

Milí čtenáři,

jak asi mnozí z vás zaregistrovali, v poslední době se hodně píše a hovoří o nákaze tzv. bakterií EHEC, tedy o enterohemoragické E. coli.

Odkud bakterie pochází, jak moc je pro nás nebezpečná a jaké jsou její příznaky? Na tyto a další otázky jsme se zeptali paní Ing. Moniky Marejkové, vedoucí Národní referenční laboratoře pro E. coli a Shigely ze Státního zdravotního ústavu. Jak se tedy vlastně pozná nákaza touto bakterií a jaké jsou příznaky onemocnění?: „V počáteční fázi jsou příznaky infekce velice nespecifické, může se jednat o průjem, křeče apod.

Mohou tedy imitovat jakoukoliv jinou střevní nákazu s podobným klinickým obrazem. Navíc nestačí pouhý nález bakterie E. coli ve stolici pacienta (ta je součástí fyziologické střevní flóry, na rozdíl třeba od salmonely). Jednoznačným důkazem EHEC jako původce nákazy jsou proto laboratorně prokázané patogenní kmeny E. coli produkující Shiga toxiny. Zjištění produkce těchto toxinů je také rozhodující pro nasazení vhodné terapie u pacientů s diagnózou HUS (hemolyticko-uremickým syndromem).“

Další otázky a odpovědi, které by vás mohly zajímat, najdete v rozhovoru uvnitř časopisu.

red.



SERVIS

Zákeřná bakterie E. coli 5

Představení občanského sdružení INSTAND 6

PRAXE

Hojení ran vlhkou cestou 7

Bakteriální kolonizace bércového vředu v dermatologické ambulanci 10

Hojení dekubitu IV. stupně u pacientky se sclerosis multiplex – kazuistika 12

Celostní ošetrovatelská péče o pacienta se stomií 14

Nozokomiální nákazy II 15

Probiotika 18

Arytmie I 20

Lékaři v Motole provedli unikátní operaci srdce 21

Problematika diagnostiky intoxikace u pacienta v bezvědomí (I. část) 22

Nové inhalační systémy na českém trhu 24

ZADÁNO PRO

Jak se bránit rakovině děložního čípku 26

11. ročník Evropského dne melanomu v České republice 28

10 nemocí, které ohrožují teenagery 30

Jak dál v domácí hospicové péči 32

VZDĚLÁVÁNÍ

Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice 34

OBORY

Vliv mesodiencefalické modulace na kožní mikrocirkulaci 36

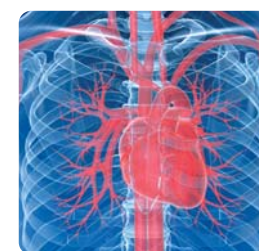
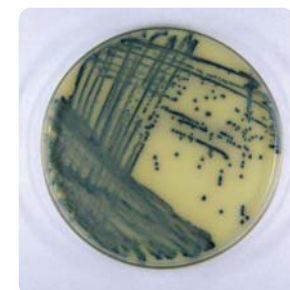
Nutriční péče jako indikátor kvality? 40

Kvalita života u nemocného s celiakií 42

Od historie k současnosti v laboratorní hematologii 44

KULTURA

Kultura / divadlo / nové knihy 46



Na tomto čísle spolupracovali:

grayling



amp komunikace

2.–11. 9. 2011

„Zvládání stresu v pomáhajících profesích“ – 6. ročník odborné školicí akce v zahraničí v ČJ, Zaton Holiday Resort ***, Chorvatsko.

14. 10. 2011

V. konference „Diagnóza v ošetrovatelství – Výživa ve zdraví a nemoci“. Celostátní odborná konference, KC Palác Charitas, Karlovo náměstí 5, Praha 2. Odborný garant: Mgr. Dana Vaňková, Klinika gerontologická a metabolická, FN Hradec Králové.

20.–21. 10. 2011

„Problematický spolupracovník – jak na něj?“, 8. ročník odborné školicí akce Efektivní řízení ve zdravotnictví, odborný garant: PhDr. Martina Venglářová, Spa Hotel Felicitas, Poděbrady.

8. 11. 2011

„Komunikační dovednosti – syndrom vyhoření“, celostátní odborná konference, odborný garant: PhDr. Martina Venglářová, Praha. Cena při platbě předem 800,- Kč, pro předplatitele DVO 700,- Kč, při platbě na místě 950,- Kč.

10. 11. 2011

II. konference „Nozokomiální nákazy, dezinfekce, sterilizace.“ Odborná konference, VC Masarykova nemocnice, Sociální péče 2216/12 A, odborný garant: MUDr. Věra Melicherčíková, CSc., Ústí nad Labem.

2. 12. 2011

VI. konference „Soběstačnost, bolest, inkontinence.“ Celostátní odborná konference. KC Palác Charitas, Karlovo náměstí 5, Praha 2.

Podrobné informace na www.promediamotion.cz nebo na telefonním čísle 777 558 729.

Akce jsou určeny pro nelékařské zdravotnické pracovníky, jako jsou: sociální pracovníci ve zdravotnictví, agentury domácí péče, všeobecné sestry, porodní asistentky, nutriční terapeuti, asistenti ochrany veřejného zdraví, ortoptiči, farmaceutičtí asistenti, fyzioterapeuti, ergoterapeuti.

Poplatek pro jednodenní akci: při platbě předem 300,- Kč, pro předplatitele DVO* 200,- Kč, Ohodnoceno 4 kredity (vyhláška č.4/2010 Sb.)

Cena za školící akci Efektivní řízení ve zdravotnictví je 4.490 Kč vč. ubytování v hotelu a plné penze.

Na všechny akce se můžete přihlásit na:

www.promediamotion.cz/vzdelavaci-akce ● info@promediamotion.cz
telefonicky: 777 558 729 ● poštou: Promediamotion s.r.o., Markland klimacentrum, Počernická 96, 108 00, Praha 10

* časopis Diagnóza v ošetrovatelství

Chorvatsko 2011

2.–11. 9. 2011 „Zvládání stresu v pomáhajících profesích“

+ exkurze do nemocnice v Zadaru (12 kreditů ČAS, POUZP)

ZATON HOLIDAY RESORT

Účastnický poplatek: 3.990 Kč

+ cena za ubytování: 3.590 Kč

+ cena za dopravu: 2.990 Kč

Skupinové slevy!

Možnost účasti rodinných příslušníků!



Více informací na www.promediamotion.cz nebo na tel. č.: 777 558 729

diagnóza

v ošetrovatelství
ODBORNÝ ČASOPIS
PRO NELÉKAŘSKÉ
ZDRAVOTNICKÉ PRACOVNÍKY

Ročník VII, číslo 4

Jednatelka společnosti:

Mgr. Eva Mašatová
eva.masatova@promediamotion.cz
tel.: 777 058 738

Odborná spolupráce:

PhDr. Irena Nerudová
irenenerudova@mujmail.cz

Asistentka redakce:

Renata Cermanová
info@promediamotion.cz
tel.: +420 777 558 729

Redakční rada:

MUDr. Věra Melicherčíková, CSc.

Státní zdravotnický ústav Praha,

melicharcikova@szu.cz

MUDr. Marie Svatošová,

prezidentka Asociace poskytovatelů hospicové

paliativní péče

marie.svatosova@seznam.cz

Miloslava Machovcová, členka prezidia ČAS

machovcova.m@charita-neratovice.cz

PhDr. Marie Macková,

Katedra ošetrovatelství – Lékařská fakulta MU Brno

mackova@quick.cz

Bc. Erna Mičudová, náměstkyně

pro ošetrovatelskou péči

FN Brno, emicudova@fnbrno.cz

Mgr. Markéta Svobodová, hlavní sestra,

Krajská zdravotní a.s., Ústí nad Labem

marketa.svobodova@kzcr.eu

Mgr. Jiřina Tučková, asistentka náměstkyně

pro ošetrovatelskou péči FN Motol,

Praha, jirina.tuckova@fnmotol.cz

Bc. Andrea Mašínová, MBA, hlavní sestra, FN Plzeň

masinova@fnplzen.cz

Mgr. Petra Pipková, náměstkyně

pro ošetrovatelskou péči, FN Bulovka

Petra.pipkova@fnb.cz

Grafická úprava: Viola Urbanová

Foto na titulní straně: iStockphoto

P. R. & Marketing manažer:

Bc. Jakub Mašata

jakub.masata@promediamotion.cz

tel.: 774 000 840

Inzerce:

Katka Nejedlá, katka.nejedla@promediamotion.cz,

tel.: +420 602 697 686

Vydavatel:

PROMEDIAMOTION, s.r.o.

Markland klimacentrum, Počernická 96,

108 00, Praha 10

Předplatné:

Objednávky předplatného:

● Postservis, oddělení předplatného

Poděbradská 39, 190 00 Praha 9

Bezplatná infolinka: 800 300 302,

Fax: 284 011 847, www.periodik.cz

postabo.prstc@cpost.cz

● info@promediamotion.cz

● Telefonicky na 777 558 729

● Pomocí SMS ve tvaru: DIAGNOZA PŘIJMENÍ

JMÉNO ADRESA PŠČ na telefonní číslo 777 558 729

Předplatné: 330,- Kč, cena výtisku 59,- Kč,

studentské předplatné 280,- Kč (s potvrzením

o studiu). Předplatné do zahraničí (Slovensko)

330,- Kč + poštovné. Časopis vychází 6x/rok

(leden, březen, květen, červenec, září, listopad)

Tisk: Label, s.r.o., Kutná Hora

Vychází 6x ročně.

ISSN 1801 – 1349

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem

vydavatele.

Zákeřná bakterie E. coli

Ing. Monika Marejková, vedoucí NRL pro E. coli a Shigely, Státní zdravotní ústav, Praha

Vědci škrtají jednu verzi o původu bakterie za druhou. Nepochází ze španělských biookurek ani z fazolových výhonků. Dá se vůbec určit jaký je její skutečný zdroj?

V současné epidemii jsou jako vysoce pravděpodobné vehikulum uváděny luštěninové klíčky. E. coli stejných vlastností, jako má epidemický kmen, byla nalezena v balení klíčků, nikoli však z výroby nebo prodejny. Naklíčená semínka jsou potravina oblíbená především u žen, u mužů nebo malých dětí tolik ne (alespoň podle mého názoru), a tato epidemie je zvláštní právě tím, že většina postižených jsou ženy středního věku.

Jak onemocnění probíhá? Jaké jsou jeho příznaky?

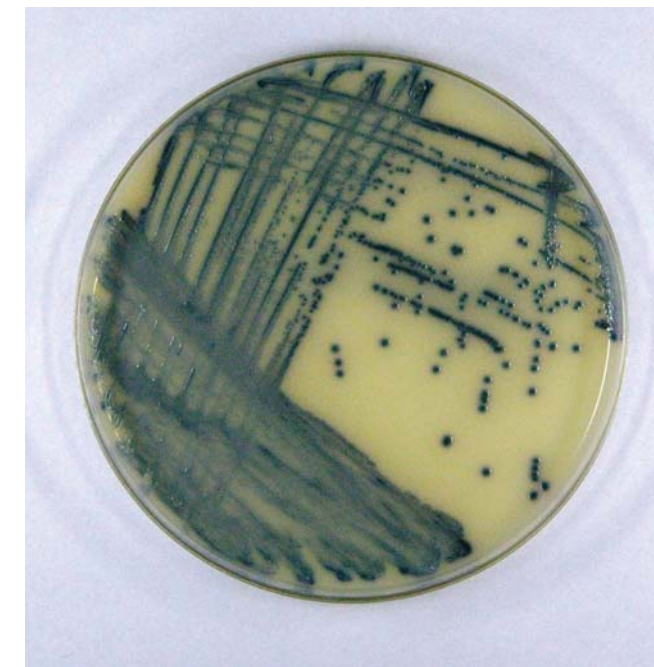
Inkubační doba je od dvou do deseti dnů, pak nastupují vodnaté průjmy, doprovázené křečemi, někdy zvracením či horečkou, které u přibližně 90 % pacientů posléze přecházejí v průjem s příměsí krve. Většina nemocných se za několik dní uzdraví. Přibližně u 10 až 15 % pacientů však dochází ke komplikaci – rozvoji závažného systémového onemocnění nazvaného hemolyticko-uremický syndrom (HUS). HUS je charakterizován těmito hlavními příznaky: snížení počtu krevních destiček, anemie a selhání ledvin, v některých případech bohužel nevratné, vyžadující si doživotní dialýzu či transplantaci. Onemocnění HUS nejvíce postihuje podle dosavadních výzkumů děti do 5 let věku, pak starší lidé a lidé se sníženou imunitou. Tato epidemie je atypická tím, že většina pacientů jsou dospělí, a výrazně vyšší je i počet těžkých komplikací – HUS (až 25 %).

Jak se přesně pozná nákaza bakterií E. coli nebo EHEC? Jaké jsou její příznaky?

Příznaky infekce v počáteční fázi jsou velice nespecifické (průjem, křeče), můžou tedy imitovat jakoukoliv jinou střevní nákazu s podobným klinickým obrazem. Navíc nestačí pouhý nález bakterie E. coli ve stolici pacienta (ta je součástí fyziologické střevní flóry, na rozdíl třeba od salmonely). Jednoznačným důkazem EHEC jako původce nákazy je proto laboratorní průkaz kmene E. coli produkující Shiga toxiny ve stolici pacienta. EHEC (enterohemoragické E. coli) jsou patogenní kmene E. coli se schopností produkovat Shiga toxiny. Zjištění produkce Shiga toxinů je také rozhodující pro nasazení vhodné terapie u pacientů s diagnózou HUS.

O hygieně čtete pořád. Dá se ale tato infekce přenášet i pouhým podáním ruky?

V případě, že nakažený člověk (i bezpříznakový nosič) nedodrží základní pravidla hygieny (tj. po použití toalety si řádně neumyje ruce), nebo předtím manipuloval s kontaminovanou potravinou, je to možné. Také je popsán přenos ze zvířete na člověka. Rezervoárem bakterií EHEC je především hovězí dobytek, ale také ovce nebo kozy. Člověk se může nakazit konzumací nedostatečně tepelně upraveného masa, pitím nepasterizovaného mléka (především malé děti!), neomytou zeleninou, ovocem či kontaminovanou vodou.



Myslíte si, že střevní epidemie přijde i k nám, nebo se jí můžeme vyhnout?

Nemyslím si, že by epidemie propukla u nás, ovšem bakterie hranice neznají a žádnou epidemii nelze stoprocentně vyloučit. Předpokládám však, že příslušné orgány jsou připraveny tyto situace zvládnout a včas zavést nezbytná opatření.

Ptačí chřipka si vyžádala ve světě 7600 obětí, v Česku víc než 80. Přesto stát podle mnohých kritiků podlehl zbytečné panice a nakoupil vakcíny, které se pak vyhodily. Není vše kolem EHEC opět jen zbytečná hysterie?

Nemyslím si, že bychom tuto bakterii, která díky své schopnosti produkovat nebezpečné toxiny a vyvolat tak závažné onemocnění (hemolyticko-uremický syndrom), potenciálně smrtelné či v mnoha případech vedoucí k nevratnému poškození ledvin, měli brát na lehkou váhu. Onemocnění vyvolané EHEC nemá s očkováním nic společného, žádná vakcinace proti němu neexistuje. Také léčba antibiotiky je kontroverzní a není doporučována (pokud tedy pacient není v septickém stavu nebo nenastanou jiné komplikace), protože antibiotika mohou aktivovat produkci a uvolňování Shiga toxinů z bakteriální buňky.

Jak velké je podle vás riziko, že se virová nákaza hromadně rozšíří po Evropě?

Předpokládám, že máte na mysli nákazu bakterií EHEC. Takže EHEC (= enterohemoragická E. coli) je E. coli, tedy bakterie, ne virus! Existují mechanismy kontroly bezpečnosti potravin a také předpokládám, že většina obyvatelstva vyspělých zemí dbá na dodržování hygienických pravidel. Osobně tedy vypuknutí celoevropské epidemie nepředpokládám. (red)

PŘEDSTAVENÍ OBČANSKÉHO SDRUŽENÍ INSTAND

INSTAND, o. s. je institut pro podporu vzdělávání a rozvoj kvality ve veřejných službách

Občanské sdružení INSTAND založili v roce 2004 odborníci z oblasti sociálních služeb na základě svého odborného zájmu a veřejné potřeby podpořit proces transformace sociálních a jiných veřejných služeb v České republice. Zakládající členové Institutu se podíleli na vytváření Standardů kvality sociálních služeb a certifikačního systému sociálních služeb v celé České republice. INSTAND má celorepublikové pokrytí a působí ze tří poboček – z Prahy, Liberce a Karlových Varů. Kromě řádných zaměstnanců s o.s.

spolupracuje řada akademických pracovníků, ale i kapacit se zkušenostmi v komerční sféře. Důraz je kladen na propojení teorie a praxe.

K hlavním realizovaným projektům z posledních dob patří „Vzdělání pracovníků jako základ rozvoje sociálních služeb“, veřejná zakázka v Karlovarském kraji „Vzdělávání, příprava a realizace transformace pobytových služeb“ a Individuální projekt Libereckého kraje „Podpora střednědobého plánování a rozvoje kvality sítě sociálních služeb v Libereckém kraji“.

Občanské sdružení jako akreditovaná vzdělávací instituce v rámci své činnosti nabízí dva typy seminářů – veřejně přístupné semináře a semináře na klíč. Semináře na klíč patří k více žadáním, jelikož se zaměřují přímo na požadavky a problematiku dané organizace. Kromě toho jsou realizovány v jeho prostorách, a tím mu šetří náklady na ubytování a dopravu. Semináře mohou být navíc realizovány pro více spřízněných organizací najednou. (red)

Skončil dvouletý vzdělávací program pracovníků v sociálních službách

Během vzdělávacího programu, podpořeného z Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu lidské zdroje a zaměstnanost, bylo proškoleny občanským sdružením INSTAND okolo 400 sociálních pracovníků z celé České republiky. Hlavním cílem projektu bylo zvýšit a rozvinout kompetence sociálních pracovníků tak, aby mohli efektivně zajistit integraci zdravotně a mentálně postižených občanů do společnosti a do trhu práce. Dále byli proškoleni pracovníci v oblasti realizace transformačních procesů v rezidenčních službách, jejichž cílem je přestěhování uživatelů z ústavů do chráněného bydlení, kde mohou žít podobně jako v rodině. Aktivitu projektu byly rozděleny do třech samostatných cyklů podle tematické a lokality:

Cyklus s celostátní působností

Vzdělávací programy v rámci tohoto cyklu byly určeny pracovníkům obcí a krajů, kteří jsou odpovědní za řízení sociálních služeb a pro pracovníky poskytovatelů sociálních služeb, kteří jsou odpovědní za tvorbu metodik. Speciální vzdělávací program byl vytvořen i pro odborníky v oblasti kvality sociálních služeb, kteří byli proškoleni v supervizních dovednostech.

Cyklus zaměřený na Liberecký kraj

V tomto cyklu probíhalo vzdělávání pracovníků poskytovatelů sociálních služeb prostřednictvím konzultací přímo v místě poskytované služby a vzdělávání vedoucích pracovníků prostřednictvím koncepční metodické práce. Vzdělávání nabídlo možnost vzájemné interakce a předávání zkušeností v oblasti kvality služeb mezi poskytovateli za účasti dvojice odborných lektorů, kteří vedli řízenou diskusi na předem zadané téma.

Cyklus zaměřený na Moravskoslezský kraj

Podpora v Moravskoslezském kraji se týkala především pracov-

níků poskytovatelů rezidenčních služeb, kteří provází zdravotně či mentálně postižené lidi při přechodu do běžného života nebo do alternativních služeb komunitního typu. V rámci projektu proběhly tři velké pracovní semináře, určené zástupcům poskytovatelů sociálních služeb Moravskoslezského kraje.

Výstupy projektu

Vzniklo devět nových vzdělávacích programů, které byly předloženy k akreditaci MPSV. Dvěšest padesát subjektů získalo aktualizovaný Manuál pro zadavatele sociálních služeb.

Byl natočen instruktážní film a vydány tři publikace, které jsou dostupné ke stažení zdarma na www.instand.cz. Konkrétně se jedná o:

- Manuál zkušeností z průběhu transformace rezidenčních sociálních služeb
- Manuál pro metodiky v sociálních službách
- Příklady dobré praxe poskytování sociálních služeb v Libereckém kraji
- Instruktážní filmy Cesta za světlem a Domeček dokumentující příběhy žen, které žily v zařízení sociálních služeb Zámek Nová Horka a dostaly v rámci transformace možnost přejít do služby chráněného bydlení.

Všichni účastníci hodnotili vzdělávací programy velmi pozitivně a to hlavně díky úspěšnému propojení teorie a praxe. Nově nabyté poznatky byly přenášeny do každodenní práce již během konání dvouletého vzdělávacího programu. Vyškolení supervizoři dnes za spolupráce s INSTAND poskytují konzultace a školení pro další sociální zařízení. INSTAND o.s., jehož cílem je prosazovat kvalitu v sociálních službách a přispívat k ochraně práv uživatelů, i po skončení dvouletého programu nabízí návazné či doplňující vzdělávání nejen pro účastníky programu v rámci svých akreditovaných kurzů u MPSV a MV. (red)

Hojení ran VLHKOU CESTOU

Bc. Jana Molčanová, MUDr. Milan Čech, Interna JIP, Nemocnice Na Homolce, Praha, e-mail: Jana.Molcanova@homolka.cz, Milan.Cech@homolka.cz

Dobře organizovaná a kvalitní ošetrovatelská péče má zásadní význam nejen při léčení dekubitů a ran, ale i při prevenci, a to jak ve zdravotnickém zařízení, tak i doma. Jak vznikají dekubity a rány?

Při tlaku v místech kontaktu pacienta s podložkou dochází k uzávěru drobných cév, následuje ischemické poškození tkáně, více však než síla tlaku rozhoduje doba jeho trvání. Třením kůže po jiném povrchu vznikají mikotraumatata (především při přesunu pacienta druhou osobou). Stíhací efekt, při kterém se pohybují proti sobě dvě vrstvy kůže, vyvolává natažení a zúžení cév, čímž se rozvíjí ischemizace takto postižené tkáně (např. pacient je posazen na židli, sjíždí dolů a kůže přitom „zůstává“ na židli). Vlhkost (inkontinence, pocení) také snižuje odolnost kůže. Mezi rizikové faktory, které ulehčují vznik dekubitů, patří poruchy inervace, dále imobilita, inaktivita, inkontinence, malnutrice, určité choroby

(anémie, infekce, periferní onemocnění cév, diabetes, malignity, demence).

Pokud již dekubity vzniknou, je nutné je ošetřovat!

Dekubity 1. stupně:

- většinou stačí pouze odlehčení postižené oblasti od trvalého tlaku,
- při trvání dekubitů 1. stupně je nutné dodržovat pravidla pro preventivní péči,
- aplikace preventivních opatření většinou stačí ke zlepšení stavu vzniklého dekubitu a k jeho úplnému vyléčení,
- je nutné dbát na čistotu, poškozená kůže se omývá např. fyziologickým roztokem,
- je třeba zajistit, aby pokožka nebyla suchá, používat masti bez dráždivých účinků, např. Menalind Professional, Babynol,

- na postižené místo se nesmí použít derivativní mast (obsahuje látky vyvolávající lokální podráždění kůže, překrvení tkáně, např. kafr, mentol, tygří mast apod.),
- nepoužívat žádné lampy, které vyvolávají lokální překrvení tkáně,
- jednotlivé prostředky (masti, krémy) je vhodné při dlouhodobém užití po čase střídat a měnit,
- postižené místo se nikdy nemasíruje, kromě jemného vetření masti do pokožky.

Dekubity 2. stupně:

- puchýře nebo hluboké oděrky, zatvrdnutí místa, namodralé zbarvení, rána je povrchová a vypadá jako měkký kráter,
- ástečná ztráta tloušťky kůže,
- lehčí dekubit 2. stupně – poškoze- ➤

HydroTac® – účinně hydratuje i absorbuje

HydroTac® udržuje suché rány vlhké a exsudující rány dostatečně suché

HydroTac® je polyuretanové krytí s hydrogelovou vrstvou, která díky technologii AquaClear dokáže aktivně hydratovat prostředí rány. Polyuretanové jádro zároveň účinně absorbuje exsudát a uzamkne ho uvnitř materiálu. HydroTac® představuje vysoce univerzální řešení pro léčbu suchých i exsudujících ran.

Výhody

- spojení polyuretanové pěny a hydrogelu
- hydrogel s technologií AquaClear aktivně hydratuje ránu
- polyuretanová vrstva rychle absorbuje přebytečný exsudát
- vhodný pro suché i exsudující rány
- „Initial Tack“ pro snadnou aplikaci bez přilepení k ráně
- jednoduchá vizuální kontrola absorpční kapacity
- výtečná kombinovatelnost s kompresivní terapií

Více informací najdete na www.hartmann.cz, www.lecbarany.cz nebo na zákaznické lince 800 100 333

HARTMANN
pomáhá léčit.

➤ ní pokožky – epidermis = vrstva, která je bez cév,
 ● těžší dekubit 2. stupně – poškození dermis = vazivové tkáni, cév a nervových zakončení.

Terapie

U dekubitů obecně platí jednotný systém léčby, který je stejný jako u ostatních ran, tj. u infikované rány potlačit infekci, následně odstranit nekrózy, podpořit granulaci a umožnit epitelizaci. Je nutné zajistit odlehčení postižené oblasti, dbáme na zvýšenou hygienu pacienta, a pokud je porušena pokožka, přiložíme vhodné krytí. Dalším krokem je zabránit rozvoji infekce, která zhoršuje stav postižené oblasti a která také může zhoršit celkový stav pacienta. Je-li před zahájením léčby na ráně krusta – stroupek, je potřeba jej před zhodnocením odstranit. Od 2. stupně dekubitů výše je vhodné provádět stěr na bakteriologické vyšetření.

1. Fáze – čištění

● odstranit puchýře, není-li pod puchýřem hnis a zarudnutí,

● je-li v ráně infekce, hnis nadzvedává stroupek, je nutné stroupek odstranit a aplikujeme Flamigel,
 ● k výplachům ran se používá fyziologický roztok či Prontosan (předcházíme vzniku MRSA),
 ● u hlubších infikovaných ran je zcela nevhodné používat Persteril, peroxid vodíku, ránu nečistit gázou, dochází ke tření a poškození rány, roznášení infekce,
 ● při sekreci z rány je nutná ochrana okolní kůže krycími pastami – zinková pasta, Babynol, Menalind kožní mast apod.

