RÁNY & DEFEKTY 2019

KONFERENCE S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ O HOJENÍ CHRONICKÝCH RAN, KOŽNÍCH DEFEKTŮ A REPARACI TKÁNÍ



KAZUISTIKY V ANGIOLOGII **2019**

Suplementum 1 Ročník 6

Úvod

Vážené dámy, vážení pánové



Po téměř dvou letech mám opět tu čest přivítat Vás na konferenci Rande 2019 a podělit se s Vámi z pozice prezidenta kongresu o své postřehy z oboru, který je typickým příkladem nezbytnosti holistického přístupu k ráně i pacientovi samotnému.

Odbornou záštitu nad konferencí převzala v roce 2019 Česká společnost pro léčbu ran spolu s Lékařskou fakultou Masarykovy Univerzity v Brně a Evropskou asociací managementu ran (EWMA). Mediálními partnery konference jsou časopisy Medical Tribune, Medicína po promoci a Nakladatelství GEUM.

Od našeho posledního setkání v roce 2017 uběhly bezmála dva roky, a my jsme hrdi na to, že naše pozvání přijala řada expertů z České republiky i ze zahraničí, díky nimž na konferenci zazní přes 50 přednášek, workshopů. I přes objektivní zvyšování kvality péče o pacienty s ránou s důrazem na její komplexnost je zřejmé, že potřeba vzájemných setkání odborníků různých specializací zapojených do léčby pacientů s ránou zůstává i nadále aktuální. Díky zavádění nových technologií, materiálů a přístrojů do každodenní praxe nabývají pacienti s nehojící se ránou dojmu, že zahojení defektu bude otázkou několika málo týdnů. Podobně růst českého hospodářství dává odborné veřejnosti naději, že zlepšení chodu českého zdravotnictví bude možné dosáhnout v relativně krátkém čase. Osobní zkušenost každého z nás ale bohužel říká, že oba procesy jsou velmi složité a postupují pomalu. Důležitou součástí léčby ran se stává vzájemná kooperace všech zúčastněných a longitudinální přístup. Očekávání i důvěra ve změny k lepšímu mají v životě člověka své nezastupitelné místo, a proto jsme jako motto letošní konference zvolili latinské přísloví „Dum spiro spero“, které platí jak pro pacienty, tak zdravotníky.

Během obou dnů konání RanDe se můžete těšit na řadu přednášek, interaktivní sympozia a edukační monotematické workshopy. Mezi nejzajímavější témata letos budou patřit atypické rány, pokročilé technologie a krytí v léčbě ran a infekce ran v místech operačních výkonů. Nově jsme připravili přednášky a edukační workshopy pro laiky – pacienty a pro osoby pečující o pacienty s nehojící se ránou, které proběhnou v pátek 10. května 2019. Budou věnovány mimo jiné problematice dekubitů, výživy pacientů s ránou, otázkám vzájemné komunikace i dostupnosti nepojistných dávek pro pacienty se zdravotním postižením.

Sami dobře víme, že péče o nemocné je náročný a vyčerpávající proces, který každého z nás stojí spoustu energie. Pokud se vám během konference pořádané v příjemném hotelovém komplexu podaří načerpat nejen energii, ale i doplnit odborné znalosti, budeme vědět, že vaše účast na setkání nebyla zbytečná.

Jménem organizačního výboru děkuji Nakladatelství GEUM, které se ujalo role vydavatele Sborníku abstrakt přednášek. Můj dík patří také všem partnerům a sponzorům, kteří se rozhodli konferenci podpořit.

Příjemný pobyt ve Vendryni



MUDr. Jan Stryja, Ph.D.
prezident kongresu RanDe 2019

KAZUISTIKY V ANGIOLOGII

časopis pro angiology

Ročník 6.
Suplementum 1/2019

ISSN 2336–2790
Registrační číslo: MK ČR E 21515

Toto suplementum časopisu
Kazuistiky v angiologii vychází současně
jako sborník konference
Rány a defekty 2019

Vydává:
Nakladatelství GEUM, s.r.o.

Vydavatel:
Nakladatelství GEUM, s.r.o.
Nádražní 66, 513 01 Semily
www.geum.org

Inzertní oddělení:
Jitka Sluková
tel.: 606 734 722
e-mail: inzerce@geum.org

Redakce:
Kazuistiky v angiologii
Nakladatelství GEUM, s.r.o.
Nádražní 66, 513 01 Semily
tel.: 721 639 079
e-mail: geum@geum.org

Mgr. Karel Vízner (šéfredaktor)
e-mail: karelvizner@geum.org

Klára Krupičková
e-mail: krupickova@geum.org

Mgr. Daniela Hozdová
e-mail: hozdova@geum.org

Redakční rada:
MUDr. Ewald Ambrozy, PhD.
MUDr. Katarína Dostálová, PhD., MPH
doc. MUDr. Jana Hirmerová, Ph.D.
MUDr. Martin Holý
doc. MUDr. Jean-Claude Lubanda, Ph.D.
MUDr. Jiří Matuška
MUDr. Pavlína Piťhová, Ph.D.
MUDr. Václav Procházka, Ph.D.
MUDr. Karel Roztočil, CSc.
MUDr. Jan Stryja, Ph.D.
prim. MUDr. Jan Zeman

Redakční zpracování, ilustrační fotografie:
GEUM – Mgr. Karel Vízner

Tisk:
Tiskárna Glos Semily, s.r.o.
e-mail: tiskarna@glos.cz

Foto na titulní straně:
Shutterstock

Tento sborník je určen
odborným zdravotnickým pracovníkům.

Program konference

RANDE 2019

Hotel Vitality, Vendryně u Třince
9.–10. května 2019

čtvrtek 9. května 2019
Sportovní hala

9.00 Slavnostní zahájení
J. Stryja (prezident kongresu RanDe 2019)
M. Hofštetrová Knotková (NCO NZO Brno, Ministerstvo zdravotnictví ČR)
A. Pokorná (Lékařská fakulta, MU Brno)

9.20 Dekubity
(předsedající: M. Hofštetrová Knotková, S. Saibertová)
P1 S. Saibertová, A. Pokorná
Teoretické znalosti sester o dekubitálních lézích
P2 M. Hofštetrová Knotková
Portál Dekubity.eu
P3 A. Pokorná, S. Saibertová
Validizovaný dataset pro sběr dat o tlakových lézích
a nová doporučení

10.15 Atypické rány I
(předsedající: A. Pokorná, H. Bučková)
P4 J. J. O'Brien
Atypical wounds (EWMA document)
P5 B. Lipový
Toxická epidermální nekrolýza v moderním patofyziologickém
a diagnosticko-terapeutickém schématu
P6 H. Bučková, J. Vokurková, P. Rotschein, R. Brauner, L. Kopečková,
R. Gaillyová, M. Dastych, T. Pinkasová, S. Kohlerová, G. Romanová,
J. Drochytová, L. Fajkusová
Komplexní péče o pacienty v EB Centru FN Brno

11.30 Jak zvýšit efektivitu terapie ulcerací?
(předsedající: A. Jirkovská, L. Krupová)
P7 A. Jirkovská, M. Dubský, V. Wosková, V. Fejfarová
Recidivy syndromu diabetické nohy a infekce
P8 J. Kuczera
Životní styl pacientů s ICHDK před a po invazivním výkonu
P9 J. Jirkovská
Aktivní spolupráce podiatrického pacienta – „Jak na to?"
P10 A. Pokorná, M. Klugar, J. Klugarová
Patient centered care v managementu dekubitů – nový přístup
nebo jen nová terminologie?

14.00 Poziční dokumenty EWMA. Pokročilé metody léčby nehojících se ran
(předsedající: J. Stryja, E. Martinka)
P11 A. Marques
Advanced therapies in wound management (EWMA document)
P12 E. Martinka
Aktuálne možnosti lokálnej liečby chronických dlhodobo
sa nehojacich neuropatických a neuroischemických defektov
na nohách diabetikov

P13 J. Stryja
Amniová membrána v terapii ulcerací na bérci
P14 R. Kubok, I. Grossová, R. Zajíček
Rekonstrukční operace těžké deformity obou nohou po opaření III. stupně 1,5letého dítěte

15.30 Atypické rány II
(předsedající: H. Pekárková, A. Pokorná)
P15 R. Litvik
Primární kožní difúzní velkobuněčný lymfom dolních končetin – kazuistika
P16 P. Rotschein, J. Vokurková
Spinocelulární karcinom u pacientů s EB
P17 J. Vokurková, P. Rotschein
Funkčnost ruky u pacientů s EB
P18 A. Bartlová
Ulcerace v graviditě – kazuistika
P19 V. Wertzová
Maligní ulcerující kožní nádory
P20 R. Litvik
Diferenciální diagnostika celulitidy bérců
P21 A. Pokorná, S. Saibertová, N. Antalová, K. Randová
GLOBIAD – inkontinenční dermatitida

pátek 10. května 2019
Sportovní hala

9.00 Efektivní terapie ulcerací
(předsedající: L. Krupová, A. Turková)
P22 L. Krupová
Proces budování centra pro léčbu ran v ČR
P23 R. Doležel
Rány léčené, vyléčené a nedohojené – děláme maximum?
P24 H. Varechová
Cerdak v ambulantní chirurgii
P25 A. Turková, H. Pekárková
RANDE – nejen pro seniory a o seniorech
P26 N. Ševčíková
Současné možnosti paliativní péče v intenzivní medicíně

10.30 Infekce v místě chirurgického výkonu
(předsedající: J. Stryja, M. Oberreiter)
P27 J. Stryja
Dokument EWMA: Infekční komplikace v místě chirurgického výkonu
P28 M. Oberreiter
Infikovaná poranění v bojových misích, léčebné postupy
P29 J. Stryja, A. Pokorná
Ranné komplikace v České republice – data z Národního zdravotnického informačního systému
P30 R. Vrátná, M. Horešovská
Využití krytí StopBac v léčbě popálenin

12.00 Komplexní léčba nehojících se ran
(předsedající: V. Slonková, A. Kulakovská)
P31 A. Kulakovská
Využití alternativních přípravků v hojení pooperačních ran
P32 M. Wierzgoń
Jak racionálně diagnostikovat postižení tepen u kritické končetinové ischemie
P33 V. Slonková
Komplexní léčba venózních bércových ulcerací
P34 D. Vrzalová
Možnosti nutriční podpory v léčbě chronických ran

pátek 10. května 2019
Konferenční sál hotelu Vitality

9.15 Sekce pro pacienty a osoby pečující o osoby blízké I

P35 J. Stryja, A. Pokorná
Projekt EWMA: Život s chronickou ránou
Projekt EPUAP: Edukační videa

P36 R. Śmigová
Nepojistné sociální dávky pro osoby se zdravotním pojištěním

P37 D. Wenglorz
Buerger a já

P38 S. Boštíková
Zdravotnické prostředky pro hendikepované

P39 J. Kowalczyk
Specifika komunikace s dlouhodobě nemocným geriatrickým pacientem

P40 A. Hrkalová, A. Ručková
Vliv antidepresiv na léčbu chronické rány – kazuistika

P41 D. Czudková, I. Martynková
Možnosti zevní kompresivní terapie v domácím prostředí – workshop EPUAP

11.15 Sekce pro pacienty a osoby pečující o osoby blízké II

P42 L. Neumannová, L. Šeflová, M. Galková
Porušení celistvosti kůže u pacientů s PEGem

P43 A. Heckel
Ergonomie práce při ošetřování imobilní osoby

P44 J. Dvořáková
Hlavní zásady a cíle polohování

Workshopy
čtvrtek, 9. května 2019

10.00–10.45 (workshopová místnost – sportovní hala)
Workshop: Zevní kompresivní terapie (Salvatella s.r.o.)

11.00–11.45 (workshopová místnost – sportovní hala)
Workshop: Cesta k efektivnímu hojení ran (Mölnlycke Health Care)

12.00–12.45 (workshopová místnost – sportovní hala)
Workshop: Existují nové možnosti hojení chronických ran? Praktické zkušenosti (Leram)

13.00–13.45 (workshopová místnost – sportovní hala)
Workshop: Efektivní management infekce, ranné sekrece a otoků (Essity)

14.00–14.45 (konferenční sál hotelu Vitality)
Workshop: Nové možnosti débridementu u bércových vředů (Schülke)

Lobby bar hotelu Vitality
čtvrtek 9. května 2019, 14.00 hodin
14.00 e-posterová sekce

E1 L. Krupová, A. Pokorná
Možnosti ambulantní podtlakové terapie v léčbě ran

Abstrakta konference

Abstrakta jsou řazena podle programu. V první části programu jsou uvedena abstrakta přednášek (P) v hlavním přednáškovém bloku, následuje abstrakt e-posteru (E). Jednotlivá abstrakta jsou označena čísly pro snadnější orientaci.

P1

Teoretické znalosti sester o dekubitálních lézích

Simona Saibertová, Andrea Pokorná
Katedra ošetřovatelství, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno

Úvod
Tlakové neboli dekubitální léze patří do skupiny nehojících se ran souvisejících především s hospitalizační péčí, které komplikují zdravotní stav a léčbu pacientů a rovněž zvyšují nákladovost péče. Patří do skupiny nežádoucích událostí, a proto je nezbytné sledovat jejich incidenci a prevalenci, aby bylo možné vyhodnotit účinná či neúčinná preventivní opatření a léčbu.

Cíl a metody
Cílem dotazníkové studie bylo zjistit úroveň znalostí v problematice dekubitálních lézí u vybraného souboru všeobecných sester. Zvolen byl standardizovaný dotazník Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) zaměřený na *Preventing Pressure Ulcers in Hospitals* Americké asociace sester pro ověření znalostí v oblasti prevence tlakových lézí v nemocničních zařízeních. Dotazník byl upraven s ohledem na sociokulturní podmínky v České republice a doplněn o položky zaměřené na diferenciální diagnostiku inkontinenční dermatitidy.

Výsledky
Celkem bylo ve studii 234 (100 %) respondentů, jejich průměrný věk byl 43,7 let (min. 21 let, max. 68 let). Průměrná délka praxe respondentů byla 16,7 let, (min. 1 rok a max. 49 let). Nejvíce respondentů v počtu 135 (57,7 %) pracovalo na standardních lůžkových oddělení, druhé největší zastoupení respondentů v počtu 35 (16,2 %) bylo z jednotek intenzivní péče. Odpověď „jiné pracoviště" volilo 22 (9,4 %) respondentů, kteří pracovali na různých typech pracovišť, jako je např. stacionář, oddělení následné péče, léčebna dlouhodobě nemocných nebo léčebna návykových látek. Z ambulantního provozu bylo 18 (7,7 %) respondentů, z anesteziologicko-resuscitačního oddělení a z operačních sálů bylo shodně 8 (3,4 %) respondentů. Nejmenší zastoupení respondentů bylo z řad managementu, a to v počtu 5 (2,1 %).

Respondenti odpovídali na 48 znalostních položek, které zahrnovaly čtyři hlavní okruhy problematiky dekubitů a iritačních/inkontinenčních dermatitid, a to znalosti v nové klasifikaci dekubitů dle European Pressure Ulcer Advisory Panelu (EPUAP), obecné znalosti o dekubitech a iritačních dermatitidách, znalosti o vhodnosti intervencí a determinanty posouzení rizikovosti pacienta.

Ze 48 znalostních položek bylo pouze 18 položek se správnou odpovědí nad 90 % četnosti, 9 položek bylo správně zodpovězeno mezi 80–89 %, u 11 položek byla úspěšnost mezi 50–79 % a u 11 položek byla méně než 50% úspěšnost. Nejméně správných odpovědí bylo v položkách, které se týkaly preventivních opatření.

Závěr
Cílem dokumentování dekubitálních lézí je zaznamenávat informace takovým způsobem, aby identifikace dekubitů byla co nejpřesnější, nejpřehlednější a co nejméně zatěžovala ošetřovatelský personál při práci, což je důležité zejména s ohledem na celosvětový problém nedostatku personálu. Právě s ohledem na stále trvající a prohlubující se nedostatek personálu je rovněž potřebné, aby se všeobecné sestry orientovaly v dané problematice a správně vyhodnotily nejen stupeň poškození dekubitální léze, ale zejména vyhodnotily účelné preventivní i terapeutické strategie. Jak bylo zjištěno, znalosti sester v problematice dekubitálních lézí jsou nízké zejména v oblasti prevence, což ovlivňuje kvalitu péče a možnosti ovlivnění incidence dekubitálních i jiných lézí.

