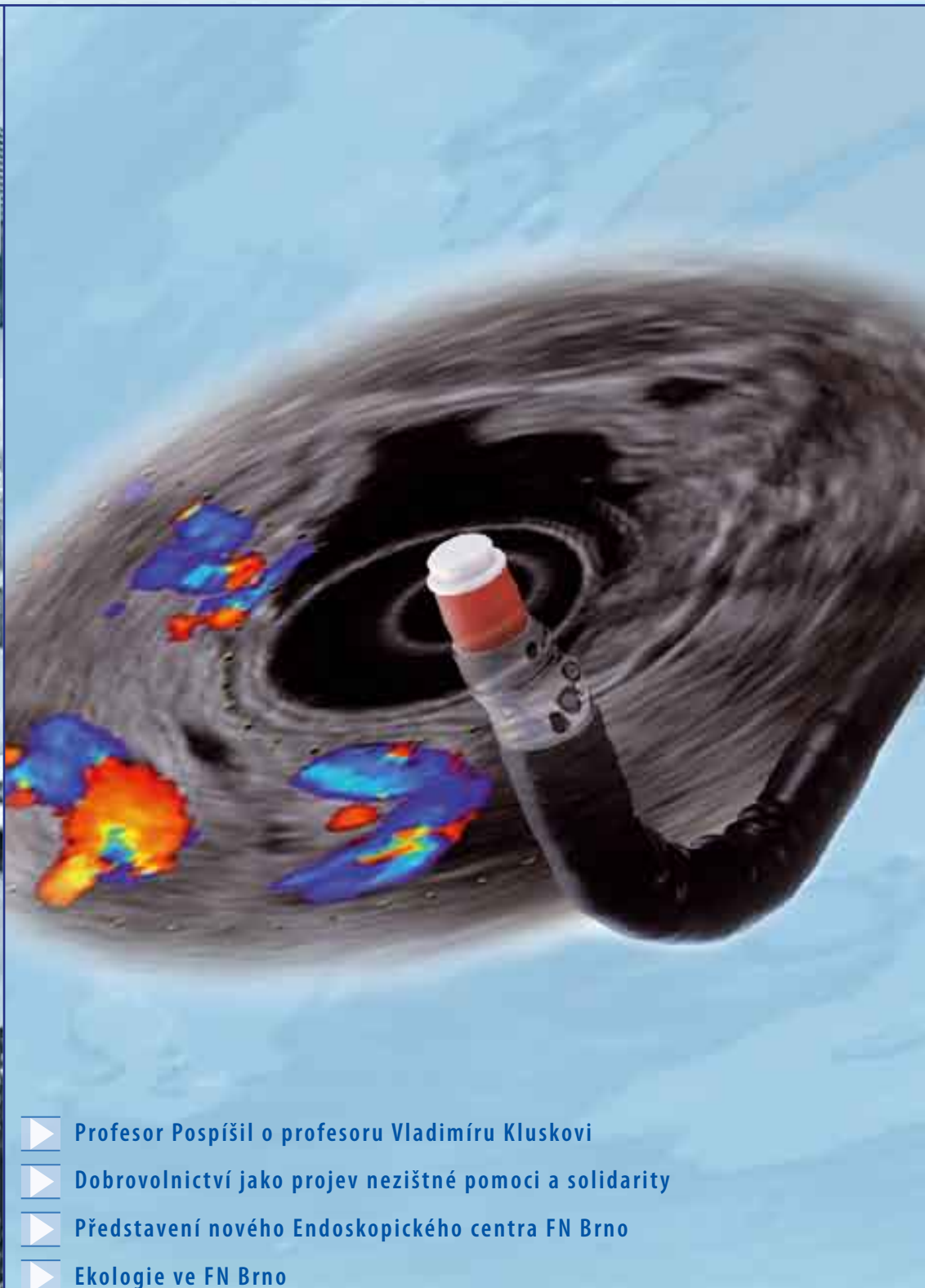




Nemocniční listy

ČÍSLO 3 – ZÁŘÍ 2009 – ROČNÍK X.



- ▶ Profesor Pospíšil o profesoru Vladimíru Kluskovi
- ▶ Dobrovolnictví jako projev nezištné pomoci a solidarity
- ▶ Představení nového Endoskopického centra FN Brno
- ▶ Ekologie ve FN Brno

NECHCEME VÁS CHYTIT, CHCEME, ABYSTE PŘIŠLI **DOBROVOLNĚ**



Hledáme dobrovolníky do nemocnic a domovů pro seniory
Dobrovolnické centrum Motýlek, Černopolní 9, Brno 602 00
www.dc-motylek.cz, mail: dobrovolnici@dc-motylek.cz
tel.: +420 532 234 504, mobil: +420 739 789 024
číslo účtu: 216 566 2028/5500



italinox



AstraZeneca 



VÁŽENÍ A MILÍ ČTENÁŘI,

po prázdninách a na samém sklonku léta vás vítám u těchto letošních Nemocničních listů. V nich se vám chceme pochlubit nejen novým Endoskopickým centrem, které jsem v červnu otevřeli, ale třeba také instalací unikátní magnetické rezonance svého druhu v ČR.

Dále s námi můžete zavzpomínat na profesora Klusku, který by se v srpnu dožil 100 let. Vaši pozornost bychom rádi upoutali také článkem o fenoménu dobrovolnictví, který by měl být nedílnou součástí každé moderní a lidsky vyspělé společnosti, tedy i té naší, české.

Opusťme hlubokomyslné moralizování a na závěr mi dovolu- te popřát vám nejen příjemné čtení a zisk nových informací, ale také krásné babí léto s dostatkem hřejivých slunečných paprsků.

Mgr. et Bc. Anna Mrázová

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

Redakční rada:

Mgr. et Bc. Anna Mrázová, Mgr., Bc. Zuzana Velebová,
Mgr. Jana Marounková,
Bc. Miloslava Kameníková, MUDr. Marta Číhalová

Adresa redakce:

FN Brno, Jihlavská 20, 625 00

tel.: +420 532 232 193

e-mail: amrazova@fnbrno.cz, internet: www.fnbrno.cz

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 Jiho- moravského kraje, obě komory Parlamentu ČR, sdělovací prostředky, firmy, které s FN Brno spolupracují.

Náklad: 1 500 výtisků

Četnost: 4x ročně

Tento výtisk je neprodejný

Editorial Mgr. et Bc. Anna Mrázová	3
Resumé	4
Slovo ředitele MUDr. Roman Kraus, MBA	5
Profesor Pospíšil o profesoru Vladimíru Kluskovi	6
MR přístroj Panorama firmy Philips Doc. MUDr. Jarmila Skotáková, CSc.	7
Dobrovolnictví jako projev nezištné pomoci a solidarity Mgr., Bc. Zuzana Velebová	8
Nové knihy v Lékařské knihovně FN Brno	10
Představení nového Endoskopického centra FN Brno Prof. MUDr. Aleš Hep, CSc., Jana Popelínská	11
Digestivní endoskopie v rámci IGEK FN Brno Prof. MUDr. Jan Lata, prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc., MUDr. Ivo Novotný, CSc.	12
Bronchoskopické diagnostické a vyšetřovací metody v Endoskopickém centru FN Brno Prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc., MUDr. Pavel Turčáni, MUDr., PhDr. Lenka Babičková	14
ORL oddělení jako součást Endoskopického centra FN Brno MUDr. Aleš Trnka	17
Význam patomorfologického vyšetření tkání získaných při endoskopii MUDr. Zdeněk Pavlovský	18
Ekologie ve FN Brno Ing. Kateřina Venclovská	19
XI. brněnský geriatrický den a XV. výroční kongres ČGGS Doc. MUDr. Pavel Weber, CSc.	20
Aktuality	24
Chráníme vás před infekcí	25
Podobenství o omáčce a chlévu krále Augiáše Mgr. Milan Klapetek	26

Resumé

Also here – in third issue of our quarterly – the Director of Faculty Hospital Brno seizes his opportunity to write introductory article; Roman Kraus, M.D., MBA, focuses his attention mostly on development and opening of independent Endoscopic Centre in Faculty Hospital Brno. Entire professional part of this issue covers this event.

By August end, we brought back to our memory birthday of Professor Kluska, one of most considerable Czech post war pediatrician. He used to work not only in Centre for Reproductive Medicine in Obilní Trh, Brno, but also Pediatric Clinic in Olomouc, he established. Late Professor Leopold Pospíšil, M.D., Sc.D, reminds that man of note.

The Faculty Hospital Brno is not only health care establishment, but also point of pain, suffering and sorrow. Motýlek Volunteer Centre takes care of these above human attributes – of course in addition to numerous hospital staff. Zuzana Velebová, Mgr., Bc, describes subject matter of volunteer mission in her article named Volunteership as Manifestation of Unselfishness and Solidarity.

In the fall of this year's June, the Faculty Hospital Brno inaugurates Endoscopic Centre in its Bohunice workplace. This EC is ranked among largest and most up to date equipped establishment of its kind in the Czech Republic.

Nobody except Professor Aleš Hep, M.D., head physician of this new Endoscopic Centre, along with its head nurse Jana Popelínská, can manage better presentation of new premises and technologies.

This new workplace, located in Z Pavilion, groups endoscopic, sonoscopic, and colonoscopic examinations of the whole hospital into one single place. Originally, these examinations have been performed in three different clinics depending on their kind. Heads of these three workplaces introduce not only their own clinics within the scope of Endoscopic Centre, but also all strong/weak points of such groupage.

Three stories describing these backgrounds are written here by Professor Lata with his colleagues, Professor Skříčková, and Aleš Trnka, M.D., head physician of ENT Department in Faculty Hospital Brno.

Relevance of Pathomorphologic Examination – gripping article written by Pavel Pavlovský, M.D. – deals with key investigations during diagnostic process; these examinations are unique exact possibility to check results of previous clinical examinations, laboratory tests, as well as endoscopic and visual examinations.

Next section, dealing with various technological and technical units of Faculty Hospital Brno, focuses on environmental issues for the present. Kateřina Venclovská, M.E., pays attention to this specific sphere of hospital actions.

Associate Professor Pavel Weber, M.D., S.D., prepared large article on the occasion of XIth Brno Geriatric Days and XVth Annual Congress of Czech Gerontologic and Geriatric Society. He targets not only professional meeting with colleagues, but, first and foremost, questions and issues of population aging along with its consequences.

Finally, last entry wrote Milan Klapetek, Mgr. – this time under name Parable of Sauce and King Augias Stable.

Slovo ředitele



Vážené dámy,
vážení pánové,

ústředním tématem tohoto čísla Nemocničních listů je nově otevřené Endoskopické centrum FN Brno. Nové pracoviště bylo vybudováno, tak jako všechny nové kapacity i další investice, v souladu se strategií naší fakultní nemocnice. Gastroenterologie je jedním z pěti nosných odborných programů nemocnice, na kterém se kromě Interní hepatogastroenterologické kliniky FN Brno podílí i naše další významné kliniky a oddělení. Princip centralizace pracovišť, jejichž provoz je odborně i ekonomicky náročný a vyžaduje pravidelnou obnovu přístrojového vybavení, je při respektování omezenosti zdrojů českého zdravotnictví jedinou možnou cestou rozvoje moderní medicíny. Takováto centralizace zvýší ekonomickou efektivitu i odbornou úroveň vysoce specializovaných programů, dovolí intenzivnější využití drahých technologií a v neposlední řadě i užší spolupráci a vzájemnou výměnu znalostí a dovedností mezi odborníky z různých oborů.

Příprava tohoto špičkového centra je blízkou analogií k vybudování Traumacentra FN Brno. To prokázalo svoji vysokou úroveň po osmi měsících provozu nejen počtem ošetřených polytraumatizovaných a těžce poraněných nemocných, nízkou mortalitou a vynikajícími výsledky léčby, doloženými měřitelnými parametry kvality. I při cvičení Trauma 2009 zvládlo všechny požadavky na ně kladené bezchybně, jak koneckonců vyplývá z hodnocení odborných rozhodčí. Toto cvičení na jedné straně prokázalo stoprocentní připravenost traumacentra i celé FN Brno řešit hromadná mechanická poškození obyvatel regionu, na straně druhé ukázalo, že traumatologický plán JmK není dobře zpracován. Zranění nebyli distribuováni do nemocnic dle

jejich skutečné kapacity, personální a přístrojové vybavenosti, ale dle historického plánu, který nerespektuje změněnou realitu posledních let. Bylo to o to více do očí bijící, že z místa nehody, vzdáleného několik set metrů od FN Brno, byl stejný počet zraněných převezen do naší nemocnice i do Úrazové nemocnice. Na mnohé dotazy zástupců médií, proč k nám skoro nikoho nevozí, když kolem sebe vidí připravenou techniku, lůžka a specializované týmy, mi nezbylo než odpovědět: „Skutečným cílem cvičení asi není zjistit, zda jsme v Brně připraveni na řešení krizových situací.“

Další důležitou změnou, hlavně organizační, je sloučení obou dětských interních klinik v jednu Dětskou interní kliniku FN Brno. Primární motiv je stejný jako u obou výše zmíněných center. Centralizace, ekonomická efektivita, intenzivnější využití zdrojů.

I když nechci unavit pozornost čtenářů délkou úvodníku, musím se zmínit i o dalším úspěchu nemocnice. Podařilo se navýšit platy zaměstnanců, jak vyplynulo z vládních nařízení, a přitom zůstat v pozitivní ziskové bilanci všech měsíců tohoto roku. Konečně, s velkou podporou našeho zřizovatele, MZ ČR i zdravotních pojišťoven, došlo k razantnímu zlepšení platů všech zaměstnanců. A spokojenost pacientů a zaměstnanců je při udržení vyrovnané ekonomické bilanci hlavním cílem vedení FN Brno.

Přeji nám všem, aby, i když už léto končí a prázdniny skončily, i další úvodníky mohly být takto optimistické.



MUDr. Roman Kraus, MBA

Profesor Pospíšil o profesoru Vladimíru Kluskovi



Profesor Vladimír Kluska, jeden z nejvýznamnějších českých poválečných pediatriů, by se letos dožil 100 let. Jako připomínku jeho činů lidských i odborných vám nabízíme slova profesora Pospíšila, která sepsal v roce 2001.

