



Nemocniční listy

ČÍSLO 2 – ČERVEN 2008 – ROČNÍK IX.



PRACOVISŤE MEDICÍNY
DOSPĚLÉHO VĚKU



PRACOVISŤE
REPRODUKČNÍ MEDICÍNY



PRACOVISŤE
DĚTSKÉ MEDICÍNY



LÉČEBNA PRO
DLOUHODOBĚ NEMOCNÉ



- ▶ Slovo k vakcinaci
- ▶ Infekční porody
- ▶ X. brněnský geriatrický den s mezinárodní účastí
- ▶ Rozhovor s předsedou představenstva ag foods



www.zfpa.cz

Kontakt: tel.: 531 015 111, fax: 531 015 112, mobil: 603 264 579

VÁŽENÍ A MILÍ ČTENÁŘI,

snad si i v době dovolených, prázdnin, a z mého pohledu i zaslouženého odpočinku, najdete čas i chuť na naše Nemocniční listy. Pokud tomu tak je, pak mi dovolte vás upozornit, že se máte na co těšit. V odborné části jsme pro vás připravili několik velmi zajímavých článků o infekcích, jejich historii i přítomnosti, o jejich podobách ve věku dětském i dospělém.

Prostý název dalšího z příspěvků, Psaníčko, má „neprostý“ obsah a také hloubku. Jeho autorka nás zve na místo, kde se setkáváme se smutkem, stářím, nemocí a smrtí. Že tam, pokud se umíme a chceme dívat, je i lidská hrdost, důstojnost a láska, nás přesvědčí její článek z LDN Bílovice nad Svitavou.

Věřím, že nejen články, na které jsem si vás dovolila upozornit, stojí za vaši pozornost. Ať už ale bude číst Nemocniční listy nebo se slunit na pláži, přeji vám k tomu klid a pohodu.

Mgr. et Bc. Anna Nesvadbová

Časopis je registrován na Ministerstvu kultury ČR pod číslem MK ČR E 12096 a v Českém národním středisku ISSN pod mezinárodním standardním číslem seriálových publikací ISSN 1802-0224.

Redakční rada:

Mgr. et Bc. Anna Nesvadbová, Bc. Zuzana Velebová,
Mgr. Jana Marounková, Mgr. Marie Dudíková,
Ing. Petr Woletz, Bc. Miloslava Kameníková,
MUDr. Marta Číhalová

Adresa redakce:

FN Brno, Jihlavská 20, 625 00
tel.: +420 532 232 193
e-mail: anesvadbova@fnbrno.cz, internet: www.fnbrno.cz

Fotografie: Mgr. et Bc. Anna Nesvadbová

Grafická úprava a tisk:

IKARIA CZ, a.s., Lidická 51, 602 00 Brno
tel.: +420 531 010 915
email: grafik@ikaria.cz

Distribuce: Všechna pracoviště FN Brno, Krajský úřad Jihomoravského kraje, obě komory Parlamentu ČR, sdělovací prostředky, firmy, které s FN Brno spolupracují.

Náklad: 1 500 výtisků

Četnost: 4 x ročně

Tento výtisk je neprodejný

Editorial	3
Resumé	4
Slovo ředitele MUDr. Roman Kraus, MBA	5
Zesnul profesor Toman	6
Periodický audit systému řízení jakosti a jeho výsledky Ing. Oldřich Svoboda	7
Psaníčko Blanka Černá	9
Historie Kliniky dětských infekčních nemocí Doc. MUDr. Drahomíra Bartošová, CSc., MUDr. Tomáš Habanec	11
Klinika dětských infekčních nemocí MUDr. Tomáš Habanec	14
Klinika dětských infekčních nemocí z pohledu vrchní sestry Jana Šíblová	16
Slovo k vakcinaci MUDr. Zlatava Jirsenská	17
Rozhovor s docentkou Wiedermannovou	18
Infekční porody Bc. Miloslava Kameníková	20
Klinika infekčních chorob Prof. MUDr. Petr Husa, CSc.	22
Moje první setkání s praxí Petra Krčmářová	23
X. brněnský geriatrický den s mezinárodní účastí Doc. MUDr. Pavel Weber, CSc.	26
Rozhovor s předsedou představenstva ag foods	29
Platit jak mourovatý Mgr. Milan Klapetek	30

Resumé

This year's second issue of Hospital News, you are holding in your hands, begins with leading article by Dr. Roman Kraus, MBA, Director of the Faculty Hospital Brno. The author contemplates the traditionally uneasy economic condition of this hospital. Additionally, he pays attention to complications connected with signing of Collective Agreement or strike activities by trade union organizations.

Remembering the deceased Professor Toman, you will come to know some details about the career of the distinguished Czech pediatricist, having devoted substantial part of his professional life to the work for Children's Hospital in Brno.

Faculty Hospital Brno is the first health service institution in the Czech Republic, having gained certification according to the ISO 9001:2000 Standard, based on the work assessment of the entire institution on one hand and on functioning of the single departments on the other. The paper titled Periodical Audit of Quality Management by Ing. Oldřich Svoboda deals with the course of certification and its successful results.

The teary paper by a woman working for Motýlek Volunteer Centre sketches the living, emotions and souls of patients treated in Faculty Hospital Brno Nursing Home in Bílovice nad Svitavou.

A leitmotif of this year's second issue of Hospital News is infectious medicine of children's and adult age. Eight

thematic papers deal with history and above all with contemporary and future function regarding the Clinic of Children's Infectious Diseases and Clinic of Infectious Diseases, both being affiliations of Faculty Hospital Brno. Among the series of these papers, a special attention should be paid to interview with Mrs. Wiedermanová, Associate Professor, having headed the Clinic of Children's Infectious Diseases for two years. In spite of this short-time of performance therein, she went down in history of the Czech infectious medicine.

The treatment of infectious pregnant women or women after lying-in, somehow stands aside. The problem of such unreasonable approach is the subject of paper by Bc. Miloslava Kameníková, the Station Nurse, working in Birthing Theatres of Faculty Hospital Brno.

The Geriatric Day, traditionally organized by Faculty Hospital Brno, took place on March 12, 2008. This time, the Polish colleague, Dr. Bogumil Swoboda, appeared as a guest.

As usually, the periodical contains an interview with a V.I.P. of a collaborating company. This time, we have addressed the manager and owner of ag foods, a company participating in catering, our patients and employees are provided with.

The closing contribution, as usually, belongs to Mgr. Milan Klapetek. The author's paper, titled Pay Through the Nose, is a prosaic expression of his take on newly introduced payments of regulatory fees for health care delivery in the Czech Republic.

Slovo ředitele



Vážené dámy,
vážení pánové,

pomalu nastává čas dovolených a chvíle zaslouženého oddechu. Projeví se to i na provozu naší nemocnice. Na prázdniny je přichystán a naplánován redukovaný provoz. Kromě umožnění realizace dovolených vás všech by měl přinést i signifikantní snížení nákladů. Zároveň s tím probíhají intenzivní jednání se zdravotními pojišťovnami o navýšení příjmů pro FN Brno. Samozřejmě v mezích vyhlášek a předpisů. Cílem vedení nemocnice je napravit nepříznivý poměr mezi výkonovou a nákladovou cenou bodu: 0,887 Kč versus 1,00 Kč. To je jedna z hlavních příčin, proč zatím nebylo ukončeno kolektivní vyjednávání.

Podle časového harmonogramu probíhá rekonstrukce a výstavba prostor pro přesun traumacentra pro dospělé z Úrazové nemocnice. V červenci bude připraven urgentní příjem, v srpnu nové lůžkové oddělení a do konce října rekonstruované operační sály. Nová vyšetřovna s moderním 64vrstevným CT byla do užívání předána v těchto dnech.

Hlavním odborným tématem tohoto čísla Nemocničních listů jsou infekce, včetně nosokomiálních nákaz. Jsou problémem ve všech nemocnicích na

světě. Velmi ovlivňují morbiditu i mortalitu hospitalizovaných pacientů, přinášejí navýšení nákladů obzvláště za vzácná antibiotika a prodloužení doby hospitalizace. Důležitost této tematiky dokládá i to, že nosokomiální nákazy budou hlavním zdravotnickým tématem Francie při nastávajícím půlročním předsednictvím v EU. Doufám, že se nám společným úsilím podaří dokončit systém včasného hlášení nosokomiálních nákaz, jejich analýzy a přijetí opatření, která toto riziko zmenšují. Vše toto je možné pouze při zodpovědném přístupu všech ošetřujících lékařů, kteří jsou dennodenně v kontaktu s nemocnými. Obava, že se při vyšším zachytu (nikoliv výskytu) a včasné hlášení „zhorší“ ukazatele kvality péče, je neodůvodněná. Zatajování reality ještě nikomu nepřineslo úspěch.

Přeji vám všem kvalitní odpočinek a nabrání nových sil do vaší zodpovědné a někdy i vyčerpávající práce.

MUDr. Roman Kraus, MBA



Zesnul profesor Toman

Prof. MUDr. Miroslav Toman, CSc. je zaslužilým reprezentantem české pediatrie. V roce 1949 byl jmenován klinickým odborným asistentem na dětské klinice prof. MUDr. Otakara Teyschla v Brně. V roce 1958 obhájil docentskou habilitační práci na téma „Hladina krevního cukru u nedonošenců v prvních dnech života“.

V roce 1959 obhájil kandidátskou práci „Uropepsin u nedonošenců“. Ve spolupráci s doc. MUDr. J. Rovenským, CSc. pracoval na problematice mukoviscidózy se zaměřením na chloridový kožní potní test. Této dvojici se podařilo primát v určování heterozygotů v rodinách postižených mukoviscidózou.

Společně s akademikem Teyschlem razil zásadu upřednostňovat kojení před umělou výživou. Byla to zásada, která byla tehdy, v 60. a 70. letech, v kolizi se školou prof. MUDr. J. Švejcara z Prahy. Dnešní poznatky z imunologie a alergologie daly brněnské škole za pravdu.

V roce 1962 byl jmenován profesorem dětského lékařství.

Je žákem prof. MUDr. Otakara Teyschla a stal se jeho následovníkem ve vedení II. dětské kliniky MU v Brně od roku 1962, kdy akademik Teyschl odešel do důchodu. V letech 1962 až 1972 působil jako krajský odborník v pediatrii.

Jako profesor pediatrie vychoval mnoho lékařů, kteří jsou dnes již na dětských střediscích, nemocničních odděleních, klinikách nebo v soukromých ordinacích. Všichni tito absolventi pediatrické větve Lékařské fakulty MU na svého učitele prof. MUDr. M. Tomana, CSc. rádi a s vděčností vzpomínají.

Jako krajský odborník se prof. MUDr. M. Toman, CSc., velmi svědomitě a systematicky věnoval zvyšování úrovně pediatrické praxe ve všech okresech Jihomoravského kraje. Zvláště v péči o novorozence a kojence dosahoval JmK špičkové úrovně v rámci celého našeho státu. Jeho zásluhou se také podařilo zřídit při I. a II. dětské klinice v Brně

specializované poradny pro neonatologii, nefrologii, endokrinologii a alergologii.

Tak se profesorovi Tomanovi podařilo zajistit v rámci brněnských klinik komplexní péči ve všech základních oborech pediatrie. A to opět na špičkové úrovni našeho státu.

Prof. MUDr. M. Toman, CSc. v rámci své působnosti krajského odborníka inicioval i zřízení řady dětských zařízení, jako např. Rehabilitačního ústavu pohybových poruch dětí v Boskovicích.

Společně s prof. MUDr. Z. Bruneckým, CSc. stáli po boku akademika Teyschla také při nesnadné realizaci Výzkumného ústavu pediatrického v Brně. Byl to nesmírný úspěch, když vezmeme v úvahu tradiční konkurenční tendenci mezi Brnem a Prahou.

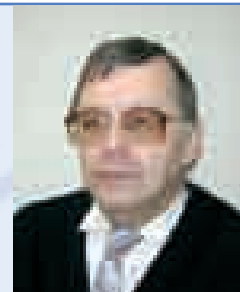
Po roce 1972 prof. MUDr. M. Toman, CSc. Fakultní dětskou nemocnici v Brně neopustil. Do doby odchodu do důchodu pracoval na Klinice dětské ortopedie na vědeckých úkolech s prof. MUDr. M. Faitem, CSc.

Zpracováno podle článku, který napsal: Doc. MUDr. D. Říčný, CSc., prim. MUDr. B. Zbýtovský ke 100. výročí založení Dětské nemocnice jako vzpomínku na významné osobnosti.



Kolektiv lékařů

Periodický audit systému řízení jakosti a jeho výsledky



Na konci února tohoto roku se uskutečnila ve FN Brno kontrolní návštěva auditorů certifikační firmy, která po roce opět rozčeřila hladinu systému řízení kvality na některých útvarech nemocnice. V mnoha z nich byly obavy a stres neopodstatněné, protože management těchto útvarů se záležitostí řízení jakosti věnuje pravidelně a systematicky. Vzhledem k tomu, že tlaky na respektování pravidel řízení kvality poskytovaných služeb v oblasti léčebně preventivní péče porostou, je třeba si na akce tohoto charakteru zvyknout. Pak je na místě si zde odpovědět na několik otázek a shrnout poznatky z kontrolní návštěvy a prezentovat dosažené výsledky.

PROČ KONTROLNÍ NÁVŠTĚVA CERTIFIKAČNÍ SPOLEČNOSTI?

Od certifikace systému řízení jakosti celé nemocnice a všech jejích tehdejších útvarů podle normy ČSN EN ISO 9001:2001 uplynul na přelomu února a března rok. Samotný certifikát má platnost tři roky, ale podle celosvětových pravidel certifikačních společností je podmínkou pro trvání platnosti certifikátu, aby certifikovaná organizace podstoupila pravidelné hodnocení kontinuity procesů certifikovaného předmětu činnosti organizace a jejich neustálé zlepšování pro vyšší spokojenost zákazníků (pacientů) i jiných zainteresovaných stran (zejména zřizovatel, pojišťovny, regionální samosprávy apod.). Kontrolní návštěvy, nebo také tzv. periodický audit, provádějí auditoři certifikační společnosti v ročních intervalech, takže během platnosti certifikátu (do následující recertifikace) se musí uskutečnit dvě kontrolní návštěvy.

„NA KOHO TO SLOVO PADNE...“

U malých a středních organizací je periodickou návštěvou poctěna celá tato organizace. Vzhledem k rozsáhlosti FN Brno je nereálné, aby se kontrolní návštěva realizovala každoročně na všech útvarech FN Brno. Pro certifikační

společnost by to představovalo velkou zátěž z pohledu kapacity potřebných auditorů a pro FN Brno by to znamenalo zejména neúměrnou potřebu finančních prostředků.

V případě nemocnice je ze strany certifikační organizace zvolen kompromis tak, aby kontrolní návštěvou auditorů certifikační společnosti prošly za dobu platnosti certifikátu všechny certifikované útvary postupně. Přeneseně, každý rok přibližně třetina zaměstnanců FN Brno. Volba konkrétních útvarů je v kompetenci vedoucího auditora certifikační společnosti.

Letos na konci února reprezentovaly FN Brno při prezentaci rozvoje svých systémů řízení jakosti před auditory Det Norske Veritas povětšinou útvary z tzv. pilotních projektů implementace, tedy útvary, kde systémy řízení jakosti fungují historicky nejdelší dobu a jsou s nimi největší zkušenosti. Prověřeny byly systémy řízení jakosti těchto útvarů: COS I, DVK, EO, CHK, KDO, KICH, KNPT, KPRCH, LDN, NCHK, NK, OHTS, OK, OKH, OPV, RDK, RHO, TB, TO a KB, UK.

CO KONTROLNÍ NÁVŠTĚVA OBNAŠÍ?

Smyslem kontrolních návštěv je zjišťování, zda manažeři útvarů své certifikované procesy řídí i nadále dle požadavků normy ISO 9001 a interní řídicí dokumentace a zda dochází plněním těchto požadavků ke zlepšování produktů či poskytovaných služeb. Auditoři posuzují a hodnotí rozvoj způsobu naplňování předmětu činnosti (scope na certifikátu) a požadavků interní řídicí dokumentace nemocnice i útvaru a legislativy.

Základem pro prověřování je proces přezkoumání systému řízení jakosti vedením příslušného útvaru a jeho plánovací součásti – politika a cíle jakosti, plán interních auditů. Předmětem hodnocení je provádění stanovených záznamů a jejich využívání pro řízení procesů předmětu činnosti (měření a monitorování procesů i produktů, analýza výsledků, nápravná a preventivní opatření). Jako samozřejmost je považováno, že řídicí dokumentace je udržována tak, aby byla vždy v aktuálním stavu. Ověřuje se realizace péče o lidské zdroje (hodnocení, vzdělávání) včetně stanovení potřebných pravomocí a odpovědností pro všechna funkční místa organizačního schématu útvaru. Důraz je položen i na neshody a jejich řízení.



JE PROVĚŘOVÁN JENOM SYSTÉM ŘÍZENÍ JAKOSTI?

Při kontrolní návštěvě, stejně jako při samotné certifikaci, nejde pouze a jenom o systém řízení jakosti. V rámci poskytování vyšší přidané hodnoty klasického auditu je činnost auditorů zaměřena na vybrané rizikové oblasti – tzv. rizikově orientovaný audit. Pro letošní rok byla vybrána témata: bezpečnost pacientů (pro medicínské útvary), vhodnost kritérií pro monitorování a měření procesů, řízení rizik při tvorbě a realizaci projektů, způsob monitorování a řešení nedostatků, které vznikly na rozhraních s ostatními úseky nemocnice (pro nemedicínské útvary). Auditóři se tak při své činnosti zaměřili nejen na systém řízení jakosti, ale prověřili i oblast vytipovaných rizikových faktorů.

