



Vážené dámy, Vážení pánové,

jménem organizačního výboru si Vás dovoluji přivítat na **VI. ročníku konference RANDE 2015**, mezinárodního setkání příznivců moderních metod a postupů při ošetřování chronických ran a kožních defektů.

Od našeho prvního setkání v roce 2007 uběhlo již 8 let, za které doznal management ran i celá naše společnost řadu změn. Potřeba vzájemných setkání a výměny zkušeností ale stále přetrvává. Moderní medicína s sebou přináší řadu inovací, které postupně nahrazují dříve zažitá postupy. I přes úžasný technologický pokrok však vznikají nové třecí plochy, které evokují otázky o kompetencích, standardech poskytované péče a ekonomické udržitelnosti stoupající úrovně současného zdravotnictví. Ruku v ruce s tím se stáváme stále více závislí na přebujelé administrativě, potřebě elektronického sdílení dat a virtuální realitě zobrazovacích metod a systémů řízení. Z naší práce se tak začíná vytrácet schopnost otevřené komunikace, vzájemné důvěry a odpovědnosti. Nosným tématem letošního setkání je proto týmová práce v léčbě ran, kterou charakterizuje motto:

„Individuální přístup, profesionální tým, společný cíl“.



RANDE 2015 je konference otevřená všem zdravotnickým profesím, které mají k léčbě pacientů s nehojícími se ranami a chronickými defekty co říci. Cílem setkání je výměna zkušeností mezi odborníky v hojení ran, rozšíření možnosti edukace a prohloubení mezinárodní, mezioborové a meziprofesionální spolupráce v oboru, který zasahuje do mnoha odvětví medicíny a úspěšně léčí nemoci, nad kterými mnozí zlámali hůl. I samotná geografická poloha Třince v severovýchodním cípu České republiky nás přímo vybízí k tomu, abychom sdíleli své zkušenosti s kolegy z okolních států.

Konference je sestavena z interaktivních symposií ve víceúčelové hale hotelového komplexu Vitality a edukačními monotematickými workshopy pro menší skupiny posluchačů. Odborný program konference tvoří tato stěžejní témata:

Ekonomika a klinická efektivita léčby nehojících se ran

Jak zvýšit compliance pacientů s léčbou?

Nové trendy v použití terapeutických krytí

Inovace technologií

Poziční dokumenty EWMA (HomeCare – Wound Care)

Varia, Kazuistiky

Konferenci RANDE 2015 pořádá Nemocnice Podlesí, a.s. ve spolupráci se Vzdělávacím a výzkumným institutem AGEL o.p.s. Odbornou garanci nad konferencí převzala Česká společnost pro léčbu rány a Evropská asociace pro léčbu ran. Sborník abstrakt přednášek a posterů vychází v Nakladatelství GEUM a další informace o léčbě ran je možné najít na internetovém portálu www.hojeniran.cz a www.merudia.cz.

Závěrem si Vám dovoluji popřát příjemně strávený čas v okruhu přátel a známých, kteří se rozhodně nestydí za to, že léčí nemocné s ranami.

Za organizační výbor kongresu
MUDr. Jan Stryja, Ph.D.
prezident kongresu



Rány a Defekty (RANDE) 2015

Hotel Vitality, Vendryně u Trince
11. – 12. června 2015

čtvrtek 11. června 2015

Sportovní hala

9.00 Slavnostní zahájení

J. Stryja (prezident kongresu RanDe 2015)
K. Lukeš (ředitel Nemocnice Podlesí, a.s.)
K. Vízner (ředitel Nakladatelství GEUM, s.r.o.)

9.15 Terapie ran kontrolovaným podtlakem

(předsedající: M. Krejčí, A. Geršlová)

P1 M. Krejčí, R. Staffa, P. Gladiš
Podtlaková terapie v léčbě lokalizované infekce tepenné náhrady

P2 A. Geršlová
Výhody podtlakové terapie u chirurgických komplikovaných ran

H. Poláková
P3 **Možnosti podtlakové terapie v rámci komplexního přístupu v péči o komplikované rány**

10.00 Ranná infekce

(předsedající: J. Černohorská, K. Stryjová)

P4 K. Matějová, E. Chmelařová
Zhodnocení metod mikrobiologického vyšetření chronických ran

J. Černohorská
P5 **Antimikrobiální strategie v léčbě chronických ran – chytře a prakticky**

J. Rudek
P6 **The use of specialized Aquacel Ag⁺ Extra dressing for the treatment and nursing of hard-to-heal wounds in intensive care unit patients**

K. Nešporová, V. Pavlík, V. Velebný
P7 **Toxicita antimikrobiálních krytů ran aneb na co může odpovědět *in vitro* testování**

V. Adámková
P8 **Hojení chronicky infikovaných ran přenesením kožního štěpu za použití hyaluronát-jodidového komplexu**

11.30 Compliance pacientů s terapií

(satelitní sympozium internetového portálu www.hojeniran.cz)
(předsedající: A. Pokorná, D. Diamantová)

P9 J. Stryja
Efektivita edukačního procesu cíleného na pacienty a zdravotníky

P10 M. Zapletalová, S. Nedomová
Edukační proces u pacienta s hojením chronické rány

S. Saibertová, A. Pokorná
P11 **Proces hodnocení nehojící se rány v zařízeních poskytujících sociální služby v ČR**

- P12 T. Loučná
Úskalí komunikace zdravotnického personálu v léčbě pacientů s chronickou ránou
- P13 D. Diamantová
Compliance pacientů s kompresivní terapií
- 13.30 Nástroje k posouzení ekonomické únosnosti léčby ran moderními prostředky**
(předsedající: A. Pokorná, K. Palinčáková)
- G. Krasowski, R. Wajda, M. Olejniczak-Nowakowska
- P14 **Economic outcomes of a new chronic wound treatment system in Poland**
A comparison of the costs and expenses incurred by the National Health Fund before and after the introduction of a new system of venous leg ulcer treatment
- P15 J. Stryja, K. Stryjová, K. Nicielniková
Ambulantní terapie rány kontrolovaným podtlakem – farmakoeconomická studie
- P16 A. Pokorná
Zdroje objektivních informací ve wound managementu
- P17 P. Súva
Problematika analgezie u ošetřování ran, dvě strany jedné mince
- P18 Z. Bilková
Ekonomika hojení ran v praxi
- P19 L. Sirotek, M. Holá, E. Malá
Léčba chronických ran po multimodální onkologické léčbě
- 15.00 Nové materiální a technologie v léčbě ran** (bilingvální prezentace anglicky/česky)
(předsedající: J. Stryja)
- P20 T. Eberlein
Clinical Experiences with a Novel Methacrylate Dressing and new Therapeutic Options in Wound Management
- A. M. Reyzelman, V. N. Fischenich
- P21 **Intensive Autolytic Debridement, Drainage Management and Pain Control with Innovative Self-Adaptive Wound Dressings**
- P22 J. Stryja
Management viskózního exsudátu
- P23 Xiabing Huang
Objective Microvascular Assessments of the Diabetic Foot: Clinical and Research Applications
- 16.45 Dekubity**
(předsedající: L. Šeflová, M. Hargašová)
- P24 L. Šeflová
Umíme stanovit stupeň dekubitů?
- P25 K. Palinčáková
Dekubitus v nemocničních informačních systémech
- P26 M. Hargašová, N. Sejčová, A. Vargová
Prevencia dekubitov na OAIM Detského kardiocentra
- P27 A. Pokorná, N. Krajčíková
Diferenciální diagnostika dekubitálních a vlhkých lézí
- P28 M. Migrová, A. Jurkovič, J. Bartoš, M. Škrovina
Mnohopočetné ventrálné dekubity u pacienta v ebriete s ťažkou poruchou vedomia – kazuistika
- J. Beránková
- P29 **Použití zdravotnického prostředku HemaGel pro zlepšení kvality hojení dekubitů**
Klinické sledování pro Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s.

pátek 12. června 2015**Sportovní hala****9.00 Kritická končetinová ischemie***(předsedající: A. Jirkovská, S. Holesz)*

M. Kamarád

P30 Endovaskulární revaskularizace jako součást komplexní terapie ischemických defektů**Kazuistika číslo 1 – Zásadně začínáme shora...**

M. Wierzgoń

P31 Endovaskulární revaskularizace jako součást komplexní terapie ischemických defektů... někdy ovšem musíme i zdola...

S. Holesz

P32 Endovaskulární revaskularizace jako součást komplexní terapie ischemických defektů**Kazuistika číslo 3...a někdy dláždíme a rozpouštíme...**

P. Burša, D. Říha, J. Bulejčík

P33 Náš pohled na využití pedálních bypassů u kritické končetinové ischemie

A. Jirkovská, M. Dubský, R. Bém

P34 Nové trendy v léčbě ischemie u syndromu diabetické nohy

J. Kuczera

P35 Chemická lumbální sympatektomie**10.20 Křest knihy***J. Stryja – Débridement a jeho úloha v managementu ran***10.30 Domácí péče, traumatické kožní defekty***(předsedající: A. Pekárková, A. Kulakovská)*

S. Probst, S. Seppänen, V. Gerber, R. Rimdeika, A. Hopkins, G. Gethin

P36 HomeCare wound care – a EWMA document

A. Turková

P37 Diskuse k dokumentu HomeCare wound care

H. Pekárková, A. Turková

P38 Hojení ran z jiného pohledu

A. Kulakovská

P39 Kvalita života seniorů v domácím prostředí

I. Míčková

P40 Nevidím, neslyším, nemluví...

H. Šuca, V. Džupa, M. Skála, R. Kubok, M. Tokarik, I. Pafčuga

P41 Komplexní a multioborové řešení rozsáhlých defektů po hlubokém popálení s obnaženým skeletem

R. Kubok, J. Kletenský, V. Štolbová, R. Zajíček

P42 Krytí úrazového defektu ruky lalokem**12.30 Chronická žilní insuficience***(předsedající: D. Diamantová, K. Stryjová)*

B. Fabián, J. Stryja, D. Říha, P. Burša

P43 Možnosti chirurgické léčby u pacientů s bérčovými vředy žilní etiologie

V. Slonková

P44 Lokální terapie chronických bérčových vředů

A. Geršlová, A. Pokorná, L. Veverková

P45 Diferenciální diagnostika nehojících se ulcerací na noze

P. Vávrová, T. Vondráček

P46 Léčba rezistentního žilního bérčového vředu

D. Diamantová

P47 Použití Granuloxu v lokální léčbě bérčového vředu žilní etiologie

Workshopy

čtvrtek 11. června 2015

10.20–11.20

Workshop: Další možnosti managementu (především hustého) exsudátu

- W1 J. Stryja
Nové možnosti managementu hustého exsudátu
- W2 M. Křístková
Využití Exufiberu v praxi

11.30–12.30

Workshop: Znamá neznámá léčba biofilmu

12.30–13.30

Workshop: Bezpečná fixace v každé pozici aneb jak fixovat a ne fixovat

14.00–14.45

Workshop: Použití materiálu Altrazeal na příkladech z praxe

- W3 A. Geršlová
Využití Altrazealu v praxi
- W4 J. Krpatová
Využití Altrazealu v praxi, naše zkušenosti
- W5 K. Havlíčková
Stagnující diabetický defekt – kazuistika

15.00–15.45

Workshop: Ekonomika léčby ran pohledem pojistitele a dodavatele

16.30–17.30

Workshop: ENLUXTRA self-adaptive dressing

pátek 12. června 2015

9.00–10.00

Interaktivní workshop Ortoticko-protetická péče

- W6 S. Boštíková
Ortotická péče u pacientů se syndromem diabetické nohy

10.00–11.00

Workshop: Hydroterapie jednoduše a efektivně

11.00–12.00

Workshop: Nové možnosti léčby v oblasti chronických ran



Abstrakta jsou řazena podle programu. V první části jsou uvedena abstrakta přednášek (P) v hlavním přednáškovém bloku, následují abstrakta přednášek a prezentací z workshopů (W). Abstrakta přednášek č. P16, P18, P37, P39 a P47 nebyla k dispozici v době uzávěrky sborníku a nejsou uvedena.

P1 Podtlaková terapie v léčbě lokalizované infekce tepenné náhrady

M. Krejčí, R. Staffa, P. Gladiš
II. chirurgická klinika,
Centrum cévních onemocnění,
FN u sv. Anny v Brně a LF MU, Brno

Úvod

V případě infekce cévní rekonstrukce extenzivního charakteru nebo při expozici anastomózy je metodou první volby explantace náhrady a implantace autologního či dárcovského štěpu. Ve vybraných případech lokalizovaného poškození lze využít k léčbě podtlakovou terapii.

Soubor a metodika

Retrospektivně byly hodnoceny výsledky podtlakové terapie při léčbě infikované průchodné cévní rekonstrukce v třísle stupně II a III dle Szilagyiho. Exkluzivním kritériem pro zařazení do souboru byla přítomnost závažných systémových

komplikací, nestabilní pacient a poškození tepenné rekonstrukce mimo oblast třísly, eventuálně i s obnažením anastomózy. Podtlakové terapii předcházely ve všech případech debridement rány, cílená antibiotická terapie a lokální léčba antiseptiky. K léčbě topickým podtlakem byl použit systém V.A.C. firmy KCI a nebo Vivano firmy Hartmann. Jako úspěch bylo hodnoceno zhojení rány v třísle se zachováním průchodné cévní rekonstrukce, bez přítomnosti klinických, laboratorních či jiných známek recidivy infekce.

Výsledky

Soubor zahrnuje 15 pacientů průměrného věku 68 let, u kterých byla léčena lokalizovaná infekce tepenné rekonstrukce Szilagyi II nebo III. V 6 případech šlo o aorto-femorální bypass a v 9 případech o subinguinální rekonstrukce. V 80 % případů šlo o časnou infekci. Nejčastěji byl v ráně nalezen *Staphylococcus aureus*. Podtlaková terapie byla průměrně aplikována 10 dnů (4 až 26). Follow-up probíhal minimálně 36 měsíců. Úspěšnost léčby dosáhla 86,7 %, z toho 91,6 % v případě časně infekce a 66,7 % v případě infekce pozdní.

HydroTerapie

Účinné hojení ran ve dvou jednoduchých krocích

Pokrývá všechny fáze hojení ran

1.
KROK

HydroClean® (dříve jako TenderWet)
Savý polštářek aktivovaný Ringerovým roztokem
čisticí fáze



2.
KROK

HydroTac®
Kombinace polyuretanové pěny s gelem vytvoří ideální prostředí pro úplné zahojení rány
granulační a epitalizační fáze



Závěr

Lokalizovanou infekci cévní rekonstrukce lze úspěšně léčit s využitím podtlakové terapie. Tento postup je indikován jen u vybraných stavů a vykazuje lepší výsledky v případě časně infekce. Pacienty je nutno po zhojení dlouhodobě sledovat vzhledem k riziku rekurence infekce.