Literatura

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure ulcer advisory panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Haesler, E. (Ed.) Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Perth, Australia: Cambridge Media, 2014.
2. Pieper, B., Mott, M. Nurses knowledge of pressure ulcer prevention, staiging and description. Adv Wound Care 8, 3: 34, 38, 40, 1995.
3. Pokorná, A., Buřilová, P., Saibertová, S. et al. Souhrn doporučení a postupů v prevenci a péči o pacienty s tlakovou lézí (dekubitem). Praha: Euroverlag, 2018.
4. WHO. Regional Office for Europe. Data and statistic. (Online: http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/data-and-statistics47)

Práce vznikla na Masarykově univerzitě v rámci projektu „Faktory determinující vznik a hojení ran v intenzivní péči – rizikové faktory odpovídající diferenciální diagnostiky (akronym RIFA-DIAG)" číslo 1463/2018 podpořeného z prostředků účelové podpory na specifický vysokoškolský výzkum, kterou poskytlo MŠMT v roce 2019.

P2

Portál Dekubity.eu

Michaela Hofštetrová Knotková
Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Brno

Evropský poradní panel pro otázky dekubitů (European Pressure Ulcers Advisory Panel – EPUAP), který se zaměřuje na prevenci a léčbu dekubitů v evropských zemích, organizoval v roce 2013 osvětovou kampaň pod názvem „Stop de-

kubitům". Tato kampaň si kladla za cíl edukovat zdravotníky v moderních přístupech prevence a léčbě dekubitů a zároveň zvýšit povědomí laické veřejnosti o tomto problému. V rámci této kampaně vznikla iniciativa pro podporu prevence a léčbě dekubitů. Česká republika se rovněž k této aktivitě přihlásila.

V roce 2014, na základě iniciativy pro prevenci a léčbu dekubitů v České republice, pořádalo Ministerstvo zdravotnictví s dalšími subjekty dvě diskusní konference u kulatého stolu, které měly přispět ke zlepšení a prohloubení spolupráce při řešení této závažné problematiky. Symbolika kulatého stolu byla vybrána proto, že umožňuje rovnost všech účastníků, pomáhá bourat pomyslné bariéry a vnáší nový rozměr do vzájemných vztahů a současně byla založena tradice pořádání. Problematika prevence vzniku dekubitů u hospitalizovaných pacientů byla též navržena do rezortních bezpečnostních cílů Ministerstva zdravotnictví.

Internetový portál je tedy jednou z realizovaných priorit a zároveň umožňuje naplnění dalších vytýčených cílů, které jsou každým rokem aktualizovány a zohledňují priority dané problematiky. Je otevřený všem námětům, podnětům a informacím, které je možné zasílat na e-mail: dekubity@nconzo.cz. Tematicky je portál rozdělen do dvou kategorií pro:

- laickou veřejnost
- odbornou veřejnost.

Sekce Informace pro veřejnost obsahuje základní údaje o kůži, charakteristiku proleženin, problematiku prevence, ošetřování a využívání léčebných prostředků. Nedílnou součástí je i velmi opomíjená oblast výživy. Cílem je průběžně zvyšovat povědomí o problematice prevence a léčby dekubitů u laické veřejnosti a přinášet informace o nových možnostech. Laická veřejnost může také prostřednictvím e-mailu dekubity@nconzo.cz nebo fóra pokládat dotazy, které jsou zodpovězeny odborníkem a jsou uveřejněny na hlavní stránce portálu Časté dotazy. V letošním roce bude sekce rozšířena o oblast tzv. prosezenin.

Sekce Informace pro zdravotníky přináší aktuální novinky z problematiky prevence a léčby dekubitů. Zdravotničtí pracovníci získají prostřednictvím portálu přístup k základním evropským doporučením k prevenci, ošetřování a léčbě dekubitů. Pokyny uveřejněné v doporučení jsou založené na vědecky podložených informacích, tudíž představují nejlepší současné preventivní a léčebné postupy v této oblasti. Tato příručka je určena zdravotnickým pracovníkům, kteří hledají rychle dostupné informace o péči o pacienty v klinickém prostředí. Tato doporučení se mají realizovat s ohledem na kulturní zvyklosti a respekt k pacientovi v souladu s principy ochrany, participace a partnerského vztahu. Velmi důležitou součástí portálu je získání dalších informací nejen k mezinárodním aktivitám, ale i k možnostem vzdělávání a akcím k problematice prevence a léčby dekubitů. Zdravotničtí pracovníci ocení i vytvoření moderovaného diskusního fóra na hlavní stránce portálu. Diskusní fórum mohou využít pro konzultace v oblasti prevence a léčby dekubitů, použití prostředků k hojení.

Portál je spravován a provozován Národním centrem ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů Brno.

Závěr

Internetový portál za dobu své existence prokázal svou životaschopnost. Během čtyř let prošel vývojem. Každý rok byl věnován určitému tématu – praktické naplnění resortního bezpečnostního cíle 8, výživa, bolest. V letošním roce je pozornost věnována dekubitům v pediatrii a neonatologii. Portál se stal nedílnou součástí kvalifikačního a specializačního vzdělávání, certifikovaných kurzů.

P3

Validizovaný dataset pro sběr dat o tlakových lézích a nová doporučení

Andrea Pokorná, Simona Saibertová
Katedra ošetřovatelství, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno

Úvod

Monitorování výskytu dekubitálních lézí je komplikováno v klinické praxi nejednotnou metodologií, závislostí na lokálních předpisech a doporučeních. Také z toho důvodu se významně liší publikované údaje o prevalenci i incidenci nejen tlakových lézí. Situaci nezjednodušuje ani fakt, že obdobná postižení kůže a tkání nejsou vykazována jako lékařské diagnózy.[4]

Cíl a metody

Cílem studie bylo ověřit navržený standardizovaný jednotný datový standard pro sběr dat o tlakových lézích, který zahrnuje nejen sledování projevů lézí a jejich kategorizaci, ale také preventivní a nápravná opatření.

Výsledky

Ve dvou navazujících šestiměsíčních obdobích byla sledována a zaznamenávána data o výskytu tlakových lézí na vybraných pracovištích tří fakultních nemocnic (zadány informace z 320 hospitalizačních záznamů pacientů). Ověřeno bylo, že zadání celého datového souboru je časově nenáročné (vyžaduje časovou dotaci cca 8–10 minut). Nicméně je nezbytná kontinuální edukace ošetřovatelského personálu zejména v kategorizaci/klasifikaci postižení kůže a tkání a identifikaci primárních patologických projevů. Vhodná je implementace datového standardu do nemocničního informačního systému tak, aby bylo možno monitoring provádět u lůžka nemocného. Nejčastější nedostatky/neúplnosti byly zjištěny u údajů, které souvisejí s ukončením poskytované péče (propuštění, překlad) u pacienta.

Závěr

Jednotný datový standard ověřený v projektových aktivitách v ošetřovatelských týmech třech fakultních nemocnic je účelným nástrojem pro monitoring výskytu tlakových lézí na centrální úrovni. Standardizovaný dataset je implementován do Systému hlášení nežádoucích událostí a bude publikován v podobě metodických doporučení MZ ČR.

Literatura

1. Hokynková, A., Šín, P., Černoch, F. et al. Využití lalokových plastik v operační léčbě dekubitů. Cesk Slov Neurol N 80, Suppl. 1: 41–44, 2017.
2. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure ulcer advisory panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Haesler, E. (Ed.) Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Perth, Australia: Cambridge Media, 2014.
3. Pokorná, A., Buřilová, P., Saibertová, S. et al. Souhrn doporučení a postupů v prevenci a péči o pacienty s tlakovou lézí (dekubitem). Praha: Euroverlag, 2018.
4. Pokorná, A., Benešová, K., Mužík, J. et al. Sledování dekubitálních lézí u pacientů s neurologickým onemocněním – analýza Národního registru hospitalizovaných. Cesk Slov Neurol N 79, Suppl. 1: S8–S14, 2016.
5. Vašíčková, L., Sieglová, J., Mašek, M. Význam tlakové mapy (pressure mapping system) pro pacienty s mobilitou na vozíku. Cesk Slov Neurol N 79, Suppl. 1: S15–S19, 2016.

P4

Atypical wounds (EWMA document)

Julie Jordan O'Brien
School of Nursing, Royal College of Surgeons, Ireland

Introduction and overview

Atypical wounds comprise approximately 20% of all chronic wounds.[6,9,10] With an aging population and increase in co-morbidities these numbers are expected to rise. Atypical wounds are considered wounds that do not fall into a typical wound category, i.e. venous, arterial, mixed, pressure or diabetic foot ulcers.[8,11] From the patient perspective, atypical wounds can be very painful and have prolonged healing time which leads to impaired quality of life.[5]

An atypical wound can be suspected if the wound has an abnormal presentation or location, pain out of proportion of the size of the wound and does not heal within 4 to 12 weeks with a good treatment plan.[1,8] Unfortunately, the diagnostic delay can be considerable and that leads to higher mortality.[2,3,4,7] Therefore, it is important that every healthcare professional treating these wounds is familiar with this entity or at least has the knowledge to suspect an atypical wound and when to refer the patient to an expert.

There is a dearth of literature reporting quality of life or health economy in this patient population. In response to this lack of uniform data, EWMA has established a strong working group to gather the best available knowledge on atypical wounds. This document is targeted at increasing awareness of the clinical picture, diagnosis and treatment of these wounds among healthcare professionals and to provide practical advice on some of the challenges that typically arise, e.g. delay in diagnosis for the inflammatory and vasculopathy wounds (such as pyoderma gangrenosum, an inflammatory neutrophilic disorder, and cutaneous vasculitis). We hope that a systematic approach will improve the care and quality of life for this patient group. Lastly, it is also hoped that this document will act as a catalyst in the management of atypical wounds and fill the void that currently exists in the clinical decision making.

References

1. Alavi, A., Sibbald, R. G., Phillips, T. J. et al. What's new: Management of venous leg ulcers: Approach to venous leg ulcers. J Am Acad Dermatol 74, 4: 627–640, 2016.
2. García-Lozano, J. A., Ocampo-Candiani, J., Martínez-Cabriales, S. A., Garza-Rodríguez, V. An update on calciphylaxis. Am J Clin Dermatol 19, 4: 599–608, 2018.
3. Hoffman, M. D. Atypical ulcers. Dermatol Ther 26, 3: 222–235, 2013.
4. Janowska, A., Oranges, T., Chiricozzi, A. et al. Synergism of therapies after postoperative autograft failure in a patient with melanoma of the foot misdiagnosed as a pressure ulcer. Wounds 30, 4: E41–E43, 2018.
5. Jones, B., Lake, A., Harper, C. My wound and I: patients' perspective. J Vis Commun Med 39, 3–4: 120–126, 2016.
6. Körber, A., Klode, J., Al-Benna, S. et al. Etiology of chronic venous leg ulcers in 31,619 patients in Germany analyzed by an expert survey. J Dtsch Dermatol Ges 9, 2: 116–121, 2011.
7. Langan, S. M., Groves, R. W., Card, T. R., Gulliford, M. C. Incidence, mortality, and disease associations of pyoderma gangrenosum in the United Kingdom: A retrospective cohort study. J Invest Dermatol 132, 9: 2166–2170, 2012.
8. Mooij, M. C., Huisman, L. C. Chronic leg ulcer: does a patient always get a correct diagnosis and adequate treatment? Phlebology 31, Suppl. 1: 68–73, 2016.
9. Shanmugam, V. K., Angra, D., Rahimi, H., McNish, S. Vasculitis and autoimmune wounds. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord 5, 2: 280–292, 2017.
10. Shanmugam, V. K., Schilling, A., Germinario, A. et al. Prevalence of immune diseases in patients with wounds presenting to a tertiary wound healing centre. Int Wound J 9, 4: 403–411, 2012.
11. Shelling, M. L., Federman, D. G., Kirsner, R. S. Clinical approach to atypical wounds with a new model for understanding hypertensive ulcers. Arch Dermatol 146, 9: 1026–1029, 2010.

P5

Toxická epidermální nekrolýza v moderním patofyziologickém a diagnosticko-terapeutickém schématu

Břetislav Lipový[1,2]
[1]Klinika popálenin a plastické chirurgie, FN Brno
[2]Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno

Toxická epidermální nekrolýza (TEN) představuje život ohrožující stav, při kterém je dominujícím klinickým obrazem tvorba bul s následnou expozicí defektů v oblasti dermo-epidermální junkce. Jedná se o toxoalergickou reakci na přítomnost cizího antigenu (ve většině případů se jedná o medikament). I přesto, že za poslední dekádu bylo učiněno několik zásadních zjištění zejména v patofyziologickém procesu, současná letalita pacientů s tímto syndromem je stále neutěšeně vysoká (dosahuje 80 %).

Základní komplikací je skutečnost, že jsme stále nebyli schopni identifikovat všechny klíčové faktory uplatňující se právě v patofyziologii a účelně tyto poznatky transferovat do samotné lokální i systémové terapie.

V přehledovém sdělení budou diskutovány základní poznatky týkající se tohoto syndromu a dále bude představen úspěšně aplikovaný terapeutický koncept.

P6

Komplexní péče o pacienty v EB Centru FN Brno

Hana Bučková[1,2], Jitka Vokurková[5,2], Pavel Rotschein[5,2], Radek Brauner[6,2], Lenka Kopečková[3,2], Renata Gaillyová[2,4], Milan Dastych[7,2], Tereza Pinkasová[8,2], Světlana Kohlerová[9,2], Gabriela Romanová[9,2], Jana Drochytková[1,2], Lenka Fajkusová[2,3]
[1]Dětské kožní oddělení, Pediatrická klinika, LF MU a FN Brno
[2]EB Centrum ČR, FN Brno
[3]Centrum molekulární biologie a genové terapie (CMBGT), Interní a hematologická a onkologická klinika, LF MU a FN Brno
[4]Oddělení lékařské genetiky, LF MU a FN Brno
[5]Oddělení plastické chirurgie, Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, LF MU a FN Brno
[6]Oddělení dětské rehabilitace, LF MU a FN Brno
[7]Interní gastroenterologická klinika, LF MU a FN Brno
[8]Oddělení dětské hematologie, LF MU a FN Brno
[9]Oddělení hematologie, LF MU a FN Brno

Na přelomu 20. a 21. století došlo v medicíně ke dvěma významným krokům, které pozitivně ovlivnily péči o pacienty se vzácným onemocněním. A) Rozkvět molekulární biologie zpřesnil u vrozených dědičných onemocnění diagnostiku, prognózu onemocnění, umožnil komplexní genetické poradenství a genetickou prevenci (prenatální a preimplantační diagnostiku). Byly zaznamenány první úspěchy na poli genové terapie. B) Pro vzácná onemocnění (VO) vznikla první specializovaná centra s mezioborovým týmem specialistů, byly založeny pacientské organizace. VO se vyskytují v populaci v počtu 5 na 10 000 obyvatel, z 80 % jde o onemocnění dědičná. V roce 2016 byla ustanovena **Evropská referenční síť pro VO (ERN** – 24 skupin), do které se zapojilo více než 900 vysoce specializovaných pracovišť z 300 nemocnic a 26 států. Cílem ERN je koordinovat odbornou péči specialistů, tím zlepšit kvalitu života pacientům s VO. **ERN-Skin** je jedna z 24 skupin, tvoří ji pracoviště z 18 zemí a 56 nemocnic, z České republiky jsou to čtyři pracoviště. Dětské kožní oddělení je desítky let zaměřeno na vrozené, dědičné kožní choroby, v ERN-Skin figuruje v šesti podskupinách vzácných onemocnění.

EB Centrum FN Brno (www.ebcentrum.cz) bylo založeno v roce 2001 pro pacienty s epidermolysis bullosa congenita (EB). Jde o jediné centrum v republice, t.č. soustředí 325 pacientů s EB. Mezioborový tým 26 specialistů pro děti a dospělé pečuje o pacienty od novorozeneckého věku. Koordinátorem mezioborového týmu je dermatolog. EB Centrum FN Brno provádí konziliární vyšetření cizinců, do centra přijíždějí na stáž lékaři ze zahraničí. Péče o pacienty s EB je zaměřena hlavně preventivně, technika ošetření ran u pacientů s velmi křehkou kůží a sliznicemi je specifická, odvíjí se od typu EB. Nezbytnou součástí komplexní péče u pacientů s generalizovanými formami EB je správná výživa, korekce anemie, pravidelná rehabilitace, stomatologická péče, prevence vzniku spinocelulárního karcinomu a jeho včasné chirurgické řešení. Spolupráce EB Centra s pacientskou organizací **Debra ČR** (www.debra-cz.org), která byla založena v roce 2004 a je plnohodnotným členem Debra International, je velmi úzká.