Specifikou letošní kontrolní návštěvy bylo rozšíření systémového auditu o prověření připravenosti útvarů FN Brno na další rozvoj managementu o systém řízení v oblasti ochrany životního prostředí (environment) podle normy ČSN EN ISO 14001:2005 a prověření shody stávajícího systému řízení jakosti podle ISO 9001 s normou, která byla upravena na podmínky zdravotnických organizací – IWA1. Za tímto účelem byly vybrány vhodné útvary pro pilotní projekty (TO a KB, HTS environment a KDO, DVK norma IWA1) a u nich auditóři zjišťovali stupeň připravenosti a úroveň realizace požadavků příslušných systémových, popř. dalších zákonných norem.

VÝSLEDKY

a) kontrolní návštěvy

Při auditech útvarů v oblasti systému řízení jakosti nebyly nalezeny neshody ani systémové, ani méně významné, tj. veškeré požadavky systémové normy i interní a externí řídicí dokumentace byly plněny.

Pozitivní zjištění auditorů, tj. činnosti nad rámec požadavků, jsou zařazena do kategorie „pozoruhodné úsilí“. Těch auditóři identifikovali 43.

Patří sem především velmi dobře zpracovaná a vedená agenda vzdělávání zaměstnanců (plánování, realizace a vyhodnocování výcviku a školení zaměstnanců) jak na útvarech, tak v Oddělení vzdělávání a péče o zaměstnance. V útvarech byly v této kategorii kladně hodnoceny práce na digitalizaci radiologických vyšetření (RDK), analýza výsledků léčebného procesu podle diagnóz a monitorování spokojenosti pacientů (KDO), provádění interních auditů a způsob zapojení zaměstnanců útvarů do pozic auditorů (DVK, OKH), hodnocení dodavatelů (KICH), identifikace a sledovatelnost pacienta (léčebné postupy, podávání léčivých prostředků na KNPT), užívání „Kineziologického rozboru“ pro sledování úspěšnosti léčby a ošetrovatelské péče (RHO), na JIP NK vzorné provedení identifikace přístrojové techniky ve třídě IIb a další. Obecně auditóři konstatovali, že povědomí o požadav-

cích systémové normy ČSN EN ISO 9001 a jejich plnění se celkově zlepšilo zejména u pracovišť, kde je systém řízení jakosti zaveden déle. Tato pracoviště se snaží o neustálé zlepšování léčebné i ošetrovatelské péče pro vyšší spokojenost pacientů. S tím je spojena snaha o zvyšování odborné kvalifikace lékařského i nelékařského personálu. Dalšími nálezy byly tzv. pozorování (42) a náměty pro zlepšení (47). Obojí jsou názorem auditora a nemusí na ně být reagováno nápravným opatřením. Způsob řešení zvaží příslušný vedoucí zaměstnanec, protože jejich řešení by mohlo vést ke vzniku neshody. V některých případech je k tomu už velmi blízko.

Zde mezi největší problémy patří nedostatečně zpracované cíle jakosti (nekonzistentní s politikou či strategií útvaru, chybí cílové hodnoty sledovaných parametrů činnosti), chybné vyhodnocení sledovaných parametrů činnosti, nekompletní přezkoumání systému řízení jakosti vedením, chybné závěry k jednotlivým částem přezkoumání. Problémem je přetrvávající nedostatečné, popř. nedůsledné vedení potřebných záznamů – spokojenost studentů a spolupracujících školských zařízení, proškolení zaměstnanců v manipulaci s přístroji, účast lékařů na seminářích, plánování a provádění výcviku sanitářů. Auditóři bylo zjištěno, že klíče od skříní s opiáty nejsou vždy stanoveným způsobem zabezpečeny proti neoprávněnému použití a jsou dopředu anonymně vypisována pověření sestry lékařem na JIP. Při provádění, ale především při vyhodnocování interních auditů není využíváno všech možností, které tento nástroj řízení umožňuje.

Zaměření kontrolního auditu na vybrané rizikové faktory přineslo další zjištění. Zavedené postupy neumožní evidenci a sledování odběru a použití šarží léčiv pro konkrétního pacienta, nedostatky jsou v revizích a umístění hasicích přístrojů, během dopravy jídla na útvary nejsou vedeny záznamy o manipulaci s ním a během samotné přípravy stravy se vyskytují odchylky od správné výrobní a hygienické praxe (nevhodné předměty v místnostech i u zaměstnanců) apod.

Obecně auditóři svá zjištění kategorizovaná jako pozorování a náměty pro zlepšení shrnuli do konstatování, že se jedná o nesystematické chyby, lidská pochybení a nedůslednost, které bezprostředně neovlivňují kvalitu léčebné a ošetrovatelské péče, a právě zkvalitněním prováděných interních auditů, jejich důslednou analýzou a stanovením vhodných opatření je velký předpoklad jejich minimalizace, event. eliminace.

b) vstupní analýzy plnění požadavků environmentálního systému řízení

Auditóři certifikační společnosti provedli vstupní audit implementace požadavků environmentálního systému řízení do procesů dvou útvarů (pilotní projekt) FN Brno. Jako pozitivní bylo označeno zjištění, že oslovení zaměstnanci prokázali velmi dobré povědomí o problematice a prakticky prováděli environmentální opatření a řízení legislativních požadavků v oblasti vod, využívání sorbentů v autodopravě, rekuperace odpadního tepla. Vysoce je hodnocen dobrý způsob řízení dodavatelů investičních

akcí s ohledem na environmentální systém řízení a systém proškolení zaměstnanců se zakomponovanými environmentálními aspekty.

Mezi negativní nálezy auditoři zahrnuli to, že systém environmentálního řízení je rozpracován pouze částečně na úrovni vrcholového vedení, jednotlivé požadavky normy ISO 14001 na pracovištích jsou plněny jen částečně v rámci systému řízení jakosti dle ISO 9001. Nejedná se tedy zatím o cílevědomý proces podložený příslušnou požadovanou dokumentací.

c) srovnání plnění požadavků IWA1 s implementovaným systémem řízení jakosti podle ISO 9001

V rámci kontrolní návštěvy provedli auditoři certifikační společnosti prověrku/srovnání plnění požadavků normy IWA (norma ISO 9001 uzpůsobená pro zdravotnictví) vůči skutečnosti dle ISO 9001 na dvou útvech FN Brno (DVK a KDO) zařazených do pilotního projektu.

Auditoři jako pozitivní hodnotili vysokou povědomost zaměstnanců obou útvarů o systému řízení jakosti podle ISO 9001, dokumentaci zpracovanou pro specifikace odborných činností a vzdělávání zaměstnanců. Přesto pro naplnění požadavků IWA1 bylo doporučeno některé odborné činnosti doplnit o podrobnosti (přesné specifikace zjištění viz zápis z auditu). Největším problémem se jeví nesnadná, až nemožná identifikace nakupovaných léci-

vých prostředků a zdravotnického materiálu při aplikaci pacientovi. Nedostatečně je ošetřena i oblast analýzy rizik i ohrožení a jejich řízení.

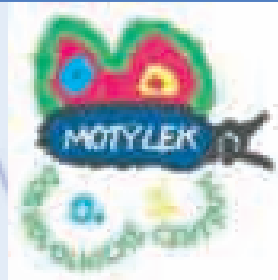
ZÁVĚR

Kontrolní návštěva poukázala na to, že v řízení jakosti se udělalo hodně pozitivního pro spokojenost pacientů s poskytovanými službami, existuje však ještě mnoho úkolů, které mohou způsobit problémy, popř. ohrozit pacienta nebo zaměstnance FN Brno, a je věcí vedoucích zaměstnanců příslušných útvarů zjednat nápravu. Pro manažery útvarů, které auditoři nenavštívili, musí výsledky kontrolní návštěvy posloužit jako podnět pro prevenci v jimi řízených útvech.

Dosažené výsledky ze všech tří oblastí budou posouzeny a analyzovány vrcholovým vedením nemocnice a v případě pilotních projektů bude rozhodnuto, zda, kdo a v jaké šíři bude v příštím období pracovat na implementaci environmentálního systému řízení a zda se budou nadále zohledňovat požadavky IWA1 nebo útvary zůstanou u naplňování základní normy ISO 9001.

Ing. Oldřich Svoboda

Psaníčko



Vzkaz je malé psaníčko, které někdo zanechal, protože chtěl povědět, ale neměl komu. Je to malý střípek pocitů, které nenašly svého adresáta. Drobný kousek papíru obsahující slova, o kterých musíme přemýšlet. Vzpomínám na vzkaz na tvrdém bílém papíru psaný starou, a přece pevnou rukou. Vzkaz z několika slov, která by sama o sobě nevyvolala žádné emoce, ale v daném spojení rozvířila proud něhy a zamyšlení.

Poslední návštěva Léčebny pro dlouhodobě nemocné v Bílovicích nad Svitavou spojená s výrobou jarních květináčků přinesla dva postřehy: jak málo stačí a jak málo lidí to dělá. Co je to málo? Přijít a poslouchat. Pohlédit. Vzít pacienta, který nebyl už týdný ven-



ku, na svěží jarní vzduch. Zasmát se. Být tam. Ono zdání klame a ten, kdo je starý a leží téměř nečinně na lůžku, může mít zdravou mysl a schopné ruce. Jenom to nemá kde dokázat a nepodnětné prostředí mu může působit velikou bolest. Jako když jsem přišla ke stařence s tváří pomačkanou mnoha lety a zaváhala, jestli vůbec vstane z postele, a ona mi ukázala takovou vůli hýbat se a žít, že jsem se musela stydět. S vypětím veškerých sil vstala, posadila se na vozík, poprosila o modrý župan a nechala se vézt. Chtěla jsem zakřičet, že jedeme zdobit květináčky, ale než jsem to stihla, klidným hlasem připomněla své kolegyni z pokoje, aby si vzala ještě něco teplého na sebe, a na mě se obrátila s tím, že je moc ráda, že ji vezu ven. První situace, která by bez dobrovolníka nenastala. Pacient by sám nikam nevyjel.

V zápalu lepení ubrousků na květináčky jsem sledovala, jak se stařenka chopila nůžek a bez problémů vystříhovala tvary, lepila a komunikovala se svým okolím. I ostatní komunikovali, a dočkali jsme se dokonce setkání po letech. Jedna babička se usmála na druhou. Ta druhá se na ni zvědavě podívala a zeptala se, proč že se na ni směje, a ta první jí připomněla, že se přece znají z jedné vsi a že spolu často mluvily, a právě proto se na ni teď směje. Čas pracuje neúprosně a dalo to hodně rozpomínání, než si druhá babička uvědomila, že tu již týdně leží kousek od své známé. Další okamžiky, které může dobrovolník podpořit. Pomoci pacientům, aby si povídali mezi sebou, aby našli spřízněnou duši přímo uvnitř místa, kde se teď odehrává jejich život.

Příjemná jarní činnost byla před obědem téměř u konce, barevné fialky stály na polici s knihami a čekaly. Pacienti se pomalu rozcházeli na oběd a většina z nás si ani nevšimla, že stařenka nechala na tvrdém bílém papíru krátký vzkaz. Zůstal ležet na kraji stolu mezi hromadou dalších papírků, přáníček a ubrousků...

To hlavní, čemu jsme chtěli věnovat druhou polovinu dne, bylo roznášení fialek do pokojů. Do všech pokojů. I tam, kde nikdo nevyráběl, i tam, kde někdo spal, i tam, kde nikdo zdánlivě nevnímal. Jak jsem již říkala, zdání klame a fialka je vždycky víc než nic. Zaklepat, pozdravit, ukázat fialku, nechat přivonět, přinést jarní pozdravy od pacientů z Dětské nemocnice, prohodit několik slov, usmát se, vybrat místo na fialku, prohodit několik slov, usmát se a jít zase dál. To je další zážitek v jinak stereotypním dni, který by se bez dobrovolníka neodehrál.

Když jsem navštěvovala pokoje žen, které jsem ráno vezla nahoru, nemohly často věřit, že jsem se ještě vrátila. Když jsem jim dala tu jejich fialku, kterou před několika hodinami zdobily, po tvářích se jim kutálely slzy. Ono to může na papíře znít pateticky a fádňě, ale když vám cizí člověk otevře své nejhlubší dojmy (a slzy, to je člověk bez masek), tak vám něco uvnitř zabrnká na tenkou strunu a cítíte, že jste někomu udělali radost. To je moment, kdy dobrovolník dává, ale také si mnohé odnáší.

Při loučení mi stařenka zašeptala do ucha, že nám na hoře nechala vzkaz. Možná bych na to jinak zapomněla,

ale když mi to řekla zrovna paní, která mi během pár hodin ukázala, jak mylný může první dojem být, vrátila jsem se do uklizené místnosti s cílem ten vzkaz najít. A hledali jsme. Pátrání v krabicích bylo zpočátku neúspěšné, ale odhodlání vydrželo a po krátké chvíli jsem v ruce držela kartičku se vzkazem. V úvodu článku jsem psala: Vzkaz z několika slov, která by sama o sobě nevyvolala žádné emoce, ale v daném spojení rozvířila proud něhy a zamyšlení. A ono to tak bylo: Dnešní datum, rok a pod tím bylo napsáno v 96. narozeninách a podpis.

Nic? Nic vás nenapadá. Mě na počátku taky nic nenapadalo. Ale každý, kdo vzkaz četl, tak trochu nahlas přemýšlel, a najednou mi to došlo. Stařenka v tak pozhnaném věku leží asi už dlouho nečinně na posteli, dívá se z okna, a člověk by si myslel, že už není duchem přítomna. A přitom nám tu napsala přesné datum, svůj věk a snad i že má narozeniny, a pod tím vším ještě stále vidím ten krásný podpis. Napsala sice pár stručných slov, ale za tím vším se možná skrývá volání: jsem tady, žiji, chci si povídat, jsem plnohodnotný člověk!

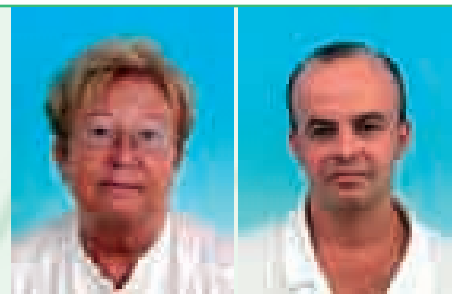
Každý, kdo přijde a udělá si trochu času, přispěje k té nejúžasnější aktivitě, která může v životě vůbec být – potěší někoho, kdo by jinak byl sám.

Dobrovolnické centrum Motýlek je občanské sdružení, které koordinuje činnost dobrovolníků ve Fakultní nemocnici Brno a v Domově pro seniory Kociánka. Dobrovolníci se pacientům a klientům věnují ve svém volném čase a bez nároku na odměnu – svou činností napomáhají k jejich aktivizaci, emoční úlevě a celkovému zlepšení psychosociálních podmínek dlouhodobého i krátkodobého pobytu v zařízení. V současném okamžiku registrujeme cca 100 dobrovolníků, 63 z toho se aktivně podílejí na činnosti určené pacientům FN Brno, 7 dobrovolníků navštěvuje klienty DS Kociánka.

Blanka Černá



Historie Kliniky dětských infekčních nemocí



Do roku 1945 byly děti s infekcemi hospitalizovány na Dětské klinice na Pekařské u sv. Anny nebo na interním oddělení Dětské nemocnice. V době rozsáhlých poválečných epidemií byla v lednu 1950 částečně uvolněna pro nemocné děti budova Charity naproti Dětské nemocnici, která sloužila jako škola a internát pro nevidomé dívky.

1. 8. 1951 byl konkurzem ustanoven primářem takto nově vzniklého dětského infekčního oddělení doc. dr. V. Kluska. Současně byl pověřen výukou dětských infekčních nemocí na Lékařské fakultě MU a vybaváním klinického ústavu.

Bylo to ohromné množství dětí, které zde musely být léčeny a současně dobře izolovány, protože tehdy teprve začínalo očkování proti nejzhoubnějším infekcím, takže ani 260 lůžek někdy nestačilo. Protože se děti velmi brzy posílaly na doléčení mimo Brno, např. žloutenky do Křetína, děti po obrně také do Jánských Lázní a děti s pertusí, které musely být minimálně 6 týdnů izolovány, do Kynžvartu. Lékaři z kliniky dojížděli za nimi na kontroly (Kreton) nebo zastupovali v létě tamější lékaře (Kynžvart).

Přes množství práce, četné noční služby, až do roku 1968 neplacené a bez volna, panoval na klinice dobrý duch, kolegialita a snaha co nejvíc pomáhat dětem, i když z počátku bylo málo sester, žádné sanitárky a v počátcích padesátých let jen 6 lékařů. Na oddělení žloutenek v době epidemie bylo třeba 68 dětí, takže leželo 7 dětí na dvou velkých postelích spojených nožičkami k sobě.

Infekční lékařství jako samostatný obor byl jednou z mladých klinických specializovaných disciplín. Téměř nikde nebylo v té době odpovídající infekční oddělení kromě Bulovky v Praze, kde jsou ovšem dospělí i děti. Proto musela být vytvořena koncepce pediatrické infekciologie, která se při založení pediatrického směru v roce 1953 stala spolu s pediatrií a dětskou chirurgií základní výukou na tomto směru.

Postupně vzniklo 7 oddělení pro spalů, černý kašel, dětskou obrnu, tuberkulózu, záškrt, infekční žloutenku a střevní náklady. Proto bylo nutné budovu přizpůsobit izolačním a provozním potřebám.

Stavební práce vlastně nikdy neustávaly. Stará budova



byla v letech 1977–1984 stavebně rekonstruována. Během této „sedmileté války“, jak jsme říkali, se stávaly výtahy, rekonstruovaly se inženýrské sítě, přestavovaly se velké místnosti na malé pokoje.