P2 Výhody podtlakové terapie u chirurgických komplikovaných ran

A. Geršlová

Chirurgie, Nemocnice Břeclav

Komplikace spojené s chirurgickou ránou vznikají z mnoha důvodů lokálních i systémových. Mezi nejčastější komplikace patří infekce a dehiscence rány. Infekce v operační ráně může být příčinou i život ohrožujících stavů jako je sepsa. Rána se v důsledku infekce může stávat dehiscentní v různých vrstvách (kůže, podkoží, fascie...) a vyznačuje se protrahovaným hojením. Tyto rány vyžadují urgentní eliminaci infekčního ložiska a pečlivou ošetrovatelskou péči. Podtlaková terapie je invazivní léčebná metoda, která, díky aktivnímu podtlaku a sání, umožňuje urychlení a zkrácení exsudativní fáze hojení a podporuje fázi proliferativní. Rána se nachází v uzavřeném prostředí. Lokální podtlak v ráně podporuje aktivně hojení rány tím, že zabezpečuje drenáž sekretu a hnisu z rány a omezuje tak i bakteriální kolonizaci. Výhodou je také možnost snížení spotřeby užívaných antibiotik. Zajišťuje časnou mobilizaci a rehabilitaci pacientů.

Cílem příspěvku je poukázat na možná úskalí v léčbě komplikovaných chirurgických ran s negativními symptomy jako protrahovaná infekce, zvýšená sekrece z rány, zápach, opakované převazy. Podtlaková terapie je jednou z možností léčby chirurgických dehiscentí. Jako i u jiných druhů terapie je nutné zvolit individuální přístup s ohledem na celkový stav pacienta, ránu samotnou a také ve volbě jednotlivých parametrů v nastavení terapie. Na závěr příspěvku budou prezentovány kazuistiky chirurgických pacientů léčených podtlakovou terapií.

P3 Možnosti podtlakové terapie v rámci komplexního přístupu v péči o komplikované rány

H. Poláková

Nemocnice Pardubického kraje a.s.,
Pardubická nemocnice

Terapie ran řízeným negativním tlakem je známa zhruba 35 let a první přístroje k podtlakové terapii (NPWT) byly uvedeny na trh v roce 1994. Instilační NPWT byla popsána již v roce 1998, většího rozvoje se však dočkala až v poslední době. Její podstatou je napuštění rány v pravidelných časových intervalech instilačním roztokem po přesně stanovenou dobu (ten pak proniká i do nehlubších oblastí rány) a jeho následné odsátí.

V rámci instilace dochází k výraznému snížení bakteriální zátěže v ráně s omezením tvorby biofilmu a působků bakteriálního metabolismu, ke snížení hladiny metaloproteáz, které nepříznivě ovlivňují hojení ran. Tento efekt je podstatně výraznější než u klasické NPWT. Tím vším se významně snižuje riziko selhání NPWT v případě přítomnosti bakteriálního osídlení multirezistentními bakteriálními kmeny. Zároveň lze v rámci instilace snížit i četnost a bolestivost prováděných převazů. Indikace instilační NPWT jsou shodné s indikacemi klasické NPWT. Na rozdíl od klasické NPWT výrazný efekt očekáváme u ran vyžadujících opakovaný débridement, u infikovaných ran a ran s přítomností osteomyelitid (což je u klasické NPWT bez instilace kontraindikováno). Otázkou k diskuzi zůstává, jak často a jak dlouho instilovat.

Nutno zohlednit i psychosociální faktory, kdy dochází k relativně dlouhodobému připojení pacienta k přístroji a s tím k přechodnému omezení mobility a soběstačnosti již tak handicapovaných pacientů, zvláště pak vyššího věku. Na druhou stranu, pokud je instilační NPWT úspěšná, dochází ještě výrazněji než u klasické NPWT k urychlení hojení ran a tím zkrácení doby hospitalizace s dřívějším návratem pacienta do domácího prostředí, ke snížení celkových nákladů na léčbu, k redukci dlouhodobé antibiotické terapie se snížením rizika vzniku multirezistentních bakteriálních kmenů. Tím vším je v konečném důsledku podstatně pozitivně ovlivněna prognóza a kvalita života pacientů.

P4 Zhodnocení metod mikrobiologického vyšetření chronických ran

K. Matějová, E. Chmelařová

Laboratoře AGEL,

Laboratoř klinické mikrobiologie Ostrava-Vítkovice

Hojení rány je složitý proces. Mezi nejčastější příčiny poruchy hojení patří zhoršené prokrvení tkání. Při poruše cirkulace zhoršuje stav tkání chronický otok, který komplikuje hojení rány a vytváří příznivé prostředí pro vznik infekce. Lymfatický systém hraje roli i v odplavování škodlivých látek a produktů zánětu. Projevem narušeného hojení tkání je otevřená rána. Tato rána je místem vstupu mikroorganismů a možností vzniku dalších infekčních komplikací. V posledních letech došlo k výraznému zlepšení možnosti ošetření a terapie chronických ran. Nové krycí materiály umožňují tzv. vlhké hojení ran a podílejí se na snížení počtu infekčních komplikací.

Chronické rány jsou kolonizovány širokou škálou aerobních i anaerobních mikroorganismů a pro jejich identifikaci je nezbytné důkladné mikrobiologické vyšetření. Řada těchto kmenů je po používání lokálních antibiotik často rezistentních. Na kolonizaci se podílejí kmeny *Staphylococcus aureus* citlivé i MRSA, beta-hemolytické streptokoky, řada gram-negativních tyčinek (např. *Proteus sp.*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*) a řada anaerobních bakterií. Uplatnění dalších species mezi něž patří nejrůznější kmeny corynebakterií, koaguláza negativní stafylokoky, viridující streptokoky a enterokoky je sporné. Rozeznání kolonizace od in-

fekce je závislé na znalostech a hlavně zkušenostech ošetřujícího lékaře. Nové metody identifikace bakterií, jako je hmotnostní spektrometrie MALDI-TO, urychlují mikrobiologické vyšetření a v nálezhavých případech umožňují odhad citlivosti původce. Stanovení citlivosti k antibiotikům je nedílnou součástí mikrobiologického vyšetření, ale stále vyžaduje minimálně 18hodinovou kultivaci.

Monitorování kolonizace a infekce v chronických ranách vyžaduje speciální kultivační techniky. Metody mikrobiologického vyšetření chronických ran se v posledních letech mění. Základní kvalitativní vyšetření stěrů z rány už neposkytuje potřebné informace. Kultivace často přerůstají rychle rostoucími kmeny hlavně proteů a pokud laboratoř nepoužívá široké spektrum kultivačních půd, nejsou často hlavní původci infekce vůbec zachyceni. Navíc nelze počet jednotlivých species kvantifikovat. Druhý způsob používaný v posledních letech – přímá nebo nepřímá otisková semikvantitativní metoda – zrychlila a zlepšila identifikaci patogenních agens a umožňuje alespoň přibližnou kvantifikaci. Pro rutinní laboratoře je velmi jednoduchá a výhodná. V poslední době je, hlavně v zahraniční literatuře, preferováno kvantitativní vyšetření se stanovením celkového počtu zárodků v definovaném množství odebrané tkáně s její následnou homogenizací a kvantitativním vyhodnocením počtu zárodků. Tato technika je poměrně náročná na vybavení i vlastní zpracování. V České republice se v rutinní mikrobiologické praxi používá zcela výjimečně. Informace jsou spíš ze zahraničních literárních zdrojů.

Vzhledem k rychlým změnám, které v poslední době ovlivňují léčbu chronických ran, lze předpokládat, že i nové metody budou mít využití v rutinních laboratořích a umožní další úzkou spolupráci mezi ošetřujícími lékaři a mikrobiology pro zlepšení péče o pacienty s chronickými ranami.

P5 Antimikrobiální strategie v léčbě chronických ran – chytré a prakticky

J. Černohorská
Dermal Centre, Mělník

Podle dostupné odborné literatury patří Česká republika mezi lídry v rozvoji bakteriální rezistence. Být lídrem v tabulce nejbohatších lidí na světě je fajn. V případě bakteriálních rezistencí nemáme být na co pyšní. Proč je u nás tento trend? Vysvětlení spočívá v nadměrném užívání antibiotik a to i v případech, kdy se nejedná o bakteriální ale např. virovou infekci. Výskyt multirezistentních bakteriálních kmenů způsobuje komplikace v léčbě různých nemocí napříč spektrem všech odborností a také v léčbě chronických ran. Z dosavadních výzkumů vyplývá, že rezistence je přirozená vlastnost bakterií. Tento fakt podpořilo zjištění, že rezistentní bakteriální kmeny byly nalezeny i u domorodých kmenů obývajících pralesy, které nikdy nepřišly do kontaktu se současnými antibiotiky. Tuto informaci si bakterie mezi sebou přenášejí a uchovávají po celý svůj život. V případě rezistence na jedno antibiotikum je vyšší pravděpodobnost vzniku rezistence i na další antibiotika. Z uvedeného vyplývá, že strategie nasazování antibiotické léčby musí

být vždy promyšlená. V případě chronických ran zjišťujeme bakteriální osídlení spodiny rány buď správně technicky provedeným stěrem, nebo probatorní excizi. Důležité je vhodné místo odběru stěru, mírná rotace, tlak a vyšetření co největší plochy rány. V případě nerovnoměrného povrchu jsou na místě i stěry dva. Tím získáváme velmi vzácnou informaci ne pouze o citlivosti nebo rezistenci bakteriálních kmenů na antibiotika, ale zejména o typech mikrobu přítomných na spodině rány. Problémem zůstává přítomnost biofilmu, na který jsou dosavadní antibiotika neúčinná, byť máme k dispozici nová data o možných účincích fluorochinolonů a oxazolidinonů právě na biofilm. Oxazolidinony je skupina bakteriostatických antibiotik s účinkem na gram-pozitivní aerobní bakterie a také na multirezistentní kmeny včetně MRSA. Mají unikátní farmakokinetické vlastnosti, které umožňují dosažení vysokých hladin v tělních tekutinách a tkáních, ale zatím omezené indikace. Podle klinických zkušeností se udává jejich průnik přes biofilm, ale spolehlivé podklady zatím nejsou k dispozici. Fluorochinolony také pravděpodobně pronikají přes biofilm, ale pro snadný vznik rezistence je nutné použití pouze cíleně a především v nemocnicích. U stafylokoků a pseudomonád je možný vznik rezistence v průběhu léčby. Rezistence na tato antibiotika se udává nejčastěji u *Escherichia coli* a *Klebsiella pneumoniae*.

V případě diabetické nohy jsou infekce častou komplikací. Při rozhodování o volbě vhodných antibiotik je základem kultivační vyšetření a to vždy s anaerobní kultivací. Podle nejnovějších doporučení musí být využiti výsledků kultivace pro zavedení ATB terapie velmi opatrné. Tyto výsledky totiž mohou být zkresleny volbou vzorku, jeho odběrem i transportem. Nevhodná volba ATB terapie následně může vést k jejímu selhání. Léčba diabetické nohy je vždy komplexní a dlouhodobá a sama o sobě na vyřešení komplikací nestačí. Délka terapie závažné a hluboké infekce, která ohrožuje končetinu, by měla trvat nejméně dva týdny. V případě osteomyelitidy se doporučuje léčba v trvání 6–12 týdnů.

Při rozhodování o nasazení správné ATB terapie, kromě konzultace s antibiotickým střediskem, je nutné – spolehlivě stanovit klinickou diagnózu infekce, znalost antimikrobiální účinnosti antibiotika, jeho farmakodynamických a farmakokinetických účinků a také je důležitá délka léčba.

V praxi jsou antibiotika často podávána pacientům s chronickými ranami pouze na základě stěru z rány a ne v součinnosti s klinickými projevy. Toto je v odborné literatuře hodnoceno jako pochybení vedoucí k nadužívání ATB, což má častokrát negativní důsledky.

V přednášce se budu věnovat vyhodnocení několika stěrů z rány, co nám tyto informace přináší, strategii lokální a celkové terapie a také přístupu k nejčastěji se vyskytujícím bakteriím na spodině chronických ran a způsobujícím nozokomiální infekce. Jako řešení se jeví vhodná volba materiálů, které jsou schopny proniknout do biofilmu a zároveň nevyvolávat vznik bakteriální rezistence.

Literatura

Gottrup, F., Apelqvist, J., Bjarnsholt, T. et al. EWMA document: Antimicrobials and non-healing wounds. Evidence, controversies and suggestions. J Wound Care 22, 5 Suppl: S1–S89, 2013.

Jedličková, A. Antimikrobiální terapie v každodenní praxi. Praha: Maxdorf, 2009.

Jindrák, V. et al. Antibiotická politika a prevence infekcí v nemocnici. Praha: Mladá fronta, 2014.

Levy, S. B. et al. Antibiotický paradox. Jak se nesprávným používáním ATB ruší jejich léčebná moc. Praha, Academia, 2007.

P6 The use of specialized Aquacel Ag⁺ Extra dressing for the treatment and nursing of hard-to-heal wounds in intensive care unit patients

J. Rudek

Szpital Uniwersytecki w Krakowie,
Klinika Alergii i Immunologii Oddział Anestezjologii
i Intensywnej Terapii, Kraków

Introduction

Despite the great advances in medicine, the occurrence of chronic wounds is a continuous problem that affects many patients, mostly in the intensive care units. It is important to make a proper diagnosis of wound type and select of appropriate treatment efficiently destroying biofilm.

Aim

The aim of the work was the analysis of treatment effects and the nursing of hard-to-heal wounds with the usage of specialized dressings in the intensive care unit patients.

Material and methods

This was a case study based on case description method and document-based research.

Results

Patients hospitalized in the intensive care unit experienced hard-to-heal wounds, i.e. bedsores, postoperative wounds, ulcers. The wounds were characterized by the presence of necrotic tissue and infected one with medium or large amounts of exudate. Aquacel Ag⁺ Extra dressings with a unique combination of two technologies (Ag⁺ and Hydrofiber Technology) were used. Reduction in necrotic tissue and smaller exudate were observed in patients. In consequence of a biofilm destroying a wound healing and granulation tissue formation were observed.

Conclusions

Nursing care of a patient with hard-to-heal wounds, including decubitus ulcer, in the intensive care unit is a long process, which requires solid knowledge and skills. Proper diagnosis of bed sore type and selection of appropriate treatment provides therapeutic efficiency.

P7 Toxicita antimikrobiálních krytů ran aneb na co může odpovědět *in vitro* testování

K. Nešporová^{1,2}, V. Pavlík^{1,3}, V. Velebný¹

¹Contipro Biotech, Dolní Dobruč

²Ústav experimentální biologie, Přírodovědecká fakulta, Masarykova univerzita, Brno

³Dermatovenenerologická klinika, 3. Lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze

Testování na *in vitro* úrovni neodmyslitelně patří do praxe vývoje nových léčiv a zdravotnických prostředků. *In vitro* experimenty přinášejí nejen důležité informace o bezpečných ale stále účinných koncentracích zkoumané látky ale také o specifitě či molekulárních mechanismech působení dané látky. Tyto informace posouvají vývoj do stadia preklinického a klinického testování, které je díky tomu cílenější a šetrnější. Ve vývoji krytů ran zařazených mezi zdravotnické prostředky má *in vitro* testování místo hlavně v předepsaných toxicitních testech na savčích tkáňových kulturách, např. dráždivosti, a v případě antimikrobiálních krytů i pro testování účinnosti antiseptik. Odpovědět nám ale může na více otázek: jaká jsou potenciální rizika použitého antiseptika; do jaké míry může tato látka negativně ovlivňovat viabilitu tkáně v bezprostředním okolí rány, jež slouží jako zásobárna proliferujících buněk schopných ránu vyplnit překrýt během granulace a reepitelizace; jaké jsou molekulární mechanismy působení použitých složek v krytu na viabilitu a funkci zdravých buněk? Tyto ale i další otázky je téměř nemožné odpovědět v kontextu klinického použití, kdy je ve hře mnoho proměnných, např. celkový zdravotní stav pacienta a způsob ošetřování rány. Ve chvíli, kdy je antimikrobiální účinnost jednotlivých prostředků srovnatelná, jsou to právě odpovědi na tyto otázky, které mohou hrát roli ve výběru vhodného prostředku na hojení ran.