P7

Recidivy syndromu diabetické nohy a infekce

Alexandra Jirkovská, Michal Dubský, Veronika Wosková, Vladimíra Fejfarová
Centrum diabetologie, IKEM, Praha

Infekční komplikace jsou nejen nejčastější příčinou obtížného hojení ulcerací, hospitalizace diabetiků a amputací, ale také recidiv ulcerací. V jedné z recentních studií např. byly po téměř dvou letech sledování po resekci hlaviček metatarzů zjištěny

rekurence nebo reulcerace v 63,3 % případů.[1] Reulcerace (nový vřed v blízkosti operace) se objevily v průměru už po měsíci, rekurence (nový vřed v důsledku transferu plantárního tlaku v jiné lokalizaci, než byla operace) se objevily až po jednom roce. Autoři této studie uzavírají, že nedostatečná resekce hlaviček metatarzů vede k tvorbě ulcerací ve stejné lokalizaci (reulcerace), nadměrná resekce vede k transferu ulcerací na jiné místo (rekurenci). Proto je nutné před operací pečlivě zhodnotit rentgen nohy a posoudit rozsah odstranění infikovaného metatarzu. **Chirurgové se nemají řídit pouze snahou o odstranění infikované kosti, ale také důsledky plantárních tlaků po operaci. Časné rekurence ulcerací bývají důsledkem přetrvávající osteomyelitidy, pozdní mohou být ovlivněny také přenosem tlaků.**

Údaje z 19 studií v jedné z recentních publikací D. Armstronga v New England Journal of Medicine[2] ukazují, že k rekurenci ulcerací dochází ve 40 % během prvního roku po zhojení, v 60 % během tří let a v 65 % během pěti let. Autor této publikace dokonce navrhuje změnu terminologie: protože k rekurenci dochází velmi často, je lepší považovat stav po epitelizaci ulcerace spíše za remisi než za zhojení.

Naše sledování pacientů s nově vzniklou ulcerací, kteří se ve studii Eurodiale zhojili do jednoho roku, ukázalo, že k rekurenci defektu do tří let od zhojení u nich došlo v 58 %, což odpovídá jiným studiím.[3] Hlavními faktory, které byly asociovány s rekurencí ulcerací, byly plantární lokalizace ulcerace, osteomyelitida diagnostikovaná již při záchytu primární ulcerace, glykovaný hemoglobin nad 60 mmol/mol a CRP nad normou (5 mg/l). Zajímavé bylo, že klasické lokální známky infekce, jako zarudnutí, indurace nebo purulentní sekrece, nebyly prediktory reulcerací, zatímco osteomyelitida diagnostikovaná radiologicky ano; podobně byla významným prediktorem i zvýšená hladina CRP, která je systémovou známkou infekce.

K podobným závěrům dospěli i v metaanalýze rekurencí ulcerací publikované prof. Armstrongem[2]: osteomyelitis kostí nohy zvyšovala riziko reulcerací 5,2× a zánětlivý marker C-reaktivní protein (hladina nad trojnásobkem normy) zvyšovala toto riziko 4×.[2]

Proto považujeme za nutné věnovat zvláštní pozornost přetrvávající osteomyelitidě a zvýšené hodnotě CRP i po zhojení ulcerací nebo defektů po nízkých amputacích. Dispenzarizace pacientů po zhojení syndromu diabetické nohy, jejich rentgenologické kontroly, případně i kostní biopsie, mohou pomoci diagnostikovat přetrvávající osteomyelitidu a pečlivé sledování zánětlivých markerů, zejména CRP, při jakémkoli podezření na aktivaci infekce nebo při subfebriliích, patří k základním opatřením snižujícím riziko recidiv syndromu diabetické nohy a jejich následků.

Literatura

1. Sanz-Corbalán, I., Lázaro-Martínez, J., Aragón-Sánchez, J. et al. Analysis of ulcer recurrences after metatarsal head resection in patients who underwent surgery to treat diabetic foot osteomyelitis. Int J Low Extrem Wounds 14, 2: 154–159, 2015.
2. Armstrong, D. G., Boulton, A. J. M., Bus, S. A. Diabetic foot ulcers and their recurrence. N Engl J Med 376, 24: 2367–2375, 2017.
3. Dubský, M., Jirkovská, A., Bém, R. et al. Risk factors for recurrence of diabetic foot ulcers: prospective follow-up analysis in Eurodiale subgroup. Int Wound J 10, 5: 555–561, 2013.

Podpořeno Projektem Ministerstva zdravotnictví rozvoje výzkumné organizace 00023001 (IKEM) – Institucionální podpora.

P8

Životní styl pacientů s ICHDK před a po invazivním výkonu

Jana Kuczera
Intervenční radiologie, Nemocnice Podlesí a.s.

Cíl
Cílem přednášky je upozornit na rozšíření edukace o změně životního stylu u pacientů s diagnózou ischemická choroba dolních končetin.

Metoda
Kvalitativní výzkum šetření. Zvolenou technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor s pacientem. Výzkum byl realizován v několika fázích.

Výsledky
Nedostatečná informovanost pacientů, jejich nekázeň a minimální ochota změnit svůj životní styl.

Závěr
Počet pacientů s ICHDK stoupá. Je proto potřeba zaměřit se na změnu komplexně. Základem je začít od ovlivnitelných rizikových faktorů, tedy kuřáctví, dietních zvyklostí a pohybové aktivity. Z tohoto důvodu je vhodné začít tuto problematiku řešit ještě před rozvojem změn. Podíl na této změně mají i zdravotníci, kteří pacienta dostatečně edukují.

P9

Aktivní spolupráce podiatrického pacienta – „Jak na to?"

Jarmila Jirkovská
Interní klinika 1. LF UK a ÚVN Praha

Novodobá diabetologie, potažmo tedy i podiatrie, klade vysoký důraz na individualizaci léčby a staví pacienta do středobodu v pomyslném grafu komplexní multidisciplinární péče. V tomto centrálním bodě se vzájemně prolínají průsečíky jednotlivých zdravotnických odborností. Moderní koncept však zároveň zdůrazňuje i aktivní roli samotného pacienta a jeho spolupráci při léčbě. Syndrom diabetické nohy je problematikou chronickou, recidivující a náročnou na péči. Kromě podiatra a diabetika se často účastní „hry o záchranu končetiny" i pacientovi blízcí. (Re)edukace péče o nohy, ať už preventivní nebo při protrahovaně se hojících ulceracích, je ve své podstatě

kontinuálním procesem při opakovaných návštěvách v podiatrické ambulanci.

Jak tedy přimět pacienta s chronickým onemocněním k aktivní spolupráci? Pokud by existovala snadná a nekomplikovaná odpověď, s velkou pravděpodobností bychom neměli v ambulancích téměř žádné nonadherentní diabetiky. Realita však ukazuje poněkud odlišný obraz. Podstatné je nejen na straně pacienta, ale i na straně zdravotníka jak komunikační umění a empatie, tak oboustranná ochota vystoupit případně z vlastní zóny komfortu za účelem hledání nových cest vzájemné komunikace, pokud dosavadní selhávají. Nevhodné komunikační postupy mohou vést jen k fixaci automatických reflexních odmítavých reakcí a tím být demotivující pro jakoukoliv další změnu. Efektivní budeme tehdy, pokud dokážeme vědomě pracovat na odstraňování takových komunikačních bariér.

O efektivitě edukace rozhoduje mj. to, kolik informací si pacient zapamatuje dále než jen „ke dveřím ambulance". Je prokázáno, že aktivní zapojení „do hry" zvyšuje zapamatovatelnost údajů až na 70 %, ve srovnání s 10–20 % při pasivních formách edukace. Doporučení lze předat pasivně naslouchajícímu pacientovi formou běžného ústního sdělení. Pokud ale budeme mít snahu zapojit i další smyslové vjemy a aktivizovat pacienta dialogem, zapamatuje si pravděpodobně tatáž doporučení efektivněji. V podiatrii se nabízí při edukaci využití obrazové dokumentace, nákresů, letáků, fotografií, ukázky konkrétních pomůcek včetně jejich použití apod. To, o čem s pacientem hovoříme, mu jsme schopni v řadě případů rovnou i prakticky ukazovat. Výbornou metodou ke zvýšení zapamatovatelnosti údajů je i vhodně vedená skupinová edukace, umožňující navíc sdílet účastníkům vzájemné dojmy a zkušenosti.

Vybudování efektivní spolupráce mezi zdravotníkem a nemocným je podstatným faktorem při celkové adherenci pacienta se syndromem diabetické nohy k léčbě. Diabetik, podiatrická sestra a lékař pak tvoří aktivně společný tým, což podporuje vzájemnou motivaci k dlouhodobé spolupráci.

Literatura

1. Doporučení k edukaci diabetika – aktualizace 2012. Doporučení České diabetologické společnosti. (online: http://www.diab.cz/dokumenty/Standard_edukace_diabetika_2012.pdf)
2. Jirkovská, A., Jirkovská, J., Čechová, K., Havlová, V. Skupinová edukace diabetiků. Semily: Nakladatelství GEUM, 2017.
3. Jirkovská, J. Možnosti efektivní edukace v diabetologii – návod pro edukátory. Vnitř Lék 63, 3: 171–174, 2017.

P10

Patient centered care v managementu dekubitů – nový přístup anebo jen nová terminologie?

Andrea Pokorná[1], Miloslav Klugar[2], Jitka Klugarová[2]
[1]Katedra ošetřovatelství, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno
[2]Institut biostatistiky a analýz, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno

Úvod

V prohlášení o zdraví OECD z roku 2017 se ministři zdravotnictví shodli na tom, že je důležité zabývat se překážkami v oblasti zdravotní gramotnosti, aby se zdravotní systémy více zaměřily na jednotlivce a podporovaly tzv. patient centered care. V současné době neexistuje všeobecně dohodnutá definice péče zaměřená na pacienta a člověka, tzv. patient centered care – PCC; nicméně je zakotvena v paradigmatu holismu, který považuje jednotlivce za biopsychosociální a fyziologický celek. Hlavním cílem PCC je dosáhnout účelného partnerství mezi pacienty a rodinami v souvislosti s poskytováním zdravotnických služeb. Zdravotní gramotnost je důležitým prvkem péče zaměřené na pacienta, neboť podporuje jednotlivce, aby se stali partnery v koprodukci vlastního zdraví, a optimalizuje kvalitu interakce mezi jednotlivci a zdravotnickými systémy. Z literatury vyplývá, že zdravotní gramotnost je pozitivně spojena s lepšími zkušenostmi s pacienty, se zlepšenou péčí o sebe sama a někdy s lepšími zdravotními výsledky. Rovněž pro dekubitální léze je rozhodující zdravotní gramotnost a zapojení pacientů.

Cíl a metody

V rámci rapid review byla provedena analýza odborných zdrojů několika vědeckých databází (Web of Science, Scopus, Ovid MEDLINE, CINAHL Complete). Hlavní klinická otázka byla stanovena ve formátu PICO. P: populace pacientů v riziku vzniku dekubitů či s dekubitální lézí, I: intervence, běžná péče versus péče zaměřená na pacienta, O: výsledek klinická efektivita, ekonomická efektivita a bezpečná péče v managementu dekubitů. Zahrnuty byly randomizované studie, kvazirandomizované studie a studie ekonomické efektivity péče.

Výsledky

Celkem bylo vyhledáno 417 odborných publikací a zdrojů, které splňovaly kritéria stanovená v rámci klinické otázky. V databázi Scopus 136, ve Web of Science 129, v Ovid Medline 54, a v CINAHL 101. Identifikováno a vyjmuto bylo 87 duplicit. Dva nezávislí hodnotitelé provedli analýzu a vyloučili 326 zdrojů dle titulu a abstraktu. Celkem čtyři plné texty byly následně zhodnoceny a dva vyloučeny pro nesplnění kritérií.

Závěr

Na základě systematické analýzy zdrojů byly identifikovány dvě odborné publikace, které popisovaly data ze stejné randomizované studie realizované u 1 600 pacientů v osmi nemocnič-

ních zařízeních v Austrálii. V rámci intervenční skupiny pacientů byly uplatňovány postupy individualizované péče (patient centered care – speciální vzdělávání sester, kontrolní činnost v rámci SSKIN strategie, edukace pacientů) a kontrolní skupině byla poskytována běžná preventivní péče. U intervenční skupiny byl zaznamenán nižší výskyt dekubitálních lézí, ale výsledky nebyly statisticky významně odlišné od skupiny pacientů ve skupině kontrolní. V rámci hodnocení ekonomické efektivity rovněž nebyl ověřen statisticky významný dopad. Je otázkou, zda u kontrolní skupiny nebyly výsledky ovlivněny faktem, že i standardní péče byla kvalitní a individualizovaná.

Literatura

1. Chaboyer, W., Bucknall, T., Webster, J. et al. The effect of a patient centred care bundle intervention on pressure ulcer incidence (INTACT): A cluster randomised trial. Int J Nurs Stud 64: 63–71, 2016.
2. Kaitani, T., Nakagami, G., Sugama, J. et al. Evaluation of an advanced pressure ulcer management protocol followed by trained wound, ostomy, and continence nurses: a non-randomized controlled trial. Chronic Wound Care Management and Research 2015: 2: 39–51, 2015.
3. Kaitani, T., Nakagami, G., Iizaka, S. et al. Cost-utility analysis of an advanced pressure ulcer management protocol followed by trained wound, ostomy, and continence nurses. Wound Repair Regen 23, 6: 915–921, 2015.
4. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure ulcer advisory panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Haesler, E. (Ed.) Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Perth, Australia: Cambridge Media, 2014.
5. Pokorná, A., Buřilová, P., Saibertová, S. et al. Souhrn doporučení a postupů v prevenci a péči o pacienty s tlakovou lézí (dekubitem). Praha: Euroverlag, 2018.
6. Whitty, J. A., McInnes, E., Bucknall, T. et al. The cost-effectiveness of a patient centred pressure ulcer prevention care bundle: Findings from the INTACT cluster randomised trial. Int J Nurs Stud 75: 35–42, 2017.

Práce vznikla na Masarykově univerzitě v rámci projektu „Faktory determinující vznik a hojení ran v intenzivní péči – rizikové faktory odpovídající diferenciální diagnostiky (akronym RIFADIAG)" číslo 1463/2018 podpořeného z prostředků účelové podpory na specifický vysokoškolský výzkum, kterou poskytlo MŠMT v roce 2019.

P11

Advanced therapies in wound management (EWMA document)

Alexandra Marques
3B's Research Group, University of Minho, Portugal

Background and aims

In this document, EWMA aims to investigate the barriers and possibilities of advanced therapies in the next generation wound management, including technologies based on cellular therapies, tissue engineering and tissue substitutes, which are all technologies associated with the clinical discipline of regenerative medicine. The document will also describe new treatments based on physical therapies and the potential of sensors and software. EWMA wishes to be on the forefront of the development of new, advanced therapies, and to examine further how these may support continued improvement of wound management, with regards to the patient quality of life as well as providing effective and efficient wound management.

Thus, the objectives of this document are to:

- Review and discuss clinical experiences and the scientific evidence where this is available;
- Provide a neutral and exhaustive overview of the available therapies and their potential role in clinical practice as well as recommendations for the potential adoption of these therapies in the different areas of wound management;
- Analyse and debate cost-effectiveness issues related to the included therapies;
- Discuss the regulatory framework for Advanced Therapies in Europe and provide a point of referral for future discussions and negotiations with health care providers and payers.
- Due to the general lack of scientific documentation of many of these emerging therapies, the document will be based on the available literature as well as expert opinions. It will include an evaluation of the potentials for future use in clinical practice and call for research in recommended areas.

Definition of advanced therapies

The group of authors responsible for this document initially discussed which definition of advanced therapies should be adopted as a basis for selecting relevant technologies for inclusion in this publication.

