT na prvním místě v algoritmu péče o polytraumatizovaného pacienta jednoznačně zkracuje pobyt na urgentní ambulanci (emergency room), čas k následným operacím a dobu přesunu na intenzivní odd. (tzv. „CT-scan first“ urgentní provedení celotělového CT vyšetření). Přístup se jeví z pohledu srovnání dvou souborů po 185 pacientech s ISS (Injury Severity Scale) nad 16 příznivější, než tzv. „resuscitation first“ přístup. V neposlední řadě i dokonalejší diagnostika všech poranění hovoří pro metodiku CT-scan first.

Z několika sdělení vyplývá, že urgentní ošetření zlomenin femuru po předchozí stabilizaci celkového stavu prokazatelně přispívá k lepšímu průběhu u polytraumat.

Ze studie dětských polytraumat autorů z Holandska vyplynulo, že urgentní operační stabilizace zlomenin dlouhých kostí u dětských pacientů výrazně zlepšuje celkové léčebné výsledky, zkracuje dobu hospitalizace, i když je při monotraumatu často preferován konzervativní postup.

Úrazy geriatrických pacientů

Perkutánní sutura poměrně vzácných ruptur Achillovy šlachy u starších pacientů v lokální anestezii je výhodná zejména pro možnost ošetření při kontraindikaci celkové anestezie a pro dobré funkční výsledky.

Prezentovaný soubor pacientů s totální endoprotézou ramenního kloubu v traumatologické indikaci zhodnocen pomocí Constant score přinesl výrazně pozitivní výsledky. Jeví se podstatně výhodnější, než jen náhrada hlavice prox. humeru. Nevýhodou zůstává vysoká cena implantátu.

Úhlově stabilní implantáty (LCP) zlepšují výsledky v léčení intraartikulárních zlomenin a u starších aktivních pacientů s osteoporotickým skeletem zkracují dobu rehabilitace a časněji je zapojují do aktivního života. (distální humerus, radius, femur, proximální humerus)

Optimální způsob řešení dislokovaných zlomenin krčku femuru u pacientů starších 65 - 70 let je CCEP (cervikokapitální endoproteza) či totální endoprotéza před osteosyntezou vzhledem k vysokému procentu komplikací.

Komplikace

Endoskopická fasciotomie se speciálním dissektorem, vyvinutým autory práce, minimalizuje trauma měkkých tkání při uvolnění facie při kompartment syndromu a umožňuje dostatečné uvolnění všech fasciálních prostorů. Tím jsou následky tohoto urgentního výkonu minimální a kosmeticky příznivější.

Navigace v traumatologii

Několik sdělení popsalo výhodu použití navigace u kloubních náhrad kolena a kyčle, dále při distálním jištění nitrodřeňových hřebů při zlomeninách femuru, ošetření zlomenin C1/2 obratlů a lumbální páteře. Zvládnutá technika snižuje dávku rentgenového záření během operace a v některých indikacích zpřesňuje zavedení fixačních implantátů.

Patologické zlomeniny

Část studií se zabývala protektivní intramedulární fixací metastatických ložisek dlouhých kostí jako prevence patologické zlomeniny a zlepšení kvality života onkologicky nemocných pacientů.

Autoři z Brna prezentovali soubor dětských pacientů léčených pro juvenilní kostní cystu materiálem ChronOs s velmi dobrými výsledky.

ESIN – intramedulární fixace patologických zlomenin meta a diafýz dlouhých kostí je optimální léčebnou metodou, v určitém procentu případů zlomenina v kostní cystě může způsobit její zhojení.

Holandští autoři srovnávali výsledky akutních a odložených operací zlomenin hlezna. Dle závěru nebyl celkový rozdíl u obou skupin pacientů.

Studie britských autorů se zabývala operačním přístupem k terapii suprakondylických zlomenin u dětí. K fixaci byly použito K drátů. Na našich pracovištích otevřený přístup není obhajitelný, repozici provádíme pod RTG zesilovačem bez poranění měkkých tkání.

V rámci této akce v sekci geriatric trauma jsem přednesl náš soubor 34 pacientů starších 60 let se zlomeninou distálního radia léčených operačně pomocí úhlově stabilního implantátu. U 22 pacientů jsme obdrželi výborné a u 3 dobré výsledky dle newyorského skórovacího systému pro zápěstí -cca (90%), což nám podpořilo tento přístup u starších aktivních pacientů s nestabilní zlomeninou distálního radia.

Dále zde byl přijat poster dr. Klouba, který shrnuje naše výsledky operační terapie zlomenin proximálního humeru u geriatrických pacientů. Dle této práce osteosyntéza nitrodřeňovým hřebem Targon PH umožňuje těmto pacientům časnou rehabilitaci a soběstačnost, což potvrzují i prezentované výsledky.

V rámci kongresu jsme se dále účastnili několika praktických cvičení s použitím nových osteosyntetických implantátů.

MUDr. Pavel Kurial, MUDr. Vladimír Mařík: Slovenský kongres plastické chirurgie v Nitře

Na začátku května jsme se zúčastnili Slovenského kongresu plastické chirurgie v Nitře. Oddělení úrazové a plastické chirurgie Nemocnice České Budějovice, a. s. se prezentovalo přednáškami: Replantace boltce u sedmiletého dítěte (Mařík V., Kurial P.), Replantace skalpu u 35leté ženy (Kurial P., Mařík V.) a Operační přístupy u augmentace prsů (Bambasová R.).

Úspěšná replantace boltce patří k raritním replantacím a u dítěte se jedná o první případ v Čechách. Ve světovém písemnictví jsou jen ojedinělé zmínky. Pooperační průběh byl zcela bez komplikací a po čtrnácti dnech bylo dítě z Dětské kliniky NemCB propuštěno do domácí péče.

Rovněž úspěšná replantace skalpu patří mezi ojedinělé případy. V Čechách se jednalo teprve o pátý případ. Raritou bylo, že se podařilo docílit prokrvení celého skalpu bez nutnosti použít jako náhradu kůže kožní štěpy, což ve většině případů replantovaných je nutností.

Z celého programu jsme vysoce ocenili mikrochirurgickou tematiku.

Unikátní osobní sestavu 240 pacientek s rekonstrukcí prsů prezentoval MUDr. Dražan z Kliniky plastické a estetické chirurgie Fakultní nemocnice U svaté Anny v Brně.

Rekonstrukce prsů je již nedílnou součástí léčby rakoviny prsu. Narůstá záhyt pacientek s rizikovým parenchymem, u kterých je stanovena míra pravděpodobnosti onemocnění rakovinou prsu. Tyto ženy jsou poté indikovány na profylaktickou subkutánní mastektomii s okamžitou rekonstrukcí.

Další podnětnou prezentaci předvedl dr. Zálešák z Olomouce, který pomocí složených volných laloků rekonstruoval defekty obličeje s výborným estetickým výsledkem. Podnětné je použití prolénových nití se zpětnými háčky k úpravě ptózy obličeje. Tuto metodu vyvinul dr. Sulamanidze z Ruska a začíná se zařazovat mezi standardní postupy estetické chirurgie. Kromě hlavní indikace face-liftu je její použití rozšířeno i do oblasti korekce špičky nosu, korekce ušních lalůčků a dokonce lze tímto způsobem do určité míry korigovat ptózu prsů. Jednoznačným přínosem je tato metoda pro pacienty s parézou n. facialis jako doplňkový korektivní zákrok.

Silikonové implantáty v krajině obličeje nahrazuje v posledních letech porézní materiál Medpor. Přednáška věnující se rekonstrukci boltce poukázala na jeho úskalí v této indikaci (dr. Kletenský – Praha Vinohrady) jako jsou protruze implantátu a nutnost jeho zmenšení. Při rekonstrukcích boltce proto stále zůstává volbou číslo jedna použití autologní chrupavky.

MUDr. Hana Šiffnerová: Onkologové z celého světa jednali v Atlantě



V červnu jsem se zúčastnila 42. Kongresu ASCO, který patří k nejvýznamnějším onkologickým akcím na světě. V letošním roce se konal v Atlantě (USA).

Na kongresu zaznělo mnoho odborných sdělení a byla prezentována řada posterů, proto ve zprávě uvedu jen zásadní sdělení, která byla vybrána odbornou komisí jako „Highlights“



Generalizované nádory ledvin (mRCC)

R. J. Motzer představil závěry z III. fáze trialu s 750 pacienty, který porovnával sunitinib (Sutent) oproti interferonu alfa v 1. linii léčby mRCC. Objektivní odpověď na

sunitinib byla u 35,7% pacientů vs 8,8% na interferon alfa. Medián přežití bez progresu byl 11 měsíců u sunitinibu vs 5 měsíců u interferonu alfa.