2. Fáze – granulační

● úkolem je tlumit infekci a sekreci z rány a nepoškodovat tvorbu granulace a epitelizace kůže,
 ● používají se hydropolymery, hydrokoloidy, hydrogely, algináty, absorpční krytí, síťové materiály,
 ● suchou ránu je třeba ošetřit takovým krytím, které vytvoří vlhké prostředí, v němž se aktivuje hojivý proces,
 ● na dekubit se silnou sekrecí zvolit krycí prostředek, který odstraní přebytečnou sekreci absorpcí nebo vazbou na hydrokoloidní částice,

● v žádném případě nepoužívat buničinu a neprodyšné igelitové pleny!

3. Fáze – epitelizační

● používají se hydrokoloidy, hydrogely, síťové materiály, polyuretanová pěnová krytí,
 ● ve stavu epitelizace se rány také někdy ošetřují roztokem Betadine.

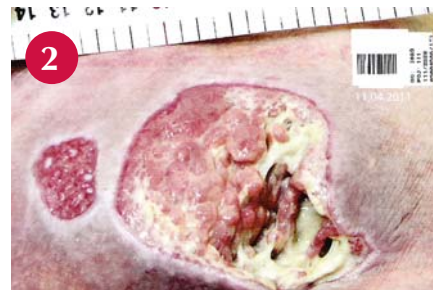
Dekubity

3. a 4. stupně:

Rána je kryta nektrózou nebo je přeměněna v granulační plochu nebo kráter vystlaný granulační tkání, tzv. chronický dekubit. U dekubitů 3. stupně je porušena kontinuita pokožky, jako vhodné se v praxi ukazuje využití krytí s aktivním uhlím a stříbrem, které ničí bakterie. Také u dekubitů 4. stupně je porušena pokožka, ale také již podkoží a svalstvo v plném rozsahu a do-



Fáze čištění



Fáze granulační



Fáze epitelizační

chází k obnažování kostí, zpravidla je nutný chirurgický zákrok – nekrektomie. Ke krytí se používají např. Flamigel, Actisorb plus, Tiele.

Antidekubitní pomůcky a jejich druhy

Mezi tyto pomůcky patří především polohovací lůžko a antidekubitní matrace. Pro boční a šikmé polohování se používají polštáře, molitanové válce, pěnové botičky, klíny apod. Různé zvedáky pro zvedání pacienta, jeho přesun do koupelny, na WC apod. jsou velmi efektivní jak pro ošetřovatelský komfort pacienta, tak pro personál, který s pacientem manipuluje.

Doplnění stravy

Při ošetřování dekubitů a ran je vhodné doplnit běžnou stravu potravinovými doplňky (produkty). Při enterální výživě do sondy používáme např. Cubison, při sipingu Cubitany, různé iontové nápoje apod. Dle doporučení nutričního terapeu-

ta a ordinace lékaře přidáváme různé vitaminy.

Systémová farmakologická podpora hojení ran – u chronických ran a defektů lze využít systémově působící enzymový lék Wobenzym, který napomáhá vstřebávání otoků, jež mají původ v chronické žilní nedostatečnosti a přetížení lymfatického systému. Komplex enzymů, které obsahuje, zlepšuje lymfatickou drenáž a snižuje viskozitu krve. To vše podporuje mikrocirkulaci i v nejdrobnějších cévách, která je velice důležitá pro proces hojení.

Krycí prostředky

Hydrokoloidní krytí – při kontaktu s vlhkostí rány vytváří gelovou hmotu, která zabezpečuje v ráně vlhké prostředí. Je vhodné pro středně až silně sekretující rány, např. Hydrocoll, Granuflex aj.

Hydrogelová krytí – používají se na rány se středně silnou sekrecí. Mají vysoký obsah vody a dokážou změkčit a odloučit nekrotické, suché povlaky. Mají vysokou absorpční schopnost, např. Hydrosorb, Aquagel, Flamigel aj.

Alginátová krytí – jsou vyráběna z mořských řas a vyznačují se značnou sací schopností, např. Sorbalgon aj.

Alginátová krytí se stříbrem – lze použít pro léčbu středně až těžce exudujících ran, infikovaných ran, např. SeaSorb, Aquacel Ag aj.

Prostředky s aktivním uhlím – používáme je u silně sekretujících ran, mají antibakteriální účinek, lze je měnit po pěti dnech, např. Actisorb plus, Silversal – odstraňují zápach, ničí zárodky MRSA.

Hydropolymerová krytí – jsou určena

pro vlhkou terapii a jsou blízké hydrokoloidům, např. Tielle.

Pěnová polyuretanová krytí – příznivě ovlivňují granulaci a epitelizaci, doporučují se u povrchových ran, např. Mepilex. **Krytí ze síťových materiálů** – je relativně levné, musí se měnit 2-3krát denně, např. Grasolind, Atrauman, Inadine. Mohou se však po vyschnutí přilepit na ránu, musí se upevnit např. Opsitem. Výjimku tvoří Mepitel – silikonová mřížka, která naopak ránu chrání před přilepením. Velmi dobrý je Braunovidon – mastný tyl napuštěný povidonem.

Transparentní polyuretanová krytí – chrání ránu a tvoří bariéru proti vstupu bakterií, např. Tegaderm, Opsite aj.

Masti používané k čištění drobných ran – Ialugen, Iruzol, Bactroban, Betadine, Fibrolan – působí na g-pozitivní a g-negativní mikroby.

Proč vlhko?

Tekutina, kterou rána vylučuje, obsahuje řadu růstových faktorů a výživných látek, které přispívají k úspěšnému hojení. Moderní materiály užívané k ošetřování ran jsou uzpůsobeny k tomu, aby v ráně vlhké prostředí udržovaly.

Výhody

Metoda vlhkého hojení ran představuje v současnosti odborníky nejvíce upřednostňovaný postup při léčbě akutních i chronických ran.

- úspora času,
- menší počet převazů,
- snadnější manipulace,
- účinnější léčba,
- menší bolest,

● kratší doba hojení a hospitalizace,
 ● snížení komplikací, omezené riziko recidivy, snížení výsledných ekonomických nákladů.

Akutní rány

Vlhké hojení je s úspěchem využíváno při léčbě různých typů akutních ran:

- odřenin,
- popálenin,
- řezných poranění, operačních ran,
- puchýřů,
- oparů.

Chronické rány

Vlhké prostředí v ráně pozitivně ovlivňuje i všechny fáze hojení chronických ran:

- bérkových vředů,
- dekubitů,
- maligních ran,
- diabetických nohy.

Suché versus vlhké krytí

Klasická obinadla a gázu již v dnešní době úspěšně vytlačily moderní obvazové a krycí materiály od různých firem. Použití suchého krytí ran se dnes omezuje na ošetření v rámci první pomoci nebo ošetření hojících se uzavřených operačních ran, případně se používají jako tzv. sekundární krytí, tj. přes materiály vlhkého hojení se používá další krytí na udržení vlhkosti v ráně, mají též savou funkci. Pro všechny sekundárně se hojící rány je v dnešní době vlhký způsob ošetřování ran již standardem.

Literatura

seminář fa Johnson & Johnson
 www.Osobni.asistence.cz
 www.hojeniran.cz



Lohmann & Rauscher

„Pro každou ránu ten správný obvaz!“



Suprasorb® Systém pro vlhké hojení ran



www.Lohmann-Rauscher.com

Podpora hojení chronických a akutních ran • Redukce bakteriálního osídlení

Flamigel 250 g

- koloidní hydroaktivní gelové krytí pro suché a mírně secernující popáleniny, akutní a chronické rány
- inteligentní tvůrce vlhkého prostředí – vlhká terapie
- aktivní a pasivní polymery zajišťují schopnost absorpce i hydratace
- vytváří kyselé prostředí (pH 4,5) – účinně kontroluje mikrobiální přítomnost v ráně
- podporuje granulaci a tvorbu nového epitelu

Balení: 50 ml kód VZP 80 716
250 ml kód VZP 80 715

Flaminal Hydro 50 g

- hydroaktivní koloidní gel obsahující 3 % alginátu
- enzymatický antibakteriální systém
- udržuje vlhké prostředí v ráně
- pro rozsáhlé slabě až středně exsudující rány

Balení: 50 ml kód VZP 81 420
500 ml kód VZP 81 421

Flaminal Forte 50 g

- hydroaktivní koloidní gel obsahující 5,5% alginátu
- enzymatický antibakteriální systém
- zvýšená absorpční kapacita
- pro rozsáhlé a silně exsudující sekundárně se hojící rány
- výborný efekt v čistící fázi

Balení: 50 ml kód VZP 80 884
500 ml kód VZP 80 885

Flamirins

- izotonický roztok pro hygienu rány s obsahem hydratačních prvků a kyseliny citrónové
- napomáhá odloučení nektróz a cizích prvků z rány
- čistí ránu i mechanicky
- hydratuje suché rány
- uvolňuje suché komprese
- odstraňuje zápach
- kyselý pH

Balení: 250 ml

navštivte nové webové stránky www.flamigel.cz

DAHLHAUSEN CZ
 ... intenzivní péče

DAHLHAUSEN CZ, spol. s r.o.
 Knínická 1577, 664 34 Kuřim, tel.: 541 422 070
www.dahlhausen.cz / www.flamigel.cz



BAKTERIÁLNÍ KOLONIZACE bércového vředu v dermatologické ambulanci

MUDr. Helena Němcová, Anna Snopková, Dermatovenerologická ambulance a stacionář,
Nemos Sokolov, s.r.o.

Bércový vřed je chronická rána převážně venózní etiologie. Skoro ve všech chronických ranách, a tedy i bércových vředech, jsou detekovány různé mikroorganismy. Tento jev je označován jako zcela přirozený. Je otázkou, kdy jde jen o přirozenou kolonizaci rány a kožního povrchu, a kdy jde již o infekci patogenními bakteriemi v ráně, kterou je nutno léčit. Tyto mikroorganismy se vzájemně ovlivňují, vytvářejí si vhodné podmínky pro život a tvoří tzv. **biofilm**, který je definován jako mikrobiologické společenství. Mikrobiální zátěž na spodině rány je hodnocena podle klinických projevů a vyšetřením spodiny jako tzv. Wound in-

fection continuum – kontaminace, kolonizace, kritická kolonizace, totální infekce a systémová infekce. Některé druhy bakterií ovlivňují a prodlužují hojení rány (uvádí se např. streptokok beta haemolytický, pseudomonas aeruginosa).

Kritická kolonizace až infekce je charakterizována bolestivostí, zarudnutím, otokem, a dalšími projevy, jako je hnisavý povlak, sekrece v ráně, změna barvy exsudátu, zápach, zpomalené hojení až systémové projevy.

Během r. 2009 až 2010 bylo v dermatologické ambulanci nemocnice Sokolov vyšetřeno 73 pacientů s chronickými ulceracemi DK, z toho 41 žen a 32 mužů, převážná většina byla venózní event. smíšené etiologie, 65× (38 žen a 27 mužů), jen ischemické etiologie 8× (3 ženy a 5 mužů). Průměrný věk byl 66,7 roku, nejmladšímu bylo 42 let a nejstaršímu 89 let. Bylo izolováno celkem 16 druhů patogenních.

Závěr

Nejčastější bakterií, která kontaminuje ránu, je bezesporu Staphylococcus aureus. Tento gram pozitivní aerobní kok se velmi často vyskytuje na kožním povrchu vůbec – např. při atopickém a mikrobiálním ekzému. V posledních letech, zvláště v nemocničním prostředí, je problémem stoupající výskyt MRSA (methylresistentního stafylokoka). I naši oba pacienti byli před nálezem hospitalizováni. Následují gram negativní tyčky – Pseudo-



ilustrační foto: iStockphoto

2. Jaké je riziko kolonizace rány pro vývoj celkové infekce až sepse?

K tomuto vývoji dochází nejspíše u pacientů, kteří jsou imunitně oslabeni – diabetici, onkologičtí nemocní po celkové terapii, při poruchách imunity, při imunopresivní terapii kortikosteroidy, imunopresivy, věk pacienta, imobilita. Jedná se o nemocné hospitalizované na ARO odd., interních odd. a v léčebnách dlouhodobě nemocných.

3. Jaké je riziko kolonizace mikroorganismů v bércovém vředu při chirurgických výkonech?

Pacienti, někdy i s malými a čistými ulceracemi, jsou odmítáni pro provedení plánovaných operací, např. ortopedických, kardiologických, cévních, někdy očních, dokud nebude vřed zhojen a bude negativní mikrobiologické vyšetření stěrů.

4. Kdy zahájit celkovou terapii antibiotiky podle zjištěné citlivosti?

Musíme se rozhodnout, kdy postačí lokální terapie (antiseptické obklady, jód, krytí se stříbrem, medem, aktivním uhlím, algináty apod.) a kdy nasadit celkovou terapii ATB. Je uváděno, že celková terapie by



ilustrační foto: iStockphoto

měla být zahájena při klinických známkách infekce v ráně: bolestivost, zvýšená sekrece, povlak, stagnace hojení nebo zhoršení ulcerace, zarudnutí v okolí.

Na tyto otázky nelze zcela určitě jednoznačně odpovědět, záleží na každém případě a pacientovi, jeho dalších onemocněních, celkovém stavu a dalších okolnostech.

Polysanové výrobky

Přírodní složení bez konzervancí, parfémů a emulgátorů.
Sterilizováno.



Magneziový gel

Jemná alternativa tekutého pudru.
Chladí a vysušuje.

Pomáhá při léčbě:

- erysipelu
- intertriga
- akutních nemokvajících ekzémů
- lehkých poleptání kyselinami
- bodnutí hmyzem



Magneziový krém s olivovým olejem

Chladivý krém s hojivým účinkem.
Jemně a účinně promašťuje pokožku.

Doplňák léčby:

- erysipelu
- dermatitis solaris
- chronických nemokvajících ekzémů



Magneziový krém + 2% ichtamolu

Léčivý Ichtamol v nové receptuře.
Hojivá promašťující emulze.

Pomáhá při léčbě:

- seboroické dermatitidy
- mikrobiálního a dyshidrotického ekzému
- ložisek atopického ekzému
- potníček
- rozacey
- psoriázy



info@rosenpharma.cz
RosenPharma, a.s., Levá 489/11, 147 00 Praha 4
Výrobky jsou schváleny jako kosmetické přípravky.

Rosen Pharma
www.rosenpharma.cz

JEDINEČNÝ KOMFORT V LÉČBĚ RAN S VARIANTOU DISINFECT NYNÍ BEZ RIZIKA INFEKCE

Traumacel Biodress Disinfect

- bioaktivní krytí se zvýšeným antimikrobiálním účinkem
- neadherentní, vysoce savé
- dezodorační účinek
- analgetický účinek
- hemostatický účinek



Traumacel Biodress Comfort

- bioaktivní krytí s vysoce savou neadherentní vrstvou
- inovovaný Traumacel Biodress
- analgetický účinek
- hemostatický účinek
- urychluje proces hojení



BIOSTER

Jedinečný komfort v léčbě ran

www.traumacel.cz

HOJENÍ DEKUBITU IV. STUPNĚ u pacientky se sclerosis multiplex

Mgr. Dana Polodnová, oddělení dlouhodobě nemocných, Nemocnice Jihlava, polodnovad@nemji.cz

Hojení ran je často diskutovaným a prezentovaným ošetrovatelským problémem. V současnosti se uplatňuje široká paleta přípravků a pomůcek, které napomáhají hojení. Jsou však pracoviště, kde je na hojení ran vynakládáno minimum finančních prostředků vzhledem k omezeným možnostem rozpočtu. Jedním z těchto pracovišť je i naše oddělení. Cílem této kazuistiky je ukázat, že i s málem se dá dosáhnout výborných a často i nečekaných výsledků.

Kazuistika

70letá pacientka, hospitalizována na našem oddělení od dubna do listopadu 2010. Byla přeložena z interního oddělení pro imobilitu a nehojící se dekubity v sakru a na pravém boku. Pacientka trpí zároveň sclerosis multiplex s paraplegií dolních končetin. Z nehojících se dekubitů se u ní rozvinula chronická sepse s následným upadáním do šoku. Pacientka přichází dehydratována a dle laboratorních výsledků se špatným stavem výživy. Dekubity vznikly již doma, ale pacientka si na to nepamatuje, tvrdí, že jí byly „vy-pěstovány“ v nemocnici (obr. 1, 2, 3).

Na našem oddělení začínáme se sippingem Cubitanu 2krát denně pro podporu hojení dekubitů. Po měsíci terapie se pacientce výrazně upravil nutriční stav. Je také ve větší psychické pohodě, vidí výsledky pasivní rehabilitace. Rány v sakrální oblasti jsme denně převazovaly obložkami s Dermacynem. Do hluboké rány na P boku jsme vkládaly Actisorb. (obr. 4, 5, 6).

Po 4 měsících hospitalizace, kdy pacientka překonala psychickou krizi z nezáměrného příbuzných (dekubity byly důvodem, proč se o ni nechtěli postarat), dochází k výraznému podráždění pokožky na hýždích. Důvodem je neustálý odchod stolice a používání inkontinenčních podložek. Nadále pokračuje v užívání Cubitanu 2krát denně. Defekty jsou ozařovány biolampou, oplachovány Dermacynem a je na ně aplikováno Hyodine a mastný tyl. Výrazně se zlepšil stav defektu na pravém boku. Podrážděnou pokožku na hýždích natíráme Elocom roztokem..

Po půl roce hospitalizace je pacientka nadále plně imobilní, ale díky pravidelnému posilování horních končetin je schop-



na se sama polohovat na boky. Tato skutečnost jí velmi posílila sebevědomí a přispěla k návratu psychické pohody. Defekt na pravém boku je již zcela zhojen, o pokožku pečujeme pouze pravidelným pro-

mazáváním vazelinou. Defekt v sakru se již výrazně zatahuje, sekrece je minimální, menší defekt pod rectem je téměř zhojen. Nadále podáváme Cubitan 2krát denně, pacientka ho výborně toleruje, chutná



ji. Na defekt v sakru aplikujeme Flamigel a mastný tyl.



vá fakt, že mohla být propuštěna do svého domácího prostředí a byl obnoven zájem rodiny. Pro přehled uvádíme porovnání dekubitů při příjmu a stav při propuštění (obr. 7, 8, 9, 10, 11).



Závěr

2. 11. 2010 byla pacientka propuštěna do domácí péče. Rodina velmi váhala, protože měla strach z ošetřování zbývajícího defektu. Byla nutná důsledná edukace rodiny, zejména o významu polohování, výživy a udržení fyzické kondice pacientky. Před hospitalizací se pacientka s pomocí 2 osob přesouvala na invalidní vozík. To se nám bohužel nepodařilo obnovit a pacientka zůstala imobilní a také zcela inkontinentní. Odbornou péčí o dekubit přebírá agentura domácí péče.

Považujeme za velký úspěch zhojení 2 dekubitů (pravý bok a pod rectem) a výrazné zlepšení dekubitu v sakru při úplné imobilitě a inkontinenci pacientky. Největším přínosem pro pacientku zůstá-

INZERCE

A care
Medical

HOSPITAL SERVICE
prostředky pro hojení ran a intenzivní péči

A care
„v nejlepší péči“



Repose

Antidekubitální systém

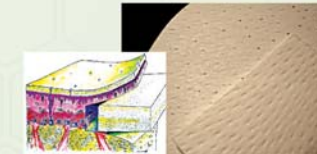


Cerdak™

Regulace sekretu v ráně pomocí biokeramiky

Dermacyn Wound Care

Super-oxidovaný pH neutrální roztok na ošetřování akutních i chronických ran



XENODERM®

Lyofilizovaná vepřová škůra (dermis) náhrada ztráty vlastní kůže při poranění



MelMax®

Sterilní, inertní krytí na rány impregnované směsí PHI™ a pohankovým medem



Hyiodine®

Synergie hyaluronanu a jódu řešení pro chronické i traumatické rány



Revamil

Hydrofilní gel s medem na léčbu akutních a chronických ran

Celostní ošetrovatelská péče O PACIENTA SE STOMIÍ

PhDr. Irena Nerudová, všeobecná zdravotní sestra, Praha

V učebnici Ošetrovatelství se dozvídáme, že stoma je slovo řeckého původu a znamená ústa, v přeneseném významu otvor, vývod, vyústění něčeho někam. V roce 1783 uskutečnil Francouz Pillore první nástěnnou stomii u pacientů. Náš chirurg, K. Maydl, provedl v roce 1884 první dvouhlavňovou kolostomii u pacientů. V té době se již u pacientů používaly různé stoma pomůcky – skleněné, kožené a kovové jímače.

Pacientů, u nichž je onemocnění řešeno dočasnou nebo trvalou stomií, je stále velký počet. Pacienti s tracheotomií, gastrostomií, ileostomií, nefrostomií, epicystostomií, kolostomií navštěvují odborné specialisty (lékaře, stoma sestry, stoma terapeutky) a také kluby, kde si mohou vyměňovat zkušenosti a rady. Tito nemocní jsou ohroženi jednak somatickými problémy, ale také problémy psychosociálními. To je třeba mít stále na zřeteli, a to jak při komunikaci s pacientem, tak s jeho rodinou i všemi blízkými. Důvěryhodné, přátelské a vstřícné zázemí, které tvoří i zdravotníci, je pro pacienta prioritní, nezbytné, výchozí a zásadní.

Péče o pacienty a jejich blízké je týmovou záležitostí, kde tým tvoří lékaři, všeobecné zdravotní sestry, sestry specialistiky, fyzioterapeuti, nutriční terapeut – dietní sestra, sociální pracovníci, terapeuti specialisté, lékárníci, laboranti – technici, sanitáři. V současné době je také přáním některých pacientů duchovní péče kněze, jako spirituální podpora a někdy spojující článek pečovatelského týmu. V současné době mnozí klienti a jejich rodina žádají konzultaci v oblasti alternativního léčení a v oblasti etikoterapie. Pro celostní péči s individuální přístupem k člověku je nutné zvažovat různé cesty k uzdravení a prevenci znovu splanutí onemocnění nebo komplikací. Je patrné, že pečující tým je široký a proto je nutné kvalitní předávání informací, vždy se zájmem o pacienta a zřetelem na celého pacienta s jeho zázemím. Nezastupitelné místo má správný individuální výběr pomůcek.

Důležité je také přesné, jasné a srozumitelné předávání informací praktickému lékaři, zdravotní sestře praktického lékaře

a všeobecným zdravotním sestram domáci péče, které jsou pro domácí péči o pacienta nezastupitelné a stěžejní.

Pro celostní ošetrování stomických pacientů je nutné znát velmi dobře lékařskou i ošetrovatelskou anamnézu od praktického lékaře, všeobecné sestry praktického lékaře a celý průběh hospitalizace s lékařskými a ošetrovatelskými záznamy, které jsou doplněny ústní konzultací se všemi zúčastněnými na léčbě – ozdravném procesu pacienta – klienta.

Osobní individualizovaný přístup k pacientovi nám umožní vytvoření plánu péče s upřesněním ošetrovatelských diagnóz, které by měly být součástí lékařského DRG systému (lépe PDRG – P – pacient).

- Ošetrovatelská diagnostika
- Ošetrovatelské diagnózy
- Deficit informací o významu a účelu stomie, ošetrování stomie a péči o okolí stomie, příjmu potravy apod.
- Sociální izolace vzhledem ke změně fyzického vzhledu,
- Narušený obraz těla vzhledem ke změně tělesné funkce,
- Snížené sebehodnocení v souvislosti se stomií,
- Narušená celistvost kůže v souvislosti se stomií,
- Riziko infekce v souvislosti s narušenou integritou kůže
- Narušené fungování sociálních rolí
- Neschopnost provádět obvyklé kulturní, společenské nebo sportovní aktivity
- Porucha v uspokojování sexuálních potřeb

Ošetrovatelské diagnózy podle NANDA Taxonomie II. – diagnostická doména: 5. Vnímání – poznávání, 6. Vnímání sebe sama, 9. Zvládání zátěže, 11. Bezpečnost – ochrana, 12. Komfort

| | |
|--|-----------|
| Deficitní vědomosti (o ošetrování stomie a stravovacím režimu stomika) | kód 00126 |
| Porušený obraz těla | kód 00118 |
| Situačně snížená sebeúcta | kód 00120 |
| Riziko situačně snížené sebeúcty | kód 00153 |
| Sociální izolace | kód 00053 |
| Poškozená kožní integrita | kód 00046 |
| Riziko infekce | kód 00004 |

Taxonomie ošetrovatelských diagnóz představuje klasifikační systém sester- ských diagnóz. Jedná se o uspořádání ošetrovatelských diagnóz podle určitého principu s cílem vytvořit standardní názvy ošetrovatelských diagnóz.

Ošetrovatelské diagnózy, stejně tak jako ošetrovatelská dokumentace, jsou a budou nedílnou součástí lékařských diagnóz – zdravotnických diagnóz a lékařské – zdravotnické dokumentace.

Celostní, komplexní péče poskytovaná pacientovi – klientovi – je zabezpečována ošetrovatelským procesem, který má vést k jeho uzdravení. Vždy musíme mít na mysli, že pacient je lidskou bytostí se svébytnou hodnotou a důstojností. Má právo na kvalitní péči, která je poskytována se zájmem, porozuměním a soucitem. Při poskytování kvalitní péče je také důležité, aby zdravotnický personál využíval právo na dostatečný odpočinek, kvalitní relaxaci a platové ohodnocení.

Literatura

- DOENGES M. E., MOORHOUSE M. F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry, Grada Publishing, spol. s.r.o., Praha 2001.
- MIKEŠOVÁ Z., FRONKOVÁ M., HERNOVÁ R., ZAJÍČKOVÁ M.: Kapitoly z ošetrovatelské péče I a II, Grada Publishing, a.s., Praha, 2006.
- Zdravotnické noviny číslo 10/2011, ročník 60, Mladá fronta, a.s., 2011.

NOZOKOMIÁLNÍ NÁKAZY II

Predisponující faktory a zdroje

PhDr. Jana Novotná, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Fakulta zdravotně sociální, janatnovotna8@seznam.cz; Doc. PharmDr. Pavol Beňo, CSc., Trnavská univerzita v Trnavě, Fakulta zdravotnictví a sociální práce, pbeno@szu.sk

Nozokomiální nákazy jsou nákazy vzniklé v přímé souvislosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení. Tyto nákazy mají množství predisponujících faktorů, které lze rozdělit na faktory se vztahem k základnímu onemocnění, se vztahem k akutnímu onemocnění, k léčbě a se vztahem k invazivním zákrokům. Zdroje nozokomiálních nákaz lze rozdělit do několika kategorií – zdrojem nákazy může být pacient, zdravotnický personál, návštěvník či jiná osoba. Zásadní roli v oblasti nozokomiálních nákaz hraje především efektivní prevence.