The group agreed on the following definition:

The therapies related to chronic wound management can be defined „advanced" when they are based on novel principles and technologies or when they refer to a novel application of consolidated technologies, including either a singular mechanism of action or a strategy with different levels of action, provided that some evidence has been provided in a measurable and comparable way by the manufacturers/developers. For the sake of this document they will be grouped according to their nature in four different categories: materials, cells and tissue engineering, physical and bio-physical, and sensors and IT-related.

Method

A literature search was conducted in PubMed and Embase for each topic covered. The search covered the period 2007–2017. The authors responsible for covering the included topics were asked to evaluate the search results and select relevant literature based on the agreed definition of *advanced therapies* defined for the document. Additional relevant literature is included by the authors if relevant to describing the theory and concepts behind each identified technology.

The literature was evaluated with reference to the GRADE methodology. Tables providing an overview of the evaluation of evidence supporting the technologies described are inserted after each document section describing these.

P12

Aktuálne možnosti lokálnej liečby chronických dlhodobo sa nehojacich neuropatických a neuroischemických defektov na nohách diabetikov

Emil Martinka
Národný endokrinologický a diabetologický ústav, n.o., Ľubochňa, Slovenská republika

Diabetická noha je častou a medicínsky závažnou komplikáciou diabetes mellitus s významným sociálno-ekonomickým dopadom, ako aj dopadom na kvalitu života pacienta. Na Slovensku je dlhodobo evidovaných cca 8 000 pacientov s diabetickou nohou s defektom a cca 4 000 pacientov, u ktorých bola vykonaná amputácia. Diabetická noha, obzvlášť neuropatický a neuroischemický defekt, je typickým príkladom chronických dlhodobo sa nehojacich rán, často s potrebou využitia viacerých celkových aj lokálnych terapeutických metód a postupov.

V práci formou komentovaných kazuistík prezentujeme jednotlivé možnosti aktuálnej lokálnej liečby chronických neuropatických defektov v jednotlivých štádiách, ako je liečba pomocou lariev bzučivky zelenej (Maggot therapy), liečba pomocou kysličníka dusnatého (Plasón), podpora granulácie pomocou podtlaku (V.A.C.), kubánskeho lieku Heberprot-P a ďalšie. V rámci podpory procesu epitelizácie prezentujeme kazuistiky „pinch skin grafting" plastík a iné podporné metódy. Predovšetkým sa však zameriavame na novú metódu liečby pomocou využitia amniovej membrány – Amnioderm. Amnioderm je hojivá membrána – lyofilizovaný transplantát z ľudskej amniovej membrány (dHAM), ktorá je jedným z plodových obalov placenty. Získava sa počas pôrodu *s. caesarea*. Amnioderm obsahuje množstvo bioaktívnych molekúl (rastových faktorov, cytokínov, antimikrobiálnych látok) podporujúcich prirodzené hojenie, k čomu prispieva aj svojou štruktúrou – tzv. biologické lešenie „biologic scaffold". Amnioderm sa kladie priamo na okraje a spodinu vopred pripraveného vygranulovaného defektu, do ktorého bioaktívne látky priamo uvoľňuje. Prezentujeme viacero kazuistík pacientov, u ktorých došlo k naštartovaniu hojenia aj v prípade dlhodobo (niekoľko rokov) sa nehojacich defektov napriek použitiu viacerých dostupných metód. Amnioderm je tak jednou z metód, ktorá sa zavádza aj do štandardov pre hojenie chronických a postamputačných rán na nohách diabetikov na Slovensku.

P13

Amniová membrána v terapii ulcerací na bérci

Jan Stryja
Salvatella s.r.o., Třinec

Souhrn
Náhradní kožní kryty vyrobené z amniových membrán lidského plodu jsou bioaktivní materiály, které plní funkci dočasného krytu rány, pomáhají udržovat optimální vlhkost a zároveň stimulují spodinu rány k reparaci prostřednictvím růstových faktorů uvolňovaných do spodiny rány. Tyto materiály se řadí mezi tzv. „advanced treatment", tj. pokročilou terapii nehojících se ran. Použití amniové membrány u nehojících se ran zhodnotil i dokument EWMA vydaný v roce 2018. Efektivita této lokální terapie byla prokázána řadou klinických studií i farmakoekonomických sledování. Současná úroveň technologií umožnuje zpracování a uchování amniové tkáně v takové podobě, která odpovídá zákonným požadavkům a evropským standardům na jakost a bezpečnost. Indikací k aplikaci tohoto krytí jsou stagnující chronické rány bez zjevných známek ranné infekce se střední až slabou rannou sekrecí. V prezentaci popisujeme naše zkušenosti s použitím amniové membrány u pacientů s bércovým vředem žilní, ischemické a arteriální etiologie

Úvod
První záznamy o využití čerstvé amniové membrány při léčbě ran a popálenin jsou datovány do roku 1910.[1] Z roku 1913 pochází studie o léčbě popálenin na větší skupině pacientů.[2] Se vzrůstajícími požadavky na jakost a bezpečnost tkání bylo od použití čerstvé amniové membrány při léčbě chronických ran postupně upuštěno. Současná úroveň technologií umožnuje zpracování a uchování tkáně v takové podobě, která odpovídá zákonným požadavkům a evropským standardům na jakost a bezpečnost. Zároveň se otevírá potenciál pro využití amniové membrány v různých indikacích a odbornostech.

Amniová membrána je součástí plodového obalu, který chrání vyvíjející se plod v děloze. Je získávána při porodu císařským řezem na základě informovaného souhlasu rodičky. Odběr je prováděn asepticky do speciálních odběrových setů. Následně je tkáň transportována za kontrolovaných teplotních podmínek do Národního centra tkání a buněk (NCTB), kde probíhá další zpracování. NCTB vyrábí produkty z amniové membrány od roku 2011. Na začátku se jednalo zejména o produkty určené pro oční indikace. Po několikaletém výzkumu se podařilo vyvinout postup zpracování tkáně, který zachovává její přirozené vlastnosti, strukturu a obsah bioaktivních molekul. Vznikl produkt Amnioderm. V hojení ran plní amniová membrána bariérovou funkci dočasného kožního krytu, vykazuje antimikrobiální a protizánětlivé účinky, snižuje jizvení tkáně a fibrózu a podporuje epitelizaci rány. Po aplikaci amniové membrány bylo prokázáno výrazné snížení vnímané bolesti rány.

Zajištění bezpečnosti a jakosti tkáně
Tkáň je opatřována od dárkyň v souladu s požadavky české legislativy, zejména zákona č. 285/2002 Sb. (transplantační zákon), zákona 296/2008 Sb. (zákon o lidských tkáních a buňkách) a vyhlášky 422/2008 Sb. (o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk). Na jejím základě je u všech dárkyň odebrán a vyšetřen vzorek krve k průkazu známek infekce HIV typu 1 a 2, virem hepatitidy B, virem hepatitidy C, HTLV typu I a II a *Treponema pallidum* (syfilis), a to v době odběru tkáně a opakovaně po uplynutí nejméně 180 dnů od odběru. Výsledky provedených vyšetření nesmí prokazovat přítomnost původce infekce. Zpracování tkání se provádí v prostorách třídy čistoty A dle požadavků SVP za podmínek, které vylučují kontaminaci nebo zkříženou kontaminaci. Produkt Amnioderm je finálně zpracován lyofilizací. Díky tomuto procesu je možné jej uchovávat při pokojové teplotě až po dobu 5 let. V České republice jsou kožní kryty vyrobené z amniových membrán distribuovány a aplikovány prostřednictvím sítě aplikačních center, která disponují zaškoleným personálem a přístrojovým vybavením a zkušenostmi potřebnými k výběru pacientů s vhodnou indikací k léčbě Amniodermem.

Kazuistika
70letá diabetička na inzulínu s renální nefropatií a periferní angiopatií byla přijata na chirurgické oddělení Nemocnice Podlesí, a. s. k revaskularizaci pro kritickou končetinovou ischemii levé dolní končetiny projevující se klidovými bolestmi a nekrotickou ulcerací na přední straně bérce levé dolní končetiny. Rána vznikla po drobném traumatu s anamnézou 2 měsíce před přijetím. Diabetes mellitus je uspokojivě kompenzován pomocí inzulínu. Vřed má vstupní velikost 20×8 cm s nekrotickou, částečně demarkovanou spodinou a otiskovou hnisavou rannou sekrecí. Za hospitalizace byl proveden endovaskulární výkon – mechanická trombektomie a aspirace drobného embolu z *arteria poplitea* a *arteria tibialis posterior*. Po revaskularizaci levé dolní končetiny a nastavení na antiagregační terapii byla pacientka propuštěna do domácího ošetřování. Při první ambulantní kontrole po týdnu po revaskularizaci jsme provedli nekrektomii rány a pokračovali ve vlhké terapii ulcerace aplikací antiseptických krytí se stříbrem a hydrogelem (převazy 3× týdně). Po čtyřech týdnech lokálního ošetřování byla rána povleklá, ale prakticky již bez nekróz, v rozsahu 2×1 cm byl na spodině patrný odhalený skelet tibie. Po 12 týdnech po revaskularizaci (s převazy vlhké terapie) byla ulcerace zcela pokryta atonickou granulační tkání, měla rozměry 13×4 cm, okraje byly mírně navalité a hojení dále nepostupovalo, bolestivost ulcerace dosahovala dle VAS hodnoty 3–4. Indikovali jsme proto první aplikaci Amniodermu, který jsme k ráně fixovali pomocí neadherentní polyamidové mřížky. Po sedmi dnech léčby Amniodermem hojení výrazně pokročilo, rána epitelizovala, plocha se výrazně zmenšila a rozdělila na dvě menší ulcerace velikosti 1×1 cm a 1,5×1,5 cm. Po pečlivém débridementu spodiny i okrajů rány jsme aplikovali nový amniový kožní kryt. Po sedmi dnech byla menší reziduální ulcerace zhojená a větší vřed měl velikost 1×1,5 cm. Následovala třetí aplikace amniového kožního krytu na ránu. Po sedmi dnech (tj. 21. den terapie Amniodermem) jsme mohli konstatovat kompletní zhojení ulcerace.

Závěr
Naše dosavadní zkušenosti potvrzují dobrou účinnost Amniodermu v léčbě stagnujících ran. Použití inovovaných materiálů tzv. pokročilé terapie ran rozhodně nenahrazuje správnou kauzální léčbu rány ani potřebu pacienta dodržovat nutná režimová opatření vycházející z etiologie základního onemocnění.

Literatura

1. Davis, J. W. Skin transplantation with a review of 550 cases at the Johns Hopkins Hospital. Johns Hopkins Med J 15: 307, 1910.
2. Stern, W. The grafting of preserved amniotic membrane to burned and ulcerated skin surfaces, substituting skin grafts. JAMA 60, 13: 973–974, 1913.
3. Hlinomazová, Z., Vlková, E., Horáčková, M., Pirnerová, L. Transplantace amniové membrány – dlouhodobé výsledky. In: XVIII. Výroční sjezd České oftalmologické společnosti 23.–25. 9. 2010.
4. Mhaskar, R. Amniotic membrane for cervical reconstruction. Int J Gynaecol Obstet 90, 2: 123–127, 2005.
5. Forbes, J., Fetterolf, D. E. Dehydrated amniotic membrane allografts for the treatment of chronic wounds: a case series. J Wound Care 21, 6: 290, 292, 294–296, 2012.

P14

Rekonstrukční operace těžké deformity obou nohou po opaření III. stupně 1,5letého dítěte

Richard Kubok, Ivana Grossová, Robert Zajíček
Klinika popáleninové medicíny, 3. LF UK a FN Královské Vinohrady, Praha

Rekonstrukční operace těžké deformity obou nohou po opaření III. stupně 1,5letého dítěte, (nyní 4letého) s dislokací všech prstů, provedena repozice všech 10 prstů na nohou do fyziologického postavení a fixace Kirschnerovými dráty, dále krytí vzniklého defektu na hřbetech nohou pomocí biologické náhrady dermis Matriderm, autotransplantace kůže hřbetů obou nohou.

Komplexní přístup k léčbě popálenin spočívá v kombinaci celkové, místní a fyzikální léčby, doplněný i o rehabilitační, lázeňské a preventivní působení.

V prezentaci je ukázka dítěte, které bylo opařeno rodičem, ale pro neuspokojivý stav v rodině i po předání po propuštění z nemocnice domů, kdy byla soustavně zanedbávána rehabilitační péče, bylo dítě umístěno v dětském domově a posléze předáno do náhradní pěstounské péče.

P15

Primární kožní difúzní velkobuněčný lymfom dolních končetin – kazuistika

Radek Litvik
Kožní oddělení, FN Ostrava

Prezentujeme případ vzácného, primárně kožního B-lymfomu. Primární kožní difúzní velkobuněčný lymfom dolních končetin patří mezi B-lymfomy s převahou centroblastů a imunoblastů, tvořící se na nohou. Postihuje převážně osoby nad 70 let věku, častěji ženy. Na jedné nebo obou dolních končetinách se tvoří lividní nádorové hrboly a tumory s možnou exulcerací a diseminací do jiných orgánů. Histopatologický obraz je typický, s průkazem difúzních neepidermotropních infiltrátů B-lymfocytů v imunohistochemickém vyšetření. Léčbou je zejména polychemoterapie, kterou řídí hematoonkolog ve spolupráci s dermatologem.

P16

Spinocelulární karcinom u pacientů s EB

Pavel Rotschein, Jitka Vokurková
EB Centrum, Brno
Oddělení dětské plastické chirurgie, Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, FN Brno
Klinika popálenin a plastické chirurgie, FN Brno

Epidermolysis bullosa congenita (EB) je vzácné dědičné onemocnění, u kterého vlivem genetických změn v proteinech dermoepidermální junkce vznikají puchýře na kůži a sliznicích. Onemocnění nelze plně vyléčit, lze jej však na základě genetických mutací precizně diagnostikovat a kategorizovat do jednotlivých skupin podle změn v dermoepidermální junkci. Ze čtyř hlavních forem onemocnění plastický chirurg pravidelně sleduje především pacienty s dystrofickou formou (EBD), u které vznikají subepidermální puchýře po sebemenším tlaku nebo i spontánně. Opakovaná iritace kůže vede k chronickým nehojícím se ranám, u kterých je riziko maligní transformace epiteliálních buněk ve spinocelulární karcinom (SCC). Toto riziko roste s věkem a SCC je nejčastější příčinou úmrtí nemocných s EBD.

Pacienti z celé České republiky jsou dispenzarizováni v odborném EB Centru v Dětské nemocnici FN Brno. V současné době evidujeme 11 pacientů s EBD, u kterých byl prokázán SCC. Ve sledování a léčbě chronických ran je důležitá multioborová spolupráce, pravidelné dispenzarizační prohlídky a včasná chirurgická intervence při podezření na maligní transformaci rány. Probatorní excize je prováděna v lokální či celkové anestezii a odebraná tkáň je hodnocena zkušeným histopatologem. Základní terapií SCC u pacientů s EBD je jeho resekce s histologickým vyšetřením. Při opakovaném zasahování SCC do okrajů excize je nutné zvolit radikální resekci tumoru a u akrální formy onemocnění zvážit i snesení části končetiny. Při léčbě neakrálních forem je vysoké riziko generalizace, které je spojeno s dubiózní prognózou.

P17

Funkčnost ruky u pacientů s EB

Jitka Vokurková, Pavel Rotschein
EB Centrum, Brno
Oddělení dětské plastické chirurgie, Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, FN Brno
Klinika popálenin a plastické chirurgie, FN Brno

Ruce jsou velmi důležitým nástrojem soběstačnosti každého člověka. Pacienti s vrozeným vzácným onemocněním *Epidermolysis bullosa congenita* (EBC) jsou přitom trvale vystaveni zvýšené zranitelnosti rukou.

Nejvýraznějšímu postižení ze čtyř hlavních skupin EBC jsou pacienti s dystrofickou formou (DEB). A z této skupiny pacienti s podtypem recesivní DEB generalizovaná těžká a střední a akrální forma (rDEB-gen sev., rDEB-gen interm., DEB acral.). Defekty na kůži vedou ke srůstání prstů navzájem – pseudosyndaktyliím a o jejich ohýbání do dlaně – flekčním kontrakturám od útlého dětství. Pokud se neprovádějí žádná opatření, vede stav již v adolescenci ke vzniku těžké zámotkovité deformitě rukou bez prstů, vzniku tzv. boxerských rukavic.