Sunitinib je perorální inhibitor tyrosinkinázy, který působí antiproliferačně a antiangiogenně. Nyní je považován za nový standard léčby mRCC.

Podobně slibných výsledků bylo dosaženo při aplikaci temsirolimu (TEMSR), což je specifický inhibitor mTOR- proteinu, který reguluje buněčný růst a angiogenezi.

Na konferenci byla také prezentována multicentrická studie EGF 20001, na které jsme se v rámci nemocnice podíleli. Bylo prokázáno prodloužené celkové přežití u nemocných, kteří dostávali lapatinib - duální inhibitor EGFR/ErbB2 oproti hormonální léčbě v 2. linii léčby.

Nádory prsu (BC)

Díky biologické heterogenitě se profilují 3 základní skupiny nádoru prsu a to: 1/ HER 2 pozitivní, 2/ triple negativní (HER 2-, ER-, PR-), 3/ ER pozitivní. Každá z těchto skupin má v adjuvaci odlišnou léčbu. Pacientky s pozitivními hormonálními receptory jsou kandidátkami na hormonální léčbu, ze které neprofitují ženy s negativními receptory. Trastuzumab má smysl podávat jen u žen s HER 2 pozitivitou. Chemoterapii, jako jedinou modalitu, lze podat všem skupinám nezávisle na biologických ukazatelích.

Studie CALB 9344 porovnávala 4 cykly AC (standardní rameno) a 4 cykly AC s následnými 4 cykly paclitaxelu (výzkumné rameno) v adjuvantní léčbě u žen s pozitivními uzlinami. Byl prokázán přínos přidání paclitaxelu u pacientek s HER 2 + oproti stejné skupině žen s HER -. Rozdíly byly výraznější u žen s ER -, ale byly shledány i u žen s ER+.

Inhibitory aromatáz, podávané up front, mohou být uvažovány zejména pro pacientky s HER 2 pozitivitou nebo ER+ / PR-. Tamoxifen lze ponechat u žen s nízkým rizikem recidivy- ER/PR pozitivní, HER 2 negativní, zvláště při negativních uzlinách.

Byla zveřejněna konečná analýza studie IES, týkající se adjuvantní hormonální léčby. Bylo konstatováno, že podání exemestanu na dobu 2-3 let následně po 2-3 letech podání tamoxifenu signifikantně zlepšuje bezpříznakové období a redukuje vzdálené metastázy. Uvedená studie probíhala také na onkologickém oddělení Nemocnice ČB, které bylo největším centrem v ČR.

Všechny tři inhibitory aromatáz (letrozol, anastrozol, exemestan) prokázaly lepší výsledky než standardní tamoxifen. Optimální strategie pro zařazení inhibitorů aromatáz v adjuvaci není ještě definována.

Do současné doby zůstává také nezodpovězena otázka role ovariální suprese u premenopausálních žen s ER/PR pozitivitou. S odpovědí se čeká na dokončení studií SOFT (2700 žen), TEXT (2025 žen), PERCHE (1750 žen).

Při rozhodování léčby byla zdůrazňována větší role pacientek. Existují počítačové programy, které v závislosti na rozsahu onemocnění vypočtou pravděpodobnost pěti nebo desetiletého přežití dle jednotlivých způsobů léčby a nemocná si volí, jak chce být léčena. (např. www.adjuvantonline.com)

V prevenci nádorů prsu bylo zajímavé sdělení, které vycházelo z sledování 41 837 postmenopausálních žen. Bylo konstatováno, že vyšší fyzická aktivita snižuje výskyt karcinomu prsu u postmenopausálních žen o 10 %.

Pokročilé nádory pankreatu

Studie porovnávaly řadu chemoterapeutických režimů s 2 nebo 3 cytostatiky nebo s lokoregionálním ozářením, ale žádný z postupů není výrazně lepší než monoterapie gemcitabinem. (Rozdíly v mediánu přežití byly kolem 1 měsíce.)

Pokročilé nádory vaječníku

Standardem zůstává optimální cytoreduktivní chirurgie a chemoterapie s platinovým preparátem. Systémová lymfadenectomie nezlepšuje přežití, stejně jako není doporučována udržovací nebo konsolidační cytostatická léčba.

M. Bookman prezentoval výsledky velké randomizované studie GOG 0182-ICON5 s 4312 pacientkami, které měly nádor vaječníku st. III nebo IV po operaci. Standardní chemoterapie byla 8 cyklů paclitaxelu + carboplatina (PC). Výzkumné rameno zahrnovalo triplety s PC a gemcitabinem, lipozomálním doxorubicinem nebo topotecanem. Nebyl shledán rozdíl v přežití mezi jednotlivými rameny, které bylo zhruba 40 měsíců. Pokud se prováděla subanalýza dle velikosti pooperačního residua, z přidání třetího preparátu měly mírnou výhodu ženy s minimálním residuem.

Nádory hlavy a krku

Byla referována studie fáze III. s 501 pacienty s lokálně pokročilým karcinomem hlavy a krku, kteří dostávali neoadjuvantní chemoterapii s následnou chemoradioterapií. Skupina A- 3 cykly standardní chemoterapie cisplatina 100 mg/m² 1.den + kontinuální fluorouracil 1000 mg/m² 1.- 5.den, skupina B- cisplatina 100 mg/m² 1.den + kontinuální fluorouracil 1000 mg/m² 1.- 4.den + docetaxel 75 mg/m² 1. den. Obě skupiny byly potom ozářeny na primární nádor a obě strany krku po dobu 7 týdnů (10 Gy/týden) a dostávaly 1x týdně carboplatinu. Medián celkového přežití byl v skupině A 30,1 měsíce a skupině B 70,6 měsíce. Vedlejší účinky byly srovnatelné. Tento postup byl doporučován jako standard.

Rozsáhlá metaanalýza s téměř 10 000 pacienty ukázala, že benefit kombinované léčby klesá s stoupajícím věkem. Pacienti mladší 50 let mají riziko úmrtí o 24% nižší při aplikaci chemoradioterapie oproti samotné radioterapii. U pacientů nad 70 let kombinovaná léčba žádné zlepšení v přežití již nepřinesla.

Pokročilé non-seminomy varlat

Data ze studie fáze III., která se týkala skupiny pacientů se střední a špatnou prognózou, prokázala, že přidání high-dose chemoterapie s autologní transplantací kostní dřeně nezlepšuje výsledky, pouze stoupá toxicita. Kompletní remise(CR) trvající 1 rok byla u 52 % pacientů, kteří byli léčeni 2 cykly chemoterapie BEP+ 2 cykly vysokodávkované chemoterapie CFA, etoposid, carboplatina s následnou transplantací kostní dřeně. Muži, léčeni pouze 4 cykly BEP měli CR trvající 1 rok v 48%.

Dále bylo zjištěno, že pomalý pokles markerů HCG a AFP během prvních 2 cyklů chemoterapie cykly znamená kratší bezpříznakové i celkové přežití oproti rychlému poklesu markerů.

Nepokročilé nádory varlat

Jednou z variant dalšího postupu po orchietomii pro nonseminom I. klinického stadia je pouze sledování. Předmětem studie bylo určit optimální počet CT vyšetření. Jako nový standard je navrhováno provádění CT vyšetření 3. a 12. měsíc po operaci místo dosavadního CT vyšetření v 3., 6., 9. a 12 měsíci. Tyto intervaly jsou dostatečné a vedou k redukci radiační

zátěže.

PET vyšetření není dostatečné k určení viabilního residua po léčbě a nemůže vést k odmítnutí následné resekce u nemocných s residuem nebo teratomem.

Nádory dělohy

Pacientky s karcinosarkomem dělohy profitovaly z adjuvantního podání chemoterapie s cisplatinou a ifosfamidem oproti pacientkám ozářeným na oblast celého břicha.

Metastatické nádory kolorekta

Oba chemoterapeutické režimy- FOLFIRI i FOLFOX mají podobnou účinnost. Přidání cetuximabu k oběma režimům zvyšuje počet odpovědí na léčbu. Účinnost režimu-modifikovaného IFL nebo kapecitabinu s irinotecanem je nižší a tyto kombinace jsou více toxické. Přidání celecoxibu k chemoterapii ani nezvyšuje účinnost ani neredukuje toxicitu a není doporučováno.