Podobně jako řada dalších antiseptik i stříbro (ať už ve formě iontové či koloidní) může vykazovat toxické účinky na lokální a při nevhodném používání i systémové úrovni. Nanočástice stříbra jsou cytotoxické vůči řadě eukaryotických buněk včetně fibroblastů a nádorů odvozených z epitelu a imunitních buněk (Bartłomiejczyk et al. 2013). Nanočástice stříbra v závislosti na koncentraci a době inkubace s buňkami indukují produkci kyslíkových radikálů způsobujících genotoxicitu a následně apoptózu nebo nekrózu. V kontextu hojení ran bylo ukázáno, že kryty se stříbrem jsou toxické pro diabetické fibroblasty v porovnání se srovnatelnými bandážemi bez stříbra (Zou et al. 2013). Dlouhodobá (6 týdnů) aplikace krytů se stříbrem na modelové krysy popáleninové rány vedla ke zvýšení hladiny stříbra v krvi, fekáliích a došlo i k deponování stříbra v orgánech (Pfurtscheller et al. 2014).

Z důvodu obliby krytů s obsahem stříbra a jeho potenciální toxicitě bylo porovnáno několik komerčně dostupných prostředků určených k hojení infikovaných ran, většinou v podobě krytů obsahujících různé antimikrobiální složky, na zdravé lidské kožní keratinocyty a fibroblasty. Mezi testovanými prostředky byly zastoupeny bandáže s iontovým a nanokrystalic-

kým stříbrem, oktenidinem, bactrobanem a jódem. Extrakty bandáží byly použity k ovlivnění buněk a následnému stanovení cytotoxicity metodou MTT, určení typu buněčné smrti pomocí průtokového cytometru a k analýze buněčné morfologie imunocytochemickým barvením. Části krytů byly použity pro stanovení kontaktní inhibice buněčné monovrstvy barvením krystalovou violetí. *In vitro* buněčné experimenty byly doplněny testováním vlivu bandáží na explantátech lidské kůže s následným histologickým vyhodnocením a též porovnáním vlivu testovaných krytů na plně lidské krvi s hodnocením hemolytické a imunostimulační aktivity.

Výrazné rozdíly byly pozorovány mezi kryty s obsahem stříbra a oktenidinu. Kryty s obsahem stříbra vykazovaly vysokou cytotoxicitu v případě keratinocytů i fibroblastů, zatímco oktenidin se v tomto testu jevil jako netoxický. I subletální koncentrace extraktů z krytů s obsahem stříbra způsobovaly morfologické změny na obou buněčných typech. Toxické efekty stříbra způsobovaly převážně nekrózu tkáňových buněk, což bylo stanoveno na základě aktivity kaspáz a permeability buněčné membrány. Obdobné výsledky byly dosaženy i metodou kontaktní inhibice, kdy pravděpodobně vlivem dobré rozpustnosti stříbra byla zasažena větší plocha monovrstvy buněk než u krytů obsahujících oktenidin. Zajímavé byly i rozdíly mezi jednotlivými kryty s obsahem stříbra. Kryt s přidavkem polysacharidu alginátu vykazoval menší toxicitu a také jiný vliv na buněčnou morfologii než zbývající dva přípravky obsahující iontové a nanokrystalické stříbro bez alginátu. Je tedy možné, že polysacharidová složka krytu poskytuje určitou ochranu před působením antiseptika na ránové buňky. Obdobný mechanismus by mohl působit i v krytu s oktenidinem a polysacharidem hyaluronanem. Žádný z testovaných krytů nevykazoval výraznou hemolytickou a imunostimulační aktivitu v systému plné krve, mírné zvýšení produkce prozánětlivého IL-6 bylo pozorováno u dvou krytů s obsahem stříbra. Histologická analýza explantátů lidské kůže ukázala negativní působení všech testovaných přípravků, především na pevnost epidermálního-dermálního spojení. U krytů s obsahem stříbra byla navíc pozorována vakuolarizace keratinocytů.

Získané výsledky ukazují na potenciální negativní působení stříbra v antimikrobiálních krytech na zdravé kožní buňky. Výsledky *in vitro* výzkumu nemusí nutně korespondovat s klinickou praxí, ovšem poukazují na možná nebezpečí, kterým je možné se vyhnout, ať už výběrem alternativních prostředků či správným načasováním používání jednotlivých typů krytů, tedy nepoužívání potencionálně antiproliferativní prostředky po vyčištění ran od mikrobiální infekce.

P8 Hojení chronicky infikovaných ran přenesením kožního štěpu za použití hyaluronát-jodidového komplexu

V. Adámková

III. interní gerontometabolická klinika, FN Hradec Králové

Chronické rány jsou ve své podstatě sekundárně se hojící rány, které se musí zhojit pomocí výstavby nové tkáně. Vznikají z pokročilých destrukcí tkáně v důsledku cévních onemocnění nejrůznějšího původu. V léčbě chronických ran mají zásadní vliv na hojení nejen lokální a systémové faktory, zvolený terapeutický postup, ale výraznou roli na hojení má výživa.

Prezentace je výsledkem spolupráce pracoviště interního a plastické chirurgie ve FN Hradci Králové. Popisuje lokální předoperační péči, doplňující vyšetření, praktické provedení autotransplantace kožním štěpem a následnou pooperační péči.

Metodika je doložena obrazovou dokumentací. Zdůrazněna je nutnost compliance pacienta v předoperační době, následně době pooperační a v domácím prostředí.

P9 Efektivita edukačního procesu cíleného na pacienty a zdravotníky

J. Stryja

Nemocnice Podlesí a.s.

(www.hojeniran.cz, www.merudia.cz)

Edukace je proces předání poznatků, získávání nových znalostí, dovedností a postojů. Edukace zdravotníků je podmínkou výkonu jejich zdravotnické profese. Cílem pregraduálního vzdělávání je získání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání. Postgraduální vzdělávání slouží mimo získání vlastní specializace také k soustavnému celoživotnímu vzdělávání, které je s ohledem na neustávající vývoj nových léčebných a diagnostických postupů naprosto nezbytné. Edukace je zároveň důležitým nástrojem, jak působit na pacienty a zlepšit jejich spolupráci na léčbě. Zdravotníci tvoří cílovou profesní skupinu řady vzdělávacích programů, zároveň mohou předávat své zkušenosti dále a působit tak na ostatní.

Při edukaci pacientů je důležité předat cílové skupině adekvátní informaci vhodnou formou a následně se přesvědčit se o tom, že pacient vše správně pochopil. Ke zlepšení compliance (tj. spolupráce pacienta na léčbě) je možné použít řadu metod. Represivní formy nejsou považovány za příliš efektivní. Působit na pacienty mohou pozitivní příklady z jejich okolí i ze samotného zdravotnictví (např. pozitivní inspirace k nekouření). Tuto formu pozitivního působení na pacienty mohou podpořit i různé vnitrofirmitní projekty k podpoře zdraví svých zaměstnanců, které zdravotníkům umožní zbavit se stresu a bojovat s tzv. syndromem vyhoření, který jejich edukační působení na pacienty výrazně omezuje. K edukaci široké veřejnosti lze využít mediální kampaně i reklamní sdělení s možností výzvy k zapojení se do podporovaných preventivních programů. Novinkou pak jsou e-learningové programy zaměřené na pacienty

s chronickou ránou. Umožňují působit na pacienty v jejich domácím prostředí a nezatěžují je dalšími náklady. Nevýhodou je obtížně proveditelná zpětná kontrola a nižší výtěžnost v porovnání s individuální edukací pacientů v ordinaci lékaře. Dotazníkové šetření na téma edukace uskutečněné webovými portály www.hojeniran.cz a www.merudia.cz v roce 2015 ukázalo, že mezi nejpalčivější problémy pacientů s nehojící se ránou patří otázky spojené s dostupností zdravotnických zařízení specializovaných na léčbu pacientů s nehojící se ránou, z klinických příznaků to byla především bolest, zápach z rány a ranná sekrece.

P10 Edukační proces u pacienta s hojícím chronické rány

M. Zapletalová, S. Nedomová

II. chirurgická klinika, Centrum cévních onemocnění, FN u sv. Anny v Brně a LF MU, Brno

Cíl

Cíle edukace jsou předpokládáné a očekávané změny v chování klientů, kterých se má edukací dosáhnout. Správnou edukací by mělo dojít ke zlepšení spolupráce klienta se zdravotnickým týmem, kdy nemocný přebírá větší část odpovědnosti za vlastní zdraví na sebe.

Soubor a metodika

Jako chronickou ránu označujeme sekundárně se hojící ránu, která i přes adekvátní terapii nevykazuje po dobu 6–9 týdnů tendenci k hojení. Kožní ulcerace a rány vznikají většinou v důsledku místních poruch trofiky tkání. Jejich prevalence v populaci v civilizovaných zemích se pohybuje kolem 1–2 %. Přetrvávající otevřená rána je nepříjemným projevem narušeného hojení tkání. Většina chronických ran je bolestivá a nepříznivě ovlivňuje stav pacienta sekrecí z rány, která může vést i ke ztrátám tekutin a proteinů. Chronické rány představují také závažný socioekonomický problém.

Léčba chronických ran a péče o nemocné s chronickými ranami se stává samostatnou specializací. Sestry jsou důležitými členkami multidisciplinárního týmu, který o pacienta pečuje. V některých zdravotnických zařízeních nebo agenturách domácí péče je lokální ošetřování ran a volba terapeutického krytí plně v kompetenci sestry samotné, jinde sestry ošetřují rány pod dohledem sester specialisek na hojení ran, někde sestra pouze asistuje lékaři při převazu rány.

Na II. chirurgické klinice probíhá výuka sester v problematice hojení ran v rámci specializace. Výuka probíhá v teoretickém a praktickém bloku na septické jednotce intenzivní péče a v poradně vlhkého hojení ran. Nově zavádíme i simulační výuku komunikačních dovedností zaměstnanců zdravotnických zařízení v Jihomoravském kraji, v rámci projektu vzdělávání pod záštitou evropských sociálních fondů. Jde o další investici do rozvoje vzdělávání zdravotnických pracovníků, kteří vytvoří zdravotnický tým pro léčbu a správnou edukaci.

Prezentované sdělení obsahuje i dvě kazuistiky pacientů s léčbou chronických ran a defektů.

Výsledky

Úspěšnost edukace závisí na mnoha faktorech – na povaze samotného onemocnění, na disciplinovanosti a znalostech pacienta a na kvalitě a zájmu zdravotnického týmu. Edukace klienta ovlivňuje úspěšné hojení chronických ran a defektů.

Závěr

Edukační sestra klientovi nabízí informace o zdravotním stavu se zřetelem na svoje kompetence, o diagnostických a terapeutických postupech (např. příprava, průběh), seznámení klienta se zdravotnickým zařízením. Dále ho seznámí se správnou životosprávou a rizikovými faktory, které mají negativní vliv na zdraví člověka. Nabízí edukační materiály a radu v poradně vlhkého hojení ran a defektů.

P11 Proces hodnocení nehojící se rány v zařízeních poskytujících sociální služby v ČR

S. Saibertová, A. Pokorná

Katedra ošetřovatelství, Masarykova univerzita

Úvod

Incidence nehojících se ran se zvyšuje s věkem a mnoho seniorů využívá instituce poskytující sociální služby, v nichž žijí i několik let. Zde je jim poskytována komplexní péče a v případě akutní změny zdravotního stavu, jsou hospitalizováni. Nehojící se rány jsou, mnohdy zbytečně, příčinou jejich hospitalizace.

Cíl

Posouzení procesu hodnocení nehojících se ran v zařízeních sociálních služeb v ČR.

Metodika

Kvantitativní studie na pracovištích pobytových sociálních služeb – zejména osobám seniorského věku.

Výsledky

Z celkového počtu více než 500 institucí, bylo aktivně do studie zapojeno 66 pracovišť. Na téměř všech pracovištích je písemně vedena dokumentace rány. Mezi nejčastěji sledované parametry rány patří etiologie a stáří rány. Z lokálních parametrů jsou to velikost rány a její lokalizace. Přesné měření a hloubka rány jsou hodnoceny pouze na polovině pracovišť. Bolest hodnocena pouze na 55,4 % pracovišť. Statisticky významné rozdíly v hodnocení ran nebyly zjištěny ani dle zřizovatele ani dle přítomnosti konzultantky pro hojení ran.

Závěr

Hodnocení nehojících se ran v zařízeních sociálních služeb je nedostatečné. Možným vysvětlením je bagatelizace problematiky, nedostatečná erudovanost a nedostatek zdravotnických pracovníků, související s převahou pracovníků sociální péče,

kterí nejsou schopni zvládnout některé zdravotnické intervence. Důsledkem je zvýšená incidence ran, jejich neefektivní terapie a výskyt avoidable hospitalisations.

Príspevek vznikl na Masarykově univerzitě v rámci projektu „Prevence a diagnostika srororigenních ran jako nežádoucích událostí v ošetrovateľské praxi – implementace mezinárodních guidelines číslo MUNI/A/1144/2014“, podpořeného z prostředků účelové podpory na specifický vysokoškolský výzkum, kterou poskytl MŠMT v roce 2015.

P12 Úskalí komunikace zdravotnického personálu v léčbě pacientů s chronickou ránou

T. Loučná

Klinika neurologie, 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cílem sdělení je seznámit posluchače s možnými problémy při předávání informace, jak pečovat o chronickou ránu ve zdravotnickém zařízení. Předpokladem je, že když koordinátor (lékař, hojitelka ran...) stanovuje schéma léčby rány, a předává-li tento plán jiným zdravotnickým pracovníkům, dochází ne vždy jeho vinou ke zkreslení informace. Sdělení se zaměřuje na možné druhy těchto mylných informací a zejména na systém jak jim předcházet. Na toto téma byl proveden drobný průzkum ve FN Motol, kdy dle polostrukturovaného rozhovoru byl dotazován team hojitelek ran o zkušenosti z této oblasti. Výsledek předkládáme ve sdělení.

P13 Compliance pacientů s kompresivní terapií

D. Diamantová

Dermatovenerologické oddělení, Vojenské nemocnice, Olomouc

V rámci komplexní léčby onemocnění žilního a lymfatického systému má kompresivní terapie své nezastupitelné místo. Z praxe vyplývá, že je často nemocnými podceňována a ne vždy správně indikována a prováděna. V posledních 18 letech používáme stejně jako na jiných pracovištích v ČR nové materiály – kompresivní obinadla, kompresivní elastické punčochy, polstrovací materiály a mobilizační bandáže.