Léčba

Několik desítek let je na našem pracovišti prováděna chirurgická separace prstů ruky a uvolňování flekčních kontraktur. Operace se provádějí v celkové anestezii a jsou možné jen díky vysoké specializaci multioborového týmu s dlouhodobou erudicí. Operace a hojení defektů po operaci se postupně vyvíjejí a díky novým krycím materiálům usnadňují léčbu. Přesto chirurgický zákrok nezabrání další progresi onemocnění, proto stále více v posledním desetiletí klademe velký důraz na prevenci.

Prevence

Od útlého kojeneckého věku doporučujeme ochranu prstů a dlaní každodenním **vyvazováním** polopružným obinadlem. Po nácviku maminky nebo ošetřující osoby dítěte je to velmi účinná metoda. Je více náročná na správnou techniku, čas i pomoc další osoby. Proto se nyní více rozšířilo používání na míru šitých ochranných rukavic.

Rukavice jsou zhotoveny speciálně vyškoleným protetickým technikem, který se individuálně domlouvá s rodiči dítěte na naměření velikosti. Většinou je nutná před definitivním zhotovením zkouška. Zdravotní pojišťovnou jsou rukavice částečně hrazeny po schválení revizním lékařem. Takto lze využít úhradu dvou párů rukavic ročně.

Druhým důležitým preventivním krokem před ohýbáním prstů je používání polohovacích nočních i denních dlah. **Dlahy** jsou zhotovovány z různých materiálů, nejúčinnější je zhotovení odlehčené dlahy se suchým zipem dle přesného sádrového

odlitku. Vyžaduje však více zkoušek u protetika, který výrobek zhotovuje. Dlahy jsou plně hrazeny pojišťovnou.

Všechna uvedená preventivní opatření je nezbytné provádět i po proběhlém chirurgickém zákroku, který by jinak ztrácel účinnost. Přesto pacienti s nejtěžší rDEB udržují v dospělosti funkci ruky jen v prvním meziprstí, tj. mezi palcem a druhým nebo třetím prstem. Jejich celkové generalizované obtíže v dospělém věku většinou neumožňují náročnou dennodenní péči o ruce s dlahováním.

Závěr
Používání rukavic, dlah, vyvazování prstů a současný obvazový materiál na kůži skokově zlepšil dlouhodobou funkci rukou u pacientů s EBD a zredukoval nutnost chirurgických zákroků na minimum. Současná preventivní opatření zlepšují kvalitu života postižených dětí od batolecího věku až do dospělosti, nezabrání však celkové progresi tohoto těžkého vzácného onemocnění.

P18

Ulcerace v graviditě – kazuistika

Andrea Bartlová
Klinika nemocí kožních a pohlavních, LF UK a FN Hradec Králové

Prezentujeme případ 35leté gravidní pacientky s prvotními projevy bolestivých nekrotických defektů na obou předloktích, v minimálním rozsahu také na zádech. Během první hospitalizace na naší klinice provedeny základní vstupní odběry, revmatologický screening a průbojníková excize. Vzhledem k podezření na diagnózu pyoderma gangrenosum nastavena systémová kortikoterapie s dobrou klinickou odezvou. Krátce po ukončení těhotenství se plánovaná léčba pacientky zkomplikovala náhodně zjištěnými extrémně zvýšenými jaterními testy a následnou diagnostikou akutní hepatitidy E. Úspěšné ukončení léčby hepatitidy E umožnilo přidat do medikace další imunosupresivum, s postupně se zlepšujícím lokálním nálezem. Několik měsíců poté došlo k recidivě ulcerací s přidruženým výskytem průjmů s nutností dalšího rozšíření dosavadní léčby. Při poslední hospitalizaci pro zhoršení stavu provedena kolonoskopie s nálezem obrazu IBD – idiopatického střevního zánětu.

P19

Maligní ulcerující kožní nádory

Veronika Wertzová
Klinika nemocí kožních a pohlavních, FN Hradec Králové

Určení správné etiologie ulcerace na bérci není vždy snadné. I když se ve většině případů jedná o ulceraci žilní, tepenné či smíšené cévní etiologie, je nutné v diferenciální diagnostice zvažovat i vzácnější příčiny, jako jsou neoplázie. Na ty je nutno pomýšlet zejména jedná-li se o dlouhodobě nehojící se ulceraci s navalitými, podminovanými či nekrotickými okraji, anebo pozorujeme-li přítomnost hypergranulací. V tomto případě je indikováno provést biopsii a vyloučit maligní etiologii ulcerace. Z epitelových nádorů se nejčastěji setkáváme s nemelanomovými (NMSC) kožními nádory. Do této skupiny patří spinaliom (dlaždicobuněčný karcinom) a basaliom.

Představují nejčastěji se vyskytující tumory zejména u populace se světlým typem kůže a u imunosuprimovaných osob. Jejich incidence celosvětově stoupá. Již poněkud vzácněji diagnostikujeme maligní mezenchymové nádory (Kaposiho sarkom, angiosarkom), lymfomy či amelanotický melanom, jehož diagnostika je zejména klinicky velice obtížná.

Především na bércích může být ulcerující nádor velice snadno klinicky zaměněn za ulceraci žilní etiologie a několik let takto bez efektu léčen. Je proto nutno tuto diagnózu vždy zvažovat a provést včas biopsii k histologickému vyšetření. Suspektní může být atypická lokalizace, vzhled ulcerace či současný či anamnestický výskyt dalších kožních nádorů u pacienta. Důležitá je mezioborová spolupráce zejména s onkologem a plastickým chirurgem.

Cílem přednášky je upozornit na tuto problematiku, která může být zdrojem diagnostických omylů, není-li pomýšleno na maligní etiologii ulcerací. Sdělení je koncipováno jako série krátkých kazuistik pacientů, kteří byli odesláni do naší ambulance pro chronické rány s diagnózou nehojící se bércová ulcerace žilní etiologie. Pacientům byly diagnostikovány spinaliomy, basaliomy a angiosarkom. Pacienti byli léčeni ve spolupráci s onkologem a chirurgem.

P20

Diferenciální diagnostika celulitidy bérců

Radek Litvik
Kožní oddělení, FN Ostrava

Vznik pyodermií (hnisavých kožních onemocnění) obecně závisí na přítomnosti mikroba s určitou patogenní schopností a obranyschopností kůže a celého organismu. O tom, jaký bude výsledek setkání člověka s mikroorganismem, rozhodují zejména virulence mikroba, velikost infekční dávky a schopnost organismu reagovat na vniklé agens a charakter této reakce. Z patogenních mikrobů vyvolávají pyodermie zejména stafylokoky a streptokoky. Obrana lidského organismu proti infekci se skládá z bariérové funkce kůže, z nespecifických faktorů humorálních a buněčných a ze specifické humorální a buněčné imunity. Obranyschopnost kůže proti mikrobům je komplexní, tvoří ji především bariérová funkce rohové vrstvy epidermis, která je velmi rezistentní proti infekci. Tato rezistence je určena mechanickou kontinuitou kožní bariéry rohové vrstvy, trvalou deskvamací zevních vrstev rohové vrstvy, sekrecí volných mastných kyselin a produktů degradace filaggrinu, které udržují na povrchu kůže kyselé pH a samy mají také určitý antibakteriální účinek. Velmi významným mechanismem obrany kůže proti infekci je produkce keratinocytárních antimikrobiálních pep-

tidů (zejména defenzínů), které *in vitro* usmrcují široké spektrum grampozitivních i gramnegativních bakterií, řadu hub a virů. Dále je kůže kolonizována fyziologickou mikroflórou, která produkuje antibakteriálně působící substance. Bakterie, viry a houby mohou kůží proniknout pouze tehdy, je-li její bariérová funkce porušena.

V přehledném sdělení je probrána základní diferenciální diagnostika celulitidy bérců. Jedná se především o dvě klinické jednotky: erysipel a celulitidu. Pro obě jednotky je společné, že onemocnění vznikají porušením integrity kůže, zdrojem nákazy je nemocný člověk nebo nosič, významným zdrojem je externí rezervoár bakterií: macerovaná *tinea pedis* (30–80 %) nebo hematogenní rozsev (zejména u celulitidy). Často vídáme komorbidity: hypertenzi (51 %), diabetes mellitus (36,2 %), obezitu (12,1 %) a další. Mezi predispoziční faktory patří: porušená kožní bariéra, aktivní kožní choroba v místě vstupu infekce (ekzém/dermatitidy), *tinea pedis*, macerace meziprstí, obezita, diabetes mellitus, imunosuprese, chronická venózní insuficience, nefrotický syndrom, lymfedém. Obě výše uvedené klinické jednotky mají odlišnou etiologii, klinický obraz i léčbu. Na tyto rozdíly je v přednášce kladen důraz.

P21

GLOBIAD – inkontinenční dermatitida

Andrea Pokorná, Simona Saibertová, Natália Antalová, Kamila Randová
Katedra ošetřovatelství, LF MU Brno

Úvod
Dermatitida související s inkontinencí (IAD) je specifickým typem iritační kontaktní dermatitidy charakterizované zarudnutím (erytémem) a otokem perianální anebo genitální pokožky. V některých případech je IAD doprovázeno projevy jako buly, eroze a sekundární kožní infekce.[4] Etiologie IAD je komplexní a multifaktoriální.[2] Nadměrná vlhkost pokožky, která vede k maceraci, chemickému a fyzickému podráždění pokožky, zvyšuje propustnost pokožky, a tím ohrožuje funkci kožní bariéry.[5] V klinické praxi je jedním z největších problémů odlišení tlakové léze (dekubitu) od vlhké léze (inkontinenční dermatitidy). Pro profesionální pečující je tak nezbytné mít k dispozici novou pomůcku, která jednoduchou formou napomáhá při rozhodování o typu léze.

Cíl a metody
V rámci mezinárodní validační studie byl odborníky z 80 zemí hodnocen jednoduchý nástroj pro diferenciální diagnostiku tlakových a vlhkých lézí. Ověřena byla vysoká reliabilita, senzitivita i validita nástroje, který využívá dvě základní kategorizace (trvalé zarudnutí a ztráta pokožky, které jsou následně kategorizovány do dalších dvou podskupin dle přítomnosti infekce).

Výsledky
Prevalence a incidence IAD se liší dle typu pracoviště a populace pacientů. Prevalence IAD je přibližně mezi 5,7 a 22,8 % a incidence IAD mezi 3,4 a 50 %.[4] Uvedené rozdíly mohou být vysvětleny chyběním mezinárodně odsouhlasených diagnostických kritérií a potenciální záměnou s povrchovými dekubity, nebo jinými kožními projevy.[1] Aktuální Cochrane review odhalilo významnou heterogenitu popisovaných výsledků a nástrojů ve výzkumu IAD,[3] což je mimo jiné podmíněno právě nedostatečnými znalostmi pečujících v identifikaci projevů poškození kůže a její iritace.

Závěr
Nástroj Ghent Global IAD Classification Tool (GLOBIAD) – Ghentský globální klasifikační nástroj pro IAD – je výsledkem dvouletého projektu zahrnujícího hodnocení 22 mezinárodních expertů a 823 klinických odborníků ze 30 zemí. GLOBIAD, jak bylo uvedeno výše, kategorizuje závažnost IAD na základě vizuální kontroly postižených oblastí pokožky. Jeho cílem je vytvořit mezinárodně dohodnutý popis závažnosti/stupně IAD a standardizovat dokumentaci tohoto stavu v klinické praxi a ve výzkumu. GLOBIAD je nyní k dispozici k zavedení v klinické praxi také v české verzi a jeho překlad probíhal v rámci projektu „Registr dekubitálních lézí". V aktuálně realizovaném projektu bude provedena další validační analýza na pracovištích intenzivní péče.

Literatura

1. Beeckman, D., Schoonhoven, L., Fletcher, J. et al. EPUAP classification system for pressure ulcers: European reliability study. J Adv Nurs 60, 6: 682–691, 2007.
2. Beeckman, D., Schoonhoven, L., Verhaeghe, S. et al. Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. J Adv Nurs 65, 6: 1141–1154, 2009.
3. Beeckman, D., Van Damme, N., Schoonhoven, L. et al. Interventions for preventing and treating incontinenceassociated dermatitis in adults. Cochrane Database Syst Rev 11:CD011627, 2016.
4. Gray, M., Beeckman, D., Bliss, D. Z. et al. Incontinence-associated dermatitis: a comprehensive review and update. J Wound Ostomy Continence Nurs 39, 1: 61–74, 2012.
5. Mugita, Y., Minematsu, T., Huang, L. et al. Histopathology of incontinence-associated skin lesions: inner tissue damage due to invasion of proteolytic enzymes and bacteria in macerated rat skin. PloS One 10, 9: e0138117, 2015.
6. Pokorná, A., Buřilová, P., Saibertová, S. et al. Souhrn doporučení a postupů v prevenci a péči o pacienty s tlakovou lézí (dekubitem). Praha: Euroverlag, 2018.

Práce vznikla na Masarykově univerzitě v rámci projektu „Faktory determinující vznik a hojení ran v intenzivní péči – rizikové faktory odpovídající diferenciální diagnostiky (akronym RIFADIAG)" číslo 1463/2018 podpořeného z prostředků účelové podpory na specifický vysokoškolský výzkum, kterou poskytlo MŠMT v roce 2019.

P22

Proces budování centra pro léčbu ran v ČR

Lenka Krupová[1,2]
[1]Ústav ošetřovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita
[2]Kožní oddělení, FN Ostrava

Úvod
Nehojící se rány zahrnují celou řadu etiologií a péče o každý typ rány vyžaduje různé odborné znalosti se specifickými požadavky na léčbu. Opožděná nebo nevhodná péče může vést ke komplikacím, které přispívají k negativnímu ovlivnění kvality života a nadměrnému zvýšení nákladů na zdravotní péči. Pro zajištění kvalitní péče o rány je nezbytný systematický přístup realizovaný implementací komplexního programu. V tomto směru je ve světě běžným trendem zřizování center péče o rány (WHC – Wound Healing Center). Centrum péče o rány může být realizováno v různých formách – od malých klinik po velké nemocniční systémy. Vzrůstající počet center pro léčbu ran odráží trend směřování ke specializované péči poskytované na jednom místě nebo v jedné instituci. Bez ohledu na fyzické umístění centra je nejdůležitějším faktorem úspěchu multidisciplinární přístup. Tento model není novým konceptem a byl poprvé popularizován a podporován v péči o pacienty s rakovinou.

Cíl
Cílem sdělení je komplexní rozvaha nad benefity a riziky založení Centra pro léčbu ran v České republice. Systematická multioborová péče může kromě výrazných pozitiv přinést také problémy například při organizaci a vykazování péče, administrativní zatížení, řešení různorodých názorů na terapii mezi jednotlivými odborníky atd. Pro zmírnění rizik je možné se opřít o značný rozvoj v oblasti informačních technologií a využít zkušeností odborníků ze zahraničí.

Závěr
Multidisciplinární přístup k péči o rány je nejdůležitějším prvkem úspěchu centra péče o rány, protože žádná jednotlivá odbornost není dostatečně vybavena znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi, aby zajistila komplexní péči o rány. Členové multidisciplinárního týmu řeší patologické procesy, které se podílí na vzniku nehojících se ran, přičemž každý hraje v procesu hojení důležitou roli. Centrum péče o rány představuje efektivní formu, jak multidisciplinární specializovanou péči zorganizovat a zajistit pacientům.

P23

Rány léčené, vyléčené a nedohojené – děláme maximum?

Radek Doležel[1,2,3]
[1]Chirurgická klinika, 2. LF UK a Ústřední vojenská fakultní nemocnice, Praha
[2]Ústav fyziologie a genetiky živočichů, AV ČR, Liběchov
[3]Klinika popáleninové medicíny, FN Královské Vinohrady, Praha

Souvislosti
Léčba nehojících se defektů bývá ošidná; někdy vyhráváte, jindy prohráváte. Pacientům dává léčba naději, že se jejich defekt zlepší nebo dokonce vyhojí. Celá řada pacientů je však léčena symptomaticky, nikoliv kauzálně. Přitom kauzální léčba by dokázala zabránit recidivám. Občas hojení brání pacientova anosognosie. Při hospitalizační léčbě by měl ošetřující lékař využít všechny možnosti, jak hojení zlepšit (nutrice, rehabilitace, analgoterapie), ale především by měl pacientovi šetrně vysvětlit, proč se defekt nehojí a co je třeba, aby změnil (životosprávu, prostředí apod.). Často však k tomu chybí kuráž, čas nebo i motivace. Řada pracovišť je nucena propustit pacienty s ještě nedohojeným defektem, s tím, že si je převezme domácí péče a pacienti budou dozorováni ambulantně. Tento okamžik (střídání stráží) však bývá často kritickou změnou k horšímu a na vině nejsou vždy jen domácí péče. Chybí komunikace ven z nemocnice a časná zpětná vazba. Mnohdy chybí i dostatek materiálu a pacienti se točí v bludném kruhu tzv. léčby.