Nozokomiální nákazy jsou závažnou komplikací zdravotní péče, která má za následek nárůst morbidit a mortality, zhoršení kvality života pacientů, prodloužení doby hospitalizace, vzestup přímých i nepřímých nákladů na zdravotní péči.

Významnými faktory vzniku nozokomiálních nákaz jsou hlavně stárnoucí populace, vzrůstající komorbidita, rozvoj vyšetřovacích a léčebných technologií a moderní léčby umožňující záchranu v minulosti beznadějných stavů, komplikované chirurgické výkony, intenzivní péče, léčba onkologických pacientů a jiných vysoce rizikových pacientů, transplantáční medicína apod.

Predisponující faktory nozokomiálních nákaz

a) Se vztahem k základnímu onemocnění

Faktory se vztahem k základnímu onemocnění jsou vyšší věk, podvýživa, alkoholismus, kouření, chronické onemocnění plic a diabetes. Tyto faktory usnadňují bakteriální kolonizaci hostitele snížením účinnosti jeho obranných mechanismů. Imunitní stav ovlivňuje také riziko vzniku nozokomiálních nákaz, protože imuno- kompromitované osoby mají toto riziko největší. Starší pacienti jsou vnímavější než mladší, podvýživa a chronická onemocnění také snižují odolnost pacientů.

b) Související s akutním průběhem nemoci

Faktory související s akutním průběhem nemoci jsou operační zákrok, trauma,

popáleniny apod. Vyšší riziko nozokomiálních nákaz mají pacienti s primární diagnózou traumatu nebo popáleniny. V těchto případech může vyšší riziko souviset se ztrátou kožní bariéry proti mikrobům a alterací imunitního stavu. U kriticky nemocných osob může ochablost svalů prodloužovat trvání mechanické ventilace, a tak může zvýšit riziko vzniku pneumonie. Také delší hospitalizace při závažném průběhu nemoci zvyšuje pravděpodobnost vzniku nozokomiálních nákaz.

c) Související s invazivními zákroky

Faktory související s invazivními zákroky jsou endotracheální nebo nazální intubace, centrální kanyla, mimotoční podpora činnosti ledvin, operační drény, nasoga-

strická sonda, tracheostomie, cévkování moči. Podle údajů z Národní surveillance nozokomiálních nákaz (NNIS), zahrnující zprávy od 498 998 pacientů, souvisele 83 % případů nozokomiálních pneumonií s mechanickou ventilací, 97 % případů infekcí močových cest souvisele se zavedeným močovým katétreem a 87 % případů primárních infekcí krve bylo u pacientů s centrální kanylou.

d) Související s terapií

Faktory související s terapií jsou transfuze krve, nedávná antimikrobní léčba, imunosupresivní léčba, tj. podávání kortikosteroidů, profylaxe stresové vředové nemoci, dlouhý pobyt na lůžku a parenterální výživa. Jako rizikový fak-

PROMEDIAMOTION s.r.o.

vás srdečně vze
na 8. ročník odborných školicích akcí

– promediamotion –
TRAINING & CONGRESSES

EFEKTIVNÍ ŘÍZENÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ 2011,

kteří se konají v lázeňském hotelu FELICITAS v Poděbradech.

Odborný garant: PhDr. Martina Venglářová

20.–21. 10. 2011

„Problematický spolupracovník – jak na něj?“

Cena: 4.490 Kč

Možnost prodloužení pobytu (ubytování na 2 noci).

Cena zahrnuje: školení, ubytování, plnou penzi, učební texty, vstup do bazénu s whirlpoolem, kosmetické poradenství. Možnost parkování v hotelových garážích za poplatek 100 Kč/auto/den.

Školicí akce je ohodnocena 8 kredity.

Přihlášky a informace na info@promediamotion.cz
www.promediamotion.cz

diagnóza
v ošetrovatelství



► tor bylo odhaleno podávání sedativ, kortikoidů, antacid, profylaxe stresové vředové nemoci, předchozí léčba antibiotiky a opakované krevní převody.

Zdroje nozokomiálních nákaz

Zdroj nákazy je významným prvním článkem epidemiologického řetězce v procesu šíření. Zdrojem nozokomiální nákazy může být pacient, zdravotnický personál, návštěvník či jiná osoba.

Pacient jako zdroj nozokomiální nákazy

Pacient je zdrojem nespecifické i specifické, exogenní i endogenní nozokomiální nákazy.

a) Pacient zdrojem exogenní nozokomiální nákazy

Pacient může být zdrojem nákazy jako nemocná osoba s klinickými projevy nebo jako nosič patogenních agens bez jakýchkoli známek klinického projevu. Pacient při exogenní nozokomiální nákaze vylučuje mikroorganismy do vnějšího prostředí a ty se buď přímo, nebo nepřímo přenášejí na jinou osobu.

Zdrojem nespecifické nozokomiální nákazy se pacient stává:

Je-li přijat s chybnou základní diagnózou či v inkubační době infekční nemoci, která propukne až během hospitalizace na oddělení, probíhají-li u pacienta abortivní příznaky infekce neumožňující okamžitou diagnózu. Je důležité, zda onemocnění u zdroje nákazy probíhá manifestně, atypicky či latentně. Pokud jde o manifestní průběh, klinické příznaky umožní

včasné poznání nemoci, nastolení protiepidemických opatření a zviditelnění zdroje nákazy. Atypický nebo dokonce latentní průběh ztěžuje rozpoznání nemoci a zdroje nákazy. Je-li pacient nosičem patogenních mikrobů, nosičství patogenních mikroorganismů je mnohdy nerozpoznatelné. Infekční agens perzistuje v organismu pacienta a je vylučováno do vnějšího prostředí bez zjevných klinických známek nemoci. Nosičství může být krátkodobé, ke konci inkubační doby, v rekonvalescenci, nebo dlouhodobé, trvající řadu měsíců až let. Nosičství může být přerušované, takže i laboratorní výsledky mohou být v určité fázi negativní. Ve všech výše uvedených případech je pacient zdrojem nespecifické neboli komunitní nozokomiální nákazy.

b) Pacient zdrojem endogenní nozokomiální nákazy

Endogenní nozokomiální nákaza je onemocnění, které vznikne u pacienta působením vlastní mikroflóry, běžné i kolonizované. Pacient s endogenní nozokomiální nákazou je rezervoárem a zdrojem sám sobě. Etiologickým agens je mikrob, který je součástí jednoho ze čtyř možných systémů s vlastní mikroflórou.

Agens vyvolávající endogenní nozokomiální nákazy se dostává z vlastního do jiného systému, do serózních dutin, do rány apod., a to krví, lymfou a tkáněmi. K tomuto zavlečení dochází při operacích, instrumentálních zákrocích, ale také po ozáření a po imunopresivní léčbě, kdy je organismus oslaben a může u něj dojít ke vzplanutí infekce. Je důležité vědět, že etiologické agens vlastní mikroflóry, která je pro pacienta neškodná, se

stává patogenním po zavlečení do jiné lokality organismu. Staphylococcus aureus je často součástí mikroflóry v nosní dutině. Tento nálezn je zvláště nebezpečný u pacientů docházejících na hemodialýzu nebo peritoneální dialýzu.

Staphylococcus aureus je nebezpečný i pro pacienty s chirurgickou ránou, zejména v kardiologii. Bylo zjištěno, že výskyt tohoto agens na nosní sliznici způsobuje vyšší výskyt stafylokokových sepsí ve srovnání s nenosiči, zvláště pokud jde o kmeny rezistentní na tetracyklin a methicilin. Dekontaminace nosní sliznice a léčeni nosní flóry je nejlepší prevencí hnisavých procesů až sepsí, které se mohou u těchto pacientů vyvinout.

Epidemiologická charakteristika endogenních nákaz se liší od exogenních. Endogenní nákazy nemají inkubační dobu, nejsou nakažlivé v běžném slova smyslu, proti jejich původci nevzniká imunita. Rozlišení endogenních nozokomiálních nákaz od exogenních bývá nezdědká velice obtížné. Pacient s endogenní nozokomiální nákazou se může někdy stát zdrojem nákazy pro další pacienty.

1. Návštěvník jako zdroj nozokomiálních nákaz

Předpisy pro četost a dobu návštěv v nemocnici se v posledních letech značně uvolnily. Nicméně možnost, že návštěvník zavleče infekční onemocnění, trvá. Záleží na jeho chování a na jeho zodpovědnosti. Návštěva s dětmi je až na vzácné výjimky nevhodná z mnoha důvodů, epidemiologických i etických.

Návštěvník se stává rizikovým, zejména přináší-li potraviny rychle podléhající zkáze. Pokud není k dispozici lednička, jídlo je uskladněno za okny a dochází v něm k rychlému množení mikrobů.

Účelnost použití návků na obuv návštěvníka je diskutována a mnohde se od ní upouští. Důležité je udržovat na pokojích a chodbách pacientů čistotu, bezprašnost, a pokud je návštěvní režim zcela volný, vytírat namokro podlahu, za blátivého a mokrého počasí několikrát denně. Speciální čistící rohože výrazně snižují zanášení tuhých nečistot na obuvi na pokoje pacientů.

2. Zdravotnický personál jako zdroj nozokomiálních nákaz

Vztah mezi zdravotnickým personálem a pacientem je vztah velice těsný a ze-

jména oboustranný. Zdravotnický personál může být pro pacienta zdrojem nemocniční infekce a naopak pacient může být pro zdravotníka zdrojem jeho profesionálního onemocnění. Navíc hraje zdravotník roli v přenosu nemocniční mikroflóry jako účastník procesu šíření nákazy, především prostřednictvím kontaminovaných rukou.

a) Zdravotník jako zdroj nozokomiálních nákaz. Zdravotnický personál se může stát zdrojem exogenní nemocniční nákazy v případě vlastního onemocnění, kdy podceňuje nebezpečí zdánlivě banální nemoci, nebo v případě nosičství. Manifestní forma se zjevnými klinickými příznaky je z epidemiologického hlediska méně nebezpečná, protože je dobře diagnostikovatelná a léčitelná. Nebezpečné jsou atypické, abortivní formy onemocnění nebo nosičství. Zdravotník jako nosič patogenních mikrobů může být pro pacienty významným a nebezpečným zdrojem nozokomiální nákazy. Přechovává a vylučuje infekční agens bez zjevných příznaků onemocnění a mnohdy o nosičství ani neví. Přenos nozokomiální nákazy od zdravotníka k pacientovi se uskutečňuje přímou a nepřímou cestou. V případě onemocnění zdravotnického pracovníka dominuje přenos přímý, zejména kontaktem personálu s kůží či sliznicí pacienta, nebo vzdušnými kapkami apod. Nejčastěji je rezistentní mikroflórou kolonizován nosohltan, střední ústrojí a kůže na ruce. Asymptomatické nosičství je epidemiologicky nejzávažnější a může vyvolat epidemii či vážně ohrozit samotného pacienta.



b) Ruce zdravotníka v procesu šíření nozokomiálních nákaz. Ruce zdravotníka kontaminované nemocniční mikroflórou patří k nejrozšířenějšímu a nejrizikovějšímu způsobu přenosu nozokomiálních nákaz. Mikroorganismy, které reprezentují nemocniční mikroflóru, mají odlišné vlastnosti od vlastností těchto organismů v populaci. Tyto vlastnosti se získávají dlouhodobou kolonizací a cirkulací kmenů ve zdravotnickém zařízení. Patří k nim zejména získaná rezistence až multirezistence na používaná antibiotika, chemoterapeutika a dezinfekční prostředky a přenosnost těchto vlastností pomocí plasmidů na jiné, běžně se vyskytující i nepatogenní kmeny.

Mytí rukou významně snižuje nosičství potencionálních patogenů na rukou. Je rovněž známo, že mytí rukou může snížit morbiditu a mortalitu pacientů na

nozokomiální infekce. U 20–30 % nemocničního personálu bylo zjištěno nosičství gramnegativních mikroorganismů na rukou, s nárůstem až na 80 % u personálu na popáleninových a novorozeneckých odděleních.

Mikroorganismy přenášené na ruce

Rezidentní flóra

Tyto mikroorganismy kolonizují kůži, ale nejsou obvykle původci infekce, s výjimkou přenosu na vnímavé pacienty nebo místa, např. Staphylococcus epidermidis, Corynebacterium spp.

Tranzidentní flóra

Tyto mikroorganismy se získávají kontaktem s kontaminovanými místy nebo předměty. Na kůži se nemusí nevyhnutelně pomnožovat, ale mohou přetrvávat dost dlouho na to, aby se daly přenést na vnímavého pacienta, Klebsiella spp.

Literatura

- JEAN-LOUIS, V. Přel. V. Plesník. Nozokomiální infekce na jednotce intenzivní péče. <http://www.sea.host.sk/smd/smd168.htm>, 03.08.2010.
- MACQUEEN, S. Mytí rukou. In: Klinická mikrobiologie a infekční lékařství. Praha: 1999, č. 4, s. 132-134. ISSN 1211-264X.
- PODSTATOVÁ, R., MAĐAR, R., Nozokomiální nákazy. Sestra. Praha: 2008, roč. 18, č. 1, s. 10. ISSN 1210-0404.
- ŠRÁMOVÁ, H. a kolektiv. Nozokomiální nákazy II. Praha: Maxdorf-Jessenius, 2001. 303 s. ISBN 80-85912-25-2.

– promediamotion –

PROMEDIAMOTION s.r.o.

vás srdečně zve na II. odbornou konferenci

„Nozokomiální nákazy, dezinfekce, sterilizace“, která se koná dne 10. 11. 2011

ve VC Masarykova nemocnice, Sociální péče 2216/12 A, Ústí nad Labem.
Odborný garant: MUDr. Věra Melicherčíková, CSc. Státní zdravotní ústav Praha
Čestný host: Mgr. Markéta Svobodová, hlavní sestra, Krajská zdravotní a.s.
Konference ohodnocena 4 kredity.

Přihlášky a informace na info@promediamotion.cz, www.promediamotion.cz

diagnóza
v ošetrovatelství

Čištěná voda pro zdravotnické účely

Aqua purificata Bag in Box 5 l

Snadno, rychle a efektivně

- ✓ vhodná pro všeobecné použití ve zdravotnických zařízeních
- ✓ ideální k oplachům endoskopů a optických přístrojů...
- ✓ skladování v originálních snadno omyvatelných obalech po dobu 24 měsíců
- ✓ prodloužená doba spotřeby 3 měsíce po otevření
- ✓ nulové výrobní náklady!

fagron.cz FAGRON, a.s., Holická 1098/31M, 772 00 Olomouc, Česká republika
e-mail: obchod@fagron.cz, tel.: +420 585 222 590, fax: +420 585 226 521



Garantovaná kvalita
dle Českého a Evropského
lékopisu!



ilustrační foto: iStockphoto

PROBIOTIKA

MUDr. Dana Nováková, Klinika nukleární medicíny a endokrinologie, Fakultní nemocnice v Motole Praha, dana22222@seznam.cz

V posledních dvaceti letech dochází k velkému rozvoji znalostí o probiotických bakteriích. Řada firem nyní vyrábí preparáty, které jsou dostupné v lékárnách – tyto preparáty se zkráceně nazývají probiotika a jsou v lékárnách vedena jako doplňky stravy. Na rozdíl od řady jiných prostředků, které jsou v kategorii alternativní léčby, využívání probiotik pro prevenci a pro léčbu řady onemocnění je podloženo celou řadou klinických studií. V roce 2010 bylo publikováno několik stovek prací, které se probiotikům věnovaly.

Hned v úvodu je třeba upřesnit, co jsou pojmy prebiotika a probiotika, čím se liší. Prebiotika jsou nestravitelné složky potravy, cukerné složky – vláknina, které jsou podkladem pro růst probiotických bakterií. Probiotické bakterie jsou bakteriální druhy, které jsou přítomné na povrchu sliznic našeho těla, nejvíce v zažívacím traktu. Žijí s námi v takzvaném komensálním vztahu, je to slovo z řečtiny a znamená to „spolu u stolu“. Jde o oboustranný prospěch. Bakterie na našich sliznicích nachází zdroj výživy a pro nás jejich přítomnost znamená zlepšení zdravotního stavu. Pomáhají nám významně v trávení, mají také důležitou roli v udržování zdravé sliznice. Důležitá je jejich role v podpoře imunitního systému, a to nejen přilehlé sliznice, ovlivňují i imu-

nit celého těla. Pojem symbiotika znamená kombinaci jednotlivých probiotik a k nim příslušejících prebiotik, těch na jejichž podkladě mohou růst.

První, kdo si povšiml vztahu bakterií a dlouhodobého zdraví, byl nositel Nobelovy ceny Ilja Mečnikov, který dal do souvislosti dlouhý život bulharských pastevců s jejich spotřebou kysaných mléčných výrobků. Tyto poznatky roku publikoval již v roce 1908. Ilja Mečnikov, byl národností Rus, byl ale ředitel Pasteurova ústavu v Paříži. Termín „probiotika“ byl pak poprvé použit v roce 1965, angličtí autoři Lilly a Stillwell popsali látky vylučované bakteriemi, které stimulují růst jiných buněk. Termín probiotika také pochází z řečtiny a znamená „pro život“. V posledních dvaceti letech nastal velký pokrok jak

v teoretických studiích, tak i v klinickém testování probiotik. Tyto výzkumy jsou podkladem pro jejich použití v řadě klinických oborů.

První bakteriální osídlení získáváme již při porodu a později z mateřského mléka, z kůže rodičů a ze stravy. Podle výzkumů je dítě osídleno bakteriemi, tak zvanou bakteriální flórou, již v jednom roce. Přítomnost bakterií v našem těle je individuální a záleží jednak na našem imunitním systému, ale také na tom, jak se stravujeme a v jakých hygienických podmínkách žijeme. K poruše bakteriální rovnováhy může dojít, při oslabení imunity, při infekcích zažívacího traktu a po léčbě – hlavně po používání antibiotik, také po léčebném ozařování. Jestliže dojde k narušení naší bakteriální flóry, je

dobré pro jejich obnovu použít probiotické přípravky.

Jednotlivé probiotické přípravky jsou často velmi rozdílné. Liší se jak v počtu použitých bakteriálních kmenů, tak i v celkových dávkách probiotických bakterií v jedné tabletě či kapsli. Základem většiny probiotických přípravků jsou bakterie mléčného kvašení, jako druhy Laktobacillus a Bifidobacterium. Probiotikem mohou být také další bakteriální druhy, například enterokoky a escherichie. V některých přípravcích je obsažena kvasinka Saccharomyces boulardii. Složení preparátů je přizpůsobováno jednak věkové kategorii, ale i účelu, pro který má být probiotický preparát používán. Složení má správně vycházet z výsledků studií, ve kterých byla konkrétní probiotika testována. Jednotlivé probiotické kmeny žijí v určitých oddílech sliznic – hlavně v zažívacím traktu a mají vždy specifické účinky. Pro použití je výhodná kombinace několika bakteriálních druhů. V prepa-

rátu může být obsažen probiotický kmen, který má v dané indikaci, například u infekčního průjmu, ověřené účinky v zábráně růstu bakterií, které způsobily onemocnění, a další přidané probiotické kmeny mohou současně působit například při stimulaci obrany střeva.

Proto, aby mohl být preparát s probiotiky prodáván, musí splňovat kritéria bezpečnosti. Nesmí být potencionálním zdrojem infekce. Dalším požadavkem, který však nesplňují všechny firmy, je to, že výrobky mají mít takzvaný atest – doklad o tom, že obsahují dávku uváděnou na výrobku ještě na konci expirační doby. Vzhledem k tomu, že většina výrobků obsahuje bakterie, které byly lyofilizovány a mají osídlit střeva je žádoucí aby se z preparátu uvolnily až po prostupu žaludkem a duodenem. Bakterie ve střevě ožijí a mají schopnost se dále množit. Renomované firmy ošetřují pro co nejlepší přežívání bakterií jejich povrchy kapslemi nebo enterickým povrchem. Jde-li o práš-

kovou formu určenou dětem, jsou malé části ošetřeny mikrokapsulací.

Oproti používání antibiotik se v případě užívání probiotik jedná o léčbu bezpečnou. Riziko, že dojde k přechodu probiotických bakterií přes sliznici a následně k tomu, že způsobí sepsi je minimální. K takovým komplikacím dochází velmi raritně a jsou možné pouze u značně oslabených jedinců. Uvádí se, že riziko je asi 1:1 000 000.

Probiotika se používají jak pro prevenci, tak i pro léčbu řady onemocnění. Další pokračování této tematiky v následujících číslech časopisu se bude postupně věnovat jednotlivým indikacím, u nichž byla probiotika testována, a výsledkům, k nimž studie dospěly.

PR

Mezi nejlépe hodnocená probiotika vůbec patří přípravky Biopron, které díky vysoké koncentraci a pestrému zastoupení probiotických organismů nabízejí komplexní řešení při nejrůznějších obtížích provázaných s trávením.

PROBIOTIKA

Účinná ochrana před střevní bakterií EHEC

Probiotika jsou živé mikroorganismy příznivě ovlivňující lidské zdraví. Přispívají k rovnováze střevní mikroflóry a stimulují imunitní systém. Při dlouhodobém užívání rovněž preventivně působí proti oslabení obranyschopnosti organismu. Probiotické bakterie Lactobacillus rhamnossus GG mohou snížit riziko nakažení nebezpečnou střevní bakterií EHEC, která se v současnosti šíří Evropou.

Probiotika jsou kultury živých mikroorganismů. Nejčastěji se jedná o kmeny bakterií Lactobacillus a Bifidobacterium, které najdeme v některých mléčných výrobcích a jsou označovány jako probiotické. Tyto potraviny zpravidla neobsahují takové množství, které lidské tělo potřebuje, proto je vhodné užívat doplň-

ky stravy se zvýšeným obsahem těchto látek.

Řada odborníků se shoduje, že doplňky stravy a potraviny s obsahem Lactobacillus rhamnossus GG mohou výrazně snížit riziko nakažení nebezpečnou střevní bakterií EHEC, která se v současnosti šíří Evropou. Tyto probiotické bakterie negativně modulují tvorbu toxinu tvořeného EHEC změnou pH vyvolanou produkcí organických látek.

„Probiotické bakterie jsou medicínou založenou na důkazech považovány jako účinná ochrana, ale také vhodný doplněk terapie u průjmového onemocnění dětí a dospělých, a to jak infekčních, tak i vyvolaných některými léčivými,“ říká MUDr. RNDr. Vilím Šimánek, DrSc. a dodává: „Randomizované klinické studie prokázaly účinnost primární prevence bakteriemi Bifidobacterium breve B. lactis, Lactobacillus GG, L. casei, L. reuteri, L. acidophilus, L. bulgaricus a Streptococcus thermophilus. Jako vhodný pro doplňkovou terapii u průjmů spojených s užíváním antibiotik se ukázal Saccharomyces boulardii. Preventivní užívání těchto probiotických bakterií nemělo žádné vedlejší účinky na lidský organismus, lze je tedy doporučit, a to zejména u dětí.“

Při výběru probiotických doplňků stravy je vhodné poradit se se svým lékařem nebo lékárníkem. Důležitým faktorem je složení bakterií, které přípravek obsahuje, a zároveň by se mělo jednat o tzv. živé kmeny bakterií. Ne všechny doplňky stravy a ani potraviny, které uvádějí přítomnost probiotických bakterií, tyto požadavky splňují.

Konzumace probiotik má několik zdravotních přínosů, např.:

- Přispívají k obnovení vyvážené střevní mikroflóry. Ta bývá narušena zpravidla po užívání některých léků, jako např. antibiotik.
- Stimulují vrozený imunitní systém.
- Pozitivně regulují schopnost střevní sliznice vstřebávat minerály a mikro-nutrienty (minerální látky a vitaminy).
- Indukují tvorbu organických kyselin a některých vitamínů, např. B12.
- Konkurojí s patogenními bakteriemi a indukují rozklad jejich toxinů.
- Inhibují tvorbu škodlivých enzymů v tlustém střevě, které vyvolávají zánět střevní sliznice a mohou způsobovat vznik nádorového onemocnění. (red)

ARYTMIE I

Petra Podrazilová, INT JIP Nemocnice s poliklinikou v Semilech

Arytmie lze charakterizovat jako poruchy srdečního rytmu, a proto je pochopení anatomie i fyziologie srdeční činnosti nezbytnou podmínkou pro porozumění patologiím těchto pochodů. Na úvod tedy krátce shrnu několik základní anatomicko-fyziologických zákonitostí.

Srdce se skládá z dvou síní a dvou komor oddělených fibrózním nevodivými vazivem. Stahují se závisle na sobě jen díky převodnímu srdečnímu systému, jenž tvoří modifikované kardiomyocyty, ve kterých vznikají podněty ke kontrakci myokardu. Srdce je proto do jisté míry autonomní orgán. Převodní srdeční systém tvoří sinoatriální uzel (SA uzel), který se nachází v pravé síni při ústí horní a dolní duté žíly. Je to primární „udavatel kroku“ – pacemaker – určuje rytmus srdečních kontrakcí o frekvenci cca 80 tepů za minutu. Sám uzel je regulován pokyny z autonomního kardio-regulačního centra v mozgovém kmeni a nelze opomenout ani humorální vlivy na srdeční činnost (např. hormony štítné žlázy či nadledvinek – noradrenalin, adrenalin). Po vzniku vzruchu v SA uzlu se vzruchy šíří svalovinou obou síní, až dospějí k atrioventrikulárnímu uzlu (AV uzlu), který po drobném časovém zpoždění převádí vzruch dál na komory. Toto zpoždění je důležité pro zachování homogenity stahu srdce.