Vladimír Kluska se narodil 29. srpna 1909 v Čebíně nedaleko Brna. Jeho otec byl účetním v místní vápence. Středoškolská studia absolvoval v letech 1920 – 1928 na reformním reálném gymnasiu v Tišnově. Zde maturoval 13. června 1928. Po maturitě se rozhodl pro další studium na lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně. Promoval 12. ledna 1935. Ještě za studií na lékařské fakultě pracoval tři roky jako demonstrátor na interní klinice. Po absolvování dvouleté vojenské služby (1935 – 1936) pracoval v letech 1937 – 1939 jako sekundární lékař nemocnice ve Zlíně. Zde absolvoval „kolečko“ na odděleních interním, infekčním, dětském a ve školní zdravotní službě. Od 1. července 1939 byl již lékařem na institutu svého životního osudu – na Dětské klinice LF MU v Brně (v době okupace byla pouze dětským oddělením Zemské nemocnice). Větší část roku 1940 pracoval na novorozeneckém oddělení Zemské porodnice na Obilním trhu, od 1. října 1940 do 31. prosince 1942 byl vědeckou pomocnou silou a od 1. ledna 1943 asistentem dětského oddělení Zemské nemocnice. V roce 1942 získal titul odborného dětského lékaře. Od 1. června 1945 se stal prvním asistentem obnovené Dětské kliniky LF MU, vedené profesorem MUDr. Otakarem Teyschlem.

V březnu 1946 pověřil ministr školství Dr. Klusku vedením nově založené Dětské kliniky Palackého univerzity v Olomouci. Po návratu do Brna na dětskou kliniku v r. 1947 současně jako asistent kliniky vedl novorozenecké oddělení v brněnské fakultní porodnici jako ordinář. V témže roce mu byla udělena po řádném habilitačním řízení výnosem ministerstva školství a osvěty venia docendi pro obor dětských nemocí na Lékařské fakultě MU v Brně. Jako docent dětské kliniky přednášel sociální pediatrii (byl absolventem kurzu sociální pediatrie UNICEF v Paříži 5. 4. – 31. 7. 1948) na tehdejší Vysoké škole sociální v Brně, dále vybrané kapitoly z pediatrie na Pedagogické fakultě MU, na Lékařské fakultě v Olomouci a ve Státním kurzu pro porodní asistentky.

V roce 1951 byl doc. Kluska z „ideologických důvodů“ převeden z rezortu ministerstva školství a osvěty do rezortu ministerstva zdravotnictví jako primář infekčního oddělení Fakultní dětské nemocnice. Záminkou k tomu bylo náboženské založení a malá ideologická vyspělost a dále soudní proces inscenovaný Státní bezpečností pro domnělý styk s českými emigrantskými kruhy v Paříži. I když byl rozsudkem soudu 29. června 1949 obžaloby

zproštěn, neodůvodněné odsunutí ze školského rezortu trvalo i nadále. Doc. Kluska byl tak citelně poškozen ve své vážnosti osobní, vědecké a společenské. Byla mu ztížena vědecká práce, vědecký růst, působení pedagogické na lékařské fakultě a utrpěl újmy i v životě rodinném. Byl dále a priori diskvalifikován pro konkurzní řízení na přednostu I. a II. dětské kliniky, ač svou vědeckou kvalifikací, příkladnou pracovní morálkou, svým přátelským přístupem ke spolupracovníkům a zvláště krásným vztahem k dětem mohl být nejvážnějším kandidátem.

Šikana proti doc. Kluskovi vyústila v roce 1956 dokonce do požadavku na jeho nové habilitační řízení, k němuž předložil jako habilitační práci své dva spisy „Choroba Sturge-Weberova v dětském věku“ a „O dědičnosti a pathogeneze choroby Sturge-weberovy“.

Částečného zadostiučinění se dostalo doc. Kluskovi v r. 1968, kdy rehabilitační komise (ve složení prof. MUDr. Vladislav Kruta, DrSc., a prof. MUDr. Robert Hladký, DrSc.) podala návrh na návrat doc. Klusky na lékařskou fakultu do funkce přednosty dětské infekční kliniky, (jejíž zřízení bylo současně navrhováno) a na jmenování doc. Klusky mimořádným profesorem. Následující údobí „normalizace“ způsobilo oddálení návrhu na profesuru, které se doc. Kluska dočkal až po roce 1989.

Přes všechny politické šikany a ústrky doc. Kluska nezatrpkal a intenzivně pracoval. Opublikoval 130 vědeckých prací a přednesl stovky přednášek na různých odborných fórech. Vychoval pro pediatrii desítky studentů, lékařů, zdravotních sester a dalších odborníků. Své bohaté zkušenosti a nejnovější literární poznatky ochotně a nezištně předával svým mladším kolegům. Podařilo se mu prosadit zřízení kliniky dětských infekčních chorob. Vypracoval koncepci a výstavbu expektačního oddělení kliniky, realizoval adaptaci hlavního pavilonu a v letech 1967 – 1973 postavil moderní pavilon (otevřen 1. září 1973). K 1. říjnu 1974 odešel doc. Kluska do důchodu. Při této příležitosti mu byla udělena kromě peněžité odměny Velká pamětní bronzová medaile UJEP za výsledky ve vědecké a pedagogické práci, za osobní iniciativu při založení kliniky dětských infekčních chorob a za její řízení. Na málokterém z učitelů Lékařské fakulty MU se komunistický režim podepsal tak negativně jako na prof. MUDr. Vladimíru Kluskovi, muži široce medicínským i všestranně kulturně vzdělaným, vzácným člověkem ušlechtilého chování, příteli malířů a ostatních umělců, který dovedl trpět i velkoryse odpouštět.

Přetištěno z NL 4/2001

MR přístroj Panorama firmy Philips



Čtenáře Nemocničních listů bychom na tomto místě rádi seznámili s inovací přístroje na Klinice dětské radiologie FN Brno.

Koncem roku 2008 byl na KDR instalován nový MR přístroj Panorama firmy Philips. Je deklarován jako HFO, tzn. „high field open“, tedy vysokopólový otevřený systém se silou magnetického pole 1 T (tesla). Podle výzkumů preferuje asi 70 % pacientů vyšetření v otevřeném systému ve srovnání s uzavřeným.

V Evropě je HFO Panorama instalován jen v několika zemích, v naší republice se jedná o první instalaci.

Nákup magnetické rezonance byl realizován v roce 2008 za účasti státního rozpočtu. Ze strany ministerstva zdravotnictví bylo rozhodnuto o poskytnutí dotace ve výši 29 400 000,- Kč. Celková cena pořízené zdravotnické techniky činila 57 399 769,- Kč. Zbývající náklady byli hrazeny z vlastních zdrojů FN Brno.

Nový přístroj nahradil v současné době již zastaralý nízkopólový 0,2 T Magnetom Open viva, který byl v provozu od roku 1999.

Díky novému přístroji se zvýšila kvalita a možnosti vyšetřování. Musíme konstatovat, že na jedné straně jsou mnohé protokoly časově podstatně méně náročné než na předchozím přístroji, díky novým možnostem budou však některé typy vyšetření časově náročnější. HFO Panorama má široké lůžko, během vyšetření může být s dítětem v místnosti ve výjimečných situacích doprovod.

Na našem pracovišti je i ojedinělá instalace osvětlení vyšetřovací místnosti. Nový přístroj přispěje ke zvýšení dostupnosti MR vyšetření dětem z celého Jihomoravského kraje.

Na přístroji bude možné provádět vyšetřování:

CNS

Vedle klasických sekvencí máme k dispozici i rychlé sekvence použitelné pro případ, že stav nemocného vyžaduje relativně rychlé vyšetření (řádově v několika minutách). Přístroj umožňuje angiografické vyšetření (MRA) bez podání kontrastní látky intravenózně. Princip MRA je založen na odlišení statické tkáně od proudící krve. Nově budeme moci provádět difuze u nemocných s mozkovou ischemií. Princip tohoto zobrazení vychází ze změny prokrvení mozkové tkáně, což způsobí navázání původně volných molekul v extracelulárním prostoru na buňku (cytotoxický edém) a k poklesu difuze molekul. Po podání kontrastní látky intravenózně je možný průkaz ischemií ohrožené tkáně (perfuze). Málo prokrvené oblasti mozku se liší křivkami průchodu kontrastní látky v čase od tkáně zdravé.

Vyšetření páteřního kanálu je na novém přístroji podstatně jednodušší ve významně zkráceném vyšetřovacím čase.

MUSKULOSKELETÁLNÍ SYSTÉM

Nový přístroj má podstatně vyšší rozlišení, umožňuje například diferenciaci kloubní chrupavky.

BŘICHO A RETROPERITONEUM

Na původním MR přístroji byly možnosti vyšetření břicha a retroperitonea velmi limitované. Nyní máme k dispozici sekvence se synchronizací dechové a srdeční fáze, proto se rozlišení parenchymových orgánů dutiny břišní a retroperitonea významně zvyšuje.

ZÁVĚREM...

Nový MR přístroj je jednoznačným přínosem pro naše, zejména dětské pacienty i pro pracovníky KDR. Instalaci tohoto nového přístroje skončila první etapa změn na naší klinice. Následuje inovace CT přístroje, o které se dozvíte v některém z dalšího vydání tohoto časopisu.

Doc. MUDr. Jarmila Skotáková, CSc.



Dobrovolnictví jako projev nezištné pomoci a solidarity



Již od roku 2002 se na řadě klinik a oddělení FN Brno můžeme setkávat s dobrovolníky, kteří ve svém volném čase docházejí za pacienty, aby jim zpříjemnili pobyt v nemocnici. Postupně si pacienti i personál zvykají na to, že dobrovolníci jsou běžnou součástí života v nemocnici, a jejich přítomnost v naprosté většině vítají.

Ale kdo jsou to vlastně dobrovolníci? Kde se berou? Co je přivádí k tomu, že jsou ochotni věnovat svůj volný čas „cizím“ lidem?

Dobrovolnictví bývá nejčastěji charakterizováno jako vědomá, svobodně zvolená činnost, která je bez nároku na odměnu vykonávána ve prospěch jiných lidí nebo ve prospěch společnosti. Podle „Všeobecné deklarace o dobrovolnictví“, která byla schválena správní radou Mezinárodní asociace pro dobrovolnické úsilí (IAVE) na 16. světové konferenci dobrovolníků v Amsterdamu v lednu roku 2001, „je dobrovolnictví základním stavebním prvkem občanské společnosti. Uskutečňuje nejvznešenější aspirace lidstva – touhu po míru, svobodě, příležitostech, bezpečí a spravedlnosti pro všechny. Je to individuální nebo skupinová činnost, která umožňuje udržovat a posilovat takové lidské hodnoty, jako jsou družnost, zájem o druhé a služba jiným lidem.“

Přestože dobrovolnictví není v historii lidské společnosti ničím novým (protože v každé době a v každé kultuře pomáhali silnější slabším, bohatí chudým, zdraví nemocným), v České republice bylo slovo „dobrovolnictví“ do roku 1989 pojmem téměř zapomenutým. V posledních dvou desetiletích však i u nás tento jev začíná být vnímán jako jedna z občanských ctností. Přesto dosud nemá takovou podporu, jakou by si zasloužilo, a je často nespravedlivě vnímáno jako amatérismus. Opak je však pravdou: protože má-li být dobrovolná pomoc účinná, musí být efektivně organizována a profesionálně řízena.

K postupnému odstraňování bariér rozvoje dobrovolnictví v naší zemi přispělo vyhlášení roku 2001 Mezinárodním rokem dobrovolnictví. Významným mezníkem bylo i založení Národního dobrovolnického centra, které s využitím zkušeností z oblasti managementu dobrovolnictví získaných v zahraničí napomáhá vzniku regionálních dobrovolnických center a připravuje pro ně metodiku. Řízení dobrovolnictví se postupně profesionalizuje a tam, kde je jeho managementu věnována patřičná pozornost (a vážnost), přináší svoje výsledky. Počet lidí, zapojujících se do dobrovolnické činnosti, se zvyšuje.

Dobrovolníkem je ten, kdo ze své dobré vůle, ve svém volném čase a bez nároku na finanční odměnu vykonává činnost ve prospěch jiných lidí. Může jít o pomoc konkrétnímu člověku či organizaci, která pomoc potřebným poskytuje – např. organizace zaměřené sociálně, zdravotně, ekologicky či kulturně. Dobrovolná činnost však přináší nejen pomoc potřebnému člověku či organizaci, ale

zároveň osobní obohacení dobrovolníka. Osobním obohacením přitom není v tomto případě míněno obohacení materiální, ale obohacení osobnosti člověka, ať už ve smyslu citovém, morálním nebo ve smyslu nabytí nových zkušeností, získání nových kontaktů apod. Dobrovolníkem se může stát v podstatě kdokoli, protože takřka každý umí něco, co může poskytnout ostatním.

Výstižně vysvětlují podstatu pojmu dobrovolník některé z následujících vět z poselství amsterodamské celosvětové konference o dobrovolnictví, které zahrnují prvek pozitivního přínosu dobrovolníka společnosti a zdůrazňují význam aktivity člověka, jeho vůle vykonávat prospěšné věci a využití jeho tvořivé energie: „Dobrovolník je člověk, který si dostatečně věří v to, že může sám změnit věci, se kterými není spokojen. Je to člověk, který se odhodlá udělat ten jednoduchý, ale důležitý krok k tomu, aby se sám zapojil do činnosti, která je třeba nedostatečně zajišťována státními institucemi. Někdo, kdo neváhá obětovat část svého volného času pro vyplnění prázdného času druhých (např. dětí či nemocných) anebo zajištění aktivity, kterou by jinak neměl kdo organizovat (např. vysázet pár stromů).“ „Svobodně a dobrovolně zvolená aktivita a pomoc jsou tím, co činí z dobrovolníka nositele procesu změn ve společnosti. Jeho tvořivá energie je silou, která pomáhá hledat a otvírat zdroje a možnosti nových řešení. Tím se stává mostem procesu spolupráce mezi státem, komerčním sektorem a sektorem neziskových organizací.“

Přestože zájem o dobrovolnou činnost roste, poptávka po dobrovolnících stále několikanásobně převyšuje nabídku. Proto je jedním z klíčových problémů managementu dobrovolnictví otázka je-



jich získávání a motivace. Je jistě mnoho důvodů, které přivedou lidi k zapojení do dobrovolnické činnosti. Svědčí o tom výpovědi samotných dobrovolníků. Ať už jsou však jejich prvotní pohnutky jakékoli, v jednom se shodují. Pocit, který jim přináší vědomí, že pomohli někomu potřebnému, se podle jejich slov nedá ničím zaplatit. Tento pocit, s nímž lidé zpravidla dopředu nepočítají, může být pro ně významnou motivací. Byť není prvotní pohnutkou k dobrovolné činnosti, je důležitý pro její pokračování. Bez tohoto pocitu uspokojení se dobrovolnická činnost nedá dlouhodobě vykonávat. Mohlo by se zdát, že v dnešní společnosti, která směřuje stále více ke zvyšování výkonnosti a řídí se heslem „pomoz si sám“ (a šanci v ní mají jen silní a úspěšní jedinci), nebudou lidé ochotni věnovat nezištně svůj volný čas činnosti ve prospěch druhých. Je pravdou, že získat dobrovolníky není snadné. Z řady průzkumů je však zřejmé, že dobrovolnictví se věnují v naprosté většině právě silní a úspěšní jedinci. Jsou to ti, kteří si uvědomují význam solidarity a nezištné pomoci jako jednoho ze základních prvků lidské společnosti. Přes rozmanitost pohnutek, které jednotlivce k zapojení do dobrovolnické činnosti vedou, všichni mají jedno společné. Tito lidé jsou ochotni své aktivity vykonávat bezplatně, neřídí se heslem „čas jsou peníze“. Nečekají za tuto činnost žádnou odměnu, vědomě se vzdávají části svého volného času, který by mohli věnovat např. zábavě. Odměnou (a většinou i motivací) je jim dobrý pocit z konkrétní pomoci konkrétnímu člověku, pocit smysluplně využitého času, nabývání nových zkušeností, navazování nových přátelství apod. Téměř všechny tyto benefity by se patrně daly získat i jinými cestami než dobrovolnictvím. To dokládá, že stát se dobrovolníkem vyžaduje určitou úroveň morálních kvalit člověka.