Důležitý je aktivní přístup nemocného a nezbytná je také pacientova pečlivá a opakovaná edukace. Správně prováděná kompresivní terapie má viditelný efekt, významně redukuje otok končetiny, zlepšuje cirkulaci v žilním a lymfatickém systému a urychluje proces hojení bérčového vředu.

P14 Economic outcomes of a new chronic wound treatment system in Poland

A comparison of the costs and expenses incurred by the National Health Fund before and after the introduction of a new system of venous leg ulcer treatment

G. Krasowski^{1,2}, R. Wajda¹, M. Olejniczak-Nowakowska³

¹Krapkowice Centrum Zdrowia, Krapkowice, Poland

²Politechnika Opolska, Opole, Poland

³Zakład i Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Zdrowia Publicznego, Śląski Uniwersytet Medyczny, Bytom, Poland

Aim

The purpose of this study was to compare costs before and after the implementation of a new system of leg ulcer treatment.

Methods

The study included four types of chronic leg and foot ulcers (venous, ischemic, mixed, and diabetic foot ulcers). The costs associated with leg and foot ulcers were compared between the years 2010 and 2012, which was before and after the implementation of a new leg ulcer treatment system in the Krapkowice District, southwestern Poland. The key features of the new treatment system included a change in the primary treatment location from the hospital to the patient's residence, and the introduction of a modern therapy that consisted of causal and local wound treatment. The costs associated with the treatment were calculated from information about the ulcer duration, the number of dressings used, the number of patient visits, and the average cost of one dressing change.

Results

Implementation of the new leg ulcer treatment system led to a decrease in visits to National Health Fund (NHF) centres, from two visits per week to one visit per two weeks. Concurrently, the ratio of patients treated in a home-based setting increased from 15.7% to 68.8%. The average ulcer treatment duration decreased from 10 months to 5 months. The number of dressing changes also decreased from 7.5 dressing changes to 2.7 dressing changes per week. The number of patients in home based setting with nurse's assistance per year increased from 18.8% to 41.8%. However, the cost of one dressing change increased from 5 euros to 10 euros. Overall, the cost to treat a single ulcer was 1,500 euros before and 540 euros after the introduction of the new system. Under the previous system, the combined cost incurred by the NHF was 1,822 euros per week. This cost declined to 1,564 euros per week after the introduction of the new system. The number of leg amputations due to a non-healing diabetic foot ulcer, and ischemic and mixed ulcers also declined from 7.8% to 2.9%.

Conclusions

A change in the system and mode of treatment of chronic leg ulcers resulted in a significant decrease in expenditures incurred by the NHF.

P15 Ambulantní terapie rány kontrolovaným podtlakem – farmakoeconomická studie

J. Stryja, K. Stryjová, K. Nicielniková
Komplexní kardiovaskulární centrum, Nemocnice Podlesí a.s., VAVIA o.p.s.

Úvod

Terapie ran kontrolovaným podtlakem (NPWT) je efektivní metodou lokální terapie širokého spektra kožních defektů hojících se *per secundam intentionem*, včetně pacientů s syndromem diabetické nohy. NPWT je v současnosti standardním postupem managementu ranných dehiscencí prakticky ve všech operačních oborech. Podtlaková terapie ran je ve zdravotnických zařízeních realizována především u hospitalizovaných pacientů. Důvodem je především dosavadní způsob úhrady poskytnuté péče zdravotními pojišťovnami. Na druhou stranu je obecně známo, že léčba pacienta ve zdravotnickém zařízení je spojena s vyššími celkovými náklady. Redukce nákladů v nemocniční péči je v současnosti aktuálním tématem jak pro managementy zdravotních pojišťoven, tak lůžkových zdravotnických zařízení. Naše sledování se zaměřilo na rozšíření indikace použití NPWT o ambulantní pacienty s neinfikovanou diabetickou ulcerací, na otázky bezpečnosti, porovnání efektivity léčby, kvality života pacientů a ekonomiky provozu NPWT.

Metodika a výsledky

V prospektivní nerandomizované studii zaměřené na léčbu pacientů s ulcerací syndromu diabetické nohy autoři porovnávali klinickou a nákladovou efektivitu ambulantní terapie rány kontrolovaným podtlakem (NPWT) versus NPWT za hospitalizace. Cílem bylo ověřit účinnost NPWT na základě hodnocení vývoje spodiny rány, nalézt a kvantifikovat předpokládanou redukci celkových nákladů na terapii.

Výsledky sledování prokázaly porovnatelnou klinickou účinnost NPWT v režimu ambulance/hospitalizace (statisticky nesignifikantní rozdíly v hojení ulcerací verifikované na základě vývoje spodiny rány a redukce plochy ulcerací v čase), stejné riziko komplikací spojených s NPWT (statisticky nesignifikantní rozdíly ve funkčnosti obou zařízení a ve výskytu komplikací vzniklých v průběhu sledování) i obdobné dlouhodobé výsledky (statisticky nesignifikantní rozdíly v počtu amputací). Celkové náklady na ambulantní terapii ran byly statisticky signifikantně nižší (16 700 Kč versus 36 000 Kč; $p=0,001$), stejně tak průměrné náklady na 1 den podtlakové terapie (817 Kč versus 3 400 Kč; $p=0,001$).

Závěr

Výsledky předkládané studie jednoznačně prokázaly, že PICO ambulantní podtlaková terapie ulcerací syndromu diabetické nohy má stejnou efektivitu, jako podtlaková terapie za hospitalizace. V ambulantním provozu je NPWT navíc levnější, převazy jsou vnímány méně bolestivě a NPWT je pacienty lépe snášena.

P17 Problematika analgezie u ošetřování ran, dvě strany jedné mince

P. Sůva
Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Pardubická nemocnice

V přednášce autor srovnává úlohu analgezie a speciálních technik používaných v ošetřování ran.

V současné době máme značné bariéry v léčbě bolesti: (ne)měření bolesti, finanční zdroje, nedostatečně poučený pacient, nedostatek času nebo organizační aspekty. Nedostatek chuti se problematice věnovat, nedostatek znalostí v léčbě bolesti, neexistence jednoduchých a jasných doporučení.

Ve světě existují protokoly pooperační a převazové analgezie, ale chybí validizace na českou populaci. Americká doporučení jsou relativně vágní, evropská jsou relativně rigidní.

Je třeba pravidelně provádět měření bolesti (zápis do standardní dokumentace nebo spec. protokolu), ostatně v pobíhacích akreditacích je toto již vyžadováno.

Jaké máme možnosti analgezie? Neopioidní analgetika, analgetika – antipyretika, paracetamol, metamizol, NSA, nesteroidní antiflogistika neselektivní, diklofenak, piroxikam, ibuprofen, nesteroidní antiflogistika preferenční a koxiby, parekoxib, celekoxib, nimesulid, etorikoxib. Je vidět, že škála analgetik je poměrně široká.

Je třeba používat vhodné kombinace: paracetamol nebo metamizol + NSA, paracetamol + slabý opioid (+ NSA), paracetamol + silný opioid (+ NSA), NSA + opioid (slabý nebo silný), metamizol + opioid (viscerální bolest), ketamin + opioid (indikuje výhradně anesteziolog), LA + opioid (při RA, indikuje výhradně anesteziolog).

Jsou ale i nevhodné kombinace: NSA mezi sebou bez ohledu na formu (potencují se jen nežádoucí účinky), slabý a silný opioid, opioidy současně různými formami podání – u starších lidí negativní ovlivnění kognitivních funkcí.

Významná otázka, které nás zajímá při léčbě bolesti, je: Bolest při výměně krytí a převazu má finanční důsledky. Jaké jsou tyto náklady? Jak je můžeme vypočítat? Má používání netraumatických obvazů, analgezie, vakuové drenáže finanční dopad na léčbu ran?

Neexistuje jedna matematická rovnice, výpočet je velmi náročný, protože máme celou řadu proměnných, které navíc nelze kvantifikovat. V přednášce je graficky znázorněna celá rovnice i s jednotlivými vztahy.

Řešením je použití Delfské metody. Tato metoda byla vyvinuta v roce 1950 společností Rand Corporation. Od té doby byla rozvinuta a přizpůsobena do rozličných formátů a je v široké míře využívána ve veřejném sektoru, plánování a průmyslu. Použitím této metody při hodnocení materiálů a analgezie a dalších postupů při ošetřování ran zjistíme že: chronické rány souvisí s vysokou úrovní bolesti, vyšší VAS skóre je spojeno s nárůstem analgetik, vyšší VAS skóre je spojeno s nárůstem potřeby personálu.

V diskusi rozebírám přístup vedoucích pracovníků k moderním metodám ošetřování ran a analgezií. Při převazu spojeném s moderními metodami a postupy je vstupní investice velmi vysoká, což bývá spojeno s odmítáním těchto metod.

Delfská metoda je nástroj, který mohou kliničtí pracovníci používat na podporu aplikace netraumatické a analgetické technologie v klinické praxi.

P19 Léčba chronických ran po multimodální onkologické léčbě

L. Sirotek, M. Holá, E. Malá

Oddělení chirurgické onkologie, Masarykův onkologický ústav, Brno

Lokálně pokročilé nádory jsou stále léčebnou výzvou. Moderní multimodální léčebné postupy, využívající chemoterapie, radioterapie a chirurgických přístupů v různých vzájemných kombinacích dávají pacientům šanci na kurativní výkon. Současně s sebou však přinášejí riziko vedlejších účinků léčby, které rozhodně nejsou zanedbatelné.

Mezi komplikace absolvované léčby patří také vznik chronických ran, jejichž léčba si ve své délce a nutnosti multioborového přístupu nezadá s léčbou primárního nádorového onemocnění. Ve svém kazuistickém sdělení představíme dva pacienty, kteří byli na našem oddělení léčeni v loňském roce s lokálně pokročilým nádorovým onemocněním. Jednalo se o pacientku s maligním melanomem dolní končetiny a pacienta se spinocelulárním karcinomem análního kanálu. Ač se jedná o zcela odlišná nádorová onemocnění, byl důsledkem mutlidisciplinární léčby v obou případech kromě dosažení lokální kontroly také vznik rozsáhlé chronické rány. Ve svém příspěvku chceme zdůraznit potřebu komplexního přístupu k léčbě chronických ran.

P20 Clinical Experiences with a Novel Methacrylate Dressing and new Therapeutic Options in Wound Management

T. Eberlein

Arabian Gulf University
German Wound Academy

Introduction

There are huge numbers of different dressing materials existing on wound care market. With the exception of some very special materials a lot of these products aren't unique. Indications and contraindications are often not unambiguously defined. Mostly the product predeterminates the therapeutic situation, not the concrete wound situation the dressing.

New techniques in topical wound management

A complete new principle in topical management of both acute and chronic wounds is the use of transforming methacrylate particle dressing based on nanoflex[®] technology*. The term "nanoflex" must not be confused with "nano-particles". The material consists of pHEMA/pHPMA polymers, which are

synthesized as discrete particles with a minimum size of 63 µm. The "large" size of the polymer particles does not allow them to be regarded as true "nano-particles". The particles aggregate irreversibly to form a solid gel material with a network of interconnected capillary channels. "Nanoflex" refers to the interconnected capillary channels which form between the discrete polymer particles. The capillary channels between the discrete particles are approximately 7 nm. The term "nanoflex" technology" hence refers to this "nano-porous grid", allowing hydration and transportation of fluids from the wound to the dressing's surface.

Clinical use

The material adsorbs a total of 68% of the hydrated mass of the material in water or exudate. This means that one gram will pick up 2.12 grams of fluid. It can remain in place up to 14 days as long as the wound produces exudate. The wound should be inspected for infection, inflammation, excessive bleeding or fluid, odour, and irritation. The dressing should be changed or removed if clinically necessary.

In addition, a combination with different antimicrobial substances is possible. So first time the creation of a patient-adapted, long-time antimicrobial management is possible.

In addition we report clinical experience with this material in wound management.

*Altrazeal, ULURU Inc.

P21 Intensive Autolytic Debridement, Drainage Management and Pain Control with Innovative Self-Adaptive Wound Dressings

A. M. Reyzelman¹, V. N. Fischenich²

¹Department of Medicine,
California School of Podiatric Medicine,
Samuel Merritt University, San Francisco, California, USA

²OSNovative Systems Inc., Santa Clara, California, USA

Chronic wounds can be challenging and costly to manage and heal. Despite the observed efficacy of surgical debridement, many patients may not be suitable for it or refuse it due to the associated pain. Autolytic debridement induces no pain, but is slow or disrupted in chronic wounds.

Elucidation of the wound dressing functions, that are sufficient to support intensive autolytic debridement together with effective control of wound drainage, pain and odor while maintaining an optimal moist wound healing micro-environment is needed. Additional desired attributes and capabilities include protection of the peri-wound skin; a microbial and fluid strikethrough barrier; painless, non-traumatic dressing changes; and a dynamic and adequate response to changing wound conditions while the dressing is worn.

Innovative Self-Adaptive Wound Dressings⁽¹⁾ (SAWD) is a new wound dressing category that facilitates all of these fun-

damental principles of wound healing^(2,3,4). Efficacy of SAWD for healing DFUs and VLU that were not suitable for surgical debridement was evaluated in outpatient clinic settings, and is presented in this report.

In summary, the SAWD removed excess exudate with liquefied components of slough and non-vital tissue, provided sufficient moisture for preventing wound desiccation, sequestered microorganisms blocking their multiplication, and supported efficient autolytic debridement, clearing slough and crusted necrotic tissue within 2-3 weeks. A notable SAWD result was improving patient quality of life by quick drug-free reduction or complete elimination of wound pain and odor. The effect of SAWD is a promising mechanism for promoting efficient healing of chronic wounds.

References

⁽¹⁾Enluxtra. (online: <http://www.enluxtra.com>)

⁽²⁾Using the SAWD effect to treat patients. The Western PA Healthcare News, June 7, 2014. (online: <http://www.wphealthcarenews.com/using-the-sawd-effect-to-treat-patients/>)

⁽³⁾Wolcott, R. D., Fischenich, V. Self-adaptive advanced wound dressing clinical results. Wound Care & Hyperbaric Medicine Magazine 3, 4: 20–25, 2012.

⁽⁴⁾Wolcott, R., Fischenich, R. N. Ultimate standardization of first-line wound dressings to a single type. Today's Wound Clinic, April: 22–24, 2014. (online: http://www.todayswoundclinic.com/files/TWC_April2014_Wolcott.pdf)

P22 Management viskózního exsudátu

J. Stryja

Nemocnice Podlesí a.s., VAVIA o.p.s.

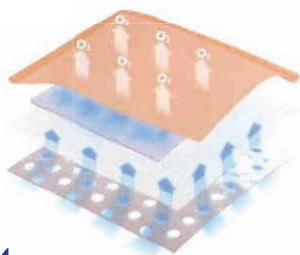
Jako viskózní (hustý) exsudát označujeme rannou sekreci, která ulpívá na spodině a okolí ulcerace. K diagnostice viskózního exsudátu lze použít test se štětičkou: serózní exsudát záhy po kontaktu s ránou vsakuje mezi bavlněná vlákna, viskózní exsudát je formovaný a má tendenci odkapávat.