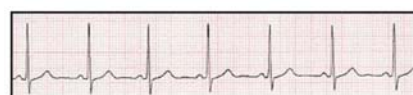
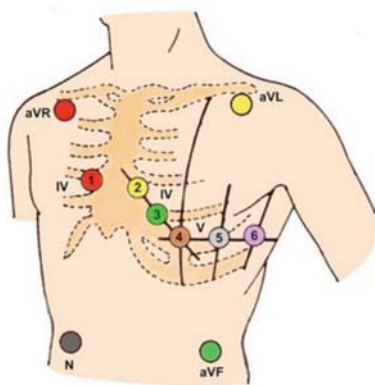
Každá část převodního systému je nadána určitou automaticí, ale o nižší frekvenci (s určitou časovou prodlevou) než místo nadřazené. Toto je obrana proti spontánnímu vzniku arytmií a zároveň je i prevence srdeční zástavy, kdy pokud selže nadřazený pacemaker, tak se srdeční vzruch šíří z nižší etáže převodního systému. Pokud tedy selže SA uzel, může být pacemakerem AV

uzel, ale již se to projeví nižší frekvencí (cca 50 tepů za minutu). Tomu se říká náhradní junkční rytmus, kdy vzruch se šíří ve stejný okamžik jak do síní, tak do komor, a stah síní a komor není koordinovaný, na sobě závislý.

Dalším případným pacemakerem může být i Hisův svazek, ale zde jsou již vysílány vzruchy o frekvenci cca 30 tepů za minutu – tedy významná bradykardie, které může ohrožovat život nemocného. Posledním úsekem převodního systému jsou dvě Tawarova raménka (jedno pro každou komoru), zakončená Purkyňovy buňkami. Levá komora má více svaloviny (obecně lze říci, že je větší) než pravá, a proto se zde Tawarovo raménko dělí na dva fascikly (svazky).

Elektrokardiogram (EKG) je standardní neinvazivní metoda funkčního vyšetření elektrické aktivity myokardu. Pořízení kvalitního EKG a základní zhodnocení křivky je součástí práce sestry. Je tedy důležité znát fyziologickou křivku srdeční činnosti, zvanou sinusovou (zkráceně jako sinus). Na EKG je zaznamenána elektrická aktivita myokardu při kontrakci. Obecně lze říci, že na EKG záznamu rozlišujeme vlny, event. komplex a úseky (intervaly). Vlna P je charakteristickou pro stah síní. Komplex QRS zobrazuje šíření vzruchu v komorách a vlna T je známkou repolarizace (návratu do klidového stavu). Jednotlivé úseky jsou důležité pro určení času nutného k převodu na jednotlivé části srdce (respektive ze síní na ko-

moru a event. patologické šíření vzruchu po komorách). EKG záznam lze pořídit jako klasický tzv. „dvanáctisvod“, tedy 12 svodové EKG, kdy máme 6 končetinových svodů (I, II, III, aVR, aVL, aVF) a 6 hrudních svodů (V1-V6). EKG lze monitorovat i kontinuálně přes monitory na jednotkách intenzivní péče, kdy používáme 3svodové (event. 5svodové) EKG..



Srdeční arytmie (dysrytmie) jsou poruchou srdečního rytmu. Lze tedy obecně říci, že se jedná o jakékoliv odchylky od sinusového rytmu. Sinusový rytmus lze jednoduše charakterizovat: Vlna P předchází každý štíhlý QRS komplex, za kterým následuje vlna T (event. U). Frekvence 60–90/min.

Ve většině případů arytmií se jedná o postižení převodního systému řídicí srdeční činností. Některé arytmie jsou považovány za běžné (např. slabá respirační sinusová arytmie, kdy se srdce při nádechu mírně zpomalí, kdežto při výdechu mírně zrychlí).

Příčiny jsou různorodé:

- organické srdeční onemocnění – ICHS, kardiomyopatie, srdeční vada, hypertrofie srdeční
- elektrolytová dysbalance
- hormonální poruchy (dysfunkce štítné žlázy)
- lékové interakce (antiarytmika, digitalis)
- toxické vlivy – alkohol, anabolika, psychofarmaka
- infekce, plicní embolizace, anémie
- neurovegetativní tonus
- NEZNÁMÉ

Důležité je uvědomit si, že arytmie je symptom a je třeba vždy pátrat po základním onemocnění. Arytmie se může pro-

jevovat od úplně banálních příznaků až po život ohrožující onemocnění. Projevy mohou být jednak asymptomatické, ale i symptomatické – nepravidelnost tepu, palpitate (bušení vnímané pacientem, může se vyskytovat u rozrušení nebo stresu), pocit občasného vynechání srdce, dušnost, angina pectoris, slabost, závrať, synkopa, event. bezvědomí či náhlá smrt.

Arytmie lze dělit z několika různých pohledů.

podle rychlosti srdeční činnosti:

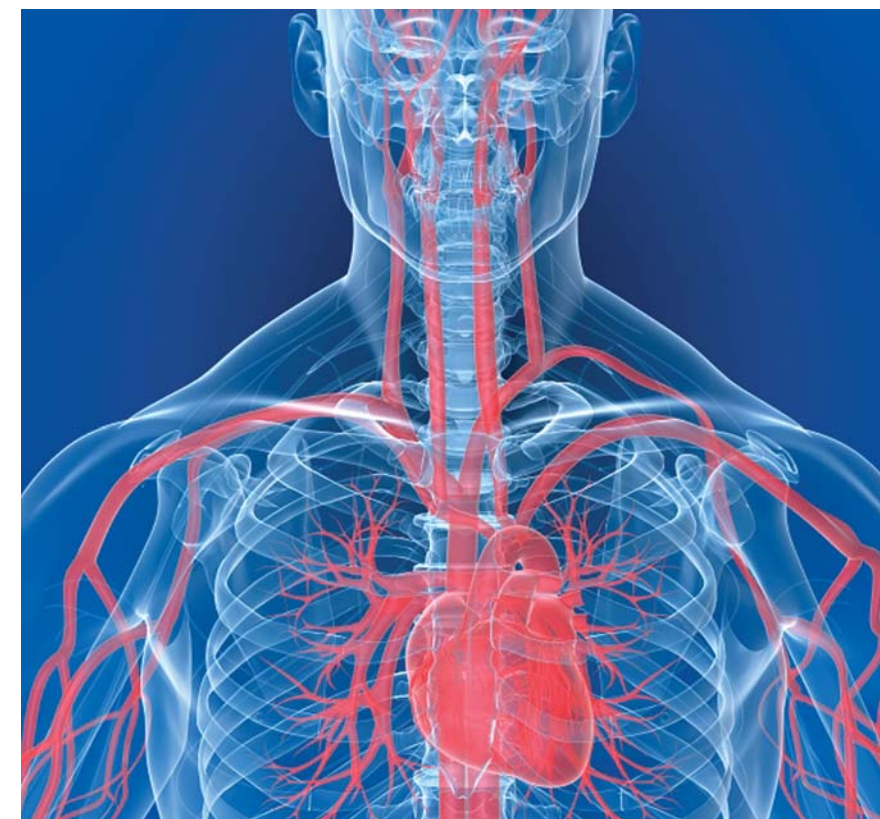
- arytmie rychlé (tachyarytmie) (>100/min)
- arytmie pomalé (bradyarytmie) (<60/min)

podle místa vzniku v převáděcím systému:

- sinusová
- supraventrikulární
- ventrikulární (komorová)

Cílem léčby je zmírnit nepříznivý hemodynamický dopad, zlepšit prognózu a potlačit symptomy. **Terapii** lze dělit na farmakologickou (antiarytmika) a nefarmakologickou, kam lze zařadit:

- defibrilaci, což je lékařský úkon při němž se pomocí elektrického výboje z defibrilátoru depolarizují všechny srdeční buňky (vymaže veškerou chaotickou činnost srdce),



ilustrační foto: iStockphoto

- kardioverzi, kdy pomocí elektrického výboje se upraví rytmus srdce, většinou v krátkodobé narkóze,
- kardiostimulaci, tedy stimulaci srdce, přiváděnou elektrodami přímo do komor srdce,
- chirurgický zákrok.

Literatura

<http://ekg.kvalitne.cz/tvorba.html>
<http://www.wikiskripta.eu/index.php/Home>
 Pacovský, Vladimír. Vnitřní lékařství. I vyd. Praha: Avicenum, 1993, ISBN 80-217-0558-2

LÉKAŘI V MOTOLE PROVEDLI UNIKÁTNÍ OPERACI SRDCE

Unikátní operaci srdce uskutečnili v minulých dnech lékaři z Kardiologické a Kardiochirurgické kliniky UK 2. LF ve Fakultní nemocnici v Motole.

Lékaři z Motoly, jako vůbec první specialisté v České republice, implantovali katetrizačně srdeční chlopeň v minulosti již operovanému a velmi rizikovému pacientovi pomocí otevření hrudníku (tzv. „torakotomie“) a následného zavedení nové chlopně přímo přes aortu do pacientovy zúžené chlopně. Reoperovanému pacientovi byla implantována srdeční chlopeň CoreValve od společnosti Medtronic. Výkon byl proveden týmem kardiologů prof. MUDr. J. Veselky, CSc., za pomoci kardiochirurgů pod vedením doc. MUDr. M. Šetiny, CSc., a anesteziologů primáře MUDr. T. Vymazala.

Standardním léčebným postupem u nemocných s aortální stenózou, tedy zúžením

aortální chlopně, které se vyskytuje především u seniorů, je chirurgická náhrada této chlopně. Tato operace však může být pro řadu i jinak nemocných pacientů příliš náročná. Proto je v poslední době nahrazována zavedením nové chlopně do místa chlopně zúžené („systém nová chlopeň do staré chlopně“). Tímto přístupem prováděným většinou cestou stehenní tepny bylo ve světě ošetřeno již několik desítek tisíc pacientů. Podstatou metody je napíchnutí stehenní tepny a zavedení nové chlopně přes tepenné řečiště až do aorty, kde se chlopeň implantuje.

V případě velmi rizikových pacientů, u kterých není přes tepenný systém možný přístup až k srdci, museli přijít lékaři s inovativním systémem, při kterém využívají zkušenosti z více medicínských oborů a lékaři několika oborů spolupracují během jediné technicky náročné operace.

„U tohoto pacienta bylo vzhledem ke stavu jeho tepenného řečiště vyloučeno, že by se nám podařilo novou chlopeň dopravit až do aortální pozice. Proto jsme zvolili alternativu, kterou známe z dlouhodobé spolupráce s chirurgy. Chirurgové otevřeli nemocnému hrudník a my jsme chlopeň zavedli přímo do aorty pod kontrolou zraku i rentgenového přístroje. Na závěr chirurgové aortu i hrudník pacienta opět uzavřeli. Operace proběhla úspěšně. Pacient je stabilizovaný a daří se mu dobře,“ komentuje zákrok prof. MUDr. Josef Veselka, CSc., přednosta Kardiologické kliniky UK 2. LF a FN v Motole. „Vzhledem k náročnosti tohoto zákroku budeme běžným pacientům i nadále implantovat chlopeň transfemorální cestou. Nyní však nabízíme šanci pro lepší život i pacientům s opakovanými operacemi srdečních vad,“ dodává prof. Veselka. (red)

Problematika diagnostiky intoxikace U PACIENTA V BEZVĚDOMÍ

Bc. Barbora Toufarová, staniční sestra ARO, Nemocnice Břeclav,
e-mail: toufabar@centrum.cz

I. ČÁST

Primární příjem 25letého muže začíná v Nemocnici Kyjov na interním oddělení – JIP. Na toto oddělení byl transportován RLP, kterou kontaktoval sám dne 27. 1. 2009 v 19:30 hod., kdy udával několikadenní konzumaci alkoholu. Během převozu byl agitovaný, zmatený, posléze i pomočený.

Lékařem RLP byla odebrána anamnéza a stanovena pracovní diagnóza (další anamnestické údaje od pacienta nebyly pro zmatenost a agitovanost odebrány): susp. intoxikace alkoholem a neznámou toxikou (metamfetamin – pozitivní průkaz v moči). Hodnoty vitálních funkcí při přijetí: hypotenze 80/60 torrů, bradykardie 30 pulsů/minutu. Pacient byl nadále agitovaný, zornice mydriatické, pomočený, pokálený. Během 15 minut od přijetí dochází k progresi stavu vědomí, k zástavě dechu a oběhu. Okamžitě byla zahájena KPR trvající 20 minut. Po obnovení spontánní cirkulace, stabilizaci stavu a kompletním zajištění pacienta intubací v rámci KPR, zavedením centrálního žilního přístupu, dekompresí GIT, zavede-

ním permanentního katétru a nezbytnou farmakoterpií, byl domluven sekundární převoz na ARO Nemocnice Břeclav. Důvodem byla nemožnost zajištění ventilovaného lůžka.

1. den hospitalizace

Stav při přijetí na urgentním příjmu (UP) ARO Nemocnice Břeclav ve 22:45 hod.:

- stav vědomí – pacient byl na transport analgosedovaný, GCS 3
- ventilace zajištěna transportním plicním ventilátorem, na UP byl napojen na plicní ventilátor Bennett v režimu řízené ventilace
- hodnoty vitálních funkcí: TK 140/80 torrů, puls 110/minutu, TT 36,6 °C
- zornice mydriatické, vpichy po aplikaci drog nebyly na těle nalezeny.

I. Diagnostika

Laboratorní odběry

Okamžitě po zajištění pacienta na UP byl odebrán laboratorní screening (glykémie, Na, K, Cl, osmolalita, kreatinin, ABR, KO +

diff, aPTT, rozšířené jaterní testy (ALT, AST), troponin, myoglobin. Dále byl proveden odběr krve, moči a žaludečního obsahu na toxikologické vyšetření. Byl pořázen 12svodový záznam EKG.

Patologie v laboratorních odběrech:

- hyponatremie 130 mmol/l; hyperkalemie 8,0 mmol/l; hyperglykemie 19,75 mmol/l; osmolalita 313 mmol/l; ALT 2,53 ukat/l; AST 3,42 ukat/l; troponin 0,385 ng/ml; myoglobin 253,6 ng/ml
- ABR – MAC: pH 7,1; BE 12,8 mmol/l; HCO₃ 9,5 mmol/l

Elektrokardiogram (EKG)

Patologická křivka – suspektní supraventrikulární tachykardie, hrotnatá T vlna, rozšířený QRS komplex, deprese úseku ST-T inferolaterálně.

Diferenciální diagnostika

1. Intoxikace psychostimulancií – metamfetaminem nebo kokainem (zvýšený troponin, ischemické změny na EKG).

Psychostimulancia jsou centrálně působící látky s psychostimulačními účinky zvyšující koncentraci serotoninu a dopaminu v synaptických štěrbinách. Mají sympatikomimetické účinky (hypertenze, tachykardie, mydriáza, tremor, pocení). Hyperkinetická cirkulace může způsobit až ischemii myokardu a AIM. Dalšími komplikacemi mohou být maligní hypertermie a rhabdomyolýza, doprovázená akutní renální insuficiencí.

2. Rhabdomyolýza při akutní intoxikaci metamfetaminem (K – 8 mmol/l i MAC, myoglobin 235,6 ng/ml, kreatinínáza 130 umol/l); EKG odpovídající hyperkalemii, (hrotnatá T vlna, prodloužený PR a QRS interval, zmenšení až absence P vlny).

Strategie léčby

- léčba základní příčiny intoxikace
- prevence akutního renálního selhání
- léčba hyperkalemie

Farmakoterapie

- alkalizace moči
- osmotická a kličková diuretika (Manitol a Furosemid) nejsou vzhledem k osmotické polyurii indikována
- CVVHD

3. Otrava antidepresiv:

- absence vpichů po i. v. aplikaci (podezření na perorální požití antidepresiv)
- tricyklická antidepresiva způsobují maligní arytmie (úzká hranice mezi terapeutickou a toxickou letální dávkou)

4. Intoxikace alkoholem

Orientačně jsme stanovili hladinu alkoholu v krvi pomocí výpočtu z laboratorních parametrů: osmolalita (norma) – (2× Na + glykemie + urea) : 3 = 1,97 promile alkoholu v krvi. Ve 3:20 hod. bylo provedeno CT mozku, RTG srdce a plic s negativním nálezem. Na EKG patrně ischemické změny, v laboratorním obraze metabolická acidóza s těžkou hyperkalemií, elevované jaterní enzymy, troponin pozitivní a hodnoty myoglobinu dvojnásobné. Závěrem jsme konstatovali, že se může jednat o rhabdomyolýzu při suspektní intoxikaci metamfetamin vzhledem k postižení myokardu a svalů možná i kokainem.

II. Terapie intoxikace – obecné aspekty

1. Podpůrná terapie

Zajištění DC, UPV, zavedení žaludeční sondy provedeno v rámci primární hospitalizace na interní JIP Nemocnice Kyjov.

Volumoterapie: doplnění cirkulujícího objemu při osmotické polyurii.

Korekce ABR: aplikace NaHCO₃ dle výsledků ABR, ovlivnění hyperkalemie aplikací CaCl₂ a kontinuálního přívodu 10% Glukózy a inzulinoterapie.

Inotropní podpora krevního oběhu: Noradrenalin 5 amp. do 50 ml roztoku, rychlost regulována tak, aby byl udržen střední arteriální TK 80 mmHg s ohledem na hemodynamické parametry, hodnoty CVT, diurézu a poslechový náleze.

Terapie poruch srdečního rytmu: tachykardie pouze při neklidu, prohloubena analgosedace a bolusová aplikace myorelaxancií byly postačující pro jeho úpravu.

Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta v bezvědomí.

2. zabránění dalšího vstřebávání noxy

Primární eliminace – odstranění nebo neutralizace noxy, která se nevstřebala.



ilustrační foto: iStockphoto

Ve 23:30 hod. byl proveden výplach žaludku, odběr žaludečního obsahu k toxikologickému vyšetření a následně aplikováno 100 g aktivního uhlí.

3. urychlení eliminace noxy

● forsírovaná diuréza, která nebyla v tomto případě indikována pro osmotickou polyurii

● extrakorporální eliminace – CVVHD
Právě tento eliminační postup jsme zvolili s ohledem na diferenciální diagnostiku rhabdomyolýzy při intoxikaci drogami. Při rhabdomyolýze jsou závažné formy ARI doprovázeny poruchami vodní a elektrolytové rovnováhy, které mohou předcházet rozvoji ARI. Charakteristickým projevem je hypovolemie (CVT při příjmu – 3 cm H₂O), způsobená přesunem vody do poškozených svalů a také v našem případě osmotickou polyurií při hyperglykémii, dále hyperkalemie (hodnota K při příjmu 8,0 mmol/l). Důvodem je uvolnění obsahu poškozených myocytů, hyperurikemie (urea 13,3 mmol/l) a acidóza s vysokou aniotovou mezerou, tzn. rozdíl mezi hlavními neměřitelnými kationty a hlavními anionty v séru: Na⁺ + K⁺ – Cl⁻ – HCO₃⁻ (norma 14-18 mmol/l), v našem případě 21,5 mmol/l – acidóza anionového okna. Dále hypokalcemie vyvolaná depozicí Ca⁺ v poškozených svalech, Ca⁺ 1,4 mmol/l a Ca-ion 0,75 mmol/l.

Cave: při odeznění ARI může mobilizace Ca⁺ z depozit ve svalech způsobit hyperkalcemii.

4. specifická antidota

23:00 hod. jsme žádali vzhledem k možné otravě metamfetaminem o konzultaci TIS. Byla doporučena symptomatická terapie: sedace benzodiazepiny, popřípadě haloperidolem, při výskytu tachykardie a hypertenzi podání blokátorů kalciových kanálů, β-blokátory.

(dokončení článku v příštím čísle)

NOVÉ INHALAČNÍ SYSTÉMY na českém trhu

Eva Feketeová, LERYMED spol. s r.o., Oddělení respiračních nemocí, Praha

Léky pro léčbu pacientů s asthma bronchiale a s chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN) jsou dávány preferenčně inhalační cestou. Léky se dostávají přímo do dýchacích cest, kde dosahují vysokých koncentrací a díky mikrogramovým dávkám mají minimální nebo žádné klinicky významné nežádoucí účinky. Pro každého pacienta je třeba individuálně vybrat nejenom lék, ale i vhodný inhalační systém, se kterým je nutno pacienta naučit zacházet a opakovaně správnou inhalační techniku kontrolovat. Efektivita inhalace je ovlivněna charakteristikami jednotlivých inhalačních systémů, manipulací s inhalačním systémem a inspiračním manévrem.

Jednotlivé inhalační systémy

Inhalační systémy můžeme rozdělit do tří skupin.

Aerosolové dávkovače (MDI – metered-dose inhaler) jsou první skupinou. Ke své činnosti využívají bezfreonové hnací plyny (hydrofluoroalkany – HFA) a mají poměrně obtížnou inhalační techniku, protože vyžadují koordinaci mezi nádechem a zmáčknutím kontejneru. Proto je

vhodné, zejména u dětí, seniorů a osob, které nezvládají správnou inhalační techniku s MDI, použít **inhalační nástavec**, který inhalační techniku MDI významně zjednoduší a sníží chybovost. Mezi aerosolové dávkovače řadíme MDI se zabudovaným inhalačním nástavcem **JET Inhaler** a **Syncroner Inhaler** a dechem aktivované aerosolové dávkovače, které patří do podskupiny dechem aktivovaných inhalačních systémů (BAI – breath-actuated inhaler).

Na našem trhu je k dispozici **Easi-Breathe**, ke kterému může být připojen malooobjemový inhalační nástavec Optimiser.

Inhalační systémy pro práškovou formu léku (DPI – dry powder inhaler) jsou druhou velkou skupinou inhalačních systémů. Mají výhodu ve snadnějším použití než MDI, jsou dechem aktivované, proto odpadá nutnost koordinace ruka-nádech a odměřenou dávku je možno vdechnout i na několikrát.

Na našem trhu jsou v současné době tyto DPI:

- Jednodávkové (SDDPI – single-dose dry powder inhaler) – **Aerolizer** a **Han-diHaler** pro inhalaci prášku z kapslí.
- Mnohodávkové (MDDPI – multi-dose dry powder inhaler) – **Diskus**, **Easyhaler** a **Turbuhaler**.

Nebulizátory, které generují tzv. vlhký aerosol, jsou poslední skupinou inhalačních systémů. Při léčbě pacientů s astmatem nebo CHOPN je doporučeno používat tryskové resp. kompresorové (např. Pari-boy, Porta-Neb) nebo výkonné ultrazvukové nebulizátory.

Nové inhalační systémy

Portfolio inhalačních systémů v České republice se v roce 2011 rozšíří o tři, resp. čtyři nové:

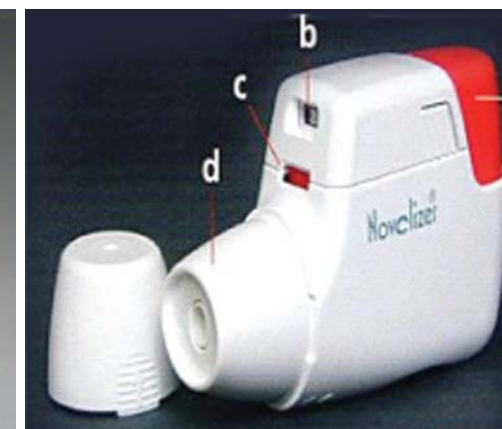
První z nich **Respimat SMI** (soft mist inhaler) je aerosolový dávkovač (MDI) produkující jemnou mlžinu vodného nebo alkoholového roztoku. Jedná se o unikátní inhalační systém nové generace, který využívá místo hnacího plynu energii napjaté pružiny. Jde o multidávkový rezervoárový systém s vyměnitelným zásobníkem pro 60-120 dávek. Produkce mlžiny není závislá na inspiračním úsilí, její trvání je 1,2 sekundy (u MDI 0,2 s) a rychlost pohybu je 1 m/s (u MDI HFA (hydrofluoroalkan) – 3 m/s), čímž lze snadněji zvládnout správnou inhalační techniku a dosáhnout i velké plicní a nízké orofaryngeální depozice. Další výhodou je, že tento inhalační systém je ekologicky inertní, protože nepotřebuje ke své činnosti hnací plyny (HFA), které jsou používány u aerosolových dávkovačů



Respimat SMI



Twisthaler



Novolizer

a jsou považovány za skleníkové plyny. Součástí Respimatu je indikátor dávek, posledních 14 dávek je označeno červeně. Na trhu v České republice je v Respimatu tiotropium bromid, s obchodním názvem Spiriva Respimat 2,5 µg. Je určen pro léčbu stabilizované CHOPN od stadia II. Pro pacienty může být určitým problémem vkládání zásobníku do vlastního inhalačního systému, protože je dodáván vždy zvlášť, a dále je nutná tříkroková příprava před prvním použitím. Samotná inhalační technika je potom již velmi jednoduchá. Při edukaci je třeba pacienty upozornit, že pokud se Respimat nepoužívá 7 dní, je před použitím nutno znovu odstříknout 3 dávky a pokud se nepoužívá 21 dní, nesmí se už dále používat.

Druhým novým inhalačním systémem určeným pro léčbu pacientů s CHOPN je **Beezhaler**. Je to jednodávkový inhalátor pro práškovou formu léku pro jednu kapsli (SDDPI). Má jednoduchou inhalační techniku včetně audiovizuální a chuťové zpětné vazby, která potvrzuje, že byla celá dávka léku spotřebována. Pacient slyší víření kapsle při vdechování, cítí chuť laktózy, na kterou je lék navázan, a vidí prázdnou kapsli po inhalaci. Většinou pacientů byl dobře přijat i pro svůj ergonomický robustní tvar. Pro některé pacienty může být nevýhodou nutnost manipulace s kapslemi. V tomto inhalačním systému je v ČR registrován **Onbrez Breezhaler** (indakaterol) 150 µg a 300 µg. Indakaterol je první ultra-LABA (U-LABA – ultra long acting beta agonist) na českém trhu. Jeho nástup účinku je do 5 minut po inhalaci a doba působení je 24 hodin. Součástí každého balení je 60 kapslí a Breezhaler. Na trhu v ČR je od dubna tohoto roku.

Třetím inhalačním systémem, který se je v ČR registrován a objeví se na trhu bě-



Breezhaler

hem roku 2011, je **Twisthaler**, rezervoárový mnohodávkový DPI (MDDPI) pro 30 nebo 60 dávek, kdy je nutno dávku oddělit bezprostředně před inhalací. Twisthaler má jednoduchou inhalační techniku a jeho součástí je indikátor zbývajících dávek. Pacienty je třeba upozornit, že se po otevření musí spotřebovat do 3 měsíců, po uplynutí této doby se již nesmí používat. V tomto inhalačním systému bude dodáván mometason furoát (inhalační kortikosteroid – IKS) s obchodním názvem Asmanex 200 µg a 400 µg, určený pro preventivní dlouhodobou léčbu pacientů s astmatem.