V studii GISCAD, která se týkala 336 pacientů z 27 center bylo porovnáváno kontinuální podání režimu FOLFIRI do progrese (rameno A) s intermitentním podáním režimu FOLFIRI (2 měsíce podávání, 2 měsíce přestávka) také do progrese (rameno B). Medián celkového přežití byl 17,6 měsíce v rameni A vs. 16,9 měsíce v rameni B. Zdá se, že intermitentní režim má stejné léčebné výsledky, snižuje dyskomfort pacientů a ekonomické náklady.

Karcinom anu

V rozsáhlé studii s téměř 600 pacienty byla sledována chemoradioterapie. Rameno A mělo kombinaci s fluorouracilem (1000 mg/m² 1. – 4. den a 29. – 32. den) a mitomycinem (10 mg/m² 1. a 29. den). Rameno B bylo s fluorouracilem (1000 mg/m² 1. – 4., 29. – 32., 57. – 60. a 85. – 88. den) a cisplatinou (75 mg/m² 1., 29., 57., 85. den). Ozáření v obou ramenech bylo 45-59 Gy dle rozsahu onemocnění, v ramenu B bylo zahájeno 57 den po chemoterapii. Výsledky léčby neprokázaly zlepšení při indukční chemoterapii FTU+cisplatinu s následnou chemoradioterapií (FTU+cisplatinu) oproti chemoradioterapii FTU + mitomycin. Pětileté bezpříznakové přežití bylo 56% v rameni A a 48% v rameni B. Chemoradioterapie s FTU a mitomycinem by měla být standardem.

Generalizovaný malobuněčný karcinom plic

Přes veškeré kombinace cytostatik zůstává standardem chemoterapie s etoposidem a platinovým derivátem (EP). Carboplatina má stejnou účinnost a lepší toleranci než cisplatinu. Studie ECOG s 400 pacienty srovnávala 4 cykly EP s 4 cykly EP + 4 cykly topotecanu. Nebyl shledán rozdíl v přežití. Pro většinu pacientů je dostatečné podání 4 cyklů chemoterapie EP.

Jako druhá linie léčby je preferována monoterapie např. topotecanem, která má stejné výsledky jako kombinovaná chemoterapie např. cyklofosfamid, adriamycin, vincristin (CAV).

Nepokročilý nemalobuněčný karcinom plic

Byl proveden update studie CALGB 9633, který oproti roku 2004 již neprokazuje zlepšení celkového přežití u pacientů s stadiem IB, kteří po operaci dostávali 4 série adjuvantní chemoterapie paclitaxel s carboplatinou oproti jen sledování.

Zajímavá byla analýza 5 randomizovaných studií s 4 584 pacienty(LACE), kteří po kompletní resekci dostávali kombinovanou chemoterapii s cisplatinou nebo byli jen sledováni. Pětiletý absolutní benefit byl 4,2% při podání chemoterapie, a to hlavně u stadia II a III. Nejlépe vyzněla kombinace cisplatina a vinorelbin.

Další metaanalýza s téměř 3000 pacienty porovnávala v adjuvantní léčbě aplikaci cisplatinu nebo carboplatiny. Závěr zní , že cisplatina má větší počet odpovědí a měla by být preferována.

Péče o dlouhodobě přežívající pacienty

V posledních 20 letech se zvýšilo pětileté přežití u 15 nejčastějších malignit z 42,7% u mužů a 56,6% u žen na 64% u mužů a 64,3% u žen. V současné době tvoří počet vyléčených pacientů 3,5% populace.

Tito pacienti mají specifické pozdní následky léčby, které se týkají řady životně důležitých orgánů (srdce, plíce, ledviny atd.). Mezi nejzávažnější pozdní následky léčby patří vznik sekundárních nádorů, které jsou příčinou nejenom morbidity, ale zejména mortality. Bylo zjištěno, že se sekundární nádor objeví u každého šestého dlouhodobě žijícího.

Blok nazvaný „Cancer survivorship“ byl významnou částí kongresu, protože ASCO převzalo záštitu nad vznikem quidelines pro dlouhodobě přežívající pacienty. Tyto doporučené postupy budou určeny pro všechny, kteří se podílejí na péči o onkologicky nemocné (odborní lékaři, praktičtí lékaři a další). Vyšetření nemohou být zaměřena jen na odhalení recidivy, ale je nutné sledovat i vznik nových primárních nádorů v stejném orgánu nebo léčbou indukované vedlejší účinky a sekundární nádory.

Na kongresu jsem měla i aktivní účast, jako spoluautorka posteru „THE EFFECT OF ORAL VINOURELBIN AND CAPECITABIN IN PATIENTS WITH METASTATIC BREAST CANCER“

J. Finek, L. Holubec, L. Elgrová, M. Pesta, I. Pavlikova, M. Frank, I. Bustova, H. Siffnerova, M. Sediva Plzeň, Č. Budějovice, Praha-Bulovka

Informace viz na www.asco.org

MUDr. Libor Filip: 1. kongres pro ortopedii nohy Slovenské ortopedické společnosti.

V polovině června jsem se zúčastnil v Piešťanech prvního kongresu pro ortopedii pořádaného slovenskou Sekcí pro ortopedii nohy.

Prezident Evropské společnosti ortopedie nohy prof. Koster z německého Güterslohu seznámil účastníky s prací EFAS a možnostmi, které členství v této organizaci přináší a také zajímavě přednášel. Pozvání dále přijali ortopedi z Itálie, Polska a především České republiky.

Témata dvoudenního kongresu zahrnovala celou problematiku operativy nohy a hlezna. Ortopedické oddělení Nemocnice České Budějovice a. s. přispělo dobře přijatou přednáškou – Implantace TEP hlezna A.E.S. autorů dr. Libora Filipa a prim. dr. Jiřího Stehlíka.

Slovenští kolegové se rozhodli opakovat kongres zaměřený na problematiku ortopedické operativy nohy každé tři roky a hodlají se zúčastnit kongresů s touto problematikou pořádaných naší Sekcí chirurgie nohy.

OSOBNOST

Chtěla jsem být užitečná

Rozhovor s MUDr. Boženou Gruberovou připravila PhDr. Marie Šotolová



MUDr. Božena Gruberová (1940) je dnes lázeňskou paní doktorkou v třeboňské Auroře. Většinu svého profesního života však strávila v českobudějovické nemocnici. V letech 1986 – 1998 jako primářka Léčebny dlouhodobě nemocných.

Paní doktorko, asi řadu kolegů překvapíme, když prozradíme, že Vaším prvním zaměstnavatelem byly uranové doly v Jáchymově.

To je pravda. Ale já se ve vzpomínkách vrátím do doby, kdy mi bylo jedenáct. Protože pocházím z Českých Budějovic, tak jsem tehdy ležela s nějakým problémem na zdejším ORL a jako dítě jsem dost strádala na velkém pokoji se samými dospělými. Asi jsem tam brečela a sestřičky to dost rušilo, takže na mě byly ostřejší. Řekla jsem si „Já bych tu chtěla dělat a být lepší než ony.“ Od té chvíle mi to přání zůstalo.

Jenže jsem neměla ten pravý kádrový původ, takže jsem se po

gymnáziu na medicínu nedostala. Dodělala jsem si maturitu na zdravotní škole a stala se ze mě zdravotní sestra. Dva roky jsem pak pracovala jako sestra na šachtě jáchymovských uranových dolů. To byla drsná škola života, protože jsme byli za dráty dohromady s politickými vězni i s těmi za trestné činy, schválně smíchanými dohromady. Pak jsem opakovaně usilovala o doporučení. Po dvou letech se nade mnou smilovali a dali mi ho. Hned napoprvé jsem udělala zkoušky na lékařskou fakultu v Plzni a v roce 1966 promovala.

Pro jaký lékařský obor jste se rozhodla?

Mně se vždycky líbila spíše medicína, která není akutní, protože já nejsem člověk, kterému vyhovuje rychlost. Spíše jsem inklinovala k bádání a v začátku jsem si vybrala internu. Moc se mi líbila hematologie a byla bych docela ráda pracovala na transfúzním oddělení, kde jsem byla po promoci na stáži. Interna je však základ, takže jsem na ni nastoupila, udělala jsem si z ní 1. a 2. atestaci a teprve potom jsem se stala primářkou Léčebny dlouhodobě nemocných. K hematologii jsem se nakonec také částečně dostala jako ordinář pro onkologii.

Léčení dlouhodobě nemocných určitě není na výsluní zájmu tak, jako například atraktivní chirurgie. Co vás přimělo věnovat tomuto oboru dvanáct let života?