Viskózní exsudát bývá nejčastěji spojen s přítomností rané infekce. Jeho tekutá složka vzniká transsudací plasmy a tkáňového moku na spodině rány, pevnou složku pak tvoří zkapalněná nekroza a tkáňová drť, části biofilmu, přítomné bakterie, vysrážené plazmatické proteiny a krevní buňky. Podle jejich zastoupení má viskózní exsudát různou barvu: purulentní (hnisavý) exsudát (žlutý, smetanově zbarvený; hojné neutrofile a makrofágy), seropurulentní (zakalený; vyšší podíl tekuté složky, přítomné leukocyty), hemopurulentní (rezavé barvy; přítomnost leukocytů a erytrocytů dána hlubším poškozením granulační tkáně na spodině rány s prosakováním arodovaných kapilár, případně souvisí s výskytem hemolysinů) a hemoragický (červeno-hnědý; převaha erytrocytů u pacientů s antiagregační a antikoagulační terapií, nebo v důsledku přítomné rané infekce). Na výsledné barvě sekretu se mohou podílet

ŘEŠENÍ PRO VŠECHNY RÁNY

Secernující rána?

Použijte superabsorpční krytí



Eclipse
Eclipse Adherent

Infikovaná rána?

Použijte antimikrobiální krytí s medicínským Manuka medem



Actilite
Algivon
Activon Tube

Atraumatický převaz?

Použijte krytí s měkkým silikonem



Silflex
Advazorb Border

Granulující rána?

Použijte krytí z čistého kolagenu



Biopad
Biospray

také přítomné bakterie, které metabolizují organické zdroje obsažené v ranné tekutině. V důsledku přítomnosti pseudomonád tak získává sekret modrozelenou barvu. Mezi rizika spojená s přítomností hustého ranného sekretu patří především floridní ranná infekce, inflamace a macerace okolí ulcerace a macerace spodiny rány. Ve svém důsledku mohou vést ke stagnaci hojení, zvětšení plochy vředu a jeho prohloubení.

Standardní terapeutická krytí se podílejí na managementu ranného exsudátu několika způsoby: absorpcí sekretu do krytí, evaporací a transmisí (odpařováním a odvodem), retencí (zadržením tekutiny ve vláknech krytí) a sekvestrací (oddělením jednotlivých částí exsudátu). Hustý sekret, který zůstává na spodině rány a jejím okolí, je nutné co nejrychleji odvést mimo tkáň a zabránit tak jeho negativnímu lokálnímu působení. Inovovaným materiálem vyvinutým zejména k ošetření ran s viskózní rannou sekrecí je krytí Mepilex XT. Kontaktní silikonová vrstva Safetac uzavírá okraje rány a brání prosakování exsudátu na okolní kůži, čímž se snižuje riziko její macerace. Zároveň zajišťuje, že krytí může být měněno bez mechanického poškození rány a okolní kůže, nevystavuje pacienta další periprocedurální bolesti. Vlastní krytí je tvořeno polyuretanovou pěnou, která je protkána soustavou vertikálně probíhajících kanálků, které vertikálním způsobem odvádějí hustý ranný sekret mimo ránu. Alternativou léčby pomocí terapeutických krytí může být terapie rány kontrolovaným podtlakem. V případě viskózního exsudátu je preferována výplň rány polyuretanovou pěnou, která je pro hustý sekret lépe prostupná než gáza. Podmínkou použití podtlaku je nepřítomnost macerace v okolí rány, která by znemožňovala dokonalou adhezi fixační folie.

V období 2014–2015 probíhala v České republice postmarketingová multicentrická srovnávací studie zaměřená na posouzení klinické efektivity krytí Mepilex XT v léčbě bércových vředů žilní etiologie s hustou rannou sekrecí. Nemocnice Podlesí a.s. byla jedním z pracovišť, na kterých sledování probíhalo. Na konferenci Rande 2015 budou prezentovány kazuistiky pacientů léčených novým terapeutickým krytím Mepilex XT.

P23 Objective Microvascular Assessments of the Diabetic Foot: Clinical and Research Applications

Xiabing Huang
Managing Director, Moor Instruments Ltd.

Micro-vascular blood flow and its responses are essential for good health; these are impaired in many diseases including diabetes, vascular disorders and dermatological lesions. It is also a good indicator of the healing potential of damaged tissues. Peripheral Arterial Disease (PAD) is the most important factor relating to the outcome of the diabetic foot ulcers. To prevent a delay in vascular consultation and revascularisation, early, non-invasive vascular evaluation is important in identifying patients with poor ulcer healing and high risk for amputation.

In comparison with other methods, laser Doppler blood flow monitoring and imaging provide a non-invasive, objective, quick and convenient method for micro-circulatory and macro-circulatory assessment of skin tissue. This presentation will give a brief introduction of laser Doppler and laser speckle technology and describe the different methods for objective microvascular assessments of the PAD and diabetic foot. It will also summarise the recommendations and diagnostic guidelines for the assessment.

P24 Umíme stanovit stupeň dekubitů?

L. Šeflová
II. interní klinika gastroenterologická a hepatologická,
FN Olomouc

Interaktivní prezentace, která přináší praktické zkušenosti s určováním stupně dekubitů. Posluchači se budou moci sami zapojit do klasifikačního procesu na prezentovaných kazuistikách.

P25 Dekubitus v nemocničních informačních systémech

K. Palinčáková
ARO, Nemocnice Valašské Meziříčí, a.s.

Vlivem stárnutí populace se stále zvyšuje počet jedinců chronicky nemocných a úkolem zdravotníků je pomoci těmto lidem udržet uspokojivou kvalitu života. Mezi diagnózy, které výrazně ovlivňují kvalitu života a to nejen u seniorů, se řadí i dekubitus. Dekubitus patří mezi základní ošetrovatelské diagnózy (pád, malnutrice, soběstačnost a dekubitus), které jsou zaznamenávány a pravidelně aktualizovány ošetrovatelským personálem v ošetrovatelské dokumentaci. V poslední době je již možné monitorovat ošetrovatelské diagnózy elektronicky v nemocničních informačních systémech (dále jen NIS), které plně nahrazují ručně vedenou dokumentaci. NIS dokáže propojit ošetrovatelskou a lékařskou dokumentaci a upozornit tak lékaře na novou diagnózu, např. vzniklý dekubitus eventuelně na dekubitus, který má pacient již při přijetí, ihned po zavedení této diagnózy do ošetrovatelské dokumentace. Založením této diagnózy do dokumentace, se dekubitus stává buď komorbidity nebo komplikací, kterou zohledňuje systém DRG, což ve výsledku může snížit náklady na léčbu. Díky NIS a propojení lékařské a ošetrovatelské dokumentace dokážeme předejít nejčastější diskrepanci, kterou představuje selhání lidského faktoru (neúplné předávání informací mezi personálem). Propojením těchto dokumentací také dochází k minimalizaci chyb při zadávání dat a především jsou získány průběžné informace, které jsou zpracovávány managementem kvality. Takto zpracovaná data mohou přispět k lepšímu hodnocení kvality péče, odstranění zjištěných nedostatků (např. ve vybavení pomůckami, prevenci) a tím napomoci zlepšení péče o dekubity a zvýšení kvality poskytované péče.

P26 Prevencia dekubitov na OAİM Detského kardiocentra

M. Hargašová, N. Sejčová, A. Vargová
OAİM, Detské kardiocentrum, NÚSCH a.s., Bratislava

Oddelenie anesteziológie a intenzívnej medicíny (OAİM) Detského kardiocentra poskytuje perioperačnú starostlivosť deťom s vrodenými vývinovými chybami srdca. Vznik dekubitov u detských pacientov po kardiochirurgickom výkone je podmienený predovšetkým poruchami perfúzie, dlhým operačným výkonom a nemožnosťou polohovať pre hemodynamickú instabilitu v pooperačnom období. Od augusta 2013 sme na základe odporúčaní Európskeho poradného panelu pre otázky dekubitov (EPUAP) zaviedli prevenciu dekubitov pomocou trojvrstvových penových krytí. V auguste 2014 sme prevenciu dekubitov rozšírili o päťvrstvové penové krytia v súlade s Odporúčaniami pre prevenciu a liečbu dekubitov vydaných EPUAP. Krytie sa lepí pacientom pri úvode do anestézy na operačnej sále a zakladá sa protokol prevencie dekubitov, ktorý slúži k následnému vyhodnoteniu účinnosti prevencie.

Naša práca vyhodnocuje výsledky prevencie dekubitov v rokoch 2013 a 2014. Zameriavame sa najmä na dekubity v sakrálnej oblasti, v záhlaví a na ušiach. Hodnotíme a porovnávame počet vzniknutých dekubitov, použité krytie a stupeň dekubitov.

P27 Diferenciálna diagnostika dekubitálnych a vlhkých lézií

A. Pokorná, N. Krajčíková
Katedra ošetrovatelství, Masarykova univerzita, Brno

Úvod

Tlakové léze (dekubity) a vlhké léze (nejčastejšie dermatitidy spojené s inkontinenciou – incontinence associated dermatitis – IAD) jsou nejběžnějším poruchami kůže pacientů u ležících pacientů.

Cíl

Posouzení znalostí a dovedností sester v diferenciální diagnostice a terapii tlakových a vlhkých lézí.

Metodika

Dotazníkový průzkum (modifikován dotazník využitý ve studii prof. Dimitri Beeckmana) v souboru 100 všeobecných sester z pracovišť s vysokým výskytem ležících a inkontinentních pacientů (interní, neurologické odd.).

Výsledky

100 % všeobecných sester zapojených v průzkumu má zkušenost s péčí o pacienta s dekubitem. Nemají však zkušenost s péčí o pacienty s inkontinentní dermatitidou (IAD) a/nebo si nejsou vědomy symptomů IAD. Zvyklosti sester v péči sester o kůži v perianální oblasti neodpovídají moderním trendům preference neirritujících prostředků, nevyužívání mýdla a all

in one hygienických metod. Subjektivní hodnocení znalostí sester a jejich objektivní hodnocení pomocí testu bylo konzistentní a odpovídalo klasifikačnímu stupni dobře.

Závěr

Znalosti sledovaného souboru sester o diferenciální diagnostice tlakových a vlhkých lézí, stejně jako v oblasti péče o perianální oblast jsou insuficientní. Příspěvek bude také z tohoto důvodu prezentovat využitelné nástroje k hodnocení symptomů IAD a jejich odlišení od tlakových lézí

Příspěvek vznikl na Masarykově univerzitě v rámci projektu „Prevence a diagnostika sororogenních ran jako nežádoucích událostí v ošetrovatelské praxi – implementace mezinárodních guidelines číslo MUNI/A/1144/2014“, podpořeného z prostředků účelové podpory na specifický vysokoškolský výzkum, kterou poskytl MŠMT v roce 2015.

P28 Mnohopočetné ventrální dekubity u pacienta v ebiere s ťažkou poruchou vedomia – kazuistika

M. Migrová, A. Jurkovič, J. Bartoš, M. Škrovina
Chirurgické oddělení, Nemocnice Nový Jičín a.s.

Úvod

Autori příspěvku prezentují kazuistiku 44-ročného chronického etyliku hospitalizovaného v Nemocnici Nový Jičín a.s. pre septický stav s multiorgánovým zlyhaním od 19.06.2014 do 04.08.2014. Pacient bol nájdený v mieste bydliska v bezvedomí, nekontaktný, ležiaci na podlahe bytu v polohe na bruchu. Pri prijíme bola objektivne zistená ťažká porucha vedomia a ako vedľajší nález mnohopočetné dekubity III.–IV. stupňa na tvári, hrudníku, pravom stehne a oboch kolenách.

Materiál a metóda

Retrospektívna analýza dokumentácie pacienta počas celej hospitalizácie a ambulantného sledovania so zameraním na lokálne ošetrovanie defektov, podávanú antibiotickú liečbu a bakteriologický monitoring.

Výsledky

Dĺžka hospitalizácie pacienta bola 47 dní, v úvode na JIP interného oddelenia s následným prekladom na štandardné chirurgické oddelenie a s opakovanými rehospitalizáciami za účelom výmeny V.A.C. systému. Stav pacienta vyžadoval komplexnú intenzívnu liečbu, nákladnú antibiotickú liečbu (cefotaxim, ciprofloxacin, metronidazol, amoxicilin, klindamycin, gentamicin, imipenem, vankomycin). Ošetrovanie defektov bolo v úvode liečby vzhľadom na rozsah a lokalizáciu realizované 4x v celkovej anestézii, V.A.C. systém bol aplikovaný celkom 13x – spočiatku na viaceré defekty, v závere na rozsiahly defekt v oblasti pravého femuru. V rámci mikrobiologického monitoringu bolo u pacienta vykultivované široké spektrum baktérií vrátane kmeňa MRSA. Vzhľadom na polybakteriálne

nálezy bola plastickým chirurgom kontraindikovaná auto-transplantácia so zaštepovaním defektov. Po 3-mesačnom pobyte v liečebni dlhodobo chorých bol pacient prepustený do miesta trvalého bydliska, má aj naďalej výrazne zníženú mobilitu bez schopnosti vertikalizácie, ktorá je následkom dlhodobej hospitalizácie, nutričného statusu, chronického etyizmu s komplikáciami a jeho malcompliance. V súčasnosti sú všetky defekty prakticky zahojené, výhľadovo je plánované riešenie defektu tvárovej časti plastickým chirurgom a intervencia ortopedom pre rozvoj flekčnej kontraktúry pravého kolena.

Záver

Autori zdôrazňujú vplyv multiodborovej spolupráce a úrovne spolupráce pacienta na priebeh a celkové výsledky liečby.

P29 Použití zdravotnického prostředku HemaGel pro zlepšení kvality hojení dekubitů

Klinické sledování pro Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s.

J. Beránková

Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

Klinické sledování účinku HemaGel od společnosti Apotex na hojení dekubitů II. až IV. stupně ve IV. čtvrtletí 2014, kde jsme porovnávaly výsledky sledování za II. čtvrtletí 2014 a IV. čtvrtletí 2014. Do studie byly zapojeny interní oddělení a oddělení následné a rehabilitační péče.

Pro daná oddělení byl vytvořen manuál, kdy a jak používat HemaGel u pacientů s dekubity.

Při hodnocení IV. čtvrtletí 2014 jsme ze sběru dat zjistili, že se nám podařilo vyhojit 32 dekubitů, což bylo maximum za celý kalendářní rok, kdy jsme měli průměrně zhojeno kolem 12 dekubitů.

Ze zdokumentovaných výsledků zhojených dekubitů je zřejmé, že používání přípravku HemaGel se osvědčilo k léčbě tohoto postižení a Nemocnice Jindřichův Hradec se zaměří na používání tohoto prostředku průřezem celou nemocnicí.

V hojení dekubitů jsme pokračovali i v následujícím roce, kdy jsme zavedli HemaGel do standardů a začal se používat po celé nemocnici, kde HemaGel používáme i na dekubity I. stupně. Na konci I. čtvrtletí 2015 jsme z výsledků hodnocení dekubitů zjistili, že jsme v celé nemocnici za toto období zhojili 94 dekubitů, což je více dekubitů než za celý kalendářní rok 2014, kde jsme zhojili v celé nemocnici 88 dekubitů.