V České republice je již registrován ještě jeden nový inhalační systém, a to **Novolizer** pro salbutamol – Ventilastin Novolizer 100 µg určený jako úlevový lék pro pacienty s astmatem, ale není známo, zda bude uveden na trh. Novolizer je mnohodávkový DPI (MDDPI) s vyměnitelným zásobníkem pro 200 dávek, kdy je nutno dávku oddělit bezprostředně před inhalací. Výhodou je, že jeden Novolizer lze použít pro 10 zásobníků během jed-

noho roku, pak musí být vyměněn. Jeho součástí je počítadlo zbývajících dávek, má příjemný ergonomický tvar a jednoduchou inhalační techniku. Určitou nevýhodou pro pacienty může být manipulace se zásobníky. Protože se jedná o úlevový lék, je nevýhodou skutečnost, že zásobník by se měl spotřebovat do 3 měsíců po otevření.

Účinná inhalační léčba u pacientů s astmatem i s CHOPN, spočívá v úspěšném dopravení léku do plic. Proto zůstává stále velmi důležitá edukace pacienta, kterého je třeba naučit správnou inhalační techniku a opakovaně ji kontrolovat. A na tom se významně podílí erudovaná sestra.

Literatura

- FEKETEOVÁ E: Inhalační systémy; In Pomocník alergologa a klinického imunologa 2011; Informační katalog: Geum 2011; str.189-193
KAŠÁK V, FEKETEOVÁ E: Respimat SMI – nový inhalační systém v léčbě CHOPN; Farmakoterapie 4/2010, str. 369-376

INZERCE

Wir suchen ab sofort
für unseren volldigitalen OP



eine versierte
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegefachkraft
Idealerweise mit Sonderausbildung oder zumindest OP-Erfahrung

Wir erwarten von Ihnen:

- Nostrifizierung
- Fundiertes Fachwissen
- Flexibilität
- Bereitschaft zur Kooperation im Team
- Verantwortungsbewusstes, selbstständiges Arbeiten

Wir bieten Ihnen:

- ein vielseitiges, interessantes Aufgabengebiet
- Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- Wohnmöglichkeit in einer der schönsten Lagen Tirols
- Attraktives Gehalt
- Modernst ausgestattete Räumlichkeiten
- Gutes Betriebsklima

Ihre schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an:
PRIVATKLINIK HOCHRUM
SANATORIUM DER KREUZSCHWESTERN GMBH
z. Hd. Frau Renate Ronacher, MSc., Pflegedirektorin
Lärchenstr. 41, A - 6063 Rum bei Innsbruck
e-mail: r.ronacher@privatklinik-hochrum.com



ilustrační foto: iStockphoto

Jak se bránit rakovině DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

PRAVIDELNÉ GYNEKOLOGICKÉ PROHLÍDKY A OČKOVÁNÍ JSOU NEJLEPŠÍ PREVENČÍ

Nejspolehlivější prevencí HPV a jimi vyvolané rakovině děložního čípku by bylo naprosté vyhýbání se přímému kontaktu s virem – tedy sexuální abstinence. Protože je tato varianta pro většinu lidí jen velmi obtížně představitelná, zbývá chránit se používáním kondomu, vyhýbáním se sexuální promiskuitě a také očkováním. „Očkování je nejúčinnější metodou prevence proti HPV,“ radí MUDr. Miriam Schejbalová, Ph.D. Všechny ženy by navíc měly pravidelně absolvovat gynekologické prohlídky, na kterých lékař dokáže včas zjistit případné přednádorové změny na děložním čípku.

Speciální akce na vakcíny proti HPV

Očkovací centra společnosti Avenier, jejichž hlavním cílem je podpora proočkovanosti v České republice, se přidávají k promoční kampani zdravotních pojišťoven. Tak mají ženy a dívky možnost získat příspěvek své pojišťovny na vakcínu proti HPV, kterou se nechají v očkovacích centrech naočkovat. Akce probíhá do konce roku 2011 a podporují ji následující pojišťovny:

• Všeobecná zdravotní pojišťovna
• Oborová zdravotní pojišťovna

• Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
• Vojenská zdravotní pojišťovna
• Metal Alliance
• Revírní bratrská pojišťovna
• Zdravotní pojišťovna MV ČR

Podmínky akce, jako je věk pojištěné dívky a výše slevy, se u jednotlivých pojišťoven liší, informace jsou k dispozici na jejich pobočkách nebo webových stránkách. Další informace o akci jsou k dispozici také na www.ockovacentrum.cz. Očkování proti HPV je možné pořídit také na splátky, takže se nemusí stát jednorázovou zátěží pro rodinný rozpočet. Akce očkování proti virům HPV se vztahuje na obě dostupné vakcíny Silgard i Cervarix a nepotřebujete k němu žádné doporučení od gynekologa ani jiného lékaře.

- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
- Vojenská zdravotní pojišťovna
- Metal Alliance
- Revírní bratrská pojišťovna
- Zdravotní pojišťovna MV ČR

Podmínky akce, jako je věk pojištěné dívky a výše slevy, se u jednotlivých pojišťoven liší, informace jsou k dispozici na jejich pobočkách nebo webových stránkách. Další informace o akci jsou k dispozici také na www.ockovacentrum.cz. Očkování proti HPV je možné pořídit také na splátky, takže se nemusí stát jednorázovou zátěží pro rodinný rozpočet. Akce očkování proti virům HPV se vztahuje na obě dostupné vakcíny Silgard i Cervarix a nepotřebujete k němu žádné doporučení od gynekologa ani jiného lékaře.

Jak funguje očkování proti HPV

Očkovací látky chrání před nejzákeřnějšími typy nádorových virů působících nádory s nejhorší prognózou. Očkování nemůže způsobit onemocnění, neboť jde o očkování uměle vyrobenými – viru podobnými – neinfekčními částicemi, tedy o jedno z nejbezpečnějších očkování vůbec. Dostupné vakcíny (Silgard a Cervarix) působí na hlavní rakovinou tvorné typy 16 a 18, které jsou příčinou 70 % případů rakoviny děložního hrdla, tetra- valentní vakcína Silgard kromě toho i na HPV typy 6 a 11, které způsobují asi 90 % případů genitálních bradavic.

Proč je nutné chodit na kontroly

Protože používané vakcíny nechrání proti všem typům papillomavirů, může se onemocnění objevit i u očkováných žen. Z toho důvodu by ženy i po očkování měly dále docházet na pravidelné gynekologické kontroly. Nejlepších preventivních výsledků je dosaženo u dívek, které se dosud s HPV infekcí nesetkaly.

Očkování ochrání nejen mladé dívky

„Očkování je však užitečné i pro starší, sexuálně aktivní ženy. Studie ukazují na účinnost tetra- valentní vakcíny i pro ženy od 24 do 45 let, protože ani ve vyšším věku se stále ještě nemusely setkat s těmi nejrizikovějšími typy, navíc očkování chrání proti opakované infekci. Preventiv-

Očkovací centrum

Očkovací centrum společnosti Avenier, a.s., je se svými 22 pobočkami největší sítí tohoto typu v České republice. Vedle tří pracovišť v Praze nabízí své služby také v Brně, Břeclavi, Českých Budějovicích, Havlíčkově Brodu, Hradci Králové, Jihlavě, Karlových Varech, Kladně, Liberci, Olomouci, Ostravě, Pardubicích, Plzni, Praze, Ústí nad Labem, Znojmě a ve Zlíně. Výhodou služeb očkovacího centra je zejména časová úspora, garance odbornosti a aktuálních informací od specializovaných lékařů a také jistota, že vakcína nebyla znehodnocena chybným skladováním či přenosem z lékárny. Vakcíny jsou k dispozici přímo v ordinaci, možnost objednání přesného termínu přináší zájemci o očkování časovou úsporu.

Očkovací centra společnosti Avenier nabízí očkování doporučená pro území ČR, např. proti hepatitidě typu A, klíšťové encefalitidě, HPV – rakovině děložního čípku, meningokokovým a pneumokokovým infekcím, chřipce, ale také vakcíny na cesty. Specialisté z oblasti epidemiologie poradí s výběrem vhodných vakcín podle cílové destinace cestování, a navíc pravidelně sledují aktuální zdravotní rizika a epidemie ve světě. Jsou tedy nejspolehlivějším zdrojem informací před cestou do exotických destinací.

ni účinek vakcíny byl ověřován u sexuálně aktivních i u starších žen v několika kvalitních studiích,“ dodává MUDr. Schejbalová, Ph.D.

Výsledky prokázaly dostatečnou produkci protilátek, tudíž i dostatečnou účinnost. Pokud žena nakažená není, je toto preventivní očkování plně účinné. Očkování vždy přináší ochranu před reinfekcí a infekcí dalšími typy virů.

Touto vakcínou je možné očkovat nejen ženy, ale i chlapce a muže, protože mohou být nosiči i přenašeči papillomavirů na ženy. Očkování je může ochránit před vznikem genitálních bradavic a dokonce před rakovinou penisu. Chlapci navíc po zahájení sexuálního života nenakazí své partnerky typy papillomavirů, které mohou způsobit rakovinu děložního čípku.

(red)



ilustrační foto: iStockphoto

11. ročník **EVROPSKÉHO DNE MELANOMU** v České republice

Prof. MUDr. Jana Hercogová, CSc., koordinátorka Evropského dne melanomu v ČR a místopředsdkyně Euromelanoma EADV

Evropský den melanomu začal jako iniciativa belgických dermatologů v roce 1999. Od roku 2001 se k němu připojila i Česká republika. Cílem Evropského dne melanomu je upozorňovat na nebezpečí maligního melanomu a kožních karcinomů, šířit osvětu týkající se prevence nejčastějších zhoubných nádorů kůže a vyzdvihnout erudici kožních lékařů v diagnostice a terapii kožních nádorů.

Myšlenka Evropského dne melanomu vznikla na půdě Evropské akademie dermatovenerologie (EADV), v jejímž výkonném výboru byla v letech 2000-2004 i prof. Hercogová. První ročník začal v ČR velmi skromně – tisková konference byla hrazena z vlastních zdrojů, díky pochopení dermatologů bylo však již v prvním roce vyšetřeno více než 800 spoluobčanů v jednom dni. Postupně se počty vyšetřených osob zvyšovaly a během posledních dvou ročníků bylo dokonce v ČR vyšetřeno nejvíce osob z celé Evropy.

Kdo EDM pořádá? Evropská akademie dermatovenerologie má skupinu vedenou prof. De Marmol (Brusel), její zástupkyní je prof. Hercogová. Členy této pracovní skupiny jsou kolegové dermatologové z 28 zemí Evropy. V ČR od samotného počátku je EDM aktivitou pracoviště prof. Hercogové a příslušné odborné společnosti. **Každý rok se EDM aktivně účastní všichni dermatovenerologové v ČR** a pořadatelem jsou všechny odborné společnosti v ČR, které je sdružují (Česká akademie dermatovenerologie, Česká dermatovenerologická společnost ČLS JEP, Sdružení ambulantních dermatologů). V posledních letech se počet vyšetřujících lékařů pohybuje kolem 150.

Jak konkrétně EDM probíhá? Před vlastním EDM je dermatologům rozeslán z organizačního centra – Dermatovenerologické kliniky 2.LF UK a FNB – dopis s žádostí o přihlášku, ve kterém jsou lékaři dotazováni na ordinační hodiny pro EDM. Tento seznam lékařů je k dispozici spoluobčanům na webových stránkách – www.melanoma.cz nebo www.dermanet.cz/EDM. Na těchto stránkách si lidé mohou najít svého nejbližšího dermatologa, objednat se k němu nebo přijít bez objednání. V den EDM (pondělí v květnu) se mohou dostavit spoluobčané v těchto ordinačních hodinách k dermatologovi, který provede **bezplatnou kontrolu pigmentových znamének** (bez regulačního poplatku). Pokud však lékař odhalí patologický nálezh, z vy-



šetřované osoby se stává pacient, který musí regulační poplatek uhradit a který je dále vyšetřujícím lékařem léčen. Během vyšetření vyplňují jak pacient, tak lékař **dotazník týkající se rizikových faktorů** vzniku melanomu a kožních karcinomů. Po skončení EDM jsou vyplněné dotazníky odesílány do sekretariátu Dermatovenerologické kliniky na Bulovku. Pokud dermatolog provede odstranění podezřelého kožního útvaru, počká na výsledek histopatologického vyšetření a tento odešle opět na sekretariát naší kliniky.

Co následuje po skončení EDM? Druhý den po EDM jsou obvoláváni jednotliví lékaři s dotazem, kolik vyšetřili osob a kolik patologických nálezů diagnostikovali. Tato zpráva je poskytnuta novinářům. Vyplněné dotazníky jsou zpracovány statisticky a výsledky EDM jsou obvykle prezentovány na podzimním dermatologickém kongresu v ČR a v zahraničí.

Propojení s centrální evropskou databází. Od roku 2009 byl zprovozněn evropský portál pro EDM na webové stránce www.euromelanoma.org. Ta tomto webu je k dispozici anglická verze dotazníku. Tato evropská verze dotazníku byla z prostředků České akademie dermatovenerologie o.p.s. přeložena

do češtiny a je dostupná na webových stránkách www.dermanet.cz a www.melanoma.cz.

Výsledky EDM v 19 zemích Evropy

Letos jsou k dispozici poprvé výsledky celoevropského vyšetřování osob v průběhu EDM, a to za dva poslední roky. Publikace s názvem „**The Euromelanoma skin cancer screening campaign in 2009 and 2010: characteristics and results**“, je přijata do tisku v časopise EADV (Journal of the EADV). V této práci jsou shrnuty výsledky vyšetření téměř **60 tisíc osob** z 19 států Evropy (28.145 osob z 12 států v roce 2009 a 31.713 osob z 18 států v roce 2010). Mezi vyšetřovanými osobami převládali v 60–70 % ženy, většinou se jednalo o osoby mezi 33–60 lety věku. Celkem u 3.618 osob bylo vysloveno podezření na patologický kožní nálezh, v 4 % na melanom a v 8 % na kožní karcinom. Histopatologické vyšetření podezřelých lézí bylo provedeno a zaznamenáno v 6 zemích. Melanom by histologicky potvrzen v 2–22 % podezřelých lézí, jeho výskyt mezi všemi vyšetřovanými osobami byl v 0,1 % až v 1,1 %.

Rizikové faktory:

- Mezi riziko vzniku melanomu **nepatřily fototyp I a II ani spálení v dětství, ale výskyt mnoha pigmentových nebo dysplastických névů.**
- U 18 % pacientů s bazocelulárním karcinomem byl tento karcinom přítomen již v minulosti. Tito nemocní měli i 3x vyšší nálezh aktinických keratóz.
- U osob s podezřením na spinocelulární karcinom se v 56 % našly i aktinické keratózy.
- **Solárium** navštěvují především ženy mladší 35 let, v některých zemích je návštěva solária udávána až v 40 %.
- **Více než 50 % osob s podezřením na melanom** udávalo pravidelné používání ochranných opalovacích prostředků, zatímco podezřelí pacienti s karcinomy používání sunscreenu udávali jen v jedné třetině.



Daylong

actinica

Klinicky dokázaná prevence rakoviny kůže*

* Výsledky 2leté studie nemocnice Charité v Berlíně dokázaly klinickou účinnost produktu Daylong actinica při prevenci rakoviny kůže.

Studie univerzitní kožní kliniky v Tübingenu dokázala klinickou účinnost produktu Daylong actinica jako ochrany před alergií na slunce.

Daylong
je lipozomální lotio
s aplikací **1x denně**

Výrobce: Spirig Pharma AG, Egerkingen, Švýcarsko
Zastoupení pro ČR a SR: SPIRIG Eastern a. s.
Nobelova 28, 831 02 Bratislava 3, Slovensko
tel.: 00421 2 4910 9010, fax: 00421 2 4910 9090
e-mail: spirig@spirig.sk; www.spirig.cz



swiss
made



Najdete
v každé dobré
lékárně

www.daylong.cz

10 NEMOCÍ, které ohrožují teenagery

+ RADY, JAK SE JIM DÁ PŘEDCHÁZET



1. MONONUKLEÓZA

Mononukleóza je infekční virové onemocnění, kterému se přezdívá nemoc z líbání. Přenáší se slinami a nejvíce ohrožuje právě dospívající. Nemoc se může přenášet i nepřímo přes kontaminovanou skleničku či společnou cigaretu nebo vodní dýmku. Nejvíce jsou ohroženi lidé s promiskuitním stylem života. „Nejčastější příznaky, které signalizují mononukleózu, jsou bolest v krku, horečka, únava a zvětšení krčních uzlin, které ale snadno mohou být zaměněny za symptomy angíny,“ vysvětluje MUDr. Miriam Schejbalová z Očkovacího centra Avenir.

Prevence: Prevence mononukleózy není zcela možná. Očkování zatím neexistuje, takže jedinou možností zůstává vyhnout se nemocným lidem, kteří jsou přenašeči viru, což ale není vždy možné.

2. ŽLOUTENKA

Žloutenkou typu A nebo B onemocní u nás ročně kolem tisícovky lidí. Při aktivním stylu života se nemoc může nakazit každý. Teenageři jsou rizikovou skupinou, protože častěji cestují a žijí společenským životem. Navíc si zdravotní rizika nemusí tolik uvědomovat a mají sklony je podceňovat. Žloutenka typu A, neboli nemoc špinavých rukou, dovede značně znepříjemnit život – povinná je hospitalizace, dlouhá rekonvalescence, přísná dieta, zákaz sportu a pobývání na slunci. Žloutenka B může v některých případech přejít do chronické formy a následná léčba pak může být dlouhodobá.

Prevence: Nejlepší prevencí zůstává očkování kombinovanou vakcínou, které poskytuje ochranu proti oběma typům žloutenky A a B. Cena vakcíny včetně aplikace je 1620 Kč, zapotřebí jsou tři dávky a v Očkovacích centrech Avenir nyní získáte na první dávku 150 Kč slevu a dalších 150 Kč na další dvě dávky, pokud doporučíte dalšího klienta. Většina zdravotních pojišťoven navíc na očkování proti žloutence A a B přispívá. Prevenci také pomáhá důsledná hygiena,

opatrnost při cestování a vyhýbání promiskuitnímu sexuálnímu chování a injekčně aplikovaným drogám.

3. HPV

Rakovina děložního čípku je přenášena virem HPV, který postihuje muže i ženy. K přenosu HPV může dojít jakoukoliv polhavlí aktivitou nebo při těsném kontaktu kůže s kůží infikovaného partnera, přenos bez pohlavního styku je však spíše vzácný. Lidský papillomavirus je vysoce nakažlivý, stačí se s ním setkat jen jednou. Je tak vysoce pravděpodobné, že sexuálně aktivní ženy i muži se v průběhu svého života některým z typů HPV nakazí. Kondom navíc před přenosem infekce chrání jen částečně, protože virus se vyskytuje i na kůži v intimních oblastech.

Prevence: Nejspolehlivější prevencí je vyhnout se přímému kontaktu s virem. Žádná jiná ochrana než očkování, používání kondomu, absence promiskuity a v krajním případě i sexuální abstinence neexistuje. Všechny ženy by měly pravidelně absolvovat gynekologické prohlídky s možností včasného zjištění přednárodových změn na děložním čípku. Nejúčinnější metodou prevence proti HPV infekci je očkování. Cena vakcíny včetně aplikace je 3450 Kč a zapotřebí jsou tři dávky, v rámci krátkodobé akce však nyní některé pojišťovny přispívají na třetí dávku, která je zdarma. Více na www.ockovacentrum.cz.

4. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy jsou jednou z nejčastějších nemocí dospívajících. Tomuto onemocnění častěji podléhají dívky, počet dospívajících chlapců s diagnózou poruchy příjmu potravy však v posledních letech stoupá. Zatímco dívky většinou hubnou formou diet a odmítání potravy, chlapci často volí nadměrné množství sportu a posilování. Mezi nejčastější příčiny propuknutí onemocnění patří výskyt poruch příjmu potravy u jiného člena rodiny, špatné stravovací návyky v rodině, nedostatek projevů náklon-

nosti, šikana a výsměch vrstevníků, tělesné a sexuální zneužívání a přílišný důraz na skvělý fyzický vzhled v reklamách a médiích. Poruchy příjmu potravy dělíme na mentální anorexii, která se projevuje zejména odmítáním jídla, a mentální bulimii, která naopak vede k záchvatům přejídání a následnému vyzvracení zkonsumovaného jídla.

Prevence: Od útlého dětství je nutné dbát na vytvoření správných stravovacích návyků, tedy naučit děti zdravě a pravidelně se stravovat, aniž bychom je nutili násilím jíst dojídat nebo je např. upláceli, odměňovali či utěšovali sladkostmi. „Koničky, dobrá společnost vrstevníků a rodinná pohoda přispívají k tomu, aby bylo dítě psychicky vyrovnané a cítilo se ve svém těle dobře. V období dospívání je pak třeba pozorovat nezvyklé změny ve stravování a případné výkyvy v hmotnosti a v případě problémů začít včas s jejich řešením s odborníky,“ doporučuje MUDr. Schejbalová Ph.D.

5. SEXUÁLNĚ PŘENOSNÉ CHOROBY

Infekce a choroby přenášené výhradně nebo převážně pohlavním stykem jsou známy již od nepaměti. Podle odhadů Světové zdravotnické organizace však celkový počet sexuálně přenášených chorob neustále stoupá. Mění se ale jejich zastoupení – klasické venerické nákazy jako syfilis a kapavka přenechávají čelní místo infekcím chlamydiovým a virovým. Nositelé onemocnění navíc nemusí jevit žádné příznaky, takže vy- padají zcela zdravě.

Prevence: V tomto případě je jedinou možnou prevencí vyhnout se promiskuitnímu chování, nestřídat sexuální partnery a používat ochranu. V případě podezření na sexuální přenosnou chorobu je důležité vyhledat včas lékařskou pomoc a nepodléhat studu.

6. MENINGOKOK

„Meningokok nepatří mezi nejčastější onemocnění, ročně je u nás evidováno kolem 100 případů onemocnění, ovšem až 10 %

z nich může skončit úmrtím. Ohroženy jsou zejména malé děti a dospívající, u kterých riziko zvyšuje fyzické a psychické vyčerpání vyplývající z životního stylu, ke kterému často patří ponocování, alkohol a jiné návykové látky a častý pobyt ve společnosti vrstevníků,“ varuje MUDr. Miriam Schejbalová, Ph.D. z Očkovacího centra Avenir. Meningokok se může přenášet kýchnutím, líbáním nebo pouhým pitím z lahve od nosiče nákazy. Během několika hodin už může být obětí ohrožen na životě.

Prevence: Propuknutí onemocnění může zabránit pravidelné aktivní sportování, častý pobyt v přírodě a zdravý životní styl včetně bohatého přísunu vitaminů. Nejúčinnějším způsobem ochrany proti meningokovi je očkování, posilování imunity a zdravý životní styl. Cena vakcíny Menveo, která poskytuje ochranu proti 4 séro skupinám meningokokových infekcí, je 1660 korun a očkuje se pouze v jediné dávce.

7. AKNĚ

Kdo by si z období dospívání nepamatoval věčné trable s pupínky. Akné, odborně nazývané Acne vulgaris, patří mezi nejčastější chronické onemocnění kůže v pubertě. Obtěžuje více než 85 % dospívajících a často přetrvává až do dospělosti. Vzniká v důsledku uzavření vývodů mazových žláz, což způsobí jejich zanícení. Akné se nejčastěji objevuje na obličeji, a to zejména v t-zóně, na ramenou, horní části hrudi a zádech. Příčinou zvýšeného výskytu akné během dospívání je zejména nárůst produkce mužských hormonů, který probíhá u obou pohlaví. U většiny lidí akné vymizí během 20. až 23. roku života.

Prevence: Zejména důkladná hygiena, pravidelné čištění pleti a odličování a také vyhledání odborné kosmetické, popř. lékařské pomoci.

8. ZÁVISLOSTI

O problematice závislostí mladistvých byly popsány stohy papíru a je nemožné shrnout podstatná fakta do jednoho odstavce, přesto by ve výčtu typických onemocnění u dospívajících neměly chybět. Ať už jde o závislosti na návykových látkách, jako je alkohol, cigarety a lehké či těžké drogy, nebo sociálně patogenní závislosti, kam řadíme hru na automatech, závislost na počítači, internetu atp., dospívající jsou ke všem typům závislostí ná-

chlynější, než v pozdějším věku. Řadu nezdravých návyků si člověk vybuduje právě v na psychiku náročném období puberty, kdy se mozek ještě vyvíjí.

Prevence: Prevence závislostí u dospívajících jsou zejména dobré vztahy v rodině, s přáteli a spolužáky, pravidelné volnočasové aktivity a přiměřená pozornost rodičů věnovaná případným signálům závislosti.

9. OPARY A HERPES VIRY

Svědivé a bolestivé puchýřky se objevují nejčastěji na rtech, mohou však postihnout i tváře a intimní partie. Způsobují je herpes viry a k náaze dochází při líbání, kontaktu s infikovanou kůží, používáním společných předmětů s nositelem infekce, u kterého ale příznaky nemusí být vůbec znatelné. Nejhorší variantou je, že opar praskne, což je bolestivé a prodlužuje dobu hojení. Přestože existuje řada babšských receptů, jak na opary (např. zubní pasta), je asi nejjistější aplikovat hned v první fázi oparu antivirový přípravek, popř. na už rozvinutý opar nalepit hojivou náplast.

Prevence: Ovary propukají při oslabení organismu, proto mezi preventivní postupy patří posilování imunity a také nevystavování organismu zbytečné zátěži. Někteří přisahají na sílu aminokyseliny lyzin, která potlačuje vznik oparu a bývá složkou některých krémů. Pomáhá také meduňkový krém a klasické posilovače imunity – třezalka a vitamin C.

10. KLÍŠŤOVÁ ENCEFALITIDA

„Klíšťová encefalitida je infekční virové onemocnění, které napadá mozek a mozkové blány a může skončit trvalými následky či dokonce úmrtím. Infikovaná klíšťata, která encefalitidu přenášejí, se vyskytují od jara do podzimu a klíšťat i rizikových oblastí v České republice stále přibývá,“ varuje MUDr. Miriam Schejbalová, Ph.D. z Očkovacího centra Avenir. Ohrožených skupin je více a patří mezi ně také dospívající, kteří se často pohybují v přírodě a mohou tak snadno klíště chytit.