Tuto nabídku jsem dostala v době, kdy se ve zdejší nemocničním areálu „eldéenka“ stavěla. K chronické medicíně jsem měla vztah, takže jsem se rozhodla si to zkusit. Zkušenosti jsem nabírala už na interně, protože tam začalo hodně přibývat starých lidí a byl problém kam s pacientem, který je chronicky nemocný a nesoběstačný. Byl to trochu Neruda: „Kam s ním?“.

Tehdy se pacienti odváželi na Hrudkov. Mně jich bylo strašně líto - takoví křehoucí, staří, bezbranní lidé, před nimi cesta až do Hrudkova. Mnoho jich zemřelo hned po převozu, protože nezvládli ten šok, bez příbuzných, bez nikoho...

Že se v areálu nemocnice LDN vystavěla, byl tedy pokrok. I když pro mě to bylo 12 let kruté práce a starostí, protože projekt LDN s námi nikdo nekonzultoval a tak byla budova postavená s bariérami. V osmdesátých letech se na ní navíc šetřilo. Dva pokoje dohromady měly už sice společné sociální zařízení, ale sprchu se stupínkem, záchod uzoučký. Pak jsme dělali za pochodu nějaké úpravy, ale výsledek nebyl takový, jako kdyby se ke specifickým pacientů přihlíželo hned na začátku.

Setkávala jste se s despektem ve smyslu, že na „eldéence“ na řadě věcí už nezáleží?

Takový názor panuje často nejenom mezi laiky, ale bohužel i mezi zdravotníky. Není to pravda. Mě to mnohokrát ranilo. Na LDN je jiná medicína, má větší sociální aspekt.

Starých lidí stále přibývalo. Pacienti byli pár dnů na interně a protože tam nebyla lůžka, tak se přesouvali k nám. Musela jsem se naučit například moc věcí z traumatologie, protože se na LDN překládali na rehabilitaci pacienti po zlomeninách krčku. Měli jsme hodně pacientů po mrtvicích nebo onkologicky nemocných v terminálních stádiích. Byla to pestrá medicína.

Nedalo se říci, že je to „jenom eldeenka“. Samozřejmě, že tam leželi lidé, u kterých převládala nesoběstačnost, sociální stránka, ale vždycky tam byla nějaká medicínská záležitost. Musely se řešit obě stránky věci, medicínská i sociální, což se tehdy na jiných odděleních moc nedělalo.

Je podle vás české zdravotnictví připraveno na početní nárůst starých lidí?

Během dvaceti let to bude problém. Geriatrii dávno bijí na poplach, ale společnost není připravena. Když jsem nastoupila v roce 1986 do funkce primářky, tak jsem si udělala atestaci z geriatry. Snažila jsem se orientovat v oboru, jezdila jsem na kongresy, abych dostala čerstvé informace. Nejenom ty, které si člověk přečte. Když jsem ve funkci v roce 1998 končila, tak jsem říkala, že je třeba zvýšit počet chronických lůžek a naopak snížit počet akutních, protože léčba chronických nemocí bude přibývat.

Ideální by bylo, kdyby chroničtí pacienti mohli být doma. To by muselo být více ambulantních pečovatelských služeb. Vůbec nejsem pro instituce, myslím si, že člověk, pokud trochu může, tak má být doma. Vždycky jsme se snažili, aby se lidé dostali domů co nejdříve. Což byl mnohdy problém, protože rodiče žijí sami a děti se nemohou uvolnit ze zaměstnání. K řešení nepomáhala, a myslím dodnes nepřispívá, ani sociální politika státu. Když někdo chtěl zůstat doma a pečovat o nemocného, tak dostal minimum peněz a ještě se mu doba péče nezapočítávala do důchodu.

Nás tato osobní dramata trápila a za dvanáct let jsem z toho byla tak psychicky zdeptaná, že jsem nakonec šla dělat do třeboňských lázní. V sanatoriu Aurora jsem se našla a jsem tam dosud.

Vyhoření se na LDN dříve či později objevilo u každého. Naštěstí tam byla výborná parta. Měla jsem skvělou vrchní sestru Alenku Douchovou, i sociální sestru Alenku Pečlovou. Vždycky jsem byla pro tým a nikdy jsem nedělala rozdíl mezi uklízečkou, pomocnicí nebo sanitárkou, ale dělila jsem je na ty dobré a méně dobré.

Vy jste byla denně svědkem hořkých chvil. Jaký máte názor na euthanázii?

Jsem zásadně proti, i když jsem viděla hodně utrpení. Společnost k ní spěje. Už teď jsou tady takové tendence, euthanázii je v programu několika politických stran. Mě úplně mrazí v zádech, protože ten duch, který se vytvoří, pokud by se uzákonila, bude staré lidi

nutit, aby si podvědomě řekli: „Já jsem na odpis, už je tady se mnou jen práce, tak ať mi něco píchnou, ať je pokoj.“ To je špatně.

Teď jsou takové možnosti, že záleží jen na lékařích, aby se lidé netrýznili. Mohu zodpovědně říci, že u nás nikdo netrpěl. Umírající dostali třeba velké dávky opiátů, spali, ale bolesti neměli. Dnes existuje taková paleta analgetik, že tělesně trpět nemusí nikdo, duševně ano.

Vzpomínáte na nějakého opravdu mimořádného pacienta?

Ano, na Zdeničku. Tu jsem začala léčit jako mladá sekundářka. Nemoc u ní začala v sedmnácti letech jako hemolytická anémie v těžkém stavu s hemoragiemi po nohou. Strávila jsem nad ní spoustu hodin, protože i když tam byl primář, tak stejně je s pacientem v nejužším kontaktu sekundář. Nakonec se podařila diagnostika. Hemolytická anémie byla jen symptomatická a byl to lupus erythematodes. U mladé dívky s tím tehdy moc zkušeností nebylo, byl tu i ordinář pro revmatologii, ale domluvila jsem se s pražským revmatologickým ústavem, takže se z toho dostala, jenže přišla do jiného stavu, což byla komplikace.

Z našeho vztahu lékař - pacient se stalo přátelství. Mě dojalo k slzám, že když ono vymodlené dítě těžce nemocné ženy - už dospělý syn - odpromoval, tak mi poslali oznámení. Jako že jsem na tom měla snad také trochu zásluhu. Paní už zemřela, ale její manžel občas zavolá, něco prostě mezi námi zůstalo.

Vy jste kromě lékařky také maminka dvou dětí. Bylo to tvrdé odcházet na noční?

Naštěstí jsem měla velmi tolerantního manžela, byť jako anesteziolog také sloužil. Dřív byla mateřská jen půl roku, a tak děti, nežli šly do školky, hlídala maminka. Pak jsme se museli s mužem střídat ve službách.

Snažili jsme se jim všechno vynahradiť o víkendech a během dovolené, kdy jsme procestovali kde co. Chodili jsme s nimi plavat, v zimě na běžky. Dnes už jsou dcery dospělé, starší dělá medicínu, mladší vystudovala filozofickou fakultu.

Jste ráda, že „řemeslo“ zůstalo v rodině?

My jsme nechtěli. Viděla tu řeholi, že když člověk chce dělat medicínu, tak jí musí dát celý život. Přiznám se, že jsem častokrát víc šidila rodinu, než práci, zvláště během svého primariátu. Pro ženu bývá povolání vždycky svárem svědomí a touhy. Přese všechno si dcera také zvolila lékařství.

Myslíte si, že schopnost empatie předurčuje ženy k práci právě na takových odděleních, jakým je LDN?

Pravděpodobně ano. Rozhodně si nemyslím, že v chirurgických oborech, kde je třeba fyzická kondice, by se měly ženy vyskytovat ve velké míře. Sama bych chirurgii asi nezvládla, ani jsem o ní nikdy neuvažovala.

Vašich starších kolegů se často ptám, jak se jim jeví jejich mladí kolegové?

Jsou sebevědomější a to je dobře. Znají cenu své práce.

My jsme celý život pracovali za směšný bakšiš. Ze začátku se ani neproplácely služby. Když jsem nastoupila, tak jsem měla 1 260 korun měsíčně, jako primářka asi 5600. Po revoluci se platy začaly trochu zdvihát, ale stejně... S mužem jsme nic nenahospodařili. Zařídili jsme si byt, máme chatu, takže žádné majetky.

Máte čas na hobby?

Mým největším koníčkem byla medicína. Byla bych měla ráda zahrádku, čas jsme jí dokonce měli blízko domova, ale pak jsme o ní přišli kvůli rozšíření silnice. Na nočním stolku leží knížka, časopisy. Doma máme dobrý metr antické knihovny a já nevím, jestli se mi jí vůbec podaří do konce života dočíst.

