



Z PRAVODAJ

OBLASTNÍ NEMOCNICE PŘÍBRAM, a. s.

ČÍSLO 10 / PROSINEC 2009 / ZDARMA // www.nemocnicepribram.cz

Slovo ředitele

Na našich pacientech nám záleží

Vážení čtenáři,

přinášíme vám v tomto čase již 10. číslo tohoto Zpravodaje. I v předvánočním čase je naše nemocnice plná novin a nejen o nich se dočtete na dalších stránkách.



V nedávné době obdržela naše nemocnice ocenění BABY FRIENDLY HOSPITAL, kterého si velmi vážíme a za něj patří poděkování především personálu novorozenecké jednotky.

Také nás navštívil Mikuláš s čerty a anděly, a děti v nemocnici se tak dočkaly nejen dárků, ale i pohádky, písniček a různých říkanek.

Páteří tohoto čísla našich novin jsou témata, o kterých v poslední době stále častěji slyšíme či čteme v médiích. Zmíním se například o cévních mozkových příhodách, chřipkových onemocněních, atopickým ekzémům, artróze a dalších.

Kromě již zavedených a stále oblíbenějších rubrik naleznete v tomto čísle nové téma pod názvem „Vaše rubrika“. Tuto rubriku jsme zařadili proto, že nás vy sami žádáte o zveřejnění například vašeho poděkování v novinách nemocnice. Nejenom, že vám rádi vyhovíme, ale tentokrát jsme již vašim námětům ve Zpravodaji přidělili stálé místo. Těší nás váš zájem zejména proto, že Zpravodaj je určen především vám. Od tohoto čísla, pokud nám zašlete vaše náměty s žádostí o jejich zveřejnění, je pak naleznete právě v nové rubrice.

V každém případě je doba adventu a Vánoce časem pro odpočinek a setkávání s rodinou a přáteli.

Přejí vám proto krásné a klidné vánoční dny, mnoho zdraví, štěstí a osobních i pracovních úspěchů nejen do roku 2010.

MUDr. Stanislav Holobrada

Nemocnice přátelsky nakloněná dětem

Ve čtvrtek 29. října byla Oblastní nemocnici Příbram předána MUDr. Annou Mydlilovou plaketa BABY FRIENDLY HOSPITAL – Nemocnice přátelsky nakloněná dětem. Toto ocenění náleží nemocnici díky jejímu dětskému oddělení, zejména pak jednotce novorozenců.



Největší zásluhu na získání plakety má personál dětského oddělení, opomenout při tom nelze hlavně zdravotní sestry a jejich práci a vztah k maminkám a jejich novorozeneckým dětem.

„O získání tohoto ocenění, respektive o splnění všech podmínek, které jsou k jeho udělení potřebné, jsme se snažili téměř pět let. Jednoduché není především přesvědčit všechny maminky o výhodách a potřebnosti kojení pro jejich miminka. Většina maminek se ale buď přesvědčit nechá nebo je kojení jejich dítěte jejich vlastním rozhodnutím. Pochvalu si zaslouží hlavně zdravotní sestřičky naší novorozenecké jednotky, které kromě výborné komunikace s maminkami jezdily pravidelně na

potřebná školení do Prahy. Poděkování patří i našim kolegyním z gynekologicko-porodnického oddělení, jejichž spolupráce s našimi sestřičkami je plně profesionální, kolegijní a lidsky vstřícná.“ říká vrchní sestra dětského oddělení Bc. Zuzana Jíchová.

Plaketa totiž není výsledkem ohodnocení technického nebo jiného vybavení nemocnice, princip udělení plakety BABY FRIENDLY HOSPITAL je postaven především na vztahu odborný

personál a „pacient“, v tomto případě novopečené maminky a jejich děti.

Novorozenecká jednotka je přítom v každé nemocnici jasným obrazem přímé a úzké vzájemné spolupráce na půdě jednoho oddělení mezi medicínskými obory pediatrie a gynekologie a porodnictví. Také proto lze bez nadsázky říci, že i vysoká úroveň této spolupráce v příbramské nemocnici přispěla k tomuto ocenění.

Ředitel nemocnice MUDr. Stanislav Holobrada dodává: „Za toto ocenění jsem velmi rád. Personál novorozenecké jednotky nemocnice je ukázkovým příkladem toho, o co se v nemocnici snažíme, tedy jak by měla komunikace mezi personálem a našimi pacienty probíhat. Naším cílem je, aby příbramská nemocnice byla nejen přátelsky nakloněná dětem, ale všem našim pacientům na všech našich pracovištích. A to se nám, myslím, postupně daří.“

Projekt, který plaketa BABY FRIENDLY HOSPITAL představuje, vychází z celosvětového Programu podpory, ochrany a prosazování kojení. Projekt je jednou z priorit Dětského fondu OSN UNICEF, Světové zdravotnické organizace a dalších mezinárodních partnerů.

Podmínkami získání statutu BABY FRIENDLY HOSPITAL je 10 kroků, které splnilo i dětské oddělení Oblastní nemocnice v Příbrami:

V čísle najdete	
Karcinomy štítné žlázy	2
Vy se ptáte, lékař odpovídá	2
Dobrou chuť!	2
Jak se chránit? – Chřipka v kostce	3
Pane primáři, na slovíčko...	3
Cévní mozkové příhody	4
Vaše rubrika	4
Ponámahová bolest	5
Atopický ekzém	5
„Nemoc akvaristů“	6
Co je to?	6

1. mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu
2. školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie
3. informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení
4. umožnit matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu
5. ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí
6. nepodávat novorozencům žádnou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných případů
7. umožnit matkám a dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně (rooming-in)
8. podporovat kojení podle potřeby dítěte (nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu)
9. nedávat kojenným novorozencům žádné náhražky, šidítka, dudlíky, apod.
10. povzbuzovat zakládání dobrovolných skupin matek pro podporu kojení a upozorňovat na ně matky při propuštění z porodnice (breast-feeding support groups)

–red–

Mikuláš v nemocnici? Jistě, jako každý rok

Stejně jako v jiných letech také v tomto roce navštívil děti v nemocnici Mikuláš.

Mikuláš nepřišel za dětmi sám, s sebou měl dva anděly a několik nezbedných čertů. Pro děti si celý pro-

gram, který se skládal z pohádky, říkanek, písniček a rozdávání dárků, připravili studenti 3. ročníku Střední zdravotní a vyšší odborné školy v Příbrami. Děti byly nadšené a písničku zazpíval i personál dětského oddělení.



>> Hlavní sponzoři Oblastní nemocnice Příbram, a. s. <<



Karcinomy štítné žlázy

Karcinomy štítné žlázy (thyroidální karcinomy) představují 1–2 % všech zhoubných (maligních) nádorů, přičemž ženy bývají postíženy třikrát častěji než muži. Frekvence výskytu karcinomů štítné žlázy má v posledních desetiletích celosvětově trvale vzestupnou tendenci, což je spojováno s nárůstem radiační zátěže životního prostředí. Hlavním prokázaným rizikovým faktorem vzniku karcinomu štítné žlázy je totiž radioaktivní záření. Příkladem může být havárie jaderné elektrárny v Černobylu v roce 1986, kdy došlo již několik let po nehodě k výraznému vzestupu počtu pacientů s tímto typem nádoru. Podobný negativní dopad měla v minulosti také léčba některých krčních onemocnění zevním ozářením, například u dětí, se zvětšením brzlíku, což bylo dříve hojně prováděno především v USA. U některých forem medulárního karcinomu štítné žlázy je prokázán dědičný přenos.

Nejčastějším zhoubným nádorem štítné žlázy je papilární karcinom (PTC) (60–80 %), který často zakládá metastatická ložiska ve spádových krčních uzlinách. 10–20 % thyroidálních malignit tvoří folikulární karcinom (FTC). Má větší tendenci k šíření krevními cévy, především do kostí a plic. Zvláštní agresivnější variantou FTC je karcinom z Hürtleho buněk (HCC). Medulární karcinom (MTC) tvoří asi 10 % karcinomů štítné žlázy. Je agresivnější než předchozí typy karcinomů, často a časně metastazuje do lymfatických uzlin. Vyskytuje se ve formě sporadické (nejčastěji), familiální a v rámci některých syndromů MEN (mnohočetné endokrinní neoplázie). Příčinou jeho vzniku je přesně definovaná genetická mutace. U všech forem kromě sporadického MTC je prokázán dědičný přenos. Anaplastický karcinom štítné žlázy (ATC) tvoří 1–10 % thyroidálních karcinomů a vyskytuje se především u pacientů starších 70 let. Je velmi agresivní, roste rychle s šířením mimo štítnou žlázu a záhy zakládá vzdálená ložiska. Z nekarzinomových typů zhoubných nádorů bývají relativně často ve štítné žláze lokalizovány maligní lymfomy (1–5 %).