Prevence: Očkování představuje nejúčinnější dostupnou ochranu proti onemocnění klíšťovou encefalitidou. Očkování vakcínou FSME-IMMUN nebo Encepur pro děti i pro dospělé probíhá ve třech dávkách, každá dávka vakcíny včetně aplikace stojí v Očkovacím centru Avenir 670 Kč.

(red)

Bonus za prevenci



**UDĚLEJTE
NĚCO
PRO SVÉ
ZDRAVÍ**

- absolvujte preventivní prohlídku

**PRO
ZDRAVÍ
SVÝCH
ZNÁMÝCH,
KAMARÁDŮ,
SOUSEDŮ**

- přiveďte své blízké do ZP M-A

**A ZÍSKEJTE
POUKÁZKU
ČI DÁREK
V HODNOTĚ
AŽ 1800 Kč**

**CO SI VYBERETE?
DÁREK NEBO POUKÁZKU**

Jak dál v DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČI

Jana Sieberová, vedoucí Centra domácí hospicové péče, Riegrova 655, 508 01 Hořice, Hospicové občanské sdružení Duha; e-mail: hospic-horice@seznam.cz

Autorka popisuje svoji dvouletou zkušenost s domácí hospicovou péčí v Královéhradeckém kraji. Hospicové občanské sdružení Duha zřídilo v Hořicích nestátní zdravotnické zařízení – Centrum domácí hospicové péče, které pečuje o pacienty v terminálním stadiu nádorového onemocnění v domácím prostředí.

Domácí hospicová péče v ČR je stále v plenkách. Proč tomu tak je a proč to tak být nemusí, předkládám ve své dvouleté studii v regionu Královéhradeckého kraje. Jako zdravotní sestry známe všechna omezení v péči o pacienty trpící rakovinou, kteří si přejí zemřít doma. Poznáváme velice dobře nedůvěru některých lékařů k nám, víme o chybách a selháních našeho zdravotnického systému. Naše snahy v dostupnosti paliativní péče směřem k umírajícím bývají často snahami heroickými. Zdravotní sestry by jistě mohly sehrát daleko větší úlohu při zlepšování kvality konce života umírajících.

Naše zkušenosti

Co je pro pacienty trpící rakovinou nejobtížnější v okamžiku, kdy se snaží zajistit si potřebnou péči? Aneb cesty pacientů směrem k domácí hospicové péči...

Naši umírající se nacházejí v nelichotivé situaci. Většinou neznají pravdu o svém zdravotním stavu, ale vytuší ze všech příznaků pokročilého onkologického onemocnění, že jejich čas je ohraničen. 99 % umírajících trpí fyzickou bolestí. Pokud projeví zájem ukončit hospitalizaci, jsou různě dlouhou dobu přesvědčovány, že domů z mnoha důvodů nemůžou. Když ve svém úsilí pokračují, začne být vyvíjen tlak na rodinné příslušníky, že péči doma nezvládnou. Většina onkologických pacientů se tak nachází následně na oddělení LDN. Trvá-li prosba nemocného, bývá propuštěn do domácího prostředí s tím, že pokračování péče zajistí praktický lékař. Zde vidíme bohužel selhávání našeho zdravotnického systému. Nemocný větší

nou nemá sílu, aby svého lékaře navštívil a posílá ze sebe rodinu. Ta dostává nepravdivé informace o podávání opiátů v domácím prostředí. Pokud se v místě bydliště vyskytuje agentura poskytující paliativní péči, jako je ta naše v Hořicích, místní obyvatelstvo pod vlivem všech doprovodných akcí pro hospic už tuší, co hospicová péče obnáší. Zdravotnická veřejnost, myslím tím hlavně místní praktické lékaře, nás zná jako zdravotníky velmi dobře, ale až na malé výjimky s námi spoluprací zatím příliš nerozvinuli. Naši kolegové z akutních lůžek nás také znají, ne jistě náhodou jsme pracovali téměř 20 let ve všech regionálních nemocnicích. S těmi je komunikace o poznání lepší. Jsou schopni nám doporučit do péče svého blízkého. Nejlepší spolupráce je s Klinikou onkologie Fakultní nemocnice v Hradci Králové.

Člověk zvědavý se o naší existenci často dozví z internetu. Informaci si uloží, a pokud najde odvahu, doporučí nás v rodině nebo svým známým. Odvážnější bývají mladí studenti, kteří Centrum DHP v Hořicích navštěvují a vyslechnou si hospicovou přednášku. Když potom zasedne rodinná rada s tím, kam dáme tu naši umírající babičku, dokážou říci: „Nechte ji doma, není to snad pro ni lepší? Taky byste chtěli zemřít v nemocnici? V Hořicích je domácí hospic, pojďte tam zavolat.“ Několik žádostí o péči bývá od samotných pacientů, sami nás zavolali nebo navštívili Centrum DHP.

Je škoda, alespoň co víme, že praktičtí lékaři zatím nedoporučili za 2 roky činnosti HOS Duha v Hořicích do péče žádného pacienta. Naopak, rodiny od péče spíše odrazují s tím, že umí-

rající patří do nemocnice, nejlépe na odd. LDN, hospic lůžkový doporučují výjimečně.

Jaké jsou požadavky na rodinu umírajícího?

Je především potřeba už na samém začátku navázat dobrý vztah s rodinnými příslušníky. Rodina hraje v době umírání klíčovou roli. Pokud nevytvoříme společnou cestu umírajícího se všemi jejími příslušníky a nejdeme s pacientem krok po kroku, může dojít k následnému zhroucení člena rodiny právě na jeho konci. Doporučuji rodině ihned v začátku rozvrhnout si síly, odpočívat, střídat se. Maximálně je podpořit může celý hospicový tým. V dnešních rodinách bývají ale často narušené vztahy. I tady je dobré se sejit s nesvářenými stranami a snažit se o jednotu. Ta je velmi důležitá pro psychický komfort nemocného. Pokud je nemocný izolován na jediného člena rodiny, počítejte s jeho vyčerpáním a mějme dopředu prodiskutovanou otázku lůžkového hospice. Jinak hrozí hospitalizace v nemocnici na akutním lůžku, kde se často v hospicové péči nepokračuje, nemocný je ohrožen fyzickou bolestí a samotou za plentou. Rodiny soudržné většinou péči doma zvládnou dobře. Předpokladem je láska mezi příslušníky, potom je umírání bolestné, ale velice lidské, s hlubokým intimním prožitkem... Rozpadlé rodiny svou disharmonií znemožňují péči o umírajícího právě v domácím prostředí, a to se dá považovat za jedno z úskalí rozvoje domácí hospicové péče. Pokud člověk dlouho fyzicky trpí, upíná se na konci života k různým okultním praktikám.

KAZUISTIKA

53letý pacient byl v péči lékaře, kterému platil téměř 4000 Kč měsíčně. Slíbil mu zázračné vyléčení z jeho pokročilé rakoviny. Měl nádor tlustého střeva, metastázy v plicích a játrech. Na bolest v terminálním stavu měl naordinován Tramal tablety. V době návštěv u lékaře bylo z jeho vzezření více než patrné, že umírá. Měl krutou fyzickou bolest, výraznou dušnost, zvracel. Zavolal mi sám telefonem a požádal o pomoc. S rakovinou se léčil 2 roky, znali jsme se spolu téměř 20 let. Byla jsem jediná, která mu řekla o parazitování lékaře a o tom, že reiky nádorovou nemoc nevyčerpávají. Ptal se mě na naději v jeho těžké situaci. Protože vycházím ze zkušenosti křesťanské víry, snažila jsem se mu, aniž bych ho jakkoliv manipulovala, předat tuto naději. Poslouchal velmi tiše, nic nevyvracel. Nepodařilo se nám však během celé naší hospicové péče duchovní oblast nijak zvlášť uspokojit, přesto věřím, že ona naděje prvního týdne nastartovala věci příští. Zemřel za měsíc od tohoto rozhovoru v adekvátní paliativní péči, aniž by lékaře znovu kontaktoval.

Nemocní, kteří tuší závažnost své nemoci a jsou ujišťováni lékaři o tom, že se vyléčí, na konci života poznávají tu obrovskou lež. Jsou skleslí, někdy agresivní nebo depresivní. Proto se upínají k léčitelům, sektám, reiky a jiným okultním praktikám. Je třeba velice citlivě přistupovat k jejich vnitřní bolesti, která je patrná, z blízkého konce a pomoci jim uspokojit tuto oblast. Právě proto je nedílnou součástí našeho týmu duchovní služba, kterou vykonává hospicový kaplan Mgr. Mons. Pavel Rousek. Snažíme se nabídnout duchovní péči všem, bez rozdílu vyznání, věřícím či nevěřícím. Snažíme se o to, aby nemocní a jejich rodiny důstojně zvládli utrpení, které sebou těžká nemoc přináší.

Diskuse

Je nutná mezioborová medicínská spolupráce. Nemocný musí mít kontinuálně nastavenou paliativní léčbu, hlavně léčbu bolesti. Nelze ji vůbec nenaordinovat, nelze ji ani přerušit. PL a ostatní obory musí začít konečně spolupracovat v zájmu umírajícího s agenturou poskytující hospicovou péči. Nesmí se bránit předepisování opiátů, nesmí se lhát nemocným ani jejich rodinám. Znalost dávkování a podávání opiátů by měla být samozřejmostí. Rozlišit agenturu domácí péče klasické od domácí péče

hospicové by měl být schopný každý lékař. Znalost hospicového přístupu k nemocným, vybavenost zdravotnickými pomůckami, dostupnost 24 hodin 365 dní v roce, je dalším vysokým kreditem paliativního týmu. Naši pacienti, pokud ještě jsou schopni chůze, se stávají vyčerpanými turisty, žebrajícími o potřebné léky. Pokud nemocný nechodí, turistiku medicínských oborů absolvuje zdrcená rodina. Ta potom na základě všech těchto nežádoucích zkušeností padá do takové tísně, že souhlasí s navrhovatelé eutanazie.

Mohou zdravotní sestry změnit nelichotivou situaci umírajících?

Ano, pokud se jim dostane více pravomocí a nebudou v roli méněcenného a stále prosícího zdravotnického pracovníka. Je více než strašné sedět u lůžka nemocného, který křičí nesnesitelnou bolestí, a prosit jeho lékaře o aplikaci opiátu. Je pro nás obtížné obvolávat další lékaře a vysloveně za nemocné prosit. Co je nám platné, že jako sestry-specialistky známe veškeré opiáty, jejich formy, podání a dávkování. Bolí nás v duši bolest pacienta. Myslím si, že žádná zdravotní sestra by nenechala pacienty nesnesitelně trpět. Musíme být tedy silné a velmi odolné osobnosti, které v zájmu umírajících tlak všech nepříznivých okolností vydrží! Pokud se terminální pacient dostane do domácí hospicové péče včas, snažíme se velmi intenzivně o nápravu všech těchto popisovaných skutečností. A jak z výše napsaného vyplývá, napravit je tady rozhodně co.

Proč to vlastně děláme?

Paliativní tým musí být k této službě vybaven věcně a personálně, to je podmínka, abychom mohly tuto službu vůbec vykonávat. Často se nás ptají naši kolegové a kolegyně, které mají své jistoty ve vybavených nemocnicích, proč to vlastně děláme a co z toho vlastně máme. Považuji to za velmi dobrou otázku. Vzhledem k nefinancování tohoto druhu péče zdravotními pojišťovnami, což je další z mnoha úskalí rozvoje DHP, jsme blázni tohoto světa. Pracujeme pro umírající, přesvědčujeme rodiny. Každý den se vydáváme do terénu, v zimě, v létě, ve slunci i v dešti. Hledáme místo k zaparkování, v hlavě máme všechny pomůcky, které musíme vtěsnat do naší zdravotnické brašny. A co je nám odměnou? Pocit, že jsme nejvíce potřební tam, kde není úplně učešáno a ani poklizené.

Kde je často pláč, smutek a zoufalství, ale i dojemná radost našich pacientů, že jsou na tomto světě ještě o jeden den déle... Že mohou ještě říci svým drahým děkuji, mám tě rád, neodcházej, zůstaň... Kde je tak zvláštní kráska a tak něžná něha, jakoby z jiného světa. Setraváme u lůžka umírajícího nad limit svých pracovních povinností. Proč? Protože naši nemocní nás učí žít, hospic je totiž vysoká škola moudrosti, trpělivosti, pokory a hlavně lásky. Tam, kde se takové dílo tvoří a roste, vnímáme také pozitivní proměnu místních obyvatel. Vnímáme lidskou solidaritu a pomoc. Vzniká dobrovolnictví převážně z řad mladých lidí. Jsou to jistě nefinanční hodnoty, ale zato hodnoty trvalého charakteru. Postupně zaséváme společnými silami semínko dobrého díla, jehož plány nám otevírají nevídané obzory a jejichž výsledky lze již v dále zahlédnout. To je důvod k vděčnosti a k radosti pro všechny, kdo se s hospicovým dílem mohli jakkoli setkat a nějakým způsobem se podílet na jeho rozvoji. A to je velký důvod vydržet a službu vykonávat dál. Vždyť pomůžu-li dnes já, mám větší šanci, že někdo druhý pomůže i mně!

Literatura

HAŠKOVCOVÁ H., Thanatologie, Galén, Praha 2007
SLÁMA O., KABELKA L., VORLÍČEK J., Paliativní medicína pro praxi, Galén, Praha 2007
SVATOŠOVÁ M., Hospice a umění doprovázet, Ecce homo, Praha 1995

Konference APHPP

„Sestřičky, nebojte se, já přece vím, že umírám“

Již pátá konference APHPP věnovaná rozvoji paliativní péče v ČR přinese v sobotu 22. října 2011 specifický hospicový pohled na svět a jeho přínos pro pacienty i společnost. Celodenní konference přinese aktuální informace ze všech oblastí hospicové péče a tradičně představí i zahraniční odborníky. Hospicové zdravotní sestry představí Mezinárodní studijní plán paliativní péče pro zdravotní sestry pracující s pacienty v konečné fázi života ze školení ELNEC v Salzburgu. Prezentace shrnuje kompletní paliativní péči pro všechny medicínské obory, léčbu bolesti, etické záležitosti v paliativní péči, etická dilemata, etické postupy, právní postupy, kulturní a duchovní aspekty péče o pacienty v konečné fázi života – střety kultur, úloha rodiny, poslední hodiny, umírání a smrt, otázky umělé výživy a hydratace, opiáty na konci života, podporu rodiny, rituály v různých kulturách ad. Přihlásit se budete moci od července na www.asociacehospicu.cz.

Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice VZDĚLÁVÁ V NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH OBORECH

Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice vznikla (FZS UPa) v roce 2007 jako šestá fakulta Univerzity Pardubice (UPa). Jejím vznikem předcházelo založení Ústavu zdravotnických studií v roce 2002. Fakulta má 4 katedry: katedru ošetrovatelství, katedru porodní asistence a zdravotně sociální práce, katedru informatiky, radiologie a managementu a katedru klinických oborů.

Fakulta nabízí studium v bakalářských, magisterských a doktorských studijních programech. Všechny studijní programy jsou koncipovány v souladu s Boloňskou deklarací a trendy vysokoškolského vzdělávání ve světě, to znamená ve strukturované podobě. V bakalářských studijních programech je studium kvalifikační, respektující požadavky na vzdělávání dle platné legislativy ČR a doporučení EU. Navazující magisterské studium umožňuje studentům získat plně odborné vysokoškolské vzdělání. Cílem doktorských studijních programů je výchova vědeckých a výzkumných pracovníků orientovaných na zdravotně sociální problematiku a ošetrovatelství.

Studium v bakalářských studijních oborech je tříleté, v navazujících magisterských studijních oborech dvouleté. UPa obdržela v květnu 2009 od Evropské komise prestižní ocenění Diploma Supplement Label. Tento certifikát potvrzuje trvalou kvalitu a mezinárodní standardizaci vydávaných dokladů o získané kvalifikaci při absolvování akreditovaného studijního programu na FZS UPa.

Praktická výuka studentů probíhá v klinických podmínkách Pardubické krajské nemocnice, a.s., která je hlavním partnerem FZS UPa. K tomu má fakulta smluvně zajištěnou spolupráci o možnosti plnění odborné praxe s dalšími padesáti státními i soukromými zdravotnickými a zdravotně sociálními pracovišti v celé ČR.

Kromě základních akreditovaných studijních programů/oborů nabízí FZS UPa v rámci



celoživotního vzdělávání certifikovaný kurz „Mentor klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence“ a specializační vzdělávací program „Ošetrovatelská péče v pediatrii“ – obojí je akreditováno Ministerstvem zdravotnictví ČR.

Významnou charakteristikou fakulty je otevřenost vůči zahraničí realizovaná zejména „mobilitami“ studentů a akademických pracovníků. FZS UPa má uzavřené bilaterální dohody s 6 vysokými školami v rámci programu Lifelong Learning Programme/Erasmus (ve Finsku, Norsku, Německu a na Slovensku a Maltě). V tomto roce budou mít studenti možnost vycestovat i v rámci Rozvojového programu MŠMT, a to do Švédska.

Vybavení fakulty odpovídá standardu veřejné vysoké školy. Fakulta je včleněna do informační komunikační technologie UPa, využívá elektronický informační systém studijní agendy (IS StAG), přímo v budově fakulty je pobočka univerzitní knihovny, jídelna, koleje, tělocvična, posilovna, Wi-Fi síť, u budovy je hřiště, tenisový a volejbalový kurt. Učebny a posluchárny disponují moderní audiovizuální technikou, odborné laboratoře jsou vybaveny více než sedmdesáti modely a simulátory umožňujícími nácvik specifických postupů a technik. Nákup technického a materiálního vybavení a inovace výuky byly a jsou umožněny především díky úspěšnému řešení rozvojových projektů MŠMT.

Inovace výuky bude mezi lety 2011–2014 realizována také díky tomu, že FZS UPa získala financování projektu „Zdravotnické studijní programy v inovaci“ z Evropského sociálního fondu v rámci Operačního programu Vzdělávání pro konkurenceschopnost.

Studenti všech studijních oborů se zapojují do vědeckovýzkumné činnosti fakulty. Od roku 2003 fakulta každoročně pořádá studentskou vědeckou konferenci, od roku 2010 se někteří studenti magisterských a doktorských studijních programů zapojují do výzkumu v rámci Studentské grantové soutěže, která jim umožňuje získat finanční prostředky na provádění výzkumu v rámci svých diplomových a disertačních prací. Významnou základnou vědecké a výzkumné činnosti fakulty je pět klinik Pardubické krajské nemocnice, a.s.

HCC 2011

HEPATOCELULÁRNÍ KARCINOM 2011
(epidemiologie, skríníng, diagnostika a terapie)

20. října 2011
Tereziánský sál
Břevnovského kláštera
v Praze
(Markétská 1, Praha 6)

Pořádá
HCC 2011 - Pracovní skupina
pro hepatocelulární karcinom
ČHS ČLS JEP

Organizace
Congress Prague

www.congressprague.cz/hcc2011

• Vysoce kvalitní pramenitá voda s optimálním obsahem minerálních látek vhodná k neomezenému pití pro všechny skupiny obyvatel

• Denně máte k dispozici vychlazenou vodu na pití, horkou vodu k přípravě kávy, čaje i polévek

• Komplexní servis
Odpadají Vám starosti s nakupováním - stačí nám zavolat, přivezeme vodu až k Vám

• Ekologicky vratné
velkoobjemové obaly 18,9l

• Žádné starosti a náklady s likvidací PET obalů



Člen České asociace barelovců



602 436 140

WWW.SUMAVSKYPRAMEN.CZ



ŠUMAVSKÝ PRAMEN a.s.
Novohradská 21, 370 01 České Budějovice

Bakalářské studijní programy/obory

- Ošetrovatelství/Všeobecná sestra, prezenční a kombinovaná forma studia
- Porodní asistence / Porodní asistentka, prezenční forma studia
- Specializace ve zdravotnictví / Zdravotnický záchranář, Radiologický asistent, prezenční forma studia
- Zdravotně sociální péče / Zdravotně-sociální pracovník, prezenční forma studia

Navazující magisterské studijní programy/obory

- Ošetrovatelství / Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech, prezenční forma studia

Doktorské studijní programy

- Ošetrovatelství, prezenční a kombinovaná forma studia
- Specializace ve zdravotnictví, prezenční a kombinovaná forma studia

Celoživotní vzdělávání

- Mentor klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence
- Ošetrovatelská péče v pediatrii

Kontakty

Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice

- adresa: Průmyslová 395, 532 10 Pardubice
- e-mail: dekanat.fzs@upce.cz
- web: <http://www.upce.cz/fzs/index.html>
- studijní oddělení: 466 037 726 • sekretariát: 466 037 728

Wellness Balnea



2011

7. mezinárodní veletrh wellness, lázeňství, rehabilitace a estetiky

Novinka letošního ročníku:

Mezinárodní konference „SAUNOVÁNÍ DĚTÍ“
pod záštitou Mezinárodní asociace saun ISS
(International Sauna Society)

29. 9. – 1. 10. 2011
Výstaviště Praha - Holešovice

www.wellness-balnea.cz



VLIV MESODIENCEFALICKÉ MODULACE na kožní mikrocirkulaci

Prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA, A. Krýšová, Interní klinika FN v Motole a UK 2. LF, Praha

Mesodiencefalická modulace je neinvazivní elektrofyziologická metoda, která je založena na stimulaci centrálního nervového systému definovanými elektrickými podněty. Kvalita mikrocirkulace hraje zásadní roli v interakci mezi krevním průtokem a tkáněmi. Akutní i chronické nemoci mohou ovlivnit parametry mikrocirkulace. Cílem práce bylo zhodnocení vlivu mesodiencefalické stimulace na periferní mikrocirkulaci.

Metodika

Klinické hodnocení bylo definováno jako prospektivní, randomizované a placebem kontrolované. Pro klinické hodnocení byl stanoven dle protokolu design cross-over (překřížený), v němž je každý pacient sám sobě kontrolou. Studie proběhla ve dvou periodách, v každé byla polovina pacientů ve fázi aktivní a polovina ve fázi placebové. Vstupní kritéria pro pacienty byla stanovená tak, aby bylo možné předpokládat přítomnou poruchu mikrocirkulace.

Randomizací byli probandí rozděleni na dvě skupiny (A, B). Skupina A podstoupila během první periody 13 procedur v první fázi s aktivní stimulací (13 procedur během deseti po sobě jdoucích dnů, 1. až 3. den dvakrát denně, odstup mezi procedurami 6-18 hod, 4. až 10. den jednou denně s odstupem 18-30 hodin). Ve skupině B bylo v téže periodě aplikováno placebo. S odstupem 30 dnů byla podle stejného protokolu stimulace aplikována inverzně (skupina A měla placebo, u skupiny B byla aplikována aktivní stimulace). Měření mikrocirkulace bylo provedeno vždy za bazálních podmínek a poté po zahřátí kůže. U všech nemocných bylo na začátku a na konci sledování vyšetření klinické, byl odebrán vzorek krve a hodnocena základní bezpečnostní laboratoř.

Pro mesodiencefalickou modulaci byl užit přístroj MDM 2000/1 – sestava, příložená část typ BF, výrobce ZAT. Periferní mikrocirkulace byla hodnocena metodikou založenou na optickém Dopplerově principu (přístroj Periflux PF 5001: Cévní laser – Doppler přístroj, výrobce Perimed, výsledky v bezrozměrných jednotkách PU, hodnocena procentuální změna). Měření perfúze v oblasti mikrocirkulace bylo provedeno vždy v každé fázi po 1., 2., 6., 8., 10., a 13.

proceduře (z toho 1. měření před 1. procedurou, ostatní měření následovala vždy po proceduře). Hodnoceny byly absolutní hodnoty a absolutní a relativní změny perfúze na konci absolvované aplikace proti bazální hodnotě před aplikací, absolutní a relativní změny za bazálních podmínek a po zahřátí. Současně byla měřena kožní teplota a O₂ transkutánně pulzním oxymetrem, který je součástí přístroje Periflux.

Statistické hodnocení pomocí programu SAS (Statistical Analysis Software, verze 9.1, Carry USA). Základní model pro užitý zkřížený (crossover) design je GLM (general linear model) model s efekty fáze, periody, sekvence period a každý pacient má jen jednu sekvenci dle randomizace. Pro parametry mikrocirkulace byla pro statistické hodnocení vynechána všechna data, která se lišila o více než 10 % od průměru daného pacienta. Výsledek statistické významnosti sekvence byl nalezen pro data nativní i očistěná. Do statistického hodnocení účinku metody byla zavzata pouze měření na konci aplikace.

Výsledky

Do klinického hodnocení vstoupilo 25 osob, z nichž jedna absolvovala pouze aktivní fázi, proto byla pro konečné vyhodnocení zpracována data pouze od 24 probandů (12 mužů a 12 žen), průměrného věku.

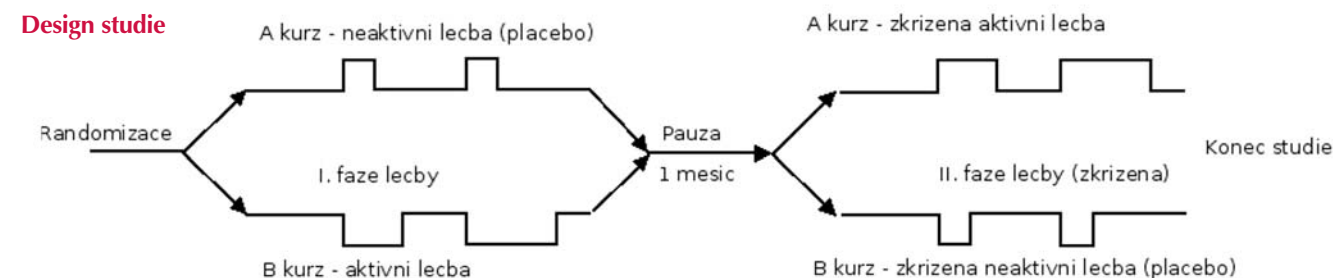
Změny mikrocirkulace v kůži po aplikaci metody nebyly statisticky významné při porovnání aktivní fáze s placebem. Neprokázali jsme ani významné ovlivnění mikrocirkulace během jednotlivé periody. Statisticky významný vliv však měla sekvence na procentuální změny mikrocirkulace za bazálních podmínek a po zahřátí ($p = 0,0045$) a též vliv periody byl statisticky významný ($p = 0,0379$). Ukazuje se, že

pokud byla v první periodě aktivní fáze, byla mikrocirkulace pozitivně ovlivněna hlavně ve druhé periodě s fází placebovou. Pokud bylo v první periodě aplikováno placebo, nedošlo k ovlivnění ve druhé periodě v aktivní fázi. Při hodnocení vlivu posloupnosti fáze tedy bylo prokázáno, že u pacientů s první fází aktivní (perioda 1) je v druhé fázi placebové (perioda 2) procentuální změna parametrů perfúze statisticky významně větší ve srovnání s druhou skupinou, u níž byla posloupnost inverzní. Deskriptivní statistiky ukazují, že vliv periody je dán sekvencí aktivní fáze – placebo. Zjištění by mohlo nasvědčovat tomu, že vliv metody na mikrocirkulaci se objeví až s odstupem měsíce.