Existuje také několik mýtů o dobrovolnictví. Především je to mýtus, že dobrovolnictví je oběť. Z provedených výzkumů v této oblasti však vyplývá, že motivace dobrovolníků zpravidla není náboženská, ani to nejsou lidé s nenaplněným volným časem, chybějícími rodinnými vazbami či s potřebou sebeobětování. Nejlepšími dobrovolníky jsou zpravidla lidé humanisticky orientovaní, sociálně integrovaní a angažovaní v mnoha jiných oblastech. Také další mýtus, který tvrdí, že dobrovolnictví je amatérismus, je třeba vyvrátit. Společně s rozvojem dobrovolnictví a s uplatněním dobrovolníků v různých sférách života společnosti vzrůstá

i význam efektivního organizování této činnosti. Podle spoluorganizátora Národního dobrovolnického centra HESTIA Jiřího Tošnera, „dobře připravený dobrovolnický program může zvýšit nejen výkonnost, ale i profesionalitu neziskové organizace, a přitom nic neubírá z tvořivosti a spontaneity dobrovolníků“. Na konferenci „10 let dobrovolnictví – rehabilitace občanských čtností“, která se uskutečnila v Kroměříži v květnu 2008, parafrázovala ředitelka Odboru prevence kriminality MV ČR Mgr. Jitka Gjuríčová citát prezidentky Energize Inc. Susan J. Ellis, která řekla: „Na dobrovolníky je často pohlíženo jako na amatéry. Ale uvědomte si, že Noemova archa byla postavena amatéry, zatímco Titanic byl postaven profesionály.“ Třetí mýtus zní: Dobrovolnictví je zadarmo. Není tomu tak docela. Jiří Tošner často s nadsázkou říká: „Jsem placen za to, že jiní pracují zadarmo.“ To celkem výstižně popisuje podstatu problému, který stejně jako předchozí přímo souvisí s managementem dobrovolnictví. Zkušenosti ukazují, že dobrovolnické programy organizované profesionálními placenými koordinátory s příslušnou kvalifikací jsou úspěšnější. Podle Tošnera je mzda koordinátora dobře vynaložena a bohatě vyvážená činností dobrovolníků jak z pohledu odpracovaných hodin, tak z pohledu kvality péče. Čtvrtý mýtus říká, že dobrovolníci jsou levnou pracovní silou. Dobrovolník však nemá nahrazovat práci profesionálů a neměl by být využíván k vykonávání činností, do nichž se nikomu nechce. Není možné objednávat si ze strany organizací pomoc dobrovolníků pro výkon určité činnosti a použít je pouze jako určitý nástroj.

Spolupráce Fakultní nemocnice Brno s Dobrovolnickým centrem Motýlek je jedním z příkladů úspěšného dobrovolnického programu. Občanské sdružení Dobrovolnické centrum Motýlek realizuje své činnosti, jimiž jsou především výcvik, příprava dobrovolníků a podpora jejich působení ve zdravotnických a sociálních zařízeních, v souladu se zákonem č. 198/2002 o dobrovolnické službě v rámci projektu Národního dobrovolnického centra „Dobrovolníci v nemocnicích“. V řadě zahraničních zemí jsou podobné projekty již řadu let uznávanou součástí komplexní péče o pacienta. Jeho význam dokazují i zkušenosti z řady českých nemocnic za uplynulých pět let.

V roce 2006 získalo DC Motýlek, které spolupracuje s FN Brno od roku 2003, k realizaci dobrovolnického programu akreditaci Ministerstva vnitra ČR. V současné době je činnost DCM ve FN Brno rozčleněna do tří základních projektů: Dobrovolníci dětem, Dobrovolníci seniorům a Lidská tvář. Kromě těchto projektů organizuje DC Motýlek pro pacienty FN Brno řadu jednorázových aktivit. Zpravidla se jedná o setkání skupiny dobrovolníků s pacienty vybraného oddělení s předem připraveným programem. V roce 2008 to byly např. akce „Velikonoční dílna“, „Zahradní party“, „Vázání vánočních věnců“ apod.

Dobrovolníkem v DC Motýlek se může stát občan starší 15 let, který prokázal trestní bezúhonnost a zdravotní způsobilost k výkonu této činnosti a prokázal osobnostní předpoklady k dobrovolnictví. Aktivní vykonávání dobrovolné činnosti je podmíněno také absolvováním speciálního výcviku, realizovaného ve spolupráci s FN Brno. Více informací o podmínkách a možnostech zapojení do dobrovolné činnosti lze získat na www.dc-motylek.cz nebo v sídle sdružení na Černopolní 22, Brno.

Mgr., Bc. Zuzana Velebová



Nové knihy v Lékařské knihovně FN Brno



- Borzová, C. Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada, 2009. 141 s.
- Cibula, D., Petruželka, L. Onkogynekologie. Praha: Grada, 2009. 614 s., CD ROM.
- Černý, V., Matějovič, M., Dostál, P. Vybrané doporučené postupy v intenzivní medicíně. Praha: Maxdorf, 2009. 255 s.
- Červenková, R. Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida. Praha: Galén, 2009. 111 s.
- Čevela, R., Čeledová, L., Dolanský, H. Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy. Praha: Grada, 2009. 108 s.
- Duda, M. Historie chirurgie: vybrané statě olomoucké a moravské chirurgie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. 229 s.
- Edelsberger, T. 500 klinických studií v diabetologii. Praha: Maxdorf, 2009. 717 s.
- Ferda, J., Mírka, H., Baxa, J. Multidetektorová výpočetní tomografie: technika vyšetření. Praha: Galén, 2009. 213 s.
- Füchtner, V. Automasáž pro zdraví: zbavte se běžných zdravotních potíží jednoduchou masáží. Praha: Grada, 2009. 95 s.
- Cholt, M. Sonografie velkých krčních cév: repetitorium ultrazvukové cévní diagnostiky a atlas nálezů na CD. Praha: Grada, 2009. 116 s., CD ROM.
- ISPAD Consensus guidelines 2006-2009: moderní dětská diabetologie. Praha: Galén, 2009. 286 s.
- Jandová, D. Balneologie. Praha: Grada, 2009. 404 s.
- Jebavý, R., Zumr, T. Posilování s balančními pomůckami. Praha: Grada, 2009. 175 s.
- Kamer-Priesch, H., Kiefer, I. Laktóza a fruktóza: [co smím vůbec jíst a co mám vařit?]. Praha: Grada, 2009. 127 s.
- Kawaciuk, I. Urologie. Praha: Galén, 2009. 531 s.
- Klucká, J., Volfová, P. Kognitivní trénink v praxi. Praha: Grada, 2009. 150 s.
- Kolář, J. Kardiologie pro sestry intenzivní péče. 4., dopln. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2009. 480 s.
- Kopečná, E., Paseka, J., Jedličková, A. Monitorace, audit a inspekce v klinickém hodnocení: praktická příručka nejen pro zkoušející tým a monitory, kteří se účastní nebo chtějí účastnit klinických hodnocení. Praha: Galén, 2009. 144 s., CD ROM.
- Kopřiva, F. Neurogenní zánět. Praha: Maxdorf, 2009. 244 s.
- Krivohlavý, J. Psychologie moudrosti a dobrého života. Praha: Grada, 2009. 138 s.
- Lindner, J., Jansa, P. Chronická tromboembolická plicní hypertenze: endarterektomie plicních tepen. Praha: Maxdorf, 2009. 152 s.
- Lippertová-Grünerová, M. Trauma mozku a jeho rehabilitace. Praha: Galén, 2009. 148 s.
- Liščák, R. Radiochirurgie gama nožem: principy a neurochirurgické aplikace. Praha: Grada, 2009. 239 s.
- Lukl, J. Fibrilace síní. Praha: Grada, 2009. 268 s.
- Machovcová, A. Bandážování a kompresivní léčba – rady pacientům. Praha: Mladá fronta, 2009. 26 s.
- Machovcová, A. Lymfadem : praktické rady pacientům. Praha: Mladá fronta, 2009. 39 s.
- Málek, J., Ševčík, P. Léčba pooperační bolesti. Praha: Mladá fronta, 2009. 143 s.
- Martinková, J. Poranění kloubů a svalů: diagnostika a léčba, rady pacientům. Praha: Mladá fronta, 2009. 41 s.
- Mikula, J., Müllerová, N. Prevence dekubitů. Praha: Galén, 2009. 96 s.
- Mokrošová, I., Baštová, L. Němčina pro lékaře – manuál pro praxi. Praha: Grada, 2009. 552 s.
- Muntau, A.C. Pediatrie. Praha: Grada, 2009. 581 s.
- Opatrná, M. Etické problémy v onkologii. Praha: Mladá fronta, 2008. 114 s.
- Orel, M., Facová, V. Člověk, jeho mozek a svět. Praha: Grada, 2009. 256 s.
- Orth, H. Dítě ve Vojtově terapii: příručka pro praxi. České Budějovice: KOPP nakladatelství, 2009. 216 s.
- Pavlišta, D. Neinvazivní karcinomy prsu. Praha: Maxdorf, 2008. 181 s.
- Pelclová, D. Nejčastější otravy a jejich terapie. 2., dopl. a rozš. vyd. Praha: Galén, 2009. 163 s.
- Penka, M., Bulíková, A. Neonkologická hematologie. 2., dopl. a zcela přeprac. vyd. Praha: Grada, 2009. 240 s.

Představení nového Endoskopického centra FN Brno



Endoskopické centrum FN Brno (EC) bylo za účasti MUDr. Tomáše Julínka, MBA a Mgr. Michala Haška slavnostně otevřeno 25. června 2009. Vyčleněny pro něj byly prostory pátého nadzemního podlaží pavilonu Z na Pracovišti medicíny dospělého věku, Jihlavská 20.

Rekonstrukční práce na Endoskopickém centru byly zahájeny v listopadu 2008 a ukončeny v dubnu 2009. EC nabízí pro diagnostiku a terapii celkem třináct vyšetřoven. K dispozici jsou dvě gastroskopické a dvě kolonoskopické pracovny, jedna pracovna pro ERCP, dvě pro endosonografii (jak radiální, tak lineární), dvě pracovny bronchoskopické a terapeutická pracovna pro oblast bronchologie, vybavená mj. léčebným laserem. V bronchologické části EC je lokalizována rovněž přípravná nemocných před vyšetřením s možností inhalace. V blízkém výhledu je doplnění přístrojového parku v rámci onkologického programu. Druhá terapeutická pracovna je výhledově vyčleněna pro výkony z oblasti ORL a chirurgie. Všechny vyšetřovny jsou vybaveny centrálními rozvody pro medicínální plyny.

Nezbytnou součástí pracoviště je laboratoř pro diagnostiku funkčních poruch horní i dolní části GIT, t. č. nejlépe vybavená v ČR, mj. s možností snímání jícnové impedance a multi-kanálové manometrie.

Stacionář určený pro péči o pacienty po výkonech v analgo-sedaci nebo v celkové anestezii je obsazen 10 transportabilními lůžky a je rovněž zajištěn rozvody medicínálních plynů v potřebném rozsahu.

Pro přípravu a očistu přístrojů jsou k dispozici tři dezinfekční místnosti, vybavené myčkami Johnson a Olympus. Endoskopická výbava EC pokrýváající plané diagnostické i terapeutické spektrum pro endoskopii je z přístrojů firmy Olympus.

Mimo komplex EC v 5. nadzemním podlaží pavilonu Z jsou umístěny dvě další vyšetřovny – jedna v prostorách KNPT a druhá na IGEK, které jsou určeny pro akutní endoskopické výkony.

Součástí EC jsou pak i dva oddělené prostory pro skladování dezinfikovaných endoskopů, ve kterých jsou přístroje uloženy ve speciálních skříních, které dovolují jejich okamžité použití bez dalšího ošetření po dobu 72 hodin (typ DRY 300) s celkovou kapacitou 30 endoskopů. K dispozici je i plazmový sterilizátor.

Pracovníci mohou využít pobytovou místnost vybavenou přístrojem s pitnou vodou, kávovarem a mikrovlnnou troubou. Pro personál je šatna a tři kanceláře.

Čekárna je vybavena čtyřmi lavicemi s kapacitou 20 míst k sezení. Hygienická zařízení pro pacienty i personál jsou zařízena bezbariérově.

Výuková místnost EC disponuje audiovizuální technikou dovolující sledovat výkony vždy v jedné z pracoven pro gastroskopii, kolonoskopii, bronchologii a ERCP. Diváci mají možnost sledovat dění v pracovně na jedné z televizních obrazovek pohledovou kamerou a současně na druhé obrazovce i endoskopický obraz. Je tak zajištěn bezprostřední kontakt mezi diváky a vlastním výkonem. Informace pro posluchače jsou stejné jako při pobytu studentů ve vyšetřovně, a přitom je zajištěn nesrovnatelně větší komfort jak pro vyšetřovaného, tak i pro zdravotnický personál pracoviště. Mixážní pult v posluchárně dovoluje plynulý přechod do dění v jednotlivých pracovnách a lze tak efektivněji využít vyučovací dobu, např. během přípravy pacienta na vyšetření apod.

Pracoviště je dosažitelné dvěma vstupy, které jsou v mimo-pracovní době chráněny alarmem jištěným přes pult centrální ochrany FN Brno.