Prognosa karcinomů štítné žlázy se plynule zhoršuje s věkem pacienta v době stanovení diagnózy. Nejlepší prognóza má papilární karcinom (dese-

tilé přežítí pacientů je kolem 90 %) a familiární forma medulárního karcinomu (15leté přežítí až 100 %). Nejhorší prognóza má anaplastický karcinom (přežítí méně než 8 měsíců). Prognózu zhoršuje také rozsev nádoru do lymfatických uzlin a náleží vzdálených metastatických ložisek.

Nádory štítné se projevují nejčastěji zvětšením celé štítné žlázy, někdy si pacient nahmatá jen menší bulku na přední dolní části krku. Tento náleží nemusí být provázen subjektivními obtížemi. Často však pacienti udávají tlak na krku, zhoršení polykání či dušnost. Varovným příznakem bývá chrapot podmíněný obrnou hlasivky při postižení zvrtného nervu rostoucím tumorem. U pacientů s medulárním karcinomem v rámci syndromů MEN se přidávají další vzdálené příznaky spojené s příslušnými syndromy mnohočetné endokrinní neoplázie. Nezřídka však pacienti nemají žádné obtíže či příznaky a nádor štítné žlázy se zjistí jako náhodný náleží při ultrazvukovém vyšetření krku. Většinou jde samozřejmě o nádory nezhoubné, každý takový náleží však vyžaduje podrobnější vyšetření a sledování endokrinologem.

U každého pacienta se zduřením štítné žlázy musíme vždy myslet na přítomnost zhoubného nádoru. Pacient by měl navštívit ordinaci endokrinologa, který provede klinické a laboratorní vyšetření, ultrazvuk krku a případně i punkční biopsii ze štítné žlázy (odebrání malého vzorku tkáně tenkou jehličkou při ultrazvukovém vyšetření, tzv. FNAB). Toto vyšetření je prováděno také na některých ORL pracovištích, včetně ORL oddělení Oblastní nemocnice Příbram.

Léčbou pacientů s karcinomem štítné žlázy je totální thyroidektomie (TTE – odstranění celé štítné žlázy). U pacientů po netotálním chirurgickém výkonu na štítné žláze, u nichž definitivní histologické vyšetření prokázalo přítomnost karcinomu, je indikována totalizace výkonu (druhá operace s odebráním zbylé části štítné žlázy). Výjimkou bývají pacienti s papilárním karcinomem velikosti do 1 cm, u nichž je v poslední době považováno za dostatečné i odstranění pouze poloviny štítné žlázy s tumorem. Při prokázání nádorového postižení krčních lymfatických uzlin je zároveň s TTE provedeno také odstranění všech

uzlin na příslušné straně krku. Lékařem, který stanovuje indikaci a rozsah operačního výkonu na štítné žláze, je v České republice vždy endokrinolog. Ten také řídí případnou další pooperační léčbu a sledování pacienta. Operace štítné žlázy provádí otorinolaryngolog (ORL) nebo chirurg. Tyto operace jsou prováděny také na ORL oddělení Oblastní nemocnice Příbram, kde využíváme vlastní mnohaleté zkušenosti získané ve Fakultní nemocnici Motol.

Samotná operace štítné žlázy probíhá za hospitalizace na lůžkovém ORL či chirurgickém oddělení. Celková doba hospitalizace bývá průměrně 1 týden (propuštění do domácí péče 4–7 dní po operaci). Operuje se v celkové anestézii z příčného řezu na krku. Pokud zvětšená štítná žláza zasahuje příliš hluboko za hrudní kost, je nutné provést zároveň podélné rozpuštění hrudní kosti (tento výkon se neprovádí na ORL oddělení a je doménou klasické chirurgie). Při současném nádorovém postižení krčních uzlin se v jedné operační době provádí i odstranění krčního lymfatického aparátu za prodlouženého řezu. V tom případě se operace provádí na oddělení ORL. Štítná žláza je postupně uvolněna z lůžka, přičemž se cíleně vyhledávají příštítná tělíska a ponechávají na cévní stopce. Dále je nezbytné vyhledání a neporušení zvrtných nervů, které probíhají v těsné blízkosti za štítnou žlázu. Tyto nervy zajišťují hybnost hratanových svalů a tím i hybnost hlasivek. Při jejich poranění může dojít k obrně hlasivek, což se projeví v případě jednostranné obrny většinou chrapotem. Při oboustranném poranění

vzniká i významná dušnost, jejímž jediným řešením bývá často pouze tracheostomie (otevření průdušnice a její vyústění na přední straně krku, tzv. „slávik“). Na ORL oddělení při obtížnější identifikaci zvrtných nervů v průběhu operace využíváme operační mikroskop. Po odstranění štítné žlázy se do operační rány vkládá na 2 dny podtlakový drén. Rána se většinou uzavírá pokračujícími intradermálními stehy, který zajišťuje velmi dobrý kosmetický efekt následně jizvy. Steh se odstraňuje týden po operaci, často již ambulantně. Za 2–3 týdny po operaci bývá znám výsledek definitivního histologického vyšetření odebrané štítné žlázy. Teprve poté následuje první pooperační kontrola u endokrinologa.

Pooperační péče závisí na typu a rozsahu nádoru. U malých papilárních karcinomů do 1 cm (tzv. mikrokarzinomů) je pacient po operaci štítné žlázy pouze sledován spádovým endokrinologem a otorinolaryngologem. U ostatních papilárních a u folikulárních karcinomů a také v případě nádorového postižení lymfatických uzlin je indikována pooperační terapie radioaktivním jodem 131I. Tato léčba bývá zahájena zhruba 2 měsíce po operaci a probíhá za hospitalizace na oddělení nukleární medicíny ve specializovaných centrech (např. FN Motol), kde pacient stráví přibližně 2 týdny. Radiojod je podáván ve formě roztoku, který pacient vypije. Tato léčba je pro organismus pacienta zcela bezpečná a není zatížena nežádoucími účinky jako například chemoterapie (nevolnosti, padání vlasů, průjem apod.). Radiojod cíleně zničí pouze

zbytkové buňky štítné žlázy v těle pacienta a nepoškozují ostatní tkáň. U nádorů s nízkou schopností vychytávání radiojodu (PTC a FTC u starších pacientů, MTC) je v pooperačním období indikováno zevní ozářování. Po operačním odstranění štítné žlázy pacienti trvale užívají tabletovou substituční terapii hormony štítné žlázy, kterou je nutno vysadit měsíc před plánovanou terapií radiojodem. Po skončení podávání radiojodu je tato substituční-supresní terapie podávána již trvale a zcela nahrazuje funkci původní štítné žlázy. Léčba pacientů s anaplastickým karcinomem štítné žlázy spočívá v zevním ozářování, případně v kombinaci s chemoterapií. Chirurgická léčba je zde zpravidla pouze paliativní k zajištění průchodnosti dýchacích a polykacích cest.

Závěrem bych rád vyzval všechny pacienty s onemocněním štítné žlázy aby svou léčbu nezanedbávali a řídili se pokyny svého endokrinologa. Každé zduření kdekoli na krku by mělo být signálem k návštěvě lékaře (ať již praktického či specialisty v oboru ORL). V případěčasného diagnostikování zhoubného onemocnění štítné žlázy je velká šance na úplné vyléčení a zachování zcela plnohodnotné kvality života. Endokrinologem indikovanou operaci štítné žlázy rozhodně nedoporučuji dlouho odkládat, snažte se tím šanci na vyléčení. I nezhoubné onemocnění štítné žlázy může časem přejít ve zhoubný nádor.

prim. MUDr. David Veselý, PhD.
ORL oddělení Oblastní nemocnice Příbram, a. s.

Vy se ptáte, lékař odpovídá...

primář ORL oddělení ONP, a. s., MUDr. David Veselý, PhD.

Po několika vyšetřeních u mého praktického lékaře a následně i u endokrinologa mi byla doporučena operace štítné žlázy. Na internetových stránkách nemocnice jsem si našla, že tato operaci provádíte i u vás. Chci se zeptat, zda je to možné, jaká vyšetření mě ještě čekají a co dalšího pro to musím udělat, abych byla operována v Příbrami.

Velmi mě těší Váš zájem o provedení zákroku v naší nemocnici. Na ORL oddělení provádíme operace štítné žlázy, s nimiž máme bohaté zkušenosti již z našeho předchozího působení

ve Fakultní nemocnici v Motole. Po objednání k operaci stačí jediné – navštívit ORL ambulanci (možno i bez předchozího objednání) v areálu I Oblastní nemocnice Příbram a přinést s sebou zprávu od Vašeho endokrinologa, kde musí být doporučení k operaci včetně stanovení rozsahu výkonu (zda celá či jen polovina štítné žlázy).