Vybudovaly se filtry pro mediky a personál, místnost pro kojící matky, místnost pro dezinfekci prádla. A to vše za plného provozu, což bylo zvláště obtížné za epidemií letních enterálních a zimních respiračních onemocnění.

Jen v roce 1982 bylo přestěhováno z místa na místo 3 600 postýlek, a to vždy i s dětmi, a celý úklid po zedních, malířích a natěračích značně zatěžoval hlavně sestry. Ambulantní provoz v tomto roce byl 14 tisíc pacientů.



Bohužel, krátce po ukončení rekonstrukce byly do prostoru infekční kliniky přestěhovány oddělení klinické hematologie a oddělení biochemie, takže přesuny uvnitř kliniky pokračovaly.

Více než 20 let usiloval profesor Kluska o postavení expektačního pavilonu určeného se svými izolačními boxy pro kombinované infekce, ambulanci a septickou stanicí s operačním sálem. Podařilo se mu realizovat až třetí návrh. Stavba byla zahájena 16. 7. 1969 a dokončena 1. 9. 1973. Ze septické stanice se stala první JIP, která v FDN nahrazovala ARO, které bylo otevřeno až 1. 4. 1991. Ošetřovaly se zde děti nejen s infekčními nemocemi, ale i všechny život ohrožující stavy z celého regionu (např. i otravy včetně houbami).

V poradnách pro kontroly nejzávažnějších stavů, po neuroinfekcích, pertusi, hepatitidě, infekční mononukleóze, borelióze, respiračních infekcích, děti s recidivujícími infekcemi a poruchami imunity byly dispenzarisovány nejen hospitalizované, ale i děti odesílané z terénu. Rovněž se očkovaly děti stigmatizované zdravotně, které odesílali pediatři z terénu.

Přes všechny tyto těžkosti se pracovníci kliniky snažili, aby dětem, které nemohli navštěvovat rodiče, zpříjemnili pobyt i esteticky. Na klinice byla také zřízena první mateřská školka ve FDN a později i základní škola. Učitelky musely ovšem chodit z pokoje do pokoje, protože z epidemiologických důvodů nemohly děti shromáždit společně.

Kromě těchto provozních a organizačních starostí nezapomínal profesor Kluska ani na úkol vybudovat z oddělení kliniku. Když začal přednášet jako externí učitel na lékařské fakultě, započaly i stáže mediků, které vedli nejstarší sekundární lékaři. Teprve v roce 1954 byli jmenováni první školští odborní asistenti a v roce 1956 dalších, celkem 5 asistentů, vedlo výuku pro všechny směry LF – všeobecný, pediatrický, stomatologický, a po léta jezdili na kliniku stážovat i medici z Olomouce.

Asistenti kliniky měli v letních měsících další povinnosti. Kontrolovali mediky pediatrického směru, kteří praktikovali na internách, gynekologiích, chirurgiích a pediatrických odděleních v okresních nemocnicích Jihomoravského kraje. Se 4., 5. a 6. ročníkem prováděli exkurze, kdy během týdne na Slovensku, další rok na Moravě a v posledním ročníku v Čechách navštívili ústavy a podniky (Galena, Opava, Podnik vyrábějící dětskou výživu v Zábřehu aj.), které z Brna neznali.

Až 27. 8. 1968 byla dekretem ministerstva školství a zdravotnictví zřízena Klinika dětských infekčních nemocí, což bylo jen formální uznání dlouholeté výukové, studijní, výzkumné a zdravotnické činnosti pracovníků kliniky.

V padesátých a šedesátých letech vychoval profesor Kluska celou řadu svých žáků a vytvořil tak školu moravské dětské infekciologie, jak po stránce odborné, organizační, tak zejména po stránce pedagogické a vědeckovýzkumné.

Činnost odborná, léčebně preventivní, osvětová a vě-



deckovýzkumná byla bohatě dokumentována rozsáhlou činností přednáškovou, publikační i obhajením četných vědeckovýzkumných úkolů v rezortu MZD a ČSAV.

Z žáků profesora Klusky se stávali nejen výborní dětské lékaři, ordináři, primáři, ředitelé nemocnic, přednostové klinik a výzkumných ústavů, ale jeho spolupracovníci zaujímali nejrůznější funkce pedagogické či nové vědecké rady, pedagogické komise, rozvrhové, redakčních rad různých odborných časopisů, v pediatrické společnosti i infekční sekce. Obdrželi četná ocenění a vyznamenání za vědeckou, pedagogickou i veřejně prospěšnou práci.

Na klinice od sedmdesátých let pracovali i 1 až 2 studenti jako vědecké síly a jejich práce se umísťovaly každoročně na předních místech pořádaných SVOČ (Studentských vědeckých konferencí). Už i poslední z těchto studentů byl jmenován profesorem LFMV.

Pan profesor byl také iniciátorem brněnských pediatrických dnů. První se konal v roce 1955 ještě v hale nové KDN. V roce 1965 se připojil vědeckou konferencí i Výzkumný ústav pediatrický (VUP). Základním impulzem ke vzniku pediatrických dnů a jejich rozrůstání bylo podnítit vědeckou sdílnost, výměnu aktualit v práci jednotlivých pracovišť navzájem a s mimoústavními pracovišti a stále oživování kontaktů se zázemím.

Na klinice byly realizovány nejrůznější fakultní, re-

zortní a státní výzkumy, které byly při obhajobách zařazovány do nejvyšších ohodnocení a dílčí zprávy publikovány v prestižních našich i cizích časopisech. Některé práce byly prioritní – studium enzymů u infekčních nemocí prof. MUDr. J. Stejskala, Dr.Sc., pozdějšího přednosty 2. infekční pediatrické kliniky a VUP, a longitudinální sledování humorální imunity u dětí v průběhu infekčního onemocnění – doc. MUDr. D. Wiedermannová, CSc.

Doc. MUDr. M. Macků, CSc., nejstarší z žáků profesora Klusky, se kromě pedagogické a vědeckovýzkumné práce o neuroinfekcích věnoval i rozsáhlé popularizační a přednáškové činnosti v oblasti zdravotnické výchovy a její organizaci v pediatrii.

Další z žáků, který se stal v roce 1990 přednostou KDIN, byla doc. MUDr. D. Wiedermannová, CSc. Převážná část její vědecké práce se týkala netypických forem infekčních nemocí v různém věku nebo u nedokonale očkováných dětí (pertusis, morbilli) a longitudinálního studia imunologického profilu u akutních a recidivujících infekcí v dětském věku. Práce vycházely z požadavku a tlaku terénu a řešily problémy kliniky a epidemiologicky závažné. Na studijním pobytu u prof. Heremans v Belgii v roce 1967 získala i metodické zkušenosti, takže mohla sledovat imunitní odpověď během klinického průběhu, rekonvalescence a uzdravení jak u některých infekcí, tak i různé reakce po očkování (morbilli, lyssa). U zjištěných imunodeficitních stavů mohla být zavedena substituční terapie. Imunomodulace a terapie např. Isoprinosinem u některých recidivujících infekcí. Ta byla prováděna dle přísných kritérií. To vše ještě v době, kdy nebyla zřízena speciální imunologická pracoviště a specifické protilátky se někdy musely určovat na mikrobiologických pracovištích, např. v Bratislavě nebo v Košicích (rubeola, lyssa). Podobně musela v devadesátých letech, v počátečním výzkumu boreliózy, jezdit do Vídně i as. MUDr. L. Krbková, CSc., k určení speciálních protilátek, než bylo možné toto vyšetření provádět i u nás v Brně. I její práce mají mezinárodní úroveň.

Další pokračovatelkou díla a koncepce profesora Klusky je nynější přednostka kliniky doc. MUDr. D. Bartošová, CSc. I ona se věnovala imunologickým a biochemickým změnám v průběhu hlavně

herpetických infekcí a ovlivňování jejich závažných forem různými terapeutickými zásahy. Spolu se svými staršími spolupracovníky – prim. MUDr. T. Habancem, MUDr. E. Žárošskou, MUDr. A. Holčíkovou, PhDr. I. Čapovou vychovávají další generace pediatriů infekcionista, kteří na kliniku nastoupili. Seznamují je s proměnami klasických i s nově se objevujícími infekčními chorobami u dětí (campylobakter aj).

Z původních 260 lůžek v roce 1951 zůstalo jen 65, protože v nové koncepci se počítá s krátkou hospitalizací, která má rychle umožnit diagnózu a zavedení racionální léčby s následnou dispenzarizací.

Dětská infekční klinika je stále zapotřebí, protože, i když se očkuje proti mnoha nemocem, opakovaně dochází ke sporadickým, někdy i větším výskytům nejrozličnějších infekcí (parotitis, perussis), často s modifikovaným, atypickým průběhem, a proto je nutné znát klasický průběh a způsoby potvrzující diagnózu (epidemiologický, bakteriologický, virologický, imunologický průkaz), aby se včas prokázala správná diagnóza, nasadila účinná terapie a zabránilo se komplikacím a ohrožení dalších osob.

V neposlední řadě je nutné pamatovat, že při stále větší migraci osob i ze zemí, kde se neočkuje, je zavlečení různých infekcí častější.

**Doc. MUDr. Drahomíra Bartošová, CSc.
MUDr. Tomáš Habanec**



Klinika dětských infekčních nemocí



ÚVODEM

Infekční lékařství je samostatný obor zabývající se diagnostikou, léčením a výzkumem nemocí, v jejichž patogenezi hraje rozhodující úlohu infekční proces. Tento proces je projevem a důsledkem vzájemného působení infekčního agens a vnímavého jedince. Infekční agens, a tudíž vyvolatel infekční nemoci, je bakterie, virus, plíseň, prvok, červ či jiný původce infekce.

Z uvedeného vyplývá, že zájmem oboru jsou nejen infekce přenášené z člověka na člověka, ale všechny nemoci vzniklé interakcí infekčního patogenu s vnímavým jedincem. Tyto nemoci mohou zasahovat lidský organismus jako celek či jeho jednotlivé části, a tato skutečnost vede k prolínání oboru infekčních nemocí s řadou jiných, často monoorgánově zaměřených oborů. Pro infekční lékařství je dále typická velká proměnlivost, daná neustálou změnou spektra i projevů infekčních nemocí. Tyto změny jsou důsledkem výskytu nových infekčních agens, změny virulence infekčních agens, modifikace klinického obrazu následkem změn vnímavosti člověka, změn účinnosti terapeutických postupů, zavlékání patogenů do oblastí, kde se běžně nevyskytují, a také nových možností prevence a profylaxe infekcí a pokroku i dalších oborů medicíny.

Pro infekční nemoci jsou typické určité znaky, se kterými se nesetkáváme u jiných nemocí: Původce infekční nemoci je živý a proměnlivý, spolu s touto proměnlivostí se mění diagnostické a terapeutické možnosti a často i celý charakter péče o nemocné. Známe nejen klinicky manifestní, ale i inaparentní infekce a bezpříznaková nosičství choroboplodného zárodku. Určitý klinický obraz může být vyvolán větším počtem různých původců nákazy, modifikujících diagnostiku i léčbu nemocí, ne vzácné jsou i smíšené infekce. Část infekčních nemocí má sklon k chronickému průběhu či recidivám. Řadě nemocí lze účinně předcházet aktivní či pasivní imunizací, některé infekční nemoci již takto byly zcela eradikovány. Mnohé infekční nemoci jsou přenosné z člověka na člověka, mohou vytvářet epidemie, a obor má od svého vzniku proto důležitý celospolečenský význam.

NĚCO Z HISTORIE KLINIKY

Historie kliniky začíná v roce 1951, kdy na přání akademika Teyschla nastoupil do Dětské nemocnice v Černých Polích MUDr. Vladimír Kluska s úkolem vybudovat výuko-



vý ústav pro dětskou infektologii. Pro nemocné děti byla uvolněna velká budova naproti Dětské nemocnici, která dříve sloužila Charitě jako internátní škola pro nevidomé dívky a internát zdravotních sester. Díky neúnavnému úsilí profesora Klusky se podařilo v krátké době budovu s velkými sály přestavět tak, aby se v dobách velkých epidemií difterie, pertuse, poliomyelitidy, morbil a hepatitid hospitalizované děti vzájemně neohrožovaly nosokomiálními nákazami. Vzniklo sedm oddělení s 260 lůžky, které někdy při velkých epidemiích ani nestačily.

Profesor Kluska musel také vytvořit koncepci pediatrické infektologie, vychovat si spolupracovníky, lékaře i sestry, a ještě navíc zahájit výuku. Dne 27. srpna 1968 byla zřízena Klinika dětských infekčních nemocí a profesor MUDr. Vladimír Kluska, CSc., byl jmenován jejím prvním přednostou.

Přes opakované adaptace stará budova nevyhovovala, a proto usiloval profesor Kluska o postavení expektačního pavilonu, určeného se svými izolačními boxy pro kombinované infekce, ambulantní provoz a septickou stanici s operačním sálem. Po téměř dvaceti letech se mu podařilo realizovat až třetí návrh, a ze septické stanice vybudovali jeho nástupci prof. MUDr. Stejskal, DrSc., doc. MUDr. Macků, CSc., moderně vybavenou jednotku intenzivní péče, která ve Fakultní dětské nemocnici nahrazovala ARO, které tady až do roku 1991 nebylo. Na JIP kliniky se ošetřovaly děti nejen s infekčními nemocemi, ale i všechny život ohrožující stavy z celého moravského regionu.

Po odchodu docenta Macků byla pověřena vedením kliniky docentka Vilma Marešová, v polistopadové době pak kliniku převzala docentka Drahomíra Wiedermannová a v současné době kliniku řídí docentka Drahomíra Bartošová.

SOUČASNOST

Jako vedoucí pracoviště oboru, které je součástí fakultní nemocnice, poskytuje KDIN léčebnou péči v plném rozsahu, jak co se týče diagnóz, tak druhu poskytované péče (intenzivní, standardní, ambulantní) pro věkové kategorie 0–18 let. Klinika disponuje 65 lůžky, z toho 11 lůžky JIP. Průměrně ročně ambulantně ošetří kolem 30 tisíc pacientů. Hospitalizovány jsou pak přibližně 2 tisíce dětských pacientů ročně, z toho 500 na JIP.

Po restrukturalizaci lůžkového fondu KDIN FN Brno pokrývá spádovou oblast cca 1,5 mil. obyvatel (v přepočtu disponuje 20 lůžky na 100 tis. obyvatel).

Klinika dětských infekčních chorob (dále jen KDIN) zabezpečuje léčebně preventivní péči pro děti s přenosnými chorobami s TBC, s cystickou fibrózou ze spádové oblasti Jihomoravský kraj, kraj Vysočina, částečně Zlínský kraj, Olomoucký kraj, Moravskoslezský kraj. Vzhledem k tomu, že KDIN je jediná svého druhu na Moravě, zabezpečuje konziliární službu a hospitalizuje všechna těžká onemocnění přenosnými chorobami z celého bývalého Jihomoravského kraje.

V souladu s celosvětovou koncepcí oboru infekční nemoci KDIN dále zabezpečuje izolaci nemocných s přenosnými chorobami nebo s podezřením na ně a diferenciální diagnostiku při podezření na infekční přenosnou chorobu. KDIN je zařízením pro izolaci nemocných dětí s karanténními chorobami a osob podezřelých z nákazy těchto nemocí: cholera, žlutá zimnice a pravé neštovice. Tuto svou službu poskytuje KDIN v příjmových a odborných ambulancích, na lůžkové části kliniky a na jednotce intenzivní péče. Poskytuje též konziliární služby v rámci celé nemocnice, v závažnějších případech pro celou jihomoravskou oblast. Pro své specifické zaměření na léčbu cystické fibrózy, TBC a vakcinací poskytuje konziliární službu i v rámci celé ČR. Preventivní opatření před nákazou infekčními nemocemi před výjezdem do ohrožených oblastí světa zabezpečuje KDIN v ambulanci cestovní medicíny.

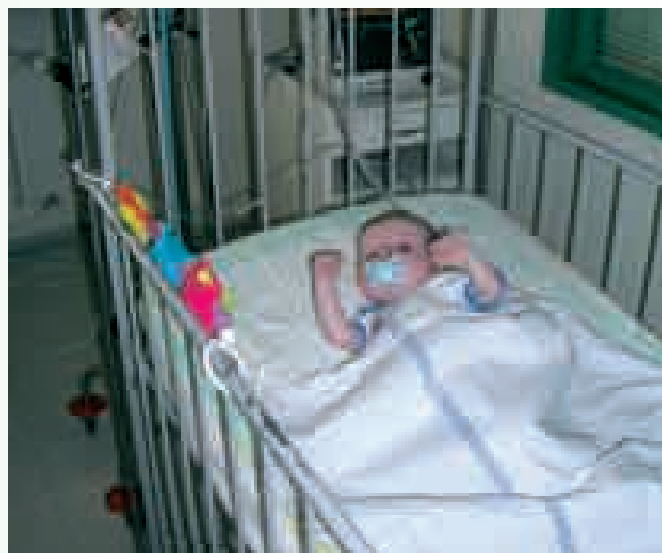
KDIN zajišťuje péči o kapénkové infekce, virové hepatitidy, antropozoonózy, plynatou sněť, neuroinfekce a všechny formy boreliózy, střevní infekce (a diferenciální diagnostiku onemocnění zažívacího traktu s podezřením na možnou infekční chorobu), febrilní stavy s podezřením na možnou přenosnou chorobu, septické stavy, kde není zjištěna příčina (k diferenciální diagnostice a léčbě do doby, než se zjistí příčina sepse). Dále KDIN zajišťuje péči o nemocné s parazitárními a tropickými nemocemi, o nemocné anti-HIV pozitivní a nemocné s AIDS. Klinika má statut centra cystické fibrózy, dále centra pro TBC u dětí a vakcinačního centra. KDIN zabezpečuje preventivní očkování proti vzteklině a péči o alergické nemocné v případě jiného druhu očkování, respektive péči o nemocné s postvakcinačními komplikacemi.