P30 Endovaskulární revaskularizace jako součást komplexní terapie ischemických defektů

Kazuistika číslo 1 – Zásadně začínáme shora...

M. Kamarád

Oddělení intervenční radiologie, Nemocnice Podlesí a.s.

Kazuistika ženy, 52 let, RS – spastická triparéza s levostrannou prevalencí, s akcentací na dolních končetinách, progresivní forma, chronická ICHS, stav po stent PCI ACD, hyperlipidemie, stav po hluboké žilní trombóze v anamnéze, stav po amputaci palce levého chodidla v červnu 2012.

Pacientka původně s ICHDK st. IV oboustranně (vpravo defekt na zevním kotníku, vlevo defekt po amputaci palce), dle CTA tepen dolních končetin s nálezem kompletní okluze AIC vpravo, stenózy AIE vpravo a krátké okluze distální AFS vlevo.

Příklad sekvenční revaskularizace: v první době EV řešení změn na pánevních tepnách – zavedení BE stentgraftů do distální aorty a AIC oboustranně kissing technikou a stent PTA AIE vpravo (květen 2014), v druhé době EV řešení krátké okluze distální AFS vlevo technikou PTA (září 2014). Po provedených výkonech došlo ke kompletnímu zhojení ulcerací na dolních končetinách oboustranně.

Obecně: BE stentgrafty v řešení bifurkačních lézí aorty a iliackých tepen (Sabri et al.) – je prokázána lepší dvouletá průchodnost BE kissing stentgraftů v distální aortě a AIC oboustranně ve srovnání s kissing „bare metal“ stenty (92 % vs 62 %).

COBEST 2011 – statisticky lepší průchodnost u TASC II C a D lézí na aortoiliacím řečišti při použití stentgraftů oproti použití bare metal stentů v 12. a 18. měsíci. U TASC II B lézí není superiorita použití stentgraftů proti kovovým stentům.

P31 Endovaskulární revaskularizace jako součást komplexní terapie ischemických defektů. Kazuistika číslo 2 ... někdy ovšem musíme i zdola...

M. Wierzoń

Oddělení intervenční radiologie, Nemocnice Podlesí a.s.

V přednášce je na příkladu dvou kazuistik prezentována metoda tzv. retrográdního přístupu (na postižené končetině „zdola“). Během endovaskulárního revaskularizačního výkonu je vždy jako první zvolen přístup shora ze společné stehenní tepny (antegrádně nebo cross over). V případě, že tímto přístupem nelze dosáhnout požadovaného výsledku, lze alternativně použít přístup zdola. Přístupovou cestou může být v tomto případě tepna tibiální, fibulární, podkolenní, distální partie povrchové stehenní tepny, dokonce tepna nohy. Nízko-profilovým instrumentáři zavedeným touto cestou (vodič, podpůrný katétr, balónkový katétr) lze ve většině případu dosáhnout požadovaného technického úspěchu, za který je po-

važována u pacientů s CHKKI revaskularizace v přímé linii. V zatím asi jediné randomizované studii věnované tomuto přístupu – tibioapedální studii z roku 2013 realizované na 199 pacientech – bylo dosaženo technického úspěchu stran rekanalizace okluze u 86 % pacientů, úspěšnost punkce distální tepny se pohybovala na hodnotě 93,5 %. Četnost komplikací byla nízká – bolest v místě vpichu u 2,5 % pacientů, krvácení a infekce v místě vpichu 1 %, trombóza a nutnost chirurgické revize nebyly zaznamenány žádné.

P32 Endovaskulární revaskularizace jako součást komplexní terapie ischemických defektů

Kazuistika číslo 3...a někdy dláždíme a rozpouštíme...

S. Holesz

Oddělení intervenční radiologie, Nemocnice Podlesí a.s.

Na příkladu kazuistiky je prezentována jedna z méně častých metod endovaskulární léčby a to použití – implantace dlouhého stentgraftu do AFS (resp. proximální APO). V tomto případě jde o pacienta s progredující kritickou chronickou ICHDK a s neřešitelnou okluzí žilního bypassu, proto je provedena revaskularizace původního řečiště a implantace stentgraftu Viabahn, i poté však dochází k okluzi stentgraftu s nutností provedení následné lokální farmakologické trombolýzy...

Používání dlouhých stentgraftů v oblasti AFS jako metody revaskularizace (tzv. endovaskulární bypass) je metodou poměrně „mladou“ a i přesto, že neexistují ještě dlouhodobé výsledky či rozsáhlejší srovnávací studie s klasickým – chirurgickým syntetickým femoropopliteálním bypassesem, se zdá, že v některých případech může jít o metodu účinnou a doplňující komplexní léčbu o pacienty s ICHDK, zejména pak u pacientů s ischemií kritickou.

P33 Náš pohled na využití pedálních bypassů u kritické končetinové ischemie

P. Burša, D. Říha, J. Bulejčík

Komplexní kardiiovaskulární centrum, Nemocnice Podlesí a.s.

S prodlužující se délkou života stoupá počet pacientů s kritickou končetinovou ischemií. Velmi často se jedná o polymorbidní pacienty s diabetem, renálním a kardiálním onemocněním. Ischemie je často ve IV. stadiu dle Fontaina s kožními defekty, případně s infekční složkou. Často jde o pacienty se syndromem diabetické nohy. Pacienti jsou bezprostředně ohroženi vysokou amputací, která má nemalou mortalitu a navíc zůstávají nemocní imobilní, odkázaní na pomoc ostatních.

Metoda revaskularizace dolní končetiny formou pedálního bypassu vychází z předpokladu průchodných pedálních tepen, kdy právě u diabetiků je predilekčně postiženo aterosklerózou bérkové řečiště, pedální tepny zůstávají aterosklerózou relativně nepostiženy. Pedální bypassy mají obecně dobrou dlouhodo-

bou průchodnost s nízkou perioperační morbiditou a mortalitou se současným vysokým procentem záchrany končetiny. Na druhou stranu, alternativou s menší periprocedurální zátěží je endovaskulární řešení kritické ischemie.

Prezentace přináší naše výsledky a pohled na indikace k pedálním bypassům.

P34 Nové trendy v léčbě ischemie u syndromu diabetické nohy

A. Jirkovská, M. Dubský, R. Bém

Centrum diabetologie, IKEM, Praha

Mezi nové trendy v léčbě ischemie u syndromu diabetické nohy patří v současné době buněčná léčba, která je předmětem aktuálních diskusí nejen v odborném tisku. Na jedné straně se objevují názory hodnotící tuto léčbu jako zásadní a nezbytnou pro snížení počtu amputací, na druhé straně jsou názory pochybné v současnosti o dostatečných důkazech pro její praktickou aplikaci ve větším rozsahu. Oba názory mohou dodávat relevantní argumenty pro svoje tvrzení.

V rámci přípravy registračního listu pro Sazebník výkonů zdravotní pojišťovny jsme se pokusili sjednotit současné názory na buněčnou léčbu u nehojícího se syndromu diabetické nohy s objektivně prokázanou kritickou končetinovou ischemií a neúspěchem nebo nemožností standardní léčby angioplastikou, případně bypassesem. Podstatou našeho návrhu je stanovení vhodných indikací, kontraindikací a podmínek realizace této léčby. Za nezbytné považujeme, ve shodě s mezinárodní skupinou pro syndrom diabetické nohy, provádění této léčby v rámci komplexní péče o pacienty se syndromem diabetické nohy na pracovišti s podiatrií 3. stupně podle Národního diabetologického programu (blíže na www.diab.cz), tj. na pracovišti se zkušenou podiatrickou ambulancí zabývající se také výzkumem a výukou. Nezbytné je postupovat u takto léčených pacientů podle protokolu definujícího vyšetření před výkonem a následné sledování po výkonu. Součástí návrhu je také zajištění dobré kvality produktu, a to pracovníky tkáňového zařízení schváleného SUKL s povolením pro propouštění příslušného produktu určeného k léčbě chronické končetinové ischemie.

Kvalita produktu, v našem případě dostatečné množství suspenze viabilních sterilních mononukleárních buněk kostní dřeně s obsahem tzv. kmenových buněk – endoteliálních prekursorů charakterizovaných především povrchovým CD 34 znakem, hraje klíčovou roli. Kvality produktu se liší v jednotlivých studiích, které tak mohou dospívat k rozporuplným výsledkům. Příkladem mohou být výsledky velké randomizované placebem kontrolované studie PROVASA publikované v roce 2011 v časopise *Circulation Cardiovascular Interventions* v porovnání s výsledky v roce 2015 publikované studie JUVENTAS v časopise *Circulation*, která byla rovněž dvojité zaslepená a randomizovaná. Obě studie používaly intraarteriální aplikaci BMMNC, první studie sice zahrnovala podstatně méně pacientů (40) ve srovnání s druhou studií (160 osob), avšak byla multicentrická a lépe strukturovaná. Přesto ani v jedné ze studií nebylo dosaženo signifikantního snížení amputací, protože ani

jedna z těchto studií nebyla kalkulována na tento parametr z hlediska potřebného počtu sledovaných pacientů. Druhá studie sice měla v návrhu schématu kalkulované amputace, avšak počítala s výskytem amputací u kontrol v 50 %, zatímco skutečný výskyt byl pouze ve 13 %, takže její síla vzhledem k tomuto parametru byla velmi slabá. Rovněž sekundární parametr – Doppler index, nevyšel signifikantně – v obou studiích byl vysoký výskyt nehodnotitelných výsledků tohoto vyšetření (až 35 %). Transkutánní kyslík se v první studii po buněčné léčbě ve srovnání s placebem signifikantně zvýšil, avšak nebyl stanoven jako primární end point a ne všichni pacienti ho měli vyšetřen a vstupní hodnoty byly u pacientů nad hranicí kritické ischemie. Tento nedostatek měla i druhá studie, kde vstupní hodnoty transkutánní tenze kyslíku byly v průměru vysoké (35 ± 22 mmHg) a kapacita buněčné léčby pro zlepšení ischemie byla poměrně malá. V neposlední řadě mohlo u obou studií ovlivnit výsledky poměrně malé množství odebrané kostní dřevě (v první studii pouze 50 ml, ve druhé 100 ml, navíc 2/3 z toho byly zmrazeny a aplikovány později) ve srovnání s metodikou Harvest, při níž se odebírá 300–350 ml kostní dřevě a aplikuje se bezprostředně po separaci bez zmrazování větší intramuskulárně do svalů lýtky. Sporný je také efekt buněčné léčby v případě proximálního postižení tepen nad kolenem – v první studii byly femoropopliteální okluze ve 33 % a ve druhé byly stenózy v oblasti aortopopliteální v 60 %. K diskusi z hlediska efektivity buněčné léčby tedy zůstává intraarteriální podávání malých množství BMMNC, zvláště při opakovaném podání po zamrazení a za přítomnosti okluzí či stenóz nad in-frapopliteální oblastí.

Naše indikace se řídí dlouholetými zkušenostmi u syndromu diabetické nohy, kdy dosahujeme signifikantního zvýšení transkutánní tenze kyslíku i při dlouhodobém sledování po více než roce až u 87 % pacientů i signifikantního snížení amputací ve srovnání s kontrolní skupinou pacientů obdobně definovaných ale léčených konzervativně. Naše výsledky buněčné léčby byly srovnatelné s léčbou opakovaným PTA. Buněčnou léčbu kritické končetinové ischemie u syndromu diabetické nohy považujeme na základě našich zkušeností i publikovaných metaanalýz za přínosnou, avšak pouze v případě dodržení příslušného protokolu. Cesty podání, kvalita produktu i vhodné indikace zůstávají předmětem dalšího sledování.

P35 Chemická lumbální sympatektomie

J. Kuczera

Oddělení intervenční radiologie, Nemocnice Podlesí a.s.,
Třinec

Cíl

Cílem sdělení je prezentace našich zkušeností s chemickou lumbální sympatektomií (CHSE) prováděnou pod CT kontrolou. Cílem CHSE je vyloučit vasokonstriční vliv sympatiku a zlepšit tak prokrvení periferie dolních končetin u pacientů s arteriální ischemickou chorobou tepen dolních končetin.

CHSE se indikuje se u poruch průchodnosti tepen dolních končetin, kdy endovaskulární výkon (PTA) nebyl úspěšný nebo

jej nelze provést a chirurgická revaskularizace je rovněž neproveditelná. Řadu nemocných tvoří pacienti s kritickou končetinovou ischemií před plánovanou amputací, po provedení CHSE se lépe demarkuje postižená ischemická oblast a následná amputace může být méně radikální.

CHSE provádí tým na CT pracovišti. Rozvoj CT přístrojů nám dovoluje cílenou aplikaci neurolytické směsi (skládající se z 5 ml 0,5% Marcainu, 7 ml 96% etanolu, 1 ml kontrastní látky) do oblasti L2–L4 pomocí 22 G CHiba jehly. Během výkonu se provádí kontrolní skeny k určení a zhodnocení správné pozice jehly, správného úhlu a distribuce směsi. Komplikace této metody jsou vzácné. Patří mezi ně přechodná hypotenze a ojediněle poruchy vyprazdňování močového měchýře.

Závěr

CHSE je jednoduchá, rychlá a pacientem dobře snášena intervenční metoda, která není zatížena zvýšenou mortalitou. Napomáhá k lepšímu prokrvení periferie a lepšímu hojení ischemických kožních defektů u pacientů, kde jsou již jiné možnosti revaskularizace vyčerpány.

P36 Home-care wound care – a EWMA document

S. Probst¹, S. Seppänen², V. Gerber³, R. Rimdeika⁴,
A. Hopkins⁵, G. Gethin⁶

¹EWMA, Zurich University of Applied Sciences ZHAW,
Department of Health, Switzerland

²EWMA, Mikkeli University of Applied Sciences,
Department of Health Care, Mikkeli, Finland

³ICW, Spelle, Germany

⁴EWMA, Kaunas University Hospital, Department of Plastic
and Reconstructive Surgery, Kaunas, Lithuania

⁵TVS, Accelerate CIC, Mile End Hospital, London, UK

⁶EWMA, School of Nursing & Midwifery, Nui Galway,
Ireland

Introduction

The aim of this presentation is to give an overview of how wound care is carried out within home care setting as well as to demonstrate what recommendations should be taken into the consideration while developing or evaluating wound care in home care settings.

Taking care of patients with a chronic wound in the home care setting is challenging as Europe has gone through a dramatic shift in the location of service delivery from hospital towards home care settings. As a consequence, more wound-patients with complex pathological comorbidities are being treated at home. Therefore health care professionals have to acquire skills and knowledge how to manage wounds in the home care setting as there is substantial need for chronic wound and treatment in home care setting.

Methods

Based on literature reviews in combination with expert opinions from across sectors and areas of expertise a document

was elaborated to give an overview of the main current approaches to the organisation of wound care within home-care settings, to identify possible barriers, challenges and opportunities for providing modern, cost-efficient, interdisciplinary wound care. The document has been developed in an intersectoral collaboration across European countries and organisations between the Tissue Viability Society (UK), Initiative Chronische Wunden (Germany), HomeCare Europe and EWMA. Thus, the focus is interdisciplinary and not tied to a specific health care system.

Results

To be able to manage and educate these patients, a set of minimum education level and competences as well as wound management techniques and the use of advanced wound care products should be available.