Nevelké rozdíly v průměrné bazální kožní teplotě jsou z klinického hlediska minimální a nevýznamné. Nebyla nalezena korelace kožní teploty s parametry mikrocirkulace. Nicméně pro tento parametr se prokázal statisticky významný vliv periody – procentuální změna kožní teploty byla mírně vyšší ve druhé periodě ($p = 0,0016$). Je i statisticky významný rozdíl v kožní teplotě po zahřátí v první a druhé periodě ($p = 0,0008$), avšak tento rozdíl není naprosto klinicky relevantní (v druhé periodě je dle mediánu o 0,07 C nižší). Kožní teplota je i statisticky významně vyšší v sekvenci aktivní – placebo ($p = 0,0120$).

Měření oxymetrie ukazují tendenci k lepším hodnotám v aktivní fázi, nicméně tyto změny nedosahují statistické významnosti. Rozdíly v průměrech oxymetrie jsou v 1. fázi 76,36 v placebo fázi, 83,84 v aktivní fázi, ve 2. fázi 55,79 v placebo fázi, 79,30 v aktivní fázi. Celkový průměr oxymetrie je 64,32 v placebo fázi, 81,55 v aktivní fázi. Jak ukazují směrodatné odchylky, je variabilita výsledků vysoká (celkově $64,32 \pm 103,25$ v placebo fázi, $81,55 \pm$

Design studie



109,12 v aktivní fázi). Rozdíly v oxymetrii jsou i v mediánech celkově 35,39 v placebo fázi, 53,02 v aktivní fázi. Prokázat statistickou významnost rozdílů, pokud existují v populaci, by bylo možné prokázat studiem s větším rozsahem pacientů či užšími vstupními kritérii.

Glykémie se neměnila statisticky významně, změnil se pouze glykovaný hemoglobin – během aktivní fáze jeho absolutní hodnota klesala a během placebo se naopak zvyšovala. Rozdíl vyjádřený v absolutní diferenci byl vzestup v placebové fázi průměrně o 0,29 % (medián 0,2) a pokles v aktivní fázi o průměrných -0,36 (medián 0,4). Liší se i počáteční hodnoty glykovaného hemoglobinu v 1. periodě – v aktivní fázi byl v průměru 7,16 (medián 7,10), v placebo fázi 6,45 (medián 6,00). Hodnoty glykovaného hemoglobinu se na konci 1. periody srovnaly. Tento trend pokračoval a na začátku 2. periody ti, co byli předtím v placebo fázi, mají na počátku 2. periody (kde jsou v aktivní fázi) glykovaný hemoglobin 7,46 (medián 7,00) – což je nárůst v mediánu o 1,00 a v průměru o 1,01. Naopak ti, co byli předtím v aktivní fázi, mají na počátku 2. periody (kde jsou v aktivní fázi) glykovaný hemoglobin 6,48 (medián 6,05) – opět pokles dle mediánu o 1,05 a v průměru o 0,68. Po 2. periodě se rozdíly ve finálním vykovaném hemoglobinu opět zmenší. Změny během fáze aplikace placebo nejsou klinicky významné.

Diskuze

Metoda mesodiencefalické modulace patří mezi neinvazivní elektrofyziologická metody, které jsou založeny na stimulaci centrálního nervového systému definovanými elektrickými podněty. Přesný popis signálu není k dispozici, nicméně pro diskuzi můžeme jistě využít analogii s již známými a používanými metodami neuromodulace. Celá řada těchto metod je užívána zejména k odstranění bolesti, ovlivnění tremoru, ve fyziologii a balneologii. V recentní metaanalýze všech blízkých metod (repetitivní tran-

skraniální magnetická stimulace /rTMS/, kraniální elektroterapeutická stimulace /CES/ a transkraniální přímá průběžná stimulace /tDCS/) v Cochranově databázi byly výsledky shledány nejednoznačnými a bylo doporučeno provedení kontrolovaných pokusů k objektivizaci přínosu neromodulačních metod. V této metaanalýze bylo zjištěno, že pouze rTMS jeví přechodný klinický efekt na zmírnění chronické bolesti. Vliv neuromodulačních metod na mikrocirkulaci v kůži však nebyl doposud studován.

Předmětem naší studie nebylo definování kauzálních vztahů, cílem bylo zjištění, zda po aplikaci mesodiencefalické modulace vůbec dojde k ovlivnění perfúze kůže. Kvalita mikrocirkulace je jedním z rozhodujících parametrů správné funkce periferních tkání. Je ovlivněna podmínkami chronických i akutních nemocí. Mikrocirkulace je velmi podrobně studována, přičemž do nedávné doby byla jediným možným vyšetřením biomikroskopie.

Techniky kvantifikující průtok cévami jsou založeny na tzv. Dopplerově efektu, přičemž je využíváno polarizované světlo laseru. Princip metody spočívá v posunu vlnové délky v závislosti na rychlosti pohybujících se částic. Tato metoda je používána pro kvantifikaci průtoku kůží, v experimentu i perioperačně ke kvantifikaci dalších tkání (sliznice zažívacího traktu, omentum atd.). Metoda měří v bezrozměrných jednotkách. Metoda kvantifikuje celkový průtok cévami, resp. rychlost toku krve (krevních elementů). Parametr popisující mikrocirkulaci integrálně je pro tuto práci velmi vhodný, neboť kvantifikuje odezvu mikrocirkulace jako celku. Design studie nebyl postaven k hodnocení případné kauzality změn, které výrobce deklaruje jako účinek metody, nýbrž k posouzení možného vlivu metody na mikrocirkulaci jako celek. I z tohoto důvodu nejsou překážkou limitace užití metody hodnocení mikrocirkulace – nedovede postihnout parciální heterogenitu krevního průtoku v kapilárách, která je hodnocena v experimentu a má zřejmě význam

pro hodnocení kvality mikrocirkulace u pacientů v kritických stavech.

Statistické hodnocení neprokázalo korelaci mezi parametry kontrolní laboratoře a výsledky měření. Případný vliv hematokritu či počtu jednotlivých krevních elementů byl vyloučen. Podrobná analýza kožní teploty po zahřátí neukázala žádné statisticky ani klinicky významné diference, což je důkazem toho, že podmínky měření mikrocirkulace byly standardizovány.

Pulzní oxymetrie je založen na jednoduché aplikaci Lambert-Beerova zákona, který popisuje útlum světla projíždějící směsí absorbérů. Signály červeného a infračerveného světla, které procházejí přes prokrvené tkáně, jsou používány k odhadu základní arteriální kyslíkové saturace hemoglobinu. Avšak světlo se rozptyluje v tkáni a ovlivňuje výsledek, což vyžaduje přijmout zjednodušení při interpretaci výsledku. Podle většiny klinických zkušeností postačují empirické procesy, které výrobci používají ke kalibraci systému v průběhu jeho finalizace, k dostatečné klinické přesnosti. Stejně tkáňové vlastnosti rozptylu světla umožňují senzory konfigurovat tak, aby byl systém i cíleně použitelný. Výsledky měření ukazují tendenci k lepším hodnotám v aktivní fázi, nicméně tyto změny nedosahují statistické významnosti. Prokázat statistickou významnost rozdílů, pokud v populaci existují, by bylo možné u studie s větším rozsahem pacientů či užšími vstupními kritérii.

Během studie nebyl zachycen žádný nežádoucí účinek metody. V kontrolních laboratorních vyšetřeních byl nalezen statisticky významný posun ALT, který je z klinického hlediska nevýznamný, všechny měřené hodnoty byly v rozmezí normálních hodnot. Dále byla nalezena statisticky významná změna koncentrace fosfátového iontu v séru, kdy během aktivní fáze následující po placebo došlo k mírnému vzestupu, a naopak, ve fázi placebové následující po aktivní fázi došlo k mírnému poklesu. Všechny hodnoty však byly opět v normálním laboratorním ➤

➤ rozmezí, proto tento nále z nepovažujeme za významný.

Ostatní nálezy odchylek v laboratoři mají charakter změn podmíněných posunem u jednoho pacienta, nejsou tedy klinicky významné, u žádného probanda nedošlo během klinického zkoušení k novému posunu parametrů kontrolní laboratoře do oblasti patologických hodnot.

Glykovaný hemoglobin HbA1c je základním parametrem k posouzení dlouhodobé kompenzace diabetu. Jeho magnituda vypovídá (zjednodušeně řečeno, přesněji je možno říci, že HbA1c odpovídá ploše pod kontinuální křivkou glykémie, je to tedy integrál) o průměrné glykémii v době do 3 měsíců před odběrem krve pro stanovení. Intenzita, s níž se přechodná zlepšení kompenzace diabetu či naopak zhoršení kom-

penzace diabetu promítají do absolutní hodnoty glykovaného hemoglobinu, je v první řadě odvozena od doby, která dotyčnou událost dělí od vyšetření HbA1c. Tato skutečnost je velmi důležitá pro interpretaci statisticky významných změn HbA1c, které byly nalezeny v klinické studii. Všichni probandi byli diabetiky. Glykémie se neměnila statisticky významně, změnil se pouze glykovaný hemoglobin – během aktivní fáze jeho absolutní hodnota klesala, během placebo se naopak zvyšovala. Rozdíl vyjádřený v absolutní diferenci byl vzestup v placebové fázi průměrně o 0,29 % (medián 0,2) a pokles v aktivní fázi o průměrných – 0,36 (medián 0,4). Změny během fáze aplikace placebo nejsou klinicky významné, změny během aktivní fáze ale naopak významné jsou, a to velmi. Důvodem je nejen

absolutní rozdíl, ale zejména skutečnost, že hodnoty byly odebrány na začátku a na konci fáze, tj. v rozmezí 10 dnů, změna kompenzace tedy musela být výrazná. O důvodech lze pouze spekulovat. Design studie vysvětlení tohoto pozitivního nálezu nemožňuje.

Závěr

Aplikace mesodiencefalické modulace vedla v randomizovaném klinickém sledování s cross-over designem ke statisticky významnému zlepšení procentuálně vyjádřenému změnami parametrů kožní perfúze s odstupem 30 dnů v porovnání s placebem. Během aplikace aktivní metody došlo ke statisticky významnému poklesu glykovaného hemoglobinu.

ZLOMOVOU INOVACI V LÉČBĚ NEJENOM DIABETU

mohou nově využívat také diabetici v Praze

V prostorách diabetologické ambulance prof. MUDr. Milana Kvapila, CSc. MBA v Praze bylo v červnu 2011 otevřeno nové MDM Centrum pro léčbu jedné z nejčastějších komplikací diabetu – diabetické poly-

neuropatie, kterou jen v ČR trpí 300 tisíc obyvatel. Jde o zlomovou technologii v léčbě, jelikož medikace je celosvětově doposud téměř neúčinná. Léčba probíhá na základě metody mesodiencefalické modu-

lace (MDM). Prof. Kvapil provedl v letošním roce další klinické zkoušky, které prokázaly, že použitím MDM lze léčit i komplikace nemocí spojených se špatným prokrvením tkání. (red)



Zleva: prof. Kvapil a prof. Zadák

VÁŽÍME SI VAŠÍ PRÁCE!

Soutěžte o NEJ SESTŘIČKU České republiky a Slovenské republiky!

**JSTE SYMPATICKÁ?
MÁTE SMYSL PRO HUMOR?
CHCETE VYHRÁT SKVĚLÉ CENY?
JSTE PROSTĚ TA NEJ?
ZKUSTE TO!!!**

Neváhejte a přihlaste se do soutěže **BATIST**

Nej sestřička 2011!

Finálový galavečer za účasti mnoha známých osobností se koná

22. října 2011 v Náchodě

v Městském divadle Dr. J. Čížka

BATIST Nej sestřička je soutěž, jejímž cílem je vybrat nejlepší zdravotní sestru z pohledu odborného i lidského, vyjádřit poděkování za náročnou práci zdravotních sester u nás a zviditelnit jejich poslání. Přihlásit Vás může kdokoliv, pacient, lékař, manžel, kamarádka, vrchní sestra, přihlásit se můžete i sama.

Finálového večera se účastní mnoho významných osobností českého kulturního a společenského života. **Mezi účinkujícími vystoupí:** Simona Postlerová, Petra Černocká, Míša Dolinová, Míša Nosková, Ondřej Ruml, Gospel Time, Naďa Urbánková Bořek Slezáček, Tomáš Lébl, Jitka Zelenková a další.

V porotě také zasednou: MUDr. Radim Uzel, CSc., Uršula Kluková, MUDr. Jan Cimický, Iveta Lutovská, Lucie Váchová-Křížková, Pepa Pejchal a další osobnosti či představitelé seriálu Ordinace v růžové zahradě

Moderátorem gala večera bude Zdeněk Podhůrský.

JAKÉ JSOU PODMÍNKY SOUTĚŽE?

Státní občanství České republiky a výkon povolání zdravotní sestry ve zdravotnickém či sociálním zařízení. Soutěž není omezena věkem, vzděláním ani délkou praxe. Vyplněnou přihlášku s fotografií zašlete na adresu **BATIST Medical a.s.**, Nerudova 309, 549 41 Červený Kostelec nebo email: nejsestricka@batist.cz.

BLIŽŠÍ INFORMACE A PŘIHLÁŠKU NAJDETE NA WWW.NEJSESTRICKA.CZ

Vítězek z akce bude věnován na charitativní účely.

NUTRIČNÍ PÉČE jako indikátor kvality?

Tamara Starnovská, oddělení klinické výživy FTN, Praha

Jsmo zvyklí pracovat se sledováním měřitelných ukazatelů kvality ošetrovatelské péče – zejména s pády a dekubity u pacientů. Uvažovat o nutriční péči jako indikátoru kvality je však pro většinu zdravotníků složité, ne-li nemožné. Chybí ono „objektivní“ měřítko. Přitom ale lze pracovat s různými kritérii, která nám potřebné informace poskytnou.

Jsou dostupná kritéria akreditační, ale i prostou úvahou lze posoudit, zda naše zařízení, klinika, oddělení, mají podmínky na poskytnutí nutriční péče a v jaké kvalitě. Stačí, když si položíme několik otázek a odpovíme na ně objektivně.

Pojďme to tedy nyní zkusit:

1. Mají pacienti pravidelně k dispozici stravu?

Zřejmě každý z Vás odpoví ANO. Zamyslete se zda je to opravdu pravidelně a zda například není některé jídlo (obvykle odpolední svačina) řešena dotazem mezi dveřmi pokoje „Dáte si svačinu?“ a zavřením dveří dříve než překvapený pacient stačí zareagovat.

2. Je poskytovaná strava pro pacienty přiměřená a je součástí zdravotní péče a služeb, které jsou jim poskytovány?

To už tak jednoznačnou odpověď neumož-

ňuje – přiměřenost je třeba hodnotit nejen z hlediska základní specifikace diety – například pro diabetika dieta diabetická, ale přiměřenost je třeba hodnotit i ve vazbě na schopnost konzumace (je podanou stravu pacient schopen jíst a sníst?) a samozřejmě i z pohledu naplnění pro pacienta adekvátní množství živin. Tuto poslední informaci Vám může poskytnout jedině nutriční terapeut/terapeutka, tato profese také musí objektivně vyhodnotit aktuální nutriční potřebu a podle ní navrhnout optimální skladbu stravování pacienta.

3. Je strava a nutriční přípravy pacientům/klientům připravována přijatelným způsobem?

Odpověď obvykle zní ANO, ale pozor na profesionální slepotu – je například mleté maso nebo rýže přijatelnou formou pro pacienta s poruchou polykání? Je tekutá strava přijatelná pro pacienta s rizikem

aspirace? Je strava vychladlá během delší doby konzumace pro pacienta přijatelná (když ji nedojídá proto, že je málo teplá)?

4. Pacienti jsou dostatečně hydratováni.

Nabízí se odpověď ANO, ale je to skutečně pravda? Jak často mají pacienti možnost se napít během jídla, když jsou krmeni? Jak často se pobízí k pití a jak často mají skutečně u ruky dostupné adekvátní nádobky k pití? Zkusili jste někdy pít vleže?

5. Pacientům se při podávání stravy pomáhá.

Pokud není pacient přímo krmen ošetrojícím personálem, jak často má k dispozici kompenzační pomůcky (speciální přístroj, talíř, brzdou podložku pod talíř...)? Jak často naopak dostává nekompletní přístroj (často jen lžičku), a předpokládáme, že se s ním nají bez problémů.

6. Je pacientům s poruchou výživy zajištěna nutriční léčba?

Na to je objektivní odpověď spíše NE, protože často ani neidentifikujeme, že jde o pacienta, který má poruchu výživy. Například celkem běžný problém – pacient má průjem či zácpu – je tato situace hodnocena jako problém s výživou? Jak často se v ošetrovatelské diagnóze objeví problém se zajištěním výživy? Jak často je o takovém problému informován nutriční terapeut?

7. Všem pacientům se předepisuje strava či jiné výživové přípravky na základě jejich nutričního stavu či nutričních potřeb, včetně předpisu „nihil per os“, ordinace běžné stravy, dietního stravování, enterální či parenterální výživy.

Tato otázka se vztahuje k péči lékaře, není tedy v tomto článku řešena. Je ale třeba si uvědomit, že v tomto segmentu je rizikem systém standardních dietních postupů (nejčastěji se vyskytují v operačních oborech), kdy se automaticky podává další druh stravy či typ diety, aniž by byla zvažována skutečná nutriční potřeba daného pacienta.

8. Zajišťuje se nutriční léčba se multidisciplinárně?

Důležité je uvědomit si, že jde o vzájemnou spolupráci mnoha profesí (nejen ošetrojícího lékaře a všeobecné sestry), nedílnou součástí funkčního týmu je nutriční terapeut, ale například i fyzioterapeut, který svou činností vytváří „poptávku“ po úhradě energie ve vazbě na fyzioterapii.

9. Do dokumentace pacienta se zaznamenává efekt nutriční léčby.

Máme-li na mysli systematické sledování a záznamy, jde o velmi „sporadickou“ aktivitu. Pokud se chcete o výsledku nutriční intervence z dokumentace pacienta něco dozvědět, hledáte obvykle zbytečně. Základní informací přitom je prostý údaj o tom zda podanou stravu konzumuje, zda ji nějak doplňuje potraviny či pokrmy z jiných zdrojů (například pravidelně sní během dne 1 balení sušenek XY). Velmi často chybí informace o konzumaci ordinovaných nutričních doplňků – například: po obědě podaný sipping popíjí pouze pokud je vychlazený, je třeba ho průběžně chladit.

10. Pracuje ve vašem zařízení dostatečný počet odborně kvalifikovaných, případně specializovaných nutričních pracovníků? Tedy je pacientům průběžně k dispozici pracovník příslušné profese?

Na tuto otázku je v současné době odpověď v 99 % zařízení jasná – NENÍ. Dostupnost je jen občasná, na zavolání, nesystematická. Tato skutečnost je významnou bariérou realizace bezpečné a přiměřené nutriční péče pro pacienty, současně vede k neúčelně a neefektivně vynakládaným prostředkům na zajištění stravy a nutričních doplňků.

Položila jsem vám 10 otázek, zamyslete se prosím nad svými vlastními odpověďmi a zkuste si představit, že jste si jimi vlastně stanovili, na kolik % je ve vašich podmínkách možné hodnotit naplnění kvalitní nutriční péče o pacienty.

Úkoly jednotlivých kategorií pracovníků ve vazbě na zajištění nutriční péče o pacienta

Ošetrojící lékař odpovídá za optimální léčbu pacienta včetně ordinace diety, léčebné výživy, v rozpoznání malnutrice či jejího zvýšeného rizika v průběhu diagnostických či léčebných procesů.

Nutriční terapeut hodnotí podrobnou nutriční anamnézu. V průběhu hospitalizace, případně i po ní, v ideálním případě i před plánovanou hospitalizací doporučuje optimální výživu v závislosti na základní chorobě a konzumačních schopnostech pacienta. V souladu se svými zjištěními navrhuje úpravu formy či druhu výživy.

Členové ošetrovatelského týmu provádějí v rámci stanovení ošetrovatelské anamnézy nutriční screening při příjmu pacienta, případně ho opakují ve stanovených

intervalech. Průběžně sledují a zaznamenávají změny stavu pacienta ovlivňující stav a schopnost výživy, v případě potřeby evidují příjem stravy a tekutin u pacienta. Spolupracují při řešení nutričního stavu pacienta s nutričním terapeutem, členy nutričního týmu, pracovníky stravovacího provozu.

Nutriční screening je třeba provádět u všech pacientů nejdéle do 24 hodin po přijetí na lůžko – jeho smyslem je orientační zhodnocení stavu výživy. Výjimku lze učinit v případě, že jde o pobyt plánovaný na kratší dobu než 3 dny (například operace oka, vyjmutí hřebu po zhojení zlomeniny a podobně). Pro pacienty přijímané na lůžka intenzivní péče není třeba screening hodnotit tímto způsobem, protože jsou všichni považováni za nutričně rizikové a jako takoví by měli být řešeni a průběžně sledováni.

Nutriční screening je třeba zvolit adekvátně pro hodnocenou skupinu pacientů – není obecný druh, vhodný pro všechny. Velkou výhodou jsou validizované druhy nutričních screeningů vyzkoušené na velkých skupinách pacientů v zahraničí, u kterých je výpovědní hodnota získaných výsledků velmi dobrá.

Vyplněný formulář je součástí dokumentace pacienta – pokud zjištěný výsledek svědčí pro riziko nedostatečné výživy, nebo je identifikován samostatný nutriční problém (například alergie na některou složku stravy), je třeba uvědomit nutričního terapeuta, který provede rozšířené vyšetření nutričního stavu pacienta. Optimální, 6 lety provozu odzkoušený systém je do 48, resp. 72 hodin (v průběhu pracovního volna).

Při hospitalizaci pacienta delší než 14 dnů provádí ošetrojící sestra následná zhodnocení vždy nejdéle po 14 dnech a je významnou výhodou, pokud je možné sledovat trendy, tedy vidět rozdíly mezi jednotlivými hodnoceními. O zjištěném špatném nutričním stavu uvědomí sestra ošetrojícího či službu konajícího lékaře a nutričního terapeuta.

Rámcové hodnocení příjmu stravy je dalším krokem, který je nutné použít v případě, kdy pacient nesní celé jídlo, a to nejpozději poté, co jde o 3 po sobě jdoucí hlavní jídla. Průběžná identifikace nutričních problémů je významným krokem k zajištění adekvátní nutriční péče a je zcela v rukách všeobecné sestry a jí podřízených pracovníků.

Evropská premiéra nové enterální pumpy Abbott Free Go v Česku

Do vybraných českých nemocnic byly v těchto dnech dodány první enterální pumpy Abbott Free Go nové generace.

Na český trh, jako jeden z prvních v Evropě, byla uvedena nová enterální pumpa Abbott FreeGo™ určena pro akutní i dlouhodobé použití v nemocničních zařízeních nebo domácí péči.

Abbott Free Go™ je rotační peristaltická pumpa řízená mikroprocesorem, která poskytuje přesně řízené dávkování enterální výživy pomocí bezpečného, uživatelsky snadného systému. Předností je veliký, snadno čitelný displej a jednoduché ovládání. Má funkci alarmu, umožňuje výběr průtokové rychlosti od 1 do 400 ml/h, s přírůstkem 1 ml/h. Lze nastavit dávky s přesností až ± 5 % a akumulovat objem výživy, součástí je i programovatelný časovač na pozastavení včetně funkce zablokování systému. Baterie umožňuje provoz po dobu 24 hodin při průtoku 125 ml/h.

S pumpou se používají speciálně navržené výživové sady Abbott FreeGo™, které nedovolí aplikaci bolusu, čímž je zajištěna bezpečná a přesná kontrola dávkování enterální výživy.

Enterální pumpa Abbott FreeGo™ byla vyvinuta na základě potřeb a požadavků pacientů a zdravotnických pracovníků. Je navržena tak, aby byla přenosná, snadno ovladatelná a dává pacientům pocit svobody v běžném životě. (red)



– promediamotion –

PROMEDIAMOTION s.r.o.

vás srdečně zve na V. odbornou konferenci

„Diagnóza v ošetrovatelství – výživa ve zdraví a nemoci“, která se koná dne **14. 10. 2011**

v KC Paláce Charitas, Karlovo náměstí 5, Praha 2.

Odborný garant: Mgr. Dana Vaňková, vrchní sestra, Klinika gerontologická a metabolická, FN Hradec Králové. Pozvání přijal i prof. MUDr. Luboš Sobotka, CSc., Klinika gerontologická a metabolická, FN Hradec Králové. Konference ohodnocena 4 kredity.

Přihlášky a informace na info@promediamotion.cz, www.promediamotion.cz

diagnóza
v ošetrovatelství

Kvalita života u nemocného s CELIAKIÍ

Markéta Biskupová, Mgr. Petra Topičová, Fakulta humanitních studií, Institut zdravotnických studií, Univerzita Tomáše Bati, Zlín

Je velice těžké si připustit, že člověk trpí chorobou, která vyžaduje celoživotní dodržování přísné bezlepkové diety. Danou dietu musí člověk vzít jako součást svého životního stylu. Musí se s ní naučit žít a brát ji pozitivně. Pro někoho je to velice složité, jiní to zvládají bez sebemenších problémů. Každý, kdo zkusil dodržovat jakákoli dietní pravidla, si jistě vzpomene, jak je jednoduché se rozhodnout, ale těžké je vydržet v daném dietním opatření. Většina lidí se dietního stravování po chvíli vzdá, někteří jdou za svým cílem a režim dodržují.

Celiakie je velice zajímavé a aktuální téma, o jehož problematice by měl mít člověk základní znalosti. Samozřejmě, že zjištění této nemoci je pro mnoho lidí zpočátku velkou psychickou zkouškou. O této nemoci je důležité vždy načerpat potřebné informace, kvůli tomu, aby nemoc byla člověku bližší a snáze se s ní vyrovnal. K tomu však potřebuje podporu blízkých osob, hlavně rodiny, která je mu nablízku a důvěřuje mu.