Klinika dětských infekčních nemocí FN Brno patří mezi klinická pracoviště Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně. Zajišťuje výuku infekčního lékařství pro studenty lékařského studia, a to v jazyce českém a anglickém. KDIN zajišťuje výuku infekčního lékařství, a to ve IV. a V. ročníku všeobecného lékařství, a výuku infekčního lékařství ve IV. ročníku stomatology. Výuku studentů cizích státních příslušností v anglickém jazyce (IV. ročník stomatology a IV. a V. ročník všeobecného lékařství). Ve výzkumné části se KDIN zaměřuje na důležitá aktuální témata v oboru infekčních nemocí a v tomto směru spolupracuje s dalšími pracovišti. Je spolufinancovatelem několika grantových úkolů a klinických studií.

BUDOUCNOST

Další vývoj KDIN musí vycházet z hlubokých tradic a dlouhodobého zakotvení oboru v systému zdravotní péče v naší zemi. Spektrum infekčních nemocí se stále mění. Proto vývoj oboru musí odpovídat dynamice změn ve spektru, charakteru a závažnosti infekčních nemocí.

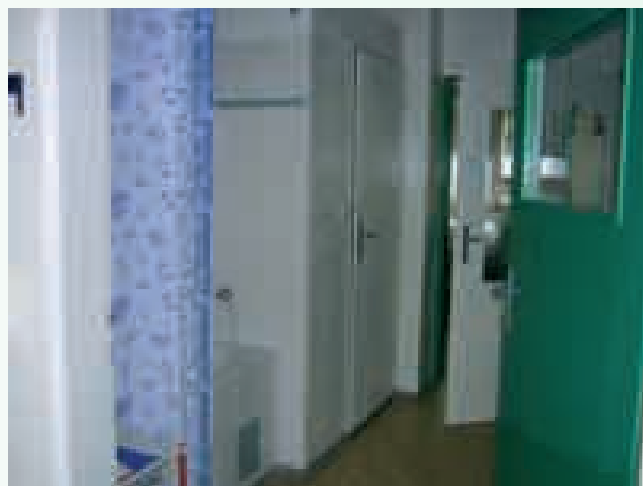
I když výskyt některých dříve obávaných nemocí se u nás v poslední době snížil, výskyt jiných infekcí se v současnosti zvyšuje a objevují se nové infekční nemoci. Přibývá těžce probíhajících infekcí, které postihují osoby se sníženou obranyschopností a často jsou vyvolány potenciálními patogeny. Stoupá počet osob infikovaných virem HIV. Stále častěji se u nás vyskytují exotické a tropické infekce a řada onemocnění je k nám importována ze zahraničí. Diagnostika i léčba infekčních chorob je stále komplikovanější a vyžaduje vysoký stupeň specializace v dané problematice. Na změny ve výskytu a spektru infekčních nemocí je třeba reagovat uvážlivým rozšířením izolačních a observačních možností (jedno až dvoulůžkové pokoje se samostatným sanitárním zařízením). Bude také nutno zvýšit počet lůžek, na nichž bude možno infekčně nemocným poskytovat intenzivní péči.



ZÁKLADNÍ PRIORITY VÝZKUMU V OBLASTI INFEKČNÍCH NEMOCÍ

- ▣ neuroinfekce
- ▣ sepsy
- ▣ výzkum infekce virem lidského imunodeficitu
- ▣ infekční hepatologie
- ▣ problematika multirezistence a nosokomiálních nákaz
- ▣ nové (vysoce nakažlivé choroby)

MUDr. Tomáš Habanec



Klinika dětských infekčních nemocí z pohledu vrchní sestry



Když jsem v roce 1976 nastupovala v modrobílé uniformě a s bílým čepečkem jako dětská sestra absolventka na infekční kliniku, čekala mě strohá starší budova ohrazená plotem a s výrazným omezením vstupu pro veřejnost. Pokoje dětí skýtal povětšinou až 6 lůžek, zdi pokojů byly všude bílé, bez jediné výzdoby. Na nočním stolečku stál pouze hrníček s černým čajem. Všude „voněl“ chlór. Při noční směně jsem musela sama běžně poskytovat ošetrovatelskou péči až 30 dětem v nejružnějších věkových kategoriích, což bylo pro mě výrazně stresující a pro hospitalizované děti jistě nebyla péče zcela optimální.

Když tuto situaci připomínáme mladým sestráům, nechtějí ji slyšet. Možná je to dobře, dnes je opravdu jiná doba. Za posledních několik desítek let se výrazně změnily podmínky pro hospitalizaci klientů a je to správné. Je pravda, že díky výraznému zvýšení hygienické úrovně obyvatelstva, rozšíření očkování a snížení porodnosti se snížil i počet lůžek na infekční klinice, ale přibyla řada nových infekčních onemocnění, dříve nepoznaných.

Změnil se systém práce v ošetrovatelství, realizovaly se nové prvky v poskytované ošetrovatelské péči, rozšířila se sesterská dokumentace. Nově se začaly vytvářet standardy ošetrovatelské péče, zdokonalil se postup při zapracovávání nových pracovníků, dal se do pohybu systém auditů pro zlepšování kvality péče. Výrazným způsobem se zvýšil počet diagnostických metod jak laboratorních, tak zobrazovacích. To vše zvýšilo nároky na znalosti a dovednosti týmu nelékařských zdravotnických pracovníků.

Dnes poskytujeme péči v rámci expektačního pavilonu na třech lůžkových odděleních a v samostatné ambulantní složce. Na prvním místě naší práce je stále zajištění včasné diagnostiky, zavedení účinné léčby a zabránění přenosu infekce. Jsme klinikou s přísnými hygienickými normami pro personál i nemocné. Základem je pro nás dodržování bariérového ochranného režimu, přičemž požadavky na přísnost izolace se stupňují dle charakteru nákazy. Izolaci pacientů zajišťujeme v jednotlivých boxech s kvalitním hygienickým zázemím. Pokoje poskytují kompletní vybavení pro běžný léčebný provoz, včetně stravování, výuky či zábavy dětí. Již několik let přijímáme matky s dítětem k hospitalizaci nebo k dennímu pobytu tak jako jiné kliniky. Rodičům i dětem to přináší jistě větší spokojenost. Pro personál to znamená výrazný nárůst v oblasti edukace ne-

jen u dětských pacientů, ale i u doprovodu. Rodiče musí být informováni o chodu oddělení, ošetrovatelské péči a hlavně o hygienickém režimu. To musí provádět personál často opakovaně, protože se během dne u lůžka dítěte mnohdy vymění maminka, tatínek i babička. Povinnost používání ochranných plášťů a jiných ochranných pomůcek u doprovodů a návštěv je náročná pro provoz kliniky i z ekonomických důvodů.

Dnes jsme v porovnání s minulostí moderní pracoviště s nejmodernější technikou a jednorázovými ošetrovatelskými pomůckami. Poskytujeme i nadstandardní ošetrovatelskou péči kolektivem sester specialisek v ARIP v rámci naší jednotky intenzivní péče s 11 lůžky. Tým pracovníků NLZP tvoří 45 sester, 1 ošetrovatelka a 9 sanitárek. V našich řadách již pracují kromě celé řady dětských sester specialisek i 2 sestry bakalářky a další studují.

Naše pracoviště již není jenom bílé, ale příjemně a útulně barevné a vyzdobené dřevěnými plastikami a obrázky. Na

všech boxech mají děti televizory, videa i počítače. Učitelky z MŠ se starají o zábavu těch nejmenších a přinášejí hry a hračky. Je stále co zlepšovat v oblasti hygienického zázemí i komfortu pacientů. Požadavky ze stran mladých rodičů i dětí neustále stoupají. Vzhledem k vybírání regulačních poplatků je tlak i na zkrácení doby hospitalizace na nejnutnější možnou míru a převedení péče do ambulantní složky.

Stále jsme místem, kde děti občas pláčou, protože je něco bolí, kde mají dietní či sociální omezení. Ale také místem, kde se děti začínají usmívat, protože se uzdravují.

Ideálem pro nás i klienty zůstává vytvoření moderní jednotky s jednolůžkovými boxy pro dítě i doprovod, s komfortním hygienickým zázemím a vybavením na úrovni 21. století. Tomu se teprve přibližujeme.

Jana Šíblová

Slovo k vakcinaci



Očkovací středisko při Klinice dětských infekčních nemocí FN Brno existuje od roku 1992. Spádově pokrýváme prakticky celou oblast Moravy, částečně i regiony Jihočeského a Východočeského kraje.

Očkování prochází v současné době mohutným rozvojem. A to jak v oblasti neustále se rozšiřujícího spektra možností očkování proti dalším preventabilním onemocněním, tak i tím, že přibývají nové vakcíny jako alternativy dosud běžně dostupných vakcín. V určitých případech máme tedy možnost výběru očkovací látky pro daného pacienta. Dále se mění i přístupy a technologie uplatňované v současné vakcinologii. Klasické intramuskulární techniky začínají být nahrazovány alternativními možnostmi aplikace (preslizniční aplikace, náplastové metody s protražovaným efektem stimulace apod.). Rychlost změn s sebou ale také nese velké nároky na informace o dostupných produktech, a to i s ohledem, s jakou rychlostí k nám přicházejí. V době, kdy již máme dostupné očkovací látky, stále probíhají studie, které mohou dodatečně pozměnit názory na doporučená schémata, počty aplikovaných dávek, odstupy od dalších očkování apod. Informace musí být průběžně monitorovány a vyhodnocovány. Takto jsme svědky diskuse

o očkování proti varicele, kdy je t. č. doporučována změna dávkovacího schématu. Dále v současné době probíhají diskuse o změně pravidelného očkovacího kalendáře. Uvažuje se o zavedení plošného očkování konjugovanou pneumokokovou vakcínou – diskutuje se nejen vhodné očkovací schéma, ale i která vakcína bude pro náš region nejvhodnější. Připravuje se zavedení posilovací dávky proti pertusi, vzhledem k nárůstu onemocnění v posledních letech, změna schématu v očkování proti TBC atd.

Zabýváme se především očkováním zdravotně stigmatizovaných jedinců – jako jsou pacienti s onkologickým onemocněním, imunodefekty jak primárními, tak sekundárními, očkováním pacientů s chronickým onemocněním (jater, ledvin, plic ap.), očkováním alergiků, pacientů s neurologickým onemocněním, pacientů s reakcí po předchozím očkování. Poskytujeme konzultace obvodním lékařům, respektive nemocničním zařízením, odpovídáme na dotazy rodičů. Dále provádíme očkování před výjezdem do zahraničí.

MUDr. Zlatava Jirsenská

Rozhovor s docentkou Wiedermannovou

Paní docentko, řekněte, prosím, našim čtenářům několik slov o počátcích vaší životní dráhy.

Narodila jsem se v Brně. Prvních několik let jsem však strávila v Trenčíně na Slovensku, kde byl zaměstnaný tatínek. V Brně jsem pak také chodila na druhé reálné gymnázium. Původně jsem chtěla studovat historii, češtinu a kunsthistorii, ale v septimě, asi vlivem četby, jsem řekla, že budu dělat medicínu. Moje třídní učitelka, češtinářka, z toho nebyla moc nadšená, já jsem si to ale prosadila.

To bylo v roce 1946. Nikdo z mé rodiny neměl s medicínou nic společného, jenom moje maminka byla taková pilná sestra Červeného kříže, a tak mě po maturitě místo zemědělské brigády dovedla k panu profesorovi Tomáškovi ke Sv. Anně, šéfovi mikrobiologie. A právě tam jsem poprvé v životě viděla, jak se kultivuje třeba tuberkulóza, záškrt, tyfus. Považovali mě za pomoc laborantům, a tak mě docent Jandásek, který tam byl asistentem, naučil základní věci. Já jsem dále chodila na internu, kde dělali venepunkce, z té krve se pak dělaly pudy, na které jsem natírala třeba záškrt. Nikdy předtím jsem nevěděla ani neviděla, jak se kultivační zkoušky dělají.

Jak pokračovala vaše práce na mikrobiologii v nemocnici U svaté Anny v Brně?

Ta práce se mi velmi líbila a pan profesor Tomášek chtěl, abych tam zůstala jako demonstrátor. Docent Jandásek tehdy ale řekl: „Ať vás to ani nenapadne. Přijdete sem, až uděláte první rigorosum, tady byste musela pracovat a potom byste neměla čas na studium. Raději se snažte udělat třetí zkoušky do prvního rigorosa a pak, když budete chtít, se vraťte.“

Tady si v našem vyprávění dovolím odbočit. Právě tady jsem totiž potkala svou první a poslední lásku, svého muže, který u pana profesora Tomáška pracoval jako vědecká síla. Byl strašně důležitý, protože nosil jeho plášť, oni tam byli jediní dva velící.

I přes radu docenta Jandáska jsem do rigorosa, to bylo pět semestrů, nevydržela. V druhém ročníku nám pan profesor velice zajímavě vykládal o embryologii a histologii, a tak jsem se já s jednou kolegyní z „výzkumáku“ přihlásila. Dělaly jsme demonstrátorky a já pak vědeckou sílu. Bylo to velmi užitečné, protože jsem se tam naučila preparáty zalívat do vosku, barvit, mikrotomovat.

Další zkušenosti jsme posbírali na Joštově, kde jsme v suterénu měli praktika. Pracovali jsme tam asi se šestnácti mikroskopy. Nahoře v přízemí pak byla histologie, kde jsme my studenti nahrazovali chybějící laboranty. Také jsme například chodili dolů

do pitevny natírat kůži zemřelých – septických případů. Tyto cenné zkušenosti jsem zužitkovala při klinické praxi, věděla jsem např., že se nesmí

brát krev dítěti na něco, co by třeba bylo zbytečné a traumatizující. Stejně nutné je například vzít perfektně výtěr z krku, aby na té půdě skutečně něco dobrého vyrostlo. Takováto teoretická příprava na mikrobiologii a na histologii mi velice pomohla.

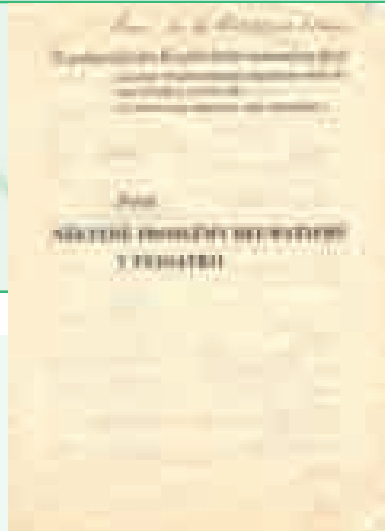
Protože jsem věděla, že po promoci chci dělat v dětské, tak jsem ještě s jednou kolegyní chodila za docentem Šabatským, který byl na dětské interně u docenta Cvrtkla. Tam jsem se už jako medička učila zvládnout punkce, poslouchat srdce nebo vyklepat pneumonie.

A když jsem pak sama učila mediky, tak jsem jim říkala, že to musí umět dřív, než přijdou. A oni se opravdu snažili. O půl osmé jsme měli stáže a oni chodili třeba před sedmou hodinou. No a my s vrchní sestrou jsme je u větších dětí učily dělat venepunkce, protože u akademika, a ze začátku i u pana docenta Klusky, nesměly krev odebírat sestry, musel to dělat lékař, takže když u nás na klinice bylo šedesát žloutenek, tak jsem musela chodit v šest hodin ráno.

Co bylo po promoci na lékařské fakultě?

Ještě jako medička jsem se vdala a narodil se mi syn. Když jsem začátkem května 1952 odpromovala, tak to bylo velice komplikované. Celý ročník byl povolán do Typosu, kde se rozhodovalo, kam se půjde. Můj kruh to měl jednoduché: Ostrava nebo východní Slovensko. Já jsem měla malé dítě a muže na fakultě, tak mi řekli, že můžu zůstat v Brně, ale budu dělat dospělou internu. Jenže já oponovala, že to nemůžu dělat, že chci dělat děti. „Ne, děti nejsou, musíš dělat dospělé.“ Pro sebe jsem si říkala, že raději půjdu na Lesnou umývat schody, ale že chci dělat děti. V komisi jsem měla pana profesora Kotulána a docenta Rouse a ti věděli, že já bych asi trucovala, tak mně to dětské dali.

Dostala jsem tedy dekret a přišla do Dětské nemocnice. Pan ředitel-prímář-chirurg řekl, že pro mě nemá peníze. Já odpověděla, že to nevadí. Budu tady pracovat, až budete mít peníze, tak mi je dáte. Nechal mě tam, dal mě na internu a pak na chirurgii. Byly to velice těžké tři měsíce. V té době vozili děti třeba z celé Moravy, které si hrály s granátem nebo jinou municí. Těch úrazů bylo moc, mimoto bylo léto, tak děti neměly nic jiného na práci než se topit nebo padat se stromů.



Odkdy se tedy začala psát vaše historie na Klinice dětských infekčních nemocí?

Na kliniku jsem přišla začátkem roku 1953. Pan profesor Kluska chtěl, abych šla dolů ke Sv. Anně k profesorovi Teyschlovi, abych získala Teyschlovu školu. Asi dva roky jsem pracovala u Sv. Anny na klinice pana profesora Teyschla. Byla v Brně od roku 1919, on tady vlastně tu kliniku založil, protože Dětská nemocnice byla německá. Když se tedy v roce 1919 založila v Brně univerzita, tak pan profesor Teyschl, jenž přišel z Prahy, zde vybudoval dětskou kliniku U sv. Anny. Klinika měla čtyři oddělení – 44, 45, 67, 69. Část byla na Pekařské ve staré budově a část (67 a 69) byla v přístavbě nové budovy.

Vzpomínáte si na nějakou nevšední událost ze svých medicínských začátků?