Pacienti mohou dále využít dva lůžkové výtahy a čtyři výtahy pro mobilní nemocné, popřípadě je pracoviště dostupné dvěma schodišti.

Vlastní tým EC tvoří dva lékaři v celkovém úvazku 1,0, zatím osmnáct nelékařských zdravotnických pracovníků a tři sanitáři. Výkony jsou prováděny lékaři a lékařkami IGEK, KNPT, KARIM a v nejbližší době i ORL.

Cílem všech pracovníků na Endoskopickém centru je nabídnout nemocným mj. i ve spolupráci s KARIM maximální možný komfort při vyšetření s pečlivým monitorováním všech nezbytných parametrů jak při vlastním výkonu, tak i nezbytnou dobu po jeho ukončení. Snížit na minimum úzkost a nepříjemné pocity vyšetřovaných nejen pečlivým provedením vlastního výkonu, ale i dobrým osobním přístupem zdravotníků ke každému z nemocných.

Prof. MUDr. Aleš Hep, CSc.,

Jana Popelínská



Digestivní endoskopie v rámci IGEK FN Brno



Od 25. června 2009 využívají lékaři Interní hepatogastroenterologické kliniky FN Brno (IGEK) prostory nově vybudovaného Endoskopického centra FN Brno. Završila se tím mnohaletá snaha o zlepšení podmínek pro digestivní endoskopii ve FN Brno.

Počátky endoskopie v bohunické nemocnici byly poměrně skromné. Gastroskop, duodenoskop, kolonoskop a sigmoidoskop fy Fujinon, vždy po jednom přístroji, to bylo vše, co bylo tehdy v nemocnici k dispozici. Přesto již v roce 1990 byly standardně prováděny některé špičkové výkony, např. endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (ERCP) včetně endoskopické papilosfinkterotomie a biliárních, respektive pankreatických drenáží. V roce 1991 byla ve spolupráci s endoskopickým pracovištěm FN U sv. Anny zahájena 24 hodinová endoskopická služba pro osoby s akutním krvácením a osoby s diagnózou akutní biliární pankreatitidy. Standardní endoskopie byla prováděna ve vyhrazených místnostech lůžkové části kliniky. Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie byla prováděna na rentgenu v prostorách kliniky infekčních chorob, kde parametry rentgenového přístroje byly na hraně únosné míry bezpečného provedení výkonu, a až po několika letech se podařilo otevřít novou vyšetřovnu v místnostech IGEK. Při dostavbě DTC byla posléze kolonoskopická vyšetření prováděna v suterénu této budovy, v lůžkové části kliniky naopak přibyla místnost pro vyšetření endosonografické.

Požadavek, aby velká nemocnice s pracovištěm provádějícím širokou škálou diagnostických a terapeutických endoskopických výkonů (akutní hemostáza varikózního i nevarikózního krvácení, diagnostická i terapeutická endosonografie, intra- a extrahepatální endosonografie, již zmíněná diagnostická a terapeutická ERCP, endoskopická drenáž cystoidů, biopsie pankreatu pod endosonografickým navedením, mukosektomie a další) koncentrovala tyto výkony do centrálního pracoviště, které zaručí nejen bezpečnost nemocných při invazivní endoskopii, ale umožní optimální propojení jednotlivých výkonů, se proto jevil zcela logický. V případě urgentní endoskopie zajistí takové pracoviště organizačně nejen rychlý, ale především co nejbezpečnější přesun nemocných z příjmové ambulance nebo z lůžkových oddělení na vyšetřovnu, monitoring osob během vlastního výkonu, často ve spolupráci s anesteziology. V endoskopii je doba mezi přijetím, resp. vznikem potíží a vlastním endoskopickým výkonem často rozhodující veličinou, ovlivňující další osud nemocných.

Toto vše začalo nutně vyvolávat organizační problémy, které byly řešeny extrémním nasazením jak lékařů, tak endoskopických sester, a to jen díky takové organizaci provozu, který

byl v podstatě konsenzem všech pracovníků endoskopického oddělení. Od roku 1997 jednalo proto tehdejší vedení kliniky oficiálně s vedením FN Brno o vybudování Endoskopického centra FN Brno při Interní hepatogastroenterologické klinice. Samostatná endoskopie není oborem a bez klinického zázemí je pouhým standardizovaným servisem metod, bez možnosti optimální volby metody primární nebo metody následné s indikací správně zvolenou metodou endoskopické terapie v tzv. jednom sezení apod. Proto také nikde není digestivní endoskopie něčím obsahově a organizačně odtrženým od svého oboru – gastroenterologie.

Od roku 1997 každý rok, minimálně v rámci tzv. rozpočtů klinik, kdy se vedení FN Brno setkávalo s vedením kliniky, byla otázka potřeby centrálního endoskopického pracoviště nastolena a minimálně jedenkrát ročně bylo vedení kliniky ujištěno o pochopení problému a jeho řešení v době co možná nejbližší. V průběhu doby bylo nabídnuto umístit endoskopické pracoviště do staré zástavby, což na faktech bylo doloženo jako krajně nevýhodné, dále byly nabídnuty sice vyhovující prostory, ale na Pracovišti dětské medicíny. Na navržený projekt stavět nové patro pro endoskopii a hemodialýzu nad dnešním Ústavem patologie logicky nebyly finance. Proto se, jako v daných možnostech vyhovující, jevílo rozhodnutí umístit endoskopické pracoviště do 6. patra lůžkového traktu, do prostor, kde původně sídlila ambulance Ortopedické kliniky. Plány na rekonstrukci byly vypracovány a v podstatě schváleny, vedením FN Brno byl již stanoven rozpočet na rekonstrukci, avšak než k realizaci došlo, bylo rozhodnuto o přemístění traumatologických lůžek, v souvislosti se změnami v Úrazové nemocnici, právě do 6. patra. (Je nepochybné že výhody 6. patra pro endoskopické pracoviště byly jednoznačné – snadná dostupnost jak pro ambulantní nemocné, tak pro pacienty z lůžkové části jednotlivých oddělení včetně KARIM a JIP Chirurgické kliniky, minimální náklady na rekonstrukci a přitom dostatečný – nikoliv abundantní – prostor.)

Vedení FN Brno se pro centrální endoskopii snažilo najít jiné prostory, a vybrány byly prostory v pavilonu Z, nepochybně počtem a rozlohou více než vyhovující, bohužel z pohledu lokalizace jistě ne optimální. V říjnu 2007 byly zahájeny práce na projektové přípravě. Po dvou měsících bylo rozhodnuto o poměrně zásadní změně – oddělit endoskopické centrum od klinik a vyčlenit je jako samostatné pracoviště. Původní záměr, který by znamenal faktické odtržení endoskopie od gastroenterologie, byl poměrně rychle opuštěn. Digestivní endoskopie není samostatným oborem, je důležitou a nedílnou součástí gastroenterologie (akreditace, atestace atd. jsou vždy vydává-

ny na gastroenterologii, nikoliv k samostatné endoskopii), nicméně je jen částí oboru – endoskopii nelze v žádném případě špičkově provádět, jestliže lékař neovládá celý obor gastroenterologie a není v endoskopii náležitě erudován. Posléze přijatý model je analogický s ambulancemi DTC či operačními sály. Jde o pracoviště poskytující prostory, podmínky a sestry pro lékaře kliniky tyto pracoviště využívající. Toto řešení není zcela standardní a nemá nejen v naší republice analogii, nicméně věříme, že spolupráce sester endoskopického centra s našimi lékaři bude i do budoucna stejně úspěšná jako v uplynulých 19 letech.

V posledních letech provádí naše klinika ročně více než 4 000 endoskopií horního GIT, více než 2 000 endoskopií dolního GIT, zhruba 1 500 endosonografických vyšetření a 700 diagnostických a terapeutických ERCP.

Nabízí špičková vyšetření v celé šíři digestivní endoskopie:

Horní GIT – diagnostika

- ☐ Vitální barvení – chromodiagnostika
- ☐ Narrow Band Imaging (NBI)
- ☐ Zobrazení HDTV, zoom
- ☐ Označení oblastí zájmu tetovází, klipem
- ☐ Odběr vzorků (biopsie) kleštěmi, kličkou
- ☐ Odběr vzorků sliznice tenkého střeva – enterobiopsie

Horní GIT – terapie

- ☐ Polypektomie – kličkou
 - mukosektomie kličkou
 - mukosektomie kličkou po submukózní instalaci/po ligaci
 - endoskopická submukózní disekce plochých a submukosních lézí
- ☐ Hemostáza nevarikózního krvácení
 - jehlou a roztokem adrenalinu
 - klipem
 - monopolární elektrodou
 - argon beamrem (APC)
 - hot biopsy kleštěmi
 - jehlou a tkáňovým lepidlem Tissucol
- ☐ Hemostáza varikózní
 - jehlou a Aethoxysclerolem
 - ligací
 - klipem
 - jehlou a Histoacrylem
- ☐ Extrakce cizích těles
- ☐ Implantace intragastrického balonu v rámci komplexní léčby obezity
- ☐ Perkutánní endoskopická gastrostomie – PEG
- ☐ Repozice jejunálních sond
- ☐ Drenáž pankreatických kolekcí/pseudocyst
- ☐ Ošetření plošných krvácení Argon beamrem (APC)

Dolní GIT – diagnostika

- ☐ Vitální barvení – chromodiagnostika (indigokarmin/metylenová modř/acidum aceticum)
- ☐ Odběr vzorků sliznice – biopsie

- ☐ Označení oblastí zájmu tetovází, klipem

Dolní GIT – terapie

- ☐ Polypektomie klasická kličkou, po loopingu
- ☐ Mukosektomie monofilní kličkou, po instilaci submukózy
- ☐ Endoskopická submukózní disekce
- ☐ Argon beamer (APC)
- ☐ Dilatace balonkem
- ☐ Hemostáza
 - jehlou a roztokem adrenalinu
 - klipem
 - loopem
 - monopolární elektrodou
 - argon beamrem (APC)

Horní GIT – terapie

- ☐ Polypektomie kličkou
- ☐ Hemostáza jehlou, argon beamrem (APC)

Vyšetření tenkého střeva

- ☐ Enteroskopie (push metoda a jednobalonková enteroskopie)
- ☐ Enterobiopsie

ERCP

- ☐ Extrakce košíkem
- ☐ Papilosfinkterotomie
- ☐ Extrakce, event. litotrypse a extrakce kamínků ze žlučových cest
- ☐ Odběr vzorků sliznice žlučovodu
- ☐ Dilatace mimojaterních žlučových cest balonkem, dilatátorem
- ☐ Transpapilární drenáže plastovými i metalickými drény
- ☐ Intraduktální ultrazvukové vyšetření žlučovodu a pankreatického vývodu (IDUS) (při ERCP)
- ☐ Endoskopická léčba některých pooperačních poranění žlučovodu
- ☐ Endoskopická léčba píštělí pankreatu

Endosonografie – horní GIT

- ☐ Radiální diagnostické
- ☐ Lineární – tenkojehlové biopsie
 1. solidní ložiska pankreatu
 2. cysty pankreatu
 3. lymfatické uzliny břišní, mediastinální – drenáže kolekcí pankreatických

Endosonografie rektální

- ☐ Vyšetření análního kanálu a konečníku ultrazvukovou sondou

**Prof. MUDr. Jan Lata,
Prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc.,
MUDr. Ivo Novotný, CSc.**

Bronchoskopické diagnostické a vyšetřovací metody v Endoskopickém centru FN Brno



Dne 25. června 2009 bylo otevřeno Endoskopické centrum Fakultní nemocnice Brno (EC FN Brno) a v něm i část pro bronchoskopickou diagnostiku a léčbu. Než se zmíníme o výhodách, které otevření EC FN Brno pro rozvoj bronchologie na Klinice nemocí plicních a TBC představuje, stručně seznámíme čtenáře s problematikou diagnostické a terapeutické bronchoskopie.

Bronchoskopie je instrumentální metoda umožňující prohlídku dolních dýchacích cest, odběr materiálu na vyšetření a provádění některých léčebných zákroků v této oblasti. Provádí se dvěma způsoby – rigidním tubusem nebo flexibilním bronchoskopem. Pro většinu výkonů je zcela dostačující místní znecitlivění, pro část (především terapeutických) výkonů je potřebná celková anestezie. Flexibilní bronchoskopie umožňuje vizuální hodnocení bronchů do úrovně větvení 5.–6. řádu z celkových 23–24. Rigidní bronchoskopie má své místo především v léčbě masivního krvácení z dýchacích cest, při extrakci cizích těles, při intervenčních endobronchiálních léčebných zákrocích a také při punkci na bronchy naléhajících uzlin a nádorů.

Existují tři okruhy indikací bronchoskopických výkonů. Nejčastější jsou to diagnostická vyšetření. Mezi indikace diagnostické bronchoskopie patří nejasný náález na rentgenovém snímku hrudníku, příznaky postižení bronchopulmonálního systému (např. hemoptýza, dlouhodobý kašel, stridor aj.), nutnost odběru jinak nezískatelného materiálu z dolních dýchacích cest na různá vyšetření (cytologické, mikrobiologické, histologické a další), podezření na poškození či poranění dýchacích cest, aspiraci cizího tělesa, vyšetření etiologie nejasného ochrnutí hlasivek nebo bránice, vyšetření syndromu horní duté žíly, chylotoraxu nebo nejasného pleurálního výpotku, předoperační vyšetření u plicních nádorů, při podezření na tracheoezofageální píštěl, vyšetření lokalizace a rozsahu postižení dýchacího traktu po akutní inhalaci toxických par nebo po aspiraci žaludečního obsahu a mnohé další stavy. Bronchoskopicky je diagnostikováno až 70 % plicních nádorů.