Vymezení pojmů

Celiakie je autoimunitní celoživotní onemocnění tenkého střeva charakterizované trvalou nesnášenlivostí lepku.

Gluten (lepek) je bílkovina rozpustná v alkoholu, nerozpustná ve vodě. Nachází se v pšenici, v žitě, v ječmenu a v ovsu.

Bezlepková dieta je dieta, při které není dovoleno jíst výrobky obsahující pšenici, žito, ječmen a oves.

Projevy a diagnostika celiakie

Onemocnění s sebou přináší několik forem projevů. Nejzávažnější a nejtěžší formou nemoci je **celiakální krize**, která se projevuje závažnými průjmy až rozvrácením minerálního hospodářství s následnou těžkou dehydratací. Další formou je forma **klinická** (rozvinutá), která je definována syndromem poruchy vstřebávání. Pacient váhově neprospívá a dochází k hubnutí. Dále nastupují bolesti břicha, zvracení, meteorismus, únava.



ilustrační foto: iStockphoto

Jednou z forem tohoto onemocnění je **bezpříznaková celiakie**. Je pro ni charakteristická porucha trávení a vstřebávání. Poslední formou celiakie je celiakie **skrytá**. Lidé s celiakií bývají náchylnější ke vzniku infekcí a nedodržují-li dietu, může se objevit častější výskyt nádorových onemocnění než u běžné populace.

Diagnostika se odvíjí především od rodinné a osobní anamnézy. Při stanovení správné diagnózy napomáhá lékař odběr krve s vyšetřením krevního obrazu a biochemických ukazatelů. Poté se provádí xylózový test, který sleduje schopnost tenkého střeva vstřebávat živiny do krve. Z grafických metod je dnes první volbou ultrazvukové vyšetření a RTG břicha, na základě tohoto se provádí střevní biopsie, při níž se odebere vzorek střevní sliznice k histologickému rozboru.

Cíle práce

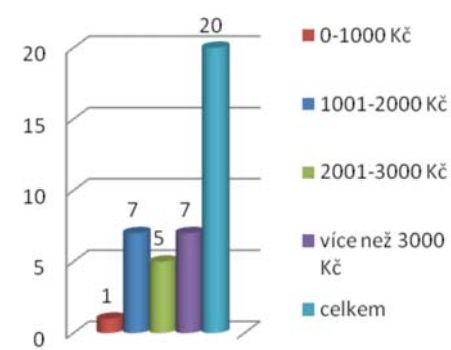
1. Zjistit ekonomickou náročnost bezlepkové stravy z pohledu respondentů.
2. Zjistit, jak bezlepková dieta ovlivňuje stravování klientů ve veřejných restauracích a jídelnách.
3. Zjistit, zda bezlepková dieta změnila stravovací návyky v rodině respondenta.
4. Zjistit stravovací problémy klientů při cestování do zahraničí.
5. Navrhnout řešení zjištěných problémů.

Metody práce

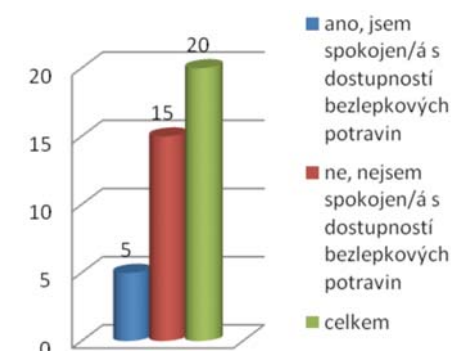
K provedení výzkumného šetření byl použit standardizovaný rozhovor. Rozhovor obsahoval 18 otázek, 15 z nich bylo definováno jako přímá odpověď od respondenta. Zbývající 3 otázky jsou vedeny jako přímé, které respondenti mohli zodpovědět otevřeně. Ke zpracování dat jsem použila MS Excel, kde jsem získaná data seřadila do tabulek absolutních a relativních četností. Absolutní četnost představuje počet respondentů, kteří odpověděli, a relativní četnost udává podíl absolutní četnosti a celkového počtu respondentů vyjádřený v procentech. Dále je ke každé tabulce přiřazen graf, který informuje, kolik respondentů odpovědělo na příslušnou otázku.

Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumného šetření se zúčastnilo 20 respondentů ve věku 18–56 let, jednalo se



Graf 1 Jakou částku měsíčně vynaložíte za nákup bezpečkových potravin?



Graf 2 Jste spokojen/á s dostupností bezpečkových potravin a s nabízenými druhy?

o muže i ženy, jejichž společným rysem je onemocnění celiakie.

Organizace šetření

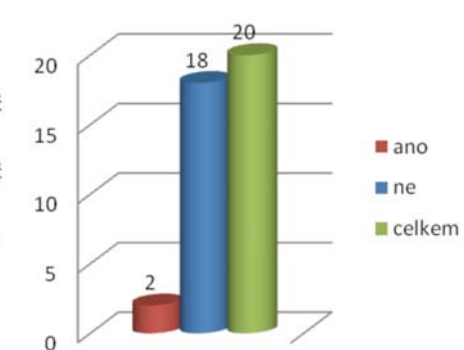
Standardizované rozhovory probíhaly v měsících prosinec 2009, leden, únor 2010 a to po předchozí domluvě s respondenty. Rozhovory se odehrávaly v tichém a klidném prostředí, trvaly asi 15–20 minut. Respondenti se vyjádřili ke každé položené otázce.

Výsledky šetření

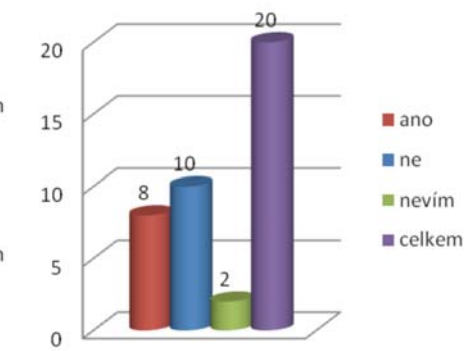
Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 20 respondentů, z toho 17 žen (85,0 %) a 3 muži (15,0 %). 6 respondentů ve věku 18–25 let (30,0 %), 6 respondentů ve věku 26–35 let (30,0 %), 5 respondentů ve věku 36–45 let (25,0 %), 2 respondenti ve věku 56 a více let (10,0 %) a 1 respondent ve věku 46–55let (5,0 %).

Závěr

Dle výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že bezlepková dieta je mnohem dražší než lepkové suroviny. Dále bylo zjištěno, že v ČR je velice málo pojišto-



Graf 3 Poskytuje vaše pojišťovna finanční příspěvek v souvislosti s onemocněním?



Graf 4 Naleznete bezlepkovou stravu i v běžných restauracích?

ven, které přispívají na bezlepkovou stravu. Respondenti uvedli, že by jim příspěvek v souvislosti s onemocněním pomohl. Většina respondentů s přípravou stravy nemá problémy, ale někteří se stravují výhradně v restauracích, kde jim jsou schopni uvařit, respektive připravit jídlo dle požadavků. Jejich hlavním problémem je finanční náročnost a nedostatek bezpečkových produktů v prodejnách. Na závěr bych chtěla konstatovat, že celiakie je celoživotním onemocněním, a každý se s touto chorobou musí naučit žít.

Literatura

- BUŠINOVÁ, I. Bezlepková kuchařka 2. Praha: Grada, 2007. 220 s. ISBN 978-80-247-1270-3.
- ČERVENKOVÁ, R., LUKÁŠ, M. Celiakie. Praha: Galén, 2006. 64 s. ISBN 80-7262-425-3.
- KOLEKTIV AUTORŮ. Rukověť celiaka II., přepracované vydání. Roztoky u Prahy: Sdružení celiaků České republiky, 2005. 53 s. ISBN 80-902803-1-5.
- MOŽNÁ, L. Bezlepkářům od A do Z. Ostrava: Ringier Print, 2006. 186 s. ISBN 40-566-9107-4.
- RUJNER, J., CICHÁŇSKÁ, B. A. Bezlepková a Bezlepková dieta. Brno: Computer Press, 2006. 108 s. ISBN 80-251-0775-2.

Od historie k současnosti V LABORATORNÍ HEMATOLOGII

Jarmila Indráková, FN Olomouc, jarmila.indrakova@seznam.cz

Již roku 1661 objevil průkopník mikroskopie, italský lékař M. Malpighi, a nezávisle na něm pak v roce 1673 holandský přírodovědec A. van Leeuwenhoek, existenci červených krvinek. V roce 1845 popsal R. Virchow, současně také britský internista J. H. Bennet, „bílou krev“ a dal této nemoci dodnes platný název leukémie. Virchow ve své definici nemoci určil buňky za sídlo této nemoci a pojem nemoc tak spojil s proměnami organismu, které jsou prokazatelné fyzikálními nebo chemickými metodami. To mělo mimořádný význam pro další rozvoj medicíny. Tato definice umožnila, že se ve druhé polovině 19. století postupně začala medicína orientovat z diagnostiky postavené jen na subjektivních údajích na výsledky objektivní. Vedle fyzikálního vyšetření začala hrát významnou roli vyšetření laboratorní, především biochemická, hematologická a posléze i zobrazovací metody.

Laboratorní hematologii tvoří dvě hlavní složky. Je to vyšetření **krvného obrazu a koagulace**.

Vyšetření krvního obrazu

Kvalitativní hodnocení změn krvního obrazu pod mikroskopem umožnila metoda triacidového barvení zavedená roku 1877 P. Ehrlichem. Další rozvoj posuzování kvalitativních změn v krvním obrazu přinesly práce J. Arnetha, A. Pappenheima a O. Nageliho. Odlišnost laboratorních nálezů od normy umožnila identifikovat různé diagnózy. Studium různých forem chudokrevnosti se věnoval britský lékař T. Addison, který v roce 1909 popsal tzv. „zhoubnou“ perniciosní anemii. První, kdo do klinické praxe zavedl hodnocení sedimentace červených krvinek, byl český internista prof. K. Hynek, který si také povšiml zvýšené sedimentace neutrofilů u nemocných s perniciosní anémií a pro objektivizaci této diagnózy zavedl tzv. Hynkovo číslo.

Lékaři sami prováděli většinu v té době užívaných laboratorních vyšetření ve svých ambulancích (vyšetření sedimentace, moče) či na klinikách a pomáhali jim studenti medicíny, chemici, zaučení sanitáři nebo další zaměstnanci pracoviště, např. zdravotní sestry. S růstem počtu vyšetření a zvětšující se paletou metod vznikaly na všech větších interních odděleních a klinikách nové laboratoře (vyšetření KO, glykemie, skiaskopie). Laboratorní metody se stávaly složitějšími, náročnějšími na přesnost provedení a byl kladen důraz na znalosti celého procesu metody, nikoliv jen její mechanické provádění.

Vznikl tak prostor pro novou profesi – profesii zdravotního laboranta, který musel být systematicky vzděláván v této odbornosti. Pro jeho výchovu sloužily po válce nejprve Školy práce, v 50. letech 20. století vznikl na zdravotnických školách nový středoškolský obor – zdravotní laborant. Se stoupajícím počtem a rozsahem vyšetření se lokální laboratoře jednotlivých pracovišť či klinik začaly centralizovat a vznikala pracoviště klinické biochemie /většinou největší/, pracoviště hematologie a transfuzního lékařství, mikrobiologie, zobrazovacích metod atd.

K základnímu vybavení hematologických laboratoří v polovině minulého století patřil mikroskop, Bürkerova komůrka, barvicí mřížka a barvicí roztoky, které byly vyráběny v lékárnách nebo si je laborantky vyráběly samy. Dále fén k sušení nátěrů, analytické váhy, rollery a centrifugy. Zdravotní laborantky chodily po klinikách a prováděly odběry krve na požadované vyšetření z prstu – po vpichu nasávaly krev ústy přes hadičku do pipety a pak ji vyfukovaly do speciálních baniček s protisrážlivým roztokem. Přesnost výsledků z takových odběrů byla jistě sporná, ale jednoznačné bylo především vysoké riziko infekčních onemocnění pro laborantky, které odběry prováděly. Laboratorní sklo se, stejně jako odběrové jehly, užívalo opakovaně, po umytí se sterilizovalo horkým vzduchem. V rámci kontroly výsledků sloužila jen opakovaná denní kontrola hodnot.

Zásadní pokrok přinesla sedmdesátá léta minulého století. S nástupem nových technologií se do hematologických laboratoří

dostaly **poloautomatické analyzátory krvinek**, které po „rozplnění“ krve do baniček spolu se speciálními roztoky – tentokrát již většinou kupovanými v originálních baličcích pro jednotlivé typy analyzátorů – počítaly erytrocyty a leukocyty. Hodnoty hemoglobinu se měřily hemoglobinometri a trombocyty se většinou počítaly pomocí mikroskopů z nátěrů periferní krve nebo ve Fuchs-Rosenthalových komůrkách. Mikroskopické diferencování leukocytů v krvním nátěru zjednodušily automatické počítače krvinek např. typu Leukomat. K analýzám sloužily odběrové zkumavky s připraveným antikoagulačním roztokem.

Se zrychlujícím se tempem rozvoje technologií se začalo modernizovat vybavení hematologických laboratoří. Od osmdesátých let se objevily **plně automatické analyzátory krvinek** s nejprve třípopulačním a později pětipopulačním diferenciálním rozpočtem leukocytů, využívající k naředění vzorku vlastní automatické ředící systémy a pro stanovení parametrů krvního obrazu z počátku impedanční, později optickou, popř. imunologickou metodu. Postupně přibyla analýza retikulocytů a erytroblastů (spolu s korekcí leukocytů) a další parametry červené řady (MCV, MCH, MCHC, RDW atd.) i trombocytů (MPV, PCT, PDW). Do hematologických laboratoří začaly pronikat počítače. Vyšetřované vzorky jsou vkládány do karuselů či kazet a označovány čárovým kódem, aby se minimalizovala možnost jejich záměny. Výsledky jsou dnes v nemocnicích předávány lékařům elektronicky, prostřednictvím počítačové sítě, jejich exportem z laboratorního

informačního systému do nemocničního informačního systému. Laboratorní informační systém umožňuje výsledek před jeho schválením porovnat i s eventuálním předchozím výsledkem vyšetření a pátrat po příčině rozdílů. Veškeré vyšetřování se významně zrychlilo z původně několika hodin na několik minut.

Rovněž nová generace hematologických analyzátorů krvinek umožňuje, kromě analýzy dalších nových parametrů – např. u retikulocytů (Ret-Hb, RCT, RetDW), nebo u trombocytů (IPF) atd. – i rychlou a spolehlivou analýzu počtu buněk v tělních tektinách.

Moderní analyzátory se stávají součástí **automatické linky**, ve které po vyhodnocení krvního obrazu navazující automat provede nátěr periferní krve vybraného vzorku na podložní sklo. V posledním segmentu linky – barvicím automatu – je nátěr obarven.

Do hematologie pronikla molekulární genetiky (především k vyšetřování trombofilních markerů), genetiky, molekulární cytogenetiky a flowcytometrie pro vyšetření hematologických malignit, sledování léčby atd.

Koagulace

Současně se změnami v krvních buňkách byly popsány krvácivé poruchy. Zejména studium hemofílie, kterou popsal John Conrad Otto pod názvem „Zpráva o sklonu ke krvácivosti v některých rodinách“, vedlo k rozvoji řady laboratorních metod. Už roku 1910 publikoval W. W. Duke svou metodu stanovení krvácivosti, která byla později modifikována A. C. Ivym. Tyto metody už byly jen krůček k in vitro laboratorním vyšetřením. Ta přišla v podobě rekalcifikačního času a stanovení retrakce koagula. Pravými milníky mezi laboratorními vyšetřeními se však stalo jednofázové vyšetření protrombinového času publikované A. Quickem v roce 1935 a stanovení aktivovaného parciálního tromboplastinového času, které poprvé popsali R. D. Langdell, R. H. Wagner a K. M. Brinkhous.

Na základě vývoje těchto in vitro metod postupně docházelo k přesunu laboratorních vyšetření z klinických oddělení do laboratoří. To souviselo zejména s nutností „speciálního“ vybavení laboratoří, které bylo v počátku tvořeno pouze několika zkumavkami, pipetami a stopkami pro odečítání času srážení. Toto vybavení však umožňovalo pouze omezenou přesnost detekce výsledků laboratorních metod srážení krve. K základním



Poloautomatický analyzátor



Analýzátor krvních buněk Coulter LH 750

koagulačním vyšetřením patřilo vyšetřování srážlivosti krve ev. krvácivosti po vpichu do ušního boltce, resp. Rumpell-Leedeého test k vyšetření fragility kapilár.

Během těchto technických změn docházelo i k postupné specializaci laboratorního personálu, který na počátku vývoje tohoto oboru tvořili kliničtí hematologové a patologové. S rozvojem laboratoří s nimi začali spolupracovat první zdravotní laboranti specializovaní na vyšetřování poruch srážení krve, kteří si sami vyráběli diagnostika a např. si připravovali kontrolní tromboplastin z lidského mozku. Řešení těchto zvýšených nároků přinesl nástup nových technologií. V laboratořích se objevily agregometry a první koagulometry

Zatím posledním milníkem na poli koagulace bylo zavedení vyšetření zvýšeného sklonu k manifestaci tromboembolické hroby (TEN) – trombofilii. Historie této problematiky začíná v roce 1965 kdy Egeberg popsal první rodinu s deficitem nejsilnějšího inhibitoru – antitrombinu III. Následovaly publikace popisující defekty dalších inhibitorů, ale zejména popis rezistence na aktivovaný protein C z roku 1993 B. Dahlbeckem s následným objevením její příčiny – mutace FV Leiden z roku 1994 R. Bertinou.

Od devadesátých let minulého století se začala datovat moderní éra koagulačních

vyšetřovacích metod, které jsou typické plnou automatizací nejen screeningových, ale i speciálních vyšetření. V klinické praxi se také značně rozšířila molekulárně genetická diagnostika. Ta přinesla revoluci v prenatalní diagnostice krvácivých onemocnění, kdy je dnes možné tyto choroby diagnostikovat už v počátcích těhotenství. Molekulárně genetická vyšetření jsou k dispozici také pro nejčastější trombofilní stavy. Na proteinové úrovni se rozvíjí metody na diagnostiku genů trombinu, který je klíčovým enzymem v procesu krvního srážení a jehož stanovení bylo desítky let problematické pro jeho krátký poločas života. V neposlední řadě se nyní vyvíjí metody na stanovení moderních antikoagulačních, jelikož i účinek těchto léčiv bude nutné kontrolovat, i když ne tak často jako u dikumarinů.

V současnosti se laboratoře certifikují nebo akreditují podle mezinárodních ISO norem. Jejich dodržování je v laboratořích kontrolováno prostřednictvím auditů, konaných auditory firmami.

Literatura:

- PECKA M. a kol. Praktická hematologie – Laboratorní metody, 2010, Infiti art, s.r.o., Český Těšín, ISBN 978-80-903871-9-5
- JURÁNOVÁ J., INDRÁK K., FABER E. Automatická digitální morfologie – nové možnosti analýzy krvního nátěru a tělních tektin, Lékařské listy – leden 2010.
- SCHOTT H., MÜLLER I.W., ROELCKE V., WOLF-BRAUNOVÁ B., SCHADEVALT H. Kronika medicíny, 1994, Fortuna Print, s.r.o. Praha, ISBN-80-85873-16-8
- OWEN, CHA. Jr. A History of Blood Coagulation. Mayo Foundation for Medical Education and Research Rochester, Minnesota, 2001, p. 1-355.
- EICHELBERGER J. W. Laboratory Method in Blood Coagulation, Harper & Row, New York, 1965, p. 1-97.

DIVADLO POD PALMOVKOU

Zenklova 34, Praha 8-Libeň, tel.:
283 011 127
www.divadlopodpalmovkou.cz

**SEX NOCI SVATOJÁNSKÉ (WOODY ALLEN)**

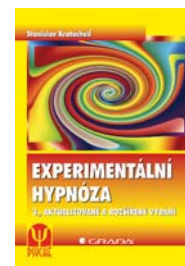
Skvělá komedie Woody Allena vznikla podle stejnojmenného filmu a Divadlo pod Palmovkou díky ní volně navazuje na jednu ze svých úspěšných inscenací – na divácky mimořádně oblíbené Výstřely na Broadwayi. Jedná se o zábavnou a přitom rafinovanou hru o lásce a sexu, nejrůznějších vášních, předsudcích, a v neposlední řadě také o manželských trampotách. Jednoho letního dne se do

vily ukryté v idylických lesích sjede nesourodá společnost: poněkud potřeštěný vynálezce Andrew řeší svou sexuální frustraci vymyšlením prapodivných vynálezů a jeho půvabná manželka Adriana zde přivítají geniálního, ale zdánlivě úzkoprsého filozofa Leopolda a jeho nastávající manželku, ve všech směrech okouzující Ariel. Již tak dosti třaskavou směs doplní ještě záletný a bezuzdně milující lékař Maxwell a jeho skutečně v ničem nekomplikovaná přítelkyně Dulcy. Brzy je jasné, že název hry, odkazující kromě jiného k nejhranější Shakespeareově komedii, není zvolen náhodou.

Režie Petr Svojtka, hrají Radek Valenta, Simona Vrbická, Jan Teplý, Henrieta Hornáčková j.h., Dušan Sitek, Ivana Jirešová j.h.
Premiéra 3. a 4. června 2011.

prof. PhDr. Kratochvíl Stanislav, CSc.**ediční řada: Psyché****EXPERIMENTÁLNÍ HYPNÓZA****3., aktualizované a rozšířené vydání**

Grada, Cena 499 Kč



Monografie přináší shrnutí současných poznatků o hypnóze na základě vědeckého výzkumu hypnotických jevů v laboratorních podmínkách. Zabývá se zvláštnostmi hypnotického stavu a individuálními schopnostmi jedinců se do něj pohroužit. Charakterizuje projevy hypnózy různé hloubky a uvádí výzkumy jejího vlivu na různé psychické i fyziologické procesy, mj. na motoriku, vnímání, myšlení, city, bolest a paměť. Uvádí ukázky vsugerovaného zapomenutí událostí během hypnózy i neuvědomovaného jednání na základě posthypnotické sugesce. Autor se opírá o důkladné zpracování světové literatury, o výsledky pokusů amerických i evropských vědců i o své vlastní experimenty a zkušenosti z kroměřížských výcvikových kurzů hypnózy pro lékaře a klinické psychology. Publikace zaujme nejen odborníky, lékaře-psychiatry a psychology, ale i laiky, kteří se chtějí něco dozvědět o dosud neprobádaných hlubinách lidské psychiky.

Jaroslav Opavský**BOLEST V AMBULANTNÍ PRAXI****edice Jessenius**

Maxdorf 2011, váz., 398 str., Cena: 695 Kč

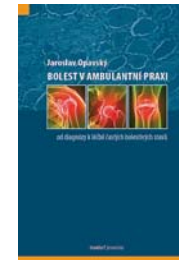
Každý člověk se v životě setká s bolestmi. Někteří z nás měli štěstí, protože jak rychle bolest přišla, tak rychle odezněla a nepoznamenala ani na těle, ani na duši. Vedle toho však mezi námi žije mnoho těch, kteří bolestmi trpí po dlouhou dobu a jejich život je omezen a spojen s utrpením, které bolesti přinášejí. Tito nemocní, jakmile již nejsou schopni takové bolesti déle snášet, hledají pomoc, aby se jich zbavili, nebo aby je aspoň zmírnili. Vyhledávají proto nejen lékaře a další zdravotnické pracovníky, ale obracejí se i mimo oblast zdravotnictví, aby mohli své obtíže sdělit, vy-

světlit, čím nejvíce trpí a o co je bolest v životě ochuzuje, a hlavně požádat o pomoc v očekávání, že druhá strana jejich obtíže úspěšně zmírní, nebo dokonce odstraní. Kniha je psána tak, aby mohla být pomůckou v denní praxi všeobecných praktických lékařů a specialistů těch oborů, kteří se pravidelně setkávají s pacienty s bolestmi, při hledání cest, jak jim pomoci. Seznamuje čtenáře s úspěšnými nebo potenciálně úspěšnými léčebnými postupy z celého „publikujícího“ světa, obsahuje poznatky jak našich, tak i zahraničních autorů, až do jara roku 2010. Kniha je určena i studentům medicíny a také zdravotníkům a studentům nelékařských zdravotnických oborů, aby z ní mohli čerpat nejen informace, ale především inspirace k hledání cest, jak věčnou bolest co nejúčinněji potlačovat a zvládat. Publikace je určena všem, kteří mají chuť, vůli a snahu pomáhat nemocným s bolestmi.

Rupert Isaacson**LÉČBA KONĚM****Pouť otce za uzdravením syna**

Portál, váz., 325 s., Cena 495 Kč

Skutečný příběh Ruperta Isaacsona, kterému se narodil autistický syn. Rupert však zjistí, že na jeho syna



příznivě účinkují dvě věci: jízda na koni a domorodí léčitelé. Proto se rozhodne podniknout se svou ženou a synem cestu do míst, kde se odpradáva stýkají koně a šamanismus: do Mongolska. Kniha je fascinujícím příběhem této cesty – cesty za uzdravením syna.

**Donald Kalsched****VNITŘNÍ SVĚT TRAUMATU**

Portál, brož., 344 s., Cena 449 Kč



Autor se zabývá obrazy, jež se objevují ve snech a fantaziích lidí, kteří prošli traumatickými okolnostmi. Poukazuje na skutečnost, že právě obrazy, které měly zprvu ochranný charakter, se mohou stát destruktivními. Autor pracuje s bohatým klinickým materiálem, věnuje pozornost problémům závislosti, psychosomatických poruch a disociace a přístupu k nim.

INZERCE

Na podzim se do Prahy již tradičně sjedou odborníci působící v oboru prevence rizikového chování. V budově Magistrátu hl. m. Prahy na Mariánském náměstí se totiž uskuteční již **VIII. ročník tradiční konference Primární prevence rizikového chování 2011**, která je letos zasvěcena tématu **„Minimální preventivní program v kontextu školské prevence aneb dokážeme opravdu vytvořit mezioborový a meziresortní model prevence v českých školách?“**

Organizátorem konference, která se koná ve dnech 7.–8. 11. 2011, je Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky VFN, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze. Zájemci o účast se mohou registrovat do konce srpna na konferenčním webu www.pprch.cz, kde také naleznou veškeré bližší informace.