Provedeme u Vás základní ORL vyšetření (trvá 5–10 minut) a objednáme Vás k zákroku. Objednací doba je v současnosti zhruba jeden měsíc, v případě potřeby jsme samozřejmě schopni nabídnout i dřívější termín.

Před samotnou operací pak ještě budete muset podstoupit u Vašeho praktického lékaře předoperační vyšetření (lékářské vyšetření, EKG, krevní odběry a případně i RTG plic).

Podrobnosti o provedení a rizicích operace a další pooperační péči Vám vysvětlíme při vyšetření v naší ambulanci.



Boží hod netradičně



Dobrou chuť!

POLÉVKA – VÝVAR

kachní droby, kachní krky, jedna menší mrkev, čtvrtka menšího celeru, menší kořen petržele, sůl, pepř, polévkové těstoviny

Kachní droby a krky omyjeme, dáme vařit do studené vody s kořením, přidáme zeleninu a vaříme do měkka. Droby vyjeme, nakrájíme, krky obereme, zeleninu nakrájíme, maso i zeleninu dáme zpět do polévky. Polévkové těstoviny zaváme do polévky nebo je uvaříme zvlášť.

KACHNA NA POMERANČÍCH

kachna (asi 2 kg), olej, 3 pomeranče, cibule, lžice cukru krystal, 4 lžice pomerančové marmelády, 3 del bílého vína, 5 del drůbežního vývaru, sojová omáčka, sůl, mletý bílý pepř

Kachnu opláchneme, osušíme, nasekáme na porce, osolíme a opepříme. Oloupanou cibuli nakrájíme na drobné, pomeranče omyjeme, oloupeme, rozdělíme na dílky a překrájíme. Kůru z jednoho dobyteho pomeranče oskrábáme škrabkou a nakrájíme na drobné. V pekáči rozehrájeme olej, přidáme cibulku, kterou necháme zeskokvatět. Dále přidáme cukr, pomerančovou kůru, vývar, víno a sojovou omáčku. To vše provaříme, kachnu do pekáče vložíme kůží dolů, přiklopíme a dáme péci do trouby při 160 stupních asi na 40 minut. Pak kachnu obrátíme a pečeme dalších 40 minut. Průběžně poléváme výpekem a podléváme vývarem, nakonec šťávu slijeme.

Kachnu pak přendáme na plech a dopečeme při 180 st. dozlatova. Do šťávy přidáme pomeranče, marmeládu, provaříme, ochutíme solí a pepřem. Šťávu je možno přecedit a nebo nechat s kousky pomerančů. Podáváme s rýží nebo brambory.

DEZERT – OVOCNÝ SALÁT

2 banány, 2 pomeranče, 2 mandarinky, 2 kiwi, ananas, strouhaný kokos, cukr, šťáva z citronu

Ovoce omyjeme, oloupeme, nakrájíme na stejné kousky, rozdělíme do misek, zalijeme marinádou z cukru a citronové šťávy. Před podáváním posypeme strouhaným kokosem. Podáváme chlazeně.

Přejeme vám dobrou chuť!



primář oddělení klinické mikrobiologie a parazitologie ONP, a. s., MUDr. Petr Ježek

Jak se účinně chránit v současné epidemii mexické chřipky proti nákaze?

Podobně jako u běžné sezónní chřipky je nejúčinnější prevencí včasné očkování. Ovšem proti mexické chřipce není vakcína dosud plně dostupná a vakcinace samotná je zatížena názorovou nejednotností i u odborníků. Další formou ochrany v čase epidemie je dodržování nejzákladnějších zásad hygienicko-epidemiologických doporučení.

Mezi ně patří zejména vyhýbat se velkým akcím, kde se soustřeďuje větší množství lidí, jako jsou například různé společenské akce – divadlo, kino, diskotéky a další. Mení

vhodné se také zdržovat ve velkých nákupních centrech. Zde může k šíření choroby přispět i nákup nechráněných potravin (tj. potravin bez obalu). Doporučeno je i co nejméně využívat hromadných dopravních prostředků, jež jsou v tomto období doslova živoucí konzervou původců infekcí respiračního traktu, a to nejen chřipky. Zamezit vzniku infekce můžeme také důsledným dodržováním hygieny rukou, tj. jejich častým mytím, případně i jejich dezinfikováním. Ruce jsou vedle kapének vykašlaných z dýchacích cest nemocného člověka jedním z nejvýznamnějších faktorů přenosu infekce.

Při vzniku tohoto onemocnění může lékař použít k léčbě některé z dostupných antiviroků. Jejich účinnost je vysoká, pouze jsou-li nasazena včas, tj. v prvních třech dnech od začátku onemocnění.

Při kontaktu s prokazatelně nemocným člověkem se lze ochránit včasnou aplikací těchto účinných preparátů v profylaktickém režimu, který taktéž určí lékař.



vedoucí fyzioterapeutka oddělení rehabilitace ONP, a. s., Mgr. Jana Populová

Mám sedavé zaměstnání a občas musím být v práci přesčas. Ve volných chvílích ale chodím plavat. I tak mě poměrně často bolí záda a někdy mne bolest překvapí ve volných chvílích, zejména o dovolené, tedy když vlastně odpočívám. Proč se to stává a jak to mohu ovlivnit?

Bolesti pohybového aparátu, zvláště pak v oblasti páteří, jsou stále častější příčinou pracovní neschopnosti jedinců. Hlavním důvodem těchto potíží je většinou nedostatek pohybu anebo naopak přetěžování pohybového aparátu, at už vlivem nepřiměřeného sportovního zatížení či nesprávných pohybových stereotypů, delším setrvalým v polohách, které podporují vznik svalových dysbalancí. A právě sedavé zaměstnání může značně přispívat ke vzniku bolestivých stavů pohybového aparátu.

Tyto problémy se posouvají do stále nižších věkových skupin a bohužel dnes již vůbec nejsou výjimkou bolesti zad u dětského věku. Dětem velmi chybí pravidelný a všestranný

pohyb. Velké množství dětí tráví mnoho času u počítače, televize, též sezení ve školních lavicích nebývá ideální z hlediska ergonomie. Dalším extrémem jsou děti, které sice sportují, ale na vysoké výkonnosti úrovní. U takových dětí pak dochází k přetěžování pohybového aparátu. Zpočátku se projeví potíže funkčního rázu, později může vlivem přetížení dojít i ke změnám strukturálním.

Co dělat? Pokud máme sedavé zaměstnání, je třeba ve volných chvílích aktivně odpočívat. Je na každém z nás, které sportovní aktivity zvolíme. Ať už je to jízda na kole, plavání, cvičení v posilovně, jóga nebo jiné sportovní aktivity. Pokud nejste sportovně založení, pak i delší chůze bude mít kladnou odezvu. Vždy je podstatné i to, že tyto aktivity nám pomohou odbourat stres, který nás v dnešní uspěchané době provází každý den. Stres je často také spouštěcím faktorem mnoha chorob, choroby pohybového aparátu přitom nevyjímá. Pokud si nevíte rady jak začít, pokud jsou bolesti zad či

kloubů intenzivní, trvalého charakteru, je třeba vyhledat odborníka (neurolog, ortoped, rehabilitační lékař) a absolvovat potřebná vyšetření. Na oddělení léčebné rehabilitace vám můžeme poskytnout potřebnou léčbu, poradit vhodné pohybové aktivity, vysvětlit potřebná režimová opatření – jak správně sedět, zvedat břemena, výběr matrace, polštáře, apod.

I přestože se snažíte kompenzovat pohybovou aktivitou pracovní zátěž, mohou se bolesti zad či kloubů objevovat. Pak patří již výše uvedené, vyhledat odborníka. Je třeba si uvědomit, že je na nás samotných, jak k těmto potížím přistoupíme. Pouze aktivním přístupem ke svým potížím je možné dosáhnout úpravy nebo alespoň zmírnění problémů.