Další skupinou indikací k bronchoskopii jsou bronchoskopie kontrolní. Pouze opakování bronchoskopického vyšetření stejným způsobem jako při stanovení diagnózy nám totiž může poskytnout informace nezbytné pro zhodnocení úspěchu léčby či posouzení aktivity a vývoje některých stavů (cytostatiky léčené maligní nádory,

plicní fibrózy, některé plicní infekce aj.). Během diagnostické bronchoskopie se z dolních dýchacích cest odebírá materiál na různá vyšetření. Biopsie pomocí bronchoskopických klíštěk jako jediná metoda umožňuje získat materiál vhodný k histologickému vyšetření. Při kartáčkové abrazi se vyšetřovaná oblast několikrát přejede nylonovým kartáčkem a materiál uvízný mezi štětičkami se natře na podložní sklíčko k cytologickému vyšetření. Perbronchiální punkce tenkou jehlou umožňuje získat materiál na cytologické vyšetření ze struktur přiléhajících zevně na bronchiální stěnu, nejčastěji z lymfatických uzlin. Jako bronchoalveolární laváž (BAL) se označuje frakcionovaný výplach periferní oblasti bronchiálního větvení nejméně 150–300 ml fyziologického roztoku o teplotě 37°C při bronchoskopu zaklíněném nejčastěji v některé segmentální větvi středního bronchu (u difuzních procesů). Zpětnou aspirací získáme takto labužní tekutinu z úrovně bronchiolů a alveolů, v níž lze hodnotit: buněčný rozpočet, tj. procentuální podíl lymfocytů, polymorfonukleárů, mikrofágů a eozinofilů umožňující posoudit aktivitu intersticiálních plicních procesů. BAL je cennou metodou při předpokládané oportunní infekci u imunokompromitovaných nemocných (průkaz *Pneumocystis jirovecii*, CMV, mykobakterií, *aspergilů* atd). Diagnostickým přínosem je náález azbestových tělísek u azbestózy, krystalických částic v makrofázích u silikózy, Langerhansových buněk s Birbeckovými granuly u histiocytózy X, hemosiderinu v makrofázích u plicní hemoragie a nádorových buněk



u bronchogenního karcinomu a v případě metastatického postižení plic.

Fluorescenční bronchoskopie je diagnostickou metodou využívající rozdíl ve fluorescenci normální sliznice a (pre)maligních lézí. V diagnostické fluorescenční bronchoskopii jsou využívány dva principy. Jednak fotodynamická diagnostika (PDD), při které je aplikována fotosenzitivní látka specificky se akumulující v nádorové tkáni, a detekce autofluorescence, při které se využívá rozdílu ve spontánní autofluorescenci normální a nádorové tkáně. Fluorescenční bronchoskopie má zlepšit detekci těžkých dysplazií a karcinomů in situ.

NBI (Narrow Band Imaging) je nová technologie zobrazení kapilární kresby a větších cév v sliznici. Bronchiální sliznice je osvětlena úzkými paprsky kombinací úzkého spektra modrého, zeleného a červeného světla o vlnové délce 415, 540 a 600 nm. Cévy obsahující krev se zobrazují tmavě, ostatní struktury sliznice jsou světlé. To umožňuje vizualizaci cév ve sliznici a odlišení zánetu od patologické vaskularizace tumoru.

Endobronchiální ultrasonografie (EBUS), při které se zavádí ultrazvuková sonda pomocí bronchoskopu, slouží k posouzení okolí vyšetřovací sondy do vzdálenosti 4 cm. Vyšetření je vhodné k posouzení hloubky invaze iniciační fáze karcinomů, které nejsou patrné rentgenologicky, a dále k hodnocení infiltrace lymfatických uzlin.

Zcela novou metodou, která je v posledních letech užívána na specializovaných pneumoonkologických pracovištích, je CT navigovaná bronchoskopie, která umožňuje spojení CT obrazu s aktuálním bronchoskopickým obrazem a pak pomocí speciální sondy s velkou přesností odběry především z periferně uložených nádorů.

Intervenční endobronchiální léčebné metody slouží zejména k léčbě nádorové obstrukce dýchacích cest, i když stenozující postižení bronchů může být i benigní etiologie (jizevnaté, např. po tracheostomii nebo postintubační, idiopatické stenózy včetně bronchiální amyloidózy). Cílem léčby nádorové obstrukce je zmírnění potíží a zabezpečení přístupu vzduchu. Mezi tyto metody patří mechanická dilatace, což je nejjednodušší a prakticky na vybavení nejméně náročná metoda, při které se podaří bezprostředně dosáhnout zmírnění dušnosti u 90 % nemocných, ale nelze očekávat dlouhodobější efekt. Obturované místo v oblasti bronchiálního stromu lze postupně dilatovat nafukovacím balonkovým katétrelem nebo soupravou katétrů o postupně se zvyšujícím průměru, ale i tubusem rigidního bronchoskopu. Endobronchiální stenty jsou umělohmotné, kovové (drátěné) nebo kombinované průduškové a bronchiální protězy se schopností udržet volný průsvit bronchu a tím zabezpečit ventilaci ohrožené oblasti. Jejich zavedení řeší především akutně se zhoršující stenózy centrálních dýchacích cest s akutní dušností. Stenty jsou konstruovány tak, že jsou schopny v roztaženém stavu odolávat tlaku okolní tkáně, lze je proto využít u nádorových i nenádorových jizevnatých stenóz centrálních dechových cest. Laserová léčba je v současné době v léčbě nádorové obstrukce rozšířena nejvíce. Léčba laserovou



koagulací je indikována u intraluminárně rostoucích maligních i benigních nádorů v centrálních dýchacích cestách, tumorů vyrůstajících z bronchiální stěny. Předností indikace k laserové koagulaci je nutnost rychlého uvolnění intrabronchiálních a intratracheálních stenóz při hrozící asfyxii. Využívá se také u kratších neúplných nádorových stenóz, drobnějších dobře ohraničených i vícečetných tumorózních lézí a k odstranění endobronchiálně rostoucích benigních nádorů. Laserem lze úspěšně rekanalizovat 70–90 % stenóz dýchacích cest. Kryoterapie je navození úmrtí nádorových buněk působením extrémně nízkých teplot. V bronchologii je při této metodě používán tekutý dusík nebo oxid dusný o teplotě –60 až –80 °C. Kryosonda je zavedena pomocí rigidního instrumentária bronchoskopu. K výhodám kryoterapie patří i možnost zmrazení silně krváčivých endobronchiálních lézí při jejich bioptickém vyšetření. Bronchoskopickou elektrokoagulací je v léčbě nádorové obstrukce dýchacích cest u určitých lokalizací dosahováno podobných výsledků jako při použití laseru nebo kryoterapie. Její použití je indikováno především u nádorové obstrukce lokalizované ve velkých dýchacích cestách a popřípadě provázené bronchoskopicky viditelným krvácením. Fotodynamická léčba je indikována nejen u rozsáhlých endobronchiálně rostoucích nádorů, dále u povrchově rostoucích karcinomů, které ještě obstrukci nezpůsobují, a zejména u rentgenologicky okultních časných karcinomů. Principem fotodynamické léčby je schopnost některých fotosenzitivních látek vazby v nádorových tkáních. Toho lze využít v jejich destrukci. Je-li fotosenzitivní sloučenina exponována světlu příslušné vlnové délky, proběhne v ní fotochemická reakce – produkce volných chemických radikálů, které destruuji buňky. Brachyterapie je ozařování plicního nádoru pomocí radioaktivního izotopu zavedeného přímo do dýchacích cest. Brachyterapie je indikována u nádorové obstrukce dýchacích cest na základě bronchoskopického a rentgenového vyšetření u endobronchiálně i extrabronchiálně rostoucích nádorů (především u nemalobuněčného bronchogenního karcinomu), které jsou lokalizovány v oblasti průdušnice, hlavních a lobárních

bronchů. Do postižené oblasti je pomocí bronchoskopu zaveden afterloadingový katétr, který je připojen ke speciálnímu kontejneru, který obsahuje radioizotop, a tímto katétrem je do bronchu izotop zaveden.

V průběhu roku 2008 provedlo osm lékařek a lékařů Kliniky nemocí plicních 1 505 flexibilních a rigidních bronchoskopií na základě výše popsaných indikací. Z výše uvedených diagnostických a terapeutických metod máme k dispozici klasickou diagnostickou flexibilní a rigidní bronchoskopii a provádíme veškerou dostupnou diagnostiku konvenčními přístroji. K endobronchiální léčbě, která by nebyla možná bez velmi těsné spolupráce s lékaři Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, používáme elektrokauter a laser a ve spolupráci s Radioterapeutickou klinikou Masarykova onkologického ústavu provádíme brachyterapii. Diagnostické a terapeutické bronchoskopie provádíme z výše uvedených indikací nejen pro celou FN Brno, ale i pro celou brněnskou oblast, a často jsou na bronchoskopické pracoviště KNPT odesíláni nemocní i z jiných krajů.

Do června 2009 bylo bronchoskopické pracoviště KNPT umístěno ve stísněných prostorách přízemí pavilonu E ve staré zástavbě FN Brno. V červnu 2009 jsme začali bronchoskopická vyšetření a léčebné výkony provádět v prostorově mnohem lepších podmínkách nově otevřeného Endoskopického centra FN Brno. Předpokládáme, že do konce roku 2009 bude toto bronchoskopické pracoviště EC vybaveno endobronchiální ultrasonografií a CT navigovanou bronchoscopií a výhledově rozšíří diagnostické možnosti i o NBI (Narrow Band Imaging) NBI a autofluorescenční bronchoskopii.

Na závěr sdělení nezbyvá než poděkovat všem, kteří umožnili vybudování nových prostor pro bronchoskopická vyšetření, a také těm, kteří se na provozu bronchoskopické části EC podílejí. Nejvíce děkujeme těm, kteří s myšlenkou vzniku nového Endoskopického centra přišli. Poprvé jsme s tímto nápadem byli osloveni panem

prof. MUDr. Petrem Dítětem, DrSc. A první návrh, z roku 2001, který jsme na jeho výzvu odesílali, je ještě uložen v dokumentaci kliniky. K definitivnímu vyjádření jsme pak byli osloveni panem ředitelem MUDr. Janem Burianem a následně panem ředitelem Ing. Petrem Koškou, MBA. Budování již bylo zahájeno pod vedením pana ředitele MUDr. Romana Krause, MBA. Další, kterým bychom za pomoc a rady v závěrečných fázích budování velmi rádi poděkovali, je paní náměstkyně Mgr. Erna Mičudová a pan náměstek doc. MUDr. Lubomír Hakl, CSc.

**Prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc.,
MUDr. Pavel Turčáni,
MUDr., PhDr. Lenka Babičková**





**CHRAŇTE SEBE I SVÉ OKOLÍ.
AKTIVUJTE SI BEZPLATNÉ
SOS-ZPRÁVY.**

Pomocí jediné SMS zprávy se přihlásíte do adresáře obyvatel Vaší obce nebo města. V krizových a mimořádných situacích budete dostávat informace pomocí SMS zpráv. Účast každého je zcela dobrovolná, z adresáře se můžete kdykoliv jedinou SMSkou odhlásit. Konkrétní informaci jak se přihlásit, najdete na www.krizoveinfo.cz nebo na Vašem obecním úřadě.

Cena přihlašovací SMS zprávy je 3,- Kč.



SOS:
VCASNA INFORMACE
V KRIZOVYCH A
MIMOŘADNYCH SITUACICH
NA VAS MOBIL!

www.krizoveinfo.cz

ORL oddělení jako součást Endoskopického centra FN Brno



Endoskopické vyšetřovací metody jsou nedílnou součástí ORL oboru, který historicky patří mezi úplně první medicínská odvětví, ve kterém se endoskopie začaly využívat. Původní endoskopické instrumentárium bylo rigidní, tj. používaly se různé konstruované kovové tubusy. S rozvojem technologií se i do medicínských zařízení dostává vláknitá optika a široká škála videodokumentačních zařízení, vznikají tak flexibilní endoskopy s jejich použitím v řadě medicínských oborů, jako je gastroenterologie, pneumologie, ortopedie, chirurgie, gynekologie a řada jiných, které se výhledově budou pravděpodobně také spolupodílet na činnosti Endoskopického centra FN Brno (EC).

V současné době provádí ORL oddělení Pracoviště medicíny dospělého věku (PMDV) převážnou část svých diagnostických a terapeutických flexibilních i pevných endoskopií na operačních sálech v rámci COS I.

Rozvoj mikrochirurgického instrumentária v rámci oboru, jako například funkční endonazální endoskopická chirurgie, vyžaduje sterilní prostředí chirurgického sálu. Je to však jen menší část endoskopických výkonů. Většinu ostatních včetně ambulantních výkonů bude možné provádět v provozních podmínkách endoskopických vyšetřoven vybudovaných v nově vzniklém Endoskopickém centru.

V rámci Endoskopického centra tedy plánujeme komplexní endoskopický servis, jehož součástí bude ambulance pro pacienty ORL oboru. Ta bude koncentrovat pacienty s onemocněními, jejichž diagnostika a léčba vyžaduje endoskopickou intervenci. Bude medicínsky i organizačně zabezpečovat indikace k vyšetření ambulantnímu či při hospitalizaci, která se budou provádět na Endoskopickém

centru, a oddiferencuje pacienty, kteří budou ošetřeni na ORL operačních sálech.

ORL oddělení PMDV provádí širokou škálu diagnostických a terapeutických endoskopií v oblasti dýchacích a polykacích cest.

Podmínky EC umožňují, abychom převážnou část pevných i flexibilních standardních bronchoskopií a ezofagoskopií přesunuli na toto pracoviště.

Dále počítáme, že s využitím tryskové ventilace, laseru, RTG C ramene budeme provádět vysoce efektivní mikrolaryngoskopická vyšetření v široké indikační škále rovněž v prostorách EC.

Dominantně pak předpokládáme využití prostředí EC na mezioborové projekty, které řeší problematiku stenózujících onemocnění dýchacích a polykacích cest. Zde bychom chtěli navázat na velmi úzkou spolupráci s kolegy



z Radiologické kliniky FN Brno, kde již mnoho let provádíme různé typy dilatačních metodik včetně zavádění stentů, což je momentálně nejšířejí rozpracovaná problematika v celé republice.

Osobně se domnívám, že koncepce vybudovaného Endoskopického centra s koncentrací pacientů i vyšetření umožní vysoce efektivní provádění endoskopických výkonů a také přinese možnost lépe organizovat mezioborovou spolupráci, což přispěje k vybudování jedinečného zdravotnického zařízení v ČR, zabývajícího se komplexní endoskopickou problematikou.

MUDr. Aleš Trnka



Význam patomorfologického vyšetření tkání získaných při endoskopii



Rozvoj flexibilní endoskopie představuje revoluci v dosažitelnosti tkáňových vzorků pro patomorfologické (zjednodušeně též nazývané histologické) vyšetření.

Endoskopicky lze v současné době vyšetřovat a získávat slizniční vzorky z horních a dolních cest dýchacích, vylučovacích cest močových a podstatné části gastrointestinálního traktu (jícen, žaludek, duodenum, proximální a distální část tenkého střeva, celé tlusté střevo i vývodné cesty žlučové) bez nutnosti intervenčního zákroku.