Hned asi týden po mém nástupu přišel akademik Teyschl a řekl, že dovezli nedonošené dítě z Jihlavy, které má mnoho různých vad a že bude dobré to přednést na spolku lékařů. Obrátil se ke mně a řekl: „Tak to tam předneš, a nesmí to být delší než deset minut.“ Zbledla jsem a profesor Tomáš mi po sedánku povídá: „No co, umíš francouzsky, německy, tak pojď do knihovny.“ Našel nějakou publikaci a říká: „Tak nějak podobně to uděláš, nesmí to být moc dlouhý a jenom si pamatuj, že to bylo nedonošené dítě, aby se neprochladilo.“ S dětátkem to dopadlo dobře a já jim začala říkat Sněhurky.

Dva roky jste tedy „na zkušenou“ byla ve svatoanenské nemocnici v Brně, co následovalo?

Jak jsem říkala, chtěla jsem pracovat v Dětské nemocnici, a proto jsem chtěla zpátky. Vrátila jsem se tedy k panu profesorovi Kluskovi. Tehdy byl ještě docent.

Když jsem se v roce 1955 vrátila, sídlila Infekční klinika v šedivé budově Charity. V přízemí byly tuberkulózy, v prvním poschodí žloutenky, naproti byly neuroinfekce včetně listerie, v druhém poschodí bylo celé oddělení spál, další oddělení bylo oddělení tyfu, naproti pak oddělení černého kašle.

Všechna ta oddělení jsem musela projít a na každém po určitou dobu být. Byly to tenkrát velmi těžké případy – jednalo se o obrny, epidemie žloutenky, velice svízelné byly třeba spalničky. V té době jsme neměli ARO ani JIP a na oddělení, kde jsem pak zakotvila, oddělení číslo 40, byly děti s černým kašlem od novorozeneckého věku až do 15 let.

Malé děti byly přijímány i s maminkami, protože bylo nutno nějakým způsobem ty děti živit. Trpěly totiž tak těžkými záchvaty, až zvracely, proto se jim vařilo něco, na co měly chuť. Stávalo se, že při kojení měly záchvat, tak se muselo přestat, dát jim kyslík a odaspiroval se hlen. Takto se jim ulehčilo a mohly potravu lépe přijmout. Maminky proto musely odstříkávat a dětem se tak dávalo alespoň to odstříkané mléko.

Kdy byla postavena nová budova Kliniky dětských infekčních nemocí a jaké bylo a je její uspořádání?

Trvalo dvacet let, než se nový pavilon pro dětské infekce postavil. Jednou nebyly peníze, podruhé stavební kapacita, a nakonec to profesorovi Kluskovi zamítli. Až v roce 1969 se začal nový pavilon stavět a v roce 1973 byl hotov. Vnitřně byl členěn na malé

boxy, které měly sloužit pro bolavé infekce. V prvním poschodí dříve byla septická stanice, která měla přijímat všechny život ohrožující stavy z pülky Moravy. Na tomto oddělení byl také vybudován operační sál.

V původní budově Charity probíhala v letech 1977–1983 tzv. sedmiletá válka. Bylo to období nikdy nekončících přesunů, úklidů a manévřů. Především došlo ke zmenšení velkých místností, do nichž se vešlo i 16 postýlek. Tyto prostory se musely přehradit, protože salmonela a dysenterie nemohou být dohromady.

Dole ve sklepech se například udělala velká místnost, kde se do dezinfekčního roztoku namáčely pleny a kde se z důvodu, že se infekční prádlo nemohlo prát dohromady s normálním prádlem, dělala hrubá dezinfekce. Dále se tam vybudoval velice hezký pokoj pro kojící matky, kde měly svou kuchyňku a ledničku.

Kolik lůžek měla v té době infekční oddělení?

V té době měla 260 lůžek a skutečně někdy nestačila.

Kromě práce na klinice jste se věnovala i výchově nové generace mediků. Jaké to bylo?

Mediků bylo od roku 1956 hodně. Právě v tom roce jsem se na klinice stala třetí asistentkou. Panu profesorovi Kluskovi se postupně podařilo získat jich celkem pět. Stáže mediků trvaly od půl osmé až do jedné. U nás na klinice byl jak dětský a stomatologický směr, tak směr všeobecný. Všeobecných bylo snad tisíc v ročníku, stomatologů bylo asi sto dvacet a pediatriů bylo v ročníku asi tak šedesát. A my jsme měli ročník čtvrtý, pátý a šestý. Když to byly tříhodinové bloky, tak to bylo dobré, ale když byly šestihodinové, tak to už člověk nemohl téměř mluvit. I přesto, že toho bylo hodně, nás to hrozně bavilo, byli jsme rádi a měli jsme o infekční lékařství zájem.

Jaká byla vaše vědecká činnost?

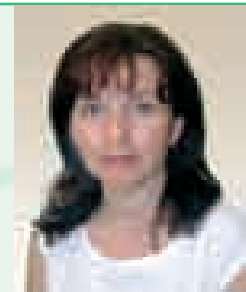
Jak jsem již uvedla, v roce 1956 jsem se na klinice stala asistentkou. Každé tři roky jsme museli dokládat, kolik jsme publikovali, a také žádat rektora univerzity o potvrzení této asistentury. V roce 1962 jsem od tehdejšího rektora Martinse dostala ultimátum, že do šesti let musím obhájit habilitační práci, nebo se mnou univerzita rozváže pracovní poměr. V roce 1968 jsem byla tři měsíce v Luvenu v Belgii. V roce 1968 jsem už nestihla podat habilitační práci a vzhledem k událostem, které následovaly, se mi ji podařilo předložit až o dvacet let později, koncem roku 1989.

V letech 1992–1993 jste byla přednostkou Kliniky dětských infekčních nemocí. Po předání funkce jste i nadále na klinice působila?

Když jsem v roce 1993 odcházela do důchodu, chtěla jsem mít co nejmenší úvazek, abych dokončila své výzkumné práce. Laboratoř jsem tedy neopustila. Závěry této práce jsme odpřednášeli v Českých Budějovicích. Poté jsem ještě občas chodila na Pekařskou a také do Bohunic k panu profesorovi Semerádovi.

Za rozhovor děkuje Anna Nesvadbová

Infekční porody



Vzhledem k tomu, že bez krevního vyšetření nelze zjistit, který pacient je nakažen a který není, doporučuje se, aby všichni byli považováni za potenciálně rizikové nemocné.

Infekční onemocnění v těhotenství dělíme na virová, chlamydiová, mykoplazmatická, bakteriální, mykotická a parazitární. V článku se budu věnovat jen některým z nich.

Zvláštnosti infekcí v těhotenství jsou podmíněny několika faktory. Jednak v těhotenství bývá zvýšená citlivost k některým infekcím a onemocnění může mít těžší průběh. Může dojít k intrauterinnímu poškození plodu nebo matky. K infekci plodu může dojít v průběhu nitroděložního vývoje, za porodu nebo v časném novorozeneckém období – a to transplacentárně při viremii nebo bakteriemii, ascendentními cestami a u některých infekcí i v průběhu kojení. Stupeň poškození plodu závisí na virulenci a na období, ve kterém k infekci došlo.

Hygienicko-epidemiologický režim porodního sálu v nárocích na dodržování asepse, dezinfekce a sterilizace je obdobný jako např. provoz JIP nebo operačního sálu. Rozlišuje se čistý a nečistý provoz a **veškerý biologický materiál (zvláště krev) je považován za potenciálně infekční bez ohledu na známý zdravotní stav těhotné nebo rodičky.** Pro porod rodičky s infekčním rizikem nebo již diagnostikovanou infekční nemocí je ideální **septický porodní sál.** Preventivní opatření proti šíření infekcí a nozokomiálních nákaz jsou zde rozpracována detailněji než na jiném porodnickém úseku. Důležité jsou i samostatné vchody, které nedovolují volně přístup ani zdravotnickým pracovníkům, kteří sem pracovně nepatří.

Od roku 1999 má Gynekologicko-porodnická klinika FN Brno septický porodní sál na pracovišti v Porodnici na Obilním trhu. Zde rodí rodičky s diagnózou syfilis, hepatitis A, B, C a rodičky s abusem (nejčastěji drogy). Další diagnózy jsou například toxoplazmóza, herpes viry, Varicella-Zoster, cytomegalovirus, Parvovirus B19, salmonela atd.

Co se týká drog, nejčastěji se vyskytuje závislost na marihuaně, pervitinu a heroinu. Problémem je i to, že 25–50 % závislých žen na pervitinu nebo heroinu rodí bez předchozí prenatální péče a často je u nich diagnostikována hepatitida C.

U těhotných žen se v České republice provádějí **screeningová serologická vyšetření na syfilis, virovou hepatitidu B a infekci HIV.** Hlavním motivem tohoto screeningu je zabránit poškození plodu a včasnou diagnózou u matky umožnit její včasnou léčbu. Stále se objevuje mylný názor, že hlavním účelem stanovení těchto tří infekcí je ochrana personálu před nákazou vzniklou ošetřením především rodičky u porodu.

Serologickými metodami se prokazuje přítomnost protilátek proti danému mikroorganismu. Hlavní účel je pátrání po původci choroby. Podle množství (titru) a typu (tříd) protilátek lze usuzovat i na stadium infekce. Protilátky třídy IgM se tvoří na začátku infekce, později se tvoří protilátky IgG. Toto pravidlo však neplatí absolutně, serologická vyšetření tedy mohou poskytnout falešně negativní i pozitivní výsledky.

SYFILIS

Od roku 1990 dochází k opětovnému nárůstu tohoto onemocnění, k šíření v populaci zásadně přispělo rizikové sexuální chování často s vazbou na užívání drog. Lze zaznamenat i vliv migrantů z Ukrajiny a Ruska. V České republice byla v letech 1998–2003 syfilis v graviditě detekována u 66–93 žen ročně a každoročně je diagnostikováno okolo 10 případů vrozené příjice.

Onemocnění dítěte může nastat v kterékoli fázi gravidity. V minulosti se předpokládal přechod treponemat placentou až po 4. měsíci gravidity. V současné době se ukazuje, že invaze treponemat do plodu se může objevit v kterémkoli stadiu těhotenství. Prenatální infekce plodu je spojena s velmi nepříznivými důsledky, k intrauterinnímu úmrtí dochází až v 25 %, perinatální smrt nastává ve více než 40 % neléčené syfilis matky a asi u 30 % živě narozených dětí jsou patrné klinické manifestace u porodu. U přežívajících dětí se v prvních dvou letech života může rozvinout časná vrozená syfilis a po dvou letech života pozdní vrozená syfilis se známou Hutchinsonovou triádou (soudkovité řezáky, keratitida a slepota s vestibulární hluchotou). Obvykle se objeví náhle v 8–10 letech.

Při zjištění syfilidy u gravidní ženy je nutné ihned zahájit léčbu většinou penicilinem, u alergií na PNC lze použít azitromycin. Dítě je po porodu též přeléčeno a dále pravidelně sledováno. Ženy s řádně léčenou syfilidou v minulosti se během gravidity obvykle zajišťují také kúrou penicilinu, protože treponemata mohou přežívat.

Včas nasazená léčba se považuje za vysoce účinnou a zabrání vzniku vrozené syfilidy téměř ve 100 %.

VIROVÁ HEPATITIDA B

Virové hepatitidy jsou závažná onemocnění jater, podílejí se na nemocnosti těhotných žen a pro dítě představují riziko. Parenterálně přenosné hepatitidy B a C ohrožují přechodem do chronického stavu, vznikem cirhózy a hepatocelulárního karcinomu. Naštěstí výskyt virové hepatitidy B klesá – v po-

sledním desetiletí z 680 případů v roce 1996 na 361 případů v roce 2005. Serologický přehled provedený v České republice ukázal prevalenci HBsAg 0,56 %. Vzhledem k počtu porodů v posledních letech má přibližně 500 dětí ročně HBsAg pozitivní matku.

K přenosu viru z matky na dítě dochází jen vzácně in utero (1–5 %), naopak nejčastěji se uskuteční v perinatálním období. Dítě se může infikovat i postnatálně dalším kontaktem s matkou a kojením.

Diagnostika virové hepatitidy B se provádí průkazem povrchového antigenu HBsAg (dříve nazývaný australský antigen). Doplnkový serologický marker označený jako HBeAg svědčí o vysoké infekčnosti. S poklesem virové replikace jeho pozitivita vyhasíná a následuje objevení se protilátek anti-HBe. Toto umožňuje posoudit stadium infekce a můžeme rozhodnout, zda se jedná o akutní nebo chronickou infekci.

Novorozenci HBsAg pozitivních matek jsou očkováni obvykle do 24 hodin, nejpozději do 7 dnů po narození. Současně se podává hyperimunní imunoglobulin proti VHB (Hepaga), a to do 12–24 hodin po narození. Po zavedení vakcinace byl zaznamenán dramatický pokles vertikálně infikovaných dětí na 5 %.

Pomocí vakcinace novorozenců je možno zabránit 90 % infekci v perinatálním a postnatálním období. Vakcinace je dostatečnou zárukou ochrany, takže způsob porodu již nerozhoduje, dokonce ani kojení se nezakazuje, protože HBsAg obsažený v mléce působí jako přirozené „přeočkování“ dítěte. Z předchozí kalkulace vyplývá, že ročně se vertikálně infikuje asi 1–5 dětí.

Screening HBsAg má význam pro rychlé zahájení vakcinace novorozence a otevření možností léčby pro ženu.

U HBsAg pozitivních není zanedbatelné ani epidemiologické hledisko – ochrana blízkého okolí a **zdravotnického personálu, který by měl být bez výjimky očkován.**

VIROVÁ HEPATITIDA C

Vertikální přenos viru hepatitidy C se odhaduje na 5–10 %, a to hlavně u žen s vyšší viremii. Bohužel nejsou známa specifická profylaktická opatření k zábraně vertikálního přenosu, vakcinace neexistuje. Všeobecný screening není zaveden, vedení porodu není určováno a kojení se neomezuje.

INFEKCE VIREM LIDSKÉ IMUNODEFICIENCE (HIV)

V České republice bylo do roku 2005 diagnostikováno 827 HIV pozitivních českých občanů a 237 cizinců. Z nich je 177 žen. Do konce roku 2005 se uskutečnilo 60 porodů HIV pozitivních žen (2x se narodila dvojčata). U 52 z nich byla HIV zastižena poprvé právě v těhotenství díky rutinnímu testování.

Infekce matky ohrožuje dítě vznikem vrozené infekce HIV. Hlavní cesta přenosu je vertikální. Před zavedením profylaxe antiretrovirotky činilo riziko vertikálního přenosu až 40 %. Rozhodujícím obratem bylo zavedení léčby těhotných žen zidovudinem, kdy významně klesá počet infikovaných dětí. U nás z 62 dětí HIV infikovaných matek se nakazily 3 děti (5 %).

Diagnóza HIV infekce se opírá o stanovení protilátek anti-HIV. Tyto protilátky se objevují za 3 týdny až 3 měsíce po nákaze. Odhalení HIV infekce je rozhodující pro snížení rizika infekce dítěte zavedením profylaktických postupů, výhodné pro včasné zahájení antiretrovirové léčby a v neposlední řadě užitečné i pro ošetřující personál, aby mohla být účinnější ochrana zejména u krvavých výkonů.

V minulosti byl zdůrazňovaný souhlas těhotné s odběrem krve na vyšetření HIV. V metodickém návodu MZ ČR z roku 2003 se doporučení změnilo na povinnost vyplývající ze zákona (zákon č. 258/2000 Sb. o vyšetřování na HIV bez souhlasu fyzické osoby mluví také o těhotných ženách). Vyšetření má provést lékař v poradně při první návštěvě a v odůvodněných případech zvýšeného rizika i v posledním trimestru těhotenství.

Těhotné ženy s touto infekcí jsou sledovány a rodí v AIDS centru FN Na Bulovce v Praze.

V PRAXI BY SE VŽDY MĚLA POUŽÍVAT NÁSLEDUJÍCÍ OPATŘENÍ:

- každý pracovník nese osobní zodpovědnost za to, že má platné očkování proti hepatitidě B
- mytí rukou před, mezi a po kontaktu s pacientem patří k zásadním opatřením
- kůže: jestliže je porušený povrch kůže, měl by být ošetřen nepropustným krytím a tento zdravotník by se měl vyhnout provádění invazivních výkonů
- u výkonů, kde hrozí riziko kontaminace krví nebo tělními tekutinami, musí být nasazené ochranné rukavice, zástěra
- sliznice očí, úst a nosu se musí chránit před potřísněním krví nebo tělními tekutinami – brýle, ochranný štít, ústenka
- jednorázové pomůcky k ošetření pacienta
- bariérová ošetrovatelská péče – ochranné pomůcky pro personál (štíty, brýle, zástěry, pláště, rukavice, galoše)
- nikdy nevracet použitou jehlu do plastového krytu! Je nutné znát postup při poranění jehlou
- likvidace biologického materiálu – krev a placenty do speciálních kontejnerů, odpad do označených pytlů
- dodržovat zásady likvidace ostrých předmětů
- kontaminované prádlo – označené pytle – žluté
- úklid – zajištěn úklidovou firmou, za kontrolu odpovídá staniční sestra
- dodržování zásad dezinfekce a sterilizace
- dodržování hygienicko-epidemiologického řádu

Použitá literatura:

1. Barbara A. Workman, Clare L. Bennett. *Klíčové dovednosti sester*. Vyd. Praha. Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1714-X.
2. Levretss. r. s. *Moderní babičtví* 11. 206. ISSN 1214 – 5572.
3. Rozsypal, H., Rozsypalová, B. *Screeningová sérologická vyšetření v graviditě. Moderní babičtví*. 2006, č. 11, s. 13 – 23.
4. Roztočil, Aleš et al. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno. IDVPZ, 2001. ISBN 80 – 7013-339-2.