A list of recommended products, devices and materials will be presented.

Discussion

Describing recommendations and raising a debate of how to manage non-healing wounds at home is of crucial importance for healthcare professionals – providers, companies and policy makers as there is a tendency in home care of going towards employment of non-registered nurses.

The document underlines the importance, scope, and level of the appropriate skills and gives recommendations for the interdisciplinary set-up required for wound care in the home-care setting.

Clinical relevance

This document should raise awareness of how to manage wounds at home to health care professionals, providers, patients, informal carers, industry and policy makers.

Acknowledgements

G. Bon, HomeCare Europe; Z. Kis Dadara, EPUAP

Conflict of Interest

The document is supported by an unrestricted grant from BSN Medical, Convatec, Ferris/Polymem, Flen Pharma, KCI, Lohmann & Rauscher, Nutricia and Welcare.

References

- Dealey, C., Chambers, T., Beldon, P. et al.; Members of TVS Pressure Ulcer Working Group. Achieving consensus in pressure ulcer reporting. *J Tissue Viability* 21, 3: 72–83, 2012.
- Genet, N., Boerma, W. G., Kringos, D. S. et al. Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res* 11: 207, 2011.
- Guy, H., Downie, F., McIntyre, L., Peters, J. Pressure ulcer prevention: making a difference across a health authority? *Br J Nursing* 22, 12: S4, S6, S8, 2013.
- NIHCE. Pressure Ulcers – prevention and Treatment. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005.
- Paquay, L., Wouters, R., Defloor, T. et al. Adherence to pressure ulcer prevention guidelines in home care: a survey of current practice. *J Clin Nurs* 17, 5: 627–636, 2008.
- Posnett, J., Gottrup, F., Lundgren, H., Saal, G. The resource impact of wounds on health-care providers in Europe. *J Wound Care* 18, 4: 154–161, 2009.

P38 Hojení ran z jiného pohledu

H. Pekárková, A. Turková

Pracoviště ošetrovatelské péče s.r.o., Hradec Králové

Dle posledních dostupných statistických dat v České republice v roce 2013 působilo 496 agentur. Velká část agentur poskytuje pouze zdravotní – ošetrovatelskou péči a menší část kombinaci sociální a zdravotní péče.

Zrušením regulačních poplatků při hospitalizaci dochází opět ke zneužívání akutních i chronických lůžek k sociálním hospitalizacím. Tito klienti by spíše měli být směřováni do terénní péče nebo do sociálních zařízení.

Vzhledem k tomu, že dochází k prodlužování věku k odchodu do důchodu, dochází ke značnému omezení péče rodinou o nemocného (členové rodiny zůstávají déle v produktivním věku). Pečující osoba sama již mnohdy potřebuje sama péči. Zvyšují se nároky na sociální i zdravotní péči, i když rodinný příslušník některé drobné výkony může zajistit, chybí mu vzdělání pro vyhodnocení případné komplikace. Snaha o vzdělání sester je velká, ale často bez odezvy, jelikož jim chybí kompetence. V poslední době je velká roztříštěnost mezi zdravotníky, laiky a odborníky v nastavení vzdělávání – střední, vyšší a vysoká škola a co bude výhodnější. Terénu chybí výkony a kompetence, které by zajistily dostatečnou, kvalitní péči všem klientům, chybí zde jasné vymezení poskytování péče mezi zdravotní a sociální sférou, kdy není jasné vymezeno, kde končí péče sociální a začíná péče zdravotní, kdo kterou bude hradit. Chybí zde vícezdrojové financování. Na změny kompetencí sester v péči o pacienta budou „chytlavé“ nejvíce zdravotní pojišťovny, jelikož budou brát péči o pacienta rodinou jakou úspornou, budou se snažit snižovat náklady na zdravotní péči. V poslední době se velice často setkáváme s tvrzením, ale i se skutečností, že některé výkony definované legislativou jako sesterské, mají provádět rodinní příslušníci (např. aplikace Fraxiparine, bandáže a některé převazy).

Dokumentace se v ČR řídí vyhláškou, která je pouze obecného hlediska a každé zdravotnické zařízení si ji upravuje dle svých potřeb a možností. Ještě stále se ve výjimečných případech setkáváme s agenturami, které nevede žádnou dokumentaci.

Hojení ran obecně v ČR patří do kompetencí lékařů a to jen s vyjmenovanou odborností. Praktickým lékařům bylo velice omezeno hojení ran a předepisovat vlhké krytí mohou pouze po delegaci odborníkem. Tato situace velice zkomplikovala hojení ran u velké části klientů v terénu. Ještě stále chybí privátní ambulantní sféře dostatek odborníků pro hojení ran. Je také mnoho oblastí, kde je klientům doporučováno zakoupení produktů vlhkého hojení.

Terénní sestry by chtěly navýšení kompetencí, ale je jich málo, a proto jsou „válcovány“ nemocničními sestrami, které se navýšení kompetencí bojí a odmítají je.

Domácí péče nemá stále aktuální koncepci, není řádně ukotvena v legislativě a ve zdravotním systému je až na posledním místě, což se odvíjí i v poskytovaných výkonech a jejich finančním ohodnocení.

Hypro-Flex®

Snadnější a rychlejší hojení ran a defektů



Vstřebatelný obvaz na bázi čistého atelokolagenu s komplexně vázanou kyselinou hyaluronovou.

Urychluje hojení ran a snižuje počet převazů.

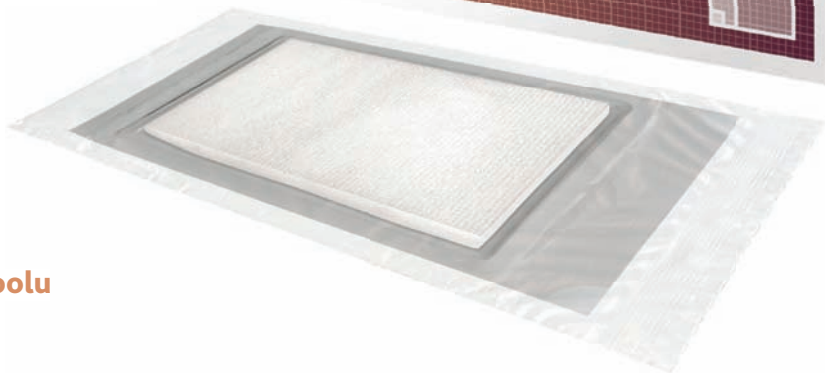
Široký sortiment rozměrových variant obvazů.

Lze jej použít samostatně nebo spolu s jinými léčivými přípravky.

Implantovatelný a biologicky vstřebatelný.

Účinně zastavuje kapilární krvácení.

Hypro-Flex žádejte ve Vaší lékárně.



Distributor: PHOENIX Lékařenský velkoobchod, a.s.

Fibichova 143/2, 566 17 Vysoké Mýto
tel.: 465 731 411, <http://www.phoenix.cz>

Výrobce: Hypro s.r.o., č.p. 137, 763 61 Komárov
tel.: 577 159 727, e-mail: hypro@hypro.cz

www.hypro.cz

P40 Nevidím, neslyším, nemluvím...

I. Míčková

Odborný léčebný ústav Paseka – pracoviště
Moravský Beroun

Podle názvu této přednášky by se dalo usuzovat, že se týká slepoty, hluchoty a němoty. Není tomu tak, i když v určitém smyslu mají tyto problémy s mojí kazuistikou leccos společného.

Hojení ran se neobejde bez multidisciplinárního přístupu, ke kterému patří mj. také komunikace a spolupráce. V případě pacientky, které se kazuistika týká, tento přístup chyběl. Při jejím přijetí jsme měli k dispozici jen velmi „chudou“ dokumentaci, proto jsme se především opírali o její sdělení, které je v prezentaci citováno.

Kazuistiku jsem si vybrala z několika důvodů:

- 1) Chtěla bych prezentovat způsob lokálního ošetření defektu se všemi negativními faktory, které léčbu ovlivňovaly.
- 2) Dále bych ráda zdůraznila význam multidisciplinárního přístupu nejen v kompenzaci celkového zdravotního stavu a lokální léčbě, ale i v rovině psychosociální.
- 3) V kazuistice také zaznamenávám v citacích názory pacientky a její hodnocení přístupu na různých pracovištích. Z jejího pozitivního hodnocení naší práce také vyplývá, jak správný přístup dokáže ovlivnit pohled pacienta na svá onemocnění a ovlivnit kvalitu života.
- 4) V době, kdy se stále o pracovištích následné péče ještě nemluví vždy v superlativěch a někteří pacienti stále zastávají názor, že na „eldeenky“ se chodí umírat nebo je to už poslední šance, bych ráda dokázala, že i my v následné péči umíme pracovat stejně odborně a profesionálně jako kolegové z akutních pracovišť.

Závěrem mohu konstatovat, že jsme měli možnost pacientce nejen vyléčit chronickou ránu, ale také jí pomoci vrátit se do normálního života a změnit pohled na život poté, co nám pacientka sdělila, že pomýšlela na sebevraždu. A to není rozhodně málo. Spokojenost pacientů je pro nás bezesporu zaslouženou odměnou v našem nelehkém povolání. Znovu jsme si potvrdili, jak je multidisciplinarita důležitá a tak mi nezbyvá než říct: **naslouchejme pacientům, komunikujme s nimi a nezavírejme oči nad jejich problémy.**

P41 Komplexní a multioborové řešení rozsáhlých defektů po hlubokém popálení s obnaženým skeletem

H. Šuca, V. Džupa, M. Skála, R. Kubok, M. Tokarik, I. Pačuga
Klinika popálenin, FN Královské Vinohrady, Praha

Hojení hlubokých defektů po popálení s obnaženým šlachovým a svalovým aparátem či kostním skeletem, přináší u každého pacienta nutnost velice individualizovaného přístupu, jako ale každá fáze léčení těžce popálených pacientů.

V posledních letech ke klasickému schématu chirurgického řešení komplikovaných defektů a rekonstrukcí (přímá sutura – kožní štěp – místní posun/lalok – vzdálený lalok – volný lalok), přibýly další alternativy (různé dermální náhrady, V.A.C – podtlaková terapie, bunková terapie...).

Autoři prezentují kazuistiku pacienta s devastujícím poraněním měkkých tkání a skeletu obou bérů po hlubokém popálení a jeho komplexní a multioborové léčení, včetně komplikací, během hospitalizace na klinice popálenin FN Královské Vinohrady Praha.

P42 Krytí úrazového defektu ruky lalokem

R. Kubok, J. Kletenský, V. Štolbová, R. Zajíček

Klinika popáleninové medicíny a Klinika plastické chirurgie, FN Královské Vinohrady, Praha

Předmětem našeho sdělení je kazuistika průběhu léčby těžkého úrazu ruky. K poranění došlo u 50leté pacientky tlakem a teplem, a to při manipulaci s mandlem. Krytí defektu na ruce bylo zajištěno přímým dvířkovým břišním lalokem, po němž následovala korekční operace – separace laloku na jednotlivé prsty, výsledkem byl velmi uspokojivý efekt, ke kterému přispěla i rehabilitace (viz připravená videoukázka).

Nicméně vzhledem k okolnostem vzniku úrazu (pracovní úraz) pacientka inklinuje spíše k žádosti o invalidní důchod.

Pro kongres je z našeho pracoviště připravena ještě další kazuistika, která pojednává o průběhu léčby obdobného úrazu. Jednalo se o devastační poranění ruky z lisu na gumová těsnění u 18leté pacientky a následné krytí defektu tříselným axiálním lalokem na *arteria circumflexa ilium superficialis*. V kazuistice jsou prezentovány výhody a rozdíly v těchto lalocích.

P43 Možnosti chirurgické léčby u pacientů s bérčovými vředy žilní etiologie

B. Fabián, J. Stryja, D. Říha, P. Burša
Komplexní kardiovaskulární centrum,
Nemocnice Podlesí a.s.

Chronické žilní onemocnění dolních končetin se projevuje řadou příznaků od kosmeticky rušivých až po varixy a žilní bérčový vřed. Všechny tyto projevy jsou spojeny společným projevem, žilní hypertenzí.

Ulcus cruris venosum je nejzávažnější projev poruchy funkce žilního systému.

Třetinu tvoří vředy při primárních varixech a dvě třetiny vznikají v důsledku posttrombotického syndromu.

Lepší pochopení patofyziologie bérčového vředu a zpřesnění diagnostiky onemocnění venózního systému vedlo k rozvoji nových léčebných postupů a to jak konzervativních, tak i chirurgických.

Při správné léčbě se žilní ulcerace zhojí v 66–90 % v období prvních tří měsíců.

Během prvního roku lze však očekávat recidivu ve 30–57 %. Chirurgická léčba může být směřována k modifikaci příčiny žilní hypertenze nebo k léčbě vředu samotného.

Autoři představují aktuální trendy chirurgické léčby venózního systému dolních končetin: endostripping *vena saphena magna*, radiofrekvenční ablace, laserové operace, chemická a mechanická ablace hlavních žilních kmenů, endoskopická ligace perforátorů.

P44 Lokální terapie chronických bérceových vředů

V. Slonková

I. dermatovenerologická klinika, LF MU a FN u sv. Anny v Brně

Lokální léčba chronických bérceových vředů vychází z obecného principu **hojení ran ve vlhkém prostředí**.

Na začátku léčby bérceových vředů je většinou nutné provést tzv. **débridement**, což je odstranění cizího materiálu a nekrotických a kontaminovaných tkání. Podle nových mezinárodních doporučení se jedná o ošetření nejen spodiny rány, ale i okrajů a okolí rány. Existuje řada metod débridementu – autolytický, enzymatický, chirurgický, mechanický, larvální terapie, podtlaková terapie a další.

Dalším krokem úspěšné léčby je **potlačení infekce a zánětu v ráně**. K tomu se využívají krytí s obsahem antiseptik. K lokální aplikaci se při hojení ran používá především *stříbro*, *jod*, *chlorhexidin*, *med* a *polihexanid*.

Během léčby je vždy nutné **udržení vlhkého prostředí v ráně a management exsudátu**. Vlhké prostředí vytváří vhodné podmínky pro hojení rány, zajišťuje účinnou metabolickou aktivitu buněk, jejich vzájemnou interakci a vytváří podmínky pro uplatnění růstových faktorů. V současné době je k dispozici velká škála krytí umožňujících hojení ran ve vlhkém prostředí. Jedná se o hydrokoloidy, polyuretanové pěny, transparentní filmy, hydrogely, dále absorpční krytí – algináty, hydrovlákna, dále krytí s aktivním uhlím, krytí obsahující antiseptika, mokrá krytí aj. Bylo prokázáno, že vlhká terapie má řadu výhod – snižuje počet převazů, je méně bolestivá pro pacienta, takže vede k menší spotřebě analgetik, dochází také jednoznačně k rychlejšímu hojení ran. Důsledkem je zlepšení kvality života pacientů a snížení celkových nákladů na léčbu. Míra sekrece z rány je proto jedním z nejdůležitějších kritérií pro *výběr vhodného krytí*. Na rány suché se aplikují hydrogely, které dodají do rány vlhkost, naopak na rány silně secernující se používají v algináty, hydrovlákna, polyuretanové pěny či krytí s aktivním uhlím, které exsudát absorbují.