Artróza – jedno z hlavních témat ortopedie

Osteoartróza postihuje nejvíce právě váhonošné – kyčelní a kolenní klouby. Primární postižení ramenních kloubů, lokte a zápěstí není tak časté. Mnohem častěji je postižení artritickým procesem u těchto kloubů až sekundárně. Není to onemocnění pouze kloubní chrupavky, ale i ostatních kolem kloubních tkání. Hovoří se o postižení 12–15 % populace. Největší výskyt je nad 65 let, kde postihuje až 50 % populace. Toto onemocnění má progresivní charakter a vede většinou k rychlému poklesu funkce kloubu – omezení hybnosti, zhoršení kvality života, kdy je nutné nošení francouzských holí či jiných ortopedických pomůcek, často si vyžadá operační řešení, v těžkých stádiích pak totální endoprotézu. Žádná z teorií, která se zabývá příčinami onemocnění, zcela přesně problematiku neobjasňuje. Prvotní a nejdůležitější změnou je složení chrupavky s úbytkem určitých látek, kdy dochází ke snížení pružnosti chrupavky. U artrózy se jedná o bolestivě funkční omezení v příslušném kloubu s náklonností ke kloubním zatvrdlinám, degenerativním změnám a chyběnému postavení kloubu. Bolesti jsou typické krátkodobým trváním na počátku pohybu, často kombinované se ztuhlostí kloubů. Vystavení chladu vede k zesílení bolesti. Nejčastěji jsou postiženy klouby kyčelní, kolenní – typické je postavení do O, méně do X, klouby prstů a rukou. U artrózy chybí abnormální nálezy při krvěnině vyšetření.

Počáteční stadia onemocnění jsou doprovázena převážně ponáhamovými bolestmi, které se léčí zejména režimovými opatřeními, kterými chápeme sni-

žení nároků na kloub – omezení nošení těžkých břemen, omezení chůze po nerovném terénu, omezení některých aktivit – např. práce v kleče či dřepu, skoky, běh, vhodná je obuv s měkkou podrážkou a nízkým podpatkem, včasné použití hole na zdravé straně, omezení sportovních aktivit, jízda na koni, důležitá je redukce váhy, fyzikální léčba (ultrazvuk, magnetoterapie, laser, akupunktura, vodoléčba, aplikace tepla a chladu) – to vše ve snaze ovlivnit svalové stahy, bolest, zlepšení pohybu posilováním svalů a udržení rozsahu hybnosti kloubů. Pohybová léčba se provádí za účelem snížení svalového stahu, odstranění spouštěcích bolestivých bodů, posílení oslabených svalů a jejich zapojení do mechanismu chůze. Pokud není úspěch, zahajuje se místní léčba – gely, masti a analgetika. Při nedostatečném efektu analgetik pak nastupuje využití tzv. nesteroidních antirevmatik, jako je ibuprofen, diclofenac a další preparáty.

Střední stupeň onemocnění, kdy bývá bolest i několik dní, většinou ještě ponáhamová, ale už je přítomna i klidová bolest, s rentgenologickým zhoršením obrazu, se léčí všemi předchozími opatřeními. Doplňujeme nesteroidní antirevmatika, nebo pokud jejich účinek není adekvátní, provádíme jejich záměnu. Aplikujeme nitrokloubně kortikoidy, přičemž počet těchto aplikací by neměl přesahovat 3 až 4 ročně. Pokud jsou přítomny chronické náplně kloubu, provádí se aplikace radioaktivní látky nitrokloubně k zastavení produkce zánětlivé tekutiny. V tomto stadiu lze provést artroskopickou operaci, nejčastěji kolenních kloubů, pokud jsou blokády nebo

přeskakování v kloubu, kdy lze očekávat zlepšení stavu odstraněním mechanické překážky. Artroskopii využíváme k přesnému stanovení stupně a rozsahu artritického postižení kloubu. V tomto stadiu lze doporučit periodickou léčbu pomalu působícími léky na chrupavku – tzv. chondroprotektivy, jako jsou glukosaminosulfát, chondroitinsulfát, diacerin, které mají bohaté zastoupení na našem trhu v různých preparátech s různým složením. Jejich nástup účinku je většinou opožděný, ale přetrvává pak 2 až 3 měsíce po jejich vsazení. Doporučujeme 2 série chondroprotektiv do roka – tj. 6 měsíců. Doporučená dávka glukosaminosulfátu je 1 500 mg, chondroitinsulfátu je 800 mg denně. Další z látek této skupiny je kyselina hyaluronová a její deriváty, tzv. hylany, které se aplikují v injekcích přímo do kloubu. Proč do kloubu? Protože hyaluron je součástí synoviální tekutiny, která zaručuje jeho elastoviskozitu.

Hovoříme o tzv. viskosuplementaci, která by měla vést ke snížení bolesti a zvětšení rozsahu hybnosti. Doménou aplikací těchto injekcí je kolenní kloub, ale aplikace lze provést do kteréhokoli kloubu postiženého artrózou či při poškození chrupavky. Přípravek má vliv pouze na kloub, do něhož byl aplikován, nevyvolává obecný systémový účinek. Preparáty jsou částečně nebo nejsou vůbec hrazeny pojišťovnami, záleží na rozsahu onemocnění kloubu. Preparát je na trhu více, aplikují se různé v jedné 6ml injekci, ve 3 injekcích nebo 5 injekcích 1 ml po týdnu – účinek je popisován až 6–12 měsíců. Tyto injekční preparáty by se neměly používat, pokud je v kloubu nitrokloub-

ní výpotek. Po injekci se vyvarujte jakékoliv namáhavé činnosti a až po několika dnech se vraťte k plné aktivitě. Po injekci se může objevit v ošetřovaném kloubu krátkodobá bolest, otok nebo výpotek. Výraz chondroprotektiva známe asi 40 let, tehdy se používaly známé preparáty Rumalon a Arterapon, oba dva preparáty byly staženy z výroby, protože se nepodařilo vědecky prokázat jejich podpůrný účinek na chrupavku.

U pokročilých forem artrózy – kde jsou již přítomny velké obtíže, klidové bolesti, otoky, náplně, omezení pohybu kloubu, tvarové úchytky, doporučujeme nesteroidní antirevmatika v plné dávce, analgetika, protetické pomůcky – ortézy, operné pomůcky – francouzské hole, berle, chodítka. Zde už je zcela jasná indikace k operačnímu řešení – u kolenních kloubů artroskopické ošetření menisku, chrupavek, úpravy osy kloubní – osteotomie, částečné či totální náhrady, povrchové náhrady.

Za úspěšnou považujeme tu léčbu, kdy se nám podaří odstranit klidové bolesti, ponáhamové bolesti, nebo tyto zůstávají v menší míře přítomny, ale nezhoršují kvalitu života. U tohoto onemocnění musíme přijmout určité zhoršování, protože ho nelze kompletně vyléčit. Zdůrazňujeme se nutnost komplexní léčby s individuálním přístupem ke každému pacientovi. Současná léčba má jasné cíle: snížení bolesti kloubu se zvýšením či zachováním rozsahu jejich pohyblivosti, zmenšení fyzického omezení pacienta, zabránění dalšího poškození postiženého kloubu.

Artróza může postihovat jeden nebo více kloubů zároveň, v takovém případě

pak hovoříme o polyartritickém syndromu. Rozdělujeme ji na fyziologickou – projevy artrózy při stárnutí, tedy úměrně věku, dále na primární, tzv. idiopatickou, bez zjištěné příčiny, sekundární – kde je zjištěná příčina. Ta se dále dělí na 1.) metabolickou – způsobenou určitými metabolity – sem patří dna, pseudodna, ochrónóza, akromegalie, hemochromatóza, 2.) anatomickou či mechanickou, na podkladě vrozeňých vývojových vad, ale i nestěně délkou končetin z přetížení z různých příčin, 3.) poúrazkovou, pooperační – po úrazech kloubních ploch, po odstranění menisku, 4.) zánětlivou – změny na podkladě kloubních zánětů, 5.) genetickou, 6.) neurogenní.

Shrnu-li na závěr možnosti léčby osteoartrózy, tak je v první řadě nefarmakologická – vzdělávání pacienta, pohybová aktivita, fyzikální léčba, použití protetických a operných pomůcek. Následuje léčba farmakologická – použití analgetik, nesteroidní antirevmatika celkově a lokálně, nitrokloubní aplikace kortikosteroidů, chondroprotektiva celkově a nitrokloubně. Poslední v řadě je léčba chirurgická – ochrana kloubního povrchu, osteotomie, částečná či totální endoprotéza.

Vzhledem k tomu, že naše populace stárne, prodlužuje se délka života a logicky vzrůstá počet pacientů s osteoartrózou. Exponenciální nárůst pacientů s kostní artrozou musí zdravotnictví očekávat, často se totiž o ní ve světě hovoří jako o epidemii 21. století. K tomu jsou zaměřeny medicínské priority ortopedie – výzkum využití nových chondroprotektiv, protizánětlivých léků i operačních technik a postupů.

MUDr. Martin Svagr, primář ortopedicko-traumatologického oddělení ONP, a. s.

Pane primáři, co si mají čtenáři představit pod názvem klinická mikrobiologie a parazitologie resp. čím se vaše oddělení zabývá?