Závěr
Autor si v přednášce všímá úskalí jednotlivých etap při léčbě pacientů s defekty. Při léčbě rány někdy zapomínáme na pacienta (medicínsky i sociálně), ale bez jeho účasti to prostě nejde! Podílí-li se na převazech více zdravotníků, rána se hojí tempem podle nejslabšího z nich. I přes vyléčení rány je třeba zůstat ostražitý a pacienty ihned neostrakizovat. Přechod pacienta do jiné péče by měl být co nejvíce plynulý s diskusí všech, kteří o něj t.č. pečují. Někdy chybuje lékař, někdy sestra, někdy rodina, někdy domácí péče, někdy pacient, a často všichni, protože spolu prostě nemluví.

P24

Cerdak v ambulantní chirurgii

Hana Varechová
CHIRURGIE MARANN s.r.o., Příbor

S léčbou ran, akutních či chronických, se setkáváme v každodenní praxi kteréhokoli oboru medicíny. Je obecně známo, že rány můžeme rozdělit do několika druhů. Každá rána vyžaduje specifický přístup dle typu, současně je třeba respektovat individualitu každého pacienta.

V současné době je na trhu velké množství materiálů k hojení ran, a to jak konvenčních, tak materiálů tzv. vlhké terapie.

Správným použití vhodného materiálu získáme přínos pro všechny zúčastněné. Dochází ke snížení nákladů na léčbu, zmírnění pracovního zatížení personálu, ale hlavně zvýšíme komfort a kvalitu života nemocného, a to i tehdy, máme-li pacienta s nevyléčitelným defektem. Jistě nezatracujeme využití klasických materiálů a léčebných postupů, neboť i ty mají své nezastupitelné místo v hojení ran.

Na příkladu dvou krátkých kazuistik ze svého pracoviště Vám chci ukázat výhody využití preparátu Cerdak v hojení ran a popálenin.

P25

RANDE – nejen pro seniory a o seniorech

Andrea Turková, Hana Pekárková
Pracoviště ošetřovatelské péče s.r.o., Hradec Králové

Rande a domácí péče spolu úzce souvisí, a to bez ohledu na věk pacienta. Úrazy, ale i nemoci se nevyhýbají nikomu, tudíž se nikdo nevyhne ani Rande. Na rande chodíme do cukrárny, do kina, do ZOO, ale v našem pojetí chodíme na Rande do nemocnic, ambulancí a my domů do vlastního sociálního prostředí pacientů. Problematikou Rande se zabýváme již víc jak 25 let a stále se setkáváme se zajímavými případy, příběhy lidí, rodin i komunit. V poslední době se stále více setkáváme s bezdomovci nejen seniorského věku, kteří potřebují čím dál více péče, a to včetně převazu, i s nimi chodíme na Rande. Často převazujeme venku na ulici, jelikož jejich život má svá specifika, stejně tak jako některá zařízení, která se o tuto komunitu starají – a to je velký problém. V péči o tuto specifickou komunitu je potřeba spolupráce všech, a to jak terénních pracovníků z oblasti zdravotní, tak sociální péče, ale i sociální práce. Tudíž potřebuje spolupráci měst, obcí, jejich sociálních pracovníků a mnoha dalších.

Náročná je péče o dětské pacienty, i s nimi chodíme na Rande. Velice často jsou to poúrazové stavy, ale i péče o dětské hemofiliky je velice náročná.

Bohužel také ještě převládají názory, že bychom měli na Rande chodit s framykoinovým zásypem. „Rozjímáme" s lékaři, zda na ten či onen převaz stačí takový či onaký časový výkon, zda nespotřebováváme moc nebo málo primárního, ale i sekundárního krytí.

A nějaká ta statistika na konec.

Tabulka 1: Pracoviště ošetřovatelské péče s.r.o., Hradec Králové

rok	počet pacientů	počet převazů
2013	388	30 914
2014	430	33 436
2015	466	32 205
2016	507	35 437
2017	493	35 491
2018	530	39 066

P26

Současné možnosti paliativní péče v intenzivní medicíně

Nikola Ševčíková
Klinika popálenin a plastické chirurgie, FN Brno

Paliativní péče je relativně nová medicinská disciplína, která byla paradoxně implikována v souvislosti se zkvalitněním postupů moderní intenzivní medicíny.

Zdravotničtí pracovníci se setkávají se smrtí v rámci své profese poměrně často. Jejich pohled je ovlivněn „vítěznou" medicínou, která chápe konec lidského života jako prohru. Moderní technologie používané v medicíně mnohdy přinášejí prolongované umírání nebo bolestivé přežívání neslučitelné se životem. Lékařům se doporučuje, aby si byli vědomi svých možností a nepřekračovali je. Jestliže je naprosto jasné, že život nemůže být obnoven a zachován, je zbytečné udržovat vegetativní stav, případně používat všechny možné dostupné prostředky k udržení stavu. Lékař se snaží pomáhat v procesu života, ne bránit v procesu umírání. V žádném případě však nesmí ukončit pacientův život aktivním způsobem.

P27

Dokument EWMA: Infekční komplikace v místě chirurgického výkonu

Jan Stryja
Salvatella s.r.o., Třinec

Úvod

Nový dokument Evropské asociace pro léčbu ran vznikl jako konsensus odborné pracovní skupiny, která provedla syntézu platných mezinárodních doporučených postupů, literárních review a metaanalýz publikovaných studií s důrazem na ověření jejich závěrů metodami medicíny založené na důkazech. Dokument oficiálně bude publikován na konferenci EWMA v Göteborgu v červnu 2019.

Definice

Infekce v místě chirurgického výkonu (SSI) jsou definovány jako infekční komplikace, které vznikají do 30 dnů od invazivního výkonu v místě chirurgické incize. SSI mohou zahrnovat kůži, měkké tkáně v podkoží, fascie, svalovou vrstvu, orgány nebo anatomické prostory na orgány přiléhající – dle rozsahu infekce rozlišujeme povrchní SSI (kůže + podkoží, tvoří asi 50 % SSI), hluboké SSI (kůže, podkoží, fascie, svaly, tvoří asi 30 % hlášených infekcí) a orgánové SSI (včetně orgánů a přiléhajících anatomických prostorů, tvoří asi 20 % hlášených SSI). V případě chirurgických výkonů s ponechaným implantátem do skupiny SSI řadíme infekce vzniklé do jednoho roku od operačního výkonu. Vznik SSI je podmíněn kontaminací operačního pole a rány na konci chirurgického výkonu. SSI tvoří

asi 20 % tzv. infekcí asociovaných s poskytováním zdravotní péče. Dle WHO je asi 60 % SSI preventabilních a jejich negativním dopadům na pacienta i zdravotní systém lze předejít.

Incidence
Infekce v místě chirurgického výkonu představují závažnou komplikaci zdravotní péče. Mají závažné následky pro pacienta i zdravotnický tým, jejich léčba je nákladná (dodatečné průměrné náklady na terapii se pohybují mezi 800–6 600 £/případ). SSI patří mezi komplikace, které podléhají povinnému hlášení. Přesto jsou data o incidenci SSI považována celosvětově za výrazně podhodnocená, k jejich klinické manifestaci dochází často až po propuštění pacienta do domácího ošetřování a v současnosti neexistuje systém povinného hlášení SSI v komunitní péči.

Diagnostika
SSI diagnostikujeme na základě přítomnosti klinických známek a symptomů, které jsou pro přítomnost SSI typické (ECDC 2016). Známky ranné infekce se obvykle manifestují v prvním týdnu po operačním výkonu. Patří mezi ně: hnisavá ranná sekrece, (zvýšení) bolesti v ráně nebo citlivost rány, lokalizovaný otok, zarudnutí a zvýšená teplota v místě operačního výkonu, pooperační febrilie, dehiscence incize, pozitivní nález mikroorganismů izolovaných ze stěrů z rány, prokázaná flegmóna nebo absces v ráně. Mezi nejčastější původce SSI patří *Staphylococcus aureus*, β hemolytické streptokoky skupiny A, C a G, *Enterobacteriaceae*, *Escherichia coli*, případně mykobaktéria, aktinomycety a plísně (hluboké SSI komplikované osteomyelitidou). Cílem mikrobiologického vyšetření je identifikace původce infekce v biologickém materiálu odeslaném do laboratoře. U povrchní SSI se slabou rannou sekrecí jsou indikovány stěry z rány (z kožního povrchu v místě operační rány nebo stěr z rány po jejím rozpuštění), nebo stěry hnisavého sekretu z rány. K průkazu původce hluboké SSI je doporučeno provést stěr hnisavého sekretu z rány, vyšetření biopsie infikovaných tkání, mikrobiologické vyšetření explantovaných graftů či náhrad, peroperační biopsie kostí a měkkých tkání z okolí, stěry z dutin po vyjmutí implantátů, perkutánní biopsie kostí či aspiráty kolekcí v tzv. mrtvém prostoru. Odběr vzorku by měl být proveden vždy ještě před nasazením antibiotické terapie. Čím je větší objem odebraného vzorku kolekce tekutiny, tím déle ve vzorku přežívají anaerobní kmeny.

Rizikové faktory
Výskyt SSI je ovlivněn řadou faktorů. První skupinu tvoří tzv. systémové rizikové faktory spojené s pacientem – věk, obezita, komorbidity – diabetes mellitus, protinádorová terapie (aktino a chemoterapie), malnutrice, vedlejší účinek terapie kortikosteroidy, kouření. Druhá skupina rizikových faktorů je spojena se samotnou ránou (specifické anatomické lokalizace, úroveň možné kontaminace rány – klasifikace rány na čisté, čisté-kon-

KAZUISTIKY V ANGIOLOGII
www.geum.org

taminované, kontaminované a infikované), třetí skupina souvisí s chirurgickým týmem (dodržení zásad asepse a antisepse, šetrná operační technika, délka operace) a čtvrtá s pooperační péčí. Diabetes mellitus představuje závažnou komorbiditu, která zvyšuje vnímavost pacienta vůči infekci z řady důvodů: hypoperfuze tkání z důvodu mikroangiopatie, horší dostupnost antibiotik v cílových tkáních, získaný imunodeficit (dysfunkce leukocytů v rámci diabetu), vyšší frekvence invazivních výkonů z důvodu jiných komplikací diabetu (nutnost hemodialýzy, s.c. aplikace inzulínu), polyneuropatií indukované vyšší riziko arteficiálního poranění kůže a měkkých tkání), hyperglykemií indukovaný častější výskyt dermatomykóz u diabetiků. Diabetes mellitus byl potvrzen jako rizikový faktor zvyšující incidenci SSI u všech typů operačních výkonů. Specifickým preventivním krokem u diabetiků je perioperační monitorace glykemie, která by neměla být vyšší než 11 mmol/l.

Management SSI spočívá v preventivních opatřeních (především minimalizace počtu mikroorganismů, které by se mohly dostat do místa operačního výkonu – antiseptická příprava kůže pacienta a operačního týmu, aseptická operační technika, profylaktická antibiotická terapie, minimalizace případného poškození tkání operační technikou, zamezení perooperační hypoperfuzi tkání, udržení tělesné teploty pacienta, prevence pooperační kontaminace místa incize) a časné a efektivní terapii ranné infekce (débridement rány, terapie rány kontrolovaným podtlakem, otevřené ošetřování rozpuštěné rány, terapeutická antibiotická léčba, hyperbaroxie atd.).

Dokument bude od září 2019 k dispozici na webových stránkách EWMA **www.ewma.org.**

P28

Infikovaná poranění v bojových misích, léčebné postupy

Martin Oberreiter
Vojenská nemocnice, Brno

Autor prezentuje postup při ošetřování válečného poranění zaměřeného nejen na prevenci a léčbu infekčních komplikací. Navzdory stále častěji objevujícímu se tématu válečných poranění na lékařských konferencích není naštěstí tento typ traumatu na území ČR dosud běžným. Téma bude uvedeno a podloženo stručným představením dat z americké vojenské medicínské databáze JTS (Joint Trauma System – The Department of Defense Center of Exellence for Trauma)[1]. Z této databáze je zřejmé, že největší podíl přijímaných poraněných do vojenských zdravotnických zařízení na územích válečných konfliktů jsou vojáci s diagnózou blast traumatu – poranění výbuchem. V další části se autor již na základě vlastní zkušenosti z mise v Afghánistánu věnuje příkladu poraněného výbuchem a prezentuje soubor specifických postupů a opatření v léčebném procesu. Prevence infekčních komplikací spočívá v dodržování těchto postupů od místa výbuchu až po jednotku intenzivní péče. Takto poraněného je nutné ošetřit bezprostředně, bez zbytečné prodlevy, zkušeným a sehraným zdravotnickým personálem, v dobře vybaveném zdravotnickém zařízení, s dostatečným množstvím krevních derivátů, ideálně s možností aplikace tzv. plné krve. Organizace logistiky a dalších opatření mezi místem poranění a zdravotnickým zařízením, jenž má zásadní podíl na úspěšném ošetření raněného, je již nad rámec této prezentace ponecháno do ev. diskuse.

Literatura

1. https://jts.amedd.army.mil/

P29

Ranné komplikace v České republice – data z Národního zdravotnického informačního systému

Jan Stryja[1], Andrea Pokorná[2]
[1]Salvatella s.r.o., Třinec
[2]Katedra ošetřovatelství, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno

Úvod

Ve sdělení prezentujeme analýzu dat zpracovanou Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky prostřednictvím Národního registru hrazených zdravotnických služeb za rok 2017. Získaná data byla podrobena statistické analýze.

Podle Národního registru hrazených zdravotnických služeb bylo v roce 2015 léčeno pro ranné komplikace a infekci akutní rány 22 854 pacientů. V následujících letech měl počet pacientů vzrůstající trend (v roce 2016 23 292 pacientů, v roce 2017 23 341 pacientů, z toho 13 541 pacientů (58 %) bylo léčeno za hospitalizace a následně ambulantně, 8 305 pacientů (35,6 %) bylo léčeno pouze ambulantně). 13 408 pacientů bylo léčeno s diagnózou T81,4 (infekce po výkonu), 4 476 pacientů s diagnózou T81,3 (dehiscence operační rány), 2 320 pacientek mělo diagnostikovánu infekci v souvislosti s porodem (v místě císařského řezu, na perineu a v místě jiné rány). Infekce amputačního pahýlu byla diagnostikována u 373 pacientů a pooperační stav u 2 152 pacientů s implantovanou endoprotézou byl komplikován infekcí a zánětlivou reakcí.

Ranné komplikace byly v roce 2017 nejčastější ve věku 60–80 let, další nárůst incidence byl pak zaznamenán u žen kolem 30 let věku v souvislosti s komplikacemi po porodu a šestinedělí. U většiny diagnóz bylo zastoupení žen a mužů stejné, s výjimkou infekcí amputačního pahýlu (69 % muži, 31 % ženy), infekcí v souvislosti s implantací chlopně (76 % muži, 24 % ženy) a infekcemi implantátů a graftů pohlavního systému (38 % muži, 63 % ženy). Délka hospitalizace se pohybovala v rozmezí 2 až 34 dnů, průměrně pak 15 dnů u mužů a 14 dnů u žen. Jako nejčastější komorbidity byly popsány: sepse, malignity, diabetes mellitus, onemocnění cévního a trávicího systému. U hospitalizovaných pacientů: 45 % pacientů s SSI bylo léčeno na standardních odděleních všeobecné chirurgie, 18 % na chirurgických JIP, 12 % na ortopedických odděleních, 8 % na gynekologických, 7,3 % na internách a 5 % na ARO. Am-

bulantní léčba byla poskytována ve 41 % případů chirurgem, ve 20 % lékařem intenzivní péče, ve 14,4 % gynekologem a ve 12,6 % ortopedem.