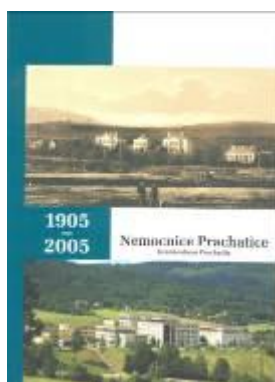
Když by se vrátil čas, šla byste znovu na medicínu?

Asi ano. I za cenu toho, co bylo těžké. Protože na druhou stranu mám pocit, že jsem život nepromarnila. Chtěla jsem být užitečná a snad se mi to alespoň trochu podařilo.

KNIŽNÍ NOVINKY

Novinky z lékařské knihovny Nemocnice České Budějovice, a. s.

- Na základě Příkazu generálního ředitele č.7/2006 se zavádí pro uživatele lékařské knihovny Nemocnice České Budějovice, a. s. letní výpůjční doba na období od 1. července do 31. srpna v následujícím rozsahu: pondělí a středa od 11.00 do 14.00 hodin.
Ve školním roce v období od 1. září do 30. června bude lékařská knihovna přístupna pro čtenáře v následujícím rozsahu: úterý, středa, čtvrtek od 11.00 do 14.00 hodin.
- Na základě schválení knihovnické rady ze dne 10. května 2006 se omezuje cirkulace odborných časopisů po jednotlivých odděleních. Podle technických možností bude nahrazena přílohami k elektronické poště na jednotlivé primariáty.



Nemocnice Prachatice 1905 - 2005

Historickou a především vzpomínkovou publikaci ke kulatému výročí vydala prachatická nemocnice. Na obsahu se podíleli hlavně současný ředitel Ing. Bohumil Ondřích, lékař - historik MUDr. Jan Antonín Mager, pediatr MUDr. Jindřich Jileček a internista MUDr. Jiří Nerad. Velký prostor věnuje devadesátistránková knížka personáliím, v jejichž čele stojí obsáhlý životopis prvního primáře MUDr. Antona Stini.

Protože dějiny prachatické nemocnice jsou spjaty s německými obyvateli Šumavy, je knížka dvojjazyčná.



Očkování.

Minulost, přítomnost, budoucnost

Autor: Jiří Beran, Jiří Havlík, Vladimír Vonka
Mim Vydavatel: Galén, 2005
vyče: ISBN: 8072623613
Knih Signatura: **K 10599**
speci
souč:

ace.
jen úzké
nedílnou



Gynekologická cytodiagnostika

Autor: Jitka Kobilková, Zdeněk Lojda, Jiří Ondruš, Alena Beková
Vydavatel: Galén, 2006. 2. vyd.
ISBN: 8072623133
Signatura: **K 10621**

Gynekologická cytodiagnostika je na celém světě jediným účinným testem (Papanicolaouovým testem – PAP testem) k odhalení počínajícího zhoubného bujení buněk na děložním hrdle. Nejnovější hodnocení PAP stěrů (Bethesda 2001) věnuje pozornost jednotlivým atypiím na

buňkách cervixu, z nichž se v několikaletém procesu kancerogeneze nádor cervixu vyvíjí. Do knihy je také zařazena cytodiagnostika orgánů malé pánve, která s malignitami cervixu souvisí.

Monografie je určena především cytotechnologům a cytopatologům, ale využijí ji i gynekologové k rozšíření praktické, diagnostické, léčebné a kontrolní péče o ženu v prevenci invazivního, smrtelného nádoru cervixu.



Rehabilitace a pohybová aktivita po akutních koronárních syndromech

Autor: Pavel Maršálek

Vydavatel: Triton, 2006

ISBN: 80-7254-740-2

Signatura: **K 10264**

Cílem této knihy je seznámit rehabilitační lékaře, internisty, kardiology, praktické lékaře i fyzioterapeuty s aktuálními trendy pohybové aktivity u kardiologicky nemocných. Autor sestavil návrh správného indikačního a optimálního organizačního modelu pohybové léčby kardiaků po akutních koronárních syndromech, tedy pohybové aktivity kardiaků v rámci sekundární prevence. Výsledkem je model fyzické aktivity po akutních koronárních syndromech od prvního dne po příhodě až po konečnou fázi rehabilitace. Model obsahuje indikace a stratifikaci pacientů na základě nových metod v duchu urychlené nemocniční komplexní a intenzivní posthospitalizační pohybové rehabilitace.



Nemocnice České Budějovice, a. s. vydala po třech letech novou reprezentační brožuru o jednotlivých odděleních s trochou historie a výhledem na další tři léta. Brožura je určena především pro informaci ven, při odborných i obchodních nebo personálních jednáních. Náklad 3 500 kusů umožňuje v případě potřeby dodat na jednotlivá pracoviště další výtisky.

(PhDr. Helena Dvořáková, Šot)

UTAJENÁ PROFESE

Utajená profese: Nemocniční učitelka



Jsou dvě: češtinářka Vladislava Veselá a matematikářka Ivana Šimáková. Na vizity sice nechodí, ale k nemocnici patří stejně, jako zdravotníci. Co na tom, že je jejich chlebodárcem škola v českobudějovické Štítného ulici. Nikoho jiného, nežli školáky hospitalizované v nemocnici, neučí. Se zdejšími dětmi jsou tedy spojeny šňůrou přímo pupeční.

Anebo ne?

„Po těch 11 letech, co jsem tady, už je to skoro pravda,“ prozradila na sebe Ivana Šimáková (50). „Prvních pět let jsem ale dělala vychovatelku.“ Vladislava Veselá (36) je nováčkem, za sebou má v nemocnici teprve první školní rok.

Copak, že jste vyměnily klasický stupínek s tabulí za obyčejný stůl a židli u postele nebohého školáka?

Ivana Šimáková: Vždycky jsem chtěla učit a lákala mě individuální práce s nemocnými dětmi: vím, co je to být nemocným člověkem. Uvědomuji si, že tyto děti mají problémy a často se vrací do zdravotnického zařízení. Látku pak zanedbávají, jen tak si něco přečtou, spočítají, ale nejdou do hloubky. Takže my tady doplňujeme mezery v jejich vzdělání. Děti tu nezdídko leží déle než čtyři dny. Čtrnáct dní už například stonaly v Písku, pak byly tři týdny doma, potom se teprve dostaly sem a ze školy úplně vypadly. Děcka, když nás poznají, tak se nás vůbec nebojí zeptat nebo poprosit, abychom jim něco vysvětlily.

Abych řekla pravdu, já jsem měla vždycky vztah k těm slabším. Proto jsem po vystudování speciální pedagogiky chtěla jít sem. Navíc jsem předtím měla komplikace na Střední veterinární škole, kde jsem se z politických důvodů nedočkala učitelského místa. Ale to už je tak dávno, že se mi o tom nechce ani mluvit. V práci s nemocnými dětmi jsem se našla a už bych neměnila.

Vladislava Veselá: Také jsem chtěla pracovat individuálně, nikoliv učit ve třídě se třiceti pěti dětmi. Vyhovuje mi, že s každým dítětem navážu bližší kontakt, kamarádský, osobní. Vystudovala jsem speciální pedagogiku a pracovala jsem se zrakově a tělesně postiženými dětmi. Naposled jako vychovatelka ve zvláštní škole, kde bylo hodně sociálně slabších dětí. Občas se tu dokonce setkám s bývalými žáčky.

Asi každý z nás někdy kamufloval chřipku, jen aby se vyhnul zkoušení. Tady se přímo nabízí vlézt pod peřinu a přetáhnout si přes hlavu polštář do doby, nežli za kantorem zapadnou dveře pokoje. Já si myslím, že tu učitelky ani nejsou zapotřebí 😊. Kdo by se rád vzdělával, navíc se zlomenou nohou, salmonelózou, po operaci...

Ivana Šimáková: To je velký omyl. Většinou děti mají trauma, že zanedbají výuku. Já jsem se kolikrát v duchu až divila, za mého dětství to snad ani nebylo, jaké si děti i rodiče dělají starosti. Přijdou a přinesou z kmenové školy materiály, pracovní sešity, knížky a už mají od své paní učitelky zatržené úkoly. My pak s jejich školou vstoupíme, většinou přes rodiče, do kontaktu. Když něco vážne, pak učíme podle nás. Problém je, že jsou rozvolněné osnovy a navíc má každá škola své učebnice. Stane se, že se sejdou čtyři čtvrtáci a každý bere něco

jiného. To je náročné na psychiku učitele. Musíte být pohotová, musíte zvládnout výuku od první třídy po devátou, okamžitě reagovat, nějaké přípravy není možné použít, musíte všechno nosit v hlavě.