Obecně řečeno je klinická mikrobiologie a parazitologie obor laboratorní medicíny, který se zabývá diagnostikou původců lidských onemocnění, jež se izolují z nejrůznějších materiálů odebraných od našich pacientů. Také se zabýváme testováním izolovaných původců k antibakteriálním látkám, což má velký význam pro volbu správného přípravku pro léčbu jimi vyvolaných infekcí.

Z informací nemocnice víme, že vaše oddělení hodně komunikuje se zahraničními institucemi. S jakými zahraničními pracovišti spolupracujete, v jakých tmelech a jaký přínos to pro naše pacienty má?

Ano, dlouhá léta spolupracujeme s kolegy řady univerzitních pracovišť. Nejdelší a nejvýznamnější spolupráce jsou s univerzitními laboratorními v Leidenu (Nizozemí), Ghentu (Bel-

Pane primáři, na slovíčko...

gie), Bělehradě (Srbsko) a v Bratislavě (Slovensko). V letošním roce jsme také v letním období obnovili spolupráci s kolegyní v Rockefellerově Univerzitě v New Yorku. Spolupracujeme ale také s řadou tuzemských špičkových pracovišť (Státní zdravotní ústav v Praze, Univerzita Palackého v Olomouci, Oblastní nemocnice v Trutnově). Tato spolupráce má na naše pacienty samozřejmě pozitivní dopad například v tom, že máme možnost objevovat a aplikovat do praxe nové metody diagnostiky a antibakteriální terapie. Umíme lépe vyhledávat nebezpečné kmeny bakterií a včasněji zahajovat cílenou terapii jimi vyvolaných infekcí. Také se lépe orientujeme ve využití různých opatření, které brání jejich šíření. Výhod, které pro pacienty přináší naše pracoviště, je více než u laboratorí, které takové aktivity nevyvíjejí.

Pod klinickou mikrobiologií a parazitologií si často představujeme, že Vy i Vaši kolegové na oddělení se většinou dne „díváte do mikroskopu“, je to tak? Samozřejmě, že mikroskop patří do základního vybavení každého mikrobiologa. Není však jediným významným přístrojem. Moderní mikrobiologická laborator již vyžaduje i řadu dalších přístrojů, které umožňují využití některých moderních přístupů diagnostiky.

Předpokládáme, že většinu dne v pracovní části týdne trávíte v práci. Máte koníčky? Jak odpočíváte?

Ano, mám koníčky a hned několik. Tim asi největším je mi právě mikrobiologie a parazitologie. Krom toho mám rád hory, zejména vysokohorskou turistiku, cykloturistiku, cestování, a také běhky a v létě rybaření. Jen času mám nedostatek, abych se mohl všem věnovat tak, jak bych si přál.

MVDr. Petr Ježek primář oddělení klinické mikrobiologie a parazitologie

Čím dál více si ale uvědomuji, že by si člověk měl najít čas. Neumíme odpočívat a relaxovat, a to není dobře.

Kdybyste měl k dispozici neplánovaně, třeba v lednu, týden volného času navíc – jak byste ho strávil? Co byste dělal? Zcela určitě bych takový týden věnoval horám, běžkám a horské turistice. Dokonce mám pocit, že bych něco takového již potřeboval.

Pokud byste mohl vyslovit přání, které by se Vám splnilo – co byste si přál? Aby lidé byli k sobě ohleduplnější a přátelštější.

Co byste do roku 2010 popřál sobě, svým kolegům a co našim čtenářům? Sobě a svým kolegům přejí do roku 2010, aby byli ve všech oborech a na



svých pracovištích po všech stránkách spokojení, čtenářům mnoho zajímavých, příjemných a poučných článků nejen na stránkách našeho Zpravodaje a nám všem dohromady pak pevně zdraví a pohodový celý nadcházející nový rok 2010.

Jak se chránit? – Chřipka v kostce

Chřipka je vysoce nakažlivé onemocnění, které kromě člověka postihuje i savce a ptáky. Vyskytuje se každoročně pravidelně v zimních měsících jako tzv. sezónní chřipka a patří mezi nejčastější onemocnění. Ročně chřipka postihuje kolem 10 % lidské populace na celém světě. Pokud se ale objeví zcela nový chřipkový virus, pak lidská populace nemá ochranné protilátky. „Nová“ chřipka velmi rychle zasahuje více kontinentů a postihuje velké množství mlnavé populace. V takové situaci pak mluvíme o pandemii.

V letech 1918 – 1920 došlo k celosvětové pandemii (španělská chřipka). Odhaduje se, že při ní zemřelo 20 milionů lidí. V roce 1957 se objevil v Singapuru nový subtyp viru (asijská chřipka). Tehdy onemocnělo na 1,5 miliardy lidí a zemřelo 2 miliony lidí. Další známá pandemie je z roku 1968 (hongkongská chřipka) při níž bylo na 1 milion obětí.

Chřipkové onemocnění vyvolávají viry chřipky typu A, B a C. Chřipkový virus typu C vyvolává jen sporadická onemocnění a průběh bývá lehký. Z epidemiologického hlediska je nejzávažnější virus chřipky typu A, který

velmi rychle umí změnit svoji antigenní strukturu. Velmi snadno může přeskóčit ze zvířat (prase) a ptáku na člověka. Lidé pak proti novému viru nemají protilátky, dochází k výskytu velkého počtu onemocnění a virus se rychle šíří po celém světě. Na jaře 2009 se objevil v Mexiku a v některých jižních státech USA a prasad a poté i u lidí zcela nový subtyp chřipkového viru A H1N1, který vyvolává tzv. prasečí chřipku. Tento virus se během několika týdnů rozšířil do všech kontinentů především leteckou přepravou. Nyní již i v ČR čelíme pandemii této nové prasečí chřipky.

Chřipka je kapénková nákaza. Pro šíření viru jsou příznivé zimní měsíce. Virus je vylučován kýcháním, kašláním, rýmou. Znečištěné ruce jsou také zdrojem infekce. Pandemická chřipka má těžší průběh, má více komplikací a může skončit ve výjimečných případech i smrtí. Inkubační doba chřipky je průměrně tři dny. Charakteristický je rychlý nástup teplot, celková ztuhlost, bolesti hlavy, zimnice, bolesti kloubů, svalů. Bývá suchý, dráždivý kašel. Teploty trvají okolo 5 dnů a mohou být velmi vysoké. Po prodělá-

ném onemocnění ještě několik týdnů může přetrvávat únava a kašel. V epidemiích chřipky bývají časté komplikace. Ohroženou skupinou jsou především starší lidé, pacienti s chronickým srdečním či plicním onemocněním, lidé s poruchou imunity, těhotné ženy a malé děti. Nejčastější komplikací jsou primární záněty plic, které jsou způsobeny samotným chřipkovým virem. Při sekundárním zánětu se k virovému postižení ještě přidává tzv. bakteriální superinfekce. Tyto stavy bývají vážné a mohou skončit i úmrtím.

Léčba chřipky v nekomplikovaných případech je jen symptomatická. Nezbytný je klid na lůžku, dostatek tekutin. Vhodné jsou běžné léky tlumící dráždivý kašel a léky snižující teplotu. U dětí nejsou vhodné léky typu Acylpyrin. Podání antibiotik u nekomplikované chřipky nemá opodstatnění. U rizikových pacientů při důvodném podezření a při prokázání chřipce lze podat antivirová (Tamiflu, Relenza). O aplikaci těchto léků rozhoduje vždy lékař, a proto tyto preparáty nebývají v lékárně ve volném prodeji. Pokud vysoké teploty trvají déle než 5 dní, je nutné vyhledat lékaře.

V epidemii chřipky je žádoucí omezit kontakt ve velkých skupinách lidí. nutně je časté větrání místnosti a mytí rukou. Je vhodné nekouřit či alespoň nekouřit v místnosti.

Nejúčinnější prevencí před chřipkou je očkování. Statisticky jednoznačně snižuje počty nemocných (a tím i počty komplikací včetně úmrtí). Vysoká proočkovanost významně omezuje šíření chřipky. K očkování tzv. sezónní chřipky lze použít několika očkovacích látek, které jsou běžné na trhu. Vždy je ale nutné poradit se se svým praktickým lékařem. Nejvhodnější dobou k očkování jsou podzimní měsíce.

K očkování pandemické prasečí chřipky byla do ČR dovezena vakcína Pandemrix. Vzhledem k omezenému počtu dávek jsou zatím očkováni vybrané skupiny populace. Jde o nemocné se závažnými chronickými nemocemi, u nichž by chřipka jistě měla těžký průběh. Výběr provádí zdravotní pojišťovny ve spolupráci s praktickými lékaři. Dále jsou očkováni vybraní pracovníci, kteří zajišťují zdravotnické a sociální služby. Očkují

se také pracovníci ve veřejných službách, kteří jsou nezbytní pro řádný chod státu. S postupným dovozem vakcíny budou očkováni další vybrané skupiny obyvatel včetně dětí.