Asi u 20 % všech ulcerací nedochází k hojení ani při adekvátní léčbě. Jedná se o tzv. **hard-to-heal ulcers** (obtěžně zhojitelné vředy). Čím déle ulcerace trvá a čím je větší, tím horší je prognóza stran rychlého zhojení. Špatnou prognózu mají ulcerace větší než 10 cm² a trvající déle než 6 měsíců. Pro tyto ulcerace jsou indikována **bioaktivní krytí**. Patří mezi ně zejména

ména inhibitory matrix metalloproteináz, kolagenová krytí, krytí s kyselinou hyaluronovou, růstové faktory a kožní náhrady.

P45 Diferenciální diagnostika nehojících se ulcerací na noze

A. Geršlová¹, A. Pokorná², L. Veverková³

¹Chirurgie, Nemocnice Břeclav

²Lékařská fakulta, Masarykova univerzita

³I. chirurgická klinika, FN u sv. Anny

Nehojící se ulcerace na distální části dolní končetiny, jsou specifickou skupinou komplikovaně se hojících ran, se kterými se setkává chirurg v praxi téměř denně. V rámci diferenciální diagnostiky mají různorodou etiologii, což je potřeba mít na mysli v rámci správné diagnostiky a terapie. Opomenutí některých faktorů pak může vést k neadekvátní terapii a prodloužení léčby, zvýšenému užívání antibiotik a zvýšení mikrobiální rezistence. V neposlední řadě vede nevhodně zvolená terapie k ovlivnění kvality života a zvyšování finančních nákladů za léčbu. I přesto, že se problematika hojení jeví na první pohled banální, vzhledem k narůstajícímu množství kvalitních převazových materiálů je potřeba zdůraznit pochopení patofyziologických a etiologických faktorů, které hojení rány ovlivňují. Díky správné diagnostické rozvaze je možné eliminovat komplikace ran, často i život ohrožující, které většinou vznikají na podkladě drobného poranění.

Cílem příspěvku je poukázat na komplexní přístup v diagnostice ulcerací na distální části dolní končetiny a samozřejmě snaha o rychlejší návrat pacienta do společnosti se zachovanou funkční dolní končetinou. Prezentován bude také přehledný algoritmus pro diferenciální diagnostiku.

P46 Léčba rezistentního žilního bérceového vředu

P. Vávrová, T. Vondráček

Ambulance chronických ran,

Chrudimská nemocnice

Bérceové vředy jsou chronické rány na dolních končetinách. Příčinou jejich vzniku je obvykle progresse žilní nedostatečnosti, ale tvoří se také jako komplikace diabetu, tepenné nedostatečnosti, erysipelu, úrazu nebo operace.

Samozřejmým způsobem jejich léčby a ošetřování jsou metody „vlhkého hojení“. Efektivita těchto metod je dána volbou účinného krytí nebo kombinace účinných krytí. Osvědčenou kombinací materiálů z naší praxe dokumentuje kazuistika pacienta s touto diagnózou.

www.geum.org

W1 Nové možnosti managementu hustého exsudátu

J. Stryja

Komplexní kardiovaskulární centrum,
Nemocnice Třinec-Podlesí, a.s.

Přítomnost hustého, viskózního exsudátu představuje při ošetřování chronických ran pro personál vždy otázku, jak zvolit co nejefektivnější a zároveň pro pacienta pokud možno co nejšetrnější postup. Vyčistit takovou ránu bývá někdy zdlouhavé, nehledě na riziko vzniku infekce, protože tento hustý exsudát je bohatou živnou půdou pro bakterie. Cílem je tedy co nejrychleji se zbavit těchto hustých povlaků a přitom být maximálně šetrný ke spodině rány. Až dosud nebyla pěnová krytí schopna efektivně zvládnout i tento velmi hustý, viskózní exsudát a tím se velmi snižoval komfort a pohodlí mnoha pacientů. Nyní však máme na trhu nový výrobek – Mepilex XT – který díky unikátní konstrukci kontaktní vrstvy Safetac a pěny dokáže zajistit rychlý transport i vysoce viskózního exsudátu pryč z rány. Ten je dobře absorbován do pěny a rána je tak velmi rychle vyčištěna bez nebezpečí podtečení krytí a následné macerace.

Mepilex XT představuje v péči o chronické rány další krok vpřed, protože zde máme produkt, který lze použít téměř po celou dobu hojení, od čistící fáze až po fázi epitelizační. Hojení

i takto komplikovaných ran je proto nyní mnohem jednodušší nejen pro ošetřující personál, ale také pro pacienty, kteří s Mepilexem XT zvládnou pohodlně převazy i doma.

W2 Využití Exufiberu v praxi

M. Křístková

Karvinská hornická nemocnice

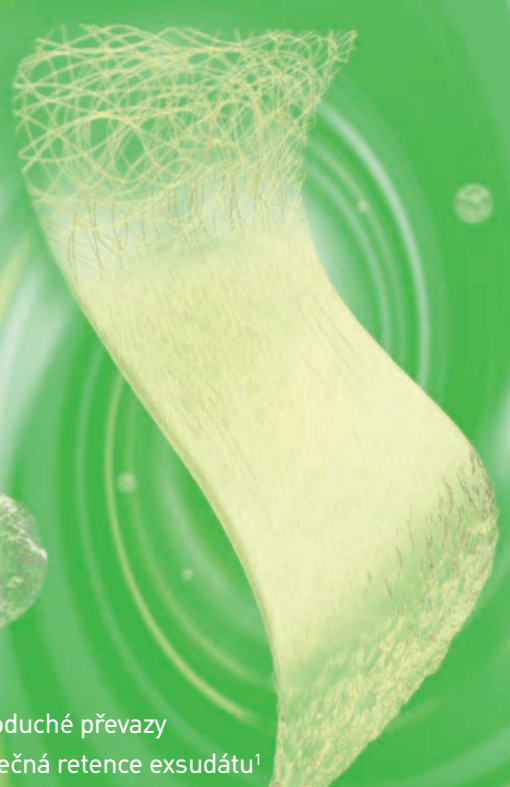
Péče o secernující rány je pro zdravotnický personál i pro pacienty samotné vždy náročná. Časté jsou případy podtečení krytí a následné macerace, které jsou v mnoha případech důsledkem nesprávně zvoleného krytí, ale také nedostatečné absorpční a retenční kapacity krytí. U hlubokých ran, jako jsou dekubity či rány u diabetických nohou, se ošetřující personál zase musí vypořádat s problémem zbytků krytí, které v těchto ranách většinou zůstávají. Celková doba převazu se tak prodlužuje a rána je zbytečně iritována dalšími zásahy a čištěním. Těmto problémům můžeme předejít používáním nového hydrovláknitého krytí – Exufiberu.

Exufiber je unikátní krytí z polyvinylalkoholových vláken s patentovanou technologií Hydrolock, které má o 22 % vyšší retenční kapacitu než dosud nejpožívanější hydrofiber. Minimalizuje tak riziko úniku exsudátu a macerace. Díky ojedinělé pevnosti vláken nezanechává žádné zbytky v ráně, což přináší

NOVÝ

Exufiber®

budoucnost hydrovlákna



- ✓ Jednoduché převazy
- ✓ Jedinečná retence exsudátu¹

- Vynikající pevnost vláken umožňuje odstranění v jednom kuse. Nezanechává zbytky v ráně a převazy jsou tak jednodušší.
- Jedinečná schopnost retence tekutin a bakterií snižuje riziko prosáknutí a macerace.
- Zvláště vhodný pro ošetření hlubokých ran a kavit u syndromu diabetické nohy.



Exufiber®

MÖLNLYCKE HEALTH CARE

Reference: 1. Data-on-file report 20140806-001 Mölnlycke Health Care.

Mölnlycke Health Care s.r.o., Hájkova 2747/22, Praha 3, 130 00, Tel.: 221 890 517 Fax: 224 817 582 www.molnlycke.cz
Názvy Mölnlycke Health Care a Exufiber® a příslušná loga jsou registrovány celosvětově jako chráněné názvy a loga jedné nebo více společností skupiny Mölnlycke Health Care. © 2015 Mölnlycke Health Care AB. Všechna práva vyhrazena.

zkrácení doby převazů, snížení bolesti, stresu a nepohodlí pacientů. Pro lékaře a sestry tak představuje menší pracovní zátěž a menší náklady na hojení.

W3 Využití Altrazealu v praxi

A. Geršlová
Chirurgie, Nemocnice Břeclav

Odlišnou metodou hojení ran od běžných prostředků vlhké terapie představuje Altrazeal neboli prášek měnící se v obvaz. Jedná se o trojrozměrný obvaz, který navíc drží strukturu. Lyofilizovaný prášek v kontaktu s exsudátem hydratuje a nenávratně agreguje, vzniká přitom nanoporézní, kůži podobná bariéra. Materiál se skládá z polymerních částic, jež mají schopnost podporovat buněčné funkce. Polymerní částice kulovitěho tvaru vytvářejí strukturu podobnou včelímu plástu. Brání průniku bakterií do rány, avšak umožňují odvod vodních par a přístup kyslíku k ráně. Materiál není vstřebatelný a udržuje nejtěsnější možný kontakt se spodinou rány, kde vytváří mírný podtlak. Svým složením tak vytváří optimální podmínky podporující hojení.

Využívá se především v léčbě komplikovaných nehojících se ran, jako jsou syndrom diabetické nohy, dekubity, bércevé vředy, ale i komplikované chirurgické rány.

Cílem příspěvku je přiblížit možnosti využití Altrazealu v praxi u etiologicky odlišných typů ran. V rámci příspěvku budou prezentovány kazuistiky pacientů s nehojící se ranou, léčených Altrazealem.

W4 Využití Altrazealu v praxi, naše zkušenosti

J. Krpatová
Klinika nemocí kožních a pohlavních, FN Hradec Králové

Altrazeal je zcela nový inovativní prášek měnící se v obvaz. Lyofilizovaný prášek v kontaktu s exsudátem hydratuje a nenávratně agreguje. Vzniká přitom nanoporézní, kůži podobná bariéra. Polymerní částice kulovitěho tvaru vytvářejí strukturu podobnou včelímu plástu. Altrazeal, obvaz tvořící se z prášku přímo v ráně, je sterilní obvaz vhodný k hojení a krytí exsudujících ran. Lze ho použít na chronické rány pomalu se hojící, na chirurgické rány (po operacích nebo dermatologických excizích) a na exsudující povrchové akutní rány. Výhody tohoto preparátu vnímám především v redukci potřeby výměny obvazu, pacienti cítí úlevu od bolesti, obvaz přesně kopíruje spodinu rány a velice dobrá je manipulace s obvazem.

Ve svém sdělení bych Vás ráda seznámila s několika kazuistikami z našeho pracoviště a podělila bych se s Vámi o naše zkušenosti s tímto trojrozměrným obvazem.



Od 1. 6. 2014
v Úhradovém systému VZP-ZP
kód 5x 0170042

Měníme svět hojení ran!
Trojrozměrný obvaz, který vyhoví!



Altrazeal® vyhovuje:

- ✓ Rány
- ✓ Pacientům
- ✓ Odborníkům



Distribuce v České republice:

EXPharma EXPHARMA s. r. o., Dlouhá 36, 110 00 Praha 1, info@altrazeal.cz, www.altrazeal.cz

W5 Stagnující diabetický defekt – kazuistika

K. Havlíčková

Chirurgická klinika, Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha

Klinika plastické chirurgie, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

Kazuistika pacienta, který byl v péči ambulance chronických ran Chirurgické kliniky ÚVN se stagnujícím diabetickým defektem na pravé noze. Byl léčen kromě jiného také Altrazealem, který značnou měrou přispěl k nastartování hojení. Stručné sdělení bude doplněno o fotodokumentaci.

Pacient narozený v roce 1943, diabetik 2. typu na kombinované terapii, obézní, hypertonik. V roce 2010 u tohoto pacienta došlo k rozvoji diabetické gangrény prstů pravé nohy s nasedající flegmonou, i přes medikamentózní terapii bylo nezbytné snést všechny prsty pravé nohy. Po залечení zánětu byl pacient propuštěn do ambulantní léčby a defekt byl ponechán k sekundárnímu hojení. V ambulantní léčbě byly užívány různé prostředky vlhkého hojení ran, ale nikdy nedošlo k výraznému zlepšení lokálního nálezu ani k uzávěru defektu, spíše docházelo k postupnému zvětšování, anamnesticky byl defekt v největším rozměru dlouhý až 17 cm.

V říjnu 2013 byl pacient opět hospitalizován na standardním oddělení Chirurgické kliniky ÚVN pro flegmonu nohy nasedající na defekt. Zánět byl léčen intravenózními antibiotiky a byla zahájena lokální léčba Altrazealem. Vstupně byl defekt výrazně povleklý, zapáchající, velikosti cca 10x9x9 cm, výrazně secernující, okolní kůže byla macerovaná.

Byla zahájena pravidelná léčba zahrnující převazy spojené s ostrým débridement defektu, 1x týdně byl aplikován Altrazeal. Došlo k nastartování hojení, postupné regresi sekrece i zápachu, počínající epitelizaci z okrajů. Po cca šesti měsících došlo k zhoršení lokálního nálezu, byly přítomny zelenavé povlaky, došlo k nárůstu sekrece, byl proveden stěr a kultivačně

byla zjištěna přítomnost *Pseudomonas aeruginosa*, proto byla lokální terapie změněna na antiadhezní mřížku se stříbrem a došlo opět k posunu rovnováhy rány směrem k hojení. V prosinci roku 2014 byl defekt zmenšen na 5x3 cm s granulující spodinou, klidným okolím, bez zapáchající sekrece.

Obsahem sdělení je, že Altrazealem navozené prostředí letitě stagnující chronické rány v terénu diabetické neuro- i angiopatie umožnilo nastartovat hojení, ze kterého pacient se vstupně výrazně secernující a zapáchající ranou profitoval zdravotně i společensky.

W6 Ortoticko-protetická péče u pacientů se syndromem diabetické nohy

S. Bošítková

Nestátní zdravotnické zařízení, PROTEOR CZ s.r.o., Ostrava

Přednáška se věnuje péči o pacienty se syndromem diabetické nohy z hlediska ortotiky-protetiky. Je nastíněno spektrum postižení chodidla, která vyžadují specializovanou ortoptickou péči, spolu se základním diagnostickým algoritmem (provedeno vyšetření pomocí PC pedobarografie a pedobaroskopu, vyšetření na dvou vahách atd.). Na základě pečlivé diagnostiky lokálního nálezu je navržena individuálně vyrobená pomůcka, která vyhovuje i dle základní diagnózy pacienta a měrných podkladů. U ortéz končetin, měřeno metrem, odběr pomocí sádrování, kdy je získán odlitek končetiny tzv. pozitiv, který je opracován a následně se tvoří ortézy. U ortopedických vložek jsou opět brány měrné podklady individuálně, dle diagnózy a typu ortopedických vložek, pomocí pedobarografu, scanneru, obtiskových, nášlapných pěn.

Přednáška se dále věnuje technologickému postupu výroby pomůcek (ortopedických vložek pro diabetiky, terapeutická obuv pro odlehčení zadní, přední části nohy, odlehčovací ortézy popř. protézy).