Získané vzorky dosahují velikosti několika krychlových milimetrů (proto jsou také nazývány mikroexcizemi), ve velké většině případů však i nepatrná velikost tkáně umožňuje stanovení diagnózy. Patomorfologické vyšetření tak doplňuje makroskopické posouzení vyšetřovaného orgánu při endoskopii a je neodmyslitelnou součástí diagnostického procesu zvláště v případech nejednoznačných endoskopických nálezů či při podezření na nádorové onemocnění.

Získané tkáňové vzorky jsou fixovány ve formaldehydu a zpracovány do podoby parafinových tkáňových bločků, které jsou nařezány na 3 – 5 mikrometrů silné řezy, které se vyšetřují vždy v základním barvení (hematoxylin-eozin), speciálními barveními (umožňují např. prokázat přítomnost metaplázie či mikroorganismů), v odůvodněných případech (především u nádorových lézí) se vzorky podrobují imunohistochemickým vyšetřovacím metodám,

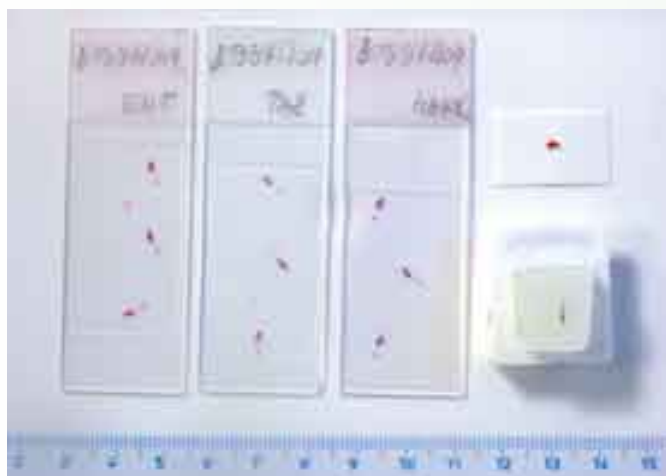
kteří jsou založeny na imunitním průkazu specifických antigenů ve tkáni.

U některých chorob je nutný průkaz enzymové aktivity v získané tkáni (jedná se o tzv. histochemické vyšetření), takové vzorky jsou zpracovávány v nativním stavu (fixace je prováděna hlubokým zmrazením) a enzymatická aktivita se posuzuje po přidání vhodného substrátu. Takto se posuzuje např. aktivita alkalické fosfatázy či disacharidáz v kartáčovém lemu enterocytů při malabsorbních onemocněních nebo aktivita acetylcholinesterázy u aganglionózy a dysganglionózy tlustého střeva. V případě potřeby je možné nativní tkáň vyšetřit i pomocí elektronového mikroskopu.

Význam patomorfologického vyšetření v diagnostickém procesu lze tedy jedním slovem označit za klíčový v diagnostickém procesu a představuje jedinou exaktní možnost ověření výsledků předcházejících klinických, laboratorních, endoskopických a zobrazovacích vyšetření.

Až se budete podrobovat endoskopickému vyšetření a budete sledovat, jak endoskopující lékař odebírá vzorky na „histologii“, vzpomeňte si i na patologa – jako na lékaře, který sice stojí v pozadí, ale bez jehož know-how není možné stanovení Vaší diagnózy a od ní se odvíjející smysluplné léčby.

MUDr. Zdeněk Pavlovský



Tkáňový vzorek, parafinový bloček s tkání a tkáňové řezy v různých barveních.



Mikroskopický obraz žaludečního polypu, barvení hematoxylin-eozin, zvětšení 100x.

Ekologie ve FN Brno



V dnešní době již prakticky všichni vědí, že ekologie je věda zabývající se ochranou životního prostředí a studiem vzájemných vztahů mezi organismy a jejich prostředím. Zdroji poškozování životního prostředí jsou především fosilní paliva (uhlí, ropa a zemní plyn), která se stala nejpoužívanějšími zdroji energie, a průmyslové odpady.

Zásadním celosvětovým cílem v oblasti ekologie je snížit spotřebu fosilních paliv a zabezpečit technologii likvidování průmyslových odpadů tak, aby dále nepoškozovaly životní prostředí.

Opatření směřující k naplnění tohoto cíle se týkají nejen průmyslových podniků, ale každé organizace a každého člověka. Zdravotnická zařízení patří svým charakterem činností (práce s biologickými materiály, používání chemikálií a radiačního záření a další specifické činnosti) k těm, které mají na ekologii nezanedbatelný vliv. Ochrana životního prostředí se tak stala nedílnou součástí všech zdravotníků, ale i pacientů. Bezpečná likvidace biologických a chemických látek, bezpečné zacházení se zdroji radiačního záření jsou zákonné povinnosti organizací, šetření neobnovitelných zdrojů (voda, plyn, pohonné hmoty, atd.) a důsledné třídění odpadů k likvidaci je však věcí každého jednotlivce a organizace k tomu musí přijmout organizační a provozní opatření, vytvořit podmínky a v neposlední řadě vychovávat všechny zaměstnance a v našem případě i poučovat pacienty.

Abychom celou problematiku ekologie ve FN Brno pojali komplexně a koncepčně, zavést environmentální systém řízení (EMS) dle normy ISO 14001:2004 bylo vedením FN Brno rozhodnuto v roce 2007.

Vzhledem k tomu, že v oblasti životního prostředí zastřešuje veškerou problematiku environmentu Oddělení hospodářské a technické správy (OHTS), proběhla implementace a následná certifikace na tomto oddělení, resp. na bohunickém pracovišti. Podrobnější informace o procesu implementace a certifikace na OHTS jsou uvedeny v článku Bc. Kláry Čížkové (NL 2/2009).

Z celonemocničního pohledu je v podmínkách FN Brno jedním ze stěžejních úkolů regulovat nakládání se specifickým odpadem ze zdravotnických zařízení dle Prohlášení Rady ES č. 1210/90 ze dne 7. května 1990. Vzhledem k tomu, že se na této činnosti podílejí prakticky všechny složky nemocnice, zmíním se o této problematice podrobněji. Odpad z nemocnice zahrnuje pevný nebo tekutý odpad, který obsahuje komponenty různého fyzikálního, chemického a biologického materiálu, který vyžaduje speciální nakládání a zneškodnění vzhledem ke specifickému zdravotnímu riziku. Při nesprávném nakládání může ohrozit pacienty, zdravotnický personál, personál, který se zabývá manipulací a zneškodňováním odpadů, případně i obyvatelstvo. FN Brno jako původce odpadů s nebezpečnými vlastnostmi je povina dodržovat zásady minimalizace zdravotního rizika při vzniku, manipulaci a jeho zneškodňování. Důsledné vytřídění odpadů v okamžiku jeho

vzniku významně snižuje množství vznikajícího nebezpečného infekčního odpadu s pozitivním dopadem na ekonomické náklady na likvidaci, které jsou rozdílně vysoké právě podle druhu nebezpečnosti.

Ve FN Brno se odpady dělí na infekční, ostrý a komunální odpad. Komunální odpad je dále tříděn na papír/lepenka, železo, sklo, plastový obal a směsný komunální odpad. Tento odpad je likvidován ve spalovně komunálního odpadu Sako Brno. Infekční odpad spolu s ostrým odpadem je likvidován ve spalovně infekčního odpadu Ekotermex Vyškov.

Individuální skupinou odpadů ve FN Brno jsou zářivky, galvanické články a baterie, u kterých dochází ke zpětnému odběru dodavatelem. Zpětný odběr probíhá bez nároku na úplatu za účelem využití nebo odstranění odebíraných použitých výrobků. Což má příznivý vliv na ekonomiku FN Brno a životní prostředí.

Každé porušení příslušných směrnic týkajících se ochrany životního prostředí nás, kromě nešetného zásahu do životního prostředí, stojí nemalé finanční prostředky, které bychom mohli jinak účelně vynaložit na léčebnou péči. Je proto v zájmu nás všech, abychom se problematikou odpadů, ale i dalších činností souvisejících s ekologií, důsledně a kontinuálně zabývali.

Ing. Kateřina Venclovská



XI. brněnský geriatrický den a XV. výroční kongres ČGGS



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 spoluvytvářet příznivé podmínky při jejím vzniku.

AKTUÁLNÍ DEMOGRAFICKÁ SITUACE

Aktuální demografická situace předurčuje současný celosvětový trend nárůstu absolutního i relativního počtu seniorů. Ten je nejnapadnější u osob velmi starých a dysaptibilních, vyžadujících velmi náročnou profesionální péči. Péče o osoby 60+ přitom vyžaduje již dnes 40 % všech nákladů investovaných do zdravotnictví. Starší nemocní žijící v ústavní péči přitom spotřebují třikrát více léků ve srovnání se stejným počtem jedinců celé populace a ženy dvojnásobek ve srovnání s muži. Také z těchto důvodů je nyní kladen důraz na neinstitutonální péči a možnost setrvání seniora v domácím prostředí co nejdéle. Předpokládaný objem investovaných nákladů v příštích desetiletích bude odhadem dosahovat téměř dvojnásobku současnosti. Půjde tedy o velmi závažný celospolečenský ekonomický problém.

Populace České republiky velmi rychle stárne. Zatím se svými 14 % seniorů patříme v Evropské unii k relativně „mladším“ zemím. Tato situace se velmi rychle změní. Během několika nastávajících desetiletí a do roku 2040 bude naopak populace České republiky jednou z nejstarších v Evropě. V současnosti žije v ČR téměř 10,38 milionu občanů, u nichž se každý rok zvyšuje průměrný věk, který činí nyní pro muže 38,8 roku a pro ženy 41,8 roku. Ve věku 65 let a více je 14,6 % obyvatel ČR. Nad 60 roku je téměř 22,8 %. V současnosti máme 3,3 % osob nad 80 roku (1,1 % nad 85 roku). Střední délka života při narození – SDŽ je v ČR nyní u mužů 73,45 a u žen 79,67 roku. Od roku 1990 se SDŽ prodloužila u mužů o 5,8 a u žen o 4,3 roku, zatímco předtím se 20 let (1970 – 1990) prakticky neměnila. Také celostátní průměr tzv. indexu stáří (poměr osob < 65 let / děti > 14 let), jenž se neustále zvyšuje, činí v ČR 102. Tím dochází výrazně ke stárnutí staré populace.

XI. BRNĚNSKÝ GERIATRICKÝ DEN

Ve dnech 19. – 20. března 2009 se v bohunickém kinosále FN Brno konal již XI. brněnský geriatrický den

(BGD), určený pro geriatry, internisty, praktické lékaře a nelékařské zdravotnické pracovníky. Tentokrát byl současně i XV. výročním kongresem České gerontologické a geriatrické společnosti (ČGGS). Pracovní den stejně jako v předchozích letech měl postgraduální edukační charakter a byl akcí, která byla garantována Českou lékařskou společností J. E. Purkyně. Přednášející na něm byli vyzvaní přední odborníci nejen z České a Slovenské republiky, ale i z Velké Británie, s přednáškami dotýkajícími se společných témat geriatrických pacientů. Šlo o společnou odbornou akci ČGGS, Spolku lékařů v Brně a Slovenské gerontologické a geriatrické společnosti (SGGS). Tento kongres se současně také stal konkrétním projevem trvajících dobré a neformální spolupráce mezi českými, slovenskými a britskými geriatry.

Brněnský geriatrický den si postupně vytvořil svoji „image“ v odborné veřejnosti a stal se jakousi stálící mezi velkými každoročně konanými lékařskými konferencemi. Nejlepším dokladem zájmu o tuto akci mezi geriatry, internisty, praktickými lékaři i nelékařskými zdravotnickými pracovníky bylo celkem 588 registrovaných účastníků. Přednášky měly postgraduální a edukační charakter a byly zaměřeny na zdůraznění některých specifík zejména interních a chirurgických onemocnění ve vyšším věku.

Hlavními tématy odborného programu byly: 19. března – 1. blok: demence a kognitivní poruchy ve stáří; 2. blok: poruchy kontinence ve stáří. Dne 20. března odborný program pokračoval dvěma bloky velmi podstatnými pro geriatrickou medicínu: 1. blok – stárnoucí srdce – úloha hypertenze a dyslipidémie; 2. blok – specifika farmakoterapie ve stáří. Kongres nepostrádal ani posterovou sekci, kde byly prezentovány některé originální práce autorů k dané problematice. Na akci odeznělo celkem 23 přednášek a zúčastnilo se jí 16 vystavujících farmaceutických firem. K předneseným sdělením probíhala živá diskuse jak v rámci jednotlivých panelů, tak i v kuloárech.

Koordinátorem akce byla Klinika interní, geriatrye a praktického lékařství FN Brno a osobně i primář doc. MUDr. Pavel Weber, CSc. Akce se konala pod záštitou Spectabilis prof. MUDr. Jana Žaloudíka, CSc., děkana Lékařské fakulty Masarykovy univerzity; Jeho Magnificence prof. 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. Antonyho Beyera z Univerity v Cardiffu ve Velké Británii, prof. MUDr. Zoltána Mikeše, DrSc., předsedu SGGs z Bratislavy, doc. MUDr. S. Krčmého, CSc., vědeckého sekretáře SGGs, a prof. MUDr. Š. Krajčíka, hlavního geriatra Slovenské republiky.

Součástí slavnostního zahájení byl i křest knihy autorského kolektivu brněnského pracoviště H. Matějovská-Kubešová, P. Weber, V. Polcarová et al.: Akutní stavy v geriiatrii (Galén, 2009), jež provedla profesorka Topinková z pražské geriatrické kliniky spolu s ředitelem FN Brno MUDr. Krausem, MBA.

FENOMÉN „GERIATRIZACE MEDICÍNY“

Podobně jako ve společnosti dochází k významnému stárnutí, je i lékařská věda v současnosti svědkem fenoménu – „geriatrizační medicíny“. Tato skutečnost se významně prolíná do všech odvětví medicíny – a to prvními liniemi počínaje a nejrůznějšími specializacemi konče. Geriatrie má vedle pozice interdisciplinární i roli integrující různé medicínské specializace (včetně všeobecného lékařství). Platí to zejména v oblasti zdravotní péče o nemocné pozdního stáří (75+). Trend stárnutí populace nelze chápat jako negativní, protože je také důsledkem delšího života a lepšího zdraví. Budoucí senioři budou mít velmi brzy také jiné nároky a požadavky na zdravotnické, sociální, ale i další komunitní služby, které se budou muset jejich potřebám stále více přizpůsobovat. Současné pojetí geriatrie jako medicínského oboru z výše uvedených trendů vychází. Tato snaha prezentovat současné poznatky různých medicínských specializací a zlepšit jejich vzájemné propojení a mezioborovou komunikaci s cílem prohlubovat teoretické poznatky účastníků a praktickou péči o seniory byly i leitmotivem celé konference.