Po očkování mohou nastat vedlejší reakce. Ty však bývají lehké. Asi u 10 % očkovaných se vyskytuje zarudnutí nebo bolestivost v místě aplikace vakcíny. Může se objevit zvýšená teplota, bolesti svalů, bolest hlavy. Tyto vedlejší účinky během několika dnů samy odezní.

V médiích probíhá velká diskuze o bezpečnosti pandemické vakcíny Pandemrix. Mezi pochybovače bohužel patří i někteří lékaři. Všechny doposud provedené studie však potvrzují bezpečnost této vakcíny a minimální počet vedlejších reakcí. Osobně se domnívám, že všichni lidé, kteří patří do vybraných skupin, by měli využít možnosti nechat se naočkovat. Vzhledem k rychlé a zvyšujícímu počtu nemocných musí být toto očkování provedeno co nejdříve.

MUDr. Karel Šedivý, primář infekčního oddělení ONP, a. s.

Aktuální pohled na problematiku cévních mozkových příhod

Motto: Mrtvice neboli

Co je to „mrtvice“

Cévní mozková příhoda (CMP) – mrtvice – iktus, je postižení mozkové tkáně vyvolané buď omezením průtoku krve (ischémie, infarkt), nebo prasknutím tepny a následným krvácením. Mozkové příhody jsou třetí nejčastější příčinou úmrtí. V České republice jich zaznamenáváme 250–300 na 100 000 obyvatel (tedy stále jeden z nejvyšších počtů v civilizovaném světě). Až 40 % pacientů po CMP do jednoho roku umírá, 50 % je trvale invalidních, z toho 25 % těžce. To samozřejmě přináší značné problémy ekonomické i sociální. Jedná se o onemocnění, které postihuje všechny věkové skupiny, dokonce i děti.

Příčinou mozkového infarktu je nejčastěji skleróza tepen a omezení průtoku tepnou vyvolané jejím uzávěrem, nebo zúžením. Porucha průtoku krve může vzniknout už na přívodných tepnách do mozku – oblast krkavic, nebo na nitrolebních tepnách, nejčastěji střední mozkové tepně. Vyvolávající příčinou infarktu často bývá embolus, úlomek krevní sraženiny, který obturuje mozkovou tepnu. Zdrojem takového embolu může být srdce (chlopní vada), nebo sklerotický plát na velkých tepnách. Krvácení vzniká prasknutím mozkové tepny, často skleroticky změněné. Příčinou bývá velmi často špatně léčená nebo neléčená hypertenze. Krvácení se ale také může objevit po předávkování léky ovlivňujícími krevní srážlivost.

Zvláštní skupinou mozkových příhod, relativně méně častou, zato však vždy život ohrožující, je subarachnoidální krvácení, tedy krvácení mezi mozkové pleny, jehož zdrojem většinou bývá nitrolební tepenná výduť, která může prasknout při fyzicky náročných činnostech (zvednutí břemene, pohybný styk), ale i při kašli, nebo defekaci.

Klinický obraz CMP

Ať už se jedná o ischemii nebo krvácení, dochází k poruše krevního průtoku těch oblastí mozku, které jsou postiženou tepnou zásobeny. Významnou komplikací je rozvoj edému (otoku) v okolí ložiska poškození, který může mít fatální dopad. Klinické projevy závisí na postižené oblasti mozku. Může se objevit porucha řeči, slabost, ochrnutí nebo porucha citlivosti končetin na jedné polovině těla, pokles ústního koutku. Příznakem mozkové příhody mohou být poruchy rovnováhy, závratě (někdy spojené se zvracením), poruchy koordinace, okohybné poruchy, bolesti hlavy někdy i ztráta

vědomí. Prvním příznakem může být i epileptický záchvat.

Rizikové faktory CMP

Eliminace rizikových faktorů je hlavním cílem primární prevence cévních mozkových příhod. Můžeme je rozdělit do dvou skupin. Těmi neovlivnitelnými jsou věk, pohlaví, genetická determinace, faktory socioekonomické a klimatické. Je pochopitelné, že s narůstajícím věkem stoupá i incidence CMP. Z hlediska primární prevence je ale mnohem důležitější skupina ovlivnitelných rizikových faktorů. Jedná se zejména o hypertenzi, srdeční onemocnění a diabetes (cukrovka). Za nejzávažnější z nich je považována hypertenzní nemoc, zejména pro vznik mozkového krvácení. Správná léčba hypertenze výrazně snižuje riziko vzniku CMP. Opatření je ovšem třeba zejména u starších pacientů, kde příliš razantní pokles krevního tlaku může způsobit pokles mozkového průtoku.

Druhým nejzávažnějším rizikovým faktorem jsou onemocnění srdce. V důsledku poruchy funkce srdce dochází k omezení průtoku krve mozkem. Nemocné srdce může být zdrojem embolizace do mozkových tepen, často u srdečních arytmií.

Riziko vzniku CMP významně zvyšuje i diabetes mellitus.

Zvláštní pozornost si zasluhuje sklerotické procesy na přívodných mozkových tepnách. Často se přihlásí jen krátkodobými projevy – přechodná ztráta zraku na jednom oku, přechodné zhoršení hybnosti nebo citlivosti končetin na jedné polovině těla (hovoříme o transitorní ischemické atace). V takových případech má smysl včasné vyšetření těchto tepen (jako screening slouží nenáročná ultrazvukové vyšetření) a u indikovaných případech se pak provádí rekanalizační zákrok.

Významným rizikovým faktorem pro vznik sklerotických cévních změn je hyperlipoproteinémie (zvýšená hladina cholesterolu).

Důležitými rizikovými faktory pro vznik cévních onemocnění obecně jsou kouření a chronické nadužívání alkoholu. Nebezpečná jsou hormonální kontraceptiva spolu s kouřením u mladých žen.

Za rizikové faktory můžeme považovat také obezitu, nedostatečnou fyzickou aktivitu a stresové situace. U starších pacientů pak také velmi častá dehydratace (nedostatečný přísun tekutin) a s tím spojená změna průtokových vlastností krve.

Eliminace výše uvedených ovlivnitelných rizikových faktorů je tedy základem prevence cévních mozkových příhod.

Diagnostika CMP

Diagnostika CMP je postavena na klinickém neurologickém vyšetření a zhodnocení anamnestických údajů. Z přístrojových metod je rozhodující počítačová tomografie (CT), která odhalí strukturální poškození mozku a rozlíší krvácení od infarktu, případně jiných postižení (nádor).

Velmi důležité je již výše zmíněné ultrazvukové vyšetření krčních tepen, které odhalí jejich zúžení nebo uzávěr. Pokud je zvažován rekanalizační zákrok na postižené tepně, většinou se provádí klasická angiografie, tedy aplikace kontrastní látky do tepen, nebo CT angiografie, případně angiografické vyšetření magnetickou rezonancí. K odhalení zdroje embolů v srdci slouží echokardiografie.

Co se týče terapie CMP, jejím základem je v současné době kyselina salicylová, která působením na krevní destičky ovlivňuje krevní srážlivost. Nejčastěji užito-

vnikající otok mozku nebo v odúvodněných případech chirurgická léčba.

V současné době je za nejúčinnější léčbu akutního ischemického postižení mozku považována systémová trombolýza – podání rekombinantního tkáňového aktivátoru plazminogenu v odpovídající dávce do cévního systému. I tato terapie má však řadu limitací, a proto je možno ji použít přibližně u 5–6 % postižených pacientů. Největším problémem zůstává tzv. terapeutické okno – látku nelze aplikovat v časovém odstupu větším než 3 hodiny od vzniku prvních příznaků onemocnění (podle posledních poznatků se toleruje až 4,5 hodiny). Velmi často totiž cházejí pacienti pozdě. Mrtvice totiž neboli a některé alarmující příznaky jsou často pacienti přehlíženy.

Navic tuto léčbu lze podat pouze na pracovišti s odpovídajícím technickým a personálním vybavením. Důležité je především funkční CT, možnost umístit pa-

nechme ho zapískat, fouknout – asymetrie úst bývá patrná, 2.) vyzveme postiženého, aby předpáčil obě horní končetiny – často nacházíme jednostranný pokles, případně při pokusu o chůzi dolní končetina poklesává, 3.) nechme pacienta fikat jednoduché věty nebo zaběhnout slovní spojení – může se objevit porucha. Při podezření na CMP pak co nejdříve kontaktovat lékaře, pokud se jedná o lehké, nebo převahé příznaky, je možné k transportu do nemocnice použít vlastní vozidlo, jinak volat rychlou záchrannou službu, která zajistí odbornou přednemocniční péči a pacienta dopraví po předchozím avizu na příslušné nemocniční pracoviště. V současné době je schopna odbornou péči pro pacienty s CMP zajistit až na drobné výjimky každá okresní nemocnice.