Jedna z nás obchází infekční a chirurgické oddělení, druhá je na dětském. Následující den si to prohodíme. Takže matematiku a češtinu mají děti obden. Zabrousíme také do vlastivědy, přírodopisu, prvouky a na požádání zkusíme cizí slovíčka.



Také tu padají pětky?

I tady známkuje. Děti jsou ale většinou docela snaživé. Když jsou tu déle než čtrnáct dní, tak posíláme zprávu na školu, jak se děti projevují. Snažíme se je motivovat, takže jim třeba dáme o půl stupně lepší známku, než by dostaly ve své třídě, aby nepropadaly nějakému pesimismu.

Vladislava Veselá: Víte, kolikrát z dítěte vyplyne problém, psychický nebo v rodině. Vyčistíme mu dušičku a děláme tu takového polopsychologa. V čem si nejsme jisté, to

konzultujeme s nemocniční psychologkou zaměřenou na děti.

Kdo je hodnější, kluci nebo děvčata?

Dneska jsou často kluci lepší, i chováním, hlavně v pubertě. U menších dětí není rozdíl tak patrný.

Jak se vlastně učí v bojových podmínkách?

Ivana Šimáková: K ležícím jdeme, zadáme jim úkol. Chodící si bereme do takové malé improvizované třídy a učíme je dohromady po skupinkách. Za den odučíme tak dvanáct, patnáct dětí. Když není dítě v kondici a nedaří se mu řešit zadanou práci, začneme teoretickou přípravou a jednoduchými úkoly. Se zlepšujícím se zdravotním stavem náročnost zvyšujeme. Nemyslete si, že tu děti trpí. Spíš vítají, že nemusí chytat lelky na lůžku a nemyslí na to, co je bolí nebo jak se jim stýská po domově. Dopoledne je zaměstná nemocniční škola, musí přemýšlet a občas dostanou domácí úkol. Odpoledne přijde na řadu družina. Teskní možná až pozdě večer, krátce před spaním.

Ležely jste vy samy někdy v nemocnici a chodily do tamní školy?

Ivana Šimáková: Ano, od dvou a půl let jsem ležela každý rok čtrnáct dní na českobudějovické ORL a zažila jsem tam výuku. Ale myslím si, že jsme srdečnější. I ta doba byla jiná....

Vladislava Veselá: Můj mladší syn tu byl dvakrát, učil se s námi a dost se mu to líbilo.

Co takhle povinná četba? Na lůžku by se mohl dohnat F. L. Věk i Karafiátovi Broučci.

Vladislava Veselá: Máme vlastní učitelskou a žákovskou knihovnu. Kromě toho je k dispozici knihovnička dětského oddělení, kde je spíš jen oddychová četba. My učitelky půjčujeme knížky jen na dopoledne, protože pak odcházejí někteří pacienti domů. Knížky kupuje náš zřizovatel, tedy škola ve Štítného ulici nebo sponzoři, kterých ovšem není nikdy dost

Existuje sen nemocniční kantorky?

Ivana Šimáková: Doufáme, že se s námi počítá v plánech na nový dětský pavilon. Přály bychom si prostorný kabinet s kopírkou a vlastní větší třídu.

Základem úspěchu ve výuce je pochopitelně spolupráce s lékaři a sestrami: sdělení,

jak na tom dítě je, zdali se rychleji unaví, co mu působí námahu, jestli má mít klid na lůžku. Protože, věřte nebo ne, někdy děti spontánně utečou z pokoje do třídy, protože se v posteli už nudí. V pardubické nemocnici údajně chodí učitel s vizitou. Pokud je takto informovaný o zdravotním stavu dítěte od nejkvalifikovanějších odborníků, snáze dané situaci přizpůsobí svou vlastní prací.

Máte nějaký fígl, jak zaujmout při češtině a matematice, často nenáviděných předmětech, malého maroda?

Vladislava Veselá: Já češtinu probírám stejně, jako když se doma učím se svým synem. Chci, aby se ji naučil a ne, nachytat ho na švestkách. Hodně nám pomáhá psycholožka, třeba u anorektiček, kdy nám poradí, jak je můžeme zatěžovat. My naopak dětem přineseme svěží vítr zvenku. Lékaři a sestry pečují o zdravotní stav dětí, my jim nosíme podněty a spojení s běžným životem. Říkáme: „Ano, jste nemocné, ale zase jednou půjdete do běžné školy a život bude pokračovat jako předtím.“

Děti jsou tady milejší. Nemají se před kým předvádět, i cit projeví před mladšími. Kolikrát si s prvňákem troubí čtrnáctiletý kluk sanitkou a jsou oba v pohodě.

Ivana Šimáková: Možná, když ty děti jsou nemocné a prožívají bolest, bývají hlubší, mají větší schopnost vcítit se, jsou jiné. Vidíme to i na jejich zájmu o Stonožku. Letos bude v naší nemocnici toto mezinárodní hnutí Na vlastních nohách, založené Norkou Bělou Gran Jensen, slavít desáté výročí. Věříme, že tak, jako v minulosti, budou na podzim naši nemocniční žáci malovat obrázky a vyrábět dárky. Vždycky je pak prodáme a peníze pošleme dětem, které jsou na tom ještě hůř. Vloni vydělali malí pacienti kolem čtyř tisíc korun, které putovaly do Thajska a Kambodži, kde řádila tsunami, a aby nebylo neštěstí dost, je tam spousta dětí ne vlastní vinou HIV pozitivních nebo nemocných AIDS. V minulých ročnících Stonožka například podpořila dětskou psychiatrickou léčebnu v Opařanech, vybudování plošiny pro školáky na vozíčku ve Strakonících a tak podobně.

Hezké prázdniny!

Šot

ODBORY

Mgr. Lubomír Franc: Základní organizace Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče Nemocnice České Budějovice a. s.

ZO OSZSP průběžně řeší problémy všech profesních skupin pracujících v nemocnici. V minulém období se výbor zabýval změnou Mzdového předpisu. Má platnost do 31. 1. 2007, ale došlo ke změnám v kategorizaci profesí a k 1. 4. 2006 ve výši profesních mezd. Jsme si vědomi, že se tato změna nedotkla všech pracovníků, přesto tuto úpravu považujeme za jeden z kroků k dalšímu zlepšení v odměňování.

V dubnu byly rozděleny finanční prostředky základní organizace na půjčky pro naše členy. Preferenci, stejně tak, jako v minulých letech, měly půjčky na bydlení.

Dále jsme pro odboráře zajistili různé výhody, o kterých průběžně informujeme. Od 1. 1. 2006 došlo ke změně v poskytování právní pomoci vzhledem ke změně financování regionálního právního poradenství. Nadále se bude poskytovat výhradně prostřednictvím erudovaných právníků našeho svazu.

V současnosti nás čeká mnoho úkolů v souvislosti se schválenými zákony, jako je novela Zákoníku práce a zákon o neziskových nemocnicích. Je nutné je pečlivě prostudovat, abychom mohli uplatňovat všechna práva zaměstnanců vyplývající z těchto právních norem.

Závěrem bych chtěl opět zdůraznit, že pozice odborů při vyjednávání je tak silná, kolik má členů.

Další informace získáte na intranetu pod hlavičkou ZO OSZSP.

KONGRESY A SEMINÁŘE

Ve druhém čtvrtletí roku 2006 se uskutečnily mimo nemocniční areál tyto akce: XV. Jihočeské ORL dny, Den Jihočeského kardiocentra, 6. Jihočeské Timrovy dny - Plastická chirurgie v očním lékařství, Trauma Videosymposium, 4. setkání anesteziologů Jihočeského kraje, The Shoulder / Rameno, 15. Celostátní seminář ošetrovatelské péče v neonatologii, Výroční republikový kongres dětské urologie, Setkání dermatologů Jihočeského kraje, Setkání neurologů Jihočeského kraje.

Téměř denně probíhaly různé semináře pro sestry v Informačním středisku. Jedním z těch, které měly největší ohlas, byla konference na téma Kolorektálního karcinomu dne 15. června.

Lenka Klímová: Kolorektální karcinom

Pořadatelem bylo gastroenterologické oddělení a za své partnery si vybralo chirurgické a onkologické oddělení. Tématem konference, které zároveň tato tři oddělení spojuje, bylo zvoleno onemocnění kolorektálním karcinomem.