Bc. Miloslava Kameníková

Klinika infekčních chorob



Úvodem citát z dobového materiálu, vydaného k předání dokončené výstavby chorobince v Bohunicích, jako prvního souboru budov, z nichž později postupně vznikala Fakultní nemocnice Brno:

„Dokončením II. stavební etapy v říjnu 1935 jsou ústavy jako největší stavební dílo z oboru pozemních staveb popřevratového Brna dobudovány, avšak připraveny k dalšímu rozšiřování, jak si toho doba a poměry snad vyžádají.“

Chorobinec města Brna v Bohunicích byl vybudován podle projektu ing. arch. Oskara Pořísky v letech 1933–1935. Celkové náklady stavby činily 14 200 000 Kčs a ústav sloužil pro 650 chovanců.

Dne 28. října 1934 byla slavnostně odevzdána veřejnosti I. etapa stavby. Jednalo se o pavilony A, B, C, a D. Druhá etapa – pavilony E a F – byla dokončena a předána přesně o rok později, 28. října 1935. Zbývalo ještě dokončení úřednické obytné budovy a ústavního hospodářství, jejichž stavba byla zahájena později. Všechny tyto pavilony tvoří dnes tzv. starou zástavbu Fakultní nemocnice Brno, PMDV Bohunice.



Původní chorobinec – jak vyplývá z vyjádření prvního ředitele MUDr. Alfonse Sovadiny – sloužil jednak jako útulek pro chudé, přestálé občany (tedy jako starobinec), jednak však také jako nemocnice pro choroby stáří. Ústav by se znamenitě hodil, pro ve své době bohatou paletu nemocí spojených se stářím, tedy jako propedeutická gerontologická klinika.

Jako chorobinec sloužil ústav do 15. března 1939, kdy byl zabrán německými okupanty, kteří ihned započali s odsunem chovanců, především Čechů, a ústav byl zařizován jako vojenský lazaret. Koncem roku 1940 byl převeden do vojenské správy jako záložní lazaret.

Z období let 1940–1945 se nedochovaly žádné zprávy ani písemné doklady.

Nová historie ústavu začíná osvobozením města Brna Rudou armádou, pro niž sloužil krátký čas jako vojenská nemocnice. Po skončení bojových akcí byl uvolněn pro svůj původní účel.

Od 1. ledna 1949 byl zestátněn a přeměněn ve Státní léčebnu pro choroby stáří. Následující rok 1950 byl rokem přestavby ústavu a počátkem přeměny v nemocnici.

Podle původního záměru měla být Státní léčebna pro choroby stáří změněna na interní oddělení, v roce 1952 však bylo přijato konečné rozhodnutí o zřízení infekční nemocnice.

Do jejího čela byl postaven prof. MUDr. Václav Houbal, DrSc., který vedl další přestavbu ústavu. Rozsáhlá adaptace byla dokončena v roce 1959, čímž vzniklo nemocniční oddělení se 204 lůžky pro léčení infekčních nemocí v celém rozsahu.

Po smrti profesora Houbala v roce 1974 byl přednostou jmenován prof. MUDr. Pavel Ježek, DrSc., který vedl kliniku až do roku 1996. V této době došlo k dalším úpravám sloužícím především ke zvýšení komfortu pacientů. Byla provedena kompletní rekonstrukce a modernizace jednotky intenzivní péče.

V roce 1996 byla na klinice zřízena ambulance cestovní medicíny.

Po profesoru Ježkovi zastával funkci přednosty v letech 1996–2004 doc. MUDr. Pavel Chalupa, CSc.

Současným přednostou Kliniky infekčních chorob FN Brno je prof. MUDr. Petr Husa, CSc., který funkci převzal v září 2004. KICH je nositelkou certifikátu Systému managementu jakosti, uděleného norskou auditorskou společností DNV po úspěšném auditu 6. února 2004.

Prof. MUDr. Petr Husa, CSc.



Moje první setkání s praxí

Ještě před 250 lety se lidé v průměru dožívali 35 let. V dnešní době v průmyslově vyspělých zemích přesahuje průměrný lidský věk hranici 70 let. Napomohla tomu lepší strava, hygiena a také převratné pokroky v medicíně. Protože mám ráda lidi a ráda jim pomáhám, studuji Střední zdravotnickou školu Jaselská 7/9 v Brně. Nyní jsem studentkou 3. ročníku a od září jsem nastoupila i na praxi přímo do nemocnice. První moje praxe probíhala ve Fakultní dětské nemocnici v Černých Polích.

I když je někdy smutné dívat se na dětské pacienty, vědomí, že se někdy uzdraví a budou z nich „uličníci“, mi dalo sílu, abych překonala tento ostych a vžila se do jejich dětských tužeb a přání. Naším úkolem bylo zabavit dětské pacienty, aby zapomněli na to, že jsou v nemocničním prostředí. Hráli jsme si s nimi, povídali, ale hlavně jsme pozorovali dění v nemocnici. U dětských (hlavně malých) pacientů je někdy obtížné stanovit diagnózu. Byla jsem mile překvapena tím, jak

to nemocniční personál – lékaři a sestry – zvládá. Na vlastní oči jsem viděla chod celého oddělení, od příjmů pacientů, lékařské vizity, podávání léků, odběru biologického materiálu na vyšetření a menších zákroků až po převazování ran, které jsem si sama vyzkoušela. Měla jsem krásný pocit, že jsem se přece jen něco naučila ve škole a mohla jsem to v praxi použít. V listopadu jsem nastoupila na praxi do Bohunic na interní oddělení. Bohunická nemocnice – to je vlastně takové malé městečko. Nestačila jsem ani zaregistrovat všechna ostatní oddělení a stála jsem před dveřmi interny. Můj první pacient, kterému jsem píchala injekci, byl starší pán asi tak kolem 70 let. Jenom jsem doufala, že všechno dobře dopadne, a když se po zákroku usmál, spadl mi velký kámen ze srdce. Natočila jsem mu i své první EKG. Musím říci, že mě nemocniční praxe velice baví, ale člověk se musí učit i teorii. Těžce na cvičišti, lehce na bojišti. Vzhůru k učení!!!

Petra Krčmářová

Aktuality

VÍTĚZOVÉ 52. STUDENTSKÉ VĚDECKÉ KONFERENCE LF MU

V rámci 52. studentské vědecké konference konané dne 20. května 2008 byli vyhlášeni i vítězové studentské soutěže. První místo v teoretické sekci získala práce s názvem RNA INTERFERENCE A MICRO-RNA: NOVÁ ÚROVEŇ REGULACE PROTEOMU A JEJÍ ANALÝZA U B-CHRONICKÉ LYMFATICKÉ LEUKÉMIE, jejímž autorem je Marek Mráz a školitelem je prof. MUDr. Jiří Mayer, CSc., a RNDr. Šárka Pospíšilová, PhD., z Interní hematoonkologické kliniky FN Brno.

V chirurgické sekci obsadila první místo práce VALIDACE TASH SKÓRE U PACIENTŮ S POLYTRAUMATEM PŘIJATÝCH NA KARIM FN BRNO, jejímiž autorkami jsou studentky 5. ročníku všeobecného lékařství LF MU Sylva Khulová a Petra Khulová a školitelem jsou MUDr. Jan Maláska, PhD., a MUDr. Dagmar Seidlová z Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny FN Brno. Vítězi interní sekce se pak stali Jan Papež a Eva Ošlejšková za práci s názvem AUTONOMÍ DIABETICKÁ NEUROPATIE V OBLASTI KARDIOVASKULÁRNÍ A GASTROINTESTINÁLNÍ pod školitelským vedením prof. MUDr. Josefa Bednaříka, CSc., z Neurologické kliniky FN Brno. Druhé místo pak ve stejné sekci za svou práci s názvem JAK A JAKÉ DĚTI SE RODÍ PACIENTŮM S VROZENOU SRDEČNÍ VADOU pod vedením lékařů Interní kardiologické kliniky FN Brno získala Iva Vlašínová z 5. ročníku LF MU.

CENU ZA LÉKAŘSTVÍ ZÍSKAL

Bc. ET MUC. MAREK MRÁZ,

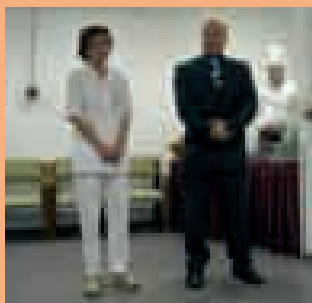
který je pracovníkem Centra molekulární biologie a genové terapie IHOK FN Brno. Úspěšný student LF a PíF MU navázal na své nedávné úspěchy v 52. ročníku Studentské vědecké konference a Studentské odborné a vědecké činnosti (1. místo na LF MU). Pod vedením RNDr. Šárky Pospíšilové, PhD., a prof. MUDr. Jiřího Mayera, CSc., vypracoval vědeckou práci na téma „RNA INTERFERENCE AND MICRORNAS: NEW REGULATION OF PROTEOME AND ITS ANALYSIS IN B-CHRONIC LYMPHOCYTIC LEUKEMIA“. Za prezentaci získaných výsledků na konferenci nejlepších studentů z celé České republiky organizované francouzským velvyslanectvím a Pierre Fabre Médicament se umístil na 1. místě a byla mu udělena Cena za lékařství spojená s možností dvouměsíční odborné stáže ve Francii. Gratulujeme a přejeme hodně úspěchů při dokončení studia i v další vědecké práci.

BOWLINGOVÝ TURNAJ O PUTOVNÍ POHÁR FN BRNO

Dne 11. dubna 2008 se v řeckovickém baru Vysočina uskutečnil již V. ročník o putovní pohár FN Brno. Soutěžní disciplínou byl jak jinak než bowling. Atmosféru tradiční akce vám nejlépe přiblíží přiložená fotografie.



NOVÝ DIGITALIZOVANÝ RTG NA KDR



Dne 14. dubna 2008 byl na Klinice dětské radiologie FN Brno slavnostně předán nový digitální skiografický přístroj Definium 8000. Rentgen již nyní slouží celé řadě dětských pacientů s nejrůznějšími onemocněními a poraněními.

VENDULA SVOBODOVÁ NA TO A KB

Za osobní účasti ředitelky nadačního fondu Kapka naděje paní Venduly Svobodové byl dne 17. dubna 2008 na Transfuzní oddělení a krevní banku FN Brno slavnostně předán mrazicí pult pro skladování krevní plazmy v hodnotě 130 000 Kč. Nadační fond Kapka naděje jej na žádost TO a KB FN Brno zakoupil pro pacienty naší nemocnice.



STROM JAKO PODĚKOVÁNÍ



všem zdravotníkům Dětské nemocnice v Brně vysadili žáci 3. waldorfské třídy základní školy v dubnu letošního roku. Před dvěma lety se zde na Klinice dětské onkologie léčil jejich spolužák. Dnes mohl již strom v areálu dětské nemocnice sázet s nimi.

Myšlenka udělat něco pěkného pro ostatní se zrodila již na podzim minulého roku. Děti tehdy pro rodiče uspořádaly flétnový koncert v jeskyni Jáchymka a z peněz vybraných na vstupném chtěly někoho potěšit. Padaly různé návrhy: Poslat peníze do Afriky? Pomoci opuštěným zvířátkům? Vzít postižené děti na výlet? Nakonec zvítězil úplně „obyčejný“ nápad: zasadit strom. A tak děti zasadily strom. Ale ne v lese, ani ne v parku či na školním pozemku. Zasadily ho před okny transplantační jednotky dětské onkologie, aby zde stál a mával lístky do oken všem zdravotníkům i nemocným dětem. Těm prvním na poděkování, těm druhým pro radost...

Mají za sebou zkušenost, že o zdraví a život samotný je někdy nutné velmi těžce bojovat. Je mezi nimi spolužák, který uprostřed první třídy vážně onemocněl. Do kolektivu se vrátil až letos. „Po celou dobu nemoci spolužáka děti trpěly spolu s ním. Každý den ráno ho volaly písničkou zpět mezi sebe. Naučily se vnímat velikost a nesamozřejmost daru zdraví. Proto chtěly poděkovat,“ dodává paní učitelka.

„Měsíce strávené na onkologii patřily k nejtěžším v mém životě, přesto vzpomínám na ‚anděly‘ v bílých pláštích ráda,“ připomíná maminka. „Při pobytu v nemocnici jsme mnohokrát poznali hluboko lidský přístup ze strany lékařů i sestřiček. Všude kolem panovala přátelská až rodinná atmosféra, zdravili jsme se jako staří známí. Podání ruky, pohazení, úsměvy, žertování i hluboké rozhovory – to vše vytvářelo prostředí, které léčilo. Všichni táhli za jeden provaz: lékaři, sestry, rodiče, děti, zdravotní klauni, dobrovolníci, sanitárky, učitelky, uklízečky... takovou atmosféru jsme na žádném jiném oddělení Dětské nemocnice nezažili. Je těžké najít způsob, jak jim poděkovat, přesto jsme se o to tímto způsobem pokusili.“

Aktuality

MALOVÁNÍ S DAVIDEM

Ve spolupráci se společností Ogilvy&Mather Morava se ve dnech 22. a 23. května 2008 v Teyschlově hale a na lůžkových odděleních v Dětské nemocnici uskutečnila výtvarná soutěž Malování s Davidem. Stovka dětí sice soutěžila v pěti kategoriích o pěkné ceny, ale žádné z dětí neodešlo s prázdnou. K dobré pohodě pak nemalou měrou přispěl i Jaroslav Hemala, moderátor rádia Krokodýl.



ČERVENÁ KARKULKA V NOTÁCH

Dne 29. května 2008 se studenti Gymnázia Integra představili v Dětské nemocnici se zhudebněnou Červenou karkulkou. Dvacetiminutové představení, které bylo první z akcí připravených v rámci Dětského dne ve FN Brno, pobavilo malé, ale i větší naše pacienty.



DĚTSKÝ DEN A JAKÉ TO BYLO

Dne 30. května 2008 se před pavilonem B v Dětské nemocnici uskutečnil Dětský den. Desítky dětí si zahrály celou řadu tradičních dětských her, zasoutěžily o sladké i jiné ceny, povozily se na koních z hipoterapie a pohladily krásné zlaté retrívry.



DNY OTEVŘENÝCH DVEŘÍ V PORODNICI

Ve dnech 31. května 2008 a 1. června 2008 se na obou porodnických pracovištích FN Brno uskutečnily Dny otevřených dveří. Na



šest stovek návštěvníků si kromě tradičních prostor porodních sálů, šestinedělí, novorozeneckého oddělení a dalších prohlédlo také zrekonstruované 7. patro bohunického pavilonu Z, kam se stěhuje Oddělení rizikového těhotenství z Obilního trhu.

SLAVNOSTNÍ OTEVŘENÍ CENTRA MINIINVAZIVNÍ CHIRURGIE

V pátek 6. června 2008 bylo za účasti ministra zdravotnictví Tomáše Julínka a dalších představitelů veřejného života slavnostně otevřeno Centrum



miniinvasivní chirurgie FN Brno. Sestavy pro laparoskopické, miniinvasivní operační zákroky umožní lékařům Pracoviště dětské medicíny FN Brno nejen šetrnější chirurgické výkony a tím i menší pooperační komplikace a kratší dobu hospitalizace malých pacientů, ale budou znamenat i ekonomický přínos pro nemocnici.

X. brněnský geriatrický den s mezinárodní účastí



Dne 12. března 2008 se konal v kinosále FN Brno již X. brněnský geriatrický den (BGD) určený pro geriatry, internisty, praktické lékaře a nelékařské zdravotnické pracovníky. Pracovní den stejně jako v předchozích letech měl postgraduální edukační charakter a byl akcí, která je garantována Českou lékařskou společností J. E. Purkyně. Přednášející na něm byli významní přední odborníci z České i Slovenské republiky, s přednáškami dotýkajícími se společných témat geriatrických nemocných. Šlo o společnou odbornou akci České geriatrické a gerontologické společnosti (ČGGS), Spolku lékařů v Brně, Slovenské geriatrické a gerontologické společnosti (SGGS).

Záštitu nad touto akcí pravidelně převzal, podobně jako v minulých letech, děkan Lékařské fakulty a rektor Masarykovy univerzity Brno, ředitel Fakultní nemocnice Brno a zdravotní rada Jihomoravského kraje. Již poosmé se stal letos BGD současně 8. brněnsko-bratislavským gerontologickým sympoziem jako projevem mezinárodní spolupráce na úrovni lékařských fakult Masarykovy univerzity a Komenského univerzity v Bratislavě. Současně také konkrétním projevem trvající dobré a neformální spolupráce mezi českými a slovenskými geriatry. Akce se zúčastnilo 12 předních geriatrů ze Slovenska (Bratislava, Košice a Prešov). V předvečer konání odborné akce se po několikaleté pauze uskutečnilo opět společné setkání výborů České i Slovenské geriatrické a gerontologické společnosti.

U příležitosti 10. konání Brněnského geriatrického dne (BGD) mi dovoluete malé zamyšlení a ohlédnutí. Od 17. března 1998, kdy se Brněnský geriatrický den konal poprvé, hledal si a postupně i nalézal svoje postavení mezi bohatou a pestrou paletou odborných akcí konaných jak v rámci České gerontologické a geriatrické společnosti, tak i v rámci brněnského regionu. Postupně si vytvořil svoji „image“ mezi geriatry, internisty, praktickými lékaři i nelékařskými zdravotnickými pracovníky. Dokladem zájmu o tuto akci je fakt, že počet účastníků za uplynulých 10 roků přesahuje 2 500. Z řad přednášejících bylo více než 200 profesorů, docentů, primářů – obecně předních odborníků z klinické medicíny, zejména geriatrické.