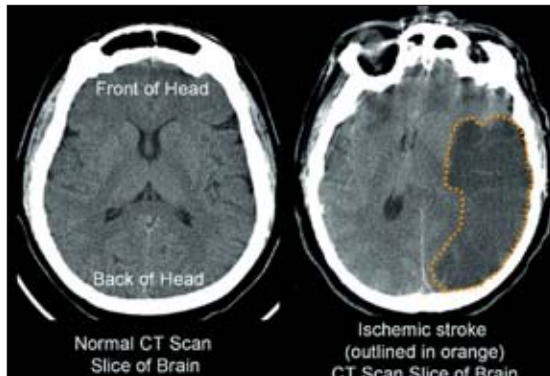
Oblastní nemocnice Příbram disponuje lůžkovým neurologickým oddělením se stálou 24hodinovou službou. I když toto oddělení nemá vlastní jednotku intenzivní péče (JIP), což je v nemocnicích obdobného rozsahu pochopitelné, je zde možnost umístit pacienty na JIP interního oddělení, kde je část lůžkového fondu pro tyto případy vyčleněna a je zajištěna i péče erudovaného neurologa. Nemocnice disponuje kvalitním vybaveným oddělením zobrazovacích metod včetně CT nebo ultrasonografie. Na vysoké úrovni fungují angiolinka je schopna provádět kvalitní angiografická vyšetření i invazivní angiologické zákroky. V nemocnici je též tým cévních chirurgů, který je schopen provádět operační rekanalizační zákroky na přívodných tepnách do mozku. V neposlední řadě o pacienty s CMP se od počátku starají kvalifikované fyzioterapeutky a samozřejmě vyškolené zdravotní sestry.

Závěr

Cévní onemocnění mozku představují v současné době jeden ze stěžejních problémů zdravotnictví. Terapie těchto onemocnění je dlouhá, nákladná a bohužel nezdířná neúspěšná i při vynaložení maximálního úsilí zdravotnického personálu a použití nejmodernějších léků.

Důležité je, že se všichni můžeme sami podílet na redukci četnosti těchto nemocí správnou životosprávou, péčí o své zdraví a zodpovědným přístupem k léčbě již probíhajících nemocí (hypertenze). Respektování těchto zásad prevence je důležitější než sebelepší tým odborníků, který řeší již jen následky.

MUDr. Jaroslav Korsa
primář neurologického oddělení
ONP, a. s.



vaným preparátem je Anopyrin. V odúvodněných případech se užívají další kombinované preparáty (ne všichni pacienti dobře tolerují salicyláty). U některých středních onemocněních (chlopní vady, fibrilace síně) se podávají antikoagulační preparáty (Warfarin). Zde jsou nutné časté a pravidelné kontroly laboratorních ukazatelů (nebezpečí předávkování, nebo naopak při neúčinné hladině reálna šance na opakovaní embolických příhod). Nedílnou součástí léčby je široká škála preparátů ovlivňujících hladinu cholesterolu.

U prokázaných zúžení přívodných mozkových tepen je indikována chirurgická rekanalizační léčba nebo angioplastika, tj. zavedení stentu upravujícího průsvit postižené tepny.

U krvácivých příhod je důležitá korekce krevního tlaku, léky ovlivňující

pacienta na monitorované lůžko a samozřejmě přítomnost erudovaného neurologa.

Podstatnou součástí léčby, často neprávem opomíjenou, je řádná a včasná rehabilitace jak hybných, tak řečových poruch. Bohužel kvalifikovaných fyzioterapeutů je trvalý nedostatek, a kvalifikovaných logopedů ani nemluví. Ale platí, že včasná a kvalifikovaná rehabilitace a samozřejmě kvalitní ošetrovatelská péče středního zdravotnického personálu je často pro kvalitu přežití akutního mozkového infarktu rozhodující.

Jak se má tedy pacient nebo jeho rodina zachovat při příznamech, které mohou signalizovat cévní mozkovou příhodu?

Bývá doporučován jednoduchý „domácí test“ k ozřejmení příznaků CMP: 1.) sledujeme tvář postiženého,

Vaše rubrika... Vyslovení uznání

Dozvole, abych vyslovil uznání vaší nemocnici, kterou v péči o moji matku zastupoval MUDr. Martin Švagr a jeho kolektiv pracovníků ortopedie a operační tým.

Matka si zlomila nohu pod kyčelním kloubem. Léčba vyžadovala operační zásah, který naše nemocnice v Českém Krumlově odmítla, protože matka je svědkem Jehovovým a žádala operaci s využitím bezkrevných operačních postupů.

O pomoc jsme tedy požádali oddělení ortopedie největší nemocnice v kraji – Nemocnice České Budějovice, a. s. Ani zde po poradě lékařů nedoporučili provedení výkonu na této klinice. Záležitost nabrala zajímavý směr poté, co mi dodatečně telefonovala sekretářka primáře budějovické ortopedie s tím, že po poradě s lékaři doporučují hospitalizaci v Oblastní nemocnici Příbram, kde záležitost předjednála s primářem Švagrem,

kteří se podle jejich poznatků bezkrevnou chirurgií zabývá a předala mi veškeré kontakty.

Poté jsem již jednal s primářem Švagrem, přičemž komunikace byla neobyčejně rychlá a konstruktivní a velmi rychle došlo i na operaci, která byla vykonána již za cca 20 hodin od příjmu na oddělení.

Operace proběhla úspěšně a matka následně absolvovala rehabilitační péči na Dobříši.

Poděkování Klubu stomiků příbramské chirurgii

Klub stomiků ILCO by rád poděkoval prostřednictvím Zpravodaje Oblastní nemocnice Příbram, a. s., chirurgickému oddělení vedeném primářem doc. MUDr. Janem Fantou, DrSc., a vrchní sestrou Bc. Jaroslavou Novotnou za vzornou pečlivost a sta-

rostlivost o naše členy (pacienty), kteří byli operováni a byla jim provedena stomie (vývod).

Máme velmi dobrou zkušenost s celým personálem chirurgie, který nám zajišťuje veškeré pomůcky, rudy a servis, zúčastňuje se pravidelně

našich schůzí, na kterých odpovídají na dotazy našich pacientů.

Pani Novotná a stoma-sestra paní Linhartová nám také zajišťují odborné přednášky lékařů, které jsou na profesionální úrovni – například přednáška MUDr. Jana Bürgera, MUDr. Rejka,

vedoucí lékařky onkologického centra a další.

Všichni věříme, že se naše poděkování do vašeho Zpravodaje dostane.

Ne všichni jsme zvyklí na tak vstřícné a vřelé jednání, jaké se nám dostává od lékařů v mnoha oborech.

Myslím, že stejně pokrokovou cestou jde i Oblastní nemocnice Příbram.

Dozvole, mi, abych Oblastní nemocnici Příbram, a. s., touto cestou popřál mnoho úspěchů, protože úspěch vede ke spokojenosti pacientů a pracovníků nemocnice a také k většímu hospodářskému profitu jakéhokoliv zdravotnického zařízení.

Pokud to uznáte za vhodné, prosím o přetisk celého mého dopisu jako vyjádření uznání ve vašem Zpravodaji.

David Kejíš
Český Krumlov

rgického oddělení příbramské nemocnice.

Jistě si všichni naši členové-pacienti velmi rádi tento článek přečtou a potěší je, že se splnilo jejich přání poděkovat celému oddělení za péči a starostlivost, kterou nám vždy poskytují.

Emil Bernard
předseda Klubu stomiků
ILCO Příbram

Mozaiková plastika

Na operačních sátech ortopedicko-traumatologického oddělení používáme nové nástroje k operaci kolena, která se nazývají mozaikoplastika. Tato metoda se využívá k řešení hlubokých chondrálních (chrupavčitých) defektů. Technika spočívá v odběru válcovitých osteochondrálních (kostně-chrupavčitých) štěpů z nezářezové oblasti kolena s jejich přesunem do defektů v zářezových oblastech kolena. Nutné je zpětně

vytvořit, dodržet a vytvarovat přesně anatomický povrch chrupavky, tak, jak byl původně před poškozením. Indikací pro mozaikovou plastiku jsou hluboké chondrální defekty 3. a 4. stupně v zářezové ploše kloubní plochy femoru (stehenní kosti) nebo ve femoropatelním skloubení, (skloubení mezi českou a kloubní plochou stehenní kosti). Není využívána pro defekty na kloubní ploše tibie (bércevé kosti).