Tato tři oddělení vykreslují cestu pacienta. Na gastroenterologickém je diagnostikován, léčen, zaevidován a zařazen do dispenzarizace. Jeho další cesta vede na chirurgické oddělení, odkud se po operaci vrací se zpět na gastroenterologické oddělení, kde ho zdravotníci zaevidují a dále sledují v kolorektální poradně. Někdy je po operaci nutná ještě onkologická léčba, takže pacient se do kolorektální poradny vrací až po jejím absolvování.

Proč padla volba právě na toto onemocnění? Je to varování a důrazné upozornění všem generacím. KR-CA je nádorové onemocnění tlustého střeva a konečníku. Je třetím nejčastějším onemocněním na které se umírá a patří mezi šest nejhorších „zabijáků“ lidstva. Nárůst onemocnění je obrovský, ročně je v Evropě diagnostikováno 360 tisíc nových případů a kolorektální karcinom je druhým nejčastějším druhem rakoviny, na který se umírá v EU. Pro srovnání – v Americe ročně onemocní víc než 150 tisíc lidí a asi třetina umírá. V České republice od roku 1975, kdy bylo zaznamenáno méně než 500 tisíc nově nemocných, se počet zvýšil o desítky procent. Česká republika od začátku 90. let zaujímá v tomto směru zcela prioritní postavení, které ji postavilo do čela celosvětových statistik výskytu nových onemocnění a úmrtí na KR-CA. Znamená to, že za posledních 30 let se počet nových onemocnění více než ztrojnásobil.

Primární prevenci je obtížné ovlivnit. Patří sem životní styl, vliv životního prostředí, důležité je vyloučení rizikových faktorů – alkohol kouření a jiné. Do sekundární prevence patří depistáž hlavně bezpříznakových jedinců od věku 50 let a dispenzarizace vysokorizikových skupin. Naléhavost řešení dokládá i analýza preventivních programů z hlediska závažnosti problémů pro zdraví populace a účinnosti prevence, uveřejněná v roce 2001 sborem nezávislých expertů Ministerstva zdravotnictví USA. Bylo stanoveno osm preventivních programů USA v celém klinickém lékařství, přičemž z nádorových orgánových onemocnění byl mezi ně zařazen pouze screening KR-CA. ČR se v celosvětovém měřítku stala druhou zemí (po SRN), která screening zavedla na celonárodní bázi. Tento plošný screening by se měl stát prioritou preventivního lékařství, gastroenterologie a klinické onkologie.

Krajskou koordinátorkou národního programu je primářka gastroenterologického oddělení MUDr. Olga Shonová. Tato funkce s sebou nese konzultace s pracovišti celého kraje, při nichž se sleduje množství různých dat, počty výkonů, nálezů atd. Tyto údaje koordinátorka zpracovává, předkládá Ministerstvu zdravotnictví a ručí za jejich správnost.

Proto právě její přednáška, podle hesla „to nejlepší na konec“, byla vizitkou odborníka na slovo vzatého. Obsahovala historii, symptomatologii, léčení, řešení, velmi podstatný genetický vliv. Zajímavé byly i praktické rady pro zdravotníky, jejich blízké i pro pacienty.

Plán kongresů od 1. 7. do 31. 10. 2006

Název akce	Termín	Garant	Místo konání	Status
Setkání traumatologů jč.regionu	26. 9. 2006	dr.Kopačka	České Budějovice	republikový
39.Výroční fyto genetická konference	14.-15. 9. 2006	Mgr. Scheinost	České Budějovice AV CR	republikový
V. Jihočeské ošetřovatelské dny s mezinárodní účastí	21.-22. 9. 2006	Mgr. Otásková, MBA	České Budějovice-Biologické centrum - aula	ZdF JU ČB
8. Konference klinické farmakologie se spolu s 15. Konferencí TDM (therapeutic drug monitoring) a s 10. Konferencí DURFG (Drug Utilisation Research Group) X	21. – 23. 9.	dr. Petr, Ph.D.	České Budějovice, JU - Bobík	regionální ČLS JEP
Septická ortopedie	5-6. 10. 2006	dr. Stárek, dr.Stehlík	České Budějovice Gerbera	mezinárodní
1. českobudějovická regionální konference zdravotních laborantů	5. 10. 2006	dr. Mallátová	České Budějovice – Informační odd. Nemocnice CB	regionální
13. Jihočeský pediatrický den	Září/říjen	dr. Smrčka	České Budějovice	regionální
Jihočeské radiologické dny	říjen/listopad	dr. Lhoták	České Budějovice	regionální
Výroční konference České urologické společnosti	11.-13.10.2006	dr. Petřík	České Budějovice IGY	mezinárodní – pořádá Česká urologická společnost
Výuka invazivních technik radiofrekvence na kadáverech	18.-19.10.2006	dr. Lengálová	Č. Budějovice-Nemocnice CB-Patologie	regionální
13. Jihočeské onkologické dny	19.-21.10.2006	dr. Šiffnerová, dr. Bustová	Český Krumlov-Zámecká jízdárna	republikový
8. Česko-slovenské dialogy o bolesti	19.-21.10.2006	dr.Lengálová	České Budějovice IGY	Mezinárodní-pořádá Společnost pro léčbu bolesti

X

Mezi zajímavosti 8. Konference klinické farmakologie bude patřit sekce NUTRACEUTIKA, ve které přední odborníci z ČR i z Evropy promluví o léčebném významu a léčivém vlivu prebiotik, probiotik a synbiotik na lidský organismus. Jednání této sekce se uskuteční 23. 9. dopoledne.

VÝZNAMNÉ DNY

11. 7.: Světový den populace (OSN vyhlásila v r. 1987, kdy počet obyvatel Země dosáhl 5 miliard)

12. 8.: Mezinárodní den mládeže

21. 9.: Mezinárodní den Alzheimerovy choroby (vyhlášen Mezinárodní alzheimerovskou organizací ADI)

24. 9.: Mezinárodní den neslyšících

1. 10.: Mezinárodní den seniorů (vyhlásila OSN r. 1974)

1. 10.: Den světového vegetariánství (vyhlásila Severoamerická vegetariánská společnost r. 1977)

1. 10.: Mezinárodní den lékařů (vyhlásil 4. kongres Mezinárodního hnutí lékařů za odvrácení jaderné války r. 1984)

SPOLEČENSKÁ KRONIKA

VI. JIHOČESKÉ TIMROVY DNY

20. – 21. 4. 2006 se na pozvání očního oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s. setkala v kulturním centru IGY/Bazilika sedm desítek oftalmologů z celého státu. V úvodu vzpomněli nedožitých osmdesátých narozenin prim. MUDr. Aloise Timra, jehož jméno každoroční setkání odborníků z oboru nese.



MUDr. Alois Timr
(24. 4. 1926 – 23. 5. 1991)



Zahájení se v doprovodu syna MUDr. Pavla Timra zúčastnila paní Zdeňka Timrová. Na obr. v doprovodu prim. MUDr. Jana Sattran a MUDr. Nad'ý Pavlíčkové.

Životní jubileum

BENEŠOVÁ Marie	Oddělení úklidu
CELÝ Zdeněk	Ortopedické odd.
DĚDINA Zdeněk	Odd. spr. budov+ploch
HOLOMELOVÁ Věra	Odd. provoz. admin.
HRDÁ Jaroslava MUDr.	2. odd. násled.péče
HROUZOVÁ Klára	Interní odd.
HRUBÁ Věra	Oční odd.
INGVORTOVÁ Libuše	Oddělení úklidu
JÁNSKÁ Jana	Onkologické odd.
JÁROVÁ Zdeňka	Gastroenterolog.odd.
KARÁSKOVÁ Jana	1. odd. násled. péče
KLIKOVÁ Milada	Rehabilitační odd.