Nejvyšší mortalita byla zaznamenána u infikovaných ran s přítomným implantátem nebo štěpem pohlavního traktu (11 %), infekci amputačního pahýlu (9 %) a ranných dehiscencí (7 %). Jako příčina smrti byla ve zdravotnické dokumentaci nejčastěji uváděna: ischemická choroba srdeční (9,9 %), kolorektální karcinom (7,2 %), srdeční selhání (5,8 %), sepse (5,6 %) a diabetes mellitus 2. typu (3 %).

P30

Využití krytí StopBac v léčbě popálenin

Romana Vrátná, Miroslava Horešovská
Klinika popáleninové medicíny a rekonstrukční chirurgie, FN Ostrava

Úvod

Popáleninové trauma patří k jednomu k nejzávažnějších a nejkomplikovanějších úrazů obecně. I přes pokroky v prevenci šíření nozokomiálních nákaz, jejich včasné detekci, možnosti antibiotické terapie, imunonutrici a díky časné nekrektomii a uzávěru vzniklého defektu mají dnes infekční komplikace u popálených pacientů stále dominantní podíl na letalitě.[1]

Zdravá intaktní kůže obsahuje přibližně 10^3 mikroorganismů bez známek infekce. Každá popálená plocha je bezprostředně po termickém traumatu sterilní, protože termická noxa ovlivní stejně buňky eukaryontní (keratinocyty) a prokaryontní (bakterie). Nicméně vzhledem ke krátkému generačnímu poločasu bakterií dochází k přerůstání (overgrowing) na popálené ploše a jejich počet se zvyšuje nad hodnotu 10^3.[2] Již v této fázi jsou mikroorganismy detekovatelné. Zpravidla se jedná primárně o grampozitivní koky (primárně endogenní mikroorganismy) a v průběhu hospitalizace zejména selekčním tlakem antibiotik dochází k mikrobiologické konverzi na popálené ploše gramnegativními kmeny bakterií (sekundárně endogenní a exogenní mikroorganismy). Při překročení určité kritické hodnoty dochází k lokální infekci.[2]

Rozvoj infekce v oblasti akutní rány (popálené plochy) vede vždy ke zpomalení fázového postupu v hojení rány, což má za následek zvýšení morbidity, letality a délky hospitalizace, která vede také k nárůstu ekonomických nákladů na terapii. Z pohledu rozvoje infekčních komplikací patří pacienti s vážnou nebo kritickou popáleninou k nejohroženější skupině vůbec. Nekrotická tkáň vznikající v důsledku popálení představuje excelentní růstové médium pro bakterie, ale také pro kvasinky a plísně.[3]

K detekci infekce v popálené ploše vyžíváme kvantitativní – otiskovou metodu, která umožňuje hodnotit množství mikroorganismů, a tedy i účinnost vlastní antibiotické terapie. Nevýhodou této metody je nemožnost záchytu anaerobů, proto je vhodné metodu otiskovou doplnit o „klasické" stěry z popálených ploch.[4]

Stejné výsledky dokazují i studie kolegů (Chovance, Veverkové, Votavy a Svobody)[5], že otisková metoda na filtrační papír patří mezi neinvazivní metody odběru na mikrobiologické vyšetření ran. Výsledky dosažené touto metodou u 100 chirurgických ran byly porovnány s výsledky dosaženými jednoduchým stěrem z rány jako zlatým standardem a vyhodnoceny McNemarovým testem. Výsledek vyvrací hypotézu stěru jako zlatého standardu a potvrzuje předpoklad přesnějšího výsledku získaného pomocí otiskové metody.[5]

Antibakteriální krytí s obsahem stříbra mají dlouhodobě svůj význam v použití terapie ranné infekce v popálené ploše, zároveň poskytují účinné a komfortní krytí rány. V neposlední řadě poskytují vysoce antibakteriální ochranu, tady razantně redukují výskyt bakterií a brání průniku vnější bakteriální infekce.

Dostupné kryty se stříbrem na trhu v ČR:

- Aquacel Ag (ConvaTec)
- Askina Calgitrol Ag (B. Braun)
- Atrauman Ag (Hartmann-Rico)
- Mepilex Ag (Mönlycke Health Care)
- Silvercel (Systagenix)
- Suprasorb Ag (Lohmann-Rauscher)
- UrgoCell Ag (Urgo Medical)

Inovativní nanotechnologie StopBac STERILE

Inovativní hypoalergenní chirurgické krytí ran StopBac STERILE je založené na unikátní patentované nanotechnologii solgelu. Organicko-anorganický hybridní oligomer s kationty stříbra vázanými v roztoku s obsahem dusičnanu stříbrného zajišťuje dlouhodobý antimikrobiální účinek, a to i na řadu kmenů odolných vůči antibiotikům. Nositeli vlastního antimikrobiálního účinku jsou jak kationty stříbra, které způsobují ireverzibilní změny bakteriálních buněk a buněčnou smrt, tak i samotný sol, čímž se účinek synergicky zvyšuje.

V terapii popálenin se StopBac STERILE svými vlastnostmi řadí mezi prosté nemodifikované krytí a vlhké hojení. StopBac STERILE představuje ideální preventivní bariérovou ochranu proti kontaminaci. Zabraňuje vzniku infekce a zmírňuje již existující infekční komplikace, které zvyšují morbiditu a vedou k mnohonásobnému prodražení léčby.[6]

StopBac STERILE je český produkt vyráběný společností Grade Medical. Ta je vlastníkem výrobního know-how, založeného na unikátním roztoku s obsahem dusičnanu stříbrného, který je nanášen na polštářek z netkané textilie pomocí vlastních technologických linek metodou sprejové atomizace. Právě díky této unikátní metodě dosahuje produkt tak dobré hodnoty antibakteriální účinnosti. V portfoliu StopBac STERILE jsou aktuálně pooperační kryty včetně voděodolného provedení Aquastop a kryty na chronické rány bez adhezivního okraje.

Metodika, výsledky

Zkušenosti s použitím krytí StopBac. Kompresy Lite byly použity u celkem 15 pacientů.

- Rány vždy zhojeny bez známek infektu, bez zpomalené fáze hojení.
- Jednoznačným benefitem je cena produktu.

Nikdy nebyla zaznamenána alergická reakce či zánětlivá reakce v okolí rány.

Závěr
Z pohledu rozvoje infekčních komplikací patří pacienti s vážnou nebo kritickou popáleninou k nejohroženější skupině vůbec. Krytí ran se stříbrem je vhodné pro prevenci komplikací při hojení ran a pro léčbu popálenin. Aktivita antibakteriální je vysoká, žádné kontraindikace ani alergické reakce nebyly prokázány. Z ekonomického pohledu představuje krytí StopBac jednoznačně výborný poměr cena/výkon.

Literatura

1. Sheridan, R. L., Ryan, C. M., Yin, L. M. et al. Death in the burn unit: Sterile multiple organ failure. Burns 24, 4: 307–311, 1998.
2. Lipový, B., Hanslianová, M., Řihová, H. et al. Bakteriologická diverzita akutní a chronické rány. Hojení ran 4, 2: 25–30, 2010.
3. Lipový, B., Hanslianová, M., Gregorová, N. et al. Mikrobiologický profil popálené plochy u dětí. Nozokomiální nákazy 9, 4: 11–14, 2010.
4. Pražský, B. Otisková metoda v mikrobiologii ran. Zdravotnictví a medicína (online: https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/otiskova-metoda-v-mikrobiologii-ran-472270). [cit. 8. 3. 2019]
5. Chovanec, Z., Veverková, L., Votava, M., Svoboda, M. Odběr vzorku na mikrobiologické zpracování z rány v chirurgické praxi. Srovnání stěrové a otiskové metody. Hojení ran 5, 1: 31, 2011.
6. StopBac sterile (online: www.stopbac.cz) [cit. 8. 3. 2019].

P31

Využití alternativních přípravků v hojení pooperačních ran

Anna Kulakovská
Neurochirurgie, Nemocnice Pardubického kraje, a.s.

Pooperační rány patří mezi jednu z nejpočetněji zastoupených skupin ran. Problematika jejich hojení je velmi různorodá a často i přes nejmodernější přístupy a materiály k jejich úplnému zhojení nedojde. Tato kazuistika poukazuje na možné úspěšné využití méně konvenčních přípravků v hojení ran.

Dvouletý chlapec, bydlí s rodiči a starším sourozencem. Gravidita a porod bez komplikací, očkován dle očkovacího kalendáře, bez předchozích úrazů, vážných onemocnění, mateřskou školu zatím nenavštěvuje, psychomotorický vývoj v normě.

7. 4. 2018 byl chlapec pokousán vlastním psem rasy rotvajler. Pes mu odkousnul helix boltce pravého ucha, který rodiče donesli s sebou v ledu na ORL pohotovost. Chlapec bez ztráty vědomí, uhození hlavy, významného krvácení. Pes řádně očkován. Ztrátové poranění ihned indikováno k replantační operaci týž den.

Po výkonu nasazeny profylakticky antibiotika i.v., klid na lůžku, na ráně sterilní krytí do lehké komprese. 10. 4. 2018 boltec začínal vykazovat první známky černé nekrózy, fialové zbarvení, na hraně boltce otok, známky odlupující se kůže, rána bez krvácení, sekrece, stehy in situ. Převazy byly prováděny ob den sterilním krytím do lehké komprese. Proběhl převod pacienta na perorální antibiotika a dimise do domácího prostředí. Matka začala dvakrát denně promazávat boltec konopným olejem a ránu po každém promazání převazovala sterilním krytím. Převazy pokračovaly každý druhý den na ORL ambulanci, černá nekróza se začala odlučovat, na ránu byl užit Grassolind, sterilní krytí, lehká komprese. 23. 4. 2018 se černá nekróza zcela odloučila, rána bez krvácení, sekrece. Boltec zcela přihojen.

Přes prvotní dojem alternativního přístupu v hojení ran došlo k rychlému a plnému zhojení pooperační rány hojící se per secundam. Komplikace nutno přikládat na vrub také akrálnímu umístění rány a zhoršenému prokrvení. Účinkům konopných přípravků na kůži se prozatím nevěnoval dostatek studií, přesto u některých přípravků empirie hovoří jasně – nezvyšují riziko infekcí, napomáhají hojení, zmírňují otok a bolest.

P32

Jak racionálně diagnostikovat postižení tepen u kritické končetinové ischemie?

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

Zahojení trofického defektu periferie dolní končetiny je podmíněno dvěma faktory:
1. adekvátním lokálním ošetřování defektu
2. normální perfuzí periferie končetiny

Hojící se defekt má cca 5–6× vyšší spotřebu kyslíku než zdravá tkáň. Takový stupeň zásobování periferie končetiny jsou schopny zajistit pouze volně průchodné a normálně široké magistrální tepny končetiny, jakkoliv dostatečně vyvinutá kolaterální síť není schopna takový rozsah perfuze zajistit. Integrální součástí léčby trofického defektu musí tedy být přesná diagnostika stavu tepen dolních končetin jako výchozí bod k případné invazivní terapii.

V dnešní době jsou k dispozici následující zobrazovací metody: dopplerovská sonografie, CT angiografie, MR angiografie a „klasická" angiografie. Dopplerovská sonografie je zcela neinvazivní metoda, pomocí které je zkušený vyšetřující schopen přesně určit přímo rozsah postižení po úroveň podkolenní tepny a nepřímo i tepen bérce. Nevýhodou je absence přehledného zobrazení tepenného systému. CT angiografie je neinvazivní metoda, která nahradila „klasickou" diagnostickou angiografii. Poskytuje přehledné zobrazení tepenného systému s vysokou přesností po úroveň podkolenní tepny. Nevýhodou je poměrně vysoká radiační zátěž, nutnost podávání nefrotoxické kontrastní látky a zkreslení výsledků přítomností kalcifikovaných plaků a mediokalcinózy. MR angiografie je neinvazivní metoda podobná CT angiografii, oproti CT je výhodou absence radiační zátěže a podávání kontrastní látky bez jódu. Zásadní nevýhodou je ovšem horší kvalita zobrazení, délka vyšetření, cena a v neposlední řadě nedostatečná dostupnost. „Klasická" angiografie je invazivní vyšetření poskytující nejpřesnější zobrazení tepen bérce. Zásadní nevýhodou je invazivita vyšetření s možností výskytu krvácivých nebo trombotických komplikací, radiační zátěž a nutnost podávání nefrotoxické kontrastní látky s jódem.

Skupinu pacientů s kritickou končetinovou ischemií lze charakterizovat následovně: 80 % tvoří pacienti s diabetes mellitus, typickým projevem tohoto onemocnění je přítomnost hrubě kalcifikovaných aterosklerotických plaků a mediokalcinózy. Pouze 5 % pacientů má významné změny pánevního řečiště, cca 50 % femoropopliteálního úseku a až 95 % má významné změny tepen bérce. Z těchto skutečností a z charakteristiky jednotlivých zobrazovacích metod vyplývá následující: **při prvním záchytu pacienta s trofickým defektem dolní končetiny prvním zobrazovacím vyšetřením musí být dopplerovská ultrasonografie**. Optimální je stav, kdy vyšetření je provedeno na pracovišti provádějícím invazivní terapii (endovaskulární zákroky, cévní chirurgie). Zhodnotí-li vyšetřující lékař, že změny jsou endovaskulárně řešitelné, pacient je objednán k angiografii s terapeutickým endovaskulárním výkonem – cesta od diagnostiky po revaskularizační terapii je zkrácena na minimum. Jsou-li prokázané změny k endovaskulárnímu řešení nevhodné a/nebo je podezření na postižení pánevních tepen, je indikováno provedení CT angiografie. Zásadní chybou je indikovat toto vyšetření jako první. MR angiografie běžně indikovaná není, může být využita u pacientů s jednoznačně prokázanou alergií na jódovou kontrastní látku. Je-li to nezbytně nutné, lze v nejasných případech indikovat provedení „klasické" angiografie, ovšem pouze na pracovišti, kde je možnost provedení endovaskulárního zákroku v jedné době.

Metodou volby při kontrolách po revaskularizačních zákrocích je dopplerovská sonografie, při patologických a nejasných nálezech CT angiografie.

Výše prezentovaný vyšetřovací algoritmus přináší následující výhody: zkrácení diagnostického procesu na nezbytné minimum, minimalizace radiační zátěže a nefrotoxického vlivu používaných kontrastních látek při vysoké diagnostické výtěžnosti zobrazovacích metod. Dodržení tohoto postupu je možné pouze na pracovištích s vysoce erudovaným personálem a špičkovým technickým zázemím.

P33

Komplexní léčba venózních bércových ulcerací

Veronika Slonková
1. dermatovenerologická klinika, LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Bércové ulcerace žilní etiologie představují závažný zdravotní problém. Jejich prevalence se udává 1–2 % populace. Bércové ulcerace výrazně snižují kvalitu života pacientů.

Konzervativní léčba žilních bércových vředů zahrnuje lokální terapii, farmakologickou terapii a kompresi.

Lokální terapie vychází z obecných principů hojení ran. Velký význam má příprava spodiny rány – je třeba provést débridement, dále je nutno léčit infekci a zánět v ráně, poté je nezbytné udržet v ráně stále vlhké prostředí a konečně je třeba podpořit epitelizaci.

Ve farmakologické léčbě se uplatňuje mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce (MPFF), pentoxifyllin a sulodexid. V roce 2018 byla publikována nová doporučení pro léčbu CVD. Došlo ke změně klasifikace venoaktivních léků (VAD) s ohledem na jejich účinnost a bezpečnost. Mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce (MPFF) zůstává jediným VAD, který je doporučován u léčby žilních bércových vředů.

Kompresivní terapie je základem léčby bércových vředů žilní etiologie. Standardně se doporučuje vícevrstevná komprese s použitím krátkotažných obinadel, polstrovacího materiálu a bavlněného tubulárního obvazu. Problémem je špatná compliance pacientů s tímto typem komprese. Proto byly vyvinuty nové způsoby komprese, a to kompresivní systémy obinadel a kompresivní pomůcky. Kompresivní systémy obinadel jsou složeny z různých materiálů, jsou tvořeny více vrstvami a jsou neelastické. Vždy je aplikuje proškolený zdravotní personál, zůstávají na končetině po dobu 5–7 dnů a vedou k rychlému hojení ulcerací. Kompresivní pomůcky jsou na rozdíl od výše zmíněných kompresivních systémů určeny na opakované použití. Jejich hlavní předností je jednoduchá aplikace pacientem, přičemž je vždy zajištěn adekvátní tlak pod bandáží. Nové možnosti komprese výrazně zlepšují adherenci pacienta k léčbě a urychlují hojení žilních bércových vředů.