Nejvhodnější pro tuto plastiku jsou zejména izolované defekty chrupavky po traumatech. Je doporučována u pacientů do 50 let, je však vždy nutné přihlídnout k biologickému opotřebení kolena pacienta se stanovením rozsahu kolenní artrózy. Velikost defektů určených k operačnímu řešení jsou od 0,5 cm² až do 2 cm², při hloubce do 10 mm. Nedoporučuje se u pacientů s pokročilou artrózou, interními a metaboličnými onemocněními, při nestabilitě kloubu, posunech český, osových úchylných kolena. Odebírají se cylindrické oteochondrální štěpy do 5–10 mm

v průměru, z okrajových oblastí kloubní plochy stehenní kosti. Techniku provádíme otevřeně, ale lze ji v omezené míře provést i arroskopicky. Kombinací štěpů různé velikosti je docíleno vykrytí defektu v 70–100 % poškozené plochy. Pokud se štěpy přes sebe překrývají, hovoříme o puzzle technice.

Použití těchto štěpů není určeno pouze pro oblast kolena, ale taktéž se s výhodou dá použít pro defekty na boky, hlavici pažní kosti nebo hlavici kosti stehenní. V pooperačním období je po 24 hodinách odstraněna nitrokloubní drenáž, je zahájena rehabilitace, nejlépe

s využitím motolady, tedy pasivního pohybu kloubu. Po odeznění bolesti je kloub rozvíjen do plného rozsahu hybnosti. Pacient chodí pooperačně o francouzských holích, bez došlapu operované končetiny 4–8 týdnů, v přímé úměrnosti na velikosti a lokalizaci operovaného defektu. Sportovní zátěž doporučujeme po 6 měsících od operace.

MUDr. Martin Švagr
primář ortopedicko-traumatologického oddělení ONP, a. s.

Vybavení pro provádění mozaikoplastik získala ONP, a. s., za přispění společnosti J.K.R., s.r.o., Příbram

„Fish tank granuloma“ – nemoc akvaristů

Akvaristika je v našich podmínkách nepochybně velmi oblíbeným a hojně rozšířeným koníčkem. Naši akvaristé se také stali po revoluci v roce 1989 významnými profesionálními chovateli a dodávají své ryby na trhy po celém světě. Mnozí z nich umí rozpoznat neudhy svých světců lépe než leckterý veterinář, avšak málokdo ví, že právě tyto chování společníci se mohou stát zdrojem onemocnění pro ně samotné. Takovým problémem se může stát mykobakteriální zpusobená mikroorganismem s odborným názvem *Mycobacterium marinum*. V anglosaské literatuře se toto onemocnění nazývá „fish tank granuloma“ nebo „swimming pool granuloma“. Česká odborná literatura nemá pro toto onemocnění zatím žádný oficiální výraz, ale občas se v této souvislosti objevuje název „nemoc akvaristů“. Možná také proto, že je toto onemocnění v našich podmínkách považováno za raritní.

K infekci obvykle dochází při poranění během čištění akvária nebo při odstranění nejen chovatelé, ale i rybáři a všichni ostatní, kteří přicházejí do styku se syrovými rybami. U nás jsou však popsána onemocnění prozatím pouze u akvaristů.

Postižení rybí jedinci mají často zrakem patrné kožní defekty na různých místech, časté jsou deformace celého těla, mohou mít vypoulené jedno nebo obě oči (jedno či oboustranný exophthal-

mus), zjevné šupiny a mají změněné chování. Infekce postihuje také vnitřní orgány ryby a ta následně infekci dříve či později podlehne. Zmíněné příznaky se však mohou také vyskytovat u řady dalších postižení a nelze tedy jednozna-



ně potvrdit onemocnění při nálezu kteréhokoliv z uvedených symptomů.

Důležité však je uhybnulé jedince vždy ihned po objevení z nádrže odstranit, protože jednak mohou kontaminovat celý biotop, ale jsou také zdrojem infekce pro ostatní obyvatele akvária i pro samotného chovatele. Ten se nakazí výše zmíněným způsobem a mykobakterie posléze z místa poranění (vstupní brány infekce) putuje mízními cévami. V průběhu svého putování vytváří mykobakterie tzv. granul-

my, jež se navenek projeví jako různé velké boule, někdy i s mokvavým nebo hnisavým sekretem (viz obrázek). Obvykle jsou takto postiženy především horní končetiny chovatele, zejména pak prsty, hřbet ruky a předloktí. Boule zpravidla

velmi dlouho, nezdívka i mnoho měsíců a vyžaduje pečlivé dodržování pokynů lékaře. Jinak infekce může znovu vzplout.

Přestože je infekce považována za raritní, byli na našem pracovišti vyšetřeny a prokázány již čtyři tyto infekce za poslední dva roky. Ve všech případech šlo akvaristy, jeden z nich byl profesionál, a pocházeli z různých míst ČR. Ve spolupráci s Dermatologickou klinikou VFN v Praze byli všichni úspěšně vyléčeni. Pracovníci specializované veteri-

nární laboratoře pak objevili i původce onemocnění u uhybnulých akvarijních rybiček v chovech těchto pacientů-akvaristů.

MUDr. Petr Ježek
Oddělení klinické mikrobiologie
a parazitologie, ONP Příbram, a. s.

MUDr. Monika Bodnářová
Dermatovenerologická klinika,
VFN Praha

prof. MUDr. Ivo Pavlík, PhD.
Výzkumný ústav veterinárního lékařství
Brno

Co je to?

anaplastický – charakterizovaný anaplazií (anaplazie – zvrat, návrat k primitivní nezralé formě), často se používá k označení nádorů, které mají výrazné diferencovanou strukturu, mohou připomínat až embryonální tkáň a z biologického hlediska jsou objektivně zhubnější (např. anaplastické nádory štítné žlázy nebo žaludku).

dysbalance – nerovnováha

hypertenze – vysoký krevní tlak. Opak – hypotenze. (doslovný překlad – přetlak: hyper – tenze)

karcinom – je nádorové onemocnění, vycházející z epitelu, tedy např. z vrstev kůže či sliznic (sliznicí zažívacího, močového dýchacího systému, a další) a vytváří i některé další orgány (žlázy). Karcinom

žlázového epitelu se nazývá adenokarcinom. U člověka tvoří karcinom většinu zhubných nádorů – karcinom žaludku, tlustého střeva, plíc, mléčné žlázy, prostaty, kůže a další.

obturace – ucpaní, uzavření. Obturace embolém – uzavření cévy krevní sraženinou nebo její částí.

oxymyoglobin – myoglobin v oxykyslíkové podobě. Strukturálně analogický s oxymyoglobinem.

radiojod – radioaktivní izotop jodu. Existuje devět izotopů jodu. Využívají se např. při scintigrafii štítné žlázy, ve vysokých dávkách k léčbě její zvýšené funkce či některých jejích nádorů.

rekanalizace – obnovení průchodnosti tepny po jejím předchozím uzavření (např. krevním sraženinou). K rekanalizaci dochází částečně spontánně, je však možné ji urychlit některými postupy, např. umělou fibrinolýzou.

Oblastní nemocnice Příbram přeje všem svým klientům příjemné prožití vánočních svátků.

A moc bychom si přáli v roce 2010, stejně jako v nadcházejících letech, abychom se, pokud možno, s vámi vidali jen při preventivních vyšetřeních a návštěvách dnů otevřených dveří.

	zkratka Světového poháru	čaj	ocividná	římský císař	zkratka Elektroobytu	zkratka krajské zemědělské správy		slovensky přímo	cizí měna	Vojanovy iniciály	tulení kožešina		předložit	obec u Berouna	ukazovací zájmeno	označení českých letadel	potírat	útok	středomoř. keř
	stvol						lis					řeka v USA							
	začátek tajenky											opracovati sekýrou španělská polévka							
	jhoamer. lodavec	Evropan montovaný domek			německy jeho metylalkohol					hrubší vlněná látka dar obětovaný bohu						opět částí květu			
	pak					slovenská předložka švýcarské město					nátěr tropické ovoce				mezinárod. smlouva sovětský básník				
	slovensky jaká			ruské sídlo slovensky jmeli						severské moře sportovní utkání				hod slovensky ráj				kněžstvo	dámský klobouček
	název hlásky		rovněž (z latiny) ruská řeka					peněžní soustava slovenská obec					antoušek ženské jméno			SPZ Klatov jm. norských králů			
	Starogermán						druh lemura zavařenina						postava z Lázebníka sevillského vlákno						
	zkratka okresního výboru	konec tajenky MPZ Polska																	
	ožehávat								anglicky nehět					akvarijní ryba					
	konstrukce k zneškodnění účinku vln								jméno tenky					kývavý pohyb					Ajan, Ežim, Maršak, paka