KOUBOVÁ Marie	Stomatochirurg.odd.
LAHODNÁ Marie MUDr.	Interní odd.
LEJSKOVÁ Alena	Ženské odd.
LIŠKOVÁ Helena	Interní odd.
MÍKOVÁ Olga	1. odd. násled. péče
MUŽÍKOVÁ Marie	Onkologické odd.
NEMRAVOVÁ Zdeňka	Oddělení úklidu
PETRŮ Gustava	Ženské odd.
POLANOVÁ Alena Bc.	Odd. úraz. a pl. chir.
POLÍVKOVÁ Jana	Patologické odd.
RŮŽIČKOVÁ Helena DiS.	2. odd. násled. péče
SCHAFFELHOFER Lad. MUDr.	Stomatochirurg.odd.
SMEJKALOVÁ Drahoslava	Onkologické odd.
STEHLÍKOVÁ Marie	Urologické odd.
SÝKOROVÁ Jana	Neonatologické odd.
ŠEBESTOVÁ Jana	Oddělení úklidu
ŠTĚRBOVÁ Věra	2. odd. násled. péče
TESAŘOVÁ Ivana MUDr.	Neonatologické odd.
TRUBAČOVÁ Miloslava	Dětské oddělení
VONDRÁŠKOVÁ Ljubica	Kardiologické odd.
ZAHRADNÍKOVÁ Marie	Oční odd.
ZIFČÁKOVÁ Sylva	Urologické odd.
BAKALÁŘOVÁ Zuzana	Psychiatrické odd.
DVOŘÁK Josef MUDr.	Stomatochirurg. odd.
FENCLOVÁ Hana MUDr.	Stomatochirurg. odd.
FROMMOVÁ Daniela MUDr.	Stomatochirurg. odd.
HALMANOVÁ Květoslava MUDr.	Stomatochirurg. odd.
HANŽLÍKOVÁ Jitka	Transfuzní odd.
KOCIÁNOVÁ Olga MUDr.	Kardiologické odd.
KORBELOVÁ Hana	Labor. bakteriologie
KRAMETBAUEROVÁ Hana	Oddělení úklidu
KUBAŠTA Pavel	Odd. zdr. dopravy
PAVLÍČKOVÁ Naděžda MUDr.	Oční odd.
RAČKOVÁ Věra	Gastroenterolog. odd.
ROZBOUD Jaroslav	Odd. zdr. dopravy

**Ukončené pomaturitní specializační studium v
období 1. 1. 2006 - 31. 5. 2006**

BICANOVÁ Eva	Anestez. resust. odd.
BRAŠNIČKOVÁ Gabriela	Dětské oddělení
DAŇKOVÁ Alexandra	Interní odd.
DOUCHOVÁ Jana	Labor. paraz. a mykol.
FOJTÍČKOVÁ Eva	Gastroenterolog. odd.
HÁJÍČKOVÁ Jitka	Odd. úraz. a pl. chir.
HÁLOVÁ Silvie	Chirurgické odd.
HOUZAROVÁ Petra	Urologické odd.
HOVORKOVÁ Irena	Neonatologické odd.
CHÝNOVÁ Dana	Labor. bakteriologie
JAKEŠOVÁ Dana	Odd. úraz. a pl. chir.
KARTOUSOVÁ Iva	Odd. úraz. a pl. chir.
KATUŠČÁKOVÁ Marie	Labor. imunologie
KEJŠAROVÁ Alice	Chirurgické odd.
KLÁSKOVÁ Věra	Odd. úraz. a pl. chir.
KOUBOVÁ Jana	Labor. bakteriologie

KUCHAŘOVÁ Eva	Odd. úraz. a pl. chir.
MATĚJKOVÁ Anna	Labor. bakteriologie
NUSKOVÁ Hana	Kardiologické odd.
PÁTÁ Monika	Odd. úraz. a pl. chir.
SMUDKOVÁ Radka	Dětské oddělení
SMUTKOVÁ Veronika	Ortopedické odd.
SOMOLOVÁ Andrea	Plicní léčebna
STEHLÍKOVÁ Miriam	2. odd. násled. péče
ŠAŠKOVÁ Martina	Neonatologické odd.
TOBOLKOVÁ Monika	Anestez. resus.odd.
VOTRUBOVÁ Nataliya	Kardiochirurg. odd.
ZEZULOVÁ Jaroslava	Chirurgické odd.

Odchod do starobního a invalidního důchodu

1. 1. 2006 - 30. 6. 2006

BENEŠOVÁ Alena	Kožní odd.
BERKOVÁ Vlasta	Oddělení úklidu
BÍLÁ Marie	1. odd. násled. péče
BÍLÝ Josef	Odd. správy budov
BLÁHOVÁ Zdeňka	1. odd. násled. péče
BRAŠNIČKOVÁ Růžena	Labor. klin. chemie
COUFALOVÁ Irena	Neonatologické oddělení
DAŇOVÁ Eva	Oddělení úklidu
DOKTOROVÁ Marie	Oddělení úklidu
HABRDOVÁ Helena	Rehabilitační odd.
HOLUBOVÁ Marie	Rehabilitační odd.
HOŘEJŠÍ Jaroslava	Odd. ušní-nosní-krční
CHRAMOSTOVÁ Eliška MUDr.	Radiologické odd.
JERSONOVÁ Jiřina	Ženské odd.
JODLOVÁ Ludmila	Infekční odd.
JORDÁKOVÁ Miroslava	Labor. bakteriologie
KLEINOVÁ Jaroslava	Ortopedické oddělení
KOCIÁNOVÁ Olga MUDr.	Kardiologické odd.
KOLÁŘOVÁ Věra	Odd. klinické chemie
KORBELOVÁ Hana	Laboratoř bakteriologie
KRNÍNSKÁ Monika	Kardiochirurg. odd.
LANGOVÁ Ludmila	Onkologické odd.
LUNDOVÁ Marie	Ubytovna
MACKOVÁ Jana	Oddělení úklidu
MÍKA Karel	Soudně lékařské odd.
NOVÁKOVÁ Jana	Odd. zpr. ekonom. inf.
NOŽIČKOVÁ Nina	Odd. zpr. ekonom. inf.
PACHNER Vojtěch	Odd. stravovací
PARÁČKOVÁ Marie	Dětské oddělení
SALVOVÁ Helena	Oddělení úklidu
SEMERÁDOVÁ Stanislava	Infekční odd.
STRNADOVÁ Marie	Radiologické odd.
ŠÁROVÁ Eva	Ústavní lékárna
ŠERÁ Drahomíra	Oční odd
ŠIMŮNKOVÁ Blanka	2. odd. násled. péče
ŠNÉBERGEROVÁ Marie	Interní oddělení
ŠRÁMKOVÁ Marie	Odd. zaměstnanecké
VOJTOVÁ Květuše	Nervové oddělení
VOTRUBA Vlastimil	Psychiatrické odd.
WAIGLOVÁ Jiřina	Dětské oddělení

ZEMANOVÁ Václava
ŽELEZNÝ Jiří

Odd. zpr. ekonom. inf.
Onkologické odd.

V období od 1. 1. 2006 do 31. 5. 2006 nikdo ze zaměstnanců neoznámil personálnímu oddělení složení atestace.

Vydává Nemocnice České Budějovice, a. s. Ročník 17 (2/ 2006) Odpovědná redaktorka PhDr. Marie Šotolová. Bezplatné. Pouze pro vnitřní potřebu Nemocnice české Budějovice, a. s. Náklad 500 ks. Jazyková korektura Mgr. Zdeňka Švehlová – Nebe s. r. o. grafická úprava a tisk: A-grafika, Michael Haišman, České Budějovice.

HEALTHREGIO

**SPOLEČNÝ PROJEKT
VÍDNĚ, DOLNÍHO RAKOUSKA, ZÁPADNÍHO MAĎARSKA,
JIHOZÁPADNÍHO SLOVENSKA
A
JIHOČESKÉHO KRAJE**

CÍLEM PROJEKTU JE SHROMÁŽDIT REPREZENTATIVNÍ POČET STATISTICKÝCH, DEMOGRAFICKÝCH A GEOGRAFICKÝCH DAT PRO ANALÝZU ZDRAVOTNÍ PÉČE V PŘÍHRANIČNÍCH OBLASTECH. SYNTÉZA VYÚSTÍ DO KONCEPTU ZLEPŠENÍ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB V REGIONU NA ÚROVNI, SROVNATELÉ V EVROPSKÉ UNII.

HEALTHREGIO PŘINESE

- ohodnocení a ocenění nákladových faktorů ve zdravotnictví
- optimální využití existujících vývojových potenciálů a zdrojů
- vytvoření marketingové strategie
- zjištění možnosti úspor
- výměnu zkušeností a transfer know-how k hospodářskému využití v regionu

HEALTHREGIO BUDE SLOUŽIT

- osobám s rozhodujícími pravomocemi v politice a ekonomice
- poskytovatelům služeb zdravotní péče: nemocnicím, praktickým lékařům, wellness a wellbeing zařízení ...
- pracovníkům v sektoru zdravotnických služeb

ŘEŠITELÉ PROJEKTU

- NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, A. S.
- JIHOČESKÝ KRAJ
- VYSOKÁ ŠKOLA EVROPSKÝCH A REGIONÁLNÍCH STUDIÍ
- ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA JIHOČESKÉ UNIVERZITY



**TENTO PROJEKT JE FINANCOVÁN EVROPSKOU UNÍ
INICIATIVOU SPOLEČENSTVÍ INTERREG IIIA**