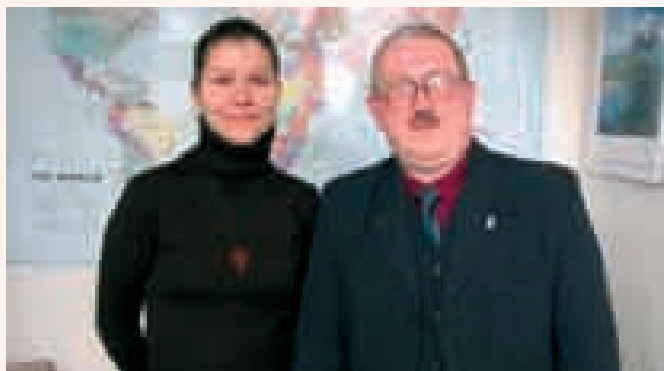
Zájem odborné veřejnosti, s nímž se od počátku BGD setkává, má vzestupný trend. Počet účastníků z řad lékařů a NLZP se vyšplhal k číslu 312 osob. Přednášky, jak již bylo uvedeno, mají postgraduální charakter a jsou zaměřeny na zdůraznění některých specifíků zejména interních a chirurgických onemocnění ve vyšším věku. Důraz je kladen na zvláštnosti diagnostiky, léčby a rehabilitace těchto chorob právě ve vyšším věku. Důvodem každoročního konání tohoto pracovního dne je potřeba zlepšení obecného povědomí klinických lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků k prohloubení znalostí v péči o seniory, jejichž počet průběžně stále vzrůstá.

Hlavními tématy odborného programu byly: 1. blok: kardiovaskulární problematika chorob ve stáří – zejména trombembolické nemoci; 2. blok: imobilizační syndrom, změny kožní perfuze ve stáří, dekubit, hojení ran, žilní trombózy DKK, bérce, vřed, lymfédém. Akce byla velice kladně hodnocena vedoucími představiteli jak České geriatrické a gerontologické společnosti, Spolkem lékařů v Brně, tak i představiteli Slovenské geriatrické a gerontologické společnosti.

Koordinátorem akce byla Klinika interní, geriatry a praktického lékařství LF MU a FN Brno a osobně i primář doc. MUDr. Pavel Weber, CSc. Akce se konala pod záštitou Spectabilis profesora MUDr. Jana Žaloudíka, CSc., děkana Lékařské fakulty Masarykovy univerzity; Jeho Magnificence profesora PhDr. Petra Fialy, PhD., rektora Masarykovy univerzity; MUDr. Romana Krause, MBA – ředitele FN Brno, a MUDr. Josefa Drbala, CSc., vedoucího odboru zdravotnictví Jihomoravského kraje. Setkání se zúčastnili významní odborníci z České i Slovenské republiky, za všechny připomeňme ze zahraničních hostů alespoň prof. MUDr. Zhlána Mikeše, DrSc., předsedu SGGS z Bratislavy, doc. MUDr. S. Krčméryho, CSc., vědeckého sekretáře SGGS a prof. MUDr. Š. Krajčíka, hlavního geriatra Slovenské republiky. Tento rostoucí zájem odborné veřejnosti jen potvrzuje, že profesionálně působící v oblasti geriatrické medicíny vnímají tuto akci velmi pozitivně a zájem o ni má stoupající tendenci. Na akci odeznělo celkem 14 přednášek a zúčastnilo se jí 13 vystavujících farmaceutických firem. K předneseným sdělením probíhala živá diskuse jak v rámci jednotlivých panelů, tak i v kuloárech v neformální atmosféře v průběhu dopolední přestávky i poledního lunche.

Pro ilustraci odborné náplně X. BGD si dovoluji stručnou anotaci některých přednášek upozornit na obsah vybraných hlavních sdělení. V přednášce „Jaké geriatrické služby potřebujeme?“ upozornila předsedkyně ČGGS primářka Iva **Holmerová** na alarmující tempo růstu počtu seniorů. Tento trend však nelze chápat jako negativní, protože stárnutí populace je také důsledkem delšího života a lepšího zdraví. Budoucí senioři budou mít velmi brzy také jiné nároky a požadavky na zdravotnické, ale i další různé služby, které se budou muset jejich potřebám přizpůsobit, neboť to budou právě senioři, kteří budou představovat významnou skupinu spotřebitelů, klientů, pacientů. Budou to klienti náročnější a autonomnější, budou mít svá očekávání a požadavky, a to i na kvalitu zdravotnických a sociálních služeb. Aktuální koncepce geriatry z výše uvedených trendů vychází. Autorka si nemyslí, že řešením péče o starší pacienty je rozšiřování ústavních kapacit zdravotnického či sociálního typu. Kromě v prezentaci uvedených geriatrických zdravotnických zařízení považuje Holmerová za důležitou také spolupráci a návaznost na služby zdravotně sociální, komunitní a sociální.

Profesor **Mikeš** z bratislavské geriatrické kliniky LF Komenského univerzity ve své přednášce „Frekvence srdce a prognóza v středním a starším věku“ upozornil na význam vysokého výskytu fibrilace síní v seniu. Zdůraznil, že srdeční frekvence je dobře známý a lehce měřitelný parametr, který využívala medicína již v období starověku. Na základě klinických studií, provedených z jiných důvodů, byl popsán vztah nepřímé závislosti mezi klidovou srdeční frekvencí a prognózou pacienta s ischemickou chorobou srdeční. Širší praktické uplatnění tohoto poznatku čekalo na své využití do objevu beta-blokátorů. I v éře beta-blokátorů bránila četná omezení jejich širšímu využití v klinické praxi. Do centra pozornosti se dostala otázka srdeční frekvence díky objevu If-kanálů a poznatkům o jejich úspěšném využití u pacientů s ischemickou chorobou srdeční. S ohledem na uvedené



skutečnosti popisuje autor soubor 2 000 zdravých jedinců, 602 po infarktu myokardu a 500 osob s akutním IM.

Profesor **Krajčík** z Bratislavy podal ucelený pohled na „Teorie stárnutí“. V současnosti existuje asi 300 teorií, jež se snaží vysvětlit proces stárnutí. Nejuznávanější z nich je teorie volných radikálů, které poškozují okolní struktury. Tvorba volných radikálů je zvýšená při závažných nemocích a zvyšuje ji také kouření a znečištěné prostředí. Mezi volné radikály patří i glukóza (proto diabetici stárnou rychleji). Poškození genetického aparátu ve vyšším věku zvyšuje riziko maligní přeměny buněk, a proto se aktivizuje apoptóza. Ochranou proti vzniku nádorů může být i suprese telomerázy. Poškození struktur může vyvolat reaktivní imunologický zánět, který proces stárnutí urychluje a vede k zhoršování regulačních mechanismů.

Autorský kolektiv pod vedením docenta **Krčmého** z Geriatrické kliniky Nemocnice Milosrdných bratří v Bratislavě podal přehled problematiky léčby starších hypertenziků s poškozením ledvin v přednášce „Kombinovaná antihypertenzivní léčba u pacientů s chronickou nefropatiou“.

Doktor **Németh** (přednosta Kliniky geriatry Prešovské univerzity) ve své prezentaci „Atypický klinický obraz embolizace do plic u seniorů“ uvádí vlastní zkušenosti s atypickým klinickým a laboratorním nálezem u pacientů s embolizací do a. pulmonalis. Při diagnostice, vedle anamnézy a fyzikálního vyšetření, se opírají hlavně o tato vyšetření: echokardiografie, perfúzní a ventilační scintigrafie plic, vyšetření D-dimerů, USG vyšetření cév dolních končetin, eventuálně fleboscintigrafické vyšetření cév dolních končetin. V kasuistice prezentuje dvě pacientky, u nichž diagnostikovali masivní embolizaci do a. pulmonalis. Navzdory polymorbiditě pacientky tento stav přežily, měly obě malé subjektivní příznaky a negativní hodnoty D-dimerů. V literatuře se přitom popisuje při vyšetření D-dimerů ELISA metodikou až 99 % negativní predikční hodnota tohoto parametru při TEN. Prezentované pacientky měly normální (nezvýšenou) hladinu D-dimerů. Závěrem se autoři zamýšlejí nad možnostmi a limitací hemokoagulačního vyšetření při trombembolické chorobě.

Doktor **Kalvach** z Prahy – místopředseda ČGGS – přednesl sdělení „Imobilizační syndrom a jeho rizika v seniu“, kde upozornil na významné vztahy mezi zhoršením mobility a dalšími velkými geriatrickými syndromy.

Docent **Weber** a spoluautoři ve svém sdělení „Dekubitus z pohledu geriatrii“ upozornili na to, že dekubitus patří k významným problémům geriatrické medicíny, neboť ze všech vzniklých proleženin se objevuje 70 % u osob nad 70 roků. Ačkoliv dekubitus sám o sobě je jasně viditelný a jeho diagnostika bude jednoznačná, stanovení jeho hloubky, rozsahu a přítomnosti infekce bude mnohdy velmi obtížné. Neoddělitelně patří k významným problémům geriatrické medicíny a má těsný vztah k imobilizačnímu syndromu, který vedle instability, inkontinence a intelektových poruch patří mezi tzv. „velké geriatrické syndromy“. Ty se objevují zejména v pozdním seniu (nad 75 roků)

jako doplnění syndromologického obrazu celkové multimorbidit. Dekubitus považují za důsledek lokální ischemie kůže, podkožních tkání a svalů s následnou ulcerací až nekrózou, která vzniká v důsledku spolupůsobení vnitřních a zevních faktorů na predilekčních místech. U křehkých seniorů s přítomností rizikových faktorů, omezenou adaptační kapacitou, poruchou regulačních mechanismů, imobilizačním syndromem a závažnou multimorbiditou je riziko rozvoje dekubitu z pobytu na lůžku rychlé, v desítkách hodin. Jejich průvodním jevem je obvykle i disaptibilita. Diskutována je otázka etiopatogeneze, klinického obrazu, včetně klasifikace a komplikací.

Primář **Bureš** z Geriatrického centra Krajské nemocnice v Pardubicích, a. s., pojednal o „Moderním hojení ran“ z pohledu dokumentů EWMA (Evropská asociace pro léčbu ran), které se zabývají hlavními poznatky a jsou vodítkem pro nové postupy. V dnešní době a při dnešních poznatcích je léčba, zejména chronických ran, často záležitostí multioborovou. Novinky jsou ve způsobu čištění ran, vládnutí infekce. Dnes je velmi diskutovaná otázka narušení biofilmu, který brání účinku antimikrobiálních látek na mikroorganismy v ráně. Jsou další nové prostředky k oplachu ran, které vytlačují staré typy roztoků. Ukazuje se, že vhodnější je obkládání než jen mechanické krátkodobé opláchnutí. Na trhu je velké množství dalších nových materiálů, které slouží k hojení ran. U většiny z nich platí základní aplikace, řídící se sekrecí, lokalizací, možné přítomnosti infektu. Jsou ale již nové materiály, které se řadí do skupiny bioaktivních krytí. Ty aktivně ovlivňují proces hojení a nevyužívají jen určitou fázi rány. Hojení chronických ran vyžaduje komplexní přístup, na kterém se podílejí jak lékaři, tak velkou měrou vzdělané sestry.

Primář **Forejt** z Gerontologického centra Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně přednesl sdělení „Proleženiny v dlouhodobé péči“. V dlouhodobé péči jsou dekubity stále obávanou komplikací u onemocnění s omezenou pohyblivostí či kompletní imobilitou. S tímto problémem se setkáváme ve všech zařízeních poskytujících dlouhodobou péči. Dekubity zvyšují zatížení již tak přetíženého personálu, zvyšují ekonomickou náročnost. Zároveň lze však prevalenci dekubitů považovat za nepřímého ukazatele kvality ošetrovatelské péče. Souhrnně lze říci, že prevalence dekubitů v zařízeních s dlouhodobou péčí je okolo 20 % (2–29 %). Z analýzy chronických ran ošetřovaných v Gerontologickém centru Zlín v r. 2007 jsme zjistili, že 4 % dekubitů vznikla u hospitalizovaných v tomto zařízení, 11,8 % dekubitů bylo „importováno“ z jiných oddělení KNTB, „import“ dekubitů z institucionálních zařízení či domácí péče činil 3,4 %. Celková prevalence dekubitů pak činila 19,2 %. Pokud k dekubitálním ranám jsou zahrnuty jiné chronické rány (běrcové ulcerace, ischemické a smíšené defekty, pooperační rány), pak prevalence narůstá o další 7,2 % a celková prevalence chronických ran dosahuje 26,4 %.

Autorský kolektiv, primářka **Franců**, profesor **Brychta** z Kliniky popálenin a rekonstrukční chirurgie FN Brno, přednesl sdělení „Chirurgické řešení dekubitů, současný stav“. Chirurgické řešení dekubitů za použití metod plastické chirurgie může být přínosem pro léčbu dekubitů III. a IV. stupně. Urychlením léčby se zmenší náklady na akutní péči a zlepší se kvalita života pacienta. Kalendářní věk by neměl být překážkou. Při operačním řešení dekubitů se vychází ze zásad deklarovaných Conwayem:

1. Excise vředu, pseudocysty jizev a nekróz do zdravé tkáně. Vzhledem k povaze zásahu je třeba počítat s krvní ztrátou a je nutné monitorovat vnitřní prostředí připraveného pacienta.
2. Osteotomie prominencí ležících v místě dekubitu. Pro řešení ostitidy je nutná spolupráce ortopeda na individuálním řešení problému.
3. Vyplnění dutiny svalovým, dobře prokrveným lalokem. V místě působení tlaku svalová tkáň atrofuje, vazivové se mění, ale dobře distribuuje tlak.
4. Krytí defektu robustními, dobře vaskularizovanými laloky z daných



dárcovských oblastí. U recidivy můžeme velký lalok s výhodou použít znovu.

5. Uzávěr sekundárního defektu suturou, místním posunem či volným kožním transplantátem.

Zároveň je důležité zvažovat i další perspektivu pacienta: zatímco nekrektomii septického pacienta můžeme považovat za zákrok z vitální indikace, pro rekonstrukční výkony jsou indikováni pacienti, u nichž následná intenzivní rehabilitace může výrazně zlepšit stav.

Doktor **Souček** z cévní ambulance Interní kardiologické kliniky FN Brno přednesl sdělení „Možnosti neinvazivní diagnostiky hluboké žilní trombózy“. Z instrumentálních vyšetřovacích metod je v současné době rozšířeno ultrasonografické vyšetření. Dopplerovské vyšetření je dnes pouze vyšetřením orientačním. První místo zaujímá duplexní (resp. triplexní) sonografie. Ta umožňuje jednak vizualizaci trombu nebo přítomnosti nepřímých známek (dilatace lumen žíly, nemožnost komprese anechogenního lumen žíly, změněný charakter žilního toku neodpovídající na dechové a kompresní manévry) zvyšuje stupeň podezření na přítomnost žilní trombózy. Přes vysokou specifitu a senzitivitu má metoda své limity. Negativní nález při duplexní sonografii nevylučuje jednoznačně přítomnost žilní trombózy. Spolehlivost vyšetření závisí do značné míry na znalostech a zkušenostech vyšetřujícího a porovnání nálezů vyšetření vždy na obou končetinách. Rychlý výsledek přináší pletyzmografické vyšetření měřením maximálního žilního odtoku. Pokles pod 20 ml/100 ml/min je považován za známku přítomnosti trombotické okluze v hlubokém žilním řečišti končetiny. Spojení klinických dat, vyšetření D-dimerů a duplexní sonografie dovoluje již vytvořit diagnosticko-terapeutický algoritmus pro žilní trombózu. Při vysokém klinickém podezření na žilní trombózu, zvýšení D-dimerů s negativním nálezem při duplexní sonografii se doporučuje opakovat vyšetření v průběhu 2–7 dnů. Volbou je provedení rentgenkontrastní flebografie, dosud považované za zlatý standard, metody však již invazivní. CT a MR vyšetření jsou indikována především u podezření na žilní trombózu v oblasti pánve, břišní a duté žíly. Ve spektru vyšetření zůstává i izotopové vyšetření s ohledem na možnost provedení plicního scanu, zvláště je-li dostupný jak perfuzní, tak ventilační scan.

Doktorka **Adamíková** z Interní kliniky IPVZ Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně přednesla sdělení: „Hluboká žilní trombóza – riziko výskytu a možnosti ovlivnění – pohled internisty“. Upozornila na roční incidenci hluboké žilní trombózy, jež je uváděna (studie GETBO) 1,24 případu na 1 000 obyvatel a 0,6 případu plicní embolie na každých 1 000 osob v populaci. Riziko narůstá s věkem. V kategorii nad 75 let studie udává výskyt žilní trombózy u každé sté osoby. V chirurgických oborech zavedením trombotrofylaxe došlo k poklesu výskytu, avšak právě vzhledem k posunu operovaných do vyšších věkových skupin a vzhledem k rozvoji onkochirurgie výskyt žilní trombózy a plicní embolie již dále neklesá. Rezervy v prevenci trombotrofylaxe jsou nyní hlavně v nechirurgických oborech. Riziko v interních oborech je hodnoceno ve většině případů jako střední. Patří sem pacienti s cévní mozkovou příhodou, parézou, infarktem, srdečním selháním, těžkými respiračními chorobami, zánětlivými stěvními nebo revmatickými chorobami, maligními chorobami po chemoterapii a radioterapii, nemocní se sepsí a imobilizací delší jako 72 hodiny. Doporučení pro prevenci se řídí konsenzem 7. konference ACCP z roku 2004. Prevence musí být vždy komplexní: obecná, mechanická a farmakologická.

Docentka **Veveřková a kol.** autorů přednesla práci „Léčebné možnosti žilních chorob – pohled chirurga“. Optimální léčba křečových žil vyžaduje přesnou identifikaci zdroje žilního refluxu. Jedním z největších problémů u varixů dolních končetin je jejich rekurence, která dosahuje 65 % během pěti let po chirurgickém výkonu. V současné době je až 25 % operačních výkonů prováděno z důvodu recidivy

tohoto onemocnění. Nejlepší cestou k dobrým výsledkům je odstranění zdroje refluxu hned při prvním operačním výkonu. Echomapping dolní končetiny pomocí duplexní sonografie vede ke snížení procenta rekurence varixů.