STRUČNÉ ANOTACE PŘEDNÁŠEK

Pro ilustraci odborné náplně XI. BGD a XV. výročního kongresu ČGGS si dovolím stručnou anotaci některých přednášek upozornit na obsah vybraných hlavních sdělení.

V úvodní přednášce „Gerontologie a geriatrie 2009“ upozornila předsedkyně ČGGS docentka Iva Holmerová na některá jednání na Ministerstvu zdravotnictví ČR, spojená s akreditací oboru geriatrie. K takovým docházelo zejména v závěru minulého a začátku letošního roku pravidelně. Jednalo se přitom o věci zcela zásadní. Na akreditačních komisích na MZ ČR se diskutovalo o náplni oboru a spolupráci s obory ostatními. Seznámila přítomné i s opakovanými jednáními na MZ ČR a na ministerstvu práce a sociálních věcí, kde se situaci na pomezí zdravotně sociální péče a péče o seniory bude věnovat pro tyto účely zvláště jmenovaná poradkyně, která bude úzce spolupracovat s ČGGS.

Docentka Irena Rektorová z Centra pro kognitivní poruchy 1. Neurologické kliniky LF MU a kliniky U sv. Anny,

Brno, poukázala v přednášce „Přehled demencí“ na demenci jako na získanou progresivní poruchu kognitivních funkcí, která způsobuje významnou deterioraci sociálních, pracovních a běžných denních aktivit. Dle DSM-IV kritérií u demence musí být přítomna porucha paměti a alespoň jedné z dalších kognitivních domén, ke kterým patří afázie, apraxie, agnozie anebo porucha exekutivních funkcí.

Alena Jiroudková, primářka Oddělení geriatrie následné péče KNL, a. s. Liberec, ve svém sdělení „Ambulance pro poruchu paměti“ popsala její začátek v roce 2003 ve spolupráci s centrální pražskou ČALS a za podpory grantu Libereckého kraje. Z počátku ji profilovali jako kontaktní místo pro podporu péče o osoby postižené demencí. Cílem činnosti byly informační služby rodinným příslušníkům, pečovatelům, usnadnění pečujícím rodinám dlouhodobé pečovatelské, oddálení institucionalizace nemocných/respitní péče.

Kolektiv autorů z Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Plzeň UK Praha Zikmundová, Závázalová a kol.



měl sdělení na téma: „Etika v péči o osoby vyššího věku“. Anonymní dotazníkovou metodou byly zjišťovány názory studentů medicíny a ostatních pomáhajících profesí na etické problémy současné medicíny a jejich připravenost pro budoucí povolání. Nejlépe připraveni si připadají po stránce morální, nejhorší je podle studentů praktická příprava. Jen 36 % studentů si myslí, že je připraveno na péči o osoby vyššího věku.

Mgr. Jitka Čechová ze sdružení Persefona, o. s., Brno ve sdělení: „Problematika domácího násilí na seniorech“ otevřela tuto delikátní otázku. Obecně lze říci, že násilí v rodině je komplikovaný sociální problém, který je až v několika posledních letech ve větším zájmu odborné i laické veřejnosti. Násilí na seniorech může mít různou podobu, od ekonomického vykořisťování, příslibu péče podmíněného převodem majetku, vydírání, vyhrožování, zastrasování, ponižování, odpírání uspokojení základních potřeb, zamykání, omezování pohybu, postrkování, až po zanedbání péče atp. Podle o. s. Život 90 se oběti násilí v ČR stává až 20 % osob starších 60 let.

Asistent Varga z Urologické kliniky FN Brno poukázal na „Inkontinenci stárnoucího muže z pohledu urologa“. Epidemiologie močové inkontinence u mužů nebyla doposud prozkoumaná v takovém rozsahu jako u žen. Literární

zdroje uvádějí prevalenci mužské inkontinence v rozmezí 3–39 %, s prevalenčním poměrem 1:2 ve prospěch mužské populace.

Asistent Mohamed Nussir z Urologické kliniky FN Brno navázal sdělením „Benigní hyperplazie prostaty“. Doposud chybí standardní klinická definice BHP, což značně znesnadňuje uskutečnění adekvátní epidemiologické studie. Prevalence se odhaduje, že roste od 18 % u mužů ve věku 41–50 let na 56 % u mužů ve věku 71 až 80 let. Asistent Martin Huser a profesor Pavel Ventruba z Gynekologicko-porodnické kliniky FN Brno poukázali komplexně na problém „Stárnoucí žena“. V organismu ženy v menopauze klesá hladina estrogenů a postupně dochází ke změnám ve všech estrogen-senzitivních cílových tkáních – rozvíjí se klimakterický syndrom. Vedle akutních vazomotorických a psychických příznaků nastávají v organismu ženy také postupné organické a metabolické změny, které mají významné medicínské důsledky. Atrofie urogenitálního traktu vede k atrofickým zánětům vulvy a vagíny, dysurickým obtížím, polakizurii a rozvoji urgentní inkontinence. Oslabení vazivového a svalového dna pánevního se manifestuje jako descensus dělohy a pochvy a rozvojem stresové inkontinence moči.

Asistenti Belkov a Huser z Gynekologicko-porodnické kliniky FN Brno poukázali komplexně na problém „Inkontinence moči u žen – možnosti její korekce“. Je podán přehled diagnostických a terapeutických postupů při řešení močové inkontinence u žen. Vznik hyperaktivního měchýře je dán nepřiměřenou aktivací mikčního reflexu nebo vyvoláním kontrakce detruzoru. Z dnešního pohledu převládá názor, že se jedná o narušení rovnováhy mezi excitačním systémem detruzoru a inhibičními mechanismy detruzorové aktivity. Velkou roli v této situaci sehrávají muskarinové receptory. Stresová inkontinence vzniká na podkladě poruch statiky malé pánve a v neposlední řadě v důsledku nedostatečnosti uzávěrového systému. Za nejvhodnější postup se v současnosti považuje aplikace beznapěťové pásky – TVT.

Profesorka Eva Topinková a kolektiv autorů z Geriatrické kliniky 1. LF a VFN Praha velmi pregnantně navázali na problém inkontinence s příspěvkem „Kvalita péče o inkontinentní pacienty v českých rezidenčních zařízeních a v domácí péči“. Současná diagnostická, léčebná a ošetrovatelská praxe. Studií byla zjištěna významná variabilita v názorech poskytovatelů na optimální ošetrovatelskou praxi. Vnímání bariér pro kvalitnější péči je odlišné u jednotlivých typů zařízení. Nedostatečně jsou využívány diagnostické postupy, farmakoterapie a fyzioterapie, je vyšší výskyt především kožních komplikací. Návčikovské programy pro obnovení inkontinence moči jsou mnoha poskytovateli uplatňovány, často však plošně, aniž by byl zvažován potenciál přínosu, a také i frekvence návčiku je mnohdy nedostatečná.

Druhý den, 20. března 2009 pokračovalo jednání kongresu blokem přednášek na téma: Stárnoucí srdce – úloha hypertenze a dyslipidemie. První sdělení přednesl docent Zdeněk Wilhelm z Fyziologického ústavu LF MU Brno: Faktor věku ve vztahu k srdečním funkcím. Srdce

věkem svůj výkon mění, odhaduje se, že hodnota „cardiac output“ se každým rokem snižuje po 20. roce přibližně o 1 %. V důsledku přestavby stěny cév (především úbytku elastických vláken) se snižuje elasticita cévní stěny a narůstá periferní odpor cévního řečiště a tím i krevní tlak. Srdce začíná zapojovat kompenzační mechanismy – aktivaci sympatoadrenální osy, Starlingův mechanismus, objevuje se postupná hypertrofie a dilatace srdce. Profesor Jindřich Špinar z Interní kardiologické kliniky FN Brno přednesl sdělení „Léčba srdečního selhání ve starším věku“. Chronické srdeční selhání (CHSS) se v evropských zemích vyskytuje u 0,4–2 % populace s výrazným nárůstem ve vyšších věkových skupinách (0,2% < 50 let, 2–5% 50–80 let, > 10 % nad 80 let). Srdeční selhání je nazýváno „epidemií 21. století“. Ve věku 60 let se izolovaná diastolická dysfunkce již podílí na celkovém výskytu srdečního selhání v 1/3 a ve věku 75 let je zastoupení systolické a diastolické dysfunkce 50:50. Základem léčby je dobrá kontrola krevního tlaku (< 140/90



mm Hg) a tepové frekvence (60–80/min).

Profesor Miroslav Souček z II. interní kliniky FN U sv. Anny v Brně navázal další přednáškou „Hypertenze ve stáří, novinky v léčbě“. Prevalence této choroby je ve věku nad 65 let obrovská a dosahuje v ordinacích našich praktických lékařů až 80 – 90 % výskytu. Léčbou hypertenze se snažíme dosáhnout cílové hodnoty, tedy krevního tlaku (TK) <140/90 mm Hg a u diabetiků TK <130/80 mm Hg. Úspěšné kontroly hypertenze je u nás bohužel dosaženo pouze u malého procenta, u praktických lékařů kolem 18 % a u nemocných se současným DM jen v 5 %.

Profesor Zoltán Mikeš z I. kliniky geriatric LF UK a FNsP Bratislavy přednesl sdělení „Dyslipidémie a ich význam pri formovaní rizika ischemickej choroby srdca“.

Ateroskleróza a její důsledky jsou hlavní příčinou úmrtí v celosvětovém měřítku. Počinaje Framinghamskou studií se poruchy metabolismu lipidů spolu s hypertenzí, kouřením, nadváhou, diabetes mellitus a sedavým způsobem života řadí mezi hlavní rizikové faktory aterosogeneze. Dyslipidémie je rovněž součástí metabolického syndromu.

Profesorka Kubešová a kol. z KIGOPL a IKK FN Brno přednesla sdělení Akutní koronární syndrom u seniorů nad 75 let. Cílem retrospektivní studie bylo zjistit aktuál-

ní situaci v řešení akutního koronárního syndromu u nemocných ve věku nad 75 let. U nemocných nad 75 let s akutním koronárním syndromem by měl být intervenční zákrok vždy zvažován jako nejefektivnější modalita a samotný věk není kontraindikací tohoto výkonu. Mortalita akutního koronárního syndromu řešeného intervenčním výkonem na koronárních arteriích u nemocných nad 75 let se významně neliší od nemocných mladších věkových skupin.

Primář Forejtář z Gerontologického centra KNTB, a. s. Zlín se zabýval otázkou „Synkopální stavy v důsledku arytmií – zkušenosti Gerontologického centra Zlín“. Roční prevalence pádů v populaci starší 65 let je 30 %. Z tohoto počtu pádů je 10–30 % důsledkem synkopální příhody. Klinická prezentace synkopy je často variabilní a atypická, nehledě na to, že u seniorů může být příčina synkopy multifaktoriální. Výtěžnost 24 hodinového EKG monitoringu je sice nízká, přispívá nicméně k diagnostice synkopálních stavů.



Ve druhém bloku přednesl profesor Antony Bayer Senior Lecturer z Univerzity v Cardiffu sdělení „Velká Británie – kolébka geriatrické medicíny“. Shrnul zkušenosti, poznatky a výhledy Britské geriatrické společnosti od roku 1947, kdy byla založena. Zdůraznil multidisciplinární (mezioborovou) spolupráci, ucelenou geriatrickou analýzu, zaměřenou na včasné zahájení diagnostiky a léčby, a pokud je to možné, také rehabilitaci starších osob.

Docent Wawruch z Ústavu farmakologie a klinické farmakologie LF UK Bratislava poukázal na „Rizikové aspekty farmakoterapie u slovenských geriatrických pacientů“. Stárnutí provází změny, které ovlivňují odpověď organismu na farmakologickou léčbu. Podávání určitých léčiv starším lidem je spojené se zvýšeným rizikem nežádoucích účinků v porovnání s mladšími.

Primář Záboj z Geriatrického oddělení Fakultní nemocnice Olomouc poukázal prací „Problematika farmakoterapie ve stáří“ na fakt, že se stárnutím se výrazně zvyšuje počet nemocí a možnost polyfarmakoterapie a polypragmatie. Je změněna absorpce, distribuce, biotransformace a vylučování léků. Velmi často dochází k lékovým interakcím a nežádoucím účinkům léků. Seniori jsou pak častěji „přeléčeni“ než „nedoléčeni“.

Vedoucí subkatedry geriatricke Božena Jurašková z Geronto-metabolické kliniky LF UK v Hradci Králové poukázala

na „Vliv involučních změn na farmakokinetiku a farmakodynamiku ve stáří“. Při výběru terapie u pacientů vyššího věku je vhodné znát involuční změny orgánů a metabolických pochodů, které ovlivňují účinky podaného léku, a to jak z hlediska změn farmakokinetiky, tak farmakodynamiky. V otázce lékové strategie a taktiky je však neméně významná pomoc členů rodiny (s ohledem na snížení kognitivních schopností ve stáří), písemný přehled dávkování léků, omezení preskripce na co možná nejnutnější množství, akcentovat význam patientské ukázněnosti, informovat o změně medikace ošetřujícího lékaře a především nepodceňovat globální přístup k pacientovi.

Docent Weber a kol. z KIGOPL FN Brno přednesli sdělení „Nežádoucí účinky léků – významný problém geriatrické medicíny“. Doporučuje věnovat pozornost: lékové anamnéze – choroba je nejednou navozena předchozí farmakoterapií; léky předepisovat pouze v jasně definovaných indikacích, a to racionálně; definovat předem cíl farmakoterapie; začínat malými dávkami a zvyšovat pomalu až k dosažení odpovědi.

Čekat se zvýšením nejméně po dobu tří biologických poločasů. Vyrovnaná hladina léku se dosáhne po uplynutí 4–5 biologických poločasů.

Prezentována na kongresu byla i čtyři zajímavá posterová sdělení. Z toho dvě brněnské autorů z KIGOPL a FN Brno, asistenti Ambrošová a kol.: Imobilizační syndrom ve vyšším věku, jeho riziká a súvislosti, a Šlapák a kol.: Delirantní stavy u pacientů vyššího věku. Mladí autoři, začínající vědečtí pracovníci zde prezentovali výsledky vlastního pozorování. Dále byla vystavena dvě sdělení slovenských autorů: profesor Krajčík a kol. z Geriatrické kliniky SZU, Bratislava – Faktory ovplyvňujúce užívanie liekov u pacientov hospitalizovaných na geriatrickej klinike. Z Prešovské univerzity docent Babčák s kolektívem predstavili komplexne svoji práci – Hyperosmolárny hyperglykemický syndrom u seniorov.