P34

Možnosti nutriční podpory v léčbě chronických ran

Drahomíra Vrzalová
2. interní klinika gastroenterologická a geriatrická, LF UP a FN Olomouc

Vyšetření stavu výživy a následná nutriční podpora je nedílnou součástí léčby pacienta s chronickou ránou. Často jde o starší nemocné s dalšími komorbiditami, u kterých je podvýživa velmi častá. Přítomnost rány může zvyšovat požadavky na přísun energie, proteinů, vitamínů a stopových prvků. Základním krokem je zjištění stravovacích návyků nemocného. Při nevhodném či nedostatečném složení přijímané stravy je nezbytné provést změny v jídelníčku ve spolupráci s nutričním terapeutem, případně obohatit stravu modulárními dietetiky obsahující samostatně proteiny.

Nutriční suplement formou popíjení ochucených přípravků enterální výživy je velmi často využíván u nemocných s chronickými ranami. Preferovány jsou přípravky s navýšeným množstvím bílkovin, argininu, vitamínů C, E, A, zvýšeným množstvím zinku a energie. Další možností je až několikatýdenní aplikace sondové enterální výživy, podávané nejčastěji v nočním režimu jako doplněk k běžné stravě. U nemocného nepřijímajícího stravu perorálně bývá nutno zavést perkutánní endoskopickou gastrostomii či jejunostomii, na které pak nemocný dlouhodobě profituje.

Doplňková parenterální výživa podávaná do tunelizovaných katétrů či portkatétrů je indikována v případě závažné poruchy výživy. Totální parenterální výživa je aplikována při

rozvoji mnohočetných píštělí, dehiscence velkých operacích ran.

V přednášce je podán souhrn možností aplikace enterální a parenterální výživy, cesty podání, volba preparátů s poukazem na pozitivní vlastní výsledky.

P35

Projekt EWMA: Život s chronickou ránou
Projekt EPUAP: Edukační videa

Jan Stryja[1], Andrea Pokorná[2]
[1]Salvatella s.r.o., Třinec
[2]Katedra ošetřovatelství, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita

Projekt Evropské asociace managementu ran „Living with a chronic wound" je zaměřen na osobní zkušenosti pacientů s nehojící se ránou napříč Evropou. Při plánování projektu byly nejdříve vytipovány kazuistiky pacientů s nehojící se ránou, které nejlépe ilustrovaly problematiku života těchto pacientů. Jednotliví pacienti byli kontaktováni členy Rady EWMA a po získání souhlasu s natočením rozhovoru a jeho publikací byly s pacienty a jejich rodinnými příslušníky natočeny video rozhovory, ve kterých popisují, jakým způsobem nehojící se rána ovlivnila jejich životy. Českou účastnicí rozhovorů se stala pacientka ze severní Moravy s bércovým vředem vzniklým na podkladě flebolymfedému. V rozhovoru popisuje nejen svou svízelnou zdravotní a rodinnou situaci, ale i problémy v komunikaci se zdravotníky a dostupností specializované péče.

Edukační videa k prevenci dekubitů představí spolu s dalšími edukačními materiály EPUAP docentka Andrea Pokorná.

P36

Nepojistné sociální dávky pro osoby se zdravotním postižením

Renáta Šmigová
Úřad práce ČR, Kontaktní pracoviště Třinec

Přednáška o podmínkách nároku na průkaz osoby se zdravotním postižením a výhodách plynoucích pro držitele průkazu včetně nároku na příspěvek na mobilitu a postupu při jeho vyřizování na úřadu práce; přednáška o podmínkách nároku a průběhu správního řízení o žádosti o příspěvek na zvláštní pomůcku se zaměřením na zvláštní pomůcky určené osobám s pohybovým postižením. Vysvětlení podmínek nároku na příspěvek na péči a průběhu správního řízení na úřadu práce při vyřizování příspěvku včetně seznámení s povinnostmi žadatele o příspěvek na péči/příjemce příspěvku na péči a povinnostmi pečujících osob.

P37

Buerger a já

David Wenglorz

Prezentace typu „narrative medicine" popisuje životní osudy 41letého mladého muže s Buergerovou chorobou – obliterující trombangiitidou. Před 10 lety mu musely být pro ischemické gangrény v oblasti chodidel amputovány obě dolní končetiny. Pacient se dokonale přizpůsobil změně svého zdravotního stavu a zhoršenou mobilitu kompenzoval pomocí invalidního vozíku. Jeho pozitivní myšlení nezlomila ani progrese postižení cév na horních končetinách, v důsledku čehož mu musely být amputovány akrální části prstů obou rukou. Ve své prezentaci popisuje největší překážky, které mu Buergerova choroba postavila do cesty, jejich překonávání a zkušenosti se zdravotním a sociálním systémem v České republice z pohledu nemocného.

P39

Specifika komunikace s dlouhodobě nemocným geriatrickým pacientem

Jana Kowalczyk

K dlouhodobě nemocnému, zvláště pak geriatrickému pacientovi je třeba přistupovat velmi individuálně. Tito pacienti mají velmi často nízký práh bolesti, jsou úzkostní, depresivní, často nedoslýchají nebo mohou mít poruchu vyjadřování. V komunikaci s těmito lidmi musíme přistupovat s vědomím všech těchto změn.

P40

Vliv antidepresiv na léčbu chronické rány – kazuistika

Andrea Hrkalová, Alice Ručková
Oddělení následné péče, Nemocnice Český Těšín a.s.

Na oddělení následné péče pečujeme o chronické pacienty, u kterých v důsledku zhoršení základní nemoci došlo ke zhoršení celkového zdravotního stavu vyžadujícímu dlouhodobou ošetřovatelskou péči a rehabilitaci. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav má vliv na psychickou pohodu pacienta. A právě duševní nepohoda může nepříjemně komplikovat průběh mnoha onemocnění. Tělo a psychika jsou spolu propojeny více, než se dříve myslelo. Může duševní rozpoložení ovlivnit i takový proces, jako je hojení? Ano, může.

Kazuistika muže, narozeného v roce 1945, který byl hospitalizován na oddělení následné péče tři měsíce, je názorným příkladem.

P41

Možnosti zevní kompresivní terapie v domácím prostředí

Dagmar Czudková, Ivona Martynková
Salvatella s.r.o., Třinec

Kompresivní terapie je základní součástí léčby onemocnění žilního a lymfatického systému, zejména projevují-li se otoky s městnáním tělních tekutin (lymfy, žilní krve) v končetinách. Jako zevní kompresivní terapii označujeme léčebné metody, při kterých se na postižené tkáně a orgány aplikuje zvnějšku tlak. Cílem kompresivní terapie je zlepšit cirkulační poměry v končetinách, odstranit otok měkkých tkání a zlepšit místní podmínky pro hojení.

Ke kompresivní terapii používáme krátkotažné kompresivní bandáže, kompresivní punčochy a návleky a přístroje pro presoterapii. To, jakou metodu u konkrétního pacienta zvolíme, závisí na základní diagnóze, stadiu onemocnění a ochotě pacienta spolupracovat na léčbě. U pacientů s bércovým vředem žilního původu většinou aplikujeme na dolní končetiny tzv. dočasné kompresivní obvazy.

Cílem workshopu je prezentovat přehled pomůcek, které používáme k léčbě bércových vředů a k redukci žilních a lymfatických otoků v praxi.

P42

Porušení celistvosti kůže u pacientů s PEGem

Lenka Neumannová, Lenka Šeflová , Mária Galková
2. interní klinika – gastroenterologická a geriatrická, FN Olomouc

PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie) je uměle vytvořený kanálek mezi žaludkem a kůží břicha se zavedenou speciální setovou hadicí, jejíž indikace jsou gastrointestinální, onkologické, neurologické či psychiatrické.

Ošetřovatelská péče je prováděna na naší klinice následovně a pacienti jsou i takto edukováni pro domácí prostředí. Každý pacient, jemuž je PEG zaveden, je edukován v době hospitalizace edukační sestrou kliniky, aby byl schopen se o PEG starat v domácím prostředí, dále vybaven kontaktem na pracoviště, kde byl PEG zaváděn pro případ možných konzultací a kontrol.

Péče je prováděna dle následujícího schématu:

- **1.–7. den po výkonu:**
  denně převaz 1× a proplach sondy minimálně 1× 100 ml převařené vody
- **7.–10. den po výkonu:**
  denně převaz 1× a proplach sondy minimálně 1× 100 ml převařené vody a rotace sondy o 360 stupňů
- **od 10. dne:**
  denně převaz 1× a proplach sondy minimálně 1× 100 ml převařené vody a rotace sondy o 360 stupňů a zanořování (povolit zevní disk cca o 2 cm, poté sondu mírným tlakem zanořit, zpět povytáhnout do původní pozice a upevnit zevní disk)
- **denně kontrola stavu okolí disku, kontrola těsnosti**
- v případě vypadnutí PEGu nutno ihned kontaktovat lékaře, event. provizorně zavést permanentní katétr či sondu, aby nedošlo k uzavření

Při vzniklých komplikacích (chemická dermatitida, macerace kůže, infekce v okolí vstupu) používáme nejčastěji **ActiMaris forte, ActiMaris gel, Cavilon sprej, Inadine, HemaGel**.

Zkušenost máme s využitím přípravku ActiMaris forte a ActiMaris gel u pacienta s chemickou dermatitidou, kdy dokladujeme úspěšnost léčby po měsíčním léčení.

Závěr

Správná, důsledná edukace pacientů či rodinných příslušníků minimalizuje vznik komplikací spojených se zavedením PEGu.

V případech komplikací docházejí pacienti v pravidelných intervalech na kontroly a ošetření a sledujeme stav vývoje poškození a účinnost aplikované léčby. S použitím vhodných přípravků pro léčbu kožních komplikací u PEGu souvisí i nutriční stav pacienta, kdy pacient je sledován v nutriční poradně kliniky a pravidelně hodnocen jeho nutriční stav. Aktivní spolupráce je multioborově i přímo s nutričními terapeuty.

P43

Ergonomie práce při ošetřování imobilní osoby

Alfréd Heckel
Rehabilitace, Nemocnice Český Těšín a.s.

Dlouhodobá péče o imobilního člověka – ať v domácím prostředí nebo v sociálním zařízení – s sebou nese riziko poškození pohybového aparátu osob pečujících. V této přednášce budou názorně předvedeny postoje a pohyby, které takovému poškození brání. Jedná se o správný postoj u lůžka ležícího i o postup při zvedání či přesouvání nemocného. Správnou technikou těchto činností si lze ulehčit námahu i bolesti z přetížení pohybového aparátu, zvláště pak páteře.

P44

Hlavní zásady a cíle polohování

Jana Dvořáková
Clinical Trainer Mölnlycke Health Care spol. s r. o.

Polohování je metoda, při které se tělo nebo jeho část ukládá do přesně stanovené polohy na potřebně dlouhou dobu. Je základem péče o imobilní pacienty, případně o pacienty se sníženou mobilitou. Hlavním cílem polohování je zlepšení zdravotního stavu, případně zpomalení progrese onemocnění a nástupu komplikací z imobility. Klade výrazné nároky na znalosti a dovednosti pečujících v nemocničním i domácím prostředí, protože při nevhodné manipulaci a poloze může dojít nejen k vytvoření dekubitů, ale i kloubního a cévního poškození u pacienta. Polohování je jednou ze základních ošetřovatelských intervencí u pacientů v riziku vzniku dekubitů a mělo by být prováděno u všech rizikových pacientů.

Pacienti se polohují a stabilizují v požadovaných pozicích za pomocí polohovacích a manipulačních pomůcek. Vhodně zvolené manipulační a polohovací pomůcky nejenže snižují riziko vzniku tkáňového poškození u polohovaného, ale zároveň snižují riziko poranění u pečujících. Při využití polohovací a manipulační podložky Tortois výrazně klesá nejen výskyt dekubitů, ale o 55 % se snižují potíže s poraněním zad u pečujících. Naprosto unikátní je pak využití v kombinaci s fluidním, nepaměťovým polštářem Z-Flo, který se umí přizpůsobit jakékoliv anatomické oblasti i tělesné anomálii.

Jedná se o polohovací pomůcky s naprosto unikátními vlastnostmi, které výrazným způsobem napomáhají s polohováním nemocných, navíc jsou při jejich používání eliminovány nežádoucí vlastnosti příliš pevných paměťových pomůcek, případně pomůcek nezajišťujících dostatečnou stabilitu v požadovaných polohách.

Závěr
Znalost hlavních zásad a cílů polohování spolu s využitím vhodných a kvalitních polohovacích pomůcek je základem nejen pro prevenci dekubitů, ale i dalších komplikací v péči o pacienty s poruchou mobility jak v nemocničním, tak v domácím prostředí.

Literatura

1. Trevellini, C. Innovative Solutions: Addressing patient safety and caregiver safety during routine turning and positioning of patients. Oral presentation at Wound Ostomy and Continence Nurses Society and Canadian Association for Enterostomal Therapy Joint Conference, Montreal, Canada, 2016.
2. Kociová, K. Základy fyzioterapie. Martin: Osveta, 2013.
3. Klusoňová, E., Pitnerová, J. Rehabilitační ošetřování u pacientů s těžkými poruchami hybnosti. Brno: NCO NZO, 2005.
4. Lippertová-Grünerová, M. Rehabilitace pacientů v kómatu. Praha: Galén, 2013.
5. Haesler, E. (ed.) National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Osborne Park, Western Australia: Cambridge Media, 2014.

E1

Možnosti ambulantní podtlakové terapie v léčbě ran

Lenka Krupová[1,2], Andrea Pokorná[3]
[1]Ústav ošetřovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita
[2]Kožní oddělení, FN Ostrava
[3]Katedra ošetřovatelství, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno

Úvod
Podtlaková terapie ran (NPWT) je hojně využívaná metoda při léčbě komplikovaných ran. Cílem příspěvku je prezentace šesti případových studií pacientů s nehojící se ranou, u kterých byla zvolena terapie podtlakovou terapií prostředky NPWT určenými pro ambulantně léčené pacienty a byla hodnocena uživatelská přívětivost z pohledu zdravotnických pracovníků a pacientů s dopadem na jejich kvalitu života.

Metodika
Prospektivní deskriptivně observační pilotní studie. Sledováno bylo šest pacientů kožního oddělení různých věkových skupin s nehojící se ranou na dolní končetině (bércový vřed žilní nebo smíšené etiologie). Pro terapii byly zvoleny prostředky NPWT určené pro ambulantní terapii dostupné v České republice (PICO, SNAP, Avelle). Studie probíhala v průběhu relativně krátkého období a zahrnovala zhodnocení defektu před aplikací (vstupní vyšetření), včetně fotodokumentace, vlastní aplikaci, kontrolu funkčnosti zdravotnického prostředku, vyhodnocení spokojenosti pacienta a dokumentaci rány včetně fotodokumentace při sejmutí NPWT. Délka aplikace se lišila dle typu rány a doporučení výrobce produktu. Byla hodnocena uživatelská přívětivost při přiložení NPWT zdravotnickým personálem, design produktu včetně možností nastavení, upevnění NPWT na pacienta a spokojenost pacienta s produktem (denní aktivity, spánek…). Všichni zúčastnění pacienti vyplnili dotazník kvality života Wound-QoL před přiložením a po sejmutí NPWT.

Výsledky
Jednalo se o pilotní studii zaměřenou na zhodnocení možností ambulantní NPWT z pohledu uživatelů, tedy jak zdravotnických pracovníků, tak pacientů. I přes velmi krátkou dobu aplikace byl ověřen pozitivní efekt NPWT. U žádného ze sledovaných pacientů nedošlo k zásadním komplikacím. Dvěma pacientům musela být upravena fixace v průběhu pilotní studie pro zajištění funkčnosti NPWT. V období terapie metodou NPWT nebyla identifikována významná změna v oblasti kvality života u žádného ze sledovaných pacientů.

Závěr
NPWT pro ambulantní pacienty byla na relativně malém souboru pacientů ověřena jako bezpečná a efektivní metoda v léčbě ran. Při volbě podtlakové terapie je však důležité zhodnotit compliance pacienta. V současné době v České republice není hrazena NPWT v režimu ambulantní péče zdravotními pojišťovnami, ale Česká společnost pro léčbu rány usiluje o její zařazení do seznamu hrazených výkonů.