Diskutovaným problémem je vznik angiogeneze po podvazu vena saphena magna (VSM). Chirurgická zkušenost učí, že primární operace je často provedena nesprávně, a proto vzniká rekurence. Velkou roli zde hraje nutnost dokonalé znalosti anatomie. Anatomické varianty v oblasti safénofemorální junkce jsou značné a na tuto skutečnost je třeba pamatovat.

Je prospěšné užívat k léčbě příznaků žilní nedostatečnosti minimálně invazivní metody a perkutánní endovenózní techniky, které zlepšují komfort pacienta a urychlují návrat k pracovní aktivitě. Endovaskulární terapie VSM je metodou léčby refluxu VSM se slibnými střednědobými výsledky; má však také svá úskalí, proto není vhodná pro všechny pacienty. Jedním z omezení je průměr a tortuóznost ošetřované žíly, je nutné také pamatovat na riziko termického poškození okolních struktur.

Doktorka **Navrátilová** z lymfologické ambulance I. dermatovenerologické kliniky FN U sv. Anny v Brně a Ambulance dermatologické angiologie Brno diskutovala téma „Specifika léčby lymfedému ve starším věku“. Komplexní léčba lymfedému je souborem léčebných postupů, které vedou ke stimulaci funkce mizního systému (lymfodrenáž, zevní komprese, protiotová gymnastika). Nedílnou součástí léčby je pravidelná péče o kůži, prevence infekce podkoží a dodržování režimových opatření. U geriatrických nemocných jsou velmi často zdravotní potíže provázány i problémy sociálními a psychickými, dochází k narušení všech dimenzí kvality života.

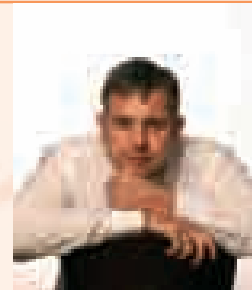
Skutečnost, že Klinika interní, geriatrie a praktického lékařství Fakultní nemocnice Brno a Lékařské fakulty MU je koordinátorem a organizátorem takovéto pravidelné celostátní akce se zahraniční účastí, je názorným dokladem v klinické praxi, že je plně vnímána potřeba pro i postgraduálního vzdělávání v oblasti geriatrické medicíny pro širokou odbornou veřejnost na úrovni našeho regionu.

V České republice, která má přes 10 milionů obyvatel, podobně jako v zemích západní Evropy, lze přitom charakterizovat současný demografický vývoj postupným stárnutím populace se snižováním podílu její dětské části. V roce 1996 poprvé v historii převýšil počet osob nad 60 roků počet dětí do 14 let. Zatímco v současnosti žije v ČR 3,1 % osob 80-letých a starších, v roce 1950 tvořily 1 % všech obyvatel. Odhaduje se, že v roce 2030 jich bude až 8 % a v 2050 se bude jejich počet blížit 10 %. Dlouhodobé populační stárnutí v tomto období vyvrcholí a vytvoří situaci, kterou si lze nyní jen velmi obtížně představit. Uvedená čísla jsou natolik alarmující, že jen podtrhují zásadní význam potřeby připravit se po všech stránkách (personální, technické vybavení a další) na zásadně se měnící demografickou skladbu populace České republiky v příštích desetiletích. Rostoucí počty seniorů (včetně křehkých) přitom mezi jiným představují nevyhnutelný fakt vyšších nákladů za zdravotní péči související těsně s geriatrizací medicíny. Z demografických analýz a zejména prognóz je patrné, že v budoucnu bude v oblasti téměř všech medicínských oborů (vyjma neonatologie a pediatrie) převažovat zdravotní péče o nemocné vyššího věku. Tato skutečnost bude stavět nové úkoly před všechny lékaře v klinické praxi, zdravotní sestry a všechny ošetrovatelský personál, což jen dokladuje evidentní potřebu konání podobné akce.

Senioři tvoří jako celek mimořádně heterogenní skupinu, kde jsou jak nemocní, tak i zdraví jedinci. Všem přitom náleží adekvátní zdravotní a sociální péče spojená s lidskou důstojností. Je úkolem nás všech být na tuto skutečnost profesionálně připraveni a pomáhat spoluprvatřet příznivé podmínky při jejím vzniku.

Doc. MUDr. Pavel Weber, CSc.

Rozhovor s předsedou představenstva společnosti ag foods



Čím se vaše společnost zabývá?

Podnikat jsme začali v roce 1990 s tím, že potravinářský program jedeme od roku 1993. Vůči našim zákazníkům se profilujeme ve třech hlavních oborech. První, historicky nejstarší, je Food Service. Jedná se o dodávky zaměřené na hromadné stravování, pod kterým si můžeme představit školství, zdravotnictví, sociální síť, armádu, prostě vše, kde se jí a pije ve velkém.

Druhý náš velice významný obor je HoReCa segment. Jedná se o dodávky produktů určených pro segment restaurací, hotelů, kaváren, zábavních center, koupališť, atd. K těmto zákazníkům dodáváme kompletní kávový servis. Případně další služby: máme dva typy kávových servisů, jeden z nich značky Jacobs a druhý, novinku - na Salimě jsme letos představili novou italskou kávu Varesina, kterou zhruba od února distribuujeme po celé České a Slovenské republice.

Třetím segmentem naší činnosti je Vending. Jedná se o segment, který zahrnuje všechny možné automaty pro výdej čehokoliv. My se soustředujeme hlavně na produkty a služby týkající se teplých a studených nápojů do těchto automatů.

Začínali jste s těmi segmenty postupně?

Ano. Historicky první byl Food Service v roce 1993. Od roku 1998 se k němu přiřadil Vending a zhruba od roku 1999 až 2000 pak HoReCa segment.

Působí vaše společnost i za hranicemi České republiky?

Vlastními společnostmi působíme v České, Slovenské, Polské a Maďarské republice. V dalších státech máme své zastoupení. Jedná se třeba o Slovinsko, Chorvatsko, Rumunsko, Bulharsko, Bělorusko, Ukrajinu nebo Ruskou federaci.

Ve kterých z výše uvedených segmentů spolupracujete s našimi nemocnicemi?

S vaší nemocnicí spolupracujeme řadu let, a to ve dvou segmentech. První je Food Service, tzn. dodávky pitných režimů jak pro zaměstnance, tak pro pacienty. Druhým je pak kávový servis, který uplatňujeme ve vašich provozech, bistroch či kantýnách.

Plánujete v nejbližší době rozšíření vámi nabízených služeb?

V současné době je společnost z hlediska zákaznických segmentů plně stabilizována. Každý ze segmentů je zcela odlišný. Food Service jde spíše do státní správy, HoReCa servis míří naopak výhradně do sféry privátní. Vending je také soukromý. Vzhledem k ustálené struktuře společnosti rozšiřování co do sortimentu či segmentů neplánujeme, spíše bychom rádi ještě více prohloubili kvalitu ve stávajících oblastech.

Jeden příklad prohlubující se kvality našich služeb: v současné době vyvíjíme specializované softwarové rozhraní, v němž by se systémy našich zákazníků propojily s našimi a vše by fungovalo on-line.

Jste rodinná firma, jak jste se dostali právě k takovému druhu podnikání?

Tatínek byl zakladatel. On začínal v dubnu 1990 podnikat. Začínal tak, že nabízel služby pro zemědělce. Podmínky na trhu se však během

dvou let změnil. Táta se jim přizpůsobil a s partnerem založili firmu, která se jmenovala Agrimek.

Já jsem v letech 1988-1993 pracoval u československé námořní plavby. Táta měl nápad podnikat, měl nějaké známé ve Výzkumném ústavu potravinářském v Praze. Právě tam jsme koupili první receptury, začali jsme spolupracovat. Z této spolupráce vzešel v květnu roku 1993 náš první výrobek, náš první produkt, který jsme začali distribuovat v České republice.

Vitamaxima se ve stejné receptuře vyrábí dodnes. Jedná se o nízkokalorický vitamínový syrovátkový nápoj.

S tímto prvním výrobkem jste oslovili malo či velkoobchod?

Tento první produkt jsme chtěli distribuovat do sítě maloobchodu. V roce 1993 jsme narazili na boom tekutých nápojů a tedy na to, že o naše produkty nebyl moc zájem. Moje žena však přišla s netradičním nápadem. Vzala telefonní seznam, nalistovala rubriku školy. A tak se stalo, že první várku, což bylo asi dvanáct palet výrobků, jsme vezli do škol.

Spokojenost panovala na obou stranách. Školy byly rády, že jim je někdo schopn takovýto servis zajistit a my byli rovněž spokojeni. Platební morálka byla velice dobrá. My jsme dovezli zboží, předali faktury a peníze byly na účtech do tří dnů. Ani konkurence nebyla ještě tak velká.

Díky této dobré konstelaci jsme se v segmentu Food Service začali hodně rozvíjet.

V roce 1998 jste se rozšířili o segment Vending. Umožnil vám to právě úspěch v segmentu Food service?

Přesně tak. Na jedné straně to byl rozvoj, kterého jsme v letech 1993-1998 dosáhli, na straně druhé to pak byla skutečnost, že produkty obou segmentů mají stejný výrobní základ, že se dělají prakticky stejným způsobem, nemusíte tedy nic přikupovat, ani měnit postupy. Směsí v segmentu Vending mají speciální složení, protože automaty stojí venku, vevnitř, na slunci, v zimě, v suchém prostředí nebo ve vlhkém. Za žádných klimatických podmínek však směs nesmí hrudkovatět, musí zůstat stejná.

Na přelomu let 1999/2000 jste rozjeli svůj poslední segment. Jak došlo k tomu?

Posledním naším segmentem jsou hotely, restaurace, kavárny. K rozhodnutí věnovat se tomuto segmentu nás přiměla určitá synergie našich výrobků. A také to, že jsme tomuto segmentu dost rozuměli, má blízko k veřejnému stravování.

Co byste si přál jako úspěšný podnikatel pro svou firmu?

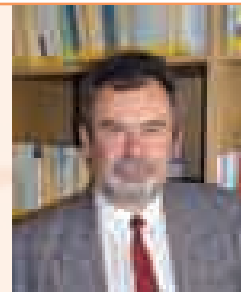
Přál bych si, aby společnost zůstala v rodinném kruhu.

Čemu byste se ve společnosti rád věnoval vy?

Firma má svého ředitele a já bych se rád věnoval rozvoji strategie společnosti.

Za rozhovor děkuje Anna Nesvadbová

Platit jak mourovatý



Je-li toto číslo Nemocničních listů věnováno infekcím, bylo by velkým divem, kdyby toto nakažlivé téma nepřeskočilo i na tuto stránku. Je to jev, který od dob morových ran neztratil na své závažnosti. Morovým nákazám však můžeme děkovat za krásné české úsloví „platit jak mourovatý“, které jsem nedávno slyšel v čekárně u přístroje na placení regulačního poplatku. Myslí, že právě toto místo v Nemocničních listech je tím pravým povolaným polem k vysvětlení jistého nedorozumění, které v sobě užití tohoto příměru skrývá.

To bylo totiž tak: V době morových nákaz ve středověku bylo uplatňováno jedno poměrně drastické zdravotní opatření. Ve městě, ve kterém se nákaza vyskytla, chodila dům od domu zdravotní komise a odváděla odtud všechny nakažené, nebo jak se tehdy říkalo „morovaté“. Jak bývá tato akce popisována, komise se nezdržovala nějakým složitým diagnostikovaním. Kdo nevypadal právě zdravě, šel. Když byli všichni morovatí vybráni a shromážděni, byli odvedeni na odlehlé místo, kde jim byla dána možnost, řekněme to eufemisticky, spontánně se uzdravit. Viděl jsem jednou takové místo v lese nedaleko Cvikova v severních Čechách, dodnes se tam k tomu místu tato událost víže a jeho dávné určení je v jeho ponuřlosti jakoby stále patrné. Dostat se tedy do takového transportu bylo velmi špatným signálem, a právě proto se prý stávalo, že se leckterý morovatý snažil tomu uniknout. To se dělo tím, že komisi uplatil, aby ho nechala doma. Některá komise byla asi, řekněme, uznalá a nebyla tomuto řešení nepřístupná. Smysl celého opatření tím mohl být sice poněkud narušen, ale nikdo není dokonalý. Vzhledem k tomu, že tam oběma stranám šlo o hodně, byl morovatý ochoten dát všechno, co měl – platil jako morovatý. Když později lidé zapomněli původní význam, udělali z morovatého mourovatého. Tak je to. Regulační poplatek nelze s tím, co platil takový morovatý, vůbec srovnávat.

Morové nákazy člověku dnes (snad) nehrozí, avšak všemožné infekce kolem nás krouží neustále. Ved-

le lidí a zvířat mohou viry napadnout i výpočetní techniku, a za prostředky k ochraně těchto zařízení platíme opravdu jak mourovatý. Nakažlivá je i „blbá nálada“, šířící se infekčně z míst, ze kterých by to člověk nečekal. Vedle toho přicházejí příležitostně hrozivé zprávy o blížících se epidemiích a pandemiích, z nichž poslední byla patrně ptačí chřipka. Naštěstí tyto strašidelné hrozby obvykle pominou a z obzoru zpráv se ztratí tehdy, kdy jsou prodány skladované zásoby sér a vakcín.

Pro šíření infekcí bylo a je vždy příhodné cestování. Co všechno si může člověk z ciziny přivést? Zažil jsem člověka, neurvale se v antikvariátě dožadujícího množstevní slevy asi na tři knihy s tím, že to tak je v cizině běžné. Jindy jsem viděl děti lezoucí v restauraci po stole. Rodiče to přesvědčivě omlouvali a vysvětlovali tím, že je to ve Švýcarsku, odkud se právě vrátili, zcela normální. Zajímavých konců se můžeme dočkat, až se někdo vrátí z amazonského pralesa od lovců lebek nebo z ostrovů lidojedů. Je zvláštní, že si člověk jako nákazu přiváží především to, co někde „mohou“ nebo „nemusí“, méně však se stává, že by se někdo v cizině nakazil slušností, ohleduplností či smyslem pro řád. Scholastičtí myslitelé, kterým je připisováno podivínské zkoumání, kolik andělů se vejde na špičku jehly, prý také zkoumali, co se stane, když spadne moucha do svícené vody. Bude moucha posvěcena nebo voda znehodnocena? Když se setká horší s lepším, co z čeho na to druhé „přeskočí“? Nevím, k jakému řešení tehdy scholastikové dospěli, ale stálo by zato tuto otázku znovu otevřít. Existuje pouze „nákaza“, nebo se podobně děje i „náprava“? Na základě uvedených příkladů by se mohlo zdát, že vše funguje pouze jednosměrně. Věřme jen, že někde v nějaké skrytější rovině probíhá i proces opačný. Před turistickou sezónou je to dost důležité. Po příjezdu by si pak každý sám měl provést vyhodnocení toho, co do naší českomoravské kotliny zavléká. Promiňte, že tak skáču z jednoho tématu na druhé. To jsem před lety chytil na jedné konferenci v Polsku.

Mgr. Milan Klapetek



**Muzeum města Brna v letošním roce
ocenilo činnost našich dobrovolníků
věnováním prohlídky ve vile Tugend-
hat. Chcete tuto činnost svým darem
nebo službou ocenit i vy, případně
se do ní sami zapojit?
Kontaktujte nás!**

Hana Dufková
koordinátorka dobrovolníků
Tel.: 739 789 024
dobrovolnici@dc-motylek.cz

Klára Pitlachová
ředitelka
Tel.: 739 030 762
motylek@dc-motylek.cz

Dobrovolnické centrum Motýlek, o. s.
Černopolní 9, 625 00, Brno
Tel.: 532 234 504
www.dc-motylek.cz
Č. účtu: 216 566 2028/2400 (eBanka)



chicory dream

Produktovou řadu Chicory doporučuje Heidi Janků

Foto Heidi Janků: Ondřej Košík

náš svět jsou voňavé nápoje

ag foods
a family company since 1990

Chicory Dream jsou chutné kávovinové nápoje se sušeným mlékem, obohacené sladovým výtažkem (zdroj vitaminů skupiny B a minerálních látek) a vysokým obsahem rozpustné vlákniny Inulinu. Nápoj lze připravit velmi snadno rozpustěním v teplé vodě, bez nutnosti cedit.

V nabídce je šest typů nápojů, které se liší formou slazení a poměrem mléčné a kávovinové složky.

Kvalitu Chicory Dream si ověřili pacienti a zaměstnanci ve více než 70 nemocnicích v ČR.

Kávovina společnosti AG FOODS se tím stala nejoblíbenější a nejpreferovanější kávovinou s mlékem na trhu!

Použití:

kávovinový nápoj (bílá káva).

Doporučený systém výdeje:

výrobník horké vody.

Chicory Dream ve variantách Basic, Strong, Light, Sweet, Easy:

- chutný, výborně rozpustný kávovinový nápoj,
- obsahuje rozpustnou vlákninu inulin,
- varianta pro diabetiky – LIGHT – kávovina slazená sladidlem,
- rychlá příprava rozpustěním v teplé vodě,
- s obsahem sušeného mléka,
- bez obsahu kofeinu,
- není třeba cedit,
- bez chemických konzervantů a barviv.

AG FOODS Group a.s.

Košíkov 72, Velká Bíteš, 595 01 Česká republika

tel. 800 NAPOJE (800 627 653), fax: +420 566 503 012, pondělí až pátek od 7.00 do 17.30, www.agfoods.eu

ZAVOLEJTE SI O VZORKY ZDARMA 800 NÁPOJE (800 627 653)