ZÁVĚREM

Demografická prognóza české populace do budoucnosti předpokládá velmi významný vzestup seniorů. Očekává se prodloužení střední délky života až o další čtyři roky u obou pohlaví s tím, že do roku 2030 počet osob nad 65 roků bude tvořit až 25 % celé populace (u osob 80 a více vzestup na 5–8 %). Do roku 2050 bude v ČR pokračovat tento trend výrazného stárnutí populace – nad 60 let. 40 %; nad 65 let až 33 % a nad 80 let téměř 10 %. Každý dvacátý občan ČR bude starší 85 let. Index stáří stoupne v ČR v roce 2030 na 181 a v roce 2050 na 252 při střední variantě vývoje populace. Tato data nejen potvrzují povědomí skutečnosti stárnutí české společnosti jako takové, ale zejména na profesionální úrovni vyvolávají jednoznačnou potřebu vědomostí a rozšíření vzdělávacích aktivit zaměřených na problematiku geriatrické medicíny u všech skupin zdravotnických pracovníků v pre- i postgraduální oblasti.

Doc. MUDr. Pavel Weber, CSc.

Aktuality

PRVNÍ LABORATOŘ CHŮZE V ČR

Dne 22. června 2009 byla za účasti velvyslance Norského království v ČR slavnostně otevřena první laboratoř chůze u nás. Projekt, který vznikl za významné podpory Norského finančního mechanismu, pomůže zpřesnit indikaci chirurgických výkonů u dětí se spastickou formou dětské mozkové obrny.



PACIENTI DĚTSKÉ REVMATOLOGIE BYLI NA LETNÍM TÁBOŘE



Dvacet spokojených pacientů dětské revmatologie FN Brno se 26. července 2009 vrátilo ze čtrnáctidenního pobytu v Národní léčbě nad Oslavou. Důvodem jejich spokojenosti byly nejen tradiční táborové hry, ale také např. rehabilitační procedury, zvláště pak masáže, které se děti naučily i samy provádět.

Mimoto se nemocné děti sblížily

s kolektivem zdravých vrstevníků či si osvojily některé potřebné medicínské návyky. Lze se také pochlubit, že vítězkou soutěže o táborovou Miss se ze stovky dětí stala právě pacientka II. dětské kliniky FN Brno.

LETNÍ TÁBOR PRO DĚTI S HEMOFILIÍ A VON WILLEBRANDOVOU CHOROBOU



Ve dnech 11. - 25. července 2009 probíhal již tradiční letní tábor pro děti s hemofilií a von Willebrandovou chorobou. Děti z Hemofilických center celé republiky se kromě běžných táborových aktivit „bavily“ také intenzivní rehabilitací a nácvikem intravenózní autoaplikace v rámci profylaktické léčby.

ZAHRADNÍ PÁRTY V LDN

Poslední srpnovou sobotu se v Léčebně pro dlouhodobě nemocné v Bílovicích nad Svitavou uskutečnila již tradiční „Zahradní párty“, kterou pro pacienty každoročně pořádá Dobrovolnické centrum Motýlek ve spolupráci s FN Brno. Přes nepřízeň počasí se akce vydařila. Pacienti, kterým to jejich zdravotní stav dovolil, si zazpívali za doprovodu kytary, ochutnali opékané špekáčky a sladkosti, které jim upekli dobrovolníci.

MOTOCYKLOVÁ AUTOGRAMIÁDA PRO MALÉ PACIENTY



Dne 10. srpna 2009 přijeli pozdravit dětské pacienty FN Brno tři motocykloví závodníci, kteří se letos zúčastnili brněnské Velké ceny. Karel Abraham, Lukáš Šembera a Jakub Kornfeil již popáté rozdali dětem hospitalizovaným v Dětské nemocnici desítky čepic,

plakátů a podpisů. Mimoto s sebou zástupci Automotodromu Brno přivezli i šek na 50 000 Kč pro I. dětskou interní kliniku. Setkání se letos zúčastnil i senátor MUDr. Tomáš Julínek, MBA.

Chráníme vás před infekcí

Johnson & Johnson s.r.o.

Endoskopické centrum FN Brno je jediné pracoviště svého druhu v České a Slovenské republice, které poskytuje endoskopickou diagnostiku a terapii současně v odbornostech pneumologie, ORL a gastroenterologie. Právem je považováno za ojedinělé a výjimečné. Pracoviště disponuje třinácti endoskopickými a intervenčními vyšetřovny a v rámci provozního zabezpečení jsou v centru tři místnosti určené k čištění a dezinfekci endoskopů a dvě oddělené místnosti pro skladování endoskopů.

Endoskopické centrum se dá doslova nazvat velkokapacitním a v plánu má 150 výkonů denně. Je tedy nutné, aby obsluha přístrojů byla jednoduchá a rychlá. Na prvním místě je ale vždy bezpečí pacienta a zdravotního personálu.

Veškeré komponenty a složky Endoskopického centra musí být nejvyšší kvality.

Divize Advanced Sterilization Products (ASP) společnosti Johnson & Johnson měla možnost stát se součástí unikátního Endoskopického centra FN Brno a vybavit jej špičkovými technologiemi a zařízeními na dezinfekci, sterilizaci, transport, sušení a skladování endoskopů.

Již v roce 2008 začala divize ASP připravovat

projekt vybavení centra a splnění veškerých požadavků a přísných legislativních nařízení v oblasti prevence nemocničních infekcí. Díky širokému portfoliu a vyspělým technologiím dodala divize ASP komplexní řešení reprocesingu flexibilních endoskopů. Jediné koncepčním řešením ošetřování endoskopů se může zajistit maximální bezpečnost pacienta a zdravotního personálu, na kterou toto pracoviště tolik dbá.

V poslední době se stále častěji setkáváme s požadavkem na úsporu času a peněz. Vybudování Endoskopického centra FN Brno je důkazem, že to jde, a že investice do nových technologií se vyplatí.

Endoskopické centrum FN Brno vede primář prof. MUDr. Aleš Hep, CSc., který spolupracuje s týmem odborného personálu. Zájem o bezpečí pacienta a podpora nových technologií jsou společným cílem všech zúčastněných stran.

Endoskopické centrum splňuje veškeré standardy a normy týkající se endoskopických pracovišť.

Jednou z nich je norma ISO 15883-4, která zvyšuje hygienické požadavky na čištění a dezinfekci endoskopů a na zkoušky mycích a dezinfekčních zařízení používajících chemické dezinfekční přípravky pro termolabilní endoskopy. Produkty divize ASP

splňují veškeré normy a standardy EU a tím zajišťují maximální bezpečí pacienta.

Divize ASP připravila pro Endoskopické centrum FN Brno projekt „šitý na míru“ tak, aby byl vytvořen uzavřený cyklus péče o endoskopy, který bude pokrývat péči o endoskopy od použití na pacientovi přes jejich následný transport, mytí, dezinfekci, řízené sušení a skladování, které zajistí bezpečný endoskop v pohotovostním režimu až 72 hodin.

Výsledkem pečlivé přípravy a v souladu s normou ISO 15883-4 je vybavení centra třemi novými myčkami flexibilních endoskopů AdaptaScope WD 440, které jsou kapacitně schopny umýt cca 16 endoskopů za jednu hodinu, tj. cca 120 endoskopů za směnu. Dalším nepostradatelným přístrojem je nízkoteplotní plazmový sterilizátor Sterrad NX s objemem komory 30l a půlhodinovým sterilizačním cyklem. Nesmírnou úsporou času a financí na mycí a dezinfekční prostředky jsou sušící a skladovací skříně pro flexibilní endoskopy CondiScope DRY 300 s celkovou kapacitou třiceti flexibilních endoskopů. Endoskopy skladované v systému

CondiScope jsou použitelné na pacienta po dobu 72 hodin. V tomto časovém rozmezí je není nutné znovu dezinfikovat před výkonem, což hlavně

zvyšuje bezpečnost pacienta a umožňuje provedení akutního vyšetření bez zbytečného prodloužení.

Společnost Johnson & Johnson se celosvětově věnuje vzdělávání lékařů, zdravotních sester a pacientů. Nevyužití unikátnosti Endoskopického centra jako základny pro výuku a vzdělávání by se dalo nazvat „hříchem“. Ve spolupráci s FN Brno by mělo začít na začátku roku 2010 fungovat školicí a vzdělávací centrum, které by mělo obsáhnout témata nejen odborná (pro zdravotnický personál), ale i témata, která by přiblížila provoz centra široké veřejnosti z pohledu pacienta. Informovanost pacienta před samotným výkonem může napomoci pacientovi zvládnout mnohdy velmi psychicky a fyzicky náročné zákroky.

Spolupráce s Endoskopickým centrem FN Brno si společnost Johnson & Johnson velmi váží a stala se partnerstvím, založeným na důvěře a dlouhodobé spolupráci.

V příštím čísle Nemocničních listů vám přineseme reportáž z Endoskopického centra a ukážeme, jak efektivní může být „Koncepční řešení reprocesingu flexibilních endoskopů“.

Divize ASP společnosti Johnson & Johnson



Podobenství o omáčce a chlěvu krále Augiáše



Bohatým zdrojem obrazů a příměrů jsou odedávna lidské činnosti. Činnost a umění kováře, rybáře, rozséváče a dalších byla již mnohokrát využita jako obraz a podobenství. Dnes se podíváme na kuchaře, který v tomto smyslu nebývá využit příliš často. Kuchaře je zajímavé vidět, když ochutnává své dílo. Lze si přitom všimnout velmi důležité okolnosti. Z toho, co je v hrnci již rozvařeno a rozpuštěno, nemůže kuchař prakticky nic odstranit. Jediným možným nápravným krokem je tedy něco tam přidat, či odborně řečeno, „vrazit“.

Zvláštnost kuchařovy úlohy a jejího řešení si uvědomíme, když si promítneme jeho protipól. Ten představují jednání, ve kterých je potřebné kvality dosahováno tím, že se něco odebírá a odstraňuje. Antickým vzorem takového zákroku by mohly být stále krále Augiáše, které má vyčistit Herakles. Tato operace je pravzorem všech nápravných čístek a očíst. Náprava doplněním nedostávajícího se představuje tedy jednu strategii, náprava odstraněním nežádoucího či přebytečného strategií druhou. Oba dva modely nápravy jsou pochopitelně zcela vhodné, ba mnohdy je nutno je vzájemně doplňovat, a v životě je oba používáme nesčetněkrát. Důležité je ovšem, aby byly použity v pravou chvíli na pravém místě. A právě zde se mně rýsuje jeden problém. Jak rozeznat, kdy věc napravíme tím, že něco nenáležitě odděláme, odmontujeme či usekneme, a kdy je situace řešitelná především, pouze a toliko tím, že něco přidáme?

Klást si takovou otázku vypadá sice na první pohled jako příznak slunečního úžehu, avšak obávám se, že tomu tak není, ba dokonce bych řekl, že je to otázka takřka kardinální. Jde o něco, co se dotýká i našeho života a zdraví i celé naší lidské existence. Možná jsme na stopě problému, promítajícího se do celé evropské historie.

Rozhodne-li se člověk ve svém životě nebo ve světě kolem sebe něco změnit a zlepšit, má tedy v podstatě na vybranou mezi oněmi dvěma strategiemi či postupy – buď bude hledat, co je třeba „přidat“, nebo bude hledat, co je třeba „odstranit“. Je to závažné rozcestí, ve kterém se do rozhodování promítá celá jeho povaha, mysl, filozofie a víra daného jedince. Člověk bude buď hledat, kdo je poruchou vinen a půjde mu o jeho odstranění, nebo bude zkoumat, co dané věci nebo si-

tuaci chybí a co je tedy třeba dodat a doplnit.

Když člověk dojde v úvahách až sem, napadne ho podívat se kolem sebe a do dějin, jaký je poměr mezi využitím strategií „doplnit“ a „odstranit“.

Obávám se, že takřka ve všech evropských dějinných proměnách se uplatňuje především jedno jediné schéma: V první fázi je nalezen a především označen viník a původce všech nenáležitostí a poruch, a v druhé fázi jsou pak podniknuty kroky k jeho odstranění. Tato metoda asi víc odpovídá lidské povaze a zdá se být efektnější. Kdybych zde měl vypsát seznam všech takto geniálně nalezených viníků, jejichž odstraněním nastane ráj, musel bych začít u Židů a přes církve skončit u kapitalistů a komunistů, mimo jiné.

Stojí za povšimnutí, že ušlechtilější autority a kultivované vzdělání vůbec vede člověka spíše k tomu, aby hledával přednostně řešení „přidáním“ a „dochučením“. V evangeliu se v podobenství o pšenici a koukolu nabízejí služebníci, že plevel z pole jednoduše vytrhají a bude pořádek. Ježíš jim to neschvaluje, a své učedníky posílá do světa, aby v něm byli soli, která udělá svět chutnější a stravitelnější. V jiném podobenství mají být oním kvasem, který dokáže sloučit i velmi rozdílné komponenty budoucího těsta. Taková sůl třeba, zdá se mi, dokázala například relativně úspěšně udělat z barbarského válečníka galantního rytíře bez bázně a hany, ochránce slabých a bezmocných. Kvas nového pochopení smyslu života dokázal obracet lidskou hrabivost v shromažďování pokladu ušlechtilých skutků.

Náš svět potřebuje doplnit dobrou vůlí, přející sounáležitostí, laskavým humorem a vzájemnou úctou. Je to patrně jediná schůdná cesta, a také je to pro jedince i lidskou společnost podstatně zdravější než jít na nápravu věcí lidských s vidlemi. Proto to také píší do Nemocničních lisů (a i tyto řádky si, prosím, případně sami dochuťte).

Mgr. Milan Klapetek



PS BRNO

Vaší vizi dáme rozměr

generální a vyšší dodávky staveb
rekonstrukce objektů

dodávka a montáž ocelových
konstrukcí

dodávka a montáž střešních
a obvodových plášťů

výroba a montáž hliníkových oken,
dveří, fasád

projektová činnost ve výstavbě

Vídeňská 153/119b, 619 00 Brno

Tel.: 544 509 000, Fax: 544 509 030

psbrno@ps-brno.cz

www.ps-brno.cz

NECHCEME VÁS CHYTIT, CHCEME, ABYSTE PŘIŠLI **DOBROVOLNĚ**



Hledáme dobrovolníky do nemocnic a domovů pro seniory
Dobrovolnické centrum Motýlek, Černopolní 9, Brno 602 00
www.dc-motylek.cz, mail: dobrovolnici@dc-motylek.cz
tel.: +420 532 234 504, mobil: +420 739 789 024
číslo účtu: 216 566 2028/5500



italinox



AstraZeneca 

